15° Rapporto Sanità

Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità (?)

15th Health Report

The return of National Health Policy (?)

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

CREA Sanità
Università di Roma Tor Vergata
Dipartimento di Economia e Finanza

ISBN 978-88-99078-33-1

© 2019 C.R.E.A. Sanità
SEDE LEGALE
Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma - Italia

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2019
presso Locopress Industria Grafica - Mesagne (BR)
per conto di Locorotondo Editore
È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.

La 15ª edizione del Rapporto Sanità è il risultato di una *partnership* fra il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) e alcune Aziende sensibili alla importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie.

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

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

Hanno contribuito alla realizzazione del 15° Rapporto Sanità:

Allergan
AMGEN
astellas Leading Light for Life
Bayer
Biogen
Boehringer Ingelheim
Chiesi
Daiichi-Sankyo
Lilly
Fondazione MSD
IPSEN Innovation for patient care
janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson
Lundbeck
Nestlé HealthScience
NOVARTIS
novo nordisk
SANOFI
Takeda
teva

C.R.E.A. Sanità ringrazia il *Board* scientifico composto da: Francesco Bevere, Giovanni Bissoni, Paolo Bordon, Tiziano Carradori, Roberta Crialesi, Claudio D'Amario, Flori Degrassi, Dario Focarelli, Tiziana Frittelli, Marco Marchetti, Marcella Marletta, Pietro D'Errico, Francesco Ripa Di Meana, Carmelo Scarcella, Angelo Tanese, Andrea Urbani, Paolo Misericordia che hanno contribuito ad impostare e a validare il 15° Rapporto Sanità.

In un'ottica di collaborazione e *partnership* con altre prestigiose Istituzioni di ricerca, quest'anno il volume ospita, con nostro grande piacere e gratitudine, anche i contributi di alcuni colleghi, ricercatori di altri Centri di ricerca e Istituzioni: Nicola Calabrese, Raffaele Cassa, Carla Collicelli, Francesco Gabrielli, Paolo Misericordia, Paolo Santurri.

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

Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità

A cura di
FEDERICO SPANDONARO, DANIELA D'ANGELA, BARBARA POLISTENA

Coordinamento scientifico ed editoriale
BARBARA POLISTENA

Autori

BERNARDINI ANNA CHIARA
Economista. *Master* in Economia e *Management* della Sanità.
Ricercatore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

CALABRESE NICOLA
Medico di famiglia.
Vicesegretario Nazionale FIMMG

CARRIERI CIRO
Economista. *Master* in Economia e *Management* della Sanità.
Ricercatore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

CASSA RAFFAELE Ricercatore socio economico. Socio fondatore di Codres (Cooperativa Documentazione Ricerca Economico Sociale). Responsabile Settore Elaborazione Statistica e Indagini *Computer Assisted*

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

D'ANGELA DANIELA
Ingegnere biomedico. *Master* in *Management and Clinical Engineering*.
Amministratore Unico e Direttore Ricerca e Sviluppo C.R.E.A. Sanità. Professore a contratto presso Unicamillus

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

GIORDANI CRISTINA
Economista. *Master* di II livello in Economia e *Management* della Sanità.
Funzionario giuridico presso il Ministero della Salute.
Cultore della materia presso la facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

MANCUSI LETIZIA
Statistica.
Collaboratore C.R.E.A. Sanità

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

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

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

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

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

Attività amministrative e di segreteria

MARTINA BONO e ADRIANA FRATINI

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

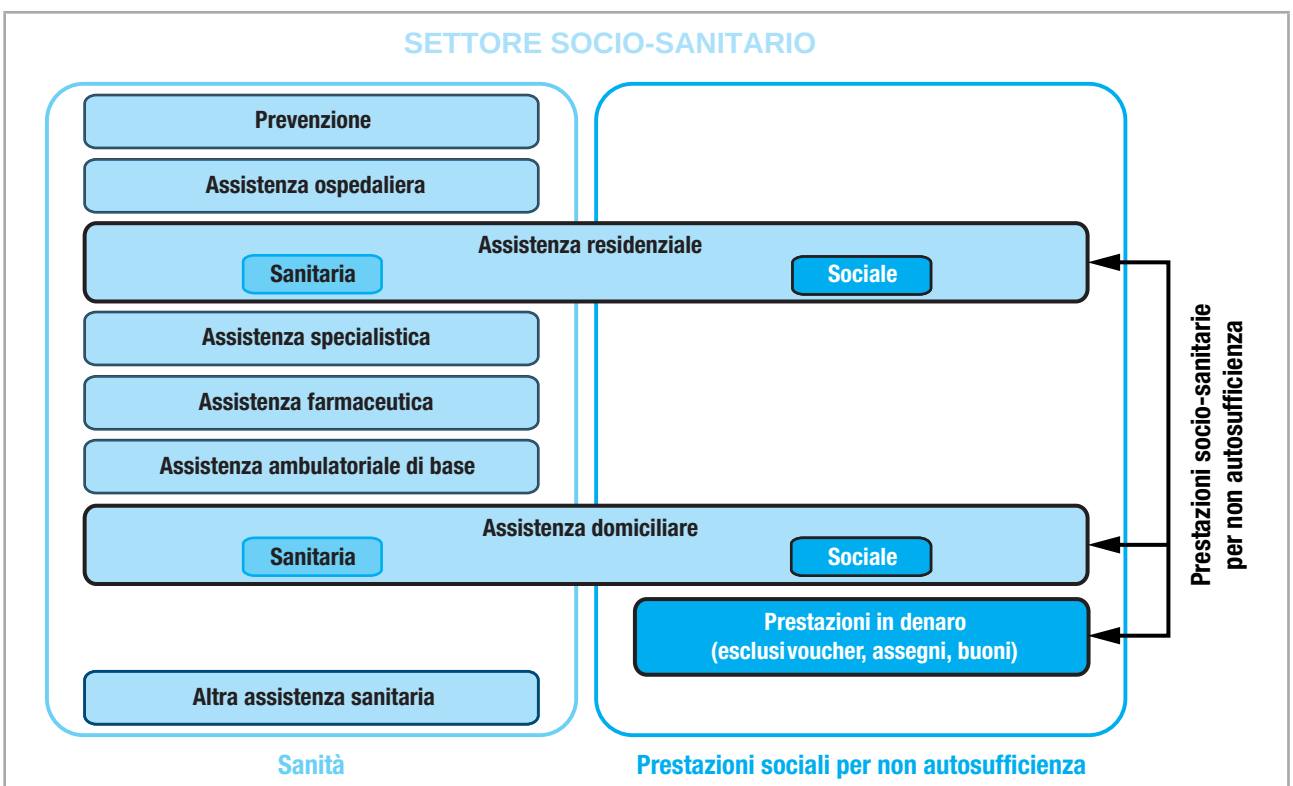
La 15ª edizione del Rapporto annuale di C.R.E.A. Sanità mantiene la struttura consolidatasi negli ultimi anni: rimandando alla lettura anche delle "guide" pubblicate negli ultimi anni, ricordiamo qui solo alcuni aspetti essenziali.

L'ambito

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

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

Figura A – La composizione del settore socio-sanitario



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

La struttura

Il 15° Rapporto Sanità mantiene la strutturazione in 4 parti.

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

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

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

La quarta parte ospita ulteriori attività e *partnership* promosse da C.R.E.A. Sanità: l'osservatori sui farmaci orfani e sull'equità di accesso alle tecnologie sanitarie.

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

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

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

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

Il coordinatore scientifico ed editoriale
Barbara Polistena

Indice/*Index*

Presentazione 15
Presentation 16
Prof. Orazio Schillaci

Introduzione 19
Executive Summary 43
d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F.

Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico 69
Chapter 1 - The socio-demographic contest
Carrieri C.
English Summary 89
Key Indicators 91

Capitolo 2 - Il finanziamento: livello e risanamento 99
Chapter 2 - Funding: level and recovery
Ploner E.
English Summary 112
Key Indicators 114

Capitolo 3 - La spesa 121
Chapter 3 - Health expenditure 122

Capitolo 3a - L'evoluzione della spesa sanitaria nei confronti internazionali e nazionali 123
Chapter 3a - The evolution of health expenditure in national and international comparisons
Ploner E., Polistena B., d'Angela D.
English Summary 141

Capitolo 3b - Politiche del personale 143
Chapter 3b - Staff policies
d'Angela D., Spandonaro F.
English Summary 153
Key Indicators 154

Capitolo 4 - Indicatori di *Performance* 159
Chapter 4 - Performace indicators 160

Capitolo 4a - Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie 161
Chapter 4a - Catastrofic expenditure, impoverishment and economic discomfort
d'Angela D., Spandonaro F.

English Summary 176
Key Indicators 178

Capitolo 4b - La misura della *Performance* dei SSR 183
Chapter 4b - Performance evaluation (7th edition): the Italian Regional Healthcare Services
d'Angela D., Carrieri C., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 195
Key Indicators 197

Capitolo 4c - Esiti, Performance ed efficienza dei sistemi sanitari 202
Chapter 4c - Outcomes, performance and efficiency of health systems
Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 211
Key Indicators 212

Capitolo 5 - Prevenzione: incidenti stradali, domestici e sul lavoro, stato dell'arte di un problema di Sanità pubblica da non sottovalutare 219
Chapter 5 - Prevention: road, domestic and work-related accidents
Giordani C.
English Summary 250
Key Indicators 251

Capitolo 6 - Evoluzione dell'assistenza ospedaliera: efficienza, appropriatezza, esiti 261
Chapter 6 - Hospital care
Carrieri C., d'Angela D., Spandonaro F.
English Summary 274
Key Indicators 275

Capitolo 7 - Assistenza residenziale e semiresidenziale: la rete di offerta in Italia e in Europa 281
Chapter 7 - Residential and semiresidential care: the supply network in Italy and in Europe
Giordani C., Spandonaro F.
English Summary 296
Key Indicators 297

Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale 303
Chapter 8 - Specialist outpatient care 304

Capitolo 8a - Dinamica ed impatto economico dell'assistenza specialistica ambulatoriale 305
Chapter 8a - Trend and economic impact of specialist outpatient care
Bernardini A.C., Ploner E., Polistena B.
English Summary 319

Capitolo 8b - Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali 320
Chapter 8b - Waiting times and performance costs in Regional Health Systems
Cassa R., Collicelli C., Santurri P., Spandonaro F.
English Summary 329
Key Indicators 330

Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica 335
Chapter 9 - Pharmaceutical care 336

Capitolo 9a - Assistenza farmaceutica e spesa per dispositivi medici 337
Chapter 9a - Pharmaceutical care and spending for medical devices
Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 357

Capitolo 9b - Riflessioni sul finanziamento del PNPV 358
Chapter 9b - Considerations on the funding for the National Vaccination Prevention Plan
d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 374
Key Indicators 376

Capitolo 10 - Assistenza primaria 383
Chapter 10 - Primary care 384

Capitolo 10a - I problemi di aderenza alle terapie in campo cardiovascolare 385
Chapter 10a - The problems of compliance with cardiovascular therapies
Mancusi L., Misericordia P., Polistena B., Spandonaro F.
English Summary 387

Capitolo 10b - I piani terapeutici per i farmaci per il diabete mellito di tipo2, la BPCO e le patologie che richiedono terapia anticoagulante orale: una strategia che non produce solo risparmi 389
Chapter 10b - The therapeutic plans relating to the drugs for type 2 diabetes mellitus, COPD and the diseases requiring oral anticoagulant therapy: a strategy that does not only produce savings
Misericordia P., Calabrese N.
English Summary 392
Key Indicators 393

Capitolo 11 - Assistenza domiciliare 399
Chapter 11 - Home care
d'Angela D.
English Summary 408
Key Indicators 409

Capitolo 12 - Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri 415
Chapter 12 - Cash benefits and allowances: the evolution of beneficiaries and charges
Ploner E.
English Summary 431
Key Indicators 432

Capitolo 13 - Aspetti industriali della Sanità 439
Chapter 13 - Industrial aspects of health 440

Capitolo 13a - L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive 441
Chapter 13a - The healthcare industry: evolution and perspective
d'Angela D., Carrieri C.
English Summary 448

Capitolo 13b - Evoluzione dell'ICT in Sanità: questione di metodo e dopo di tecnologia 449
Chapter 13b - ICT evolution in healthcare: firstly, an issue of method and secondly, a matter of technology
Gabbrielli F.
English Summary 462
Key Indicators 463

Capitolo 14 - Osservatori permanenti 469
Chapter 14 - Permanent observatories 471

Capitolo 14a - Il III Rapporto OSSFOR: La presa in carico dei pazienti con MR: l'impatto dei nuovi LEA e dell'accorpamento delle ASL 473

Capitolo 14b - Equità di accesso per le prestazioni di chirurgia bariatrica e laparoscopia 482
Calabrese N., Cambiano C., Di Lorenzo N., Glorioso V., Montorsi M.

Riepilogo regionale/*Regional synopsys* 491

Presentazione

Presentation

PRESENTAZIONE

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

Sono lieto di presentare la 15ª edizione del Rapporto Sanità, realizzata da ricercatori dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", nell'ambito delle attività promosse dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

Come da tradizione, il Rapporto affronta a 360° l'evoluzione del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN); quest'anno si concentra in modo particolare sulle misure annunciate e, attualmente, in discussione nella Legge di Bilancio, quantificandone gli effetti.

L'obiettivo rimane quello di fornire un contributo scientifico alla definizione di politiche sanitarie utili a migliorare e preservare il nostro SSN.

Va sottolineata, come peraltro emerge dal Rapporto, l'importanza della *governance* nazionale, al fine di garantire il coordinamento in un sistema ormai fortemente regionalizzato; coordinamento che è condizione imprescindibile per garantire l'equità delle tutele sul territorio nazionale.

Per un Ateneo come quello di "Tor Vergata", che è insieme centro di eccellenza sul piano economico, giuridico-istituzionale, come anche su quello clinico e assistenziale, le attività di ricerca sulle politiche sanitarie rivestono, inoltre, una doppia valenza: quella istituzionale di ricerca, e quella operativa legata dalla attività assistenziale che il Policlinico, come struttura del Sistema Sanitario Regionale del Lazio, svolge quotidianamente.

In altri termini, l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" rappresenta un laboratorio di eccellenza per sviluppare l'innovazione nelle politiche sanitarie, ed anche di verificarne sul campo gli impatti e le *Performance*.

Per garantire i migliori esiti di salute, è necessaria l'eccellenza clinico-assistenziale, ma anche l'efficienza gestionale: obiettivi che non sono solo frutto di ricerca, ma anche dell'impegno quotidiano di tutto il personale dell'Ateneo.

Un impegno di cui fa parte il lavoro dei ricercatori del C.R.E.A. Sanità, che anno dopo anno, si dedicano all'interpretazione delle linee evolutive della Sanità in Italia e a disegnarne le prospettive future.

PRESENTATION

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

I am pleased to present the 15th Health Report drawn up by researchers from the University of Rome "Tor Vergata", as part of the activities promoted by the Centre for Applied Economic Research in the Health Sector (C.R.E.A. Sanità).

As usual, the Report deals with the overall evolution of Italy's National Health Service (NHS). This year it focuses, in particular, on the measures announced and being currently discussed in the framework of the Finance Bill, thus quantifying its effects.

The goal is still to provide a scientific contribution to the definition of health policies designed to improving and preserving Italy's National Health Service.

As the Report shows, we need to underline the importance of national governance, with a view to ensuring coordination in a system that is now strongly regionalized. Coordination is a prerequisite to ensure fair and equal protection throughout the national territory.

For a University such as "Tor Vergata", which is both a centre of excellence at economic, legal and institutional levels, as well as at clinical and healthcare levels, research activities on health policies have also a dual value: the institutional value of research and the operational one linked to the healthcare activities that the University Hospital carries out on a daily basis, as a structure of the Latium Regional Health Service.

In other words, the University of Rome "Tor Vergata" is a laboratory of excellence to develop innovation in health policies, as well as to assess their impact and performance on the field.

With a view to ensuring the best health outcomes, clinical and healthcare excellence, but also management efficiency are needed. These goals are not only the result of research, but also of the daily commitment of all the University staff.

A commitment that includes the work of researchers operating within C.R.E.A. Sanità, who year after year devote themselves to interpreting the evolutionary trends in Italy's health sector and defining future prospects.

Introduzione

Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità

The return of National Health Policy

INTRODUZIONE
Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità

d'Angela D.[1], Polistena B.[1], Spandonaro F.[1]

Il 2019 sembra segnare una soluzione di continuità: nella precedente edizione (2018) del Rapporto Sanità avevamo lamentato che il dibattito nazionale sulla politica sanitaria fosse ormai limitato alla gestione di aspetti congiunturali e, seppur rilevanti, spesso ininfluenti sull'assetto complessivo del settore.

Liste di attesa, gestione del personale, etc. sono certamente temi rilevanti, ma riguardano più la gestione del Servizio, che peraltro è materia strettamente regionale, che non la struttura del disegno di *Welfare* sottostante il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Ad esempio, per alcuni anni, grande assente è stato uno dei temi cardine della politica nazionale: ovvero quante risorse pubbliche allocare per la Sanità.

La vera novità della Legge di Bilancio (2019), in discussione mentre scriviamo, è l'avere rimesso al centro delle scelte politiche il finanziamento del SSN.

I € 2,0 mld., ad oggi, indicati come incremento del "fondo" per il 2020 (a cui si aggiungono € 2,0 mld. per l'edilizia sanitaria), seppure non siano altro che la conferma della previsione contenuta nei documenti di programmazione predisposti dal precedente Governo, hanno però il pregio di segnare un significativo incremento del finanziamento e, se approvati in via definitiva, di confermare le "promesse" fatte.

Nello stesso senso, ancorché la misura sia solo programmata, e quindi ancora nel limbo delle "promesse", va l'abolizione del cosiddetto "*superticket*" sulla specialistica ambulatoriale.

Rimangono per ora "al palo" il Patto per la Salute e la "nuova *governance*" farmaceutica: aspetti sui quali è essenziale il coordinamento fra Stato e Regioni, che evidentemente deve ancora ritrovare un suo equilibrio tecnico e politico.

Ovviamente non si tratta di notizie completamente positive e/o risolutive, ma sembrano voler segnare un "cambio di passo".

Proviamo, allora, ad analizzarne alcuni aspetti quantitativi che ci sembra meritino attenzione, anche nella prospettiva dell'attesa di ulteriori evoluzioni.

Il finanziamento

In estrema sintesi, la valutazione del finanziamento per € 2,0 mld. aggiuntivi al SSN è che sono un concreto passo avanti; ma in termini quantitativi quasi un "atto dovuto", e certamente non sufficiente a ridurre il *gap* fra le risorse per la Sanità italiana e quelle allocate sul settore negli altri Paesi europei.

Negli anni passati abbiamo più volte portato all'attenzione del dibattito di politica sanitaria i peculiari *trend* evolutivi del finanziamento e della spesa sanitaria in Italia.

Possiamo qui riassumerli come segue:

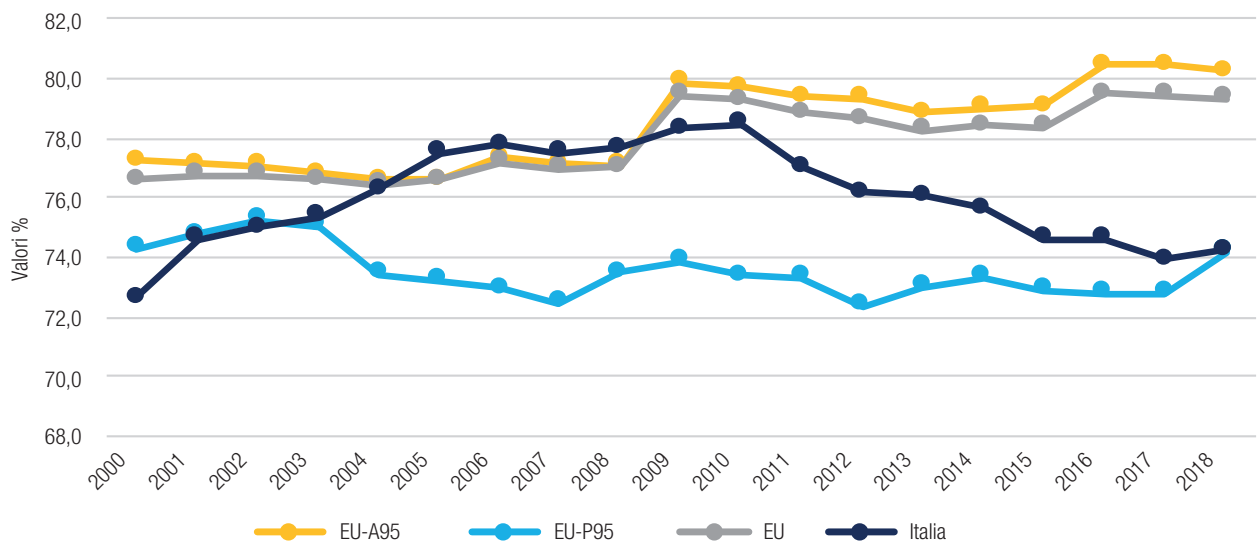
- dopo il 2010 la quota di finanziamento pubblico della Sanità in Italia ha iniziato a calare, distaccandosi progressivamente dalla media registrata nei Paesi EU-Ante 1995; al 2018, la quota di finanziamento italiana è di 6,0 punti percentuali inferiore, tanto da essere ormai allineata (+0,1 punti percentuali) a quella dei Paesi dell'Est europeo (Paesi EU-Post 1995) (Figura 1.)
- la riduzione relativa, ma anche in termini rea-

[1] Università degli studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

li (-2,7% rispetto al 2010), del finanziamento pubblico, si è comunque accompagnata ad un riequilibrio finanziario del sistema, realizzato a livello regionale con tagli consistenti alla spesa

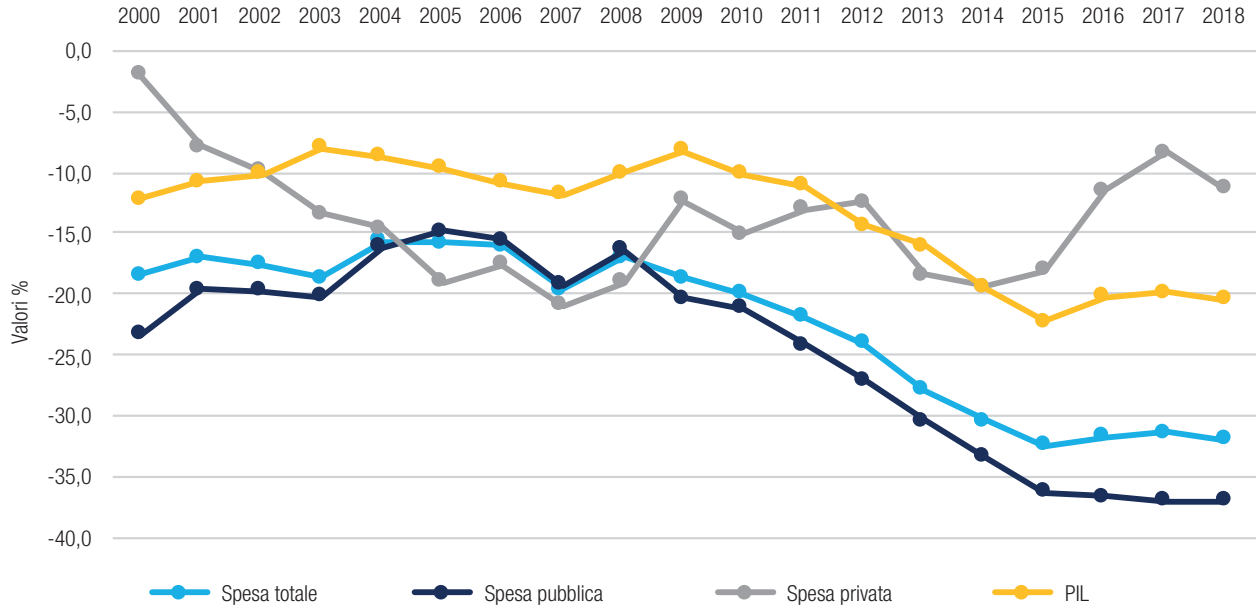
- di fatto la spesa sanitaria in Italia è cresciuta tra il 2000 e il 2018 ad un tasso medio annuo del 2,5%, contro un tasso EU del 3,5%; quella pubblica ad un tasso medio annuo del 2,6%, contro un tasso EU del 3,8%

Figura 1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

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



Fonte: elaborazione su dati OECD 2019 - © C.R.E.A. Sanità

- se peraltro confrontiamo tali tassi di crescita con quelli del PIL (Prodotto Interno Lordo), il *gap* risulta simile (Italia -0,6% annuo in media), a dimostrazione che la variabile indipendente rimane la crescita economica generale
- ne esita un rapido allargamento della forbice della spesa pubblica pro-capite rispetto ai Paesi EU-Ante 1995, che ha raggiunto il 37,1% nel 2018
- in parallelo, si è invece ridotta la forbice delle spesa privata italiana, che nel 2008 era inferiore del 20% circa a quella media dei Paesi EU-Ante 1995 ed è ormai al 11,4%; in termini di Parità di Potere di Acquisto, la spesa privata italiana ha praticamente raggiunto quella degli altri Paesi EU-Ante 1995, dato che non stupirebbe (a parità di *capability to pay* è ragionevole pensare in astratto a pari livelli di consumo), se non fosse che il SSN sulla carta dovrebbe essere Universalistico, Globale e tendenzialmente offrire servizi gratuiti (o con limitata compartecipazione)
- dalla composizione degli opposti andamenti di spesa pubblica e privata, esita un differenziale di spesa sanitaria fra Italia e Paesi EU-Ante 1995 del -32,0%, a fronte di uno pari a +157,5% con i Paesi EU-Post 1995 (Figura 2.).

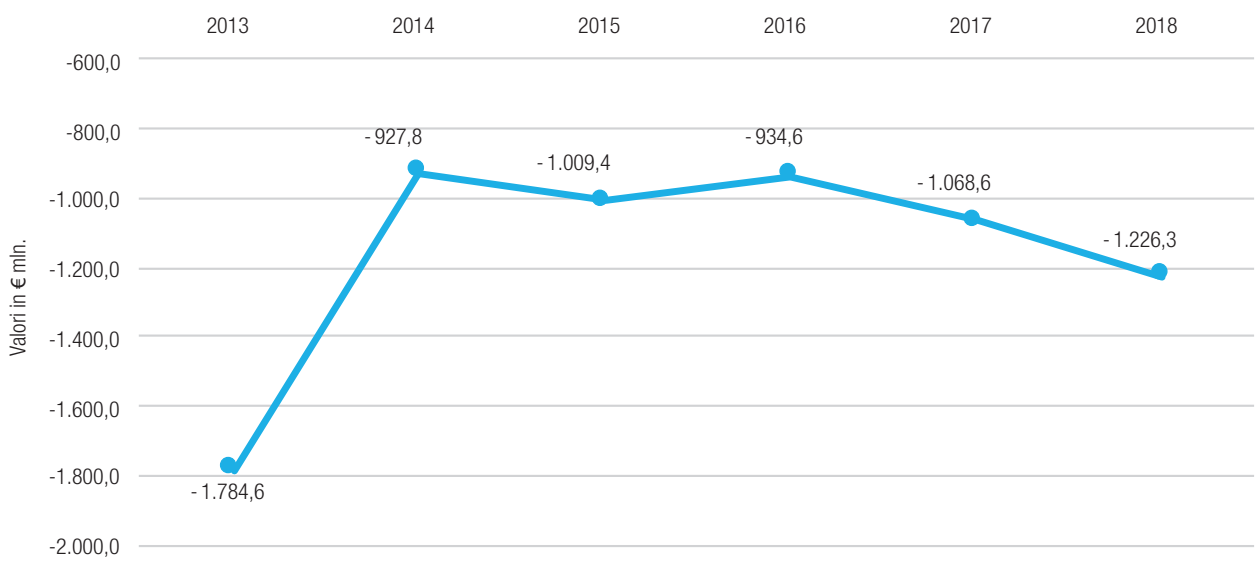
A fronte di un incremento medio di spesa pubblica che, come anticipato, dal 2000 è stato dell'1,0% medio annuo, l'incremento dell'1,7% previsto per il 2020 rappresenta un significativo miglioramento.

Non di meno le nostre stime dicono che non sarà sufficiente ad invertire la tendenza all'allargamento della forbice con gli altri Paesi EU.

Assumendo che l'EU prosegua il *trend* di crescita registrato negli ultimi 5 anni, sia per la spesa pubblica che per quella privata; inoltre che in Italia si mantenga una condizione di equilibrio finanziario, ovvero che la spesa pubblica si incrementi nel prossimo anno esattamente dei € 2 mld. previsti dalla Legge Finanziaria 2019; che la spesa privata cresca seguendo il *trend* degli ultimi 5 anni, ipotesi che sconta la compensazione di vari andamenti, in particolare, il fatto che negli anni considerati si è registrata prima una diminuzione e poi un aumento del *gap* con gli altri Paesi, e che l'attesa abolizione del *superticket* dovrebbe ridurla, otterremmo che:

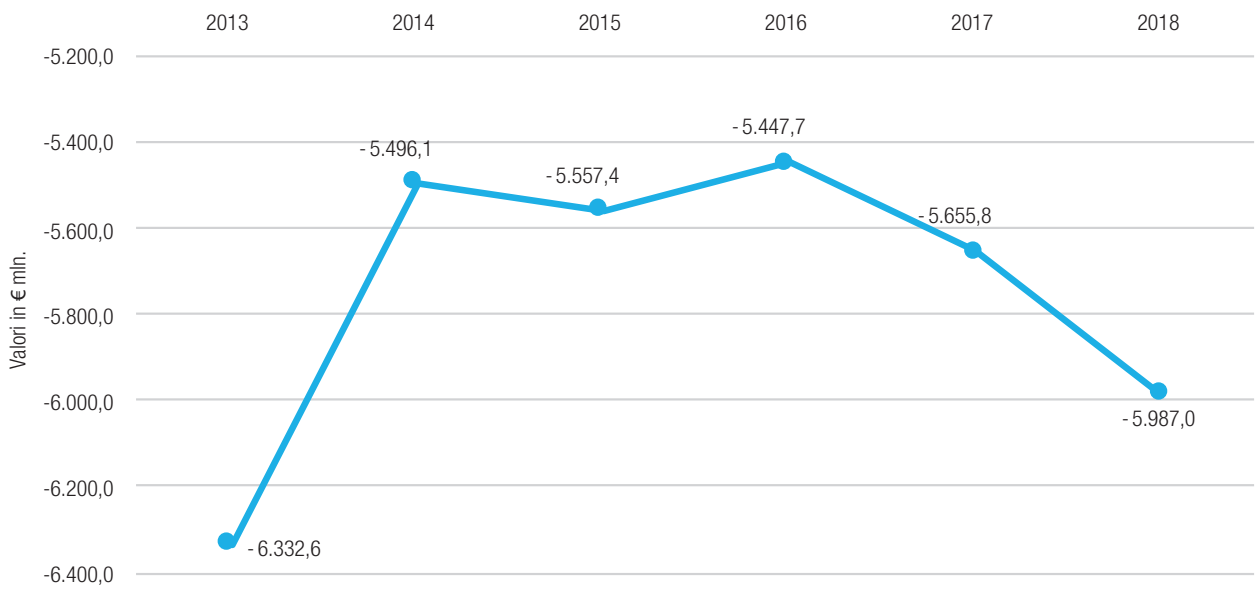
- il *gap* di spesa totale Italia vs Paesi EU-Ante 1995 continuerebbe ancora a crescere, arrivando a -32,4%, di cui - 0,4 punti percentuali riferiti alla variazione 2019/2018

Figura 3. Risultati di esercizio



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4. Risultati di esercizio al netto delle compartecipazioni



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

- il *gap* di spesa pubblica vs EU-Ante 1995 continuerebbe anch'esso a crescere (-37,9%, con - 0,8 punti percentuali nel 2019/2018)
- il *gap* di spesa privata vs EU-Ante 1995 si ridurrebbe ancora portandosi al -9,9%, con una riduzione di 1,5 punti percentuali riferibile al 2019/2018.

In definitiva, con i tassi di crescita del Paese degli ultimi anni, e quindi anche il perdurare di un debito pubblico esageratamente elevato, si conferma che lo spazio per il rifinanziamento della Sanità rimane minimo.

A questo si aggiunga che nel 2018 si registra un risultato di esercizio, per quanto limitato (anche in considerazione del fatto che non si tiene conto del *payback*), ma ancora negativo, pari a € 1,2 mld., in aumento del 14,8% sul 2017 e in crescita, specialmente, nelle Regioni del Nord (Figura 3.).

Si aggiunga che i "saldi" descritti scontano le entrate delle compartecipazioni dei cittadini alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche (contabilizzate in entrata nei Conti Economici) e i minori costi derivanti da quelle sulla farmaceutica convenzionata e sulla specialistica erogata in strutture accreditate.

Qualora si abolissero le compartecipazioni, la situazione muterebbe radicalmente: il deficit complessivo del 2018 ammonterebbe a € 6,0 mld. (che in termini economici si riducono a circa € 5 mld. se si sconta il *payback* atteso), in crescita del 5,8% rispetto all'anno precedente (Figura 4.).

A fronte dei *trend* in corso, che non sono sostenibili all'infinito, ci sembra che questo debba inaugurare un dibattito sulla produttività degli investimenti in Sanità, che superi il "facile" *slogan* per cui la Sanità è un "investimento e non un costo".

In altri termini, ci sembra di poter affermare che la Sanità necessiti di risorse aggiuntive, ma che esse possono derivare essenzialmente dalla sua potenziale capacità di generare un ritorno tanto sociale quanto economico.

In primo luogo, per il benessere sociale, in secondo luogo in termini di crescita del sistema economico.

Sul primo punto osserviamo che la questione da un punto di vista quantitativo non è affatto scontata.

Propedeuticamente osserviamo che, pur con tutti i limiti degli indicatori aggregati di esito, la relazione fra spesa sanitaria e aspettativa di vita appare significativa; ma anche che non troviamo evidenza del fatto che ai livelli di spesa italiana, ulteriori investi-

menti avrebbero una produttività marginale positiva.

Osservando il grafico seguente, e in particolare il II e il III quadrante, percepiamo una netta relazione fra spesa e esito (che, come argomentato nel Capitolo 4c, è di "un ordine superiore" rispetto a quella con le condizioni socio-economiche).

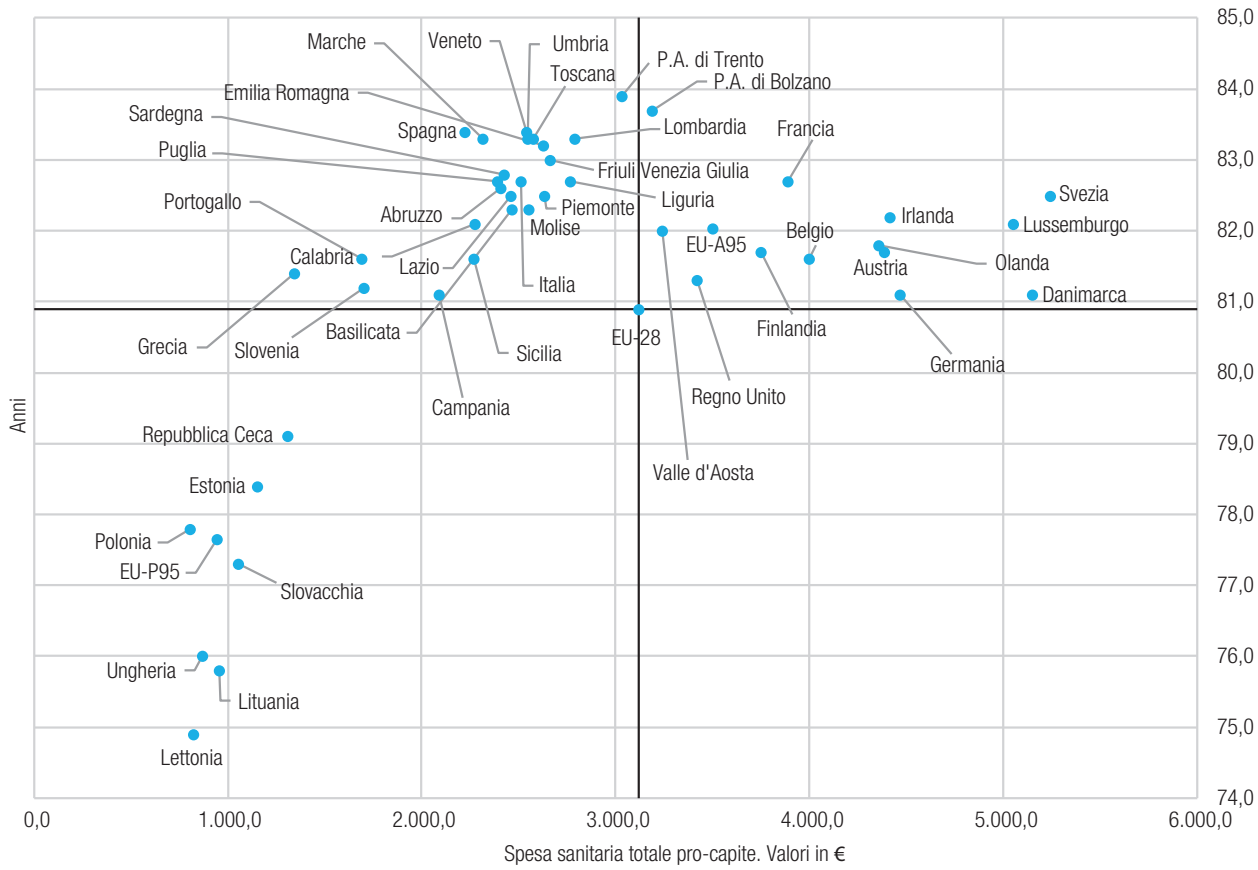
Per inciso, osservando in particolare il II quadrante, troviamo anche una ragionevole coerenza fra il diverso livello degli "esiti clinici", qui approssimati con la aspettativa di vita, registrati nelle Regioni meridionali e centro-settentrionali, essendo ampiamente spiegati dai diversi livelli di spesa (Figura 5.).

Da notarsi che nessun Paese si colloca nel IV quadrante, ovvero in nessun caso si registra un livello di spesa maggiore delle media EU e una aspettativa di vita inferiore.

Ma se ci concentriamo sul I quadrante (che raccoglie le Nazioni con spesa e aspettativa di vita entrambe maggiori della media EU), osserviamo un'apparente assenza di relazione fra spesa ed esito. Se, anzi, eliminassimo dal grafico i Paesi dell'Est europeo posizionati nel III quadrante, statisticamente troveremmo una sostanziale e generale assenza di relazione fra spesa e aspettativa di vita.

In questi termini, gli investimenti di risorse in Sanità sembrano avere una buona produttività marginale per livelli bassi di spesa iniziale; ma la produttività marginale sembra essere rapidamente decrescente, tanto che l'analisi, sebbene meramente qualitativa, dei dati disponibili fa supporre che si annulli, addirittura prima della media di spesa EU attuale.

Figura 5. Relazione fra spesa sanitaria e aspettativa di vita alla nascita



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

Per quanto "grezza", l'osservazione rende conto di una certa reticenza politica a investire ulteriormente in Sanità, che sembra effettivamente giustificata dalla bassa produttività marginale attesa da ulteriori investimenti in Sanità (che ai vari livelli trova espressione in fatti specifici come, a mero titolo di esempio, nel non riconoscimento del valore di pochissimi mesi di vita aggiuntiva promessi da alcune terapie, o alla migliore qualità della vita garantita da alcuni nuovi *devices*).

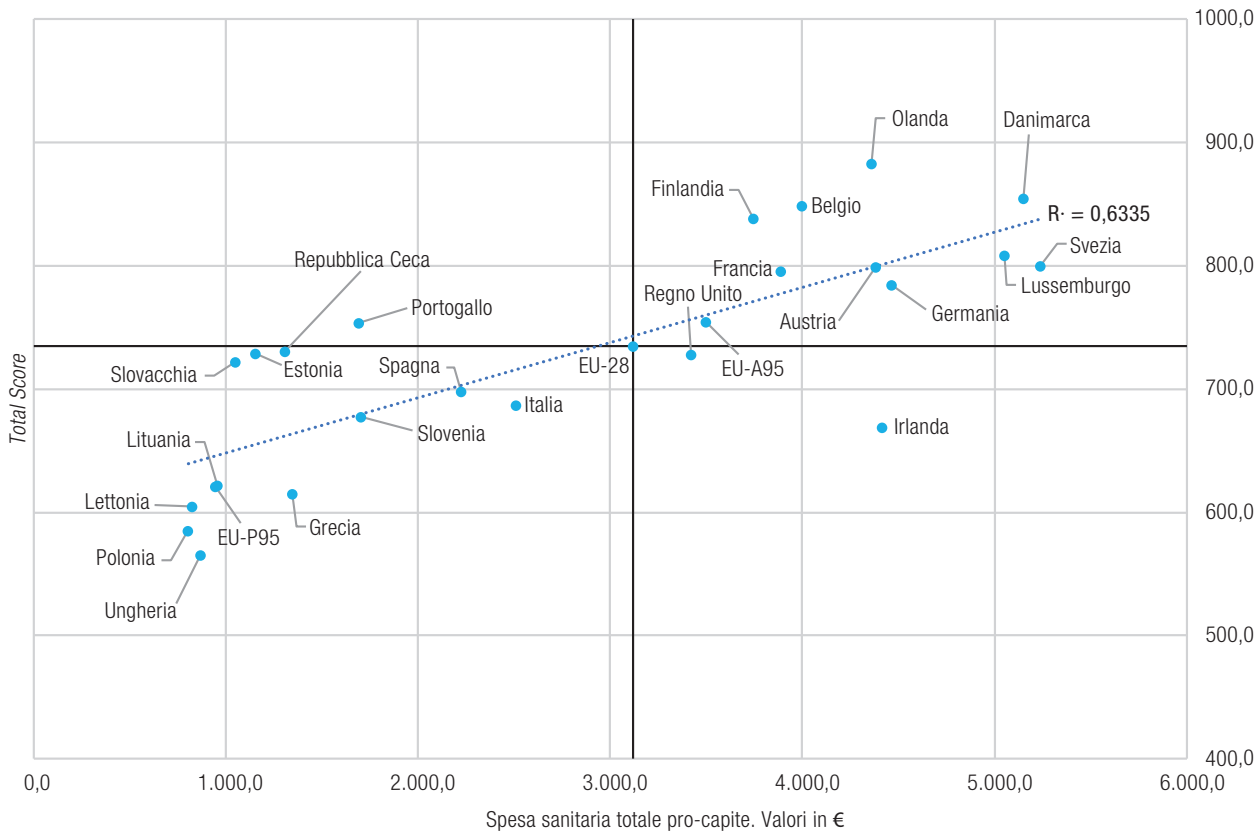
Il tema è se, però, un approccio che misura il ritorno dell'investimento in termini quantitativi sia da ritenersi corretto.

Oggi, nella valutazione delle tecnologie, e in particolare dell'innovazione in Sanità, appare *standard* un approccio che integra le misure di beneficio in termini di quantità di vita guadagnata, con elementi legati alla qualità di tale vita.

Ad esempio, nell'approccio noto come analisi costi-conseguenze, la teoria economica propone come misura preferita di *outcome* il *Quality Adjusted Life Years* (QALY), che compone la dimensione quantitativa con quella qualitativa. Trattandosi di una tecnica applicata alla valutazione delle tecnologie sanitarie, la misura della qualità è ristretta alla cosiddetta *Health Related Quality of Life* (HRQoL), ovvero alle variazioni percepite (in media) dai pazienti a seguito di una variazione di terapia.

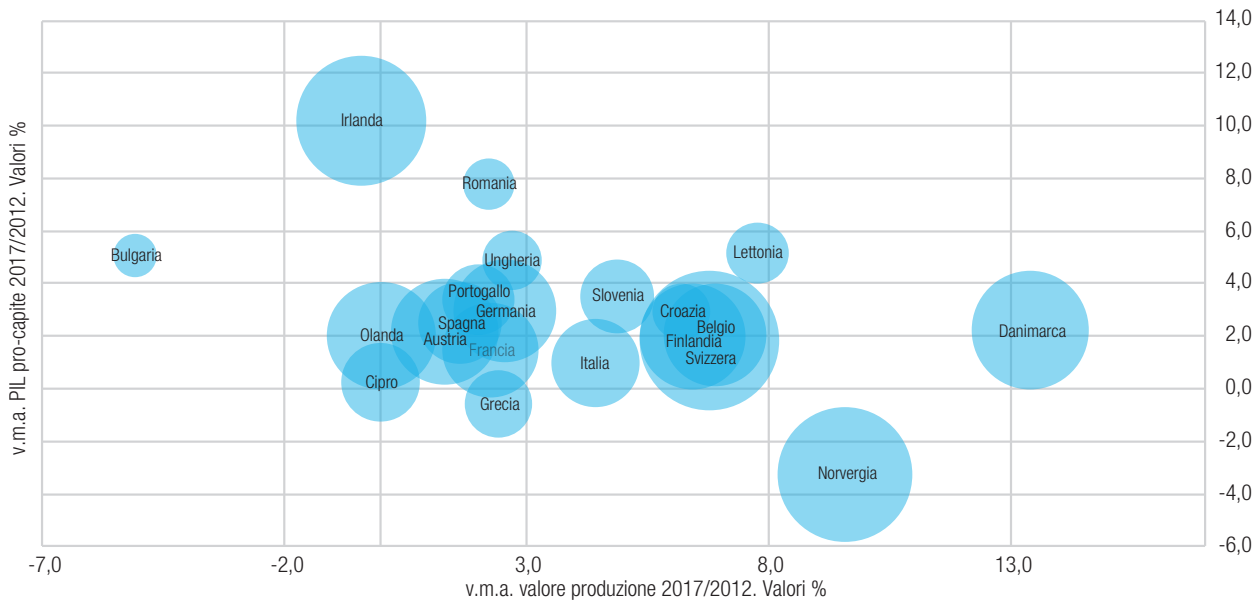
Ma, generalizzando l'approccio, l'impatto qualitativo del sistema sanitario può essere esteso (senza pretesa di esaustività) ad altre dimensioni, quali la soddisfazione del cittadino/consumatore (*customer satisfaction*) per i servizi: ad esempio, ne rappresentano elementi significativi l'impatto delle liste di attesa, oppure la disponibilità di tutele per la non autosufficienza.

Figura 6. Relazione fra spesa sanitaria e EHCI *total score* 2018



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

Figura 7. Variazione produzione farmaceutica e PIL



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per testare questo approccio alternativo, in prima battuta è stata messa in relazione la spesa sanitaria pro-capite con il risultato finale (*total score*) dell'*Euro Health Consumer Index*, ovvero un indicatore (per gli approfondimenti rimandiamo al capitolo 4c) che tenta di cogliere la qualità dei servizi resi ai cittadini, in vari ambiti, quali:

- diritti e informazione del paziente
- accessibilità (liste di attesa)
- esiti
- prevenzione
- farmaceutica.

La relazione appare abbastanza netta, lineare e confermerebbe una proporzionalità fra investimento e qualità del servizio offerto (Figura 6.).

Pur trattandosi di un primo esercizio, per molti versi "scolastico", ha l'ambizione di sottolineare l'importanza di approfondire la ricerca nell'ambito degli esiti "qualitativi" dei sistemi sanitari, dato che la tematica ha una importanza cruciale per le politiche sanitarie.

Nella misura in cui la scarsa crescita, e la conseguente scarsità di risorse, generano un ambiente molto competitivo per l'allocazione delle risorse nelle varie aree di intervento pubblico, la capacità di rendere *accountable* il ritorno dell'investimento in Sanità diventa cruciale.

Per le decisioni di politica sanitaria diventa essenziale prendere coscienza del fatto che sembra confermarsi come, superata una ben determinata soglia di spesa, che possiamo pensare approssimativamente situata nell'intorno della spesa sanitaria media dei Paesi EU, dove peraltro si trova l'Italia, l'allocazione delle risorse in Sanità non produca ulteriore miglioramento in termini di esiti quantitativi, ma piuttosto migliori la qualità del servizio, almeno se misurata con le dimensioni sopra elencate.

In altri termini, investire di più in Sanità è una scelta politica che va legata alla volontà di migliorare la qualità dei servizi, quand'anche fosse probabilmente marginale il contributo generato sugli indicatori di esito più di tipo clinico.

Questa riflessione non deve essere sottovalutata e neppure interpretata con "leggerezza": la qualità dei servizi è decisamente un elemento cruciale per la sopravvivenza del SSN nella forma solidaristica che conosciamo; intanto perché cambiare il focus, dal paziente al "consumatore", è coerente con l'os-

servazione che tutti i cittadini italiani sono chiamati a finanziare il sistema con la tassazione generale a cui essi sono soggetti. Inoltre, perché la crescente concentrazione dell'onere (e quindi una solidarietà che a volte rischia di superare limiti accettabili) richiede che tutti i cittadini, ancorché "non necessariamente pazienti", riconoscano al SSN un alto livello di *responsiveness*, tanto nella fase di cura, che in quella preventiva, diagnostica, etc. nonché nelle fasi di bisogno più sociale legato alla non autosufficienza.

Sul secondo punto, quello legato alla crescita economica, il dato appare quasi scontato.

Nel quinquennio 2012-2017, l'Italia, a fronte di un aumento del PIL del +1,0% medio annuo, ha registrato un aumento della produzione del +4,4% medio annuo nel settore farmaceutico (Figura 7.).

Analogamente nel settore dei Dispositivi Medici, sempre nel periodo 2012-2017, si è registrato un incremento medio annuo del valore della produzione triplo (+3,2%) rispetto a quello del PIL (Figura 8.).

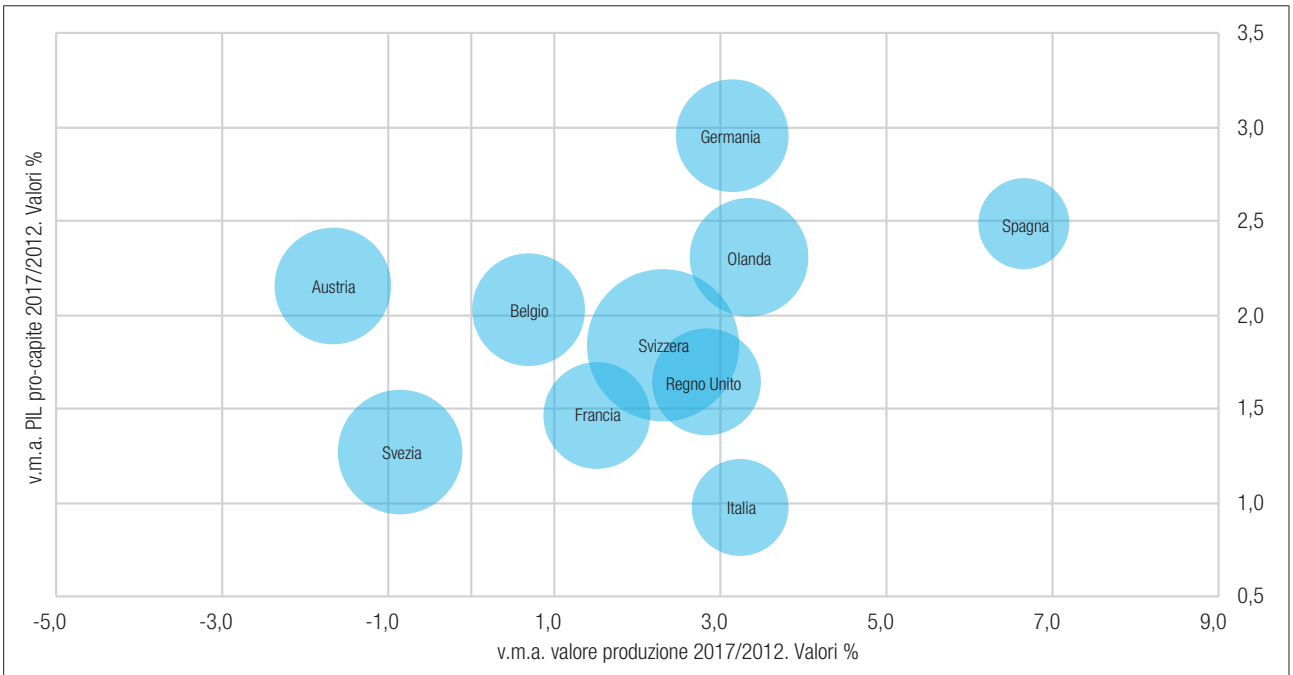
L'Italia è fra i Paesi a minore crescita del PIL, ma anche fra quelli a maggiore crescita della produzione in entrambi i settori considerati, dimostrando il contributo alla crescita che ne può venire.

Non di meno le bilance commerciali in entrambi i settori rimangono negative e, quindi, gli spazi per aumentare il contributo del settore alla crescita sono ancora ampi.

Fra tutti citiamo il caso delle cosiddette *advanced therapies*, dove si era generato un netto vantaggio competitivo per il Paese: inizialmente oltre la metà delle molecole arrivate sul mercato provenivano da ricerca italiana; quota che con il passare dei mesi sta però riducendosi, a dimostrazione di insufficiente capacità di mettere a sistema un vantaggio competitivo che pure si era appalesato.

Fallimento certamente derivante da una congerie di fattori, ma principalmente dalla lentezza del sistema giuridico, economico, organizzativo, etc. ad adeguarsi alle nuove esigenze poste dalle tecnologie innovative.

Figura 8. Variazione produzione DM e PIL



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Concludendo, non ci possono essere in Italia risorse adeguate alla Sanità del futuro, se non quantificando il contributo del settore alla crescita del benessere sociale e allo sviluppo economico; questo implica due radicali cambiamenti culturali: orientare le politiche al perseguimento della qualità dei servizi, che vanno oltre gli esiti strettamente clinici, e al ricongiungimento delle istanze assistenziali e di quelle economiche, riconoscendo così anche l'importanza industriale del settore.

Le compartecipazioni e il superamento del *"superticket"*

La questione delle compartecipazioni è certamente complessa.

Allo stato attuale la compartecipazione è uno strumento di esclusiva competenza regionale: la normativa nazionale, abolita la compartecipazione a livello statale, dispone la possibilità per le Regioni di adottare deliberazioni per il reintegro dei *ticket* soppressi (L. n. 388/2000). La L. n. 405/2001, poi, ha attribuito alle Regioni l'onere della copertura del disavanzo sanitario mediante leva sui tributi regionali, ivi compresa la compartecipazione dei cittadini alla spesa (*ticket*).

L'esito del decentramento è che le modalità applicative stabilite a livello regionale sono fortemente variabili: per la farmaceutica, ad esempio, troviamo l'imposizione di una quota fissa sulla ricetta o di una quota fissa o in percentuale sulle confezioni, e anche differenti modulazioni in relazione al reddito e alla categoria di esenti. Quattro Regioni, poi, non prevedono alcuna forma di compartecipazione alla spesa farmaceutica.

Analogamente per la specialistica sono state introdotte varie modulazioni, con l'obiettivo di superare il cosiddetto "*superticket*", almeno per specifiche categorie di soggetti ritenuti vulnerabili per categoria e/o per reddito.

Una prima osservazione, a cui non ci si può sottrarre, è che di fatto non solo le compartecipazioni, ma anche le relative esenzioni sono nei fatti diventate materia regionale, come è dimostrato dalle diverse modulazioni che si registrano per reddito e tipologia di esenzione.

Una seconda osservazione è che, pur essendo stata individuata come materia regionale, a livello nazionale rimane ferma la previsione per cui, in fase di riparto, si deve scontare la quota delle cosiddette "entrate proprie cristallizzate": di fatto un livello "*standard*" di compartecipazione, che si attende che le Regioni impongano.

La terza osservazione è che le compartecipazioni hanno chiaramente perso la loro natura, che dovrebbe essere quella di uno strumento teso a ridurre il *moral hazard*, ovvero il fenomeno dell'uso inappropriato delle risorse, per assumere quella, che riteniamo del tutto impropria, di vera e propria tassa.

A riprova di ciò osserviamo che (senza pretesa di esaustività):

- in fase di riparto sono considerate una entrata aggiuntiva a disposizione delle Regioni, di fatto alla pari delle altre imposte regionali
- dichiaratamente sono previste come strumento per sanare disequilibri di bilancio (e quanto sopra riportato relativamente al contributo che forniscono agli equilibri di bilancio, lo conferma)
- molte Regioni utilizzano, in modo probabilmente improprio, le regole della progressività anche per le compartecipazioni.

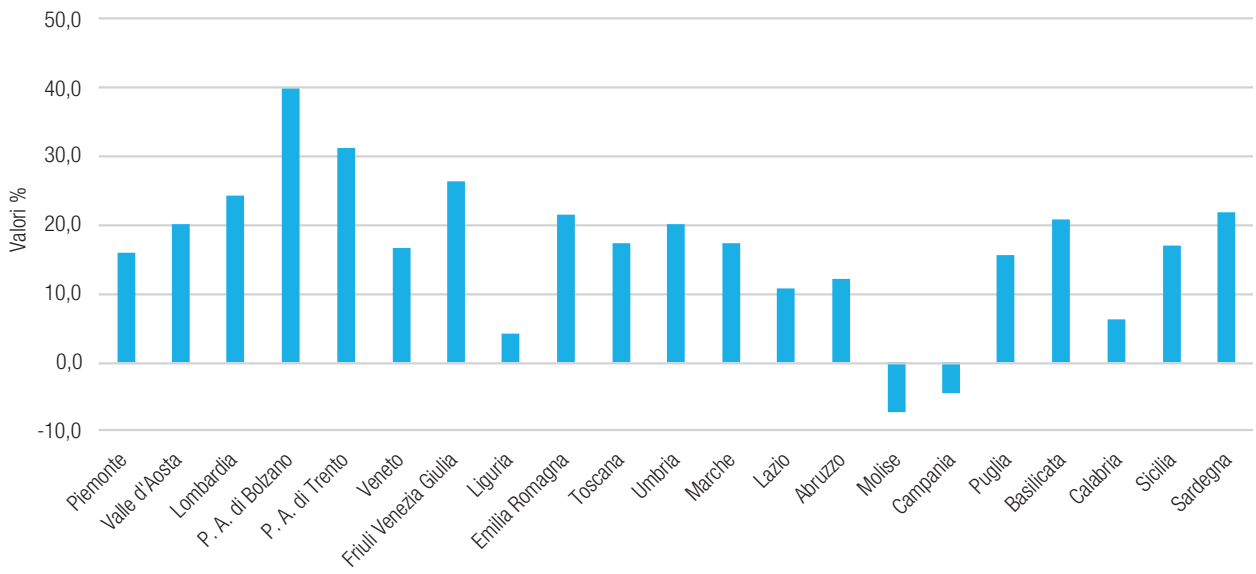
Che si tratti di una "natura impropria" ci sembra evidente per il fatto che si configura una "tassa sulla malattia": ovvero, viene tassato chi si ammala di più; e che la compartecipazione sia modulata per reddito non la rende meno "odiosa".

Va ricordato che il finanziamento del SSN si basa sulla cittadinanza e quindi sul prelievo fiscale; quindi, anche se il gettito non è direttamente legato all'IRPEF, la progressività dell'onere è già garantita a "monte" e un secondo livello di progressività è difficilmente giustificabile, sia sul piano teorico che su quello positivo (come e quanta e su quale base?).

Ma il tutto è reso ancor più discutibile da alcune osservazioni relative ad aspetti tipici del nostro sistema sanitario.

La vera iniquità del nostro SSN risiede nell'essere fondato su un sistema fiscale che non è equo, essendo notoriamente troppo ampio il fenomeno dell'evasione.

Figura 9. Quota di consumi sanitari su totale dei consumi per quintile di consumo



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

Applicare, come si sta facendo, un secondo livello di progressività è, quindi, certamente iniquo, anche perché finisce per incidere non su quelli che evadono, bensì su quelli che, per quanto più abbienti, pagano le tasse e hanno già sulle spalle gran parte dell'onere del finanziamento del *welfare* nazionale.

Le politiche che tendono ad applicare le logiche della progressività in ogni occasione, per quanto "popolari" e facilmente "comunicabili", sono molto discutibili, sia su un piano distributivo (come detto vanno a incidere sugli onesti e non su quelli che davvero "non fanno la loro parte"), sia su quello pragmatico: come abbiamo argomentato già in precedenti edizioni del Rapporto Sanità, il rischio è quello di un "eccesso di solidarietà" a carico di pochi, con l'effetto di creare incentivi all'"*opting out*", che sarebbe una mina per le fondamenta del SSN universalistico.

Il gran disordine della materia è in larga misura nascosto nelle "pieghe" dell'evasione fiscale, ma emerge almeno in parte anche dai dati regionali.

Le compartecipazioni pro-capite nella farmaceutica sono in media maggiori nel meridione che nel Centro-Nord, e non solo per effetto della quota relativa al prezzo di riferimento sugli equivalenti: considerando la maggiore incidenza delle esenzioni per reddito nel Sud, è facile immaginare (anche se non quantificare) quanto si concentri l'onere su fasce limitate della popolazione. La compartecipazione alla specialistica è maggiore nel Centro-Nord, ma anche perché il ricorso a questo tipo di assistenza ha un gradiente crescente Sud-Nord.

L'ultimo decennio segna un indebolimento delle perequazioni, e quindi dell'equità del SSN, attribuibile anche alle compartecipazioni, ma presumibilmente derivante da crescenti carenze di copertura.

A sostegno della affermazione, si osservino (Figura 9.) le variazioni delle spese private delle famiglie per servizi e beni sanitari, suddivise per quintili di consumo (ipotizzando che ragionevolmente questi siano correlati ai quintili di reddito).

Nel decennio, a fronte di un incremento medio della spesa effettiva delle famiglie del 4,4%, quelle dei primi due quintili registrano una crescita dei consumi sanitari e anche una riduzione di quelli totali: +0,8% vs -0,4% per il I, +0,6% vs -0,6% per il II: ne consegue un aggravamento dell'incidenza dei consumi sanitari; le famiglie del III quintile registrano una crescita sia dei consumi sanitari che di quelli totali (+0,7% vs +0,1%), anche in questo caso con un aggravamento dell'incidenza dei primi. Le famiglie

del IV e V quintile, invece, hanno incrementato i loro consumi nel periodo, riducendo quelli destinati alla salute, rispettivamente di -0,6% e -0,4%, così da vedersi in media ridotta l'incidenza della spesa sanitaria sui propri consumi.

L'ipotesi circolata nelle ultime settimane di rivedere la normativa sulle compartecipazioni è, quindi, opportuna e certamente da accogliersi con favore, anche se, probabilmente, non risolutiva.

Per quanto sopra argomentato, però, il rischio molto forte è che si vada verso il perpetuarsi di una impostazione non solida, che attribuisce ogni problema ad una carente progressività delle compartecipazioni.

Per quanto argomentato, il primo passo necessario è, invece,chiarire a livello nazionale quale debba essere il ruolo delle compartecipazioni e, quindi, i limiti da porre, in una logica di rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero di omogeneità di tutela, alle "modulazioni" regionali.

Ad esempio, in presenza di un disequilibrio finanziario, sarebbe eticamente corretto, che si prevedesse che debbano essere tassati i più ricchi (sempre che l'evasione venga finalmente sconfitta) e non i più "malati", o quelli che devono ricorrere a cure più costose (con l'aggravio delle compartecipazioni).

L'ipotesi circolata di un *ticket* omogeneo con franchigia, ovvero con una esenzione graduata in base al reddito, è certamente valida (per inciso il nostro gruppo di ricerca ne propose e studiò l'applicazione in tavoli tecnici istituiti già ai tempi del Ministro Turco; e per memoria storica, l'ipotesi non si realizzò in larga misura per l'evidente inaffidabilità di una "prova dei mezzi" basata sulle dichiarazioni fiscali).

Va però chiarito che la franchigia modulata in base ai "mezzi", non è una forma di progressività fiscale: è giustificata dalla necessità di far funzionare il disincentivo al *moral hazard*; in altri termini, va da sé che con un reddito mensile di € 5.000, una compartecipazione mensile di soli € 10, non disincentiverebbe comportamenti "opportunistici"; come anche che con un reddito di € 500, più di € 10 rischierebbero di rappresentare una barriera all'accesso.

Quindi, anche se all'atto pratico pur sempre si tratta di una modulazione progressiva, è la natura che è profondamente diversa: la Politica deve avere il coraggio di ribadire che non si tratta una operazione in favore dei più fragili, quanto di una in favore di tutti, perché è finalizzata a realizzare una giusta responsabilizzazione dei cittadini nei confronti di un servizio pubblico il cui onere è rilevante, e la cui sopravvivenza è anche nelle mani della lealtà fiscale dei cittadini.

All'interno del quadro generale, si pone poi il problema del "*superticket*": fu introdotto, anch'esso, con la sprovvida intenzione di fare cassa con una compartecipazione, aumentando la franchigia sulle ricette di specialistica di quasi il 25%.

Si rese subito evidente che la norma era mal "ingegnerizzata": intanto perché aumentava oltre i limiti la compartecipazione media sul settore, superando quel limite che serviva a scoraggiare l'inappropriatezza; poi perché a fronte di una franchigia che in alcuni casi è maggiore del valore delle prestazioni, a fronte di un pagamento al 100% delle prestazioni per i cittadini, si è creato l'incentivo a usare il canale privato extra SSN.

Di fatto, dai dati disponibili (si veda oltre, rimandando per i dettagli al Capitolo 8a), lo spostamento verso il privato è stato forse minore di quanto paventato, ma comunque il gettito è stato minore del previsto.

L'abolizione del *superticket* è quindi certamente opportuna, sebbene, per quanto sopra argomentato, tutta la materia dovrebbe essere riordinata.

Stimare l'effettivo costo per le Regioni derivante da tale abolizione è complesso, poiché agiscono contemporaneamente vari fattori. E, purtroppo, malgrado lo sviluppo dei *database* amministrativi regionali, le informazioni sono spesso insufficienti per supportare le politiche.

Basandoci sulle informazioni disponibili, e scontando un rilevante margine di incertezza su alcuni aspetti, si può postulare che:

- l'impatto finanziario netto del "*superticket*" sui ricavi derivanti dalle compartecipazioni sulle prestazioni erogate dal settore pubblico, sia stato pari a € 305,4 mln., pari alla differenza tra il *ticket* 2010 e il 2013, anno in cui si suppone che la norma sia entrata pienamente a

regime

- essendo le compartecipazioni sulle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate stimabili in 1,5-1,6 volte quelle derivanti dalle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, per queste (di fatto minori uscite per le aziende sanitarie pubbliche) si può ipotizzare un valore di € 473,4 mln.
- se ne desume che l'impatto finanziario complessivo netto originario del "*superticket*" sul settore pubblico sia pari a € 778,8, mln.
- peraltro, l'ingresso del "*superticket*" ha anche "spostato" parte della domanda sul privato; questo spostamento può essere stimato in € 50 mln., sulla base della spesa specialistica dichiarata nell'Indagine Istat sui consumi delle famiglie
- l'impatto complessivo dell'introduzione del "*superticket*" ammonterebbe quindi a € 828,8 mln..

Nel frattempo, le Regioni sono intervenute rimodulando (verso il basso) il "*superticket*" e, quindi, una quota di "costo" è già stata sostenuta.

Dai dati dei Conti Economici (CE) delle Aziende Sanitarie, rispetto al picco del 2013, i ricavi da compartecipazione, nelle strutture pubbliche, si sono ad oggi ridotti del -7,6%.

Allo stesso tempo, dal 2013 ad oggi le prestazioni complessivamente erogate si sono ridotte del -2,5%, mentre la spesa netta per la specialistica convenzionata è incrementata in valore del 3,1%.

In mancanza di informazioni, possiamo fare due ipotesi di lavoro:

- assumiamo, alternativamente, che la riduzione sia tutta da imputarsi a prestazioni rese da strutture pubbliche, ovvero da quelle private
- assumiamo, che la riduzione del gettito delle compartecipazioni, così stimata, sia tutta da attribuirsi ad azzeramenti/riduzioni del *superticket*, e che abbia lo stesso impatto sulle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private.

Con le assunzioni sopra descritte possiamo disegnare due scenari "estremi".

Nel primo, si ipotizza che la riduzione delle prestazioni sia tutta attribuibile alle strutture pubbliche; in tal caso nelle strutture private l'erogazione sarebbe rimasta stabile e quindi si sconta un incremento del valore unitario medio delle prestazioni del 3,1%, che ipotizziamo si trasli al 50% in un aumento di gettito da compartecipazione; assumendo tale effetto anche per quelle erogate dalle strutture pubbliche, la riduzione di gettito delle compartecipazioni nel periodo (che come detto assumiamo tutto riferibile al "*superticket*") sarebbe del 6,6% (somma algebrica del minore gettito del 7,6%, di un aumento atteso dell'1,5% per l'aumento del valore e di una riduzione del 2,5% delle prestazioni).

Assumendo che questa riduzione si applichi anche alle prestazioni delle strutture private accreditate, l'impatto residuo del "*superticket*" sarebbe pari a € 771,1 mln..

Nel secondo scenario ipotizziamo che la riduzione delle prestazioni sia tutta attribuibile alle strutture private; in tal caso l'incremento del valore unitario medio delle prestazioni sarebbe intorno al 5,6% (sommandosi quello registrato al minor numero di prestazioni erogate).

Assumendo anche in questo caso una traslazione dell'effetto al 50% e che questo incremento si applichi anche alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, la riduzione del "*superticket*" sarebbe la somma della riduzione osservata del 7,6% più il 2,8%, ovvero del 10,4%. L'impatto residuo del "*superticket*" sarebbe allora pari a € 742,6 mln.

L'abolizione del "s*uperticket*", quindi, secondo le nostre simulazioni "costerebbe" su base annua circa € 750 mln., assorbendo circa un terzo dell'incremento del finanziamento su base annua (sebbene sembrerebbe che la norma sarà posticipata e quindi distribuita su due anni).

Le politiche sul personale

Il dibattito sulle politiche del personale ha recentemente visto invertirsi completamente il suo focus: dopo anni di interventi tesi a contenere la crescita della spesa, funzionali al risanamento finanziario dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), è emerso con deci-

sione il problema del ricambio degli organici e del connesso rischio di carenze.

La mancanza di una adeguata programmazione dei fabbisogni appare evidente; ma ciò che più conta è che ci si è lanciati alla ricerca di soluzioni alla paventata carenza di personale, principalmente medico, senza colmare propedeuticamente le carenze di informazione, che hanno sinora impedito, come anticipato, una adeguata programmazione.

Seppure con il limite di un approccio aggregato, ovvero su dati regionali che non arrivano al dettaglio professionale che sarebbe auspicabile, nel Capitolo 3b si è tentato di fornire un quadro organico dell'evoluzione degli organici e della relativa spesa, al fine di supportare le politiche future del settore.

Vale la pena di iniziare ricordando come la L. n. 296/96 del 2006 (Legge finanziaria 2007), in pieno sviluppo della *spending review*, pose un tetto alla spesa del personale dipendente del SSN, fissato nella misura del livello 2004 ridotto dell'1,4%; la riduzione è stata poi portata all'1,3%, sempre della spesa 2004, con la L. n. 205/2017 (Legge di bilancio per il 2018).

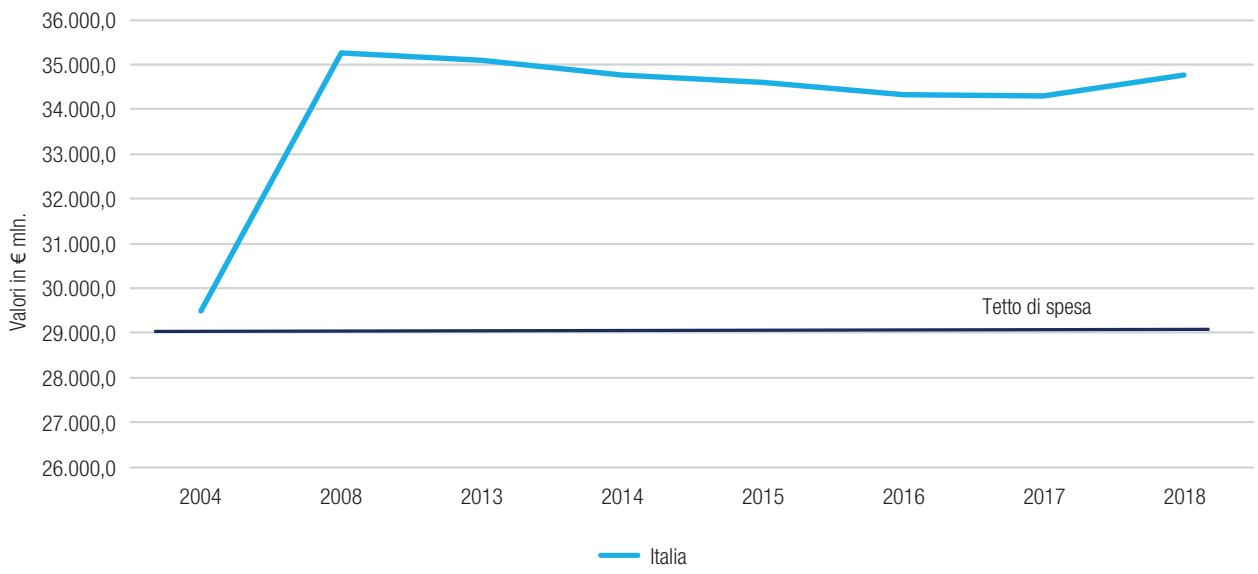
Di recente il legislatore è nuovamente intervenuto con un accordo tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Province Autonome e Regioni, "sbloccando" il tetto, che viene fissato al livello di spesa del personale del 2018, incrementato annualmente di un importo pari al 5,0% dell'incremento registrato dal Fondo Sanitario. Alle Regioni è poi lasciata facoltà di incrementare ulteriormente i limiti fino ad un ammontare pari alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati.

In altri termini, si passa da un limite superiore statico nel tempo, ad un limite che cresce dinamicamente in proporzione ai maggiori finanziamenti accordati al settore sanitario.

Si noti che entrambe le legislazioni citate, quella vigente e quella del 2006, impongono tetti che non prendono in considerazione la composizione degli organici (si applicano al personale dipendente nel complesso senza alcuna specificazione), non definiscono, quindi, *standard* di personale funzionali al buon funzionamento delle strutture e, infine, non considerano i diversi "punti di partenza" (consistenza dell'offerta) delle Regioni.

Non stupisce, quindi, che l'approccio sia risultato parzialmente inefficace.

Figura 10. *Trend* spesa per il personale



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti - © C.R.E.A. Sanità

A riprova di ciò, la spesa per il personale (dipendente del SSN) nel 2004 ammontava a € 29,5 mld.; tale valore decurtato dell'1,3% genera un tetto di spesa di € 29,1 mld., che al 2017 è stato sforato di € 5,2 mld. ovvero del 15,1%; al 2018, la Corte dei Conti, nel suo Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2019, riporta un ulteriore sforamento che raggiunge così € 5,5 mld. (Figura 10.).

Gli "sforamenti" a livello regionale sono stati differenziati e con una netta diversificazione fra Regioni in Piano di Rientro e Regioni che non lo sono.

Nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2019 la Corte dei Conti registra come «*… gli importi sono di oltre il 23% maggiori nelle Regioni non in Piano e dell'8,5% per cento in quelle in Piano...*»; le Regioni che hanno mantenuto livelli di spesa maggiori hanno comunque garantito l'equilibrio dei conti, coprendo il differenziale con risorse proprie; allo stesso tempo anche le Regioni in Piano di Rientro hanno, ad eccezione del Molise (-7,2%) e della Campania (-4,6%), superato il limite di spesa previsto (Figura 11.).

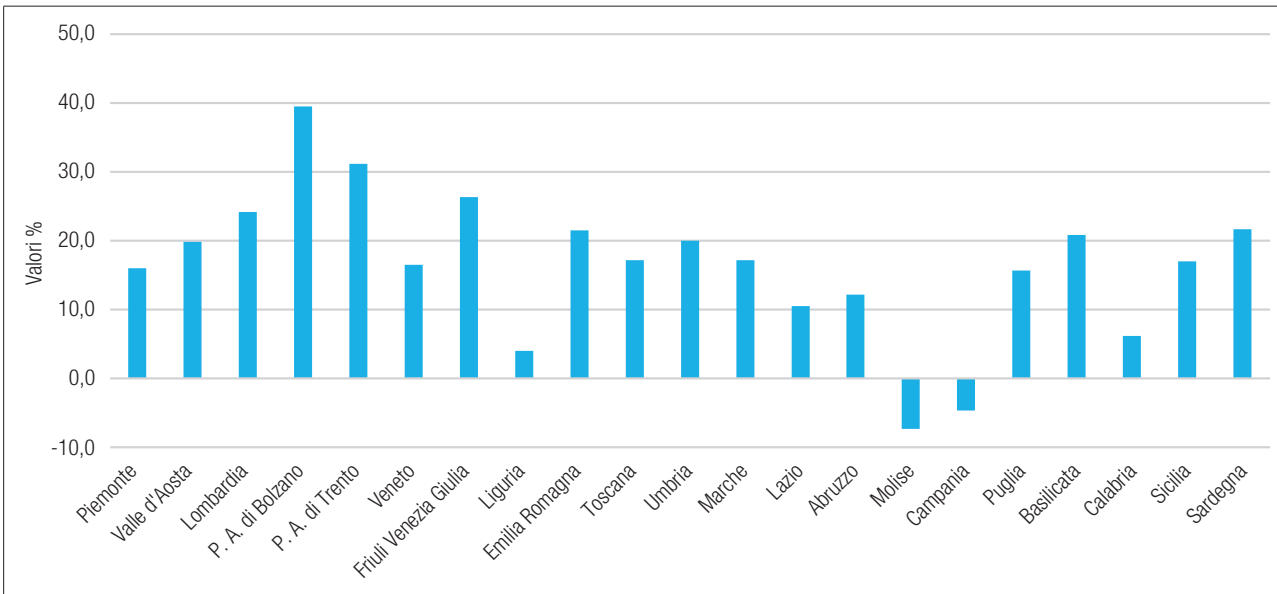
Preso atto del sostanziale fallimento nominale della norma, sorge lecita la domanda sulla consistenza dell'allarme sulla carenza di personale; questa ultima è stimata in base alla fuoriuscita prevista del personale nei prossimi anni; certamente il problema è sentito ma, allo stesso tempo, tale evidenza deve essere resa coerente con la constatazione che le norme di programmazione sinora in vigore sembrerebbero prevedere ben altre riduzioni di personale.

In ogni caso, al 2017 registriamo 624.952 unità di personale dipendente, contro i 668.673 del 2004, con una riduzione di 43.721 unità, pari al 6,5% degli organici 2004.

Alcune Regioni hanno ridotto gli organici (limitatamente ai dipendenti) e altre li hanno aumentati (tenendo conto che trattasi di unità e non di unità equivalenti e quindi i confronti non sono necessariamente scevri da distorsioni): ad un estremo troviamo il Molise che li ha ridotti del 28,8%, all'altro la P.A. di Trento che li ha aumentati del 14,3%; fra le Regioni a Statuto ordinario la Basilicata ha registrato l'aumento maggiore: l'8,3% (Figura 12.).

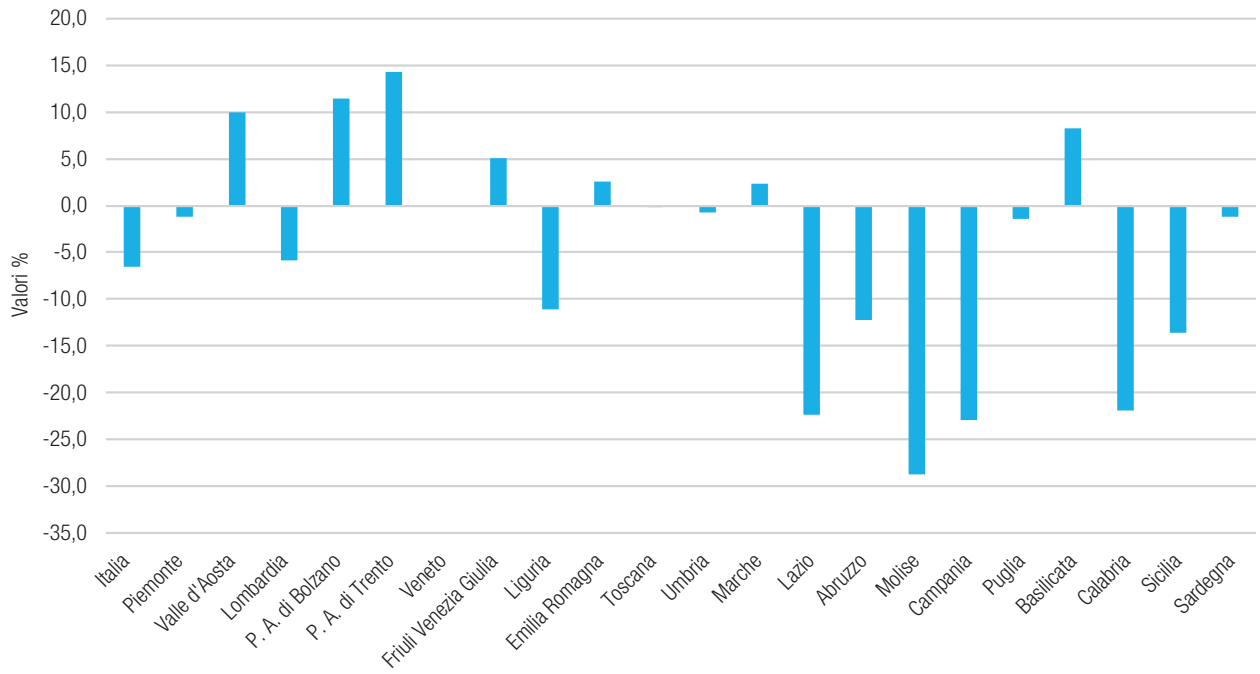
Un primo dato che si rende evidente è che lo sforamento è in media dovuto all'incremento delle retribuzioni medie, derivante anche dai rinnovi contrattuali, i cui effetti presumibilmente andrebbero eliminati dai confronti: le retribuzioni sono aumentate da € 44.125 del 2004 a € 54.878 del 2017, con un incremento del 24,4% (v.m.a. 1,2%).

Figura 11. *Gap* regionali della spesa per il personale vs tetto ex L. n. 205/2017. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12. Variazione 2017/2014 unità di personale dipendente



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

Nel periodo considerato il potere di acquisto delle retribuzioni (misurato con l'indice dei prezzi al consumo delle famiglie di operai e impiegati) è stato apparentemente conservato, anche se non in tutte le Regioni: a livello nazionale si è registrato un aumento dello 0,13%, ma il dato è spurio per effetto della variazione della composizione degli organici: in altri termini gli incrementi sono frutto tanto dei rinnovi, quanto della modifica della composizione del personale.

Il problema retributivo appare particolarmente rilevante, nella misura in cui le prospettive di formare più personale nei prossimi anni, senza una efficace politica retributiva, potrebbe rivelarsi un *flop*, determinando la fuga dei migliori professionisti formati verso sistemi sanitari che meglio li remunerano.

Malgrado l'aspetto retributivo, rimane la riduzione degli organici che, come detto, contiene anche una ricomposizione professionale degli stessi.

In primo luogo, osserviamo che in generale nel Nord aumenta il personale sanitario, mentre nel Sud diminuisce tranne che in Basilicata, Puglia e Sardegna (Figura 13.).

Si rialloca altresì il personale fra strutture di ricovero e altre strutture.

In media nel Nord è aumentato il personale delle strutture di ricovero, mentre nel Sud è diminuito tranne che in Sardegna (Figura 14.).

In definitiva, le strategie regionali sono fortemente diversificate; in media si è assistito ad un depauperamento (con poche eccezioni) degli organici nelle strutture non di ricovero, in buona misura inaspettato data la continuamente ribadita volontà politica di rafforzare "il territorio". La distribuzione degli organici, sempre considerando la riduzione media complessiva, si sposta verso le strutture di ricovero e, in qualche modo coerentemente, verso il personale dei ruoli sanitari.

Nondimeno, per meglio apprezzare l'entità dell'impatto delle riduzioni citate, va considerato che nel periodo in osservazione l'attività ospedaliera si è drasticamente ridotta, mentre sul "territorio" è lecito aspettarsi un incremento, se non altro legato all'invecchiamento.

Rispetto al 2004 il personale delle strutture di ricovero rispetto alle giornate di degenza erogate (per

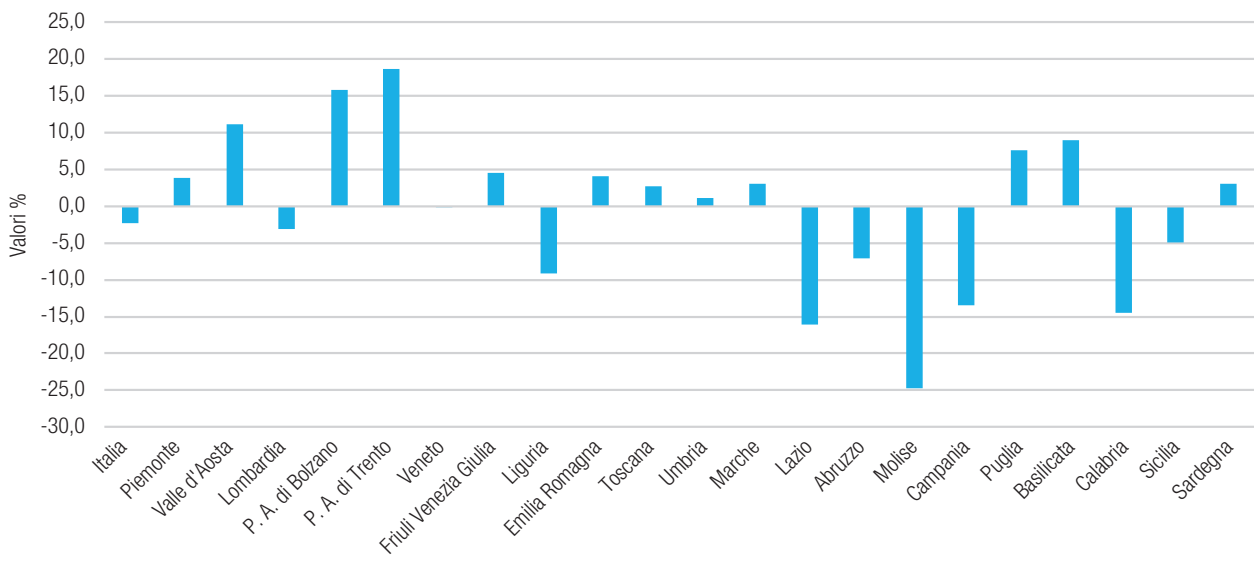
1.000), è aumentato da 8,4 a 10,7; il dato si conferma considerando il ruolo sanitario, per il quale si passa da 6,1 a 8,1 (Figura 15.).

In altri termini, nel complesso la dotazione organica delle strutture di ricovero è aumentata, ed è altresì aumentato il rapporto fra sanitari ed altri ruoli (da 2,7 a 3,1).

La riduzione delle altre figure è certamente effetto delle politiche di esternalizzazione, più frequenti per i non sanitari.

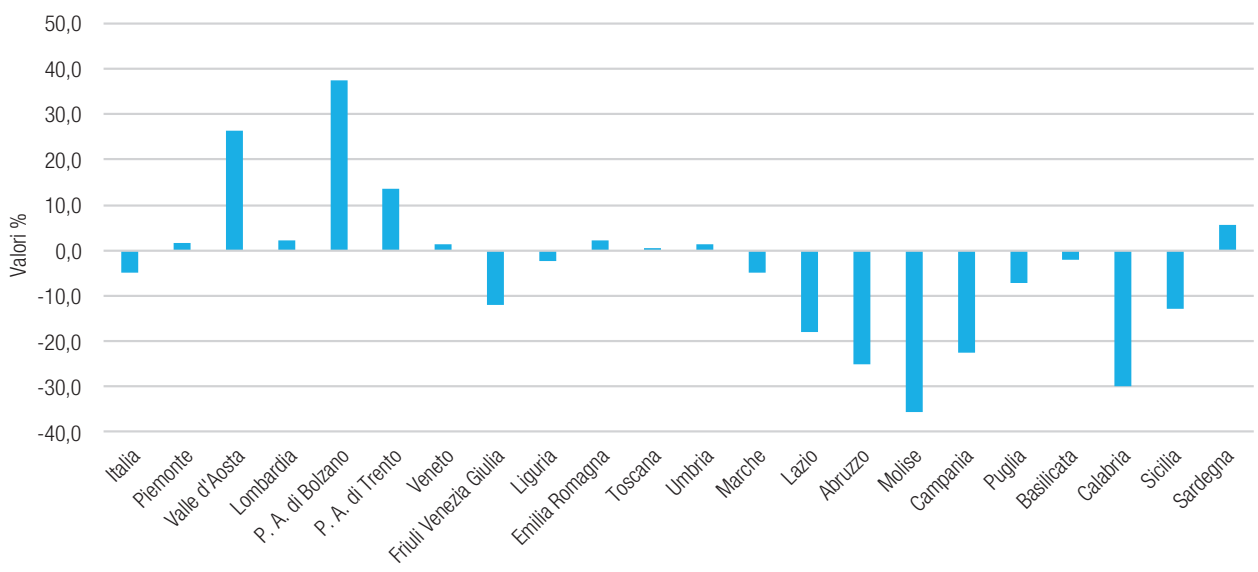
Lo spostamento di una parte dell'onere dal personale ai servizi conferma, e anzi aumenta la quantificazione dell'incremento di dotazione per unità di "erogazione".

Figura 13. Variazione 2017/2014 unità di personale sanitario



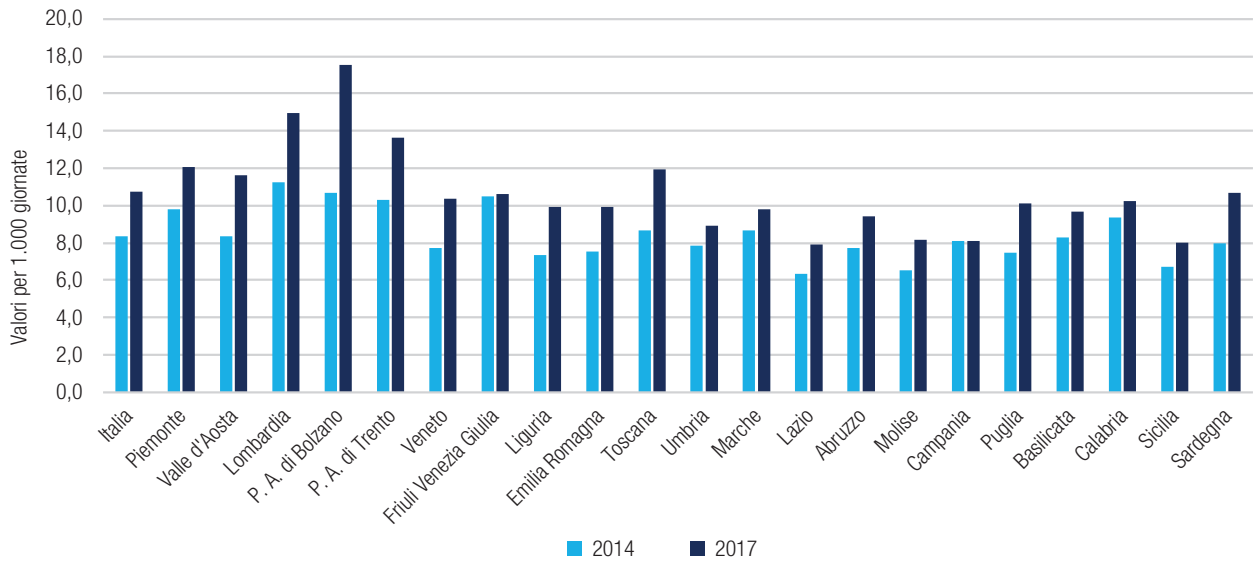
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Figura 14. Variazione 2017/2014 unità di personale strutture di ricovero



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

Figura 15. Personale strutture di ricovero per 1.000 giornate di degenza



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

Allo stesso tempo lo spostamento di una quota di attività sui *day service*, almeno in parte potrebbe compensare il fenomeno osservato; non si tiene, inoltre, neppure conto della specialistica, per la quale si assiste però ad una costanza, se non una riduzione nel tempo delle prestazioni erogate (si veda Capitolo 8a).

Parallelamente diminuiscono da 3,2 a 2,7 per 1.000 abitanti, le unità dipendenti delle strutture non di ricovero.

Da ultimo, va rilevato il differente impatto delle normative sulle Regioni, derivante, come rilevato anche dalla Corte dei Conti nella Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2019, dal fatto che il "dato di partenza" 2004 sul personale a livello regionale era difforme, tanto che l'effetto dei tetti è stato quello di peggiorare la situazione.

Nel 2004 il personale per 1.000 giornate di degenza nelle strutture di ricovero del Nord era pari a 9,2 unità, contro le 7,6 del Sud (7,5 nel Centro), con un differenziale tra le Regioni di 5,0.

Nel 2017 il personale per 1.000 giornate di degenza nelle strutture di ricovero del Nord è arrivato a 12,1 unità, contro le 9,3 del Sud (9,6 nel Centro), con un differenziale tra le Regioni che si è quasi raddoppiato arrivando a 9,6 unità, anche per effetto del blocco del *turnover* imposto alle Regioni in Piano di Rientro.

In termini di personale sanitario, nel 2004, sempre per 1.000 giornate di degenza, nelle strutture di ricovero del Nord avevamo 6,5 unità, contro le 5,6 del Sud (5,8 nel Centro), con un differenziale di 0,9 unità.

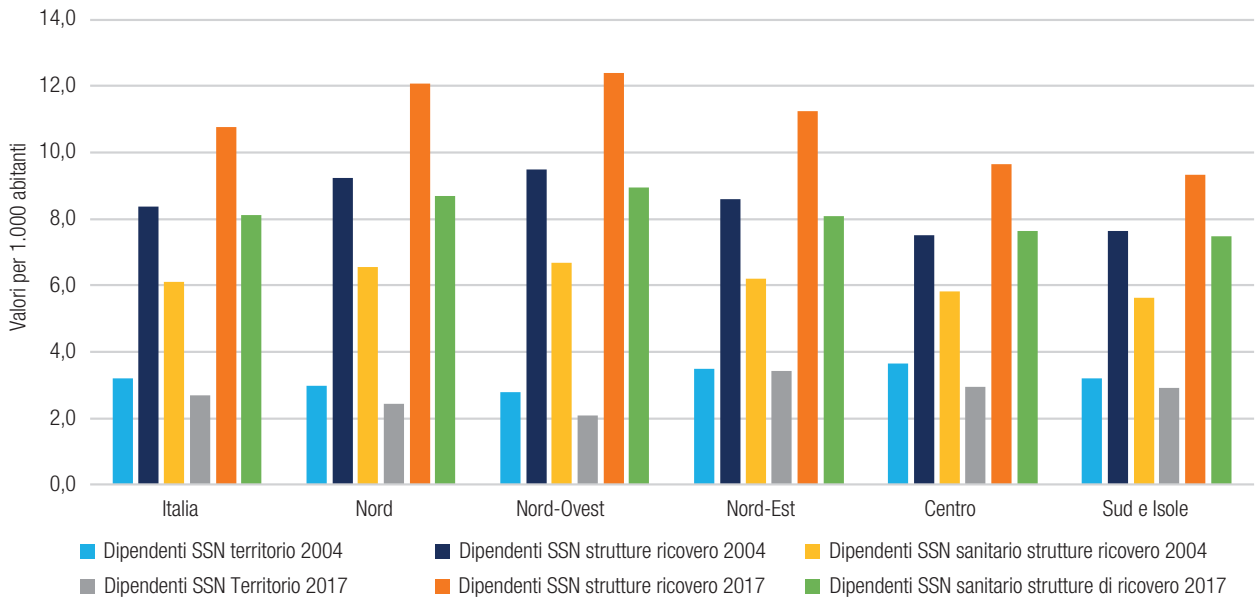
Nel 2017 il personale sanitario per 1.000 giornate di degenza nelle strutture di ricovero del Nord è arrivato a 8,7 unità, contro le 7,5 del Sud e 7,7 del Centro (che peggiora in termini relativi, perdendo il vantaggio rispetto al Sud), con un differenziale che cresce arrivando a 1,1 unità.

In controtendenza, il personale nelle strutture non di ricovero, nel 2004, nel Nord ammontava a 3,0 unità per 1.000 abitanti, contro le 3,2 del Sud (3,7 nel Centro), con un differenziale di 0,2 unità.

Nel 2017 nel Nord scende a 2,4 unità, contro le 2,9 del Sud (3,0 nel Centro), con un differenziale che diventa negativo, seppure minimo (Figura 16.).

In definitiva, si conferma che il regime del tetto ha allargato la forbice fra Regioni del Nord e del Sud (e anche del Centro), che poi è anche una ripartizione che segue in larga misura la suddivisione fra regioni in Piano di Rientro e Regioni "esenti".

Figura 16. Differenziali di organico (personale dipendente)



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

In particolare, la forbice si è allargata per quanto concerne le strutture di ricovero, mentre si è annullata per le altre strutture, peraltro per effetto di un generale allineamento verso il basso degli organici.

In prospettiva, la possibilità di utilizzare una parte dell'incremento del fondo per incrementare la spesa per il personale e, quindi, assumere personale, tende a congelare definitivamente le differenze rilevate; sempre poi che non venga assorbita per aumenti delle retribuzioni.

Anche qualora fossero solo le Regioni con minori organici a usufruire della flessibilità introdotta, i tempi per colmare il *gap* sarebbero non brevi, dato che, come rileva ancora la Corte dei Conti, gli incrementi previsti sono di modesta entità: € 55 mln. a livello nazionale per il 2019.

Di fatto, se si volesse "solo" riparametrare la situazione agli *standard* del 2004 (per quanto si tratti di uno scenario ormai improponibile, visti i cambiamenti intercorsi nelle tecnologie e quindi nelle organizzazioni), l'organico dovrebbe ridursi di oltre 72.000 dipendenti, di cui 102.000, nelle strutture di ricovero e 30.000 in più nelle altre, comportando una riduzione di spesa di € 4,0 mld..

Ma se, più credibilmente, si volesse omogeneizzare la situazione agli *standard* del Nord rilevati nel 2017, servirebbero invece 96.000 dipendenti in più, di cui 66.000 nelle strutture di ricovero e 30.000 nelle altre, con un costo aggiuntivo di € 4,0 mld..

In definitiva, ci sembra che si dimostri come il problema delle carenze sia molto più qualitativo che non quantitativo: ne segue che è auspicabile un serio approfondimento dei bisogni del SSN, utile a supportare una efficace programmazione a medio termine; eventuali interventi "lineari" rischiano di essere inefficienti (come argomentato le carenze sono di "tipo" specifico e non generalizzabili), iniqui (in quanti portatori di ulteriori *gaps* geografici) e, quindi, presumibilmente anche inefficaci.

Allo stesso tempo, va segnalato che gli organici nelle altre strutture (non di ricovero) si è ridotto, senza peraltro considerare che la popolazione è anche invecchiata: questo fenomeno mette in luce una mancato investimento nelle strutture "territoriali" del SSN e una discrasia fra le diverse politiche: in questo caso quella tesa al contenimento dei costi di personale e quella tesa a potenziare l'assistenza primaria.

A riprova dell'insufficiente impegno per la promo-

zione dell'assistenza primaria, osserviamo come, nel focus effettuato sul ricorso ai servizi domiciliari, si sia registrato un progressivo incremento dei servizi, sia in rapporto alla popolazione totale, che a quella anziana, ma anche che i livelli di ricorso rimangono di poco superiori ad un terzo di quello massimo europeo, registrato in Svizzera.

Ma su un piano organizzativo, constatiamo l'assenza di uno sviluppo regionale omogeneo.

L'ADI sembra rappresentare il percorso immediatamente successivo al ricovero in acuzie per circa il 22,0% (anno 2017) dei pazienti dimessi non al domicilio (4,8% di tutti i dimessi), ma con importanti differenze regionali. In generale, mentre l'assistenza domiciliare, nel Nord e nel Centro del Paese, sembra essere scelta come forma assistenziale prevalentemente per la casistica di media o bassa complessità, nel Mezzogiorno viene, invece, adottata prevalentemente per casistiche più complesse.

Registriamo come in alcune realtà regionali, in cui l'offerta nelle strutture intermedie è superiore alla media nazionale, questa soluzione sia preferita all'ADI. In altre realtà, quali il Veneto, il ricorso all'ADI, sembra essere invece una scelta preferita ex ante e limitata alla casistica meno complessa, nonostante l'offerta di posti letto in strutture intermedie sia anch'essa superiore alla media. Nelle realtà del Mezzogiorno, ad eccezione del Molise, il ricorso all'ADI resta comunque inferiore alla media e, probabilmente in ragione della contestuale carenza di offerta di letti in strutture di ricovero intermedie, è indirizzata ad una complessità di pazienti medio-alta.

Complessivamente, le differenze evidenziate impongono un approfondimento specifico sull'appropriatezza delle politiche di accesso in ADI e nelle strutture intermedie, ed in generale dimostrano come il "modello dell'assistenza primaria" stenti ancora a configurarsi.

La *governance* farmaceutica

Al *top* dell'agenda delle politiche sanitarie è anche la *governance* farmaceutica. La consapevolezza che sia necessaria una "nuova *governance"* del settore è ampiamente condivisa, tanto che ne è stata più volte annunciata l'inaugurazione; Ne analizziamo di seguito lo stato dell'arte, non prima di aver ricordato che il problema si pone, forse persino con maggiore fretta, per il settore dei Dispositivi Medici, e questo anche alla luce dei nuovi regolamenti EU.

Per il farmaceutico, al di là degli annunci, di concreto sinora è stato realizzato poco, con l'eccezione della pubblicazione, ma non ancora l'emanazione, di un decreto deputato in sostanza ad aggiornare i criteri CIPE del 2001 per la negoziazione e la rimborsabilità dei farmaci; oltre questo possiamo aggiungere la modifica delle regole di riparto del *payback* introdotte dalla Legge di Bilancio 2019 e, con buona probabilità, il rinnovo dei Fondi per i farmaci innovativi.

Complessivamente, la valutazione che complessivamente se ne può trarre è che le norme citate, pur certamente rilevanti, ancora non riescono a configurare compiutamente una "nuova *governance"* del settore, oltra a presentare alcuni aspetti problematici. Sembra, comunque, che esse forniscano una indicazione della direzione in cui ci si intende muovere.

Iniziando dal decreto su prezzi e rimborsabilità, ci sembra di poter affermare che la sua principale novità risieda nelle note iniziali del dispositivo, da cui si evincono due "principi". Il primo riguarda l'ambito di applicazione: la norma non riguarda solo i farmaci di classe A (rimborsati), bensì tutti quei farmaci che impattano sulla spesa del SSN: ivi compresi, quindi, quelli a cui si applica la L. n. 648/1996 e alcune categorie di farmaci in classe C (e Cnn) acquistati dalle Aziende pubbliche. Il secondo, invece, le modalità operative della negoziazione, ovvero il fatto che è considerato onere delle Aziende che sottomettono un farmaco per la negoziazione, dimostrare l'eventuale valore terapeutico aggiunto, corredandolo anche di informazioni di tipo economico e finanziario.

La ratio del primo punto appare chiara, essendo certamente conseguenza della esigenza di controllo della spesa: si estende la regolamentazione, e quindi in via di principio la necessità di una negoziazione a tutti i farmaci che comportano un onere per lo Stato.

Pur essendo del tutto condivisibile il fine, appare non del tutto ovvia la soluzione, ovvero la volontà di

estendere norme che riguardano la negoziazione di prezzo a farmaci che nei fatti o non sono stati negoziati (Cnn, in caso C), o che lo sono stati ma con esito negativo (C), o che vengano usati di fatto fuori indicazione, per soddisfare esigenze/casi specifici e ben definiti dalle norme.

Rimandando per i dettagli al Capitolo 9a, la sensazione è che il legislatore abbia voluto "spostare" il fulcro, aumentando il potere negoziale del settore pubblico.

La questione non è di poco conto: in un mercato dove si fronteggia un sostanziale monopolio privato, con un altrettanto sostanziale monopsonio pubblico, ogni spostamento di fulcro cambiando la "lunghezza delle leve", ovvero le condizioni di mercato, ha effetti che di certo non si limitano alle politiche assistenziali o di governo della finanza pubblica.

Una "nuova *Governance*" indifferente alle logiche di mercato, fra cui le politiche industriali, non è detto che aumenti il benessere sociale.

Per rimanere su un piano pragmatico, andrebbe ben soppesato se il potere negoziale pubblico debba derivare dalla possibilità di non rimborsare (per ragioni trasparentemente chiarite) un farmaco, o da tentativi tesi a obbligare per via amministrativa le Aziende alla negoziazione, con il rischio che queste decidano di non commercializzare in Italia alcune molecole e, a cascata, eventualmente ridurre anche la loro presenza industriale nel Paese.

La logica della riflessione va allargata alla "volontà" di portare a competizione molecole prima della scadenza brevettuale, dimenticando così che la protezione dei diritti di proprietà intellettuale ha un "valore" rilevante di per sé.

In questa fattispecie, va anche considerato che è oltremodo difficile su un piano strettamente scientifico dimostrare l'equivalenza terapeutica; e se mai fosse superata la questione, che aumentare i rischi per le nuove molecole, facendole diventare precocemente oggetto di gara, nella dinamica di mercato è presumibile provocherà un aumento dei prezzi richiesti nelle future negoziazioni.

In altri termini il settore ha necessità di essere regolamentato secondo "categorie economiche", che sono per loro natura intrinsecamente dinamiche, superando approcci ragionieristici che si limitano a considerare gli effetti statici sugli equilibri di finanza pubblica.

Sul secondo punto, quello della modalità, in verità non sembra potersi affermare che si tratta di una vera novità: anche in precedenza i criteri sui quali AIFA doveva basare le proprie decisioni implicavano, nei fatti, l'onere o, quanto meno, l'interesse delle Aziende a dimostrare nel *dossier* il valore del farmaco.

La principale novità ci sembra risiedere nell'aver ribadito la volontà di valutare il valore terapeutico aggiuntivo sulla base delle evidenze prodotte: il segnale sembra essere quello di una volontà di ragionare, in termini negoziali, in una logica di *value based pricing*.

Ne appare una conferma la specificazione per cui «*qualora … non sia dimostrato … alcun vantaggio terapeutico aggiuntivo …*" l'Azienda "*… dovrà fornire ulteriori elementi di interesse …*" oppure fare una proposta "*… che configuri un costo terapia uguale o inferiore rispetto a quello dei comparatori…*».

In sintesi, o c'è un beneficio incrementale o per entrare l'Azienda deve proporre un vantaggio finanziario per il SSN.

L'approccio è certamente condivisibile e risulta coerente con la logica del *value based pricing*; inoltre, almeno sulla carta, dovrebbe snellire le negoziazioni, essendo a priori chiaro il criterio "minimo" necessario per affrontare con probabilità di "successo" il processo stesso di negoziazione.

Un limite nel dispositivo è quello di non avere definito compiutamente cosa si intenda per valore, che rimane quindi un apprezzamento lasciato di volta in volta alla CTS (Commissione Tecnico Scientifica) dell'AIFA; come anche, non viene trasparentemente dichiarato come tale valore si "leghi" poi al prezzo massimo riconoscibile dal SSN, aspetto questo lasciato di volta in volta alla CPR (Commissione Prezzo e Rimborso) dell'AIFA.

Molto meno condivisibile, su un piano tecnico, appare poi la richiesta per cui «*… nel caso non vi siano medicinali comparatori …*" bisogna "*… motivare la proposta di prezzo anche in funzione dei costi della ricerca e sviluppo*».

Qualora il comparatore non sia adeguato, questo dovrebbe rappresentare un forte limite alla richiesta di rimborso alla luce della insufficiente evidenza delle prove di valore terapeutico; nel caso in cui effettivamente non si potesse individuare un comparatore attivo (vorremmo notare per inciso che un comparatore c'è sempre, essendo, al più, placebo) non si capisce, però, perché il beneficio incrementale rispetto a placebo non sia ritenuto adeguato per formulare la proposizione di valore.

Sul piano pratico, questo aspetto della norma rischia di penalizzare i farmaci (per primi quelli orfani) che danno risposte ad un *unmet need,* e per i quali è evidente che non c'è un *"medicinale comparatore"*.

Vorremmo aggiungere che in ogni caso, la richiesta di fondare la valutazione sui costi appare del tutto velleitaria, essendo nota la difficoltà di validare i costi dei processi di Ricerca e Sviluppo (R&S), oltre al fatto che è del tutto discutibile (e contraddittorio con la logica del *Value Based Pricing*) pensare di correlare i prezzi ai costi di R&S.

Anche in questo caso ricorre un elemento riconducibile agli aspetti di potere di mercato sopra richiamati.

Un po' tutta la nuova regolamentazione sembra fondarsi sulla, peraltro diffusa, convinzione per cui i prezzi dei farmaci sono "troppo alti".

Al di là che i dati disponibili sembrano indicare che invece i prezzi in Italia siano mediamente inferiori a quelli applicati negli altri Paesi EU, il "troppo" dipende comunque dal metro di paragone: i "prezzi" in quanto tali (in una logica di *Value Based Pricing*) sono evidentemente *meaningless*, se astratti da un confronto con il valore delle tecnologie e con la loro remuneratività.

Una buona regola sarebbe proprio quella di sfruttare i dati disponibili, per valutare se i prezzi proposti rendano le molecole "*value for money" e* configurino livelli di remuneratività accettabili, indipendentemente dai loro prezzi unitari.

Che non sempre si sfruttino bene le informazioni disponibili sembra dimostrato dalla recente esclusione dagli incentivi di 39 farmaci, che erano nella lista a cui AIFA riconosceva lo stato di "orfani".

Rimandando al Capitolo 14a, che riassume i risultati dell'Osservatorio Farmaci Orfani, si dimostra chiaramente che oltre l'82% di questi farmaci fattura meno di € 30 mln. e, in molti casi, meno di quelli che hanno conservato i benefici, confermando nei fatti che anche per loro si configura una condizione sostanzialmente "orfana".

L'informativa AIFA ("su farmaci orfani e relativi effetti della Legge di bilancio 2019") che pure ha cercato di sostenere che non ci fosse nocumento rilevante per i farmaci orfani, conferma peraltro che fra i 39 farmaci esclusi, c'è un certo numero di casi in cui l'Azienda è monoprodotto, e altri casi in cui la molecola ne rappresenta oltre il 50% del fatturato: peggiorarne le condizioni di remuneratività rischia di estromettere queste Aziende dal mercato, con evidenti danni sociali ed economici.

Ci sembra che la regolamentazione si sia basata su logiche di appartenenza formale ad una o l'altra "lista", mentre sarebbe stato preferibile definire incentivi e disincentivi su una base economicamente razionale.

Fra gli incentivi perduti da questi farmaci c'è l'esenzione dal *payback,* che è altro tema degno di riflessione: il passaggio ad un *payback* ripartito sulle quote di mercato delle Aziende, norma certamente derivante dal tentativo di "disinnescare" i contenziosi generatisi negli anni passati, sembra dimenticare che la sua istituzione era stata giustificata come deterrente alle cosiddette "pressioni commerciali", tanto che se ne facevano carico le Aziende che maggiormente "spingevano l'acceleratore" sulle vendite.

Per quanto basato su un eufemismo (le pressioni commerciali), il meccanismo di *payback* trovava così una sua "dignità economica di essere", confermata dall'osservazione che buona parte delle riduzioni di prezzo normativamente imposte, non esitavano in proporzionali risparmi, e questo per effetto dell'aumento delle quantità vendute, sganciato da ragionevoli motivazioni epidemiologiche.

Sganciare da questo principio il *payback* lo rende ora difficilmente difendibile su un piano prima di tutto logico e poi economico, regredendolo a mero sconto (ex post!).

In questa sua veste, può essere messa in discussione persino la sua efficacia nel disinnescare il con-

tenzioso (che poi è l'obiettivo principe, dato che sui rimborsi del *payback* le Regioni ormai contano per far quadrare i bilanci), nella misura in cui questo è certamente incentivato dalle proporzioni dello sconto da pagare ex post.

Il *payback*, inoltre, implica l'esistenza dei tetti, e quindi il perdurare della cosiddetta politica dei silos.

Malgrado una diffusa convinzione della non correttezza dell'approccio, per ragioni di certezza di bilancio non si ha il coraggio di affrontare la materia in modo davvero innovativo. Anzi, l'istituzione dei Fondi per i farmaci innovativi ha generato la politica dei sotto (e sotto-sotto) silos.

Come per il *payback*, si tratta di un polmone finanziario irrinunciabile a livello regionale per garantire l'accesso dei farmaci innovativi, ma non di meno denso di "limiti"; il più eclatante è che, di fatto, non sono dimensionati sugli effettivi bisogni, tanto che uno risulta più che capiente e l'atro potrebbe già non esserlo più a fine 2019. Dimensionamento che inoltre richiederebbe una loro continua rivalutazione, almeno annuale, funzione delle previsioni sulle molecole che escono dal Fondo e su quelle che invece vi accedono; tenendo però conto che una continua rivalutazione creerebbe non poche difficoltà di programmazione alle Regioni.

Considerando poi che nei fatti i Fondi configurano un (doppio) silos, all'interno del silos generale della farmaceutica, sarebbe auspicabile almeno una loro unificazione o, almeno, la definizione di regole che ne permettano l'osmosi.

Su questo punto va anche aggiunto che si sta evidenziando un non banale problema di copertura degli oneri per i farmaci innovativi che escono (a fine triennio) dal Fondo: dalla programmazione della Regione Emilia Romagna, ad esempio, si può evincere come ormai le molecole "scadute" e gli altri farmaci ad alto costo, impegnino le Regioni per ammontari che hanno già raggiunto dimensioni pari a oltre la metà della consistenza dei Fondi per l'innovatività, acclarando così che anche per questi va pensata una *governance* ad hoc, efficace nel garantirne l'accesso per i pazienti.

Meno evidente, ma non per questo meno importante, è il tema della variabilità regionale: a fine 2018 le Regioni hanno speso sul Fondo per gli innovativi somme pro-capite (sulla popolazione residente) che vanno da € 4,0 a € 10,5; non va meglio per il Fondo Innovativi Oncologici dove si va da € 6,9 a € 16,1. Si tratta di differenze inspiegabili con ragioni epidemiologiche: e dimostrano che la "nuova *governance*" deve anche prevedere il monitoraggio, oggi possibile con le informazioni disponibili, dei rischi, in alternativa o in contemporanea, di inappropriatezza di uso e/o di razionamento dell'accesso.

Alle note su quanto sin qui fatto, vanno aggiunte alcune note su quanto invece sin qui sembra rimanere negletto.

In particolare, ci sembra che la "nuova *governance*" debba affrontare due questioni assolutamente rilevanti e per le quali sinora non sembra esserci traccia di interesse.

La prima riguarda il fatto che le scelte nazionali (AIFA in primo luogo) non trovano sempre immediato risconto nelle programmazioni regionali, dimostrando così che si è inceppato il rapporto fra *governance* nazionale e regionali.

La soluzione a questo problema non è evidentemente quella di aumentare la rappresentanza regionale in AIFA (al di là del valore indiscusso dei singoli). È prima di tutto necessario che AIFA faccia di più per mettere in condizione le Regioni di programmare le proprie attività: ad esempio, e senza pretesa di esaustività, fornendo in anticipo informazioni sull'arrivo nel mercato delle nuove molecole, mediante una continua attività di *Horizon Scanning*; fornendo i dati epidemiologici e di *budget impact* sulla base dei quali ha preso le proprie decisioni, così da permettere alle Regioni la valutazione dell'impatto sulla propria organizzazione; trovando un modo per rendere più gestibile il meccanismo degli accordi confidenziali che pure hanno il merito di avere fortemente contributo alla sostenibilità del settore.

Allo stesso tempo, le Regioni è necessario che mettano a disposizione i *feedback* sugli impatti effettivi (clinici ed economici) dei nuovi accessi (e non solo) per permettere una gestione "in continuo" dei prontuari: avere una facoltà di revisione dei prezzi, senza gli elementi di merito per effettuarla, porta solo ad una perdita di efficacia dello strumento, o alla sua

"banalizzazione" che, nel passato, ha ripetutamente assunto la forma dei "tagli lineari".

Un altro aspetto di *governance* che richiede immediata attenzione è quello del mantenimento di condizioni competitive sui mercati dei farmaci "fuori brevetto"; la regolamentazione esistente (bio-equivalenza, bio-similarità) ne fa di fatto delle *commodities* e, come tali, beni soggetti a competizione esclusivamente di prezzo.

Le genericazioni (in senso lato) hanno portato ingenti risparmi, permettendo al sistema di esser sin qui sostenibile: ma è crescente l'evidenza di rischi di fallimenti di mercato, legati alla riduzione dei prezzi a livelli troppo poco remunerativi e/o a fenomeni di *dumping*, questi ultimi in particolare nel comparto dei bio-similari, dove le barriere all'entrata sono superiori per ragioni industriali.

In altri termini, mentre si tende a concentrare l'attenzione sulla competitività sui mercati dei "nuovi prodotti", si dimentica che l'impatto di questi è, almeno sin qui, grosso modo della dimensione dell'impatto, di segno opposto, dei mercati dei "vecchi prodotti", che nei fatti sono stati la principale fonte di finanziamento dell'innovazione nell'ultimo ventennio: mantenerne l'efficienza deve quindi essere una priorità assoluta della "nuova *governance*".

Riflessioni finali

A conclusione delle nostre annuali riflessioni sull'evoluzione del SSN e delle sue articolazioni regionali, ci sembra di poter riassumere quanto argomentato con una osservazione generale.

Sull'efficienza del disegno federalista in Sanità non sembra ci possano essere ragionevoli dubbi: le informazioni disponibili confermano che i (peraltro scarsi) indizi di allargamento delle disparità geografiche, sono più che compensati da una crescita (questa largamente evidente e generale) dei livelli di efficienza ed efficacia dei SSR.

Non di meno, il federalismo e, in generale, il decentramento, necessitano di regole comuni che definiscano i diritti di cittadinanza che si vogliono garantire.

Questa funzione, che deve evidentemente rimanere centrale, diventa ancora più essenziale in una fase di richiesta di autonomia differenziata. Da questo punto di vista, il "vantaggio" della Sanità rispetto agli altri settori è senza ombra di dubbio quello di avere già consolidato una buona esperienza nella "gestione" dei LEA: l'esperienza della Sanità conferma che si può avere autonomia senza effetti centrifughi, se però essa è preceduta (il contrario sarebbe pericolosissimo) dalla definizione del *core* dei diritti di cittadinanza.

Ma, come già qualcuno ha notato, i LEA non possono essere ridotti ad una mera lista di prestazioni. Essi sono prima di tutto il frutto di un pensiero condiviso sui livelli di equità che si vogliono perseguire.

La crescente richiesta di autonomia richiede, anche, una chiara definizione del posizionamento del SSN (e quindi dei SSR) nel sistema Paese: i rapporti con il mondo industriale, con quello della sussidiarietà, etc. non possono essere lasciati alla spontanea (e quindi per lo più disordinata) aggregazione dei comportamenti regionali (e poi magari anche locali).

In altri termini, le Politiche nazionali diventano, in modo apparentemente paradossale, tanto più importanti, quanto più si va verso una crescente autonomia.

Da qui la scelta di sottolineare nel titolo del Rapporto l'importanza di (ri)vedere "Politiche nazionali" a più ampio respiro, dopo alcuni anni di orientamento esclusivo all'efficientamento. Rimane nel titolo un punto interrogativo, che evidentemente non esprime una aprioristica sfiducia, quanto vuole mettere in guardia dal rischio di piegare le Politiche nazionali alla rincorsa di soluzioni a problemi specifici, perdendo di vista il quadro di insieme.

Dopo anni di politiche prone alla necessità di riportare in sicurezza il sistema da un punto di vista finanziario, c'è infatti bisogno di tornare alla "macro-economia", dimostrando capacità di lettura dell'evoluzione di un sistema che rappresenta insieme un pilastro essenziale del *Welfare* nazionale, ma anche la terza industria del Paese.

Il richiamo del XV Rapporto Sanità è quindi, in primo luogo, quello sulla necessità di coniugare nelle Politiche nazionali sia obiettivi di finanza pubblica,

sia assistenziali, che di sviluppo economico; ne segue che devono essere compatibili le politiche di (ri) finanziamento con le "nuove *Governance*", in primis farmaceutica, ma senza dimenticare i dispositivi medici e l'impatto dell'ICT in Sanità.

In secondo luogo, a immaginare il futuro del SSN guardando ai *trend* in corso nel resto del mondo, tanto da un punto di vista dei livelli *welfare* offerti, quanto dell'evoluzione tecnologica: il Rapporto sottolinea come le "traiettorie" italiane siano sempre più discrasiche rispetto a quelle dei Paesi con cui siamo usi confrontarci.

In terzo luogo, quello di coniugare fra loro le politiche settoriali: l'esempio delle politiche sul personale da rapportare a quelle sullo sviluppo dell'assistenza primaria, ci sembra un esempio davvero eclatante, che abbiamo voluto approfondire partendo dai "numeri" disponibili.

In quarto luogo, quello di ricordare che la sopravvivenza del SSN si basa anche sul governo dei livelli di solidarietà e perequazione messi in atto, e che un SSN universalistico affiancato ad un sistema fiscale iniquo, produce effetti indesiderabili; in un momento in cui si vuole riordinare (giustamente) la politica delle compartecipazioni, non si può cadere nell'errore di non guardare anche agli effetti reali della redistribuzione in atto.

Quindi, concludendo, autonomia e Politiche nazionali, sono due facce della stessa medaglia, entrambe condizioni per disegnare il necessario adeguamento del sistema sanitario alle sfide sociali e tecnologiche che ne stanno modificando i connotati: sarebbe perdente doverle rincorrerre, per non averle sapute precedere a causa di una insufficiente *vision* politica.

EXECUTIVE SUMMARY
The return of National Health Policy

d'Angela D.[1], Polistena B.[1], Spandonaro F.[1]

2019 seems to mark a turning point: in the 2018 Health Report, we had complained that the national debate on health policy was confined to management and cyclical issue which, albeit significant, were often irrelevant to the overall structure of the italian National Health Service (NHS).

In fact, waiting lists, staff management, etc. are certainly relevant issues, but they concern more the management of the NHS, which is also a strictly regional competence, than the structure of the Welfare design underlying the NHS.

For example, since a long time, one of the key topics of national politics, i.e. the amount of public resources to allocate to the NHS, has not been debated.

The real novelty of the 2019 Budget Bill, being currently discussed, is the fact that the funding of the National Health Service has been placed again at the core of political choices.

The € 2 billion so far proposed as an increase in the "Fund" for 2020 (adding to the € 2 billion for building healthcare facilities) - although being nothing more than a confirmation of the allocations included in the medium-term planning drawn up by the previous government - have the merit of marking a significant increase in funding and, if approved definitively, to keep the "promises" made.

The proposed abolition of the extra-copayment on outpatient specialist services (the so-called "superticket") goes along the same lines, although this measure is only planned and is therefore still in the limbo of "promises" to be kept.

For the time being, the so called "Health Pact" and the pharmaceutical "new governance" are still left "at the starting post". These are aspects on which coordination between the State and the Regions is essential, and which clearly has yet to find its technical and political equilibrium.

Obviously, the above is not completely positive and/or a resolutive news, but it seems to mark a "change of pace".

Hence let us try to analyse some quantitative aspects that we think deserve attention, even pending further developments.

Funding

In a nutshell, we believe that the additional € 2 billion funding to the NHS is a concrete step forward. In quantitative terms, however, it is something we owe to the NHS and it is certainly not enough to bridge the gap between the resources appropriated for the Italian health sector and those allocated to the sector in other European countries.

In recent years, we have repeatedly brought Italy's peculiar evolutionary trends of health funding and spending to the attention of the health policy debate.

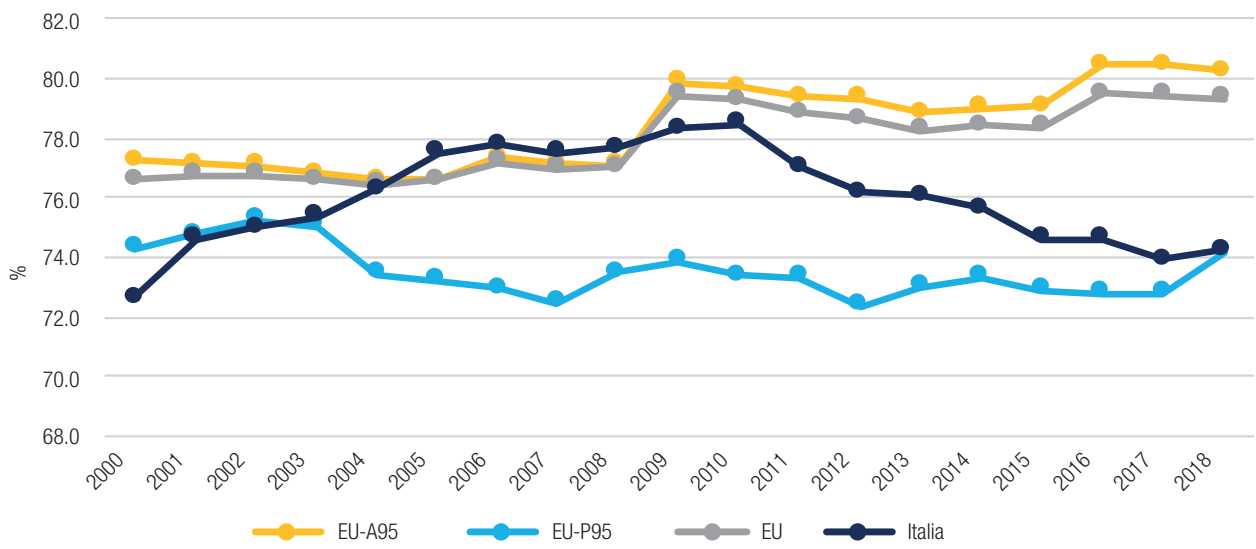
We can summarize them as follows:

- *after 2010, the share of public health funding in Italy began to decline, gradually moving away from the average recorded in the pre-1995 EU countries; on 2018, the share of Italian funding is 6.0 percentage points lower, so that it is now aligned (+0.1 percentage points) with that of Eastern European countries (post-1995 EU countries) (Figure 1.)*

[1] *Tor Vergata University of Rome, C.R.E.A. Sanità*

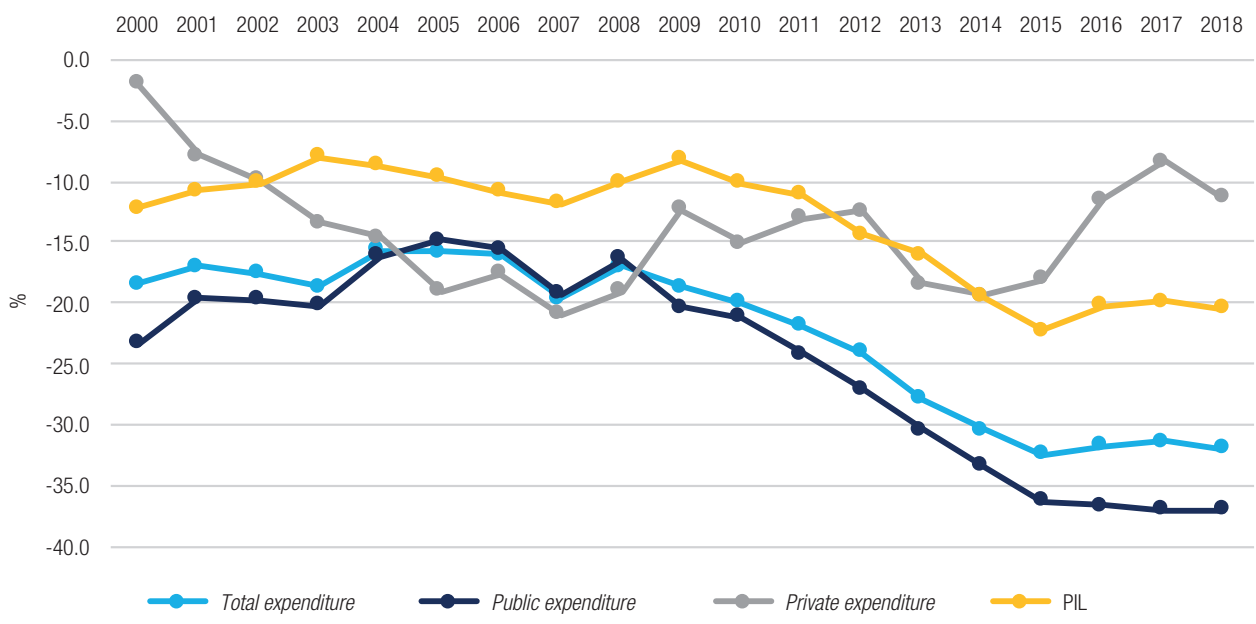
- *the relative reduction, but also in real terms (-2.7% compared to 2010), of public funding has, however, been matched by a financial re-balancing of the system, achieved at regional level with substantial spending cuts - in fact, Italy's health expenditure grew between 2000 and 2018 at a 2.5% average annual rate, compared to a 3.5% UE rate; public spending grew at a 2.6% average annual rate, compared to a 3.8% annual rate*

Figure 1. Share of public funding on current healthcare spending



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

Figure 2. Trend of health expenditure e GDP per-capita. Gap Italia vs EU-Ante 1995. Valori in €



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

- *if we compare these growth rates with the GDP ones, the gap is similar for Italy and UE (in Italy -0.6% per year on average), thus demonstrating that general economic growth is still the independent variable*
- *this has resulted in a fast widening of the per-capita public spending gap compared to the pre-1995 EU countries, which reached 37.1% in 2018*
- *at the same time, the Italian private spending gap has been reduced; in 2008 it was about 20% lower than the average for the pre-1995 EU countries and it is now equal to 11.4%; in terms of Purchasing Power Parity, Italy's private spending has practically reached that of the other pre-1995 EU countries; this would not be surprising (at the same capability to pay, it is reasonable to think - in abstract terms – of equal consumption levels), if it were not for the fact that, in principle, the NHS should be universalistic and comprehensive and tend to offer free services (or with limited cost-sharing) considering the opposite public and private spending trends, health spending differential between Italy and the pre-1995 EU countries equal a -32%, compared to a +157.5% differential with the post-1995 EU countries (Figure 2.).*

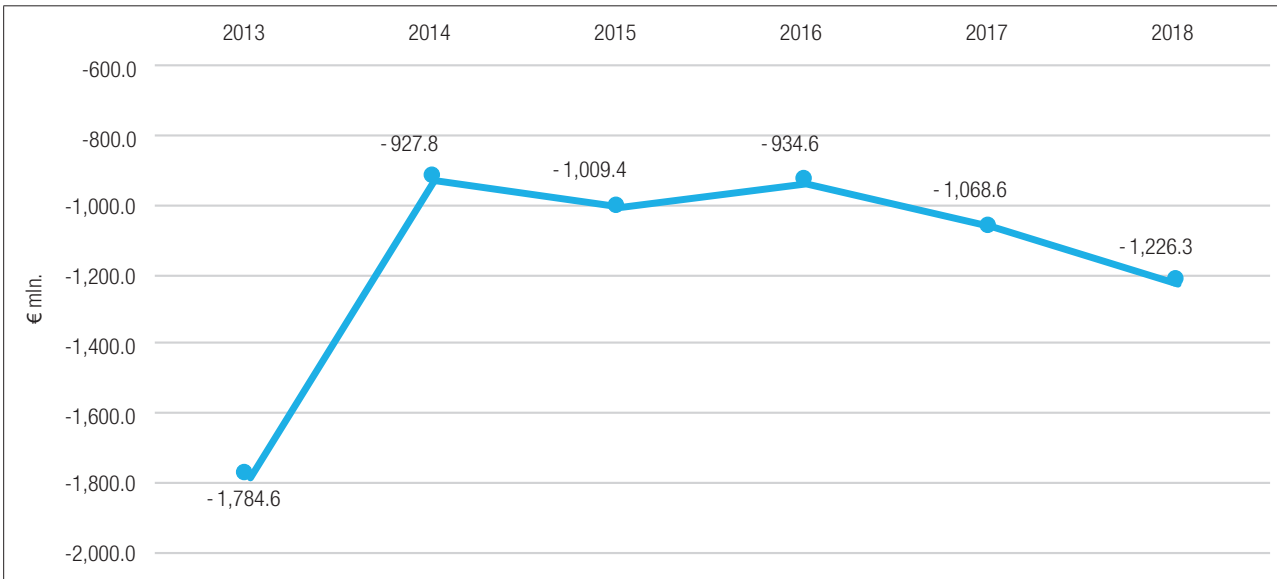
Faced with an average increase in public spending which, as anticipated, has been by 1% per year, on average, since 2000, the 1.7% increase forecast for 2020 is quite a significant improvement.

Nevertheless, our estimates show that it will not be enough to reverse the trend of a widening gap with the other EU countries.

Assuming that the growth trend recorded over the last 5 years continues in the EU, both for public and private spending, and that in Italy a condition of financial equilibrium is maintained, i.e. that, in the coming years, public spending increases exactly by the € 2 billion provided for by the 2019 Budget Bill, while private spending increases following the trend recorded over the last 5 years, we would obtain that:

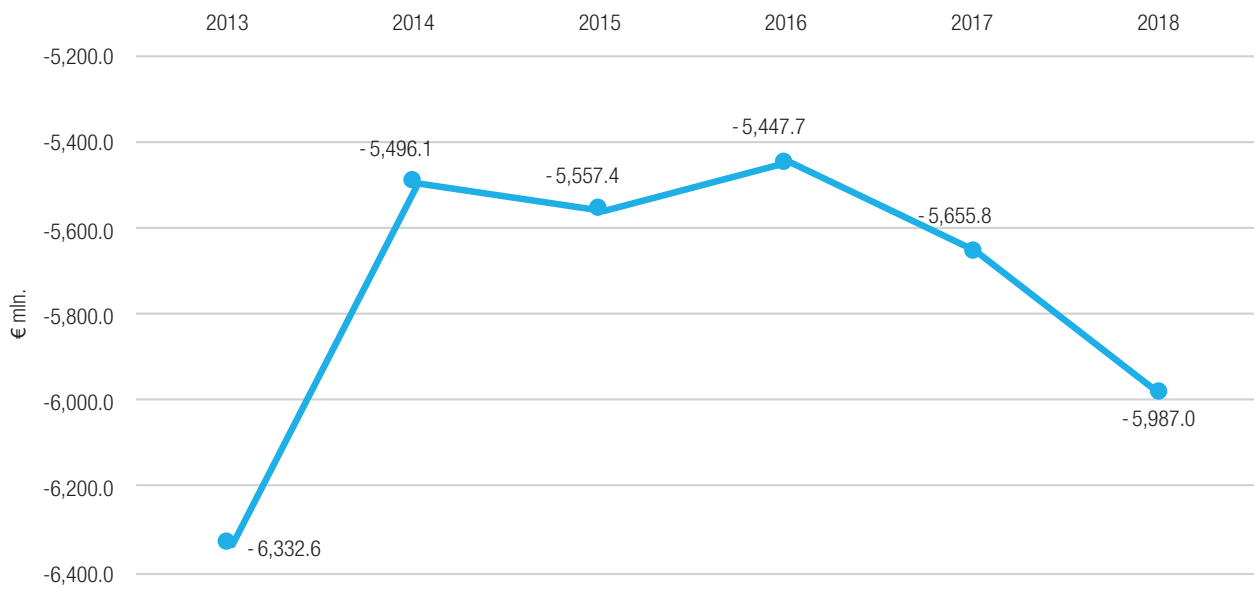
- *Italy's total spending gap vs. the pre-1995 EU countries would continue to grow, reaching -32.4%, of which -0.4 percentage points referred to the 2019/2018 variation)*
- *Italy's public spending gap vs. the pre-1995 EU countries would keep on growing (-37.9%, with -0.8 percentage points in 2019/2018)*

Figure 3. Operating results



Source: processing of general Accounting Office and Istat data, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figure 4. Operating results net of cost-sharing



Source: processing of General Accounting Office, Health Ministry and Istat data, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

- *Italy's private spending gap vs. the pre-1995 EU countries would further be reduced to -9.9%, with a 1.5% decrease for 2019/2018.*

Ultimately, considering Italy's growth rates in recent years, and hence also the persistence of an exaggeratedly high public debt, the room for refinancing the NHS is still minimal.

Moreover, in 2018 there were negative operating results, albeit limited, equal to € 1.2 billion, up by 14.8% as against 2017 and growing especially in the Northern Regions (Figure 3.).

It should be added that the "balances" described above consider citizens' cost-sharing for the services provided by public structures (recorded as revenue in the Financial Accounts) and the lower costs resulting from cost-sharing on pharmaceuticals and specialist services provided in accredited structures operating under a specific arrangement with the NHS.

If cost-sharing were abolished, the situation would change radically: the total deficit in 2018 would amount to € 6 billion, with a 5.8% increase compared to the previous year (Figure 4).

Faced with current trends, which cannot be sustained indefinitely, we think that this should lead to a debate on healthcare investment productivity, going beyond the "easy" slogan that Healthcare is an "investment and not a cost".

In other words, we can say that Healthcare needs additional resources, but that they can result essentially from its potential ability to generate both social and economic returns.

Firstly, for social wellbeing and, secondly, for the growth of the economic system.

As to the first aspect, we note that the issue cannot by no means be taken for granted from a quantitative viewpoint.

Preliminarily, we note that - even considering all the limits of aggregate outcome indicators - the correlation between health spending and life expectancy is significant. It should also be noted, however, that there is no evidence of the fact that - at the current levels of Italian spending - further investment would have a positive marginal productivity.

Considering the following chart, and particularly quadrants II and III, we perceive a clear correlation between spending and outcomes (which, as argued in Chapter 4c, is of "a higher ranking" than the socio-economic conditions).

Incidentally, looking in particular at quadrant II,

we also find reasonable consistency between the different levels of "clinical outcomes" - approximated with life expectancy - recorded in the Southern and Central-Northern Regions, which can be largely explained by the different spending levels (Figure 5.).

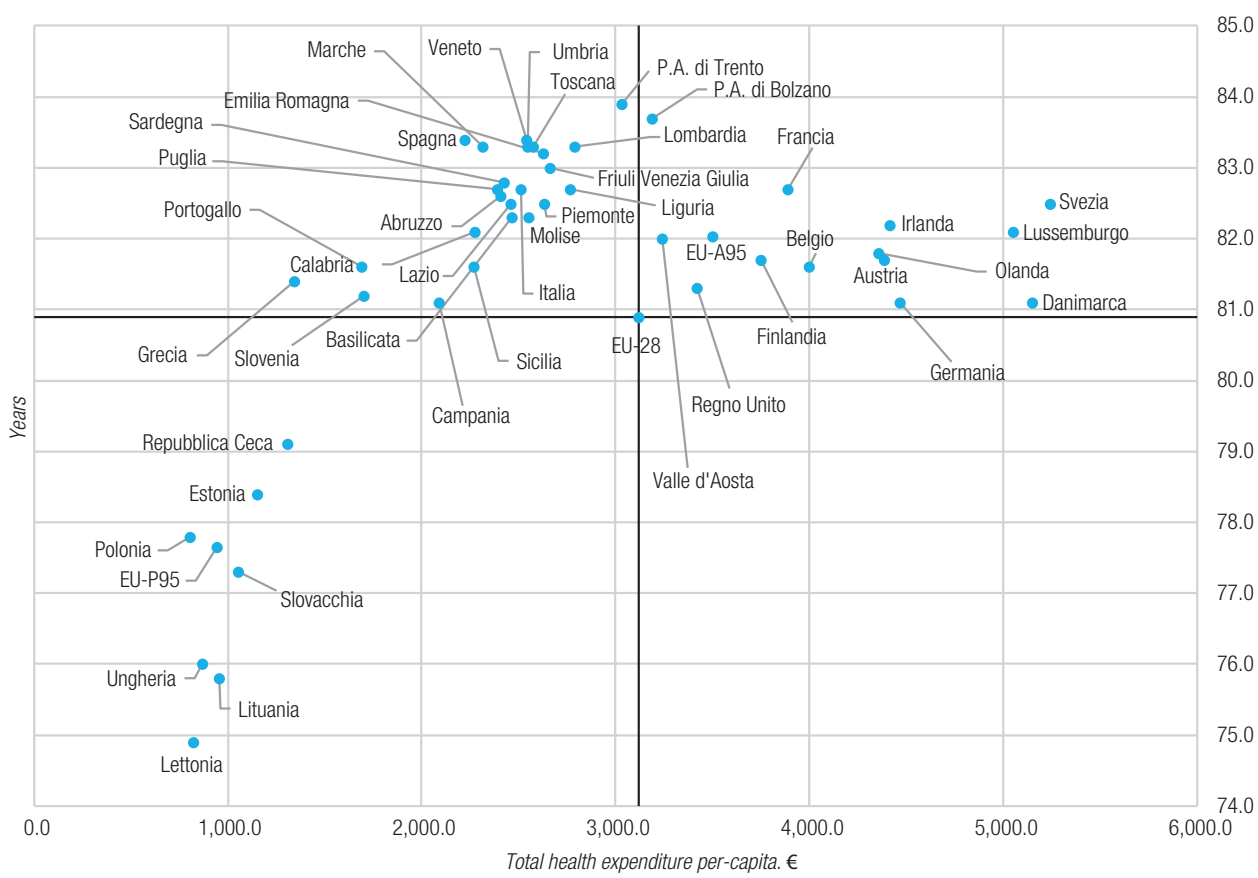
It should be noted that no country is placed in quadrant IV, i.e. in no case there is a spending level higher than the EU average and a lower life expectancy.

Nevertheless, if we focus on the first quadrant (which includes the countries recording higher spending and life expectancy than the EU average), we note an apparent lack of correlation between spending and outcomes. Conversely, if we removed from the chart the Eastern European countries positioned in quadrant III, statistically we would find a substantial and general lack of correlation between spending and life expectancy.

Considering the above, the investment of resources in the Healthcare sector seems to have a good marginal productivity for low levels of initial spending, but that seems to be rapidly decreasing, so much so that the analysis of the available data - although merely qualitative - suggests that it disappears, even before the current EU average expenditure level.

As "rough" as it may be, this analysis explains a certain political reluctance to further invest in healthcare, which seems actually justified by the low marginal productivity expected from further investment in the sector (which, at the various levels, is expressed in specific facts such as, by way of example, the non-recognition of the value of a few months of overall survival promised by some therapies, or the better quality of life guaranteed by some new devices).

Figure 5. Correlation between health spending and life expectancy at birth



Source: processing of Istat and OECD data - © C.R.E.A. Sanità

The issue, however, is whether an approach measuring the return on investment in quantitative terms is really correct.

Nowadays, in the assessment of technologies, and particularly of innovation in healthcare, appears to be the standard an approach integrating measures of benefit in terms of quantity of life gained with elements linked to the quality of life.

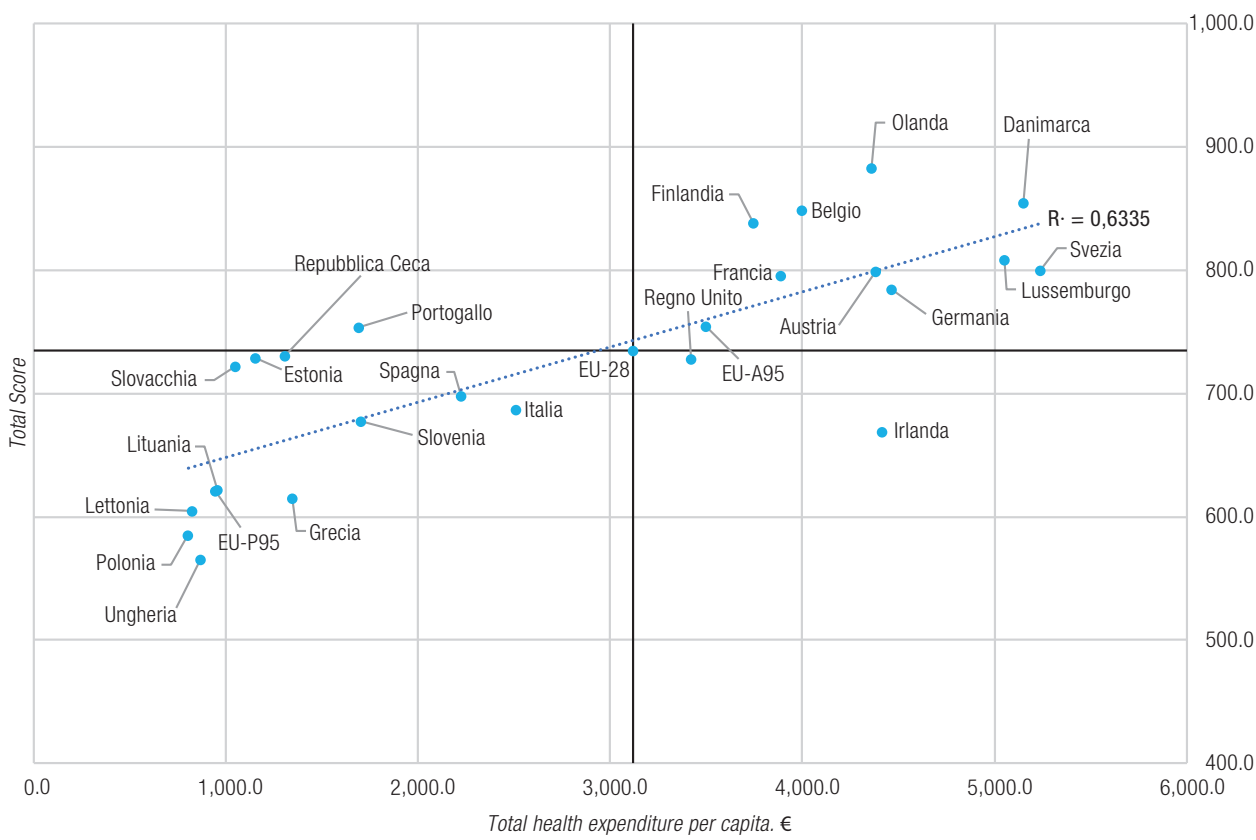
For example, in the cost-consequence approach, the economic theory proposes the Quality Adjusted Life Years (QALY) as the preferred outcome measure, which combines quantitative and qualitative dimension of benefit. Due to the fact that it is a method basically applied to the assessment of health technologies, the measure of quality is confined to the so-called Health Related Quality of Life (HRQoL), i.e. the changes perceived (on average) by patients. following a change in therapy.

By generalizing the approach, however, the qualitative impact of the healthcare system may be reasonably extended (without claiming to be exhaustive) to other dimensions, such as the citizen/consumer satisfaction with services (the so-called customer satisfaction): for example, the impact of waiting lists or the availability of safeguards for non-self-sufficiency.

With a view to testing this alternative approach, at first the per-capita health spending has been related to the total score of the Euro Health Consumer Index, which is an indicator that tries to capture the quality of services provided to citizens in various areas (for further information see chapter 4c). These areas are the following:

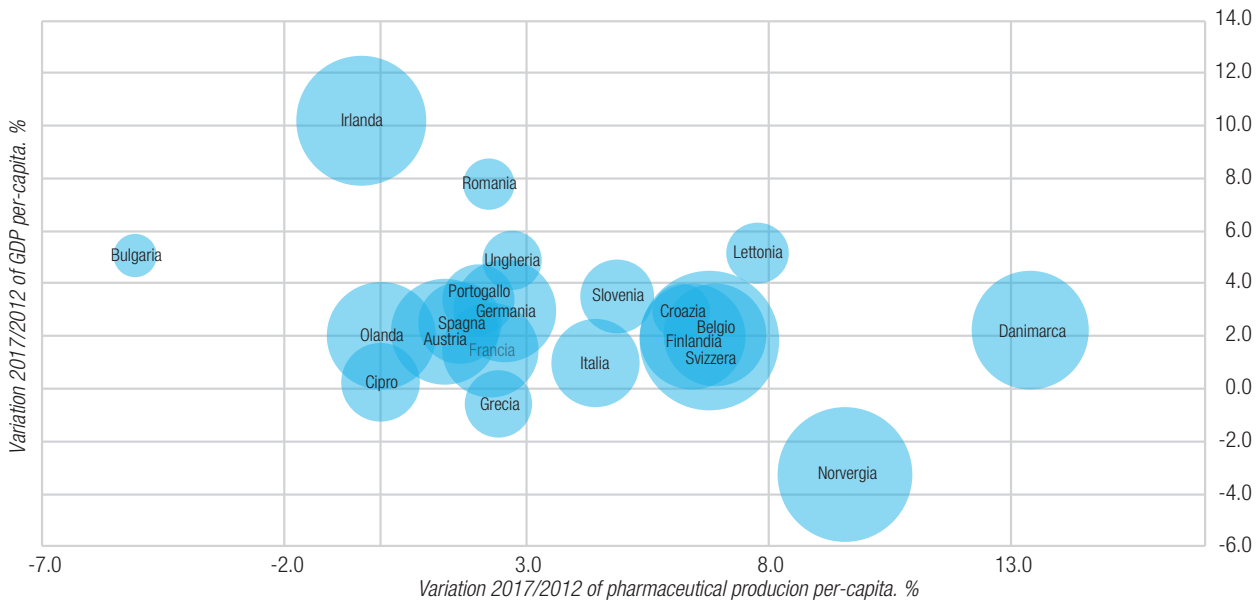
- *patients' rights and information*
- *access (waiting lists)*
- *outcomes*
- *prevention*
- *pharmaceuticals.*

Figure 6. Correlation between health spending and the 2018 EHCI total score



Source: processing of EHCI, Istat, OECD and General Accounting office - © C.R.E.A. Sanità

Figure 7. Variation of pharmaceutical production and GDP



Source: processing of MedTech Europe data, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

The correlation appears quite clear and linear and would confirm proportionality between health expenditure and quality of the service provided (Figure 6.).

Although it is a preliminary exercise, it has the ambition to underline the importance of deepening research into the "qualitative" outcomes of health systems, given that the issue has a crucial importance for health policies.

Insofar as low growth, and the consequent scarcity of resources, generate a very competitive environment for the allocation of resources to the various public intervention areas, the ability to make the return on health investment accountable becomes crucial.

For health policy decisions, it is essential to be aware of the fact that once a specific spending threshold has been exceeded - which we believe can be approximately set around the EU countries' average present spending, where also Italy can be found - the allocation of resources to healthcare could not produce further improvement in terms of quantitative results, but reasonably improves the quality of services, at least if measured with the dimensions listed above.

In other words, investing more in healthcare is a political choice, that must be pragmatically linked to the desire to improve the service quality, even if the contribution provided to more clinical outcome indicators were probably marginal.

This consideration must not be underestimated or even interpreted "lightly": the quality of services is definitely a crucial factor for the NHS survival in the solidarity-based form we all know. Firstly, because shifting the focus from patients to "consumers" is consistent with the consideration that all Italian citizens are called upon to fund the system with general taxation to which they are subject. Secondly, because the increasing concentration of the burden (and hence a solidarity that sometimes risks overcoming acceptable limits) requires that all citizens, although "not necessarily patients", recognize a high level of responsiveness to the NHS, both in the treatment phase and in the preventive and diagnostic phase, as well as in the phases of greater social need relating to non-self-sufficiency.

As to the second aspect linked to economic growth, data is almost obvious.

In the 2012-2017 five-year period, faced with a 1% average annual increase in GDP, Italy recorded a 4.4% average annual production increase in the pharmaceutical sector (Figure 7.).

Similarly, again in the 2012-2017 period, in the Medical Devices sector there was an average annual increase in the production value by three times (3.2%), compared to the GDP increase (Figure 8.).

Italy is among the countries recording the lowest GDP growth, but also among those with the highest production growth in both the sectors considered, thus demonstrating the contribution to growth that may result from it.

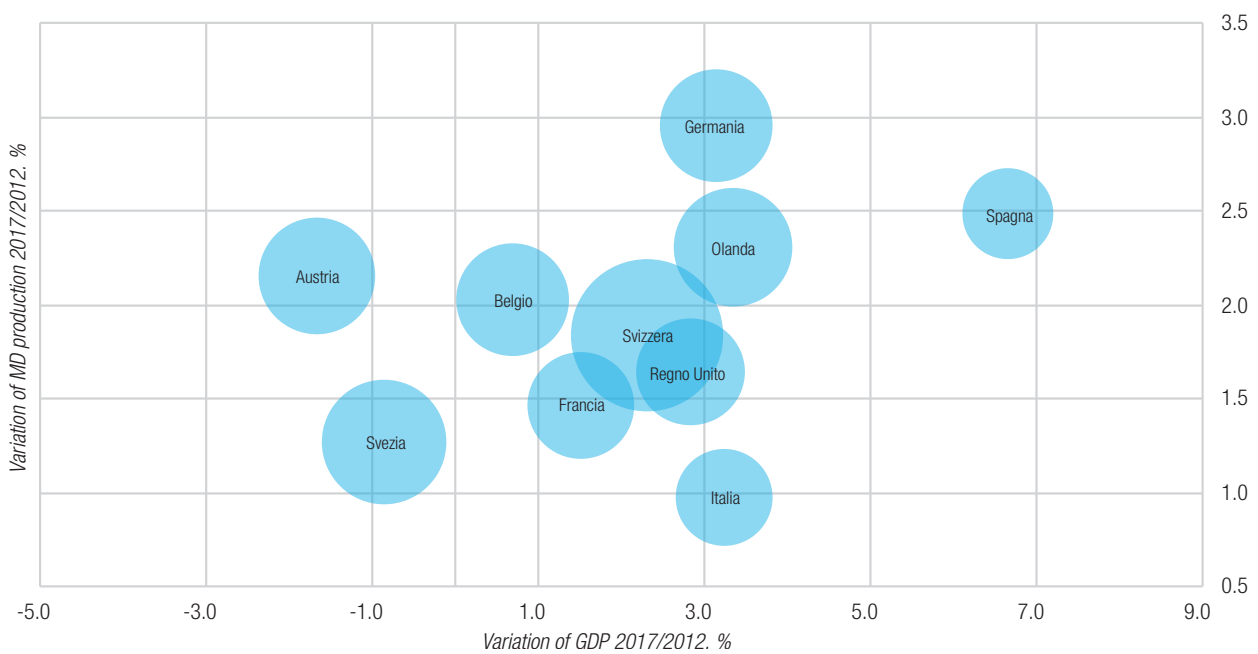
Nevertheless, the trade balances in both sectors remain negative and hence there is still ample room to increase the sector's contribution to growth.

We can mention - inter alia - the case of the so-called advanced therapies, in which a clear competitive advantage was generated for the country. Initially over half of the molecules marketed came from the Italian research. However, as time goes by, this share is decreasing, thus demonstrating an insufficient ability to capitalize on the competitive advantage that had materialized and systematize it.

This failure certainly results from a wide range of factors, but mainly from the slow pace of the legal, economic and organization system in adapting to the new needs posed by innovative technologies.

In conclusion, we can expect that there can be no adequate resources in Italy for the future healthcare, if not by quantifying the sector contribution to the growth of social wellbeing and economic development. This implies two radical cultural changes: orienting policies to the pursuit of service quality, which goes well beyond strictly clinical outcomes, and reconciling care (and fiscal policies) and economic needs, thus also recognizing the industrial importance of the sector.

Figure 8. Variation of MD production and GDP



Source: processing of MedTech Europe data, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Cost sharing and abolition of the extra-copayment (the "superticket")

The issue of copayments is certainly complex.

Currently co-sharing is an instrument falling within the Regions' exclusive competence. Once abolished cost-sharing at State level, the national legislation granted to the Regions the possibility of adopting resolutions for reinstating the abolished copayments (Law No. 388/2000). Furthermore, Law No. 405/2001 attributed to the Regions the burden of redressing the health deficit through regional taxes, including citizens' copayments.

The outcome of decentralisation is that the implementation methods established at regional level are highly variable. For example, in the case of pharmaceuticals, we observe fixed fee, but also a fee charged on the prescription, as weel as a percentage charged on packages; there are also different adjustments in relation to income and exemptions. Finally, four Regions do not provide for any form of cost-sharing in pharmaceutical spending.

Similarly, various adjustments have been regionally introduced for specialist services, with the aim of abolishing the extra-copayment known as "superticket", at least for specific groups of subjects deemed vulnerable by category and/or income.

A first consideration to make is that, in fact, not only copayments, but also the related exemptions have actually become regional matters, as demonstrated by the different adjustments recorded for income and subjects exempted.

A second consideration is that - even though it has been identified as a regional matter - at a national level there is still the provision whereby, in the funding allocation phase, the share of the so-called "crystallised own revenues" must be discounted, i.e. a de facto "standard" level of copayment, which is expected Regions should impose.

The third consideration is that copayments have clearly lost their nature of instrument aimed at reducing the moral hazard, i.e. the inappropriate use of resources, and has actually taken up the nature of a tax, which we consider totally inappropriate.

As proof of this, we note (without claiming to be exhaustive) that:

- *in the allocation phase, copayments are considered an additional revenue available to the Regions, in fact as other regional taxes*
- *cost-sharing is declaredly envisaged as a way for redressing budgetary imbalances (and the considerations made above in relation to the contribution they provide to budgetary balances, bear witness to this)*
- *many Regions use - maybe improperly - the rules of progressivity also for cost-sharing.*

It seems obvious to us that this is an "improper use" because it is a "tax on illness". In other words, the person who falls ill more frequently is more taxed and the fact that cost-sharing is adjusted by income does not make it less "hateful".

Besides, it should be recalled that the NHS funding is based on citizenship and hence on taxation. Therefore, even though the revenue is not directly linked to the personal income tax (IRPEF), the progressivity of the tax burden is already guaranteed "upstream" and a second level of progressivity is hard to justify, both at theoretical level and at positive level (how, how much and on what basis?).

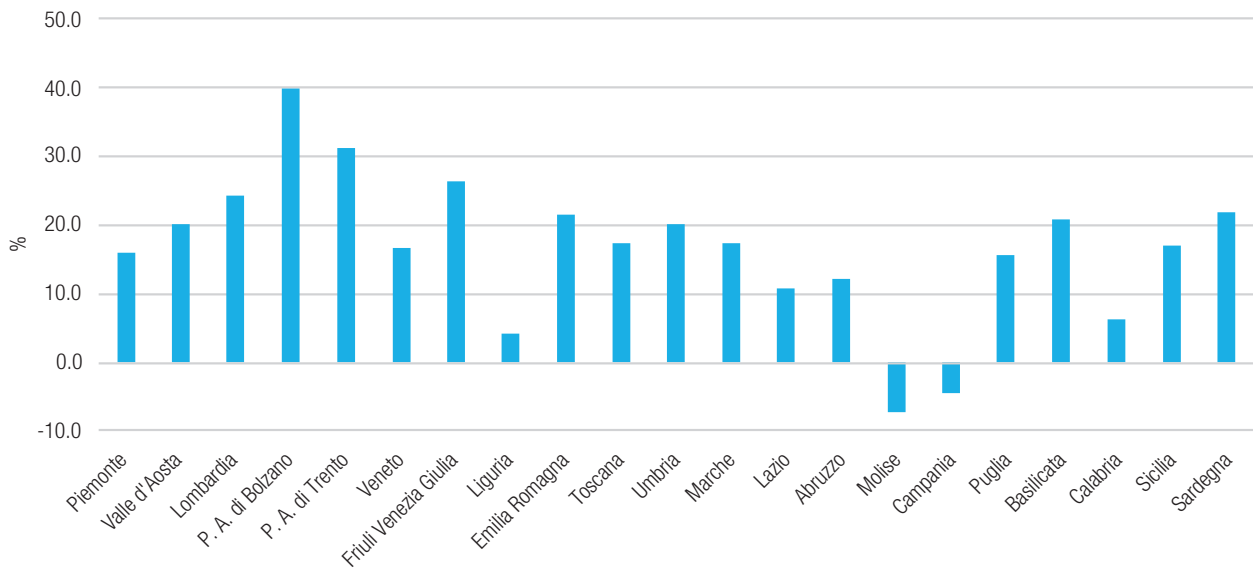
Everything, however, is made even more questionable by some considerations relating to aspects typical of Italy's health system.

The real inequity of Italy's NHS lies in its being based on a tax system that is not fair and equitable, since tax evasion is notoriously too widespread.

Hence implementing a second level of progressivity - as Italy is doing - is unfair and inequitable also because it ends up affecting not those who evade taxes, but those who, albeit wealthy, pay taxes and already shoulder a large part of the burden of funding the national welfare system.

The policies that tend to apply the logic of progressivity on every occasion - albeit "popular" and easy to "communicate" to the public - are very questionable, both at distributive level (as explained above, they affect the honest citizens and not those who really "do not play their part") and at pragmatic level: as already argued in previous Health Reports, the risk is an "excess of solidarity" to be shouldered by few people, with the result of creating incentives to "opt out", which would be a severe threat to the foundations of the universalistic NHS.

Figure 9. Private health expenditure share of total expenditure by consume quintile



Source: processing of Istat - © C.R.E.A. Sanità

The great confusion on the matter is to a large extent hidden in the "folds" of tax evasion, but emerges - at least partly - also from regional data.

Per-capita copayments in pharmaceuticals are, on average, greater in the South than in Central and in Northern Italy, and not only due to the share relating to the reference price on equivalent drugs. Considering the greater incidence of income exemptions in the South, it is easy to imagine (although not to quantify) to what extent the burden is concentrated on limited walks of the population. Cost-sharing for specialist services is greater in Central and Northern Italy, but also because the recourse to this type of healthcare has an increasing North-South differential.

Summing up, in the 2011-2017 we've observed an impairment in equalization, and consequently in the NHS fairness, due both to copayments policies, and to the needs coverage reduction.

As a demostration, Figure 7. shows the variations in private health expenditures by consumption quintiles (reasonably assuming a positive correlation with income).

In the 2011-2017, the average effective hoseholds expenditure increase by 4.4%; howevere, in the first and second quintile we observe a increase in health expenditure, as well as a decrease in total expenditure: respectively +0,8% vs -0,4% in the I, +0,6% vs -0,6% in the II; it resulting in an increase of the share of health expenditure on total consumption; the III quintile households, on average have an increase in both health and total consumption (respectively +0,7% vs +0,1%), with an increase of the share of health expenditure on total consumption; househols of the IV and V quintile, on the contrary, increased total consumption and decreased health ones, respectively of -0.8% and -0.6%, with a consequent reduction of the consumption share, due to health expenditure (Figure 9.).

Form this point of view, the hypothesis to reform copayments is appropriate and sharable, albeit it is likely not to be resolutive.

Consequently of that, a very strong risk is to confirm a wrong solution, attributing any issues to a lack of progressivity of copayments.

Considering the above, the first necessary step is to clarify at national level what the role of cost-sharing should be and hence the limits to be set to regional "adjustments", in a logic of compliance with Basic Halthcare Levels (LEA), i.e. homogeneity of

protection.

For example, in the presence of financial imbalances, it would be ethically correct to make the most affluent people be taxed (provided that tax evasion will be finally eradicated) and not the most "sick", or those who have to resort to more expensive treatments (with the burden of cost-sharing).

The idea circulated of a homogeneous "ticket" with deductible, i.e. a graduated exemption based on income, is certainly valid (incidentally, our research group proposed and studied its application in technical groups established as early as the time of former Health Minister Turco and it should be recalled that this was not implemented mainly because of the evident unreliability of the "means test" based on tax returns).

It should be clarified, however, that the deductible adjusted on the basis of the "means test" will not be a form of tax progressivity, but it is justified by the need to make the disincentive to moral hazard work. In other words, it goes without saying that, with a monthly income of € 5,000, a monthly cost-sharing of only € 10 would not discourage "opportunistic" behaviours. Likewise, with an income of € 500, more than € 10 would risk being an access barrier.

Consequently, even if in practice it is always a matter of progressive adjustment, the nature is profoundly different. Politicians must have the courage to reaffirm that it is not an operation in favour of the weakest groups, but an operation in favour of everybody because it is designed to achieving fair accountability of citizens towards a public service whose burden is significant, and whose survival is also in the hands of citizens' tax compliance.

Within the general framework, there is also the problem of the extra-copayment charged (the so-called "superticket") on specialistic services: it was introduced with the misguided intention of cashing money with cost-sharing, by increasing the deductible on specialist service prescriptions by almost 25%.

It was immediately evident that the rule was badly "engineered". Firstly, because it increased beyond limits the average cost-sharing in the sector, thus exceeding the limit that served to discourage inappropriateness. Secondly, because with a deductible that in some cases was higher than the value of services, in the face of a 100% payment of services for citizens, it created the incentive to use the private channel not falling within the NHS competence.

In fact, on the basis of the available data (see below, and Chapter 8a for further details), the shift towards the private sector was perhaps less than feared but, in any case, the revenue was lower than expected.

The abolition of the so-called "superticket" is therefore certainly advisable, although, considering the above, the whole matter should be redefined.

Estimating the actual cost for Regions, resulting from such abolition, is complex because various factors act at the same time. Unfortunately, despite the development of regional administrative databases, information is insufficient to support policies.

Based on the available information, and discounting a significant margin of uncertainty on some aspects, we can maintain that:

- *the net financial impact of the so-called "superticket" on revenues resulting from cost-sharing on the services provided by the public sector amounted to € 305.4 million, equal to the difference between the 2010 "ticket" and the one charged in 2013, the year in which it is assumed that the rule became fully effective*
- *since the cost-sharing on the services provided by accredited private facilities can be estimated at 1.5-1.6 times that resulting from the services provided by public structures, it can be estimated at € 473.4 million (representing lower costs for Local Health Units)*
- *- hence the original total net financial impact on the public sector equal to € 778.8 million*
- *moreover, the entry into force of the so-called "superticket" also "shifted" part of the demand for services to the private sector. This shift can be estimated at € 50 million, on the basis of the specialist spending declared in the ISTAT survey on household consumption*
- *hence the total impact of the introduction of the so-called "superticket" would amount to € 828.8 million.*

In the meantime, Regions have adjusted (downwards) the copayments and hence a share of "cost" has already been borne.

The data of the Local Health Units' Financial Accounts, compared to the peak of 2013, shows that in public facilities revenues from specialistic cost-sharing have decreased by 7.6%.

At the same time, since 2013 the overall services provided have decreased by 2.5%, while the net spending for specialist services provided by accredited private facilities has increased by 3.1%.

In the lack of information, we can work on two possible assumptions:

- *we assume, alternatively, that all the reduction is to be attributed to services provided by public or private structures*
- *we assume that all the reduction in the so-estimated copayments revenue is to be attributed to zeroing/reductions of the so-called "superticket", and that it has the same impact on the services provided in public and private structures.*

Based on the assumptions described above we can define two "extreme" scenarios.

In the first scenario, we assume that all the reduction in services is attributable to public structures. In this case, in private structures the supply of services would remain stable and hence a 3.1% increase in the average unit value of services is discounted, of which we assume that 50% would result in an increase in revenue from cost-sharing. Working on the same assumption also for the services provided by public structures, the reduction in revenue from cost-sharing in the period considered (which, as mentioned, is assumed to be fully attributable to the so-called "superticket") would be 6.6% (the algebraic sum of the 7.6% lower revenue, of a 1.5% expected increase in value and a 2.5% reduction in services).

Assuming that this reduction also applies to the services provided by accredited private facilities, the residual impact of the so-called "superticket" would be € 771.1 million.

In the second scenario, we assume that all the reduction in services is attributable to private structures. In this case, the increase in the average unit value of services would be around 5.6% (adding to the lower number of services provided).

Assuming, also in this case, a 50% shift of the impact and that this increase also applies to the services provided by public structures, the reduction of the so-called "superticket" would be 10.4% (the sum of the 7.6% reduction recorded plus 2.8%). The residual impact of the so-called "superticket" would be equal to € 742.6 million.

Hence, according to our simulations, the abolition of the so-called "superticket" would "cost" about € 750 million, on a yearly basis, thus absorbing about one third of the increase in funding on an annual basis (although it would seem that the rule will be postponed and hence staggered over two years).

Staff policies

The debate on staff policies has recently seen a complete reversal of its focus: after years of interventions and measures designed to curbing the spending growth, with a view to achieving the financial recovery of the Regional Health Services (RHS), the problem of staff turnover and the associated risk of shortages has clearly emerged.

The lack of an adequate programming of needs is evident, but what is more important is that solutions have been sought to the feared shortage of staff, mainly medical staff, without preliminarily filling the information gaps, which have so far prevented adequate planning.

Although with the limit of an aggregate approach, i.e. on regional data that does not reach the professional detail that would be desirable, in Chapter 3b an attempt has been made to provide a systematic picture of the workforce evolution and the related spending, with a view to supporting future policies in the sector.

It is worth starting by recalling how Law No. 296/96 of 2006 (2007 Budget Bill), when the spending review was being developed, set a spending ceiling for NHS employees at the 2004 level reduced by 1.4%. With Law No. 205/2017 (2018 Budget Bill)

the reduction was later brought to 1.3% of the 2004 spending.

Recently, the lawmaker has again intervened with an agreement between the Health Ministry, the Economy and Finance Ministry, the Autonomous Provinces and the Regions, thus "unblocking" the ceiling, which has been set at the level of the 2018 staff spending, annually increased by 5% of the increase recorded by the Health Fund. The Regions have also been given the possibility of further increasing the limits up to an amount equal to the structural reduction of the spending already incurred for outsourced health services.

In other words, there is a shift from a static higher limit over time to a limit that grows dynamically proportionately to the greater funding granted to the health sector.

It should be noted that both the laws mentioned, namely the one currently in force and the 2006 one, impose ceilings that do not consider the workforce composition (they apply to employees as a whole without any specification). Hence, they do not define staff standards functional to the proper operation of the structures and, finally, they do not consider the different "starting points" of the Regions (size of supply).

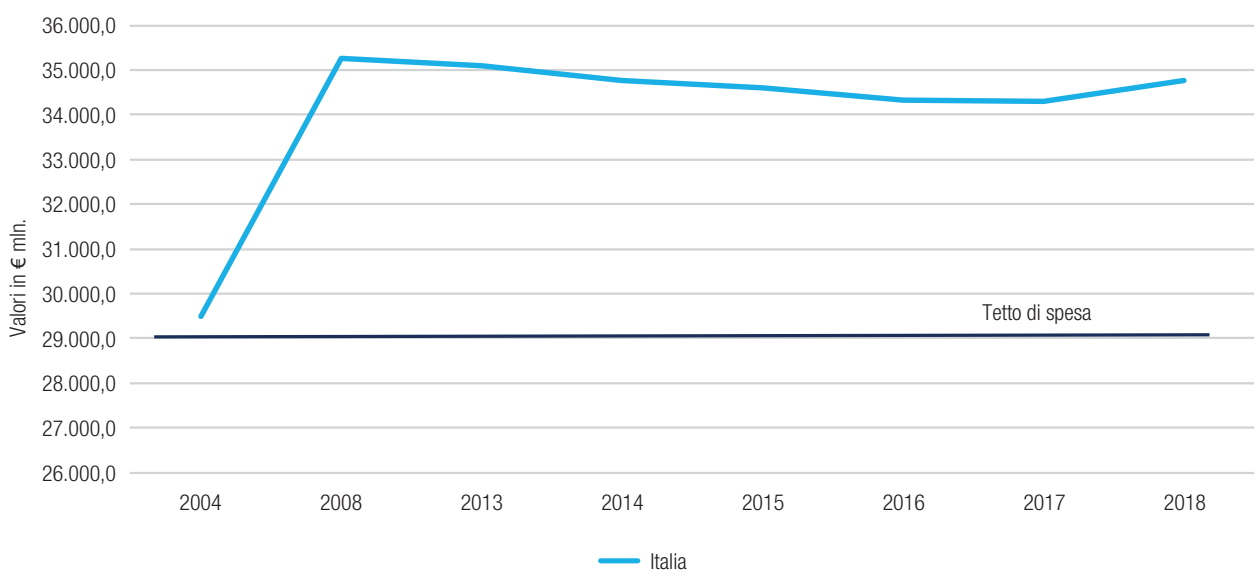
Consequently it is not surprising that the approach has proved at least partially ineffective.

As proof of this, spending on staff (NHS employees) in 2004 amounted to € 29.5 billion. That value, reduced by 1.3%, generated a spending ceiling of € 29.1 billion, which in 2017 was exceeded by € 5.2 billion, equal to 15.1%. In its 2019 Report on the coordination of public finance, the Italian Court of Auditors reported a further overrun for 2018, which thus reached € 5.5 billion (Figure 10.).

The regional "overruns" have been diversified, with a clear difference between Regions subject to Recovery Plans and Regions that are not subject to them.

In the 2019 Report on the coordination of public finance, the Court of Auditors notes that "...the amounts are over 23% higher in the Regions not subject to Recovery Plans and 8.5% higher in those subject to them ...". The Regions that have maintained higher spending levels have anyway ensured balanced accounts and reached the breakeven point, by bridging the differential with own resources. At the same time, the Regions subject to Recovery Plans have also exceeded the spending limit set, with the exception of Molise (-7.2%) and Campania (-4.6%) (Figure 11.).

Figure 10. Staff spending trends



Source: processing of Court of Auditors data - © C.R.E.A. Sanità

After noting the substantial financial failure of the rules, the question arises as to the nature and consistency of the alarm sounded on the lack of staff. The latter is estimated on the basis of the expected staff outflow over the next few years. The problem is certainly felt but, at the same time, this evidence must be made consistent with the consideration that the planning rules in force so far would seem to envisage very different staff reductions.

In 2017, however, there were 624,952 employees, compared to 668,673 in 2004, with a 6.5% reduction (43,721 employees) of the 2004 workforce.

Some Regions have reduced their workforce (only employees) and others have increased it (considering that these are units and not equivalent units and hence comparisons are not necessarily free from distortions): at one extreme we find Molise, which has reduced its workforce by 28.8%, while at the other extreme we find the Autonomous province of Trento, which has increased it by 14.3%. Among the Regions with ordinary status, Basilicata has recorded the largest increase, namely 8.3% (Figure 12.).

A first aspect that becomes evident is that the overrun is, on average, due to the increase in average wages and salaries, also due to employees' contract renewal. They rose from € 44,125 in 2004 to € 54,878 in 2017, up by 24.4% (with a 1.2% average yearly variation).

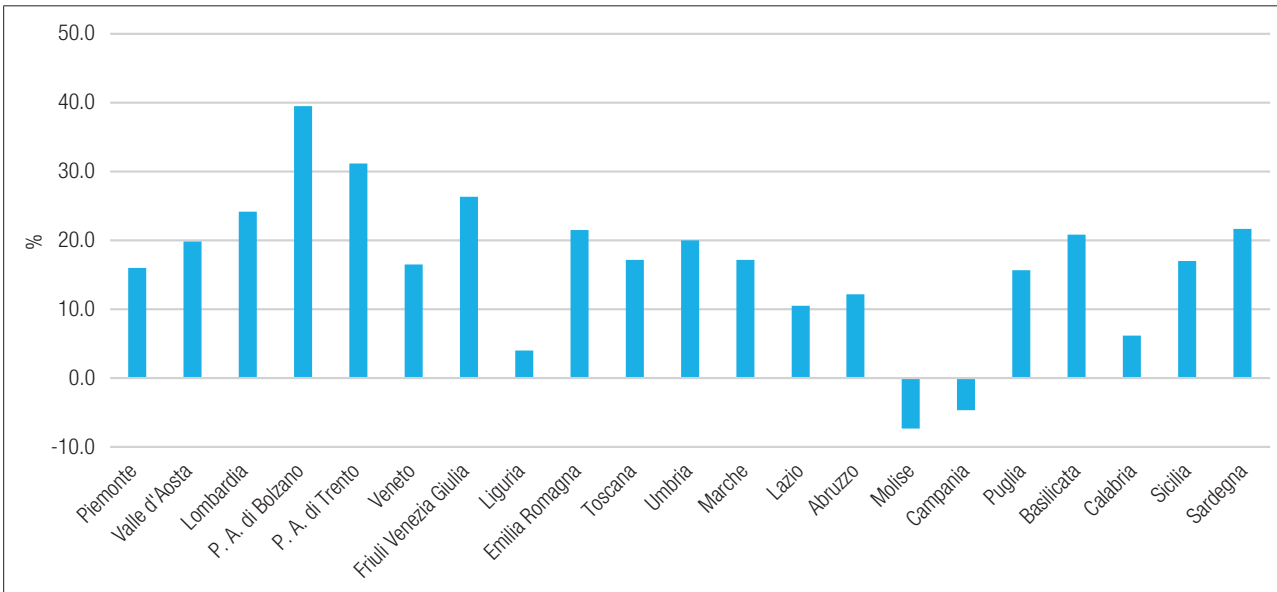
During the period under consideration, the purchasing power of wages and salaries (measured by the index of consumer prices for workers' and employees' families) was apparently preserved, although not in all Regions: at national level there was an increase of 0.13%, but the figure is spurious due to the change in the workforce composition.

The pay problem appears significant, insofar as the prospects for training more staff in the coming years, without an effective wage policy, could prove to be a failure, leading to the drain of the best trained professionals to health systems that better remunerate them.

Despite the pay aspect, there is still a reduction in the workforce that, as mentioned, also includes a professional rearrangement and reconfiguration of the workforce.

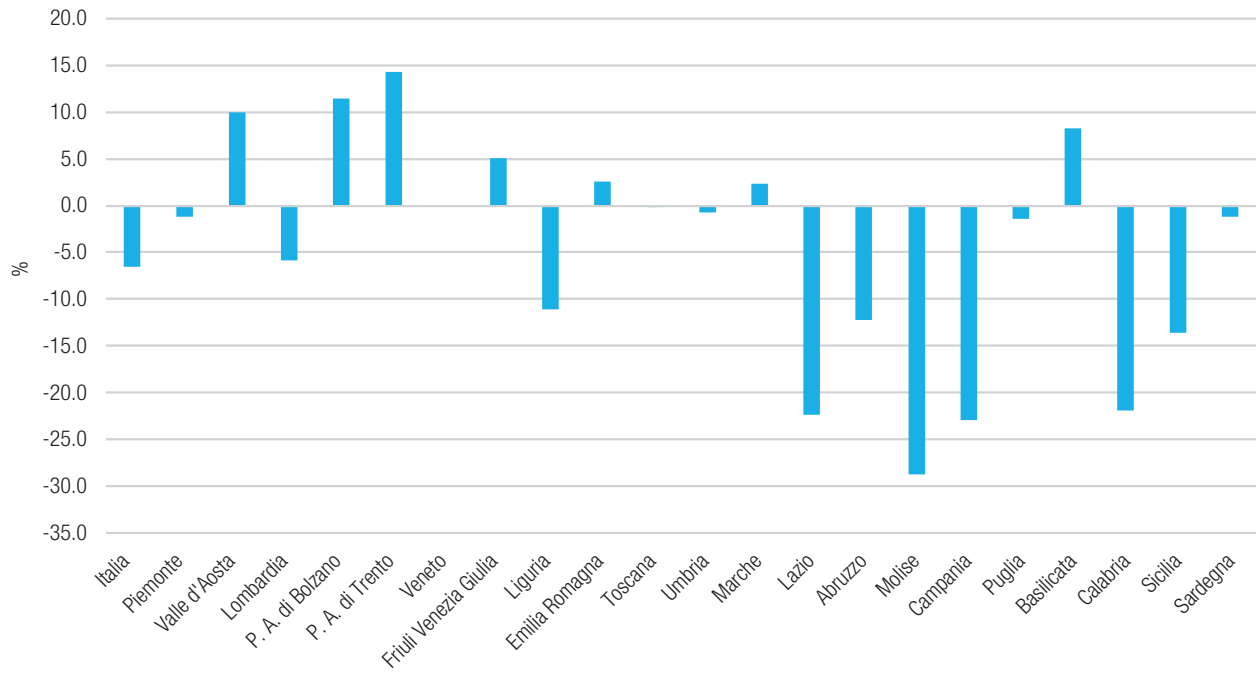
Firstly, we note that - in general terms - health staff increases in the North, while it decreases in the South, except for Basilicata, Puglia and Sardinia (Figure 13.).

Figure 11. Staff spending regional gaps vs. ceiling pursuant to Law No 205/2017. Year 2018



Source: processing of Court of Auditors data - © C.R.E.A. Sanità

Figure 12. Variation in number of employees Years 2017/2004



Source: processing of Court of Auditors data - © C.R.E.A. Sanità

Staff is also reallocated between hospitals and other facilities.

On average, hospital staff has increased in the North, while it has decreased in the South, except for Sardegna (Figure 14.).

Ultimately, regional strategies are highly diversified. On average, with a few exceptions, there has been a decline of the workforce in non-residential structures, which was largely unexpected given the continuously reiterated political will to strengthen "primary care structures". The workforce, always considering the overall average reduction, moves towards the hospitalization structures and, somehow consistently, towards the healthcare professions.

Nevertheless, in view of better appreciating the impact of the above mentioned reductions, it should be considered that, in the period under consideration, the hospital activity has drastically decreased while, at primary care level an increase is to be expected, if only due to the ageing of population.

As against 2004, staff in hospitals, compared to the number of days spent in hospital (x 1,000), has risen from 8.4 to 10.7. This figure is confirmed by considering the healthcare staff that has risen from 6.1 to 8.1 (Figure 15.).

In other words, on the whole, the workforce of the hospitalization structures has increased and the ratio between healthcare professionals and other employees has also risen (from 2.7 to 3.1).

The trend is also due to an increase in outsourcing for non core (i.e. non health) professionals. Consequently to outsourcing, the estimate of the increase in staff supply (for day spent in hospital) is likely to be underestimated.

At the same time, we should also consider the increasing use of the so called day services, as well as the possible (but negligible by figures available) increase in specialistic outpatient activities: both are not captured by days spent in hospitals.

At the same time, the employees in non-hospital facilities have decreased from 3.2 to 2.7 per 1,000 inhabitants.

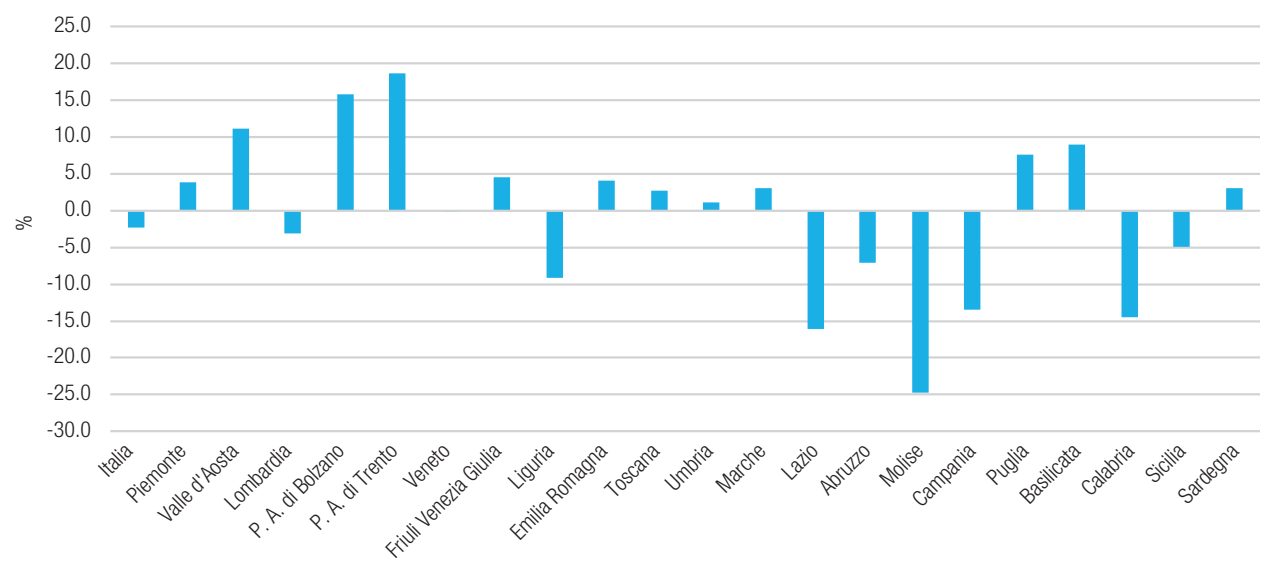
Finally, we should underline the different impact of regulations on the Regions, resulting - as also noted by the Court of Auditors in the 2019 Report on the coordination of public finance - from the fact that the

2004 "data" on staff at regional level was different, so much so that the effect of ceilings was a worsening of the situation.

In 2004, the staff per 1,000 days spent in hospital in the North was 9.2, compared to 7.6 in the South (7.5 in the Centre), with a differential between Regions equal to 5.

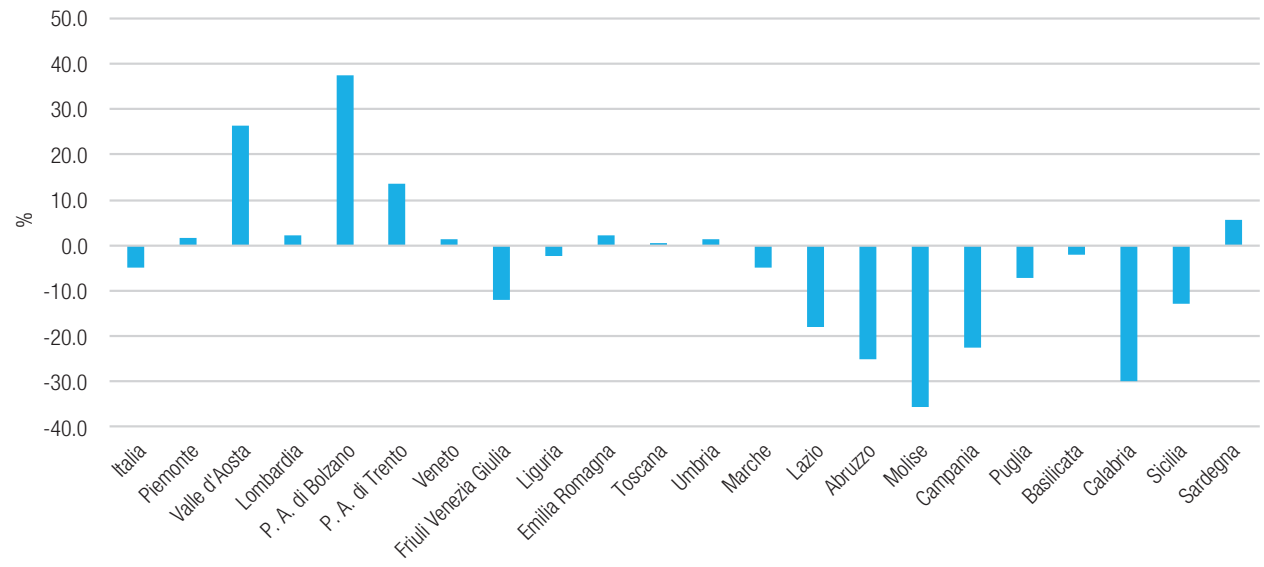
In 2017, the staff per 1,000 days spent in hospital in the North reached 12.1, compared to 9.3 in the South (9.6 in the Centre), with a differential between Regions that almost doubled to 9.6, partly as a result of the block of the turnover imposed on the Regions subject to Recovery Plans.

Figure 13. Variation in the number of health staff. Years 2017/2004



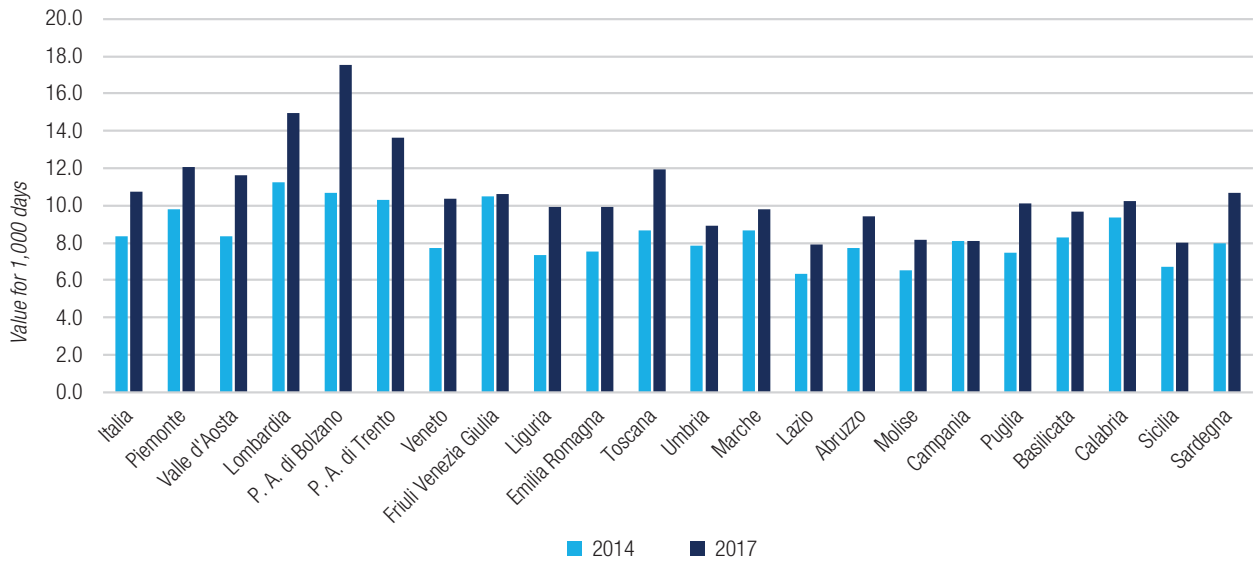
Source: processing of Health Ministry data - © C.R.E.A. Sanità

Figure 14. Variation in hospital staff. Years 2017/2014



Source: processing of Heath Ministry data - © C.R.E.A. Sanità

Figure 15. Hospital staff per 1,000 days spent in hospital



Source: processing of Health Ministry data - © C.R.E.A. Sanità

In terms of health staff, again in 2004, per 1,000 days spent in hospital we had 6.5 units in the hospitals of the North, compared to 5.6 in the South (5.8 in the Centre), with a 0.9 differential.

In 2017, the health staff per 1,000 days in hospital in the North reached 8.7 units, compared to 7.5 in the South and 7.7 in the Centre (which worsened in relative terms, losing its advantage over the South), with a differential that grew to 1.1.

In contrast, in 2004, the staff in non-hospital facilities in the North amounted to 3 per 1,000 inhabitants, compared to 3.2 in the South (3.7 in the Centre), with a 0.2 differential.

In 2017 staff in the North dropped to 2.4 units, as against 2.9 in the South (3 in the Centre), with a differential that became negative, albeit minimal (Figure 16.).

Ultimately, it is confirmed that the ceiling regime has widened the gap between Regions in the North and in the South (and also in the Centre), which is also a distribution that largely follows the division between Regions which are subject to Recovery Plans and Regions which are not subject to them.

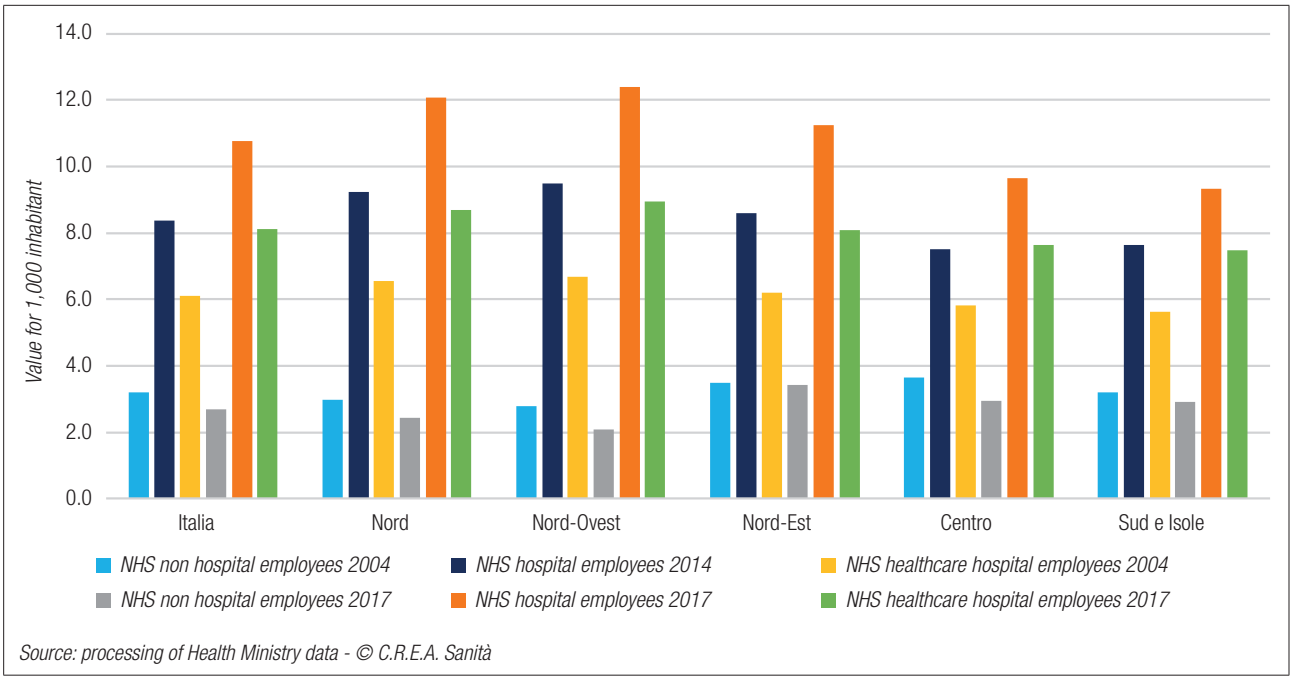
In particular, the differential has widened as far as hospitals are concerned, while it has been eliminated as far as the other structures are concerned, as a result of a general downward alignment of the workforce.

In the future, the possibility of using part of the increase in the Fund to raise spending on staff, and hence hire people, tends to definitively freeze the differences recorded, provided that it is not absorbed by increases in wages.

Even if only the Regions with less staff were to take advantage of the flexibility introduced, the time taken to bridge the gap would not be short, considering that - as the Court of Auditors notes again - the increases are expected to be modest: € 55 million at national level for 2019.

In fact, if we "only" wanted to reassess the situation based on the 2004 standards (although it is a questionable scenario, given the changes occurred in technology and hence in organizations), the workforce should be reduced by over 72,000 employees, of whom 102,000, in hospitals and additional 30,000 in other facilities, resulting in a spending reduction of € 4 billion.

Figure 16. Differences in the workforce (employees)



Source: processing of Health Ministry data - © C.R.E.A. Sanità

Nevertheless, if - more credibly - we wanted to homogenize the situation to the Northern standards recorded in 2017, we would instead need 96,000 additional employees, of whom 66,000 in hospitals and 30,000 in other facilities, with an additional cost of € 4 billion.

Ultimately, we believe it is demonstrated that the problem of deficiencies is much more qualitative than quantitative. Hence it is desirable to seriously delve into the NHS needs, so as to support effective medium-term planning. Any "linear" interventions and measures are likely to be inefficient (as argued, the deficiencies are of a specific "type" and not generalizable), unfair and inequitable (because leading to additional geographical gaps) and, therefore, presumably ineffective.

At the same time, it should be stressed that the staff in other structures (not hospitals) has decreased, without however considering that the population has also aged. This phenomenon highlights a lack of investment in the NHS "territorial" structures and a discrepancy between the different policies: in this specific case, the policy aimed at containing staff costs and the one aimed at enhancing primary care.

As proof of the insufficient commitment to the promotion of primary care, we note that - in the focus on the use of home services - we have recorded a progressive increase in services, both in relation to the total population and to the elderly people, but also that the recourse to these services is still slightly above one third of the highest European one recorded in Switzerland.

At organisation level, however, we note the absence of homogeneous regional development.

Home care services seem to be the pathway immediately following hospitalization in acute cases for about 22% of patients discharged not to go back home (year 2017) (4.8% of all patients discharged), but with significant regional differences. In general terms, while home care in Northern and Central Italy seems to be chosen as a form of care mainly for medium or low complex cases, in the South it is adopted mainly for more complex cases.

We note that in some Regions, where the supply of services in intermediate structures is higher than the national average, this solution is preferred to home care. In other Regions, such as Veneto, the recourse

to home care seems to be a preferred choice ex ante and limited to less complex cases, despite the fact that the number of beds in intermediate structures is also above average. In the South, with the exception of Molise, the recourse to home care is still below average and, probably due to the lack of beds in intermediate structures, it is targeted to medium-high complex cases.

Overall, the differences highlighted require a specific study on the appropriateness of policies to access home care. In the intermediate structures, as well as in general terms, they demonstrate that the "primary care model" is still hard to be shaped.

Pharmaceutical governance

Pharmaceutical governance is also a top priority of the health policy agenda. There is wide awareness that a "new governance" of the sector is needed, so much so that its initial implementation has been announced several times. In the Report we analyse the state of the art, by also recalling that the problem arises - probably even more rapidly - for the medical devices sector, also in the light of the new EU regulations.

For the pharmaceutical sector, over and above announcements, little has been done so far, with the exception of the publication, but not yet the enactment, of a decree essentially designed to updating the 2001 CIPE criteria for the negotiation and reimbursement of drugs. We can also add the change of the provisions for the payback allocation rules introduced by the 2019 Budget Bill and, in all likelihood, the renewal of Funds for innovative drugs.

Overall, the conclusion that can be drawn is that the aforementioned rules, albeit certainly relevant, still fail to fully shape a "new governance" of the sector and also have some problematic aspects. It seems, however, that they provide an indication of the direction the lawmaker want to follow.

Starting with the decree on prices and reimbursements, we can state that the main novelty of the decree lies in the initial notes from which two "principles" can be inferred. The first one concerns the scope of application: the decree does not concern only class A drugs (reimbursed), but also all the drugs that have an impact on the NHS spending, hence including those to which Law No. 648/1996 applies, as well as some types of class C (and Cnn) drugs purchased by Local Health Units. The second principle regards the operational ways of negotiation, i.e. the companies that submit a drug for negotiation shall prove its possible therapeutic value-added, by also providing economic and financial information.

The rationale underlying the first principle seems clear, since it results from the need to keep spending under control: regulation is extended and therefore, in principle, the need for negotiation is extended to all drugs that entail a burden for the NHS.

Although the aim is fully acceptable, the solution is not entirely obvious, i.e. the willingness to extend rules concerning the price negotiation to drugs that have actually not been negotiated (Cnn), or that have been negotiated but with negative outcome (class C), or that are used in fact off-label, to meet specific needs, in cases well-defined by the rules.

While referring to Chapter 9a for further details, we feel that the lawmaker wanted to "shift" the fulcrum, thus increasing public sector's negotiating power.

The issue is not irrelevant: in a market where there is a substantial private monopoly, with an equally substantial public monopsony, any shift of the fulcrum by changing the leverage, has effects on market conditions that are certainly not confined to welfare policies or public finance governance.

A "new Governance" not following the market logic, including industrial policies, does not necessarily increase social wellbeing.

At practical level, it should be well considered whether the public bargaining power should result from the possibility of not reimbursing a drug (for reasons transparently clarified) or from attempts to force companies to negotiate - through administrative channels - with the risk that they decide not to market some molecules in Italy and consequently to also possibly reduce their industrial presence in the country.

The logic of the analysis should be extended to

the "willingness" to make molecules compete before the patent expiry date, thus forgetting that the protection of intellectual property rights has a significant "value" in itself.

In this case, it should also be considered that it is extremely difficult - on a strictly scientific level - to demonstrate therapeutic equivalence. Even if the problem were solved, it should also be considered that increasing the risks for new molecules, thus making them become the subject of tenders at an early stage - considering market dynamics - will presumably lead to an increase in the prices requested in future negotiations.

In other words, the sector needs to be regulated according to "economic categories", which are inherently dynamic by nature, thus overcoming mere financial and accounting approaches that only consider the static effects on public finance balances.

With specific reference to the second principle regarding the operational ways of negotiation, indeed we cannot maintain that it is a real novelty. Even in the past the criteria on which AIFA had to base its decisions implied, in fact, the need or, at least, the companies' interest in demonstrating the drugs value by the specific dossiers they should provide to AIFA.

The main novelty seems to lie in having reiterated the desire to evaluate the additional therapeutic value on the basis of the evidence produced. This seems to show the willingness to reason, in negotiating terms, in a logic of value based pricing.

This is confirmed by the following specific wording: "if ... no additional therapeutic advantage is demonstrated ..." the Company "... shall provide further elements of interest ..." or make a proposal "... that would propose a cost of therapy equal to or lower than that of the comparator drugs ...".

In summary, either there is an incremental benefit or the Company must propose a financial advantage for the NHS.

The approach is certainly acceptable and is consistent with the logic of value based pricing. Moreover, at least in principle, it should streamline negotiations, because the "minimum" criterion necessary to face the negotiating process with a chance of "success" is clear a priori.

A limit of the decree is the fact of not having completely defined what is meant by value, which therefore is still an evaluation left from time to time to the AIFA Technical and Scientific Committee (CTS). Moreover, it is not transparently declared how this value is "tied" to the maximum price recognizable by the NHS. The evaluation of this aspect is left from time to time to the AIFA Price and Reimbursement Committee (CPR).

On a technical level, much less acceptable seems to be the request that "... in case there are no comparator medicines..." there is the need to "... motivate the price proposal also in relation to the costs of research and development".

If the comparator is not adequate, this should be a strong limit to the request for reimbursement in light of the insufficient evidence of therapeutic added-value. In case an active comparator cannot be actually identified (incidentally, we wish to note that there is always a comparator, which, at most, is the placebo) it is not clear, however, why the incremental benefit compared to placebo is not considered adequate to formulate the value proposal.

On a practical level, this aspect of the decree risks penalizing the drugs covering an unmet need (first and foremost orphan drugs), for which clearly there is no "comparator drug".

We wish to add that, in any case, the request to base the evaluation on costs seems to be completely unrealistic, since it is well known how difficult is to validate the costs of Research and Development (R&D). It is also fully questionable (and not consistent with the logic of Value Based Pricing) to think of correlating prices to costs.

In this case, too, there is a factor that can be referred to the market power aspects mentioned above.

Almost all new regulations seem to be based on the widespread belief that drug prices are "too high".

Over and above the fact that the available data seems to indicate that, on the contrary, prices in Italy are on average lower than those charged in the other EU countries, the idea of "too high prices" in any case depends on the benchmark. The "prices" as

such (in a logic of Value Based Pricing) are obviously meaningless, if not compared with the value of the technologies and their profitability.

A good rule to follow would be to exploit the available data to evaluate whether the proposed prices make the drugs "value for money" and define acceptable profitability levels, regardless of their unit prices.

The fact that the available information is not always well exploited seems to be demonstrated by the recent exclusion from incentives of 39 drugs, which were on the list of drugs to which AIFA recognized the status of "orphan drugs".

Referring to Chapter 14a, which summarizes the results of the Observatory on Orphan Drugs, it is clearly demonstrated that over 82% of these drugs has a turnover lower than € 30 million and, in many cases, lower than those who have retained the benefits, thus practically confirming that even for them there is substantially an "orphan" status.

The AIFA document ("on orphan drugs and the related effects of the 2019 Budget Law") which also tried to argue that there was no significant harm for orphan drugs, also confirms that among the cited 39 drugs excluded, there was a number of cases in which the company was a single product one, and others in which the molecule represented over 50% of the turnover. By worsening the profitability conditions, there is the risk of excluding these companies from the market, with evident social and economic damage.

We think that the regulation was based on the logic of formal belonging to one or the other "list", while it would have been preferable to define incentives and disincentives on an economically rational basis.

The incentives lost by these drugs include the exemption from payback, which is another subject worthy of being analysed. The shift to a payback allocated on the basis of companies' market shares - a rule certainly resulting from the attempt to "defuse" the disputes and litigation recorded in previous years - seems to forget that payback was justified as a deterrent to the so-called "commercial pressures", so much so that it was borne by the companies that most "pushed the accelerator" on sales.

Although based on a euphemism (commercial pressures), the payback mechanism thus found its "economic dignity", following the consideration that in the past a large part of the price reductions imposed by law did not result in proportional savings, due to the increase in the quantities sold, not related to reasonable epidemiological reasons.

The fact of not relating the payback to this principle now makes it hard to justify it, at first at logical and then at economic level, thus relegating it to a mere discount (applied ex post!).

In this capacity, even its effectiveness in defusing disputes and litigation (which is the main goal, considering that the Regions now count on payback refunds to balance their accounts) can be questioned, insofar as they are certainly encouraged by the amount of the discount to be paid ex post.

Moreover, the payback implies the existence of ceilings and hence the continuation of the so-called policy of silos.

Although it is widely believed that the approach is not correct, for reasons of budgetary certainty, there is not the courage to deal with the matter in a truly innovative way. Quite the reverse. The establishment of the Funds for Innovative Drugs has led to the policy of the sub (and sub-sub) silos.

As is the case with the payback mechanism, these Funds are an essential financial instrument used at regional level to ensure access for innovative drugs, but they are equally fraught with "limits". The most striking one is that, in fact, these Funds are not based on the actual needs, so much so that one Fund has abundant resources and the other one may be no longer enough at the end of 2019. This sizing would also require their continuous reassessment, at least once a year, in relation to the forecasts on the molecules leaving the Fund and those accessing it - bearing in mind, however, that a continuous reassessment would create many planning difficulties for the Regions.

Considering that, in fact, the Funds constitute a (double) silos, within the general silos of pharmaceuticals, it would be desirable to unify them or, at least, to define rules that would allow their osmosis.

In this regard, it should also be added that a sig-

nificant problem of bearing the costs of innovative drugs that leave the Fund (at the end of the three-year period) is emerging. Based on the programming of the Emilia Romagna Region, for example, it can be seen that now the molecules "expired" and other high-cost drugs commit the Regions to amounts that have already reached a sum equal to over half the amount of the Funds for innovation, thus making it clear that, even for them, an ad hoc governance should be thought, which should be effective in ensuring patients' access.

The issue of regional differences is less evident, but equally important. At the end of 2018, the Regions spent on the Fund for innovative drugs per-capita amounts (on the resident population) ranging from € 4 to € 10.5. The situation is not better in the case of the Fund for Innovative Cancer Drugs where these per-capita amounts range from € 6.9 to € 16.1. These are differences which cannot be explained with epidemiological reasons. They demonstrate that the "new governance" must also envisage the monitoring - now possible with the available information - of the alternative or simultaneous risks of inappropriate use and/or rationing of access.

After considering what has already been done, we need to analyse what seems to have been neglected so far.

In particular, we believe that the "new governance" must address two issues that are absolutely relevant and for which no interest has been expressed so far.

The first issue concerns the fact that the national choices (by AIFA, at first) are not always immediately reflected in regional planning, thus demonstrating that there is a problem in the relationship between national and regional governance.

The solution to this problem is clearly not to increase regional representation within AIFA (irrespective of the undisputed value of individuals). First of all, AIFA needs to do more to enable the Regions to plan their activities: for example, and without claiming to be exhaustive, by providing information in advance on the arrival of new drugs on the market, through a continuous Horizon Scanning activity; by providing the epidemiological and budget impact data on the basis of which it has taken its decisions, so as to enable the Regions to assess the impact on their own organization; by finding a way to make the mechanism of confidential agreements more manageable, since these agreements have had the merit of providing a strong contribution to the sustainability of the sector.

At the same time, the Regions need to provide feedback on the actual (clinical and economic) impact of new accesses (and not only of them) to allow a "continuous" management of the national drug codes and formularies. Having a power to review prices, without the substance elements to do so, only leads to a loss of effectiveness of the instrument, or to its "trivialization" that, in the past, repeatedly took up the form of "linear cuts".

Another aspect of governance that requires immediate attention is to maintain competitive conditions on the markets for "off-patent" drugs. The existing regulations (on bio-equivalence and bio-similarity) actually make them commodities and, as such, goods subject only to price competition.

Generic drugs (in the broadest sense of the word) have led to considerable savings, thus enabling the system to be sustainable so far. However, there is growing evidence of market failure risks, linked to the reduction of prices to scarcely profitable levels and/or to dumping. The latter, in particular, occur in the biosimilar drugs sector, where barriers to entry are higher for industrial reasons.

In other words, while we tend to focus on competitiveness in the "new products" markets, we forget that their impact is - at least so far - roughly equal to the opposite impact of the "old products" markets, which in fact have been the main source for funding innovation over the last twenty years. Hence maintaining their efficiency must be an absolute priority of the "new governance".

Final considerations

Based on our annual considerations on the evolution of the NHS and its regional structures, we can draw the following general conclusions.

There seems to be no reasonable doubt about the

efficiency of the federalist and decentralized design of healthcare. The information available confirms that the (few) signs of widening geographical disparities are more than offset by an (evident and general) growth in the efficiency and effectiveness of the Regional Health Services (RHS).

Nevertheless, federalism and, in general terms, decentralisation require common rules that define the citizens' rights that must be ensured.

This function, which must clearly remain centralized, becomes even more essential in a phase of demand for differentiated autonomy. From this viewpoint, the "advantage" of the Health sector over the others is undoubtedly the fact of having already acquired good experience in "managing" the basic/essentialhealthcare levels (LEA), The experience in the Health sector confirms that autonomy can be achieved without centrifugal effects, only if it is preceded by the definition of citizens' core rights (the opposite would be very dangerous).

However, as already noted, the basic healthcare levels (LEA) cannot be reduced to a mere list of services. They are, first of all, the result of a shared strategy on the equity levels we want to pursue.

The growing demand for autonomy also requires a clear definition of the positioning of the NHS (and hence of the Regional Health Services) in the country system. The relations with the industrial world, with subsidiarity, etc. cannot be left to the spontaneous (and hence mostly disorderly) aggregation of regional (and possibly also local) behaviours.

In other words, and in an apparently paradoxical way, national policies become all the more important as we move towards growing autonomy.

Hence the choice to underline in the title of the Report the importance of (re)viewing and revising "national Policies" at a broader level, after a few years of exclusive attention paid to efficiency. In the title there is still a question mark, which evidently does not express a priori distrust, but wants to warn against the risk of making national Policies chase solutions to specific problems, thus losing sight of the overall picture.

After years of policies slave to the need of making the system safe and sustainable from the financial viewpoint, there is, in fact, the need to return to "macroeconomy", thus showing the ability to interpret the evolution of a system which is both an essential pillar of the national Welfare, but also the third industry of the Country.

Hence the 15th Health Report stresses at first the need to combine public finance, welfare and economic development goals in national policies. Hence the (re)financing policies must be consistent with the "new Governance", first and foremost in the pharmaceutical sector, but without losing sight of medical devices and the ICT impact on health.

Secondly, the Report focuses on the need to imagine the NHS future by looking at the trends underway in the rest of the world, both from the viewpoint of the welfare levels offered, and of technological evolution. The Report underlines the increasing discrepancies recorded in the Italian policies and "pathways" compared to those of the other countries.

Thirdly, the Report underlines the need to combine sectoral policies: the example of the staff policies to be compared to those for developing primary care are a case in point we wanted to analyse in-depth based on the data and statistics available.

Fourthly, the Reports reminds us of the fact that the NHS survival is also based on the governance of the levels of solidarity and equalization put in place. It also reminds us of the fact that a universalistic NHS, matched by an unfair tax system, leads to undesirable effects. At a time when we (rightly) want to reorganize the cost-sharing policy, we cannot make the mistake of disregarding the real effects of the redistribution in place.

Therefore, in conclusion, autonomy and national policies are two sides of the same coin. They are both prerequisites for designing the necessary adjustment of the health system to the social and technological challenges that are changing its characteristics. We would stand to lose if we were to chase them, for not having been able to anticipate them due to insufficient political vision.

Il contesto socio-demografico

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 1
Il contesto socio-demografico

Carrieri C.[1]

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

Da un punto di vista demografico, il 2018 conferma le tendenze degli ultimi anni, ovvero il calo delle nascite, l'invecchiamento della popolazione e la riduzione della popolazione.

Per questi motivi le politiche sanitarie devono tenere presenti le peculiarità demografiche e socio-economiche delle popolazioni a cui si rivolgono: esse sono descritte nel seguito del capitolo, con la finalità di supportare tanto la programmazione dell'offerta, quanto le politiche di governo della domanda.

1.1. Caratteristiche demografiche

Demografia

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

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

Secondo le previsioni Istat, fra 50 anni (2066) la popolazione italiana sarà diminuita, infatti, del -11,2% (-0,2% medio annuo), passando da 60.590.446 a 53.824.614 abitanti. Il dato è confermato per tutte le Regioni italiane ad eccezione di P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Lombardia e Lazio che registreranno un aumento: +0,3% (medio annuo) per P.A. di Bolzano e Trento, +0,1% Lombardia, mentre è più contenuto l'aumento registrato nel Lazio (+0,01% medio annuo) (Tabella 1.1.).

In termini di struttura della popolazione, è degna di nota la previsione di un aumento medio della popolazione anziana (*over* 75) dell'1,0% medio annuo. Aumento che riguarda tutte le Regioni italiane, con un minimo dello 0,2% medio annuo della Liguria ed un massimo del +1,5% medio annuo della P.A. di Bolzano.

Nel 2018, il 13,4% della popolazione ha meno di 14 anni, l'11,6% ha più di 75 anni (Figura 1.1.).

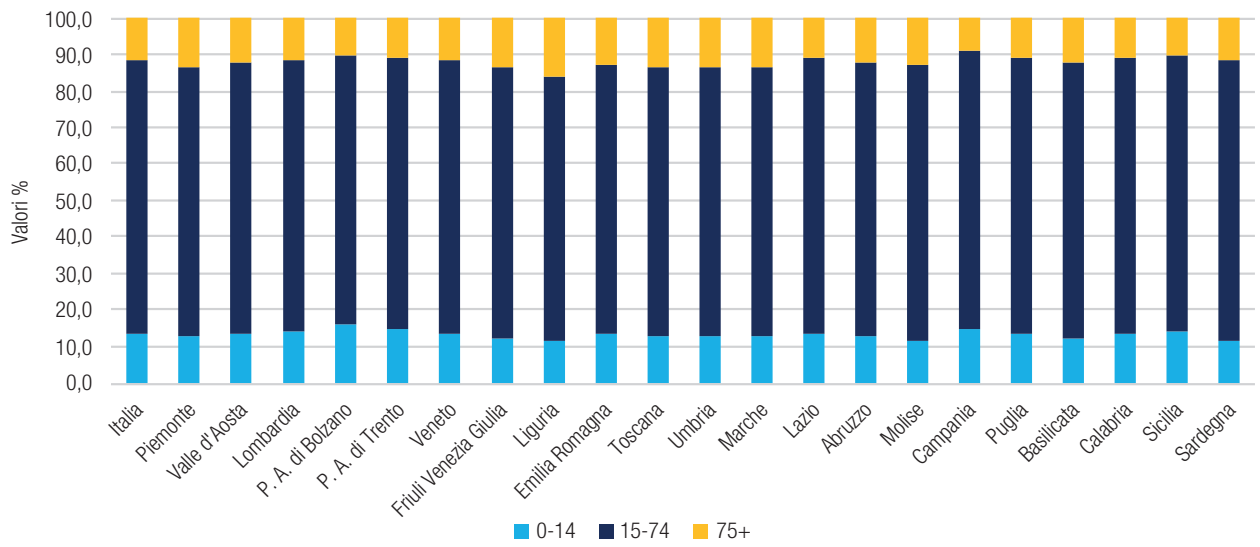
Tabella 1.1. Previsioni della popolazione

Regione	2018	2066	Var.% 2066/18	Var. % media annua
Italia	60.590.446	53.824.614	-11,2	-0,2
Piemonte	4.388.771	3.863.319	-12,0	-0,3
Valle d'Aosta	126.900	114.794	-9,5	-0,2
Lombardia	10.048.252	10.337.591	+2,9	+0,1
P. A. di Bolzano	527.884	603.569	+14,3	+0,3
P. A. di Trento	541.438	610.908	+12,8	+0,3
Veneto	4.909.767	4.387.256	-10,6	-0,2
Friuli Venezia Giulia	1.216.830	1.066.174	-12,4	-0,3
Liguria	1.560.519	1.306.599	-16,3	-0,4
Emilia Romagna	4.458.285	4.380.207	-1,8	0,0
Toscana	3.748.356	3.550.532	-5,3	-0,1
Umbria	887.415	770.491	-13,2	-0,3
Marche	1.534.870	1.290.585	-15,9	-0,4
Lazio	5.911.256	5.923.653	+0,2	0,0
Abruzzo	1.319.899	1.081.251	-18,1	-0,4
Molise	310.266	234.242	-24,5	-0,6
Campania	5.827.761	4.382.714	-24,8	-0,6
Puglia	4.052.116	2.985.061	-26,3	-0,6
Basilicata	568.342	399.164	-29,8	-0,7
Calabria	1.960.944	1.483.996	-24,3	-0,6
Sicilia	5.040.488	3.883.904	-22,9	-0,5
Sardegna	1.650.087	1.168.603	-29,2	-0,7

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

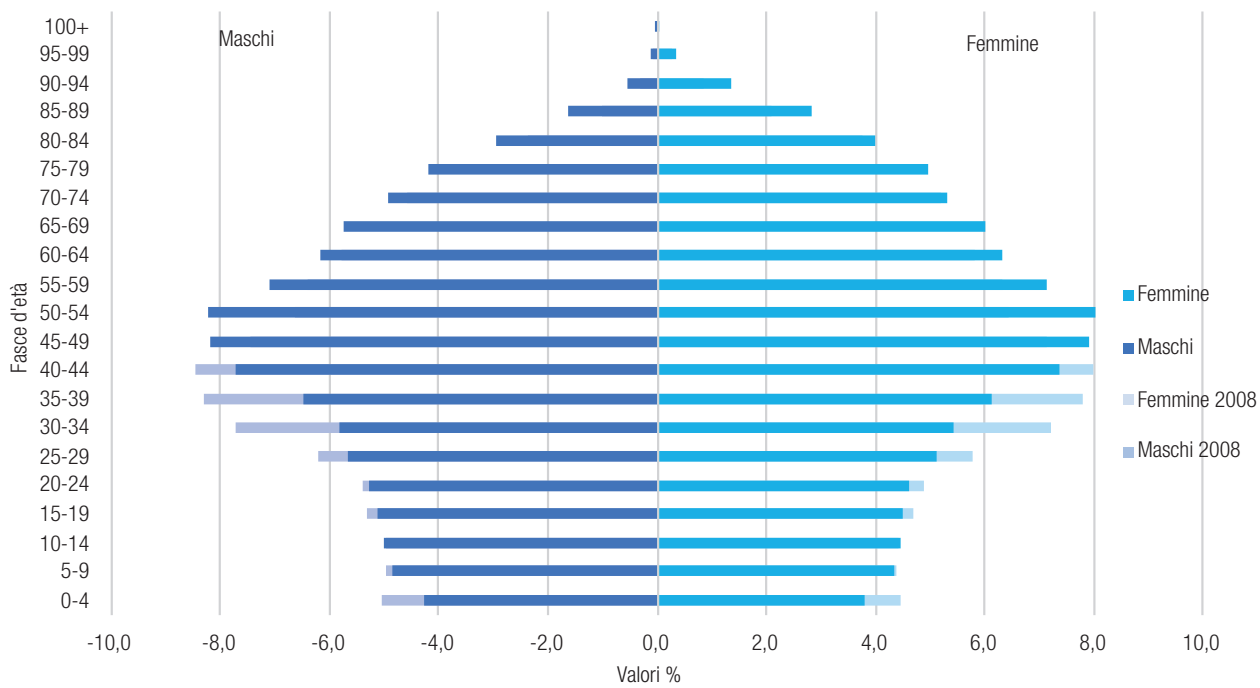
[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Figura 1.1. Distribuzione della popolazione. Anno 2018



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

Figura 1.2. Popolazione residente al 1° gennaio 2008-2018



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

Nell'ultimo decennio, i bambini nella fascia di età 0-4 anni si sono ridotti dell'1,4% medio annuo; analogamente si è ridotta dello 0,3% annuo la popolazione nella fascia di età 0-14 anni: da 8.317.978 individui nel 2008 a 8.080.176 nel 2018.

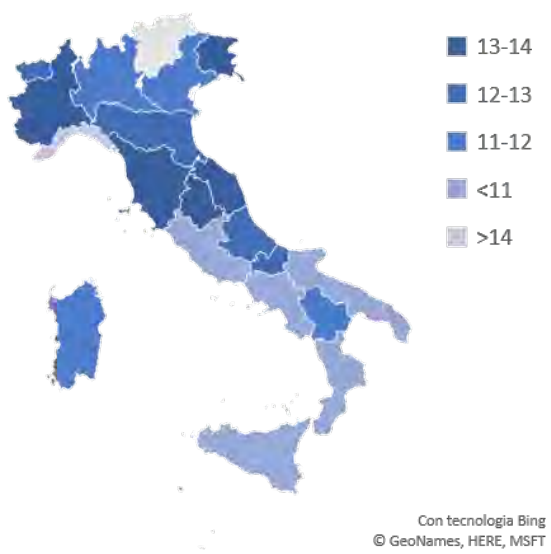
Nello stesso periodo, la popolazione residente anziana (*over* 75) è invece aumentata del +2,1% medio annuo, passando da 5.686.119 a 6.987.512 individui (Figura 1.2.).

Tabella 1.2. Quota di popolazione anziana

Regioni	*Over* 65 (%)			*Over* 75 (%)			*Over* 85 (%)		
	2008	2013	2018	2008	2013	2018	2008	2013	2018
Italia	20,1	21,1	22,6	9,6	10,5	11,6	2,4	3,0	3,5
Piemonte	22,8	23,8	25,3	10,9	12,0	13,3	2,7	3,3	4,0
Valle d'Aosta	20,6	21,7	23,5	9,9	10,7	12,1	2,4	3,1	3,6
Lombardia	20,1	21,0	22,4	9,2	10,2	11,6	2,2	2,8	3,3
P.A. di Bolzano	17,3	18,5	19,4	8,1	8,8	10,1	2,0	2,6	3,0
P.A. di Trento	19,1	20,1	21,7	9,5	10,0	11,0	2,6	3,2	3,5
Veneto	19,6	20,9	22,6	9,4	10,2	11,5	2,4	3,0	3,4
Friuli Venezia Giulia	23,0	24,4	25,9	11,2	11,9	13,5	3,2	3,8	4,1
Liguria	27,1	27,5	28,4	13,7	14,5	15,7	3,6	4,3	5,0
Emilia Romagna	22,9	23,0	23,8	11,5	12,0	12,7	3,1	3,7	4,0
Toscana	23,4	24,2	25,2	11,8	12,4	13,3	3,1	3,8	4,2
Umbria	23,5	23,8	25,2	12,0	12,6	13,5	3,1	3,9	4,4
Marche	22,6	23,1	24,5	11,5	12,3	13,2	3,0	3,8	4,2
Lazio	19,6	20,2	21,4	9,1	9,8	10,9	2,1	2,7	3,2
Abruzzo	21,3	21,9	23,6	10,8	11,6	12,3	2,7	3,4	3,9
Molise	22,0	22,4	24,2	11,3	12,3	12,9	2,9	3,7	4,3
Campania	15,6	16,9	18,5	7,2	7,9	8,6	1,5	2,0	2,4
Puglia	17,9	19,6	21,7	8,4	9,5	10,6	1,9	2,5	3,1
Basilicata	20,1	20,8	22,6	9,9	11,3	11,9	2,2	3,1	3,8
Calabria	18,6	19,4	21,2	9,0	10,0	10,6	2,1	2,7	3,3
Sicilia	18,2	19,2	20,8	8,7	9,5	10,2	1,9	2,5	3,0
Sardegna	18,5	20,6	23,2	8,5	9,7	11,3	2,0	2,6	3,3

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

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



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

La crescita degli anziani ha interessato tutte le Regioni italiane, con l'incremento più alto nella P.A. di Bolzano (+3,4% medio annuo) e il più basso in Molise (+0,4% annuo) (Tabella 1.2.). In particolare, nel 2018 la Liguria risulta la Regione con la quota di anziani (*over* 75) più alta (15,7%), la Campania con la quota più bassa (8,6%). Le Regioni del Sud Italia, in media, registrano una quota di anziani inferiore di 1,4 punti percentuali rispetto a quelle del Centro e del Nord: si passa, infatti, da una quota dell'11,1% nel Sud ad una quota del 12,5% nel Centro-Nord (Figura 1.3.).

L'età media, pari a 45,2 anni, risulta, in Italia, essere in aumento di +1,8 anni rispetto al 2008 (44,9 anni).

L'aumento dell'età media, in particolare, ha interessato tutte le Regioni italiane, con l'incremento più alto in Sardegna (+3,2 anni) e il più basso in Emilia

Romagna (+0,8 anni) (Tabella 1.3.). Il Mezzogiorno, nello specifico, ha registrato un aumento dell'età media, nell'ultimo decennio più alto rispetto al Nord e al Centro (+2,6 anni al Sud, +1,5 al Centro, +1,5 al Nord) (Figura 1.4.).

Sempre nel 2018, il tasso di natalità è stato pari al 7,3 ogni 1.000 abitanti. Il dato è in riduzione rispetto a dieci anni prima, quando nascevano quasi 10 bambini ogni 1.000 abitanti; la riduzione è comune a tutte le Regioni italiane.

In particolare, la Regione che registra il più alto tasso di natalità è la P.A. di Bolzano (10,0), comunque in riduzione rispetto al 2008 (11,1); il più basso in Sardegna (5,7 nel 2018), ed anche esso in riduzione rispetto al decennio precedente (8,2) (Tabella 1.4.).

Nel 2017 (ultimo anno disponibile), sono state iscritte in anagrafe 458.151 nascite, oltre 15.000 in meno rispetto al 2016 (-3,2%) e oltre 110.000 in meno rispetto al 2008 (-3,2% medio annuo). Il calo è attribuibile principalmente alle nascite da coppie di genitori entrambi italiani: i nati da questa tipologia di coppia scendono, infatti, di oltre 121.000 unità dal 2008 al 2018 (-25,3%). Ciò è legato a due fattori: le donne italiane in età riproduttiva sono sempre meno numerose e mostrano una propensione decrescente ad avere figli.

Nell'ultimo decennio l'età media al parto è aumentata di quasi un anno (da 31,1 a 31,9) (Tabella 1.5.); il dato raggiunge il suo massimo in Basilicata (32,7 nel 2018) dove si osserva uno spostamento in avanti di un anno rispetto al 2008 (31,7); in Sicilia si registra l'età media al parto più bassa (31,1 anni) ma comunque in aumento rispetto a dieci anni prima (30,2 nel 2008). L'unica Regione in cui l'età media al parto è rimasta quasi stabile è la Sardegna (+0,3 anni).

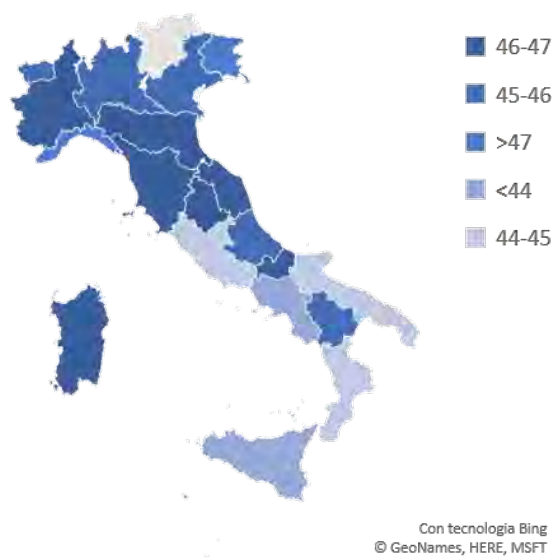
Coerentemente il tasso di fecondità[2] medio italiano, nel 2017 (ultimo anno disponibile), si attesta a 1,3 ed è in riduzione rispetto al 2007 (1,4); a livello regionale la P.A. di Bolzano presenta un numero medio di figli per donna più alto rispetto a tutte le altre Regioni italiane (1,7) e la Sardegna il più basso (1,1) (Tabella 1.6.).

Tabella 1.3. Età media

Regione	2008	2018	Differenza (anni)
Italia	43,1	45,2	+1,8
Piemonte	45,1	46,8	+1,5
Valle d'Aosta	43,8	45,9	+1,8
Lombardia	43,3	45,0	+1,5
P. A. di Bolzano	40,6	42,6	+1,9
P. A. di Trento	42,4	44,4	+1,8
Veneto	43,1	45,4	+2,0
Friuli Venezia Giulia	45,5	47,3	+1,6
Liguria	47,6	48,8	+1,1
Emilia Romagna	45,1	46,1	+0,8
Toscana	45,5	46,8	+1,2
Umbria	45,1	46,7	+1,4
Marche	44,5	46,3	+1,6
Lazio	43,1	44,8	+1,4
Abruzzo	43,8	45,9	+1,9
Molise	44,0	46,5	+2,3
Campania	39,5	42,3	+2,6
Puglia	41,2	44,4	+2,9
Basilicata	42,5	45,5	+2,7
Calabria	41,5	44,2	+2,4
Sicilia	41,2	43,7	+2,3
Sardegna	42,9	46,4	+3,2

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

Figura 1.4. Età media. Anno 2018



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

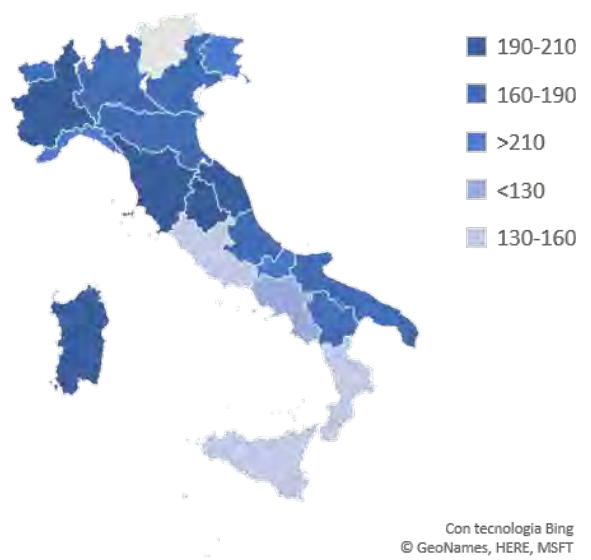
[2] Rapporto tra il numero totale dei nati vivi in un determinato periodo e la popolazione femminile in età feconda

Tabella 1.4. Quoziente di natalità

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

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

Figura 1.5. Indice di vecchiaia (valori per 100 individui). Anno 2018



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

All'altro estremo della piramide demografica, osserviamo che il rapporto tra *over* 65 e giovani (indice di vecchiaia) è pari a 169,0, in crescita rispetto al 2008 quando era pari a 143,4.

Il dato più alto si osserva in Liguria, con oltre 250 anziani (*over* 65) ogni 100 giovani (0-14 anni), il più basso nella P.A. di Bolzano con 123 (Figura 1.5.).

L'indice è in crescita in tutte le Regioni, in particolare nel Meridione e, nello specifico, in Sardegna, dove negli ultimi 10 anni è passato da 147,8 a 202,7; la Regione in cui la crescita è stata inferiore è l'Emilia Romagna dove è passato da 178,1 a 180,1.

Per quanto concerne l'indice di dipendenza degli anziani, registriamo 35 anziani *over* 65 ogni 100 individui in età attiva; il rapporto è in aumento negli ultimi dieci anni del +4,5 anziani ogni 100 individui; nel periodo 2008/2018, si registra un aumento in tutte le Regioni: in particolare in Sardegna, Puglia e Valle d'Aosta (rispettivamente +8,5, +6,6, +5,8); in Emilia Romagna, Liguria e Lazio si registra l'incremento più basso (rispettivamente +2,2, +3,0 e +3,1) (Figura 1.6.). La Regione che registra il valore massimo è la Liguria (47,1), quello minimo la Campania (27,6). La presenza di anziani è maggiore nelle Regioni del Centro e del Nord Italia, con un indice che risulta superiore a 40 anziani ogni 100 individui in età attiva in 6 Regioni e minore nelle Regioni del Sud.

Analogamente in tutte le Regioni si registra un indice di dipendenza strutturale[3] superiore a 50, ad eccezione della Campania (47,9). In particolare, nel 2018, a livello nazionale si registra un indice di dipendenza strutturale pari a 56,1. Tale rapporto appare in crescita rispetto al 2008, con una variazione che a livello regionale rimane nel *range* che va dal +0,5% della Campania al +3,2% della Sardegna. (Figura 1.7.). Anche per questo indicatore si conferma una presenza maggiore di individui non autonomi (per ragioni demografiche) nelle Regioni del Centro e del Nord Italia, con un indice maggiore di 60; nelle Regioni del Sud, invece, si registra un indice inferiore a 55.

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

Tabella 1.5. Età media del parto

Regione	2008	2018	Differenza
Italia	31,1	31,9	+0,8
Piemonte	31,1	31,8	+0,7
Valle d'Aosta	31,0	32,1	+1,1
Lombardia	31,2	32,0	+0,8
P. A. di Bolzano	31,1	31,7	+0,6
P. A. di Trento	31,2	32,0	+0,8
Veneto	31,2	32,1	+0,9
Friuli Venezia Giulia	31,2	32,0	+0,8
Liguria	31,4	32,0	+0,6
Emilia Romagna	30,9	31,8	+0,9
Toscana	31,4	32,1	+0,7
Umbria	31,0	32,0	+1,0
Marche	31,2	32,1	+0,9
Lazio	31,8	32,4	+0,6
Abruzzo	31,6	32,2	+0,6
Molise	31,7	32,6	+0,9
Campania	30,5	31,5	+1,0
Puglia	30,9	31,8	+0,9
Basilicata	31,7	32,7	+1,0
Calabria	30,9	31,6	+0,7
Sicilia	30,2	31,1	+0,9
Sardegna	32,2	32,5	+0,3

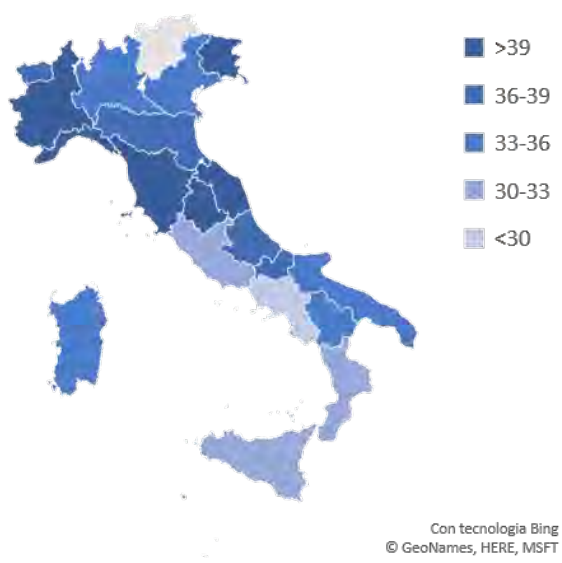
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 1.6. Tasso di fecondità

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

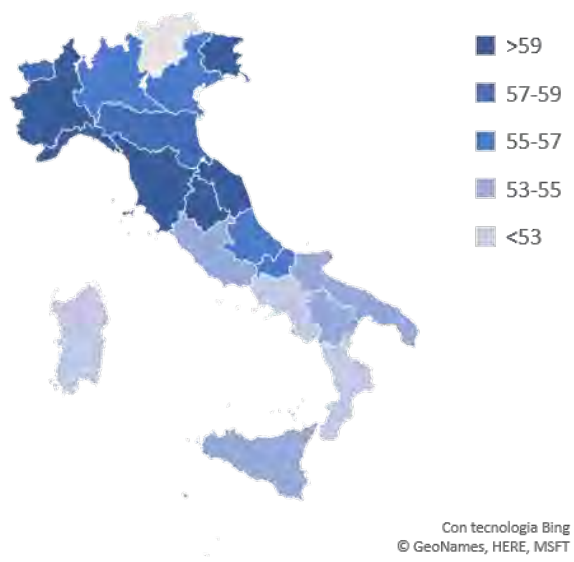
Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1.6. Indice di dipendenza anziani (valori %). Anno 2018



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

Figura 1.7. Indice di dipendenza strutturale (valori %). Anno 2018



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

Struttura familiare

Analizzando la composizione della struttura familiare italiana, emerge come, negli ultimi dieci anni, il numero medio di componenti si sia ridotto dello 0,4% annuo, passando da 2,5 (media 2006-2007) a 2,4 (media 2016-2017). In particolare, sono aumentate le persone sole: nel 2018, il 33,0% delle famiglie risultano monocomponente, contro il 30,1% del 2013 (ultimo anno disponibile) (Tabella 1.7.). In definitiva una famiglia su tre è unipersonale. Tale fenomeno discende dalla riduzione delle nascite, dal processo di invecchiamento della popolazione (trattati nei paragrafi precedenti), dall'aumento di separazioni e divorzi e anche dai nuovi scenari migratori. La tendenza è comune alla maggior parte delle Regioni: l'entità del fenomeno raggiunge il suo valore massimo in Valle d'Aosta, dove si passa dal 38,6% al 49,1% di famiglie monocomponente; solo in Abruzzo, invece, si riscontra una diminuzione delle persone sole.

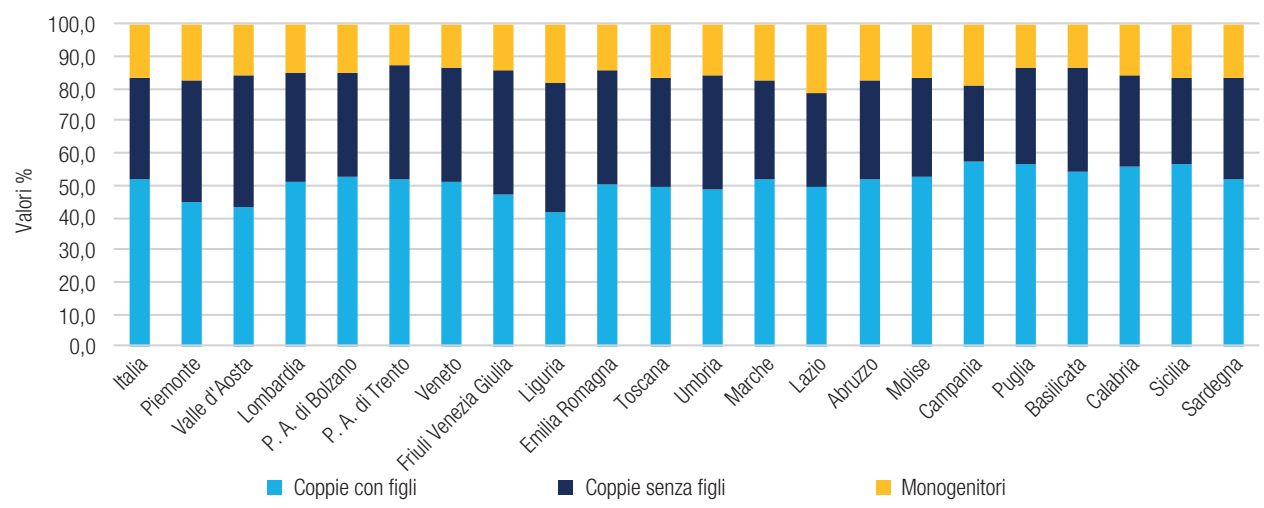
Si riduce anche la quota di coppie con figli, che passano dal 53,6% del 2013 (non si dispone del confronto decennale) al 51,5% del 2018 (-2,1 punti percentuali). In tutte le Regioni il dato è in diminuzione nell'ultimo quinquennio preso in esame: in particolare in Basilicata, dove si registra un calo di 7,2 punti percentuali; fa eccezione l'Emilia Romagna, che registra un aumento di +3,3 punti percentuali.

Tabella 1.7. Quota di famiglie unipersonali

Regione	2013	2018
Italia	30,1	33,0
Piemonte	32,9	36,2
Valle d'Aosta	38,6	49,1
Lombardia	31,3	34,1
P. A. di Bolzano	30,6	33,4
P. A. di Trento	29,9	32,8
Veneto	27,3	30,2
Friuli Venezia Giulia	34,8	38,9
Liguria	40,9	40,9
Emilia Romagna	31,1	36,5
Toscana	30,9	34,8
Umbria	30,3	35,4
Marche	29,2	30,2
Lazio	33,8	36,1
Abruzzo	30,0	29,6
Molise	29,3	35,0
Campania	24,1	25,8
Puglia	23,3	26,4
Basilicata	28,8	32,5
Calabria	28,2	31,3
Sicilia	28,9	30,1
Sardegna	30,8	35,0

Fonte: Istat

Figura 1.8. Struttura dei nuclei familiari. Anno 2018



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

A livello nazionale la quota di coppie senza figli si attesta al 32,1% nel 2018, registrando un incremento di un punto percentuale rispetto al 2013 (31,1%); la P.A. di Bolzano e la Basilicata sono le Regioni che registrano il maggior aumento delle coppie senza figli (+3,4 punti percentuali).

Risultano in crescita anche le famiglie monogenitore che, nel 2018, erano pari al 16,3%, in aumento rispetto al 2013 di un punto percentuale (15,3%); il *trend* è confermato in tutte le Regioni italiane, ad eccezione di P.A. di Bolzano, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Calabria e Sardegna che registrano di contro una riduzione di questa tipologia di famiglia (Figura 1.8.).

1.2. Caratteristiche socio-economiche

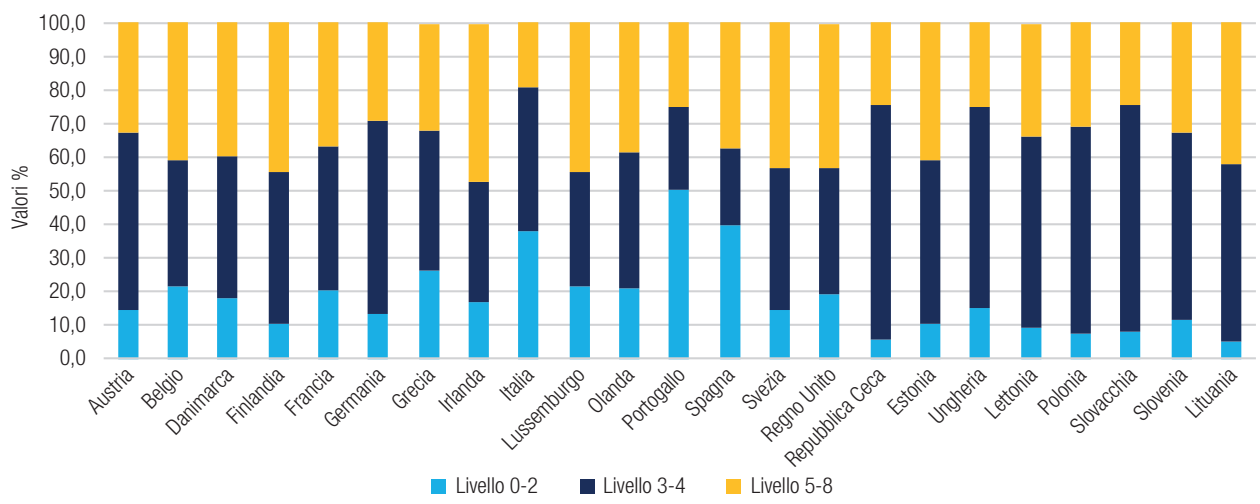
Istruzione

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

Per quel che concerne la quota di popolazione in possesso del titolo universitario, l'Italia si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995[4] di 14,5 punti percentuali e di 10,1 da quella dei Paesi EU-Post 1995[5]. (Figura 1.9.).

Tuttavia, il livello di istruzione della popolazione è in continuo aumento: tra il 2008 e il 2018, aumenta la quota di popolazione che ha concluso il ciclo di studi universitari (+5,0 punti percentuali nell'ultimo decennio). La situazione rimane critica nel Sud, con una quota di popolazione che è in possesso del titolo universitario inferiore alla media nazionale (15,7% Sud vs 19,3% Italia) e, di conseguenza, quella in possesso della licenza media più alta rispetto alla media nazionale (45,8% al Sud vs 38,3% dato Italia).

Figura 1.9. Popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2018



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

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

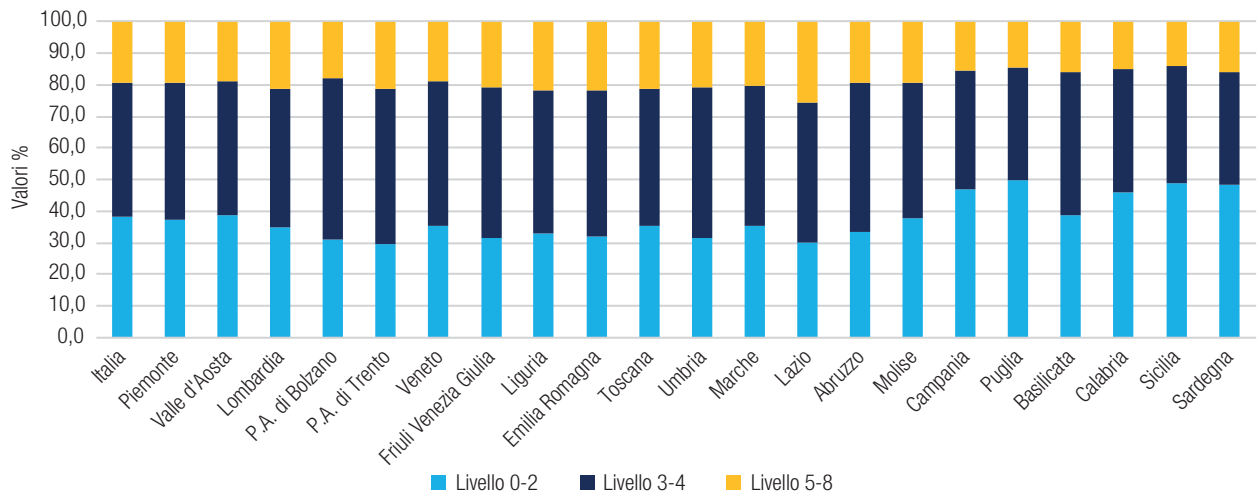
[4] Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo,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

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

Il livello di scolarizzazione del Sud è, comunque, in miglioramento rispetto al 2008: il conseguimento di una istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello), passa dal 12,6% del 2008 al 15,7% del 2018 (+3,1 punti percentuali) e, conseguentemente, la quota di popolazione che ha almeno concluso solo il primo ciclo di studi (licenza media) passa dal 53,7% del 2008 al 45,8% del 2018 (-7,9 punti percentuali).

A livello regionale il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (25,6%), valore in aumento nell'ultimo decennio di +6,1 punti percentuali; la Sicilia, invece, ne ha la quota più bassa (14,0% nel 2018), anche se risulta in miglioramento rispetto al 2008 di +2,1 punti percentuali (11,9%) (Figura 1.10.).

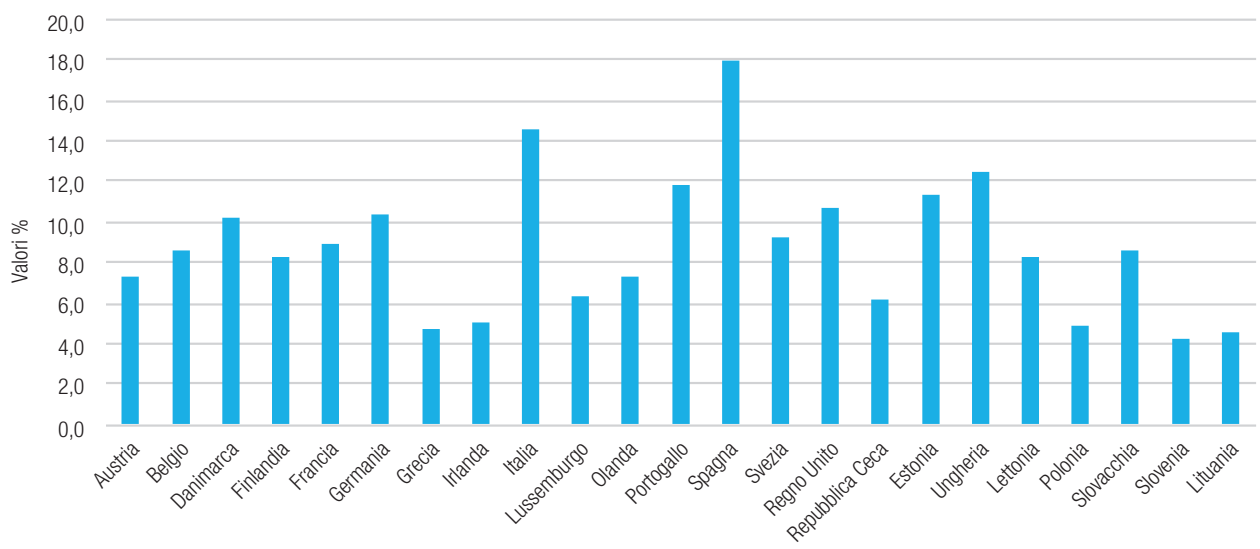
Figura 1.10. Popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*). Anno 2018



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

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

Figura 1.11. Giovani 18-24 anni che abbandonano prematuramente gli studi in Europa. Anno 2018



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

Rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 l'Italia registra una percentuale di giovani tra i 18 e 24 anni che abbandona prematuramente gli studi più alta (rispettivamente 11,2% vs 14,5%); lo stesso si verifica rispetto ai Paesi EU-Post 1995, con uno scarto di 8,0 punti percentuali in più per l'Italia (Figura 1.11.).

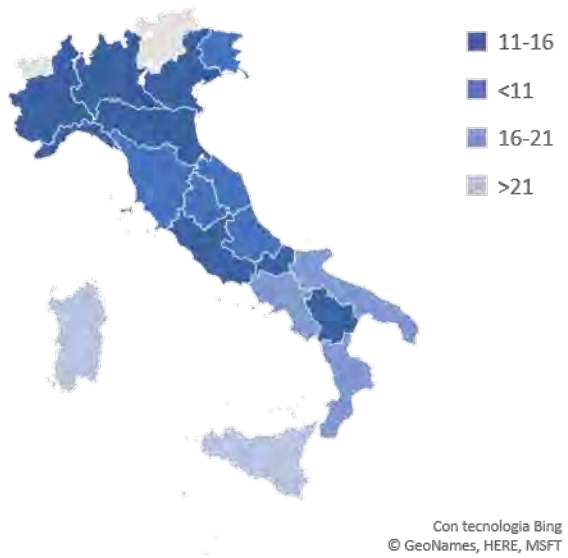
La quota, però, è in riduzione (Figura 1.12.): nel 2018 -5,1 punti percentuali rispetto al 2008 (16,8%).

Anche se la situazione migliora in tutte le aree del Paese, il miglioramento più significativo si osserva nelle Regioni settentrionali dove, in media, i giovani che abbandonano gli studi si sono ridotti del -3,8%, contro il -1,9% per quelli presenti nelle aree meridionali, accentuando così il differenziale tra il Nord ed il Sud del Paese.

Dal confronto regionale emerge come la P.A. di Trento registri la percentuale più bassa di giovani che abbandonano prematuramente gli studi (6,7%) e anche in riduzione rispetto al 2008 di -5,8 punti percentuali; decisamente elevata la percentuale di giovani che abbandonano prematuramente gli studi in Sardegna (23,0% nel 2018) ed in peggioramento rispetto al 2008 di +0,5 punti percentuali (22,5%).

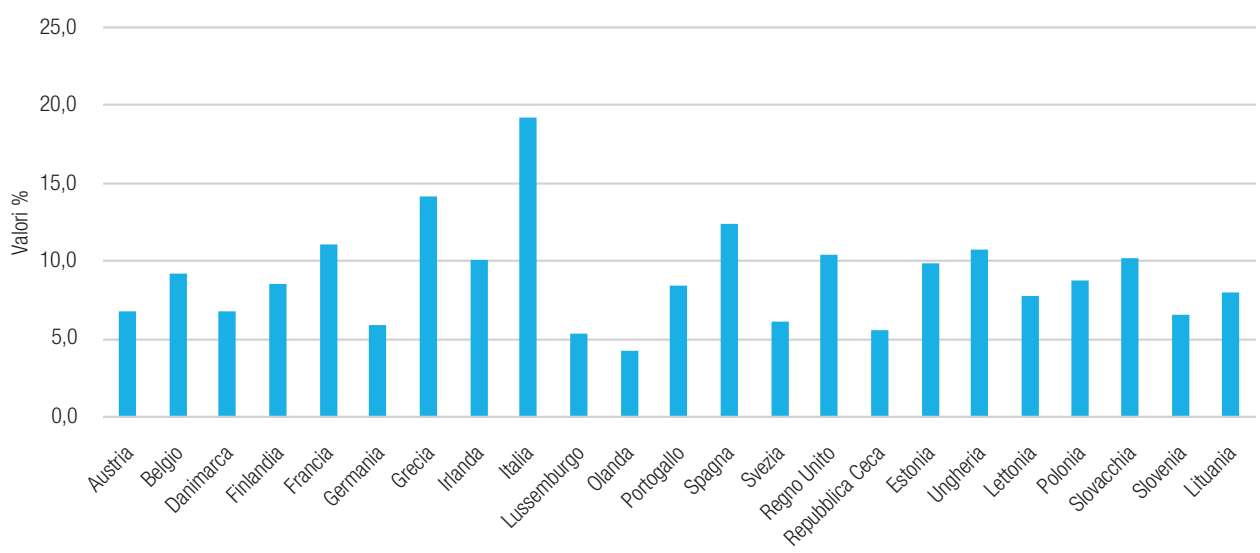
Dal confronto internazionale emerge che l'Italia presenta il tasso di "*Neet*" più alto in Europa (19,2%), quasi il doppio rispetto alla media europea (10,9%) (Figura 1.13.). Anche rispetto ai Paesi sia dell'EU-Ante 1995 che dell'EU-Post 1995 risulta maggiore, rispettivamente di +8,6 e +10,7 punti percentuali.

Figura 1.12. Giovani 18-24 anni che abbandonano prematuramente gli studi (valori %). Anno 2018



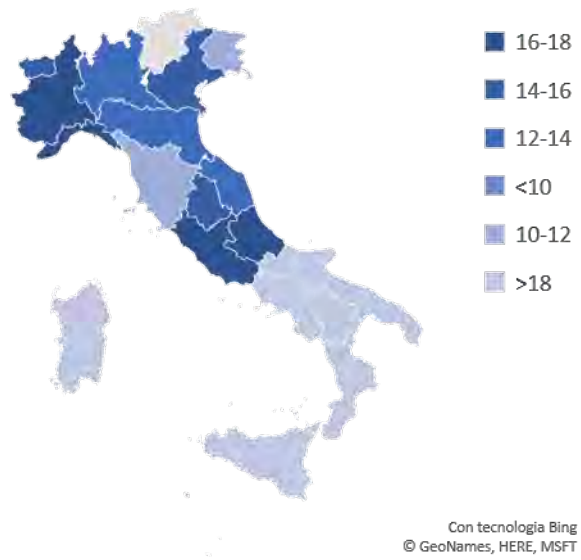
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 1.13. Giovani che non lavorano e non studiano *(Neet)* in Europa. Anno 2018



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

Figura 1.14. Giovani che non lavorano e non studiano (valori %) *(Neet)*



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

Anche il tasso di "*Neet*" in Italia è in riduzione rispetto al 2008 di 2,6 punti percentuali (16,6%). Dal confronto tra ripartizioni geografiche si conferma che nelle Regioni del Nord la quota di "*Neet*" è inferiore di -12,5 punti percentuali rispetto al Sud (13,8% Nord vs 26,3% Sud) e la situazione è peggiorata rispetto al 2008 nel Mezzogiorno (+2,6 punti percentuali) (Figura 1.14.).

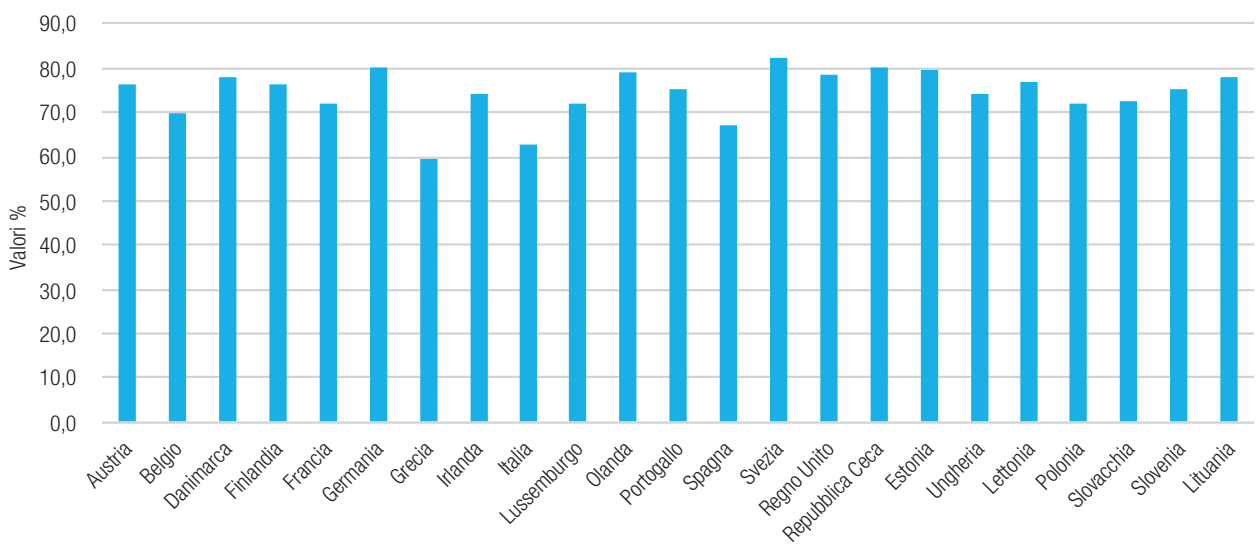
A livello regionale la P.A. di Bolzano ha la quota di giovani che non lavorano e non studiano inferiore (9,9% nel 2018), anche se in aumento rispetto al 2008 di 1,4 punti percentuali (8,5%); viceversa la quota di "*Neet*" presenti in Sicilia (31,5%), è massima: oltre 21,6 punti percentuali rispetto alla P.A. di Bolzano.

Occupazione

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

Nel 2018 il tasso di occupazione della popolazione attiva in Europa si attesta al 73,2%, con l'Italia, al 63,0% (-10,2 punti percentuali), al penultimo posto in Europa, migliori solo della Grecia, che con il 59,5% occupa l'ultima posizione (Figura 1.15.); il *gap* è rilevante sia rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (73,3%), sia verso quelli dell'EU-Post 1995 (74,2%), rispettivamente -10,3 e -11,2 punti percentuali.

Figura 1.15. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni in Europa. Anno 2018



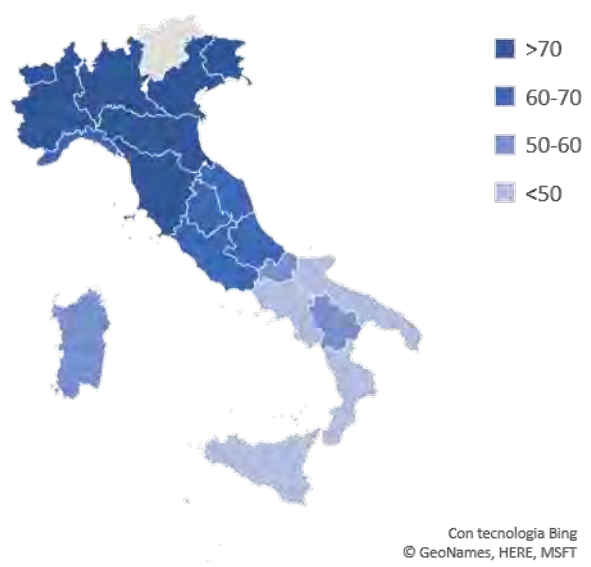
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 1.8. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni per genere

	2008			2018		
	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
Italia	75,3	50,6	62,9	72,9	53,1	63,0
Piemonte	77,7	60,6	69,1	78,3	63,1	70,7
Valle d'Aosta	80,6	63,6	72,2	77,1	68,8	72,9
Lombardia	81,2	60,7	71,0	81,4	63,8	72,6
P. A. di Bolzano	84,1	66,1	75,2	84,9	73,0	79,0
P. A. di Trento	80,4	61,6	71,1	80,6	66,6	73,6
Veneto	81,8	59,1	70,5	80,5	62,6	71,5
Friuli Venezia Giulia	79,0	58,9	69,0	78,3	63,6	71,0
Liguria	77,4	57,9	67,5	75,7	59,1	67,3
Emilia Romagna	82,6	65,8	74,2	82,1	66,9	74,4
Toscana	79,3	59,6	69,3	78,2	64,6	71,3
Umbria	78,7	60,3	69,4	77,0	58,7	67,7
Marche	78,5	59,7	69,1	78,4	60,5	69,4
Lazio	77,1	52,6	64,6	74,0	56,8	65,3
Abruzzo	76,6	49,8	63,1	75,7	48,9	62,2
Molise	72,0	44,8	58,4	69,5	45,0	57,4
Campania	63,7	29,7	46,4	59,1	31,9	45,3
Puglia	69,2	32,6	50,6	63,7	35,6	49,4
Basilicata	70,1	38,2	54,1	66,8	39,7	53,3
Calabria	63,2	33,7	48,3	57,8	33,5	45,6
Sicilia	65,4	31,9	48,3	57,0	31,5	44,1
Sardegna	68,9	43,3	56,1	64,3	47,9	56,1

Fonte: Istat

Figura 1.16. Tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni (valori %). Anno 2018



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

Il tasso di occupazione della popolazione attiva (tra i 20 e i 64 anni) è in aumento rispetto al 2008; ed anche quello della popolazione tra i 55 e i 64 anni.

Nella fascia di età 20-64 anni si registra anche un chiaro squilibrio di genere (Tabella 1.8.): sono occupati il 53,1% delle donne (valore comunque in aumento rispetto al 2008 di +2,6 punti percentuali), contro il 72,9% degli uomini (anche se in riduzione di -2,4 punti percentuali). Il tasso di occupazione più basso si registra in Sicilia (44,1%): 57,0% per gli uomini e 31,5% per le donne.

Emerge il *gap* occupazionale tra Nord e Sud: tutte le Regioni del Sud, ad eccezione dell'Abruzzo, registrano un tasso di occupazione inferiore al 60,0%, quelle del Nord un valore superiore al 70,0% (Figura 1.16.).

Tabella 1.9. Tasso di occupazione 55-64 anni

Regione	2008 (%)	2018 (%)
Italia	34,3	53,7
Piemonte	30,7	55,3
Valle d'Aosta	35,0	58,4
Lombardia	31,9	56,8
P. A. di Bolzano	39,8	64,8
P. A. di Trento	32,3	57,8
Veneto	32,1	55,6
Friuli Venezia Giulia	29,3	57,4
Liguria	35,4	58,0
Emilia Romagna	38,7	61,2
Toscana	36,9	61,0
Umbria	37,4	56,3
Marche	35,3	57,7
Lazio	40,6	58,8
Abruzzo	35,8	55,7
Molise	35,9	55,6
Campania	34,2	44,6
Puglia	31,4	44,5
Basilicata	39,2	53,9
Calabria	36,6	44,5
Sicilia	33,7	41,9
Sardegna	30,2	51,4

Fonte: Istat

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

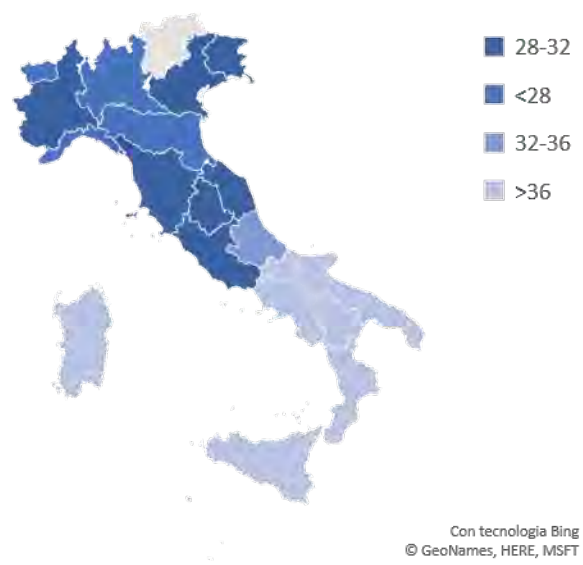
Anche per gli occupati appartenenti alla fascia di età 55-64 anni l'Italia registra un tasso di occupazione minore rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 (53,7% Italia vs 60,1% EU-Ante 1995), discostandosene di 6,4 punti percentuali; di contro risulta in linea rispetto all'occupazione dei Paesi dell'EU-Post 1995 (53,7% Italia vs 54,0% EU-Post 1995).

Il valore risulta in crescita di 19,4 punti percentuali rispetto al 2008 (34,3%) (Tabella 1.9.). La Regione che registra il tasso di occupazione (per questa fascia d'età) più alto è la P.A. di Bolzano (64,8%), discostandosi dal valore medio nazionale di +11,1 punti percentuali e in aumento rispetto al 2008 di 25,0 punti percentuali (39,8%). La Sicilia si conferma la Regione con il dato peggiore, registrando un tasso pari al 41,9%, anche se in aumento rispetto al 2008 di 8,2 punti percentuali.

Il tasso di inattività (dove gli inattivi comprendono le persone che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate o disoccupate.) tra i 15 e 64 anni si attesta nel 2018 al 34,4%: (43,8% per le femmine e 24,9% per i maschi) (Figura 1.17.). Il tasso di inattività risulta essersi ridotto rispetto al 2008 di 2,7 punti percentuali (37,1%). La propensione della popolazione a offrirsi sul mercato del lavoro al Nord è più alta rispetto al Sud, con un *gap* di oltre 8,0 punti percentuali.

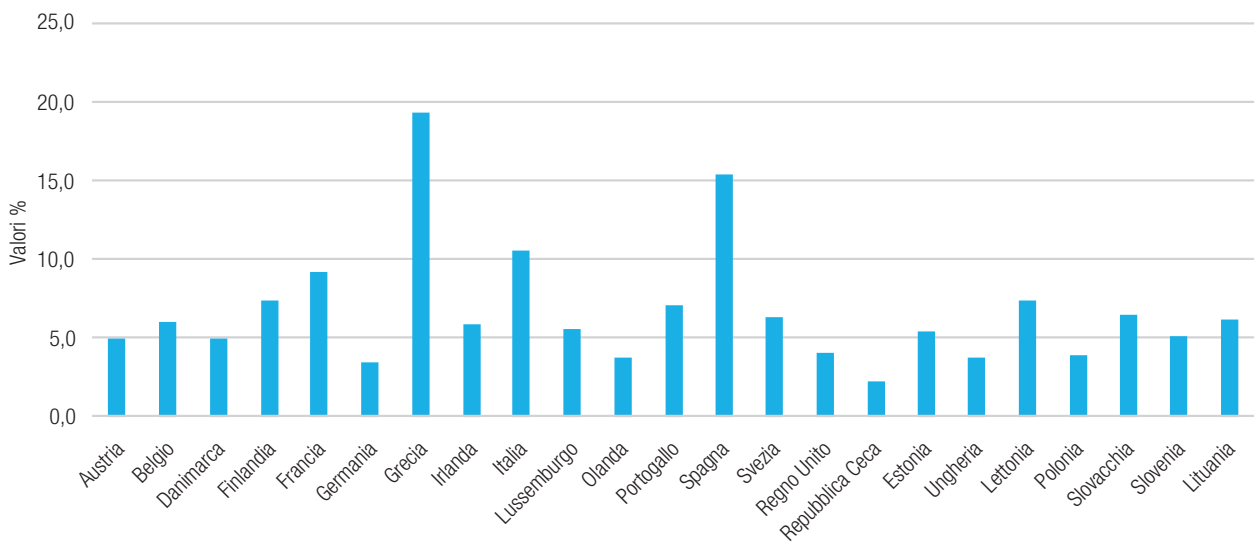
Dal confronto regionale emerge che il minor tasso di inattività si registra nella P.A. di Bolzano, che si discosta dal dato nazionale di oltre 9 punti percentuali (24,3%); il valore più elevato si registra in Sicilia, risultando pari a quasi il 50% della popolazione sicula. Rispetto al 2008 si registra comunque una riduzione dell'indicatore in tutte le Regioni, ed anche per genere; fanno eccezione la Sicilia e la Valle d'Aosta che registrano, rispettivamente, un incremento di 1,9 punti percentuali e 0,6 punti percentuali per gli uomini.

Figura 1.17. Tasso di inattività 15-64 anni, valori %. Anno 2018



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

Figura 1.18. Tasso di disoccupazione in Europa. Anno 2018



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

Infine, l'Italia rispetto ai Paesi europei ha la terza peggiore situazione in termini di disoccupazione, migliore solo di Spagna e Grecia (Figura 1.18.). In particolare, l'Italia registra un tasso pari all'10,6%, superiore ai Paesi dell'EU-Ante 1995 di 2,9 punti percentuali e di 6,5 punti percentuali rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995.

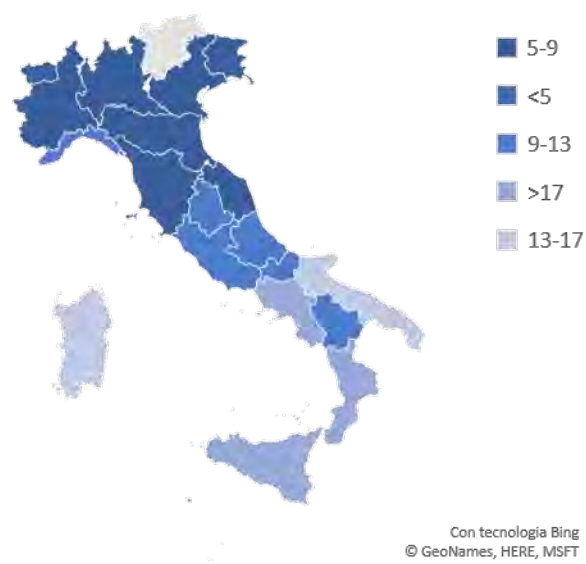
Anche il tasso di disoccupazione è però aumentato nell'ultimo decennio (+3,9 punti percentuali, 6,7%). (Figura 1.19.).

Il differenziale tra il Nord e il Sud del Paese è molto rilevante: nel Nord la disoccupazione si attesta al 6,6%, nel Sud al 18,4%, un valore quasi triplo. In particolare, tutte le Regioni del Sud, ad eccezione di Abruzzo e Molise, hanno un livello di disoccupazione superiore al 13,0%; quelle del Nord, invece, sono tutte con valori inferiori al 9,0%.

A livello regionale il tasso di disoccupazione oscilla tra il valore della P.A. di Bolzano (2,9%) e il valore della Calabria (21,6%). La Calabria, nel decennio, ha registrato l'aumento maggiore del tasso di disoccupazione nel Meridione (+9,6 punti percentuali).

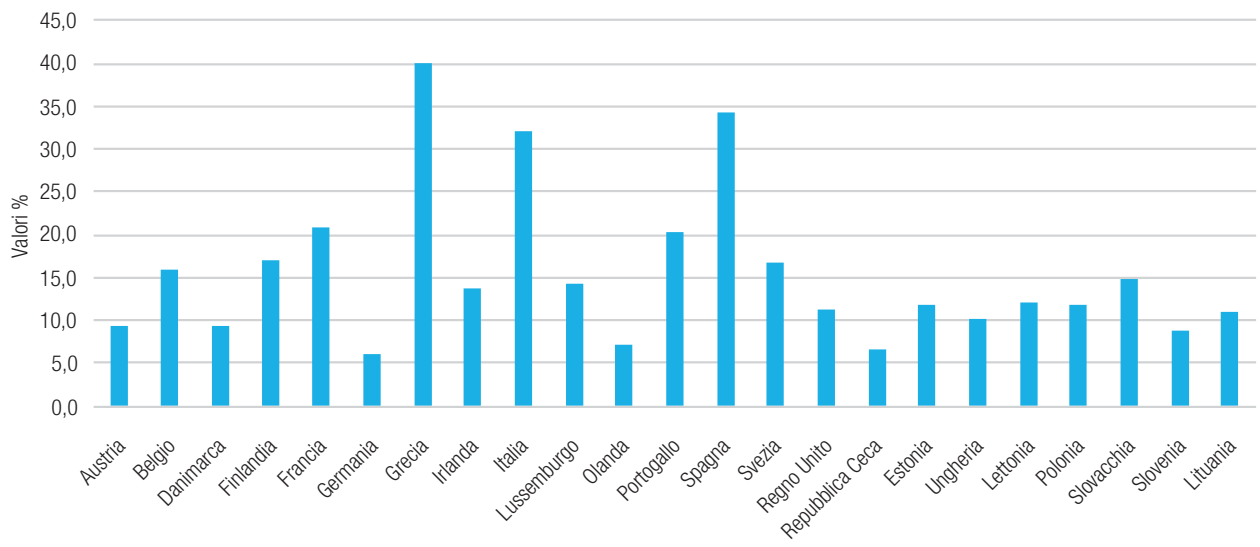
Come per la disoccupazione in generale, anche per quella giovanile l'Italia registra il terzo peggior risultato in Europa, migliore solo di Spagna e Grecia (Figura 1.20.): rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 l'Italia si discosta di 13,5 punti percentuali (rispettivamente 18,7% e 32,2%), divario ancora più marcato rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995 (13,5%), dai quali si discosta di 21,3 punti percentuali.

Figura 1.19. Tasso di disoccupazione (valori %). Anno 2018



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

Figura 1.20. Tasso di disoccupazione giovanile in Europa. Anno 2018



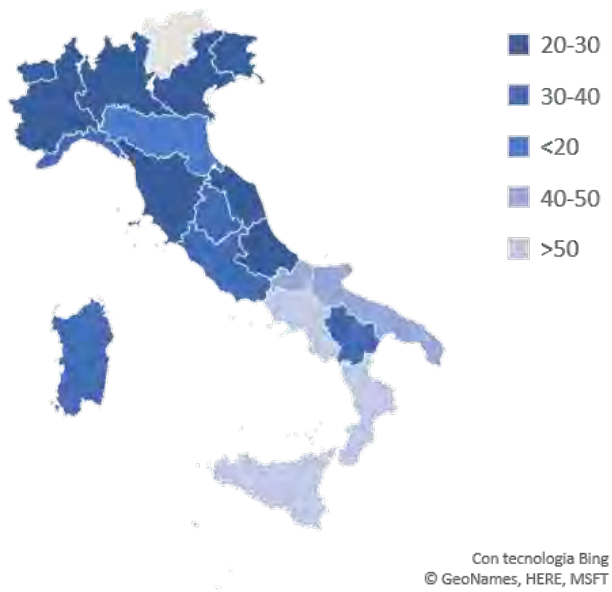
Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

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

Regione	2008			2018		
	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
Italia	18,8	24,7	21,2	30,4	34,8	32,2
Piemonte	12,0	19,5	15,0	27,6	33,6	30,0
Valle d'Aosta	12,7	12,7	12,7	19,2	24,8	21,7
Lombardia	10,9	14,3	12,3	20,9	20,8	20,8
P.A. di Bolzano	4,0	8,3	5,8	9,9	8,5	9,2
P.A. di Trento	6,9	10,8	8,4	14,4	16,5	15,3
Veneto	7,7	14,0	10,4	16,8	26,5	21,0
Friuli Venezia Giulia	10,5	17,8	13,2	20,2	27,2	23,7
Liguria	19,0	25,1	21,8	32,0	41,7	36,3
Emilia Romagna	10,3	11,9	11,0	15,0	21,9	17,8
Toscana	13,1	16,7	14,6	21,2	25,2	22,9
Umbria	11,6	18,3	14,4	27,8	36,9	31,1
Marche	10,9	14,8	12,5	18,7	28,5	22,1
Lazio	22,7	30,6	26,1	35,3	33,5	34,5
Abruzzo	15,0	29,1	20,5	27,7	32,6	29,7
Molise	23,5	37,3	28,8	35,6	50,0	40,3
Campania	31,5	33,7	32,4	48,9	60,4	53,6
Puglia	27,3	38,7	31,6	44,7	42,0	43,6
Basilicata	27,8	48,3	34,8	40,3	35,6	38,7
Calabria	32,3	37,8	34,4	50,3	56,4	52,7
Sicilia	34,8	46,3	39,1	49,5	60,4	53,6
Sardegna	29,9	46,8	36,8	35,8	35,6	35,7

Fonte: Istat

Figura 1.21. Tasso di disoccupazione giovanile (valori %). Anno 2018



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

Anche in questo caso si registra un aumento di 11,0 punti percentuali rispetto al 2008 (Tabella 1.10.). Il tasso di disoccupazione giovanile minimo è quello della P.A. di Bolzano, che è decisamente inferiore rispetto a quello di tutte le altre Regioni italiane (9,2% ovvero -22,9 punti percentuali rispetto al dato nazionale), mentre la Sicilia (53,6% nel 2018) ha il tasso più elevato. Dal confronto per genere emerge che sono maggiormente disoccupate le donne rispetto agli uomini (rispettivamente 34,8% vs 30,4% dato medio italiano).

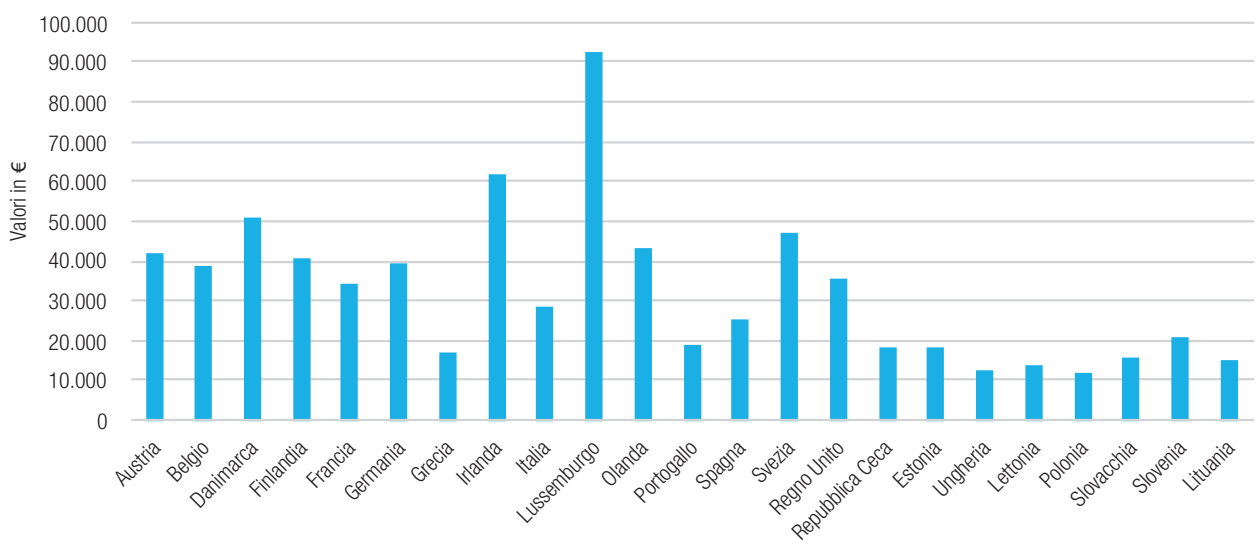
Al Sud il differenziale appare accentuato (Figura 1.21.): 22,1% nel Nord vs 48,4% al Sud.

Produzione e reddito

Per quanto riguarda il PIL (Prodotto Interno Lordo) pro-capite, l'Italia si colloca sotto la media europea (€ 30.000 EU vs € 28.500 dell'Italia): in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di € 6.000 circa ma è superiore di circa € 15.000 rispetto a quelli dell'EU-Post 1995, posizionandosi nella dodicesima posizione sui 28 Paesi dell'Unione Europea (Figura 1.22.).

Il PIL pro-capite, nel 2017, è risultato pari a € 28.494, in crescita rispetto al 2007 del +4,1% (+0,4% medio annuo) (Figura 1.23.). Le Regioni del Nord registrano un PIL pro-capite maggiore rispetto a quelle del Sud: tutte le Regioni del Nord hanno un PIL pro-capite superiore a € 30.000, quelle del Sud inferiore a € 20.000. Il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (€ 42.332), quello minimo in Calabria (€ 17.051), con uno scarto del 59,7%.

Figura 1.22. PIL pro-capite in Europa. Anno 2017



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

Figura 1.23. PIL pro-capite. Anno 2018

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

Figura 1.24. Reddito disponibile pro capite. Anno 2017

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

Tabella 1.11. PIL

Regione	2007 (€ mln.)	2017 (€ mln.)	Var. % 2017/2007	vma % 2017/2007
Italia	1.609.551	1.724.955	+7,2	+0,7
Piemonte	129.044	133.027	+3,1	+0,3
Valle d'Aosta	4.433	4.458	+0,6	+0,1
Lombardia	333.526	383.175	+14,9	+1,4
P. A. di Bolzano	17.729	22.266	+25,6	+2,3
P. A. di Trento	17.281	19.480	+12,7	+1,2
Veneto	147.309	162.505	+10,3	+1,0
Friuli Venezia Giulia	36.023	37.681	+4,6	+0,5
Liguria	48.127	49.762	+3,4	+0,3
Emilia Romagna	141.147	157.216	+11,4	+1,1
Toscana	105.213	114.076	+8,4	+0,8
Umbria	22.529	21.572	-4,2	-0,4
Marche	41.138	40.824	-0,8	-0,1
Lazio	184.731	193.797	+4,9	+0,5
Abruzzo	30.114	32.180	+6,9	+0,7
Molise	6.884	6.021	-12,5	-1,3
Campania	105.030	106.353	+1,3	+0,1
Puglia	70.750	72.986	+3,2	+0,3
Basilicata	11.432	11.838	+3,6	+0,3
Calabria	33.219	33.435	+0,6	+0,1
Sicilia	89.932	87.606	-2,6	-0,3
Sardegna	33.157	33.511	+2,0	+0,2

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

Nell'ultimo decennio (2007-2017, ultimo dato disponibile), in Italia si è registrato un aumento del Prodotto Interno Lordo (PIL), sia in assoluto che per residente.

La crescita è stata del +7,2% (+0,7% medio annuo), passando da €1.609.551 mln. del 2007 a € 1.724.955 mln. del 2017 (Tabella 1.11.).

In termini nominali, il PIL è cresciuto in tutte le Regioni, ma in modo particolare in quelle del Nord (+1,8% medio annuo), contro una crescita più contenuta nel Centro e nel Sud del Paese (rispettivamente +1,1% e +0,8%).

In termini reali, invece, il PIL è diminuito in tutte le Regioni, ad eccezione della P.A. di Bolzano, che registra un aumento pari a +0,9% medio annuo. Il Sud registra una riduzione del -1,2% medio annuo, il Centro e il Nord pari rispettivamente al -0,9% medio annuo e -0,4% medio annuo.

Il reddito medio disponibile delle famiglie, nel 2017 (ultimo anno disponibile), a livello nazionale è pari a € 18.505,0 (€ 1.542,0 mensili) (Figura 1.24.), in crescita del +1,9% (+0,4% medio annuo) rispetto al 2007. Tutte le Regioni del Nord hanno un reddito disponibile superiore a € 20.000, quelle del Sud inferiore a € 14.000, con una differenza di € 6.000. Si passa da un reddito medio disponibile delle famiglie di € 24.968,0 (€ 2.081,0 mensili) della P.A. di Bolzano (valore massimo) ad uno di € 12.656,0 (€ 1.055,0 mensili) della Calabria (valore minimo), con uno scarto del 49,3%.

In termini di distribuzione del reddito, osserviamo che il rapporto fra il reddito totale percepito dal 20% più ricco della popolazione, e quello dal 20% più povero, nel 2016 (ultimo dato disponibile) è pari in Italia a 5,9 (Tabella 1.12.). Dall'analisi per ripartizioni geografiche emerge che nel Nord la disuguaglianza del reddito è più bassa (4,9), mentre è massima nel Mezzogiorno (6,7).

A livello regionale la disuguaglianza maggiore si registra in Campania (7,3), la più bassa nella P.A. di Bolzano (3,7).

Anche il livello di povertà è in costante crescita.

Nel 2018 si stima che oltre 1.800.000 famiglie (7,0% delle famiglie residenti) siano in condizione di povertà assoluta[6], per un totale di 5.000.000 individui (8,4% dell'intera popolazione). Sempre nello stesso anno si stima siano 3.050.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (con un'incidenza pari al 11,8% delle famiglie residenti), per un totale di 8.987.000 individui (15,0% della popolazione).

Tabella 1.12. Diseguaglianza del reddito disponibile. Anno 2016*

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

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

Fonte: Istat

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

Tabella 1.13. Incidenza di povertà relativa individuale (% di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti)

Regione	2014	2018
Italia	12,9	15,0
Piemonte	7,7	9,3
Valle d'Aosta	7,7	5,6
Lombardia	5,8	8,6
P.A. di Bolzano	*	2,7
P.A. di Trento	8,9	9,6
Veneto	6,4	10,2
Friuli Venezia Giulia	11,1	10,4
Liguria	10,0	9,9
Emilia Romagna	6,7	6,8
Toscana	6,7	8,3
Umbria	11,3	16,3
Marche	13,0	13,5
Lazio	7,8	10,2
Abruzzo	14,1	12,0
Molise	18,4	18,0
Campania	20,0	29,5
Puglia	22,2	22,8
Basilicata	30,0	19,0
Calabria	35,6	34,6
Sicilia	29,0	26,0
Sardegna	15,9	25,0

* Il dato non raggiunge la metà della cifra minima considerata

Fonte: Istat

Dal confronto per ripartizioni geografiche emerge che il Sud presenta un livello di povertà relativa (totale) pari a più del triplo rispetto al Nord Italia, anche se in miglioramento rispetto al 2017 (-2,6 punti percentuali).

In particolare, nel 2018, l'incidenza di povertà individuale relativa risulta in aumento rispetto al 2014 di +2,1 punti percentuali (12,9% nel 2014, primo anno per cui si dispone del dato regionale). Per confronto, nel periodo preso in esame, il Sud presenta una incidenza in crescita di +3,4 punti percentuali (22,6% nel 2014 vs 26,0% nel 2018) e nettamente più alta rispetto alle altre ripartizioni geografiche e al dato nazionale (Tabella 1.13.).

1.3. Conclusioni

L'Italia è caratterizzata da una popolazione soggetta ad un processo di invecchiamento che ha interessato tutte le Regioni italiane: in dieci anni l'età media è aumentata di 1,8 anni raggiungendo i 45,2 anni.

L'invecchiamento discende sia dalla bassa natalità che dalla diminuzione della mortalità.

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

L'Italia, nel 2018, ha registrato un tasso di natalità pari a 7,3 ogni 1.000 abitanti, in riduzione rispetto al decennio precedente (nascevano quasi 10 bambini ogni 1.000 abitanti): dato confermato in tutte le Regioni italiane.

Nello stesso periodo, la popolazione residente anziana (*over* 75) è invece aumentata del +2,1% medio annuo.

Si attende un ulteriore aumento della popolazione anziana (*over* 75) del +58,7% (+1,0% medio annuo) a livello nazionale.

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

Nei prossimi cinquant'anni la popolazione italiana diminuirà dello 0,2% medio annuo, e tale riduzione si verificherà per tutte le Regioni italiane ad eccezione di P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Lombardia e Lazio che registreranno un aumento della popolazione tra il 2018 ed il 2066.

Passando all'istruzione, in Italia il livello di *gap* verso gli altri Paesi EU è preoccupante: l'Italia occupa l'ultima posizione in Europa per quota di persone in possesso del titolo universitario e la più "alta" quota di giovani che non lavorano e non studiano ("*Neet*").

Sebbene, a livello nazionale, il livello di istruzione sia in crescita, rimane un netto *gap* fra Settentrione e Meridione.

Anche da un punto di vista occupazionale l'Italia ha *performance* peggiori della media europea, sia per la popolazione attiva occupata, che per quella

appartenente alla fascia di età 55-64 anni. Ne segue che il tasso di disoccupazione (in generale e anche quello giovanile) è inferiore solo a quello di Grecia e Spagna. Si è registrato, comunque, un miglioramento del tasso di occupazione e disoccupazione a livello nazionale.

Per quanto riguarda le risorse, l'Italia si colloca sotto la media europea per PIL pro-capite: in particolare, si discosta dai Paesi dell'EU-Ante 1995 di € 6.000 circa, sebbene rimanga superiore di circa € 15.000 rispetto all'importo medio dei Paesi dell'EU-Post 1995. In generale occupa la dodicesima posizione sui 28 Paesi dell'Unione europea. Il PIL pro-capite, a prezzi correnti, cresce dello +0,4% medio annuo; e anche il reddito medio disponibile delle famiglie è in crescita negli ultimi anni; ma, allo stesso tempo, tendono ad ampliarsi le differenze regionali.

Riferimenti bibliografici

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

ENGLISH SUMMARY

The socio-demographic contest

As is well-known, Italy is experiencing a progressive ageing of its population, resulting from a reduction in births and an increase in life expectancy.

In 2018, Italy recorded a birth rate of 7.3 per 1,000 inhabitants - on the wane compared to the previous decade (almost 10 children per 1,000 inhabitants were born): the reduction was recorded in all Italian regions.

Over the last decade, on average, the number of children in the 0-4 age group has decreased by 1.4% per year. Similarly, the population in the 0-14 age group has decreased by 0.3% per year as against a 2.1% average yearly increase in the population over the age of 75.

Over the next few years, Italy will also record a reduction in the resident population: in fact, according to Istat forecasts, in 50 years' time (2066) the Italian population will decrease by 11.2% (a 0.2% average annual decrease), down from 60,590,446 to 53,824,614 residents.

In terms of population structure, the forecast of a 1% average annual increase in the population aged over 75 is noteworthy.

An analysis of the Italian family structure shows that, over the last ten years, the average number of members has decreased by 0.4% per year, down from 2.5% (2006-2007 average) to 2.4% (2016-2017 average). In particular, the number of single persons has increased: in 2018, 33% of households were single-member ones, compared to 30.1% in 2013. Ultimately, one in three families is single-member. The share of couples with children also fell by 2.1% from 53.6% in 2013 to 51.5% in 2018.

Considering the socio-economic characteristics and education, in particular, Italy records a lower education level compared to the other EU Member States. It is in last position in Europe in terms of number of people with a university degree and it records the "highest" share of young people who do not work and do not study (the so-called "NEETs").

However, the population's educational level is constantly improving: between 2008 and 2018, the share of people who had completed university studies increased by 5%. The situation is still problematic in the South, with a share of the population having a university degree lower than the national average (15.7% in the South as against 19.3% throughout Italy) although improving compared to 2008.

Also, from an employment viewpoint, Italy performs worse than the European average, both in terms of employed active population and in terms of population belonging to the 55-64 age group. Nevertheless, in 2018, Italy recorded an increase in the share of active population compared to 2012. Also, the employment rate of the population between 55 and 64 years of age increased in the period under consideration, thus showing a phenomenon of active ageing, in line with the European Union's objective of ageing in good health.

There is still a clear gender imbalance (53.1% of women are employed, as against 72.9% of men), as well as an employment gap between the North and the South: all Southern regions, with the exception of Abruzzo, record an employment rate lower than 60%, compared to the Northern ones with a rate higher than 70%.

A comparison drawn between Italy and the other European countries shows that Italy ranks third in terms of unemployment, performing better than Spain and Greece only. In particular, Italy records

a 10.6% rate, 2.9% higher than the pre-1995 EU countries and 6.5% higher than the post-1995 EU ones.

Moreover, the unemployment rate has worsened over the last decade due to the reduction in the number of inactive people.

The difference between the North and the South of Italy is very significant: in the North unemployment stands at 6.6%, while in the South it is almost three times as much (18.4%).

As is the case with general unemployment, Italy ranks third in Europe also for youth unemployment, performing better than Spain and Greece only.

As far as resources are concerned, Italy is below the European average as to per-capita GDP: in particular, it differs from the pre-1995 EU countries by € 6,000 approximately, although it is still € 15,000 higher than the average amount of the post-1995 EU countries. Overall, it ranks twelfth among the 28 EU Member States.

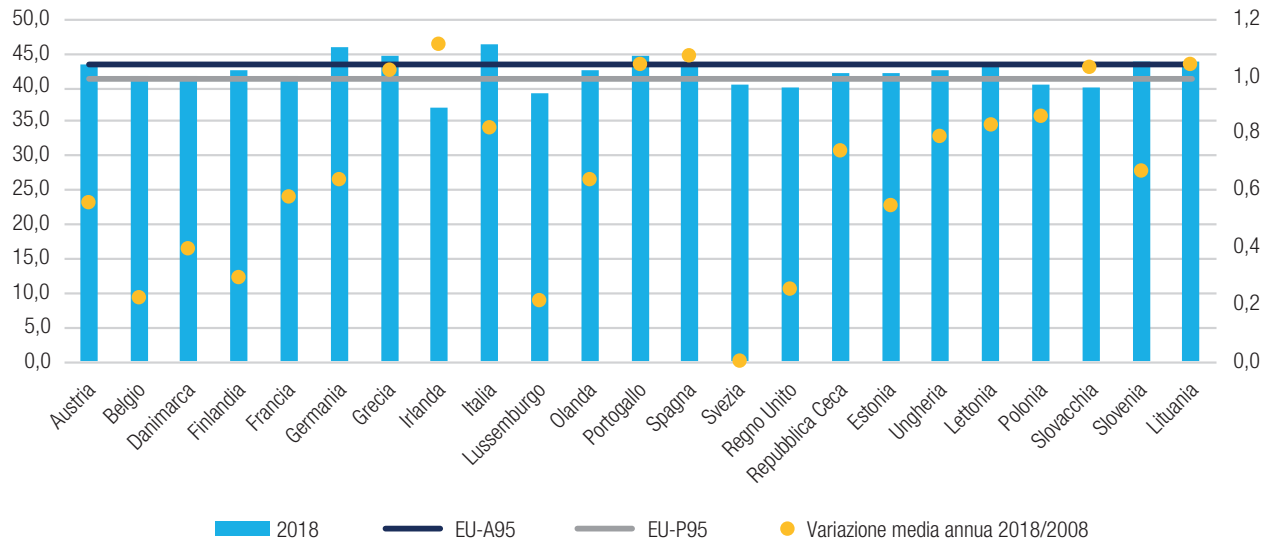
At national level, in the 2007-2017 decade (the latest data available), Italy recorded an increase in Gross Domestic Product (GDP), both in absolute terms and per-capita. Growth was equal to a 0.7% yearly average.

Poverty is also rising steadily. In 2018, it was estimated that over 1,800,000 households (7% of resident families) lived in absolute poverty, i.e. a total of 5,000,000 individuals (8.4% of the whole population). Again in 2018 it was estimated that 3,050,000 families lived in relative poverty (with an incidence equal to 11.8% of resident families), i.e. a total of 8,987,000 individuals (15% of the population).

The comparison by geographical distribution shows that the South has a (total) level of relative poverty equal to over three times as much as Northern Italy, although it has improved by 2.6% compared to 2017.

In 2018, the incidence of relative individual poverty increased by 2.1% compared to 2014 when it was 12.9%. By way of comparison, in the period under consideration, the South recorded a 3.4% growing incidence (22.6% in 2014 vs 26% in 2018), significantly higher than the other geographical areas and the whole country.

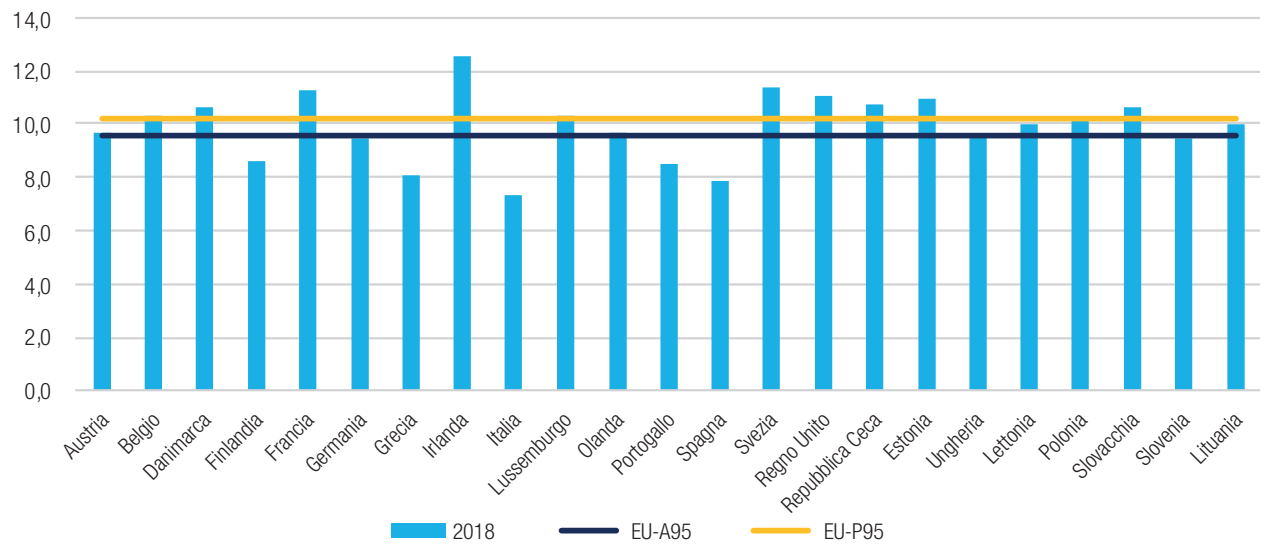
KI 1.1. Età media dei residenti in Europa. Anno 2018



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

L'età media degli italiani è la più alta di Europa e in continua crescita (46,3 anni contro i 42,7 del 2008). I più giovani sono gli irlandesi, con una età media pari a 37,3 anni (33,4 nel 2008). In tutti i Paesi EU si registra un invecchiamento nel periodo considerato, con il valore massimo in Spagna e Italia (+1,1% medio annuo), e il più basso in Lussemburgo (+0,2% medio annuo); in Svezia l'età media è rimasta invariata (40,6 anni). L'età media risulta più alta di 1,9 anni nei Paesi EU-Ante 1995 rispetto a quelli dell'EU-Post 1995 (rispettivamente 43,3 anni vs 41,4 anni). L'Italia registra una età media maggiore di 3,0 anni rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 4,9 anni rispetto a quelli dell'EU-Post 1995.

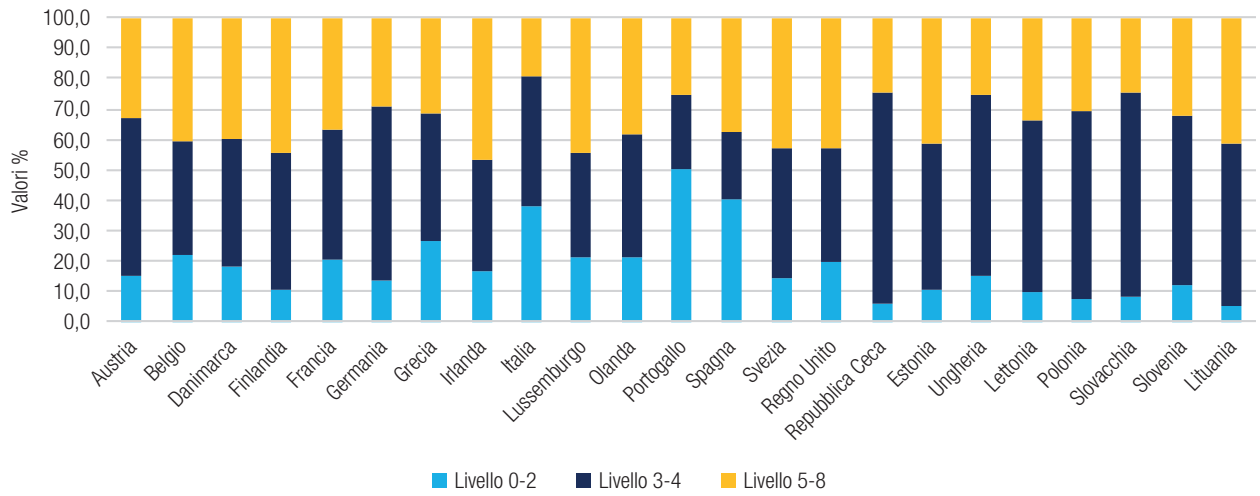
KI 1.2. Quoziente di natalità in Europa. Anno 2018



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

Nel 2018 l'Italia registra il tasso di natalità più basso in Europa, pari a 7,3 ogni 1.000 abitanti e in diminuzione rispetto a dieci anni prima, quando nascevano quasi 10 bambini ogni 1.000 abitanti. Gli irlandesi hanno il tasso di natalità più alto in Europa (12,5) anche se in riduzione rispetto al 2008 (16,7). In tutti i Paesi si registra un decremento della natalità, ad eccezione della Germania, Austria e Lituania, che registrano un incremento nel periodo considerato (+1,2, +0,4 e +0,1 rispettivamente). Il tasso di natalità risulta più alto nell'EU-Post 1995 rispetto all'EU-Ante 1995 (rispettivamente 10,2 e 9,6). L'Italia registra un tasso di natalità inferiore all'EU-Ante 1995 di 2,3 e all'EU-Post 1995 di 2,9.

KI 1.3. Composizione popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*) in Europa. Anno 2018

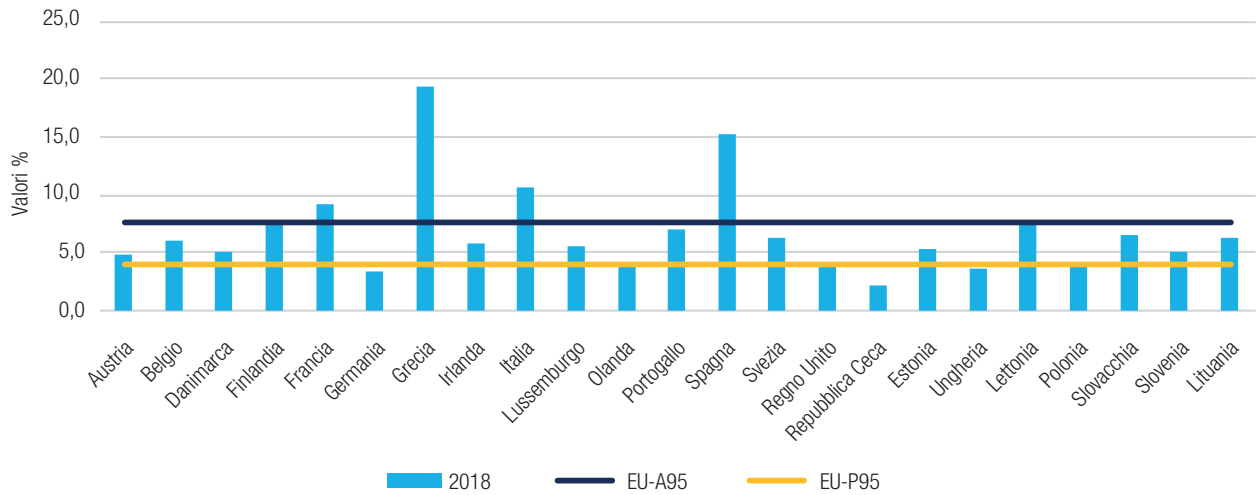


(*) Livello 0-2: meno del primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore; livello 3-4: Secondo ciclo di istruzione secondaria; livello 5-8 : Istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello)

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

Secondo i dati Eurostat il 38,3% degli italiani, nel 2018, è in possesso della licenza media, il 42,4% del diploma e il 19,3% ha completato il ciclo di studi universitari: degna di nota è la crescita, rispetto al 2008, di 5,0 punti percentuali della quota di italiani in possesso della laurea (14,3% nel 2008). Rispetto agli altri Paesi europei, però, l'Italia rimane comunque in ultima posizione per quota di popolazione in possesso del titolo universitario. In particolare, si discosta dalla media dei Paesi EU-Ante 1995 di 14,5 punti percentuali e di 10,1 da quella dei Paesi EU-Post 1995. L'Irlanda è il Paese con livello di istruzione medio più elevato: il 46,9% della popolazione è in possesso del titolo universitario e tale quota è cresciuta rispetto al 2008 di 11 punti percentuali.

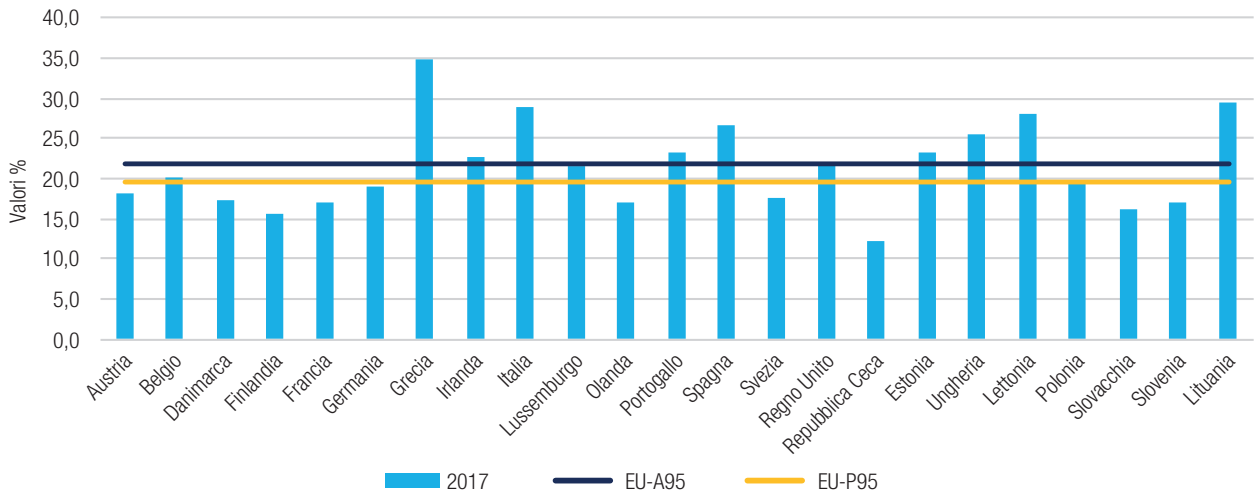
KI 1.4. Tasso di disoccupazione in Europa. Anno 2018



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

Secondo i dati Eurostat, in Italia, nel 2018, il tasso di disoccupazione è pari al 10,6%, in aumento rispetto al 2008 di 3,9 punti percentuali, occupando la terza posizione, migliore solo di Grecia e Spagna. La Grecia, infatti, registra il tasso di disoccupazione più alto (19,3%), la Repubblica Ceca il più basso (2,2%). Il dato italiano appare peggiore sia di quello medio dei Paesi EU-Ante 1995 (7,7%) che di quello medio dei Paesi dell'EU-Post 1995 (4,1%). Nei Paesi EU-Ante 1995, in particolare, il livello di disoccupazione è più alto rispetto a quello dei Paesi EU-Post 1995 di 3,6 punti percentuali (rispettivamente 7,7% e 4,1%). Degna di nota è la riduzione del tasso di disoccupazione in tutti i Paesi EU-Post 1995 (ad eccezione di Slovenia e Lituania) tra il 2008 e il 2018, con il valore massimo in Ungheria (-4,1punti percentuali), quello minimo in Lettonia (-0,3 punti percentuali). Nei Paesi EU-Ante 1995, invece, nello stesso periodo, si passa, da una riduzione della disoccupazione di 4,1 punti percentuali in Germania, ad un aumento di 11,5 punti percentuali in Grecia.

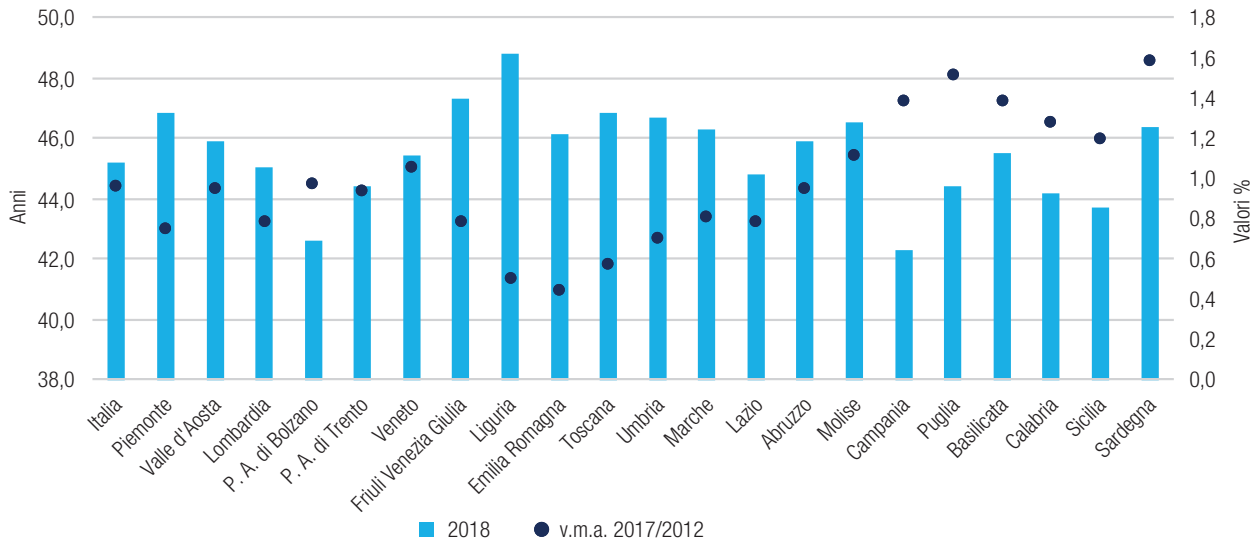
KI 1.5. Quota persone a rischio povertà o esclusione sociale in Europa. Anno 2017



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

Nel 2017 la quota più alta di persone a rischio di povertà o esclusione sociale (ovvero che vivono in famiglie con un reddito disponibile inferiore al 60,0% delle mediana della distribuzione individuale del reddito disponibile equivalente, o sono gravemente svantaggiate materialmente, o che vivono in famiglie con una intensità di lavoro molto bassa) si registra in Grecia (34,8%); valore in aumento rispetto al 2007 di +6,5 punti percentuali; la quota più bassa in Repubblica Ceca (12,2%) e in calo nel periodo considerato di -3,6 punti percentuali. L'Italia vede il livello di povertà in crescita tra il 2007 e il 2017 di +2,9 punti percentuali, passando dal 26,0% del 2007 al 28,9% del 2017. Nel 2017 la quota di persone a rischio povertà risulta superiore nei Paesi EU-Ante 1995 rispetto a quella dell'EU-Post 1995 (rispettivamente 21,9% vs 19,7%). L'Italia registra una quota di persone a rischio povertà più alta rispetto a quella dei Paesi dell'EU-Ante 1995 di 7,0 punti percentuali e di 9,0 punti rispetto ai Paesi dell'EU-Post 1995.

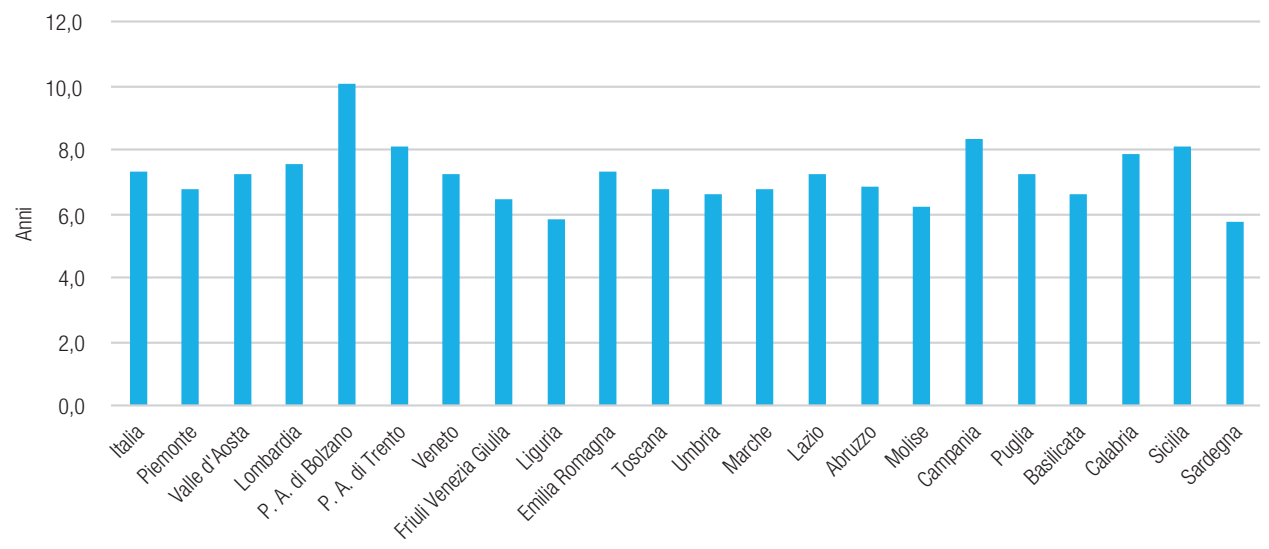
KI 1.6. Età media dei residenti. Anno 2018



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

Nel 2018, l'età media degli italiani si attesta a 45,2 anni, in aumento rispetto al 2008 dell'1,0% medio annuo. I più giovani sono i campani, con una età media pari a 42,3 anni (39,5 nel 2008), i più "anziani" i liguri, con un età media pari a 48,8 anni (47,6 nel 2008). In tutte le Regioni italiane si registra un invecchiamento nel periodo considerato, con il valore massimo in Sardegna e Puglia (rispettivamente +1,6% medio annuo +1,5% medio annuo), e il più basso in Emilia Romagna (+0,4% medio annuo). Il dato conferma che la popolazione italiana è soggetta a un processo di invecchiamento, derivante dal combinato disposto dalla riduzione delle nascite, dall'aumento della popolazione anziana e dall'aumento dell'aspettativa di vita.

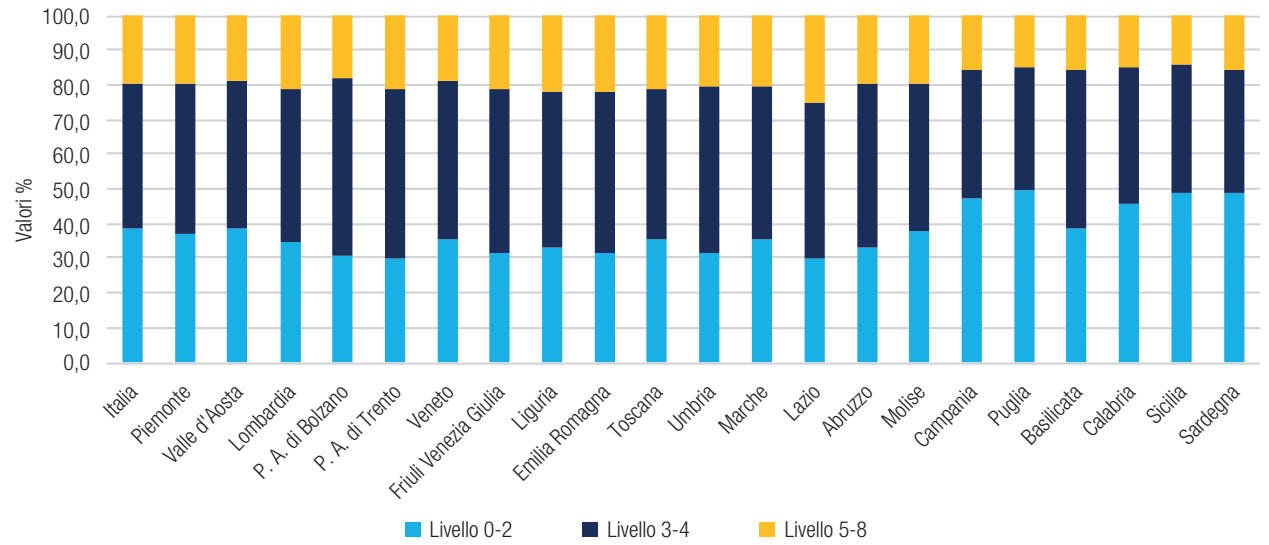
KI 1.7. Quoziente di natalità. Anno 2018



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

Nel 2018, il tasso di natalità è pari a 7,3 ogni 1.000 abitanti. Il dato è in riduzione rispetto a dieci anni prima, quando nascevano quasi 10 bambini ogni 1.000 abitanti; la riduzione è comune a tutte le Regioni italiane. In particolare, la Regione che registra il più alto tasso di natalità è la P.A. di Bolzano (10,0), comunque in riduzione rispetto al 2008 (11,1); il più basso in Sardegna (5,7 nel 2018), ed anche esso in riduzione rispetto al decennio precedente (8,2).

KI 1.8. Composizione popolazione 25-64 anni per titolo di studio (*). Anno 2018

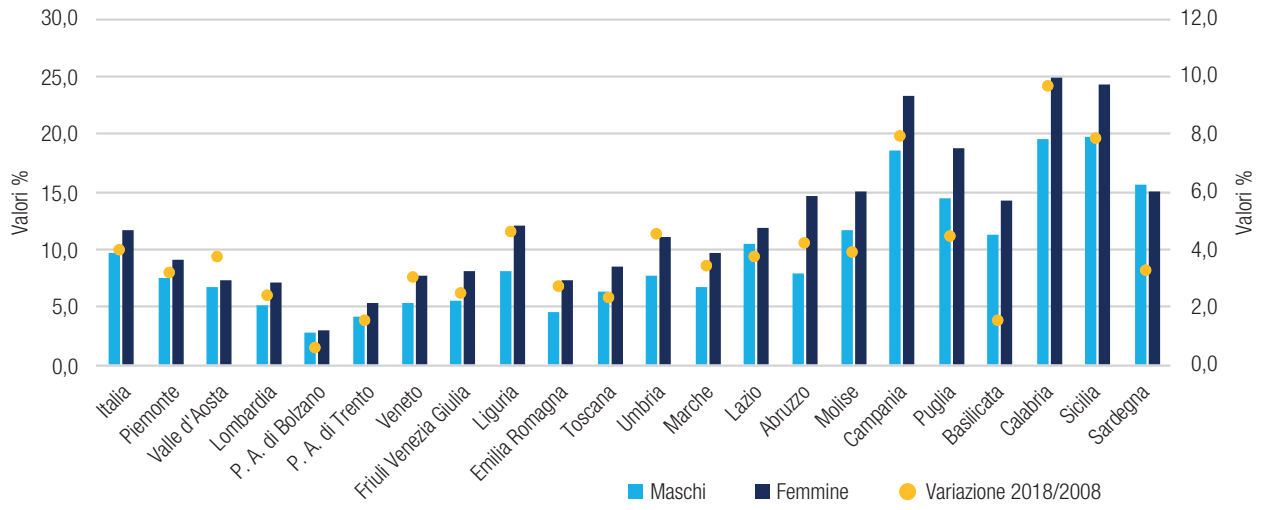


(*) Livello 0-2: meno del primo ciclo di istruzione primaria, scuola primaria e secondaria inferiore; livello 3-4: Secondo ciclo di istruzione secondaria; livello 5-8 : Istruzione superiore (laurea di primo e secondo livello)

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

Il 42,4% della popolazione residente è in possesso almeno del diploma e il 19,3% ha completato il ciclo di studi universitari: il dato cresce rispetto al 2008 di +5,0 punti percentuali (19,3%). La situazione rimane critica nel Sud, con una quota di popolazione in possesso del titolo universitario inferiore alla media nazionale (15,7% Sud vs 19,3% Italia) e, di conseguenza, quella in possesso della licenza media più alta rispetto alla media nazionale (45,8% al Sud vs 38,3% dato Italia). Il livello di istruzione della popolazione italiana è comunque in continua crescita. A livello regionale, il Lazio è la Regione con la più alta quota di popolazione in possesso di un titolo universitario (25,6%), valore in aumento nell'ultimo decennio di +6,1 punti percentuali; la Sicilia, invece, ha la quota più bassa (14,0% nel 2018), anche se risulta in miglioramento rispetto al 2008 di +2,1 punti percentuali (11,9%).

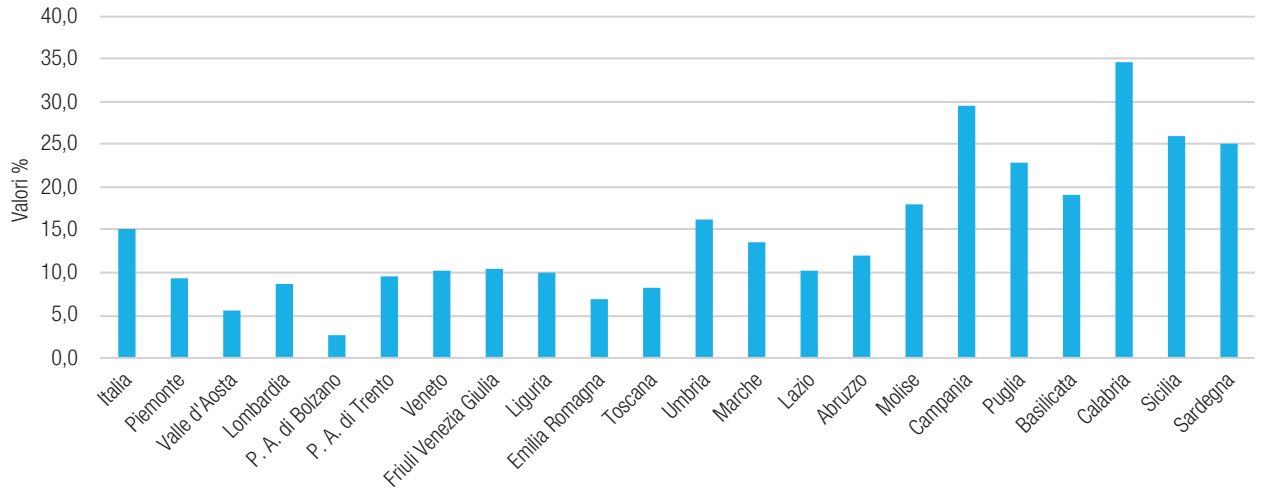
KI 1.9. Tasso di disoccupazione. Anno 2018



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

Il tasso di disoccupazione è pari al 10,6%, in aumento rispetto al 2008 di +3,9 punti percentuali. Nel Nord il tasso di disoccupazione si attesta al 6,6%, mentre nel Sud al 18,4%, con una differenza di 11,8 punti percentuali. A livello regionale il tasso di disoccupazione oscilla tra il valore migliore della P.A. di Bolzano (2,9%) e il valore peggiore della Calabria (21,6%). Tutte le Regioni registrano un incremento della disoccupazione nel decennio considerato: la Calabria l'incremento più alto (+9,6 punti percentuali), la P.A. di Bolzano il più basso (+0,6 punti percentuali). Dal confronto per genere emerge che le donne hanno più difficoltà ad accedere nel mondo del lavoro, con un tasso di disoccupazione pari all'11,8%, per gli uomini si attesta al 9,7%. Lo scarto più alto si registra in Abruzzo, dove il tasso di disoccupazione femminile supera quello maschile di +6,6 punti percentuali (8,0% uomini vs 14,7% donne); solo in Sardegna le donne registrano un tasso di disoccupazione inferiore a quello degli uomini di 0,6 punti percentuali (15,6% uomini vs 15,0% donne).

KI 1.10. Incidenza di povertà individuale relativa. Anno 2018



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

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

L'Italia, negli ultimi anni, vede il livello di povertà in costante crescita. Secondo i dati Istat, nel 2018, si stima che 1.800.000 famiglie (7,0% delle famiglie residenti) siano in condizione di povertà assoluta , per un totale di 5.000.000 individui (8,4% dell'intera popolazione). Sempre nello stesso anno si stima siano 3.050.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (con un'incidenza pari al 11,8% delle famiglie residenti), per un totale di 8.987.000 individui (15,0% della popolazione). Dal confronto per ripartizioni geografiche emerge che il Sud presenta un livello di povertà relativa (totale) pari a più del triplo rispetto al Nord e al Centro Italia. In particolare, nel 2018, l'incidenza di povertà individuale relativa risulta in aumento rispetto al 2014 di +2,1 punti percentuali (12,9% nel 2014). Per confronto, nel periodo preso in esame, il Sud presenta una incidenza in crescita di +3,4 punti percentuali (22,6% nel 2014 vs 26,0% nel 2018) e nettamente più alta rispetto alle altre ripartizioni geografiche e al dato nazionale.

Il finanziamento:
livello e risanamento

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 2
Il finanziamento: livello e risanamento

Ploner E.[1]

2.1. Il finanziamento della spesa sanitaria: contesto internazionale

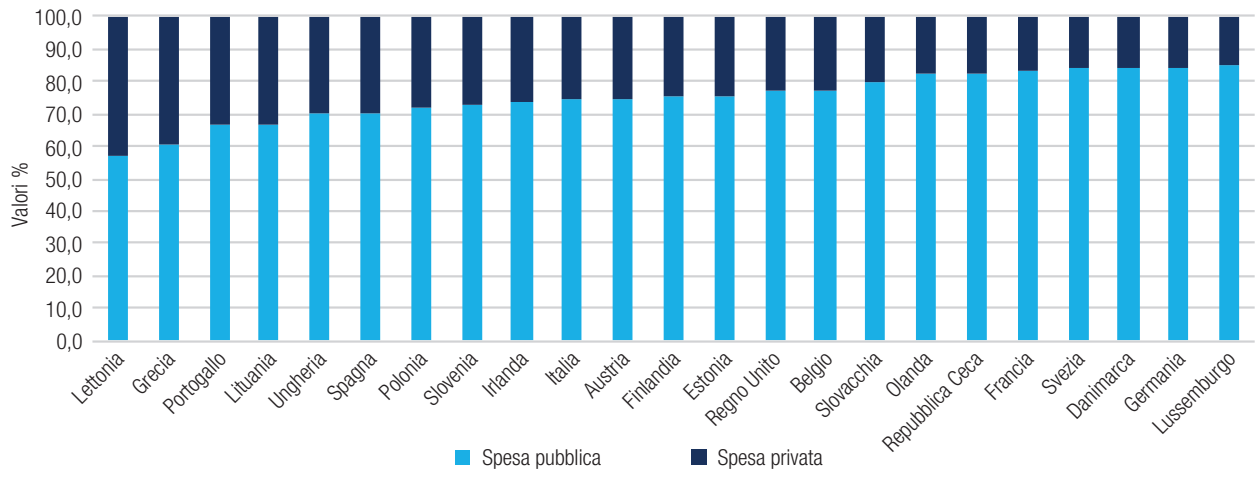
Il settore pubblico rimane la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi dell'Unione Europea (EU) (Figura 2.1.)

L'Italia, pur avendo un sistema sanitario pubblico di stampo universalistico, registra una quota di finanziamento pubblico pari al 74,2%, che risulta fra le più basse in Europa.

Considerando i soli Paesi facenti parte della EU prima del 1995[2] (EU-Ante 1995), il settore pubblico fa fronte, in media, all'80,3% della spesa sanitaria corrente. Solo quattro Paesi hanno una percentuale di finanziamento pubblico inferiore a quella italiana: Grecia (60,4%), Portogallo (66,5%), Spagna (70,5%), e Irlanda (73,6%). Per confronto, la Germania si attesta all'84,5%, la Francia all'83,4% e il Regno Unito al 77,1%.

La quota di copertura pubblica è in media aumentata in tutti i Paesi, anche negli anni di massima crisi (ad eccezione di una lieve flessione tra il 2011 ed il 2013), ed ha raggiunto valori superiori all'80,0% a partire dal 2016 (Figura 2.2.). Fa eccezione proprio l'Italia, dove la quota pubblica si è contratta nel periodo, sebbene sia lievemente in crescita nell'ultimo anno.

Figura 2.1. Quote di finanziamento della spesa sanitaria corrente. Anno 2018

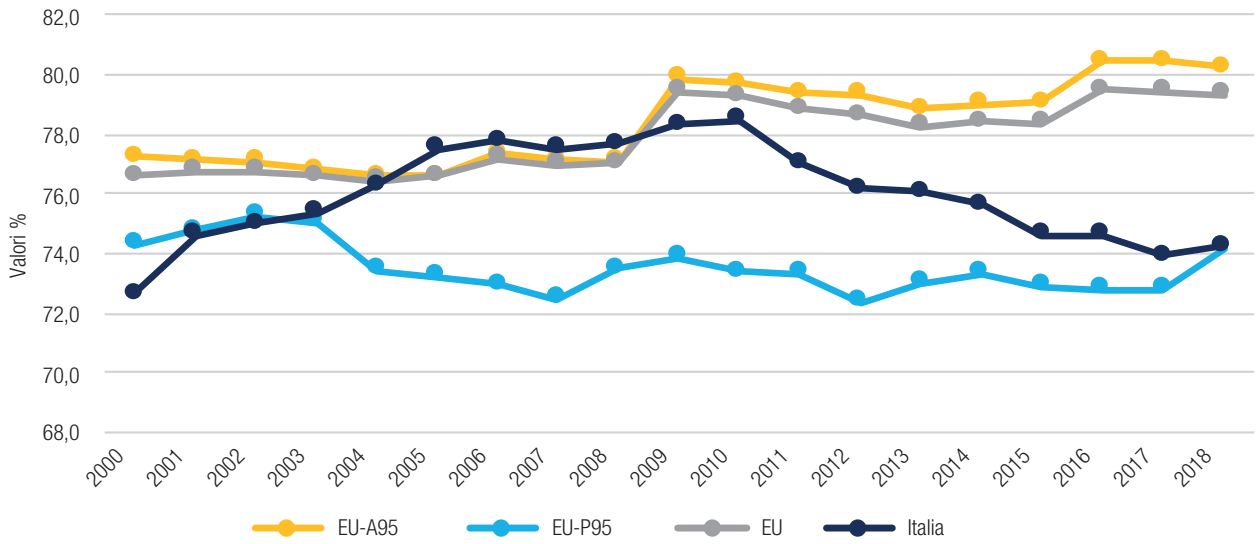


Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

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

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

Figura 2.2. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per i restanti Paesi EU, entrati con la ratifica del Trattato di Corfù[3] (EU-Post 1995), la quota pubblica media di finanziamento della spesa sanitaria è pari al 74,2%.

Si passa dal 57,4% della Lettonia, all'82,5% della Repubblica Ceca, che è anche l'unico Paese tra quelli EU-Post 1995 ad avere una quota di copertura pubblica della spesa sanitaria superiore, non solo a quella dell'Italia, ma anche a quella media dei Paesi EU-Ante 1995.

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

L'Italia pur appartenendo al gruppo dei Paesi che abbiamo denominato Paesi EU-Ante 1995, ormai ha una quota di finanziamento pubblico allineata alla media dei Paesi EU-Post 1995.

2.2. Il finanziamento della Sanità in Italia

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

Ad oggi, il fabbisogno sanitario nazionale è coperto da:

1. entrate proprie convenzionali delle Aziende sanitarie (*ticket* e altre prestazioni rese soprattutto ai privati), quantificate secondo un importo pre-definito e cristallizzato in seguito all'intesa Stato/Regioni del 2001
2. fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), nella componente di gettito destinata al finanziamento della Sanità, ed addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, IRPEF
3. compartecipazione delle Regioni a statuto speciale: Friuli Venezia Giulia, PP. AA. di Tren-

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

to e di Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta, che provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno; per la Regione Sicilia, l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario

4. bilancio dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario, non coperto dalle altre fonti di finanziamento, attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (IVA), destinata alle Regioni a statuto ordinario, le accise sui carburanti ed il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) (di questo, una quota è destinata alla Regione Sicilia, mentre il resto finanzia complessivamente anche altre spese sanitarie vincolate a obiettivi determinati)[4].

Nel 2018, il FSN (nella sua quota indistinta[5] e vincolata) ammontava a circa € 111,1 mld.[6], in diminuzione dello 0,7% sull'anno precedente. Nell'ultimo quinquennio, (2013-2018) Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Lazio sono state le Regioni in cui la quota di finanziamento del fabbisogno sanitario è cresciuta maggiormente (+1,4% medio annuo); all'opposto si sono posizionate la Liguria, il Molise e la Basilicata con una flessione media annua pari a -0,1% la prima ed un incremento nullo la seconda e la terza (Tabella 2.1.).

Qualora dal fabbisogno sanitario del SSN (come definito nella delibera CIPE concernente il riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN) decurtiamo le entrate proprie convenzionali delle Aziende Sanitarie (le c.d. "entrate cristallizzate"), otteniamo quello che convenzionalmente possiamo definire il "finanziamento centrale", ossia ciò che effettivamente viene assegnato dal livello centrale alle Regioni in sede di riparto, che risulta pari a € 109,1 mld. nel 2018.

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

Tabella 2.1. Riparto FSN

Regioni	Riparto 2018 (€ mln.)	Var. media annua (%) 2013/2018
Italia	111.063,5	+0,9
Piemonte	8.144,5	+0,5
Valle d'Aosta	230,4	+1,4
Lombardia	19.136,8	+1,3
P.A. di Bolzano	944,6	+0,8
P.A. di Trento	974,9	+1,4
Veneto	9.210,8	+1,0
Friuli Venezia Giulia	2.280,3	+0,5
Liguria	2.958,8	-0,1
Emilia Romagna	8.667,5	+0,9
Toscana	7.184,4	+0,9
Umbria	1.694,1	+0,6
Marche	2.799,2	+0,1
Lazio	10.492,4	+1,4
Abruzzo	2.379,8	+0,5
Molise	602,2	-0,0
Campania	10.077,1	+0,9
Puglia	7.220,0	+0,9
Basilicata	1.012,6	-0,0
Calabria	3.255,6	+0,1
Sicilia	8.858,6	+0,8
Sardegna	2.938,7	+1,0

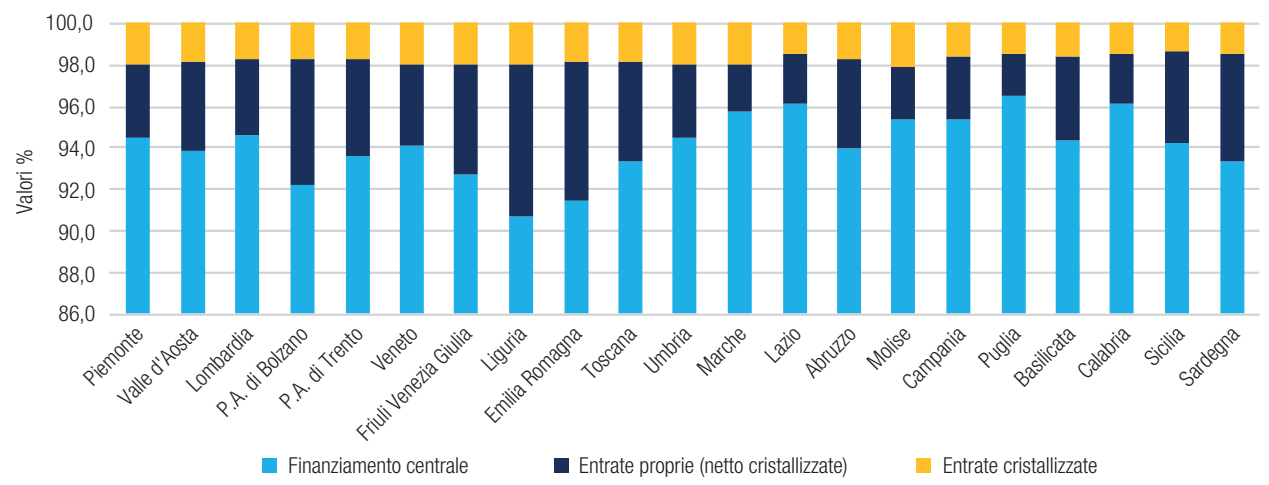
Fonte: stima su delibere di riparto 2019 - © C.R.E.A. Sanità

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

[5] Si fa riferimento alla quota indistinta post mobilità

[6] Il FSN è stato determinato sommando la quota indistinta e la quota vincolata e programmata per Regioni e PP.AA. Si tenga, altresì, presente che per quanto riguarda l'assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2018, dell'importo iniziale pari a €1,5 mld. sono stati ripartiti tra le Regioni € 1,1 mld.

Figura 2.3. Composizione finanziamento effettivo. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Secondo tale fonte nel 2018 vale € 115,6 mld. in aumento dello 0,9% sul 2017.

Nel 2018, al finanziamento effettivo hanno contribuito per il 94,4% il finanziamento centrale, per il 3,9% le entrate proprie delle Aziende Sanitarie (al netto di quelle cristallizzate) e per il residuale (1,7%) le entrate cristallizzate.

Nella composizione delle risorse effettive che le Regioni hanno a disposizione per assicurare l'erogazione dei LEA, si evidenzia un gradiente Nord-Sud: nelle Regioni settentrionali il finanziamento centrale rappresenta mediamente il 93,6% di quello effettivo, mentre nelle Regioni meridionali tale quota supera il 95,0%, per effetto dei meccanismi perequativi alimentati dall'IVA, in favore delle realtà con minor capacità contributiva.

Un *trend* opposto, invece, è riscontrabile sia con riferimento alle entrate proprie (al netto di quelle cristallizzate), che a quelle cristallizzate (Figura 2.3.).

Per quanto concerne le compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini, abbiamo evidenza di quelle sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali usufruite in strutture pubbliche, di quelle di pronto soccorso e di altre prestazioni minori[7].

Queste poste sono mediamente pari all'1,2% del finanziamento effettivo e al 20,9% delle entrate proprie (Tabella 2.2.).

Sfuggono alla rilevazione le compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini comprendenti i *ticket* generati dall'assistenza farmaceutica convenzionata e dalle prestazioni specialistiche erogate in strutture private accreditate.

Si stimano in € 3.401,7 mln. di cui il 52,7% (€ 1.792,7 mln.) di compartecipazioni sulla specialistica erogata in strutture accreditate e il 47,3% (€ 1.609,0 mln.) sulla farmaceutica convenzionata.

Sommando si stima, per il 2018, un ammontare di compartecipazioni pari a € 4,8 mld. (di cui € 1,4 mld. ovvero il 28,5% generati dai *ticket* "contabilizzati" e € 3,4 mld. di *ticket* "non contabilizzati" ossia il 71,5%).

Assumendo il totale delle compartecipazioni come un finanziamento di fatto, le risorse complessivamente a disposizione del SSN per garantire l'erogazione dei LEA risulterebbero pari a € 119,0 mld., di cui il 91,7% di finanziamento centrale, il 6,6% di entrate proprie (e quindi comprensive anche dei *ticket* sulla specialistica convenzionata e sulla farmaceutica) al netto delle cristallizzate e l'1,7% di entrate cristallizzate (Figura 2.4.).

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

Tabella 2.2. Incidenza % compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini (prestazioni specialistiche ambulatoriali usufruite in strutture pubbliche, pronto soccorso e altre prestazioni minori). Anno 2018

Regioni	Su finanz. effettivo	Su entrate proprie
Italia	1,2	20,9
Nord	1,5	22,8
Centro	1,4	27,6
Sud	0,6	13,3
Piemonte	1,4	25,1
Valle d'Aosta	3,4	55,3
Lombardia	1,1	19,8
P.A. di Bolzano	2,0	26,0
P.A. di Trento	2,1	32,8
Veneto	1,8	30,6
Friuli Venezia Giulia	1,9	26,0
Liguria	1,4	14,5
Emilia Romagna	1,8	20,8
Toscana	1,8	26,8
Umbria	1,9	34,3
Marche	1,5	34,5
Lazio	1,0	24,9
Abruzzo	1,4	23,3
Molise	0,7	16,1
Campania	0,5	11,0
Puglia	0,7	19,1
Basilicata	1,0	18,1
Calabria	0,7	18,5
Sicilia	0,5	8,1
Sardegna	0,8	12,4

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Le compartecipazioni rappresenterebbero, quindi, il 4,0% del finanziamento totale, con una incidenza media più elevata nelle Regioni meridionali (malgrado la maggiore incidenza di esenzioni) dove hanno raggiunto il 4,3%. In particolare, oltre il 51,0% delle entrate proprie generate dalle Aziende Sanitarie del Centro e del Sud derivano dalle compartecipazioni: valore superiore di circa 6,0 punti percentuali rispetto a quello registrato nelle Regioni settentrionali (Tabella 2.3.).

Sebbene il dato sia influenzato dal fatto che, nelle Regioni meridionali i pazienti tendono maggiormente ad acquistare farmaci generici *branded,* anche depurando le compartecipazioni a carico del cittadino della quota relativa ai prezzi di riferimento degli equivalenti, si conferma che nelle Regioni del Sud i gettiti totali da *ticket* hanno un'incidenza media sul complesso delle entrate proprie più elevata di quella riscontrabile nella media delle Regioni settentrionali: Nord 43,5%, Centro 51,6% e Sud 51,3% (Tabella 2.4.).

Evidentemente nelle Regioni del Centro e del Sud sono stati applicati *ticket* mediamente più alti rispetto alle Regioni settentrionali: questo certamente deriva dal fatto che buona parte delle Regioni del Sud e il Lazio sono, o sono state, in Piano di Rientro, e l'inasprimento delle misure di compartecipazione ha in parte trasferito sui cittadini l'onere del raggiungimento del pareggio di bilancio; in secondo luogo, l'aumento della compartecipazione potrebbe essere dovuto alla necessità di disincentivare l'inappropriatezza; ma questo ultimo intendimento è certamente vanificato dalla forte incidenza di esenzioni.

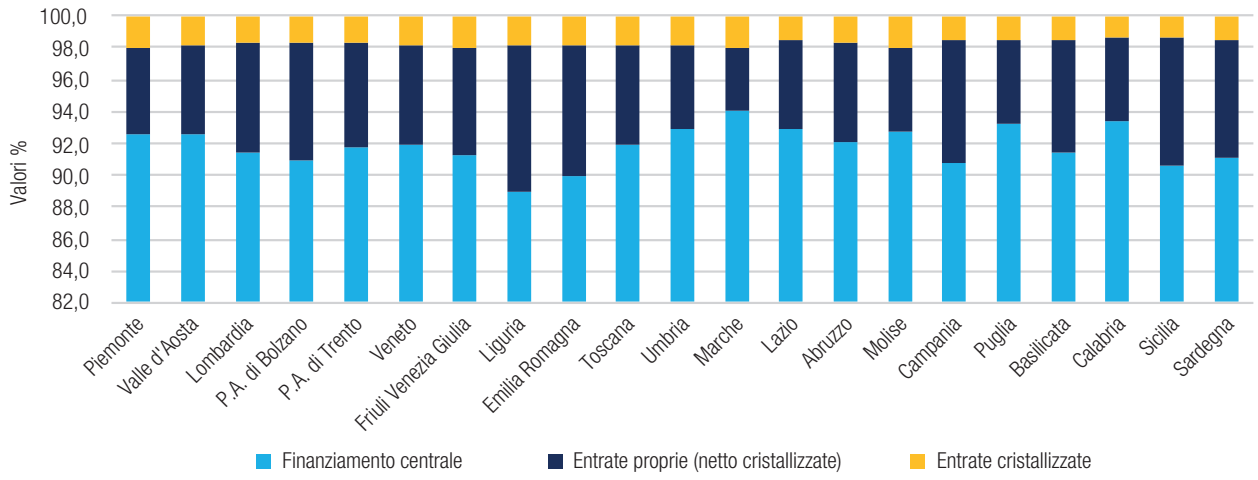
Queste ultime implicano, inoltre, l'esasperazione del problema equitativo, nella misura in cui i non esenti del Sud, con ragionevole certezza, sono particolarmente gravati dall'onere della compartecipazione, sia perché in media più alta, sia perché concentrata su meno soggetti.

In termini pro-capite, il finanziamento effettivo medio è stato nel 2018 di € 1.910,8, con un incremento dell'1,1% rispetto al 2017, e dell'1,2% medio annuo nel quinquennio (periodo 2013-2018).

Tra la Regione con il finanziamento pro-capite più elevato, e quella con il finanziamento minore, vi è uno scarto in termini assoluti di € 380,2, pari a circa il 22,3%. Facendo, invece, riferimento alla popolazione standardizzata[8], il *gap* tra la Regione con finanziamento effettivo pro-capite maggiore e quella con finanziamento minore si riduce a € 345,1 ovvero al 20,1% (Figura 2.5.).

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

Figura 2.4. Finanziamento totale. Anno 2018



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.3. Incidenza % totale *ticket*. Anno 2018

Regioni	Su finanz. totale	Su entrate proprie
Italia	4,0	48,1
Nord	4,0	45,3
Centro	3,7	51,6
Sud	4,3	51,3
Piemonte	3,4	45,8
Valle d'Aosta	4,8	63,9
Lombardia	4,4	50,9
P.A. di Bolzano	3,4	37,2
P.A. di Trento	4,0	49,1
Veneto	4,2	51,6
Friuli Venezia Giulia	3,5	39,8
Liguria	3,3	29,4
Emilia Romagna	3,4	34,1
Toscana	3,4	41,4
Umbria	3,5	50,1
Marche	3,2	54,0
Lazio	4,2	59,6
Abruzzo	3,5	43,7
Molise	3,4	47,7
Campania	5,3	57,4
Puglia	4,0	59,2
Basilicata	4,0	47,1
Calabria	3,5	53,7
Sicilia	4,4	46,5
Sardegna	3,2	36,3

Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.4. Incidenza % totale *ticket* al netto della quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento. Anno 2018

Regioni	Su finanz. totale	Su entrate proprie
Italia	3,1	41,5
Nord	3,3	40,4
Centro	2,7	43,3
Sud	3,1	43,2
Piemonte	2,6	39,2
Valle d'Aosta	4,0	60,1
Lombardia	3,7	46,6
P.A. di Bolzano	2,8	32,9
P.A. di Trento	3,4	44,7
Veneto	3,5	46,9
Friuli Venezia Giulia	2,7	33,7
Liguria	2,4	23,8
Emilia Romagna	2,7	29,3
Toscana	2,7	35,7
Umbria	2,5	41,5
Marche	2,1	44,0
Lazio	2,9	50,3
Abruzzo	2,4	34,6
Molise	2,4	38,6
Campania	4,0	50,8
Puglia	2,8	50,8
Basilicata	2,9	39,0
Calabria	2,2	41,7
Sicilia	3,1	38,3
Sardegna	2,3	28,7

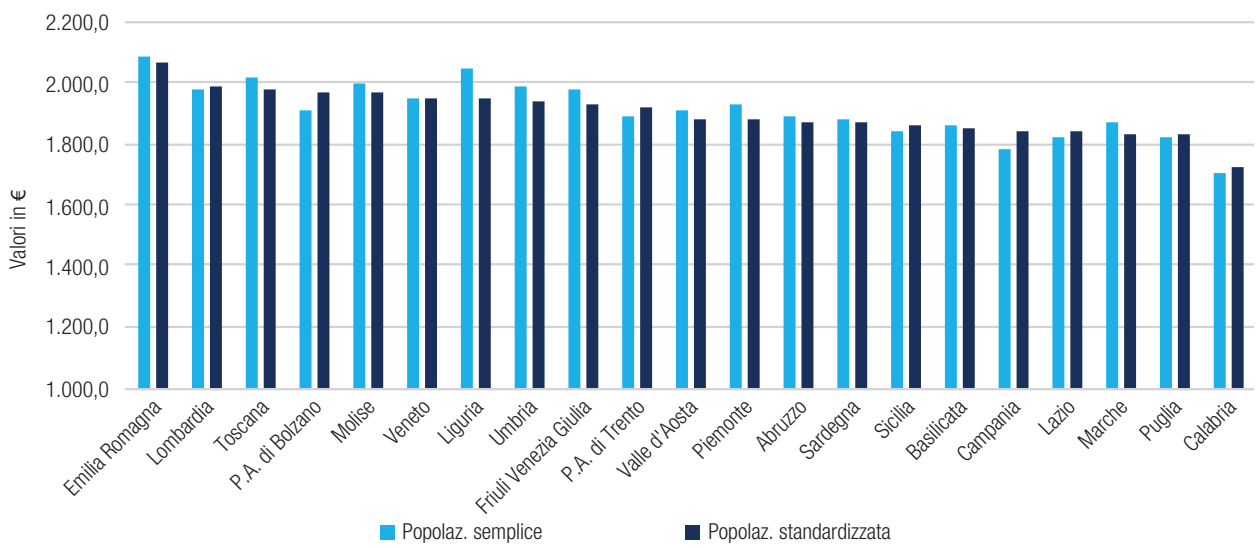
Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Ripetendo l'analisi e considerando le risorse totali effettivamente disponibili (ovvero il finanziamento totale), si giunge ad una stima, per il 2018, pari a € 1.967,0 pro-capite, in aumento dell'1,2% sull'anno precedente quando ammontava a € 1.944,3.

Tra la Regione con finanziamento massimo e quella con finanziamento minimo vi è uno scarto in valore assoluto pari a € 366,8, ovvero una differenza pari al 20,9%. Facendo, invece, riferimento alla popolazione standardizzata, la differenza, pur rimanendo elevata, si attesta a € 330,8 e quindi al 18,7% (Figura 2.6.).

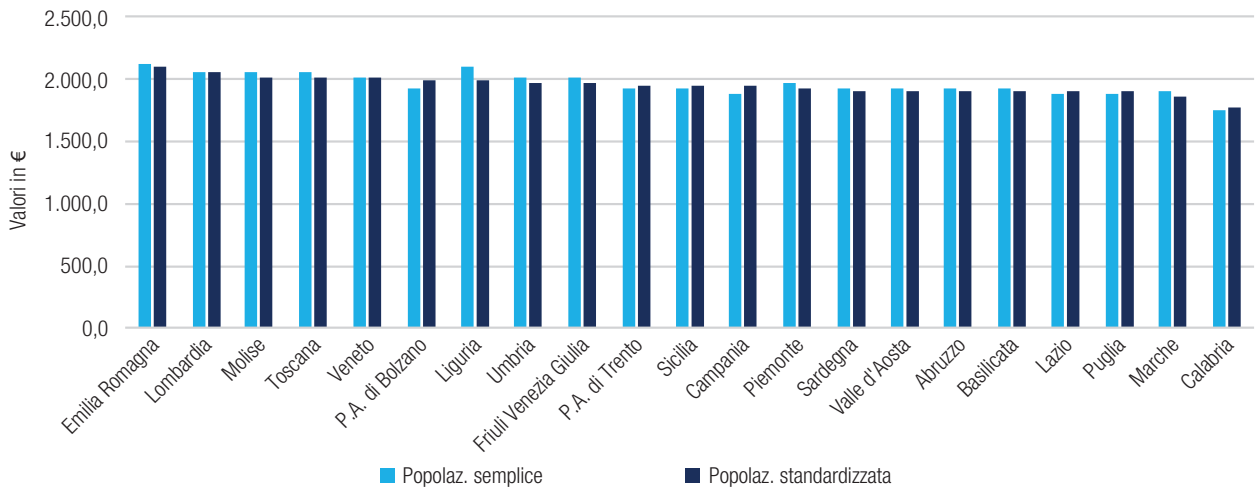
In definitiva, considerando le risorse effettivamente disponibili per i SSR, si ottiene una mappatura regionale parzialmente differente da quella che si ottiene considerando il solo finanziamento pro-capite: in termini di risorse si confermano comunque ai due estremi della distribuzione l'Emilia Romagna (con il valore massimo) e la Calabria (con il valore minimo).

Figura 2.5. Finanziamento effettivo pro-capite. Anno 2018



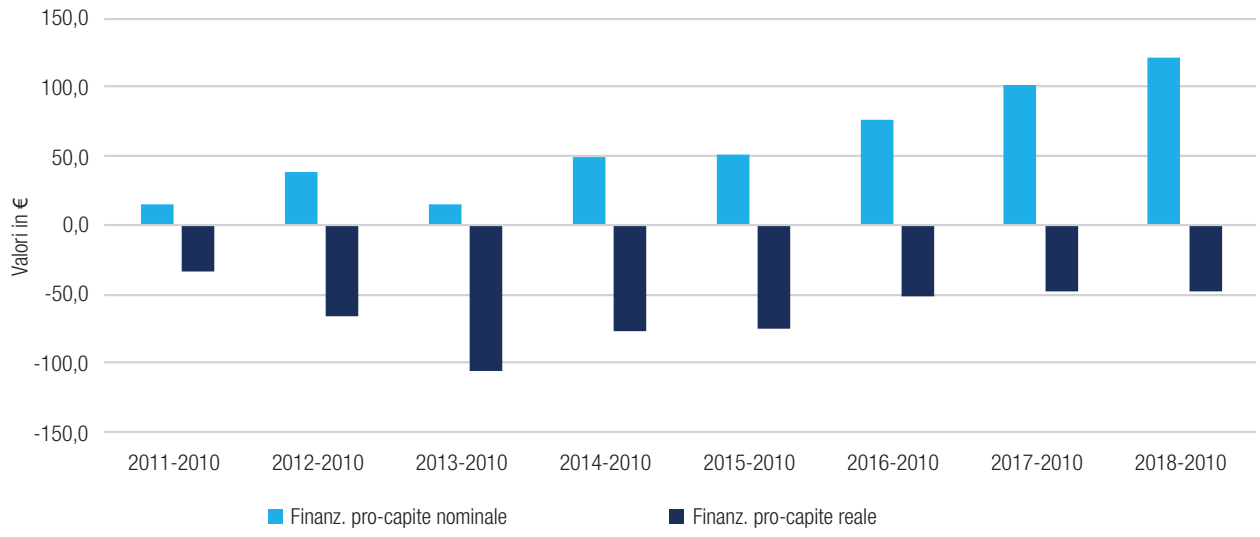
Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.6. Finanziamento totale pro-capite. Anno 2018



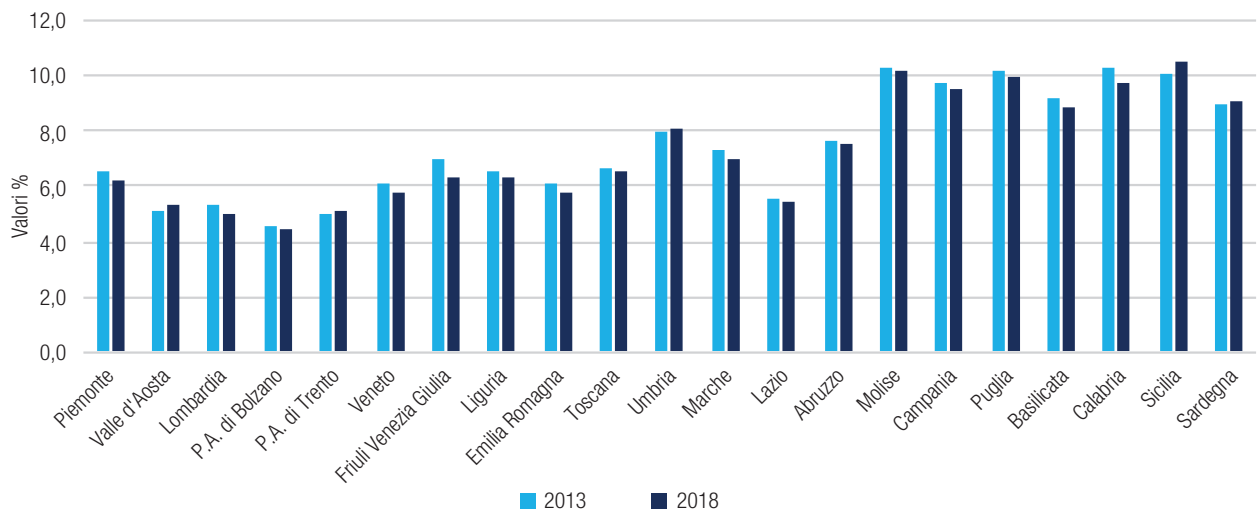
Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato, Ministero della Salute e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.7. Finanziamento effettivo pro-capite nominale e reale



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.8. Incidenza finanziamento effettivo regionale su PIL



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, Ministero della Salute e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2010 ed il 2018 il finanziamento effettivo pro-capite nominale è cresciuto di € 121,5 (+0,8% medio annuo): deflazionando con il valore generale del FOI[9], si traduce in una riduzione in termini reali del finanziamento pro-capite di € 48,5. In ogni caso, già a partire dal 2011 il finanziamento pro-capite, in termini reali, ha cominciato a decrescere progressivamente, fino al 2013, anno dopo il quale ha avuto

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

un'inversione di tendenza fino al 2017, per poi decrescere nuovamente nel 2018, sebbene in maniera assai modesta (Figura 2.7.).

In termini di quota di Prodotto Interno Lordo (PIL)[10], si passa dal 6,8% del 2013 al 6,6% del 2018.

Si osserva un evidente gradiente Nord-Sud: in particolare, le risorse messe a disposizione per la tutela della salute nelle Regioni del Sud, per effetto della redistribuzione, rappresentano il 9,6% del PIL locale, livello in lieve flessione rispetto al 2013 (9,7%); nelle Regioni del Nord, invece, le risorse destinate alla Sanità rappresentano il 5,5% del PIL locale, livello in decrescita rispetto al 2013 (-0,3%) (Figura 2.8.).

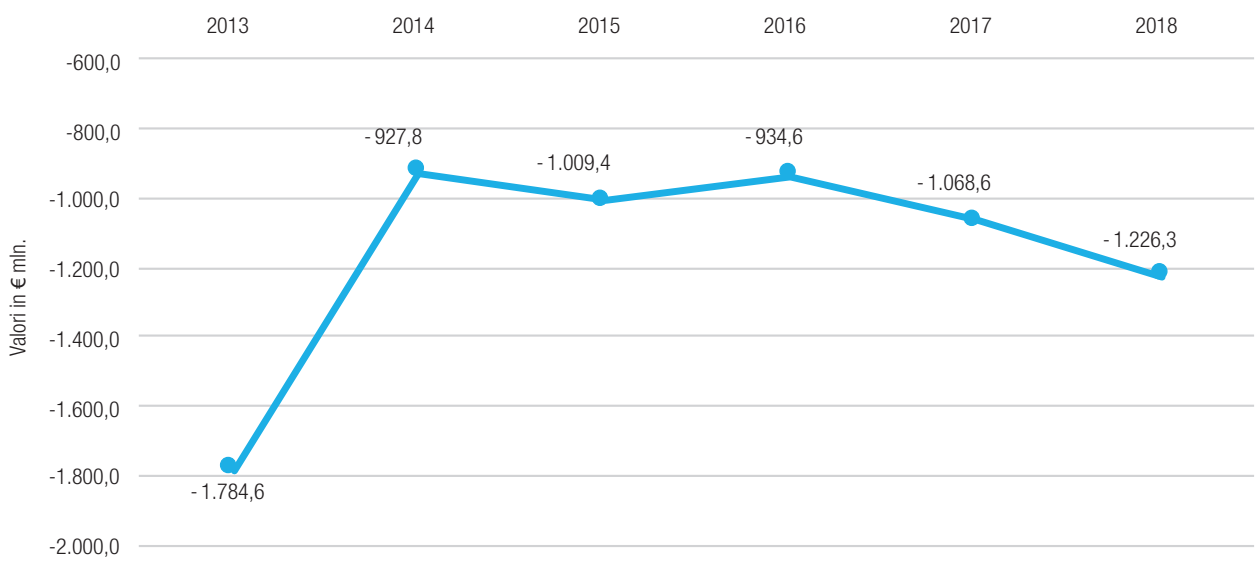
2.3. I risultati di esercizio

Ai sensi del D. Lgs. 68/2011 sono considerate in equilibrio tutte quelle Regioni che riescono a garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza ed appropriatezza, ovvero con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali considerate in quelle che la Ragioneria Generale dello Stato denomina entrate effettive.

Secondo questa impostazione, nel 2018 si registra un risultato di esercizio negativo complessivo pari a € 1,2 mld. (anche in considerazione del fatto che non si tiene conto del *payback*), in aumento del 14,8% sul 2017, ma in riduzione di oltre il 31,0% rispetto al 2013 (una variazione media annua pari al 7,2%) (Figura 2.9.).

In termini pro-capite, il disavanzo, nel quinquennio analizzato (2013-2018), è diminuito sia nelle Regioni del Centro (-90,0%), dove è passato da € 53,7 pro-capite del 2013 a € 5,4 pro-capite del 2018, sia in quelle meridionali (-7,7% andando da € 25,7 a € 23,7 pro-capite), mentre ha riportato una variazione di segno positivo in quelle settentrionali (+10,4%). Si sottolinea che nel 2018 le Regioni con un risultato di gestione positivo sono state otto vs le nove del 2013 (Tabella 2.5.).

Figura 2.9. Risultati di esercizio



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

[10] Il PIL per il 2018 è stato stimato supponendo che la variazione osservata tra il 2016 ed il 2017 sia la stessa di quella verificatasi tra il 2017 ed il 2018

Tabella 2.5. Risultati di esercizio pro-capite

Regioni	Pro-capite 2013 (€)	Pro-capite 2018 (€)
Italia	-29,5	-20,3
Nord	-21,9	-24,2
Centro	-53,7	-5,4
Sud e Isole	-25,7	-23,7
Piemonte	-8,4	-11,8
Valle d'Aosta	-414,7	-149,8
Lombardia	1,0	0,6
P.A. di Bolzano	-371,4	-509,7
P.A. di Trento	-419,3	-367,3
Veneto	0,9	1,0
Friuli Venezia Giulia	-31,3	-71,9
Liguria	-49,1	-36,0
Emilia Romagna	0,0	0,0
Toscana	-6,7	-8,5
Umbria	5,3	1,0
Marche	31,2	5,8
Lazio	-116,3	-7,2
Abruzzo	7,5	0,1
Molise	-315,8	-116,4
Campania	1,5	0,4
Puglia	-10,4	-13,9
Basilicata	-	0,9
Calabria	-17,2	-86,3
Sicilia	0,0	-5,7
Sardegna	-229,1	-124,0

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

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

Qualora si "abolissero" le compartecipazioni, la situazione muterebbe radicalmente: il deficit complessivo del 2018 ammonterebbe a circa € 6,0 mld. (che in termini economici si riducono a circa € 5 mld. se si sconta il *payback* atteso), in crescita del 5,8% rispetto all'anno precedente, anche se in flessione del 5,5% rispetto al 2013 (Figura 2.10.).

In termini pro-capite si invertirebbe il segno del risultato di esercizio anche in quelle Regioni che da un punto di vista finanziario hanno chiuso l'esercizio in avanzo (Tabella 2.6.); in altri termini nessuna Regione sarebbe in equilibrio in modo autosufficiente senza le compartecipazioni.

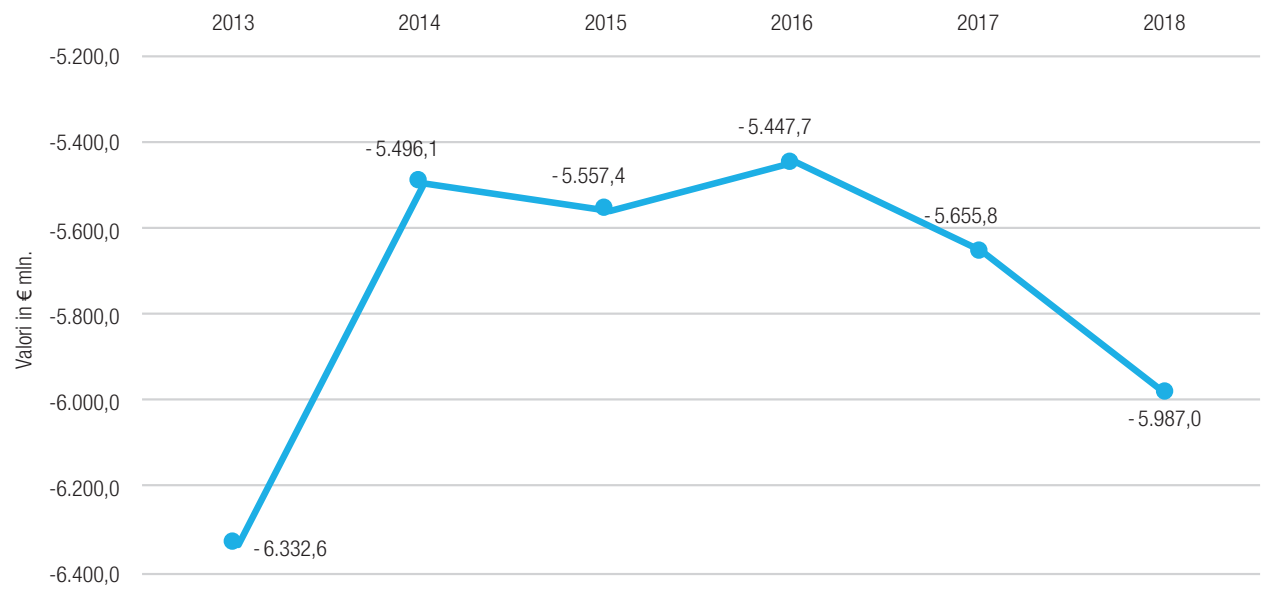
Appare, pertanto, evidente come il risultato di esercizio delle Regioni sia profondamente condizionato dall'andamento dei *ticket,* che è determinato dal tasso di esenzione e dalle linee di indirizzo regionali in tema di compartecipazione. In ogni caso il segno delle politiche di compartecipazione è chiaramente quello di scaricare direttamente sul cittadino parte delle necessità di finanziamento del settore sanitario o, come sopra ricordato, parte delle inefficienze gestionali.

Tabella 2.6. Risultati di esercizio pro-capite (€) al netto delle compartecipazioni

Regioni	Pro-capite 2013	Pro-capite 2018
Italia	-104,7	-99,0
Nord	-99,1	-103,6
Centro	-124,5	-78,3
Sud e Isole	-100,6	-104,9
Piemonte	-77,0	-78,4
Valle d'Aosta	-475,4	-241,8
Lombardia	-85,1	-88,7
P.A. di Bolzano	-431,7	-575,1
P.A. di Trento	-476,9	-445,2
Veneto	-87,1	-83,2
Friuli Venezia Giulia	-96,4	-142,3
Liguria	-113,7	-104,3
Emilia Romagna	-66,7	-72,6
Toscana	-72,6	-77,7
Umbria	-51,9	-70,3
Marche	-25,8	-55,0
Lazio	-196,2	-86,0
Abruzzo	-59,2	-67,4
Molise	-383,6	-187,4
Campania	-86,9	-97,9
Puglia	-79,6	-89,2
Basilicata	-66,0	-76,5
Calabria	-76,6	-147,8
Sicilia	-78,2	-90,1
Sardegna	-288,8	-186,3

Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

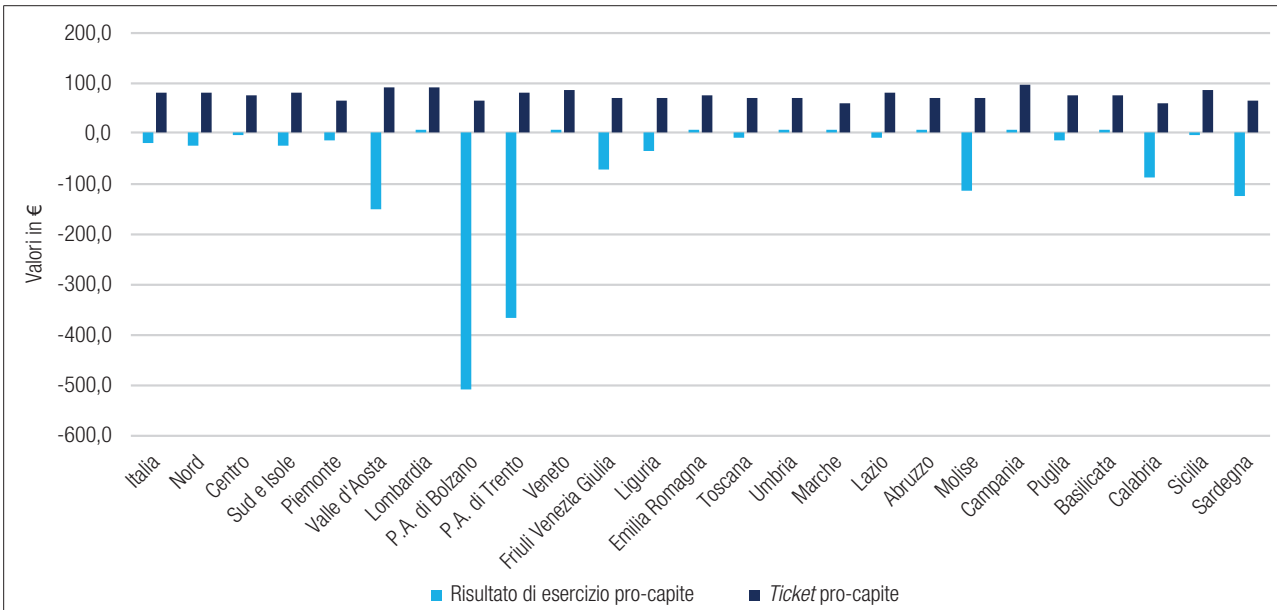
Figura 2.10. Risultati di esercizio al netto delle compartecipazioni



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Possiamo osservare come, nel 2018, le compartecipazioni, nelle Regioni in equilibrio, sono maggiori dei risultati positivi di esercizio, a dimostrazione che l'equilibrio regge sulle compartecipazioni. A maggior ragione, nelle Regioni che hanno chiuso l'esercizio in deficit, una eventuale "abolizione" delle compartecipazioni aggraverebbe la condizione di disequilibrio (Figura 2.11.).

Figura 2.11. *Ticket* e risultati di esercizio pro-capite. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, Ministero della Salute e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 2.7. Differenza tra FSN e spesa. Anno 2018

Regioni	Valori assoluti (€ mln.)	Valori pro-capite (€)
Italia	-4.936,1	-81,6
Nord	-1.665,5	-60,0
Centro	-701,9	-58,3
Sud e Isole	-2.568,7	-124,1
Piemonte	-390,4	-89,2
Valle d'Aosta	-32,9	-260,7
Lombardia	79,4	7,9
P.A. di Bolzano	-339,8	-643,8
P.A. di Trento	-251,0	-464,9
Veneto	-30,0	-6,1
Friuli Venezia Giulia	-220,8	-181,6
Liguria	-329,8	-211,8
Emilia Romagna	-150,2	-33,7
Toscana	-176,9	-47,3
Umbria	-32,7	-36,9
Marche	-122,3	-79,9
Lazio	-370,0	-62,8
Abruzzo	-160,6	-122,1
Molise	-11,0	-35,5
Campania	-456,8	-78,4
Puglia	-329,7	-81,4
Basilicata	-74,8	-131,9
Calabria	-504,9	-258,0
Sicilia	-616,4	-122,6
Sardegna	-414,6	-251,5

Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato, delibere CIPE e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Infine, mettendo a confronto il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), che rappresenta il fabbisogno sanitario standard, ovvero l'ammontare di risorse ritenuto necessario ad assicurare i LEA in condizioni di efficacia ed appropriatezza, con la spesa[11], ne emerge, per il 2018, un disavanzo totale pari a € 4,9 mld., ovvero € 81,6 pro-capite.

Il citato raffronto evidenzia come nel 2018 solamente la Lombardia sia risultata in grado di assicurare i LEA con le sole risorse spettanti secondo il riparto del FSN (Tabella 2.7.).

2.4. Conclusioni

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

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

Questo ha comportato un progressivo scostamento dai valori medi degli altri Paesi appartenenti a EU-Ante 1995: il valore di copertura pubblica dell'Italia (74,2%) nel 2018 è ormai coincidente con quello medio dei Paesi EU-Post 1995.

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

Malgrado la riduzione della crescita del finanziamento, i risultati di esercizio sono migliorati, sebbene sia apprezzabile, nel 2017 ed anche nel 2018, una tendenziale ripresa all'aumento dei deficit, in particolare nelle Regioni del Nord.

L'equilibrio è peraltro frutto dell'impegno richiesto ai cittadini attraverso la compartecipazione alla spesa. Difatti, facendo riferimento all'ultimo anno per il quale si dispone dei dati, risulta che il deficit complessivo ammonterebbe a circa € 6,0 mld..

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

Compartecipazioni che, a vedere le distribuzioni geografiche dei gettiti, sembrano generare problemi equitativi significativi, scaricando sui cittadini non esenti e su quelli residenti in Regioni in PdR parte

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

significativa dell'onere che ha permesso di mettere in equilibrio il sistema.

Riferimenti bibliografici

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

ENGLISH SUMMARY

Funding: level and recovery

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

Considering only the pre-1995 EU countries, of which Italy is a member, in 2018 the public sector accounted for an average of 80.3% of current health expenditure.

The share of public coverage has increased on average in all countries, even in the years of most severe crisis (with the exception of a slight decrease between 2011 and 2013) and has reached values above 80% since 2016. An exception is just Italy, where the public share has fallen over the period considered, although it slightly increased last year.

Since 2010 the public share of Italian expenditure has decreased steadily, moving away from the average of the other pre-1995 EU countries. Currently this share is equal to 74.2%, a value which is now in line with the average of the post-1995 EU countries.

At national level, in 2018 the National Health Fund (FSN) amounted to approximately € 111.1 billion, down by 0.7% compared to the previous year. Over the last five years (2013-2018), in the Valle d'Aosta and Lazio Regions and in the Autonomous Province of Trento, the health funding share recorded the largest increase with a 1.4% annual average. Conversely, Liguria recorded a 0.1% average annual decrease, while Molise and Basilicata recorded no increase.

The 2018 actual funding - i.e. the one obtained after the FSN allocation increased by the revenues generated by the Local Health Units (ASLs) - reached € 115,573 million, up by 0.9% compared to 2017.

In 2018, 94.4% of the actual funding was provided by the central government; 3.9% by the Local Health Units' own revenues (net of the so called crystallized revenues) and the remaining 1.7% by the crystallised revenues. With specific reference to citizens' copayments, revenues include those from specialist outpatient services provided in public facilities, as well as emergency and other minor services. These items are on average equal to 1.2% of the actual funding and 20.9% of own revenues.

The fact of considering also the additional revenues resulting from cost-sharing on specialist outpatient services provided in the accredited facilities and on the drugs distributed by pharmacies has led to an estimated total "funding" of € 118,974.7 million for 2018. Those were the total resources available for ensuring the provision of the basic healthcare services (LEA), of which 91.7% provided by the central government, 6.6% by own revenues (net of the crystallized ones) and 1.7% by crystallized revenues.

In 2018, the actual average per-capita funding was € 1,910.8, up by 1.1% compared to 2017 and by a 1.2% yearly average as against the 2013-2018 period.

Between the Region with the highest per-capita funding and the Region with the lowest one, there is an absolute gap of € 380.2, equal to about 22.3%.

Considering the total resources actually available (i.e. the total funding), for 2018 we recorded a total estimated nominal per-capita funding equal to € 1,967, up by 1.2% compared to the previous year when it reached € 1,944.3.

Between the Region with the highest funding and the Region with the lowest one there is an absolute difference of € 366.8, equal to 20.9%.

Between 2010 and 2018, the actual nominal per-capita funding increased by € 121.5 (with a 0.8% average yearly increase): deflating it with the general value of the household consume index, it is a € 48.5 reduction in real terms of the per-capita funding.

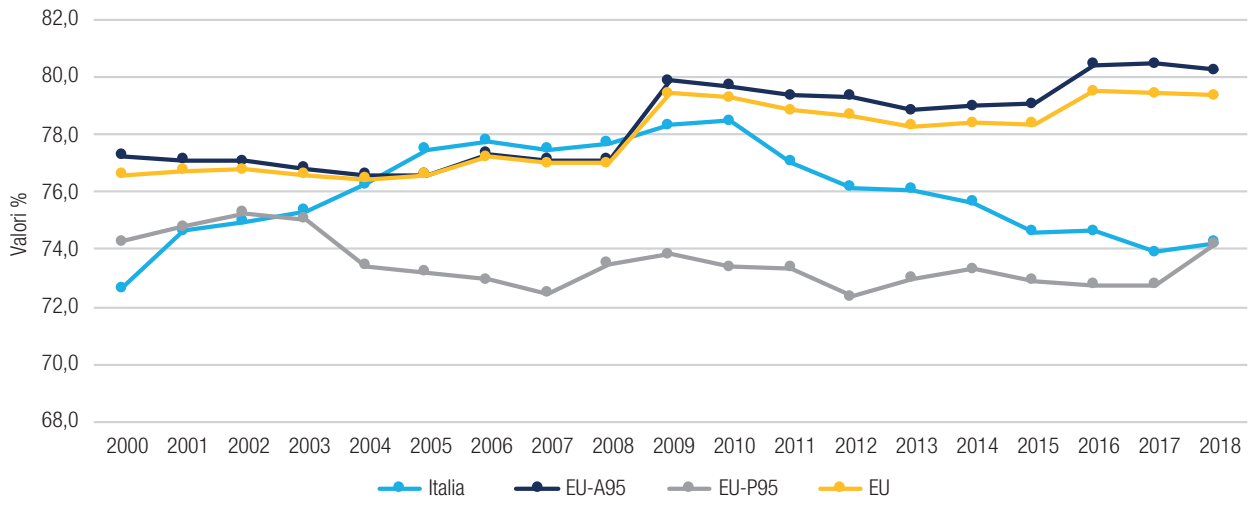
Despite the reduction in funding growth, the operating results have improved, although in 2017 and also in 2018 there was a trend of deficit increase re-

covery.

The latter was matched by the commitment required of citizens through copayment. Making reference to the last year for which data is available, about one fifth of the Local Health Units' actual own revenues was provided by the revenue from the cost-sharing on prescriptions and services. That amount rose to 48.1% considering the total resources available to the Regional Health Services (SSR) for the provision of the basic healthcare services (LEA).

Considering the revenue geographical distribution, cost-sharing seems to create significant equity problems, since it basically shifts a significant share of the burden, that allowed to balance the system and reach the breakeven point, onto the citizens enjoying no exemption and on those living in Regions with recovery plans .

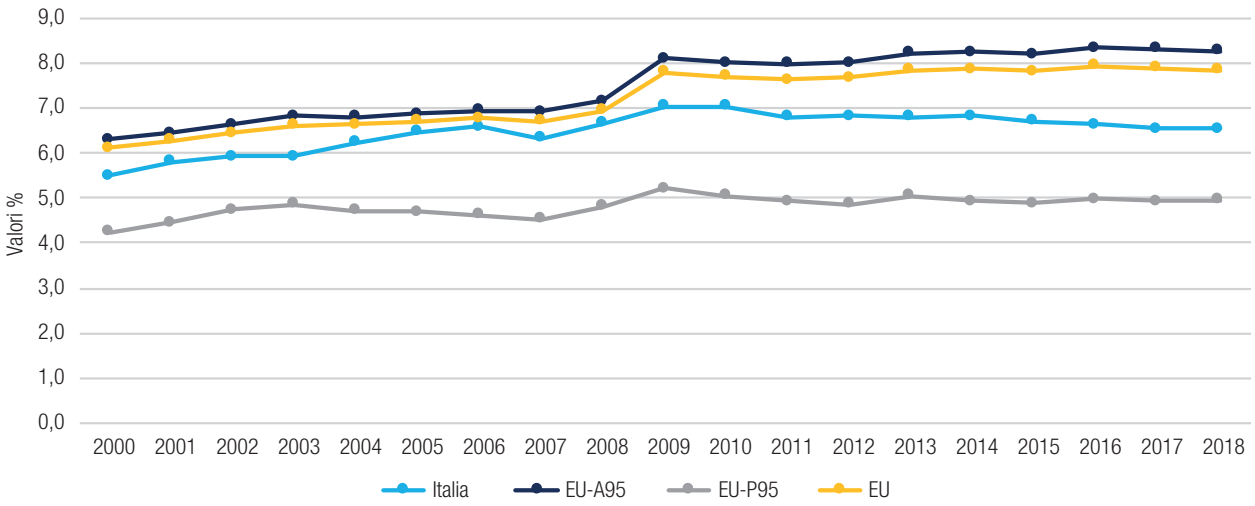
KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

A partire dal 2011, la quota pubblica della spesa italiana è costantemente diminuita sebbene in lieve ripresa nell'ultimo anno (+0,3 punti percentuali). La quota di finanziamento pubblico si discosta sempre più della media degli altri Paesi EU-Ante 1995: il *gap* nel 2018 è di 4,4 punti percentuali, tanto da essersi praticamente annullato rispetto ai Paesi EU-Post 1995.

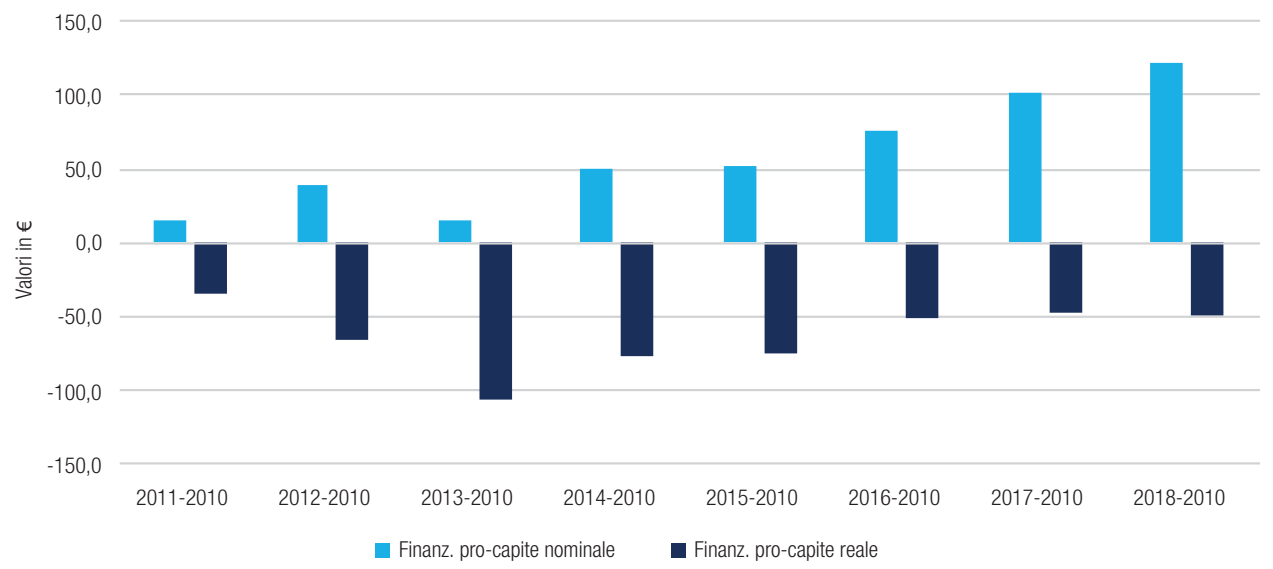
KI 2.2. Incidenza del finanziamento pubblico sul PIL



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018, il finanziamento pubblico della sanità in Italia assorbe il 6,5% del PIL contro una media dei Paesi EU-Ante 1995 e dei Paesi EU-Post 1995 rispettivamente pari all'8,3% e al 4,9%. Nei confronti dei Paesi EU-Ante si tratta di un *gap* negativo pari a 1,7 punti percentuali, mentre nei confronti dei Paesi appartenenti all'area EU-Post 1995 lo scarto è positivo e pari a 1,6 punti percentuali. Rispetto al 2000, in Italia la quota del finanziamento pubblico della sanità sul PIL è aumentata di un punto percentuale, valore inferiore a quello medio dei Paesi EU-Ante 1995 (+2,0 punti percentuali), ma superiore a quello dei Paesi EU-Post 1995 (+0,7 punti percentuali).

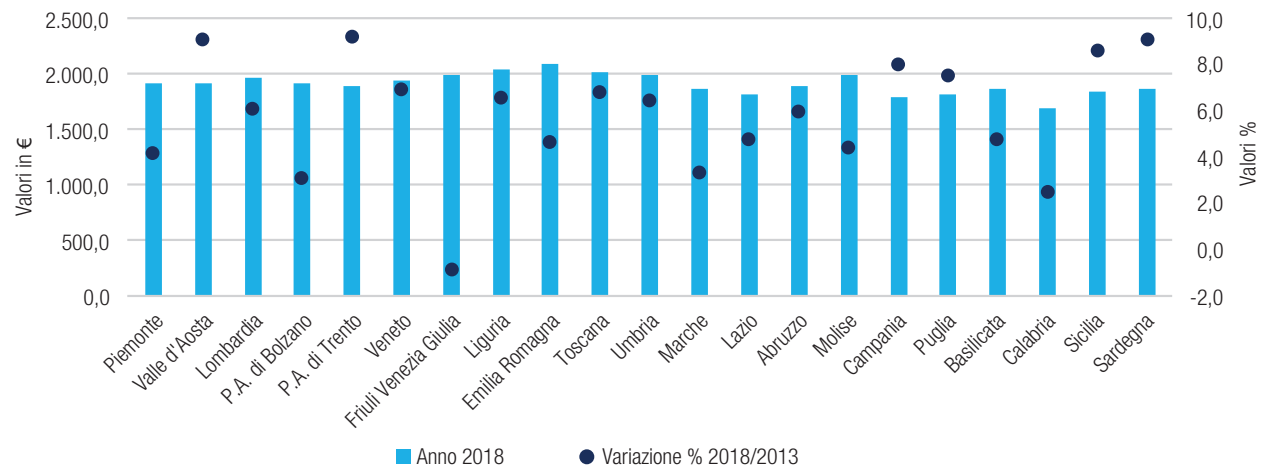
KI 2.3. Finanziamento pro-capite nominale e reale. Anni 2010-2018



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2010 ed il 2018 il finanziamento effettivo pro-capite nominale è cresciuto di € 121,5 (+0,8% medio annuo). In termini reali (deflazionando con il valore del FOI) la variazione risulta negativa e pari a - € 48,5 (-0,3% medio annuo).

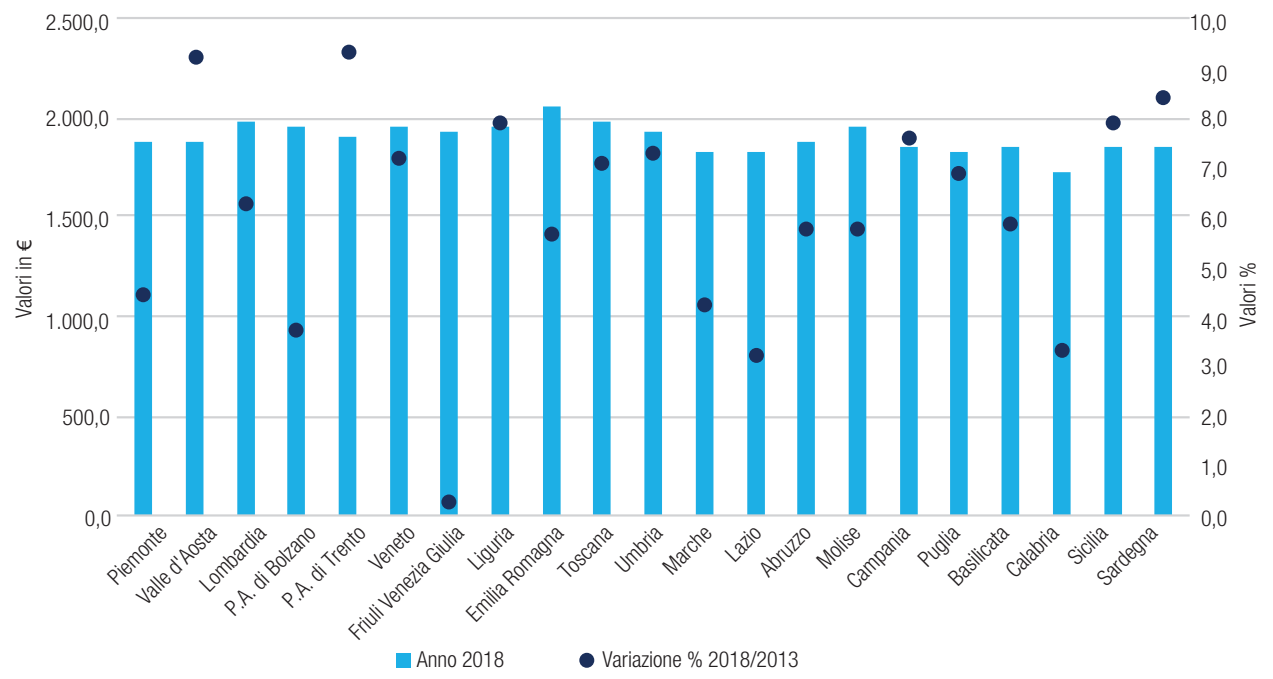
KI 2.4. Finanziamento effettivo pro-capite per popolazione semplice



Fonte: elaborazine su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018, il finanziamento effettivo pro-capite medio, ovvero quello che considera oltre alle risorse assegnate in sede di riparto anche le entrate proprie regionali, è stato di € 1.910,8, in crescita dell'1,1% rispetto all'anno precedente. Tra la Regione con il finanziamento più elevato e quella con il finanziamento più basso intercorre una differenza di € 380,2. Ad un estremo troviamo l'Emilia Romagna con € 2.084,9 pro-capite, all'altro la Calabria con € 1.704,7. Nell'ultimo quinquennio le Regioni che hanno registrato il maggiore aumento del finanziamento sono state la Valle d'Aosta e la Sardegna (+8,9%) seguite dalla Sicilia (+8,5%); quella con l'incremento minore è stata, invece, il Friuli Venezia Giulia (-0,1%).

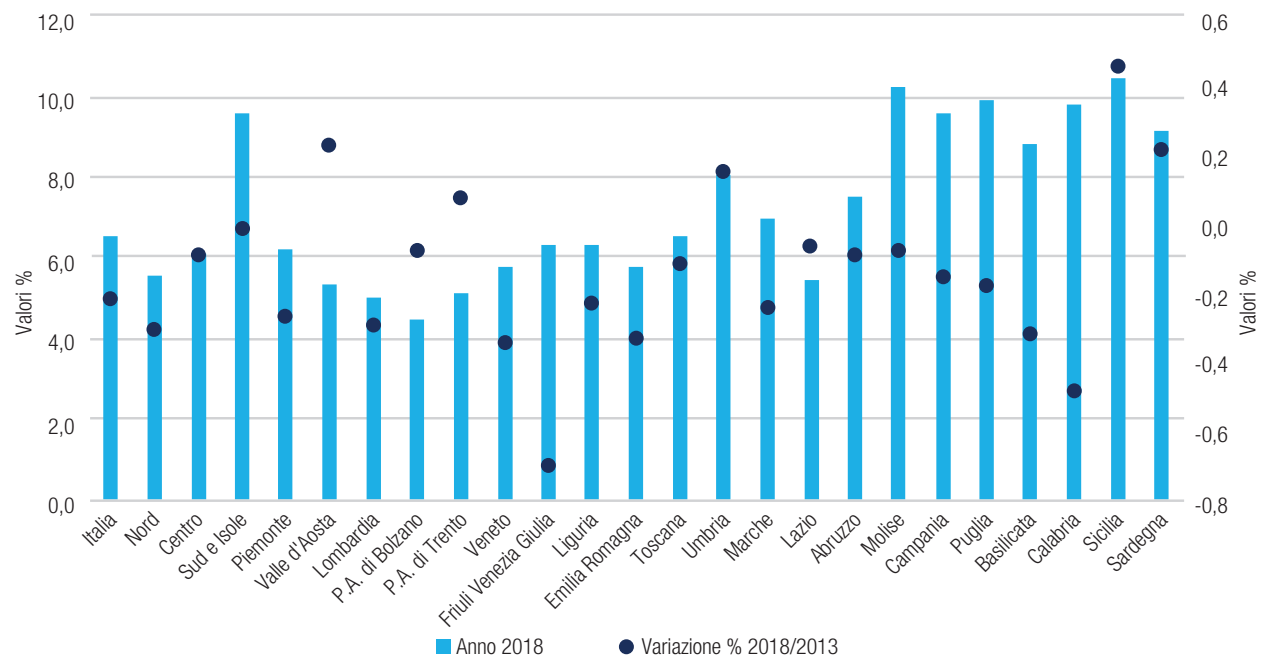
KI 2.5. Finanziamento effettivo pro-capite per popolazione standardizzata



Fonte: elaborazine su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Standardizzando secondo le quote di distribuzione regionale del FSN, tra la Regione con il finanziamento più elevato e quella con il finanziamento più basso intercorre una differenza di € 345,1. Ad un estremo troviamo l'Emilia Romagna con € 2.065,7, all'altro la Calabria con € 1.720,6. Nell'ultimo qunquennio la Regione che ha registrato il maggiore aumento del finanziamento è stata la Provincia Autonoma di Trento (+9,2%) e quella con l'incremento minore è stata il Friuli Venezia Giulia (+0,1%).

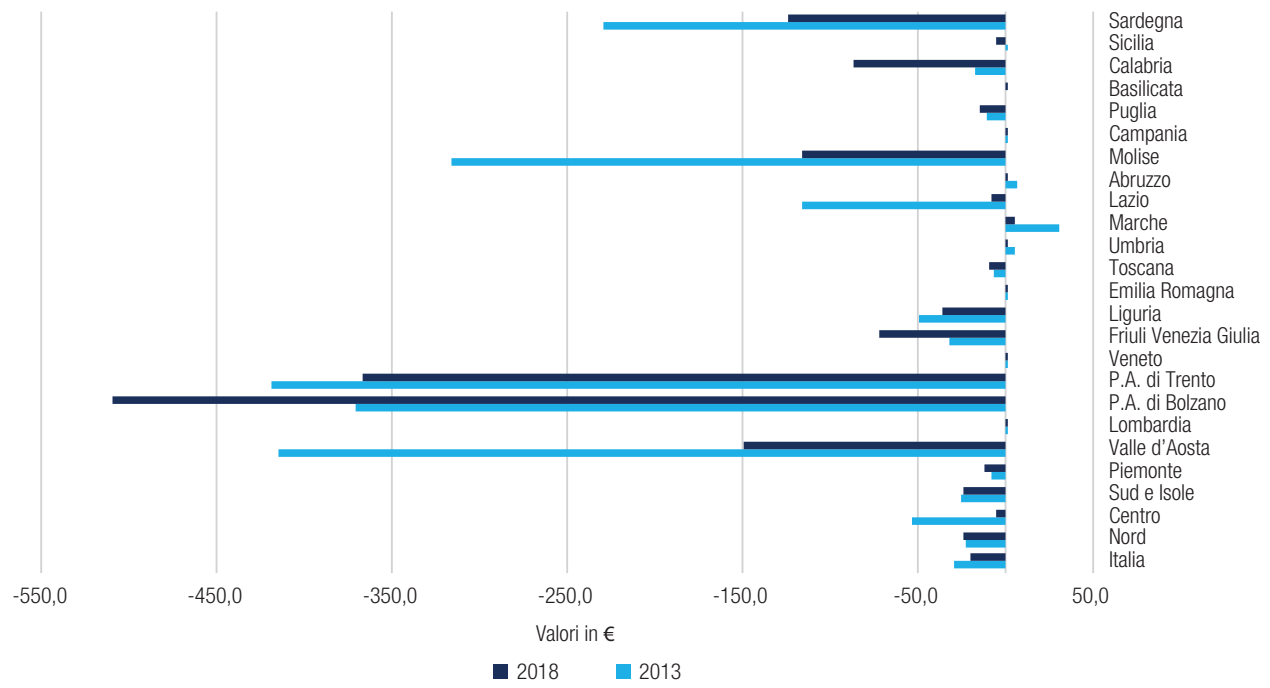
KI 2.6. Finanziamento effettivo regionale su PIL



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L'incidenza media del finanziamento sul Prodotto Interno Lordo (PIL) è pari a 6,6%, in diminuzione di 0,2 punti percentuali rispetto al 2013. La Regione con la massima incidenza è la Sicilia con il 10,4% seguita dal Molise (10,2%); quella con l'incidenza minore è la Provincia Autonoma di Bolzano con il 4,5%. La media nel meridione è del 9,6% del PIL, stabile rispetto al 2013, nelle Regioni del Nord è il 5,5% del PIL locale, in diminuzione rispetto al 2013 di 0,3 punti percentuali e in quelle centrali è il 6,1% del PIL con una flessione di 0,1 punti percentuali.

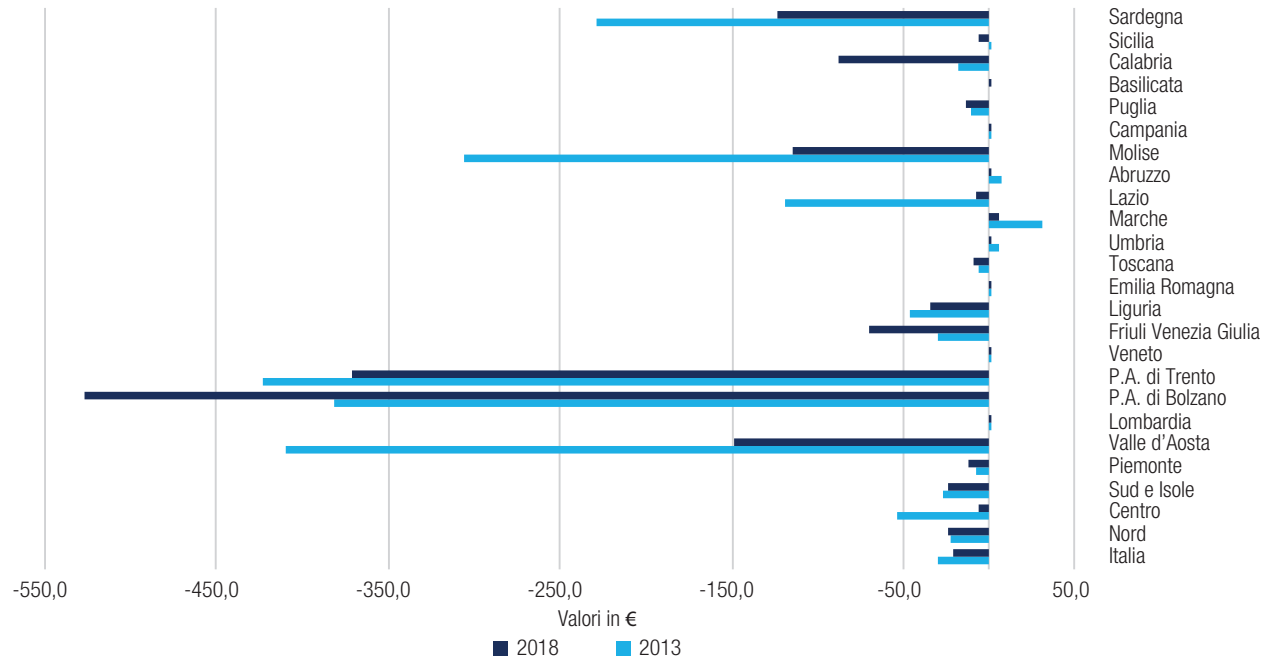
KI 2.7. Risultato di esercizio pro-capite



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In termini pro-capite, il disavanzo, nel quinquennio 2013-2018, è diminuito sia nelle Regioni del Centro (-90,0%), dove è passato da € 53,7 pro-capite del 2013 a € 5,4 pro-capite del 2018, sia in quelle meridionali (-7,7% andando da € 25,7 a € 23,7 pro-capite), mentre ha riportato una variazione di segno positivo in quelle settentrionali (+10,4%). Nel 2018 le Regioni con un risultato di gestione positivo sono state otto vs le nove del 2013.

KI 2.8. Risultato di esercizio pro-capite per popolazione standardizzata



Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Standardizzando secondo le quote di distribuzione regionale del FSN, il disavanzo pro-capite, nel quinquennio 2013-2018, è diminuito sia nelle Regioni del Centro (-90,1%), dove è passato da € 53,5 pro-capite del 2013 a € 5,3 pro-capite del 2018, sia in quelle meridionali (-8,0% andando da € 26,1 a € 24,1 pro-capite), mentre ha riportato una variazione di segno positivo in quelle settentrionali (+10,8%). Nel 2018 le Regioni con un risultato di gestione positivo sono state otto vs le nove del 2013.

La spesa
Health expenditure

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

English Summary

3b. Politiche del personale

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 3
La spesa

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

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

Health expenditure

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

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

CAPITOLO 3a
L'evoluzione della spesa sanitaria nei confronti internazionali e nazionali

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

3a.1. Il contesto internazionale

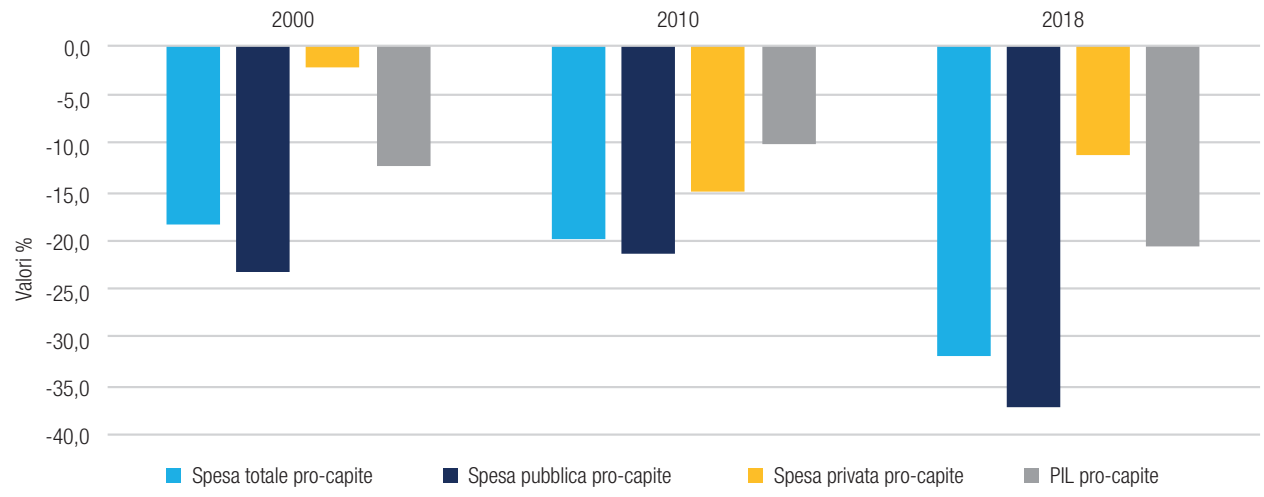
Nel 2018, la spesa sanitaria totale corrente italiana ha raggiunto € 2.560,0 pro-capite: secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), la spesa italiana è inferiore del 32,0% rispetto alla media (€ 3.764,9) dei (rimanenti) Paesi entrati nella Unione Europea prima del 1995 (EU-Ante 1995) (Figura 3a.1.).

Il *gap* risulta cresciuto di circa mezzo punto percentuale rispetto al 2017; rispetto al 2000 si è allargato di 13,5 punti percentuali. Nell'ultimo anno (2017-2018), la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è cresciuta dell'1,6%, contro una media del 2,4% degli altri Paesi considerati (vedere oltre per la composizione); la crescita media annua italiana tra il 2000 ed il 2018 è stata pari al 2,5%, esattamente un punto percentuale meno della media (3,5%) degli altri Paesi EU-Ante 1995 (Figura 3a.2.).

Per contestualizzare il dato, osserviamo che nello stesso periodo il PIL pro-capite (2000-2018) in Italia ha avuto una crescita media annua dell'1,6%, verso il 2,2% medio annuo nei Paesi EU-Ante 1995.

In termini di PIL pro-capite la distanza tra l'Italia e i rimanenti Paesi EU-Ante 1995, nel 2018, raggiunge il 20,5%, in crescita di 0,6 punti percentuali sull'anno precedente e di 8,3 punti percentuali in confronto al 2000. Rispetto ai Paesi dell'area EU-Post 1995, invece, il *gap* in termini di PIL pro-capite nel 2018, sebbene sia a vantaggio dell'Italia e sia pari al 94,8%, risulta in ogni caso in flessione di 9,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di oltre 224,0 punti percentuali se il raffronto avviene rispetto al 2000.

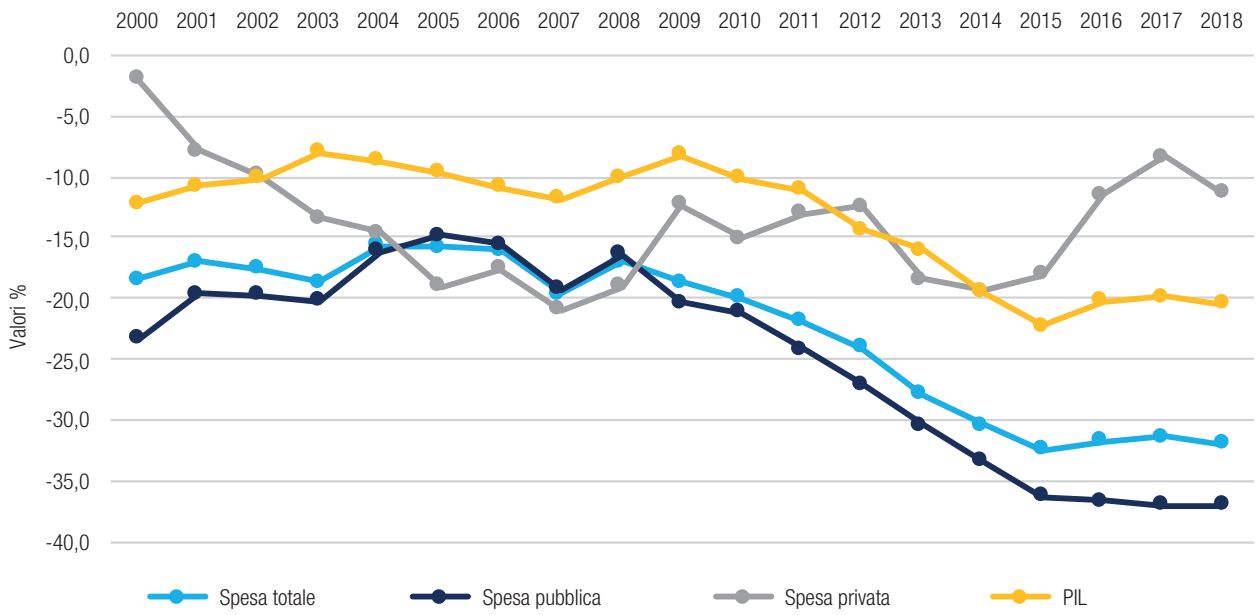
Figura 3a.1. *Gap* della spesa sanitaria corrente e del PIL - Italia vs EU-Ante 1995. Valori in €



Fonte: elaborazione su dati OECD, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

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

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



Fonte: elaborazione su dati OECD 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Qualora nell'analisi si faccia riferimento al PIL pro-capite espresso in PPP *(Purchasing Power Parity)*, la forbice tra l'Italia e i restanti Paesi EU-Ante 1995 è pari al 13,2% nel 2018 con una crescita di 0,7 punti percentuali rispetto al 2017 e di 9,7 punti percentuali sul 2000. In PPP, il vantaggio dell'Italia verso i Paesi EU-Post 1995 è del 25,7% nel 2018: vantaggio che, tuttavia, si sta progressivamente esaurendo (ammontava al 30,1% nel 2017 e ha quindi registrato una diminuzione di 4,4 punti percentuali rispetto al 2018 ed una di circa 107,0 punti percentuali in confronto al 2000 quando era al 132,6%) (Figura 3a.4.).

Parallelamente, rispetto ai Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea dopo il 1995[2] (EU-Post 1995), l'Italia mantiene livelli di spesa superiori, ma il *gap* è in costante calo: nel 2018 la nostra spesa, rispetto a quella dei Paesi EU-Post 1995, è maggiore del 157,5%; ma il *gap* rispetto al 2000 si è ridotto di oltre 297,0 punti percentuali, di cui circa 9,0 punti percentuali nell'ultimo anno.

Anche utilizzando la serie della spesa pro-capite in PPP, si ottengono risultati analoghi; nel caso della spesa totale, lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-Ante 1995 tra il 2000 ed il 2018 è cresciuto di 17,3 punti percentuali, di cui 0,4 punti percentuali nell'ultimo anno, passando dal 9,8% del 2000 al 27,1% del 2018 (Figura 3a.3.). Rispetto ai Paesi EU-Post 1995, invece, l'Italia registra una spesa maggiore del 52,4% nel 2018, ma con un calo di 127,0 punti percentuali in confronto al 2000, di cui 0,2 punti percentuali nell'ultimo anno.

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

Su questa componente, il divario tra l'Italia ed i rimanenti Paesi EU-Ante 1995 ha raggiunto il 37,1% (+0,1 punti percentuali sull'anno precedente); la crescita dello scarto, tra il 2000 ed il 2018, è di 13,8 punti percentuali. Il dato si conferma considerando la spesa espressa in PPP: il *gap* è passato dal 14,8% del 2000, al 32,4% a fine 2018, con un decremento

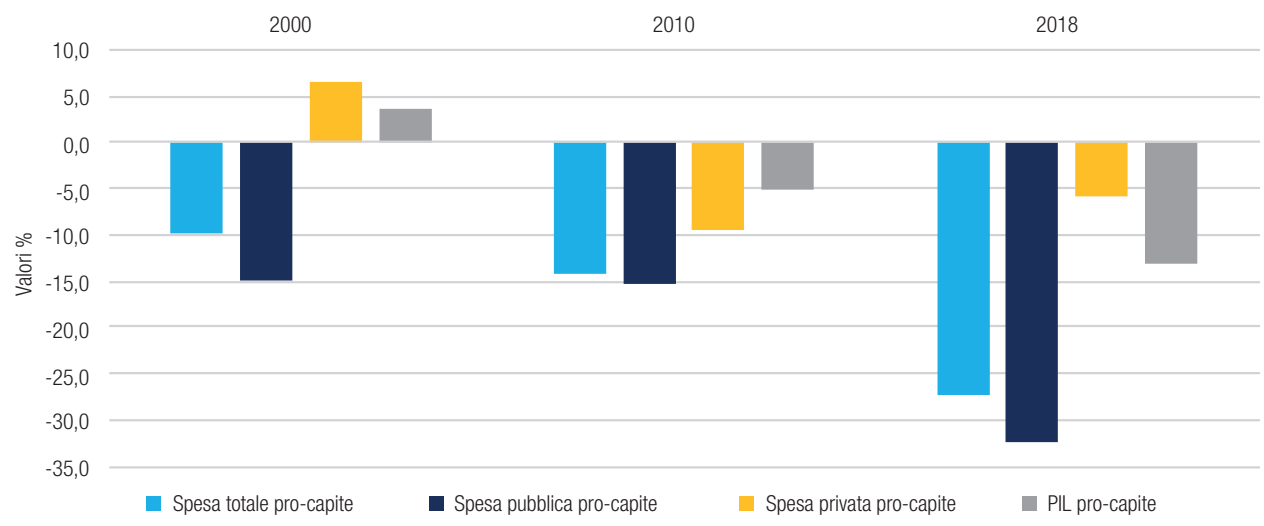
[2] Si fa riferimento a: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria. Si rimarca che OECD non fornisce i dati relativi a Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania

dello 0,1% nell'ultimo anno.

Allargando il confronto ai Paesi EU-Post 1995, emerge che anche per quanto concerne la spesa pubblica il *gap* in "favore" dell'Italia, si sta progressivamente erodendo: nello specifico di 285,0 punti percentuali, dal 442,7% del 2000 al 157,7% nel 2018. In PPP, lo scarto tra Italia e Paesi EU-Post 1995 si è ridotto ad un terzo di quello "originario": dal 172,4% nel 2000 al 53,0% nel 2018.

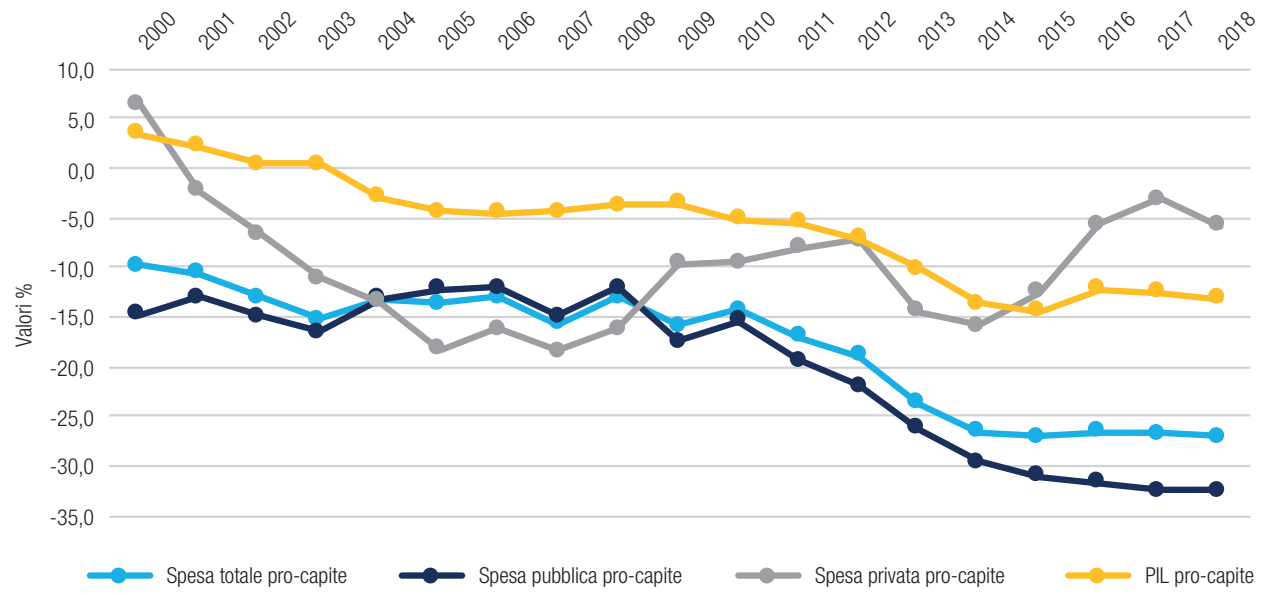
Si noti che la spesa pubblica in Italia, nel periodo 2000-2018, cresce ben 4,3 punti percentuali meno dei rimanenti Paesi EU-Post 1995, ma più del PIL (+1,0 punto percentuale), così come peraltro avviene negli altri Paesi: si conferma quindi che il vero vincolo per la spesa italiana rimane la minore crescita del PIL.

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



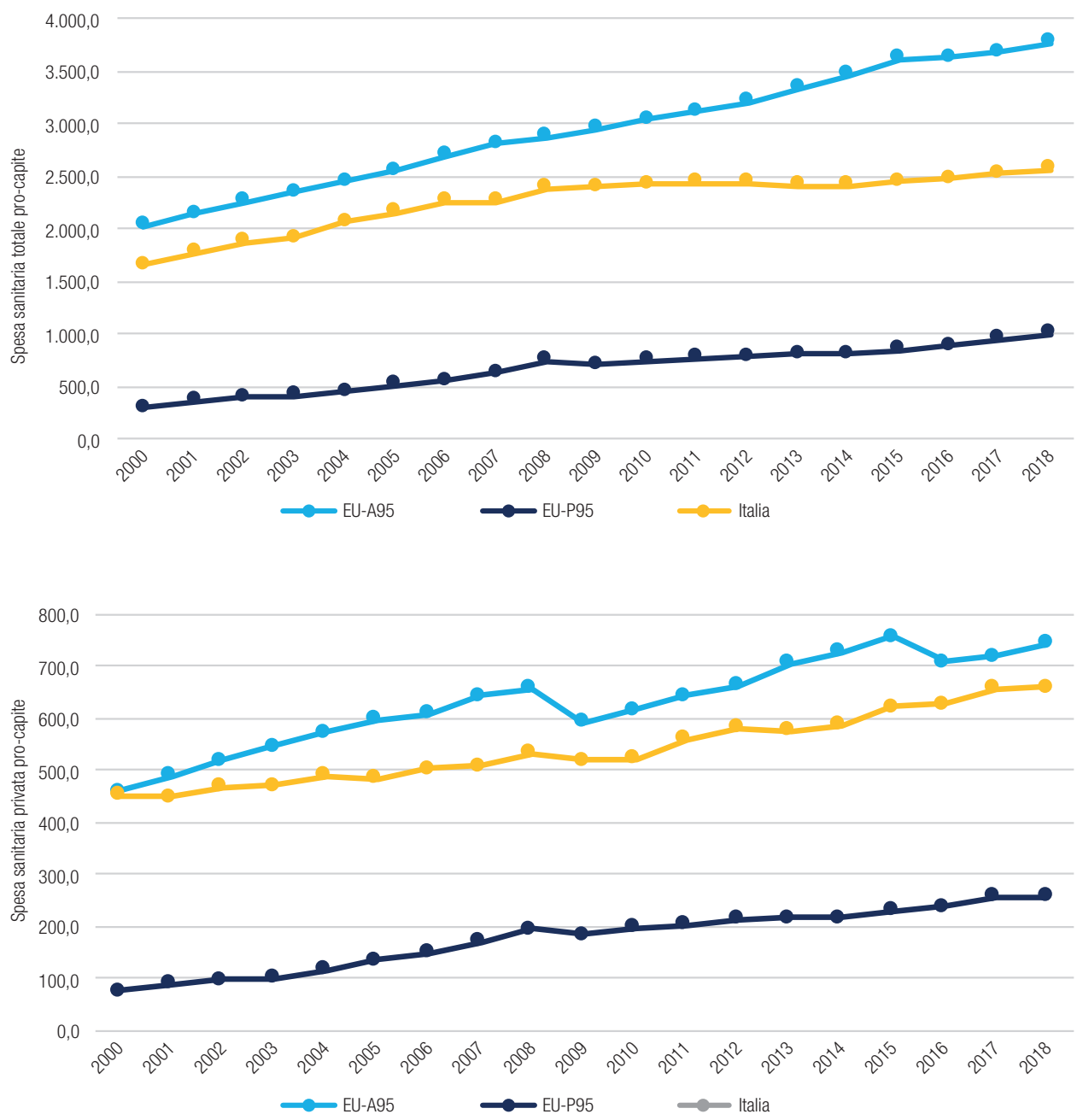
Fonte: elaborazione su dati OECD 2019 - © C.R.E.A. Sanità

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



Fonte: elaborazione su dati OECD 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.5. Confronti della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite, Italia, EU-Ante 1995 e EU-Post 1995

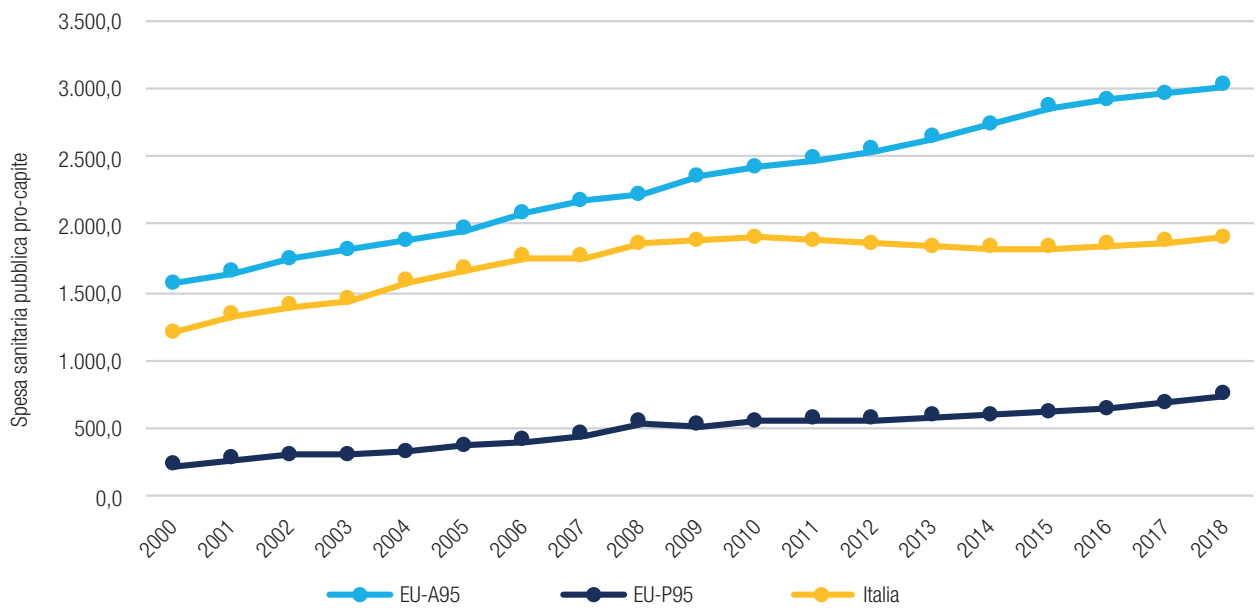


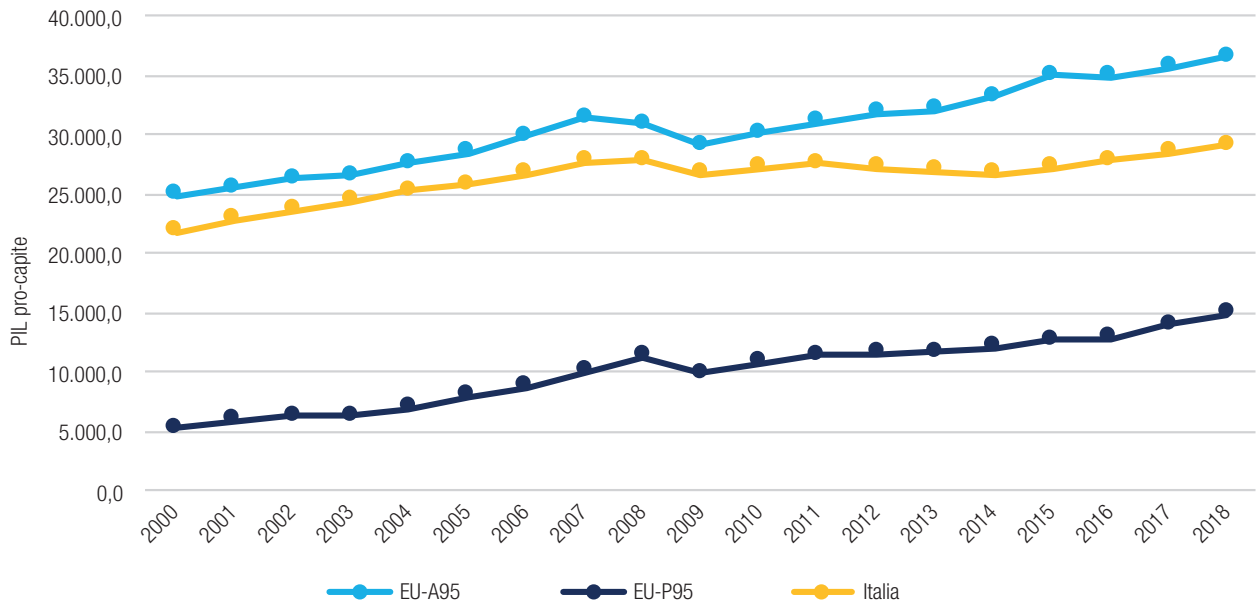
Fonte: elaborazione su dati OECD 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne la spesa sanitaria privata, il *gap* fra Italia e Paesi EU-Ante 1995 è pari all'11,4%.

Il *gap* della spesa privata è cresciuto in modo sostenuto nel periodo 2000-2007 (per effetto dell'abolizione dei *ticket* nel 2001), per poi avere una inversione di tendenza (probabilmente effetto anche della revisione statistica delle serie di spesa privata, intervenuta nel 2014).

Nell'ultimo anno, il *gap* si è nuovamente ampliato (+3,0 punti percentuali).





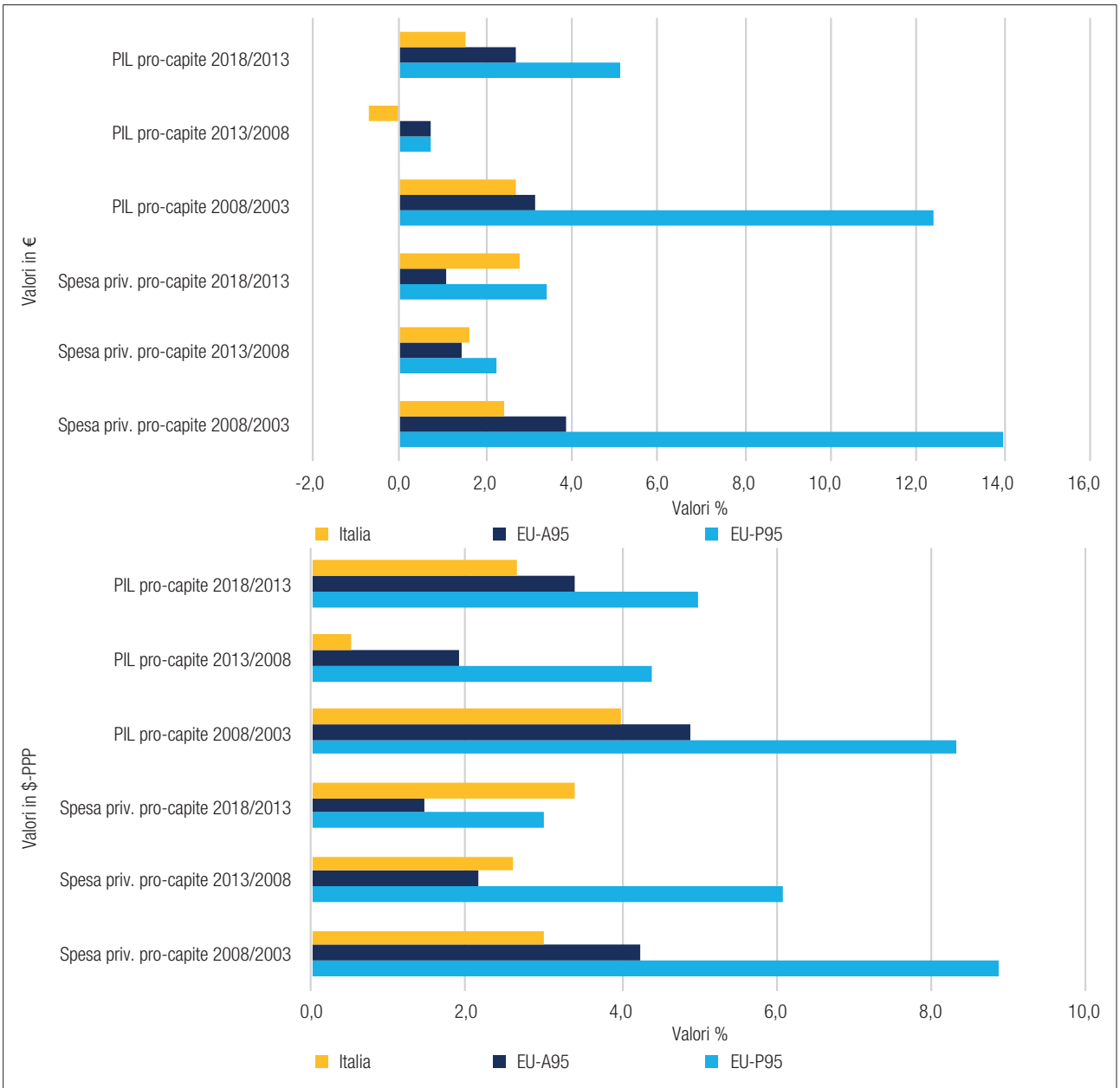
In termini di spesa in PPP, il ricorso alla privata in Italia è quasi allineato a quello degli altri Paesi EU-Ante 1995, malgrado la natura Universalistica e globale del SSN.

Rispetto ai Paesi EU-Post 1995, il *gap* si è ridotto di oltre tre volte tra il 2000 ed il 2018 passando dal 490,6% al 157,0%. È possibile evidenziare una situazione speculare analizzando il dato in PPP: il *gap* è diminuito di quasi quattro volte, dal 199,7% nel 2000 al 50,8% nel 2018.

In sintesi, quindi, dai confronti dell'Italia con gli altri Paesi EU emerge che nel 2018:

- la spesa totale è inferiore del -32,0% rispetto ai rimanenti Paesi EU-Ante 1995 (-27,1% in PPP), sebbene sia ancora superiore del +157,5% rispetto ai Paesi EU-Post 1995 (+52,4% in PPP), ma il differenziale è in riduzione
- in termini di spesa pubblica il *gap* è ancora maggiore, risultando pari a -37,1% rispetto a EU-Ante1995 (-32,4% in PPP); anche in questo caso il *gap* è positivo (+157,7% +53,0% in PPP) rispetto a EU-Post 1995, ma in riduzione
- in termini di spesa privata si evidenzia un piccolo *gap* (-11,4%, -5,8% in PPP) rispetto a EU-Ante1995 e un *gap* positivo (+157,0%, +50,8% in PPP) rispetto a EU-Post 1995

Figura 3a.6. Confronti della spesa sanitaria delle famiglie e del PIL pro-capite. Variazioni Italia vs EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



Fonte: elaborazione su dati OECD 2019 - © C.R.E.A. Sanità

- la crescita dal 2000 della spesa corrente totale in Italia è stata mediamente inferiore a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (2,5% vs. 3,5% medio annuo), a fronte di una crescita del PIL dell'1,6% medio annuo, contro una crescita nei Paesi EU-Ante1995 del 2,2% e dei Paesi EU-Post 1995 del 6,0%.

Dato quindi che, nel periodo 2000-2018, la spesa sanitaria corrente totale in Italia cresce meno che nei Paesi EU-Ante 1995, e anche meno di quanto cresca nei EU-Post 1995 (rispettivamente 2,5%, 3,5% e 6,9% medio annuo), per l'Italia, soprattutto dopo il 2008, osserviamo la tendenza ad un distacco dai primi e ad un "progressivo avvicinamento" ai secondi (Figura 3a.5.).

Analogo andamento ha caratterizzato anche la spesa pubblica pro-capite che è cresciuta rispettivamente (Italia, Paesi EU-Ante 1995, Paesi EU-Post 1995) del 2,6%, 3,7% e 6,9%.

La crescita del PIL pro-capite, segue traiettorie analoghe, sebbene la forbice si allarghi di meno: i tassi di crescita sono rispettivamente dell'1,6%, 2,2%, e 6,0%.

Più o meno simile agli altri Paesi EU-Ante 1995 è, invece, l'evoluzione della spesa privata pro-capite, la cui crescita è del 2,1%, 2,7%, e 7,0% medio annuo (rispettivamente Italia, Paesi EU-Ante 1995, Paesi EU-Post 1995).

Sulla spesa sanitaria privata va espressa una nota di cautela, in quanto, a partire dal 2012, si evidenzia un disallineamento tra la spesa sanitaria delle famiglie utilizzata da OECD e quella indicata nella contabilità nazionale dell'Istat (nella fonte OECD risultano nel 2018 circa € 800,0 mln. in più presumibilmente attribuibili alla componente intermediata della spesa) (Figura 3a.6.): ne segue che l'incremento reale nell'ultimo quinquennio potrebbe essere lievemente inferiore di quanto stimato da OECD.

Ragionando sui potenziali scenari futuri, e ipotizzando che l'EU prosegua il *trend* di crescita registrato negli ultimi 5 anni, sia per la spesa pubblica che per quella privata, e che in Italia si mantenga una condizione di equilibrio finanziario, ovvero che la spesa pubblica si incrementi nel prossimo anno esattamente dei € 2 mld. previsti dalla Legge Finanziaria 2019, mentre la spesa privata cresca seguendo il *trend* degli ultimi 5 anni, ipotesi che sconta la compensazione di vari andamenti, in particolare, il fatto che negli anni considerati si è registrata prima una diminuzione e poi un aumento del *gap* con gli altri Paesi, e che l'attesa abolizione del *superticket* dovrebbe ridurla, otterremo che:

- il *gap* di spesa totale Italia vs EU-Ante 1995 continuerebbe ancora a crescere nel 2019, (arrivando a -32,4%, di cui - 0,4 punti percentuali riferiti alla variazione 2019/2018)
- il *gap* di spesa pubblica vs EU-Ante 1995 continuerebbe anch'esso a crescere (-37,9%, con - 0,8 punti percentuali nel 2019/2018)
- il *gap* di spesa privata vs EU-Ante 1995 si ridurrebbe ancora portandosi al -9,9%, con una riduzione di 1,5 punti percentuali riferibile al 2019/2018.

Considerando che le strategie evolutive dei sistemi di *welfare* sono riconducibili anche ai diversi livelli di sviluppo economico, è sembrato interessante replicare l'analisi "stratificando" i Paesi europei per quartili di PIL pro-capite.

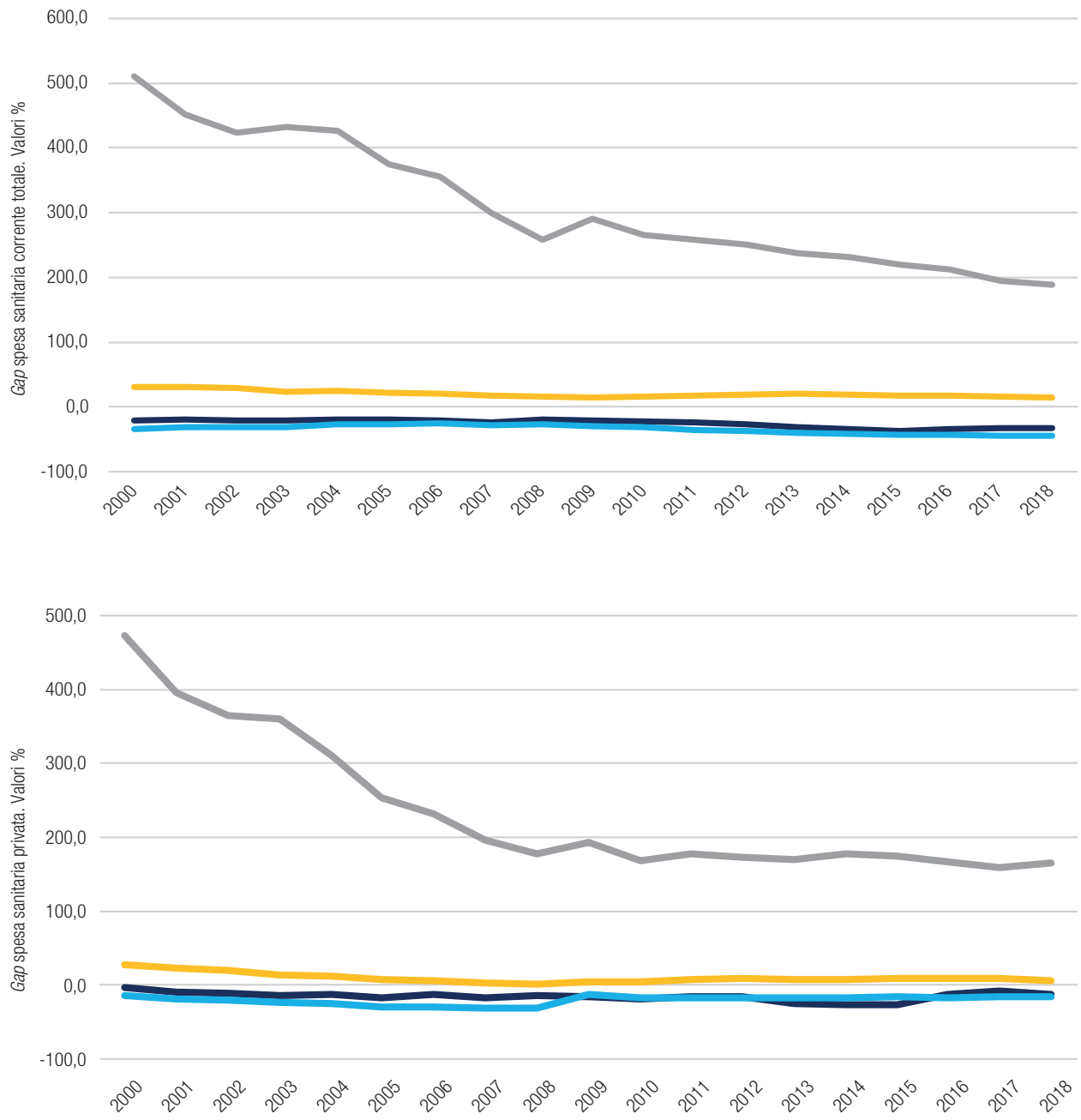
Confrontandoci con i Paesi EU più "poveri", ovvero quelli inclusi nel primo quartile di PIL pro-capite[3], osserviamo che il *gap* di spesa sanitaria totale dell'Italia risulta positivo, ma in progressiva riduzione (-76,1 punti percentuali tra il 2010 e il 2018).

Il *gap*, rimane positivo anche rispetto ai Paesi appartenenti al secondo quartile[4] di PIL (dei quali, peraltro, l'Italia fa parte): ma anche in questo caso il vantaggio italiano si sta progressivamente riducendo (dal 15,4% nel 2010 al 14,9% nel 2018).

Il *gap* di spesa sanitaria totale rispetto ai Paesi facenti parte del terzo quartile[5] e del quarto quartile[6]

[3] Polonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Slovacchia, Estonia
[4] Grecia, Repubblica Ceca, Slovenia, Portogallo, Spagna e Italia
[5] Regno Unito, Finanziamento, Francia, Belgio e Olanda
[6] Austria, Germania, Irlanda, Svezia, Lussemburgo e Danimarca

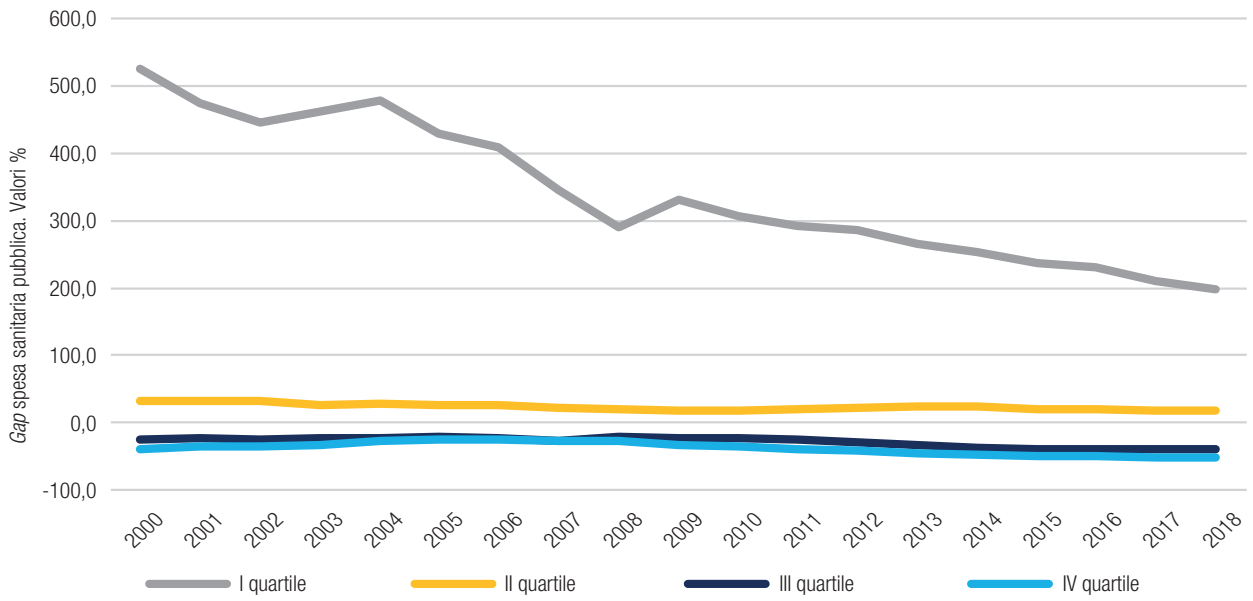
Figura 3a.7. *Gap* della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite. Italia vs Paesi EU per quartili di PIL

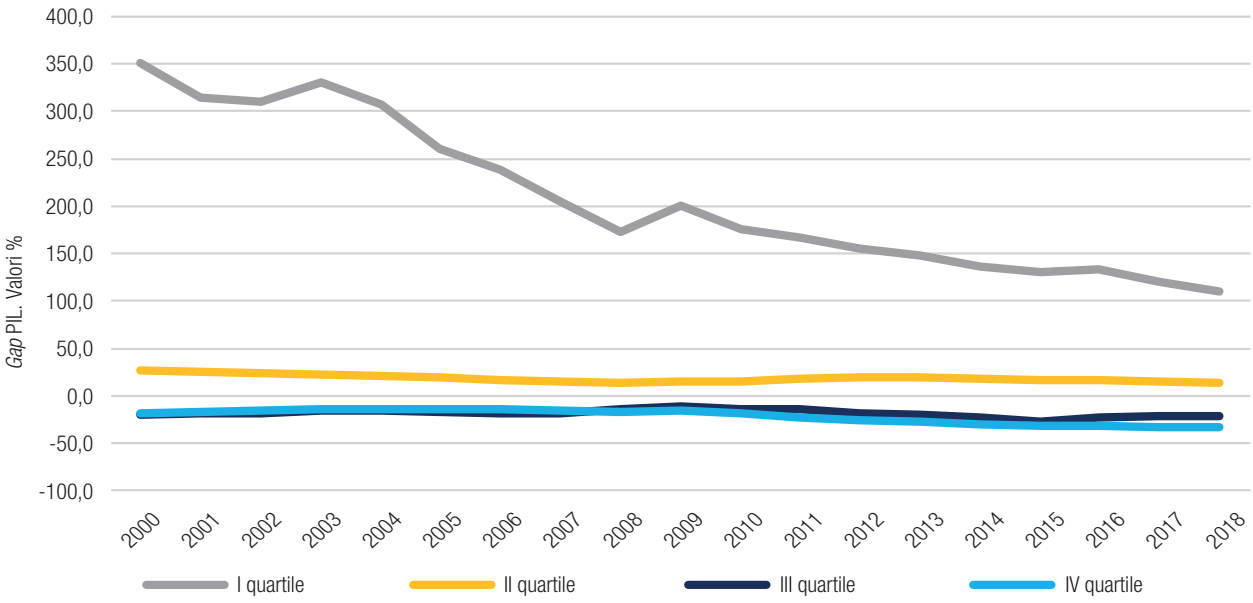


Fonte: elaborazione su dati OECD 2017 - © C.R.E.A. Sanità

risulta invece negativo e in crescita: con i Paesi del terzo quartile risulta pari a -22,1% nel 2010, cresciuto a -33,3% nel 2018; con quelli del quarto quartile passa dal -31,7% nel 2010 al -45,3% nel 2018.

Considerazioni pressoché analoghe possono essere fatte analizzando la spesa pubblica: rispetto ai Paesi appartenenti al primo quartile di reddito, l'Italia ha una spesa pubblica superiore ma il vantaggio si sta erodendo progressivamente (+285,5% nel 2010 e +199,0% nel 2018); rispetto ai Paesi appartenenti





al secondo quartile di reddito si passa dal +18,8% nel 2010 al +18,1% nel 2018); rispetto ai Paesi facenti parte del terzo e quarto quartile l'Italia fa osservare, invece, un *gap* negativo e crescente (rispettivamente -23,0% nel 2010, -38,3% nel 2018 per i primi e -34,9% nel 2010, che diventa -51,2% nel 2018 per i secondi).

Per quanto concerne la spesa privata, rispetto ai Paesi appartenenti al primo quartile di reddito l'Italia registra un livello superiore del +164,5% nel 2018

(differenza che è rimasta costante negli ultimi 10 anni); l'Italia si trova poi a registrare una spesa poco superiore rispetto alla media dei Paesi appartenenti al secondo quartile di reddito e anche in questo caso il *gap* è variato limitatamente (dal +4,2% nel 2010 al +6,7% nel 2018); rispetto ai Paesi facenti parte del terzo quartile si riscontra un comportamento antitetico rispetto a quello riscontrato per la spesa totale e pubblica: il dato italiano è inferiore a quello medio ma in costante avvicinamento (-18,5% nel 2010 e -13,0% nel 2018). Infine, l'Italia ha una spesa privata inferiore a quella dei Paesi appartenenti al quarto quartile con un *gap* che rimane costante nel tempo (-16,7% nel 2010, -16,0% nel 2018).

3a.2. La spesa sanitaria nelle Regioni

La spesa sanitaria totale, nel 2018, si è attestata a € 155,1 mld., ovvero € 2.564,2 pro-capite[7], in aumento dell'1,3% rispetto al 2017.

A livello regionale registriamo i valori massimi in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.047,2, € 3.026,6); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.227,5) e Puglia (€ 2.314,6).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,4 volte ovvero € 819,8; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 604,6 (ovvero 1,3 volte).

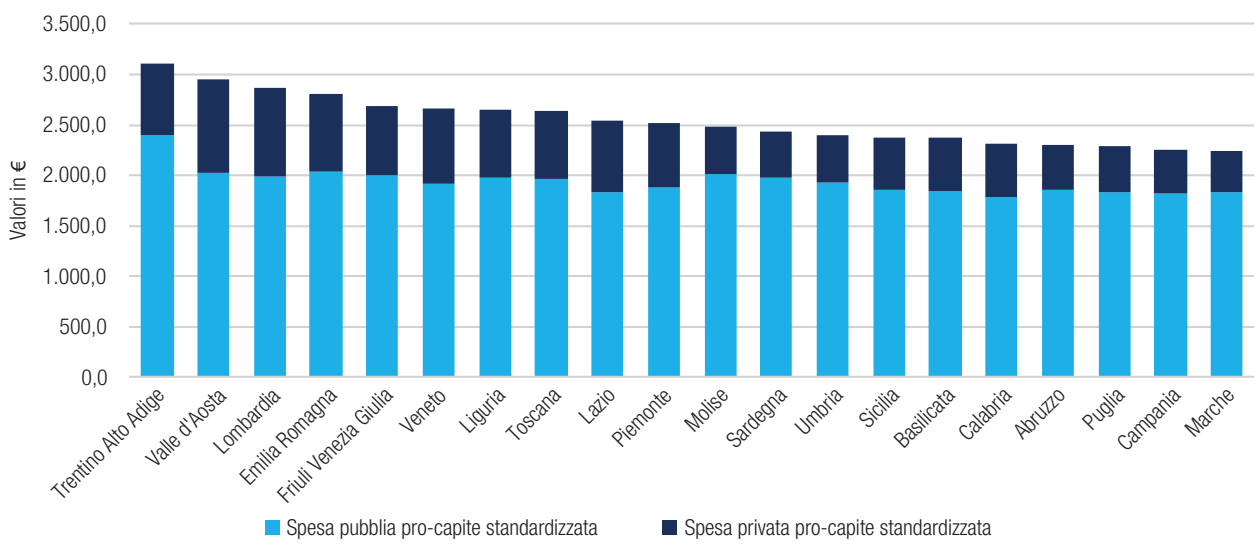
Situazione analoga si osserva analizzando i dati di spesa standardizzati, con i pesi dedotti dalle delibere CIPE di riparto del finanziamento.

A livello regionale registriamo i valori massimi in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.105,7, € 2.957,9); all'estremo opposto si collocano Marche (€ 2.247,1) e Campania (€ 2.253,7).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,4 volte, ovvero € 860,9; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 623,1 (ovvero 1,3 volte) (Figura 3a.8.).

Nel 2018, la spesa sanitaria pubblica totale ha raggiunto € 116,0 mld., risultando in crescita dell'1,5% rispetto all'anno precedente e dell'1,2% medio annuo nel quinquennio 2013-2018.

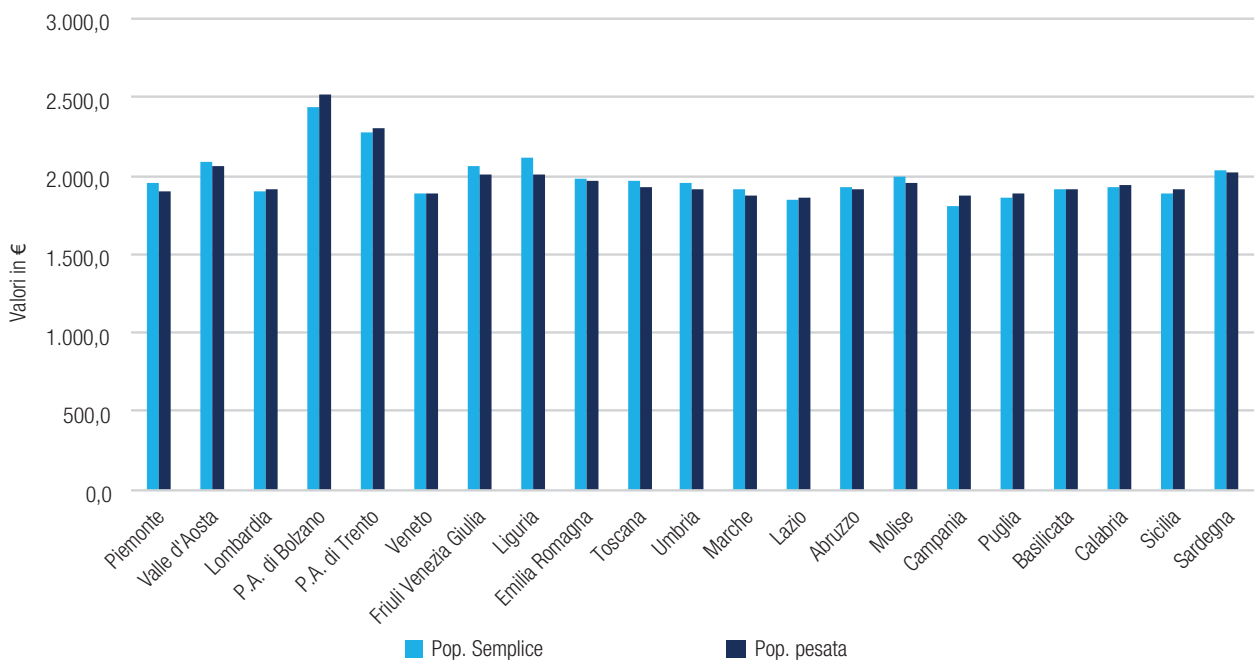
Figura 3a.8. Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata. Anno 2018



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

[7] Tale dato fa riferimento al report pubblicato dalla Ragioneria Generale dello Stato.

Figura 3a.9. Spesa sanitaria pubblica pro-capite. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In termini pro-capite risulta pari a € 1.917,9 (+1,6% rispetto al 2017 e dell'1,2% nel quinquennio) (Figura 3a.9.).

A livello regionale[8], nel 2018 la spesa pubblica pro-capite è massima nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 2.433,6 e € 2.270,6 pro-capite), seguite dalla Liguria (€ 2.112,2), dalla Valle d'Aosta (€ 2.086,3) e dal Friuli Venezia Giulia (€ 2.057,6); all'estremo oppostosi collocano Campania (€ 1.807,8) e Lazio (€ 1.842,1).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è pari al 34,6%, ovvero € 625,8 pro-capite; escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza, però, si dimezza essendo pari al 16,8% (€ 304,4 pro-capite).

Utilizzando la spesa standardizzata[9], la differenza tra le Regioni non si attenua, con uno scarto tra la Regione con spesa pro-capite standardizzata massima (P.A. Bolzano € 2.514,8) e minima (Lazio € 1.857,6) dell'ordine del 35,4% (€ 657,2). La non considerazione delle Regioni a Statuto Speciale (in questo caso le PP. AA. di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta e la Sardegna), riduce la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima all'8,2% ovvero a € 152,5.

Tra il 2010 ed il 2018 la spesa pubblica pro-capite è aumentata del 3,6% in termini nominali (variazione media annua pari allo 0,4%) (Tabella 3a.1.); tale incremento, in termini reali[10] equivale però ad una variazione media annua negativa pari allo -0,7% (ovvero -€ 104,6 pro-capite).

Prima dell'avvio dei Piani di Rientro (convenzionalmente abbiamo considerato il periodo tra il 2002 e il 2005) la crescita media annua è risultata pari al

[8] Per le analisi sulla spesa sanitaria pubblica si fa riferimento al Rapporto su "Il monitoraggio della spesa sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato. La spesa considerata è quella che si ricava dai Conti Economici delle Aziende Sanitarie

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

[10] Il valore nominale è stato deflazionato impiegando il valore generale del FOI (indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati)

5,0% nel Nord, al 7,0% nel Centro e al 7,1% nel Sud e Isole; nel periodo di avvio dei Piani di Rientro (PdR) (convenzionalmente 2005-2010) la crescita media annua è stata pari al 2,7% nel Nord, al 1,9% nel Centro e al 1,8% nel Meridione. Successivamente registriamo una crescita media annua molto contenuta nel Nord (+0,2%), una contrazione nella ripartizione centrale (-0,3%), e una nuova crescita nelle Regioni meridionali (1,3%).

Tabella 3a.1. Spesa sanitaria pubblica regionale pro-capite. Variazioni % medie annue

Regioni	2005/2002	2010/2005	2018/2010
Italia	+6,1	+2,3	+0,4
Nord	+5,0	+2,7	+0,2
Centro	+7,0	+1,9	-0,3
Sud e Isole	+7,1	+1,8	+1,3
Piemonte	+6,6	+2,8	+0,2
Valle d'Aosta	+4,3	+4,3	+0,1
Lombardia	+4,0	+2,9	+0,1
P. A. di Bolzano	+3,6	+1,2	+1,2
P. A. di Trento	+3,0	+4,1	+1,1
Veneto	+5,2	+2,1	+0,4
Friuli Venezia Giulia	+5,5	+3,8	+0,3
Liguria	+6,2	+1,9	+0,6
Emilia Romagna	+5,3	+2,6	-0,3
Toscana	+5,2	+2,9	+0,2
Umbria	+4,0	+2,1	+0,7
Marche	+3,7	+3,1	+0,8
Lazio	+9,6	+1,0	-1,1
Abruzzo	+6,5	-0,5	+1,5
Molise	+14,0	+1,3	-1,2
Campania	+8,4	+0,5	+1,0
Puglia	+6,4	+3,2	+1,0
Basilicata	+8,2	+4,3	+1,0
Calabria	+4,1	+4,2	+2,1
Sicilia	+6,6	+1,5	+1,7
Sardegna	+6,8	+2,8	+1,2

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato 2019 - © C.R.E.A. Sanità

A livello regionale, la Calabria, la Sicilia e l'Abruzzo hanno registrato, nell'ultimo periodo considerato, la crescita in termini nominali più sostenuta (pari o superiore all'1,5% medio annuo). All'estremo opposto si collocano il Lazio, il Molise (Regioni sottoposte a PdR) e l'Emilia Romagna, dove si è registrato un rallentamento della spesa (rispettivamente -1,1%% medio annuo; -1,2% medio annuo e -0,3% medio annuo).

Per quanto concerne la spesa sanitaria privata ammonta a € 39,1 mld. nel 2018, dato stabile rispetto a quello 2017 (+0,3%)[11].

In termini pro-capite, nel 2018 la spesa derivante dai consumi delle famiglie risulta pari a € 646,4, in crescita dello 0,5% (€ 3,1) rispetto al 2017.

A livello regionale, i valori massimi si rilevano in Valle d'Aosta e Lombardia (rispettivamente € 940,3 e € 878,6), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 419,6) e Marche (€ 425,9).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 124,1%, pari a € 520,7; anche escludendo le Regioni a statuto speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 459,0 (109,4%).

Utilizzando la stessa standardizzazione utilizzata per la spesa pubblica, al fine di superare il confondimento derivante dalle diverse demografie, si passa da € 929,4 della Valle d'Aosta a € 416,5 delle Marche con una differenza pari a € 509,5

3a.3. La composizione della spesa sanitaria

Per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica, nel 2017 (ultimo anno disponibile), il 65,0% di essa è spesa diretta ed il restante 35,0% spesa convenzionata.

Nell'ultimo quinquennio l'incidenza della spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica ha, quindi, riportato una lieve flessione, passando dal

[11] Per i dettagli sulla composizione della spesa privata si rimanda al capitolo 4b

35,7% del 2012 al 35,0% del 2017, sebbene siano evidenziabili *trend* difformi tra le Regioni. La spesa convenzionata è, infatti, cresciuta in 4 Regioni, sebbene in 2 di queste (Umbria e Marche) l'incremento sia stato inferiore al punto percentuale: solo Lazio e Molise hanno riportato tassi di crescita più sostenuti (+1,4 punti percentuali la prima e +1,6 la seconda). Sul versante opposto si posizionano, invece, Friuli Venezia Giulia e Sardegna, dove la convenzionata si è contratta rispettivamente di 2,3 e 2,4 punti percentuali.

La spesa convenzionata, in generale, continua ad avere un peso maggiore nelle Regioni meridionali (36,9%) rispetto a quelle del Nord e del Centro (rispettivamente 34,2% e 33,7%) (Figura 3a.10.).

L'evoluzione delle varie voci di spesa, descritta con numeri indice (a base 2012=100) mostra che nel 2017 la spesa farmaceutica è nuovamente aumentata dopo una lieve flessione tra il 2015 ed il 2016; così come è anche aumentata la spesa per le prestazioni specialistiche erogate in strutture convenzionate e la spesa per le collaborazioni e consulenze. Tendenzialmente invariata, invece, è risultata la spesa per l'acquisto di servizi non sanitari, quella per la medicina di base e quella per il personale. La spesa per i beni non sanitari e quella relativa alle prestazioni ospedaliere acquistate da strutture convenzionate ha continuato a diminuire (Figura 3a.11.).

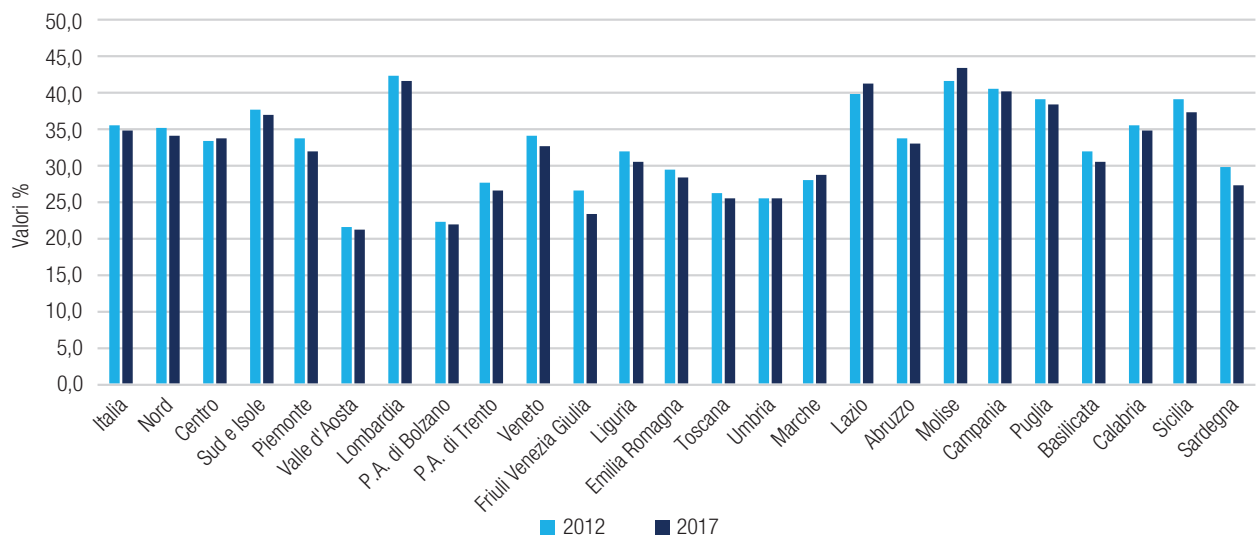
Prima di analizzare la composizione della spesa privata, va premesso che i dati disponibili sono affetti da significative carenze: in particolare citiamo l'aspetto della potenziale duplicazione di spesa derivante dalle coperture (assicurative e non) erogate in forma indiretta; in secondo luogo la non rilevazione del crescente fenomeno dei fondi sanitari complementari e integrativi.

Per ovviare a ciò, la spesa *Out of Pocket* (OOP) rilevata dall'Istat, è stata nettata sulla base di una nostra stima dei rimborsi previsti nel caso di coperture "indirette"; prudenzialmente si è ipotizzato che vengano gestiti in indiretta due terzi (in valore) delle coperture assicurative individuali, e la metà di quelle collettive.

Si giunge così ad una stima di spesa OOP effettiva di € 35,9 mld. nel 2018 (€ 36,0 mld. nel 2017), in riduzione dello 0,2%.

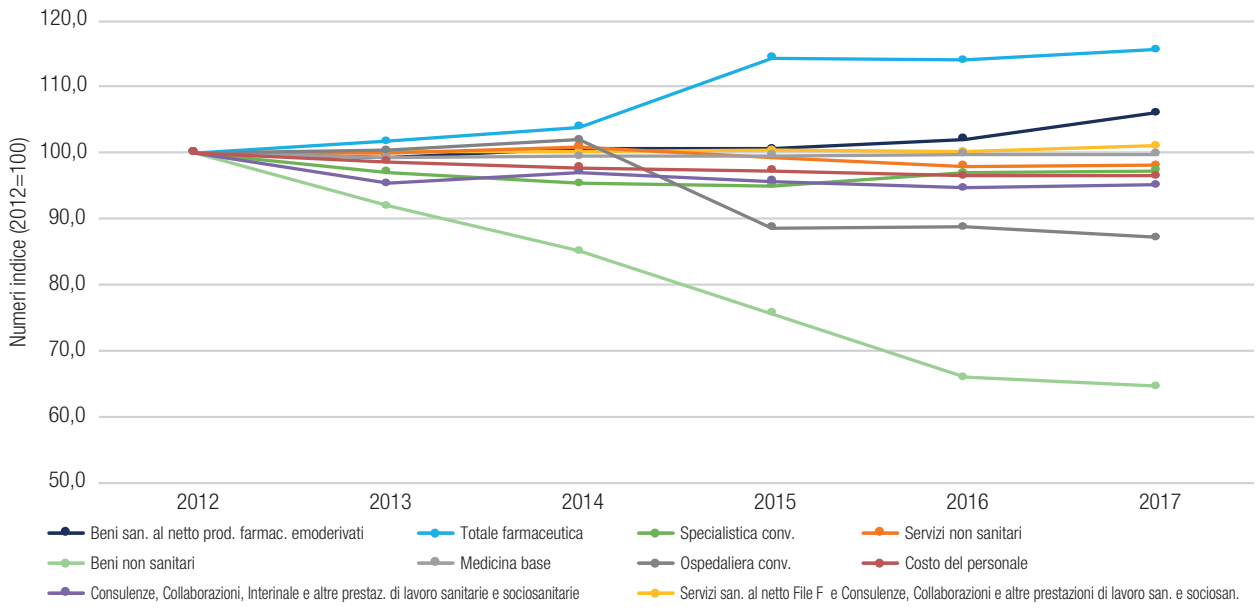
Sul versante della spesa intermediata, si dispone del dato relativo alle polizze assicurative individuali, desunta dalle voci "Rimborso spese mediche" e "LTC", nelle rilevazioni ANIA (€ 577,1 mln.).

Figura 3a.10. Quota spesa sanitaria pubblica convenzionata. Valori %



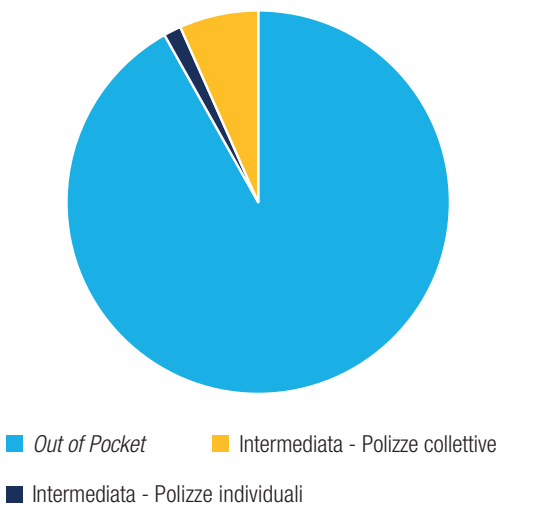
Fonte: elaborazione su dati Istat 2019- © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.11. Spesa sanitaria pubblica per funzioni



Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute) 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.12. Composizione della spesa sanitaria privata. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne l'intermediazione dei Fondi sanitari complementari (integrativi, aziendali, etc. comprendendo tutte le forme di polizze collettive), si è preso a base il dato relativo ai contributi versati (valore che è da ritenersi sottostimato), raccolto dall'anagrafe istituita presso il Ministero della Salute, che ammonta a € 2,4 mld..

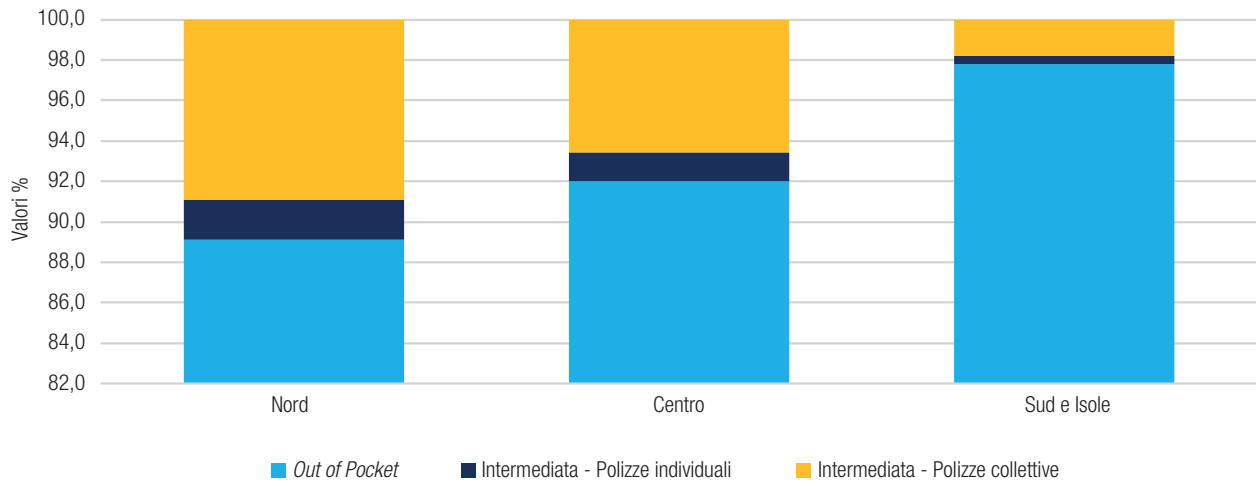
Ciò premesso, ne risulterebbe che la spesa OOP, nel 2018, rappresenterebbe circa il 91,9% del totale della spesa privata, e quella intermediata il restante 8,1% (Figura 3a.12.).

Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 10,9% della spesa privata nel Nord, l'8,0% nel Centro e solo il 2,2% nel Sud e Isole, confermando nuove forme di disuguaglianza nella distribuzione della spesa sanitaria (Figura 3a.13.).

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

Liguria, Lazio, Lombardia, e Trentino Alto Adige risultano, invece, quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata: quest'ultima ammonta rispettivamente al 18,0%, 14,6%, 12,2% e 11,1% della spesa privata totale.

Figura 3a.13. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA 2018 - © C.R.E.A. Sanità

3a.4. La spesa sociale

A completamento della analisi, possiamo analizzare la spesa riferibile a prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza e alla disabilità, largamente riconducibili a spese per forme di *Long Term Care* (LTC).

Si tratta di un insieme piuttosto eterogeneo di benefici, che comprendono prestazioni sia in natura che in denaro; in particolare:

- prestazioni di competenza comunale, propriamente sociali a rilevanza sanitaria[12]
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS[13]
- spese delle famiglie per l'assistenza agli anziani.

In altri termini, a livello pubblico, per la non-autosufficienza o disabilità sono erogate prestazioni in natura e riconducibili alla assistenza residenziale o domiciliare, ma anche numerosi trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità (pensioni di invalidità civile, assegni di invalidità, pensioni di inabilità, pensioni di invalidità ante 1984), permessi retribuiti a norma della Legge (L.) n. 104/1992 e alle prestazioni socio-assistenziali a carico dei Comuni[14].

Iniziando dalle provvidenze economiche, erogate dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, esse ammontano per il 2018 a circa € 21,4 mld. (per gli approfondimenti si veda il Capitolo 12).

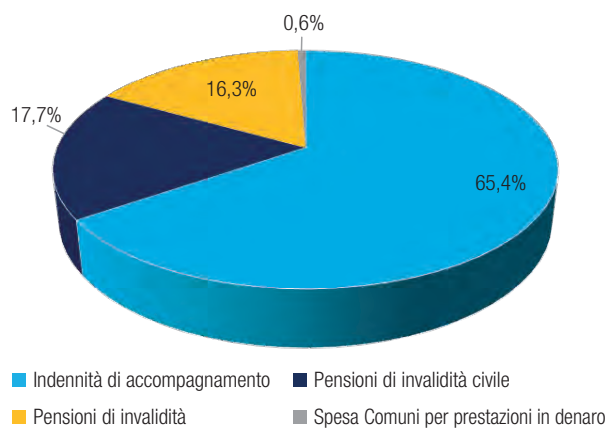
Se aggiungiamo le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani) (€ 129,9 mln.) e la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. 104/1992 per dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato (€ 2.162,9 mln.), si arriva ad un totale pari a € 23,7 mld. (Figura 3a.14.).

[12] Hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico e di aiuto domestico

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

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

Figura 3a.14. Spesa sociale per prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza ed alla disabilità. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3a.2. Spesa totale per LTC. Anno 2018

Funzioni di spesa	€ mld.	Composizione %
Spesa totale	27,3	100,0
di cui pubblica per prestazioni in natura	0,5	1,9
di cui pubblica per prestazioni in denaro	23,7	86,8
di cui privata per badanti	3,1	11,3

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Se ai citati benefici economici aggiungiamo le prestazioni in natura offerte dai Comuni, si può ipotizzare che il complessivo onere pubblico per l'assistenza di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili) possa avere raggiunto € 24,2 mld. di cui l'1,7% assorbito dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,4% da quella integrata con servizi sanitari, entrambe di competenza comunale, ed il restante 97,8% riferibile al complesso delle indennità monetarie erogate.

Sul versante della spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di assistenza a disabili e anziani, registriamo che, sulla base dei dati forniti dall'INPS nel 2016, si avrebbero 379.326 famiglie con una badante (o simili); applicando una retribuzione media annua di € 14.000,0 al netto dei contributi, si può stimare una spesa almeno di € 5,3 mld., senza peraltro considerare il fenomeno del "sommerso" che è di entità presumibilmente maggiore (Tabella 3a.2.).

Sebbene il diritto all'indennità di accompagnamento non implichi per il beneficiario obblighi circa il suo impiego, è possibile ipotizzare che tale provvidenza venga impiegata almeno in parte per coprire la spesa per le badanti: anche qualora fosse tutta destinata a questo scopo, se ne ricaverebbe che non più del 42,0% della spesa per le badanti sarebbe coperto tramite il gettito derivante dalle indennità di accompagnamento, e il residuale 58,0% (€ 3,1 mld.) rimarrebbe a totale carico delle famiglie.

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

In definitiva, secondo le nostre stime, alla spesa sanitaria si somma una ulteriore spesa per LTC di tipo sociale che supera i € 27,0 mld. annui ovvero l'1,5% del PIL.

3a.5. La spesa socio-sanitaria

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

Nel 2018, la spesa socio-sanitaria totale stimiamo ammonti a € 182,4 mld., ovvero € 3.015,3 per residente. Essa risulta essere composta per il 63,6% dalla spesa sanitaria pubblica e per il 21,4% dalla spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie.

Di essa l'85,0% è spesa sanitaria e il residuale 15,0% è spesa per prestazioni sociali.

La copertura pubblica è, pertanto, del 63,9% per la parte Sanitaria e del 13,3% per quella Sociale (Tabella 3a.3. e Figura 3a.15.).

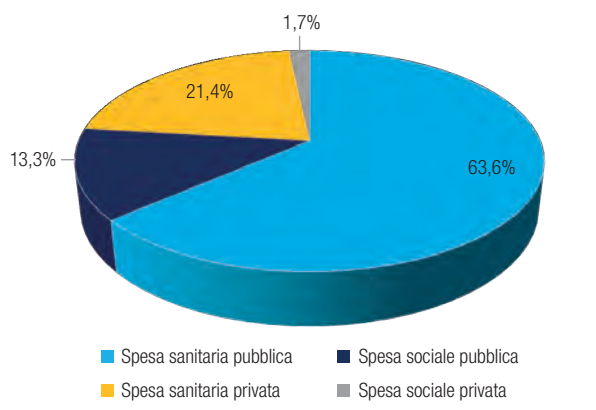
La spesa socio-sanitaria così stimata ha rappresentato, nel 2018, il 10,4% del PIL, di cui il 6,6% imputabile alla spesa sanitaria pubblica, il 2,2% a quella privata, l'1,4% ai servizi della LTC sociale pubblica ed il residuale 0,2% alla spesa privata per badanti (Tabella 3a.4.).

Tabella 3a.3. Spesa socio-sanitaria. Anno 2018

Funzioni di spesa	€ mld.	Composizione %
Spesa socio-sanitaria totale	182,4	100,0
di cui pubblica	140,2	76,9
Sanitaria	*116,0*	*63,6*
Sociale	*24,2*	*13,3*
di cui privata	42,2	23,1
Sanitaria	*39,1*	*21,4*
Sociale	*3,1*	*1,7*

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3a.15. Composizione spesa socio-sanitaria. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3a.4. Spesa socio-sanitaria, quota su PIL

Funzioni di spesa	2018
Spesa socio-sanitaria totale	10,4
di cui spesa sanitaria pubblica	6,6
di cui spesa sanitaria privata	2,2
di cui LTC pubblica	1,4
di cui LTC privata	0,2

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

3a.6. Conclusioni

La spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) italiana è significativamente inferiore a quella dei rimanenti Paesi delll'EU-Ante 1995 (-32,0%).

Si registra un progressivo distaccamento dai livelli di spesa dei Paesi EU-Ante 1995 e un avvicinamento a quello dei Paesi EU-Post 1995, per effetto di tassi di crescita italiani decisamente inferiori, per quanto coerenti con la minore crescita del PIL.

Dividendo i Paesi EU per quartili di PIL, emerge che l'Italia, che si colloca nel secondo quartile, ha una spesa sanitaria al di sopra del livello medio di spesa sanitaria dei Paesi del primo e secondo quartile ma, in entrambi i casi, il vantaggio tende ad erodersi. Rispetto ai Paesi del terzo e quarto quartile il *gap* è negativo e crescente.

Il "distacco" si è concentrato dopo il 2008, per effetto delle politiche di "efficientamento" del sistema di erogazione pubblico: tra il 2013 ed il 2018 la spesa pubblica pro-capite, pur essendo aumentata in termini nominali del 3,6% medio annuo, di fatto in termini reali è diminuita dello -0,7% medio annuo.

Per quanto concerne la spesa per funzioni, nel 2017, la spesa per la farmaceutica è nuovamente aumentata dopo una lieve flessione tra il 2015 ed il 2016, così come è aumentata la spesa per le prestazioni specialistiche erogate in strutture convenzionate e la spesa per le collaborazioni e consulenze. Tendenzialmente invariata, invece, è risultata la spesa per l'acquisto di servizi non sanitari, quella per la medicina di base e quella per il personale. La spesa per i beni non sanitari e quella relativa alle prestazioni ospedaliere acquistate da strutture convenzionate ha continuato, ancora nel 2017, a diminuire.

Dopo il 2008 si registra anche aumento della spesa privata, che cresce più che nei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995, tanto che il *gap* di tale voce si è ormai quasi annullato, malgrado un PIL pro-capite italiano inferiore alla media EU e, un sistema sulla carta universalistico e globale.

La spesa privata rimane in larga misura OOP (91,9%) a dimostrazione di una mancanza di *governance* del settore: la componente intermediata (in leggera crescita), che ammonta al restante 8,1%, per il 6,7% è attribuibile a polizze collettive (Fondi) e per il restante 1,5% alle polizze malattia individuali. Analizzandone la composizione per ripartizione geografica, si deve osservare che la componente intermediata rappresenta il 10,4% nel Nord, l'8,0% nel Centro e solo il 2,2% nel Sud e Isole, evidenziando la genesi di nuove disuguaglianze, stavolta "qualita-

tive" nella distribuzione della spesa sanitaria.

A livello regionale, si deve rimarcare che la spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata) per la Sanità, nel 2018, varia dai € 3.105,7 del Trentino Alto Adige ai € 1.907,7 della Basilicata, con una differenza che ha ormai superato € 1.190,0.

Il gradiente appare difficilmente giustificabile con differenze di bisogno, e allo stesso tempo la sua genesi dimostra che con gli attuali livelli di intervento pubblico, la redistribuzione operata dal SSN non è più sufficiente a ridurre le differenze geografiche, ponendo un evidente problema equitativo a livello di complessivo sistema sanitario.

Infine, abbiamo stimato che, nel 2018, la spesa socio-sanitaria totale ammonti a € 182,4 mld. (€ 3.015,3 pro-capite) e risulta essere composta per il 63,6% dalla spesa sanitaria pubblica e per il 21,4% dalla spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie; inoltre, l'85,0% è spesa sanitaria e il residuale 15,0% è spesa per prestazioni sociali.

Riferimenti bibliografici

1. ANIA, *Premi Danni* (http://www.ania.it/it/pubblicazioni/)
2. Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, www.istat.it
3. Ministero della Salute, *Fondi Sanitari Integrativi*.
4. Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico.*
5. OECD (2016), *Health Data Statistics*.
6. SDA Bocconi, (anni vari), *Osservatorio sui consumi privati in Sanit*à.

ENGLISH SUMMARY

The evolution of health expenditure in national and international comparisons

Healthcare expenditure in Italy is equal to € 155.1 billion, of which € 116 billion is public and € 39.1 billion is private spending. Private expenditure accounts for 25.2% of total spending.

Of this spending, the Out-of-Pocket component is equal to 91.9%; the health funds and health insurance share absorbs the remaining 8.1%, of which 6.4% is attributable to collective policies (funds) and 1.5% to individual policies.

While analyzing the composition of private expenditure by geographical breakdown, it can be seen that the non out of pocket spending accounts for 10.9% of private spending in the North, 8.0% in the Centre and only 2.2% in the South and in the Islands, namely Sicily and Sardinia.

In 2018 the expenditure for social services (not strictly healthcare ones) connected to non-self-sufficiency and disability, typically related to Long Term Care (LTC), amounted to € 27.3 billion. The largest portion (86.8%) of those spending consisted of public financial benefits (attendance allowances, civil invalidity pensions, disability pensions, vouchers, economic contributions for health services, fees for day-care centers and for other semi-residential services, fees for residential services and paid leaves pursuant to Law No. 104/1992).

Overall, the socio-healthcare expenditure analyzed amounts to € 182.4 billion.

In 2018 the gap between Italy's current healthcare spending and that of the other pre-1995 EU countries reached 32.0% for total healthcare expenditure and 37.1% for public healthcare expenditure (it should be noted that in 2000 the gap was equal to 23,0%), conversely, the gap for current private expenditure was 11.4%, considering that it had decreased by 7.1 over the last five years.

The trend in recent years has been for Italy to "progressively move away" from the spending levels of the pre-1995 EU countries and to "progressively move closer" to those of the post-1995 EU countries, where spending grows at a much faster rate.

In 2018 the total per-capita healthcare expenditure stood at € 2,564.2, up by 2.9% compared to 2017. The difference between the Region recording the maximum (standardised) spending and the Region recording the minimum one was 62.6%, equal to € 1,196. Even excluding the Regions with a special status, the difference remained considerable and equal to € 960 (50.3%).

Per-capita public expenditure amounted to € 1,917.9 (up by 1.6% compared to 2017 and by a 1.2% yearly average over the five-year period). The difference between the Region recording maximum expenditure and the Region recording the minimum one amounted to 35.4%, equal to € 657.2. Not considering the Regions with a special status, the difference was still 8.2%, equal to € 152.5.

The analysis of the public expenditure composition shows that in 2017 pharmaceutical expenditure increased again after a slight decrease between 2015 and 2016. Also expenditure on specialist services provided in accredited facilities (operating under a special arrangement with the NHS), as well as expenditure on collaboration and consultancy services increased. Conversely, the spending for purchasing non-health services, as well as spending for general practitioner and for staff tended to remain unchanged. Expenditure on non-health goods and on hospital services purchased from accredited facilities kept on decreasing.

In 2018 the household per-capita healthcare expenditure was equal to € 646.4, up by 0.5% (€ 3.1) compared to 2017. The difference between the Region recording the maximum expenditure and the

Region recording the minimum one was 124.1%, equal to € 520.7.

Ultimately, the regional differences in per-capita expenditure levels show that the gap seems difficult to be justified with differences in terms of needs. At the same time, its origin shows that, with the current public intervention levels, now in line with the average levels in post-1995 EU countries, the redistribution made by the NHS is no longer sufficient to reduce or eliminate unwanted geographical differences, thus posing a clear equity problem.

CAPITOLO 3b
Politiche del personale

d'Angela D.[1], *Spandonaro F.*[1]

3b.1. Introduzione

Il dibattito sulle politiche del personale ha recentemente visto invertirsi completamente il suo focus: dopo anni di interventi tesi a contenere la crescita della spesa, funzionali al risanamento finanziario dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), è emerso con decisione il problema del ricambio degli organici e del connesso rischio di carenze.

La mancanza di una adeguata programmazione dei fabbisogni appare evidente; ma ciò che più conta è che ci si è lanciati alla ricerca di soluzioni alla paventata carenza di personale, principalmente medico, senza colmare propedeuticamente le carenze di informazione, che hanno sinora impedito, come anticipato, una adeguata programmazione.

Seppure con il limite di un approccio aggregato, ovvero su dati regionali che non arrivano al dettaglio professionale che sarebbe auspicabile, nel presente contributo si tenta di fornire un quadro organico dell'evoluzione degli organici e della relativa spesa, al fine di supportare le politiche future del settore.

Vale la pena di iniziare ricordando come la Legge (L.) n. 296/96 del 2006 (Legge finanziaria 2017), in pieno sviluppo della *spending review*, pose un tetto alla spesa del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, fissato nella misura del livello 2004 ridotto dell'1,4%; la riduzione è stata poi portata all'1,3%, sempre della spesa 2004, con la L. n. 205/2017 (legge di bilancio per il 2018).

Di recente il legislatore è nuovamente intervenuto con un accordo tra Ministero della Salute, Mef, PA e Regioni (Articolo X "Disposizioni in materia di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale") "sbloccando" il tetto, che viene fissato al livello di spesa del personale del 2018, incrementato annualmente di un importo pari al 5% dell'incremento registrato dal Fondo sanitario. Alle Regioni è poi lasciata facoltà di incrementare ulteriormente i limiti fino ad un ammontare pari alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati.

In altri termini, si passa da un limite superiore statico nel tempo, ad un limite che cresce dinamicamente in proporzione ai maggiori finanziamenti accordati al settore sanitario.

Si noti che entrambe le legislazioni citate, quella vigente e quella del 2006, impongono tetti che non prendono in considerazione la composizione degli organici (si applicano al personale dipendente nel complesso senza alcuna specificazione), non definiscono standard di personale funzionali al buon funzionamento delle strutture e, infine, non considerano i diversi "punti di partenza" (consistenza dell'offerta) delle Regioni.

Di seguito proveremo, in successione, ad analizzare se, e in che misura, sia stato rispettato il tetto imposto nel 2017; i motivi degli eventuali scostamenti; la modificazione del rapporto fra personale e bisogni operativi delle strutture ospedaliere e territoriali; le diversità regionali in tema di organici.

3b.2. Il tetto ex L. n. 205/2017

La spesa per il personale (dipendente) del 2004 ammontava a € 29,5 mld.; tale valore decurtato dell'1,3% risulta di € 29,1 mld., che doveva rappresentare il limite massimo di impegno.

Come si evince dalla Figura 3b.1., il limite di spesa previsto non è stato rispettato affatto, ed è al 2017 superiore di € 5,2 mld. ovvero del 15,1%; al 2018, la

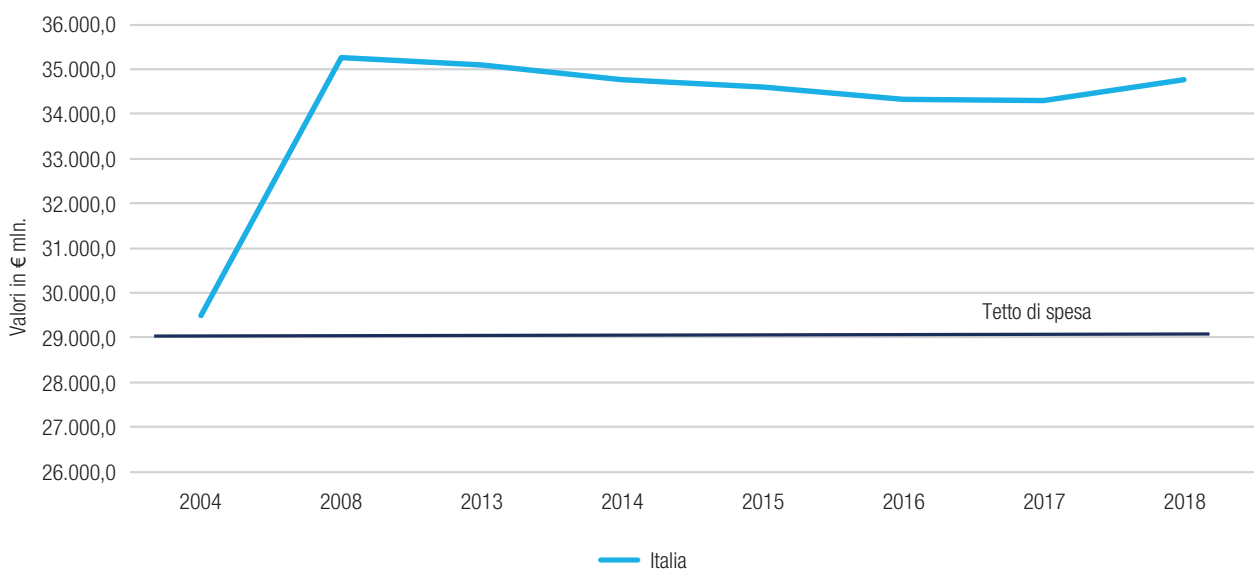
[1] Università degli studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Corte dei Conti nel suo Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2019 riporta un ulteriore sforamento che raggiunge così € 5,5 mld.

Il tetto non è stato rispettato in nessun anno; il *trend* della spesa per il personale ha registrato un aumento del +19,5% dal 2004 al 2008, per poi rimanere sostanzialmente costante dal 2008 al 2017 ed aumentare lievemente nel biennio 2017-2018 del +1,4%.

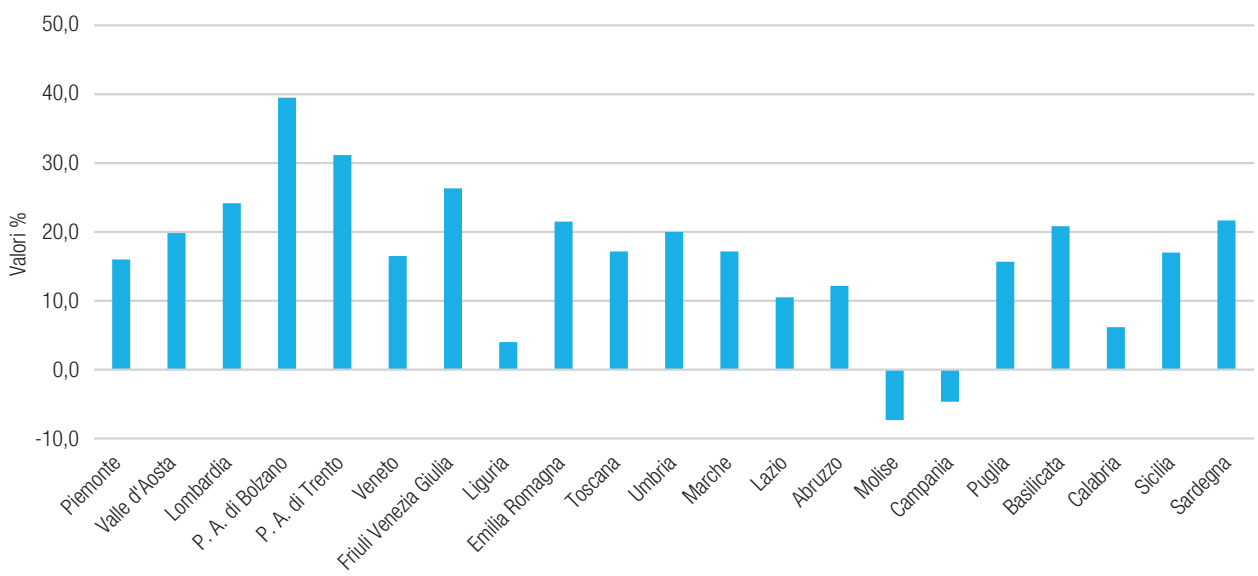
Come si evince dalla Figura 3b.2., gli "sforamenti" a livello regionale sono stati diversificati e con una netta diversificazione fra Regioni in Piano di Rientro e Regioni che non lo sono.

Figura 3b.1. *Trend* spesa per il personale



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3b.2. *Gap* regionali della spesa per il personale vs tetto ex L. n. 205/2017. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti - © C.R.E.A. Sanità

Nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2019 la Corte dei Conti registra come «*gli importi sono di oltre il 23% maggiori nelle Regioni non in Piano e dell'8,5% per cento in quelle in Piano*»; le Regioni che hanno mantenuto livelli di spesa maggiori hanno comunque garantito l'equilibrio dei conti, coprendo il differenziale con risorse proprie; allo stesso tempo anche le Regioni in Piano di Rientro hanno, ad eccezione della Campania, superato il limite di spesa previsto.

Solo Molise e Campania sono sotto il tetto, rispettivamente del 7,2% e del 4,6%.

La Liguria sfora al 2018 del 3,0%, ma all'altro estremo la P.A: di Bolzano del 39,5%, con la Lombardia (+24,2%) che risulta la "prima" fra le Regioni a statuto ordinario.

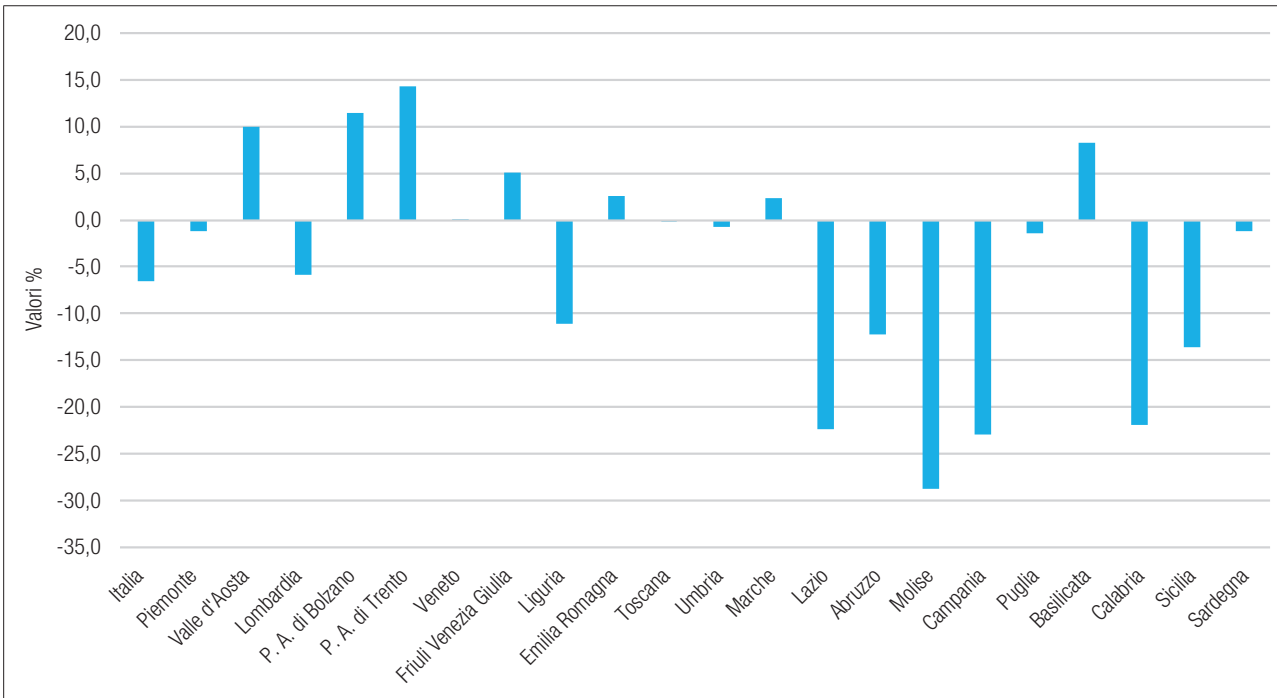
Preso atto del sostanziale fallimento nominale della norma, sorge lecita la domanda sulla consistenza dell'allarme sulla carenza di personale; questa ultima è stimata in base alla fuoriuscita prevista del personale nei prossimi anni; certamente il problema è sentito ma, allo stesso tempo, tale evidenza deve essere resa coerente con la constatazione che le norme di programmazione sinora in vigore sembrerebbero prevedere ben altre riduzioni di personale.

In altri termini, sembra utile riportarne la quantificazione delle carenze in un quadro organico capace di mettere insieme consistenza degli organici, costi del personale e bisogni delle strutture del SSN.

3b.3. Determinanti del *trend*

Al 2017 registriamo 624.952 unità di personale dipendente, contro i 668.673 del 2004, con una riduzione di 43.721 unità, pari al 6,5% degli organici 2004. Come si evince dalla Figura 3b.3., alcune Regioni hanno ridotto gli organici e altre li hanno aumentati[2]:

Figura 3b.3. Variazione 2017/2014 unità di personale dipendente



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

[2] Si tenga conto che trattasi di unità e non di unità equivalenti e quindi i confronti non sono necessariamente scevri da distorsioni

ad un estremo troviamo il Molise che li ha ridotti del 28,8%, all'altro la P.A. di Trento che li ha aumentato del 14,3%; fra le Regini a Statuto ordinario la Basilicata ha registrato l'aumento maggiore: 8,3%.

Un primo dato che si rende evidente è che lo sforamento è in media dovuto all'incremento delle retribuzioni medie, derivante anche dai rinnovi contrattuali, i cui effetti presumibilmente andrebbero eliminati dai confronti: esse sono aumentate da € 44.125 del 2004 a € 54.878 del 2017, con un incremento del 24,4% (v.m.a. 1,2%); l'incremento minimo si registra in Valle d'Aosta (+10,6%), seguita dalla Basilicata (+14,2%), che è la Regione a Statuto ordinario con l'incremento maggiore delle unità dipendenti; l'incremento massimo si registra nel Lazio (+41,6%) che di contro è quella che ha ridotto maggiormente il personale.

Va detto che nel periodo considerato il potere di acquisto delle retribuzioni (misurato con l'indice dei prezzi al consumo delle famiglie di operai e impiegati) è stato apparentemente conservato, anche se non in tutte le Regioni: a livello nazionale si è registrato un aumento del +0,13%, ma il dato è spurio per effetto della variazione della composizione degli organici: in altri termini gli incrementi sono frutto tanto dei rinnovi, quanto della modifica della composizione del personale.

A livello regionale (Figura 3b.4.), con il caveat sopra espresso, Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Campania, Puglia e Basilicata registrano incrementi solo nominali: in termini reali il decremento varia dal massimo della Valle d'Aosta (-0,55%), ad un minimo della Campania (-0,03%).

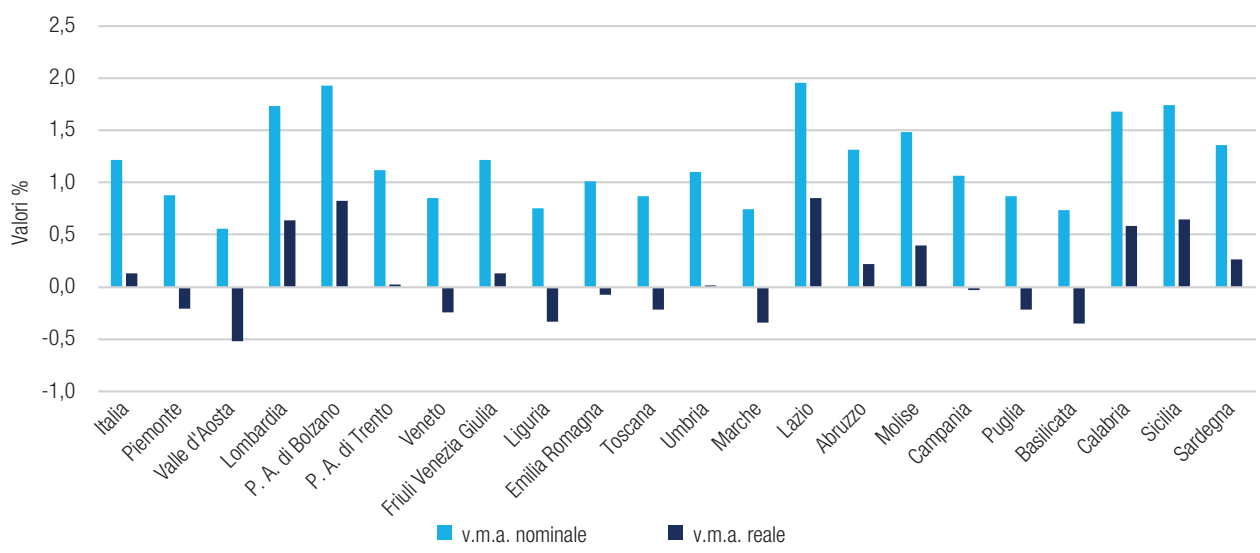
Le uniche due Regioni che hanno rispettato il tetto (ricordiamo Molise e Campania), hanno registrato una forte diminuzione dei dipendenti (rispettivamente del 28,8% e del 22,9%), e un aumento altrettanto significativo della spesa media per dipendente (rispettivamente del 30,5% e del 20,9%).

3b.4. Consistenza degli organici

Dalle analisi del paragrafo precedente appare evidente che dietro il *trend* complessivo, si cela anche una ricomposizione degli organici.

Analizziamo qui due macro fenomeni. Il primo, riguarda i ruoli professionali: il personale sanitario si è anch'esso ridotto (Figura 3b.5.), ma di circa un terzo (-2,3% verso -6,5%) rispetto al totale, e questo implica che in media è aumentata la quota ad esso riferita. In generale nel Nord il personale sanitario aumenta, mentre nel Sud diminuisce tranne che in Basilicata, Puglia e Sardegna.

Figura 3b.4. Variazione % 2018/2004 nominale e reale della spesa per dipendente



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti e Istat - © C.R.E.A. Sanità

L'altro fenomeno è quello della modifica di distribuzione degli organici fra strutture di ricovero e altre strutture.

Il personale dipendente delle strutture di ricovero si è anch'esso ridotto (Figura 3b.6.), ma di circa due terzi (-4,9% verso -6,5%) rispetto al totale; anche in questo caso ne risulta che in media è aumentata la quota ad esso riferita. Anche in questo caso, il Nord vede aumentare il personale delle strutture di ricovero, mentre nel Sud diminuisce tranne che in Sardegna.

Parallelamente il personale dipendente delle strutture non di ricovero, si è ridotto (Figura 3b.7.) più che proporzionalmente (-10,9% verso -6,5%) rispetto al totale; risultano in controtendenza solo P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Puglia e Basilicata.

In definitiva, le strategie regionali sono fortemente diversificate; in media si è assistito ad un depauperamento (con poche eccezioni) degli organici nelle strutture non di ricovero, in buona misura inaspettato data la continuamente ribadita volontà politica di rafforzare "il territorio". La distribuzione degli organici, sempre considerando la riduzione media complessiva, si sposta verso le strutture di ricovero e, in qualche modo coerentemente, verso il personale dei ruoli sanitari.

Nondimeno, per meglio apprezzare l'entità dell'impatto delle riduzioni citate, va considerato che nel periodo in osservazione l'attività ospedaliera si è drasticamente ridotta, mentre sul "territorio" è lecito aspettarsi un incremento, se non altro legato all'invecchiamento.

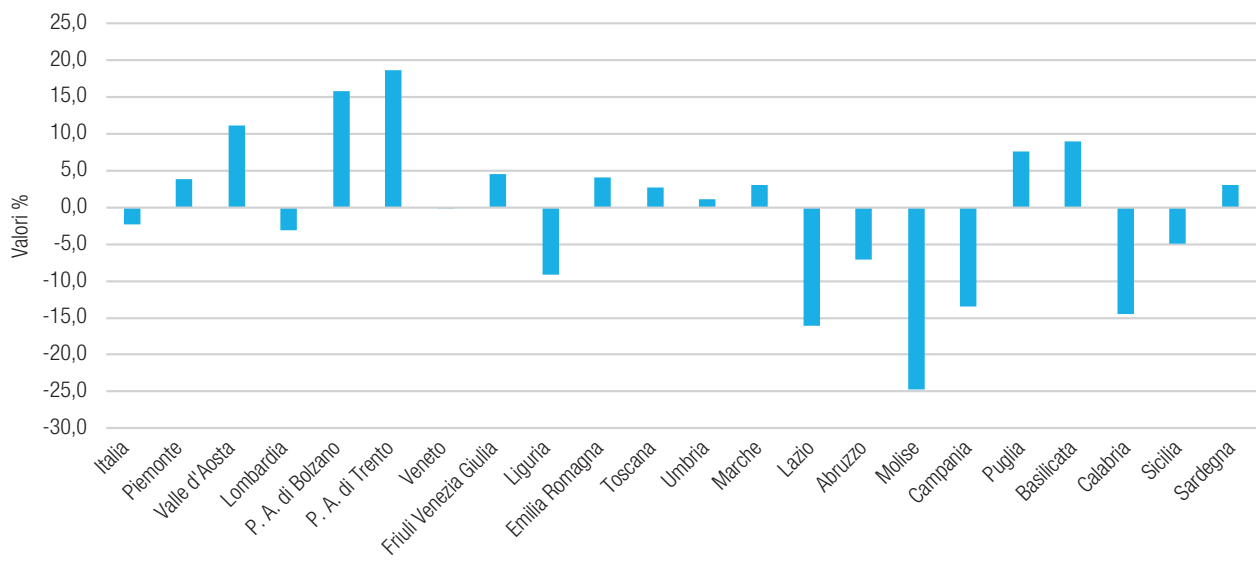
Rapportando il personale delle strutture di ricovero alle giornate di degenza erogate, otteniamo che nel 2004 (Figura 3b.8.) i dipendenti per 1.000 giornate di degenza erano in media 8,4 ed aumentano a 10,7 nel 2017; il dato si conferma considerando il ruolo sanitario, per il quale si passa da 6,1 a 8,1.

In altri termini, nel complesso la dotazione organica delle strutture di ricovero è aumentata, ed è altresì aumentato il rapporto fra sanitari ed altri (da 2,7 a 3,1).

La riduzione delle altre figure è certamente effetto delle politiche di esternalizzazione, più frequenti per i non sanitari.

Lo spostamento di una parte dell'onere dal personale ai servizi conferma, e anzi aumenta la quantificazione dell'incremento di dotazione per unità di "erogazione",

Figura 3b.5. Variazione 2017/2014 unità di personale sanitario

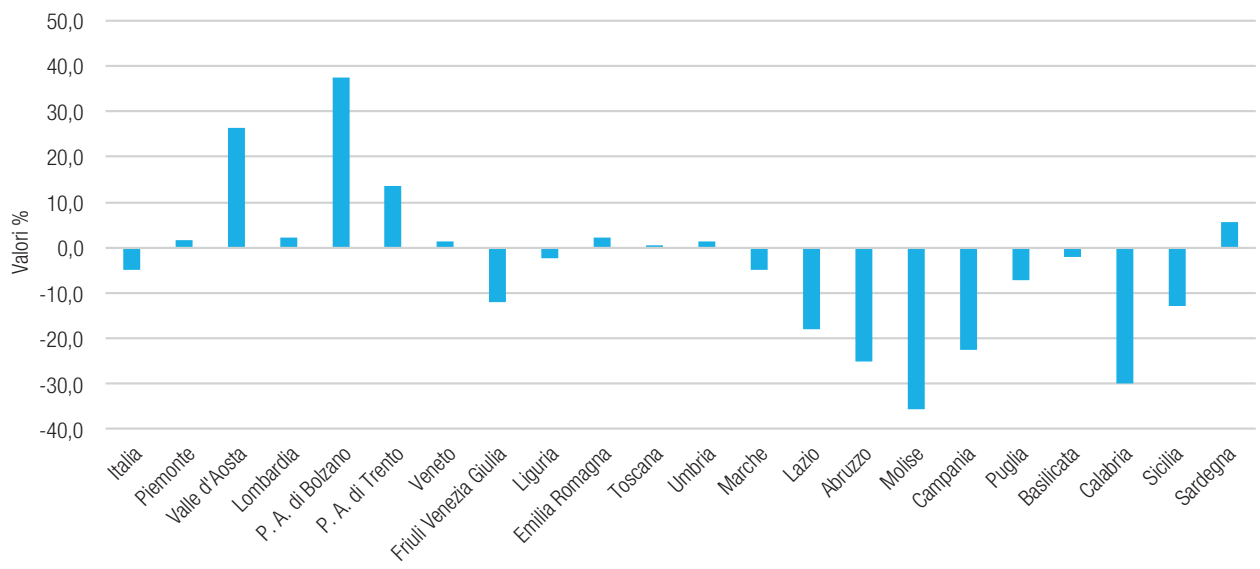


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Allo stesso tempo lo spostamento di una quota di attività sui day service, almeno in parte potrebbe compensare il fenomeno osservato; non si tiene, inoltre, neppure conto della specialistica, per la quale si assiste però ad una costanza, se non una riduzione nel tempo delle prestazioni erogate (si veda Capitolo 8a).

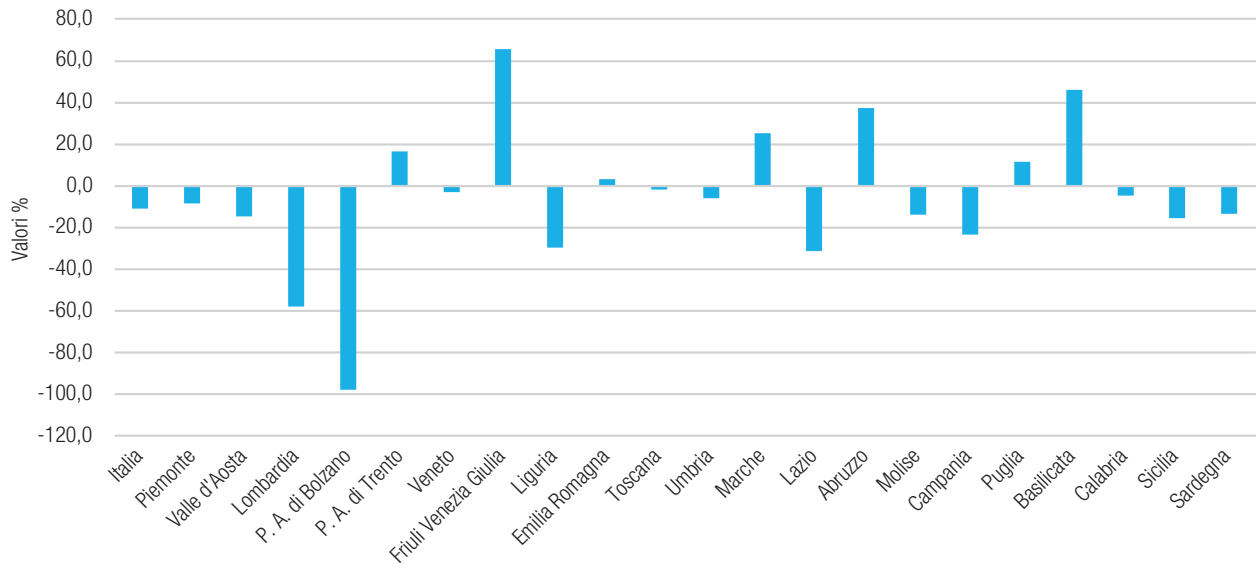
Si noti che la dotazione organica delle strutture di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, tranne la Campania in cui è rimasta immutata, con un massimo di 6,8 unità per 1.000 giornate di degenza nella P.A. di Bolzano.

Figura 3b.6. Variazione 2017/2014 unità di personale strutture di ricovero



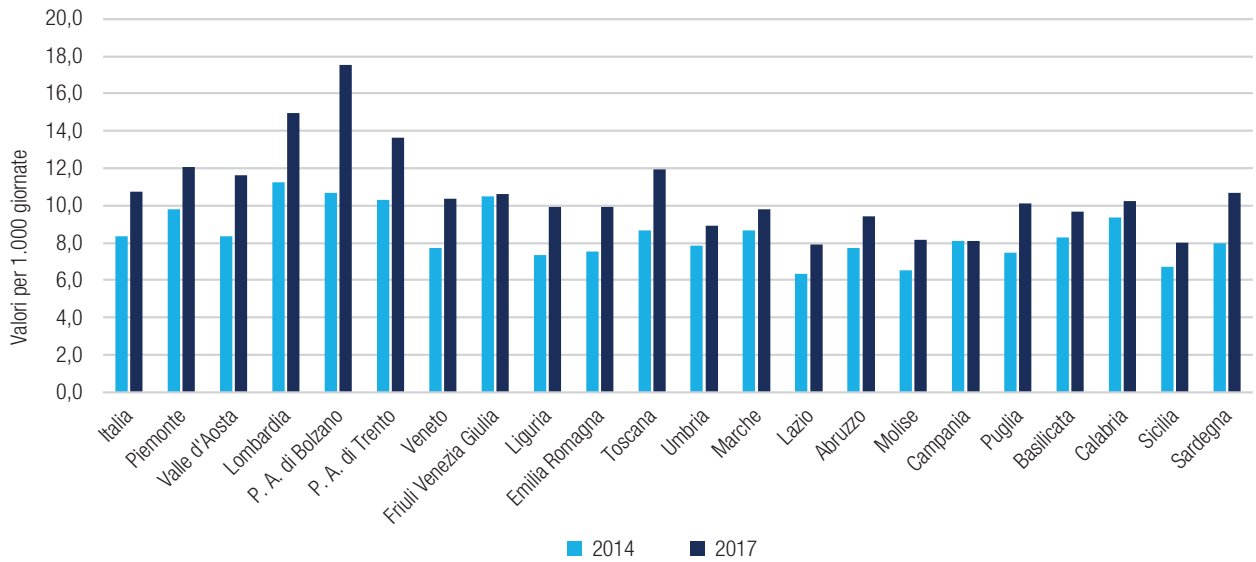
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3b.7. Variazione 2017/2014 unità di personale delle strutture non di ricovero



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

Figura 3b.8. Personale strutture di ricovero per 1.000 giornate di degenza

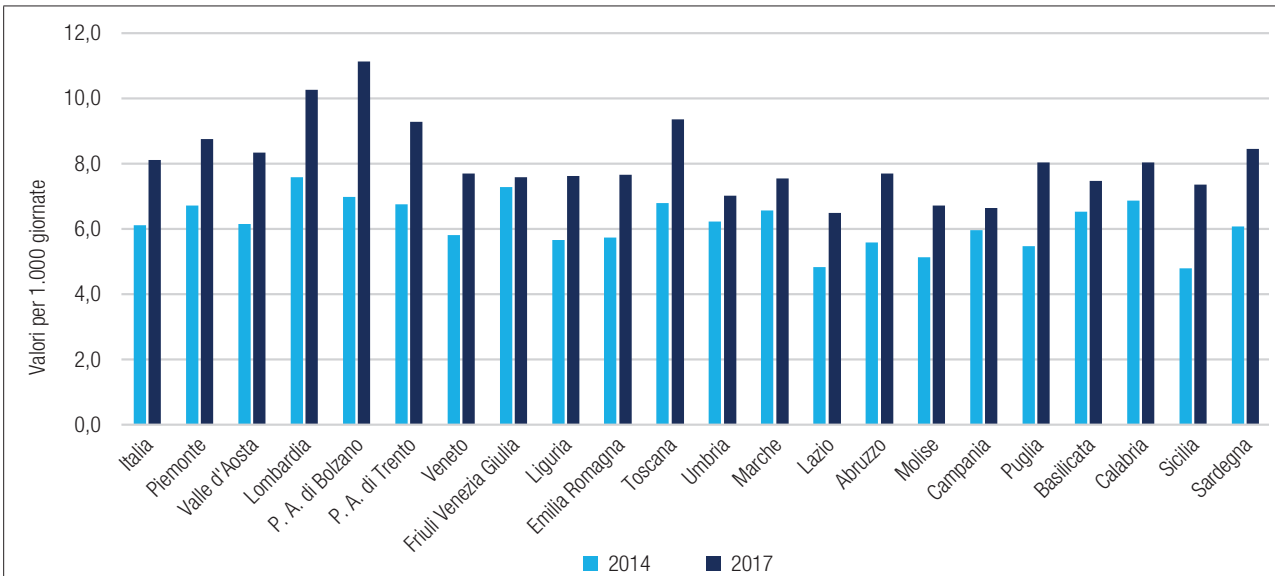


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Analogamente (Figura 3b.9.) la dotazione organica di personale sanitario delle strutture di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, da un mimino di 0,3 unità per 1.000 giornate di degenza del Friuli Venezia Giulia ad un massimo di 4,1 della P.A. di Bolzano.

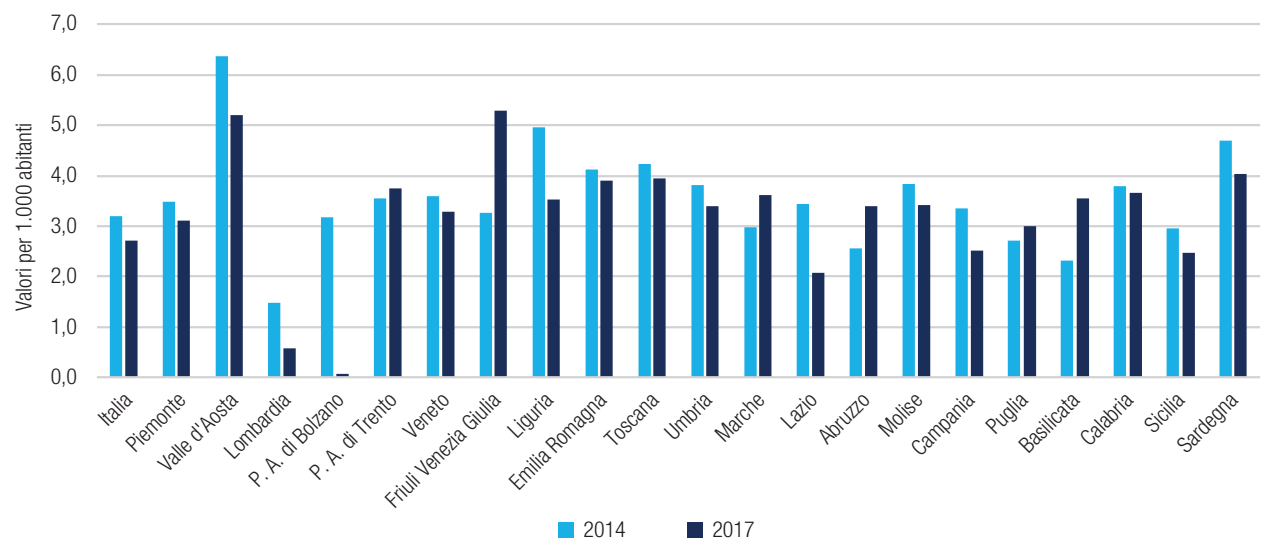
Infine, aumenta di norma il rapporto fra sanitari e altri, con un massimo di 1,8 unità sanitarie in più in Abruzzo e Campania; fanno eccezione Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Veneto, Toscana, Umbria e Basilicata con minime diminuzioni.

Figura 3b.9. Personale sanitario strutture di ricovero per 1.000 giornate di degenza



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

Figura 3b.10. Personale sanitario strutture non di ricovero per abitante



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

Parallelamente diminuiscono da 3,2 a 2,7 per 1.000 abitanti, le unità dipendenti delle strutture non di ricovero (Figura 3b.10.).

La diminuzione massima si registra nella P.A. di Bolzano (-3,1 unità per 1.000 abitanti), seguita la Lazio e Liguria (-1,4).

Il personale "sul territorio" aumenta solo in Friuli Venezia Giulia (+2,0 per 1.000 abitanti), P.A. di Trento (+0,2), Marche (+0,6), Abruzzo (+0,8), Puglia (+0,3) e Basilicata (+1,2).

In definitiva, contrariamente alle aspettative, si conferma che la riduzione dei dipendenti è in generale meno che proporzionale alla riduzione della attività (misurata in giornate di degenza) e che si rafforza la componente sanitaria nelle strutture di ricovero.

Allo stesso tempo, "sul territorio" (ovvero nelle altre strutture non di ricovero), il personale dipendente in generale diminuisce, confermando lo scarso investimento sull'assistenza primaria.

3b.4. Differenze regionali

Come rilevato anche dalla Corte dei Conti nella Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2019, il "dato di partenza" 2004 sul personale a livello regionale era difforme, e l'effetto dei tetti è stato quello di peggiorare la situazione.

Nel 2004 il personale per 1.000 giornate di degenza nelle strutture di ricovero del Nord era pari a 9,2 unità, contro le 7,6 del Sud (7,5 nel Centro), con un differenziale tra le Regioni di 5,0 unità (Figura 3b.11.).

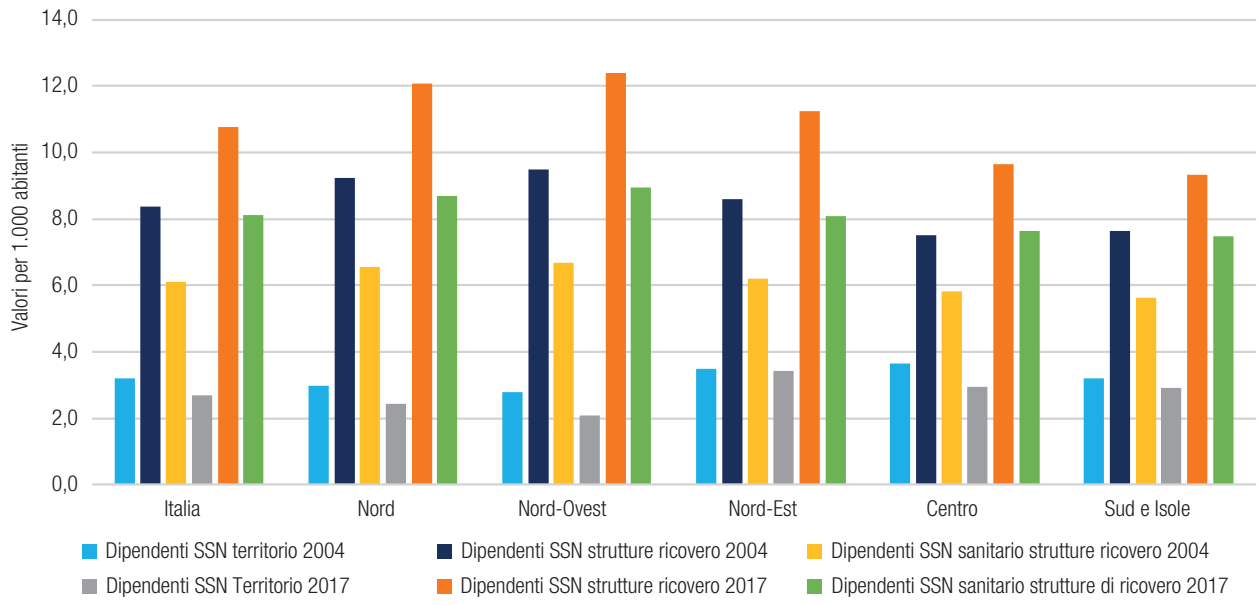
Nel 2017 il personale per 1.000 giornate di degenza nelle strutture di ricovero del Nord è arrivato a 12,1 unità, contro le 9,3 del Sud (9,6 nel Centro), con un differenziale tra le Regioni che si è quasi raddoppiato arrivando a 9,6 unità, anche per effetto del blocco del *turn over* imposto alle Regioni in Piano di Rientro.

In termini di personale sanitario, nel 2004, sempre per 1.000 giornate di degenza, nelle strutture di ricovero del Nord avevamo 6,5 unità, contro le 5,6 del Sud (5,8 nel Centro), con un differenziale di 0,9 unità.

Nel 2017 il personale sanitario per 1.000 giornate di degenza nelle strutture di ricovero del Nord è arrivato a 8,7 unità, contro le 7,5 del Sud e 7,7 del Centro (che peggiora in termini relativi, perdendo il vantaggio rispetto al Sud), con un differenziale che cresce arrivando a 1,1 unità.

In controtendenza, il personale nelle strutture non di ricovero, nel 2004, nel Nord ammontava a 3,0 unità per 1.000 abitanti, contro le 3,2 del Sud (3,7 nel Centro), con un differenziale di 0,2 unità.

Figura 3b.11. Differenziali di organico (personale dipendente)



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

Nel 2017 nel Nord scende a 2,4 unità, contro le 2,9 del Sud (3,0 nel Centro), con un differenziale che diventa negativo, seppure minimo.

In definitiva si conferma che il regime del tetto ha allargato la forbice fra Regioni del Nord e del Sud (e anche del Centro), che poi è anche una ripartizione che segue in larga misura la suddivisione fra regioni in Piano di Rientro e Regioni "esenti".

Per precisione, la forbice si è allargata per quanto concerne le strutture di ricovero, mentre si è annullata per le altre strutture, peraltro per effetto di un generale allineamento verso il basso degli organici.

In prospettiva, la possibilità di utilizzare una parte dell'incremento del fondo per incrementare la spesa per il personale e, quindi, assumere personale, tende a congelare definitivamente le differenze rilevate; sempre poi che non venga assorbita per aumenti delle retribuzioni.

Anche qualora fossero solo le Regioni con minori organici a usufruire della flessibilità introdotta, i tempi per colmare il *gap* sarebbero non brevi, dato che, come rileva ancora la Corte dei Conti, gli incrementi previsti sono di modesta entità: € 55 mil. a livello nazionale per il 2019.

Di fatto se si volesse "solo" riparametrare la situazione agli standard del 2004 (per quanto si tratti di uno scenario ormai improponibile, visti i cambiamenti intercorsi nelle tecnologie e quindi nelle organizzazioni), l'organico dovrebbe ridursi di oltre 72.000 dipendenti, di cui 102.000, nelle strutture di ricovero e 30.000 in più nelle altre, comportando una riduzione di spesa di € 4,0 mld..

Ma se si volesse omogeneizzare la situazione agli standard del Nord rilevati nel 2017, servirebbero invece 96.000 dipendenti in più, di cui 66.000 nelle strutture di ricovero e 30.000 nelle altre, con un costo aggiuntivo di € 4,0 mld..

3b.5. Conclusioni

L'analisi congiunta, dei dati di spesa per il personale e della numerosità dei dipendenti, mostra con chiarezza che il tetto sulla spesa per il personale riferito ai livelli del 2004 è stato ampiamente disatteso.

Pur essendo diminuito il personale, la spesa è aumentata significativamente per effetto dell'aumento della spesa media per dipendente che, almeno in parte, è effetto di una ricomposizione degli organici fra i diversi ruoli, che ha visto una crescita del per-

sonale del ruolo sanitario. In ogni caso, l'incremento medio della spesa per dipendente, in termini reali, risulta negativo, confermando una perdita di potere di acquisto dei dipendenti del SSN.

Quest'ultimo problema appare rilevante nella misura in cui le prospettive di formare più personale nei prossimi anni, senza una efficace politica retributiva, potrebbe rivelarsi un *flop*, determinando la fuga dei migliori professionisti formati verso sistemi sanitari che meglio li remunerano.

La diminuzione del personale, pur significativa, è meno che proporzionale alla riduzione dell'attività ospedaliera nel frattempo intercorsa, che abbiamo misurato in termini di giornate di degenza.

In altri termini, la diminuzione della risorsa personale è in larga misura compensata dalla de-ospedalizzazione, tanto che il personale (sia totale che sanitario) per giornata di degenza è in verità aumentato; come anche è aumentato il rapporto fra personale sanitario e altre qualifiche.

Quanto sopra ci sembra che dimostri con evidenza che il problema delle carenze è molto più qualitativo che non quantitativo: ne segue che è auspicabile un serio approfondimento dei bisogni del SSN, utile a supportare una efficace programmazione a medio termine; eventuali interventi "lineari" rischiano di essere inefficienti (come argomentato le carenze sono di "tipo" specifico e non generalizzabili), iniqui (in quanti portatori di ulteriori *gaps* geografici) e, quindi, presumibilmente anche inefficaci.

Allo stesso tempo, gli organici nelle altre strutture (non di ricovero) si è ridotto, senza peraltro considerare che la popolazione è anche invecchiata: questo fenomeno mette in luce una mancato investimento nelle strutture "territoriali" del SSN.

La normativa ha di fatto ampliato le differenze di dotazione già esistenti nel 2004: più precisamente, ha provocato un significativo allargamento della forbice fra Nord e Sud (ma anche Centro) a livello "ospedaliero"; si è ridotta quella nelle strutture "territoriali" ma per effetto di un generalizzato allineamento verso il basso.

La nuova regolamentazione del settore, come peraltro già notato dalla Corte dei Conti, non sembra poter essere efficace nel ridurre i *gaps* geografici. Al più congelerebbe lo status quo che, come detto, è peggiore di quello del 2004.

L'entità degli investimenti resi possibili, anche qualora fossero utilizzati solo dalle Regioni con minore disponibilità di personale, richiederebbero tempi lunghi per produrre gli effetti sperati, essendo di dimensione inadeguata rispetto alle differenze geografiche in essere nel sistema. Senza considerare che non si tratta, poi, di finanziamenti aggiuntivi, e che quindi vanno a scapito di altre attività assistenziali.

Una analisi di scenario condotta da C.R.E.A. Sanità, infine, mostra che per annullare le attuali differenze, portando tutte le Regioni ai livelli medi del Nord, sarebbero necessari € 4 mld. e quasi 96.000 unità dipendenti in più.

Riferimenti bibliografici

1. Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica* (2019)
2. *Database* I.stat (anni vari)
3. Ministero della Salute, *Annuario sul personale* (anni 2004-2019)

ENGLISH SUMMARY
Staff policies

The debate on the NHS staff policies has recently seen a complete reversal of its focus. After years of interventions and measures designed to curbing the spending growth - aimed at the financial recovery of the Regional Health Services (RHSs) - the problem of staff turnover and the associated risk of shortages has clearly emerged.

This contribution analyses whether, and to what extent, the spending ceiling imposed in 2004 (and changed in 2017) has been complied; the reasons for any deviations; the change in the relationship between staff and operational requirements of hospital and territorial structures; the regional differences in terms of staffing levels.

The joint analysis of staff spending data and the staffing levels has clearly shown that the staff spending ceiling based on the 2004 levels has been largely disregarded.

Although staff has decreased, spending has risen significantly as a result of the increase in average spending per employee, due to purchasing power protection, but also to the rearrangement of the workforce among the various job profiles and roles, which saw an increase in the amount of healthcare staff.

The retributive aspect appears relevant insofar as the prospects of training more staff in the coming years - without an effective remuneration policy - could prove to be a failure, thus leading to the flight of the best trained professionals to health systems that remunerate them better.

The staff reduction, albeit significant, is less than proportional to the reduction in hospital services provided in the meantime, measured in terms of number of days spent in hospital.

In other words, the staff decrease is largely offset by de-hospitalisation, so much so that the staff (both the total and the medical staff) per day in hospital has actually increased (from 8.4 in 2004 - to 10.7 employees in 2017 per 1,000 days in hospital). Similarly, the ratio between health staff and other job profiles has also increased.

It would therefore seem that the problem of shortages is much more qualitative than quantitative and that an in-depth analysis of the NHS needs would be desirable, so as to support effective medium-term planning.

At the same time, the staffing levels in the other structures (not for hospitalization) have decreased (from 3.2 to 2.7 employees per 1,000 inhabitants), without considering also the aging of population. This phenomenon highlights a lack of investment in the NHS "territorial" structures.

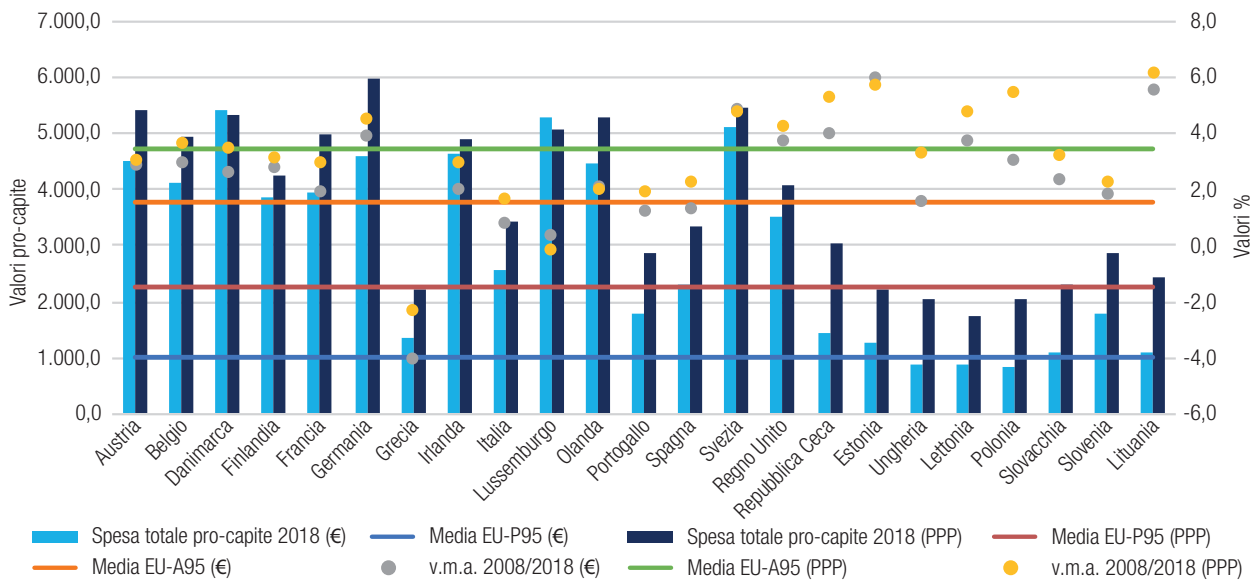
The regulations have, in fact, increased the differences in equipment and resources between the North and the South (but also in Central Italy) at "hospital" level, already existing in 2004. They have instead reduced the differences in the "territorial" structures, but as a result of a generalised downward alignment.

The recent (new) regulation of the sector does not seem to be effective in bridging geographical gaps.

The investments made possible with the latest legislative interventions and measures - even if they were used only by the Regions with lower staffing levels - would take a long time to produce the desired effects, since they are inadequate compared to the geographical gaps existing in the system. Not to mention the fact they are not additional funds and hence go to the detriment of other healthcare services.

The scenario analysis made by C.R.E.A. Sanità shows that € 4 billion and almost 96,000 additional employees would be needed to even out the current differences, thus bringing all Regions to the average levels recorded in the North of Italy.

KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2018

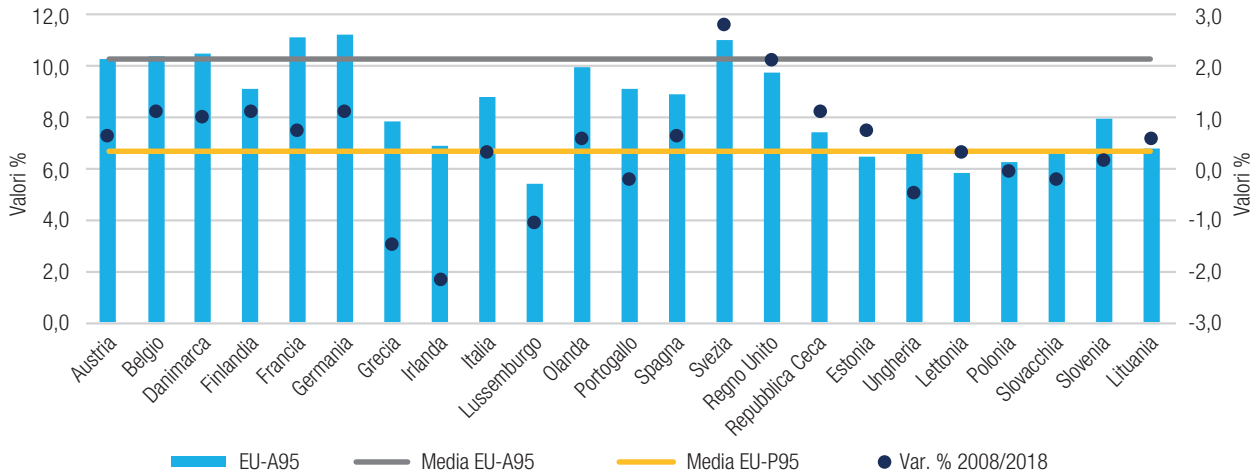


* In caso di dato mancante, è stato considerato l'ultimo anno disponibile

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, la spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2018, si attesta a € 2.560,0 con un *gap* del -32,0% rispetto al valore medio dei rimanenti Paesi dell'EU-Ante 1995 (€ 3.764,9). Meno dell'Italia spendono solo la Grecia (€ 1.349,2 pro-capite), il Portogallo (€ 1.782,6) e la Spagna (€ 2.294,3). Nel periodo analizzato solo il Lussemburgo (+0,3% medio annuo) ha avuto una crescita inferiore a quella dell'Italia (+0,7% medio annuo). La spesa sanitaria totale pro-capite nei Paesi EU-Post, invece, è pari a € 994,1 pro-capite: circa un quarto della media dei Paesi EU-Ante 1995. Il tasso di crescita medio annuo nei Paesi dell'EU-Post 1995, è del +3,1%, superiore a quello dei Paesi dell'EU-Ante 1995 (+2,8%). I risultati si confermano utilizzando valori pro-capite in PPP (*Purchasing Power Parity*): lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-Ante 1995 nel 2018 è del 27,1% (€ 3.427,8 vs € 4.703,8). La spesa media dei Paesi EU-Post 1995 risulta circa la metà di quella media dei Paesi dell'area EU-Ante 1995, sebbene abbia ottenuto nel periodo 2008-2018 un tasso medio annuo di crescita superiore di 1,3 punti percentuali (+4,7% vs + 3,4%).

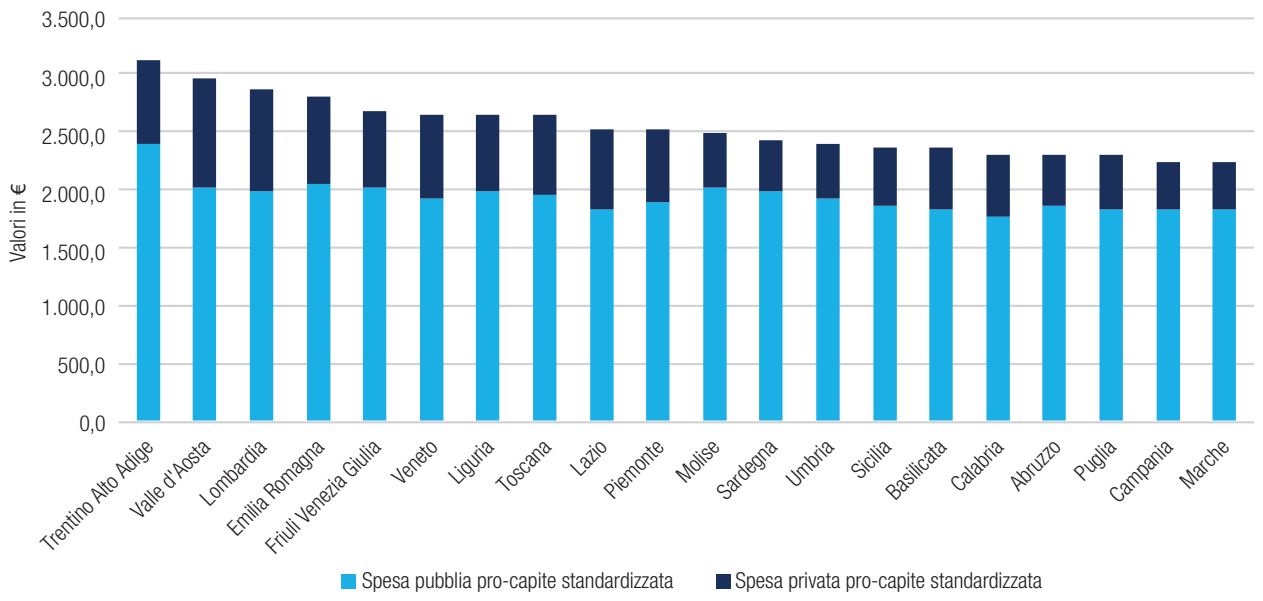
KI 3.2. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria totale, in Italia, nel 2018, incide sul PIL in misura pari all'8,8% , +0,3 punti percentuali negli ultimi 10 anni. L'incidenza della spesa sanitaria italiana sul PIL è inferiore di un punto percentuale e mezzo rispetto alla media dell'EU-Ante 1995 (10,3%). Solo in Grecia, Irlanda e Lussemburgo l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL è inferiore a quella Italiana e pari rispettivamente al 7,8%, al 6,9% e al 5,4%. Nel decennio analizzato, in Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Portogallo l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL si è ridotta. L'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL, invece, nei Paesi nell'EU-Post 1995, è pari in media al 6,7%. Valore in crescita di 0,1 punti percentuali nel decennio. La crescita maggiore si registra nella Repubblica Ceca (+1,1 punti percentuali) e in Estonia (+0,7 punti percentuali). In Ungheria, Polonia e Slovacchia, invece, nel decennio analizzato, l'incidenza è diminuita (rispettivamente -0,5, -0,1 e -0,2 punti percentuali).

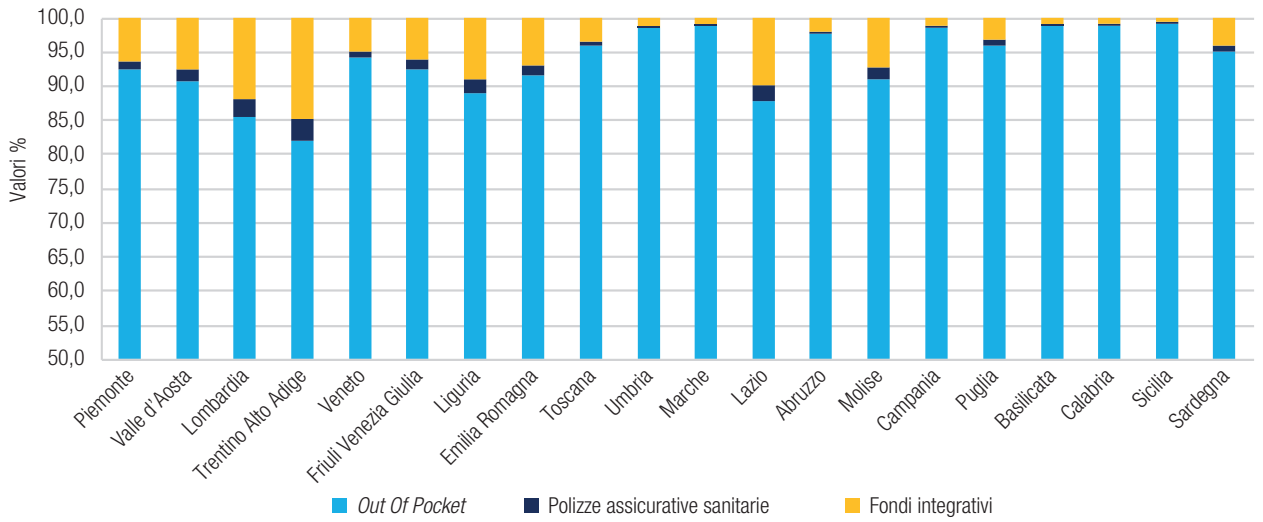
KI 3.3. Spesa sanitaria totale pro-capite per popolazione standardizzata. Anno 2018



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

La spesa sanitaria totale, nel 2018, si è attestata a € 155,1 mld., ovvero € 2.564,2 pro-capite; il dato è in aumento dell'1,3% rispetto al 2017. A livello regionale registriamo valori massimi in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (rispettivamente € 3.105,7, € 2.957,9 pro-capite); all'estremo opposto si collocano Marche (€ 2.247,1 pro-capite) e Campania (€ 2.253,7 pro-capite). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 1,4 volte, ovvero € 860,9; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 623,1 (ovvero 1,3 volte). La spesa sanitaria pubblica, nel 2018, si è attestata a € 155,1 mld., ovvero € 2.564,2 pro-capite; il dato è in aumento dell'1,3% rispetto al 2017. La spesa sanitaria privata, si è attestata a € 39,1 mld., ovvero € 646,4 pro-capite; il dato è in aumento dell'0,5% rispetto al 2017. L'incidenza della spesa pubblica è rimasta tendenzialmente stabile essendo passata dal 74,6% al 74,8% tra il 2017 ed il 2018.

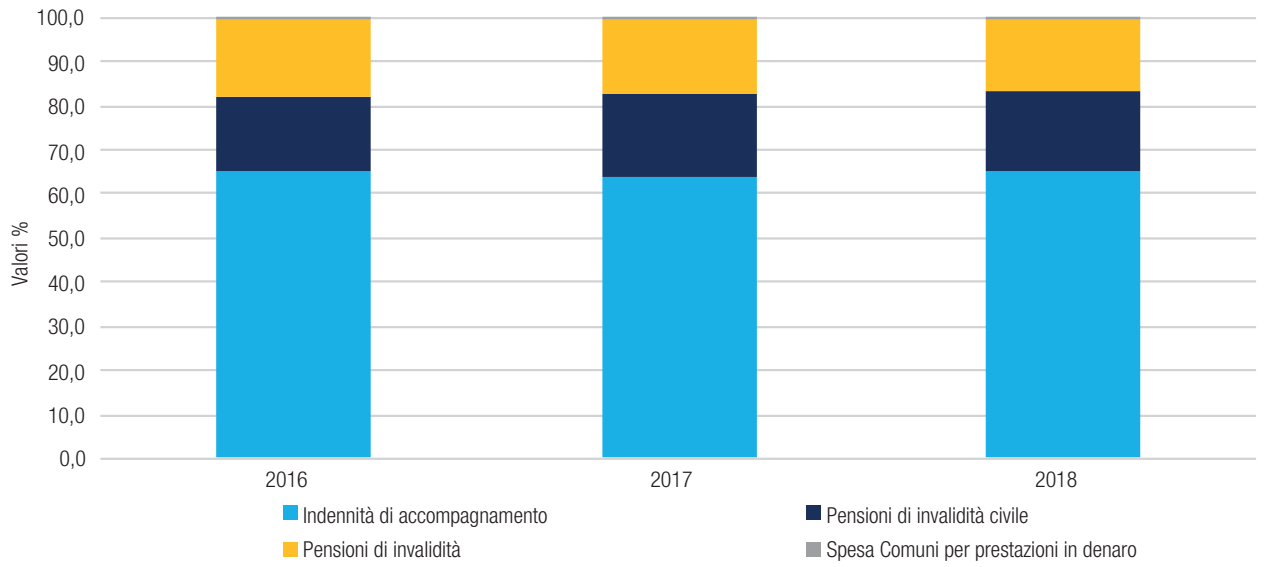
KI 3.4. Composizione spesa sanitaria privata. Anno 2018



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

La spesa OOP, nel 2018, rappresenta il 91,9% del totale della spesa privata, e quella intermediata il restante 8,1% (in crescita di 0,2 punti percentuali rispetto all'anno precedente), di cui 6,4% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 1,5% alle polizze individuali. Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermediata rappresenti il 10,9% della spesa privata nel Nord, l'8,0% nel Centro e solo il 2,2% nel Sud e Isole. Sicilia, Calabria, Basilicata, Marche, Campania, Umbria risultano essere le Regioni con la quota maggiore di spesa privata OOP, con valori che superano il 98,0%. Liguria, Lazio, Lombardia, e Trentino Alto Adige risultano, invece, quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata: quest'ultima ammonta rispettivamente pari al 18,0%, 14,6%, 12,2% e 11,1% della spesa privata totale.

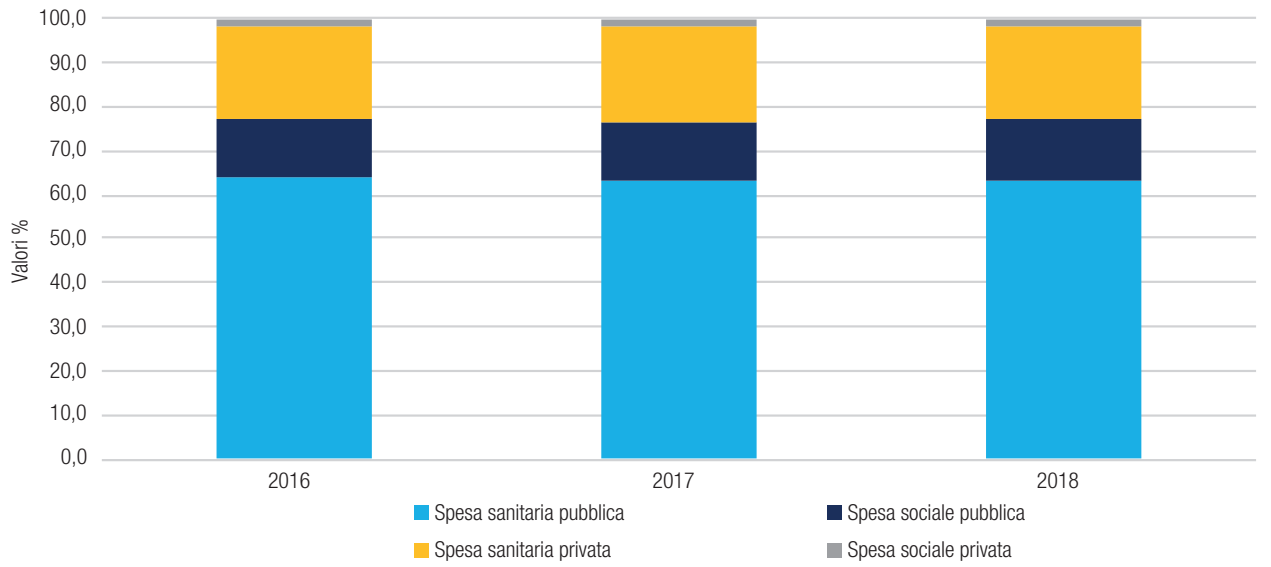
KI 3.5. Spesa sociale per LTC



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa sociale destinata alle non autosufficienze, nel 2018, è pari a circa € 21,5 mld.. Di questa, per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, per il 2018, sono stati spesi circa € 21,4 mld.. Si aggiungono le somme erogate dai Comuni a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani) per € 129,9 mln.. Oltre il 65,0% è quindi costituito dalla spesa per le indennità di accompagnamento, valore tendenzialmente stabile rispetto al 2016 ma in aumento di 1,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente; il 17,7% dalla spesa per le pensioni di invalidità civile in flessione di oltre un punto percentuale rispetto al 2017; il 16,3% dalla spesa per le pensioni di invalidità in diminuzione di 0,4 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di 1,2 punti percentuali sul 2016; il residuale 0,6% dalla spesa dei Comuni per prestazioni monetarie, valore stabile nei tre anni analizzati.

KI 3.6. Spesa socio-sanitaria



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

Nel 2018, la spesa socio-sanitaria totale (intendendo quella sanitaria più quella sociale per le non autosufficienze) ammonta a circa € 182,4 mld., ovvero € 3.015,3 per residente. L'85,0% è spesa sanitaria e il 15,0% per prestazioni sociali. Essa risulta essere composta per il 63,6% da spesa sanitaria pubblica (stabile sull'anno precedente ma in diminuzione di mezzo punto percentuale sul 2016) e per il 21,4% da spesa a carico delle famiglie (stabile rispetto all'anno precedente ma in aumento di 0,8 punti percentuali se il confronto viene effettuato con il 2016). La copertura pubblica è del 63,6% per la parte Sanitaria e del 13,3% per quella Sociale.

Capitolo 4

Indicatori di *Performance*

Performance indicators

4a. Indicatori di *Performance*: impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

English Summary

Key Indicators

4b. Indicatori di *Performance*: la misura della *Performance* dei SSR

English Summary

Key Indicators

4c. Esiti, performance ed efficienza dei sistemi sanitari

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 4
Indicatori di *Performance*

In ambito sanitario la valutazione assume un ruolo fondamentale, per effetto sia della meritorietà del bene salute, sia della asimmetria informativa che ne caratterizza i mercati.

Le Dimensioni della valutazione sono molteplici: tra queste, senza pretesa di esaustività, ricordiamo gli esiti (non solo clinici), l'appropriatezza, l'efficienza, l'equità, innovazione (tra cui quella tecnologica e di processo).

Quest'anno il capitolo 4 comprende valutazioni riferite in particolare alla:

- dinamica dei consumi totali e sanitari delle famiglie e delle conseguenti disuguaglianze che si generano; definizione di un indice sintetico indicativo del disagio economico delle famiglie per i consumi sanitari, ottenuto "aggregando" la quota di famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari, e la quota di famiglie che hanno dichiarato di aver dovuto limitare le spese sanitarie fino ad annullarle completamente (Capitolo 4a)
- implementazione di tecniche di composizione delle preferenze espresse da diverse categorie di *stakeholders* finalizzate alla definizione di un'unica di misura di *Performance* dei SSR (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.); la metodologia è stata implementata costituendo un *Panel* di esperti, scelti in rappresentanza delle diverse categorie di *stakeholder* del sistema sanitario, ai quali è stato richiesto di partecipare ad un esercizio di elicitazione delle loro preferenze (Capitolo 4b)
- valutazione della produttività dell'investimento in Sanità, considerando nello specifico l'impatto sulla qualità dei servizi (Capitolo 4c).

Performance indicators

Assessment plays a fundamental role in the health sector, due to both the importance of health as an asset and the information asymmetry that characterizes markets.

The assessment dimensions are manifold. They include, by way of example: outcomes (not only at clinical level), appropriateness, efficiency, equity, innovation (including the technological and process one).

Chapter 4 includes some referring, in particular, to:

- *trends of households' health consumption and ensuing inequalities; definition of a synthetic index showing households' economic distress for health consumption, obtained by "aggregating" the share of households impoverished due to health consumption spending and the share of households that stated they had to limit health spending and even cancel it completely (Chapter 4a)*
- *implementation of methods for the composition of preferences expressed by different groups of stakeholders, aimed at defining a composite measure of performance for the Regional Health Services (SSR) (in terms of satisfaction with services, clinical outcomes, social, and economic outcomes, etc.); the methodology was implemented by creating a panel of experts, chosen to represent the different groups of stakeholders in the health system, who were asked to participate in an exercise deputed to elicit their preferences (Chapter 4b)*
- *evaluation of the healthcare investment productivity, considering specifically the impact of expenditure on life expectancy and services quality (Chapter 4c).*

CAPITOLO 4a
Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

d'Angela D.[1], F. Spandonaro[2]

4a.1. Premessa

Il presente capitolo si pone l'obiettivo di descrivere i consumi sanitari direttamente sostenuti dalle famiglie, e la loro dinamica nel tempo, anche in relazione a fenomeni più macro che hanno interessato il nostro Paese (andamento dei consumi generali, del reddito familiare, del Prodotto Interno Lordo etc.). Ulteriore obiettivo è quello di valutare la effettiva tutela offerta dal SSN rispetto ai rischi economici derivanti dalla malattia.

Per quanto concerne quest'ultimo obiettivo, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, è stata determinata l'incidenza del fenomeno dell'impoverimento causato da spese per consumi sanitari, della catastroficità (intesa come "eccesso" di incidenza della spesa sui bilanci familiari) ed è stato elaborato un indicatore che abbiamo definito di "disagio economico causato dalle spese sanitarie".

Si fa presente che i fenomeni sopra elencati possono essere sovrastimati, poiché i consumi sanitari delle famiglie considerati sono al lordo della quota di spesa coperta dalle polizze assicurative (individuali e non) in forma cosiddetta "indiretta" (rimborso delle spese effettuate).

Tutte le analisi sono state effettuate prendendo in considerazione la capacità di consumo delle famiglie e l'area geografica dove le stesse risiedono.

Per la stima dell'incidenza dell'impoverimento l'analisi è stata svolta con riferimento tanto alla soglia di povertà relativa nazionale, quanto a quelle da noi elaborate per il livello regionale.

4a.2. I consumi delle famiglie

Secondo l'Indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie', nel 2017, le famiglie italiane hanno sostenuto una spesa media annua per consumi pari a € 30.749,7, con un livello minimo, pari a € 14.383,0, riscontrato per quelle afferenti al I quintile di consumo, ed uno massimo, pari a € 54.098,2 per quelle dell'ultimo quintile.

Analizzando la composizione dei consumi si osserva come quasi il 90% della spesa totale sia associata a quattro voci di spesa: "Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili" (35,0%), "Affitti figurativi" (22,9%), "Prodotti alimentari e bevande analcoliche" (17,8%) e "Trasporti" (11,3%); i consumi sanitari rappresentano il 4,7% dei consumi delle famiglie.

Sebbene con valori assoluti differenti, tali voci di spesa conservano lo stesso ordine in tutte le ripartizioni geografiche ad eccezione del Mezzogiorno, dove, "Affitti figurativi" e "Prodotti alimentari e bevande analcoliche" invertono la loro posizione.

La spesa per "Servizi sanitari e spese per la salute" occupa l'ottava posizione in tutte le ripartizioni geografiche, nuovamente ad eccezione del Mezzogiorno, dove è settima, scambiando la sua posizione con "Ricreazione, spettacoli e cultura" (Figura 4a.1.)

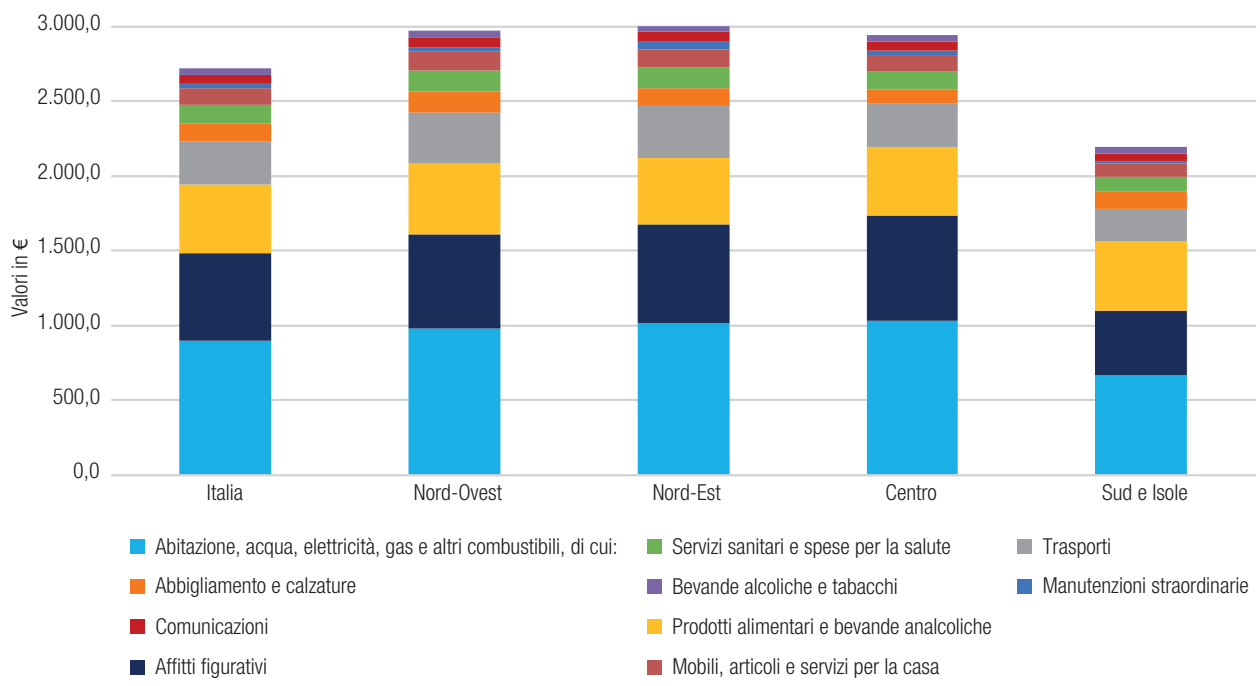
Rispetto al 2011 si è registrata una riduzione dei consumi totali delle famiglie dello -0,1% medio annuo, più netta nel periodo post crisi (2012); la riduzione è massima per le famiglie del II quintile (-0,6%), segue quella delle famiglie dell'ultimo (-0,1%); le famiglie del III e IV quintile hanno invece registrato un

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

aumento complessivo rispettivamente dello 0,1% e 0,3% medio annuo (Figura 4a.2.).

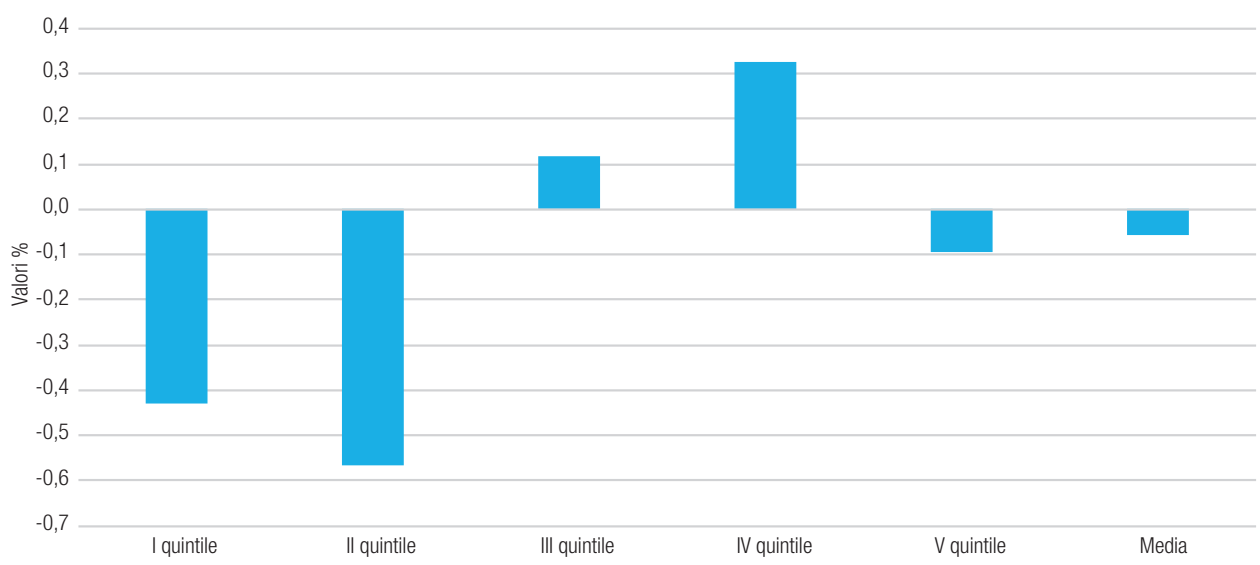
La crisi ha allargato le disparità in termini di consumo, in particolare, a partire del 2017, si è registrata una ripresa soprattutto per i più abbienti.

Figura 4a.1. Consumi familiari, per ripartizione geografica e tipologia. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.2. Variazione 2017/2011 consumi familiari per quintile di consumo



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

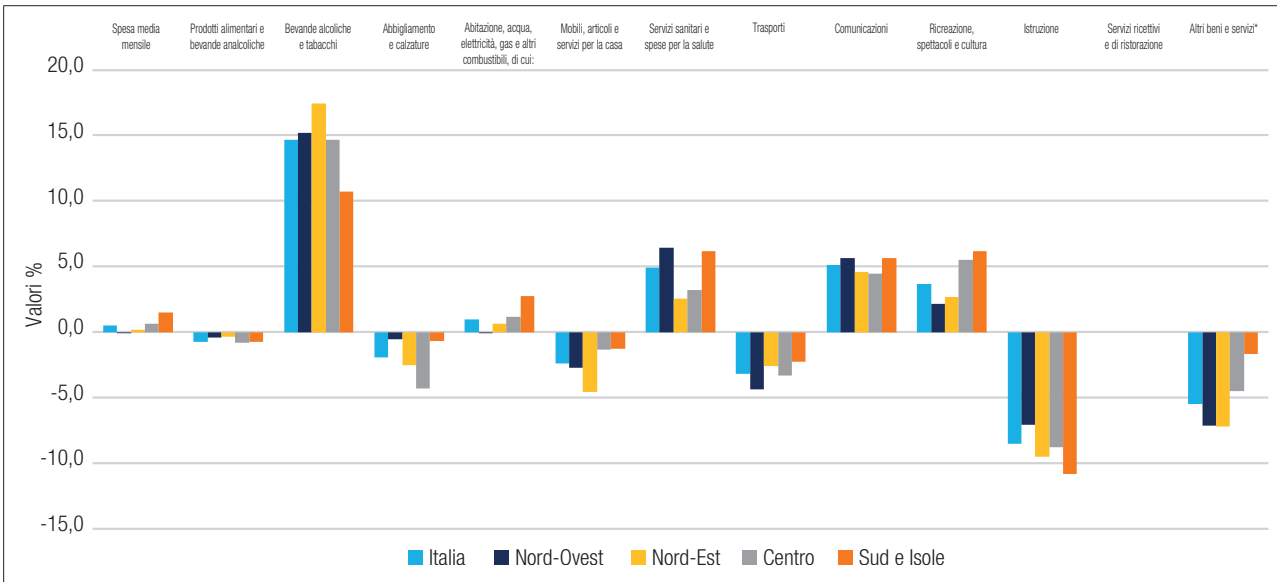
Nel periodo preso in analisi (2011-2017) non sembrano essere cambiate le priorità di spesa delle famiglie residenti in Italia per le voci sopra elencate; hanno invece perso qualche posizione "Abbigliamento e calzature", passata dal 9° al 13° posto, "Mobili, articoli e servizi per la casa", dal 6° al 10°; non si registrano importanti differenze di *ranking* tra le diverse ripartizioni geografiche. Anche la spesa per la sanità non ha variato la sua posizione negli anni (Tabella 4a.1.).

Tabella 4a.1. *Ranking* consumi sanitari e differenza 2017-2011 per ripartizione geografica

Voce di spesa	Italia		Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e isole	
	2017	Diff 2017-2011	2017	Diff 2017-2011	2017	Diff 2017-2011	2017	Diff 2017-2011	2017	Diff 2017-2011
Prodotti alimentari e bevande analcoliche	3	1	3	1	3	1	3	1	2	0
Bevande alcoliche e tabacchi	12	1	12	1	13	2	12	1	12	2
Abbigliamento e calzature	9	4	9	3	9	3	10	5	6	1
Abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili, di cui:	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Manutenzioni straordinarie*	13	n.d.	13	n.d.	12	n.d.	13	n.d.	13	n.d.
Affitti figurativi*	2	n.d.	2	n.d.	2	n.d.	2	n.d.	3	n.d.
Mobili, articoli e servizi per la casa	10	4	10	5	9	4	9	3	9	3
Servizi sanitari e spese per la salute	8	0	8	0	8	0	8	0	7	0
Trasporti	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1
Comunicazioni	11	2	11	2	11	2	11	2	11	2
Ricreazione, spettacoli e cultura	7	0	7	0	7	0	6	-1	8	0
Istruzione	14	4	14	4	14	4	14	4	14	3
Servizi ricettivi e di ristorazione	6	n.d.	6	n.d.	6	n.d.	7	n.d.	10	n.d.
Altri beni e servizi	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1

*voci non disponibili nell'anno 2011
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.3. Variazione 2017/2011 consumi familiari per ripartizione geografica



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Le voci di spesa che hanno registrato un incremento nel periodo in analisi più elevato sono state: "Bevande alcoliche e tabacchi" (+14,6% medio annuo), "Comunicazioni" (+5,1%) ed anche "Servizi sanitari e spese per la salute" (+4,9%); le spese per l'"Istruzione" hanno invece registrato la maggiore riduzione, pari al -5,8% medio annuo. Nelle diverse ripartizioni geografiche, seppure con valori diversi, gli andamenti descritti hanno lo stesso "segno" (Figura 4a.3.).

4a.3. La spesa delle famiglie per consumi sanitari

Secondo l'Indagine Istat sulla 'Spesa delle famiglie', nel 2017, il 77,9% delle famiglie ha sostenuto spese per consumi sanitari.

La quota è cresciuta negli anni: nel periodo 2011-2017 è passata dal 61,8% al 77,9%; si è registrato sono un calo nell'anno successivo alla crisi (2013), quando si è ridotta al 58,2%.

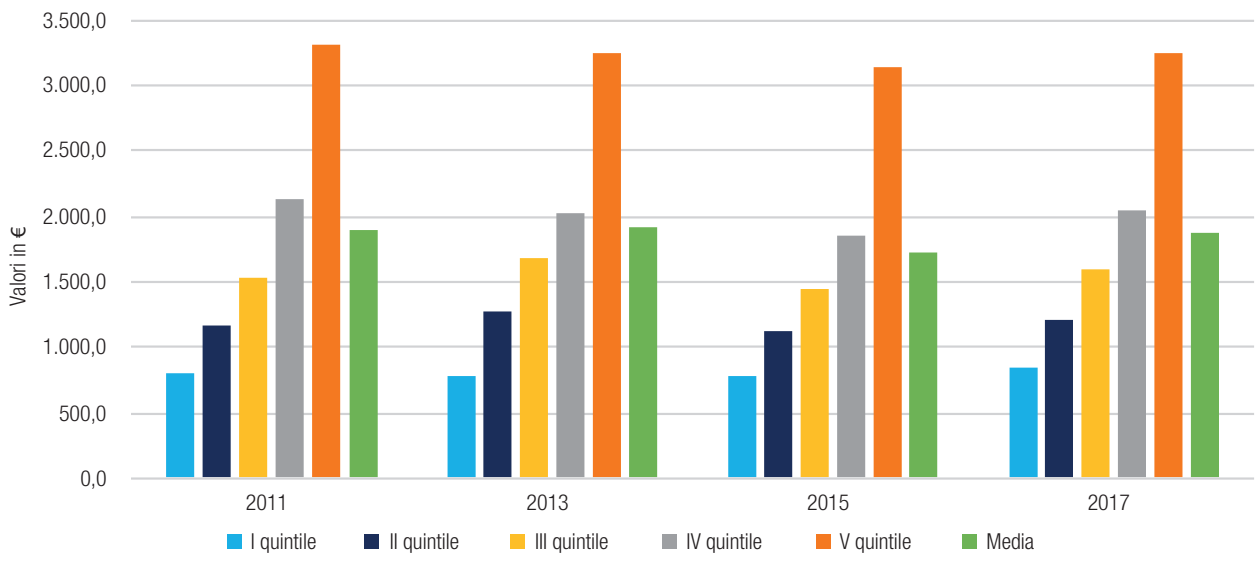
Si tenga anche conto che, nel 2017, 4,2 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie, e di queste 1,1 milioni non le hanno in effetti sostenute: convenzionalmente le assumiamo quali "nuove" rinunce alle spese sanitarie.

La spesa sanitaria media annua delle famiglie, nel 2017, è stata pari a € 1.495,4, pari al 4,7% dei consumi totali. Si passa da un'incidenza del 3,7% per le famiglie del I quintile ad una del 5,3% per quelle dell'ultimo. Nel periodo 2011-2017 si è registrato un aumento di incidenza dal 3,8% al 4,7%, concentrata soprattutto nei primi tre quintili: +1,1, +1,2 e +1,1 punti percentuali rispettivamente.

Considerando le sole famiglie che sostengono spese per consumi sanitari, la spesa media (che denomineremo "effettiva") risulta di € 1.867,9 e l'incidenza sui loro consumi si è ridotta nel periodo 2011-2017, passando dal 5,9% del 2011 al 5,6% del 2017 (Figura 4a.4.).

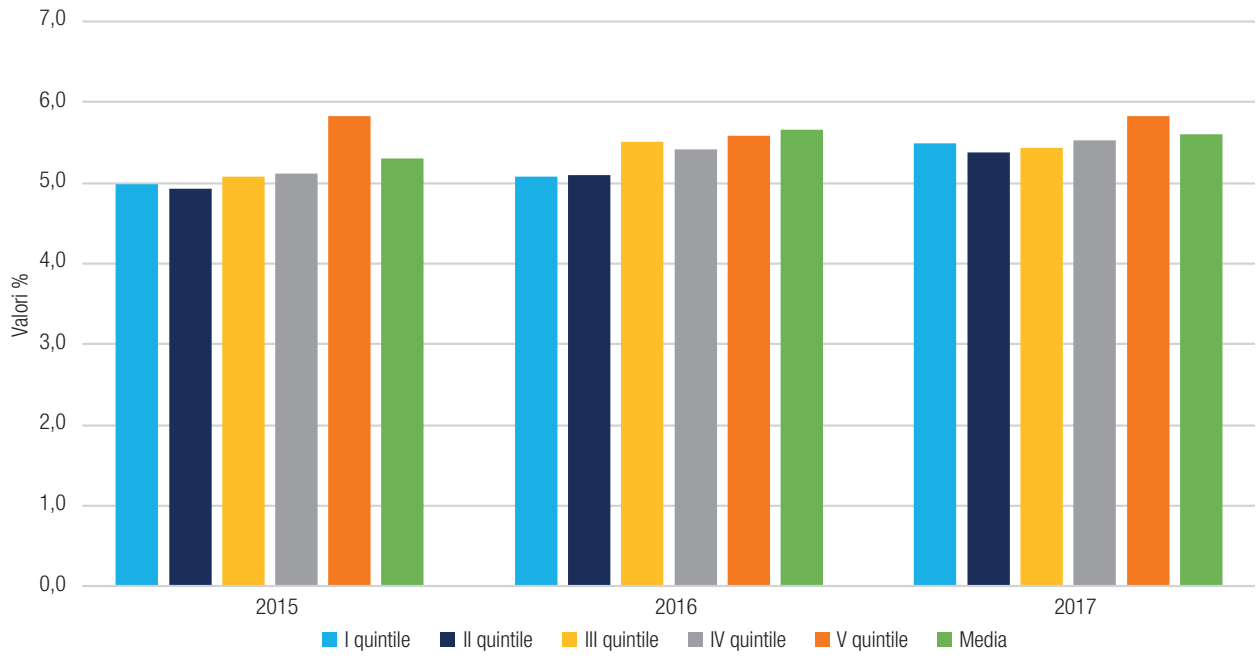
Nel 2017, l'incidenza della spesa sanitaria effettiva sui consumi non varia significativamente con le disponibilità economiche familiari: si passa da un valore minimo pari al 5,5% per le famiglie del I quintile di consumo, al 5,4% di quelle del II quintile, al 5,4% di quelle del III, al 5,5% di quelle del IV e al 5,8% per quelle dell'ultimo (Figura 4a.5.).

Figura 4a.4. Spesa effettiva delle famiglie per consumi sanitari per quintile di consumo



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.5. Incidenza effettiva della spesa per consumi sanitari su quella totale, per quintile di consumo



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

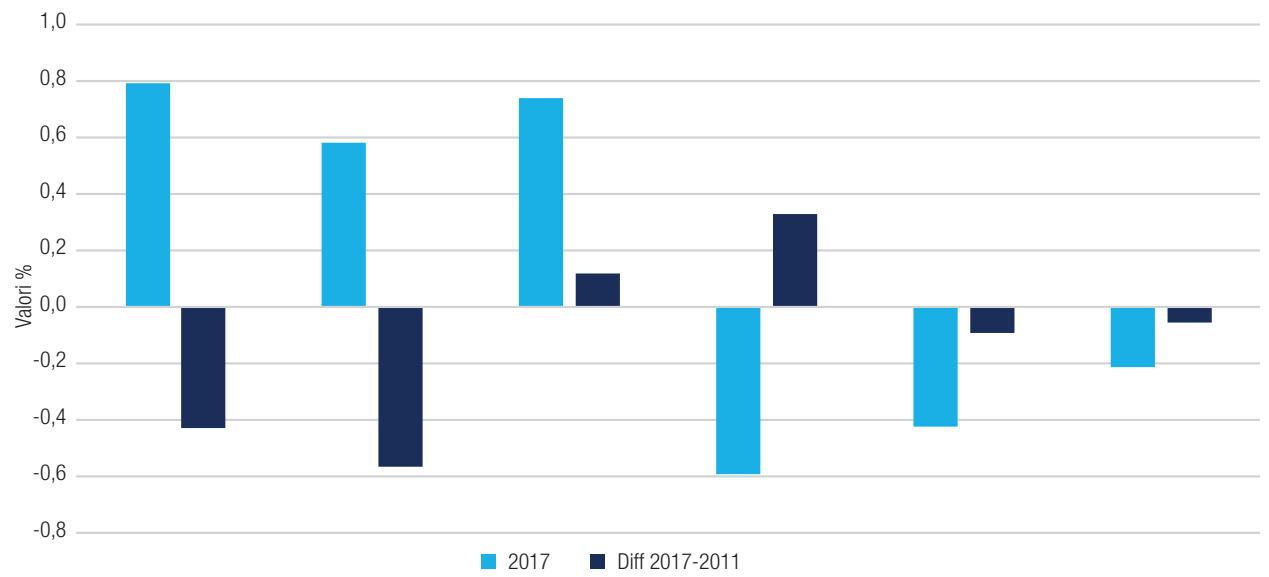
Si evidenzia quindi che l'incidenza della spesa aumenta con il reddito (nella misura in cui assumiamo una proporzionalità diretta con i consumi), ma questa è effetto di una maggiore percentuale di famiglie che consumano e non della spesa effettiva per famiglia: indirettamente ci sembra che emerga una indicazione sul fatto che nelle fasce meno abbienti incide maggiormente il fenomeno delle rinunce, che analizzeremo nel seguito.

L'invarianza della incidenza sembra contrastare con l'assunzione di una natura della assistenza sanitaria riconducibile ad un bene di lusso (ovvero con una crescita dell'incidenza dei consumi più che proporzionale rispetto al reddito): in altri termini, sembra che si potrebbe argomentare che i consumi sanitari privati in Italia abbiano un forte componente di "necessità".

Rispetto al 2016 la spesa per consumi sanitari è cresciuta del +9,0%: +11,6% per quelle del I quintile, +8,0% per quelle del II, +6,7% per quelle del III, +8,3% per quelle del IV e +10,2% per quelle dell'ultimo, a fronte di un contestuale aumento dei consumi totali, anche se di minore entità, per le famiglie di III, IV e ultimo quintile (+4,1%, +2,0% e +2,9% rispettivamente); nelle famiglie dei quintili medio-bassi questi si sono, invece, ridotti del -3,2% (I quintile) e -2,3% (II quintile).

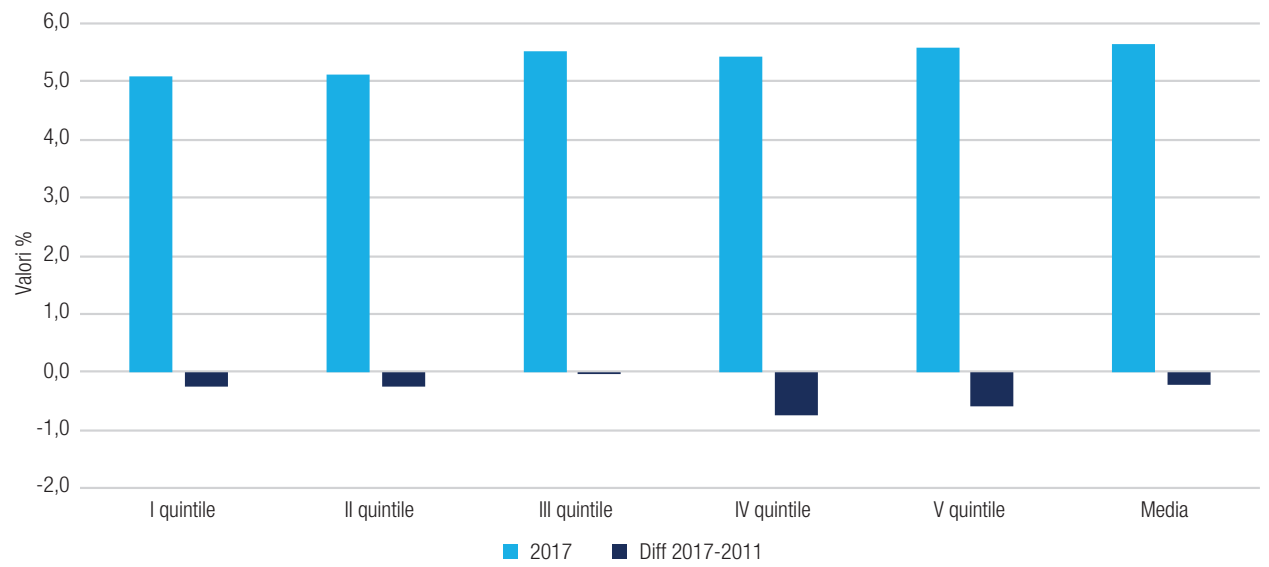
A differenza del biennio precedente (2015-2016), in cui la spesa media era cresciuta solo perché erano sempre più le famiglie che sostenevano spese sanitarie (il livello di spesa per singolo nucleo si riduceva), nel biennio 2017-2016 la crescita ha riguardato effettivamente il livello di spesa sostenuta.
Guardando a tutto il periodo considerato (2011-2017) la spesa media effettiva delle famiglie passa da € 1.891,7 a € 1.867,9 con un decremento dell'1,3%; per quelle del I quintile di consumo passa, però da, € 804,2 a € 843,2 con un incremento del 4,9%; analogamente per il II quintile si passa da € 1.169,5 a € 1.211,1 con un incremento del 3,6%; per il III quintile si passa da € 1.526,3 a € 1.595,4 con un incremento del 4,5%; per il IV quintile si passa da € 2.120,3 a € 2.045,7 con invece una riduzione del -3,5%; per il V quintile si passa da € 3.318,6 a € 3.235,2 con una riduzione del -3,2% (Figura 4a.6.).

Figura 4a.6. Variazione spesa media effettiva familiare. Anno 2017/2011



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.7. Incidenza della spesa sanitaria su quella totale e variazione per quintile di consumo

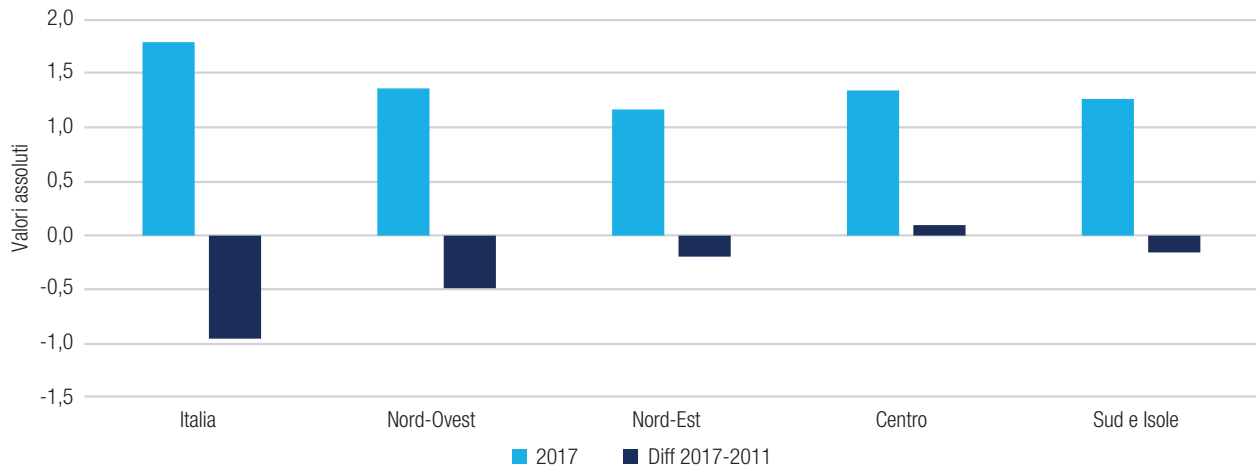


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Nello stesso periodo aumentano i consumi sanitari totali delle famiglie del III e IV quintile, mentre diminuiscono quelle degli altri, ma in modo rilevante nei primi due quintili e modesto per il quinto.

Ne segue che l'incidenza della spesa sanitaria "effettiva" sui consumi totali (Figura 4a.7.) si è ridotta di 0,2 punti percentuali, rispetto al 2011. Però, le famiglie del I e II quintile sono quelle per le quali si è registrata una minore riduzione di incidenza (-0,3 e -0,2 punti percentuali rispettivamente); quelle del IV e V invece hanno registrato la maggiore riduzione (-0,8 e -0,6 punti percentuali rispettivamente).

Figura 4a.8. Diseguaglianze di spesa per consumi sanitari. Anno 2017 e differenza 2017-2011



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando il dato per area geografica, osserviamo che la spesa media annua familiare effettiva per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.135,4) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.500,9).

Rispetto al 2011 la spesa media effettiva sanitaria è cresciuta complessivamente del +15,3% nelle famiglie del Mezzogiorno, dell'8,1% in quelle del Nord-Ovest e si è ridotta del -2,6% e dell'-1,0% nel Nord-Est e Centro rispettivamente.

Il rapporto tra il valore massimo e minimo di spesa media "effettiva" regionale è pari all'1,8; a livello di ripartizione si va dall'1,3 nel Nord-Ovest, Centro e Mezzogiorno, all'1,2, nel Nord-Est.

Nel periodo 2011-2017, la differenza si è ridotta di 1 punto a livello nazionale; a livello di ripartizione si è registrata una riduzione ovunque, ad eccezione del Centro (+0,1 punto); nel Nord-Ovest si è ridotto di -0,5 punti, e nel Nord-Est e nel Sud di -0,2 (Figura 4a.8.).

In altri termini, la spesa media privata del Meridione si avvicina a quella delle Regioni settentrionali, malgrado si tratti di Regioni con un reddito medio inferiore.

In parallelo, si noti che, a fronte di un indice di diseguaglianza del reddito[3] pari a 5,9 a livello nazionale (2017), si arriva al 6,7 nel Mezzogiorno, contro il 4,3 nel Nord-Est. Rispetto al 2011, a fronte di un aumento delle disuguaglianze a livello nazionale di 0,3 punti, quello massimo, pari a 0,4, si è registrato nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno, mentre nessuna variazione è stata invece registrata nel Nord-Est del Paese (Figura 4a.9.).

In sintesi, nel periodo 2011-2017, le spese per consumi sanitari sono cresciute per i quintili più poveri (I, II e III quintile) e diminuite per quelle più ricche (IV e V quintile), mentre il consumo totale è diminuito per le prime e aumentato per le seconde.

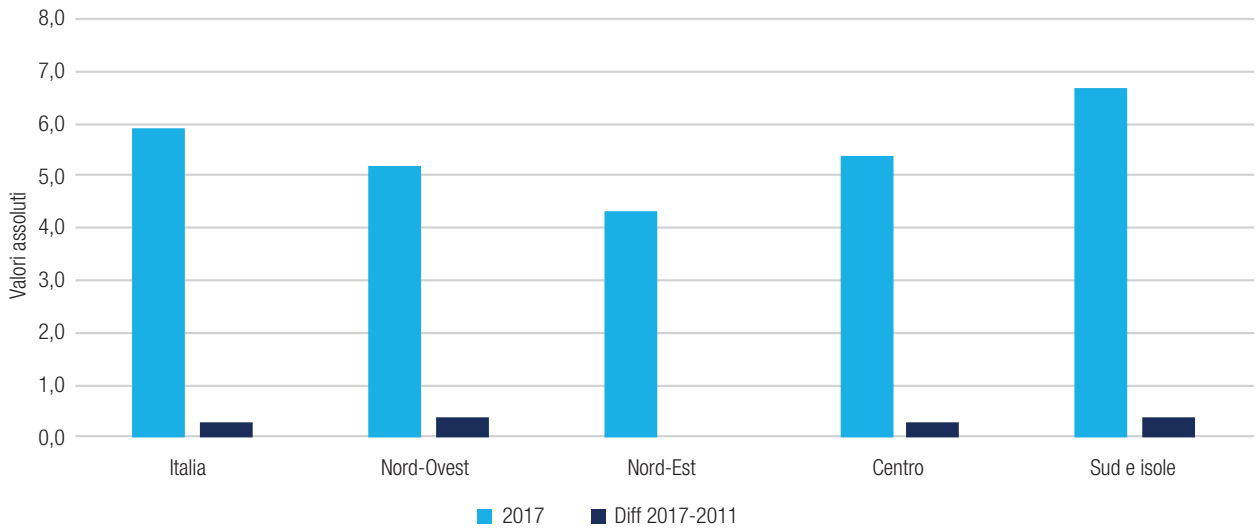
Questo si accompagna ad un avvicinamento delle spese private delle famiglie del Mezzogiorno a quelle settentrionali, malgrado abbiano una minore disponibilità economica.

Il Mezzogiorno è anche gravato da una maggiore disuguaglianza di reddito, che tende anche ad aumentare.

Nel complesso, si osserva una chiara tendenza al peggioramento delle iniquità.

[3] Rapporto fra il reddito equivalente totale ricevuto dal 20% della popolazione con il più alto reddito e quello ricevuto dal 20% della popolazione con il basso reddito. Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc (Rapporto BES - Istat)

Figura 4a.9. Diseguaglianze di reddito



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

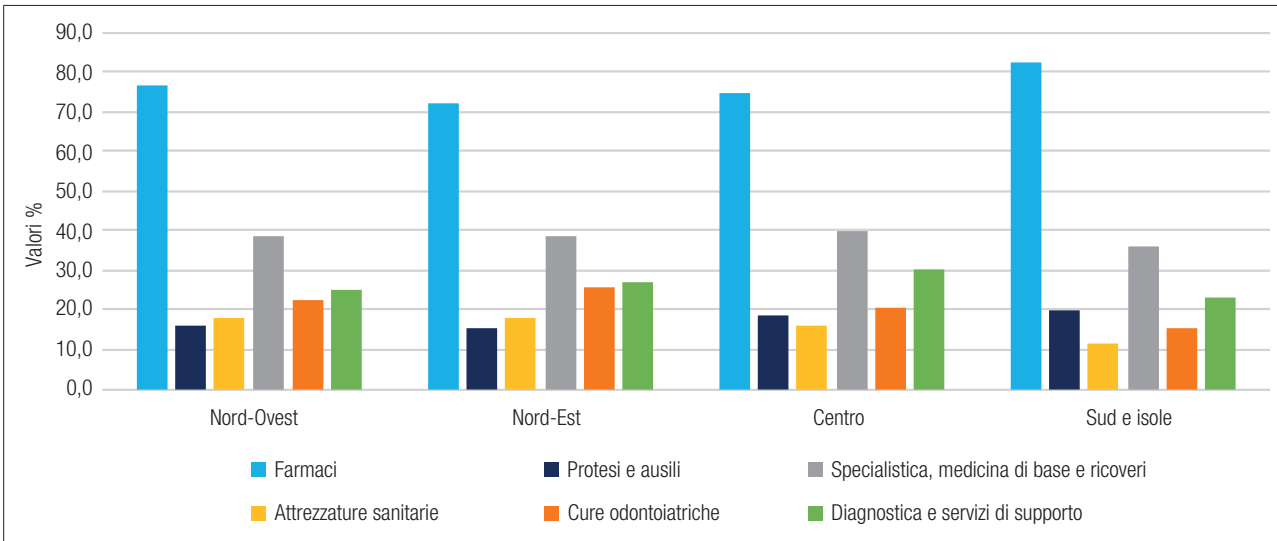
4a.4. Il profilo del consumo sanitario delle famiglie

Analizzando il profilo di consumo delle famiglie si osserva come il 77,2% di quelle che effettuano spese sanitarie acquista farmaci, il 38,3% prestazioni specialistiche e/o di ricovero, il 25,3% prestazioni diagnostiche, il 20,5% cure odontoiatriche.

Rispetto al 2011, si è ridotta la quota di famiglie che acquistano farmaci di circa 8 punti percentuali (84,0% nel 2011) ed è aumentata di oltre 12 punti percentuali la quota di quelle che spendono per il dentista (7,8% nel 2011).

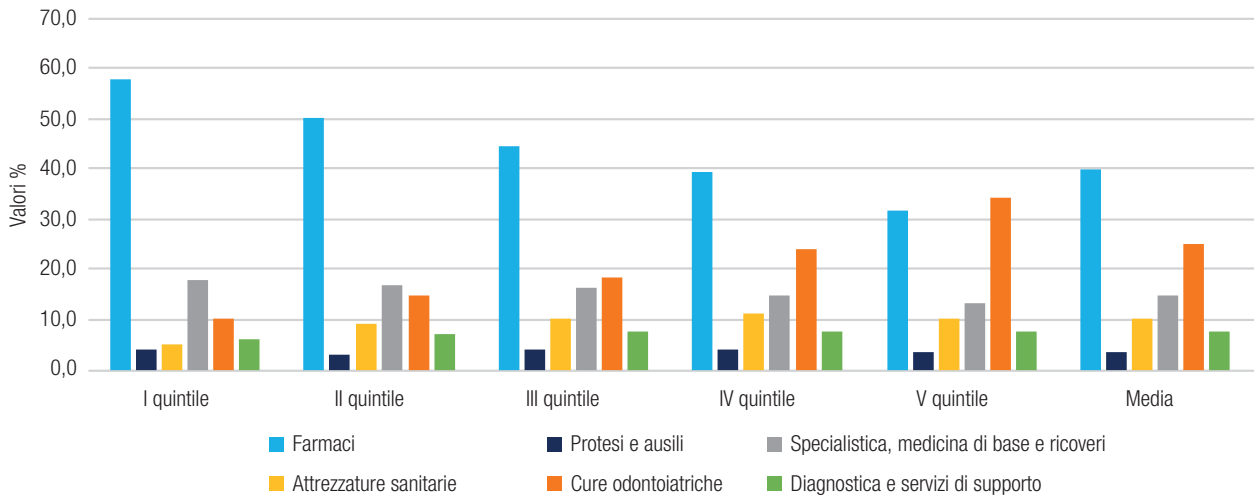
Nel Mezzogiorno arriva all'82,5% la quota di famiglie che acquista farmaci; nel Nord arriva al 25,9% la quota di famiglie che spendono per cure odontoiatriche (Figura 4a.10.).

Figura 4a.10. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e ripartizione geografica. Anno 2017



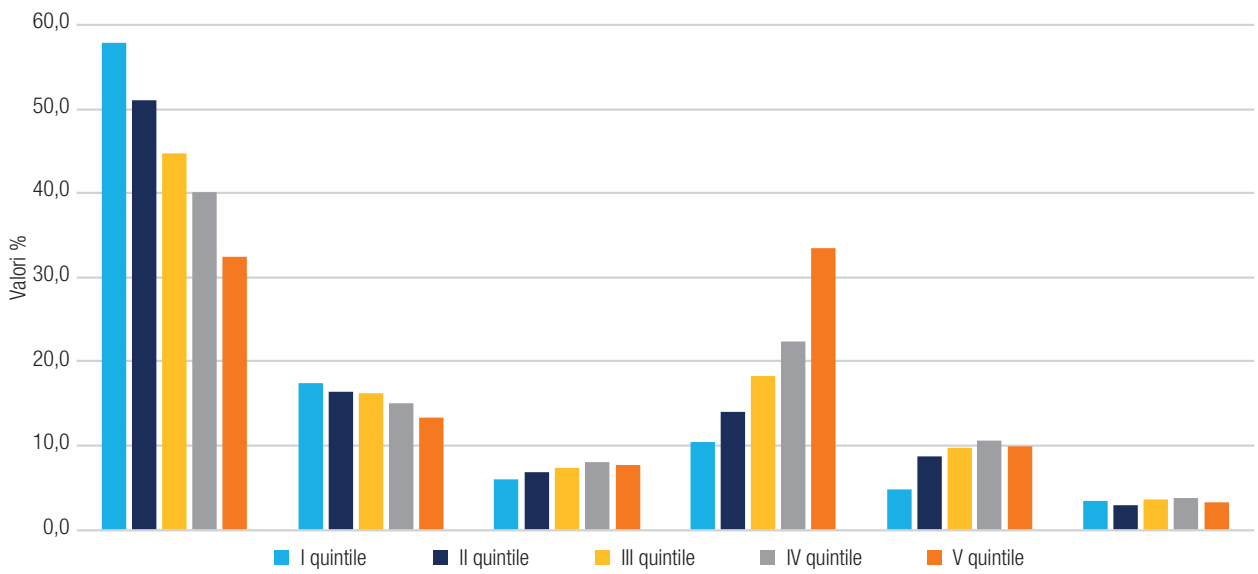
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.11. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per voce di spesa e quintile di consumo. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.12. Composizione della spesa media annua effettiva delle famiglie per consumi sanitari, per tipologia e quintile di consumo. Anno 2017

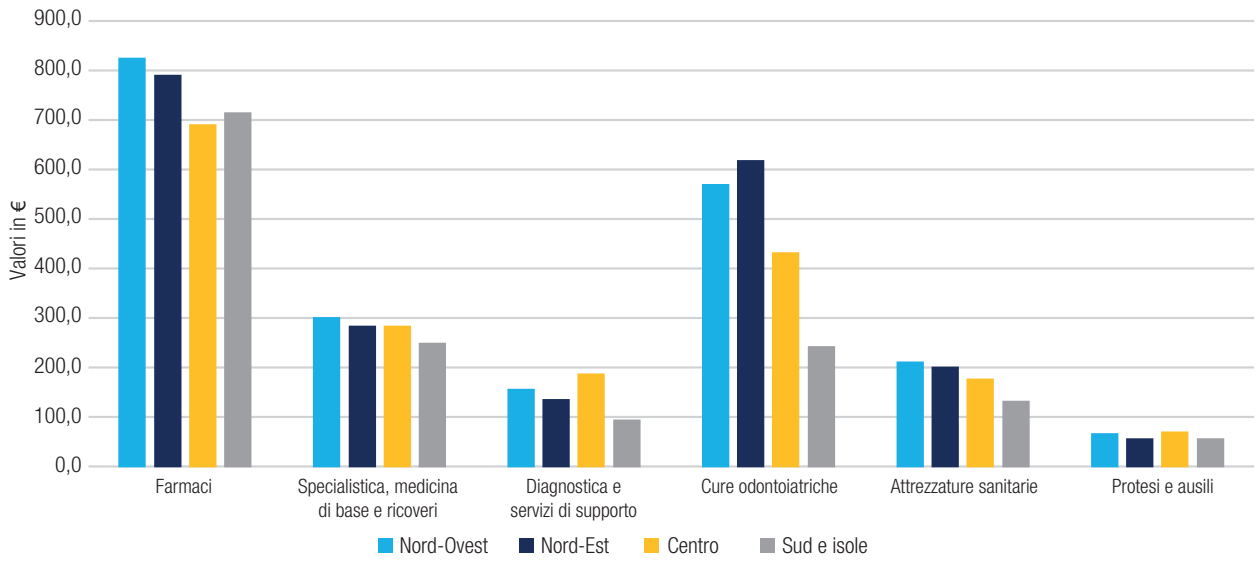


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Fra le famiglie dei quintili inferiori è maggiore la quota di quelle che acquistano farmaci e visite specialistiche; spostandosi verso i quintili più alti aumenta la quota di famiglie che acquistano prestazioni diagnostiche e cure odontoiatriche (Figura 4a.11.).

In termini di spesa, i farmaci rappresentano stabilmente la quota maggiore di spesa sanitaria privata, pari al 40,6%, (40,3% nel 2016); seguono le cure odontoiatriche con il 24,1% (23,4% nel 2016), le visite specialistiche, medicina generale e ricoveri con il 14,9% (14,3% nell'anno precedente), le attrezzature terapeutiche con il 9,5% (10,7% nel 2016), l'acquisto di presidi e ausili (rimasta sostanzialmente invariata e pari al 3,4%).

Figura 4a.13. Spesa media annua effettiva familiare per consumi sanitari, per tipologia e ripartizione geografica. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2011-2017, analizzando il dato per voce di consumo si osserva come si è ridotta la spesa media effettiva per "Protesi e ausili", diagnostica e farmaci, rispettivamente del -62,2%, -19,1% e -8,1%; è invece aumentata del 27,8% quella per il dentista e del 5,5% quella per visite specialistiche e/o ricoveri.

Dall'analisi per quintile di consumo delle famiglie, risulta che, per le famiglie del I quintile la spesa per i farmaci ha raggiunto il 57,3% di quella totale, mentre quelle per il dentista (10,3%, pesano meno della metà rispetto al valore medio nazionale (24,1%).

Le famiglie dell'ultimo quintile, al contrario, destinano il 34,3% della spesa per consumi sanitari alle cure odontoiatriche ed il 31,8% ai farmaci (Figura 4a.12.).

Prendendo in considerazione l'aspetto geografico (Figura 4a.13.), la spesa maggiore per i farmaci si registra nel Nord-Ovest (€ 826,4), quella per il dentista nel Nord-Est (€ 617,4), quella per le visite di controllo nel Nord-Ovest (€ 301,5) e quella per le prestazioni diagnostiche nel Centro (€ 188,5).

In definitiva, i farmaci rappresentano la voce di spesa più frequentemente sostenuta, seguita dalla specialistica e dalle cure odontoiatriche, seppur con differenze in base alla capacità di consumo delle famiglie: l'acquisto di farmaci e specialistica ricorrono di più per i primi quintili, le cure odontoiatriche per gli ultimi.

Rispetto al 2011 non si sono riscontrate sostanziali differenze nella composizione del consumo, ma una tendenza all'ulteriore ricorso alla spesa diretta per i farmaci e dentista.

In termini di spesa, i farmaci rappresentano stabilmente la quota maggiore, seguiti dalle cure odontoiatriche, dalle visite specialistiche, medicina generale e ricoveri, e dalle attrezzature terapeutiche e protesi e ausili.

Rispetto al 2011 si è ridotta la spesa media effettiva per "Protesi e ausili", diagnostica e farmaci, ed è invece aumentata quella per il dentista e per le visite specialistiche e/o ricoveri.

4a.5. L'equità dei SSR: impoverimento

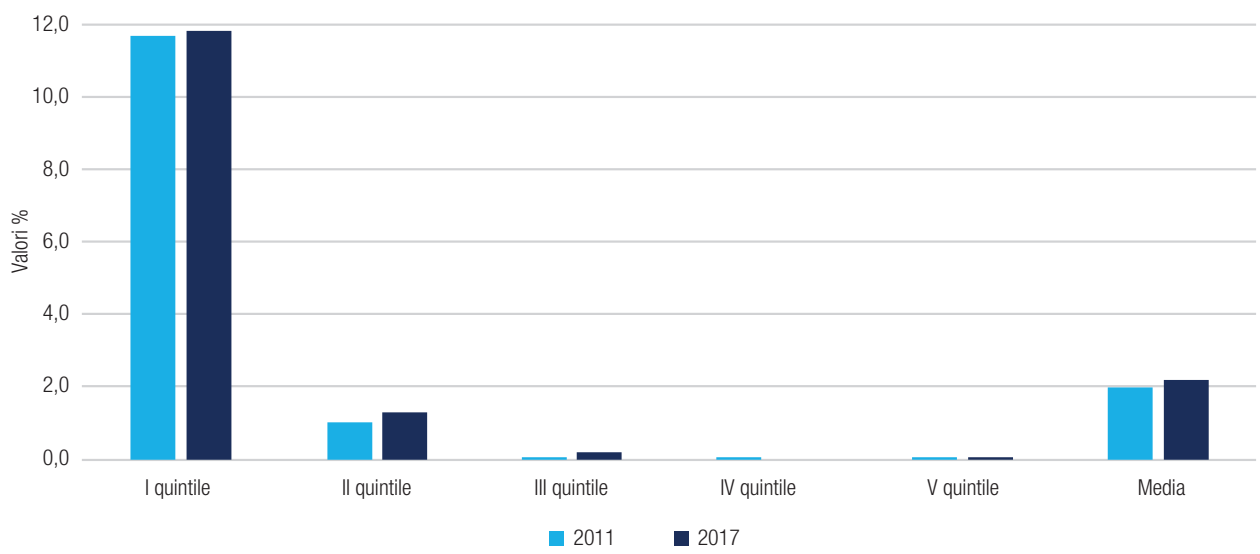
Nel 2017 l'incidenza nazionale del fenomeno dell'impoverimento per spese sanitarie è pari all'1,7%, e interessa 438.510 nuclei familiari, ovvero 110.545 in più rispetto all'anno precedente (1,4% delle residenti).

L'impoverimento che ha sempre coinvolto soprattutto le famiglie dei quintili più bassi (I e II), inizia ad interessare, sebbene in minima parte, anche quelle del III quintile: l'11,8% di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari, l'1,2% di quelle del II e lo 0,1% di quelle del III.

Rispetto al 2011 si è registrata una crescita dell'impoverimento per spese sanitarie di 0,5 punti percentuali. Rapportando il dato alle sole famiglie che sostengono spese sanitarie, il 2,2% risultano impoverite nel 2017, a fronte del 2,0% del 2011 (Figura 4a.14.).

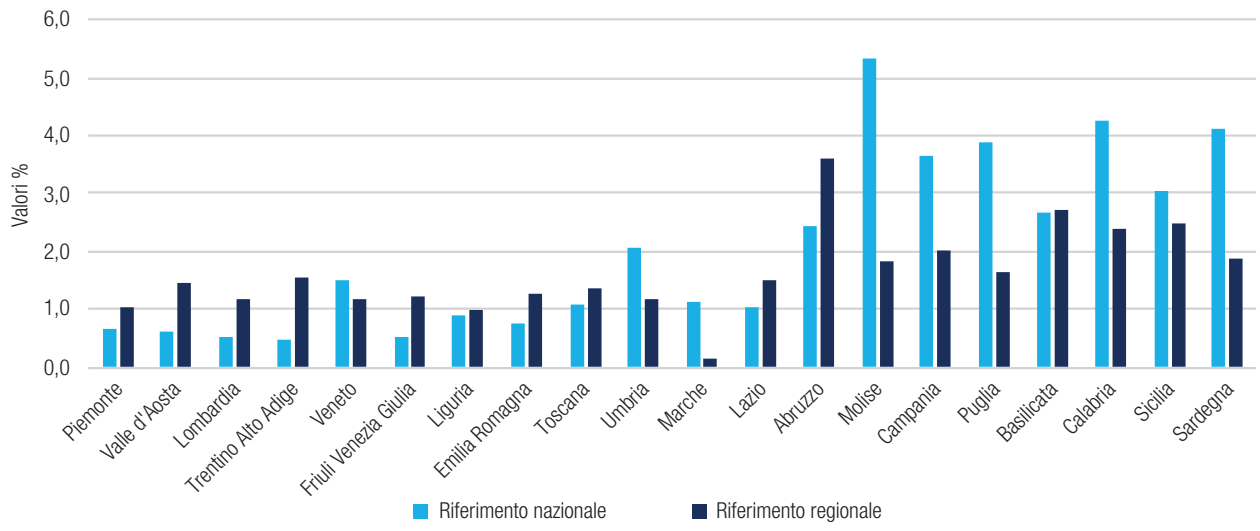
Il fenomeno colpisce soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno: il 3,2% (2,4% nel 2016), contro l'1,1% di quelle del Centro (1,5% nel 2016), l'1,0% delle famiglie del Nord-Est e lo 0,6% di quelle del Nord-Ovest.

Figura 4a.14. Quota di famiglie che sostengono consumi sanitari impoverite



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.15. Quota famiglie impoverite. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Molise, Calabria e Sardegna sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 5,4%, 4,2% e 4,1%; Trentino Alto Adige, Lombardia, Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente con lo 0,5%, 0,5% e 0,6%.

In analogia con la scorsa edizione, sono stati rielaborati i dati applicando soglie di povertà relativa regionali: con tale approccio, la misura del fenomeno dell'impoverimento si riduce, registrandosi 385.442 famiglie impoverite (1,5% delle famiglie), ovvero circa 50.000 famiglie in meno rispetto alla metodologia "standard" (Figura 4a.15.).

Com'era lecito aspettarsi, con le soglie regionali le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche si riducono: aumenta l'incidenza nelle realtà del Nord e si riduce in quelle del Sud; il picco di incidenza, pari al 2,2% si registra, però, sempre al Sud; segue il Centro con l'1,3% e poi il Nord con l'1,2% in media. Il valore massimo si raggiunge in Abruzzo, dove il 3,6% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo nelle Marche, con lo 0,8%.

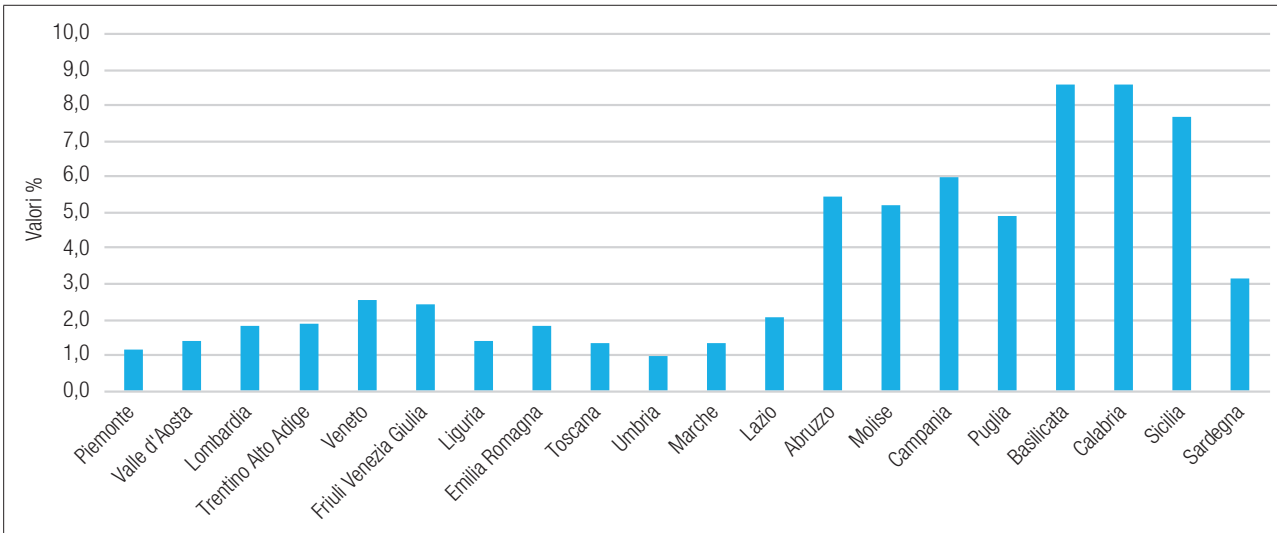
Analizzando la composizione dei consumi sanitari delle famiglie impoverite si osserva come destinino ai farmaci una quota superiore a quella media (47,8%), e una inferiore alle cure odontoiatriche (19,6%), mentre sono in linea con la composizione media nazionale per visite specialistiche, medicina generale e ricoveri (15,4%) e attrezzature sanitarie e protesi e ausili (9,6%).

In sintesi, aumenta l'impoverimento, che rimane un problema essenzialmente del meridione, sebbene in termini relativi riguardi anche il settentrione. Le famiglie impoverite non si possono evidentemente permettere l'odontoiatria privata: essenzialmente si impoveriscono a causa di acquisti di farmaci.

4a.6. L'equità dei SSR: spese catastrofiche

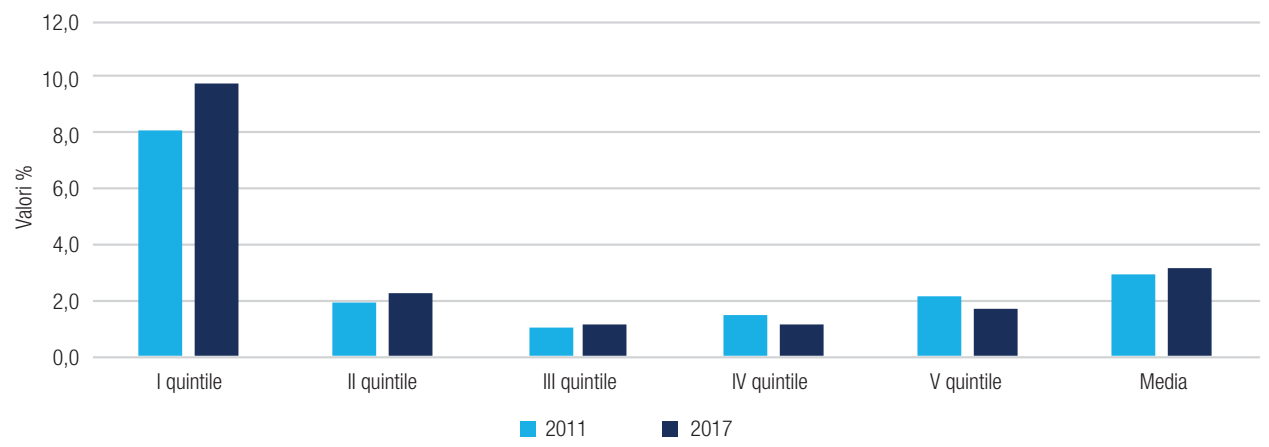
Il fenomeno della catastroficità è cresciuto rispetto all'anno precedente, coinvolgendo il 3,2% delle famiglie residenti (il 4,1% di quelle che sostengono consumi sanitari): le famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche sono 825.840, oltre 100.000 nuclei in più rispetto all'anno precedente. Il fenomeno coinvolge il 6,2% delle famiglie che risiedono nel Mezzogiorno, il 1,7% di quelle che risiedono nel Centro e l'1,9% di quelle residenti al Nord. Rispetto all'anno precedente è aumentata la quota di quelle residenti nel Mezzogiorno e si è ridotta quella del Centro; nel Nord l'incidenza del fenomeno è rimasta sostanzialmente invariata (Figura 4a.16.).

Figura 4a.16. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche. Anno 2017



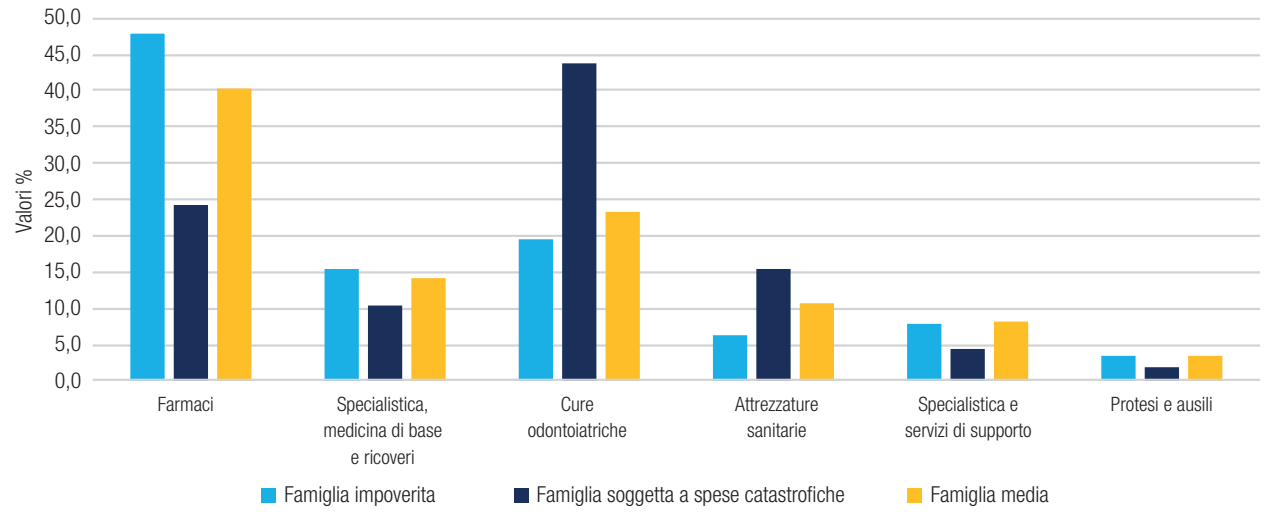
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.17. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per quintile di consumo



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4a.18. Composizione consumi sanitari famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche per tipo di voce. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata e Calabria (8,6%); ne sono quasi esenti l'Umbria (1,0%) e il Piemonte (1,1%).

Le spese catastrofiche sono distribuite fra tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (9,8%) nel I quintile, del 2,2% fra quelle del II, dell'1,1% fra quelle del III, del'1,2% fra quelle del IV e dell'1,7% fra quelle dell'ultimo (Figura 4a.17.).

Rispetto al 2011, oltre alla crescita dell'impoverimento per spese sanitarie, si è quindi registrato anche l'aumento delle famiglie soggette a spese catastrofiche, in particolarenel I e II quintile, essendo invece diminuita l'incidenza nel IV e V.

Le famiglie soggette a spese catastrofiche destinano quasi la metà (43,7%) dei propri consumi sanitari alle cure odontoiatriche, e il 24,2% ai farmaci; quote decisamente inferiori al valore medio complessivo sono invece destinate alla specialistica e a protesi e ausili (Figura 4a.18.).

In sintesi, aumenta anche il fenomeno delle spese

catastrofiche, che è prevalentemente un problema del Meridione, ma colpisce anche il Settentrione. La causa della catastroficità è essenzialmente l'odontoiatria.

4a.7. L'equità dei SSR: disagio economico

Al fine di riassumere globalmente la capacità di tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia offerta dal sistema sanitario, è stato elaborato un indicatore di "disagio economico" delle famiglie (relativo all'impatto delle spese associate ai consumi sanitari), sommando i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie (come sopra definite).

L'indicatore presumibilmente sottostima il fenomeno: anche se una parte delle famiglie che non hanno consumi potrebbero non averne avuto bisogno o avere una assicurazione (cosa peraltro improbabile nei primi quintili), d'altra parte non considera le rinunce parziali a sostenere spese sanitarie e non coglie i casi di rinunce "ripetute", ovvero chi non sostiene negli anni alcuna spesa per consumi sanitari.

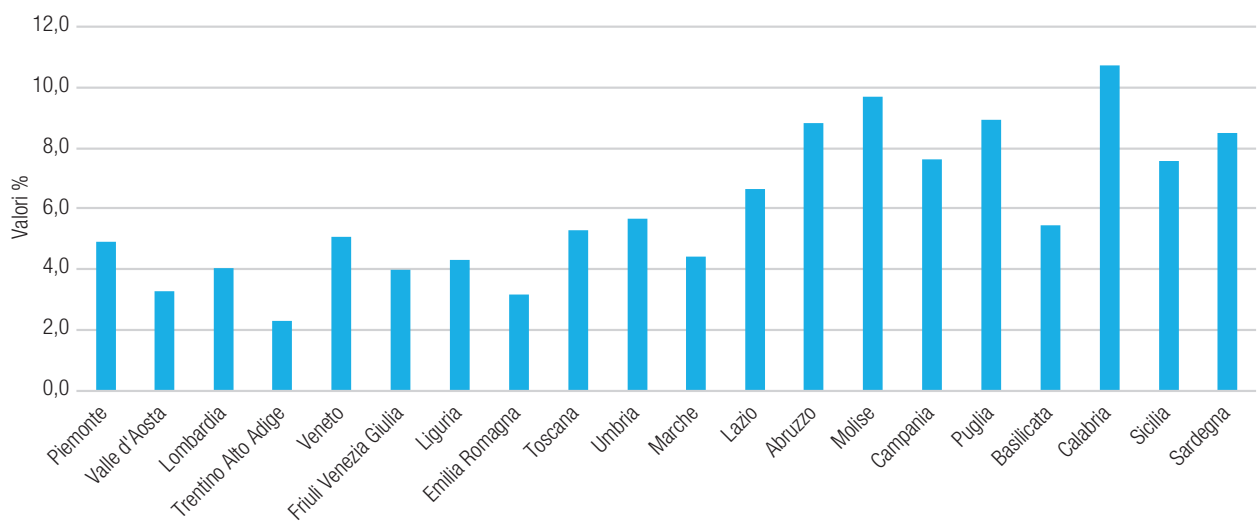
Con i caveat espressi, la quota di disagio economico risulta pari in media al 5,8% a livello nazionale (Figura 4a.19.), ed è cresciuta di 0,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente. È significativamente superiore nel Sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell'anno precedente); segue il Centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e il Nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016).

Calabria e Puglia risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano disagio: rispettivamente il 10,7% ed il 9,0% delle famiglie versano in tale condizione; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sono in condizioni di disagio economico dovuto ai consumi sanitari, e l'Emilia Romagna con il 3,2%.

La modifica dell'indagine dell'Istat a partire dal 2014 non consente di determinare la quota delle "nuove" rinunce, e quindi del disagio economico, per l'anno 2011, impedendoci di analizzarne la dinamica in analogia con quanto fatto per i fenomeni dell'impoverimento e della catastroficità.

Si conferma, però, che la iniquità aumenta, sia nel medio periodo, che nell'ultimo anno, confermando un indebolimento della capacità di tutela del SSN.

Figura 4a.19. Quota di disagio economico. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

4a.8. Conclusioni

La spesa privata "effettiva" delle famiglie, destinata ai consumi sanitari, continua ad aumentare: nel 2017 è pari a € 1.867,9 (+9,0% rispetto al 2016) e rappresenta il 5,6% dei consumi totali (0,4 punti percentuali in più rispetto all'anno precedente), con un'incidenza del 5,2% per le famiglie del I quintile ad una del 5,8% per quelle dell'ultimo.

Analizzando il dato per area geografica, osserviamo che la spesa media annua familiare effettiva per consumi sanitari è massima nel Nord-Ovest (€ 2.135,4) e minima nel Mezzogiorno (€ 1.500,9).

Analizzando i dati del periodo 2011-2017, si osserva una riduzione media complessiva della spesa per consumi sanitari dello -0,2% medio annuo, a fronte di una riduzione media annua dei consumi dello -0,1%, con una lieve diminuzione della incidenza.

Le famiglie dei primi due quintili, però, registrano una crescita dei consumi sanitari e insieme una riduzione di quelli totali: +0,8% vs -0,4% per il I, +0,6% vs -0,6% per il II: ne consegue un aggravamento dell'incidenza dei consumi sanitari; le famiglie del III quintile registrano una crescita sia dei consumi sanitari che di quelli totali (+0,7% vs +0,1%), anche in questo caso con un aggravamento dell'incidenza dei primi; le famiglie del IV, invece, hanno incrementato i loro consumi nel periodo (+0,3%), riducendo quelli destinati alla salute (-0,6%); quelle dell'ultimo, hanno ridotto i consumi totali dello -0,1% ed in maggior misura quelli sanitari (-0,4%).

Nel periodo 2011-2017 le spese per consumi sanitari sono quindi cresciute per i quintili più poveri e diminuite per quelle più ricche, mentre il consumo totale è diminuito per le prime e aumentato per le seconde, facendo registrare un chiaro peggioramento in termini equitativi.

Questa "tendenza iniqua" si conferma sul piano geografico: sempre nel decennio considerato, la spesa sanitaria effettiva delle famiglie meridionali si avvicina a quella sostenuta da quelle settentrionali, che pure hanno livelli di reddito maggiori.

E il Mezzogiorno è anche gravato al suo interno da maggiori disuguaglianze di reddito, in aumento nel periodo.

SI aggiunga che, nel 2017, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie è pari all'1,7% ed è aumentata (+0,5% rispetto al 2011), continuando a coinvolgere soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno (3,2%).

Molise, Calabria e Sardegna sono le realtà più colpite dall'impoverimento: rispettivamente il 5,4%, 4,2% e 4,1%; Trentino Alto Adige, Lombardia, Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente lo 0,5%, 0,5% e 0,6%.

Applicando soglie di povertà relativa regionali, le differenze di incidenza tra le ripartizioni geografiche si riducono: aumenta nelle realtà del Nord e si riduce in quelle del Sud. Il valore massimo si raggiunge in Abruzzo, dove il 3,6% delle famiglie risultano impoverite; il valore minimo nelle Marche, dove solo lo 0,8% versano in tale condizione.

Il fenomeno della catastroficità, dopo due anni di riduzione, ha ripreso ad aumentare, mantenendo una più alta incidenza al Sud; le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata e Calabria (8,6%); quelle quasi "esenti" l'Umbria (1,0%) e il Piemonte (1,1%).

Il fenomeno che abbiamo definito di "disagio economico per le spese sanitarie" è aumentato a livello nazionale di 0,3 punti percentuali nell'ultimo anno, raggiungendo una incidenza del 5,8%. È significativamente superiore nel Sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell'anno precedente), seguito dal Centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e dal Nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016). Calabria e Puglia risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di condizioni di disagio: rispettivamente il 10,7% ed il 9,0% delle famiglie versano in tale condizione; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, dove solo il 2,3% delle famiglie residenti sono in condizioni di disagio economico dovuto ai consumi sanitari, e l'Emilia Romagna con il 3,2%.

Tutte le analisi svolte sembrano concordi nell'indicare che l'iniquità aumenta, sia rispetto al 2011, che nell'ultimo anno: in altri termini, si conferma che è in atto un indebolimento della capacità di tutela e di redistribuzione del SSN.

Riferimenti bibliografici

1. C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità
2. Istat (anni vari), Indagine 'Spesa delle famiglie'
3. Istat (anni vari), Rapporto "Benessere equo e sostenibile"

ENGLISH SUMMARY

Catastrofic expenditure, impoverishment and economic discomfort

Chapter 4a analyses the health consumption and expenditures directly incurred by households. Their trends and dynamics over time are related to the macroeconomic phenomena that have affected Italy (trends in general consumption, household income, Gross Domestic Product, etc.).

Furthermore, an attempt is made to assess the level of actual protection provided by the National Health Service (NHS) with respect to the disease-related economic risks, by determining the incidence of the impoverishment caused by healthcare expenditures, as well as the impact of catastrophic health expenditures (seen as "excess" of healthcare expenditures incidence on family budgets). An indicator has also been developed, defined as "economic distress caused by healthcare expenditure".

In quantitative terms, we note that households' "actual" private health expenditure keeps on increasing (+9% compared to 2016) and currently accounts for 5.6% of total consumption (up by 0.4 percentage points than in the previous year), with a 5.2% incidence rate for the households in the first quintile to a 5.8% incidence rate for those of the last quintile.

The highest incidence rate is recorded in the North-West of Italy, while the lowest one in the South.

Compared to 2011, there was a 0.2% yearly average reduction in health expenditure as against a 0.1% average annual reduction in consumption, with a slight decrease in incidence.

In particular, the households of the first two quintiles recorded a growth in health consumption and, at the same time, a reduction in total consumption, with a worsening of the health consumption incidence. The households of the third quintile recorded a growth in both health and total consumption, again with a worsening of the health consumption incidence. Conversely, the households of the fourth quintile increased their consumption in the period considered and reduced those intended for health. The households of the latter quintile reduced total consumption, but also health consumption to a greater extent.

Hence, compared to 2011, spending on health consumption increased for the poorest quintiles and decreased for the richest ones, while total consumption decreased for the former and increased for the latter.

This "unequal trend" is confirmed on a geographical level: again in the decade under consideration, the actual health expenditure of Southern households was similar to that incurred by Northern ones that also have higher income levels.

The South of Italy is also burdened by greater income inequalities, on the increase in the period under consideration.

In addition, in 2017, the incidence of impoverishment for healthcare expenditures was 1.7% and increased by 0.5 percentage points compared to 2011, thus continuing to affect mainly the families living in the South of Italy (3.2%).

Molise, Calabria and Sardegna are the Regions most affected by impoverishment, while Trentino Alto Adige, Lombardia and Valle d'Aosta are the least affected ones. By implementing regional relative poverty thresholds, the differences in incidence between Regions decrease. The incidence rate increases in Northern Regions and decreases in Southern Regions. The maximum value is reached in the Abruzzo Region, where 3.6% of households are impoverished, while the minimum value is recorded in the Marches Region, where only 0.8% of households are impoverished.

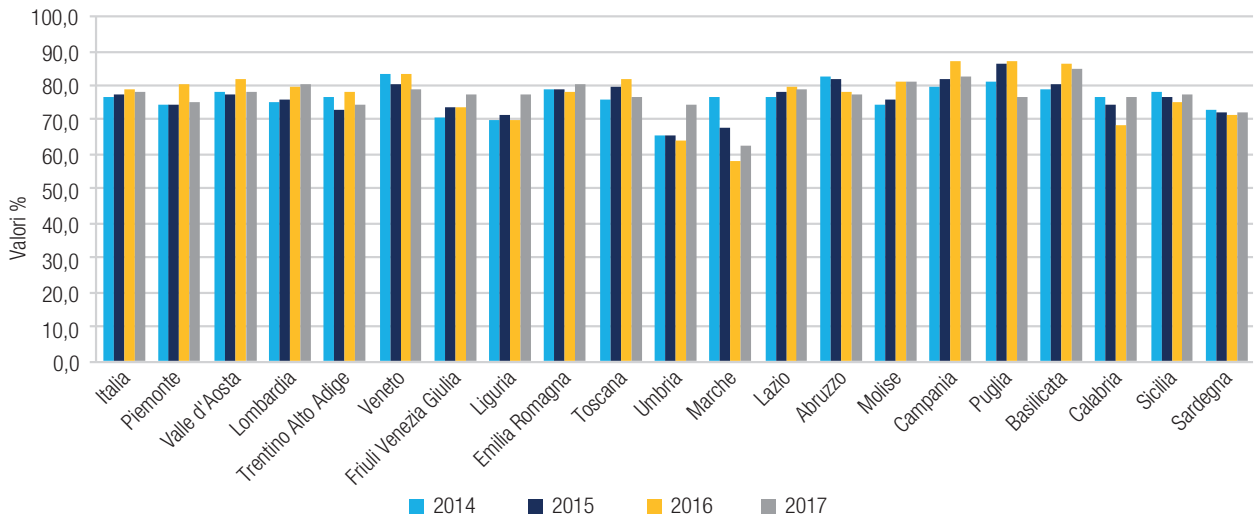
After two years of reduction, the phenomenon of catastrophic health expenditures has begun to in-

crease again, maintaining a higher incidence in the South. The Regions most affected by this phenomenon are Basilicata and Calabria, while Umbria and Piemonte are almost "exempt" from it.

The phenomenon that has been defined as "economic distress caused by healthcare spending" increased nationally by 0.3 percentage points last year, reaching a 5.8% incidence rate. It was significantly higher in the South of Italy, followed by Central and Northern Italy. Calabria and Puglia are the Regions with the highest incidence of hardship and distress. At the other extreme we find Trentino Alto Adige and Emilia Romagna.

Hence all the analyses made seem to agree on the fact that inequity and inequality increased both compared to 2011 and last year: in other words, it is confirmed that the NHS protection and redistribution ability is weakening.

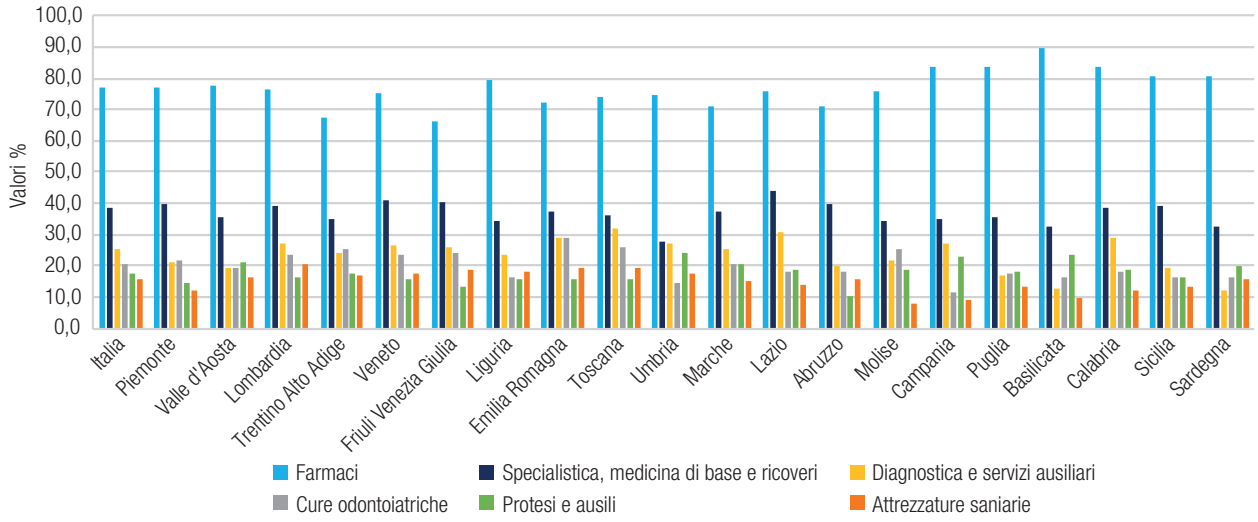
KI 4a.1. Quota famiglie che sostengono spese per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2017, il 77,9% delle famiglie ha sostenuto spese per consumi sanitari. La quota minima è pari al 62,4% delle Marche e quella massima all'86,4% della Basilicata. Il maggior aumento si è registrato In Umbria e Calabria (+10,6% e +7,6% rispettivamente). In Puglia, Piemonte e Toscana la quota è invece diminuita: rispettivamente -10,8%, -5,6% e -4,7%. La quota di famiglie che sostengono spese sanitarie è maggiore nel Mezzogiorno (78,2%), seguito dal Nord (78,6%) e dal Centro (75,8%). Nell'ultimo anno si è registrato un aumento nelle Regioni del Sud e del Nord; è rimasta invece pressoché invariata per quelle del Centro.

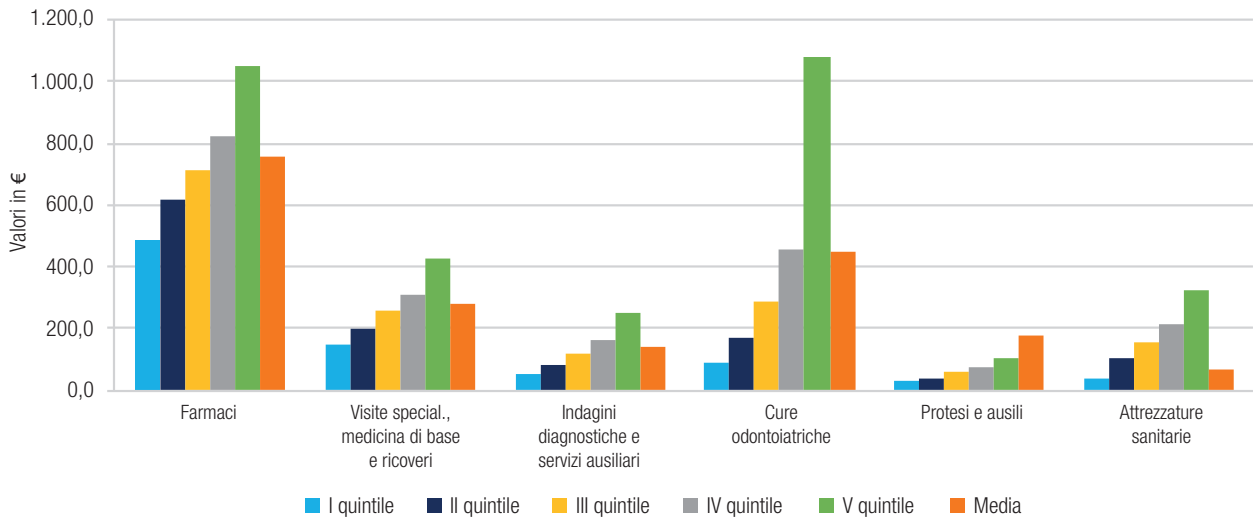
KI 4a.2. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie per consumi sanitari, per tipologia di spesa. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, in Italia, il 77,2% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 38,3% visite specialistiche, medicina di base e ricoveri, il 25,3% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 20,5% spende per il dentista, il 17,3% per protesi e ausili e il 15,8% per le attrezzature sanitarie. Per i farmaci si oscilla dal 70,8% del Nord-Est all'83,7% del Mezzogiorno, con la Sicilia che è la Regione con il dato più elevato (89,9%), e il Friuli Venezia Giulia con il minore (66,0%). Alle visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri ricorre il 39,3% delle famiglie residenti nel Nord, il 38,3% di quelle del Centro ed il 34,6% di quelle del Mezzogiorno, con un massimo del 44,2% nel Lazio e un minimo del 28,0% in Sicilia e Umbria. Alle cure odontoiatriche ricorre il 24,8% delle famiglie del Nord, il 16,6% di quelle del Centro e il 15,8% di quelle del Mezzogiorno; con un massimo in Emilia Romagna (29,2%), ed i minimo in Campania (11,5%).

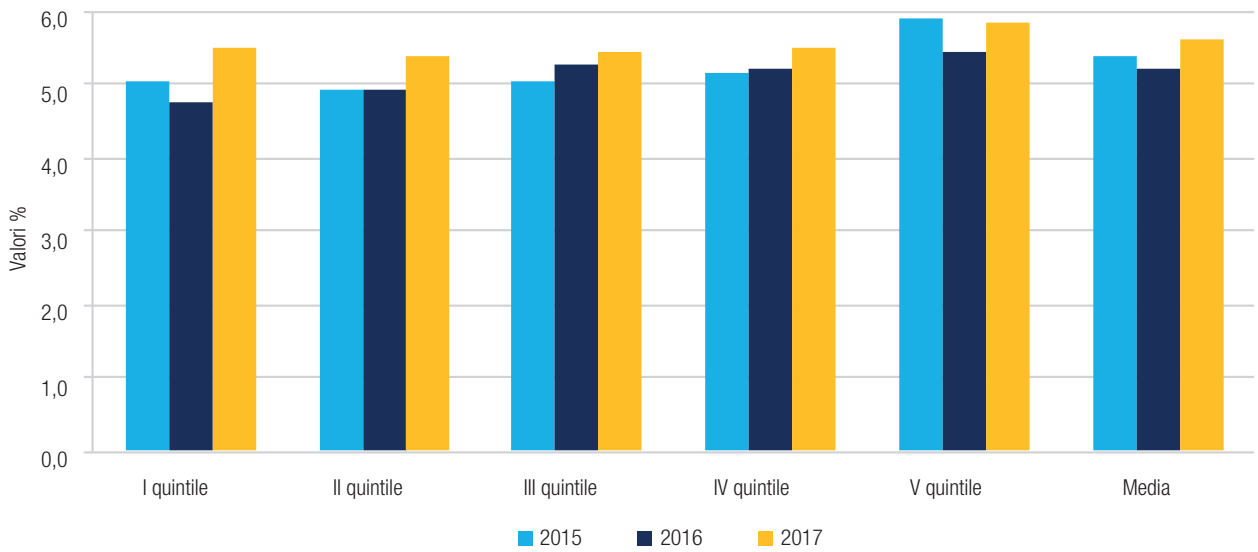
KI 4a.3. Spesa media effettiva lorda per consumi sanitari - per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 la spesa sanitaria effettiva annua (riferita quindi alle famiglie che la sostengono) è pari a € 1.786,7 (+9,0% rispetto al 2016). Quella per i farmaci oscilla da € 487,6 per le famiglie del I quintile di consumo a € 1.048,0 dell'ultimo quintile; quella per le visite specialistiche da € 147,4 a € 429,9, quella per il dentista da € 87,6 a € 1.081,3.

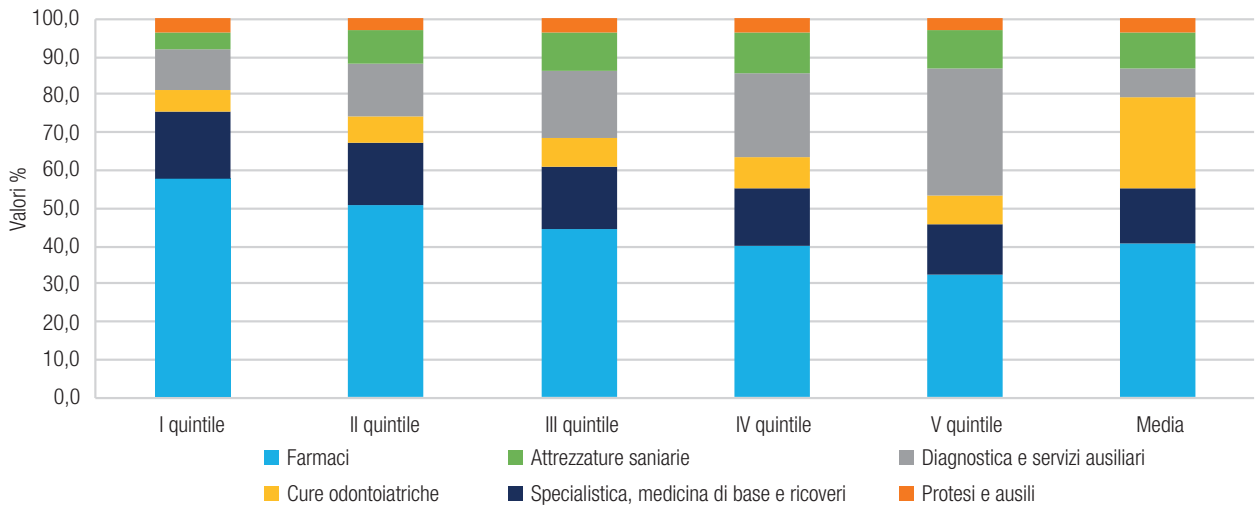
KI 4a.4. Incidenza della spesa media sanitaria effettiva sui consumi familiari, per quintile di consumo



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 la spesa effettiva per consumi sanitari (riferita quindi alle famiglie che la sostengono) incide per il 5,6% dei consumi totali, variando da un minimo pari al 5,4% nelle famiglie appartenenti al secondo e terzo quintile di consumo ad un massimo pari al 5,8% in quelle appartenenti all'ultimo quintile. Rispetto all'anno precedente l'incidenza è aumentata di o,4 punti percentuali (5,2% nel 2016): è cresciuta soprattutto nelle famiglie più povere (I e II quintile di consumo), rispettivamente +0,7 e +0,5 punti percentuali.

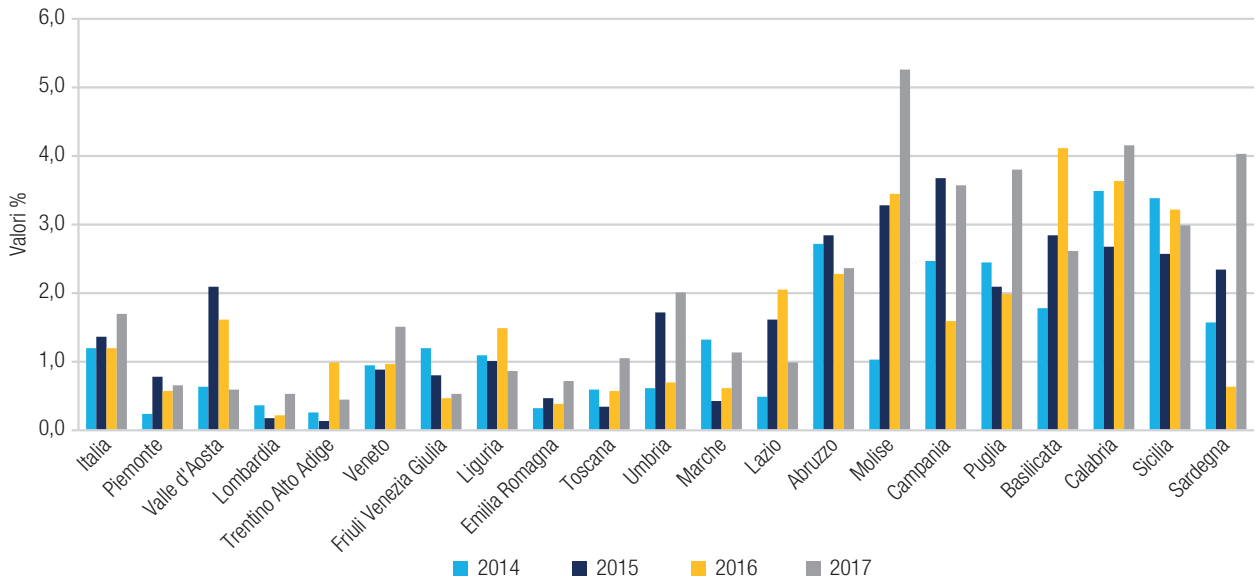
KI 4a.5. Composizione della spesa per consumi sanitari per tipologia di spesa e quintile di consumo. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Le famiglie italiane che sostengono spese per consumi sanitari destinano in media il 40,6% di queste ai farmaci, il 24,1% alle cure odontoiatriche, il 14,9% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 9,5% alle attrezzaure sanitarie, il 7,5% alle diagnostica e ai servizi ausiliari. Le famiglie appartenenti ai quintili più bassi di consumo destinano la metà delle loro spese sanitarie (57,8%) ai farmaci, circa il 17,5% alla specialistica, il 10,4% alle cure odontoiatriche, l'8,2% ad attrezzature sanitarie e protesi e ausili. Per confronto, le famiglie dell'ultimo quintile destinano ai farmaci il 32,4% dei loro consumi sanitari, il 33,4% alle cure odontoiatriche, il 13,3% alla specialistica e ai ricoveri.

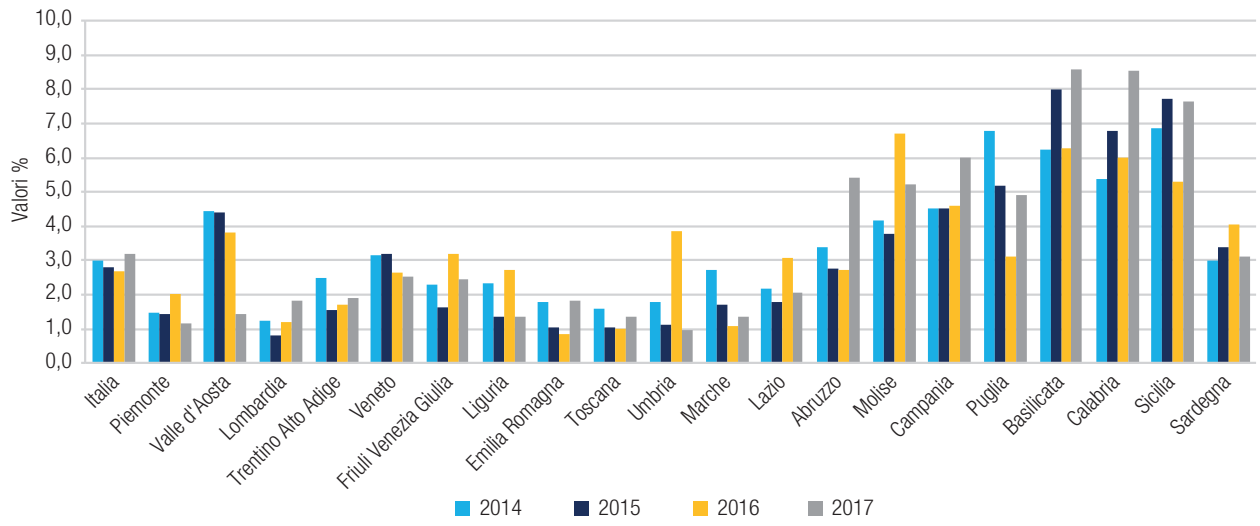
KI 4a.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, in Italia, si sono impoverite a causa di spese per consumi sanitari l'1,7% delle famiglie residenti (438.510 nuclei). Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (3,2%), poi quelle del Centro (1,1%) e del Nord (0,8%). Rispetto all'anno precedente l'incidenza dell'impoverimento è cresciuta di 0,5 punti percentuali (110.545 nuclei in più), soprattutto nel Mezzogiorno e nel Nord; si è ridotta, invece, nel Centro. Molise, Calabria e Sardegna sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: rispettivamente il 5,4%, 4,2% e 4,1%; Trentino Alto Adige, Lombardia, Valle d'Aosta risultano invece le meno colpite dal fenomeno: rispettivamente lo 0,5%, 0,5% e 0,6%.

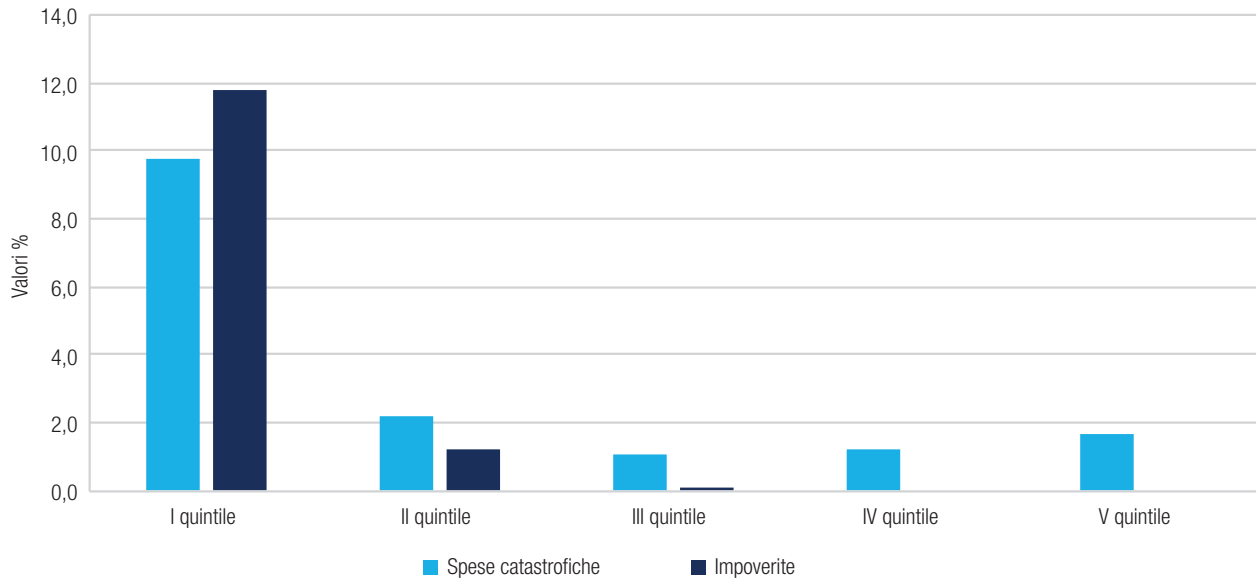
KI 4a.7. Quota famiglie soggette a spese catastrofiche per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, in Italia, il 3,2% delle famiglie (703.235 nuclei) sono state soggette a spese sanitarie catastrofiche (consumi di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*). Il fenomeno dell'impoverimento, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (4,5%), poi quelle del Centro (2,9%) e del Nord (1,7%). Rispetto al 2016, si è assistito ad una crescita del fenomeno di +0,5 punti percentuali (+110.545 nuclei). L'aumento è stato maggiore nelle Regioni del Sud. La Sicilia risulta la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (6,9%), la Lombardia quella più indenne (1,2%).

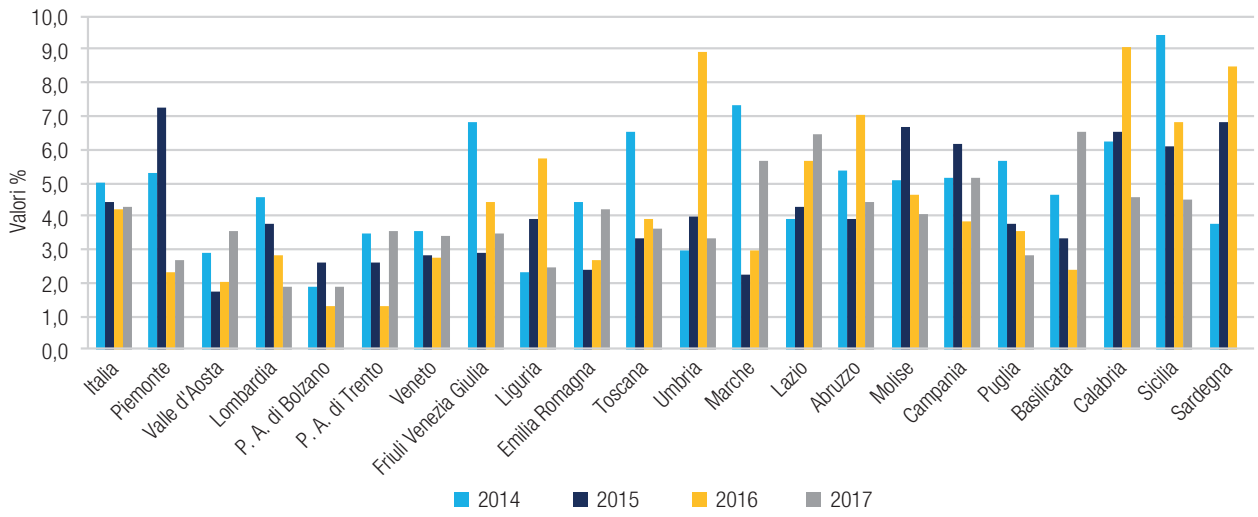
KI 4a.8. Incidenza di famiglie impoverite e soggette a spese per consumi sanitari catastrofici, per quintile di consumo. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Le famiglie impoverite appartengono ai quintili di consumo medio-bassi, in particolare queste rappresentano l'11,8% di quelle del I quintile, l'1,2 di quelle del II e lo 0,1% di quelle del III. Il fenomeno della catastroficità (famiglie che sostengono spese per consumi sanitari di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*, si verifica invece in tutti i quintili di consumo. Queste famiglie sono il 9,8% di quelle del I quintile, il 2,2% di quelle del II, l'1,1% di quelle del III, l'1,1% di quelle del IV e l'1,7% di quelle dell'ultimo.

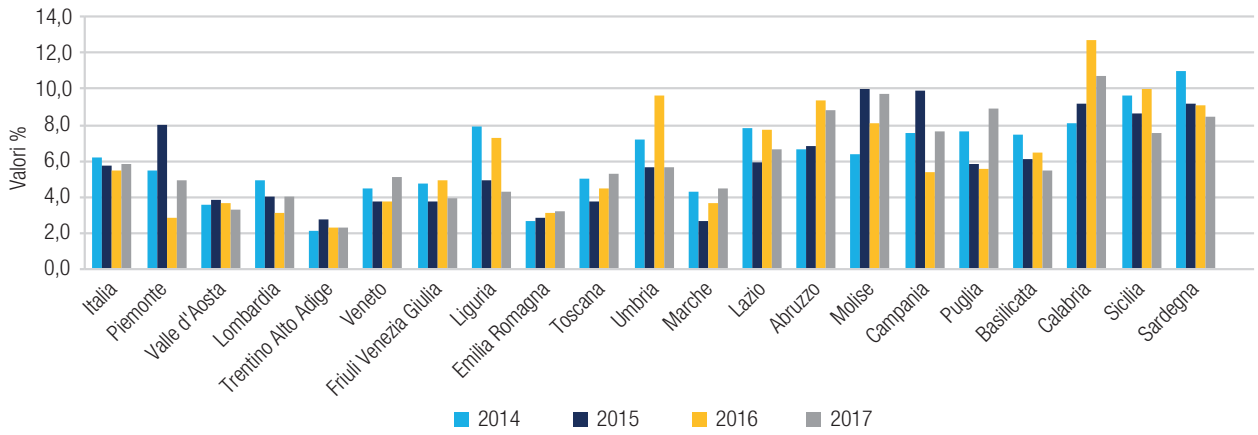
KI 4a.9. Quota di famiglie soggette a "nuove" rinunce alle spese per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, in Italia, 4,2 milioni di famiglie residenti hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie. Tra queste, 1,1 milioni non hanno sostenuto alcuna spesa per consumi sanitari. Le probabili rinunce riguardano soprattutto le Regioni del Sud: il 5,6% delle famiglie ha consumi sanitari nulli dichiarando di averle volute ridurre; seguono quelle del Centro (5,1%); la minor frequenza di "rinunce" si registra nel Nord (3,0%), in particolare nel Nord-Est (2,8%). La Calabria è la Regione più colpita dal fenomeno con il 6,5% delle famiglie. Il Trentino Alto Adige e l'Emilia Romagna sono le realtà con minore incidenza del fenomeno: rispettivamente l'1,9% ed il 2,4% delle famiglie ivi residenti.

KI 4a.10. Quota di famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese per consumi sanitari



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L' indicatore di disagio economico delle famiglie per spese sanitarie somma i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese per consumi sanitari. In Italia, nel 2017, il 5,8% delle famiglie si trova in condizioni di disagio economico nel sostenere consumi sanitari. Rispetto al 2016 se ne registra una crescita, che ha interessato soprattutto le Regioni del Mezzogiorno. Calabria e Molise risultano essere le Regioni con maggior incidenza del fenomeno: il 10,7% e il 9,7% rispettivamente; all'estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige e l'Emilia Romagna con rispettivamente il 2,3% ed il 3,2%.

CAPITOLO 4b
La misura della *Performance* dei SSR

d'Angela D.[1], Carrieri C.[1], Polistena B.[1], Spandonaro F.[2]

4b.1. Introduzione

Il progetto "La misura della *Performance* dei SSR", giunto alla sua settima annualità, è nato con l'obiettivo di fornire una valutazione dei livelli di opportunità di tutela della salute per i residenti nelle diverse Regioni italiane.

Non si tratta, quindi, di una classifica dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) pubblici, e tanto meno del raggiungimento da parte di essi di obiettivi tecnocraticamente attribuiti ex ante; l'opportunità di tutela della salute attiene, infatti, ad un ambito più ampio, che esula la stretta erogazione di beni e servizi sanitari, a cui i SSR sono deputati: coinvolge, ad esempio e senza pretesa di esaustività, la prevenzione nella sua accezione più ampia, ivi compresi gli stili di vita; comprende anche la rimozione delle deprivazioni e dei divari socio-economici che impattano sulla capacità di "produzione di salute"; i servizi sociali e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, infine, il costo opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori.

Si tratta, quindi, di un approccio intrinsecamente fondato sul principio della multidimensionalità della *Performance*; ed anche sulla multi-prospettiva, ovvero sul riconoscimento dell'esistenza di diversi interessi di cui sono portatori i diversi *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari.

L'approccio utilizzato, si basa su un metodo originale di valutazione delle *Performance*, proposto e sviluppato dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", con la collaborazione di un qualificato *Panel* di esperti.

Il *Panel* è motore dei processi di affinamento annuale della metodologia, e anche fonte delle preferenze con cui si costruisce l'indicatore sintetico di *Performance*.

Nel presente capitolo si riassumono i principali risultati della VII edizione del progetto (anno 2019), caratterizzata da una analisi ad hoc svolta separando le preferenze degli *stakeholder* afferenti a Regioni in Piano di Rientro da quelle delle Regioni in sostanziale equilibrio; l'analisi ha palesato come le valutazioni di *Performance* siano condizionate dall'evoluzione del dibattito di politica sanitaria, e come esso assuma connotati diversi nelle diverse aree del Paese, in funzione dello "stato" di sviluppo dei diversi SSR.

I risultati descritti di seguito, come anticipato, sono il frutto del lavoro di un *Panel* composto da 97 membri provenienti da tutt'Italia, e afferenti a cinque Categorie di *stakeholder*, "Utenti" (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), "Professioni sanitarie" (medici di medicina generale, medici ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza territoriale, farmacisti, etc.), "*Management* aziendale" (Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi di Aziende Sanitarie), "Istituzioni" (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del farmaco, Ministero della Salute) e "Industria medicale".

Il *Panel* ha prima identificato e scelto gli indicatori su cui basare la valutazione: a tal fine è stata realiz-

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

zata consensus tra i componenti del *Panel*, utilizzando il metodo *Delphi*; poi, in un *meeting* collegiale, i 56 membri del *Panel* presenti, hanno fornito le loro valutazioni, permettendo l'elicitazione delle loro preferenze per gli indicatori.

Il processo di elicitazione è stato supportato da specifici *software* implementati dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità: ogni esperto ha operato singolarmente con l'ausilio di un *tablet*; il *team* di C.R.E.A. Sanità ha raccolto le risposte, le ha poi elaborate ed aggregate adottando una funzione di utilità multi-attributo.

Le valutazioni richieste agli *stakeholder* hanno riguardato tanto il valore attribuito alle determinazioni numeriche degli indicatori, quanto il grado di sostituibilità tra gli *outcome* di cui i diversi indicatori sono rappresentativi.

Per quanto concerne le analisi effettuate, in continuità con la precedente edizione, è stata mantenuta la distinzione fra gruppi di *stakeholder*, fra componenti del *Panel* afferenti a Regioni in Piano di Rientro o a Regioni in "sostanziale equilibrio"; inoltre, è stata concentrata una particolare attenzione sulla dinamica della *Performance*, e sul "peso" delle diverse Dimensioni.

4b.2. Risultati

Come anticipato, il *Panel*, nel mese di Aprile 2018, avvalendosi di un applicativo *web-based*, è stato chiamato a partecipare ad una consensus a distanza; nello specifico, i membri del *Panel* hanno espresso il loro livello di accordo (nessuno, basso, medio, alto e assoluto) su 22 indicatori elaborati e preselezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, per poi selezionarne 15 finali (Tabella 4b.1): 3 per Dimensione.

Utilizzando il metodo *Delphi*, con due *round* si è raggiunto il livello predeterminato di consenso e, a seguire, il 21 Maggio 2019, il *Panel* si è riunito per discutere i risultati e per l'elicitazione delle preferenze.

Ogni membro del *Panel* intervenuto al *meeting* ha espresso le sue valutazioni singolarmente, utilizzando procedure *computer assisted*, essendo adiuvato da un applicativo informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità; il processo di elicitazione ha sfruttato un applicativo (*Logical Decision*® ver. 7.2) che permette di stimare le funzioni di utilità multi-attributo, utilizzate per produrre poi una misura unica di *Performance* per ogni Regione.

Tabella 4b.1. Dimensioni e Indicatori di *Performance*

Dimensione	Indicatore
Sociale (Equità)	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Esiti	Aspettativa di vita in buona salute
	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Appropriatezza	Quota di interventi (Carcinoma mammario, frattura di femore, angioplastica, *by-pass* aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n. 70/2015
	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Quota donne con carcinoma mammario trattato in centri afferenti a Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei
	Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Disavanzo pro-capite
	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile

Fonte: elaborazione su consensus *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Rimandando alla pubblicazione "Una misura di *Performance* dei SSR" (d'Angela D., Spandonaro F., 2013) per i dettagli sulla metodologia, si osserva che le funzioni di utilità (o valore) degli indicatori della Dimensione Sociale registrano valori che tendono a descrivere atteggiamento di "stigma" verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità; degno di nota è che, rispetto alle edizioni precedenti, su que-

sto punto si è registrato un ulteriore "irrigidimento" nelle valutazioni degli *stakeholder* che operano in realtà non in Piano di Rientro, al quale si contrappone un atteggiamento di minore "rigidità" da parte di chi opera nelle realtà in Piano di Rientro (praticamente nel Sud).

Il progetto ha permesso di apprezzare (logico postulato della "multi-prospettiva" e della dinamica descritta sopra) come la prospettiva, e quindi il sistema delle preferenze, vari con lo "stato" della Regione di provenienza dei membri per *Panel*, ove per "stato" intendiamo, in alternativa, la condizione di equilibrio economico o di disavanzo/Piano di rientro.

Nelle Regioni in Piano di Rientro, sembra emergere una maggiore "rassegnazione" verso la difficoltà di risoluzione delle problematiche sociali (equitative), ovvero verso l'esistenza di evidenti iniquità, peraltro causate in larga misura dalla fragilità socio-economica che caratterizza tutte le Regioni meridionali (per lo più coincidenti con le Regioni in Piano di Rientro).

Complessivamente, si rileva come in questa annualità sia aumentato soprattutto il peso degli Esiti e dell'Innovazione, e soprattutto nella prospettiva degli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio. Si è invece ridotto il peso dell'Appropriatezza e del Sociale, il primo soprattutto per chi opera nelle Regioni in Piano di Rientro, ed il secondo per chi opera in realtà in equilibrio finanziario.

La Dimensione Innovazione sembra assumere una maggiore importanza, nonostante tutti i componenti del *Panel,* da quanto emerso dai lavori di gruppo tenutisi durante il *Panel meeting*, considerino gli indicatori selezionati ancora non pienamente rappresentativi della Dimensione.

Le funzioni di valore o utilità, che il *Panel* ha associato agli indicatori, appaiono razionalmente spiegabili, sia nel complesso, che nella articolazione derivante dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*, come anche dalla diversa provenienza geografica dei membri del *Panel*.

In generale, l'atteggiamento che emerge dalla elicitazione delle funzioni di valore corrisponde all'idea che vadano più che proporzionalmente "penalizzati" i risultati peggiori, a cui, quindi, sono associati contributi alla *Performance* nulli o minimi; e viceversa nel caso di determinazioni degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un "atteggiamento" che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale, peraltro in continuità con le edizioni precedenti: la sua importanza nella *Performance* risulta in aumento negli ultimi anni, ed appare particolarmente importante per chi opera nelle realtà in Piano di Rientro.

Come abbiamo rilevato nella scorsa edizione, il progetto evidenzia come il divario Nord-Sud nel SSN italiano, trovi una nuova conferma/declinazione nei criteri di misurazione della *Performance*.

In ogni caso, osserviamo che il *gap* tra chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio e chi in Regioni in Piano di Rientro, pur rimanendo una maggiore "aspettativa" fra i primi, tende a ridursi: fenomeno che siamo portati a ritenere sia legato al progressivo superamento delle condizioni di "ritardo" delle Regioni in Piano di rientro.

L'indice complessivo di *Performance* che si determina in questa VII edizione della progettualità, oscilla da un massimo del 70% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 31%: se ne desume che il *Panel* esprime la convinzione che anche le migliori *Performance* attuali siano ancora significativamente distanti da una situazione ottimale in termini di complessive opportunità di tutela della Salute.

Una possibile lettura del fenomeno, basato sul confronto delle valutazioni degli Utenti (pazienti e professionisti sanitari) e del *Management*, rileva che sul lato della "domanda" si osserva una chiara insoddisfazione per i livelli di servizio, mentre sul lato dell'offerta prevale il convincimento, suffragato peraltro da molte ragioni, di avere fatto "il massimo" con le risorse disponibili.

Il progetto dimostra, inoltre, che è scorretto attribuire al concetto di *Performance* una connotazione statica: esso risulta intrinsecamente dinamico, e associato alle dinamiche evolutive degli scenari socio-economici, culturali e politici.

A dimostrazione di ciò, osserviamo negli anni una progressiva riduzione di importanza della Dimensione Economico-Finanziaria: che, alla luce anche dei risultati delle precedenti edizioni del Progetto, rite-

niamo non sia casuale: infatti, essa si è innescata in corrispondenza del sostanziale risanamento finanziario dei SSR.

Corrispondentemente, osserviamo una progressiva crescita della importanza della Dimensione Esiti: questa associabile alla diffusione del Programma Nazionale Esiti (PNE) e alla crescita della cultura del monitoraggio statistico degli stessi.

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Esiti e Sociale contribuiscono maggiormente alla *Performance* (31,2% e 21,5% rispettivamente), seguite dall'Appropriatezza (20,2%); le Dimensioni Innovazione ed Economico-Finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 14,6% e 12,4%.

Quantitativamente, rispetto alla precedente edizione si registra un aumento del peso della Dimensione Esiti (8,1 punti percentuali) e dell'Innovazione (0,9 punti percentuali); si è invece ridotto quello delle Dimensioni Sociale, Appropriatezza ed Economico-Finanziaria (4,6, -2,5 e -1,9 punti percentuali rispettivamente).

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 4b.1.), nel caso degli Utenti le Dimensioni Appropriatezza ed Innovazione contribuiscono per quasi il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (22,7% e 22,4% rispettivamente); seguono le Dimensioni Sociale, Esiti ed Economico-Finanziaria, con il 21,2%, il 20,9% ed il 12,7% rispettivamente.

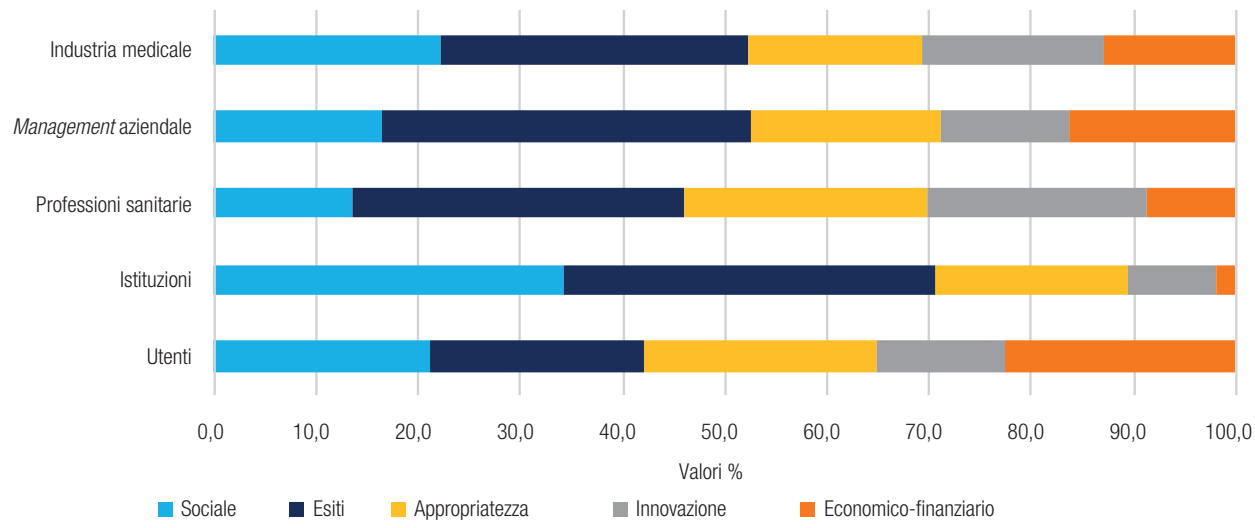
Per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla *Performance* (34,1% e 36,4% rispettivamente), segue l'Appropriatezza con il 19,0% e l'Innovazione con l'8,6%; l'Economico-Finanziaria contribuisce solo per il 2,0%.

Per le Professioni sanitarie sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente, 32,4% e 23,7% rispettivamente, seguite dall'Economico-Finanziaria (21,6%), dal Sociale (13,6%) e dall'Innovazione (8,7%).

Per il *Management* aziendale, come per le Professioni sanitarie, sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 36,1% e 18,5% rispettivamente; seguite dal Sociale con il 16,5%, dall'Economico-Finanziaria (16,2%) e dall'Innovazione con il 12,7%.

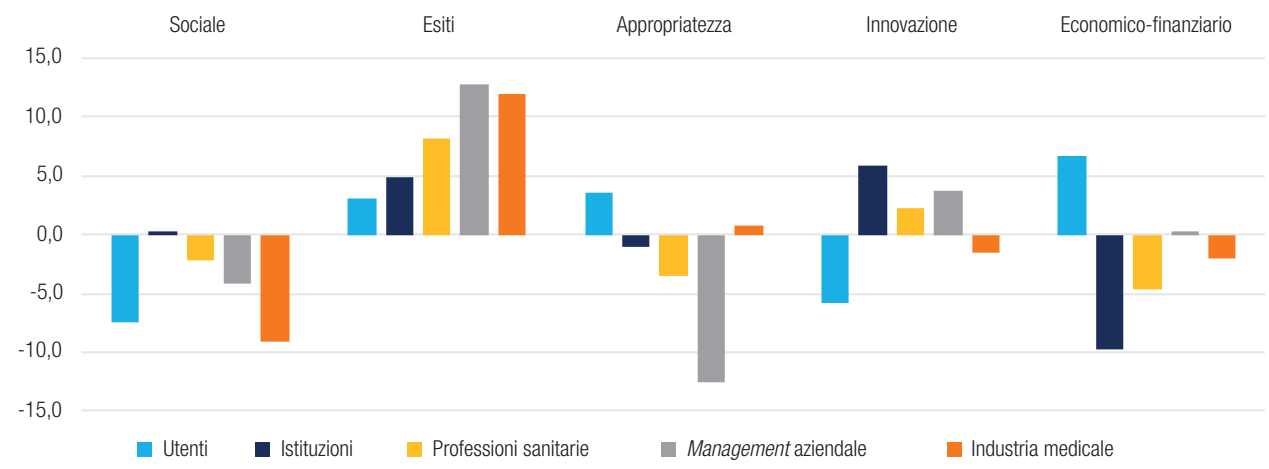
Infine, per l'Industria, sono gli Esiti ed il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (30,0% e 22,2% rispettivamente), seguite dall'Innovazione (17,6%), dall'Appropriatezza (17,2%) e dall'Economico-Finanziaria (12,9%).

Figura 4b.1. Contributo delle Dimensioni alla *Performance* per categoria



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Figura 4b.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance*. VII vs VI edizione



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Analizzando i pesi (contributi alla *Performance*) attribuiti alle Dimensioni separatamente per gli *stakeholder* afferenti o meno alle Regioni in Piano di Rientro, possiamo evincere come per gli Utenti e le Istituzioni delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (44,9% e 35,7% rispettivamente), seguito dagli Esiti (24,9% e 34,6% rispettivamente); per i rappresentanti delle Professioni sanitarie, sempre afferenti a Regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Innovazione ed Esiti: 25,8% e 25,6% rispettivamente.

Per il *Management* aziendale è maggiormente importante il contributo degli Esiti (25,6%), seguito dal Sociale e dall'Economico-Finanziario (24,4% per entrambe).

Per l'Industria che opera in tali realtà contribuisce in maggior misura l'Appropriatezza (35,5%).

Per gli Utenti che operano in realtà non in disavanzo sono le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione che contribuiscono in maggior misura: 28,5% e 27,6% rispettivamente.

Per le Istituzioni invece Esiti (44,0%) ed Appropriatezza (23,4%).

Per le Professioni sanitarie ed il *Management* operanti nelle Regioni in equilibrio sono Appropriatezza ed Esiti le Dimensioni che contribuiscono maggiormente (43,7% e 19,3% rispettivamente per la prima Dimensione, 37,7% e 37,3% rispettivamente per la seconda).

Per i rappresentanti dell'Industria che operano nelle realtà in sostanziale equilibrio, le Dimensioni Esiti ed Appropriatezza sembrano invece contribuire per oltre il 70% alla *Performance*.

Analizzando la dinamica dei pesi per categoria (Figura 4b.2), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia aumentato il contributo dell'Economico-Finanziaria (6,7 punti percentuali), di Appropriatezza (3,5 punti percentuali) ed Esiti (3,0 punti percentuali), e si è invece ridotto quello della Dimensione Sociale ed Innovazione (-7,5 e -5,8 punti percentuali rispettivamente).

Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso dell'Innovazione (5,8 punti percentuali) e degli Esiti (4,8 punti percentuali) e si è invece ridotto fortemente quello dell'Economico-Finanziario (-9,7 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello degli Esiti (8,1 punti percentuali) e dell'Innovazione (2,3 punti percentuali) e si è invece ridotto di 4,6 punti percentuali quello dell'Economico-Finanziario e di 2,2 quello della Dimensione Sociale. Per il *Management* aziendale è continuato ad aumentare il peso degli Esiti (12,7 punti percentuali) e dell'Innovazione (3,7 punti percentuali), e si è ridotto quello dell'Appropriatezza (-12,5) e del Sociale (-4,2). Infine, per l'Industria è aumentato il peso degli Esiti (11,9 punti percentuali)

e si è ridotto quello del Sociale (-9,1 punti percentuali).

Complessivamente, in questa annualità si rileva come un aumento soprattutto del peso degli Esiti e dell'Innovazione, e soprattutto per gli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio. Si è invece ridotto il peso dell'Appropriatezza e del Sociale: il primo soprattutto per chi opera nelle Regioni in Piano di Rientro, ed il secondo per chi opera in realtà in equilibrio finanziario.

4b.3. La *Performance* regionale

Per quanto concerne l'indice complessivo di *Performance* (Figura 4b.3.) il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento (70%) ed il peggiore dalla Regione Sardegna (31%).

All'interno delle *Performance* realizzate, il divario fra la prima e l'ultima è rilevante e oltre un terzo delle Regioni non arrivano ad una *Performance* pari al 50% del massimo ottenibile.

Una analisi qualitativa del *ranking* porta a distinguere quattro gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance* raggiunti; in dettaglio, 3 Regioni sembrano avere "una marcia in più": P.A. di Trento, Toscana, P.A. di Bolzano, con *Performance* comprese fra il 63% ed il 70%.

Altre 6 Regioni hanno risultati a cui, convenzionalmente, associamo un giudizio di eccellenza, con una *Performance* compresa fra il 57% e il 61%, del livello ottimale: all'interno del gruppo troviamo Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Veneto e Piemonte, con modeste variazioni fra loro.

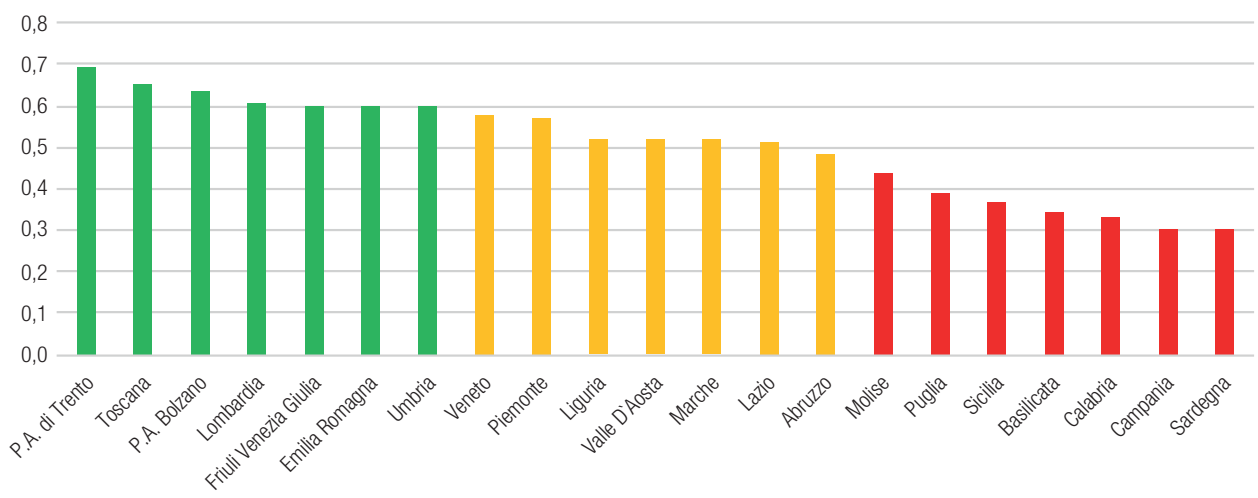
In posizione intermedia troviamo 6 Regioni, Liguria, Valle d'Aosta, Marche, Lazio, Abruzzo e Molise, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, compresi nel range 44-52%.

Le ultime 6 Regioni, Puglia, Sicilia, Basilicata, Calabria, Campania, Sardegna, registrano valori che scendono progressivamente fino ad arrivare al 31% rimanendo in una area che abbiamo definito "critica".

Le valutazioni delle *Performance* si modificano a seconda della prospettiva di cui sono portatori i differenti *stakeholder*, come peraltro postulato nella metodologia proposta; analogamente il *ranking* si modifica in correlazione allo "stato" della Regione in cui gli *stakeholder* operano (Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio).

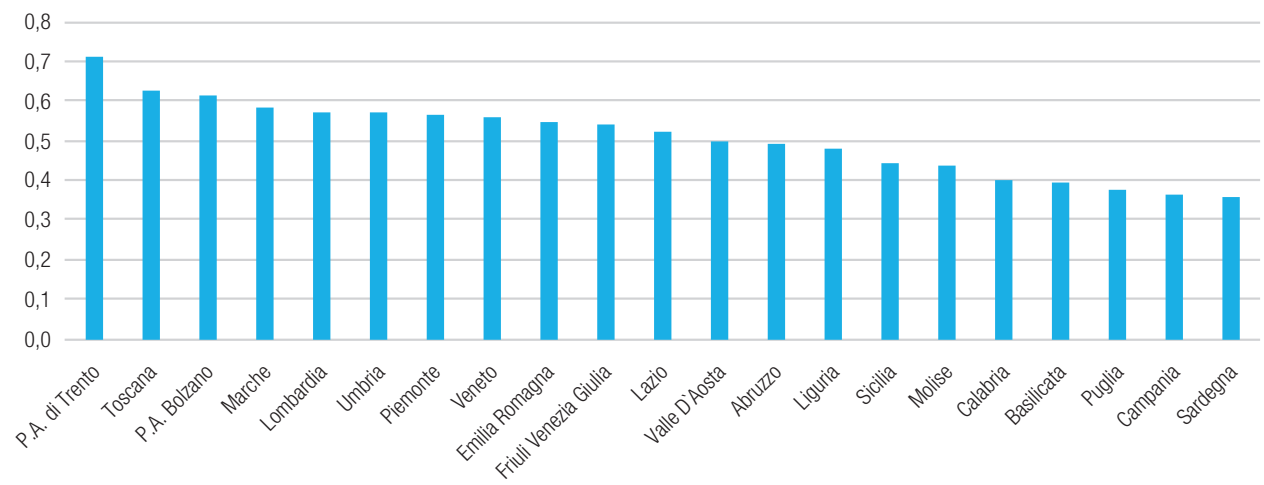
Di seguito si riportano i risultati per Categoria di *stakeholder* e, a seguire per "stato" del SSR.

Figura 4b.3. Indice di *Performance*



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Figura 4b.4. Indice di *Performance*. Categoria Utenti



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019- © C.R.E.A. Sanità

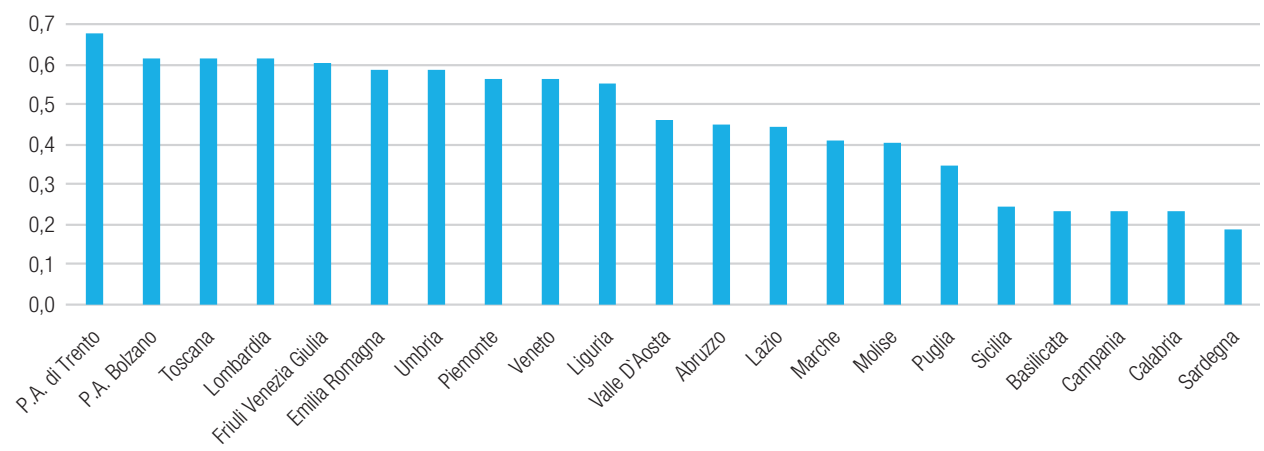
Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti (Figura 4b.4.), la P.A. di Trento, con il 72%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* ancora superiore a quello registrato nella "classifica generale".

Seguono Toscana e P.A. di Bolzano con una *Performance* rispettivamente pari al 63% e 62%; Puglia, Campania e Sardegna occupano le ultime tre posizioni con un indice di *Performance* inferiore al 40%.

Rispetto al *ranking* generale, per gli Utenti le prime tre posizioni restano invariate, la Lombardia perde una posizione diventando quinta, a scapito delle Marche; quest'ultima migliora di ben 8 posizioni, passando dal 12° posto al quarto; all'estremo opposto abbiamo la Puglia che perde tre posizioni occupando il terz'ultimo posto e la Sicilia che ne recupera due, abbandonando l'area "critica".

Figura 4b.5. Indice di *Performance*. Categoria Istituzioni



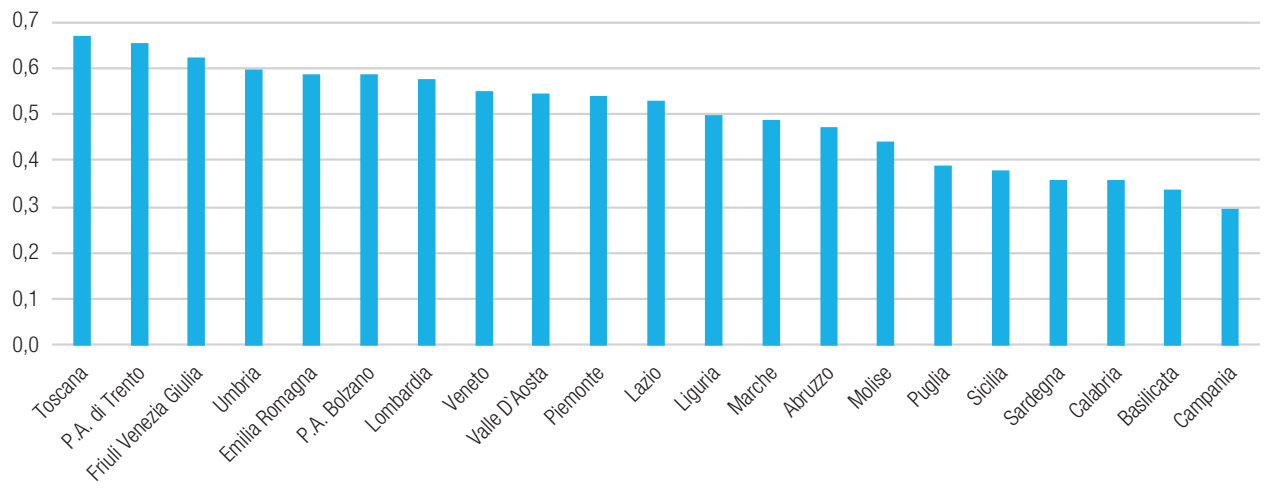
Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 4b.5.), la misura di *Performance* varia dal 68% della P.A. di Trento al 19% del SSR sardo: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Bolzano, Toscana e Lombardia seguono la P.A. di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (62% tutte e tre). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Basilicata, Campania, Calabria e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 25% e il 19%.

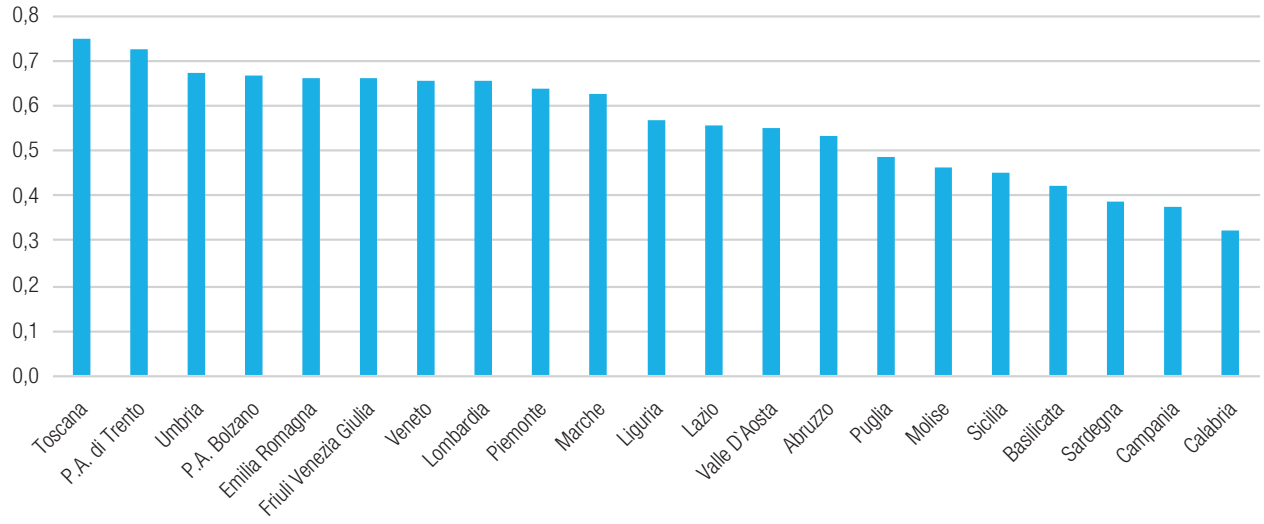
Rispetto alla classifica generale, la P.A. di Bolzano scambia la sua posizione con la Toscana. Nella parte bassa del *ranking* la Sardegna si conferma in ultima posizione, con un livello di *Performance* molto basso e che si discosta di 12 punti percentuali dalla media espressa dagli *stakeholder*; la Campania recupera invece una posizione diventando terz'ultima.

Figura 4b.6. Indice di *Performance*. Categoria Professioni Sanitarie



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Figura 4b.7. Indice di *Performance*. Categoria *Management* aziendale



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Categoria Professioni sanitarie

Per le Professioni sanitarie si riducono le "distanze": la *Performance* complessiva varia fra il 67% della Toscana ed il 29% della Campania; Toscana, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, P.A. di Bolzano e Lombardia, con un livello di *Performance* compreso tra 0,67 e 0,58 occupano le prime sei posizioni; Sardegna, Calabria, Basilicata e Campania occupano, invece, le ultime quattro con un indice di *Performance* compreso tra il 36% e il 29%.

Rispetto alla classifica generale, la Toscana avanza e raggiunge il primo posto, a scapito della P.A. di Trento; P.A. di Bolzano e Lombardia perdono tre posizioni, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria ne guadagnano rispettivamente due e tre, diventando terza e quarta; la Campania scivola all'ultimo posto e la Basilicata perde due posizioni diventando penultima (Figura 4b.6.).

Categoria *Management* aziendale

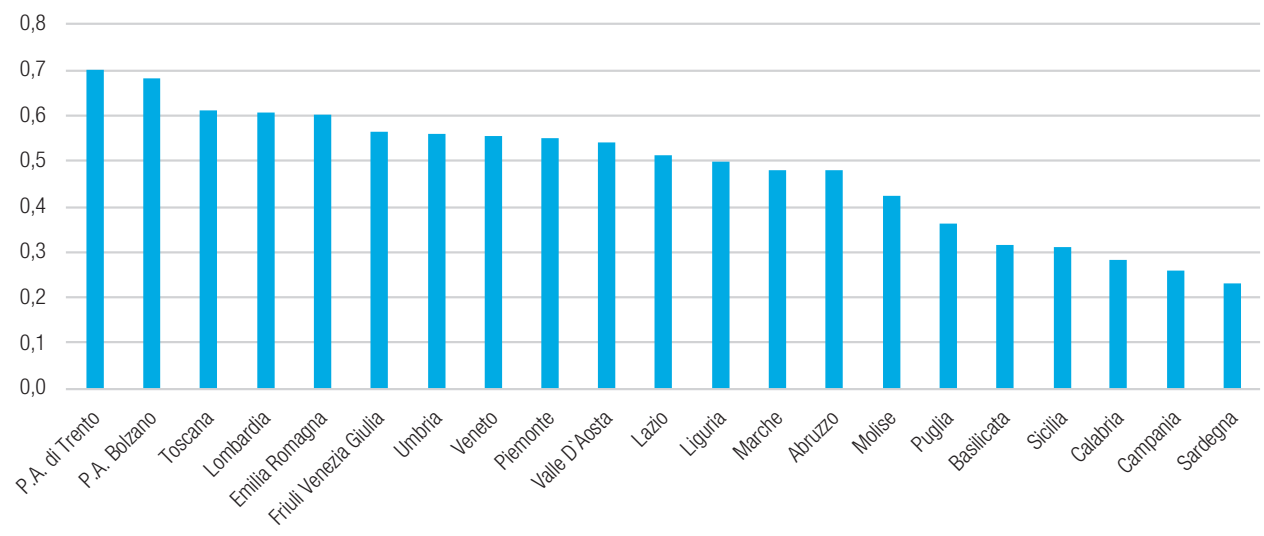
Per la Categoria *Management* aziendale (Figura 4b.7.), il *gap* tra il SSR più performante e quello meno performante è maggiore rispetto a quello complessivo: si passa da un valore massimo del 75% della Toscana ad uno minimo del 33% della Calabria. Toscana, P.A. di Trento, Umbria, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Piemonte e Marche occupano le prime dieci posizioni con una *Performance* superiore al 60% (tra il 75% e il 62%); all'estremo opposto troviamo Sardegna, Campania e Calabria che occupano le ultime tre posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 40% (tra il 39% e il 33%).

In questo *ranking* l'Umbria recupera quattro posizioni rispetto a quello "generale", diventando terza; la Lombardia ne perde cinque, diventando ottava; all'estremo opposto abbiamo la Calabria che perde due posizioni diventando ultima e la Puglia che ne recupera una abbandonando l'area "critica".

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria medicale (Figura 4b.8.) la misura di *Performance* varia dal 70% della P.A. di Trento al 23% della Sardegna. La P.A. di Bolzano segue quella di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (68%). Nelle ultime posizioni troviamo Calabria, Campania e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 28% e il 23%.

Figura 4b.8. Indice di *Performance*. Categoria Industria medicale



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Rispetto alla classifica generale, la P.A. di Bolzano recupera una posizione, a scapito della Toscana, *idem* per il Friuli Venezia Giulia, che diventa quinto a scapito dell'Emilia Romagna. Nella parte bassa del *ranking* si trovano Calabria, Campania e Sardegna, con un livello di *Performance* molto basso; la Basilicata recupera invece una posizione diventando quint'ultima.

4b.4. Conclusioni

Il progetto "La misura della *Performance* dei SSR" è nato nel 2013 con l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie tese a ottimizzare le opportunità di tutela della Salute delle persone; a tal fine la misura della *Performance*, fornendo una valutazione regionale dei livelli di tali opportunità, vuole rappresentare uno strumento teso a incentivare le pratiche migliori.

Pratiche che non si limitano all'efficientamento, o più in generale, al miglioramento dei SSR regionali: questo perché la tutela della salute è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, tanto per citare casi evidenti; ed anche perché passa altresì per i comportamenti dei cittadini, come ad esempio nelle decisioni di spesa privata per la Sanità.

Il concetto di *Performance* adottato non può quindi che essere olistico e multi-dimensionale.

Va aggiunto che, per quanto sopra argomentato, la nostra misura/valutazione di *Performance* si discosta volutamente da quelle, istituzionali e non, tese a giudicare l'efficienza della risposta pubblica o, più specificatamente, del suo *management*.

Ribadiamo, quindi, che l'indice di *Performance* elaborato si fonda su un assioma di multi-dimensionalità della *Performance stessa;* ma postula anche l'esistenza di molteplici prospettive: ovvero riconosce la possibilità di preferenze diverse relativamente al contributo delle Dimensioni alla *Performance*, funzione dei diversi interessi di cui sono portatori i molteplici *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari.

L'adozione di una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva implica l'utilizzo di "pesi" di composizione, che rendano conto del diverso contributo alla *Performance* che può essere attribuito alle Dimensioni, come anche alle differenze di priorità degli *stakeholder*.

Si osservi, infine, che la Salute, secondo un corretto approccio olistico, è concetto che non può essere declinato in modo statico: appare evidente la dinamica delle opportunità e delle aspettative di cura, in continua e rapida evoluzione, come anche il modificarsi del contesto socio-economico, culturale e politico nel quale esse di realizzano.

È quindi opportuno sottolineare che nella visione di *Performance* dell'esercizio proposto, alla multi-dimensionalità e multi-prospettiva, si aggiunge una natura intrinsecamente dinamica ed evolutiva.

La replicazione, anno dopo anno, del nostro esercizio di elicitazione delle preferenze degli *stakeholder*, ci permette di seguire e apprezzare tale dinamica, offrendo spunti importanti per interpretare le tendenze in corso.

Entrando nello specifico della metodologia, ci preme, in particolare, sottolineare che il processo di esplicitazione dei "pesi" adottati per la composizione dei contributi degli indicatori e delle Dimensioni è un elemento essenziale al fine di garantire al processo la dovuta trasparenza e *accountability*.

Per rispondere a questa esigenza, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" ha sviluppato un metodo ispirato alle logiche delle analisi delle decisioni nel *Project Management,* che è stato adattato alle specifiche esigenze di una applicazione finalizzata a misurare le opportunità per la tutela della propria Salute di cui dispongono i cittadini delle diverse Regioni.

Concludendo, questa settima edizione del progetto, anche alla luce dei risultati delle precedenti edizioni, valida e consolida la correttezza delle assunzioni adottate in fase di impostazione del progetto: in particolare quelle in tema di molteplicità degli obiettivi e delle prospettive; infatti, anno dopo anno, troviamo conferma dell'evidenza di differenze significative nelle funzioni di valore/utilità degli indicatori elicitate a seconda delle categorie di *stakeholder* coinvolti; analogamente, anche i "pesi" elicitati per quanto concerne il contributo portato dalle diverse

Dimensioni alla *Performance*, sono diversi e variabili a seconda della prospettiva adottata.

Queste evidenze si traducono in una chiara dimostrazione del fatto che le diverse Dimensioni individuate apportano alla *Performance* contributi diversi e legati alla prospettiva adottata; e quindi che i *ranking* regionali prodotti dai diversi gruppi di *stakeholder*, presentano significative differenze, pur in un quadro qualitativamente omogeneo.

Le Dimensioni Esiti e Sociale sono quelle che contribuiscono maggiormente alla *Performance*, seguite dall'Appropriatezza, dall'Innovazione e dall'Economico-Finanziaria.

Per gli Utenti sono le Dimensioni Appropriatezza ed Innovazione che contribuiscono in maggior misura; per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti; per le Professioni sanitarie, Esiti ed Appropriatezza; per il *Management* aziendale, come per le Professioni sanitarie, Esiti ed Appropriatezza. Infine, per l'Industria, gli Esiti ed il Sociale.

Come anticipato, e già richiamato nelle precedenti edizioni, si rafforza la consapevolezza che la dinamica dei pesi cambia di anno in anno: l'analisi porta a concludere che ciò avviene, però, in modo coerente con le modificazioni del contesto socio-economico e dei relativi riflessi sul dibattito di politica sanitaria.

In altri termini, il progetto dimostra che è scorretto immaginare il concetto di *Performance* come statico: esso risulta intrinsecamente dinamico, e associato alle dinamiche evolutive degli scenari socio-economico, culturali e politici.

A dimostrazione di ciò, osserviamo negli anni una progressiva riduzione di importanza della Dimensione Economico-Finanziaria: alla luce anche dei risultati delle precedenti edizioni del Progetto, riteniamo non sia casuale questa dinamica: infatti, essa si è innescata in corrispondenza del sostanziale risanamento finanziario dei SSR.

Corrispondentemente, stiamo osservando una progressiva crescita della importanza della Dimensione Esiti: questa associabile alla diffusione del Programma Nazionale Esiti (PNE) e alla crescita della cultura del monitoraggio statistico degli stessi.

La necessità di recuperare il significato profondo del termine efficienza, inteso come ottimizzazione del rapporto fra Esiti e risorse impegnate, non a caso, è oggi al centro delle politiche sanitarie, esprimendo un tentativo di superamento delle logiche di mero risparmio di spesa: questo processo è, ad esempio, evidente nel passaggio dall'approccio usato per i Piani di Rientro Regionali a quello previsto per i Piani di Affiancamento delle Aziende sanitarie.

Non ci stupisce, quindi, che in questa edizione del progetto, accanto alla continua crescita del peso di Esiti ed Appropriatezza, vediamo associarsi anche un primo aumento del contributo dell'Innovazione (per quanto gli indicatori relativi rimangano insoddisfacenti, come argomentato oltre).

Complessivamente, riteniamo che il "combinato disposto" di queste dinamiche indichi chiaramente un riorientamento del dibattito di politica sanitaria e, in particolare, dell'attenzione verso i risultati del sistema sanitario: in altri termini, preso atto dell'avvenuto risanamento finanziario, oggi il tema principe sembra diventate quello della ricerca di nuovi assetti nel sistema sanitario, capaci di garantire nel tempo la sopravvivenza delle politiche di tutela.

Sottolineiamo come aumenti anche l'importanza della Dimensione Sociale: crescita già osservata nella precedente edizione, e che noi interpretiamo come la dimostrazione di una diffusa consapevolezza del fatto che il principale fallimento del sistema di tutela sia quello dell'insuccesso nella riduzione delle disparità infra e intra regionali.

A riprova di quanto segnalato, la Dimensione Sociale appare particolarmente importante per chi opera nelle realtà in Piano di Rientro, a fronte di una ulteriore riduzione del peso della Dimensione Economico-Finanziaria ed Innovazione.

Guardando, infine, ai livelli di "soddisfazione" espressi dal *Panel,* osserviamo come fra la misura della *Performance* "migliore" e quella "peggiore", lo scarto rimane significativo: dal 70% al 31%.

Da una parte osserviamo come anche la migliore *Performance* rimanga lontana da un risultato considerato ottimale dagli *stakeholder*; dall'altra non si può non essere preoccupati del fatto che all'altro estremo tale valore si dimezzi.

Tre realtà sembrano offrire un livello di opportuni-

tà ai propri residenti significativamente migliore delle altre, seguite da altre 6 che possiamo ritenere facciano sempre parte dell'area dell'"eccellenza"; 6 Regioni rimangono in una posizione "intermedia" con livelli di *Performance* abbastanza omogenei; infine troviamo in area "critica" le altre 6 Regioni, tutte del meridione.

A riprova del rischio di una dicotomizzazione del sistema di tutela, rimane costante la composizione del gruppo delle Regioni che anno dopo anno, si trovano nell'area dell'"eccellenza" (con i caveat appena espressi); ma purtroppo anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni (come detto tutte meridionali) che rimangono nell'area critica.

L'analisi dei pesi elicitati, insieme ai risultati in termini di *Performance* regionali, ci offre uno spunto finale a supporto delle politiche sanitarie future: la crescita di importanza della Dimensione Innovazione ci sembra, infatti, legata alla consapevolezza che essendo fallite le politiche sanitarie sin qui sviluppate, il riavvicinamento delle opportunità di tutela non potrà che passare per l'innovazione tecnologica e organizzativa, nella misura in cui sapranno generare nuove opportunità di sviluppo adattabili alle caratteristiche socio-economiche e culturali delle diverse aree del Paese.

Riferimenti bibliografici

1. C.R.E.A. Sanità (anni vari), *Rapporto Sanità*
2. Istat (anni vari), *Indagine Spesa delle famiglie*

ENGLISH SUMMARY

Performance evaluation (7th edition): the Italian Regional Healthcare Services

The chapter reports the results of the seventh year of application of an experimental methodology, developed by the research team of C.R.E.A. Sanità, with the aim of defining a measure of the Performance of the Italian Regional Healthcare Services (RHS).

A measure that - in our opinion - should ensure both the democratic participation of all the different healthcare system stakeholders and a transparent methodology for eliciting and weighting preferences.

In developing this methodology, we have been inspired by the process of direct elicitation of preferences, and by decision analysis techniques, the last used for the composition of multiple goals.

The experiment has involved a panel of 100 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Patients", "Healthcare professions", "Medical industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of Performance were:

- *outcomes*
- *appropriateness*
- *economic and financial*
- *social (fairness)*
- *innovation.*

Regional Health Systems (RHS) rankings resulting by the experiment, in terms of overall Performance, as well as single Performance dimension, has allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different structures of preferences.

It follows that a democratic Performance appraisal, should represent a compromise between different viewpoints/preferences, requiring a focus on the methods used for their composition.

In quantitative terms, the regional ranking has shown a certain degree of sensitivity, towards both the preferences for one or another indicator, as well as the replaceability of the results regarding the different dimensions of the Performance.

Going deeper in the results, Trento RHS ranks first for "Patients", "Industry", "Institutions"; instead Toscana ranks first for "Healthcare Professionals" and "Management" perspectives. At the opposite side of the scale, Sardegna ranks last for "Users" and "Institutions", "Management" and "Industry"; Campania ranks last for "Healthcare Professionals".

In this edition of the project, the contribution of "Outcome" dimension to the overall Performance increased, reaching the 31.2%, followed by "Social", 21.5%, "Appropriateness", 20,2%, "Innovation" with 14.6% and "Economic and Financial" with 12.4%.

In the "Patients" perspective, "Appropriateness" and "Economic and Financial" are the most important dimensions; for the "Healthcare Professionals" and "Management", "Appropriateness" and "Outcome"; for the "Institutions" and "Medical industry" perspectives, "Social" and "Outcome".

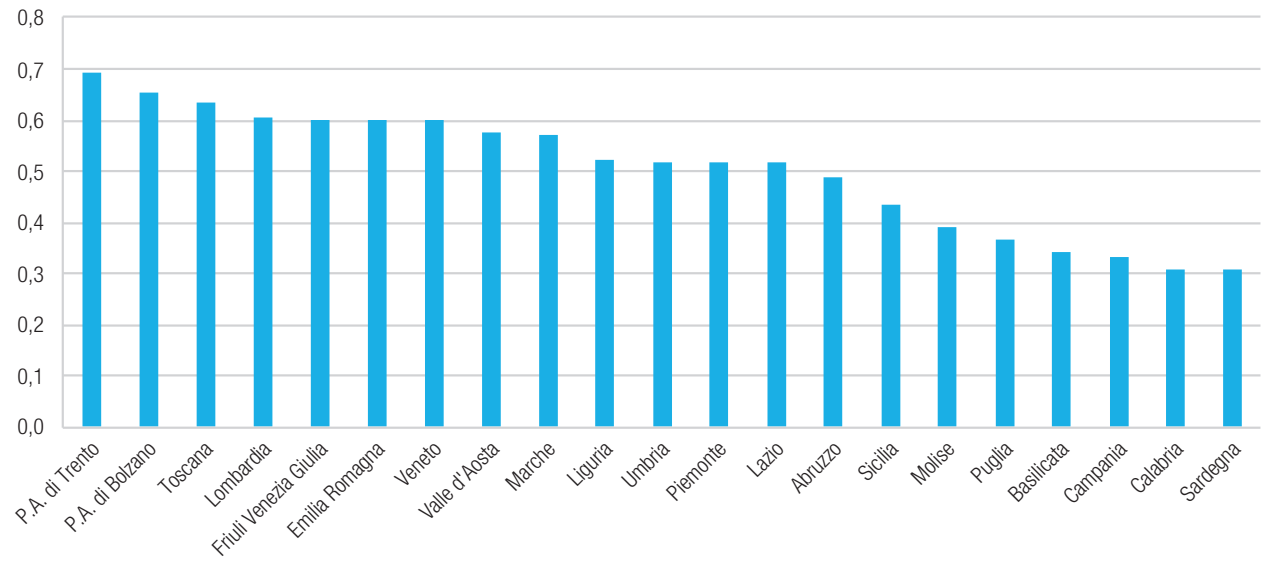
The analysis confirms the evidence of the previous edition: namely that the stakeholders have different opinions about Performance, related to the specific context; stakeholder coming from Regions with budget deficit give a higher "weight" to "Social" and "Economic and Financial" dimensions; the other ones to "Outcome", "Appropriateness" and "Innovation".

In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly by the public institutions, and also that Performance improvement can be encouraged and stimulated by introducing merit-based rankings, we are confident that the experimented method can contribute to the debate by having demonstrated that it is, at least, "mandatory" to:

- *ensure the explanation, and therefore the transparency, of the system of values that underlies the assessments*

- *democratically represent and compose the various issues, and therefore the different priorities of the various system stakeholders*
- *assess the RHS Performance in a dynamic way, by considering the context (national and local) and consequently the changes of the political priorities.*

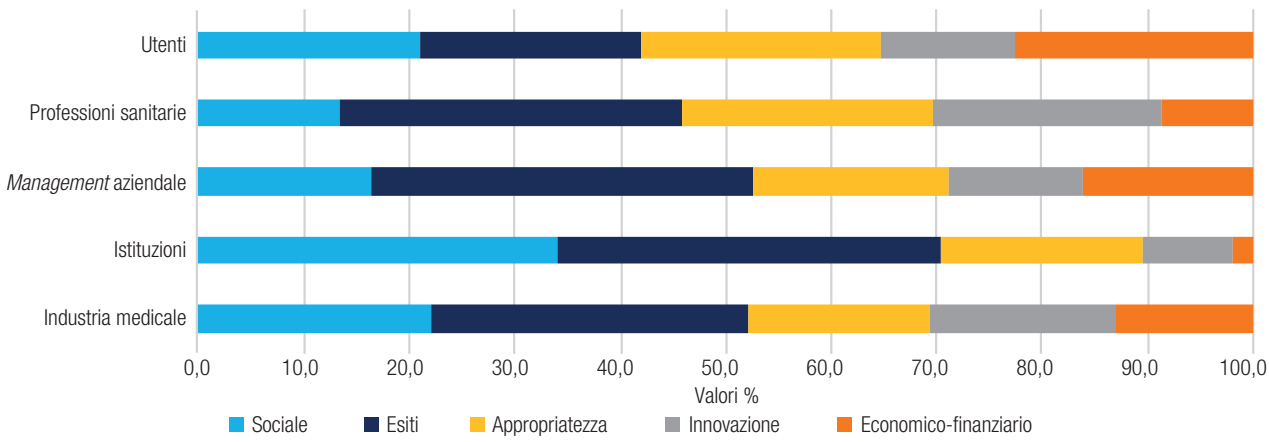
KI 4b.1. *Performance* dei SSR secondo gli *stakeholder*. Anno 2019



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L'indice complessivo di *Performance*, in questa VII edizione della progettualità, oscilla da un massimo del 69,5% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 30,6%: il risultato migliore è ottenuto dalla P. A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Sardegna.

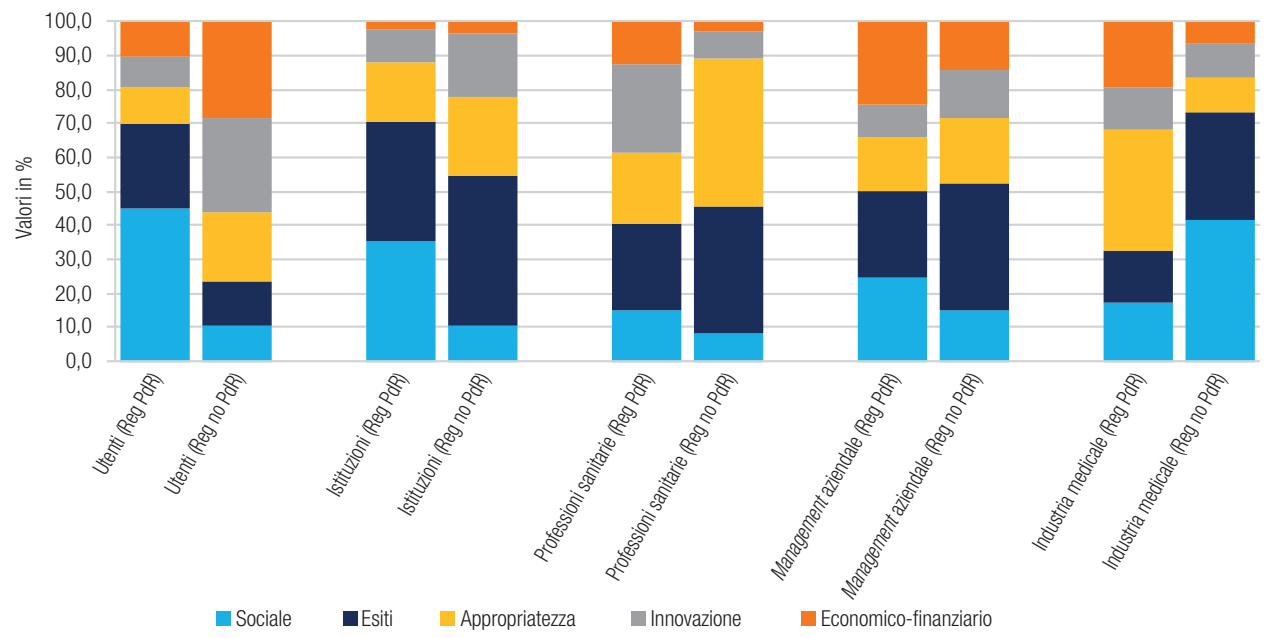
KI 4b.2. Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR per Categoria di *stakeholder*. Anno 2019



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Esiti e Sociale contribuiscono maggiormente alla Performance (31,2% e 21,5%), seguite dall'Appropriatezza (20,2%); le Dimensioni Innovazione ed Economico-Finanziaria, contribuiscono per il 14,6% e 12,4%. Rispetto alla precedente edizione si registra un aumento del peso della Dimensione Esiti (8,1 %) e dell'Innovazione (0,9%); si è invece ridotto quello delle Dimensioni Sociale, Appropriatezza ed Economico-Finanziaria (-4,6, -2,5 e -1,9 %). Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Appropriatezza ed Innovazione contribuiscono per quasi il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (22,7% e 22,4%); seguono le Dimensioni Sociale, Esiti ed Economico-Finanziaria, con il 21,2%, il 20,9% ed il 12,7%. Per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla Performance (34,1% e il 36,4%), segue l'Appropriatezza con il 19,0% e l'Innovazione con l'8,6%; l'Economico-Finanziaria contribuisce solo per il 2,0%. Per le Professioni sanitarie sono Esiti e Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente, 32,4% e 23,7%, seguite dell'Economico-Finanziaria (21,6%), del Sociale (13,6%) e dall'Innovazione (8,7%). Per il *Management* aziendale, sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 36,1% e 18,5%; seguite dal Sociale con il 16,5%, dall'Economico-Finanziaria (16,2%) e dall'Innovazione con il 12,7%. Infine, per l'Industria, sono gli Esiti ed il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla Performance (30,0% e 22,2%), seguite dall'Innovazione (17,6%), dall'Appropriatezza (17,2%) e dall'Economico-Finanziaria (12,9%).

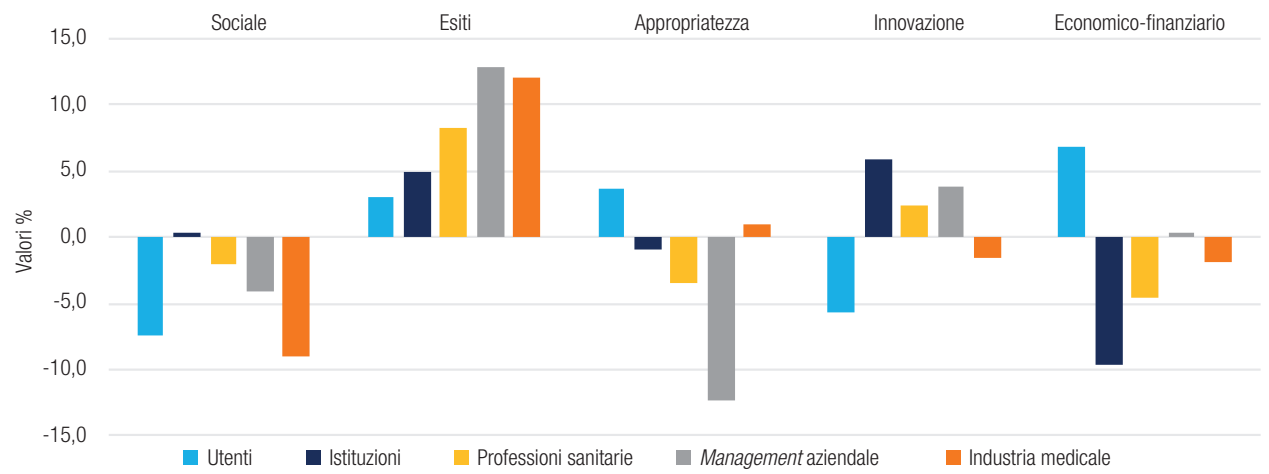
KI 4b.3. Performance dei SSR secondo gli *stakeholder*. Anno 2019



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando i pesi distintamente per *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro, possiamo evincere come per gli Utenti e le Istituzioni delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (44,9% e 35,7%), seguito dagli Esiti (24,9% e 34,6%); per i rappresentanti delle Professioni sanitarie, sempre afferenti a Regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Innovazione ed Esiti: 25,8% e 25,6%. Per il *Management* aziendale è maggiormente importante il contributo degli Esiti (25,6%), seguito dal Sociale e dall'Economico-Finanziario (24,4% per entrambe). Per l'Industria che opera in tali realtà contribuisce in maggior misura l'Appropriatezza (35,5%). Per gli Utenti che operano nelle realtà non in disavanzo sono le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione che contribuiscono in maggior misura: 28,5% e 27,6%. Per le Istituzioni invece Esiti (44,0%) ed Appropriatezza (23,4%). Per le Professioni sanitarie ed il *Management* operanti nelle Regioni in equilibrio sono Appropriatezza ed Esiti le Dimensioni che contribuiscono maggiormente (43,7% e 19,3% per la prima Dimensione, 37,7% e 37,3% per la seconda). Per i rappresentanti dell'Industria che operano nelle realtà in sostanziale equilibrio, le Dimensioni Esiti ed Appropriatezza sembrano invece contribuire per oltre il 70% alla *Performance*..

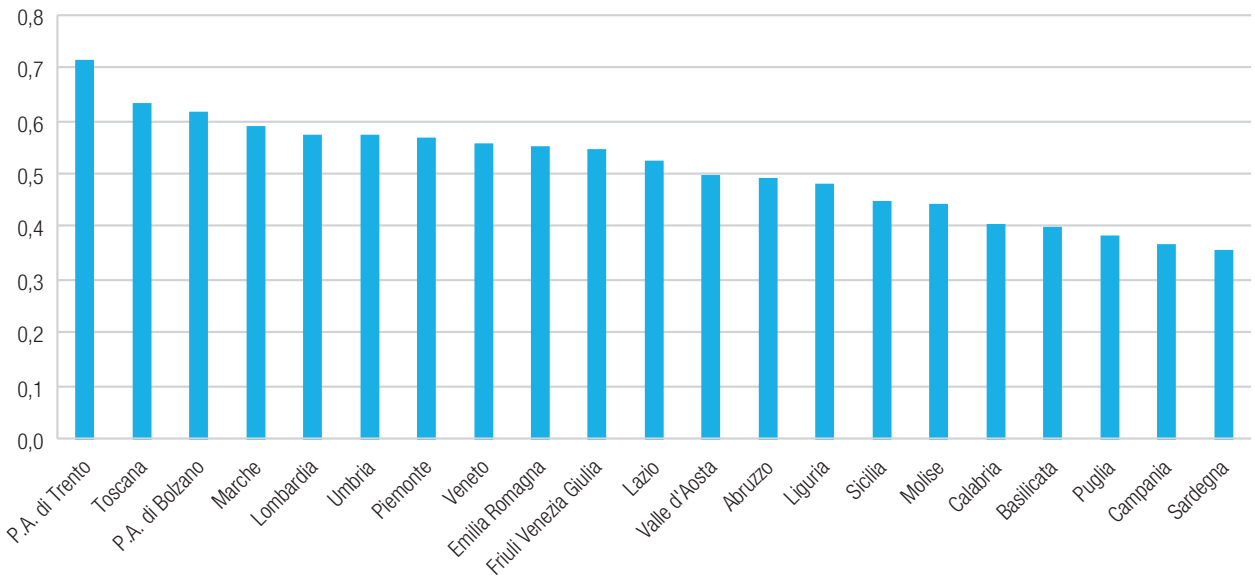
KI 4b.4. Contributo delle Dimensioni alla *Performance* - Variazioni VII vs VI edizione



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando la dinamica dei "pesi" per categoria, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia aumentato il contributo della Dimensione Economico-Finanziaria (6,7%), di Appropriatezza (3,5%) ed Esiti (3,0%), e si è invece ridotto quello della Dimensione Sociale ed Innovazione (-7,5 e -5,8% rispettivamente). Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso dell'Innovazione (5,8%) e degli Esiti (4,8%) e si è invece ridotto fortemente quello dell'Economico-Finanziaria (-9,7%); per le Professioni sanitarie è aumentato quello degli Esiti (8,1%) e dell'Innovazione (2,3%) e si è invece ridotto del 4,6% quello dell'Economico-Finanziaria e di 2,2 quello della Dimensione Sociale. Per il *Management* aziendale è continuato ad aumentare il peso degli Esiti (12,7%) e dell'Innovazione (3,7%) e si è ridotto quello dell'Appropriatezza (-12,5) e del Sociale (-4,2). Infine, per l'Industria è aumentato il peso degli Esiti (11,9) e si è ridotto quello Sociale (-9,1%).

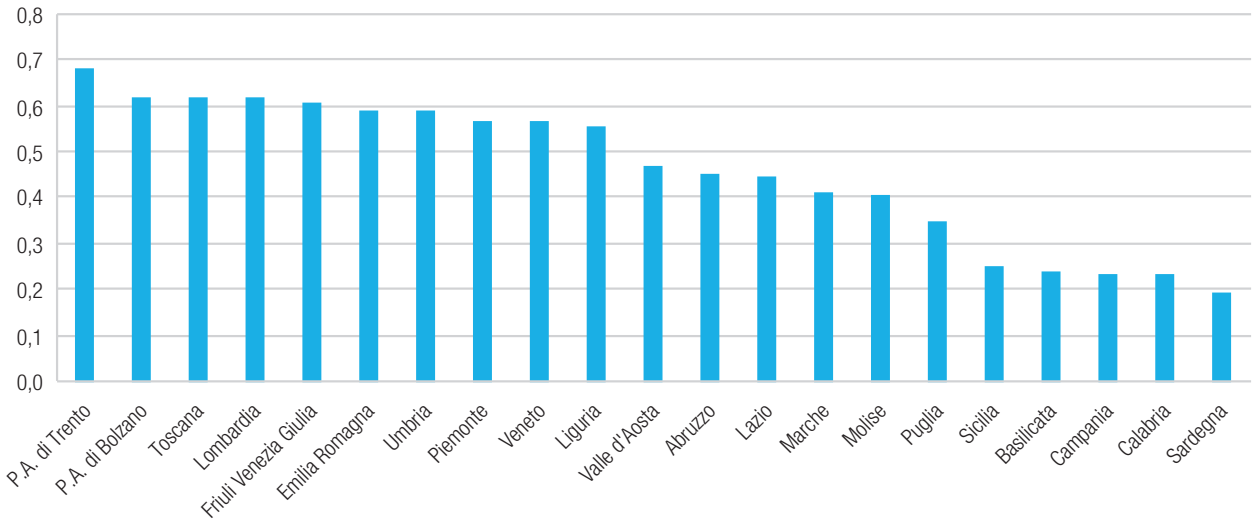
KI 4b.5. *Performance* dei SSR secondo gli *stakeholder*. Anno 2019 - Categoria Utenti



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria Utenti, la P. A. di Trento, con il 71,5%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* ancora superiore a quello registrato nella "classifica generale". Seguono Toscana e P. A. di Bolzano con una *Performance* rispettivamente pari al 63,2% e 61,6%; Puglia, Campania e Sardegna occupano le ultime tre posizioni con un indice di *Performance* inferiore al 40%.

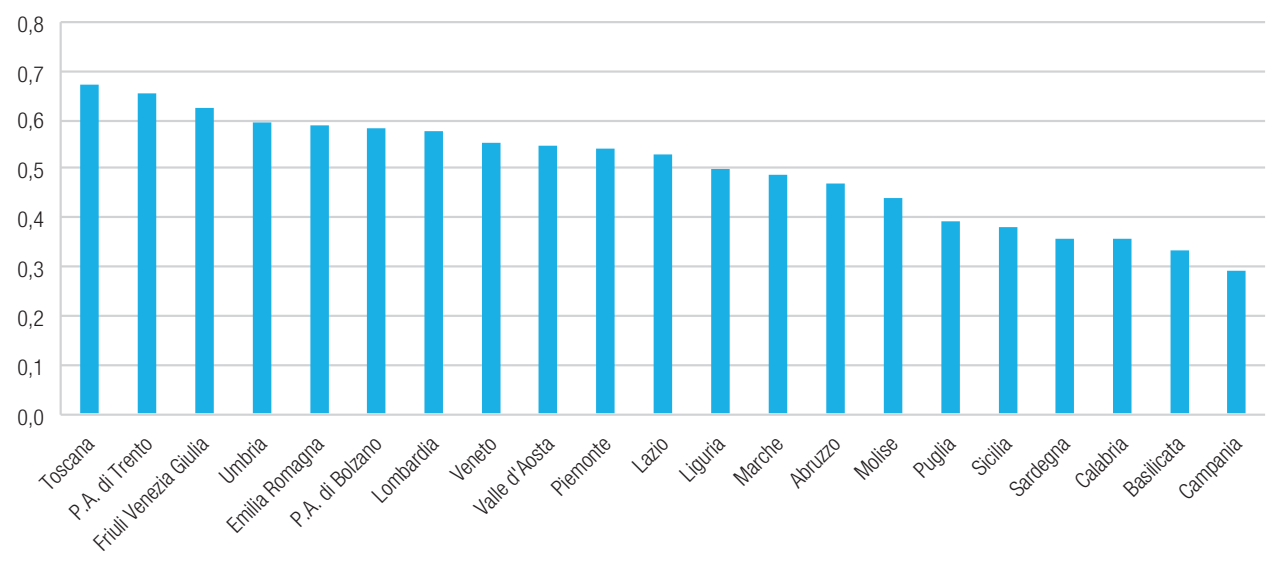
KI 4b.6. *Performance* dei SSR secondo gli *stakeholder*. Anno 2019 - Categoria Istituzioni



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per i rappresentanti delle Istituzioni la misura di *Performance* varia dal 68,0% della P. A. di Trento al 19,2% del SSR sardo: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P. A. di Bolzano, Toscana e Lombardia seguono la P. A. di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (62% circa tutte e tre). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Basilicata, Campania, Calabria e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 24,9% e il 19,2%.

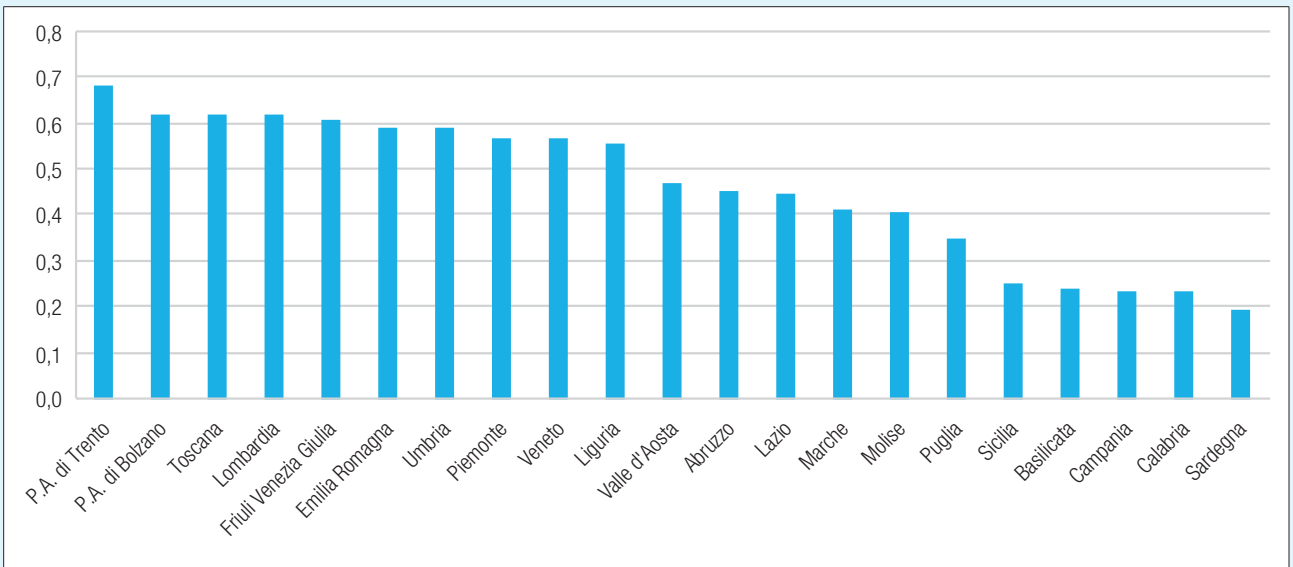
KI 4b.7. *Performance* dei SSR secondo gli *stakeholder*. Anno 2019 - Categoria Professioni sanitarie



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per le Professioni Sanitarie la *Performance* complessiva varia fra il 67,0% della Toscana ed il 29,3% della Campania; Toscana, P. A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, P. A. di Bolzano e Lombardia, con un livello di *Performance* compreso tra il 67,0% e il 57,7% occupano le prime sei posizioni; Sardegna, Calabria, Basilicata e Campania occupano, invece, le ultime quattro con un indice di *Performance* compreso tra il 35,9% e il 29,3%.

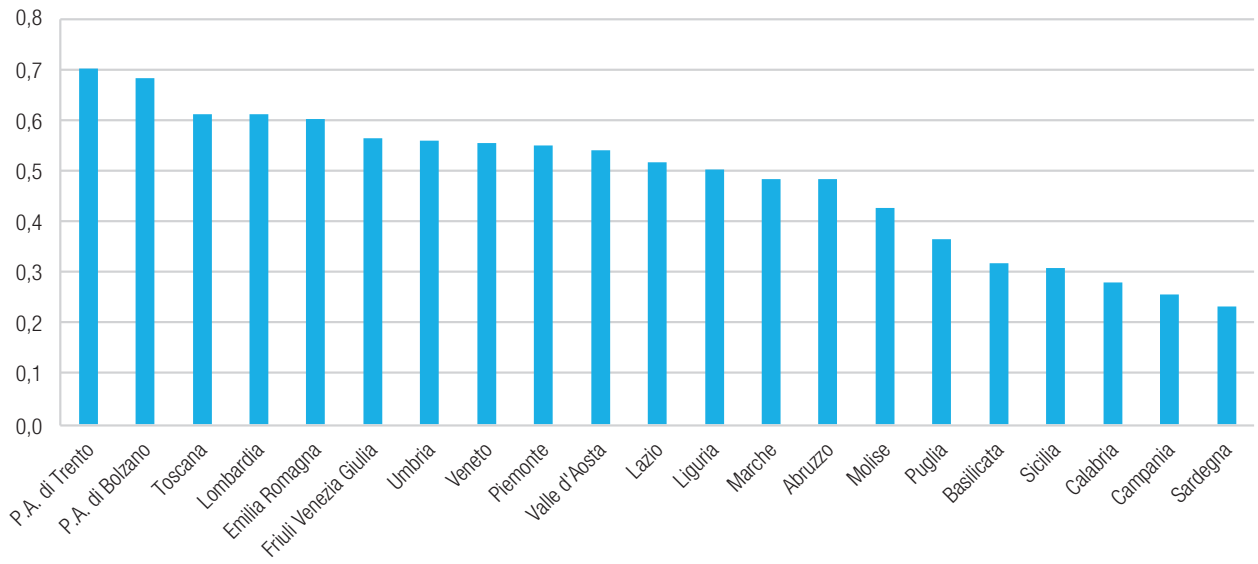
KI 4b.8. *Performance* dei SSR secondo gli *stakeholder*. Anno 2019 - Categoria *Management* aziendale



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra il SSR più performante e quello meno performante è maggiore rispetto a quello complessivo: si passa da un valore massimo del 74,5% della Toscana ad uno minimo del 32,5% della Calabria. Toscana, P. A. di Trento, Umbria, P. A. di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Piemonte e Marche occupano le prime dieci posizioni con una *Performance* superiore al 60% ; all'estremo opposto troviamo Sardegna, Campania e Calabria che occupano le ultime tre posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 40%.

KI 4b.9. *Performance* dei SSR secondo gli *stakeholder*. Anno 2019 - Categoria Industria medicale



Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dal 70,0% della P. A. di Trento, al 23,2% della Sardegna. La P. A. di Bolzano segue quella di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (68,4%). Nelle ultime posizioni troviamo Calabria, Campania e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 28,2% e il 23,2%.

CAPITOLO 4c
Esiti, *Performance* ed efficienza dei sistemi sanitari

Polistena B [1], Spandonaro F.[1]

4c.1. Il contesto

Il tema della misura degli esiti è centrale nella valutazione delle *Performance* dei Servizi Sanitari.

Per la precisione, assumendo l'obiettivo di voler valutare le *Performance* dei sistemi sanitari, la maggiore complessità nella misurazione degli esiti risiede nella scelta della metodologia di sintesi delle innumerevoli sfaccettature che gli esiti possono assumere, ovvero nella scelta di indicatori di esito "aggregati", atti a riassumere il fenomeno.

Il tema della composizione delle dimensioni di *Performance* è ampiamente dibattuto e non ha ancora trovato una soluzione condivisa: esso è oggetto del Capitolo 4a (a cui rimandiamo per gli approfondimenti), nel quale è descritta la proposta di C.R.E.A. Sanità, utilizzata per misurare le *Performance* della Sanità in Italia a livello regionale.

Nel presente contributo si vuole riprendere un aspetto specifico della problematica, legato al rapporto fra investimento di risorse nel settore e "rendimento" di tale investimento.

In altri termini, la domanda di ricerca che ci si pone è se, e in che modo, sia valutabile il ritorno degli investimenti di risorse in Sanità.

Nello specifico, ci concentriamo sulla potenziale discrasia informativa fra esiti "clinici" ed esiti "qualitativi".

La questione nasce dall'osservazione, già argomentata nel XIV Rapporto Sanità (2018), e nei prossimi paragrafi ripresa, di una discontinuità nella relazione fra spesa in Sanità e aspettativa di vita.

Con tutti i limiti dell'indicatore, esso rappresenta una misura aggregata della quantità di vita "prodotta" nelle diverse Nazioni. Per esso, mentre si rileva una chiara proporzionalità con la spesa fino ad un valore soglia, che possiamo porre nell'intorno della spesa media dei Paesi EU, per spese maggiori non sembra evidenziarsi alcun ulteriore miglioramento.

Potremmo dire che superata una soglia, almeno qualitativamente, individuabile senza soverchi problemi, la produttività marginale dell'investimento in Sanità diventi nulla.

L'osservazione è densa di conseguenze in termini di politiche sanitarie: la scelta dell'allocazione di risorse nel settore non può, infatti, prescindere da una valutazione della produttività dell'investimento.

Il tema è particolarmente attuale in Italia dove, per ragioni analizzate nei precedenti Capitoli del Rapporto, la allocazione di risorse sulla Sanità è oggetto di continua discussione; come noto, l'ultimo decennio è stato caratterizzato da un definanziamento del settore, reso tangibile dalla riduzione della quota di finanziamento pubblico. La legge di Bilancio 2019 stanzia € 2 mld. in più per il 2020, somma significativa che, con tutta probabilità, non potrà però ridurre il *gap* fra l'Italia e gli altri Paesi dell'area Euro.

D'altra parte, le risorse pubbliche sono scarse, e anche altri settori del *welfare*, prima fra tutto l'istruzione, soffrono di finanziamenti inferiori alle medie europee.

In questo contesto, "giustificare" la richiesta di un maggior finanziamento diventa allora cruciale: e dato che l'Italia ha una spesa pro-capite prossima alle media Europea, ovvero al valore soglia per la produttività sopra richiamato, si pone con evidenza il tema del valore attribuito all'osservazione del rapporto esistente fra allocazione di risorse e esiti prodotti.

[1] Università degli studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

In altri termini, qualora fosse ritenuta valida l'osservazione per la quale il SSN dispone di risorse ad un livello vicino a quello sopra il quale la produttività risulta approssimativamente nulla, si dovrebbe razionalmente concludere che altre destinazioni delle risorse disponibili sarebbero da preferire alla Sanità.

In opposizione, si può argomentare che l'indicatore aspettativa di vita, assunto come rappresentativo degli indicatori che misurano gli "esiti clinici in quantità", non rappresenti in modo corretto la *Performance* e che, quindi, distorca la stima della produttività dell'investimento.

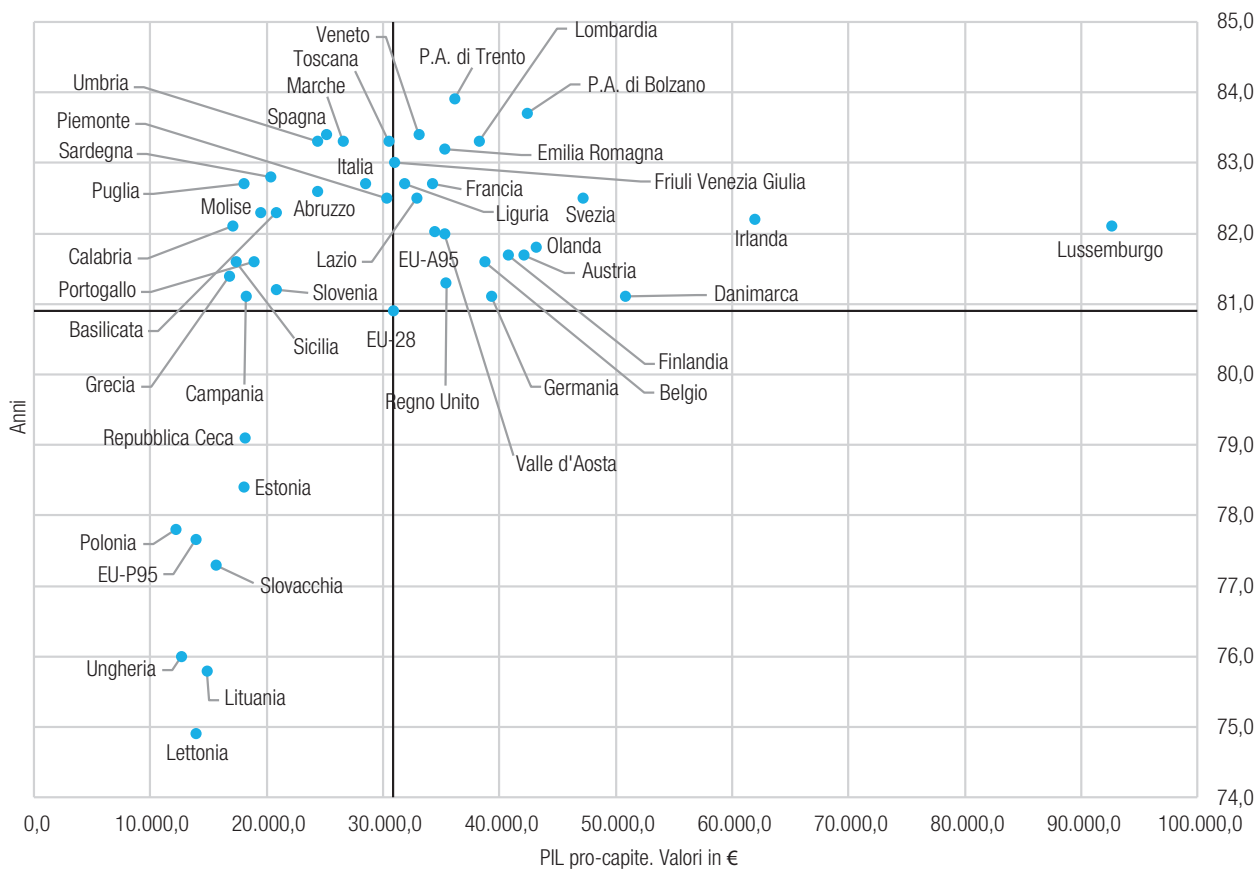
Seguendo un approccio che può dirsi ormai *standard* in Sanità, che è poi quello utilizzato per misurare l'efficienza delle tecnologie sanitarie, sembrerebbe ragionevole argomentare che gli indicatori che quantificano l'*outcome* in termini di anni di vita "prodotti", siano carenti della dimensione qualitativa che caratterizza la vita umana.

Come è noto, nel cosiddetto approccio costi-conseguenze, la teoria economica propone come misura preferita di *outcome* il QALY, unità di misura che compone la dimensione quantitativa con quella qualitativa.

Trattandosi di una tecnica applicata alla valutazione delle tecnologie sanitarie, tale misura della qualità è ristretta alla cosiddetta *Health Related Quality of Life* (HRQoL), ovvero alle variazioni percepite (in media) dai pazienti a seguito di una variazione di terapia.

Estendendo l'approccio, l'impatto qualitativo del sistema sanitario può, però, essere esteso (senza pretesa di esaustività) ad altre dimensioni, quali ad esempio la soddisfazione del cittadino/consumatore (*customer satisfaction*) per i servizi: ad esempio, ne rappresentano elementi significativi l'impatto delle liste di attesa, oppure la disponibilità di tutele per la non autosufficienza.

Figura 4c.1. Relazione fra PIL e aspettativa di vita alla nascita. Anno 2017



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

Scopo del capitolo è proporre alcune prime riflessioni comparative sul rapporto fra spesa e indicatori di esito quantitativi e qualitativi: tenendo sempre presente che l'obiettivo finale è valutare quale sia la reale produttività marginale degli investimenti in Sanità.

4c.2. PIL, spesa e aspettativa di vita

Propedeuticamente, osserviamo che la relazione fra spesa e aspettativa di vita appare effettivamente significativa.

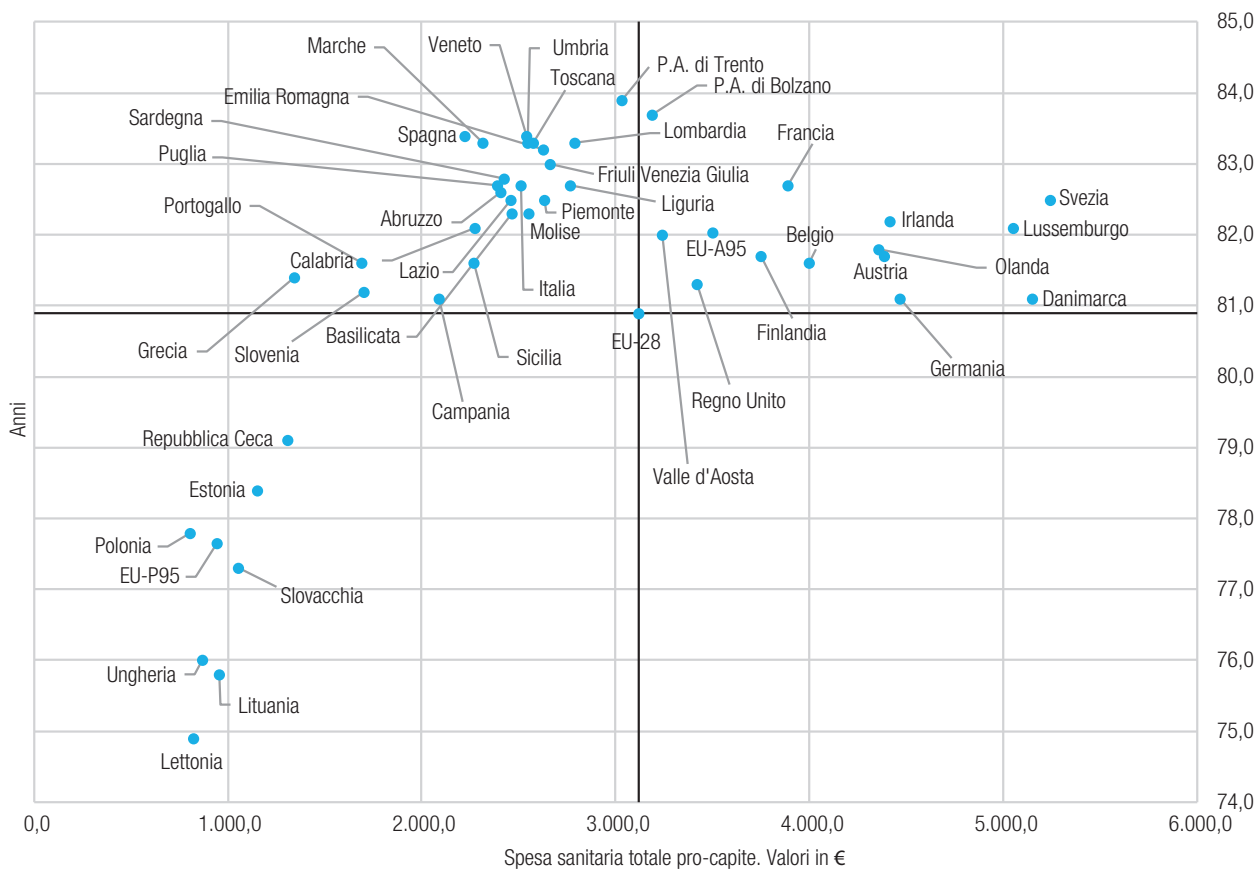
A riprova di ciò osserviamo la Figura 4c.1.: appare evidente una relazione fra il PIL pro-capite, che possiamo assumere (tralasciando qui le giuste critiche mosse all'indicatore nell'ambito del movimento che sta sviluppando le misure sul Benessere Economico e Sociale) come indicatore del livello di sviluppo socio-economico, e l'aspettativa di vita.

Relazione che ha una natura causale notoriamente complessa, essendo intrinsecamente bidirezionale.

Nella II e III quadrante, considerando che l'origine degli assi è posizionata sui valori medi EU dei due indicatori, si evidenzia una relazione quasi verticale: a minime variazioni del PIL si associano grandi miglioramenti dell'aspettativa di vita; nel I quadrante (quello con valori di Pil e aspettativa di vita entrambi maggiori della media EU) al contrario, la relazione è praticamente inesistente.

La figura è elaborata considerando Paesi relativamente omogenei (quelli membri dell'Unione Europea), aggiungendo per l'Italia la disaggregazione regionale.

Figura 4c.2. Relazione fra spesa sanitaria e aspettativa di vita alla nascita. Anno 2017



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

All'interno del macro fenomeno descritto, il grafico non sembra spiegare per quali ragioni Paesi (o Regioni) con livelli di PIL paragonabili, possano avere aspettative di vita così difformi: appare eclatante il caso delle Regioni meridionali italiane, che performano in media peggio delle Regioni Centro-Settentrionali, ma molto meglio dei Paesi dell'Est europeo, che pure hanno PIL pro-capite solo lievemente inferiori.

Ovviamente il grafico potrebbe nascondere *bias* dovuti alla presenza di economia sommersa, ma la Figura 4c.2. sembra fornire una convincente chiave interpretativa: e questo grazie proprio alle Regioni del Sud italiano.

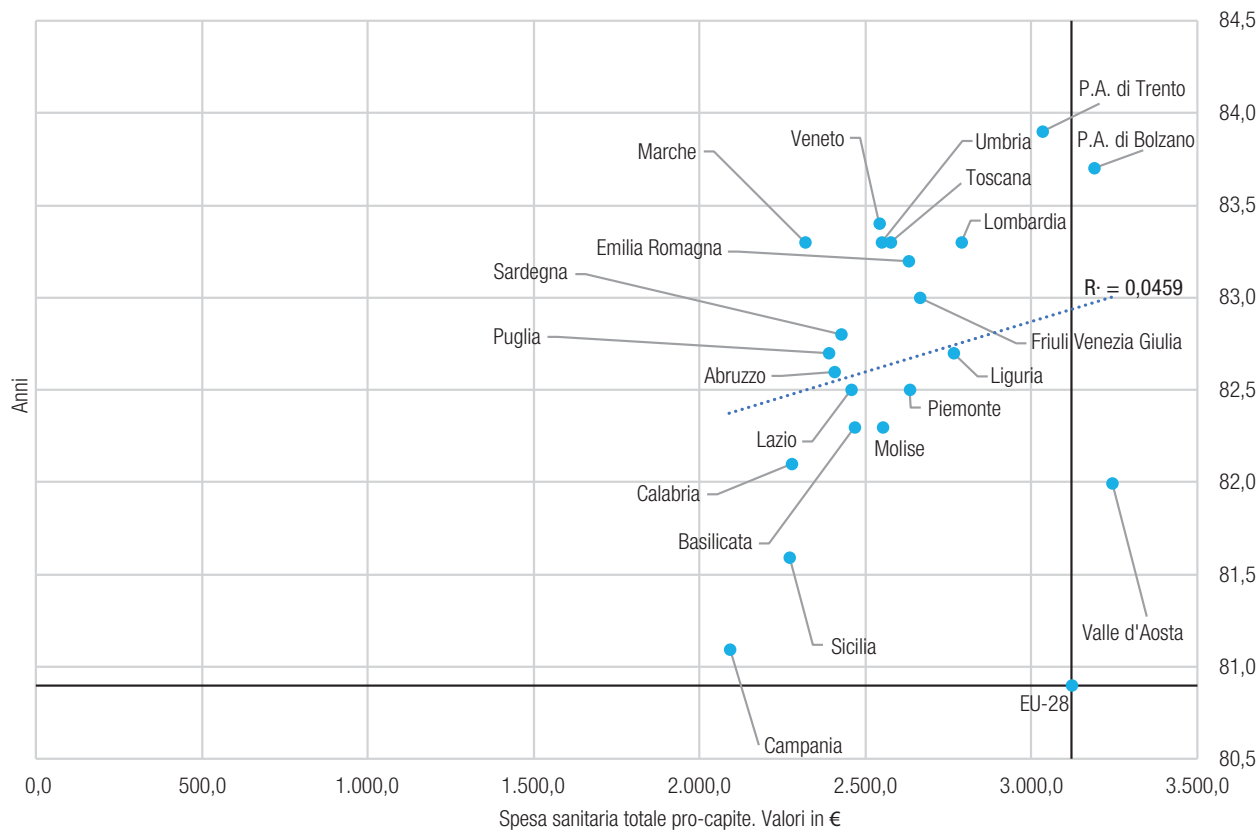
Se si considera, infatti, al posto del PIL la spesa sanitaria pro-capite, si osserva come la *Performance* delle Regioni meridionali italiane possa essere spiegata da una spesa sanitaria che è decisamente superiore a quella attesa in base al rapporto spesa/PIL.

In altri termini, come già rimarcato nel XIV Rapporto Sanità (2018), la natura solidaristica del SSN italiano, che trova conforto nella perequazione regionale delle risorse, costituzionalmente prevista, rende possibile alle Regioni meridionali destinare alla Sanità un ammontare di risorse che non sarebbe possibile (o sarebbe fonte di disequilibri economici) in base al PIL localmente prodotto.

In altri termini, limitando l'osservazione al II e III quadrante, appare netta la relazione fra spesa e esito, e di "un ordine superiore" rispetto a quella con le condizioni socio-economiche.

In particolare, osservando il II quadrante, trova ragionevole coerenza il diverso livello degli "esiti clinici", qui approssimati con la aspettativa di vita, fra Regioni meridionali e centro-settentrionali: si trovano infatti ben allineate nella relazione spesa-aspettativa.

Figura 4c.3. Relazione fra spesa sanitaria e aspettativa di vita alla nascita Regioni italiane. Anno 2017



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

Limitando l'analisi alle Regioni italiane Figura 4c.3., si può anche proporre una chiave di lettura alternativa, per cui l'"efficienza" nell'uso delle risorse andrebbe letta in termini di scarti rispetto alla retta di regressione, con le Regioni che stanno sopra che performano meglio di quanto atteso e, viceversa, quelle sotto.

Ovviamente si tratta di una "suggestione qualitativa", che proponiamo ben consci dei numerosi fattori confondenti che incidono sulla relazione.

Sembra comunque evidente che l'esistenza dell'istituto della mobilità (al di là degli aspetti equitativi che certamente implica), non riesce a compensare le differenze di risorse investire nei diversi sistemi sanitari regionali.

Quanto sopra non fornisce, però, una risposta a quanto osservato rispetto alla apparente assenza di relazione per le Nazioni posizionate nel I quadrante (che ricordiamo trattarsi di quelle con spesa e aspettativa di vita entrambe maggiori della media EU; da notarsi anche che il IV quadrante è vuoto, ovvero nessun Paese con spesa maggiore delle media EU ha una aspettativa di vita inferiore).

Se, anzi, eliminassimo dal grafico i Paesi dell'Est europeo posizionati nel III quadrante, statisticamente troveremmo una generale assenza di relazione fra spesa e aspettativa di vita.

In sintesi, l'investimenti di risorse in Sanità sembra avere una forte produttività marginale per livelli bassi di spesa iniziale; ma la produttività marginale sembra essere rapidamente decrescente, tanto che l'analisi, sebbene meramente qualitativa, dei dati fa supporre si annulli addirittura prima della media di spesa attuale in EU.

4c.3. Spesa e "qualità dei servizi"

I ragionamenti sopra condotti, come anticipato nella introduzione, ci hanno spinti a verificare se fosse rintracciabile una relazione fra la spesa e indicatori di *Performance* comprensivi dell'elemento qualitativo dei servizi.

Tabella 4c.1. Indicatori EHCI 2018

1 - Patient Right & Information	2 - Accessibility (waiting times for treatment)	3 - Outcome	4 - Range and reach of services provided	5 - Prevention	6 - Pharmaceutical
1.2 Patient organization involved in decision making	2.1 Family doctor same day access	3.1 30-day Case Fatality for AMI	4.1 Equity of healthcare systems	5.1 Infant 8-disease vaccination	6.1 Rx subsidy
1.4 Right to second opinion	2.2 Direct access to specialist	3.2 30-day Case Fatality for stroke	4.2 Cataract operations per 100 000, 65+	5.2 Blood pressure	6.3 Novel cancer drugs deployment rate
1.5 Access to own medical record	2.3 Major elective surgery <90 days	3.3 Infant deaths	4.3 Kidney transplants per million pop.	5.3 Smoking Prevention	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)
1.6 Registry of bona fide doctors	2.4 Cancer therapy < 21 days	3.4 Cancer survival	4.4 Dental care incl. in public healthcare	5.4 Alcohol	6.5 Arthritis drugs
1.7 Web or 24/7 telephone HC info	2.5 CT scan < 7days	3.5 Deaths before 65 YO	4.5 Informal payments to doctors	5.5 Physical activity	6.6 Statin use
1.8 Cross-border care seeking	2.6 Waiting time for Paediatric Psychiatry	3.6 MRSA infections	4.6 Long term care for the elderly	5.6 HPV vaccination	6.7 Antibiotics/capita
1.9 Provider catalogue with quality ranking		3.7 Abortion rates	4.7 % of dialysis done outside of clinic	5.7 Traffic deaths	
1.10 Patient records e-accessible		3.8 Suicide rates	4.8 Caesarean sections		
1.11 On-line booking of appointments		3.9 Diabetes patients with HbA1c > 7			
1.12 e-prescriptions					

Fonte: tratto da EHCI – *Euro Consumer Powerhouse*

Come è noto sono numerose le "classifiche" dei sistemi sanitari disponibili, ognuna caratterizzata dalle dimensioni con cui è misurata la *Performance* e anche dal metodo di composizione che porta al *ranking* finale.

Prescindendo dalle analisi dei pro e dei contro delle varie "classifiche", argomento che esula dai limiti del presente contributo, si è provato a mettere in relazione il dato di spesa con il risultato (*score*) dell'*Euro Health Consumer Index* (EHCI) proposto dalla *Euro Consumer Powerhouse*.

La scelta, per quanto l'EHCI presenti aspetti discutibili, tanto nella scelta degli indicatori, quanto nelle modalità di misurazione e composizione, è caduta su di esso in quanto si tratta dichiaratamente di uno strumento qualitativo costruito nella logica del consumatore: «… *the consumer needs access to knowledge to compare health policies, consumer services and quality outcomes. The Euro Health Consumer Indexes are efforts to provide healthcare consumers with such tools…*».

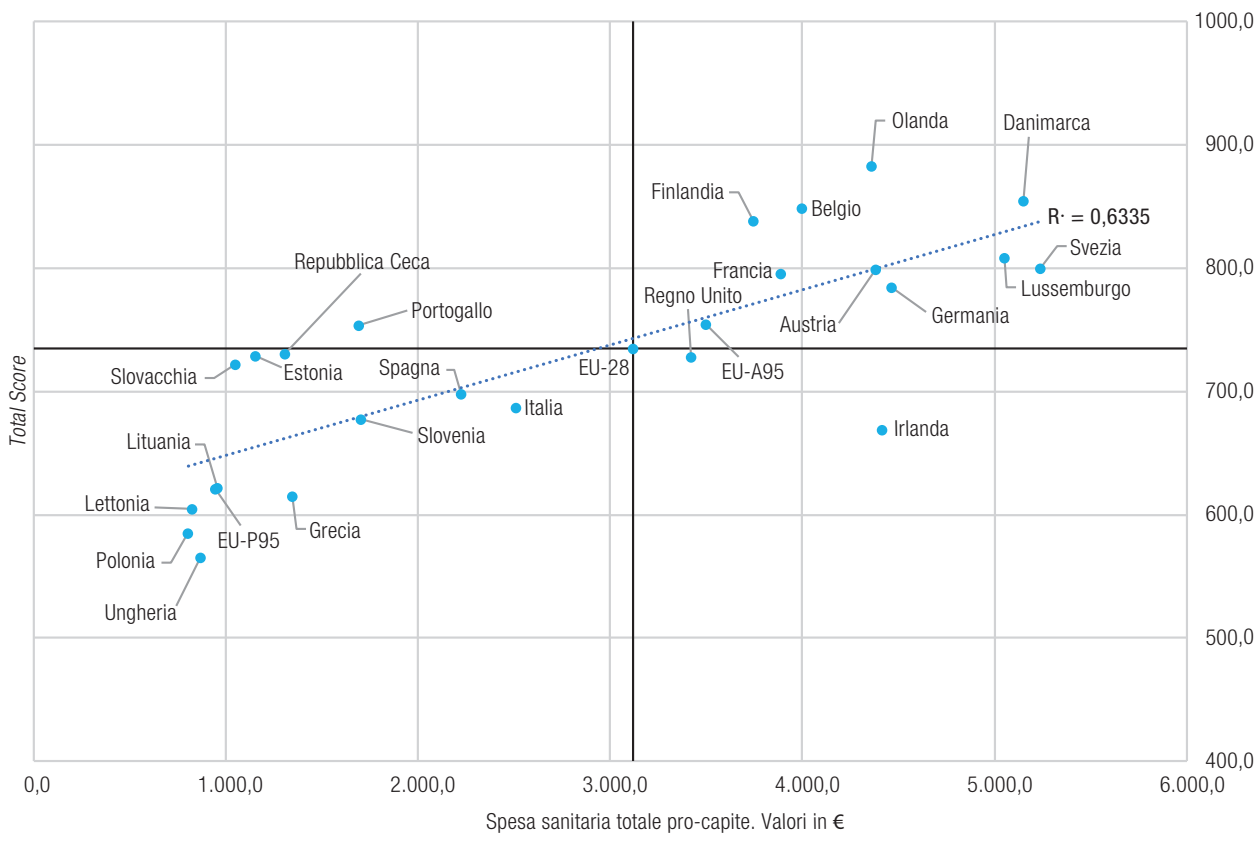
Inoltre, dato l'esercizio condotto in questo Capitolo, si è ricercato un indicatore sintetico che non contenesse già al suo interno valutazioni di efficienza (in particolare non considerasse la spesa come un indicatore di *Performance*).

Il risultato sintetico/aggregato dell'EHCI è la composizione (additiva) dei punteggi attribuiti a 5 dimensioni:

- diritti e informazione del paziente
- accessibilità (liste di attesa)
- esiti
- prevenzione
- farmaceutica.

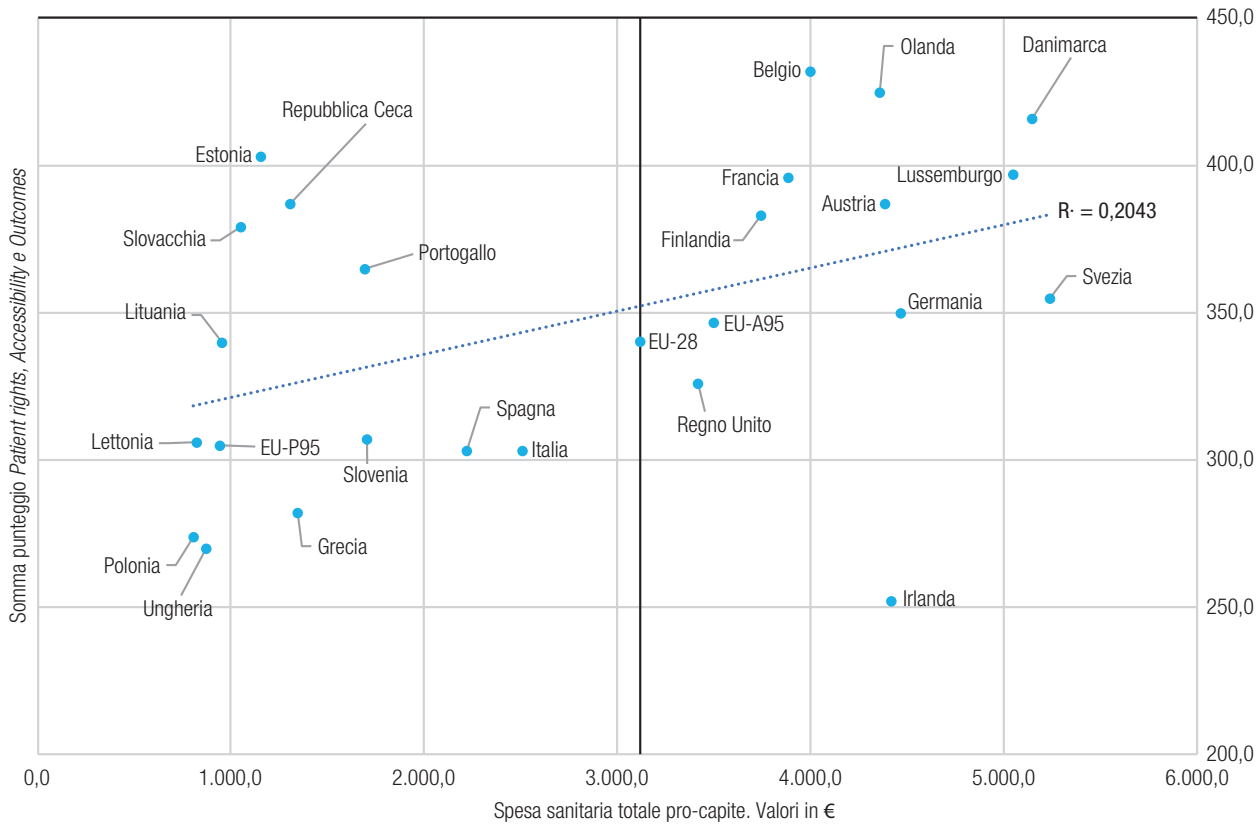
La Tabella 4c.1. elenca gli indicatori utilizzati nel EHCI 2018.

Figura 4c.4. Relazione fra spesa sanitaria e EHCI total score 2018



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

Figura 4c.5. Relazione fra spesa sanitaria e EHCI somma punteggi 2018 *Patient Right & Information, Accessibility e Outcomes*



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

La natura degli indicatori, che vogliono cogliere la qualità dei servizi, è del tutto evidente per le prime tre dimensioni.

Per la quarta, prevenzione, si noti che in generale si tratta di indicatori sugli stili di vita, che si possono assumere come indicatori di esito, più altri sulle vaccinazioni e sul controllo delle patologie croniche

La quinta dimensione, farmaceutica, contiene in buona misura indicatori di accesso alle tecnologie e di aderenza.

In prima battuta, è stata messa in relazione la spesa pro-capite con il risultato finale (*total score*) dell'EHCI (Figura 4c.4. e Figura 4c.5.).

La relazione appare piuttosto netta, lineare e confermerebbe, quindi, una proporzionalità fra investimento e qualità del servizio offerto.

In via di principio gli scarti dalla retta di regressione (con tutti i limiti di una analisi che vuole solo essere suggestiva di un problema di misurazione delle *Performance* e che quindi è certamente soggetta a *bias* di vario genere) andrebbero letti in termini di migliore o peggiore (rispettivamente sopra e sotto la retta di regressione) *Performance* rispetto all'atteso in base all'investimento fatto.

L'Italia, ma come anticipato si potrebbero ampiamente discutere gli indicatori scelti e anche la loro quantificazione, performerebbe peggio dell'atteso e sarebbe nel IV quadrante (spesa inferiore alla media e *Performance* anch'essa sotto la media).

Si è replicato l'esercizio concentrando l'analisi sulle sole prime tre dimensioni, che appaiono maggiormente coerenti.

Si conferma la relazione di proporzionalità diretta fra investimento e qualità dei servizi offerti. Ed anche il posizionamento dell'Italia, sia in termini assoluti (recupera solo una posizione), sia di insufficiente *Performance* rispetto all'investimento.

4c.4. Conclusioni

Nel presente contributo ci si è interrogati sul corretto modo di stimare la produttività dell'investimento nazionale in Sanità.

Lo stimolo alla ricerca viene dall'osservazione di una apparente mancanza di relazione fra spesa sanitaria ed esisti clinici quantitativi, misurati in termini di aspettativa di vita alla nascita, che si registra con i dati disponibili per i Paesi dell'area Euro.

Quello realizzato è un primo esercizio, per molti versi "scolastico", ma che vuole sottolineare l'importanza di approfondire la ricerca nell'ambito degli esiti "qualitativi" dei sistemi sanitari.

La tematica ha una importanza cruciale, nella misura in cui la scarsa crescita, e la conseguente scarsità di risorse, generano un ambiente estremamente competitivo ai fini dell'allocazione delle risorse nelle varie aree di intervento pubblico. In particolare, il tema è sentito in Italia, Paese caratterizzato da un basso livello di spesa sanitaria, e che si confronta con un perdurante eccesso di debito pubblico, il quale deprime le disponibilità finanziarie, oltre che con l'esistenza di altre aree di bisogno altrettanto "sottofinanziate" (a partire dall'istruzione).

Per il nostro esercizio si è utilizzato l'*Euro Health Consumer Index* (EHCI)

La scelta, per quanto l'EHCI presenti aspetti discutibili per i quali rimandiamo ai paragrafi precedenti, deriva dal fatto che si tratta di uno strumento di misurazione della *Performance* costruito nella logica del consumatore, ovvero che cerca di misurare la qualità dei servizi fruiti o fruibili. Inoltre, *i ranking* prodotti sono scevri di valutazioni di efficienza, non considerando affatto la spesa delle Nazioni monitorate.

Il risultato sintetico/aggregato dell'EHCI è la composizione (additiva) dei punteggi attribuiti a 5 dimensioni:

- diritti e informazione del paziente
- accessibilità (liste di attesa)
- esiti
- prevenzione
- farmaceutica.

Dalle analisi effettuate si evince una chiara correlazione positiva fra spesa e *Performance,* tanto mettendo in relazione la spesa con il risultato sintetico/aggregato dell'EHCI (*total score*), che limitando l'analisi alle prime 3 dimensioni, che più specificatamente rappresentano le attese di servizio.

Pur ribadendo che si tratta soltanto di un primo tentativo di approfondire la materia, sembra confermarsi che superata una ben determinata soglia di spesa, che possiamo pensare approssimativamente situata nell'intorno della spesa sanitaria media dei Paesi EU, l'allocazione delle risorse in Sanità non produce ulteriore miglioramento in termini di esiti quantitativi, ma piuttosto impatta sulla qualità dei servizi, almeno se misurata con le dimensioni sopra elencate.

Considerando che l'Italia è proprio nella fascia di spesa che segna il confine fra i due effetti, l'indicazione che ne emerge per le politiche sanitarie è che investire di più in Sanità rappresenta una scelta politica da legarsi alla volontà di migliorare la qualità dei servizi, essendo probabilmente marginale il contributo generato sugli indicatori di esito "più strettamente di tipo clinico".

La portata della riflessione non deve essere sottovalutata e neppure interpretata con superficialità: lungi dall'essere un "*optional*", la qualità dei servizi è decisamente un elemento cruciale per la sopravvivenza del SSN nella forma solidaristica che conosciamo; intanto perché cambiare il focus dal paziente al "consumatore" è operazione coerente con l'osservazione che tutti i cittadini italiani (pazienti e non) sono chiamati a finanziare il sistema con la tassazione generale. Inoltre, perché la crescente concentrazione dell'onere del finanziamento, derivante dai processi di aumento delle disuguaglianze, ma anche ai fenomeni di evasione (e quindi una solidarietà che può rischiare di superare limiti accettabili), richiede che tutti i cittadini, ancorché "non necessariamente pazienti", riconoscano al SSN un alto livello di *responsiveness*, tanto nella fase di cura, che in quelle preventive, diagnostiche, e di *follow up*, anche sociale, dopo gli eventi di malattia.

Riferimenti bibliografici

1. Bjornaberg A. et al. "*Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2018*"
2. d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F. "La misura della *Performance* dei SSR"; C.R.E.A. Sanità (anni vari)
3. Istat, I.Stat (anni vari)
4. OECD Health Data (anni vari)

ENGLISH SUMMARY

Outcomes, performance and efficiency of health systems

The analysis is designed to delve into some of the problems incurred in estimating the marginal productivity of investment in healthcare.

The research has been prompted by the apparent lack of connection between health spending and "clinical" outcomes, at least if approximated to the life expectancy at birth recorded in the Eurozone countries.

The issue is of crucial importance insofar as low growth and the consequent scarcity of resources generate an extremely competitive environment with regard to the allocation of resources in the various public intervention areas. The issue is particularly felt in Italy, which is a country characterized by a low health spending level, facing a persisting public debt that reduces the availability of financial resources, as well as the existence of other equally "underfunded" areas (starting from education).

The Euro Health Consumer Index (EHCI) has been used for the analysis. This decision has been taken because it is a tool for measuring performance, designed according to a consumer logic, i.e. it tries to measure the quality of services used or usable. Moreover, this index has been used because the rankings developed are devoid of efficiency evaluations, since expenditure level of the countries monitored is not consider at all .

The EHCI synthetic/aggregate performance is the (additive) composition of the scores attributed to 5 dimensions:

- *patients' rights and information*
- *accessibility (waiting lists)*
- *outcomes*
- *prevention*
- *pharmaceutics.*

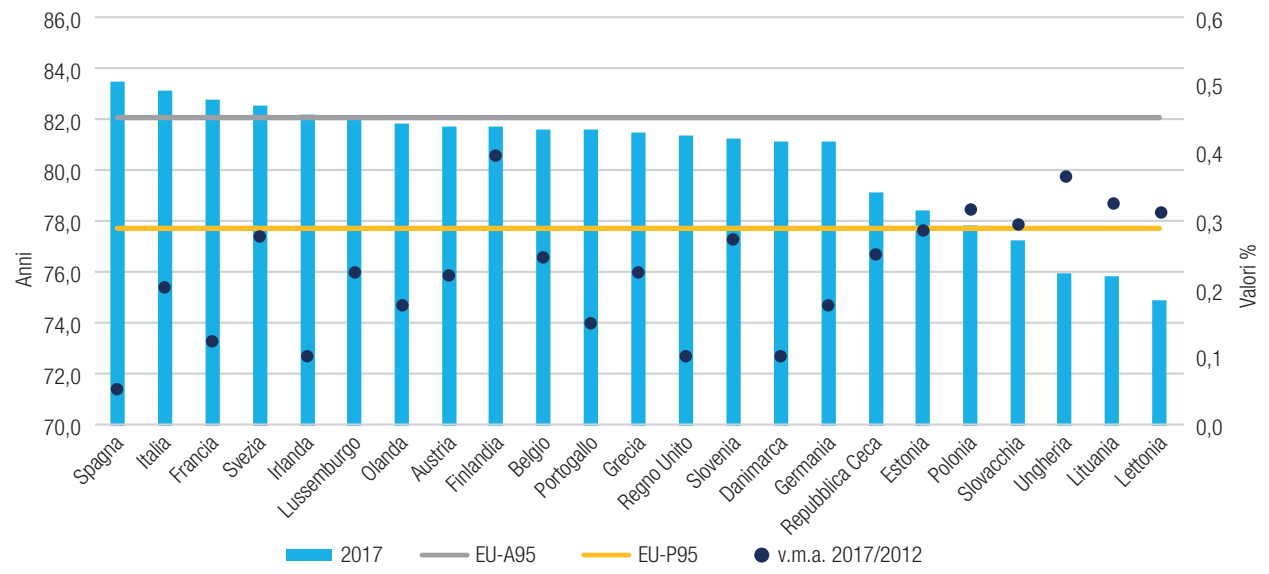
The analyses made, show a clear positive correlation between spending and performance, both by relating spending to the EHCI synthetic/aggregate performance (total score) and by confining the analysis to the first 3 dimensions, which more specifically represent service expectations.

Although reaffirming it is only a first attempt to delve into the matter, it seems therefore to be confirmed that, once a well-defined spending threshold has been exceeded - which can be approximately set around the EU Member States' average health spending - the allocation of resources to healthcare cannot further improve "quantitative" results, while it has an impact on the quality of services, at least if measured with the qualitative dimensions listed above.

Considering that Italy is precisely in the spending range that marks the above stated threshold, the indication that emerge for health policies is that investing more in healthcare is a political choice to be linked to the desire to improve the service quality, accepting that the contribution provided to the "more strictly clinical" outcome indicators is probably marginal.

The scope of the analysis should not be underestimated or even interpreted superficially: far from being an "optional", the service quality is definitely a crucial factor for the survival of the NHS in the solidarity-based form we know. It is crucial because shifting the focus from patients to "consumers" is consistent with the fact that all Italian citizens (not only patients) are called to fund the system with general taxation. It is also crucial because the growing concentration of the funding burden, resulting from worsening inequalities, but also from tax evasion (hence a solidarity that can risk overcoming acceptable limits), requires all citizens – hence "not necessarily patients" – to recognize the NHS high level of responsiveness, also at social level, both in the phase of treatment and in the prevention, diagnosis and follow-up phases after diseases.

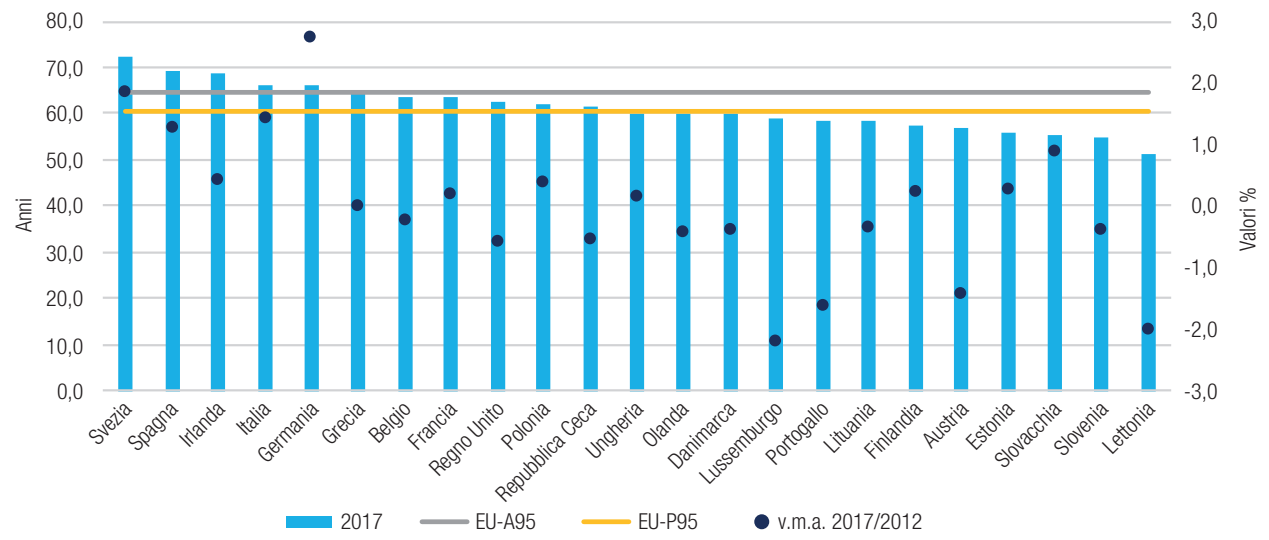
KI 4c.1. Speranza di vita alla nascita



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

L'Italia, nel 2017, è il secondo Paese europeo (dietro solo alla Spagna) in termini di speranza di vita alla nascita: la speranza è maggiore di quella media europea di +2,2 anni e, in particolare, di un anno rispetto a quella della media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 5,4 anni rispetto a quella della media EU-Post 1995. La Spagna è il Paese europeo con l'aspettativa di vita più alta (83,4 anni), la Lettonia quella con l'aspettativa di vita più bassa (74,9 anni). L'aspettativa di vita in Itaila nel quinquennio è aumentata del 0,2% medio annuo; La Finlandia è il Paese con il maggiore incremento, la Spagna il peggiore.

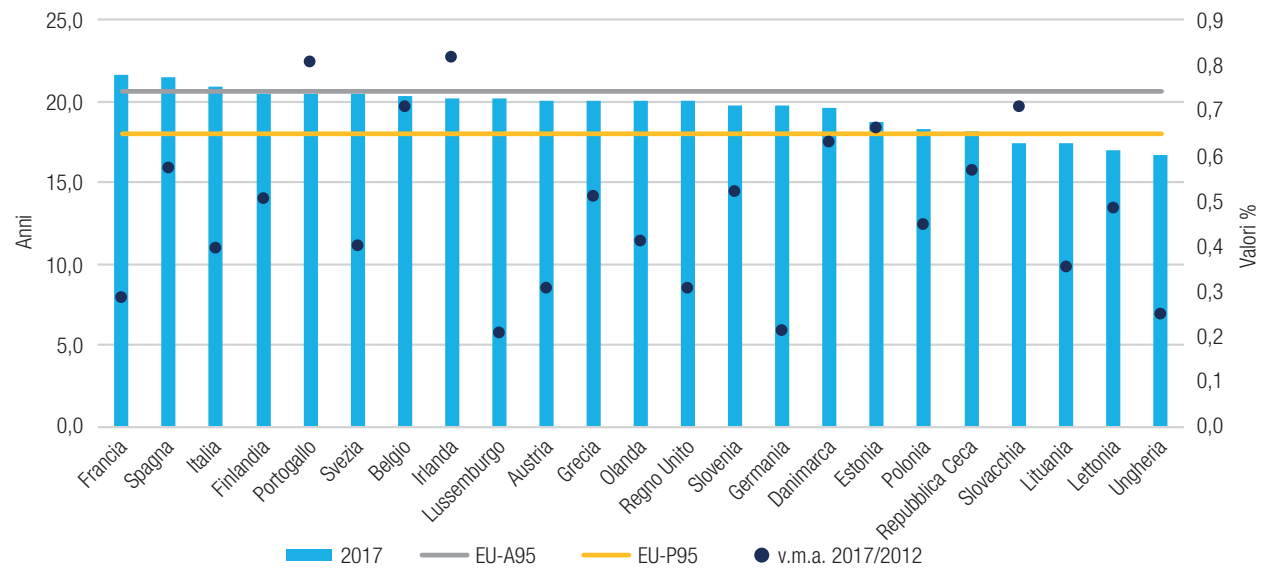
KI 4c.2. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita



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

La speranza alla nascita di vivere in buona salute in Italia è maggiore della media europea di +2,6 anni. L'Italia si colloca al di sopra sia della media dei Paesi EU-Ante 1995 di +1,6 anni che di quella dei Paesi EU-Post 1995 di +5,8. Meglio dell'Italia performa la Svezia, nonché Spagna e Irlanda. Nel quinquennio l'Italia registra un miglioramento dell'aspettativa di vita in buona salute alla nascita del +1,8% medio annuo. La Germania registra l'incremento più alto (+2,7% medio annuo) e il Lussemburgo il peggiore (-2,2% medio annuo).

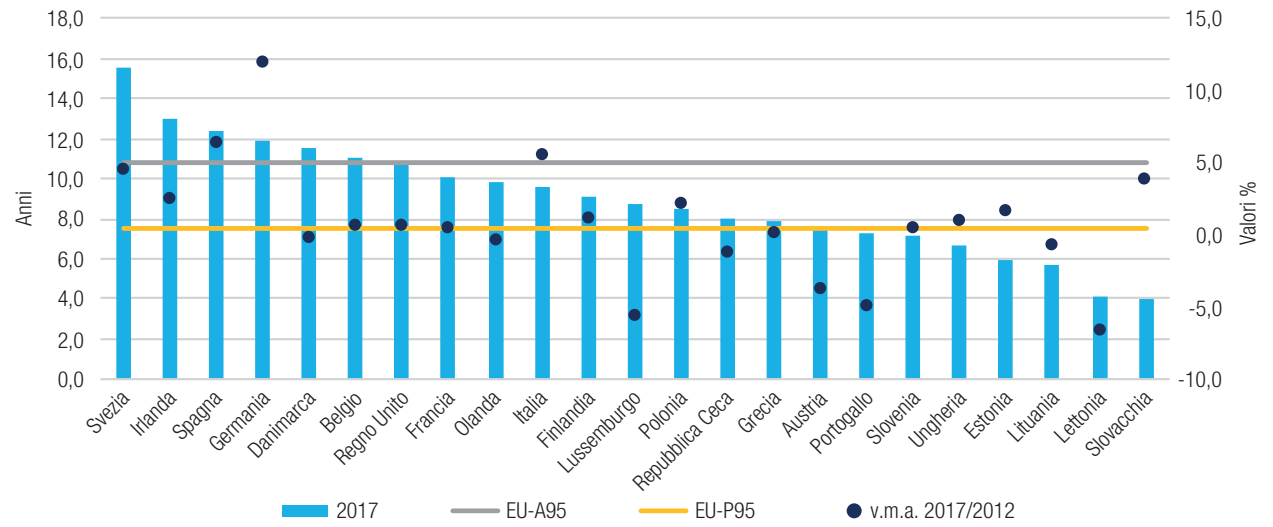
KI 4c.3. Speranza di vita a 65 anni



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

A 65 anni gli italiani hanno una speranza di vita di un anno maggiore rispetto alla media europea, di 0,3 anni in più rispetto alla media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 e di 2,9 anni in più rispetto a quella dei Paesi dell'EU-Post 1995. La Francia è il Paese europeo con l'aspettativa di vita a 65 anni più alta (21,8 anni), l'Ungheria quella con l'aspettativa più bassa (16,7 anni). Nel quinquennio l'aspettativa di vita a 65 anni in Italia è aumentata dello 0,4% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Irlanda, e la peggiore nel Lussemburgo.

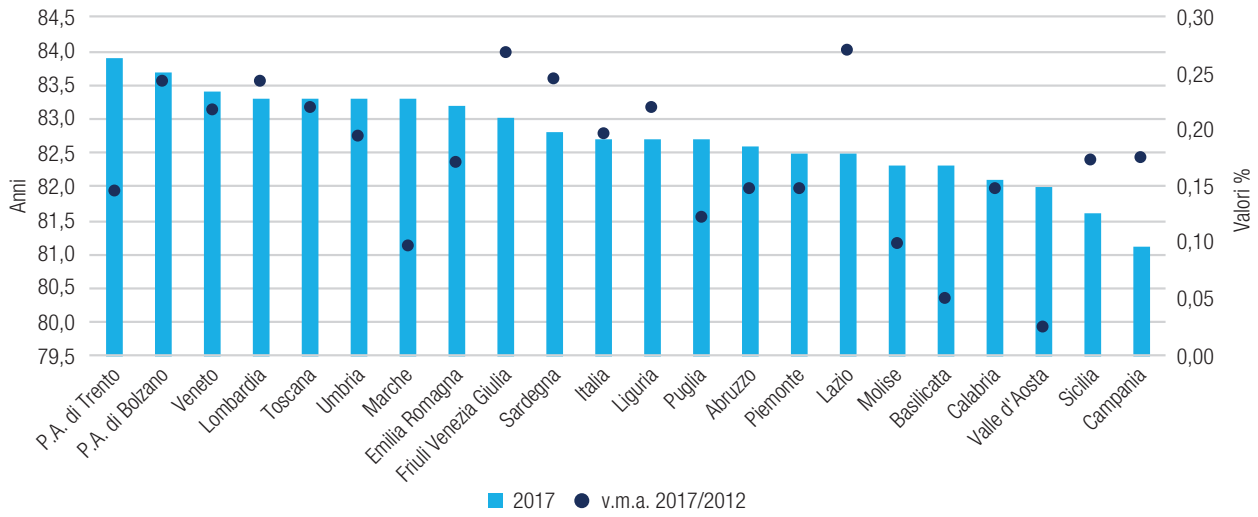
KI 4c.4. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane



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

La qualità degli anni di vita per la popolazione anziana italiana è inferiore rispetto alla media europea di 0,4 anni, di 1,2 anni rispetto ai Paesi EU-Ante 1995 e superiore di 2,1 anni verso i Paesi EU-Post 1995. La Svezia è il Paese europeo con il maggior numero di anni da vivere in piena autonomia, 15,6 anni; la Slovacchia con il numero di anni più basso, 4,0 anni. Gli anni residui da vivere in piena autonomia per gli anziani in Italia è cresciuta del +5,4% medio annuo. L'incremento maggiore si registra in Germania, il maggiore decremento in Lettonia.

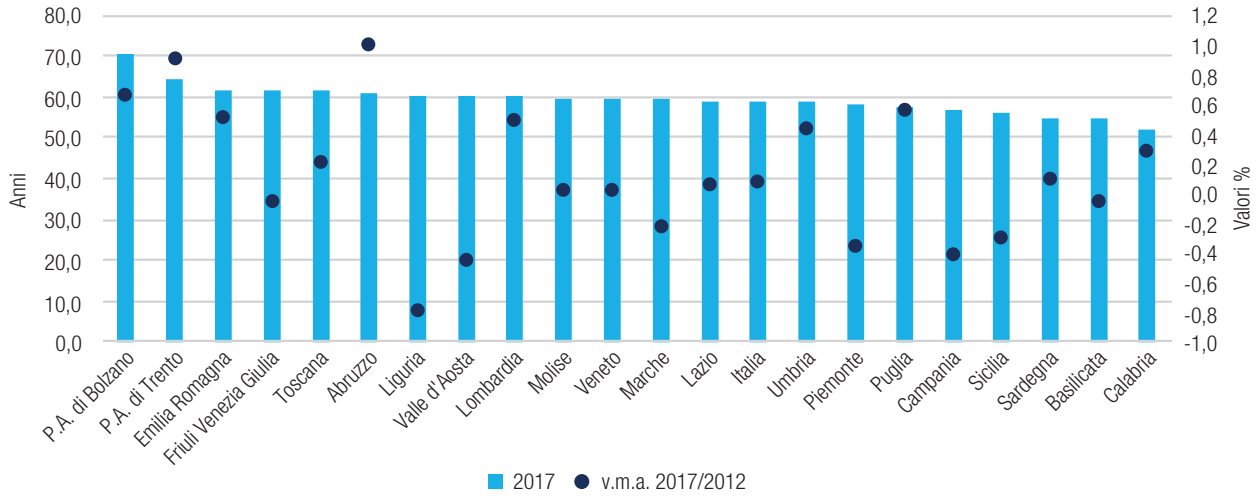
KI 4c.5. Speranza di vita alla nascita in Italia



Fonte: Istat - Indagine BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2018)

La speranza di vita alla nascita in Italia è pari nel 2017 a 82,7 anni ed è aumentata nell'ultimo quinquennio di quasi 1 anno (81,9 nel 2012). Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di oltre un anno di vita a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P. A. di Trento registra la più alta speranza di vita alla nascita, pari a 83,9; la Campania quella più bassa con 81,1 anni. Nel quinquennio l'aspettativa di vita alla nascita in Italia è aumentata dello 0,2% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Friuli Venezia Giulia e Lazio, la peggiore in Valle d'Aosta.

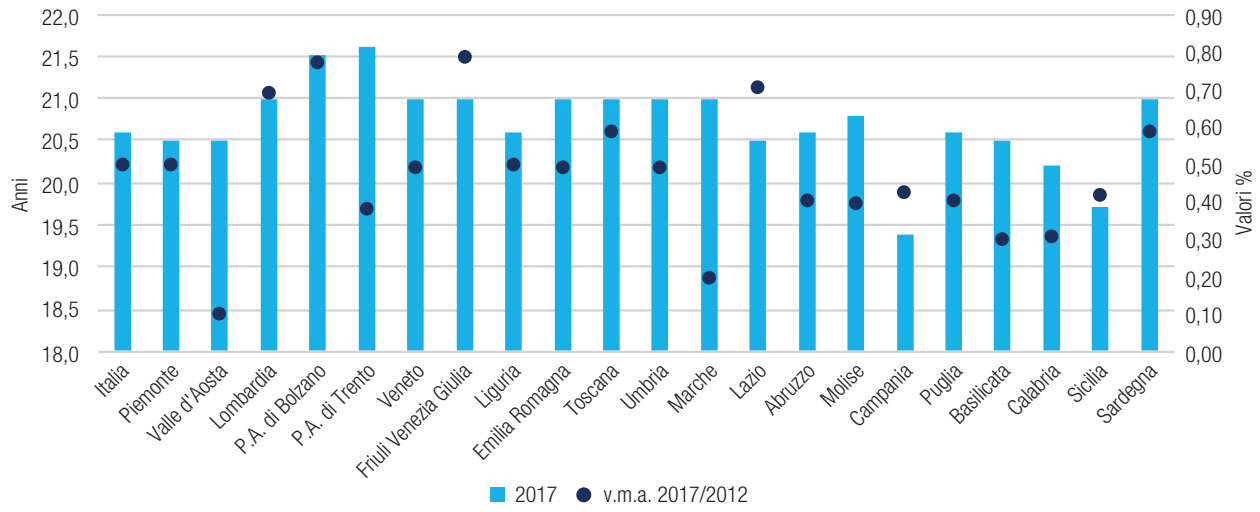
KI 4c.6. Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Italia



Fonte: Istat - Indagine BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2018)

La speranza di vita in buona salute in Italia è pari nel 2017 a 58,7 in crescita nell'ultimo quinquennio di 0,2 anni. Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di quasi 4 anni a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Bolzano registra la più alta speranza di vita in buona salute pari a 70,3 nel 2017; la Calabria quella più bassa (52,2). Gli uomini hanno una maggiore aspetattiva di vita in buona salute rispetto alle donne (+1,9 anni); fanno eccezione la P. A. di Bolzano e la Liguria, dove registrano un vantaggio le donne (rispettivamente di +2,8 anni e di +0,7 anni). Nel quinquennio l'aspettativa di vita in buona salute in Italia è aumentata dello 0,1% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Abruzzo e la peggiore nel Lazio.

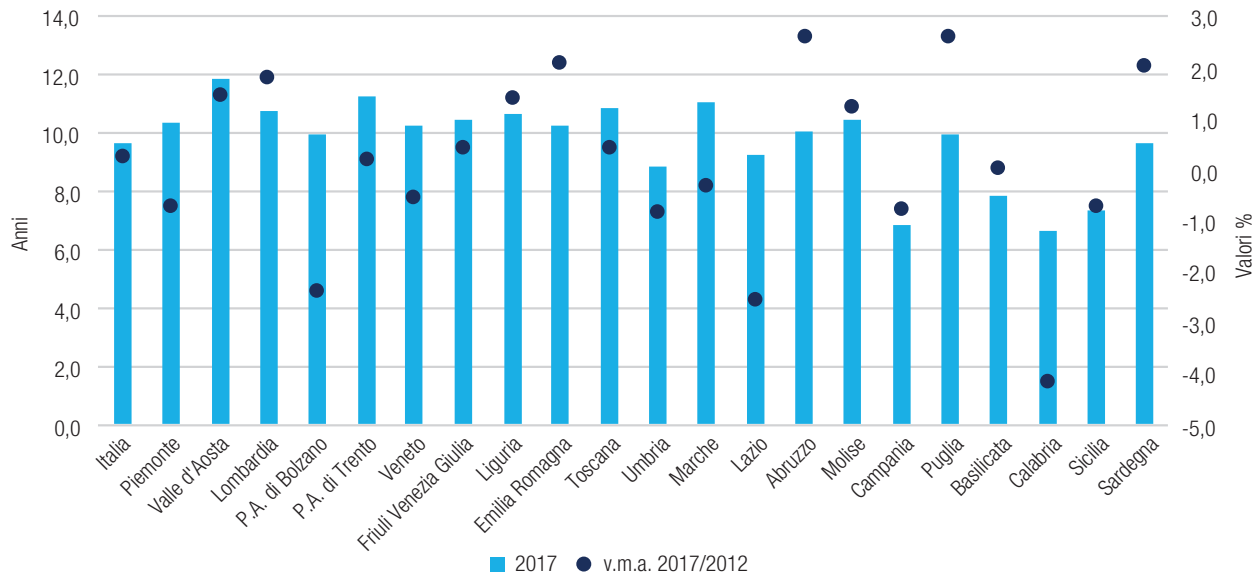
KI 4c.7. Speranza di vita a 65 anni in Italia



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

La speranza di vita a 65 anni in Italia è pari, nel 2017, a 20,6 anni, in crescita nell'ultimo quinquennio di 0,5 anni. Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di quasi 4 anni a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la P.A. di Trento registra la più alta speranza di vita a 65 anni pari a 21,6 ; la Campania, invece, è la Regione con l'aspettativa di vita più bassa (19,4). Nel quinquennio l'aspettativa di vita a 65 anni in Italia è aumentata dello 0,5% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Friuli Venezia Giulia e la peggiore in Valle d'Aosta.

KI 4c.8. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane in Italia



Fonte: Istat - Indagine BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2018)

La speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane in Italia è pari, nel 2017, a 9,7 anni, in crescita nell'ultimo quinquennio di 0,1 anni. Si conferma il divario tra Centro-Nord e Sud, con una differenza media di quasi 3 anni a svantaggio del Mezzogiorno. A livello regionale la Valle d'Aosta registra la più alta speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane pari a 11,9 ; la Calabria, invece, è la Regione con l'aspettativa di vita più bassa (6,7). Nel quinquennio l'aspettativa di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane in Italia è aumentata dello 0,2% medio annuo. La crescita maggiore si è registrata in Abruzzo e la peggiore nella P.A. di Trento.

Prevenzione:
incidenti stradali, domestici e sul lavoro, stato dell'arte di un problema di Sanità pubblica da non sottovalutare

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 5
Prevenzione: incidenti stradali, domestici e sul lavoro, stato dell'arte di un problema di Sanità pubblica da non sottovalutare

Giordani C.[1]

5.1. Introduzione

Il capitolo è quest'anno dedicato agli incidenti stradali, sul lavoro e in ambiente domestico[2].

Si è deciso di approfondire il tema in quanto esso, pur rappresentando un rilevante problema di Sanità pubblica, responsabile di una quota importante di morbosità e mortalità, nonché di elevate conseguenze sulle persone in termini di invalidità permanenti e costi sociali, è ancora trascurato, come evidenziato dal Ministero della Salute in diversi documenti[3].

Seguendo l'impostazione usata dall'Istat nelle sue rilevazioni, per "incidente" si intende, in generale, un evento che determina una compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute o, nei casi più gravi, la morte, a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni alle persone coinvolte e che è caratterizzato dalla accidentalità, ossia dall'essere indipendente dalla volontà umana.

Per dare una idea della dimensione del fenomeno, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni anno nel mondo gli incidenti, intesi nell'ampia accezione ad essi assegnata nella letteratura internazionale (insieme di incidenti stradali, domestici, violenza subìta o autoinflitta, annegamenti, infortuni sul lavoro etc.), causano la morte di più di 5 milioni di persone, rappresentando circa il 9% della mortalità globale[4].

Per ridurre l'impatto economico e sociale degli incidenti, non si può prescindere dalla prevenzione, su cui puntano non solo l'OMS, ma anche le altre Istituzioni sanitarie europee e dei singoli Paesi.

In Italia, la rilevanza dell'argomento viene evidenziata in diversi documenti di programmazione sanitaria. Solo per fare un esempio, tra i macro-obiettivi fondamentali contenuti nel Piano nazionale della prevenzione 2014-2018[5], fondamentale strumento di pianificazione del Ministero della Salute, figurano i seguenti:

- prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali
- prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti.

Il capitolo analizza i dati più recenti disponibili in particolare su queste tre tipologie di infortunio (con l'avvertenza che i dati in questione risultano spesso incompleti e/o disomogenei), con la finalità di fare il punto della situazione, a livello nazionale e internazionale, e capire quali siano le principali strategie in atto e quali gli obiettivi perseguiti e raggiungibili.

5.2. Un quadro generale: le dimissioni ospedaliere per "traumatismo o avvelenamento" in Italia

L'analisi dei flussi informativi desumibili dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) mostra le grandi potenzialità di conoscenza che si possono ottenere da questa fonte di dati, che nel tempo ha registrato un miglioramento nella correttezza e nella

[1] L'autore scrive a titolo personale e non per conto dell'Ente di appartenenza

[2] La continuità con gli anni precedenti è garantita dai *key indicators* contenuti in fondo al capitolo, che comprendono gli altri temi di prevenzione e fattori di rischio, quali stili di vita e vaccinazioni

[3] Si veda ad esempio il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, Ministero della Salute (2014) [30]

[4] ISS, Istituto Superiore di Sanità – Epicentro (b) [22]

[5] L'Intesa è stata approvata il 13 novembre 2014 in Conferenza Stato-Regioni. La vigenza è stata estesa al 31 dicembre 2019 dalla Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017. Ministero della Salute (2014) [30]

completezza del flusso.[6]

A partire dal 2012, nel *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - SDO* pubblicato dal Ministero della Salute[7] viene fornito il dettaglio dei ricoveri con diagnosi principale o secondaria di "traumatismo o avvelenamento"[8]. Vengono, in particolare, riportate le seguenti tipologie di trauma:

1. infortunio sul lavoro
2. incidente in ambiente domestico
3. incidente stradale
4. violenza altrui (indipendentemente dal luogo in cui è avvenuta)
5. autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo in cui è avvenuto)
6. altro tipo di incidente o intossicazione
7. valore errato o non compilato.

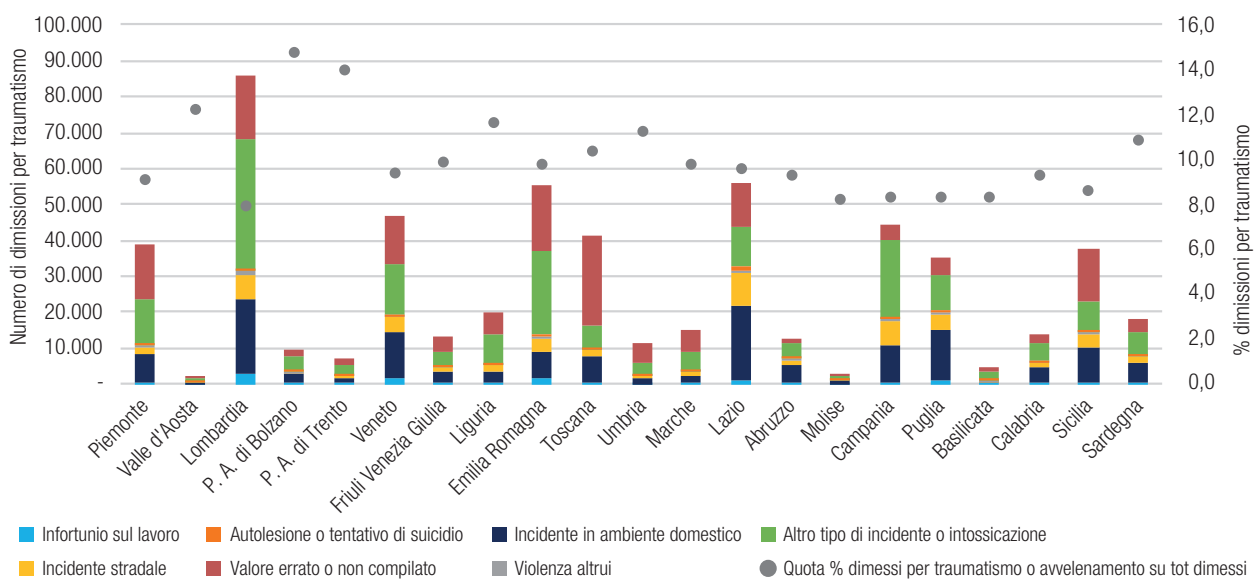
La Figura 5.1 permette di apprezzare le dimensioni del fenomeno nel 2017 a livello regionale.

Nel 2017 sono state rilevate dal Ministero della Salute 8.872.090 dimissioni ospedaliere totali, di cui 6.255.055 sono quelle per acuti in regime ordinario (-0,5% rispetto all'anno precedente)[9]. Il 9,1% (pari a 572.116) dei pazienti dimessi presenta almeno una diagnosi di traumatismo o avvelenamento (nel 2016 erano 555.713).

A livello territoriale, l'incidenza supera il 13,0% nella P.A. di Bolzano (14,7%) e in quella di Trento (13,9%), mentre scende al 7,8% in Lombardia, restando comunque pari o al di sotto della media nazionale anche in Piemonte e in 5 Regioni meridionali (Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia).

La Figura 5.1 mostra la distribuzione regionale dei ricoveri con almeno una diagnosi di traumatismo o avvelenamento, in base alla causa esterna che lo ha determinato.

Figura 5.1. Dimissioni ospedaliere per traumatismo o avvelenamento, regime ordinario in acuzie. Anno 2017



Sono stati considerati i ricoveri con diagnosi principale o secondaria di traumatismo o avvelenamento (codici ICD-9-CM 800.**-904.** o 910.**-995.**).
Vengono considerate le Regioni di ricovero.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute (2019), *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero – SDO anno 2017*, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

[6] Basili F., Ceccolini C., Pennazza F. (2003) [2]

[7] A cura della Direzione generale della programmazione sanitaria. L'ultimo Rapporto pubblicato alla data in cui si scrive è quello relativo ai dati 2017. Ministero della Salute (2019) [31]

[8] Codici ICD-9-CM: 800.**-904.** o 910.**-995.**

[9] Senza tenere conto delle schede con mancata indicazione del tipo di Istituto

Da notare come, a livello nazionale, sia ancora particolarmente elevata la percentuale di dimissioni attribuite ad "altro tipo di incidente o intossicazione" (34,0%), considerando che si dovrebbe ricorrere a questo codice solo nei casi che non rientrano tra quelli esplicitati; la quota sale al 69,9% in Valle d'Aosta e scende al 16,4% in Toscana. Risulta elevata anche la quota di schede con codifica errata o mancante (28,1%); la forbice va dal 9,8% della Campania al 60,3% della Toscana.

Escludendo queste due voci, la percentuale maggiore si registra per le dimissioni in seguito a ricoveri per incidenti in ambiente domestico, sia a livello nazionale (24,4% delle dimissioni totali per traumatismo o avvelenamento) che in tutte le singole Regioni.

Si ritiene dunque importante migliorare la qualità di questa informazione, fondamentale per il monitoraggio delle conseguenze sanitarie degli incidenti come anche degli effetti delle campagne di prevenzione adottate, ribadendo come qualora il ricovero sia causato da trauma, incidente o intossicazione sia necessario dare indicazione della causa esterna che lo ha determinato.

5.3. Gli incidenti stradali

La Convenzione di Vienna del 1968 definisce l'incidente stradale come «il fatto verificatosi nelle vie o piazze aperte alla circolazione nel quale risultano coinvolti veicoli fermi o in movimento e dal quale siano derivate lesioni a persone».

Gli incidenti stradali rappresentano un problema che interessa la Sanità pubblica mondiale perché è forte l'impatto sulla salute delle persone[10].

Secondo quanto si legge nel Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 a cura del Ministero della Salute, tra i fattori di rischio legati alla persona che favoriscono l'evento incidente stradale ci sono le condizioni di salute, l'età, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'equilibrio e i riflessi.

Altri fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope e a scorretti comportamenti alla guida (utilizzo dei cellulari, disattenzione, eccessiva velocità, mancato utilizzo dei sistemi di protezione). Concorrono, infine, al verificarsi dell'incidente altri determinanti che sono invece attribuibili alla sicurezza delle strade e dei veicoli.

Anche i fattori sociali entrano in azione nel determinare gli incidenti stradali: ad esempio, le condizioni socioeconomiche disagiate o lo stato di migrante, che sono associate ad un minor accesso alle risorse di formazione e informazione sulle misure di prevenzione e più in generale all'acquisizione della cultura della sicurezza sulle strade.

La prevenzione degli incidenti stradali richiede, dunque, un approccio multisettoriale, capace di incidere simultaneamente su più fattori di rischio, il coinvolgimento di numerose Istituzioni, tempi lunghi e la stabilizzazione degli interventi messi in atto.

Anche le campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione sono importanti per sostenere l'applicazione della legislazione, in quanto permettono di far conoscere meglio i rischi e le sanzioni delle infrazioni (Piano nazionale della prevenzione 2014-2018).

La Sanità pubblica può contribuire alla prevenzione degli incidenti stradali attraverso:

- informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida, quali uso di alcol e droghe o l'assunzione di farmaci
- informazione e formazione sui pericoli legati alla guida senza cinture e senza casco e senza sistemi di ritenuta per i bambini
- attività di *advocacy* presso le altre Istituzioni coinvolte, in particolare per promuovere una mobilità sostenibile e sicura (potenziamento del trasporto pubblico locale, pianificazione urbanistica, messa in sicurezza dei percorsi casa-scuola).

In questo paragrafo si illustrano, nel prosieguo, i

[10] Ministero della Salute (2014) [30]

numeri dell'incidentalità stradale a livello internazionale e sul territorio italiano.

5.3.1. Il quadro internazionale

L'OMS è l'Agenzia principale, in collaborazione con le Commissioni regionali, per la sicurezza stradale all'interno del sistema delle Nazioni Unite, con funzioni di segreteria per il decennio di azione per la sicurezza stradale 2011-2020.

Secondo le stime pubblicate da OMS[11] nel *Global status report on road safety 2018*[12], nel mondo i morti sulle strade aumentano costantemente, avendo raggiunto, nel 2016, circa 1,35 milioni, pari indicativamente a 3.700 morti ogni giorno; più della metà riguarda gli utenti più vulnerabili: pedoni, ciclisti e motociclisti. Risulta invece costante il tasso di mortalità. Sono poi 10 milioni le persone che, ogni anno, restano ferite o disabili.

Gli incidenti stradali sono oggi il principale *killer* di bambini e giovani tra i 5 e i 29 anni di età e rappresentano l'ottava causa di morte della popolazione mondiale (il 2,5% di tutte le morti).

Sempre secondo quanto evidenziato da OMS nel suo *report*, il peso di questo problema non è distribuito in maniera uniforme: si stima che il 93% delle vittime sulle strade sia concentrato nei Paesi a basso e medio reddito, anche se in questi Paesi circola solo il 60% dei veicoli. In particolare, il rischio di decesso da traffico stradale rimane tre volte superiore nei Paesi a basso reddito rispetto a quelli ad alto reddito, con i tassi più alti in Africa (26,6 per 100.000 abitanti) e più bassi in Europa (9,3 per 100.000 abitanti).

Tra il 5% e il 35% delle morti su strada sono correlate alla guida in stato di ebbrezza.

Le persone che subiscono incidenti non mortali sono tra i 20 e i 50 milioni. Molti di questi incidenti comportano gravi disabilità.

Stando a questi numeri, l'obiettivo dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (ONU)[13] di ridurre del 50% le morti per incidenti stradali entro il 2020 (*Sustainable Development Goals - SDG, target* 3.6) difficilmente verrà raggiunto.

Per quanto concerne l'onere economico, l'OMS stima che gli incidenti stradali costino, nella maggior parte dei Paesi, circa il 3% del PIL[14].

L'OMS lavora, insieme ad altri *partner* - governativi e non - per aumentare la prevenibilità degli infortuni stradali e promuovere buone pratiche sulla gestione dei principali fattori di rischio comportamentali: velocità, guida in stato di ebbrezza, uso del casco, delle cinture di sicurezza e dei dispositivi di sicurezza per bambini.

Con specifico riferimento all'Europa, nonostante la sicurezza stradale stia migliorando e le strade europee siano tra le più sicure al mondo, negli ultimi anni il numero di morti e feriti in seguito ad incidenti stradali è ancora troppo alto.

Dai dati rilasciati dal Consiglio europeo per la sicurezza dei trasporti (*European Transport Safety Council – ETSC*)[15], organizzazione non governativa che offre un servizio di consulenza imparziale sui temi della sicurezza dei trasporti alla Commissione europea, al Parlamento europeo, ai governi nazionali e alle organizzazioni che si occupano di sicurezza in tutta Europa, si evince (Tabella 5.1) che nel 2018 sulle strade dell'Unione Europea (di seguito EU, *European Union*) hanno perso la vita[16] poco più di 25mila persone, con una diminuzione dell'1,1% rispetto all'anno precedente e del 20,7% rispetto al 2010.

Tra il 2010 e il 2018 si è registrato un calo dei decessi per incidente stradale in quasi tutti i Paesi EU (si evidenzia il dato del -45,2% della Grecia), tranne che in Lussemburgo, Malta, Olanda e Svezia.

[11] OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (a) [39]
[12] OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (2018) [38]
[13] Sottoscritta nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU. ONU, Organizzazione delle Nazioni Unite (2015) [41]
[14] OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (a) [39]
[15] *ETSC, European Transport Safety Council* (2019) [6]
[16] Per incidente mortale si intende un incidente stradale in cui si sia verificato il decesso di una o più persone sul colpo od entro il trentesimo giorno a partire da quello in cui si è verificato l'incidente (*United Nations*)

Tabella 5.1. Decessi per incidenti stradali in EU

Paesi EU	2010	2013	2017	2018	Var. % 2018/2017	Var. % 2018/2010
EU 28	31.604	26.093	25.321	25.047	-1,1	-20,7
Austria	552	455	414	409	-1,2	-25,9
Belgio	850	764	615	590	-4,1	-30,6
Bulgaria	776	601	682	611	-10,4	-21,3
Cipro	60	44	53	49	-7,5	-18,3
Rep. Ceca	802	654	577	656	13,7	-18,2
Germania	3.651	3.340	3.177	3.265	2,8	-10,6
Danimarca	255	191	175	175	0,0	-31,4
Estonia	79	81	48	67	39,6	-15,2
Spagna	2.478	1.680	1.830	1.806	-1,3	-27,1
Finlandia	272	258	223	225	0,9	-17,3
Francia	3.992	3.268	3.448	3.248	-5,8	-18,6
Grecia	1.258	879	731	690	-5,6	-45,2
Croazia	426	368	331	317	-4,2	-25,6
Ungheria	740	591	625	629	0,6	-15,0
Irlanda	212	188	156	146	-6,4	-31,1
Italia	4.114	3.401	3.378	3.310	-2,0	-19,5
Lussemburgo	32	45	25	36	44,0	12,5
Lettonia	218	179	136	148	8,8	-32,1
Lituania	299	258	192	170	-11,5	-43,1
Malta	15	18	19	18	-5,3	20,0
Olanda	640	570	613	678	10,6	5,9
Polonia	3.907	3.357	2.831	2.862	1,1	-26,7
Portogallo	937	637	602	606	0,7	-35,3
Romania	2.377	1.861	1.951	1.867	-4,3	-21,5
Svezia	266	260	253	324	28,1	21,8
Slovenia	138	125	104	91	-12,5	-34,1
Slovacchia	353	251	276	229	-17,0	-35,1
Regno Unito	1.905	1.769	1.856	1.825	-1,7	-4,2

Fonte: elaborazione su dati *ETSC, European Transport Safety Council* (2019), *13th Road safety performance index report* - PIN *Report* 2019, https://etsc.eu/ - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018 rispetto al 2017, invece, si può osservare una riduzione in 16 Paesi (tra cui l'Italia, che registra un -2,0%), con la Danimarca che resta stabile.

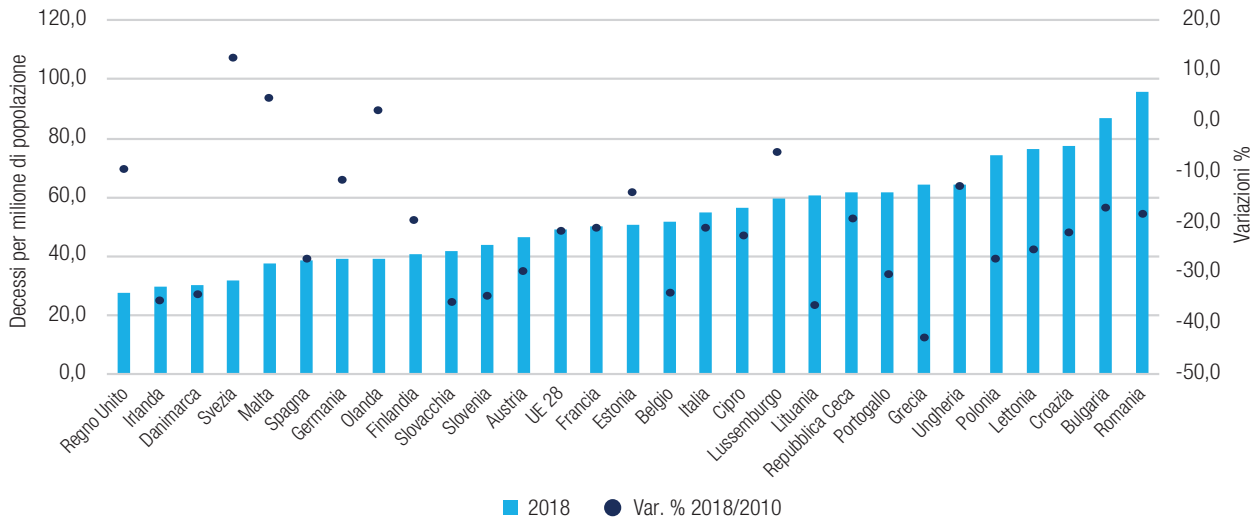
La Figura 5.2 riporta il tasso di mortalità stradale, ossia il numero di decessi per milione di popolazione (pmp), nei Paesi EU nel 2018 e la variazione rispetto al 2010.

Nel 2018 il tasso medio registrato nell'EU è di 49,1 decessi per incidente stradale ogni milione di abitanti (-21,8% rispetto al 2010); in Italia è pari a 54,7 pmp (-21,3% rispetto al 2010) (sedicesimo posto nella graduatoria europea, con un guadagno di due posizioni rispetto al 2017).

Nelle ultime posizioni della classifica, con un tasso superiore a 70,0 decessi pmp, si trovano Romania (95,6), Bulgaria, Croazia, Lettonia e Polonia. In testa, con un tasso di mortalità inferiore a 40, si posizionano Regno Unito (27,5), Irlanda, Danimarca, Svezia, Malta, Spagna, Germania e Olanda.

Rispetto al 2010, il tasso di mortalità è in diminuzione in tutti i Paesi, tranne che in Svezia, Malta e Olanda.

Figura 5.2. Tasso di mortalità stradale in EU



Fonte: elaborazione su dati *ETSC, European Transport Safety Council* (2019), *13th Road safety performance index report* - PIN *Report* 2019, https://etsc.eu/ - © C.R.E.A. Sanità

Sempre secondo l'ETSC, nell'ultimo triennio nell'EU si sono registrati 5,8 decessi ogni miliardo di chilometri percorsi[17]. In Italia si sale a 6,5; agli estremi della graduatoria europea (per i Paesi di cui si dispone del dato) ci sono la Svezia con 3,4 morti per miliardo di chilometri e la Polonia con 14,6.

Per completezza di informazione, nella Tabella 5.2 viene mostrato anche il numero di incidenti stradali con lesioni a persone[18] e di feriti[19] in EU per gli anni 2010, 2013 e 2017 (ultimo anno disponibile), resi disponibili dall'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico).

Secondo il *Global status report on road safety* 2018 dell'OMS, inoltre, come anticipato, si stima che tra il 5% e il 35% di tutti i decessi su strada siano alcol-correlati. Secondo l'Osservatorio nazionale alcol, in Europa un incidente su quattro sarebbe correlato all'alcol. Negli incidenti causati da guida in stato di ubriachezza, il 96% delle persone coinvolte è rappresentato da individui di sesso maschile, di cui il 33% giovani o giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni.

Con riferimento al *burden* economico a carico dell'Unione Europea, secondo i dati diffusi dalla Commissione Europea nell'aprile del 2018[20], gli incidenti mortali o con feriti gravi, che non colpiscono solo le vittime dirette ma anche la Società nel suo insieme, hanno un costo stimato in € 120 mld. all'anno. Il dato viene evidenziato anche nella dichiarazione di La Valletta sulla sicurezza stradale del marzo 2017[21], dove si parla di «un importante problema sociale che genera sofferenze umane e costi economici inaccettabili, stimati a circa € 50 mld. all'anno per i soli incidenti mortali e a oltre € 100 mld. se si considerano anche gli incidenti gravi».

[17] Il dato è espresso in *"vehicle-km"*: misura del traffico che si ottiene moltiplicando il numero di veicoli in una data rete stradale per la lunghezza media dei loro viaggi misurata in km

[18] Secondo l'OCSE, si definisce incidente stradale con lesioni a persone «qualsiasi incidente che coinvolga almeno un veicolo in movimento su strada pubblica o su strada privata con diritto di accesso al pubblico, nel quale ci sia almeno una persona ferita o uccisa. Un suicidio o un tentativo di suicidio non è considerato un incidente stradale, a meno che esso non provochi lesioni a un altro utente della strada»

[19] L'OCSE definisce ferito in incidente stradale «qualsiasi persona che a seguito di un incidente stradale non sia morto immediatamente o entro 30 giorni, ma ha subito un infortunio che richiede cure mediche (esclusi i tentativi di suicidio)»

[20] Commissione Europea (2018) [4]

[21] Consiglio dell'Unione Europea (2017) [5]

Tabella 5.2. Incidenti con lesioni a persone e feriti in EU

	Incidenti con lesioni a persone			Feriti		
Paesi EU	2010	2013	2017 (o ultimo anno disponibile)	2010	2013	2017 (o ultimo anno disponibile)
Austria	35.348	38.502	38.466	45.858	48.044	48.393
Belgio	45.745	41.347	38.020	59.022	53.112	48.451
Bulgaria	6.609	7.015	6.888	8.078	8.775	8.680
Croazia	13.272	11.225	10.939	18.333	15.274	14.608
Rep. Ceca	19.676	20.342	21.263	24.384	25.288	27.079
Danimarca	3.498	2.984	2.882	4.153	3.394	3.228
Estonia	1.347	1.364	1.406	1.720	1.680	1.725
Finlandia	6.072	5.334	4.752	7.673	6.681	5.576
Francia	67.288	56.812	58.613	84.461	70.607	73.645
Germania	288.297	291.105	302.656	371.170	374.142	390.312
Grecia	15.032	12.109	10.647	19.108	15.175	12.925
Ungheria	16.308	15.691	16.489	20.917	20.090	21.451
Irlanda	5.780	4.976	5.831	8.270	6.880	7.840
Italia	212.997	181.660	174.933	304.720	258.093	246.750
Lettonia	3.193	3.489	3.874	4.023	4.338	4.818
Lituania	3.530	3.391	3.059	4.230	4.007	3.567
Lussemburgo	876	949	983	1.185	1.252	1.348
Malta	13.727	14.070	15.003	1.064	1.564	1.854
Polonia	38.832	35.847	32.760	48.952	44.059	39.466
Portogallo	35.426	30.339	32.299	46.365	38.753	41.105
Romania	25.996	24.827	31.106	32.414	31.464	40.211
Slovacchia	6.570	5.113	5.638	8.150	6.311	6.884
Slovenia	7.560	6.542	6.185	10.316	8.742	7.901
Spagna	85.503	89.519	102.362	120.345	124.720	140.390
Svezia	16.500	14.815	14.849	23.305	20.262	19.662
Regno Unito	160.080	144.426	136.063	215.700	190.923	178.321

Per Austria, Danimarca e Portogallo l'ultimo dato disponibile è relativo al 2016. Per Irlanda e Lussemburgo il dato si riferisce al 2015.

Fonte: elaborazione su dati OCSE, *Database on line*, https://stats.oecd.org/ ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In conclusione, nonostante si osservi un *trend* di miglioramento, l'Unione Europea è ancora lontana dall'obiettivo di riduzione del 50% delle vittime della strada da raggiungere nel 2020[22], tanto che, nel maggio 2018, all'interno dello "*Europe on the Move package*", l'obiettivo è stato esteso temporalmente al 2030; un altro obiettivo, per il medesimo periodo 2020-2030, è stato fissato nel dimezzare il numero dei feriti gravi, come raccomandato nella Dichiarazione di La Valletta dei Ministri dei Trasporti dell'EU. L'obiettivo a lungo termine rimane il raggiungimento di zero morti e feriti gravi entro il 2050 ("*Vision Zero Initiative*").

A tal fine, nell'ambito della EU sono state emanate leggi ed erogati aiuti agli Stati membri per aumentare la sicurezza nelle strade e supporto per la

[22] Commissione Europea (2010) [3]

realizzazione di campagne pubbliche di educazione stradale.

Tra gli interventi più recenti, il 16.4.2019 il Parlamento europeo ha votato le nuove norme che rendono obbligatori 30 dispositivi avanzati di sicurezza, come il sistema di adattamento intelligente della velocità, il sistema di avviso della distrazione del conducente e il sistema di frenata d'emergenza. Considerando che Il 95% degli incidenti stradali dipende da errori di tipo umano, le tecnologie di sicurezza obbligatorie si stima potrebbero salvare oltre 25mila vite ed evitare almeno 14mila feriti gravi entro il 2038[23].

Da ultimo, per rendere le strade più sicure, inoltre, l'EU sta anche rafforzando le norme sulla gestione della sicurezza delle infrastrutture e opera per garantire norme comuni per i veicoli a guida autonoma[24].

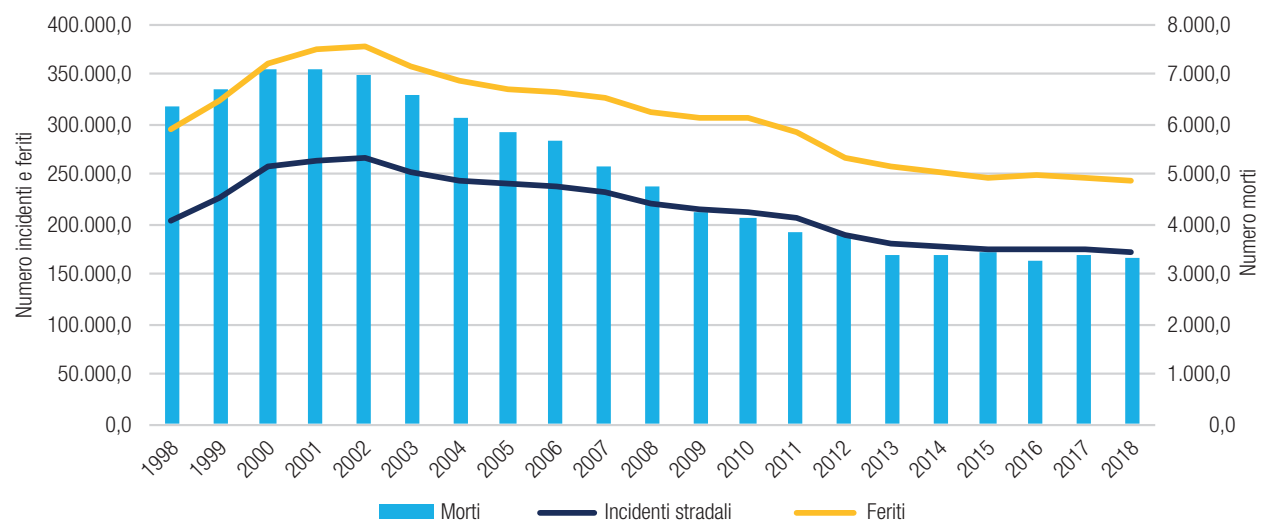
I progressi ottenuti saranno oggetto di misurazione nell'ambito del quadro della EU per la sicurezza stradale 2020-2030.

5.3.2. La situazione in Italia

Analizzando le fonti nazionali, secondo l'ultimo Rapporto sugli incidenti stradali a cura dell'ACI (*Automobile Club* d'Italia) e dell'Istat[25], nel nostro Paese il numero di incidenti stradali con lesioni a persone[26] è stato pari nel 2018 a 172.344, in calo del -1,5% rispetto all'anno precedente (174.933); si sono altresì registrati 3.325 decessi[27] (-1,6% rispetto al 2017, mentre lo scorso anno risultavano in aumento rispetto al 2016) e 242.621 feriti[28] (-1,7% rispetto al 2017).

Rispetto al 2010, gli incidenti risultano essere calati del -19,1%, i decessi del -19,2% e i feriti del -20,4%. Il *trend* complessivo dell'ultimo ventennio è illustrato nella Figura 5.3.

Figura 5.3. Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti in Italia



Fonte: elaborazione su dati ACI - Istat (2019), *Incidenti stradali* – Anno 2018, www.istat.it

[23] Parlamento Europeo (2019) [44]
[24] Ibidem
[25] ACI, Automobile Club d'Italia – Istat, Istituto Nazionale di Statistica (2019) [1]
[26] Fatto verificatosi nelle vie o piazze aperte alla circolazione nel quale risultano coinvolti veicoli fermi o in movimento e dal quale siano derivate lesioni a persone (Convenzione di Vienna del 1968)
[27] Morti entro 30 giorni dall'evento
[28] Individui coinvolti in incidenti stradali che hanno subìto lesioni

Secondo l'Istat, la maggioranza dei deceduti è di sesso maschile (2.667 uomini, 658 donne).

Tra le vittime degli incidenti stradali, nel 2018 aumentano i pedoni (sono 609, con un aumento del +1,5% rispetto all'anno precedente), gli occupanti di autocarri (188, +15,3%) e i ciclomotoristi (108, +17,4%). Diminuisce invece il numero di automobilisti (1.420, -3,0% rispetto al 2017), motociclisti (685, -6,8%), ciclisti (219, -13,8%).

Nel 2018 il parco veicolare è cresciuto del +1,3%, mentre rimangono stabili le percorrenze autostradali, sui circa 6mila chilometri della rete in concessione, con un aumento rispetto al 2017 solo per i veicoli pesanti (+2,3%), con oltre 84 miliardi di km percorsi.

Con riferimento all'età delle vittime, rispetto al 2017, i deceduti aumentano tra i giovani di 15-29 anni e tra le persone in fascia di età 70-74 anni, mentre diminuiscono tra i bambini tra 0 e 14 anni di età (l'obiettivo di "*Vision zero*" del Piano nazionale della sicurezza stradale 2020, di azzerare le vittime tra i bambini, non è quindi ancora stato centrato).

I feriti sono prevalentemente giovani, soprattutto nella classe di età 20-29 anni.

Tra i comportamenti errati alla guida, da cui derivano gli incidenti stradali, i più frequenti sono la distrazione, il mancato rispetto delle regole di precedenza (o del semaforo) e l'eccessiva velocità. Complessivamente, questi tre comportamenti scorretti sono responsabili del 40,8% dei casi.

Le violazioni al Codice della strada, in calo rispetto al 2017, maggiormente sanzionate, sono l'inosservanza della segnaletica, il mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza a bordo e l'uso del telefono cellulare alla guida.

Stando ai dati provenienti da Carabinieri e Polizia stradale, su un totale di 58.658 incidenti osservati, in 5.097 casi almeno uno dei conducenti dei veicoli era in stato di ebbrezza mentre in 1.882 casi era sotto l'effetto di stupefacenti. Le Polizie locali in occasione di incidenti stradali hanno elevato 2.031 sanzioni per guida in stato di ebbrezza e 536 per uso di droghe.

Il binomio alcol e guida è stato anche oggetto di indagine del sistema di Sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)[29]: tra il 2015 e il 2018, 7 conducenti di autovetture su 100 hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol[30] nei 30 giorni precedenti l'intervista, avendo assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messi alla guida; altre 5 persone su 100 dichiarano di essere state trasportate da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol. L'indicatore sottostima il fenomeno osservato, a causa della "desiderabilità sociale" del comportamento e all'obbligo di legge, che spingono i partecipanti all'intervista a dichiarare di guidare sotto l'effetto dell'alcol meno spesso di quanto in realtà accada.

La quota di giovanissimi alla guida sotto l'effetto dell'alcol è leggermente più bassa che nel resto della popolazione, ma resta comunque preoccupante: tra i 18 e 21 anni, quasi il 6% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto, rischiando di incorrere in una sanzione certa, indipendentemente dal livello di alcolemia effettivamente accertata, poiché in questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è, in ogni caso, più frequente nella fascia d'età 25-34 anni, tra gli uomini e tra i cittadini italiani rispetto ai cittadini stranieri. Non ci sono differenze statisticamente significative tra le Regioni, ma il Molise continua a detenere il primato di Regione con il numero maggiore di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol.

In ogni caso, è significativa la riduzione dal 2008 della quota di persone che si sono messe alla guida sotto l'effetto dell'alcol, in tutto il Paese.

[29] ISS, Istituto Superiore di Sanità – Epicentro (c) [23]

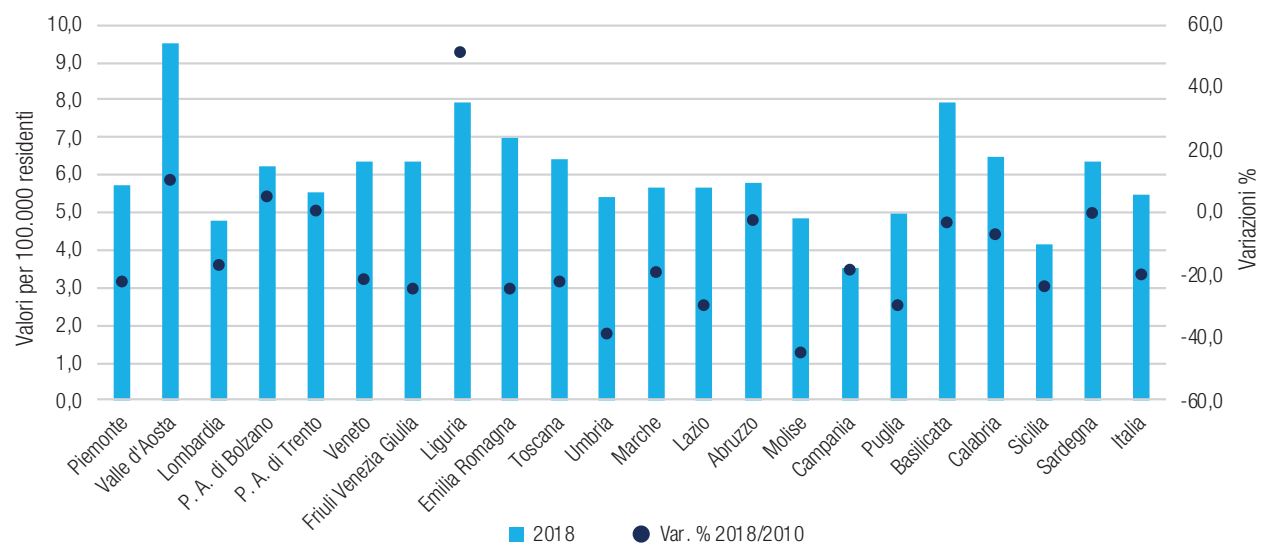
[30] Un uomo o una donna che, negli ultimi 30 giorni, almeno una volta, si è messo alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) dopo aver bevuto, nell'ultima ora, 2 unità alcoliche o più

Tabella 5.3. Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti nelle Regioni italiane

Regioni	2010			2017			2018		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Italia	212.997	4.114	304.720	174.933	3.378	246.750	172.344	3.325	242.621
Piemonte	13.580	327	19.965	10.823	279	15.783	10.831	251	15.745
Valle d'Aosta	370	11	498	256	8	348	267	12	391
Lombardia	39.322	565	53.806	32.552	423	44.996	32.550	483	44.622
P. A. di Bolzano	1.124	30	1.485	1.655	30	2.164	1.706	33	2.211
P. A. di Trento	1.496	29	2.093	1.356	29	1.980	1.390	30	1.915
Veneto	15.651	396	21.860	13.844	301	18.984	14.105	311	19.313
Friuli Venezia Giulia	3.933	103	5.137	3.468	69	4.675	3.351	77	4.537
Liguria	9.702	84	12.360	8.680	87	11.082	8.286	124	10.425
Emilia Romagna	20.153	401	28.001	17.362	378	23.500	16.471	310	22.205
Toscana	18.865	306	25.284	16.099	269	21.390	15.824	239	20.987
Umbria	2.913	79	4.074	2.361	48	3.258	2.385	48	3.400
Marche	6.728	109	9.874	5.484	96	7.756	5.216	87	7.298
Lazio	27.810	450	38.932	19.590	356	27.066	18.554	335	25.459
Abruzzo	4.099	79	6.377	2.946	69	4.395	3.145	76	4.683
Molise	657	28	1.056	510	27	767	478	15	731
Campania	11.129	254	17.050	9.922	242	14.770	9.718	206	14.639
Puglia	12.479	292	20.926	9.786	236	16.116	9.685	201	16.135
Basilicata	1.147	48	2.015	848	33	1.355	979	45	1.608
Calabria	3.378	138	5.645	2.910	100	4.863	2.927	127	4.859
Sicilia	14.255	279	22.004	11.056	208	16.457	11.017	210	16.416
Sardegna	4.206	106	6.278	3.425	90	5.045	3.459	105	5.042

Fonte: elaborazione su dati ACI - Istat (2019), *Incidenti stradali* – Anno 2018, www.istat.it - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5.4. Tasso di mortalità per incidente stradale



Numero di decessi avvenuti in seguito a incidente stradale per 100.000 residenti.

Fonte: elaborazione su dati ACI - Istat (2019), *Incidenti stradali* - Anno 2018 e Istat, *Popolazione e famiglie* - www.istat.it, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La Tabella 5.3 mostra come nel 2018, nonostante a livello nazionale si registri un calo nel numero di incidenti, morti e feriti rispetto al 2017, ciò non avvenga in tutte le Regioni. I decessi aumentano in 12 Regioni, 7 del Nord e 5 del Sud; gli incrementi più consistenti in Valle d'Aosta, Liguria e Basilicata. Rispetto al 2010 la diminuzione dei valori è pressoché generalizzata, con poche eccezioni.

La Figura 5.4 riporta il tasso di mortalità per incidenti stradali per 100.000 residenti[31].

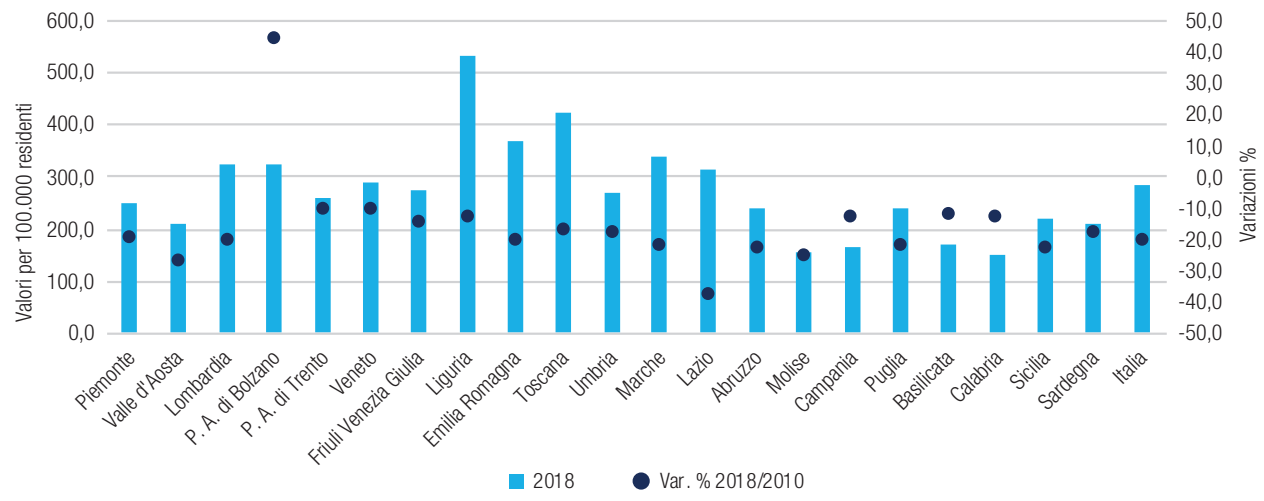
Nel 2018 i tassi più elevati si registrano in Valle d'Aosta (9,5 per 100.000 residenti), Liguria (8,0 per 100.000, con un incremento rispetto al 5,3 del 2010 che risente della tragedia del crollo del Ponte Morandi, avvenuto il 14.8.2018) e Basilicata (7,9 per 100.000). I livelli inferiori si osservano in Campania (3,5 decessi per 100.000 residenti), Sicilia (4,2 per 100.000) e Lombardia (4,8 per 100.000). A livello nazionale il tasso si attesta a 5,5 per 100.000 residenti. Rispetto al 2010 si osserva un calo del tasso di mortalità in tutte le Regioni, tranne Liguria, Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano.

La Figura 5.5, infine, illustra i tassi di incidenti stradali con lesioni a persone e di feriti in incidenti stradali per 100.000 residenti.

Le Regioni con il più elevato tasso di incidentalità stradale per 100.000 residenti rimangono Liguria (532,2), Toscana ed Emilia Romagna. I valori minimi si osservano invece in Calabria (149,6), Molise e Campania. Rispetto al 2010, in tutte le Regioni (tranne la P.A. di Bolzano) si registra un calo dei tassi.

Con riferimento all'aspetto economico, secondo il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (MIT)[32], al quale, in base al codice della strada (D. Lgs. 35/2011), spetta il compito di individuare una metodologia e quindi procedere al calcolo del costo sociale degli incidenti stradali, il "danno economico" non si limita alla spesa diretta, dovendosi procedere alla quantificazione economica degli oneri che, a diverso titolo, gravano sulla Società a seguito delle conseguenze di un incidente stradale.

Figura 5.5. Tasso di incidentalità stradale



Numero di incidenti stradali con lesioni a persone per 100.000 residenti.

Fonte: elaborazione su dati ACI - Istat (2019), *Incidenti stradali* - Anno 2018 e Istat, *Popolazione e famiglie* - www.istat.it, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

[31] Va evidenziato come la considerazione della popolazione residente e non quella effettivamente presente sul territorio ed esposta al rischio di incidente (non disponibile) rappresenti una distorsione, che viene comunque comunemente accettata ai fini dell'analisi del fenomeno

[32] MIT, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (2012) [34]

Tabella 5.4. Costi sociali per incidenti stradali con lesioni a persone in Italia. Anno 2018

Regioni	Incidenti (numero)	Morti (numero)	Feriti (numero)	Costo generale incidenti (€ mln.)	Costo umano morti (€ mln.)	Costo umano feriti (€ mln.)	Costo sociale tot (€ mln.)
Italia	172.344	3.325	242.621	2.069,5	5.465,8	11.195,8	18.731,1
Piemonte	10.831	251	15.745	130,1	412,6	726,6	1.269,2
Valle d'Aosta	267	12	391	3,2	19,7	18,0	41,0
Lombardia	32.550	483	44.622	390,9	794,0	2.059,1	3.243,9
P.A. di Bolzano	1.706	33	2.211	20,5	54,2	102,0	176,8
P.A. di Trento	1.390	30	1.915	16,7	49,3	88,4	154,4
Veneto	14.105	311	19.313	169,4	511,2	891,2	1.571,8
Friuli Venezia Giulia	3.351	77	4.537	40,2	126,6	209,4	376,2
Liguria	8.286	124	10.425	99,5	203,8	481,1	784,4
Emilia Romagna	16.471	310	22.205	197,8	509,6	1.024,7	1.732,0
Toscana	15.824	239	20.987	190,0	392,9	968,5	1.551,3
Umbria	2.385	48	3.400	28,6	78,9	156,9	264,4
Marche	5.216	87	7.298	62,6	143,0	336,8	542,4
Lazio	18.554	335	25.459	222,8	550,7	1.174,8	1.948,3
Abruzzo	3.145	76	4.683	37,8	124,9	216,1	378,8
Molise	478	15	731	5,7	24,7	33,7	64,1
Campania	9.718	206	14.639	116,7	338,6	675,5	1.130,8
Puglia	9.685	201	16.135	116,3	330,4	744,6	1.191,3
Basilicata	979	45	1.608	11,8	74,0	74,2	159,9
Calabria	2.927	127	4.859	35,1	208,8	224,2	468,1
Sicilia	11.017	210	16.416	132,3	345,2	757,5	1.235,0
Sardegna	3.459	105	5.042	41,5	172,6	232,7	446,8

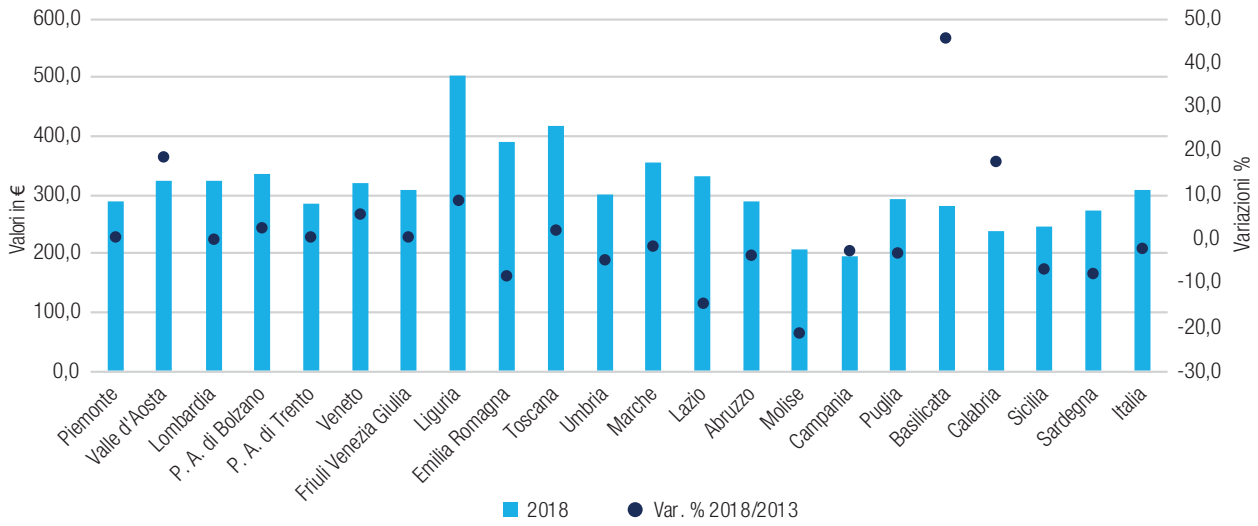
Il costo unitario medio nazionale per incidente, decesso e ferito, calcolato dal MIT per il 2010, è stato rivalutato in base all'indice dei prezzi al consumo Istat per il 2018.

Fonte: elaborazione su dati MIT (2012), *Studio di valutazione dei Costi Sociali dell'incidentalità stradale*, www.mit.gov.it e ACI - Istat (2019), *Incidenti stradali* - Anno 2018, www.istat.it, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

A tal fine, e con riferimento ai soli incidenti con danni a persone, è stato utilizzato l'approccio del capitale umano, che si basa sulla valutazione delle conseguenze economiche degli incidenti stradali; i costi totali comprendono:

- costi umani (per decesso e per ferito)
  - o costo della vita umana: mancata produttività e danni non patrimoniali, come ad esempio i danni morali per l'ingiusta sofferenza per la perdita di un congiunto provocata da un illecito commesso da altri
  - o costi sanitari: spese per il trattamento sanitario, ossia le spese sostenute in regime di ricovero, i costi del pronto soccorso e i costi del soccorso in autoambulanza
- costi generali (per incidente)
  - o danni patrimoniali: danni subiti dalle cose di proprietà del danneggiato a seguito dell'incidente
  - o costi amministrativi: spese per assicurazione RC auto (dati ANIA – Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), spese per il rilievo degli incidenti stradali da parte delle autorità pubbliche e costi giudiziari per i contenziosi.

Figura 5.6. Costo sociale pro-capite per incidenti stradali con lesioni a persone in Italia



Fonte: elaborazione su dati MIT (2012), *Studio di valutazione dei Costi Sociali dell'incidentalità stradale*, www.mit.gov.it e ACI - Istat (2019), *Incidenti stradali - Anno 2018*, www.istat.it, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In termini quantitativi, le stime rilasciate dal MIT nello *Studio di valutazione dei Costi Sociali dell'incidentalità stradale*, riferite all'anno 2010, sono state qui rivalutate agli anni 2013 e 2018, applicando gli indici Istat dei prezzi al consumo, per poi essere incrociate con i dati Istat.

Tra il 2013 e il 2018, in Italia, il costo sociale complessivo attribuibile agli incidenti stradali con lesioni a persone è diminuito del -2,8%, passando da € 19,3 mld. a € 18,7 mld.

Non vengono qui presi in considerazione i costi per danni materiali dell'incidentalità in caso di soli danni a cose e non a persone, che il MIT ha stimato (con coefficienti *standard* a prezzi costanti base=2010, quindi senza rivalutazione) essere pari per l'anno 2013 a € 6,4 mld. e per il 2017 (ultimo anno disponibile) a € 6,2 mld., in base ai dati forniti dalle compagnie di assicurazioni. Non si considerano, inoltre, i costi relativi agli anni di vita perduti.

Analizzando i numeri assoluti[33], è evidente (Tabella 5.4) come le Regioni concorrano in maniera differenziata al conto nazionale della spesa sociale per incidente stradale. L'ordinamento crescente vede all'estremo inferiore Valle d'Aosta, Molise e P.A. di Trento - che sono le tre Regioni che, per evidenti fattori di scala, concorrono nella misura minore - e all'estremo superiore le Regioni Emilia Romagna, Lazio e Lombardia.

I costi sociali pro-capite per Regione, riferiti all'anno 2018 e confrontati con il 2013, sono illustrati nella Figura 5.6.

Nel 2018 in Italia gli incidenti stradali con lesioni a persone hanno prodotto un costo per residente pari a € 310. La Liguria si trova in testa alla classifica con costo pro-capite di € 504 (pari ad un costo totale di € 784 mln.) e un aumento rispetto al 2013 dell'8,5% (come già ricordato, su questo dato pesano le 43 vittime del crollo del Ponte Morandi).

Con un costo uguale o superiore a € 330 ci sono, dopo la Liguria, 5 Regioni: la Toscana con € 415, l'Emilia Romagna con € 389, le Marche con € 354, la P.A. di Bolzano con € 335, il Lazio con € 330. Queste stesse Regioni erano quelle con costo pro-capite più elevato anche nel 2013, nonostante alcune di esse abbiano registrato una diminuzione.

Sono invece 8 le Regioni che registrano un costo pro-capite inferiore a € 290: a parte la P.A. di Trento, le altre sono meridionali: Campania, Molise, Cala-

[33] I costi regionali sono stati stimati applicando il costo medio nazionale calcolato dal MIT per il 2010, rivalutato al 2018, ai dati regionali Istat su incidenti con lesioni a persone, morti e feriti

bria, Sicilia, Sardegna, Basilicata e Abruzzo.

Rispetto al 2013 (si ricorda che il costo è stato calcolato rivalutando al 2018 i costi medi unitari forniti dal MIT per il 2010), il costo sociale pro-capite degli incidenti stradali con danni a persone è diminuito, anche di poco, in quasi tutte le Regioni, tranne che in 7: 4 del Nord (Valle d'Aosta con +18,0%, Liguria con +8,5%, Veneto con +4,9% e P.A. di Bolzano con +1,9%), 1 del Centro (Toscana, che ha registrato il +1,7%) e 2 del Sud (Basilicata con il +45,1% e la Calabria con il +17,1%).

5.3. Gli infortuni sul lavoro

Secondo la definizione dell'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL), un incidente o infortunio sul lavoro è definito come un «incidente avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro dal quale derivi la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità assoluta temporanea per più di tre giorni. Si differenzia dalla malattia professionale poiché l'evento scatenante è improvviso e violento, mentre nel primo caso le cause sono lente e diluite nel tempo»[34].

Se ne desume, quindi, che debba esistere un rapporto, anche indiretto, di causa-effetto tra l'attività lavorativa svolta dall'infortunato e l'incidente che ha causato l'infortunio.

Nel prosieguo si analizza la situazione a livello europeo e il quadro italiano: l'obiettivo comune, non solo umanitario ma anche economico, è quello di creare più lavoro e migliorarne le condizioni.

5.3.1. Il quadro internazionale

L'azione europea in tema di salute e sicurezza sul lavoro poggia le sue basi normative sull'art. 153 del Trattato EU. Ma l'azione comunitaria non si limita a ciò che è previsto dalla normativa; la Commissione Europea ne ha ampliato l'ambito a favore dell'informazione e della promozione di un ambiente di lavoro salubre e sicuro, con particolare attenzione alle piccole e medie imprese.

Ciò premesso, l'Eurostat, l'Ufficio centrale di statistica dell'Unione Europea (EU)[35], rileva gli infortuni mortali (che causano la morte entro un anno dall'incidente[36]) e i casi non mortali, in particolare gli infortuni che abbiano provocato un'assenza dal lavoro di almeno 4 giorni (a volte definiti "*serious accidents at work*")[37].

Sono inclusi quelli causati da avvelenamenti acuti, da atti volontari di altre persone, quelli occorsi in luogo pubblico o in un mezzo di trasporto utilizzato nel corso del lavoro, quelli avvenuti nella sede di un'altra impresa.

Sono invece esclusi gli infortuni "in itinere" (ossia quelli occorsi durante il normale tragitto di andata e ritorno tra l'abitazione e il luogo di lavoro), quelli che determinano lesioni intenzionalmente auto-procurate e gli infortuni e le malattie professionali dovuti esclusivamente a cause mediche (infarto cardiaco, ictus).

La classificazione delle attività economiche utilizzata a partire dal 2008 è la "Nace Rev.2" (introdotta con il Regolamento di attuazione della Commissione Europea del 2008), che comprende 21 sezioni comuni (A-U).

In base all'aggiornamento dell'agosto 2019, e ricordando le cautele espresse da Eurostat con riferimento alla completezza e all'omogeneità dei dati[38], nel 2017 in EU ci sarebbero stati in totale 3.344.550 infortuni sul lavoro, in aumento rispetto al 2016 (3.343.486) ma in calo rispetto al dato 2010[39] pari a 3.586.077 (Tabella 5.5).

---

[34] INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (b) [20]

[35] Eurostat, database on line [15]. Le analisi esposte vanno considerate con cautela a causa della incompletezza e della disomogeneità dei dati trattati

[36] Non per tutti i Paesi: ad esempio, in Germania si considerano gli infortuni che causano la morte entro 30 giorni, in altri Paesi non ci sono limiti temporali

[37] *European Statistics on Accidents at Work (ESAW)*

[38] Ad esempio, alcuni Paesi membri non dispongono di un sistema assicurativo specifico (per cui i dati sono sottostimati), altri non rilevano gli infortuni stradali avvenuti nell'esercizio dell'attività lavorativa (facendoli rientrare nei rischi da circolazione stradale), altri ancora non considerano nelle statistiche diversi importanti settori economici; ancora, in Germania vengono presi in considerazione solo i decessi avvenuti entro 30 giorni

[39] Dichiarato da Eurostat scarsamente attendibile; nel 2015 è cambiato metodo di aggregazione del dato

Tabella 5.5. Incidenti sul lavoro in EU

Paesi EU	2010			2016			2017		
	Infortuni mortali	Infortuni con assenza dal lavoro per almeno 4 gg	Infortuni totali	Infortuni mortali	Infortuni con assenza dal lavoro per almeno 4 gg	Infortuni totali	Infortuni mortali	Infortuni con assenza dal lavoro per almeno 4 gg	Infortuni totali
EU28	4.449	3.581.628	3.586.077	3.586	3.339.900	3.343.486	3.562	3.340.988	3.344.550
Belgio	74	67.263	67.337	64	70.674	70.738	59	70.895	70.954
Bulgaria	92	2.331	2.423	81	2.188	2.269	93	2.230	2.323
Rep. Ceca	121	65.109	65.230	106	45.282	45.388	95	45.009	45.104
Danimarca	41	62.523	62.564	34	49.439	49.473	28	48.842	48.870
Germania	567	930.447	931.014	450	917.851	918.301	430	878.525	878.955
Estonia	17	5.556	5.573	26	6.354	6.380	8	6.279	6.287
Irlanda	42	19.294	19.336	43	14.088	14.131	41	22.125	22.166
Grecia	32	15.461	15.493	33	3.987	4.020	32	4.223	4.255
Spagna	338	493.789	494.127	296	432.052	432.348	317	453.437	453.754
Francia	537	592.992	593.529	595	749.670	750.265	595	749.670	750.265
Croazia	35	11.903	11.938	33	13.263	13.296	37	14.164	14.201
Italia	718	437.821	438.539	481	295.967	296.448	484	294.161	294.645
Cipro	19	2.165	2.184	5	1.900	1.905	2	2.068	2.070
Lettonia	25	1.195	1.220	38	1.810	1.848	21	1.895	1.916
Lituania	50	2.266	2.316	44	3.541	3.585	33	3.977	4.010
Lussemburgo	15	6.983	6.998	22	7.152	7.174	10	6.684	6.694
Ungheria	96	19.989	20.085	83	27.434	27.517	80	25.470	25.550
Malta	3	2.751	2.754	7	1.818	1.825	1	1.846	1.847
Olanda	79	183.005	183.084	36	81.165	81.201	43	93.305	93.348
Austria	182	78.413	78.595	109	62.902	63.011	96	63.993	64.089
Polonia	446	85.825	86.271	243	84.037	84.280	270	84.388	84.658
Portogallo	204	130.271	130.475	138	135.033	135.171	140	135.488	135.628
Romania	381	3.722	4.103	236	4.188	4.424	241	4.491	4.732
Slovenia	24	16.367	16.391	14	12.162	12.176	16	13.288	13.304
Slovacchia	48	9.126	9.174	45	9.814	9.859	43	10.091	10.134
Finlandia	37	48.263	48.300	35	41.106	41.141	23	42.025	42.048
Svezia	54	34.201	34.255	37	37.858	37.895	44	36.761	36.805
Regno Unito	172	252.597	252.769	252	227.165	227.417	280	225.658	225.938

Nel 2015 è cambiato metodo di aggregazione del dato.
Per la Francia il valore 2017 non è disponibile, per cui è stato considerato quello relativo al 2016.

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, *database on line* - https://ec.europa.eu/eurostat/data/database, aggiornamento agosto 2019, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il numero di infortuni risulterebbe in calo anche per il nostro Paese: 294.645 nel 2017 contro 296.448 del 2016 e 438.539 del 2010. Sono 12 i Paesi in cui si registra un aumento nel periodo considerato.

Come già evidenziato, è preferibile non utilizzare per le analisi il numero assoluto, se non per considerazioni "globali" sul fenomeno. Per questo, l'Eurostat propone l'indicatore "tasso standardizzato di incidenza infortunistica", che rappresenta il numero di incidenti sul lavoro occorsi durante l'anno per 100.000 occupati, corretto per tener conto dell'influenza delle differenti strutture economiche

degli Stati membri[40]. La popolazione di riferimento, costituita dalle persone occupate di età superiore a 15 anni, viene ricavata dai dati della rilevazione sulle forze di lavoro dell'Unione Europea.

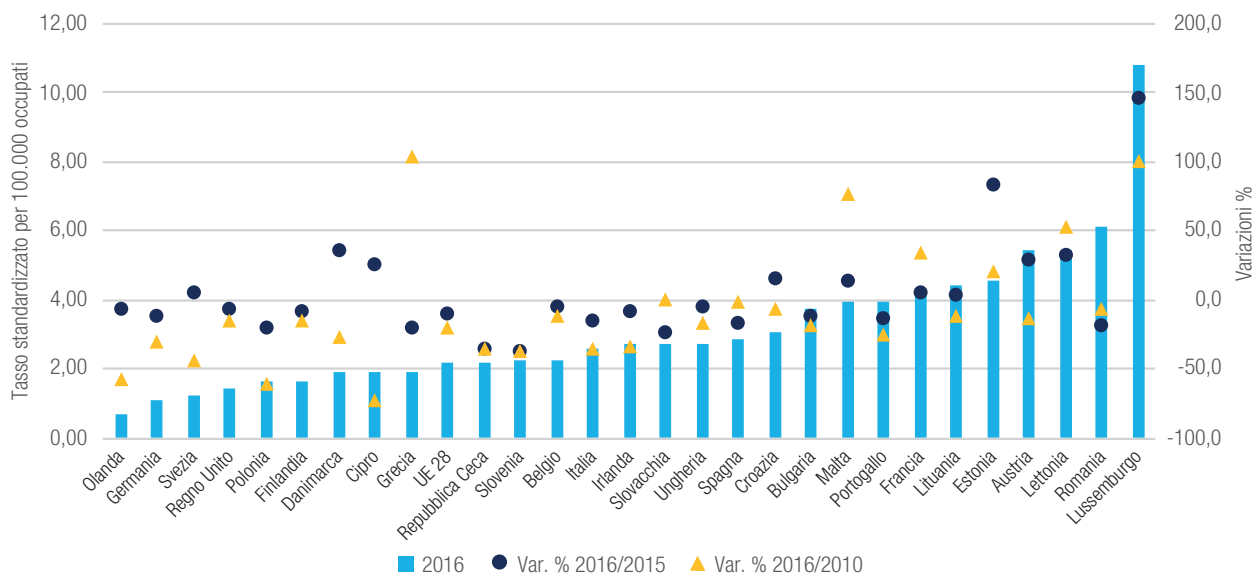
I tassi standardizzati sono calcolati per tutti gli Stati membri considerando, per i dati a partire dall'anno 2008, le cosiddette "13 sezioni comuni" (A, C-N) della classificazione delle attività economiche "Nace Rev.2".

Per quanto riguarda gli infortuni mortali, nel calcolo dei tassi standardizzati riferiti agli Stati membri, illustrati nella Figura 5.7, vengono esclusi anche gli incidenti stradali e a bordo di qualsiasi mezzo di trasporto (settore "H"), allo scopo di fornire tassi di incidenza comparabili, in quanto in alcuni Stati membri essi non vengono registrati come infortuni sul lavoro.

Si registrano importanti differenze tra i Paesi: il tasso standardizzato di infortuni mortali sul lavoro per 100.000 occupati in Europa (EU28), nel 2016 (ultimo anno disponibile), passa dallo 0,71 registrato in Olanda (in calo del 6,6% rispetto al 2015 e del 56,4% rispetto al 2010) al 10,80 osservato in Lussemburgo (+146,0% rispetto al 2015 e +101,5% rispetto al 2010), seguito, a distanza, dalla Romania (6,11 per 100.000). L'Italia si trova in una posizione intermedia, con un tasso di 2,60 infortuni mortali sul lavoro per 100.000 occupati e un *trend* in diminuzione: il tasso era pari a 3,11 nel 2015 e 3,93 nel 2010. La Germania registra nel 2016 il secondo tasso più basso dopo l'Olanda (1,12), mentre in Francia si osserva il settimo più alto (4,14). La Spagna si attesta a 2,89 per 100.000.

Per il 2017 è disponibile, alla data in cui si scrive, solo il tasso grezzo, ossia il numero di incidenti mortali sul lavoro per 100.000 occupati, ma senza la correzione applicata per il calcolo del tasso standardizzato (Figura 5.8).

Figura 5.7. Tasso standardizzato di infortuni mortali sul lavoro in EU

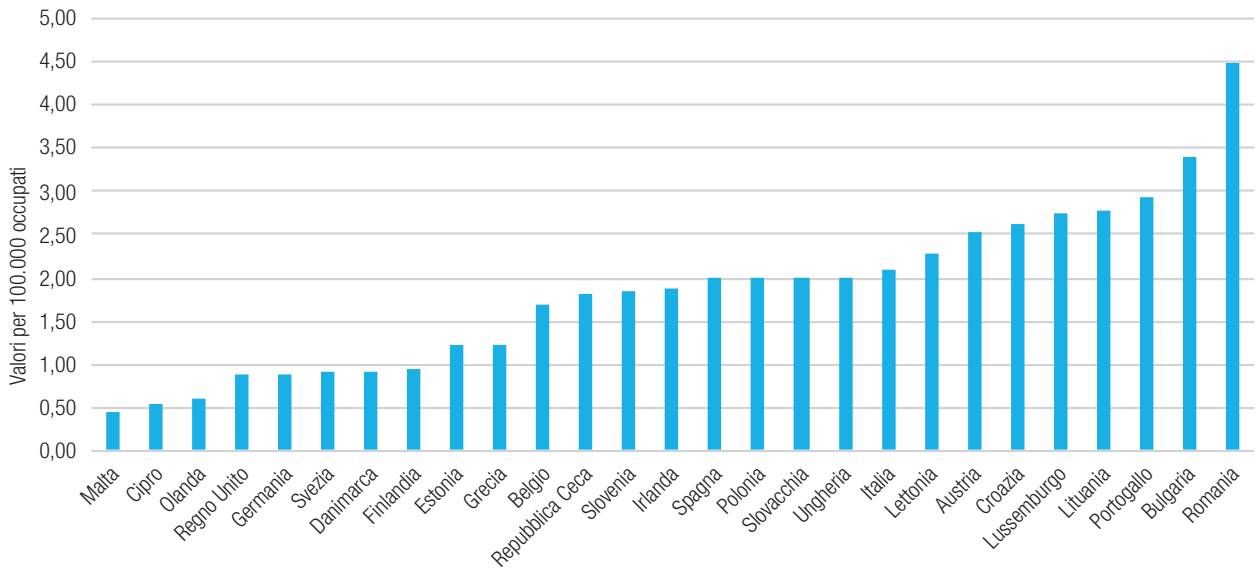


Per "tasso standardizzato" si intende il numero di incidenti mortali sul lavoro occorsi durante l'anno per 100.000 occupati, corretto per tener conto dell'influenza delle differenti strutture economiche degli Stati membri.

Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Eurostat, *database on line* - https://ec.europa.eu/eurostat/data/database, aggiornamento agosto 2019 - © C.R.E.A. Sanità

[40] Per correggere tale distorsione viene calcolato un numero "standardizzato" di infortuni sul lavoro per 100.000 occupati, per Stato membro, assegnando a ogni settore la stessa ponderazione a livello nazionale di quella totale dell'Unione Europea

Figura 5.8. Tasso grezzo di infortuni mortali sul lavoro in EU. Anno 2017



Numero di incidenti mortali sul lavoro occorsi durante l'anno per 100.000 occupati.

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, *database on line* - https://ec.europa.eu/eurostat/data/database, aggiornamento agosto 2019, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il tasso per l'Italia raggiunge il 2,10 per 100.000 occupati, mentre la forbice va da un valore di 0,45 per 100.000 registrato a Malta (seguono, avvicinandosi, Cipro e Olanda) fino a quello di 4,49 per 100.000 osservato in Romania (segue la Bulgaria con un tasso di 3,40).

Per quanto concerne l'aspetto economico del problema, sono da considerare i costi sanitari, quelli legati alla produttività (es. giorni di lavoro persi), i costi aggiuntivi (es. costo per la sostituzione del lavoratore infortunato) e quelli legati alla perdita di qualità della vita.

Uno studio presentato nel 2017 dalla Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (*European Union Agency for Safety and Health at Work* – EU-OSHA)[41] stima un costo totale per infortuni sul lavoro e malattie professionali pari, globalmente, a circa € 2.680 mld. (€ 1.473 mld. il costo dei casi mortali, € 1.207 mld. quello degli infortuni non mortali); le stime per l'EU parlano invece approssimativamente di € 476 mld., di cui circa € 120 mld. solo per i tumori "*work-related*" (€ 216 mld. per gli incidenti mortali, € 260 mld. per gli infortuni non mortali), per un totale pari a circa il 3,3% del PIL.

Un altro studio presentato nel 2019, sempre a cura della EU-OSHA[42], presenta i costi totali di infortuni sul lavoro (compresi quelli mortali) e malattie professionali sopportati dai datori di lavoro, dai lavoratori e dalla società intera in 5 Paesi membri (Italia, Finlandia, Germania, Olanda e Polonia).

Per l'analisi del peso economico viene utilizzato il tradizionale sistema di classificazione[43] che divide i costi in:

- diretti: tipicamente costi sanitari per la cura e la riabilitazione, ma anche ad es. costi assicurativi, legali e giudiziari
- indiretti: perdita di produttività a causa della morte, della invalidità permanente o tempora-

[41] EU-OSHA, *European Agency for Safety and Health at Work* (2017) [8]
[42] EU-OSHA, *European Agency for Safety and Health at Work* (2019) [9]
[43] Pitidis A. e Giustini M. (2007) [45]

nea e della riduzione della capacità produttiva a causa dell'infortunio
- intangibili: sostanzialmente quelli legati alla qualità di vita e agli aspetti psicologici collegati alla perdita o riduzione di salute.

Con riferimento ai dati per l'Italia, occorre evidenziare come i casi di infortuni e malattie professionali abbiano fonte Eurostat, ma siano stati aggiustati dall'EH-OSHA al rialzo (come si vede nella Tabella 5.6), presumibilmente anche per tenere conto delle sottostime a causa del "sommerso", ovvero i casi non denunciati.

Con queste accortezze nella considerazione dei dati, il costo totale di infortuni e malattie professionali, riferito all'anno 2015, per il nostro Paese sarebbe stato pari a circa € 104,8 mld. (escludendo i costi intangibili, la stima ammonterebbe a € 67,5 mld.[44]).

In termini di costo per caso, è l'Olanda il Paese che registra il valore più elevato: € 73.410, contro un costo per caso di € 54.964 osservato in Italia. Il valore più basso si registra in Polonia: € 37.860.

5.3.2. La situazione in Italia

Nel nostro Paese l'assicurazione obbligatoria INAIL copre «ogni incidente avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro dal quale derivi la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità assoluta temporanea per più di tre giorni»[45]; sono compresi gli infortuni accaduti per colpa del lavoratore (imperizia, negligenza o imprudenza), sempre che la sua condotta sia comunque riconducibile nell'ambito delle finalità lavorative.

Sono, invece, esclusi dalla tutela gli infortuni conseguenti ad un comportamento estraneo al lavoro, quelli simulati dal lavoratore o le cui conseguenze siano dolosamente aggravate dal lavoratore stesso.

Secondo l'INAIL[46], alla data di rilevazione del 30 aprile 2019 risulta che nel 2018 (anno di accadimento) (Tabella 5.7) in Italia sono stati denunciati complessivamente 645.049 infortuni sul lavoro (nei settori Industria e Servizi, Agricoltura e per conto dello Stato), con un decremento dello 0,28% rispetto al 2017 (1.830 casi in meno) e una diminuzione del 2,70% rispetto al 2014 (-18mila casi)[47]. Il decremento segue però due anni, il 2017 e il 2016, in cui gli infortuni avevano registrato un incremento.

Degli oltre 645mila infortuni denunciati, sono 409.106 quelli riconosciuti da INAIL (-4,3% rispetto al 2017), di cui 704 con esito mortale (+4,5%), e 342.437 quelli indennizzati (di cui 508 in rendita ai superstiti).

Si noti che i numeri rilevati da INAIL[48] sono notevolmente più consistenti di quelli forniti da Eurostat per il nostro Paese, illustrati nel paragrafo precedente.

La ragione risiede in alcune differenze definitorie: solo per fare un esempio, Eurostat - al contrario dell'INAIL - non conteggia gli infortuni cosiddetti "in itinere", ossia quelli occorsi durante il normale tragitto di andata e ritorno tra l'abitazione e il luogo di lavoro. In Italia, secondo INAIL, le denunce per questo tipo di infortuni sono state, nel 2018, oltre 100mila.

Tornando agli infortuni denunciati, con riferimento alla distribuzione territoriale, il 31,8% di essi si è verificato nel Nord-Est del Paese, seguito dal Nord-Ovest (con il 29,5%), Centro (19,1%), Sud (13,2%) e Isole (6,4%).

[44] EU-OSHA, *European Agency for Safety and Health at Work* (c) [12]
[45] INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (b) [20]
[46] INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (2019a) [17]
[47] Con riferimento alla banca dati on line dell'INAIL, si avvisa che - secondo l'aggiornamento al 30 aprile 2019 - nel numero complessivo degli infortuni per gli anni 2017 e 2018 sono incluse anche le comunicazioni obbligatorie effettuate ai soli fini statistici e informativi, a partire dal 12 ottobre 2017, da tutti i datori di lavoro e i loro intermediari, compresi i datori di lavoro privati di lavoratori assicurati presso altri enti o con polizze private, degli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento: art. 18 commi 1, lettera r), e 1-bis del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e decreti applicativi. Le diminuzioni risulterebbero dunque più consistenti se non si considerassero (per omogeneità) le "comunicazioni obbligatorie"
[48] INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (a) [19]

Tabella 5.6. Costi totali per infortuni sul lavoro (compresi i casi mortali) e malattie professionali in alcuni Paesi EU. Anno 2015

Paesi	Numero di casi	Costi diretti (€ mln.)	Costi diretti, % totale	Costi indiretti (€ mln.)	Costi indiretti, % totale	Costi intangibili (€ mln.)	Costi intangibili, % totale	Costo totale (€ mln.)	Costo per caso (€)	% PIL
Italia	1.907.504	8.491	8,0	58.961	56,0	37.392	36,0	104.844	54.964	6,3
Finlandia	131.867	484	8,0	4.362	72,0	1.196	20,0	6.042	45.816	2,9
Germania	2.262.031	10.914	10,0	70.658	66,0	25.557	24,0	107.129	47.360	3,5
Olanda	323.544	2.137	9,0	16.468	69,0	5.147	22,0	23.751	73.410	3,5
Polonia	1.156.394	1.882	4,0	19.588	45,0	22.311	51,0	43.781	37.860	10,2

Il numero di casi per Italia e Polonia è stato aggiustato (al rialzo) rispetto ai dati Eurostat per tenere conto delle sottostime e rendere i dati comparabili tra i Paesi.

Fonte: elaborazione su dati EU-OSHA (2019), *The value of occupational safety and health and the societal costs of work-related injuries and diseases*, agosto 2019 - https://osha.europa.eu/ - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 5.7. Infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL, per anno di accadimento

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018
Italia	663.039	636.675	641.113	646.879	645.049
Piemonte	50.514	48.428	47.752	48.182	47.887
Valle D'Aosta	1.778	1.643	1.611	1.618	1.514
Lombardia	121.270	116.542	116.664	119.834	120.359
P.A. di Bolzano	15.849	15.027	15.204	15.414	16.084
P.A. di Trento	9.233	8.478	8.802	9.071	8.344
Veneto	75.138	73.240	74.970	75.785	77.017
Friuli Venezia Giulia	16.621	15.886	16.498	16.924	17.346
Liguria	22.558	21.641	21.353	21.104	20.698
Emilia Romagna	87.606	84.116	84.165	86.302	86.442
Toscana	52.622	50.906	50.093	49.813	49.203
Umbria	11.816	11.168	11.260	10.569	10.371
Marche	19.985	19.142	18.693	18.942	18.741
Lazio	46.316	45.071	45.446	46.196	44.881
Abruzzo	15.706	14.906	14.636	14.442	13.926
Molise	2.578	2.368	2.410	2.077	2.137
Campania	22.817	21.533	22.126	22.718	22.952
Puglia	31.664	30.159	31.662	30.843	31.131
Basilicata	4.611	4.646	4.805	4.783	4.658
Calabria	10.676	10.429	10.151	10.307	10.128
Sicilia	30.046	28.616	29.896	28.764	28.290
Sardegna	13.635	12.730	12.916	13.191	12.940

Fonte: elaborazione su dati INAIL (2019), *Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, Dati INAIL n. 6 giugno* - https://www.inail.it - © C.R.E.A. Sanità

Si noti anche che solo nel Nord-Est si è verificato un incremento degli infortuni (+0,9% rispetto al 2017), mentre nelle altre aree geografiche si sono registrate diminuzioni, comprese fra -1,9% e -0,1%.

Più di un infortunio su tre ha interessato lavoratrici (230.387 casi, con un decremento dell'1,1% rispetto al 2017), contro i 414.662 casi (+0,2% rispetto al 2017) che hanno coinvolto occupati di genere maschile.

Quasi il 24% delle denunce ha riguardato i lavora-

tori di età compresa tra i 40 e i 49 anni (153.400 casi, con un calo del 3,9% rispetto al 2017), il 23,1% la fascia 50-59 anni (148.994 casi, con un decremento pari a 0,5%). A seguire la classe 30-39 anni (111.897 casi, pari al 17,3% del totale, con una variazione rispetto al 2017 del -2,9%).

Il 16,3% delle denunce ha interessato lavoratori stranieri.

Dei 645.049 casi di infortunio denunciati per l'anno di accadimento 2018, sono 1.218 quelli che hanno avuto esito mortale (di cui 704 accertati positivamente dall'INAIL), con un aumento del 6,1% rispetto al 2017 e del 2,8% rispetto al 2014.

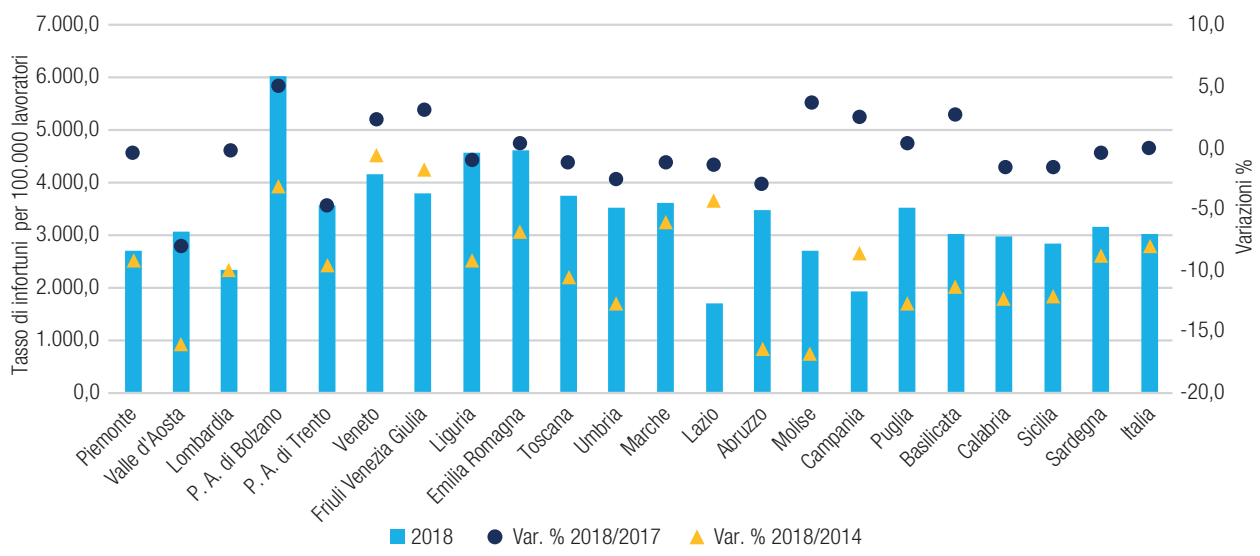
Per analizzare più in dettaglio la rischiosità derivante dallo svolgimento dell'attività lavorativa, vengono di seguito illustrati due indicatori, che consentono più corretti confronti territoriali:

- il tasso di infortuni sul lavoro (infortuni sul lavoro denunciati/popolazione lavorativa)
- il tasso di mortalità per infortuni sul lavoro (decessi per infortuni sul lavoro denunciati/popolazione lavorativa).

In entrambi i casi viene analizzato il solo settore dell'Industria e dei Servizi (che nel 2018 rappresenta il 78,3% del totale nel caso degli infortuni complessivi e l'87,2% nel caso degli infortuni mortali), perché solo per esso l'INAIL rende disponibile il dato sulla popolazione lavorativa (addetti-anno), necessario per calcolare i tassi[49].

Gli addetti-anno sono definiti come "unità di lavoro anno stimate sulla base della massa salariale che il datore di lavoro dichiara di pagare con riferimento alle lavorazioni svolte"[50]. Il corrispondente numero delle ore lavorate può stimarsi moltiplicando approssimativamente per 1.740 (1.800 per i lavoratori autonomi) il numero degli addetti-anno.

Figura 5.9. Tasso di infortuni sul lavoro (settore dell'Industria e dei Servizi) denunciati all'INAIL



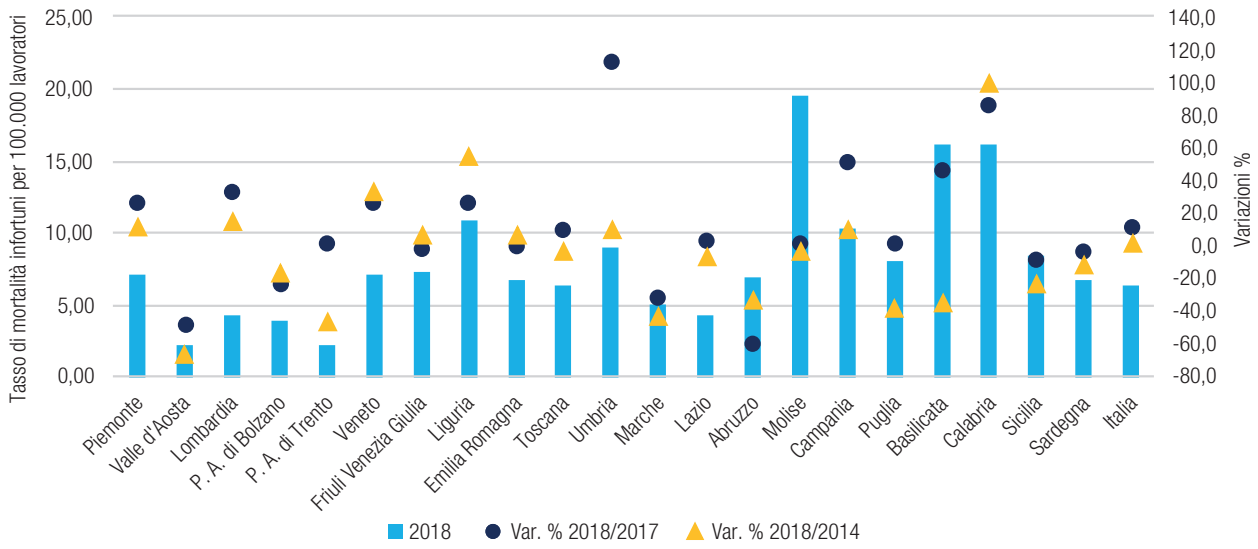
Infortuni sul lavoro nel settore dell'Industria e dei Servizi denunciati all'INAIL per 100.000 addetti nello stesso settore. Per il 2018 si assume che il numero di addetti resti invariato rispetto al 2017 (ultimo anno disponibile).

Fonte: elaborazione su dati INAIL, *Banca dati on line*, aggiornamento al 30 aprile 2019, https://bancadaticsa.inail.it, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

[49] Essendo il 2017 l'ultimo anno disponibile, nelle analisi che seguono si assume che il valore resti invariato nel 2018

[50] I dipendenti sono calcolati come rapporto tra le masse salariali dichiarate e la retribuzione media giornaliera per 300 (n° giorni lavorativi all'anno). I lavoratori autonomi (titolari, soci e collaboratori familiari), invece, sono dati dalle teste assicurate. Nel numero degli addetti-anno conteggiati da INAIL non sono comprese quelle categorie di lavoratori (apprendisti artigiani e non artigiani, soci di cooperative di facchini o di pescatori, ...) per le quali non si rilevano le retribuzioni in quanto il premio non è collegato a esse; sono esclusi dal conteggio anche i lavoratori "a somministrazione" (ex-interinali)

Figura 5.10. Tasso di mortalità per infortuni sul lavoro (settore dell'Industria e dei Servizi) denunciati all'INAIL



Decessi per infortuni sul lavoro nel settore dell'Industria e dei Servizi denunciati all'INAIL per 100.000 addetti nello stesso settore. Per il 2018 si assume che il numero di addetti resti invariato rispetto al 2017 (ultimo anno disponibile).

Fonte: elaborazione su dati INAIL, *Banca dati on line*, aggiornamento al 30 aprile 2019, https://bancadaticsa.inail.it, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per l'anno di accadimento 2018, in generale il Nord Italia presenta tassi di infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL più elevati (Figura 5.9): il livello massimo lo registra la P.A. di Bolzano (6.029 infortuni denunciati per 100.000 lavoratori nel settore dell'Industria e dei Servizi); seguono l'Emilia Romagna (4.609 per 100.000) e la Liguria (4.559 per 100.000). Livelli inferiori si osservano in quasi tutto il Meridione, anche se il valore minimo lo registra il Lazio (1.706 per 100.000), seguito dalla Campania (1.909).

Tra il 2014 e il 2018 in tutte le Regioni italiane si registra un decremento dei tassi (-8,2% a livello nazionale).

Con riferimento ai tassi di mortalità per infortuni sul lavoro nel settore dell'Industria e dei Servizi denunciati all'INAIL (Figura 5.10), sono le Regioni meridionali a registrare i valori più elevati; nel 2018 in Molise i decessi denunciati per 100.000 addetti sono stati 19,53; a seguire la Calabria (16,24 per 100.000) e la Basilicata (16,08 per 100.000). Valori più contenuti si registrano nelle Regioni del Nord: il minimo in Valle d'Aosta (2,25 per 100.000), seguita dalla P.A. di Trento (2,27 per 100.000).

La lettura acritica del dato sembrerebbe testimoniare che nel Sud ci siano meno infortuni ma più gravi; ovviamente una lettura alternativa potrebbe essere che il tasso di non denunce nel Sud sia molto alto, quanto meno per gli incidenti non mortali.

Tra il 2014 e il 2018 in 12 Regioni si registra un decremento dei tassi di mortalità; si evidenzia il +100,2% registrato in Calabria e il +55,3% in Liguria. Anche a livello nazionale si osserva un leggero aumento (+1,2%). Va però tenuto conto che, trattandosi di "piccoli" numeri rispetto al numero degli infortuni complessivi, piccoli scostamenti in valore assoluto possono comportare variazioni percentuali anche significative.

L'INAIL fornisce anche dati sulle malattie professionali: alla rilevazione del 30 aprile 2019, quelle denunciate nel 2018 risultano pari a 59.506 (per tutte le gestioni; quelle della gestione Industria e Servizi sono pari a 47.335, pari a oltre il 79%), in aumento del 2,6% rispetto al 2017: le denunce riguardano i casi di malattia e non i lavoratori che le hanno contratte, pari a 43.113.

La maggior parte delle denunce (65,3%) si riferisce a malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (affezioni dei dischi intervertebrali, tendiniti): oltre 38.700 sono le denunce protocollate nel 2018. Seguono le malattie del sistema nervo-

so, principalmente sindromi del tunnel carpale, con 7.033 denunce nel 2018 (11,8% del totale).

Dei 59.506 casi denunciati, ne sono stati definiti 57.664 (37,8% quelli con esito positivo, 62,2% negativo), mentre 1.842 sono in fase istruttoria. Gli indennizzi erogati sono stati 13.721 (di cui 379 in rendita ai superstiti).

In sintesi, con riferimento alle prestazioni erogate dall'INAIL ai lavoratori infortunati o tecnopatici (affetti da malattia professionale), esse si distinguono in:

- economiche (es. indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta, indennizzo per la lesione dell'integrità psicofisica, danno biologico, integrazione della rendita diretta, prestazioni per infortunio in ambito domestico, rendita di passaggio per silicosi e asbestosi, rendita e prestazione una tantum ai superstiti, etc.)
- sanitarie e socio-sanitarie (es. cure ambulatoriali, cure integrative riabilitative, assistenza protesica, etc.)
- integrative (assegno di incollocabilità, erogazione integrativa di fine anno, brevetto e distintivo d'onore).

Numerose sono state le iniziative di informazione e promozione della cultura della prevenzione messe in atto nel 2018, che hanno interessato e coinvolto anche la pubblica amministrazione, enti territoriali, parti sociali datoriali e sindacali, associazioni professionali.

La stima dei costi complessivi sostenuti dalla Società non è semplice. Per l'Italia, come detto, OMS e INAIL stimavano - con riferimento agli anni passati - un costo per infortuni sul lavoro e malattie professionali pari a circa il 3% del PIL, che ad oggi corrisponderebbe a circa € 50 mld. e che comprende diverse tipologie di costo, come osservato in precedenza (non ci si riferisce, dunque, alle sole rendite elargite da INAIL). Nel 2003 la stima del costo ammontava a circa € 41,6 mld., pari al 3,2% del PIL, comprendendo i costi per le prestazioni assicurative, quelli per la prevenzione e quelli "conseguenti", ossia i costi successivi all'accadimento dell'infortunio che sono a carico delle aziende, quelli per riabilitazione, quelli per perdita della produzione[51].

Tuttavia, come osservato nel paragrafo precedente, l'EU-OSHA ha stimato per il nostro Paese un costo di € 104,8 mld., effettuando una correzione al rialzo della stima del numero dei casi, presumibilmente per considerare anche le mancate denunce di incidenti avvenuti e altre correzioni sul dato per rendere confrontabili i numeri con gli altri Paesi europei analizzati nello studio.

5.4. Gli incidenti in ambiente domestico

Gli incidenti domestici hanno un grande impatto psicologico sulla popolazione, che considera la casa il luogo sicuro per eccellenza[52]. Secondo la definizione utilizzata da Istat nell'indagine *Aspetti della vita quotidiana*, che fa parte delle Indagini Multiscopo e rileva le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e delle famiglie, l'infortunio di tipo domestico è un incidente che presenta le seguenti caratteristiche:

- l'evento comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo
- l'evento è accidentale, si verifica cioè indipendentemente dalla volontà umana
- l'evento si verifica in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento vero e proprio e di eventuali estensioni esterne (balconi, giardino, garage, cantina, scala, etc.). Non è rilevante il fatto che l'abitazione sia di proprietà della famiglia stessa o appartenga ad altri.

Il rischio è, ovviamente, direttamente legato alla quantità di tempo trascorso in casa. Secondo gli studi elaborati dall'INAIL, tra le cause della genesi e della gravità degli incidenti domestici ci sono il cambiamento della struttura sociale, la scarsa informazione dei cittadini, le carenze assistenziali e quelle

[51] Ortolani G. (2006) [42]
[52] Ministero della Salute (b) [33]

strutturali di case e accessori.

La prevenzione è considerata, anche in questo caso, lo strumento ottimale di intervento. Diverse sono le iniziative di prevenzione promosse a livello istituzionale. Come ricorda l'ISS[53], le più efficaci sembrano essere quelle che considerano approcci multipli: campagne di informazione e di educazione (verso anziani, bambini, genitori), formazione di operatori sanitari volta all'acquisizione di competenze per la rilevazione della sicurezza degli ambienti domestici, fornitura a basso costo di dispositivi di sicurezza (maniglie antiscivolo, spie antincendio, etc.).

Come riportato dal Ministero della Salute[54], «questi infortuni non sono facilmente stimabili da un punto di vista statistico, ma risultano rilevanti a livello sanitario ed economico. Le conseguenze di salute, infatti, sono traumi di diversa gravità che possono comportare invalidità e, in molti casi, anche la morte. Le conseguenze economiche provocano oneri sempre più gravi per il Servizio Sanitario Nazionale. I dati di morbosità sono di difficile rilevazione, in quanto questi tipi di infortunio vengono denunciati solo quando comportano lesioni che richiedono l'ospedalizzazione, quindi sfuggono le lesioni di lieve e media entità».

In Italia, in effetti, la documentazione statistico-epidemiologica disponibile in materia di infortuni domestici ha risentito, per lungo tempo, della frammentarietà delle fonti utilizzate e della qualità dei dati, spesso difficilmente interpretabili e comparabili tra loro, anche per la disomogeneità dei metodi di raccolta.

Attualmente, le fonti statistiche ufficiali, disponibili a livello nazionale, sono costituite principalmente da:

- schede di dimissione ospedaliera (SDO); questo flusso informativo, tuttavia, come discusso nel paragrafo 5.2, pur permettendo un'analisi dei traumatismi da incidenti domestici, presenta delle criticità relative alla qualità della compilazione, in quanto non sempre la causa esterna (infortunio in ambiente domestico) è indicata; inoltre, questa fonte è relativa ai soli eventi che hanno comportato un ricovero ospedaliero ed esclude i casi che pur hanno dato luogo al ricorso al pronto soccorso
- indagine Istat sulle cause di morte, che però sconta una sottostima dei casi reali a causa della frequente mancanza dell'indicazione da parte del medico del luogo dell'incidente, anche se tiene conto dei decessi per cause violente identificati come incidenti in ambiente domestico
- indagine Istat Multiscopo sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana*; si tratta di una indagine campionaria sulle famiglie che dal 1998 fornisce una stima della popolazione coinvolta in incidenti domestici, nei tre mesi precedenti l'intervista, e del numero di eventi (non mortali) verificatosi
- sistema informativo nazionale sugli incidenti in ambiente di civile abitazione (SINIACA), istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità con la Legge 493/1999; il sistema è strutturato su 3 livelli di gravità dei traumi osservati: eventi rilevati al Pronto Soccorso, eventi relativi al ricovero ospedaliero e decessi; esso prevede, tra l'altro, la possibilità di rilevare dati sull'attività svolta al momento dell'incidente, l'ambiente in cui si è verificato e la natura della lesione principale; con il progetto multiregionale CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) *SINIACA-IDB* (*European Injury Database*, Sistema europeo di sorveglianza ospedaliera degli incidenti), si è inteso mantenere ed estendere il SINIACA attraverso l'integrazione sia con i sistemi attivi a livello locale, sia con il Sistema europeo IDB nell'ambito dell'Azione congiunta Unione Europea-Stati Membri *JAMIE* (*Joint Action on Monitoring Injuries in Europe*). In tal modo, si sono potuti mettere a confronto i dati italiani con quelli europei, sperimentando l'estensione della rilevazione a tutte le tipologie di incidenti e violenza presso i centri di pronto soccorso e

[53] ISS, Istituto Superiore di Sanità – Epicentro (a) [21]
[54] Ministero della Salute (b) [33]

l'integrazione nella sorveglianza europea[55]

- sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (CNaPPS) dell'ISS, come strumento di monitoraggio dei progetti regionali previsti dal Piano nazionale di prevenzione (Pnp); riguardo al problema degli incidenti domestici, gli obiettivi della sorveglianza PASSI sono: valutazione della consapevolezza del rischio in ambito domestico, stima della quota di popolazione che ha ricevuto consigli sulla prevenzione degli incidenti domestici da parte di addetti ai lavori, stima della quota di popolazione che ha modificato i propri comportamenti e ha adottato norme e dispositivi di sicurezza.

I dati statistici disponibili evidenziano l'importanza del fenomeno in Italia, sebbene non consentano di operare stime adeguate in termini qualitativi e quantitativi.

5.4.1. Il quadro internazionale

Per gli incidenti domestici molti Paesi europei non dispongono di infrastrutture solide per la rilevazione dei dati, per cui ottenere un quadro realistico e completo a livello internazionale non è possibile. Il Sistema Europeo di Sorveglianza Ospedaliera degli Incidenti (*European Injury Data Base* - EU-IDB), nel quale - come detto - è stato integrato il sistema italiano SINIACA dell'ISS, contiene informazioni standardizzate sulle cause esterne degli incidenti trattati nei Dipartimenti di Emergenza europei; una selezione di circa 100 ospedali in tutta l'Unione Europea fornisce circa 300.000 casi l'anno. Il database contiene informazioni sulle lesioni accidentali, come incidenti domestici, nello sport e nel tempo libero, infortuni sul lavoro, incidenti stradali e lesioni a causa di violenza e autolesionismo.

Secondo il supplemento al 6° Rapporto *EuroSafe (European Association for Injury Prevention and Safety Promotion*), *Injuries in the European Union* 2013-2015[56], pubblicato nel 2017 e basato sui dati EU-IDB, in EU28 si stimano 38 milioni di accessi al pronto soccorso totali per traumi (di cui quasi 5 milioni con ricovero e circa 230mila decessi), per un costo sanitario stimato di circa € 80 mld., di cui gli incidenti domestici, del tempo libero e a scuola rappresentano la quota maggiore.

In particolare, gli accessi al pronto soccorso per incidenti domestici, del tempo libero e della scuola sarebbero quasi 19,80 milioni (52% del totale); di questi, i ricoveri ammonterebbero a quasi 2,65 milioni e i decessi a quasi 114mila[57]).

I più elevati tassi di accesso al pronto soccorso si registrerebbero nelle classi di età *under* 4 anni e *over* 75.

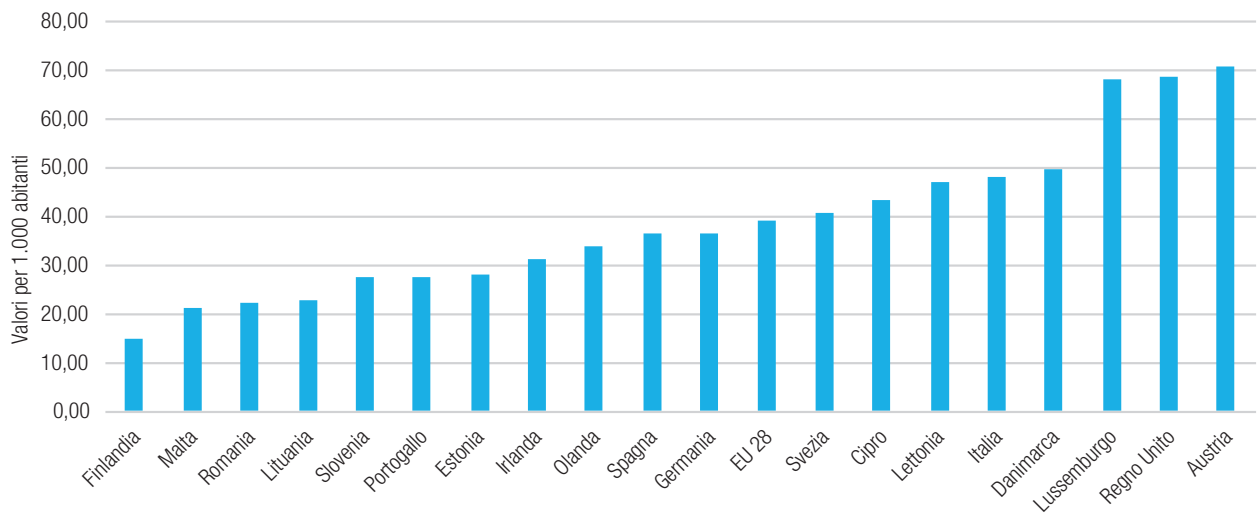
Tra gli *European Core Health Indicators* (ECHI)[58], frutto di una lunga collaborazione tra i Paesi EU e la Commissione Europea, nata con lo scopo di offrire un sistema comparabile di informazioni sanitarie a livello europeo, si può osservare il tasso grezzo di accesso al pronto soccorso per infortuni occorsi in casa, a scuola e/o nel tempo libero. Per il periodo 2013-2015 (per 1.000 persone), sui 19 Paesi EU di cui si dispone del dato, l'Italia è il quinto con il tasso più alto (47,9 per 1.000), dopo Austria (in testa alla classifica con 71,1 per 1.000), Regno Unito, Lussemburgo e Danimarca (Figura 5.11).

La Finlandia registra il tasso minore (14,7 per 1.000). La media EU si attesta a 38,9 per 1.000.

[55] Pitidis A., Fondi G., Giustini M. et al. (2014) [46]
[56] EuroSafe, *European Association for Injury Prevention and Safety Promotion* (2017) [14]
[57] Il dato sui decessi si riferisce al periodo 2012-2014 e include anche gli infortuni per sport. EuroSafe, *European Association for Injury Prevention and Safety Promotion* (2016) [13]
[58] Eurostat, *European Core Health Indicators* (ECHI) [16]

Considerando il tasso standardizzato (per età) di mortalità per infortuni occorsi in casa, a scuola, nel tempo libero e/o nello sport, per il periodo 2012-2014, la Figura 5.12 mostra come l'Italia sia il quinto Paese con il tasso più basso, pari a 9,88 per 100.000, dopo Portogallo (4,03), Malta, Germania e Spagna.

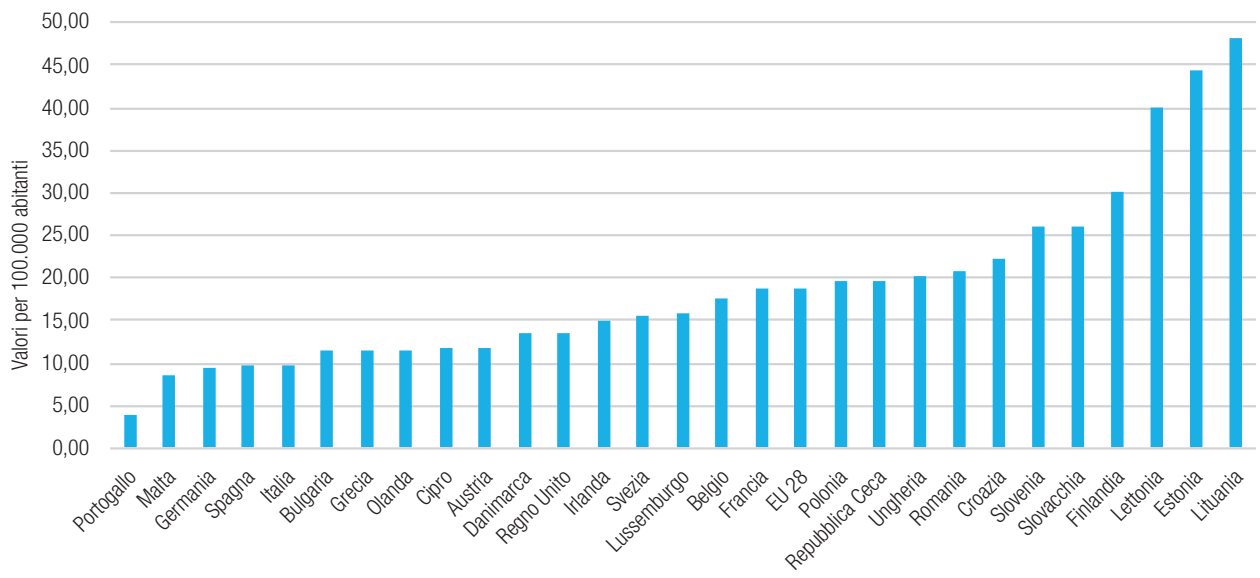
Figura 5.11. Tasso grezzo di accesso al pronto soccorso per infortuni occorsi in casa, a scuola e/o nel tempo libero in EU. Anni 2013-2015



Si tratta di *"Emergency Department (ED) Attendances"*, ossia gli accessi al pronto soccorso comprendono sia quelli che hanno portato al ricovero ("Admitted") sia quelli che hanno richiesto solo cure ambulatoriali (*"ED Cases"*).

Fonte: elaborazione su dati Eurosafe (2017), *Injuries in the European Union 2013-2015*, supplemento al 6° Rapporto *Injuries in the EU 2012-2014*, http://www.eurosafe.eu.com/ - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5.12. Tasso standardizzato di mortalità per infortuni occorsi in casa, a scuola, nel tempo libero e nello sport in EU. Anni 2012-2014



Il tasso è standardizzato per età.

Fonte: elaborazione su dati Eurosafe (2016), 6° Rapporto *Injuries in the EU 2012-2014*, http://www.eurosafe.eu.com/ - © C.R.E.A. Sanità

La media europea è pari a 18,91 infortuni mortali per 100.000 abitanti. I valori più alti si osservano nei Paesi baltici: in testa la Lituania con 48,19 per 100.000, seguita da Estonia (44,47) e Lettonia (39,99).

I dati fin qui analizzati, nonostante siano sottostimati (a causa dei molti casi in cui non viene specificata la causa di infortunio), evidenziano un fenomeno rilevante, anche se vanno analizzati con ogni dovuta cautela come più volte ricordato.

5.4.2. La situazione in Italia

In base ai risultati dell'ultima Indagine Multiscopo Istat *Aspetti della vita quotidiana*[59], nel 2018 si stimano in Italia (Tabella 5.8) circa 3 milioni e 772mila incidenti in ambiente domestico, in calo rispetto ai 4 milioni e 400mila del 2017 (-14,3%), con circa 3 milioni e 228mila persone coinvolte (53,6 ogni 1.000 residenti), anch'esse in leggero calo (-3,8%) rispetto alle 3 milioni e 356mila persone registrate l'anno precedente.

I dati annuali sono stati stimati moltiplicando per 4 trimestri i dati della Multiscopo, che si riferiscono ai tre mesi che precedono l'intervista e che vengono sinteticamente approfonditi di seguito.

In particolare, per il 2018 l'Istat rileva nel trimestre circa 943.000 incidenti domestici (il 35,4% ha coinvolto persone di genere maschile, e il restante 64,6% femmine); 807.000 sono le persone che hanno subìto un incidente (con un numero medio di 1,2 incidenti a persona).

Rispetto al 2017 sono in calo sia gli incidenti domestici che le persone coinvolte, mentre rispetto al 2010 il numero di incidenti è sceso del -3,7%, rimanendo sostanzialmente stabile il numero di persone coinvolte.

Più a rischio, oltre alle donne, sono anziani e bambini. Un gruppo particolarmente esposto è rappresentato dalle casalinghe: quasi tre incidenti su dieci (29,2%) sono imputabili a casalinghe di età maggiore di 15 anni.

A questo proposito, si ricorda come la Legge 143/1999 abbia istituito l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, a tutela delle persone con una età compresa tra 18 e 65 anni che svolgono esclusivamente una attività non remunerata in ambito domestico (e che sono vittime di infortuni domestici con danno permanente di una certa rilevanza). Tuttavia, secondo i dati INAIL, neanche un terzo delle persone che appartengono alla categoria interessata ha effettuato l'iscrizione, nonostante i costi del premio di assicurazione siano molto contenuti.

La Figura 5.13 riporta il tasso di persone che hanno subìto incidenti domestici per 1.000 residenti (sempre considerando i valori relativi al trimestre precedente l'intervista): mediamente, a livello nazionale il dato è pari a 13,4.

Le differenze per ripartizione geografica non sono particolarmente accentuate. Nel Centro Italia sono state vittime di incidenti in ambiente domestico 15,2 persone su 1.000 (in crescita rispetto alle 12,5 per 1.000 del 2017); segue il Nord-Est con 14,9 persone su 1.000, il Nord-Ovest (13,4 per 1.000) e il Mezzogiorno (11,5 per 1.000).

A livello regionale si va invece dalle 9,4 vittime di incidenti domestici per 1.000 residenti registrate in Puglia, seguita da Sicilia (9,6) e Campania (9,7), alle 22,7 persone per 1.000 osservate in Sardegna. Sono 12 le Regioni con un valore superiore a quello nazionale, di cui 9 del Centro-Nord.

Per quanto concerne l'impatto economico sulla Società, si citano le stime epidemiologiche del sistema SINIACA dell'ISS, che quantificano in € 625 mln. annui i costi diretti di assistenza a carico del nostro SSN e in € 7,3 mld. i costi indiretti per perdita di capacità produttiva, dovuta a morte o invalidità grave conseguente a incidente domestico. Per un totale di circa € 8 mld. l'anno[60].

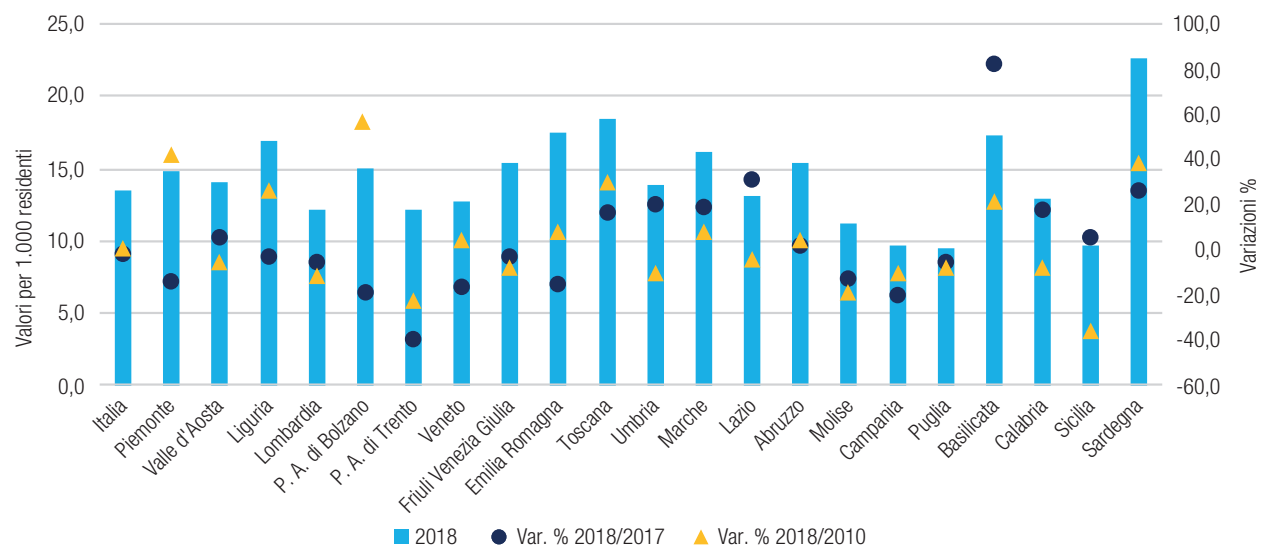
[59] Istat, Istituto Nazionale di Statistica [27]
[60] Ministero della Salute (2011) [30]

Tabella 5.8. Persone che hanno subìto incidenti in ambiente domestico e numero di incidenti occorsi negli ultimi tre mesi

Regioni	2010		2017		2018	
	Incidenti domestici (migliaia)	Persone che hanno subìto incidenti domestici (migliaia)	Incidenti domestici (migliaia)	Persone che hanno subìto incidenti domestici (migliaia)	Incidenti domestici (migliaia)	Persone che hanno subìto incidenti domestici (migliaia)
Italia	979	805	1.100	839	943	807
Piemonte	52	46	121	77	72	65
Valle d'Aosta	2	2	2	2	2	2
Liguria	29	22	28	28	32	26
Lombardia	172	135	162	131	131	122
P.A. di Bolzano	5	5	10	10	9	8
P.A. di Trento	10	8	13	11	6	6
Veneto	70	59	84	76	65	62
Friuli Venezia Giulia	21	21	29	20	27	19
Emilia Romagna	83	71	124	93	91	77
Toscana	59	53	65	60	85	69
Umbria	14	14	14	10	15	12
Marche	30	24	37	21	34	25
Lazio	99	78	69	59	82	77
Abruzzo	23	20	21	20	23	20
Molise	5	4	6	4	4	3
Campania	72	63	102	72	66	56
Puglia	62	42	47	41	56	38
Basilicata	11	8	9	5	12	10
Calabria	33	28	47	22	32	25
Sicilia	96	76	63	47	49	48
Sardegna	31	27	47	30	49	37

Fonte: elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo *Aspetti della vita quotidiana, database on line i.Stat*, http://dati.istat.it/, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5.13. Tasso di persone che hanno subìto incidenti in ambiente domestico negli ultimi tre mesi



Fonte: elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo *Aspetti della vita quotidiana, database on line i.Stat*, http://dati.istat.it/, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per contrastare il fenomeno, si consideri che, in base ai risultati dell'indagine sulla sicurezza domestica 2015-2018, a cura del sistema di sorveglianza PASSI dell'ISS[61], nella popolazione adulta italiana la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa: solo 6 intervistati su 100 considerano alta o molto alta la possibilità di avere un infortunio in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari).

Questa consapevolezza è maggiore in età adulta, dopo i 35 anni, tra le donne, e tra chi ha più difficoltà economiche, oltre a chi vive con anziani, ma ancora di più fra chi vive con bambini. Si osservano anche importanti differenze territoriali, ma senza un chiaro gradiente geografico.

Non da ultimo, negli ultimi anni sembra aumentare la consapevolezza del rischio.

Con particolare riferimento agli anziani di 65 anni e più, poi, il Ministero della Salute evidenzia come la maggior parte delle cadute nell'anziano abbia origine da più cause, «risultando dall'azione combinata di fattori legati al normale o patologico invecchiamento (perdita di agilità, reattività, coordinazione, capacità di adattamento posturale) e di situazioni ambientali non idonee o sfavorevoli»[62].

Secondo il Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, a cura dell'ISS[63], «il problema delle cadute nell'anziano è particolarmente rilevante non solo per frequenza e per la gravità degli esiti nel caso di fratture, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona, perché anche la sola insicurezza legata alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana». La casa, tuttavia, non è percepita dagli anziani come un luogo a rischio di cadute: nel periodo 2016-2018, mediamente, in Italia solo 1 intervistato su 3 la reputa un luogo in cui è alta o molto alta probabilità di avere un infortunio. Questa consapevolezza cresce con l'età, è maggiore fra le donne e fra le persone con molte difficoltà economiche o bassa istruzione. Inoltre, solo il 65,6% degli intervistati dichiara di ricorrere all'uso di almeno un presidio anticaduta in bagno fra tappetini, maniglioni o seggiolini. La percentuale scende al 45,7% in Piemonte e sale al 79,3% in Campania.

Per finire, solo il 17,1% degli intervistati dichiara di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, consigli dal medico o da un operatore sanitario su come evitare le cadute.

5.5. Conclusioni

Incidenti stradali, infortuni sul lavoro e malattie professionali e incidenti in ambiente domestico, complessivamente continuano a rappresentare, in tutti i Paesi, un rilevante problema di Sanità pubblica. Costituiscono, infatti, una delle cause di morbosità e mortalità più rilevanti, in termini di conseguenze sulle persone, invalidità permanenti e costi sociali.

La dimensione del fenomeno rimane preoccupante, anche se in molti casi il *trend* registrato è positivo, anche grazie all'efficacia delle strategie preventive (ed in generale di contrasto) messe in atto.

In sintesi, nel nostro Paese le stime sugli incidenti, da considerare con le dovute cautele a causa della incompletezza e della disomogeneità dei dati rilevati, parlano di:

- 172.344 incidenti stradali nel 2018, con 3.325 decessi (entrambi i dati sono in calo, in numero assoluto, rispetto al 2107)
- oltre 645mila infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL, compresi quelli in itinere, nel 2018 (in calo rispetto al 2017); di questi, 1.218 hanno riguardato incidenti con esito mortale (in aumento rispetto al 2017)
- oltre 3,7 milioni incidenti in ambiente domestico nel 2018, stabili rispetto al 2017.

I numeri del *burden* economico, nonostante siano il risultato di una stima molto approssimativa da considerare con cautela, come più volte evidenziato

[61] ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro (d) [24]
[62] Ministero della Salute (a) [32]
[63] ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro (e) [25]

nel capitolo, a cui si rimanda per i dettagli, forniscono un quadro "impressionante": il costo sociale totale annuo degli incidenti analizzati nel capitolo (le stime delle singole tipologie di costo considerate di seguito si riferiscono ad anni diversi) ammonterebbe a quasi € 138 mld., di cui € 18,7 mld. per gli incidenti stradali con lesioni a persone, € 6,2 mld. per i danni materiali dell'incidentalità stradale con soli danni a cose, € 104,8 mld. per gli infortuni sul lavoro (considerando le stime di fonte europea) e € 8 mld. per gli incidenti domestici.

Sono dunque innumerevoli e multisettoriali gli aspetti da considerare nell'analisi degli incidenti; i numeri analizzati nel capitolo impongono una seria riflessione in termini di azioni e strategie da intraprendere. La prevenzione e la sensibilizzazione restano strumenti fondamentali, ed esistono anche, in alcuni casi, indicatori di prestazione per analizzare i progressi compiuti e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Da ultimo, restano fondamentali gli interventi strutturali - ormai non più rimandabili - da realizzare per ottenere dati in maniera più completa e sistematica, oltre che integrata, per poter ragionare sugli *step* futuri sulla base di numeri più esaustivi e attendibili.

Un'ulteriore riflessione consente di riconoscere i passi in avanti realizzati, ma anche di individuare ampi margini di miglioramento, tenendo conto del fatto che, a livello europeo, per alcuni degli indicatori considerati l'Italia è ancora lontana dai risultati raggiunti dagli altri Paesi, in particolare da quelli con caratteristiche simili.

Riferimenti bibliografici e sitografici

[1] ACI, Automobile Club d'Italia – Istat, Istituto Nazionale di Statistica (2019). *Incidenti stradali – Anno 2018,* dal sito Internet Istat [https://www.istat.it/it/archivio/232366]

[2] Basili F., Ceccolini C., Pennazza F. (2003). "Analisi epidemiologica degli incidenti stradali dalle dimissioni ospedaliere", in *Aspetti sanitari della sicurezza stradale*, a cura di Taggi F. – ISS, Istituto Superiore di Sanità e MIT, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Roma, pp. 88-97, dal sito Internet ISS [http://old.iss.it/binary/stra/cont/L_2003_088.pdf]

[3] Commissione Europea (2010). *Verso uno spazio europeo della sicurezza stradale: orientamenti 2011-2020 per la sicurezza stradale*, Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, Bruxelles, dal sito Internet [https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/com_20072010_it.pdf]

[4] Commissione Europea (2018). *Sicurezza stradale: miglioramenti nel 2017 secondo i dati, ma servono altri sforzi per progredire concretamente*, comunicato stampa del 10 aprile 2018, dal sito Internet [https://europa.eu/rapid/press-release_IP-18-2761_it.htm]

[5] Consiglio dell'Unione Europea (2017). *Conclusioni sulla sicurezza stradale con cui si approva la dichiarazione di La Valletta del marzo 2017,* dal sito Internet [http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9994-2017-INIT/it/pdf]

[6] ETSC, European Transport Safety Council (2019). *13th Road safety performance index report - PIN Report 2019*, dal sito Internet [https://etsc.eu/13th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/]

[7] ETSC, European Transport Safety Council. Sito Internet [https://etsc.eu/]

[8] EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2017). *An international comparison of the cost of work-related accidents and illnesses,* dal sito Internet [https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/international-comparison-cost-work-related-accidents-and/view]

[9] EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2019). *The value of occupational safety and health and the societal costs of work-related injuries and diseases*, luglio 2019, ISSN: 1831-9343, dal sito Internet [https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/value-occupational-safety-and-health-and-societal-costs-work/view]

[10] EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (a). *Cost to society of work-related injury and illness*, dal sito Internet [https://visualisation.osha.europa.eu/osh-costs#!/]

[11] EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (b). Sito Internet [https://osha.europa.eu/]

[12] EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (c). *Una buona SSL è un vantaggio dal punto di vista economico*, dal sito Internet [https://osha.europa.eu/it/themes/good-osh-is-good-for-business]

[13] EuroSafe, European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (2016). *6° Rapporto Injuries in the European Union 2012-2014,* Amsterdam, dal sito Internet [http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/EuropeSafe_Master_Web_02112016%20%282%29.pdf]

[14] EuroSafe, European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (2017). *Injuries in the European Union 2013-2015*, supplemento al 6° Rapporto *Injuries in the EU 2012-2014*, dal sito Internet [http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/IDB%202013-2015_suppl%20to%206th%20edition%20Injuries%20in%20the%20EU.pdf]

[15] Eurostat (a). *Database on line* [https://ec.europa.eu/eurostat/data/database]

[16] Eurostat (b). *European Core Health Indicators* (ECHI) *on line* [http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=29b]

[17] INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (2019a). *Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali*, Dati INAIL n. 6 giugno, ISSN 2035-5645, dal sito Internet [https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-dati-inail-2019-giugno-pdf.pdf]

[18] INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (2019b). *Relazione annuale del Presidente - Anno 2018*, 26 giugno 2019, dal sito Internet [https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/rapporti-e-relazioni-inail/relazione-annuale-anno-2018.html]

[19] INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (a). *Banca dati on line* [*https://bancadaticsa.inail.it*]

[20] INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (b). *Infortunio sul lavoro*, dal sito Internet [https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prestazioni/infortunio-sul-lavoro.html]

[21] ISS, Istituto Superiore di Sanità – Epicentro (a). *Incidenti domestici, informazioni generali*, dal sito Internet [https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/]

[22] ISS, Istituto Superiore di Sanità – Epicentro (b). *Incidenti, informazioni generali*, dal sito Internet [https://www.epicentro.iss.it/incidenti/]

[23] ISS, Istituto Superiore di Sanità – Epicentro (c). *La sorveglianza PASSI, i dati per l'Italia su alcol e guida*, dal sito Internet [https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/AlcolGuida]

[24] ISS, Istituto Superiore di Sanità – Epicentro (d). *La sorveglianza PASSI, i dati per l'Italia sugli incidenti domestici*, dal sito Internet [https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaDomestica]

[25] ISS, Istituto Superiore di Sanità – Epicentro (e). *La sorveglianza PASSI d'Argento, i dati per l'Italia sulle cadute*, dal sito Internet [https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/cadute]

[26] ISS, Istituto Superiore di Sanità. Sito Internet [https://www.iss.it/]

[27] Istat, Istituto Nazionale di Statistica. *Database on line i.Stat* [http://dati.istat.it/]

[28] Istat, Istituto Nazionale di Statistica (2014). *L'incidentalità nelle Regioni d'Italia, anno 2013*, dal sito Internet [https://www4.istat.it/it/archivio/152407]

[29] Ministero della Salute (2011). "Mortalità e disabilità dovute a cause esterne", in *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010*, dal sito Internet [http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_1_listaCapitoli_capitoliItemName_2_scarica.pdf]

[30] Ministero della Salute (2014). *Piano nazionale della prevenzione 2014-2018*, approvato il 13.11.2014 in Conferenza Stato-Regioni, dal sito

Internet
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4275&area=prevenzione&menu=obiettivi]
[http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf]

[31] Ministero della Salute (2019). *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero – SDO anno 2017*, dal sito Internet
[http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2831]

[32] Ministero della Salute (a). Dossier *Anziani sicuri in casa... si può!,* dal sito Internet
[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_3_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=dossier&p=dadossier&id=29]

[33] Ministero della Salute (b). Sito Internet
[www.salute.gov.it]

[34] MIT, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (2012). *Studio di valutazione dei Costi Sociali dell'incidentalità stradale*, dal sito Internet
[http://www.mit.gov.it/mit/mop_all.php?p_id=12919]

[35] MIT, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (2016). *Costi Sociali dell'incidentalità stradale, anno 2013*, dal sito Internet
[http://www.mit.gov.it/mit/mop_all.php?p_id=22923]

[36] MIT, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (2017). *Costi Sociali dell'incidentalità stradale, anno 2017*, dal sito Internet
[http://www.mit.gov.it/sites/default/files/media/documentazione/2019-06/Costo_Sociale_2017_02042019.pdf]

[37] OCSE, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. *Database on line*
[https://stats.oecd.org]

[38] OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (2018), *Global status report on road safety 2018,* dal sito Internet
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276462/9789241565684-eng.pdf?ua=1]

[39] OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (a). *Road traffic injuries*, dal sito Internet
[https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/en/]
[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries]

[40] OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (b). Sito Internet
[https://www.who.int/]

[41] ONU, Organizzazione delle Nazioni Unite (2015). *Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*, dal sito Internet
[https://www.unric.org/it/agenda-2030]

[42] Ortolani G. (2006). "Quanto costano all'azienda Italia i danni dal lavoro", in *Dati INAIL sull'andamento degli infortuni sul lavoro* n.7, luglio 2006, dal sito Internet
[https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_071204.pdf]

[43] Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore (2018). *Rapporto Osservasalute 2018*, dal sito Internet
[https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservatorio-2018]

[44] Parlamento Europeo (2019), *Le statistiche sugli incidenti stradali mortali nell'UE*, infografica, dal sito Internet
[http://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/society/20190410STO36615/le-statistiche-sugli-incidenti-stradali-mortali-nell-ue-infografica]

[45] Pitidis A. e Giustini M. (2007) - ONAT, Osservatorio nazionale ambiente e traumi - ISS, Istituto Superiore di Sanità. "Quanto ci costa il trauma?", pubblicato in *Salute e Sicurezza Stradale: l'Onda Lunga del Trauma*, a cura di Franco Taggi e Pietro Marturano, C.A.F.I. Editore, Roma, 2007, pp. 565-570, dal sito Internet ISS
[http://old.iss.it/binary/stra/cont/L_2007_565.pdf]

[46] Pitidis A., Fondi G., Giustini M. et al. (2014), "Il Sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti" in *Notiziario ISS*, volume 27, numero 2, febbraio 2014, ISSN 0394-9303, dal sito Internet ISS
[http://old.iss.it/binary/casa/cont/SINIACA_2014_Notiziario.pdf]

Gli ultimi accessi ai siti Internet risalgono al mese di settembre 2019

ENGLISH SUMMARY

Prevention: road, domestic and work-related accidents

This year the focus of the chapter devoted to prevention is on road, domestic and work-related accidents, as well as work-related diseases.

As to road accidents reference is made to the 1968 Vienna Convention on Road Traffic, which defines them as "accidents which occurred or originated on a way, street or square open to public traffic, resulting in people being killed or injured, and in which stationary or moving vehicles were involved".

As to work-related accidents and occupational diseases, reference is made to the definition of the Italian National Institute for Insurance against Accidents at Work (INAIL): "accidents which occurred due to violent causes at work resulting in death, permanent disability or absolute temporary disability for over three days. They differ from occupational diseases because the triggering event is sudden and violent, while in the other case the causes are slow and staggered over time".

As to domestic accidents we refer to the definition of the Italian National Institute of Statistics (Istat), according to which they are accidents having the following characteristics:

- *they entail the temporary or permanent impairment of a person's health conditions, due to various kinds of injuries*
- *they are accidental, i.e. they occur independently of human will*
- *they occur at home (not necessarily a house owned by the person), seen as the whole of the actual apartment and any external appurtenances.*

The importance of the topic is linked primarily to its extent, which is still worrying, although in many cases the trend recorded is positive, also thanks to the effectiveness of the preventive strategies implemented.

In Italy, the estimates of accidents - to be considered with due caution because of the incomplete and dishomogeneous data collected - are the following:

- *172,344 road accidents in 2018, with 3,325 deaths (down, in absolute terms, compared to 2017)*
- *over 645,000 accidents at work reported to INAIL in 2018, including commuting accidents (on the wane compared to 2017); 1,218 of them were fatal accidents (on the increase compared to 2017)*
- *over 3.7 million domestic accidents in 2018, with a stable trend compared to 2017.*

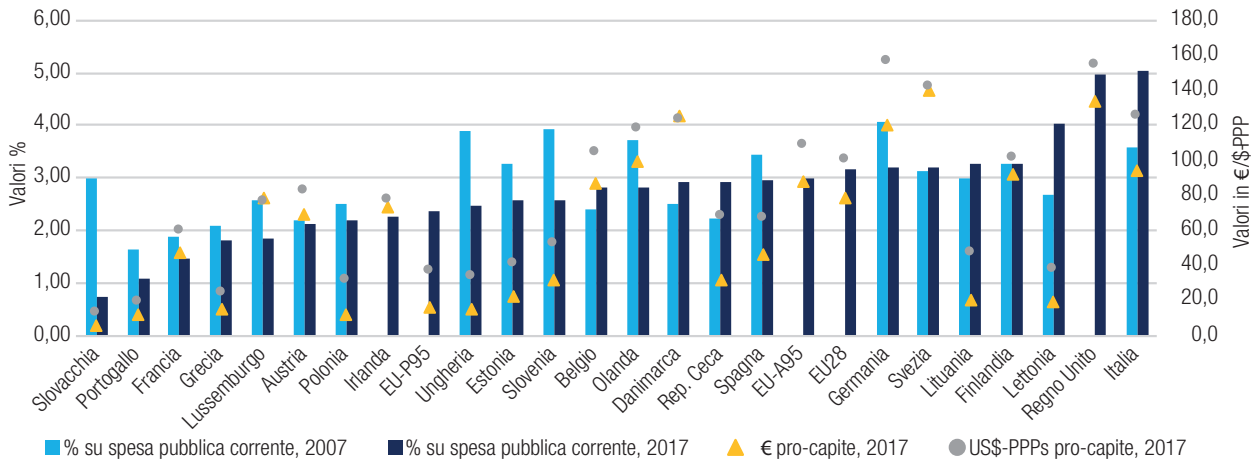
The economic burden is equally significant:

- *the total annual social cost of road accidents amounts to almost € 138 billion*
- *of which € 18.7 billion are related to road accidents with injuries to people and € 6.2 billion of material damage caused by road accidents with damage to property only*
- *€ 104.8 billion for accidents at work (based on European estimates)*
- *€ 8 billion for domestic accidents.*

The "data and statistics" analysed in this chapter require a serious analysis of the actions and strategies to be undertaken: there is convergence in literature on the fact that prevention and awareness-raising are still fundamental tools. Structural interventions and measures remain crucial.

This holds particularly true for Italy, because if we compare it with the EU, it is still far from the results reached by other countries with similar characteristics: for example, in 2018 the death rate due to road accidents (per million people) was equal to 54.7 as against 38.7 in Spain, 39.4 in Germany and 50.1 in France.

KI 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in Europa

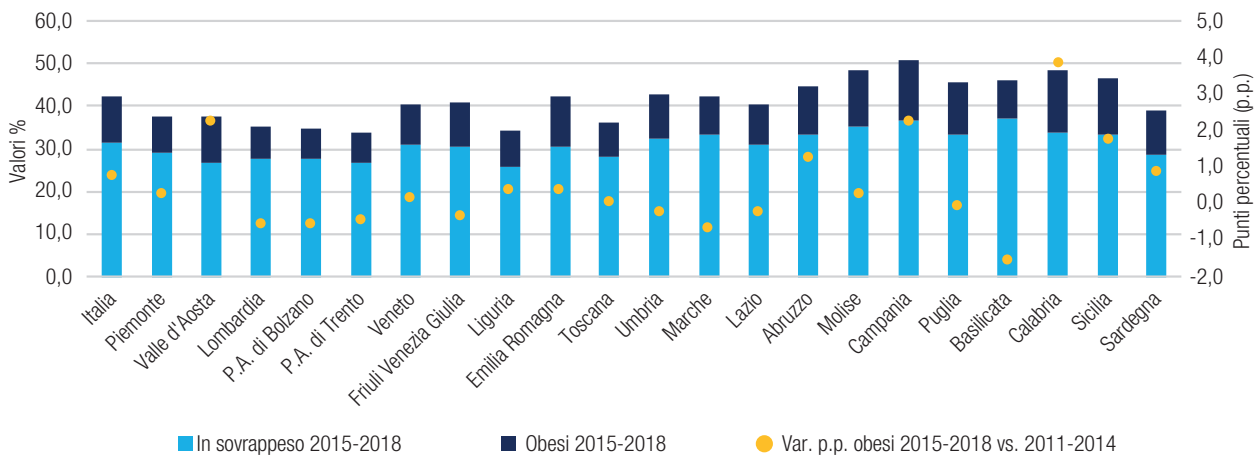


Il dato 2007 non è disponibile per Irlanda, Regno Unito e Grecia (e per la media EU). Per la Grecia è stato utilizzato il dato 2009 (primo disponibile). EU-A95: Paesi - esclusa Italia - che facevano parte dell'Unione Europea prima del 1995 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia). EU-P95: Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995 (Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria). OECD non fornisce i dati relativi a Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento giugno 2019, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tra i 23 Paesi dell'Unione Europea (EU28) di cui si dispone del dato, nel 2017 l'Italia avrebbe raggiunto il primato della maggior quota di spesa pubblica per la prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica corrente (5,1%), immediatamente seguita dal Regno Unito con il 5,0%. La media EU si attesterebbe al 3,2%. Slovacchia, Portogallo, Francia, Grecia e Lussemburgo non raggiungerebbero il 2,0%. Nell'ultimo decennio, Italia e Lettonia sono gli unici due Paesi a registrare un aumento di più di 1 punto percentuale dell'incidenza della spesa pubblica per programmi di prevenzione. Altri 6 Paesi hanno registrato un aumento, anche minimo (Belgio, Danimarca, Repubblica Ceca, Lituania, Svezia e Finlandia). In termini assoluti, però, l'Italia nel 2017 è sesta (tra i 23 Paesi EU di cui si dispone del dato), con una spesa pro-capite pari a € 94,1 (comunque in crescita rispetto agli € 87,7 del 2016) contro, ad esempio, la spesa della Svezia che raggiunge € 140,6 e quella del Regno Unito pari a € 133,6. Maggiori di quella italiana sono anche le spese pro-capite di Danimarca, Germania e Olanda. Il valore pro-capite registrato in Italia supera sia la media dei Paesi EU-Ante 1995 (media dei restanti Paesi che facevano parte dell'Unione Europea prima del 1995), pari a € 88,4, che quella dell'EU-Post 1995 (Paesi che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in momenti successivi al 1995), ferma a € 16,3 pro-capite. L'investimento in prevenzione continua ad essere fortemente legato al reddito medio dei Paesi. Va considerato che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione fra i diversi Paesi e che in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie, per cui i dati possono risultare non totalmente comparabili tra un anno e l'altro.
Per approfondire: https://stats.oecd.org/.

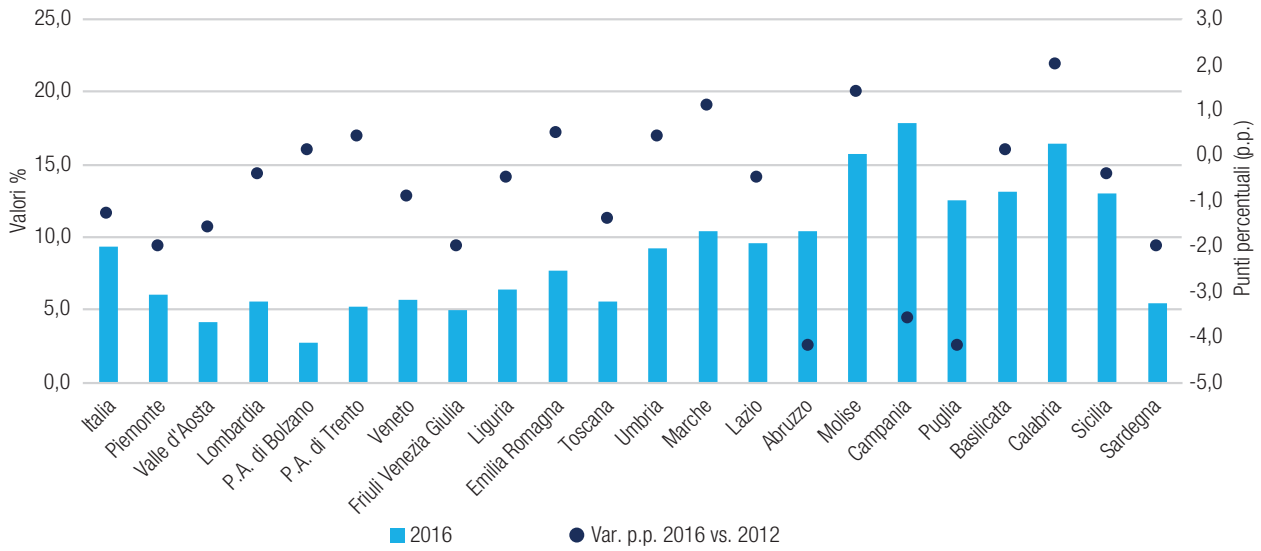
KI 5.2. Sovrappeso e obesità tra gli adulti (18-69 anni)



Fonte: elaborazione su dati ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro, indagine PASSI https://www.epicentro.iss.it/passi/, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

I dati relativi alla obesità e al sovrappeso tra gli adulti (18-69 anni) evidenziano, per il periodo 2015-2018, un chiaro gradiente geografico, con quote crescenti dal Nord al Sud Italia, con rare eccezioni (ad esempio, la Sardegna). Con riferimento all'obesità, la prevalenza a livello nazionale è pari al 10,9%; le 7 Regioni che registrano una percentuale maggiore sono tutte le Sud, tranne l'Emilia Romagna. La Basilicata è l'unica Regione meridionale a registrare una percentuale di obesi (9,2%) inferiore alla media Italia, mentre in Sardegna si osserva un valore simile a quello nazionale (10,4%). La forbice va da una prevalenza del 6,9% nella P. A. di Bolzano ad una del 14,4% registrata in Calabria. Rispetto alla rilevazione 2011-2014, sono 9 le Regioni che hanno registrato una riduzione, anche se di poco, della prevalenza (in particolare -1,6 punti percentuali in Basilicata).

KI 5.3. Obesità tra i bambini di 8-9 anni

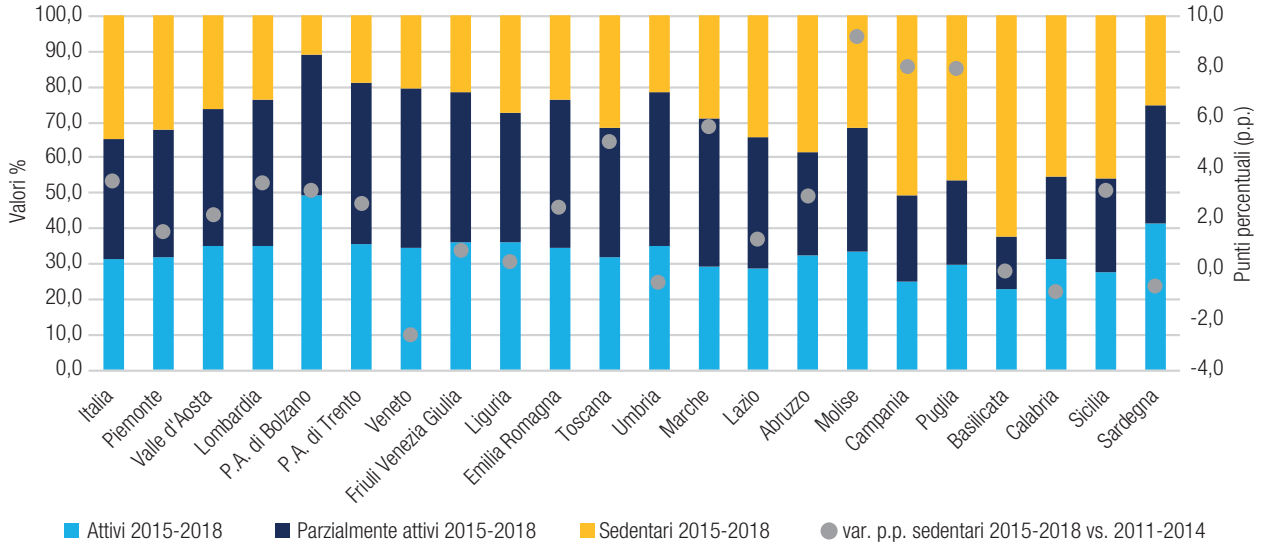


Prevalenze calcolate utilizzando i cut-off IOTF

Fonte: ISS, Istituto Superiore di Sanità - Okkio alla Salute, http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute, ultimo accesso settembre 2019

In Italia, nel 2016, 3 bambini su 10 presentano problemi di eccesso ponderale: il 21,3% è in sovrappeso mentre il 9,3% è obeso (di cui il 2,1% obeso grave). Il gradiente geografico è chiaramente delineato: una maggiore prevalenza di eccesso ponderale (sovrappeso più obesità, non in grafico) si osserva nelle Regioni meridionali (ad eccezione della Sardegna, che è di contro la terza Regione più virtuosa). Con una media Italia pari al 30,6%, si passa dal 14,9% della P. A. di Bolzano al 44,1% della Campania. Se si considera la sola obesità infantile, risulta evidente come le Regioni meridionali (ad eccezione della Sardegna) registrino ancora le prevalenze maggiori. La Campania registra la quota maggiore di bambini obesi: 17,9%, contro il 2,7% della P. A. di Bolzano. Il *trend* dal 2008 al 2016 appare in diminuzione. Rispetto al 2012, la percentuale di obesi non è diminuita solo in 8 Regioni.

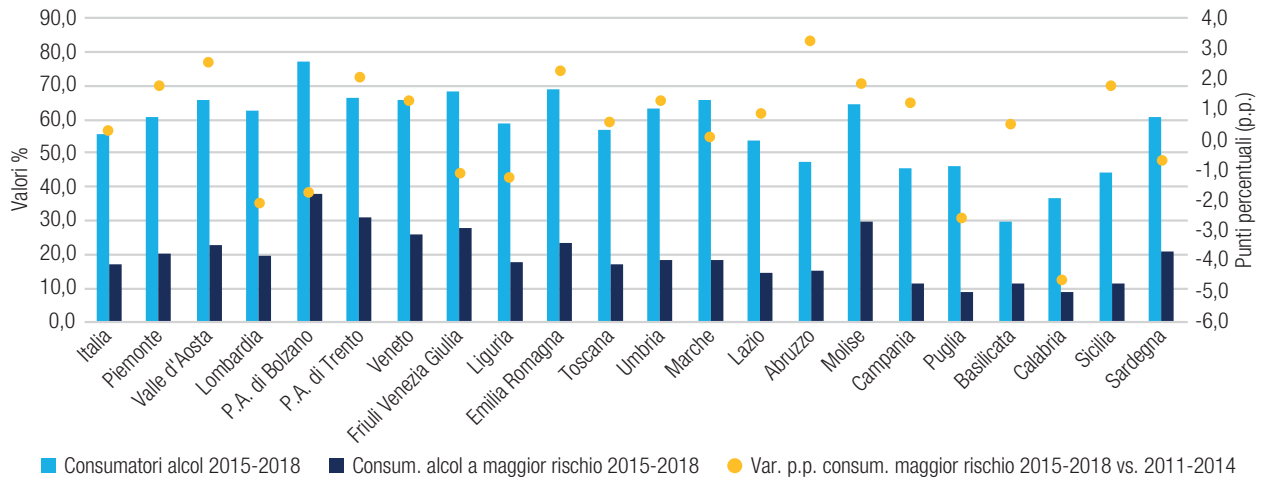
KI 5.4. Attività fisica praticata dagli adulti (18-69 anni)



Fonte: elaborazione su dati ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro, indagine PASSI https://www.epicentro.iss.it/passi/, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Secondo l'ultima indagine PASSI dell'ISS, a livello nazionale, nel periodo 2015-2018, gli adulti italiani si distribuiscono quasi equamente nelle categorie "fisicamente attivi" (31,4%), "parzialmente attivi" (34,1%) e "sedentari" (34,5%). "Fisicamente attivi" sono quelli che dichiarano di praticare attività fisica in linea con quanto raccomandato (30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana), oppure svolgono un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico. I "parzialmente attivi" non svolgono un lavoro pesante e praticano qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati. I "sedentari" non praticano alcuna attività fisica né svolgono un lavoro pesante: le percentuali maggiori si osservano tutte nelle Regioni meridionali; agli estremi si trovano il 62,2% registrato in Basilicata, contro l'11,0% osservato nella P. A. di Bolzano. Rispetto alla rilevazione 2011-2014, solo in 5 Regioni la quota di sedentari non è aumentata (Veneto, Umbria, Basilicata, Calabria e Sardegna).

KI 5.5. Consumo di alcol e consumo "a maggior rischio" tra gli adulti (18-69 anni)

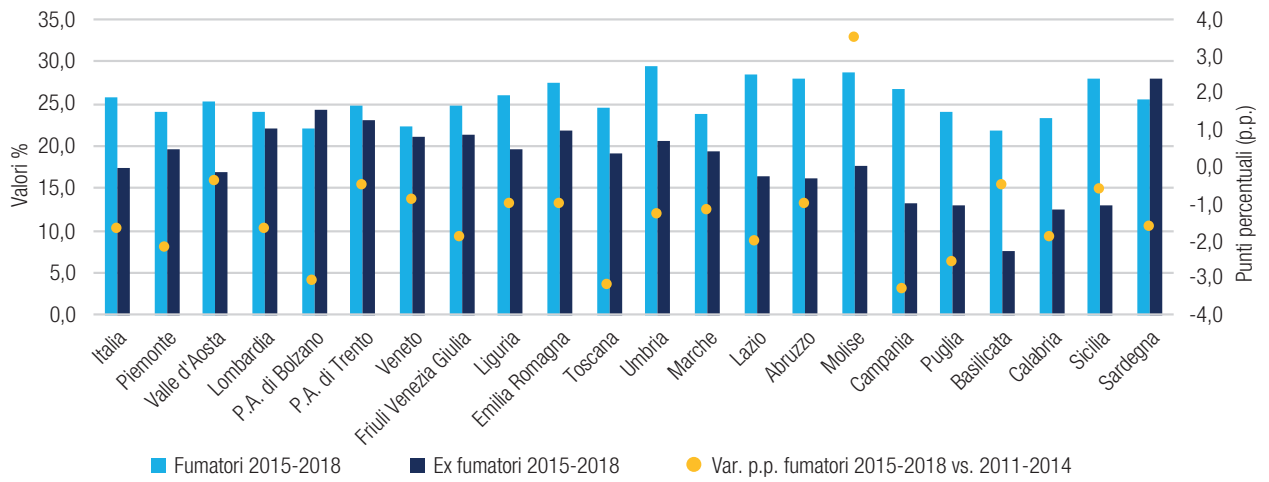


Per "consumo di alcol a maggior rischio" si intende la prevalenza di intervistati che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 Unità Alcoliche – UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.

Fonte: elaborazione su dati ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro, indagine PASSI https://www.epicentro.iss.it/passi/, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2015 e il 2018, in Italia, il 55,5% degli adulti (18-69 anni) ha consumato bevande alcoliche almeno una volta negli ultimi 30 giorni. La prevalenza maggiore si osserva nelle Regioni centro-settentrionali, con qualche eccezione (es. Molise con il 64,4% e Sardegna con il 60,5%). Si passa dal 29,6% della Basilicata al 77,4% della P. A. di Bolzano. Anche la quota di adulti con consumo di alcol "a maggior rischio" (definito come consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto) è maggiore nel Nord e nel Centro Italia: le percentuale supera il 30,0% nelle Province Autonome di Bolzano (38,0%) e Trento (30,9%). Il Molise (29,4%) e la Sardegna (20,5%) sono le Regioni del Sud dove la situazione è peggiore; la media nazionale si attesta al 17,1%. Con riferimento agli adulti consumatori di alcol "a maggior rischio", rispetto alla *survey* del periodo 2011-2014 si evidenzia, nel periodo 2015-2018, una crescita di +3,2 punti percentuali in Abruzzo e una diminuzione di -4,7 punti percentuali in Calabria.

KI 5.6. Abitudine al fumo di sigarette tra gli adulti (18-69 anni)

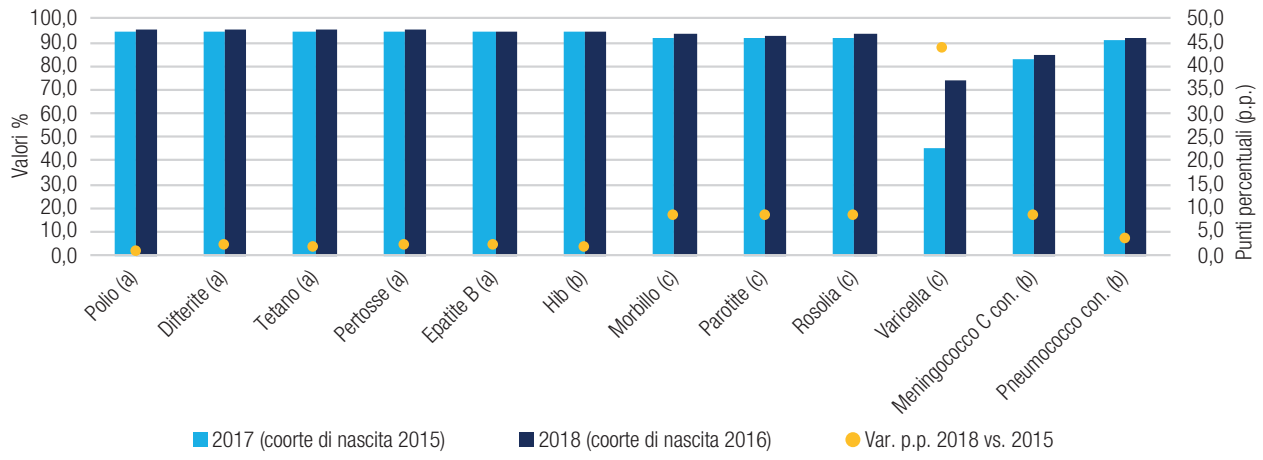


Fumatori: adulti (18-69 anni) che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi. Ex fumatori: adulti che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatori al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da almeno 6 mesi.

Fonte: elaborazione su dati ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro, indagine PASSI https://www.epicentro.iss.it/passi/, ultimo accesso settembre 2019- © C.R.E.A. Sanità

Nel periodo 2015-2018, in Italia, il 25,7% degli adulti (18-69 anni) ha dichiarato di essere fumatore (-1,7 punti percentuali rispetto all'indagine 2011-2014). La quota raggiunge e supera il 28,0% in alcune Regioni del Centro e del Sud (Umbria, Lazio, Molise e Sicilia, con l'Abruzzo al 27,9%), ma anche in Liguria e in Emilia Romagna la prevalenza resta più elevata della media nazionale (rispettivamente, 26,1% e 27,5%). La Regione più virtuosa è la Basilicata (21,7%), mentre la quota maggiore di adulti fumatori si registra in Umbria (29,4%). Rispetto al 2011-2014, si osserva un calo in tutte le Regioni, anche se minimo, delle quote di adulti fumatori, tranne che in Molise (+3,5 punti percentuali). In particolare, si evidenzia la diminuzione di oltre 3 punti percentuali in Campania (-3,3 punti percentuali), in Toscana (-3,2) e nella P. A. di Bolzano (-3,1). Con riferimento alle quote di adulti ex fumatori, la media Italia si attesta al 17,5%, con una prevalenza maggiore osservata soprattutto nelle Regioni settentrionali, anche se la quota più alta si registra in Sardegna (28,0%). La prevalenza più bassa si osserva in Basilicata (7,6%).

KI 5.7. Vaccinazioni dell'età pediatrica, coperture a 24 mesi per singolo antigene in Italia

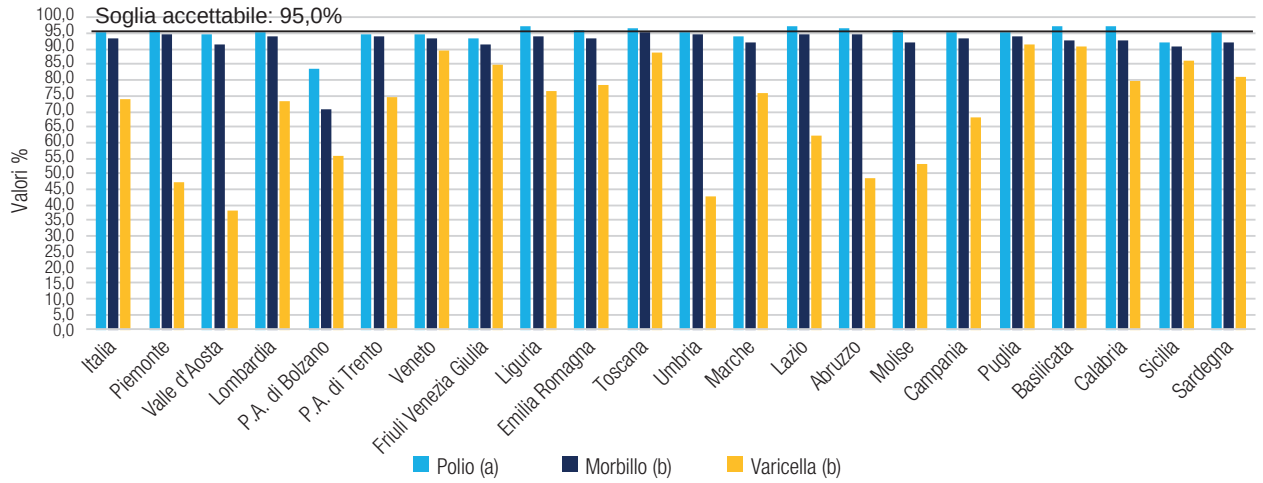


(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età (c) 1a dose entro 24 mesi

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 24.07.2019 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

La copertura vaccinale nazionale a 24 mesi, registrata al 31.12.2018 (relativa quindi ai bambini nati nel 2016; dati aggiornati al 24.07.2019), nei confronti della polio (usata come *proxy* per le vaccinazioni contenute nell'esavalente) ha raggiunto la soglia minima accettabile raccomandata dalla WHO per ottenere la cosiddetta "immunità di gregge", pari al 95% (95,1%, con +0,49 punti percentuali rispetto al 2017); l'aumento è ancora più marcato nel caso della copertura per la prima dose di vaccino contro il morbillo, che arriva al 93,22%, con +1,38 punti percentuali di incremento rispetto all'anno precedente. Aumentano anche le coperture nei confronti delle vaccinazioni anti-pneumococcica (+0,99 punti percentuali: 91,89% nel 2018) e anti-meningococcica C (+2,29 punti percentuali: 84,93% nel 2018). È da sottolineare la bassa copertura vaccinale contro la varicella, nonché l'eterogeneità dei dati regionali: entrambi gli elementi sono correlabili, come evidenziato dal Ministero della Salute, «principalmente al fatto che questa vaccinazione era già stata avviata in 7 regioni da tempo (quelle con coperture più elevate), sancita come sperimentazione dal PNPV 2012-2014, ma solo dal 2017 è previsto che questa vaccinazione venga offerta attivamente, gratuitamente e obbligatoriamente a partire dai nati nel 2017». Infine, va evidenziato il mancato raggiungimento dell'obiettivo di copertura vaccinale per la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia, nonostante si sia registrato un *trend* in aumento.

KI 5.8. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, morbillo e varicella. Anno 2018 (coorte di nascita 2016)

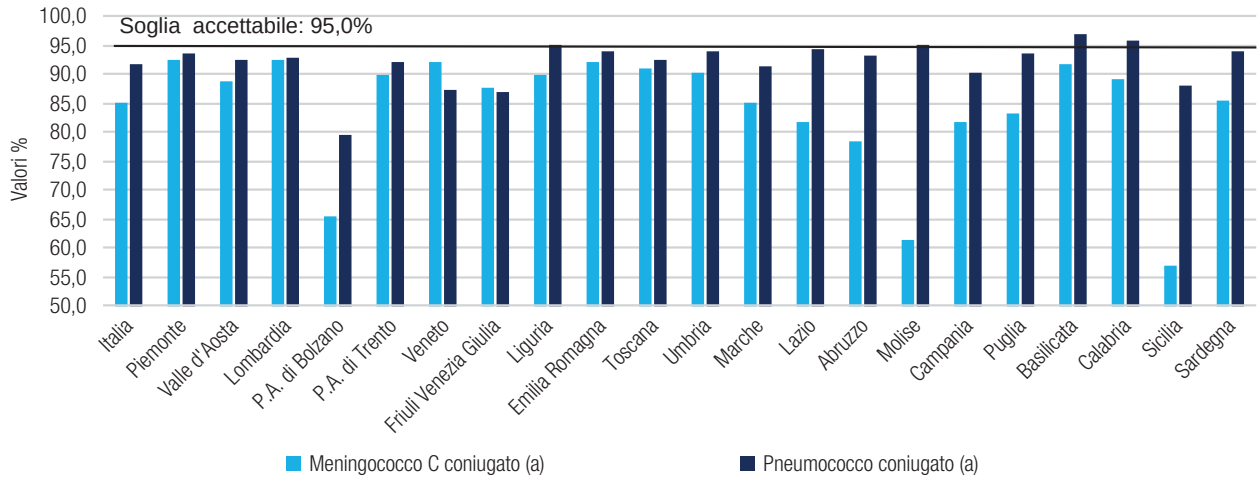


(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) 1a dose entro 24 mesi

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 24.07.2019 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018 (dati aggiornati al 24.07.2019), con riferimento alla copertura vaccinale a 24 mesi (bambini nati nel 2016) contro la polio, usata come *proxy* per le vaccinazioni dell'esavalente (poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B ed Haemophilus influenzae di tipo B), sul territorio sono 14 le Regioni che superano la soglia minima del 95% (quasi tutte del Centro-Sud, ad eccezione di Piemonte, Lombardia, Liguria ed Emilia Romagna) e 3 quelle che vi si avvicinano; la forbice va dall'83,33% della P. A. di Bolzano al 97,29% del Lazio. Per la prima dose di vaccino contro il morbillo (che usiamo come *proxy* per la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia), la sola Toscana raggiunge la soglia del 95% (95,04%), e altre 8 Regioni superano il 94% (tutte del Centro-Nord ad eccezione di Abruzzo e Puglia); solo la P. A. di Bolzano ha una copertura inferiore al 90% (si ferma al 70,84%). È infine da sottolineare la bassa copertura vaccinale contro la varicella, che a livello nazionale nel 2018 si ferma al 74,23%, registrando comunque un aumento di +28,61 punti percentuali rispetto al 2017. La forbice regionale va da una copertura del 37,93% in Valle d'Aosta ad una del 91,68% in Puglia, seguita dalla Basilicata con 91,08%. Va considerato che questa vaccinazione, già avviata in 7 Regioni da tempo (quelle con coperture più elevate), viene offerta attivamente, gratuitamente e obbligatoriamente solo a partire dai nati nel 2017.

KI 5.9. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato. Anno 2018 (coorte di nascita 2016)

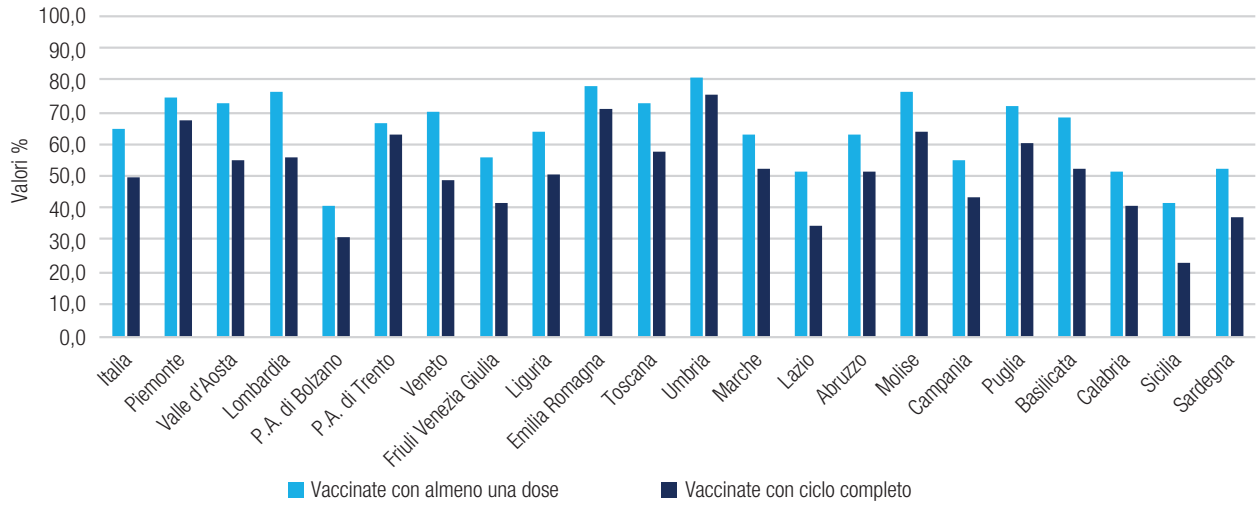


(a) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 24.07.2019 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018 in Italia aumentano le coperture vaccinali medie a 24 mesi (bambini nati nel 2016) nei confronti delle vaccinazioni anti-pneumococcica (+0,99 punti percentuali: 90,90% nel 2017 vs 91,89% nel 2018) e anti-meningococcica C (+2,29 punti percentuali: 82,64% nel 2017 vs 84,93% nel 2018). Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95% per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato, con una forbice che va dal 56,94% della Sicilia al 92,37% della Lombardia (92,35% in Piemonte). Per le coperture contro lo pneumococco coniugato, si registra un aumento in quasi tutte le Regioni: superano la soglia del 95% solo Molise, Basilicata e Calabria; la forbice va dal 79,48% della P. A. di Bolzano al 96,89% della Basilicata.

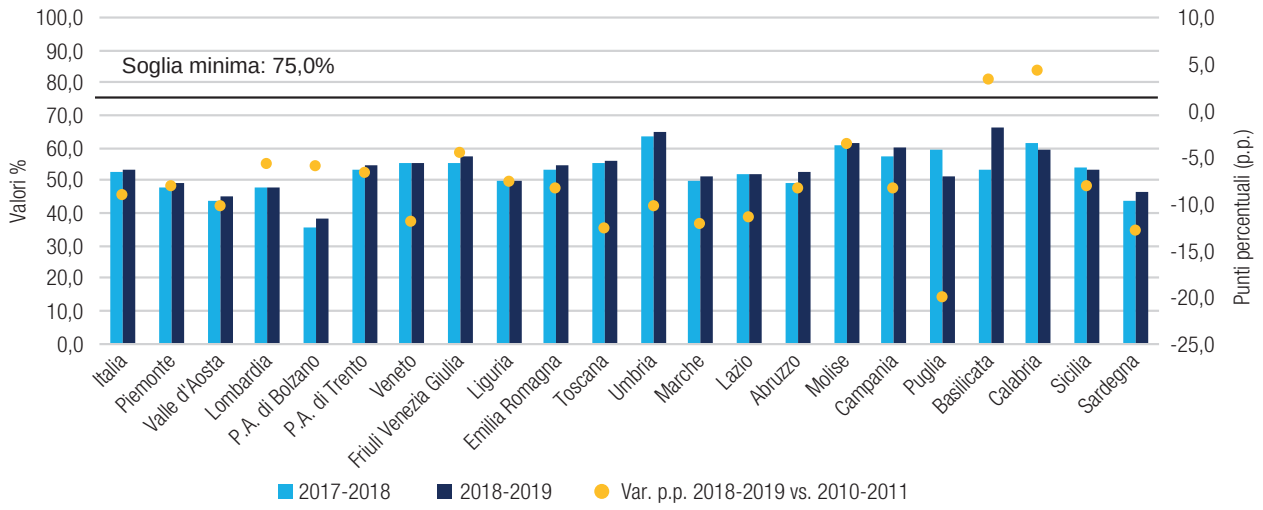
KI 5.10. Coperture vaccinali contro il Papilloma Virus Umano (HPV) al 31.12.2017 (femmine, coorte di nascita 2005)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 02.07.2018 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

I dati al 31.12.2017 relativi alla copertura vaccinale contro il Papilloma Virus Umano (HPV) per il target primario (ragazze di 12 anni, coorte di nascita 2005) mostrano un decremento nell'ultimo anno, visibile soprattutto per il ciclo completo. Alla rilevazione relativa ai dati 2015, la coorte 2003 aveva raggiunto una copertura del 66,60% per la prima dose e del 56,20% per il ciclo completo; alla rilevazione relativa ai dati 2016, la coorte 2004 aveva registrato una copertura del 65,00% per la prima dose e del 53,10% per il ciclo completo; all'ultima rilevazione relativa ai dati 2017 la coorte 2005 mostra una copertura del 64,39%, per la prima dose e del 49,92% per il ciclo completo. Analizzando la variabilità regionale, le coperture con almeno la prima dose vanno dal 40,59% raggiunto nella P. A. di Bolzano all'81,11% osservato in Umbria. Con riferimento alle coperture con ciclo completo, i valori sono più bassi: il minore si registra in Sicilia (23,28%), il maggiore in Umbria (75,54%).

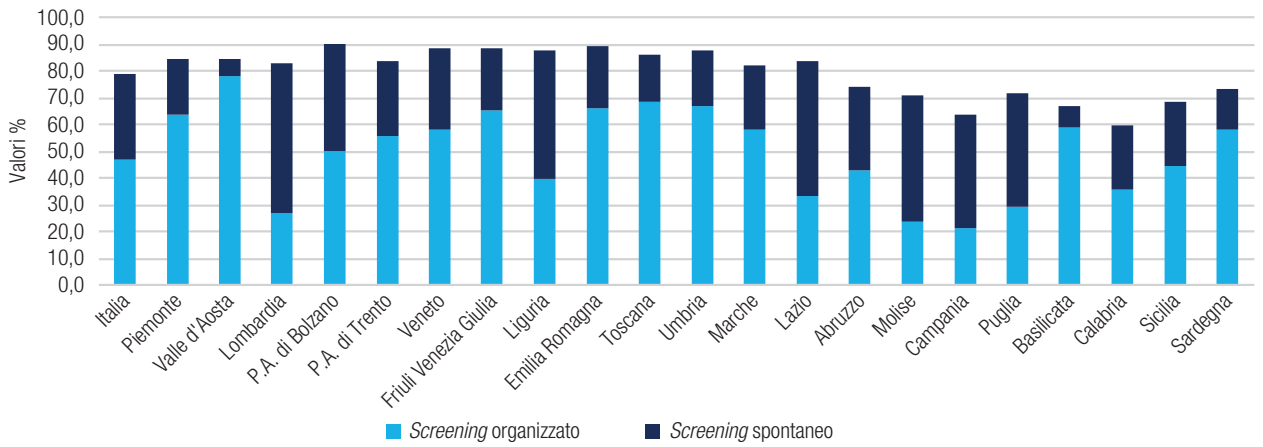
KI 5.11. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani (65 anni e più)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, D.G. prevenzione sanitaria (aggiornamento 11.07.2019 - www.salute.gov.it) - © C.R.E.A. Sanità

A livello nazionale la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale tra gli anziani (65 anni e più) registra +0,4 punti percentuali nella stagione 2018/2019 rispetto alla precedente, raggiungendo il 53,1%; il valore rimane lontano dal 75,0% (soglia minima raccomandata da WHO e Consiglio Europeo e confermata nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019). Permangono forti differenze regionali: si va dal 38,3% della P. A. di Bolzano (in aumento di +3 punti percentuali rispetto alla precedente stagione) al 66,6% della Basilicata (+13,4 punti percentuali). Rispetto alla stagione 2010-2011, il calo della copertura a livello nazionale è di -9,3 punti percentuali; Basilicata e Calabria sono le uniche Regioni ad aver aumentato il livello di copertura.

KI 5.12. *Screening* cervicale (pap-test o HPV test), copertura donne in fascia di età 25-64 anni. Periodo 2015-2018

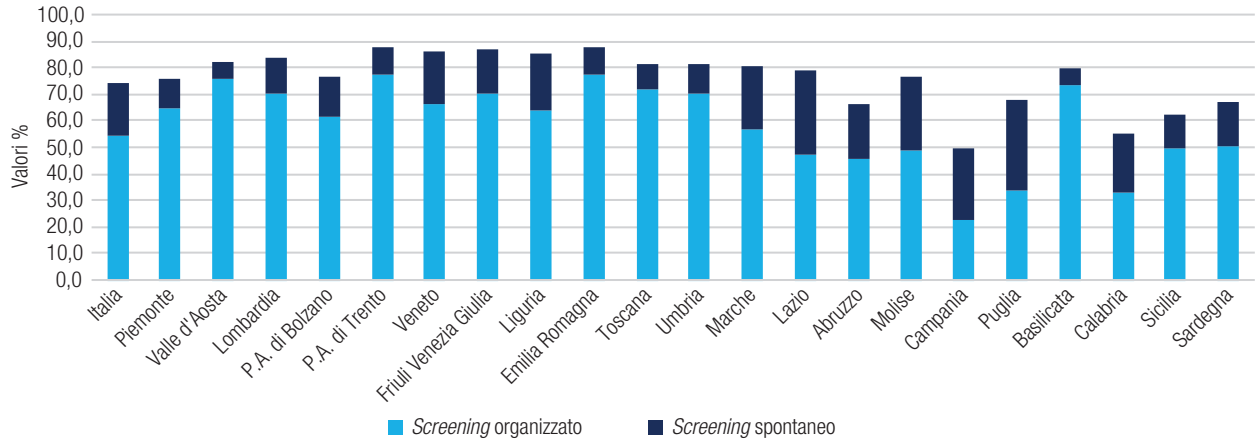


La copertura totale data dalla somma delle coperture per *screening* organizzato (offerto gratuitamente alla ASL) e per *screening* spontaneo (per la maggior parte a pagamento) è sottostimata, a causa dei "non ricordo" o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame.

Fonte: elaborazione su dati ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro, indagine PASSI https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2015 e il 2018, in Italia, il 79,7% (78,7% tra il 2011 e il 2014) delle donne fra i 25 e i 64 anni si è sottoposto allo *screening* cervicale (Pap-test o Hpv test): il 46,8% (41,7% nel periodo 2011-2014) lo ha eseguito all'interno di un programma organizzato e il 32,4% (36,5% nel 2011-2014) lo ha effettuato per iniziativa personale. La somma non corrisponde al totale nazionale a causa della quota di soggetti che "non ricordano" e delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud: si va dal 90,7% della P. A. di Bolzano al 62,8% della Calabria. Tutte le Regioni del Sud registrano un valore peggiore della media nazionale. Nella maggior parte delle Regioni prevalgono le coperture dovute alla adesione ai programmi organizzati (tranne Lombardia, Liguria, Lazio, Molise, Campania e Puglia). L'incremento della popolazione femminile che fa prevenzione è in sostanza determinato da un aumento della copertura dello *screening* organizzato, mentre la copertura dello *screening* spontaneo va riducendosi.

KI 5.13. *Screening* mammografico, copertura donne in fascia di età 50-69 anni. Periodo 2015-2018

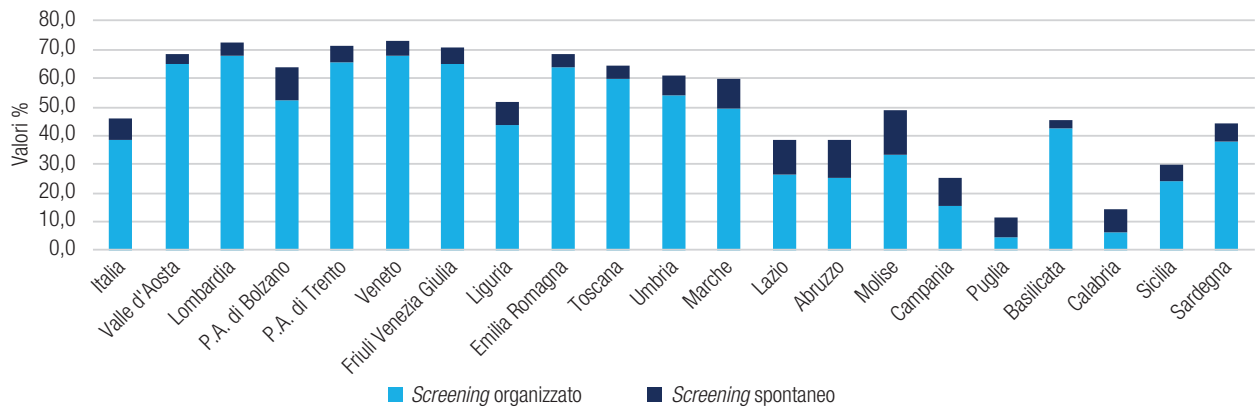


La copertura totale data dalla somma delle coperture per *screening* organizzato (offerto gratuitamente alla ASL) e per *screening* spontaneo (per la maggior parte a pagamento) è sottostimata, a causa dei "non ricordo" o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame.

Fonte: elaborazione su dati ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro, indagine PASSI https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2015 e il 2018, in Italia, si è sottoposto allo *screening* mammografico per la diagnosi precoce del tumore alla mammella il 74,3% (71,0% nel periodo 2011-2014) delle donne fra i 50 e i 69 anni: il 54,6% (51,4% nel 2011-2014) è attribuibile alla copertura degli *screening* organizzati, il 19,3% a quella degli esami spontanei (19,2% nella rilevazione 2011-2014). La somma non corrisponde al totale nazionale a causa dei soggetti che "non ricordano" e delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame. Si registra una difformità sul territorio nazionale a sfavore del Meridione: si va dall' 88,2% registrato nella Provincia Autonoma di Trento al 50,4% della Campania. Le Regioni sotto la media nazionale sono tutte del Sud. Quasi ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati rispetto agli esami spontanei, ad eccezione di Campania e Puglia. Si registra un incremento, statisticamente significativo, della popolazione femminile che si sottopone alla mammografia in tutto il Paese, e si riducono le differenze fra Nord e Sud. Tale risultato è determinato, in particolare, da un continuo aumento della copertura nell'ambito degli *screening* organizzati, che nel Sud Italia continua ad accompagnarsi a un aumento dello *screening* spontaneo (presumibilmente perché l'offerta dei programmi organizzati, anche se in crescita, è ancora troppo bassa); nelle Regioni settentrionali, dove ai programmi organizzati partecipa il 70% della popolazione *target* femminile, la copertura determinata dall'iniziativa spontanea va invece riducendosi. L'età media della prima mammografia sta diminuendo, attestandosi intorno ai 45 anni.

KI 5.14. *Screening* colorettale nei tempi e modi raccomandati, copertura persone in fascia di età 50-69 anni. Periodo 2015-2018



Tempi e modi raccomandati: ricerca del sangue occulto fecale - Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni. Il dato del Piemonte non è disponibile. La copertura totale data dalla somma delle coperture per *screening* organizzato (offerto gratuitamente alla ASL) e per *screening* spontaneo (per la maggior parte a pagamento) è sottostimata, a causa dei "non ricordo" o delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame.

Fonte: elaborazione su dati ISS, Istituto Superiore di Sanità - Epicentro, indagine PASSI https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningColorettale, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il 46,6% (40,8% nella rilevazione 2011-2014) degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito, fra il 2015 e il 2018, uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale-Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia-Rss negli ultimi cinque anni): il 38,5% (32,8% nel periodo 2011-2014) è attribuibile alla copertura degli *screening* organizzati, il 7,5% (7,3% nel 2011-2014) a quella degli esami spontanei (la somma non corrisponde al totale nazionale a causa dei soggetti che "non ricordano" e delle mancate risposte alla domanda sul pagamento dell'esame). Nelle Regioni meridionali la quota di persone che si sottopone allo *screening* è poco più del 26%, valore che quasi raddoppia nelle Regioni Centrali e raggiunge il 69% fra i residenti nel Nord Italia. Si va dal 73,5% del Veneto all'11,9% della Puglia, e le Regioni con un valore peggiore di quello nazionale, ad eccezione del Lazio, sono tutte del Sud. Quasi ovunque prevalgono le adesioni ai programmi organizzati, ad eccezione di Calabria e Puglia.
Nel periodo 2010-2018 la copertura totale dello *screening* è aumentata significativamente in tutto il Paese, grazie soprattutto all'aumento della quota di quello organizzato; la quota dello *screening* spontaneo si è andata riducendo al Nord e nel Centro, mentre è ancora aumentata nelle Regioni meridionali, dove presumibilmente l'aumento dello *screening* organizzato resta ancora insufficiente a soddisfare i reali bisogni della popolazione.

Evoluzione dell'assistenza ospedaliera:
efficienza, appropriatezza, esiti

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6
Evoluzione dell'assistenza ospedaliera: efficienza, appropriatezza, esiti

Carrieri C. [1], *d'Angela D.* [1], *Spandonaro F.* [2]

6.1. Il ricorso all'ospedalizzazione

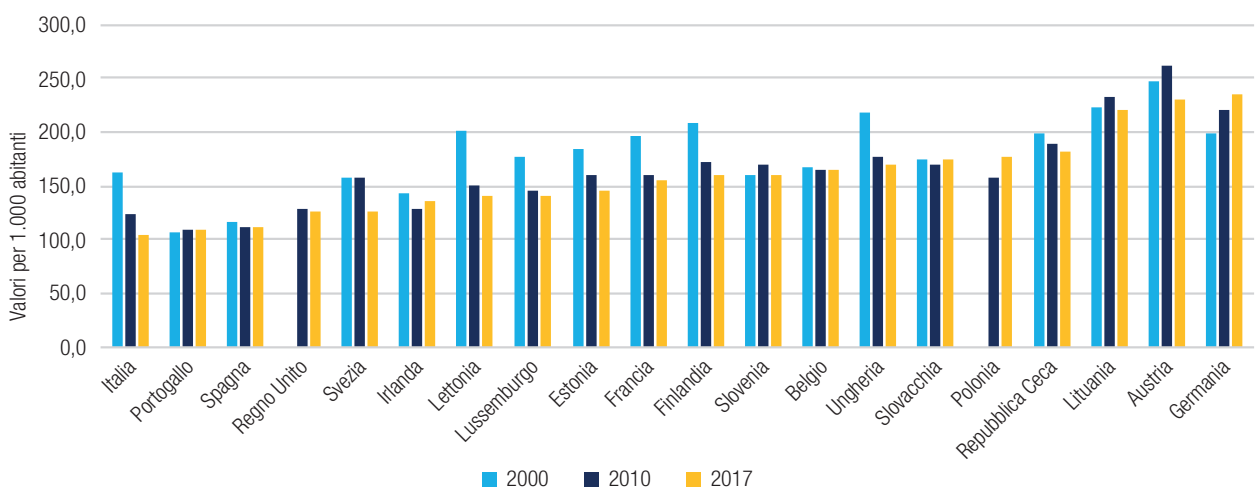
Come si evince dall'istogramma della Figura 6.1., costruito sulla base dei dati forniti dall'OECD, l'Italia ha raggiunto e mantiene (rafforzandola) la prima posizione nel *ranking* dei Paesi per ricorso all'ospedalizzazione in acuzie: in altri termini è il Paese con il minor ricorso al ricovero e anche fra quelli che hanno realizzato il più rapido processo di deospedalizzazione.

Il dato OECD è certamente soggetto a *bias* derivanti dalle diverse organizzazioni nazionali, e quindi dalle diverse classificazioni delle strutture di ricovero; a riprova di ciò basti osservare come il modello tedesco (e dei Paesi limitrofi) si dimostri nettamente più propenso a ricoverare degli altri.

Rimane inoppugnabile che la riduzione del ricorso al ricovero in acuzie realizzatasi in Italia non ha praticamente uguali: la riduzione del tasso è pari a -60,0 ricoveri per 1000 abitanti tra il 2017 ed il 2000, e solo la Lettonia fa meglio, ma in realtà partendo da un livello decisamente più elevato di ricoveri, che tale rimane anche al 2017. Anche tra il 2017 ed il 2010 l'Italia registra una riduzione del ricorso al ricovero in acuzie, pari a -21,1 ricoveri ogni 1.000 abitanti.

Il tasso di ospedalizzazione in Italia è quindi pari (2017) a 103,3 ricoveri in acuzie per 1.000 abitanti, seguita da Portogallo e Spagna, rispettivamente con 108,6 e 112,4. All'altro estremo troviamo la Germania (234,6, ovvero il 127,0% in più dell'Italia), seguita dall'Austria (230,7).

Figura 6.1. Tassi di ospedalizzazione in acuzie



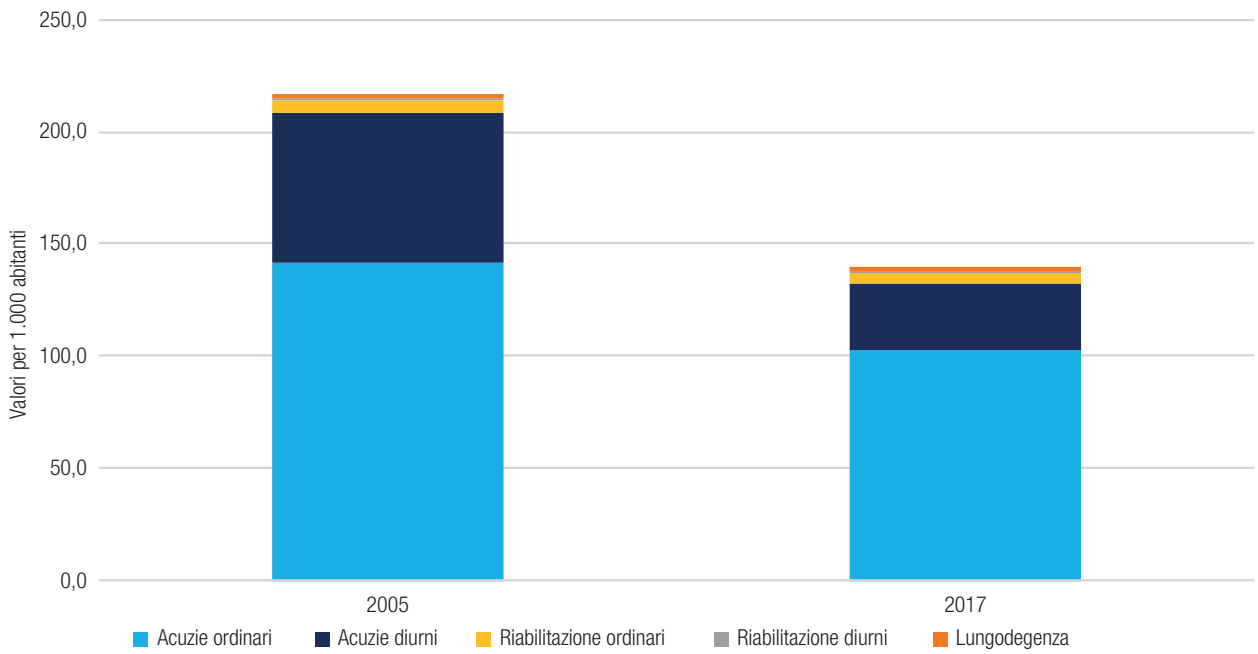
Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

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

In Italia (sempre al 2017) i ricoveri ordinari in acuzie sono 6.256.025, con una riduzione del 23,7% rispetto al 2005 e rappresentano il 93,8% del complesso dei ricoveri ordinari (96,7% nel 2005).

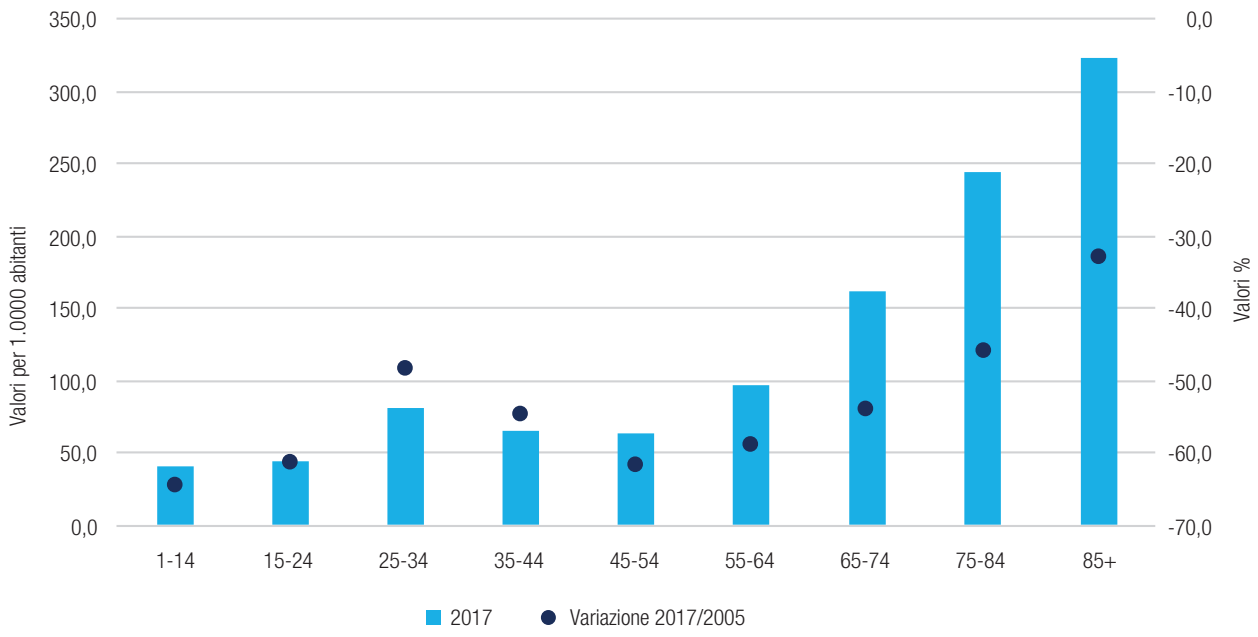
Quelli diurni sono 1.820.907, con una riduzione del 53,5% rispetto al 2005; rappresentano il 22,5% dei ricoveri in regime di acuzie e la loro incidenza è diminuita di 9,8 punti percentuali rispetto al 2005.

Figura 6.2. Tasso di ospedalizzazione, per tipo attività e regime



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

Figura 6.3. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



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

I ricoveri ordinari in riabilitazione sono 315.956, con un aumento dell'11,4% rispetto al 2005; rappresentano il 4,7% dei ricoveri ordinari (3,3% nel 2005): si registra un ricovero in riabilitazione ogni 19,8 in acuzie (ordinari), in riduzione rispetto al 2005, quando se ne registrava 1 ogni 29,8.

I ricoveri diurni in riabilitazione sono 30.450, in riduzione del 55,1% rispetto al 2005; il ricorso all'ospedalizzazione diurna è pari all'1,6% dei ricoveri in questo regime e risulta in riduzione di 0,1 punti percentuali rispetto al 2005.

Infine, i ricoveri in lungodegenza sono 99.118, con un aumento dell'1,4% rispetto al 2005 e rappresentano l'1,5% dei ricoveri ordinari (1,1% nel 2005).

La Figura 6.2. mostra come sia variato il tasso di ospedalizzazione, in livello e in composizione fra il 2005 e il 2017.

Complessivamente il tasso di ospedalizzazione è pari a 139,5 ricoveri per 1.000 abitanti, in riduzione del -35,6% rispetto al 2002, quando era pari a 216,5.

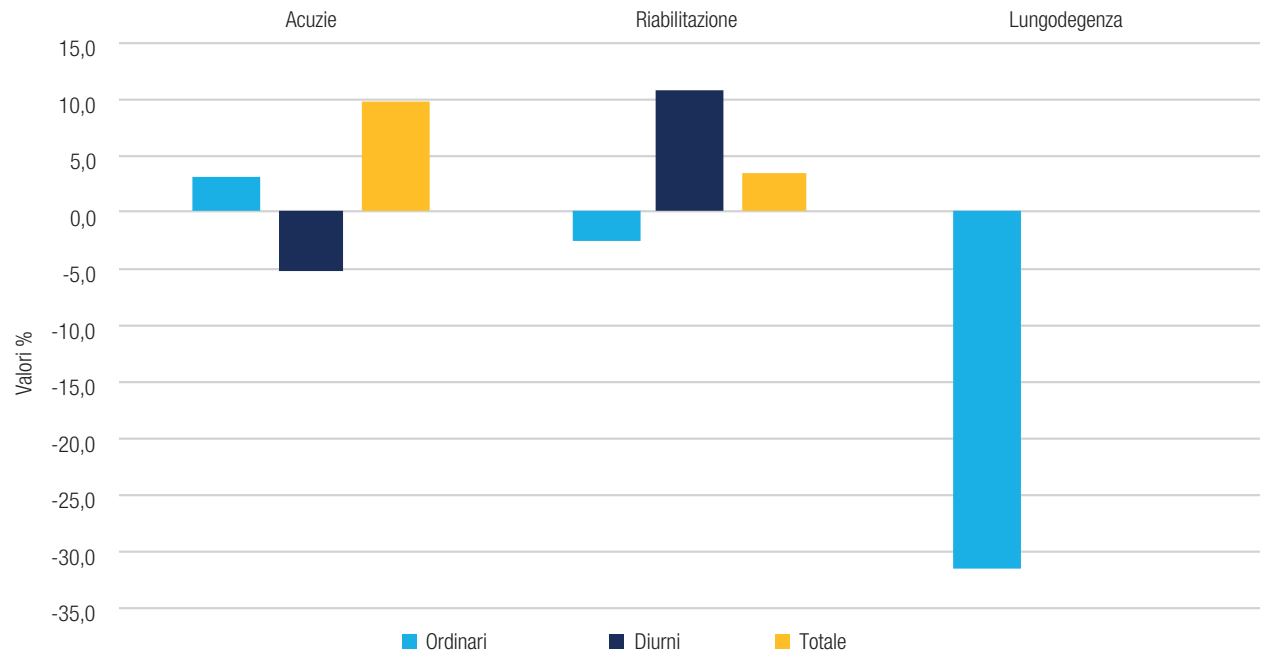
In termini di composizione, si osserva una riduzione del peso dei ricoveri in acuzie (-1,6 punti percentuali), ed un incremento (+1,3 punti percentuali) di quello relativo alla riabilitazione; la lungo degenza registra un aumento di 0,4 punti percentuali.

Nello specifico dei ricoveri ordinari in acuzie, possiamo osservare una riduzione rilevante dei tassi di ospedalizzazione in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate (Figura 6.3.).

La riduzione anche nelle fasce anziane smentisce le proiezioni che scontavano una invarianza dei tassi e, quindi, una "esplosione" di ricoveri legata all'invecchiamento.

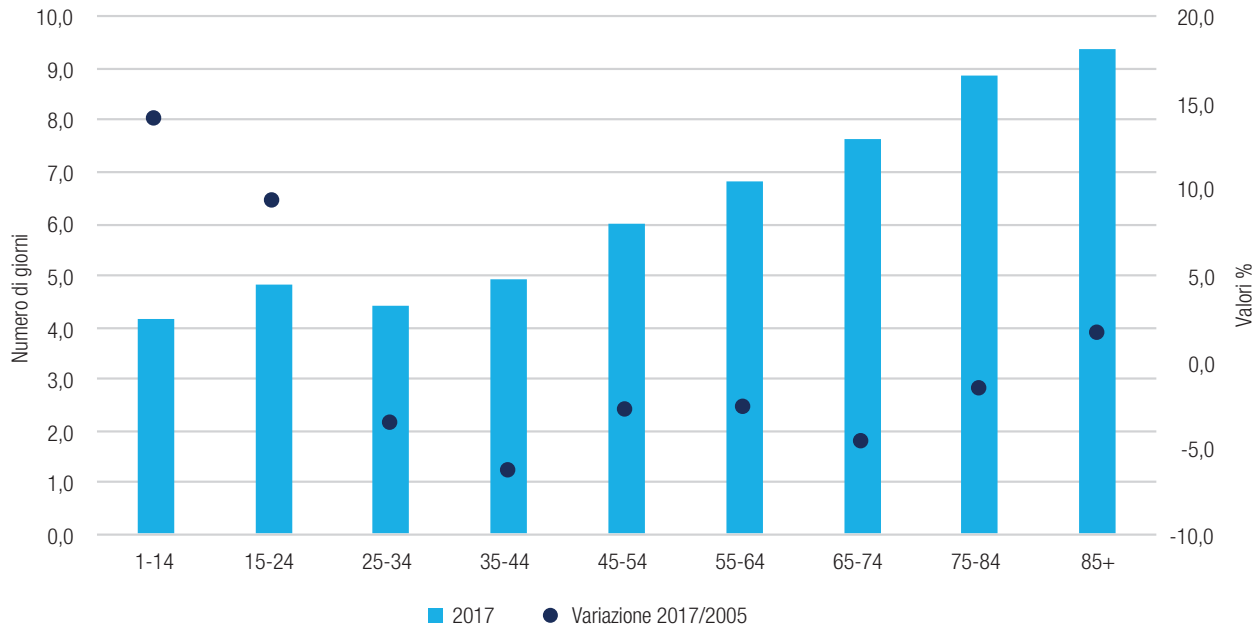
La riduzione dei tassi, porta con sé un incremento naturale della complessità dei casi trattati, in quanto certamente vengono selezionati i pazienti più severi; il fenomeno si trasla nell'aumento osservato per quanto concerne la degenza media in acuzie (+9,6%): in particolare aumenta per gli ordinari (+3,0%) e diminuisce per i diurni (-5,3%); per la degenza in riabilitazione (+3,5%) anche se per gli ordinari si registra una riduzione (-2,7%) ed un aumento per i diurni (+10,7%); si riduce, invece, quella nelle lungodegenze del -31,4% (Figura 6.4.).

Figura 6.4. Degenza media, per regime. Variazione 2017/2005



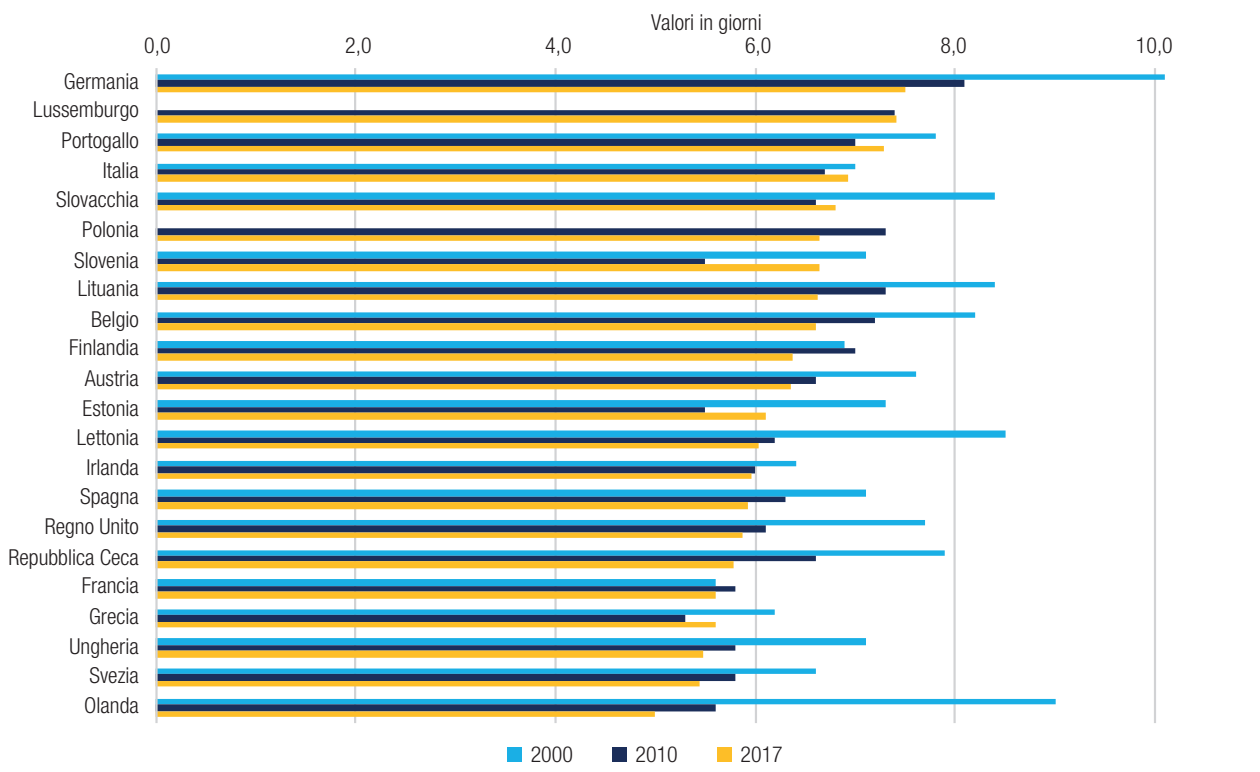
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.5. Degenza media ordinaria in acuzie, per età



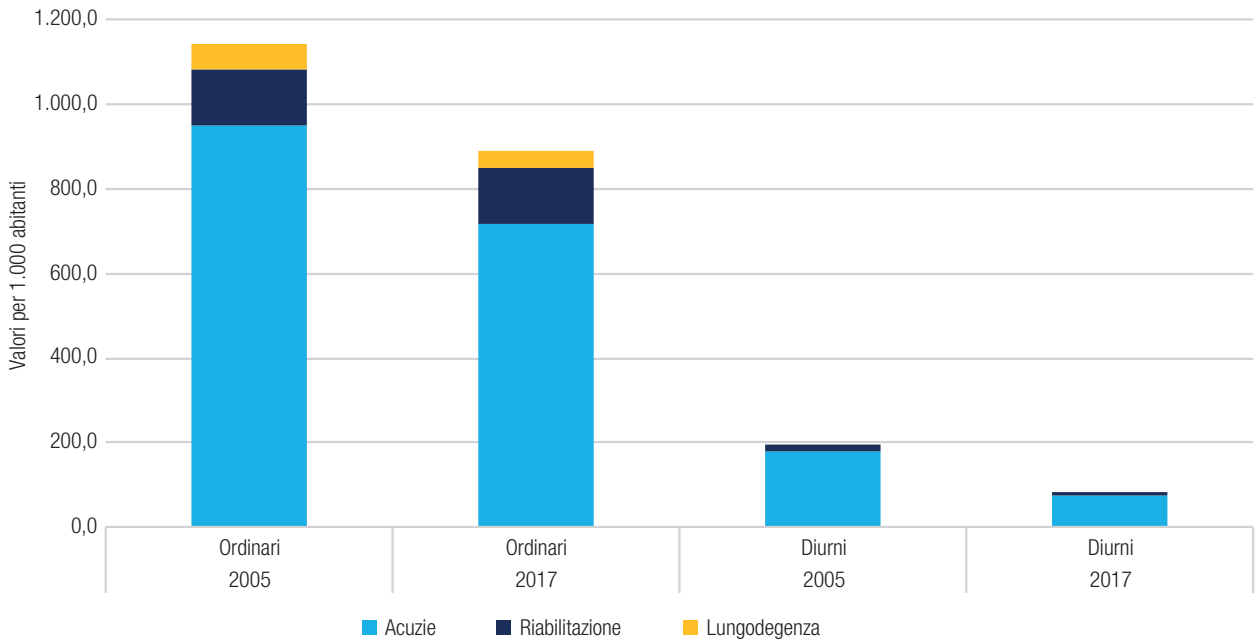
Fonte: elaborazione su dati SDO Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.6. Degenza media in acuzie



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.7. Giornate di degenza per abitante



Fonte: elaborazione su dati OECD – © C.R.E.A. Sanità

A conferma che la crescita della degenza media è correlata alla complessità dei casi, e alla maggiore incidenza di ricoveri di pazienti anziani (Figura 6.5.), nel periodo considerato si riduce in tutte le classi di età; fa eccezione la sola ultima classe (85+), che fa registrare peraltro un aumento piuttosto limitato (+0,2 giorni) e quelle più giovani.

Ci sembra, quindi, che la complessità dei ricoveri possa essere citata per spiegare perché la *performance* a livello internazionale dell'Italia, in termini di degenza media in acuzie, sia meno brillante di quella in termini di tassi di ospedalizzazione (Figura 6.6.).

Confrontando la degenza media nazionale (6,9 giornate) con quella di Portogallo e Spagna, che sono i Paesi con tassi di ospedalizzazione più simili al nostro, si evince che siamo sotto i livelli portoghesi (7,3 giornate) e, invece, superiori a quelli spagnoli (5,9 giornate).

La composizione delle variazioni sopra descritte, esitano in una riduzione delle giornate di degenza complessivamente erogate: a livello nazionale si riducono significativamente, da 76.883.292 nel 2005 a 58.889.633 nel 2017 (-23,4%); in termini di composizione, la riduzione maggiore deriva dalle giornate di degenza in acuzie, che passano da 65.486.320 giornate nel 2005 a 47.989.291 nel 2017 (- 26,7%) (Figura 6.7.).

In sintesi, da un punto di vista quantitativo, il ricorso all'ospedalizzazione in Itali a ha subito un processo di razionalizzazione importate, che non ha pari in Europa, e ci propone come il Paese con il minor ricorso all'ospedale.

6.2. Appropriatezza

Per quanto descritto nel paragrafo precedente, non sembrano poterci essere dubbi che in Italia si sia realizzata un imponente razionalizzazione del ricorso al ricovero ospedaliero. Ma la razionalizzazione quantitativa non è effettivamente tale se non è accompagnata da una altrettanto rilevante razionalizzazione "interna", tesa a garantire l'appropriatezza della risposta assistenziale in ambito ospedaliero.

In altri termini, se la riduzione del ricorso al ricovero è certamente predominante dal punto di vista dell'efficienza nell'uso delle risorse, il miglioramento dell'appropriatezza lo è in termini di efficacia e quali-

tà, essendo orientata in primis a garantire al paziente le condizioni per ottenere il massimo esito possibile.

Un elemento cardine, nella promozione del miglioramento qualitativo dell'assistenza nel settore oggetto di analisi, è certamente rappresentato dalle soglie minime sui volumi di attività definite dal D.M. n. 70/2015.

La relazione fra volumi e qualità, ma anche fra volumi e efficienza, è largamente dimostrata, tanto da avere ispirato il legislatore.

La Tabella 6.1, riporta le soglie minime previste dal citato D.M. n. 70/2015. SI precisa che gli ultimi due indicatori non afferiscono ai volumi, bensì a criteri di appropriatezza legati ai tempi.

Si è provveduto ad analizzare, grazie alle SDO rese disponibili dal Ministero della Salute, in che misura le Regioni risultino effettivamente adempienti nei confronti dei requisiti di appropriatezza suddetti.

La Figura 6.8. riporta, per singola soglia ex D.M. n. 70/2015, quale sia la percentuale di strutture ospedaliere che la rispettano a livello nazionale e regionale, ed anche la variabilità geografica e il numero massimo e minimo di strutture adempienti registrato a livello regionale.

Come si evince dal *box-plot* si passa dal 66,7% di strutture in media adempienti al criterio relativo alla degenza media per la colicistectomia laparoscopica), al 45,8% per quello relativo agli interventi per carcinoma mammario; i volumi di interventi di by-pass aortocoronarico sono anch'essi rispettati in poco più del 20% delle strutture. Sono 2 i requisiti per i quali si rimane ancora sotto il 25% (media regionale) e solo 4 su 9 hanno raggiunto la soglia del 50%; solo 1 supera il 60%.

La variabilità regionale è molto forte: per 6 indicatori troviamo almeno una Regione in cui tutte le strutture sono adempienti, ma con 2 casi in cui altre sono totalmente inadempienti.

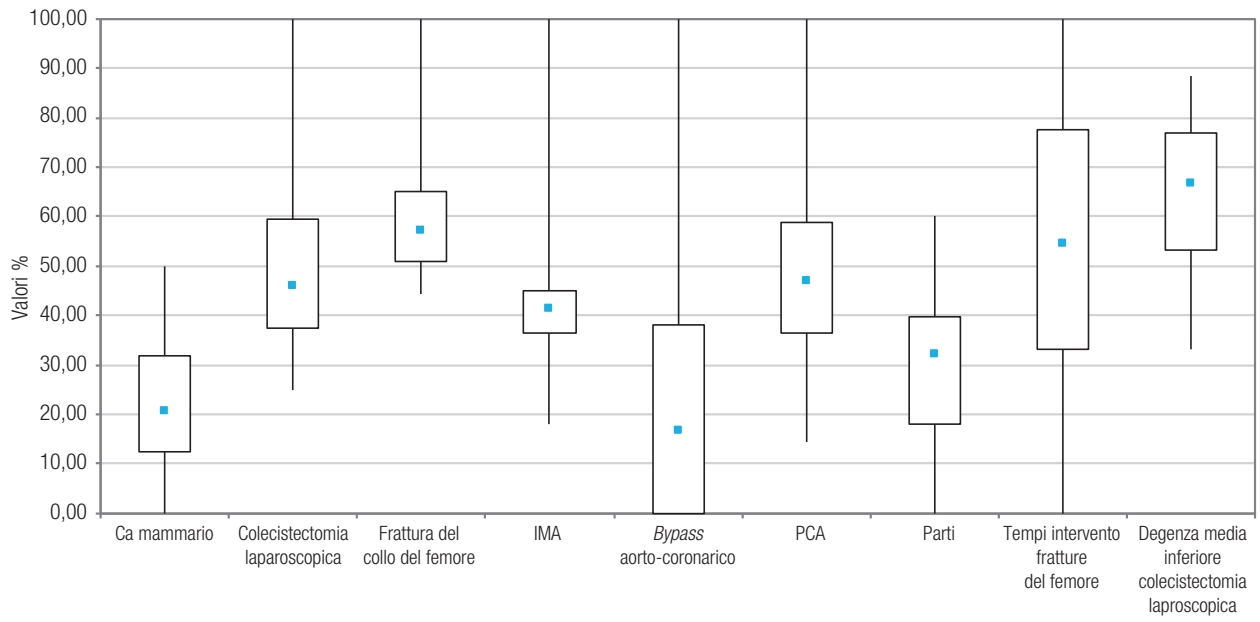
Per quanto concerne il criterio relativo ai volumi di attività relativi al carcinoma mammario, nessuna Regione raggiunge il livello di almeno il 50% di strutture adempienti.

Tabella 6.1. Soglie minime di appropriatezza per le strutture (volumi di attività, tempi, degenza media) e di rischio di esito per gli interventi ex D.M. n. 70/2015

Indicatori	Soglia
Interventi chirurgici per carcinoma della mammella	150 primi interventi annui su casi di mammella incidenti per struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per struttura complessa
Intervengo chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
Bypass aorto-coronarico	200 interventi/anno di Bypass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno
Maternità	Si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 (500 -1.000 parti annui per maternità di I livello e >1.000 parti annui per quelle di II livello
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >1.000 parti	Massimo 25%
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età>=65 anni	Minimo 60%

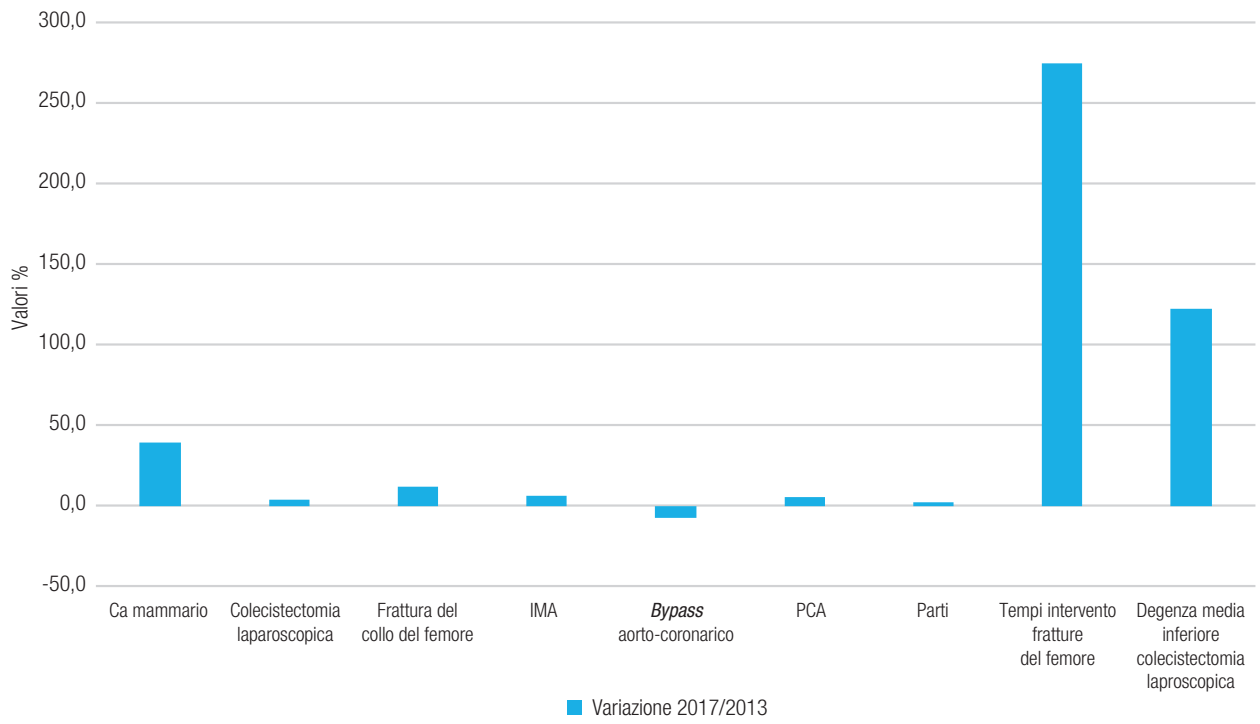
Fonte: Programma Nazionale Esiti

Figura 6.8. Quota di strutture adempienti ai requisiti di appropriatezza per le strutture (volumi di attività, tempi, degenza media) ex D.M. n. 70/2015. Anno 2017



Note: Per la descrizione completa degli indicatori vedere tabella 6.1.
Il valore in azzurro è la mediana, il rettangolo indica la variazione fra il primo e il terzo quartile, mentre i segmenti (i "baffi") forniscono il valore minimo e massimo.
Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.9. Variazione della quota di strutture adempienti ai requisiti di appropriatezza per le strutture (volumi di attività, tempi, degenza media) ex D.M. n. 70/2015



Nota: per la descrizione completa degli indicatori vedere tabella 6.1.
Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

Assistiamo ad un progressivo miglioramento della situazione: l'adempienza di quasi tutti i criteri è cresciuta di circa il 10% rispetto al 2013, con le punte della degenza media per colicistectomie laparoscopiche e i tempi di intervento per le fratture del femore per le quali il miglioramento è pari, rispettivamente, al 122,8% e al 275,2% (Figura 6.9.).

Analoghe considerazioni si possono fare per i criteri (Tabella 6.1.) del D.M. n. 70/2015, relativi agli interventi.

Come si evince dal *box-plot* (Figura 6.10.) si passa dal 95,8% di interventi su frattura di femore erogati in strutture adempienti ai criteri di appropriatezza ex D.M. n. 70/2015, all'8,6 di parti cesarei in maternità di I livello. Sono 2 i requisiti per i quali si rimane ancora sotto il 10% (media regionale) e solo per 2 su 6 si raggiunge la soglia del 30%.

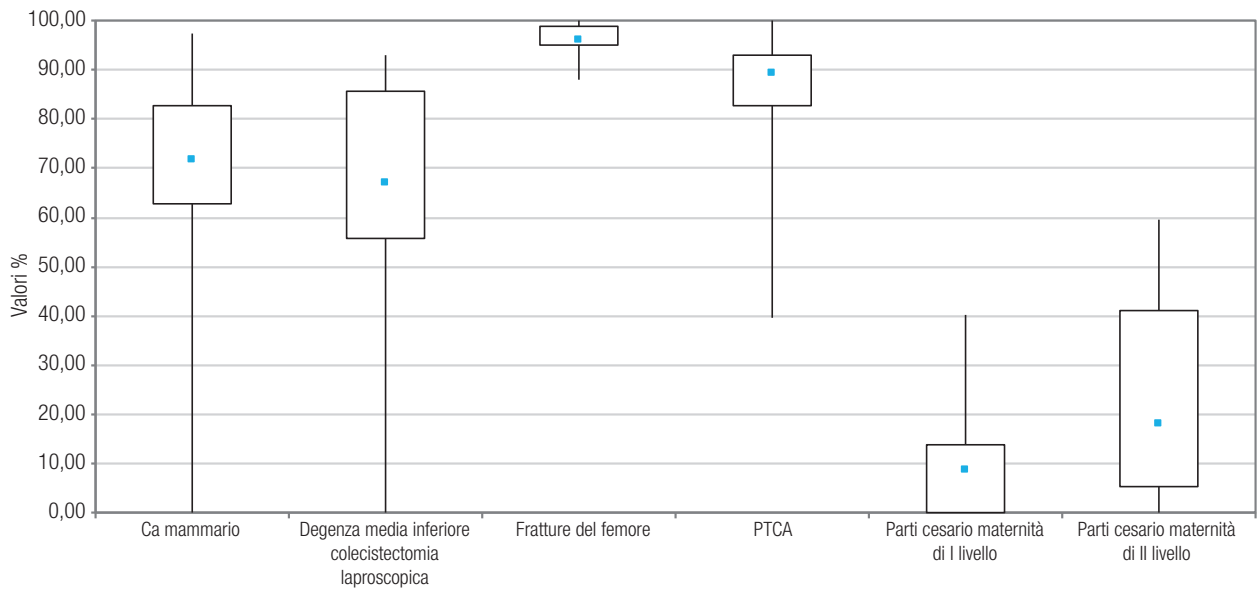
La variabilità regionale è molto forte: per 4 indicatori troviamo almeno una Regione in cui più del 90% degli interventi sono erogati in strutture adempienti, ma per 4 casi ci sono casi in cui sono tutti erogati in strutture inadempienti.

Anche per questi indicatori, assistiamo ad un progressivo miglioramento della situazione: per quasi tutti si assiste ad una crescita, intorno al 10% rispetto al 2013, degli interventi erogati in strutture adempienti, con il miglior risultato per le colicistectomie laparoscopiche (Figura 6.11.).

In definitiva, sembra emergere che, mentre per le politiche di deospedalizzazione si evidenzia un sostanziale raggiungimento degli obiettivi preposti, quantitativamente dimostrato dagli indicatori disponibili, il processo di riqualificazione dell'attività ospedaliera è tuttora un processo in corso d'opera: assistiamo ad un miglioramento dell'appropriatezza delle attività, ma il progresso è lento e i risultati registrati sono ancora lontani dai livelli ottimali.

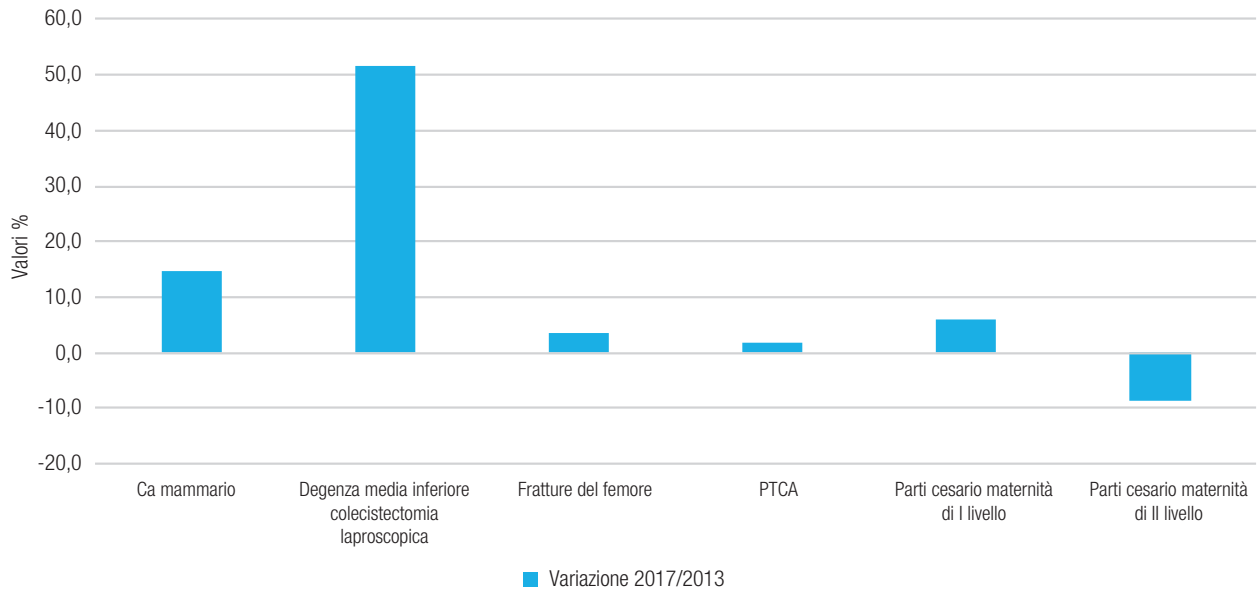
La parziale inefficacia del D.M. n. 70/2015, dovrebbe far riflettere sulla effettiva cogenza delle norme di programmazione che non sono strettamente collegate a incentivi/disincentivi orientati a promuovere il cambiamento e quindi il miglioramento.

Figura 6.10. Quota di interventi eseguiti in strutture adempienti ai requisiti di appropriatezza (rischio di esito) ex D.M. n. 70/2015. Anno 2017



Note: Per la descrizione completa degli indicatori vedere tabella 6.1.
Il valore in azzurro è la mediana, il rettangolo indica la variazione fra il primo e il terzo quartile, mentre i segmenti (i "baffi") forniscono il valore minimo e massimo.
Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.11. Variazione quota di interventi eseguiti in strutture adempienti ai requisiti di appropriatezza ex D.M. n. 70/2015



Nota: per la descrizione completa degli indicatori vedere tabella 6.1.

Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

6.3 Esiti

Nel paragrafo precedente si è analizzato il livello di appropriatezza raggiunto dalle strutture ospedaliere, come emerge dal confronto con le indicazioni fornite dal D.M. n. 70/2015; evidentemente il perseguimento dell'appropriatezza è funzionale a creare le condizioni ottimali per il miglioramento degli esiti.

Sebbene non sia facile, a livello "macro", mettere in diretta correlazione gli indicatori di appropriatezza con i relativi esiti, si è ritenuto utile completare l'analisi con le indicazioni deducibili da alcuni indicatori di esito monitorati dal Piano Nazionale Esiti (PNE).

In particolare, dal PNE abbiamo estrapolato alcuni indicatori di esito in ambito cardiovascolare: 5 espressione della mortalità e 1 del tasso di riammissione in ospedale (Figura 6.12.).

Per questi si è elaborata la variabilità regionale, e, quindi, gli scostamenti "territoriali" dal valore medio nazionale.

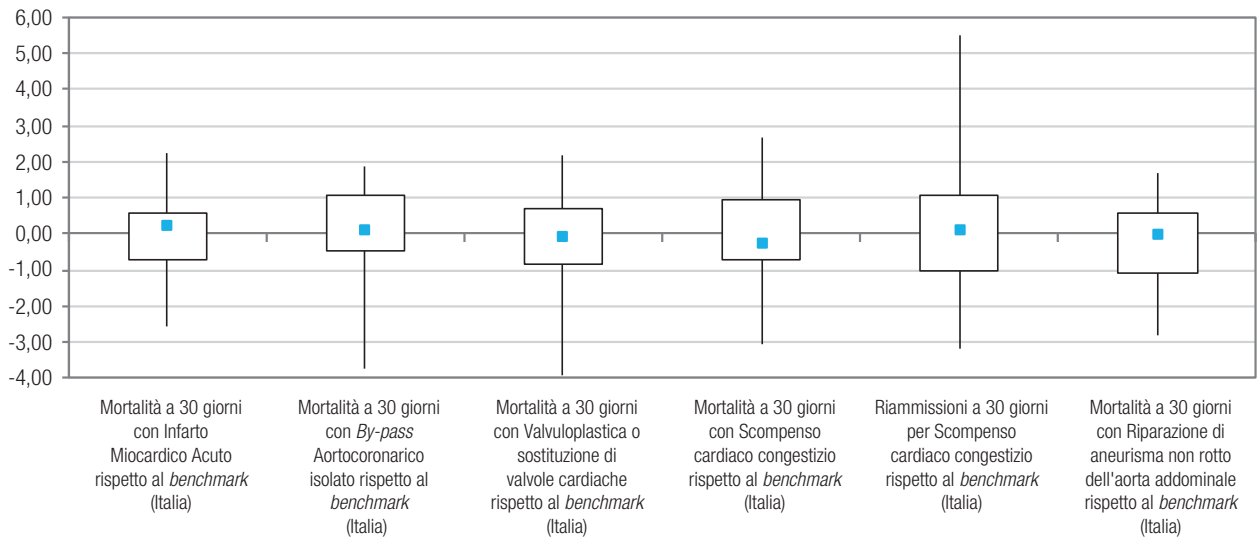
Aggregando a livello regionale si perdono informazioni importanti, ma se ne trae una indicazione che può essere letta in termini di qualità che il paziente può mediamente attendersi nel suo luogo di residenza.

Per la mortalità a 30 giorni per by-pass aortocoronarico e per la sostituzione di valvole cardiache la variabilità è limitata; ma nel primo caso si evidenzia una distribuzione asimmetrica, con alcune realtà che hanno una mortalità media significativamente maggiore dell'atteso.

La maggiore variabilità si riscontra per le riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio e, ancor di più, per la mortalità a 30 giorni per le riparazioni di aneurismi non rotti dell'aorta addominale; anche in questo ultimo caso si evidenzia una distribuzione asimmetrica, con alcune realtà che hanno una mortalità media significativamente maggiore dell'atteso.

Come per gli indicatori di appropriatezza, si evidenzia la necessità di un quadro organico di interventi tesi a comprendere e, nel caso, eliminare le situazioni di maggiore criticità; la disponibilità di un monitoraggio continuo, come quello garantito dal PNE, è certamente condizione necessaria per la promozione di un miglioramento degli esiti; ma non può esserne anche condizione sufficiente, in quanto dovrebbe essere posto in relazione con un adeguato sistema di accreditamento di eccellenza.

Figura 6.12. Esiti ospedalieri medi regionali per patologie cardiovascolari, Scostamento dal valore medio nazionale. Anno 2016



Nota: il valore in azzurro è la mediana, il rettangolo indica la variazione fra il primo e il terzo quartile, mentre i segmenti (i "baffi") forniscono il valore minimo e massimo.
Fonte: elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti – © C.R.E.A. Sanità

6.4. Il profilo delle dimissioni e la presa in carico del "territorio"

Come sopra argomentato, il processo di deospedalizzazione è ormai in uno stato molto avanzato, e dovrebbe quindi essere visibile il parallelo e corrispondente rafforzamento dell'assistenza primaria.

Rimandando ai Capitoli che affrontano il tema nello specifico, si è voluto qui indagare la questione della continuità fra ospedale e territorio della presa in carico: a tal fine, si sono analizzate le dimissioni ospedaliere in funzione dei luoghi/regimi assistenziali in cui si svolge il proseguimento del percorso di cura.

In particolare, si è analizzata la modalità di presa in carico dei pazienti (vivi) che, dopo il ricovero, non tornano direttamente al domicilio.

La Figura 6.13. permette di apprezzare la quota di pazienti che alla dimissione sono presi in carico da regimi assistenziali intermedi e "primari", e la relativa variazione nel tempo.

La quota di pazienti che viene presa in carico dai servizi dell'assistenza intermedia e primaria è fortemente variabile: a fronte di una media in Italia del 4,8% di pazienti vivi dimessi non a domicilio, ad un estremo troviamo le PP.AA. di Bolzano e di Trento che utilizzano tale opzione in oltre il 10% dei casi (rispettivamente il 12,2% e l'11,3%); all'altro troviamo la Campania (1,1%).

In generale si registra un netto gradiente Sud-Nord (solo Abruzzo e Basilicata fra le Regioni meridionali superano il 4% di pazienti vivi dimessi non a domicilio).

Sembra evidente (si vedano i Capitoli 7 e 11 sulla assistenza residenziale e domiciliare) che la modalità di dimissione è fortemente condizionata dall'offerta di assistenza intermedia e primaria.

Ne segue che anche la scelta fra le varie alternative è fortemente variabile e, presumibilmente, slegata da effettive differenze epidemiologiche e/o di bisogno.

La dimissione in riabilitazione rappresenta una opzione utilizzata in modo abbastanza omogeneo a livello regionale, con l'eccezione (in particolare) di Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche e Basilicata, dove appare essere una opzione residuale. Di contro è la soluzione "preferita" in Lombardia (Figura 6.14.).

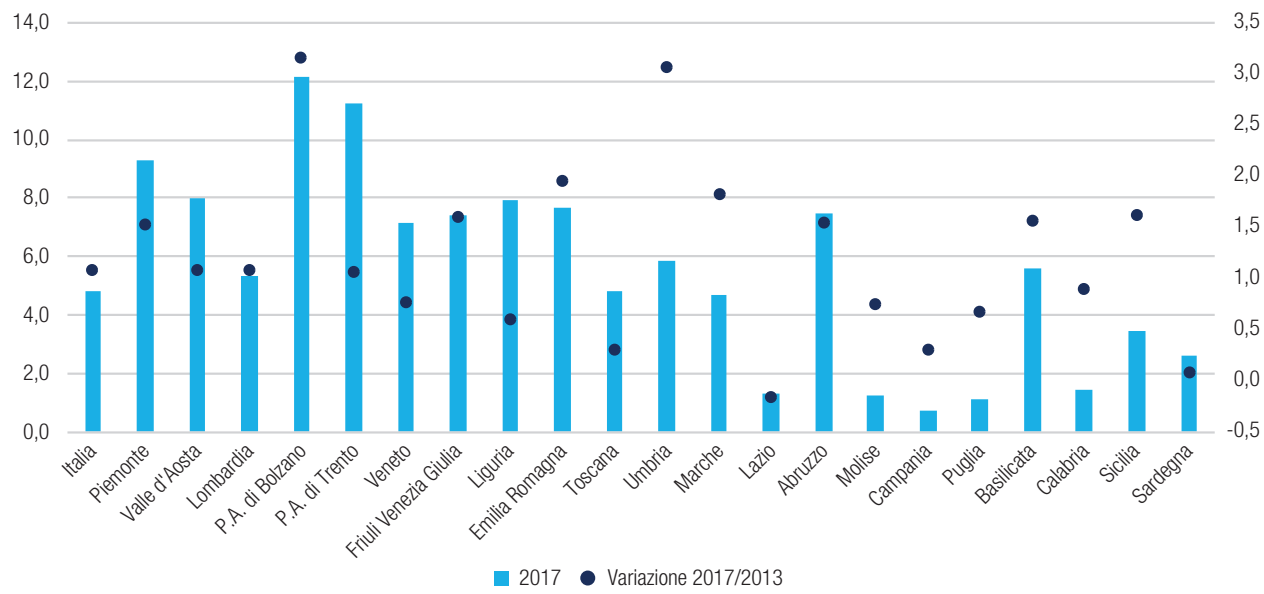
Appare altresì degno di nota il forte ricorso alla dimissione protetta o alla ospedalizzazione domiciliare in Basilicata e, a seguire, in Umbria.

La scelta di elezione in Friuli Venezia Giulia, ma anche in Liguria e nelle Marche, sembra invece essere il ricovero in strutture residenziali.

Il maggior ricorso relativo all'ADI è quello che si registra nel Sud e Isole, con un incremento tra il 2017 ed il 2013 del +84,4%).

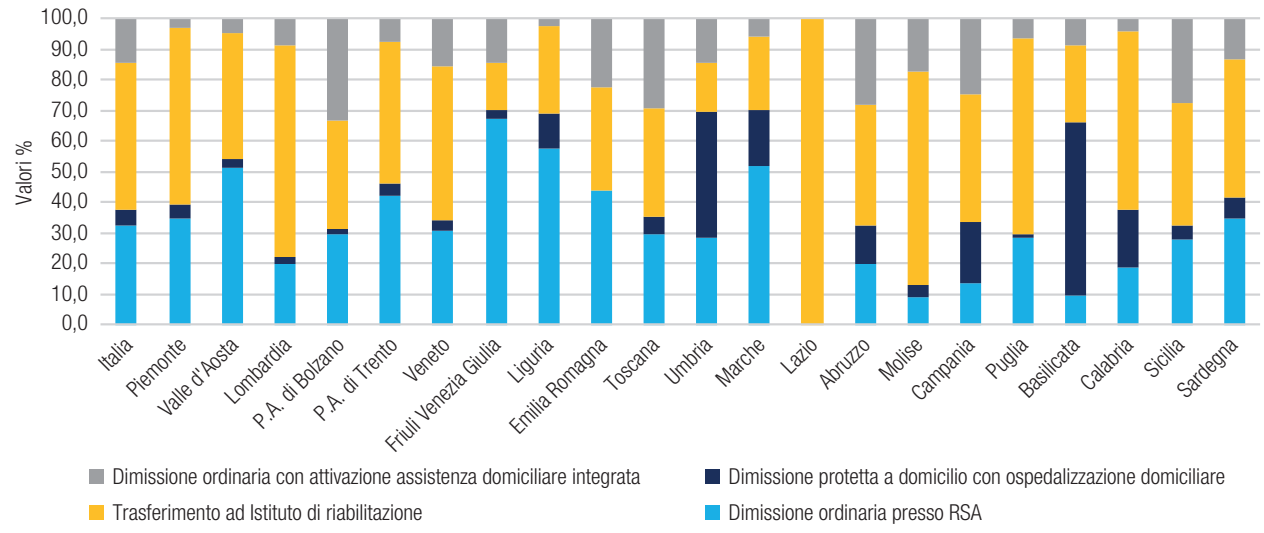
Tutte le forme di dimissione (non a domicilio) sono comunque in crescita; l'eccezione riguarda la dimissione protetta che diminuisce a livello nazionale. Dal confronto per ripartizioni emerge che la dimissione protetta cresce nettamente nel Nord-Est (+95,3%) e nel Nord-Ovest (+39,4%) e diminuisce nel Centro e nel Sud e Isole (rispettivamente -27,2% e -19,1%).

Figura 6.13. Dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio. Anno 2017



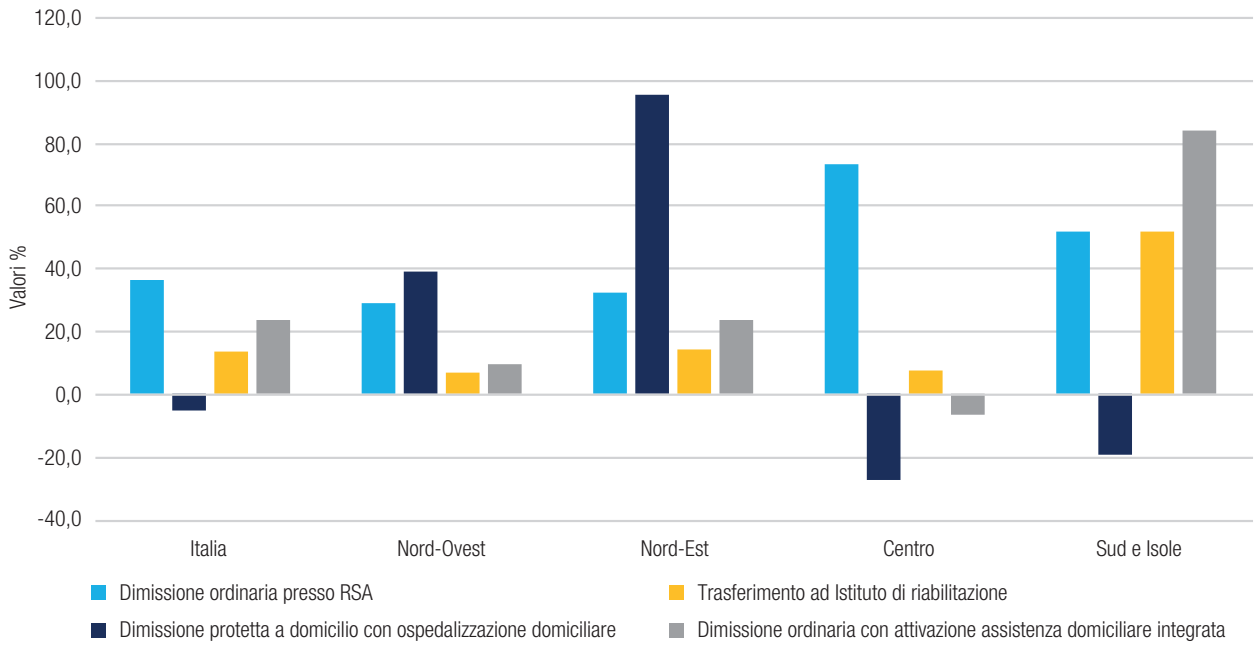
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute – © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.14. Distribuzione dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia. Anno 2017



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

Figura 6.15. Distribuzione per tipologia dei dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio. Variazione 2017/2013



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

Di contro, cresce nettamente il ricorso alle dimissioni in strutture residenziali in tutto il Paese ed in particolare nel Centro Italia (+73,4%).

Aumenti significativi nella dimissione in riabilitazione si osservano nel Sud e Isole (+51,8%).

Infine, aumenta il ricorso all'ADI in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Centro Italia (-6,4%) (Figura 6.15.).

La scelta per la continuità ospedale-territorio è quindi ancora condizionata dall'offerta; la variabilità regionale non sembra poter dipendere da specificità epidemiologiche e/o sociali, confermando che i modelli di assistenza primaria (e intermedia) regionali effettivamente in atto sono fortemente difformi e non sembra intravedersi una tendenza alla convergenza: probabilmente, manca proprio un modello di assistenza primaria basato sull'evidenza.

6.6. Conclusioni

Volendo sintetizzare le evidenze raccolte sull'evoluzione del settore dell'assistenza ospedaliera, possiamo per punti affermare che:

- il processo di deospedalizzazione in Italia è ormai molto avanzato, come confermato dal fatto che registriamo il tasso di ospedalizzazione in acuzie più basso in EU
- la dimensione del fenomeno sopra citato è rilevante, tanto da avere permesso di più che compensare l'impatto dell'invecchiamento
- se il processo di razionalizzazione quantitativa del settore risulta sostanzialmente compiuto, quello di promozione di livelli di maggiore appropriatezza e qualità, pur in corso, è ancora lungi da essere completato
- l'appropriatezza regionale, misurata in termini di strutture adempienti ai criteri ex D.M. n. 70/2015, nonché in termini di quote di interventi eseguiti in strutture adempienti, rimane molto variabile, e su livelli insufficienti
- analogamente, è significativa la quota di Regioni che presentano strutture con esiti non adeguati (abbiamo analizzato l'area cardiovascolare), ovvero anomali rispetto alla media nazionale
- i due punti precedenti pongono con forza l'esigenza di sviluppare una riflessione sulla cogenza delle politiche di programmazione che non pre-

vedono incentivi/disincentivi capaci di promuovere il cambiamento e quindi il miglioramento della *performance*
- la generalizzazione di un processo di accreditamento di eccellenza delle strutture sembra non essere più procrastinabile
- si evince, ancora, che stenta a consolidarsi un modello di continuità fra ospedale e assistenza intermedia e primaria: i dimessi vivi non a domicilio, incidono in modo difforme regionalmente, e presumibilmente sono indirizzati alle varie alternative, in funzione dell'offerte disponibile, più che dei loro reali bisogni
- infine, quanto sopra sembra dimostrare che non sembra determinarsi una convergenza verso un modello di assistenza primaria basato sulle evidenze.

Riferimenti bibliografici

1. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (anni vari), *Programma Nazionale Esiti*
2. Ministero della Salute (anni vari), *Schede di Dimissione Ospedaliera*
3. OECD (2019), OECD.Stat

ENGLISH SUMMARY

Hospital care

Chapter 6 analyses the evolution of hospital care in Italy according to 4 dimensions: recourse to hospitalization; quality in terms of appropriateness; quality in terms of outcomes and integration with other forms of care, such as intermediate and primary care.

With specific reference to the first dimension, it emerges that Italy is currently the Eurozone country with the least recourse to hospitals admissions, since it recorded one of the most dynamic rates of de-hospitalisation in absolute terms (103.3 hospitalizations for acute cases per 1,000 inhabitants in 2017, down by 60 percentage points compared to 2000).

It should be noted that the result was achieved despite a fast ageing of the population.

The reduction in hospitalisation, which has certainly entailed a selection of the most severe cases, and the greater incidence of elderly patients, explain the increase in the average length of stay recorded in the period considered (+9.6% in acute case hospitalizations in the 2017/2015 period). The final result, however, is a significant reduction in the total number of hospitalization days for acute cases (-26.7%).

As far as appropriateness is concerned, the process of requalification and enhancement of hospital activity is still underway. Although, on average, there is a progressive improvement, it should be underlined that it occurs at a slow pace and the results recorded are still far from reaching optimal levels.

As is the case with the appropriateness indicators, there has been an overall improvement of the outcome indicators, but also the persistence of situations that require requalification and enhancement interventions and measures.

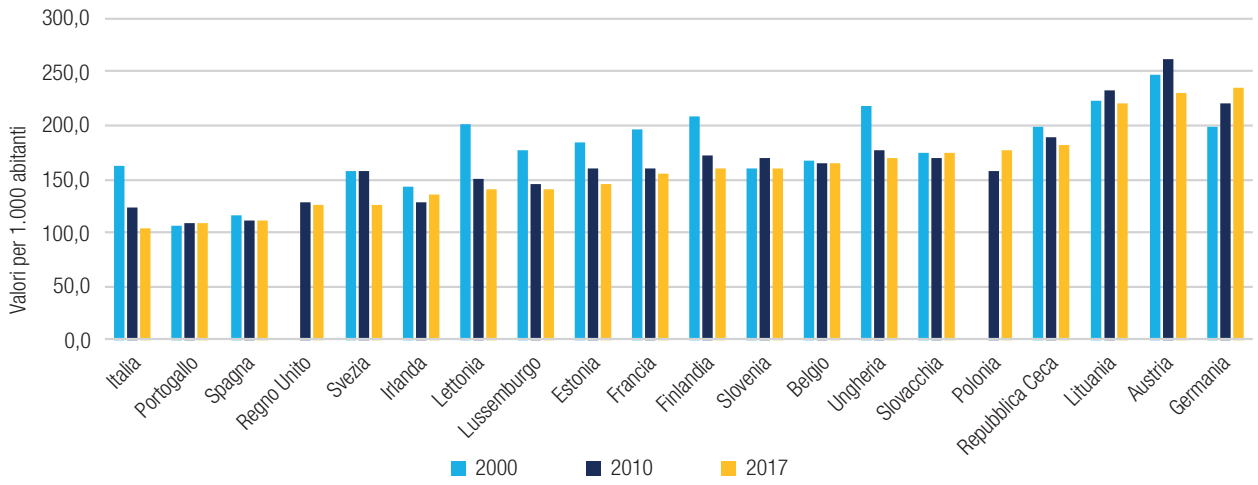
Therefore, the laws that have established minimum quality thresholds result partially ineffective. This evidence should make us reflect on their actual enforcement in the absence of a system of incentives/disincentives capable of promoting change and hence improvement.

Finally, the alternatives for taking care of patients at discharge are still affected by the supply of intermediate and primary care.

In fact, the differences recorded at regional level do not seem to depend on epidemiological and/or social specificities, thus confirming that the regional primary (and intermediate) care models actually in place are very different and do not yet seem to converge.

In short, despite the fact that de-hospitalization requires a strengthening of primary care, an ideal evidence-based model has not been developed yet.

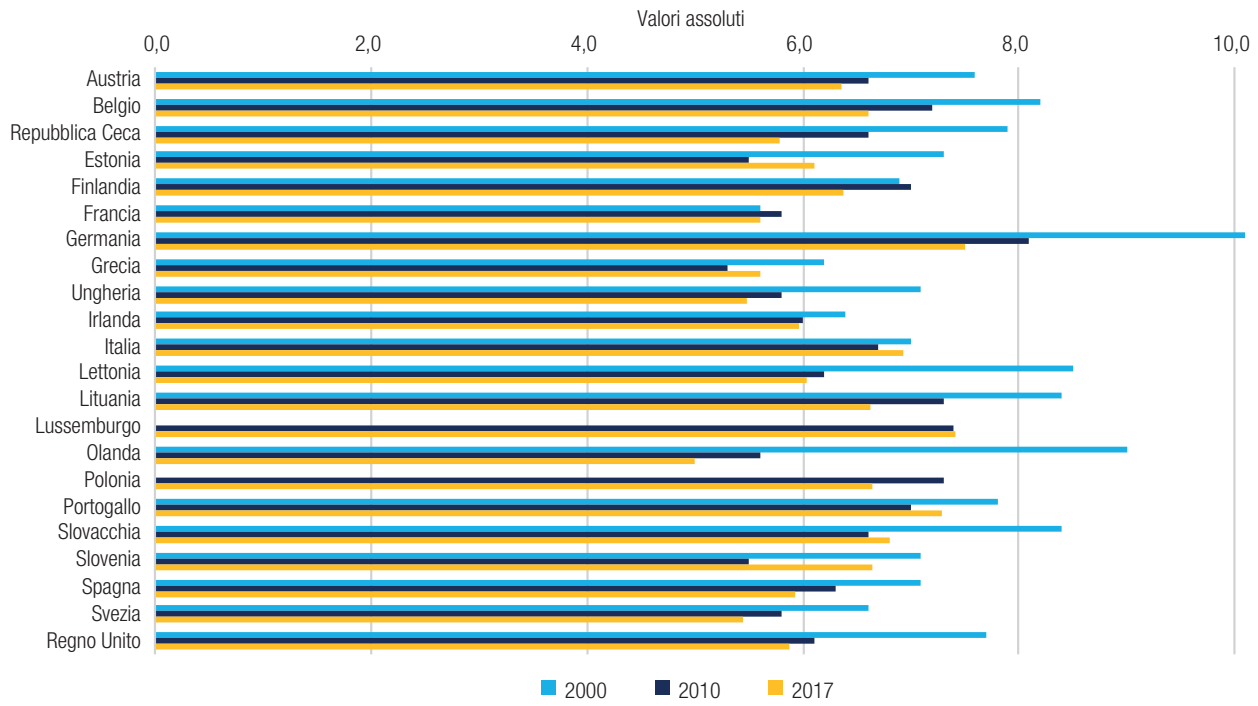
KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie



Fonte: elaborazione su dati OECD, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie italiano è il più basso tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato al 2017, avendo anche registrato la maggiore riduzione a livello europeo rispetto al 2000 (103,3 ricoveri ogni 1.000 abitanti nel 2017, contro 163,3 nel 2000). In Germania, per confronto, il valore è di 234,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti, segue l'Austria con 230,7 ricoveri e la Lituania con 221,0. In tutti i Paesi si è registrata una diminuzione del tasso di ospedalizzazione, tranne in Portogallo, Slovenia, Slovacchia e Germania.

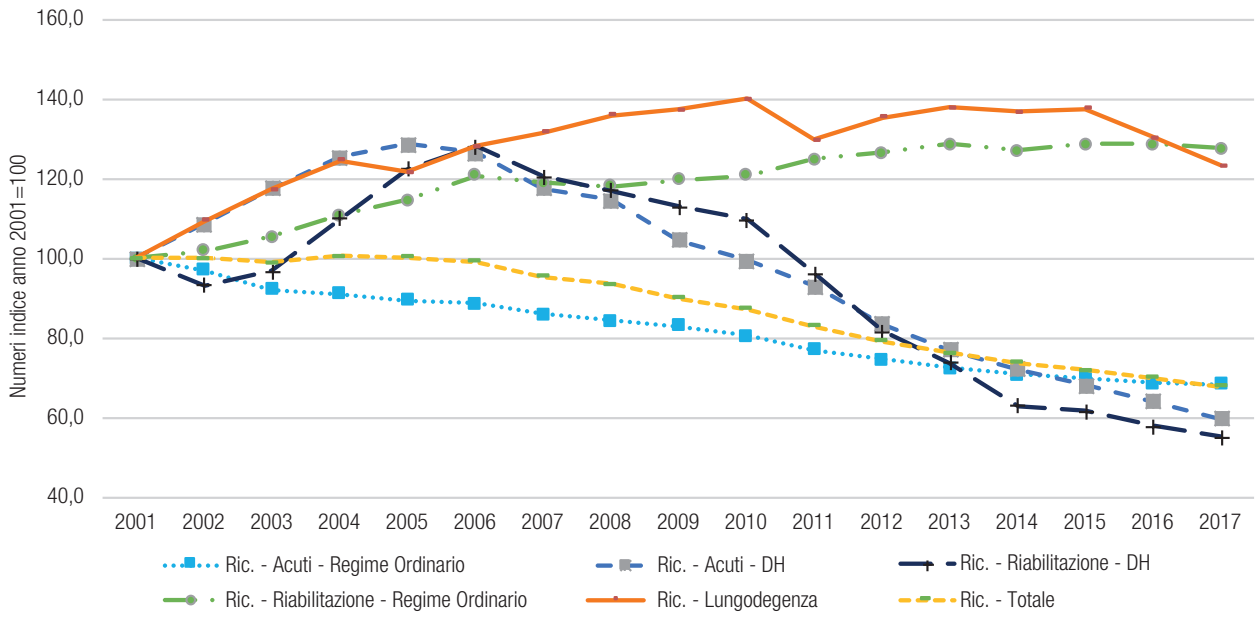
KI 6.2. Degenza media ordinaria in acuzie



Fonte: elaborazione su dati OECD, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La degenza media dei ricoveri ordinari in acuzie, nel 2017, risulta essere piuttosto omogenea tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato. Nel nostro Paese si registra nel 2017 un valore pari a 6,9 giorni, contro i 7,0 del 2000. Rispetto al 2000, la riduzione in Italia è stata mediamente inferiore a quella degli altri Paesi. La degenza media più elevata si registra in Germania (7,5 giorni contro 10,1 del 2000), la più bassa in Olanda (5,0 contro 9,0 del 2000). Negli ultimi 18 anni in tutti i Paesi considerati si è registrato una diminuzione del valore di tale indicatore, tranne in Francia, dove la situazione è rimasta invariata.

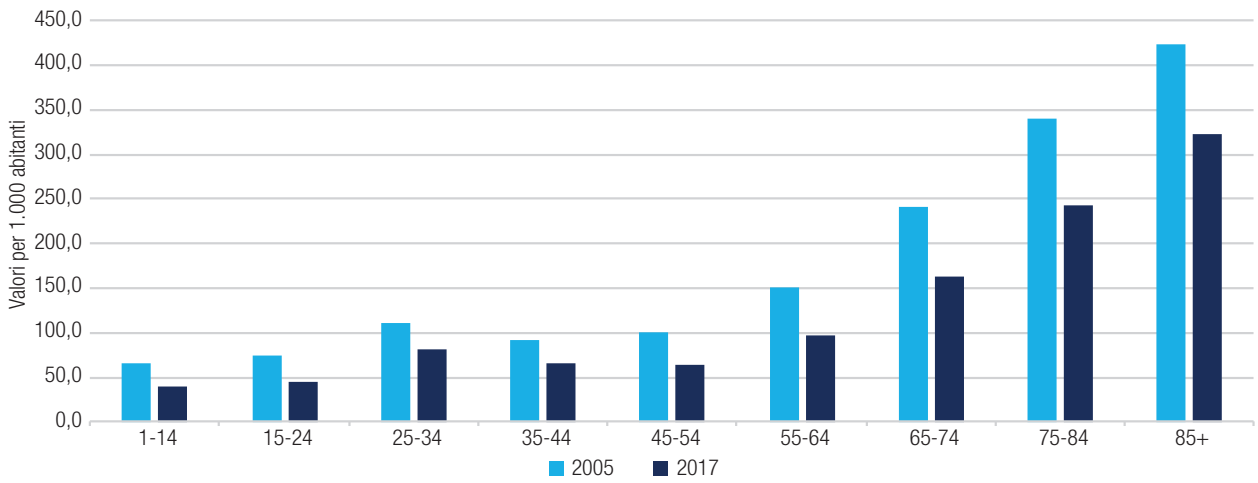
KI 6.3. *Trend* dei ricoveri in Italia



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Dal 2001 al 2017 si è realizzata una contrazione del 31,7% dei ricoveri, pari ad una riduzione media annua del 2,4%: da quasi 12,9 milioni di ricoveri nel 2001 a circa 8,9 milioni nel 2017. La riduzione ha coinvolto tutti i tipi di attività di ricovero, ad eccezione della lungodegenza (+23,2%) e della riabilitazione in regime ordinario (+27,6%). Si sono ridotti in maggior misura i ricoveri diurni in riabilitazione con una variazione media annua del 3,7%, seguiti da quelli in acuto, con una riduzione media annua del 3,2% per il regime diurno e del 2,4% per quello ordinario.

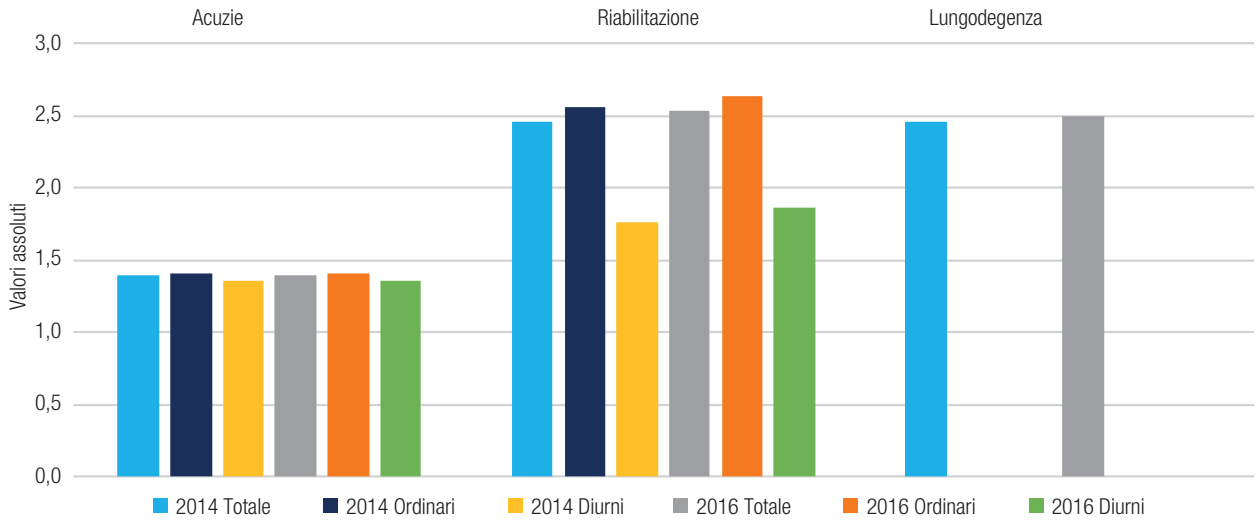
KI 6.4. Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, per età



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 – © C.R.E.A. Sanità

L'incidenza dei ricoveri ordinari in acuzie aumenta con l'età, registrando il suo valore minimo nella fascia di popolazione 1-14 anni (40,4 per 1.000 abitanti) ed il massimo negli *over* 85 (323,4). Il tasso ha registrato una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate. Nell'ultimo decennio la riduzione più rilevante (-40,2%) ha interessato la popolazione più giovane (fino ai 24 anni); per la popolazione più anziana (*over* 85) si è registrata la riduzione più contenuta (-23,5%).

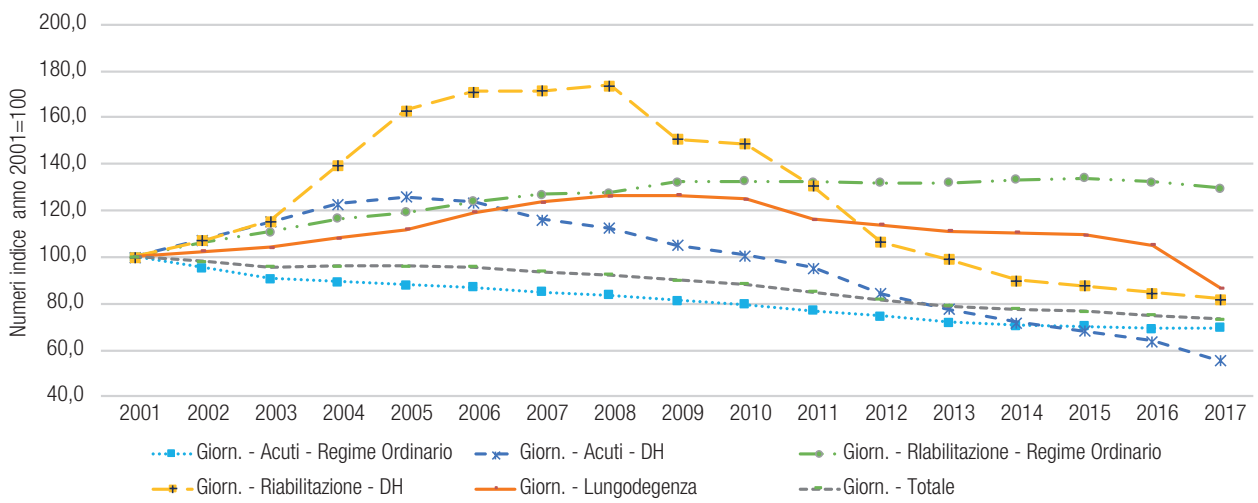
KI 6.5. Ricoveri per paziente



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2018 – © C.R.E.A. Sanità

Nell'ultimo triennio non si registrano variazioni di rilevo nel numero medio di ricoveri annui per paziente: per le acuzie si oscilla da un minimo di 1,2 ad un massimo di 1,5 ricoveri, con un aumento progressivo all'aumentare dell'età. Per la riabilitazione siamo nel range 2,5-2,6 (2,7-2,8 dopo i 65 anni); per la lungogenza si passa da un minimo di 1,0, per la fascia 1-14 anni, ad un massimo di 2,6 negli *over* 75.

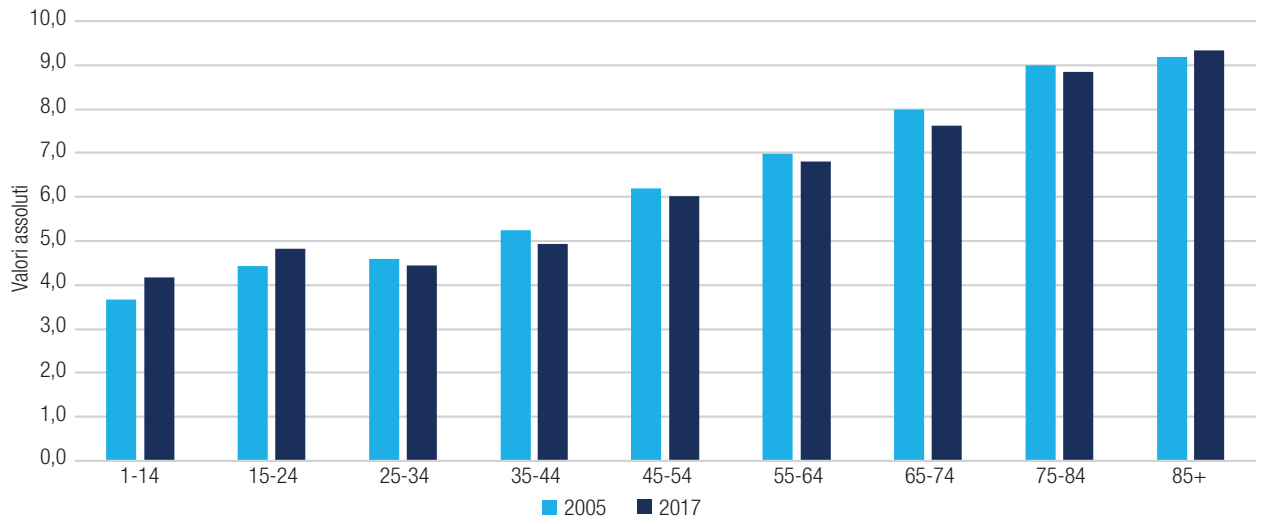
KI 6.6. *Trend* giornate di degenza in Italia



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Dal 2001 al 2017 le giornate di degenza si sono contratte del 30,4%, con una riduzione media annua del 2,2%: in termini assoluti si è passati da circa 80,1 milioni di giornate nel 2001 a circa 58,8 milioni nel 2017. Le giornate in riabilitazione in regime ordinario registrano un aumento medio annuo del +1,6%; nelle restanti tipologie la riduzione passa da un valore massimo del 3,6% annuo per gli accessi diurni in acuzie ad uno minimo del 0,9% per quelli in lungodegenza.

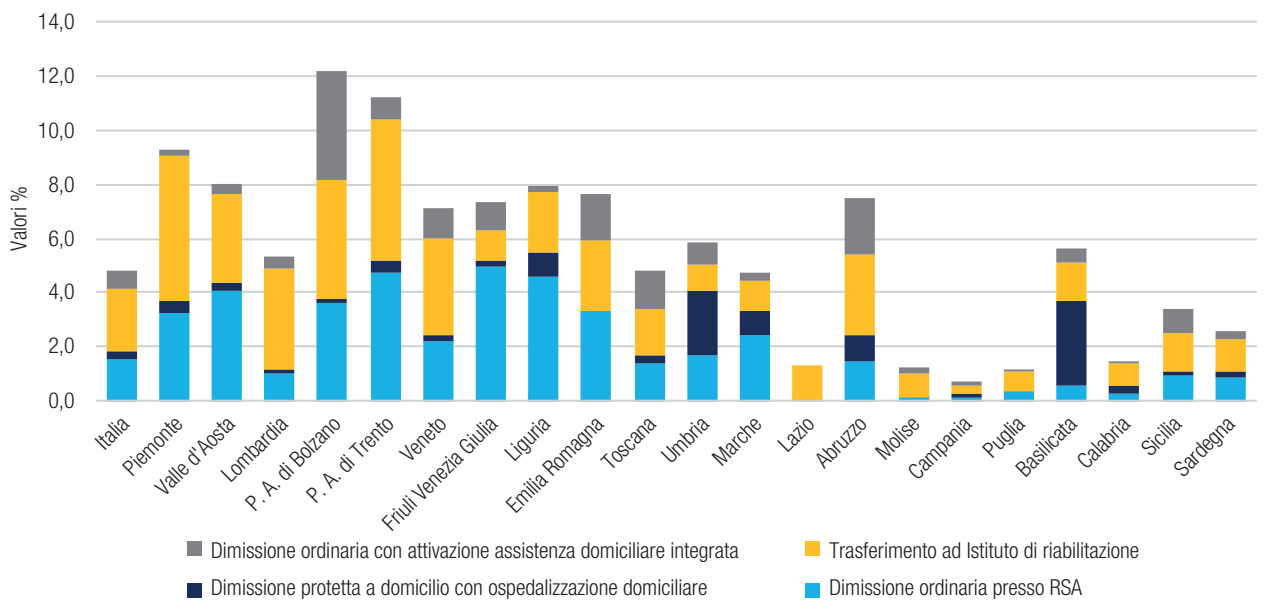
KI 6.7. Degenza media ordinaria in acuzie



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 – © C.R.E.A. Sanità

La degenza media è di 6,9 giornate nella degenza ordinaria in acuzie e 2,6 accessi dei ricoveri diurni; in riabilitazione diventano rispettivamente 25,6 e 15,0; e in lungodegenza 24,6. Nell'ultimo decennio si registra un aumento del +3,0% per i ricoveri ordinari e una riduzione del -5,3% per gli accessi diurni. La degenza media è crescente con l'età e, con riferimento ai soli ricoveri ordinari in acuzie, è aumentata del 3,0%, anche nelle fasce d'età più giovani: +14,1% nella fascia 1-14 anni e +9,4% in quella 15-24 anni. Dai 25 anni in su la degenza media è diminuita, ad eccezione negli *over* 85, dove invece è aumentata (+1,7%).

KI 6.8. Quota pazienti dimessi vivi, per modalità di dimissione. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, il 4,8% dei pazienti dimessi vivi accede a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare integrata. Il Nord-Est arriva al 7,8%, seguito dal Nord Ovest (6,6%), dal Centro (3,3,%) e dal Sud (2,3%). La P. A. di Bolzano risulta essere la realtà più virtuosa, con il 12,2% dei pazienti dimessi in strutture di post acuzie, seguita da quella di Trento con l'11,3%, dal Piemonte (9,3%) e dalla Valle d'Aosta (8,0%); la Campania risulta invece essere la realtà con la minore quota di pazienti dimessi coinvolti in un percorso post acuzie (0,7%), seguita dalla Puglia con l'1,1%.

Assistenza residenziale e semiresidenziale:
la rete di offerta in Italia e in Europa

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 7
Assistenza residenziale e semiresidenziale: la rete di offerta in Italia e in Europa

Giordani C.[1], Spandonaro F.[2]

7.1. Introduzione

Il processo di invecchiamento da tempo in atto nel nostro Paese comporterà inevitabilmente la necessità di dover prendere in carico persone con bisogni sempre più multi-fattoriali; occorrerà dunque potenziare un continuum tra sociale e sanitario, non solo per gli anziani ma anche per le altre categorie più fragili; oltre agli anziani soli, si pensi ai disabili, alle nuove forme di dipendenza e a quelle da sostanze, ai bambini a cui non sono assicurate cure adeguate in famiglia, ai bisogni di integrazione e accoglienza, alla tutela della salute mentale.

L'offerta di assistenza socio-sanitaria e sociale può essere prestata in varie forme e con vari strumenti; in questo capitolo sono stati presi in considerazione, anche tenendo conto degli ultimi aggiornamenti dei dati, i servizi socio-sanitari forniti dalle strutture residenziali e semiresidenziali.

In Italia, l'assistenza residenziale viene prestata in strutture con caratteristiche alberghiere, che ospitano in via temporanea o definitiva le persone che ne hanno necessità; esse possono avere diverse forme e denominazioni, a seconda della Regione di appartenenza: RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), Case di cura, Case di riposo, Case albergo, Comunità alloggio, etc.

Invece, l'assistenza semiresidenziale viene erogata in strutture di tipo diurno (per es. i Centri Diurni) che sostengono persone bisognose in condizioni di parziale autosufficienza.

In questo capitolo si intende analizzare, senza pretesa di esaustività, lo stato dell'arte della rete di offerta dei servizi di assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale, in Italia e nel contesto internazionale, come fornita dai dati, peraltro incompleti, ad oggi disponibili.

Le fonti primarie utilizzate per le analisi presentate di seguito sono:

- per i dati nazionali: Ministero della Salute ("Annuario statistico del SSN"; "Monitoraggio dell'erogazione dei LEA in base alla griglia LEA", www.salute.gov.it); Istat (dati sulla popolazione, www.istat.it);
- per i dati internazionali: OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*), database *on line* su https://stats.oecd.org.

7.2. Fonti, definizioni e metodologia

Con riferimento all'Italia, in assenza di aggiornamenti da parte dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per una analisi ferma al 2015 si veda il 14° Rapporto Sanità), ci si limita ad analizzare la rete di offerta dei servizi socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali, come emerge dai dati recentemente forniti dal Ministero della Salute.

Il D.M. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 17.12.2008, avente ad oggetto la "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali", definisce queste prestazioni come «il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio all'interno di idonee unità

[1] L'autore scrive a titolo personale e non per conto dell'Ente di appartenenza
[2] Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

d'offerta accreditate».

I destinatari di questa tipologia di assistenza sono rappresentati in primis da «…anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o stabilizzazione delle condizioni cliniche…».

Le cure semiresidenziali, in particolare, sono quelle erogate da strutture di accoglienza esclusivamente diurna, con lo scopo di mantenere e potenziare le abilità e le autonomie individuali e alleviare i compiti di cura e assistenza del nucleo familiare.

Attualmente le informazioni sono raccolte dal Ministero della Salute nell'ambito del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale, facente parte del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Nell'"Annuario statistico del SSN" del Ministero della Salute, vengono rilevati, tra gli altri, i dati sulle strutture residenziali[3] e semiresidenziali[4] pubbliche e private accreditate con il SSN; va tenuto conto che:

- è escluso il settore privato non accreditato
- è compresa solo l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, escludendo quindi quella socio-assistenziale
- è compresa sia quella residenziale che quella semiresidenziale
- sono compresi i dati relativi agli *Hospice*
- sono forniti, separatamente, anche i dati relativi agli Istituti di riabilitazione ex art. 26 della Legge (L.) n. 833/1978, ovvero le «…prestazioni dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale e semiresidenziale…».

Per analizzare la situazione a livello internazionale, invece, si attinge al database *on line* di OECD, che contiene dati relativi alla *Long Term Care* (LTC), intesa come «… una gamma di cure mediche e personali, nonché di servizi di assistenza, forniti con l'obiettivo primario di alleviare il dolore e ridurre o gestire il peggioramento dello stato di salute per le persone con un grado di dipendenza a lungo termine, assistendole nella loro cura personale (attraverso l'aiuto per le attività della vita quotidiana, ADL, come mangiare, lavarsi e vestirsi) e aiutarli a vivere in modo indipendente (attraverso l'aiuto per le attività strumentali di vita quotidiana, IADL, come cucinare, fare *shopping* e gestire le finanze…)»[5].

Ai sensi della definizione che precede, le strutture residenziali che forniscono LTC erogano un *mix* di servizi sanitari e sociali, dove i servizi sanitari sono sostanzialmente di tipo infermieristico, in combinazione con i servizi di assistenza personale. Le cure mediche sono molto meno intensive di quelle erogate negli ospedali.

Tra i dati forniti da OECD, vi sono i posti letto (PL) in strutture che forniscono LTC (sono esclusi quelli di lungodegenza negli ospedali e quelli in abitazioni adattate per la LTC).

Esistono differenze rilevanti fra i Paesi: ad esempio per l'Italia il dato coincide con quello del Ministero della Salute, al "netto" degli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978. Per la Germania, ad esempio, sono tutti i posti letto in strutture private; per la Spagna non sono compresi quelli per cure palliative.

Con riferimento, invece, agli ospiti, OECD considera le persone che ricevono LTC in strutture diverse dagli ospedali, escludendo, quindi, quelle che ricevono assistenza da familiari o comunque senza pagare un corrispettivo, nonché quelle che ricevono denaro con specifica destinazione (ad es. coloro che percepiscono indennità di accompagnamento). Analogamente, sono escluse le persone che hanno bisogno esclusivamente di assistenza sociale. Sono, invece, compresi quelli ricoverati in strutture "*hospi-*

[3] Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale, inclusi gli *Hospice* (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative)

[4] Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

[5] Fonte: OECD.Stat, traduzione a cura dell'autrice

tal-like". Sempre per confronto, per la Polonia, ad esempio, sono incluse anche le persone che necessitano solo di assistenza per IADL. Per la Spagna, per la quale si rilevano gli ospiti in strutture per anziani di almeno 65 anni, si include anche il settore privato (così come per il Regno Unito)[6].

Per il nostro Paese, si rileva un errore metodologico perché, contrariamente a quanto avviene per il dato sui posti letto, sono ricompresi anche gli utenti ospitati negli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978.

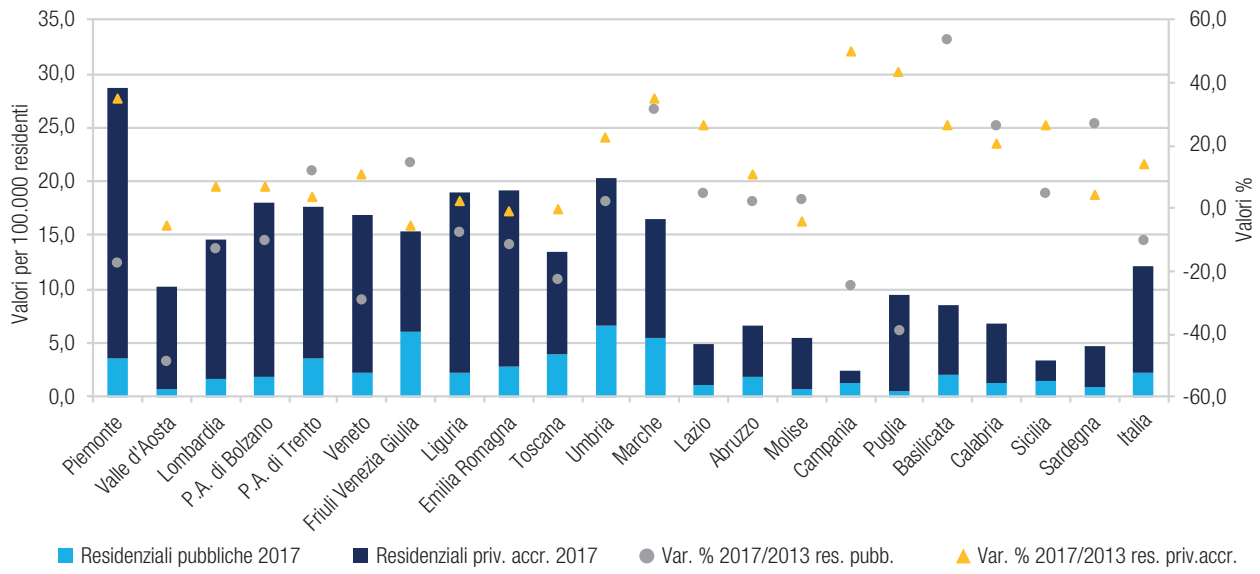
Alla luce di quanto evidenziato, i confronti internazionali vanno, dunque, effettuati con molta cautela.

7.3. La rete di offerta in Italia

Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute[7], nel 2017 sono state censite 7.372 strutture residenziali (erano 6.834 nel 2013); di queste, il 17,7% ha natura pubblica mentre l'82,3% è privata accreditata. Nel 2017, poi, si registrano 3.086 strutture semiresidenziali (2.886 nel 2013) e anche in questo caso prevalgono le strutture private accreditate (68,6%). Per completezza, si evidenzia che nel 2017 sono state censite anche 1.122 strutture di assistenza riabilitativa ex art. 26 L. n. 833/1978 (erano 1.067 nel 2013), in maggioranza private accreditate (77,9%).

Dal punto di vista della distribuzione territoriale, nelle Figura 7.1. e nella Figura 7.2. viene mostrato, rispettivamente, il numero di strutture residenziali e quello di strutture semiresidenziali per 100.000 residenti e la variazione percentuale rispetto al 2013. Pur riconoscendo che si tratta di un indicatore che soffre di un evidente *bias* derivante dalle diverse dimensioni delle strutture, il dato è fornito per completezza di informazione e per delineare il quadro con lo stato dell'arte della rete di offerta.

Figura 7.1. Strutture residenziali pubbliche e private accreditate



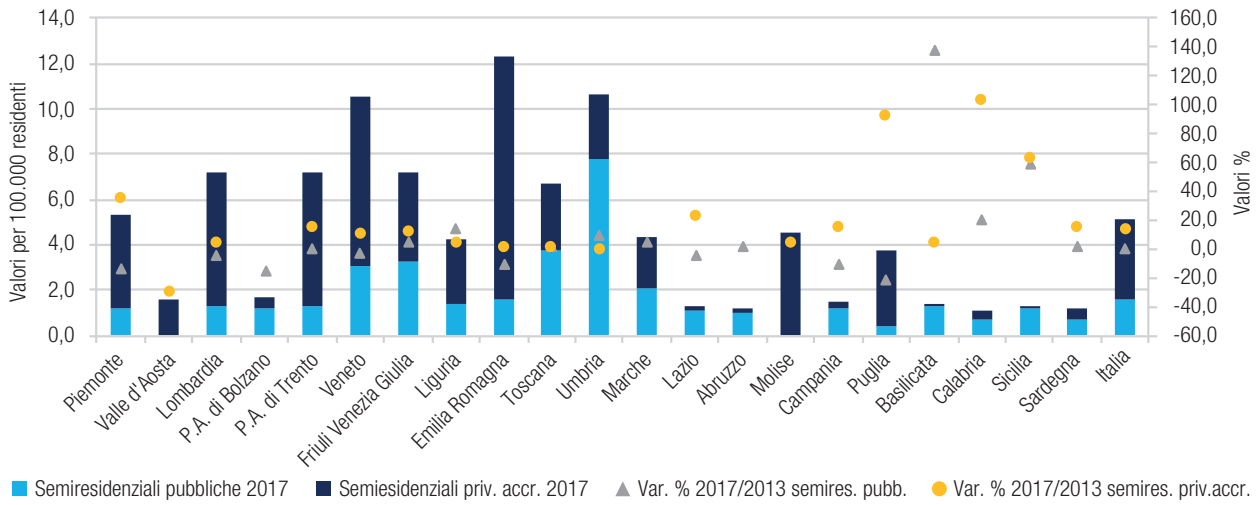
Sono le strutture che offrono assistenza sanitaria e socio-sanitaria: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice* (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale. Esclusi Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

[6] Per maggiori dettagli, si rimanda al sito https://stats.oecd.org/

[7] Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013

Figura 7.2. Strutture semiresidenziali pubbliche e private accreditate



Sono Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale. Esclusi Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978.
Per la Regione Marche il numero delle strutture semiresidenziali private accreditate per 100.000 residenti passa da 0,19 nel 2013 a 2,28 nel 2017, con un incremento (non riportato nel grafico) del +1.083%.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 le strutture residenziali pubbliche a livello nazionale ammontavano a 2,15 per 100.000 residenti[8] (in calo dell'11,2% rispetto al 2013), mentre le private accreditate erano 10,04 per 100.000 residenti (+13,8% rispetto al 2013).

Risulta evidente la variabilità regionale, con un gradiente in generale a favore delle Regioni settentrionali.

Si passa dalle 0,52 strutture pubbliche per 100.000 residenti della Puglia alle 6,67 per 100.000 dell'Umbria. Il valore rispetto al 2013 è in calo in 10 Regioni, di cui 8 del Centro Nord.

Per le strutture residenziali private accreditate si va invece dalle 1,15 strutture per 100.000 abitanti della Campania alle 25,09 del Piemonte. I valori sono per la maggior parte delle Regioni in aumento rispetto al 2013; diminuiscono solo in 5 Regioni, di cui 4 del Centro Nord.

Sempre nel 2017, le strutture semiresidenziali che offrono assistenza sanitaria e socio-sanitaria ammontavano in totale a 3.086, di cui 968 (31,4%) pubbliche e 2.118 (68,6%) private accreditate.

Rapportando i dati a 100.000 residenti, per le strutture semiresidenziali pubbliche il valore medio nazionale è pari a 1,60 (in calo dello 0,3% rispetto al 2013), mentre per le private accreditate ammonta a 3,50 (+11,4% rispetto al 2013).

La variabilità regionale è evidente, con un gradiente in generale a favore delle Regioni settentrionali.

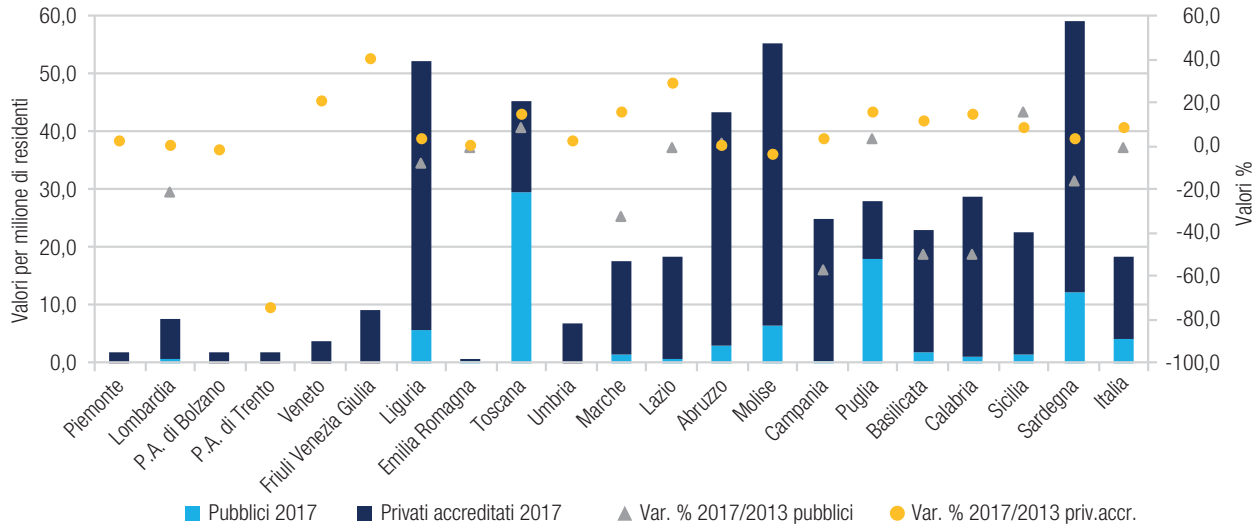
Si passa dalle 0,42 strutture pubbliche per 100.000 residenti della Puglia alle 7,80 per 100.000 dell'Umbria. Il valore rispetto al 2013 è in calo in 9 Regioni, di cui 7 del Centro Nord.

Per le strutture semiresidenziali private accreditate si va invece dalle 0,15 strutture per 100.000 abitanti dell'Abruzzo alle 10,71 dell'Emilia Romagna. I valori sono per la maggior parte delle Regioni in aumento rispetto al 2013; diminuiscono solo in 4 Regioni, tutte del Centro-Nord.

[8] La popolazione utilizzata per elaborare i vari rapporti è quella al 1° gennaio dell'anno successivo all'anno di riferimento per i dati nazionali (per mantenere la coerenza con l'Annuario del Ministero della Salute); per i confronti Europa-Regioni italiane, invece, ci si adegua ai calcoli OECD utilizzando la popolazione media dell'anno

Con riferimento agli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 (figura 7.3.), nel 2017 in Italia se ne contavano 1.122, di cui 248 (22,1%) pubblici e 874 (77,9%) privati accreditati[9].

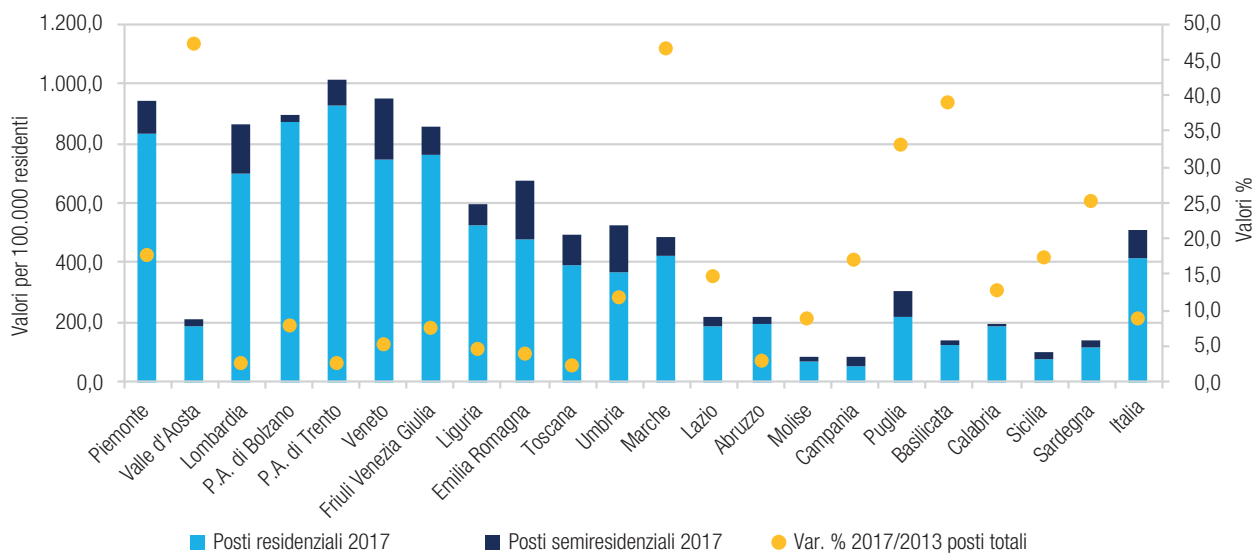
Figura 7.3. Istituti o Centri di riabilitazione (ex art. 26 L. n. 833/1978)



Sono Istituti o Centri che forniscono «prestazioni dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale e semiresidenziale». In Valle d'Aosta non è presente questa tipologia di Istituto.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.4. Posti in strutture residenziali e semiresidenziali, per 100.000 residenti



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

[9] Si evidenzia l'assenza di questa tipologia di Istituto nella Regione Valle d'Aosta

Il numero medio di Istituti pubblici per milione di residenti è pari a 4,1 (stabile rispetto al 2013), mentre per i privati accreditati ammonta a 14,5 (+7,4% rispetto al 2013).

La variabilità regionale è evidente, con un gradiente in generale a favore delle Regioni centro-meridionali, con qualche eccezione (es. Liguria).

Si passa dalle 0,2 strutture pubbliche (per milione di residenti) dell'Emilia Romagna alle 29,4 della Toscana. È pari a 0 in Piemonte, Trento e Bolzano, Veneto, Friuli e Umbria. Il valore rispetto al 2013 cala o resta stabile in quasi tutte le Regioni.

Per i Centri di riabilitazione privati accreditati, invece, si passa dagli 0,7 dell'Emilia Romagna ai 48,6 del Molise. Il valore rispetto al 2013 cala o resta stabile in 6 Regioni, di cui 4 del Nord (le 2 meridionali sono Abruzzo e Molise).

Nel 2017 i posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali (Figura 7.4.) ammontavano a 309.562: 251.701, pari all'81,3%, si trovano nelle strutture residenziali e i restanti 57.861 (18,7%) in quelle semiresidenziali.

Con riferimento alle strutture residenziali, la dotazione media nazionale è pari a 416 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (54 posti letto per 100.000 residenti), il più alto nella P.A. di Trento (929 per 100.000). In generale, i valori sono più alti nelle Regioni settentrionali.

Con riferimento alle strutture semiresidenziali, la dotazione media nazionale è pari a 96 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Calabria (9 posti letto per 100.000 residenti), il più alto in Veneto (201 per 100.000).

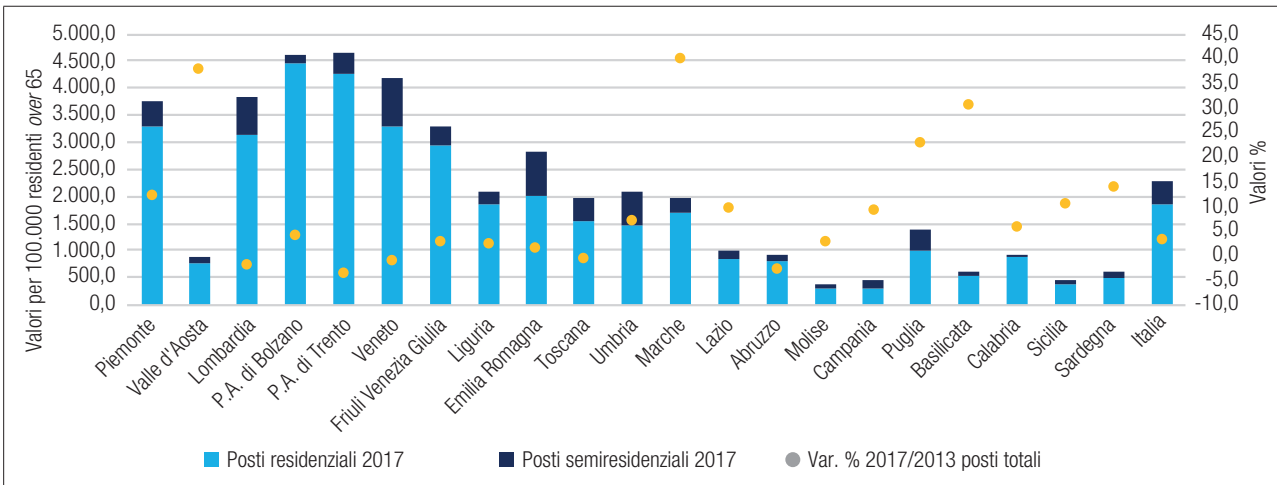
Considerando i posti totali, nel 2017 rispetto al 2013 c'è stato un aumento in tutte le Regioni; in particolare, si segnala il +46,9% registrato in Valle d'Aosta (da 141 a 207 posti in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti).

La grande maggioranza dei posti letto analizzati è riservata all'assistenza per anziani: nella Figura 7.5. si analizzano, quindi, i posti letto rapportandoli alla popolazione anziana (65 anni e più).

Nel 2017 i posti letto per 100.000 anziani in Italia sono pari a 2.269, di cui 1.845 (81,3%) in strutture residenziali e 424 (18,7%) in semiresidenziali. Dal punto di vista della distribuzione regionale dei posti letto residenziali, il valore più basso si registra in Molise (286 letti per 100.000 persone di 65 anni e più), il più alto nella P.A. di Bolzano (4.472 per 100.000 anziani).

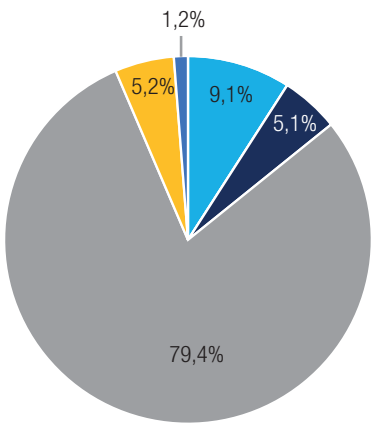
Con riferimento ai posti semiresidenziali, si passa dai 43 posti per 100.000 persone di 65 anni e più della Calabria agli 889 del Veneto. In generale, il gradiente regionale è a favore del settentrione.

Figura 7.5. Posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali, per 100.000 residenti anziani (65 anni e più)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.6. Distribuzione dei posti letto in strutture residenziali, per tipologia di assistenza in Italia. Anno 2017



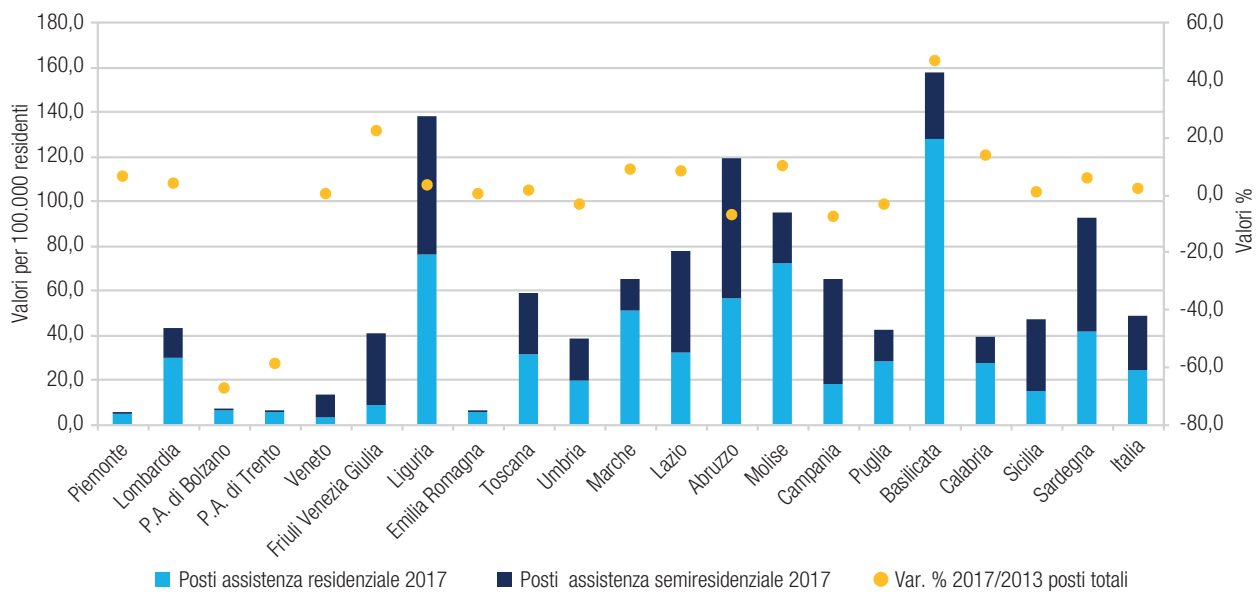
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN – Anno 2017", www.salute.gov.it, ultima interrogazione settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Con riferimento ai posti letto totali, nel periodo 2013-2017 si è registrato un aumento dei posti in quasi tutte le Regioni (il più consistente nelle Marche, +39,7%), tranne che in 5, di cui 4 del Centro-Nord (Lombardia, P.A. di Trento, Veneto e Toscana) più l'Abruzzo.

La Figura 7.6. mostra come nel 2017, a livello nazionale, il 79,4% dei posti letto nelle strutture residenziali sia destinato all'assistenza agli anziani, mentre il restante 20,6% sia distribuito tra letti per assistenza psichiatrica, assistenza ai disabili fisici, ai disabili psichici e ai pazienti terminali (sono compresi i posti letto negli *Hospice*).

Per completezza, nella Figura 7.7. si analizzano i posti letto negli Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978: nel 2017 se ne contavano in totale 29.310; 14.961 (51,0%) erano per l'assistenza residenziale e 14.349 (49,0%) per l'assistenza semiresidenziale. Rapportando il dato alla popolazione (gli utenti sono di tutte le età, compresi i minori), la dotazione media nazionale di posti per assistenza residenziale è pari a 24,7 per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Veneto (3,3 posti per 100.000 residenti), il più alto in Basilicata (127,7 per 100.000).

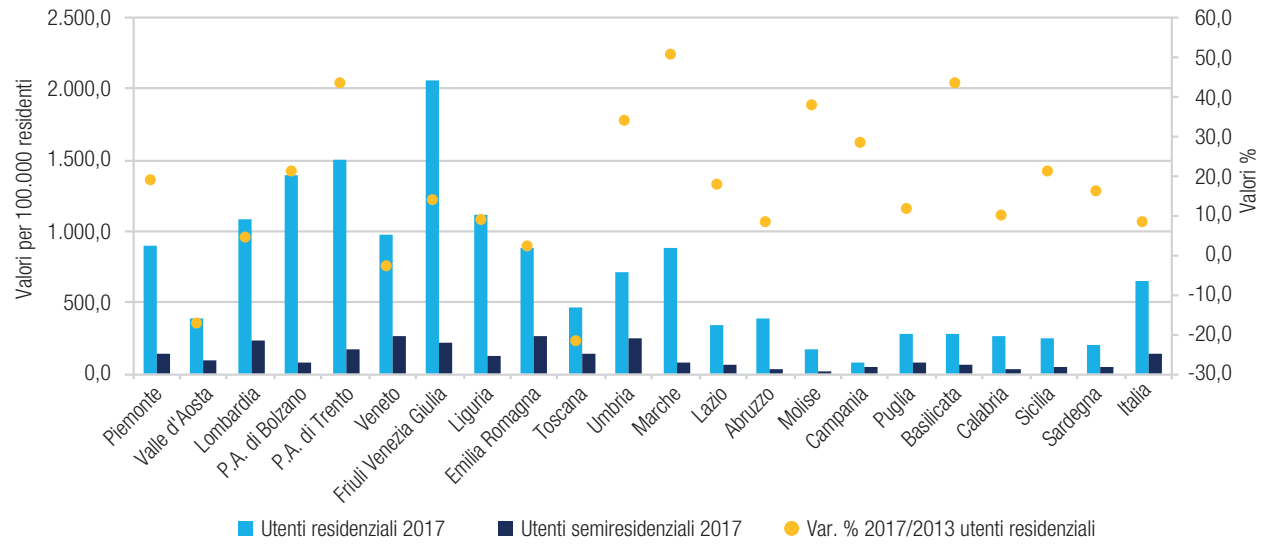
Figura 7.7. Posti letto in Istituti o Centri di riabilitazione (ex art. 26 L. n. 833/1978)



In Valle d'Aosta non è presente questa tipologia di Istituto.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.8. Utenti in strutture residenziali e semiresidenziali, per 100.000 residenti



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Con riferimento ai posti per assistenza semiresidenziale, in Italia il numero medio dei posti è pari a 23,7 per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Emilia Romagna (mediamente 0,3 posti per 100.000 residenti), il più alto in Abruzzo (62,5 per 100.000).

In generale, i valori sono più alti nelle Regioni centro-meridionali, con qualche eccezione (ad es. in Liguria si contano 138,5 posti totali per 100.000).

Considerando i posti totali, dal 2013 al 2017 si registra un aumento nella maggioranza delle Regioni; in particolare, si segnala il +46,1% di aumento in Basilicata (si passa da 108,2 a 158,2 posti per 100.000) e il -68,0% osservato nella P.A. di Bolzano (da 21,3 a 6,8 posti per 100.000 residenti).

La Figura 7.8. mostra come nel 2017 gli utenti che hanno ricevuto assistenza sanitaria e socio-sanitaria nelle strutture residenziali siano stati 397.001, e 84.739 gli assistiti delle strutture semiresidenziali. Rapportando il dato alla popolazione residente, appaiono evidenti le difformità territoriali.

Con riferimento alle strutture residenziali, la media nazionale è pari a 656,4 utenti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (72,4 utenti per 100.000 residenti), il più alto nella Regione Friuli Venezia Giulia (2.058,2 utenti per 100.000 residenti).

Con riferimento alle strutture semiresidenziali, nel 2017 in Italia mediamente gli utenti sono stati 140 per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Molise (24,0 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Emilia Romagna (267,6 per 100.000).

In generale, i valori sono più alti nelle Regioni settentrionali.

Considerando le sole strutture residenziali, nel 2017 rispetto al 2013 c'è stato un aumento del numero di utenti per 100.000 residenti in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Valle d'Aosta, Veneto e Toscana; in particolare, si segnala una variazione del +50,2% registrata nelle Marche (da 591 a 888 utenti per 100.000 residenti).

Rapportando gli utenti alla popolazione anziana (figura 7.9.), nel 2017 in Italia se ne registrano 2.910 (per 100.000) nelle strutture residenziali e 621 in quelle semiresidenziali.

Considerando la distribuzione regionale, la disparità è ragguardevole: gli utenti che usufruiscono di assistenza residenziale vanno dai 392,1 per 100.000 residenti di 65 anni e più registrati in Campania ai 7.933,0 del Friuli Venezia Giulia. La disparità territoriale è notevole anche per gli assistiti in strutture semiresidenziali: si passa dai 99,0 per 100.000 anziani

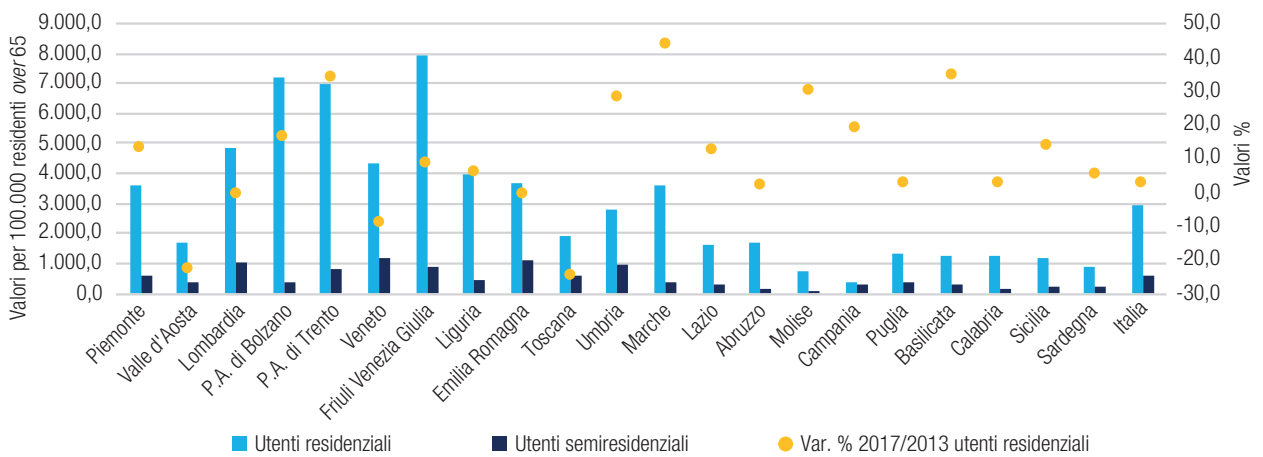
del Molise ai 1.155,6 in Veneto.

In generale, il gradiente geografico mostra una incidenza più elevata di utenti nelle Regioni settentrionali.

Il *trend* temporale per gli utenti delle strutture residenziali mostra un aumento, tra il 2013 e 2017, in quasi tutte le Regioni; le uniche in cui l'incidenza degli utenti diminuisce sono Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana.

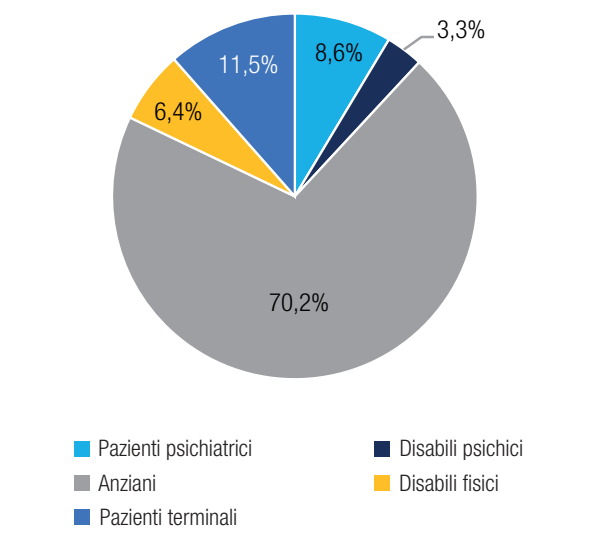
La Figura 7.10. mostra come in Italia, nel 2017, il 70,2% degli utenti delle strutture residenziali sia rappresentato da anziani. Il restante 29,8% è distribuito tra Pazienti psichiatrici, disabili fisici e psichici e pazienti terminali.

Figura 7.9. Utenti in strutture residenziali e semiresidenziali, per 100.000 residenti anziani (65+)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.10. Utenti in strutture residenziali, distribuzione per tipologia in Italia. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN – Anno 2017", www.salute.gov.it, ultima interrogazione settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Gli utenti che hanno usufruito di assistenza residenziale negli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 sono stati 60.090, pari mediamente a 99,3 per 100.000 residenti, mentre quelli che hanno goduto di prestazioni semiresidenziali sono stati 25.070, pari in media a 41,4 per 100.000 residenti (Figura 7.11.).

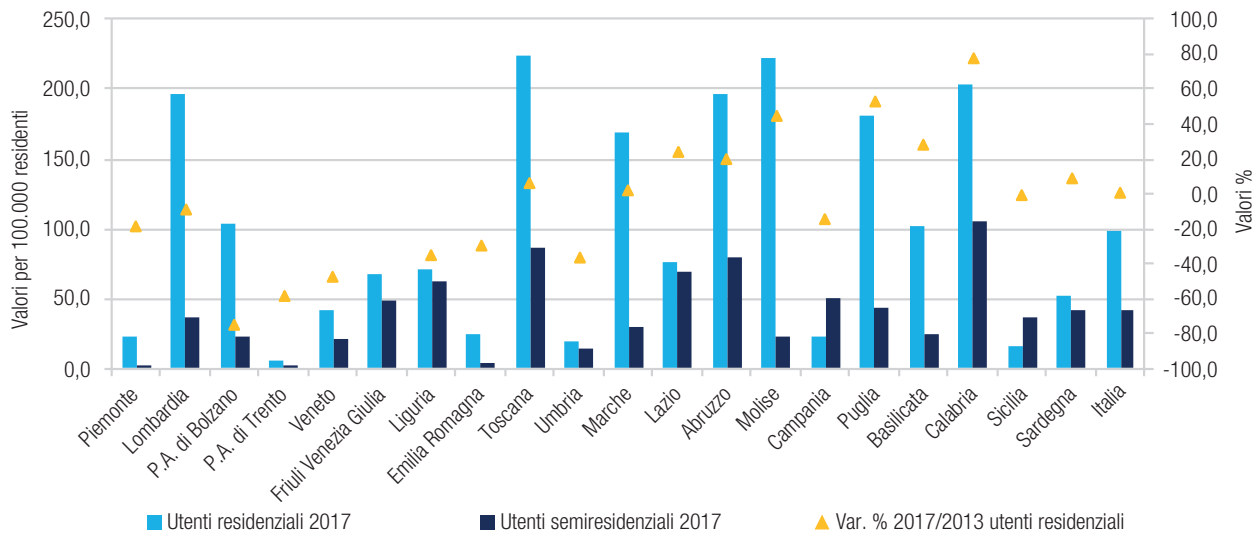
Risulta piuttosto eterogenea la situazione territoriale: con riferimento all'assistenza riabilitativa residenziale, gli utenti passano dai 5,6 per 100.000 residenti della P.A. di Trento ai 223,9 della Toscana; considerando invece le prestazioni semiresidenziali, si va dagli 0,7 utenti in Piemonte e nella P.A. di Trento ai 104,7 della Calabria.

Considerando il periodo 2013-2017 il *trend* degli utenti che hanno usufruito di assistenza riabilitativa residenziale è rimasta stabile a livello nazionale, ma in tutte le Regioni del Nord l'incidenza sui residenti è diminuita, tranne che in Friuli Venezia Giulia, dove si

passa da un numero medio di 3,2 utenti per 100.000 residenti nel 2013 ad uno di 67,3 nel 2017. Nel Centro-Sud solo 3 Regioni hanno registrato un calo (Umbria, Campania e Sicilia), mentre nelle altre l'incidenza degli utenti sui residenti è aumentata.

In base ai dati disponibili (Figura 7.12.), le giornate di assistenza mediamente erogate per utente, nel 2017, in Italia, sono state 193 nelle strutture residenziali (199 nel 2013) e 121 in quelle semiresidenziali (118 nel 2013).

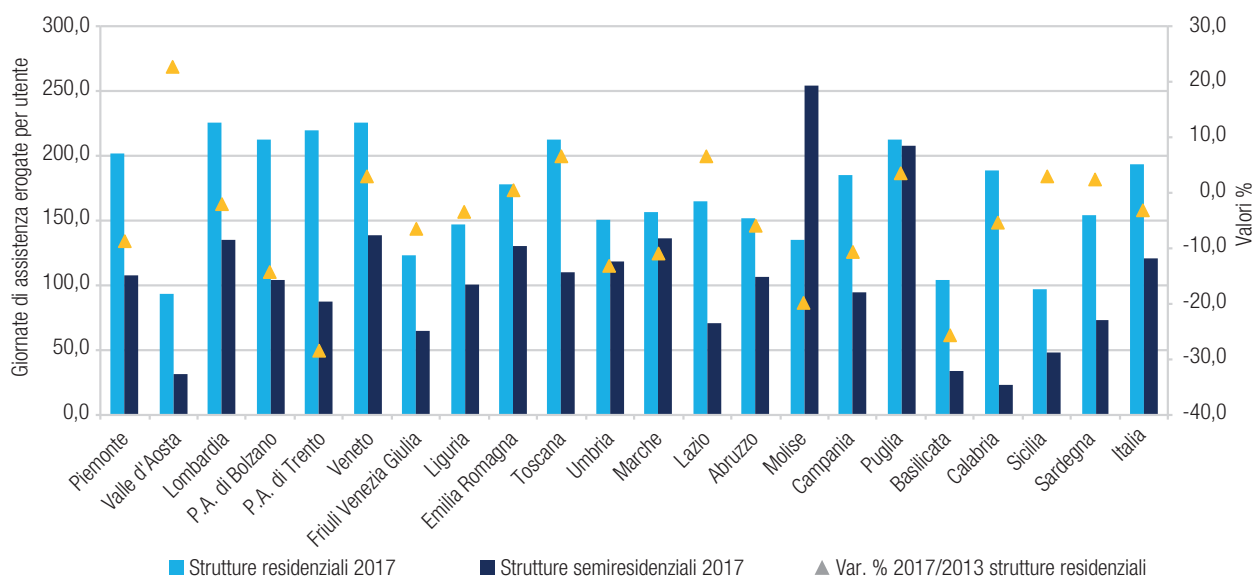
Figura 7.11. Utenti in Istituti o Centri di riabilitazione (ex art. 26 L. n. 833/1978)



In Valle d'Aosta non esiste questa tipologia di Istituto.
In Friuli Venezia Giulia nel periodo 2013-2017 si passa da 3 a 67 utenti di assistenza residenziale in Istituti di riabilitazione per 100.000 residenti, con un aumento del +2.021% (non riportato nel grafico).

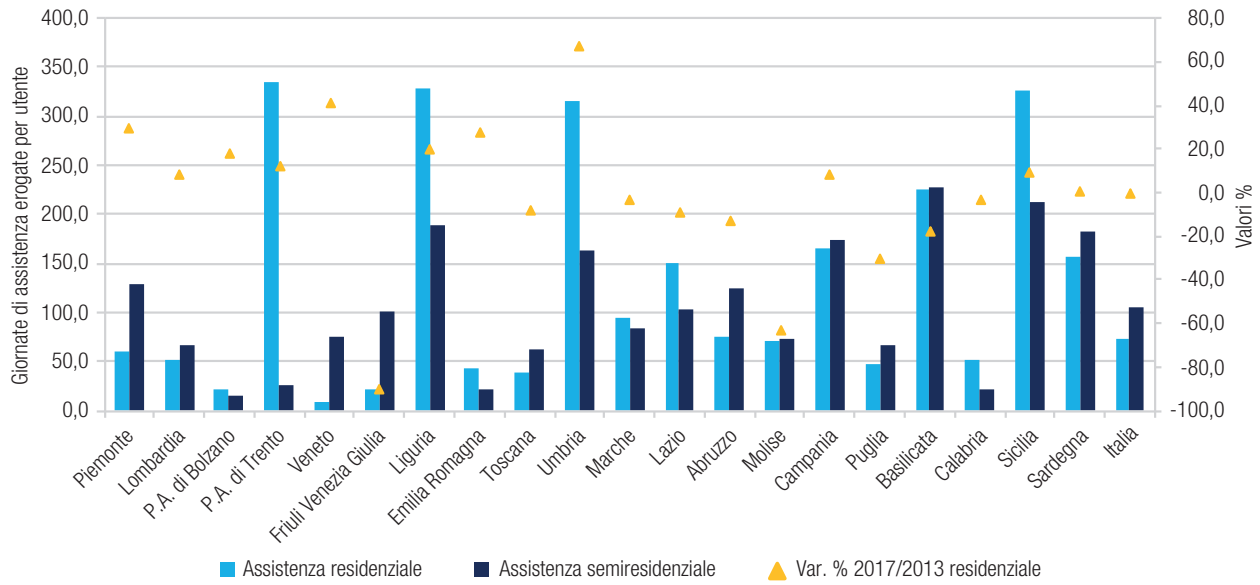
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 – © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.12. Giornate di assistenza per utente erogate in strutture residenziali e semiresidenziali



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it, ultima interrogazione settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.13. Giornate di assistenza erogate per utente in Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978



In Valle d'Aosta non esiste questa tipologia di Istituto.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN", anni 2017 e 2013, www.salute.gov.it, ultima interrogazione settembre 2019
© C.R.E.A. Sanità

Considerando la distribuzione regionale, si passa dalle 94 giornate registrate in Valle d'Aosta alle 225 di Lombardia e Veneto. Nelle strutture semiresidenziali, invece, le giornate per assistito vanno dalle 23 erogate nelle strutture calabresi alle 254 del Molise.

Osservando il *trend* 2013-2017, si segnala che le giornate erogate per utente nelle strutture residenziali sono passate da 76 a 94 in Valle d'Aosta (+22,7%), mentre sono scese da 306 a 220 (-28,3%) nella P.A. di Trento. Le giornate/utente nelle strutture semiresidenziali sono invece passate da 29 a 105 nella P.A. di Bolzano mentre sono scese da 156 a 34 in Basilicata.

Considerando per completezza gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 (Figura 7.13), in Italia, nel 2017 sono state erogate mediamente 73 giornate di assistenza riabilitativa residenziale (dato stabile rispetto al 2013), con una variabilità regionale che va dalle 9 giornate registrate in Veneto alle 335 della P.A. di Trento. Sono state invece erogate mediamente, a livello nazionale, 105 giornate di assistenza riabilitativa semiresidenziale (106 nel 2013), con una forbice territoriale che va dalle 15 prestate negli Istituti della P.A. di Bolzano alle 227 della Basilicata.

Con riferimento al *trend* 2013-2017, si evidenzia che le giornate/utente di assistenza riabilitativa residenziale sono calate da 229 a 23 in Friuli Venezia Giulia, mentre sono aumentate da 189 a 316 in Umbria.

7.4. Il confronto internazionale

In base all'ultimo aggiornamento fornito da OECD (luglio 2019) e ricordando i caveat precedentemente espressi, il numero di posti letto per 1.000 residenti anziani (persone di 65 anni e più), in strutture residenziali che erogano LTC in Europa e, per confronto, nelle Regioni italiane è riportato nella figura 7.14..

Sui 19 Paesi europei di cui si dispone del dato, l'Italia[10] si trova al 17° (terz'ultimo) posto, con 18,6

[10] Il dato per il nostro Paese ha fonte Ministero della Salute, e comprende i soli posti letto nelle strutture residenziali (sono escluse le strutture semiresidenziali e gli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978). La popolazione utilizzata è quella intermedia

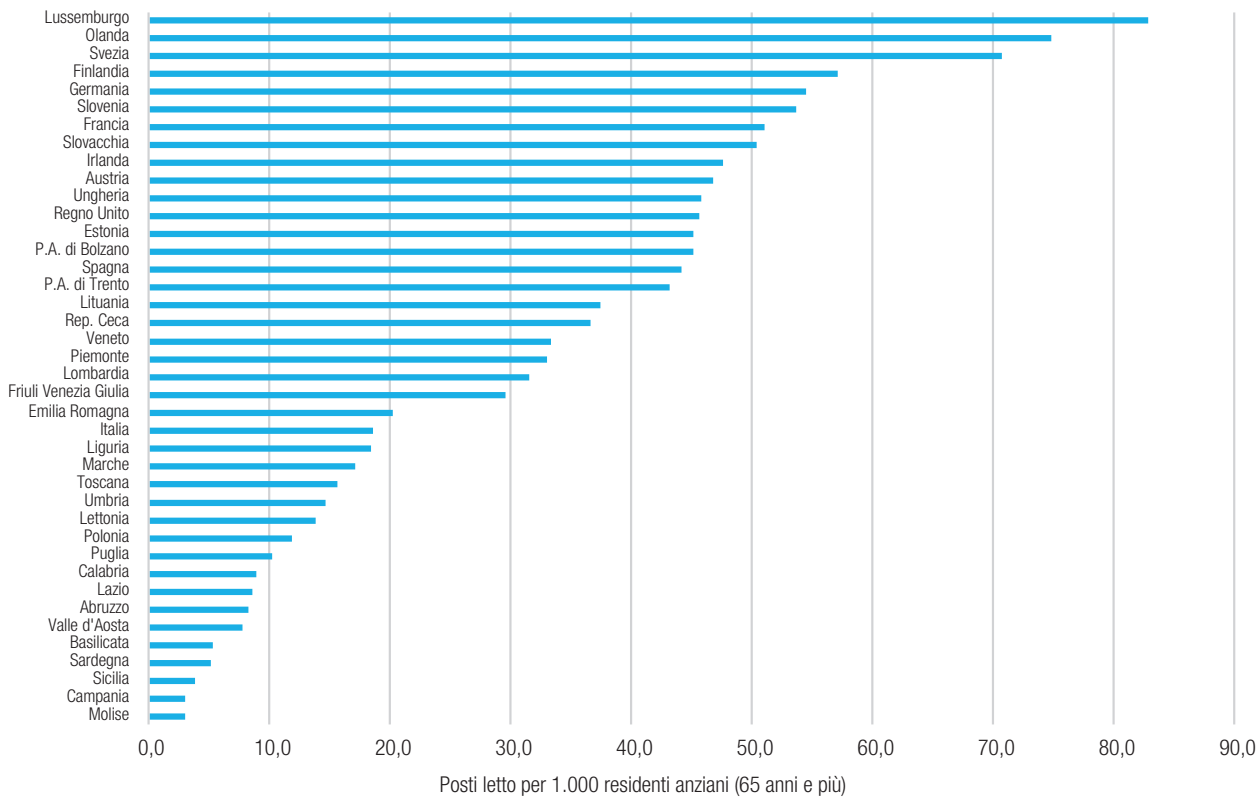
posti letto per 1.000 anziani di 65 anni e più (un valore più basso lo registrano solo Lettonia e Polonia). Il numero maggiore lo registra il Lussemburgo (82,8 posti LTC per 1.000), mentre superano i 50 posti letto anche Slovacchia, Francia, Slovenia, Germania, Finlandia, Svezia e Olanda. Al di sotto, oltre ai 3 Paesi di cui si è già detto, anche Irlanda, Austria, Ungheria, Regno Unito, Estonia, Spagna, Lituania e Repubblica Ceca.

Confrontando i valori dei Paesi europei di cui si dispone del dato con quelli osservati nel territorio italiano, si osserva come ben 10 Regioni registrino, nel 2017, un numero di posti letto per 1.000 anziani inferiore all'ultimo Paese della classifica europea (come detto, la Polonia con 11,8 posti per 1.000): sono la Valle d'Aosta più 9 Regioni del Centro-Sud (Puglia, Calabria, Lazio, Abruzzo, Basilicata, Sardegna, Sicilia, Campania e Molise, fanalino di coda, con soli 2,9 posti letto per 1.000 anziani).

Registrano un valore superiore a quello medio nazionale ma comunque inferiore ai restanti 16 Paesi europei osservati 5 Regioni settentrionali. Solo le PP. AA. di Trento e Bolzano registrano un numero di posti per 1.000 anziani confrontabile con quello di Paesi come Spagna, Estonia, Regno Unito e Ungheria, che si trovano comunque solo nella seconda metà della classifica.

Sul punto si rimanda anche al 14° Rapporto Sanità, nel quale si era mostrato come, pur volendo considerare per l'Italia anche i posti pubblici e privati di strutture residenziali e semiresidenziali (compresi i posti in *Hospice* e quelli di lungodegenza negli ospedali) che erogano assistenza non solo socio-sanitaria ma anche socio-assistenziale, il nostro Paese non arriverebbe neanche a metà della classifica europea.

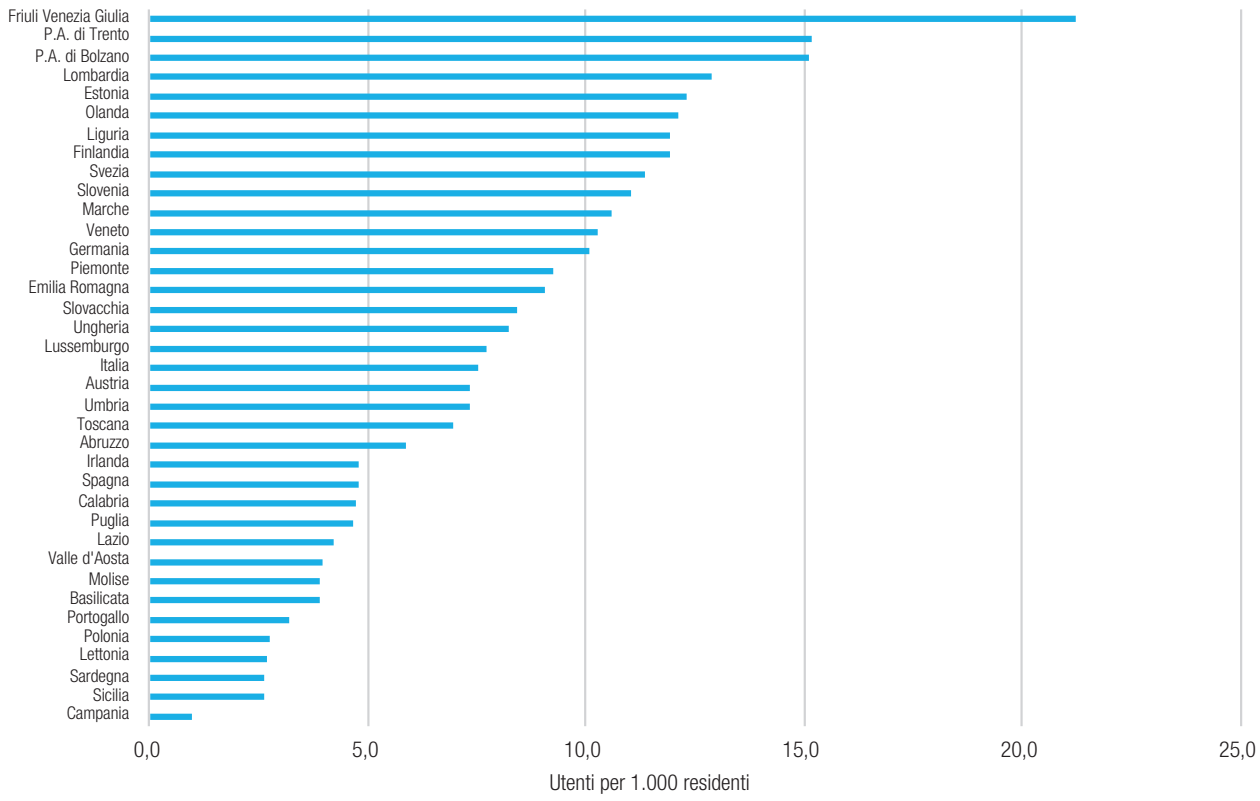
Figura 7.14. Posti letto in strutture residenziali che erogano LTC in Europa e nelle Regioni italiane. Anno 2017



Per Austria e Spagna si segnala una differenza nella metodologia. Il valore 2017 è una previsione per Olanda e Spagna. La popolazione anziana utilizzata da OECD è quella intermedia per l'anno 2017, per cui è stata utilizzata la stessa anche per le Regioni italiane.

Fonte: elaborazione su dati OECD, https://stats.oecd.org, Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN – Anno 2017", www.salute.gov.it, e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.15. Utenti in strutture residenziali che erogano LTC in Europa e nelle Regioni italiane. Anno 2017



Per Olanda e Slovenia, il valore 2017 non è disponibile per cui si riporta il dato 2016, mentre per il Lussemburgo il valore 2017 è una stima.
Per la Polonia si segnala una differenza nella metodologia.
Si segnala un "break in series" per il valore dell'Austria.
La popolazione utilizzata da OECD è quella intermedia per l'anno 2017, per cui è stata utilizzata la stessa anche per le Regioni italiane.

Fonte: elaborazione su dati OECD, https://stats.oecd.org, Ministero della Salute, "Annuario statistico del SSN – Anno 2017", www.salute.gov.it, e Istat, "Popolazione e famiglie", www.istat.it, ultima interrogazione settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto concerne i dati relativi agli assistiti in strutture residenziali che erogano *Long Term Care* in Europa, la figura 7.15. mostra il confronto fra le Regioni italiane e i Paesi EU.

Sui 16 Paesi europei di cui si dispone del dato, l'Italia[11] si trova al 10° posto, con una media di 7,6 utenti LTC per 1.000 residenti. Il numero maggiore lo registra l'Estonia (12,3 utenti per 1.000 residenti), seguita dall'Olanda con 12,1. Superano i 10 utenti per 1.000 residenti anche Finlandia, Svezia, Slovenia e Germania. Registrano un valore più basso di quello italiano Austria, Irlanda, Spagna, Portogallo, Polonia e Lettonia (le ultime due fanalino di coda con 2,7 utenti per 1.000).

Confrontando i valori dei Paesi europei con quelli regionali, si osserva come registrino un numero di utenti LTC per 1.000 residenti superiore al primo Paese della classifica europea (come detto, l'Estonia) 4 Regioni settentrionali: Friuli Venezia Giulia (primo tra tutti con 21,2 utenti per 1.000), PP. AA. di Trento e Bolzano e Lombardia).

Sono invece tre le Regioni, meridionali, in cui il valore dell'indicatore in esame è più basso dei due Paesi europei con il minor numero di utenti LTC: Sar-

[11] Il dato per il nostro Paese ha fonte Ministero della Salute e, contrariamente a quanto accade per i posti letto, comprende sia gli utenti delle strutture residenziali (sono dunque sempre escluse le semiresidenziali) sia quelli che ricevono assistenza riabilitativa residenziale dagli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978). La popolazione utilizzata è quella intermedia

degna, Sicilia e Campania (quest'ultima con un solo utente per 1.000 residenti).

Le altre Regioni si trovano in posizioni intermedie: ad esempio, il dato della Liguria è uguale a quello della Finlandia (11,9) e quello dell'Umbria è pari a quello dell'Austria (7,3); i valori di Veneto e Marche si trovano tra quello della Germania (10,1) e della Slovenia (11,0); i dati registrati in Emilia Romagna e Piemonte si trovano tra quello della Slovacchia (8,4) e quello della Germania; Abruzzo e Toscana hanno un numero di utenti LTC per 1.000 residenti compreso tra quello dell'Irlanda (4,8) e quello dell'Austria (come già detto, 7,3 come l'Umbria). Puglia e Calabria (4,7) hanno un valore simile a Spagna e Irlanda (4,8), e registrano un valore che si trova tra quest'ultimo e quello del Portogallo (3,2) anche Lazio, Valle d'Aosta, Molise e Basilicata.

7.5. Conclusioni

Con una popolazione soggetta ad un rapido processo di invecchiamento, come quella del nostro Paese, inevitabilmente aumenterà il carico di persone non auto-sufficienti e con bisogni multi-fattoriali: non solo anziani, ma anche altre categorie fragili (si pensi ad esempio alle persone con una o più limitazioni funzionali).

Per rispondere a questa esigenza, si deve necessariamente disporre di una offerta adeguata, composta da un *mix* di regimi assistenziali: residenziale e domiciliare ne sono solo due esempi ma non esauriscono certamente la rosa delle possibilità.

Le informazioni sul tema non sono complete né adeguatamente aggiornate. Pur con i limiti che ne derivano, il capitolo ha tentato di fornire, senza pretesa di esaustività e con i caveat più volte espressi, un quadro della rete di offerta residenziale e semiresidenziale nel nostro Paese, nonché una descrizione dell'utenza servita.

L'analisi si è limitata alla assistenza socio-sanitaria (senza considerare quella socio-assistenziale), per la quale sono stati recentemente pubblicati dal Ministero della Salute dati aggiornati.

Le analisi condotte confermano l'esistenza di una forte eterogeneità tra le Regioni, nelle quali convivono situazioni di eccellenza e altre critiche, con un gradiente spesso a sfavore del meridione. In molti casi si registra, comunque, un aumento dell'offerta, e uno spostamento dal pubblico al privato accreditato, con una tendenza alla riduzione delle ancora importanti differenze territoriali.

Nel confronto internazionale si evidenzia però come la rete italiana di offerta di assistenza socio-sanitaria residenziale rimanga ampiamente insufficiente:

- l'Italia, con 18,6 posti letto per LTC per 1.000 anziani, si trova al 17° (terz'ultimo) posto su 19 Paesi europei considerati; a livello regionale, 10 registrano un numero di posti inferiore alla peggiore nazione dell'Eurozona (la Polonia, con 11,8 posti per 1.000 anziani); solo le PP. AA. di Trento e Bolzano registrano un numero di posti letto confrontabile con quello di Paesi come Spagna, Estonia, Regno Unito e Ungheria, che si trovano comunque nella seconda metà del *ranking* EU;
- con una media di 7,6 utenti di strutture residenziali che offrono *Long Term Care* per 1.000 residenti, l'Italia è poi al 10° posto (su 16) nel *ranking* EU; di nuovo, tre Regioni italiane, meridionali (Sardegna, Sicilia e Campania), registrano un valore più basso dei Paesi EU (in fondo alla classifica europea si trovano Polonia e Lettonia, con 2,7 utenti per 1.000 residenti). All'altro estremo, 4 Regioni settentrionali (Friuli Venezia Giulia, le PP. AA. di Trento e Bolzano e la Lombardia) performano meglio di tutte le Nazioni EU.

Riferimenti bibliografici

1. Istat (2018), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - anno 2015,* su I.Stat, ultimo accesso settembre 2019
2. Istat (2019), *Popolazione e famiglie*, www.istat.it, ultimo accesso settembre 2019
3. Ministero della Salute (anni vari), D.G. del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, *Annuario*

Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, anni 2013 e 2017, www.salute.gov.it, ultimo accesso settembre 2019
4. Ministero della Salute (2018), *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2017*, www.salute.gov.it, ultimo accesso settembre 2019
5. OECD (2019), *Oecd.Stat,* https://stats.oecd.org, (aggiornamento luglio 2019), ultimo accesso settembre 2019

ENGLISH SUMMARY

Residential and semiresidential care: the supply network in Italy and in Europe

Ageing of population will inevitably entail the need to take care of people with increasingly multi-factor needs. It will therefore be needed to enhance continuity between healthcare and social care services, not only for the elderly people, but also for the other weak groups of people: just think of the disabled people, as well as the new forms of addiction and drug-addiction, children who are not provided adequate care by their families, the needs for integration and care and the protection of mental health.

Health care and social care services can be provided in various forms and with various instruments. Chapter 7 analyses only the healthcare services provided by residential and semi-residential facilities, in Italy and in the EU.

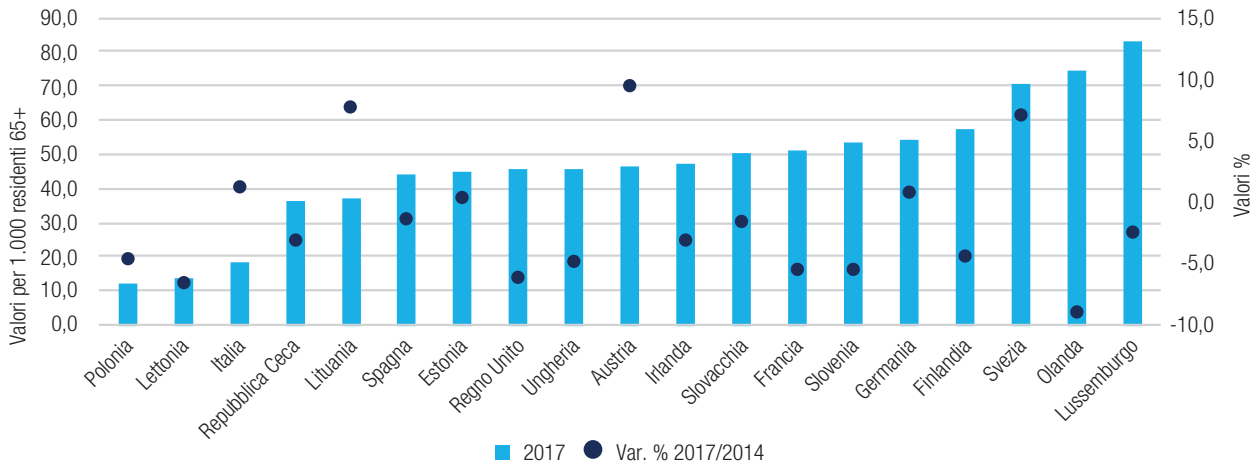
The analyses made, confirm the existence of a strong heterogeneity of services supplied in Italian Regions, where situations of excellence and problematic situations coexist, with a difference often to the detriment of the South.

In general terms, there is an increase in supply and also a shift from the public to the accredited private structures, with a tendency to the reduction of the still significant territorial differences.

The international comparison (based on OECD data on Long Term Care for the year 2017), however, shows that the Italian supply network is still largely insufficient (international data should be read with caution due to methodological differences between countries):

- *with 18.6 beds for LTC per 1,000 elderly people, Italy ranks 17th (the third last country) out of the 19 European countries considered and 10 Italian Regions have fewer beds than the worst-performing country in the Eurozone (Poland, with 11.8 beds per 1,000 elderly people)*
- *with an average of 7.6 recipients of residential facilities providing Long Term Care (LTC) per 1,000 people, Italy ranks 10th (out of 16 countries) in the EU ranking; three Italian Regions in the South record a lower value than the lowest one in the EU (Poland and Latvia are at the bottom of the European ranking with 2.7 recipients for 1,000 people), but there are also 4 Northern Regions (Friuli Venezia Giulia, the Autonomous Provinces of Trento and Bolzano and Lombardia) that perform better than all EU countries.*

KI 7.1. Posti letto in strutture residenziali che erogano *Long Term Care* in Europa

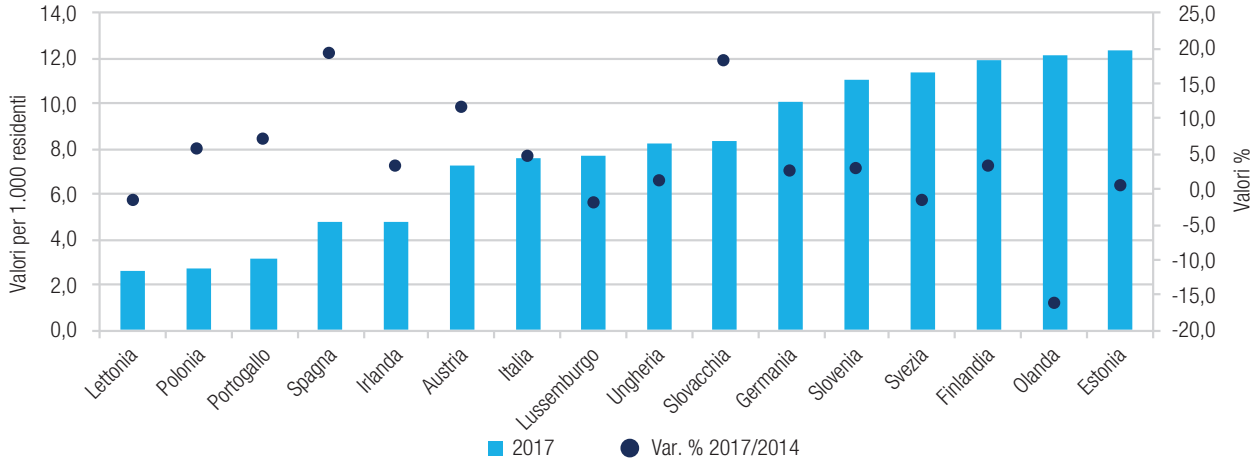


Per la Germania, per il 2014 si utilizza il dato 2013 e per il 2016 si considera il dato 2015. Per Austria e Spagna si segnala una differenza nella metodologia. Per il 2014, si segnala un *"break in series"* per Irlanda, Lettonia, Lussemburgo e Svezia; per il 2017 in Austria. Per l'Olanda e la Spagna, il valore 2017 è una stima.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento 2.7.2019, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, con 18,6 posti letto per 1.000 residenti anziani (65 anni e più), l'Italia è al terz'ultimo posto (17°) in EU (su 19 Paesi considerati) per numero di posti letto in strutture residenziali che forniscono *Long Term Care*. Il valore è in crescita dell'1,1% rispetto al 2014. Il numero maggiore di posti per 1.000 residenti di 65 anni e più nel 2017 si registra in Lussemburgo (82,8), seguito da Olanda e Svezia (al di sopra di 70,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva in Polonia (11,8), seguita dalla Lettonia (13,7). Sono solo 5 i Paesi che registrano un incremento, anche minimo, del valore rispetto al 2014; si segnala il +9,4% dell'Austria, mentre tra i 13 Paesi che registrano una diminuzione del valore si evidenzia il -9,0% dell'Olanda. Vale la pena evidenziare che, in generale, le strutture residenziali che forniscono LTC censite da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) sono quelle che erogano un mix di servizi sanitari e sociali, ma i dati rilevati non sono uniformi per tutti i Paesi (ad es. per l'Italia il dato viene fornito dal Ministero della Salute e riguarda dunque solo strutture che forniscono assistenza sanitaria e socio-sanitaria e non anche socio-assistenziale), per cui i confronti tra Paesi vanno effettuati con cautela.

KI 7.2. Assistiti in strutture residenziali che erogano *Long Term Care* in Europa

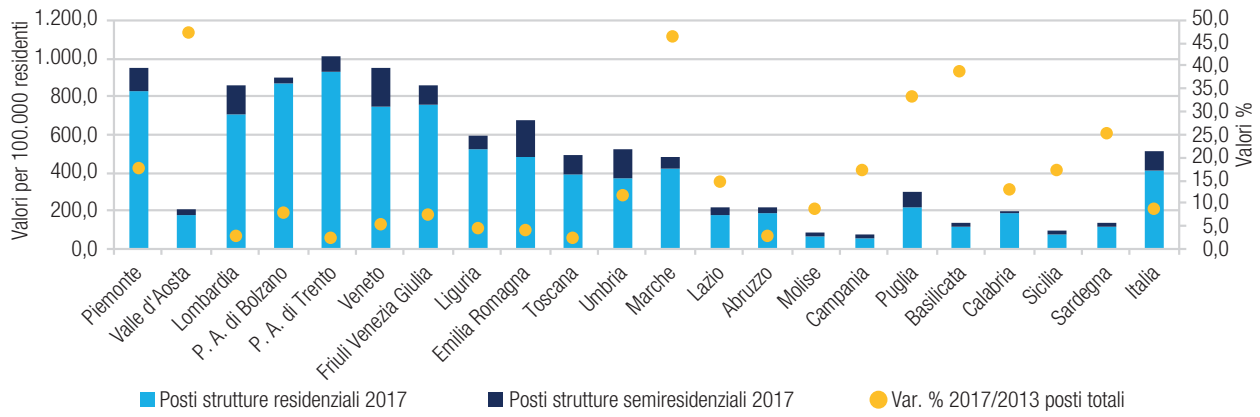


Per Olanda e Slovenia, il valore 2017 non è disponibile per cui si riporta il dato 2016. Per la Polonia si segnala una differenza nella metodologia. Si segnala un *"break in series"* per il valore 2014 della Svezia e il valore 2017 dell'Austria. Per il Lussemburgo, il valore 2017 è una stima.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, https://stats.oecd.org/, aggiornamento 2.7.2019, ultimo accesso settembre 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Con riferimento agli assistiti in strutture residenziali che forniscono *Long Term Care*, l'Italia (2017), con 7,6 assistiti per 1.000 residenti (+4,3% rispetto al 2014), si ferma al 10° posto in EU (sui 16 Paesi di cui si dispone del dato). Il valore più alto lo registra l'Estonia (12,3 per 1.000); segue l'Olanda (12,1). Il valore più basso si osserva in Lettonia e Polonia (2,7 per 1.000). Rispetto al 2014, si evidenziano la crescita del 18,9% del valore della Spagna e la diminuzione del 16,8% registrata in Olanda. Vale la pena evidenziare che, in generale, le strutture residenziali che forniscono LTC censite da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) sono quelle che erogano un *mix* di servizi sanitari e sociali, ma i dati rilevati non sono uniformi per tutti i Paesi (ad es. per l'Italia il dato viene fornito dal Ministero della Salute e riguarda dunque solo strutture che forniscono assistenza sanitaria e socio-sanitaria e non anche socio-assistenziale), per cui i confronti tra Paesi vanno effettuati con cautela.

KI 7.3. Posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali

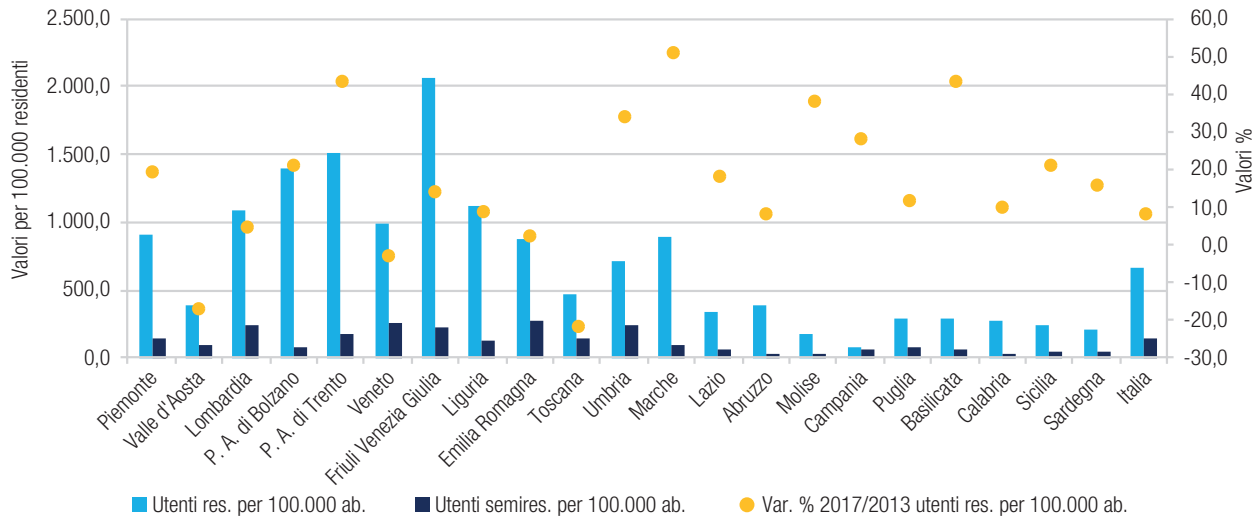


Strutture residenziali: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice* (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale. Strutture semiresidenziali: Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN - Anni 2013 e 2017*, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 i posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali ammontano a 309.562: 251.701, pari all'81,3%, si trovano nelle strutture residenziali e i restanti 57.861 (18,7%) in quelle semiresidenziali. Con riferimento alle strutture residenziali, la dotazione media nazionale è pari a 416 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (54 posti letto per 100.000 residenti), il più alto nella P. A. di Trento (929 per 100.000). In generale, i valori sono più alti nelle Regioni settentrionali. Con riferimento alle strutture semiresidenziali, la dotazione media nazionale è pari a 96 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Calabria (9 posti letto per 100.000 residenti), il più alto in Veneto (201). Considerando i posti totali, nel 2017 rispetto al 2013 c'è stato un aumento in tutte le Regioni; in particolare, si segnala il +46,9% registrato in Valle d'Aosta (da 141 a 207 posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti).

KI 7.4. Utenti in strutture residenziali e semiresidenziali

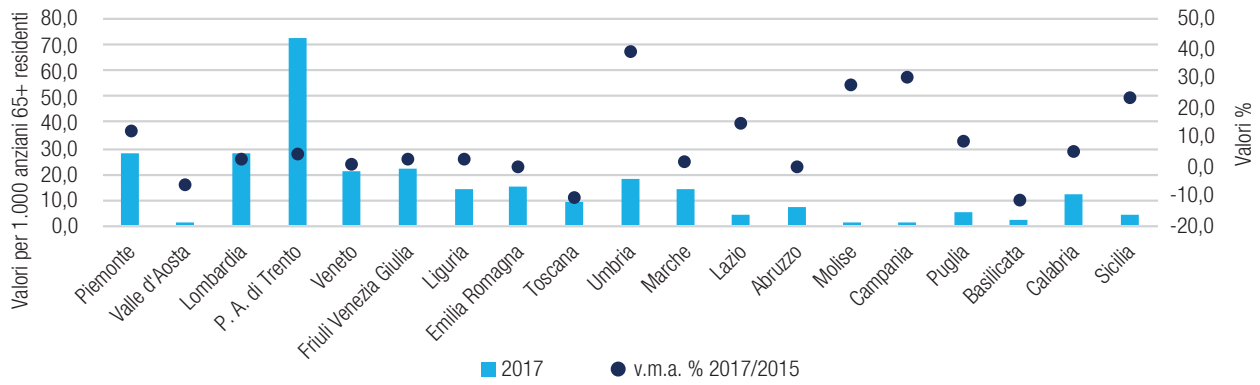


Strutture residenziali: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case protette, *Hospice* (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscano articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale. Strutture semiresidenziali: Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Annuario statistico del SSN - Anni 2013 e 2017*, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, in Italia gli utenti nelle strutture residenziali sono stati 397.001, e 84.739 quelli delle strutture semiresidenziali. Rapportando il dato per la popolazione residente, appaiono evidenti le difformità territoriali. Con riferimento alle strutture residenziali, la media nazionale è pari a 656 utenti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (72 utenti per 100.000 residenti), il più alto nella Regione Friuli Venezia Giulia (2.058 utenti per 100.000 residenti). In generale, i valori sono più alti nelle Regioni settentrionali. Con riferimento alle strutture semiresidenziali, in Italia mediamente ci sono 140 utenti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Molise (24 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Emilia Romagna (268 per 100.000). Considerando le sole strutture residenziali, nel 2017 rispetto al 2013 c'è stato un aumento del numero di utenti per 100.000 residenti in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Valle d'Aosta, Veneto e Toscana; in particolare, si segnala una variazione del +50,2% registrata nelle Marche (da 591 a 888 utenti per 100.000 residenti).

KI 7.5. Posti letto equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali

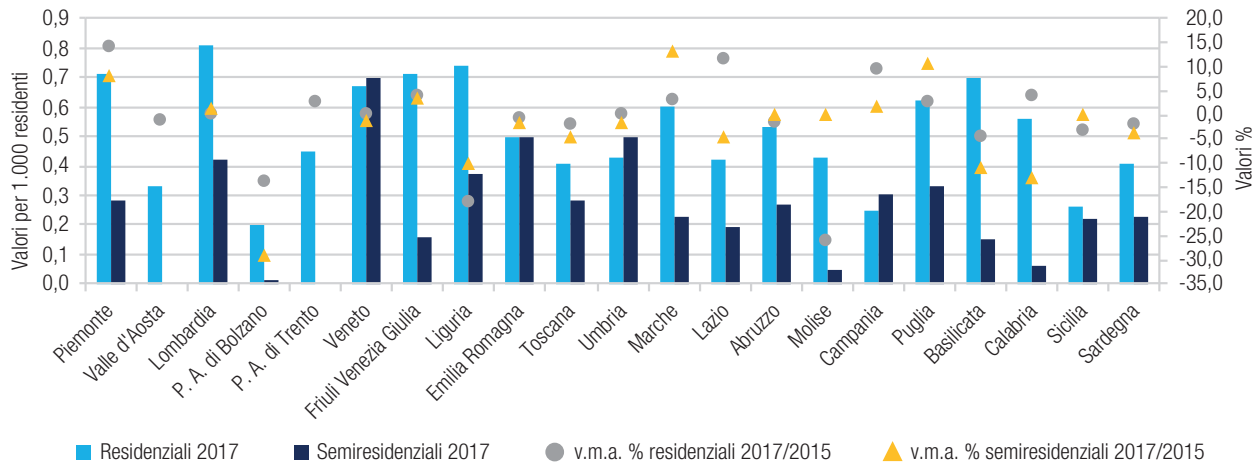


Per posti equivalenti si intende: (sommatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365) /popolazione anziana residente *1.000. Per Sardegna e P. A. di Bolzano il flusso dei dati è insufficiente per copertura e/o qualità.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Anno 2017*, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

L'analisi dei posti letto equivalenti (intesi come media giornaliera delle giornate di assistenza totali erogate agli anziani di 65 anni e più) in strutture residenziali evidenzia una chiara disparità regionale: la densità maggiore si riscontra nel Centro-Nord, dove i posti superano il "valore normale" di 9,80 per 1.000 residenti anziani stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni della Griglia LEA. Restano al di sotto 9 Regioni, 6 del Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia) e 3 del Centro Nord (Toscana, Lazio e Valle d'Aosta). Il Ministero della Salute segnala che lo scostamento rispetto al valore normale è rilevante e non accettabile (ossia inferiore a 4,81 e non in aumento) per la Valle d'Aosta. La P. A. di Trento ha il dato migliore (72,60 posti per 1.000 anziani residenti), cui seguono il Piemonte (27,9 per 1.000) e la Lombardia (27,8 per 1.000); il livello più basso si registra in Molise (0,80 per 1.000), seguito dalla Campania (1,0 per 1.000). Rispetto al 2015, 5 Regioni registrano un peggioramento, 3 del Centro-Nord (Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Toscana) e 2 del Sud (Abruzzo e e Basilicata). Di contro, tra le Regioni con valore stabile o in crescita, si segnala una variazione media annua del +38,3% per l'Umbria (da 9,3 posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali per 1.000 residenti anziani nel 2015 a 17,8 nel 2017). Va evidenziato che trattandosi di tassi piuttosto bassi, anche una variazione minima in valore assoluto può portare a variazioni percentuali elevate.

KI 7.6. Posti letto equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili

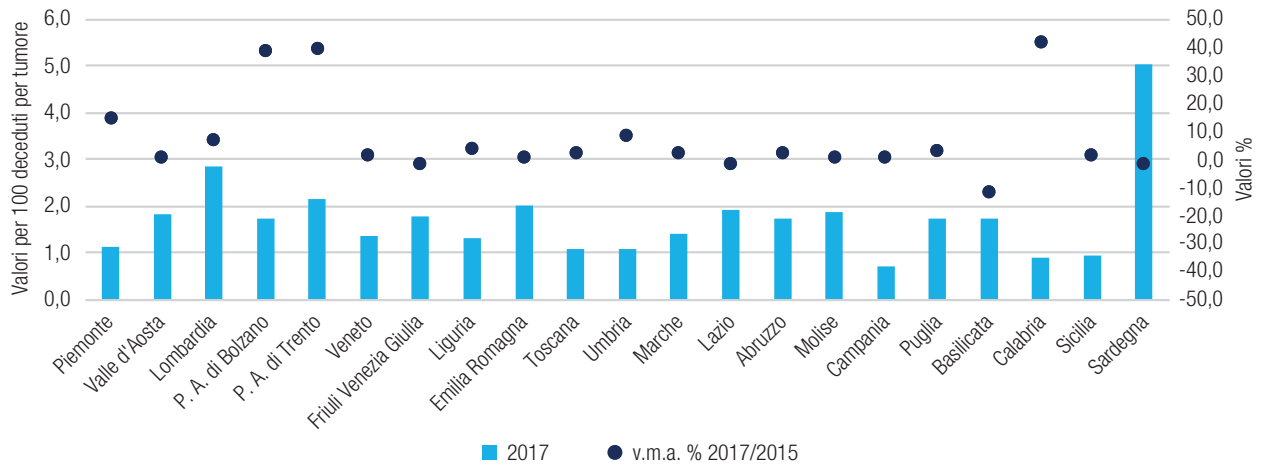


Per posti equivalenti residenziali si intende: (Giornate di assistenza per attività residenziale (rilevate con modello RIA.11 quadro H / 365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con modello STS.24 quadro G / 365) / Popolazione residente *1.000. Per posti equivalenti semiresidenziali si intende: (Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA.11 quadro H / 365 + Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS.24 quadro F / 365) / Popolazione residente * 1.000. P. A. di Trento e Bolzano e Calabria hanno un flusso dati insufficiente per qualità e/o copertura. Il dato viene comunque indicato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Anno 2017,* www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 sono 10 le Regioni (Valle d'Aosta, P. A. Bolzano, P. A. Trento, Toscana, Umbria, Lazio, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) che si situano sotto il "valore normale" (pari a 0,50 per 1.000 residenti) stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2017 per i posti equivalenti (intesi come media giornaliera delle giornate di assistenza totali erogate) disponibili nelle strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili. Il Ministero della Salute segnala uno scostamento rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,41 e non in aumento) per la Valle d'Aosta. Il numero maggiore di posti equivalenti si registra in Lombardia (0,8 per 1.000 residenti), mentre il minore si registra nella P. A. di Bolzano (0,20 per 1.000). Rispetto al 2015, sono 10 le Regioni che ne registrano una diminuzione; ad un estremo abbiamo il - 26,2% medio annuo del Molise e all'altro una crescita media annua del +13,6% per il Piemonte. Con riferimento ai posti equivalenti nelle strutture semiresidenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2017 è pari a 0,22, al di sotto del quale si trovano 7 Regioni (P. A. di Bolzano, P. A di Trento, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Molise, Calabria, Basilicata). Secondo il Ministero, lo scostamento rispetto al valore normale è rilevante e non accettabile (valore inferiore a 0,16 e non in aumento) per Valle d'Aosta, Basilicata e Molise. Anche in questo caso, la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti equivalenti si registra in Veneto (0,70 per 1.000 residenti), mentre il minore si registra, a parte la P. A. di Trento con 0,0, nella P. A. di Bolzano (0,01 per 1.000 residenti). Rispetto al 2015, sono 10 le Regioni che registrano una diminuzione, anche minima. Si noti che, trattandosi di tassi piuttosto bassi, anche una variazione minima può portare a variazioni percentuali elevate.

KI 7.7. Posti letto attivi in *Hospice*

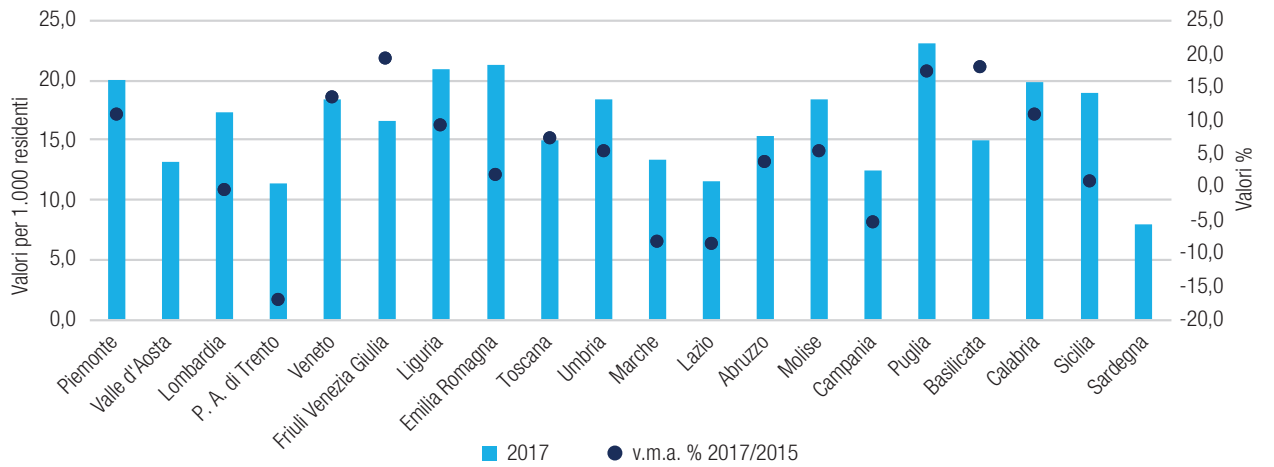


P. A. di Trento e Bolzano e Calabria hanno un flusso dati insufficiente per qualità e/o copertura. Il dato viene comunque indicato.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Anno 2017*, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Il valore "normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2017 è pari a 1 posto letto in *Hospice* ogni 100 deceduti per tumore: al di sotto si trovano, nel 2017, 3 Regioni: Sicilia (che raggiunge comunque un valore prossimo al valore normale e pari a 0,96), Calabria (0,90) e Campania (0,69). All'altro estremo si trova la Sardegna, con 5,05 posti letto. Tra il 2015 e il 2017 i valori sono stabili o in aumento in tutte le Regioni tranne 4: Friuli Venezia Giulia, Lazio, Basilicata e Sardegna. Va evidenziato che, trattandosi di tassi piuttosto bassi, anche una variazione minima può portare a variazioni percentuali elevate.

KI 7.8. Assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale



Per la P. A. di Bolzano non sono disponibili i dati; per la Sardegna e la Valle d'Aosta non è disponibile il dato 2015.

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Anno 2017*, www.salute.gov.it - © C.R.E.A. Sanità

Il valore "normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2017 è di 10,82 assistiti nei Dipartimenti di Salute Mentale per 1.000 residenti, sotto il quale si trova solo la Sardegna (7,99). All'altro estremo si trova la Puglia, con 23,01 assistiti per 1.000 residenti. Tra il 2015 e il 2017 sono 5 le Regioni che registrano una diminuzione del valore (Lombardia, P.A. di Trento, Marche, Lazio e Campania). Si segnala l'aumento osservato in Friuli Venezia Giulia, dove si passa dagli 11,70 assistiti del 2015 ai 16,59 del 2017 (con una variazione media annua del +19,1%). Va evidenziato che, trattandosi di tassi piuttosto bassi, anche una variazione minima può portare a variazioni percentuali elevate.

Capitolo 8

Assistenza specialistica ambulatoriale

Specialist outpatient care

8a. Dinamica ed impatto economico dell'assistenza specialistica ambulatoriale

English Summary

8b. Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 8
Assistenza specialistica ambulatoriale

Il capitolo 8 è dedicato alla assistenza specialistica ambulatoriale: un settore sanitario di grandissima importanza e complessità, sia dal punto di vista economico, sia da quello della tutela della salute.

Il Capitolo contiene due contributi. Il primo (Capitolo 8a) analizza i dati disponibili sul settore, relativi tanto alla domanda che all'offerta (prestazioni e strutture).

Viene anche elaborata una stima del livello e della composizione della spesa complessiva sostenuta in Italia per l'assistenza specialistica ambulatoriale, e viene analizzato in dettaglio il ruolo delle compartecipazioni e delle relative esenzioni, valutando altresì il costo dell'eventuale abolizione del *"superticket"*.

Nel secondo contributo (Capitolo 8b), invece, si affronta il problema delle liste di attesa, che a loro volta appaiono disallineate rispetto le aspettative della popolazione, tanto che, insieme alle compartecipazioni ai costi, rappresentano la fonte di maggiore disaffezione della cittadinanza rispetto al Sistema Sanitario Nazionale.

Specialist outpatient care

Chapter 8 is devoted to specialist outpatient care, which is a particular important and complex health-care sector from both the economic and from the health protection viewpoints.

The Chapter includes two contributions. The first one (Chapter 8a) analyses the data available on the sector, relating to both supply and demand (services and facilities).

An estimate is also made of the level and composition of Italy's total spending for specialist outpatient care. The role of cost sharing and of the related exemptions is analysed in detail, as well as the cost for the possible abolition of the extra-copayment so far paid by citizens in addition to the usual charges (the so-called "superticket").

The second contribution (Chapter 8b) deals with the problem of waiting lists, which seem to be not in line with people's expectations, so much so that, together with copayments, they are the citizens' greatest source of concern and dissatisfaction with the National Health Service (NHS).

CAPITOLO 8a
Dinamica ed impatto economico dell'assistenza specialistica ambulatoriale

Bernardini A.C.[1], Ploner E.[1], Polistena B.[1]

8a.1. L'offerta

I dati sull'assistenza specialistica, resi disponibili dal Ministero della Salute[2] relativamente al 2017, registrano in Italia 14,6 ambulatori e laboratori che erogano attività specialistiche ogni 100.000 abitanti, fra pubblici e privati, con una diminuzione complessiva dello -0,7%; rispetto all'anno precedente, si osserva, in particolare, una riduzione delle strutture pubbliche (-3,1%) ed un incremento degli ambulatori privati accreditati (+1,0%).

Considerando un arco temporale più ampio la riduzione risulta più consistente: il totale delle strutture scende da 9.820 nel 2007 a 8.867 nel 2017 (-9,7%); da 3.916 a 3.514 gli ambulatori pubblici (-10,3%) e da 5.904 a 5.353 quelli privati (-9,3%).

La distribuzione sul territorio nazionale delle strutture, sia pubbliche che private accreditate, mostra una concentrazione nelle Regioni meridionali. Nel 2017 sono presenti 22,5 ambulatori e laboratori (pubblici e privati) ogni 100.000 abitanti al Sud e Isole, 14,0 al Centro e 9,0 al Nord (Tabella 8a.1.).

La contrazione più consistente si rileva nelle Regioni del Centro dove, nell'ultimo decennio, le strutture che erogano prestazioni specialistiche sono passate da 2.130 a 1.684 strutture (-20,9%), da 18,8 a 14,0 per 100.000 abitanti (-25,9%); seguono le Regioni del Nord dove le strutture sono passate da 2.756 a 2.501 (-9,3%) in valori assoluti, e da 10,4 a 9,0 per 100.000 abitanti (-13,0%); ed infine le Regioni del Sud che sono passate da 4.934 strutture a 4.682 (-5,1%) in valori assoluti, e da 23,9 a 22,5 per 100.000 abitanti (-5,7%).

Esaminando le strutture per tipologia di assistenza (Clinica, Diagnostica e di Laboratorio)[3], possiamo osservare come nel decennio considerato (2007-2017) si siano andati riducendo in modo più consistente i Laboratori (-15,0%, v.m.a. pari a -1,8%) passando da 4.269 a 3.628; seguono le strutture classificate come "attività Clinica" (-4,0%, v.m.a. -0,7%) che passano da 6.325 a 6.074; ed a seguire le strutture per la diagnostica (-1,7%, v.m.a. 0,5%) che passano da 3.047 a 2.995. Per quest'ultima tipologia, la riduzione è attribuibile esclusivamente alle strutture pubbliche (-9,8%), mentre le strutture private registrano un incremento del +6,3%.

In termini di tassi per 100.000 abitanti (ricordando che il dato non tiene conto della dimensione delle strutture), si osserva una sostanziale omogeneità geografica delle riduzioni: rispettivamente -19,9%, -19,2% e –15,4% nel Nord, Centro e Sud e Isole; maggiori differenze nelle variazioni del numero di strutture si osserva per l'attività Clinica: -16,0% nelle Regioni del Centro, -8,4% al Nord e -1,0% nelle Regioni del Sud; analogamente per le strutture diagnostiche abbiamo: -14,6% nelle Regioni del Centro, -5,0% al Nord e +0,6% nelle Regioni del Sud.

Nello specifico, per le strutture diagnostiche, a fronte di una contrazione delle strutture pubbliche per 100.000 abitanti pari al 25,9% al Centro, -10,0% al Nord e -8,1% nel Sud, le strutture private hanno registrato un aumento nel Sud del 7,5%, nelle Regioni del Nord dell'1,3% e una riduzione del -3,2% nelle Regioni del Centro (Tabella 8a.2.).

---

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

[2] Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale

[3] Gli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche possono essere classificati in base alla tipologia di prestazioni erogate tenendo presente che la medesima struttura può però erogare prestazioni specialistiche appartenenti a più branche. In particolare, le prestazioni erogate possono essere di laboratorio, clinica e diagnostica

Tabella 8a.1. Strutture pubbliche e private che erogano attività specialistica ambulatoriale. Valori per 100.000 abitanti

Regioni	2017			Var. % 2007/2017			Var.% 2016/2017			v.m.a. %		
	Strutture pubbliche	Strutture private	Tot.	Strutture pubbliche	Strutture private	Tot.	Strutture pubbliche	Strutture private	Tot.	Strutture pubbliche	Strutture private	Tot.
Italia	5,8	8,8	14,6	-13,3	-12,4	-12,8	-3,0	1,1	-0,6	-1,3	-1,2	-1,3
Nord	5,2	3,8	9,0	-10,9	-15,8	-13,0	-1,0	-0,3	-0,7	-1,1	-1,6	-1,3
Nord-Ovest	5,2	3,5	8,7	-13,8	-20,6	-16,7	-1,5	-0,7	-1,2	-1,4	-2,1	-1,7
Nord-Est	5,2	4,2	9,4	-6,4	-9,4	-7,8	-0,3	0,1	-0,1	-0,6	-0,9	-0,8
Centro	6,6	7,4	14,0	-27,7	-24,3	-25,9	-11,2	0,7	-5,3	-2,8	-2,4	-2,6
Sud e Isole	6,1	16,4	22,5	-5,1	-6,0	-5,7	0,4	1,8	1,4	-0,5	-0,6	-0,6
Sud	5,9	14,2	20,2	-6,0	-1,5	-2,9	-0,1	2,7	1,9	-0,6	-0,1	-0,3
Isole	6,6	20,9	27,5	-3,2	-11,9	-10,0	1,2	0,6	0,7	-0,3	-1,2	-1,0
Piemonte	7,0	2,0	9,0	-18,5	6,5	-14,0	-1,3	1,4	-0,7	-1,9	0,7	-1,4
Valle d'Aosta	2,4	3,9	6,3	195,3	146,1	162,5	0,4	0,4	0,4	19,4	14,5	16,1
Lombardia	2,6	4,1	6,6	-21,6	-21,3	-21,4	-2,4	-1,8	-2,0	-2,2	-2,1	-2,1
P. A. di Bolzano	5,5	4,2	9,7	-21,0	-2,9	-14,1	-12,7	-5,0	-9,5	-2,1	-0,3	-1,4
P. A. di Trento	4,1	5,2	9,3	-1,8	162,5	51,2	-0,1	7,6	4,1	-0,2	16,1	5,1
Veneto	4,4	4,6	9,0	4,9	-15,4	-6,5	0,2	-2,9	-1,4	0,5	-1,5	-0,6
Friuli Venezia Giulia	5,7	3,2	8,9	-27,2	-14,1	-23,0	-3,9	2,9	-1,5	-2,7	-1,4	-2,3
Liguria	17,1	4,3	21,4	8,4	-41,1	-7,2	-0,4	3,5	0,4	0,8	-4,1	-0,7
Emilia Romagna	6,1	4,0	10,0	-6,4	-10,2	-7,9	1,9	2,9	2,3	-0,6	-1,0	-0,8
Toscana	9,8	4,9	14,7	-36,9	-51,1	-42,5	-21,4	-1,0	-15,6	-3,7	-5,1	-4,3
Umbria	13,6	4,3	17,9	46,2	53,0	47,8	5,5	-2,3	3,5	4,6	5,3	4,8
Marche	4,6	7,5	12,0	-31,3	11,7	-9,7	1,8	4,9	3,7	-3,1	1,2	-1,0
Lazio	4,0	9,4	13,4	-25,8	-18,6	-20,9	-3,0	0,6	-0,5	-2,6	-1,9	-2,1
Abruzzo	4,8	5,8	10,7	1,3	-29,4	-18,1	-1,2	-12,2	-7,5	0,1	-2,9	-1,8
Molise	4,2	13,2	17,4	2,3	10,3	8,3	0,5	3,0	2,4	0,2	1,0	0,8
Campania	4,3	20,4	24,6	-14,3	1,5	-1,6	-1,4	5,1	4,0	-1,4	0,2	-0,2
Puglia	6,4	10,5	16,9	-0,1	0,8	0,4	0,7	1,8	1,4	0,0	0,1	0,0
Basilicata	13,5	8,2	21,7	16,4	2,8	10,9	4,7	-5,5	0,6	1,6	0,3	1,1
Calabria	8,6	11,4	20,0	-11,2	-11,1	-11,2	-0,9	-0,2	-0,5	-1,1	-1,1	-1,1
Sicilia	5,8	23,8	29,6	-0,2	-13,9	-11,5	1,4	1,2	1,2	0,0	-1,4	-1,2
Sardegna	9,2	11,8	21,0	-8,4	2,0	-2,8	1,0	-3,2	-1,4	-0,8	0,2	-0,3

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

In Italia le strutture ambulatoriali erogano mediamente 141.761,3 prestazioni di specialistica ognuna. Le strutture delle Regioni del Nord hanno dimensioni maggiori ed erogano in media 225.485 prestazioni ognuna, seguono quelle del Centro con 145.354 e il Sud con 95.746 (Figura 8a.1.).

In pratica, le dimensioni delle strutture situate nelle Regioni del Nord sono in media maggiori del 21,2% del valore mediano (con 9,0 strutture per 100.000 abitanti), mentre le Regioni del Centro e le Regioni del Sud presentano un valore inferiore rispettivamente del 21,9% e del 48,5%.

Tabella 8a.2. Strutture pubbliche e private che erogano attività specialistica ambulatoriale

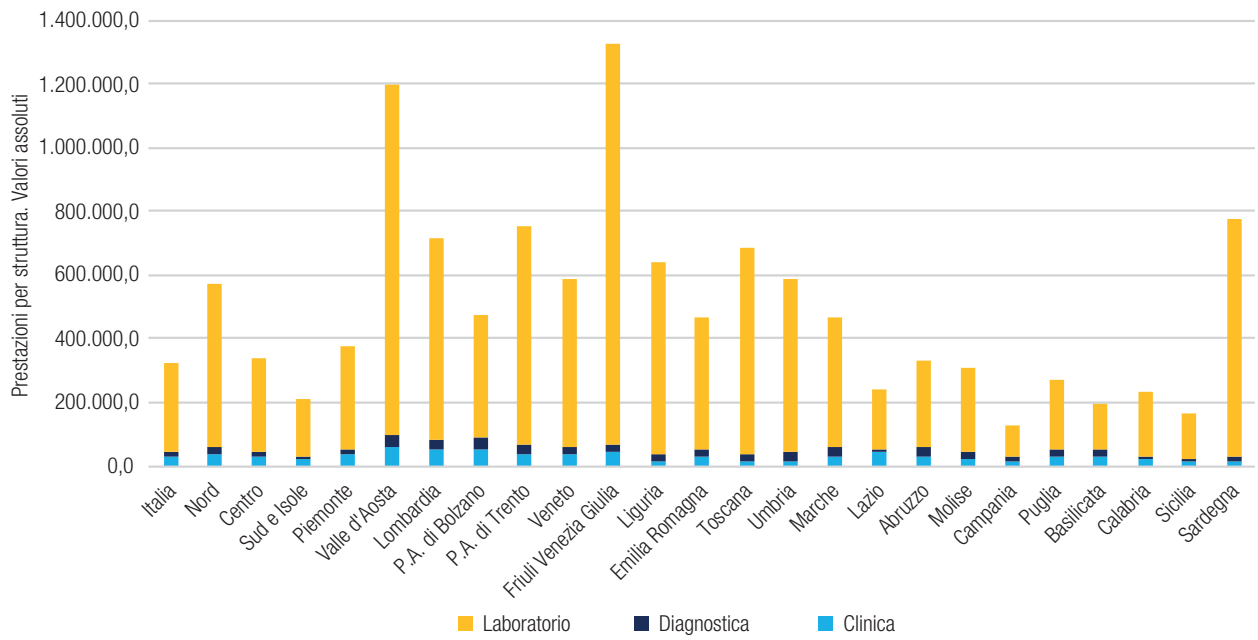
Regioni	Valori assoluti 2017			Per 100.000 abitanti 2017			Var. % 2007/2017			v.m.a. %		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Italia	6.074,0	2.995,0	3.628,0	10,0	4,9	6,0	-7,2	-5,0	-17,9	-0,7	-0,5	-1,8
Nord	2.190,0	1.139,0	859,0	7,9	4,1	3,1	-8,4	-5,0	-19,9	-0,8	-0,5	-2,0
Centro	1.223,0	602,0	657,0	10,1	5,0	5,4	-16,0	-14,6	-19,2	-0,9	-0,8	-2,7
Sud e Isole	2.661,0	1.254,0	2.112,0	12,8	6,0	10,2	-1,0	0,6	-15,4	-0,8	0,0	-0,8
Piemonte	373,0	205,0	189,0	8,5	4,7	4,3	-7,3	-0,4	-4,9	-1,6	-1,5	-1,9
Valle d'Aosta	6,0	4,0	2,0	4,7	3,2	1,6	96,9	96,9	96,9	-0,1	0,1	-1,5
Lombardia	579,0	374,0	251,0	5,8	3,7	2,5	-14,9	-9,0	-30,5	-0,4	0,0	-0,4
P. A. di Bolzano	47,0	13,0	17,0	9,0	2,5	3,2	-14,6	-14,0	12,5	0,3	0,2	-3,4
P. A. di Trento	46,0	20,0	15,0	8,5	3,7	2,8	54,0	4,2	-12,1	-0,7	0,0	-0,5
Veneto	379,0	170,0	155,0	7,7	3,5	3,2	-5,8	3,4	-6,3	9,6	9,6	9,6
Friuli Venezia Giulia	85,0	38,0	16,0	7,0	3,1	1,3	-30,4	-12,4	-43,3	-1,5	-0,9	-3,0
Liguria	284,0	97,0	45,0	18,1	6,2	2,9	6,8	-16,9	-55,8	-1,5	-1,4	1,2
Emilia Romagna	391,0	218,0	169,0	8,8	4,9	3,8	-6,4	-0,2	-6,8	5,4	0,4	-1,2
Toscana	496,0	148,0	84,0	13,3	4,0	2,2	-23,4	-17,4	-41,2	-0,6	0,3	-0,6
Umbria	141,0	33,0	33,0	15,9	3,7	3,7	64,2	-13,8	-11,4	-3,0	-1,2	-4,3
Marche	127,0	56,0	89,0	8,3	3,6	5,8	-13,5	-20,4	-13,5	0,7	-1,7	-5,6
Lazio	459,0	365,0	451,0	7,8	6,2	7,6	-19,0	-13,6	-16,4	-0,6	0,0	-0,7
Abruzzo	98,0	41,0	77,0	7,4	3,1	5,8	-14,2	-24,1	-22,9	-2,3	-1,7	-4,1
Molise	41,0	23,0	25,0	13,2	7,4	8,1	23,3	30,7	2,3	6,4	-1,4	-1,1
Campania	590,0	383,0	827,0	10,10	6,6	14,2	-6,6	-0,4	-0,5	-1,3	-2,0	-1,4
Puglia	396,0	165,0	335,0	9,74	4,1	8,2	2,2	-0,1	-5,2	-1,9	-1,4	-1,6
Basilicata	89,0	29,0	58,0	15,60	5,1	10,2	17,3	24,2	6,5	-1,4	-2,4	-2,3
Calabria	241,0	120,0	177,0	12,26	6,1	9,0	-13,3	1,2	-12,5	2,3	3,1	0,2
Sicilia	952,0	361,0	520,0	18,83	7,1	10,3	5,8	8,1	-37,0	-0,7	0,0	0,0
Sardegna	254,0	132,0	93,0	15,36	8,0	5,6	-5,8	-11,9	-13,6	0,2	0,0	-0,5

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

Analizzando le strutture per branca, con i caveat espressi relativi alla possibilità che le strutture eroghino prestazioni di più branche, osserviamo come i laboratori del Nord eroghino in media 509.739 prestazioni, quelli del Centro 291.329,5 e quelli del Sud e Isole 175.468,8. Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta (rispettivamente con 1.257.165,5 e 1.098.263,5 prestazioni di laboratorio), sono le aree con maggiore concentrazione; di contro in Campania si registra la dimensione media delle strutture più bassa.

Per le attività di diagnostica e clinica sono sempre le strutture della Valle d'Aosta a fornire il numero di prestazioni più elevato, rispettivamente 36.555,5 e 58.367,5 prestazioni, mentre la Sardegna presenta il numero di prestazioni più basso per la diagnostica con 11.233,9 prestazioni per struttura e la Regione Umbria con 11.701,1 prestazioni per la clinica.

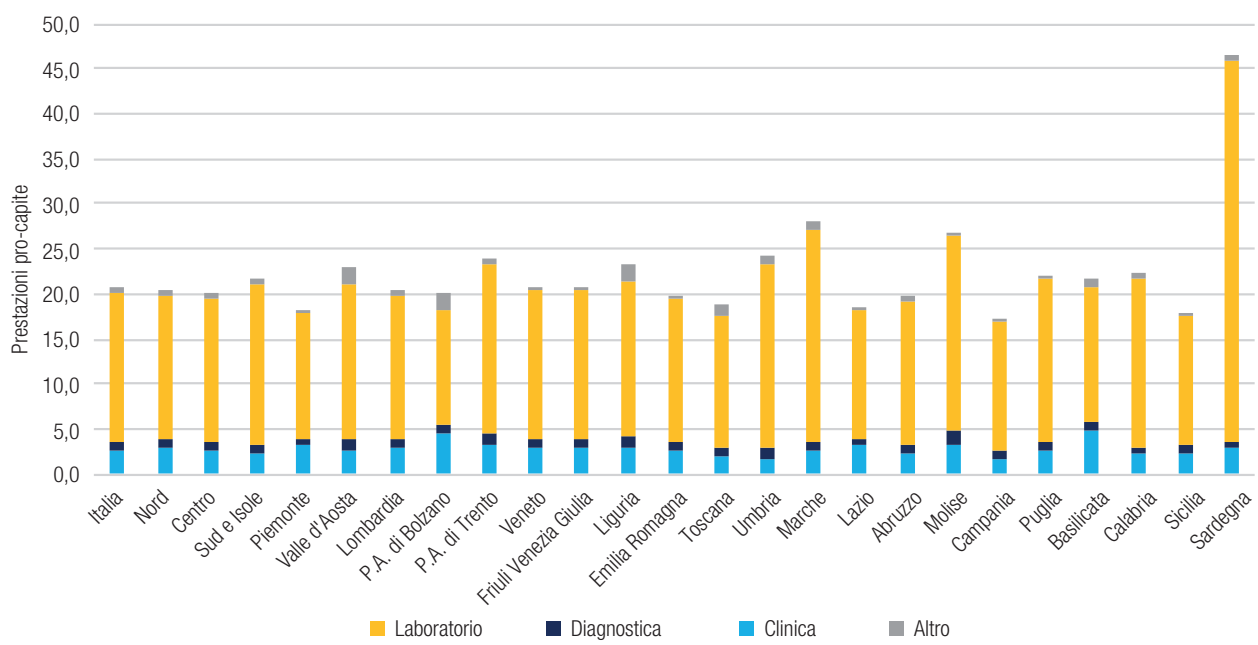
Figura 8a.1. Prestazioni medie di specialistica ambulatoriale per tipo struttura e branca. Anno 2017



Note: esclusa dall'analisi la categoria "altro"

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

Figura 8a.2. Prestazioni medie di specialistica ambulatoriale per struttura. Anno 2017



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

8a.2. La domanda

Analizzando il numero di prestazioni pro-capite erogate, (Figura 8a.2.), in Italia se ne contano 20,7 pro-capite, nel Sud e Isole sono 21,6, seguono il Centro e il Nord con 20,3.

In particolare, il numero più elevato di prestazioni si registra per le attività di laboratorio; la media Italia è di 16,5, mentre è 17,8 il valore pro-capite per le Regioni del Sud, 15,9 per quelle del Centro e 15,8 per quelle del Nord.

Seguono le attività cliniche; in Italia sono in media 2,7, 3,0 nelle Regioni del Nord, 2,7 al Centro e 2,4 il valore pro-capite nel Sud e Isole;

Infine, le attività di diagnostica sono in media 0,9 pro-capite in Italia: 1,0 nelle Regioni del Nord e 0,9 nelle Regioni del Centro e del Sud e Isole.

La Regione Sardegna presenta il più elevato numero di prestazioni pro-capite (46,6), risultato dovuto, in particolare, a quelle di Laboratorio (42,1 prestazioni pro-capite, a fronte del maggior numero di strutture pro-capite (21,0).

Rispetto al 2010 si registra una riduzione complessiva del -13,9% per le attività diagnostiche, del -11,0% per le attività cliniche e del -6,2% per i laboratori.

Mediamente le strutture del Nord presentano una maggiore contrazione nelle attività di laboratorio (-15,3%) rispetto al Centro (-11,4%) e alle Regioni del Sud e Isole, che di contro presentano un aumento (11,0%); per le attività di diagnostica la riduzione maggiore si registra nelle Regioni del Centro (-17,4%) seguono le Regioni del Sud e Isole (-13,4%) e le Regioni del Nord (-13%); per le attività clinica la contrazione maggiore si è verificata nel Sud e Isole (-15,7%), seguono le Regioni del Centro (-10,7%) e le Regioni del Nord (-8,0%)

Per le attività cliniche la Campania presenta la riduzione maggiore (-32,0%), di contro l'Emilia Romagna registra un aumento del +35,8%; per la diagnostica la riduzione più consistente si ha in Abruzzo (-58,5%), mentre la P.A. di Trento (unica regione che registra un aumento nel periodo indicato) presenta un incremento (+4,4%); infine, per l'attività di Laboratorio, in Liguria il calo in termini pro-capite è del -21,1% e l'incremento più elevato lo troviamo in Sardegna (+178,5%).

8a.3. La spesa totale per la specialistica ambulatoriale

Con le fonti di dati disponibili, si ha evidenza della spesa sostenuta dalle Aziende Sanitarie pubbliche per specialistica ambulatoriale usufruita dalle famiglie presso strutture private accreditate; non abbiamo però riscontro di quale sia l'onere per le relative compartecipazioni (che si configurano come un minor costo per le suddette Aziende).

Al contrario, si ha evidenza della spesa sostenuta dalle famiglie per compartecipazioni all'onere delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche, ma non se ne conosce il costo totale sostenuto dalle strutture.

Per valutare l'onere per la specialistica ambulatoriale è quindi necessario provvedere in modo approssimato, stimando le poste mancanti.

Delle compartecipazioni all'onere delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche si è argomentato nel paragrafo precedente.

La spesa (netta) delle Aziende Sanitarie pubbliche per la specialistica ambulatoriale usufruita dalle famiglie presso strutture private accreditate[4] ammonta nel 2018 a € 4,4 mld., in aumento dello +0,4% rispetto all'anno precedente e dello +0,2% in confronto al 2010. Nel 2018 la spesa netta per le prestazioni specialistiche ambulatoriali usufruite in strutture accreditate assorbe circa il 3,8% della spesa sanitaria pubblica totale.

Per la stima delle compartecipazioni pagate alle strutture accreditate, fino al 2014 era utilizzabile l'indagine campionaria sui consumi delle famiglie con-

[4] La spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali per il 2018 è stata stimata supponendo che la variazione osservata tra il 2016 ed il 2017 fosse la medesima di quella verificatasi tra il 2017 ed il 2018

dotta dell'Istat, che rilevava la spesa *out of pocket* sostenuta dalle famiglie per specialistica ambulatoriale, contenente tanto le compartecipazioni all'onere delle prestazioni del SSN, quanto le prestazioni usufruite in intramoenia, come anche quelle acquistate da strutture private extra SSN.

Negli ultimi anni l'Istat ha accorpato in maniera diversa le singole voci di consumo/spesa impedendo una valutazione analitica del dato.

Anche la Contabilità Nazionale elaborata dall'Istat fornisce una indicazione della spesa per servizi ambulatoriali delle famiglie, non consentendo, però, di entrare nel dettaglio delle singole voci.

Pur con i limiti esposti, utilizzando l'ultimo dato della Contabilità Nazionale riguardante i consumi finali delle famiglie disponibile (e relativo al 2017), si può stimare che nel 2018 la spesa delle famiglie per servizi ambulatoriali (al netto delle spese odontoiatriche) ammonti a circa € 11,0 mld..

Avendo contezza dei ricavi delle Aziende Sanitarie generati dall'attività di intramoenia[5] e dei *ticket* sulle prestazioni specialistiche erogate dalle strutture pubbliche, rispettivamente pari a € 0,8 mld. e €1,3 mld., ne risulterebbe una spesa residua di € 9,0 mld., attribuibile a prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private extra SSN, nonché del costo della compartecipazione per la quota SSN.

In carenza di informazioni, assumendo che la quota di spesa riferibile alle prestazioni effettuate in strutture private extra regime SSN (quindi nelle private non accreditate e in quelle private accreditate ma rese in regime privatistico) sia pari al 75,0%-80,0% della somma sopra esposta, il *ticket* sulle prestazioni erogate in regime di accreditamento risulterebbe pari a € 1,8-2,2 mld..

Per valutare la ragionevolezza della assunzione, osserviamo che ne deriva una spesa complessiva per la specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private di € 6,7-7,2 mld.; ne deriva, altresì, che si stima una incidenza delle compartecipazioni nel *range* 28,9%-33,7%: un dato che sembra confortare sulle assunzioni fatte (una riduzione della quota privata extra-SSN, implicherebbe livelli elevatissimi e implausibili dell'incidenza delle compartecipazioni).

Assumendo, infine, che l'incidenza delle compartecipazioni sulle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche sia la stessa di quella di quella delle strutture private, come sopra stimata, si addiviene ad una stima del costo complessivo di queste ultime di € 3,1-3,5mld. (Tabella 8a.3.).

Tabella 8a.3. Stima della spesa per specialistica ambulatoriale. Anno 2018

Spesa	Spesa (€ mln.)
Compartecipazione "strutture pubbliche"	1.301,8
Netta str. private (specialistica convenzionata)	4.406,8
***Out of Pocket* per servizi ambulatoriali al netto spese odontoiatriche**	11.022,0
Out of Pocket per servizi ambulatoriali al netto di odont., intram. e compart, str. pubbl.	8.963,5
Prestazioni erogate da strutture private extra SSN (stima)	6.722,6-7.170,8
Compartecipazione strutture accreditate (stima)	1.792,8-2.240,9
Lorda strutture accreditate (stima)	6.199,5-6.647,7
Netta strutture pubbliche (stima)	2.560,1-3.200,1
Lorda strutture pubbliche (stima)	3.861,9-4.501,9
Pubblica totale (stima spesa netta)	6.966,9-7.607,0
Totale (SSN + Intramoenia + non SSN)*	17.988,7-18.628,9

* Non è compresa l'odontoiatria extra SSN

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Riassumendo, secondo le nostre stime, la spesa per specialistica ambulatoriale erogata dal SSN, nel 2018, sarebbe compresa nel range € 7,0-7,6 mld., pari al 6,0-6,6% della spesa sanitaria pubblica totale, con una incidenza del 40,7%-50,8% delle compartecipazioni.

Di questa, la spesa netta per la specialistica erogata dalle strutture pubbliche del SSN potrebbe

[5] La stima dell'introito generato dall'attività di intramoenia è stata effettuata supponendo che la variazione osservata tra il 2016 ed il 2017 si sia mantenuta inalterata tra il 2017 ed il 2018

quindi essere fra € 2,6-3,2 mld., pari al 2,2%-2,8% della spesa sanitaria pubblica totale.

Sommandoci le compartecipazioni si arriva a € 3,9-4,5 mld., pari al 3,3%-3,9% della spesa sanitaria pubblica totale.

Sul fronte delle prestazioni erogate in regime SSN da strutture private accreditate, la spesa netta per la specialistica è pari a € 4,4 mld., pari al 3,8% della spesa sanitaria pubblica totale; le compartecipazioni potrebbero essere nel range € 1,8-2,2 mld., pari all'1,5%-1,9% della spesa sanitaria pubblica totale.

Complessivamente la stima della spesa lorda delle strutture accreditate è di € 6,2-6,6 mld., pari al 5,3%-5,7% della spesa sanitaria pubblica totale.

Si noti, inoltre, che le nostre stime implicano prestazioni acquistate extra SSN per un valore € 6,7-7,2 mld., risultando pari 37,4-38,5% del complesso: complessivamente, quindi, i cittadini italiani spenderebbero per prestazioni di specialistica ambulatoriale circa € 18,0-18,6 mld..

8a.4. Compartecipazione all'onere delle prestazioni

La compartecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale è una realtà estremamente variabile. La normativa nazionale prevede un *ticket* massimo sulle prestazioni pari a € 36,15[6] (importo modificato in alcune Regioni) e una quota fissa di € 10,0 su ricetta (il cosiddetto *"superticket"*)[7] reintrodotto dal Decreto Legge (D.L.) n. 98/2011, convertito poi nella Legge (L.) n. 111/2011 (applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della L. n. 296/2006).

Si riassumono di seguito le principali caratteristiche regionali (Tabella 8a.4.).

Come analizzato nel dettaglio nella precedente edizione del Rapporto (14° Rapporto Sanità: *Misunderstandings*) diverse sono le modalità con cui le Regioni hanno recepito la normativa nazionale.

Si possono a tal proposito distinguere 4 categorie in base all'applicazione del "*superticket*" (Figura 8a.3.)

- Regioni che non hanno il "*superticket"*, provvedendo con proprie risorse a coprire i mancati introiti provenienti dai *ticket* non applicati (Basilicata, P.A. di Bolzano, Sardegna)
- Regioni che hanno introdotto il *ticket* di € 10,0 su ricetta come stabilito a livello nazionale (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Marche, Molise, P.A. di Trento[8], Puglia, Sicilia e Valle d'Aosta[9]), eventualmente anche per effetto dei deficit sanitari in essere
- Regioni che hanno rimodulato la quota fissa in base al valore della ricetta (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, e Piemonte)
- Regioni che hanno modulato la quota fissa in base al reddito (Emilia Romagna, Toscana, Veneto ed Umbria).

Tra i cambiamenti introdotti nel 2019 segnaliamo:

- in Emilia Romagna a partire da gennaio 2019 (D.G.R. n. 2075 del 3.12.2018) è stata abolita la quota aggiuntiva che si paga per ricetta per tutti i cittadini residenti in Emilia Romagna o domiciliati che abbiano però scelto un medico di base del Servizio sanitario regionale, con reddito del nucleo familiare inferiore o uguale a € 100.000
- la Toscana (D.G.R. n. 191 del 18.2.2019) ha previsto l'abolizione da aprile 2019 del contributo di € 10,0 sulle prestazioni di diagnostica per immagini detto "contributo per la digitalizzazione"
- in Veneto (D.G.R. n. 905 del 28.6.2019), a partire da gennaio 2020, sarà abolito il "*superti-*

[6] La Legge nazionale (L.) n. 537/1993 (modificata dalla L. n. 724/1994 e dalla L. 549/1995) stabilisce che "tutti i cittadini sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche […] fino all'importo massimo di lire 70.000 (€ 36,15) per ricetta, con assunzione a carico del Servizio Sanitario Nazionale degli importi eccedenti tale limite"

[7] Introdotto con la manovra finanziaria 2011 (Legge 111 del 15/07/2011)

[8] *Ticket* di € 3,0 sulle prestazioni specialistiche

[9] Solo se valore ricetta > € 20,0

cket" nazionale sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali per i soggetti con redditi inferiore a € 29.000

- in Campania (Decreto n. 49 del 4.7.2019) da agosto 2019 è stata normata l'eliminazione della quota aggiuntiva sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale di € 10,0 e ridotta a € 2,0 per soggetti con più di 6 anni e meno di 65 appartenenti al nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a € 36.151,98
- nel Lazio, l'accordo sindacati-Regione Lazio del 30.7.2019 sancisce l'esenzione dalla quota fissa del "*superticket*" per gli *over* 60 con reddito familiare inferiore a € 36.151,98, ai minori ospitati in strutture residenziali socioassistenziali, alle donne vittime di violenza e figli minori a carico, accolti in strutture residenziali, ai minori in affidamento familiare ed ai cittadini indigenti Eni (europei non iscritti) che non sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale
- nelle Marche[10], da giugno 2019, i cittadini con reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) inferiore ai € 10.000, non dovranno più pagare la quota fissa di € 10,0 sulla ricetta per prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale (Tabella 8a.4.).

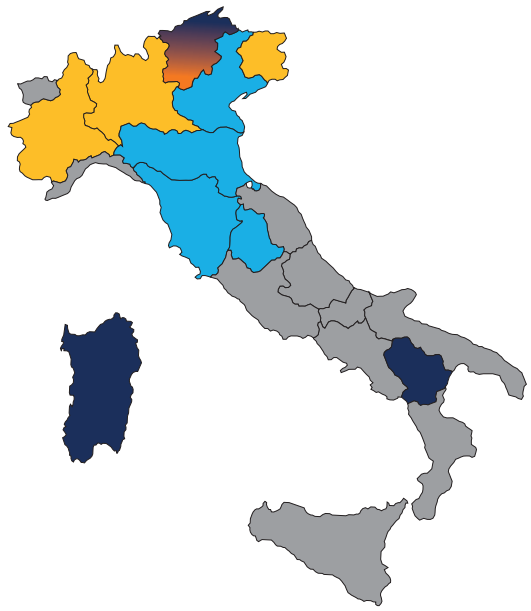
Tabella 8a.4. Compartecipazione all'onere delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Anno 2018

Regione	Tetto di compartecipazione	Modalità di applicazione *"superticket"*	Quota *"superticket"*
Basilicata	€ 36,15	NO	
Sardegna	€ 46,15	NO	
P. A. di Bolzano	€ 36,15	NO	
P. A. di Trento	€ 36,15	ridotta	€ 3,0
Abruzzo	€ 36,15	integrale	€ 10,0
Calabria	€ 45,00	integrale	€ 10,0
Campania	€ 36,15	integrale	€ 10,0
Lazio	€ 36,15	integrale	€ 10,0
Liguria	€ 36,15	integrale	€ 10,0
Marche	€ 36,15	integrale	€ 10,0
Molise	€ 36,15	integrale	€ 10,0
Puglia	€ 36,15	integrale	€ 10,0
Sicilia	€ 36,15	integrale	€ 10,0
Valle d'Aosta	€ 36,15	integrale	€ 10,0 se il valore della ricetta > € 20,0
Friuli Venezia Giulia	€ 36,00	Proporzionale al valore della ricetta	da € 0,0 a € 20,0
Lombardia	€ 36,15	Proporzionale al valore della ricetta	Da € 0,0 a € 15,0
Piemonte	€ 36,15	Proporzionale al valore della ricetta	da € 0,0 a € 30,0
Emilia Romagna	€ 36,15	Proporzionale al reddito	Da € 0,0 a € 15,0
Toscana	€ 38,00	Proporzionale al reddito	da € 0,0 a € 30,0
Veneto	€ 36,15	Proporzionale al reddito	€ 10,0 (abolita la precedente quota di € 5,0)
Umbria	€ 36,15	Proporzionale al reddito	Da € 0,0 a € 15,0

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali al 1/10/2019- © C.R.E.A. Sanità

[10] http://www.ansa.it/marche/notizie

Figura 8a.3. Applicazione *"superticket"*



- No *superticket*
- Applicazione integrale
- Proporzionale al reddito
- Applicazione ridotta
- Proporzionale al valore della etichetta

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. al 7/10/2019 - © C.R.E.A. Sanità

In estrema sintesi si rileva una tendenza ad eliminare la quota aggiuntiva del "*superticket*" per specifiche categorie di soggetti ritenuti vulnerabili per categoria e/o per reddito.

A livello nazionale secondo una prima bozza del DDL (disegno di legge) Sanità collegato alla Legge di Bilancio 2020, resa nota dall'Ansa, è allo studio la rimodulazione dei *ticket* sanitari per le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, in base al reddito familiare equivalente e viene definito un importo massimo annuale di spesa, al raggiungimento del quale cesserà l'obbligo dell'assistito di partecipare alla spesa sanitaria.

La spesa per la compartecipazione all'onere delle prestazioni erogare nelle strutture pubbliche

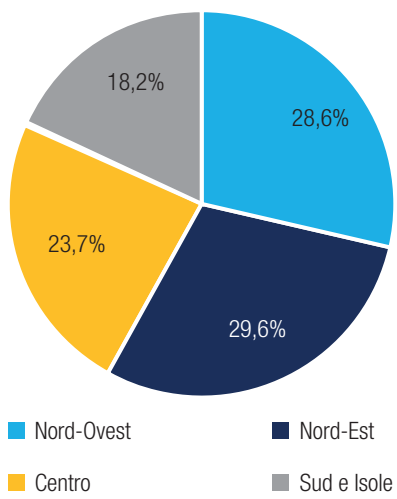
La compartecipazione per l'assistenza specialistica erogata dalle strutture pubbliche nel 2018 è stata pari a €1.301,8 mln.[11].

Del gettito complessivo attribuibile alle misure di compartecipazione sulla specialistica ambulatoriale il 58,1% è stato raccolto nelle Regioni del Nord, il 23,7% in quelle centrali e il 18,2% in quelle meridionali (Figura 8a.4.)

La compartecipazione pro-capite nel 2018 è stata mediamente pari a € 21,52 annui (Figura 8a.5.), in aumento del l'1,6% rispetto al 2017 e del 16,5% (2,05% medio annuo) rispetto al 2010[12].

Analizzando nel dettaglio l'intero periodo si possono distinguere tre fasi: una crescita iniziale dal 2010 al 2013 (+26,0%) a seguito dell'introduzione del "*superticket*", una successiva contrazione dal 2013 al 2017 (-9.0%) ed un aumento nell'ultimo anno (+1,6).

Figura 8a.4. Distribuzione per ripartizione della spesa per compartecipazioni all'onere delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture pubbliche. Anno 2018

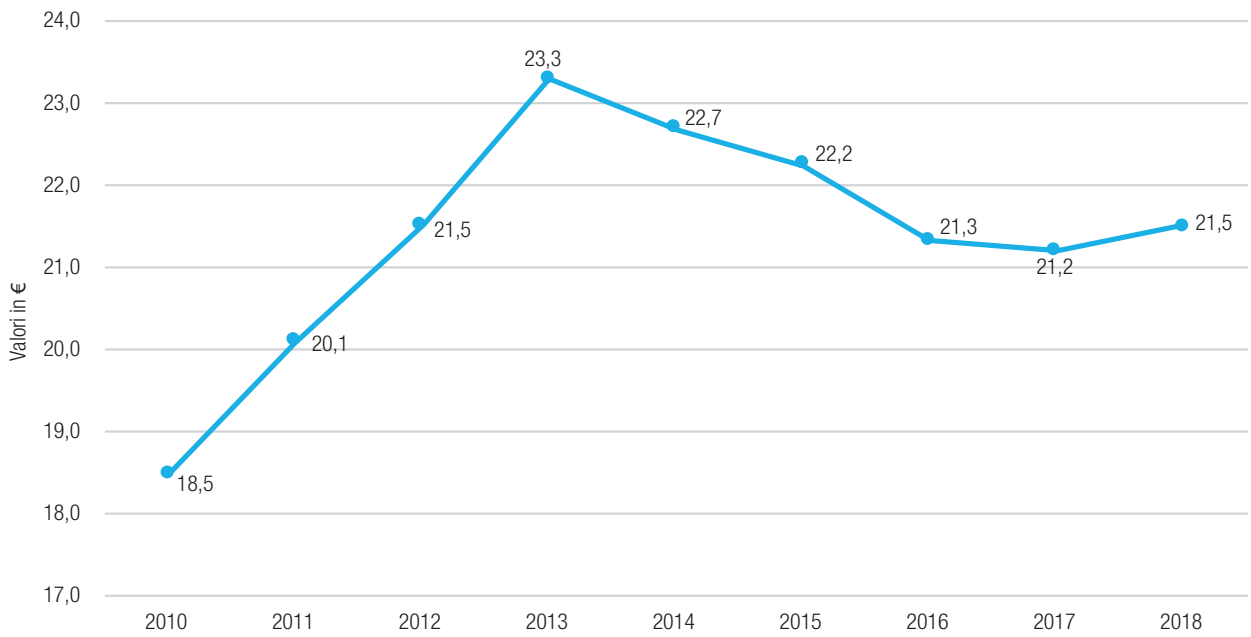


Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti: Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica - © C.R.E.A. Sanità

[11] Corte dei Conti: Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica

[12] Il *"superticket"* è stato introdotto nel 2007 rimanendo inattuato fino alla manovra Finanziaria 2011. La Legge è entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale (16.7.2011)

Figura 8a.5. Compartecipazione pro-capite all'onere delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture pubbliche



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

Stimare l'effettivo impatto del "*superticket*" è complesso, poiché agiscono contemporaneamente varie fenomenologie.

Seppure con un rilevante margine di incertezza su alcune poste, si può ipotizzare che:

- l'impatto finanziario netto del "*superticket*" sui ricavi derivanti dalle compartecipazioni sulle prestazioni erogate dal settore pubblico, sia stato pari a € 305,4 mln., pari alla differenza tra il *ticket* 2010 e il 2013, anno in cui si suppone che la norma sia entrata pienamente a regime
- essendo le compartecipazioni sulle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate circa 1,5-1,6 volte quelle derivanti dalle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, si può stimare su queste (di fatto minori uscite per le aziende sanitarie pubbliche) di € 473,4 mln.
- quindi, un impatto finanziario complessivo netto del "*superticket*" sul settore pubblico pari a € 778,8, mln.
- peraltro, l'ingresso del "*superticket*" ha anche "spostato" parte della domanda sul privato (rendendo in alcuni casi più conveniente la tariffa libera sul mercato privato dell'onere delle compartecipazioni); questo spostamento può essere stimato in € 50 mln., sulla base della spesa specialistica dichiarata nell'Indagine Istat sui consumi delle famiglie
- l'impatto complessivo dell'introduzione del "*superticket*" ammonterebbe quindi a € 828,8 mln.

Per valutare quanto "costerebbe" la sua abolizione, va altresì considerato che alcune Regioni lo hanno già abolito o ridotto.

Stimare l'effettivo costo per le Regioni derivante da tale abolizione è quindi complesso, poiché agiscono contemporaneamente vari fattori. E, purtroppo, malgrado lo sviluppo dei database amministrativi regionali, le informazioni sono spesso insufficienti per supportare le politiche.

Basandoci sulle informazioni disponibili, e scontando un rilevante margine di incertezza su alcune poste, si può postulare che:

- l'impatto finanziario netto del "*superticket*" sui

ricavi derivanti dalle compartecipazioni sulle prestazioni erogate dal settore pubblico, sia stato pari a € 305,4 mln., pari alla differenza tra il ticket 2010 e il 2013, anno in cui si suppone che la norma sia entrata pienamente a regime

- essendo le compartecipazioni sulle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate stimabili in 1,5-1,6 volte quelle derivanti dalle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, per queste (di fatto minori uscite per le aziende sanitarie pubbliche) si può ipotizzare un valore di € 473,4 mln.
- quindi, un impatto finanziario complessivo netto originario del "*superticket*" sul settore pubblico pari a € 778,8, mln.
- peraltro, l'ingresso del *"superticket"* ha anche "spostato" parte della domanda sul privato; questo spostamento può essere stimato in € 50 mln., sulla base della spesa specialistica dichiarata nell'Indagine Istat sui consumi delle famiglie
- l'impatto complessivo dell'introduzione del "*superticket*" ammonterebbe quindi a € 828,8 mln..

Nel frattempo, le Regioni sono intervenute rimodulando (verso il basso) il *"superticket"* e, quindi, una quota di "costo" è già stata sostenuta.

Dai dati dei CE delle Aziende Sanitarie, rispetto al picco del 2013, i ricavi da compartecipazione, nelle strutture pubbliche, si sono ad oggi ridotti del -7,6%.

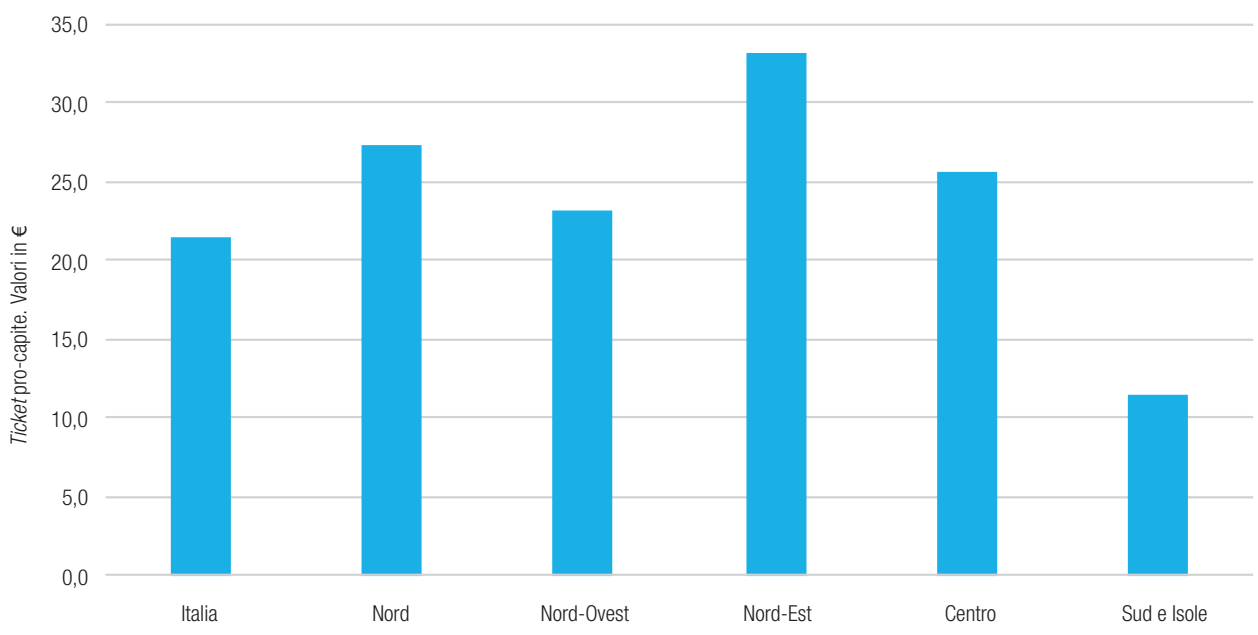
Allo stesso tempo, dal 2013 ad oggi le prestazioni complessivamente erogate si sono ridotte del -2,5%.

Mentre la spesa netta per la specialistica convenzionata si è incrementata in valore del 3,1%.

In mancanza di informazioni, dobbiamo fare due ipotesi di lavoro:

- assumiamo, alternativamente, che la riduzione sia tutta da imputarsi a prestazioni rese da strutture pubbliche, ovvero da quelle private
- assumiamo, che la riduzione del gettito delle compartecipazioni, così stimata, sia tutta da attribuirsi ad azzeramenti/riduzioni del *"superticket"*, e che incida nello stesso modo sulle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private.

Figura 8a.6. Compartecipazione pro-capite all'onere delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da strutture pubbliche per area geografica. Anno 2018



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

Con le assunzioni sopra descritte possiamo disegnare due scenari "estremi".

Nel primo la riduzione delle prestazioni sia tutta attribuibile alle strutture pubbliche; in tal caso nelle strutture private l'erogazione sarebbe rimasta stabile e quindi si sconta un incremento del valore unitario medio delle prestazioni del 3,1%, che ipotizziamo si trasli al 50,0% in un aumento di gettito da compartecipazione; assumendo tale effetto anche per quelle erogate dalle strutture pubbliche, la riduzione di gettito delle compartecipazioni nel periodo (che come detto assumiamo tutto riferibile al "*superticket*") sarebbe del 6,6% (somma algebrica del minore gettito del 7,6%, di un aumento atteso dell'1,5% per l'aumento del valore e di una riduzione del 2,5% delle prestazioni).

Assumendo che questa riduzione si applichi anche alle prestazioni delle strutture private accreditate, l'impatto residuo del "*superticket*" sarebbe pari a € 771,1 mln..

Nel secondo ipotizziamo che la riduzione delle prestazioni sia tutta attribuibile alle strutture private; in tal caso l'incremento del valore unitario medio delle prestazioni sarebbe intorno al 5,6% (sommandosi quello registrato al minor numero di prestazioni erogate).

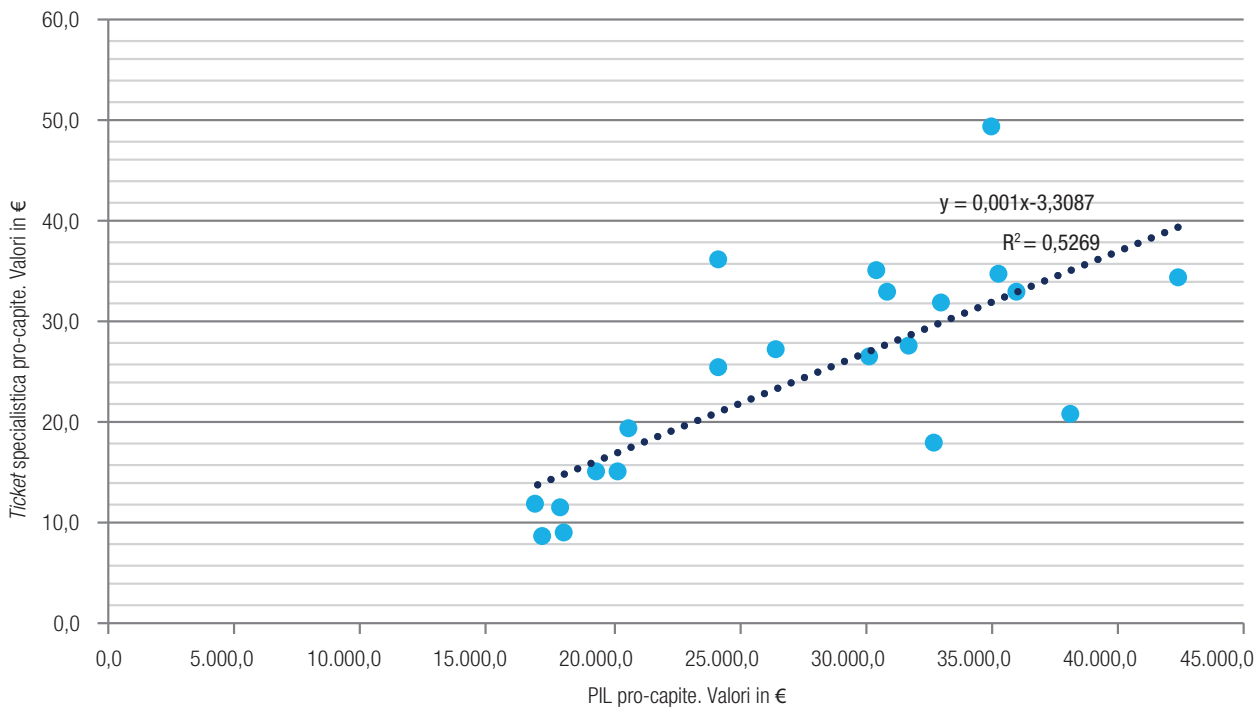
Assumendo anche in questo caso una traslazione dell'effetto al 50% e che questo incremento si applichi anche alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, la riduzione del "*superticket*" sarebbe la somma della riduzione osservata del 7,6% più il 2,8%, ovvero il 10,4%.

Tabella 8a.5. Compartecipazione pro-capite all'onere delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Regioni	*Ticket* pro-capite 2018 (€)	Var. % 2018/2010	Var. % 2018/2017	v.m.a. % 2018/2010
Italia	21,5	16,5	1,6	2,0
Piemonte	26,3	4,3	3,9	0,9
Valle d'Aosta	49,1	13,5	5,7	1,8
Lombardia	20,7	12,5	0,3	1,6
P. A. di Bolzano	34,3	16,0	3,3	1,9
P. A. di Trento	32,8	16,3	2,7	2,0
Veneto	31,7	19,1	-1,7	2,6
Friuli Venezia Giulia	32,9	12,9	3,8	1,7
Liguria	27,5	217,3	1,7	18,1
Emilia Romagna	34,5	14,3	2,2	1,7
Toscana	35,0	18,5	0,1	2,4
Umbria	36,1	43,8	16,1	4,9
Marche	27,2	11,5	9,3	4,3
Lazio	17,7	6,3	2,2	1,0
Abruzzo	25,5	23,8	2,4	3,6
Molise	14,9	-25,2	0,6	-3,4
Campania	8,8	24,8	-7,4	3,4
Puglia	11,3	-4,6	7,4	-0,2
Basilicata	19,2	7,6	0,6	1,7
Calabria	11,9	189,0	-2,1	17,4
Sicilia	8,5	3,3	1,5%	0,6
Sardegna	15,0	0,3	-0,1%	0,1

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

Figura 8a.7. Correlazione tra PIL e compartecipazione all'onere delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti e Istat - © C.R.E.A. Sanità

L'impatto residuo del *"superticket"* sarebbe allora pari a € 742,6 mln..

L'abolizione del *"superticket"*, quindi, secondo le nostre simulazioni "costerebbe" su base annua circa € 750 mld., ovvero circa un terzo dell'incremento del finanziamento (sebbene sembra che la norma sarà posticipata e quindi distribuita su due anni).

Tornando ai dati 2018, il *ticket* pro-capite nelle Regioni del Nord-Est è risultato pari a € 33,07 pro-capite, a € 25,6 nel Centro, a € 23,09 nel Nord-Ovest e, infine, a € 11,4 in quelle del Sud (Figura 8a.6.).

Analizzando l'andamento temporale nelle differenti Regioni, nel periodo 2010-2018, si osserva un aumento generale (+16,5%), dei ricavi generati dalla compartecipazione sulla specialistica ambulatoriale pubblica (Tabella 8a.5.), fanno eccezione il Molise (-25,2%) e la Puglia (-4,6%). L'aumento più consistente si registra in Liguria (217,3%) ed in Calabria (189,0%).

Le Regioni con un PIL pro-capite più elevato sono anche quelle in cui si registrano maggiori compartecipazioni. È possibile osservare, infatti, una correlazione positiva tra il PIL e la compartecipazione media per l'assistenza specialistica; (Figura 8a.7.).

8a.5. Conclusioni

L'analisi evidenzia una diminuzione complessiva degli ambulatori e laboratori che erogano attività specialistiche (0,7%); in particolare si osserva una riduzione delle strutture pubbliche (-3,1%) ed un incremento degli ambulatori privati accreditati (+1,0%) rispetto al 2016.

Il fenomeno dipende dai processi di concentrazione delle prestazioni.

La distribuzione sul territorio mostra una concentrazione maggiore nelle Regioni meridionali: 22,5 ambulatori e laboratori (pubblici e privati) ogni 100.000 abitanti al Sud e Isole verso 14,0 al Centro e 9,0 al Nord.

Le strutture delle Regioni del Nord sono media-

mente di maggiore dimensione: 225.485 prestazioni medie per struttura, verso le 145.354 prestazioni nel Centro e le 95.746 nel Sud e Isole.

Le variazioni rispetto al 2010 presentano una riduzione complessiva del -13,9% per le attività diagnostiche, -11,0% per le attività cliniche e -6,2% per i laboratori.

Mediamente le strutture del Nord presentano una maggiore contrazione nelle attività di Laboratorio (-15,3%) rispetto al Centro (-11,4%) e alle Regioni del Sud e Isole che di contro presentano un aumento (11,0%), per le attività di diagnostica la riduzione maggiore nelle Regioni del Centro (-17,4%) seguono le Regioni del Sud e Isole (-13,4%) e le Regioni del Nord (-13%), per le attività Clinica la contrazione maggiore nel Sud e Isole (-15,7%), seguono le Regioni del Centro (-10,7%) e le Regioni del Nord (-8,0%)

In termini di impatto finanziario, per il 2018 si stima che la spesa netta per la specialistica erogata dalle strutture pubbliche del SSN sia pari a € 2,6-3,2 mld., pari al 2,2%-2,8% della spesa sanitaria pubblica totale; con le compartecipazioni si arriva a € 3,9-4,5 mld., pari al 3,3%-3,9% della spesa sanitaria pubblica totale.

Sul fronte delle prestazioni erogate in regime SSN da strutture private accreditate, la spesa netta per la specialistica è pari a € 4,4 mld., pari al 3,8% della spesa sanitaria pubblica totale; le compartecipazioni potrebbero essere nel range € 1,8-2,2 mld., pari all'1,5%-1,9% della spesa sanitaria pubblica totale.

In definitiva, nel complesso per la specialistica ambulatoriale si stima una spesa totale compresa nel range € 18,0-18,6 mld..

Il settore è gravato da una forte incidenza delle compartecipazioni, in particolare per effetto del cosiddetto "*superticket*" che è intenzione del Governo abolire.

Già oggi la situazione è frammentata: pur applicato nella maggior parte delle Regioni, in alcune si applica la quota fissa, in altre no o la applicano in misura ridotta; altre ancora hanno rimodulato la compartecipazione al fine di renderla più coerente con i propri criteri di equità ed efficienza, in base alla condizione economica del nucleo familiare o al valore della ricetta.

Di fatto, si stima che l'onere per i cittadini derivante dal "*superticket*", per il quale stimiamo un impatto iniziale di € 828,8 mln., si sia nel tempo ridotto di circa il 5,1-7,6%, così che la sua abolizione "costerebbe" alle Regioni (con impatti fortemente differenziati) circa € € 742,6-771,1 mln..

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute (anni vari), Conto economico delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto
2. Bollettini ufficiali Regionali
3. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

ENGLISH SUMMARY

Trend and economic impact of specialist outpatient care

The analysis of data on specialist care made available by the Health Ministry[1] for 2017 shows an overall decrease in the number of surgeries, clinics and laboratories providing specialist services (- 0.7%). In particular, compared to 2016, there was a 3.1% decrease in public facilities and a 1,0% increase in accredited private one.

We are also witnessing a process of gradual concentration in the provision of services. In general terms, the facilities in Northern Regions are larger, with an average of 225,485 services provided per structure, compared to 145,354 services in Central Italy and 95,746 in the South and in the Islands.

The average number of services provided per-capita in Italy is 20.7: in the South and in the Islands it amounts to 21.6, followed by Central and Northern Italy with 20.3.

The number is conditional upon laboratory services. The Italian average is 16.5 broken down as follows: 17.8 per-capita for the Southern Regions; 15.9 for those in Central Italy and 15.8 for the Northern ones.

Hence in the South the number of laboratory services is higher, while in Central and Northern Italy more diagnostic and clinical services are provided.

Based on the data available, we can estimate a level of spending for specialist outpatient care in 2018 ranging between € 18.0 and € 18.6 billion.

Out of this spending, the net spending for specialist care provided by the public structures of the National Health Service (NHS) is estimated at € 2.6 - 3.2 billion, equal to 2.2% - 2.8% of the total public health expenditure. Considering copayments, the amount rises to € 3.9 - 4.5 billion, equal to 3.3% - 3.9% of the total public health expenditure.

With specific reference to the services provided by accredited private structures, the net spending for specialist care is equal to € 4.4 billion, equal to 3.8% of the total public health spending. Cost sharing could range between € 1.8 and 2.2 billion, equal to 1.5% - 1.9% of the total public health expenditure.

The sector is burdened by a strong incidence of cost sharing, which is on average equal to 16.6 - 19.7%, particularly as a result of the extra-copayments paid by citizens in addition to the usual charges (the so-called "superticket") that the Government plans to abolish.

The implementation of cost sharing is extremely fragmented. The national legislation provides for a maximum fee on services (the so-called "ticket") equal to € 36.15 (an amount changed in some Regions) and a € 10.0 fixed fee per prescription (the so-called "superticket") charged in most Regions but in different ways. Some of them charge the fixed fee as set initially or a lower amount, while other Regions have redefined cost sharing in order to make it more consistent with their criteria of fairness and efficiency, based on the households' economic conditions or the value of the prescription.

In fact, it is estimated that the burden for citizens resulting from the so-called "superticket" was originally equal to € 828.8 million and that it has been reduced over time (as a result of the regional abolition / reduction interventions) to € 742.6 - 771.1 million, which would be the current "cost" of its abolition (with strongly differentiated regional impacts).

[1] Statistical Yearbook of the National Health Service

CAPITOLO 8b
Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali[1]

Cassa R.[2], Collicelli C.[3], Santurri P.[2], Spandonaro F.[4]

8b.1. Il problema

Il sistema sanitario italiano è caratterizzato da buoni esiti e costi molto contenuti: si tratta di una evidenza ampiamente condivisa, sia a livello nazionale, che internazionale. Allo stesso tempo sono abbastanza condivise alcune "ombre": in primo luogo i rischi di un rallentamento, se non in alcuni casi il peggioramento, dei risultati raggiunti, a causa del processo di progressivo definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (Rapporto C.R.E.A. Sanità 2018); in secondo luogo il persistere di alcune debolezze organizzative, che incidono sulla *responsiveness* del sistema e, in particolare sulla soddisfazione dei cittadini verso il servizio pubblico.

L'"Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali" nasce con l'obiettivo di monitorare e analizzare problematiche organizzative del SSN e, nello specifico, quelle legate al fenomeno delle liste di attesa e all'impatto del ricorso alla spesa privata da parte dei cittadini.

Riportiamo integralmente quanto specificato nel I rapporto dell'Osservatorio (2017): «… la presente ricerca parte dal presupposto che gli obiettivi della Sanità pubblica italiana prevedano una copertura ed una protezione di natura generalizzata e con diffusione universale. Un simile principio si scontra però con la realtà dei fatti, secondo la quale allo stato attuale, il Servizio Sanitario Nazionale spesso non riesce a garantire il rispetto di *standard* di servizio adeguati, in grado di soddisfare le finalità di base per cui è stato concepito. La situazione che si è venuta a creare ha determinato una progressiva dilatazione dell'area della spesa privata *out of pocket* (ovvero sostenuta di "tasca propria") per la copertura parziale o totale dei costi delle prestazioni e, nel medesimo tempo, l'incremento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni pubbliche: ambedue elementi che si sono accentuati nel corso degli anni della crisi economica. L'onere della compartecipazione alla spesa dei servizi del SSN e le inefficienze che portano ad allungare le liste di attesa, hanno incentivato lo sviluppo di un'offerta privata di servizi spesso concorrenziale con quella pubblica, tanto per il costo – persino per chi non dispone di una copertura assicurativa o mutualistica privata -, quanto per i tempi di risposta».

Il tema delle liste di attesa, in particolare, attira grande attenzione nell'ambito della politica sanitaria.

A conferma di ciò, il 14 giugno 2018, in vista della predisposizione del nuovo Piano per le Liste di Attesa (PNGLA), l'allora neo Ministro Giulia Grillo ha ritenuto di inviare alle Regioni e Province Autonome una circolare mirata a raccogliere informazioni capillari sulle modalità di gestione delle liste di attesa e sull'attività libero-professionale intramuraria. Ancora, il Ministro, nel settembre 2018, ha comunicato di avere predisposto un meccanismo di verifica trasparente rispetto alla attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che prevede la possibilità per tutti i portatori di interesse (pazienti, cittadini, società

[1] La ricerca da cui è tratto il presente contribuito è stata possibile grazie ad un finanziamento di Fondazione Luoghi Comuni ed è stata pubblicata dalla CGIL-FP

[2] CODRES
[3] Cnr-Itb
[4] Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

scientifiche, industria, Regioni) di esprimere i propri giudizi e le proprie domande di chiarimento presso un unico centro di raccolta che riferirà alla Commissione nazionale LEA. Da ultimo, nella Legge di Bilancio approvata il 30 dicembre 2018 è stato previsto uno stanziamento di € 150 milioni per il 2019 e di € 100 milioni per ognuno dei due anni successivi, al fine di supportare le azioni regionali tese a ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni.

L'elevata attenzione per il tema non si riflette, peraltro, in altrettanta attenzione per la esplicitazione dei confini e dei limiti delle analisi svolte, tendendo piuttosto a prevalere un approccio "scandalistico", che fa leva sull'emotività scatenata dai casi di reale o presunta "malasanità". Quindi, per non cadere in tale errore, prima di passare agli aspetti tecnici della ricerca, riteniamo necessario esplicitare alcuni caveat, propedeutici ad una corretta interpretazione dei risultati.

Ricordiamo, in primo luogo, che le rilevazioni effettuate (così come quelle precedentemente svolte da altri istituti di ricerca con i quali ci si confronta) si riferiscono a prestazioni "non urgenti" e quindi differibili e in alcuni casi programmate.

Questo implica che, per la maggioranza dei casi, è improprio ipotizzare correlazioni fra le liste di attesa rilevate ed eventuali rischi per gli esiti di salute. Sebbene talvolta emergano, per lo più da indagini giornalistiche, attese improprie anche nel caso di prestazioni urgenti, la reale incidenza di queste situazioni non è nota e riteniamo presumibilmente bassa.

La coesistenza, nel nostro sistema sanitario, di attese rilevanti ed esiti di salute aggregati fra i migliori nel mondo, sembra rassicurare sul fatto che, effettivamente, non si tratti di un tema da legarsi prioritariamente ai rischi per la salute.

Anzi, nella misura in cui i tempi di attesa dipendano, ad esempio, da un diffuso ricorso alla programmazione dei controlli, potrebbero persino rappresentare un indicatore indiretto della diffusione di pratiche di medicina proattiva e di ricerca di efficienza.

Non di meno, è indubbio che quello delle liste di attesa rimanga un problema che si colloca in cima alla lista delle ragioni di insoddisfazione dei cittadini verso il servizio sanitario.

Riteniamo, quindi, si possa affermare che la tematica vada prioritariamente inquadrata fra quelle indicatrici di carenze organizzative. Oltre a ciò, anche fra quelle potenzialmente fonte di iniquità.

Per questo la lettura dei dati deve essere "consapevole": è essenziale interrogarsi, certamente sui *trend*, ma principalmente sulle ragioni della variabilità infra e intra regionale, nonché sull'impatto economico sui pazienti: entrambe proxies dei problemi di equità.

In coerenza con quanto sopra esposto, l'attenzione dell'indagine C.R.E.A. si è parallelamente focalizzata sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e sui costi sostenuti per la fruizione delle medesime. Tali valori sono stati raccolti e analizzati sia per le prestazioni richieste al SSN (tipicamente soggette ad un *ticket*) erogate dalle strutture pubbliche e in quelle private accreditate con il SSN, sia per quelle a "tariffa piena" a carico delle famiglie (solventi nel settore privato ed in intramoenia nel pubblico).

In questa seconda annualità la rilevazione è stata condotta su 4 "nuove" Regioni, Emilia Romagna, Liguria, Marche e Sicilia, scelte per la loro rappresentatività geografica: complessivamente contano 12.608.844 residenti.

La rilevazione 2018 si somma a quella effettuata nel 2017 in Campania, Lazio, Lombardia e Veneto.

Complessivamente le Regioni monitorate nelle prime due annualità sommano 39.272.747 abitanti, pari a oltre la metà (64,8%) della popolazione italiana.

I dati sono stati acquisiti direttamente presso le unità oggetto di indagine, sia per il settore pubblico, che per il comparto privato dell'offerta sanitaria presente sul territorio; la metodologia utilizzata è descritta in allegato.

8b.2. Principali risultati

Per quanto riguarda i tempi di attesa per le prestazioni analizzate (Tabella 8b.1.) la situazione media rilevata nelle 4 Regioni analizzate nel 2018 presenta, per quanto concerne le strutture pubbliche regime SSN, e rispetto allo scorso anno, sia valori con tempi

di attesa mediamente inferiori (ad esempio per la visita oculistica e la coronarografia) che superiori (ad esempio per la colonscopia, la elettromiografia e la gastroscopia).

I tempi di attesa vanno, a seconda delle prestazioni dai 23 giorni ai 112. Solo per una tipologia di prestazioni si rimane sotto i 30 giorni (le prestazioni sotto tale soglia sono peraltro diverse nelle due rilevazioni).

Tabella 8b.1. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (media rilevazioni)

	Pubblico	Intra-moenia	Privato convenzionata	Privato solventi
Rilevazione 2018				
Visita oculistica	40,9	6,7	41,7	8,2
Visita ortopedica	43,6	7,6	30,1	6,3
Rx articolare	35,5	6,5	22,0	5,2
Spirometria	35,1	7,7	23,2	5,2
Ecocardiografia	59,6	6,2	51,2	6,1
Ecodoppler venoso arti inf.	66,5	6,4	33,3	6,1
Eco tiroide	60,8	7,5	36,2	5,8
Colonscopia	111,7	10,7	78,9	10,7
Gastroscopia	100,1	12,8	43,0	10,6
Elettromiografia	82,9	20,0	29,6	9,0
Coronarografia	23,3	9,2		6,8
Rilevazione 2017				
Visita oculistica	88,3	6,7	52,2	6,3
Visita ortopedica	55,6	6,1	27,0	6,0
Rx articolare	22,6	4,4	8,6	3,3
Spirometria	43,9	4,6	12,8	5,2
Ecocardiografia	70,3	5,2	22,6	5,9
Ecodoppler venoso arti inf.	73,9	5,1	19,2	6,0
Eco tiroide	57,6	4,9	15,5	5,5
Colonscopia	96,2	6,7	46,5	10,2
Gastroscopia	88,9	6,3	42,3	10,2
Elettromiografia	62,2	5,0	20,9	6,2
Coronarografia	47,0	9,0	90,0	13,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018
2017: Campania, Lazio, Lombarda, Marche
2018: Emilia Romagna, Liguria, Marche, Sicilia

Come già detto, nell'interpretazione dei risultati non va dimenticato che si tratta di tempi per prestazioni senza esplicita indicazione di urgenza, per le quali l'accesso è prioritario e quindi certamente più rapido: non di meno rimangono generalmente e largamente superiori ai 30 giorni, che possono essere considerati una soglia di tolleranza da parte dei cittadini (cfr. I Rapporto dell'Osservatorio).

In regime di intramoenia, i tempi si contraggono significativamente, fenomeno già rilevato lo scorso anno, con alcune differenze fra le due rilevazioni, ma non particolarmente significative.

I tempi nel privato convenzionato in regime SSN si confermano rilevanti, ma per alcune prestazioni significativamente inferiori al pubblico (ad esempio ecodoppler, gastroscopia, elettromiografia, eco tiroide).

Da rimarcare che, anche nel privato, in regime accreditato SSN, nel 2018 per la maggior parte delle prestazioni si è in media oltre i 30 giorni.

Nelle strutture private, in regime solventi, si confermano invece i tempi di attesa molto brevi registrati per l'intramoenia nella scorsa annualità.

Tabella 8b.2. Costi (€) per prestazione e regime di offerta (media rilevazioni)

Prestazioni	Rilevazione 2018		Rilevazione 2017	
	Intra-moenia	Privato solventi	Intra-moenia	Privato solventi
Visita oculistica	96,2	100,5	97,6	96,8
Visita ortopedica	108,4	116,2	105,7	103,0
Rx articolare	65,3	58,2	50,1	42,0
Spirometria	51,8	58,9	49,2	51,1
Ecocardiografia	108,6	98,4	102,8	93,4
Ecodoppler venoso arti inf.	97,2	94,8	91,9	87,4
Eco tiroide	73,0	73,0	68,2	68,5
Colonscopia	257,7	262,2	261,6	288,8
Gastroscopia	206,7	187,5	216,9	245,3
Elettromiografia	116,3	118,6	120,3	99,9
Coronarografia*	274,0	1370,0	430,0	1465,0

* Prestazione in alcuni casi eseguita in regime di ricovero ordinario

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018
2017: Campania, Lazio, Lombarda, Marche
2018: Emilia Romagna, Liguria, Marche, Sicilia

In merito ai costi medi delle prestazioni a pagamento (Tabella 8b.2.), nelle 4 Regioni considerate i risultati del 2018 confermano sostanzialmente quelli del 2017. I costi dei due regimi (intramoenia e solventi) sono in buona sostanza sovrapponibili fra loro e con quelli rilevati nelle Regioni considerate lo scorso anno. Poche le differenze significative, come quella della coronarografia in regime intramoenia, peraltro probabilmente legata alla variabilità di regime di esecuzione: *day hospital* o ricovero ordinario.

Si conferma, inoltre, che in alcuni casi i costi non sono molto distanti dai valori sostenuti per il *ticket*, ed in altri casi addirittura sovrapponibili, quando anche non inferiori, a quelli del pubblico.

Confrontando i tempi di attesa fra le Regioni della rilevazione 2018 (Tabella 8b.3.), per quanto concerne le strutture pubbliche in regime SSN, il dato maggiormente evidente è la migliore *performance* dell'Emilia Romagna, seguita dalla Liguria.

Tabella 8b.3. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime SSN (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	**Liguria**	**Emilia Romagna**	**Marche**	**Sicilia**	**Totale**
Visita oculistica	58,0	18,2	64,3	35,8	40,9
Visita ortopedica	53,9	19,5	91,0	36,6	43,6
Rx articolare	23,8	31,5	60,1	30,3	35,5
Spirometria	29,4	26,6	62,5	31,5	35,1
Ecocardiografia	37,3	36,0	71,3	107,8	59,6
Ecodoppler venoso arti inf.	52,9	32,9	107,1	74,4	66,5
Eco tiroide	48,7	26,2	150,9	39,2	60,8
Colonscopia	86,5	33,4	160,4	157,9	111,7
Gastroscopia	44,5	44,9	159,4	134,1	100,1
Elettromiografia		33,9	175,3	103,0	82,9
Coronarografia		23,3			23,3
Rilevazione 2017					
Giorni	**Lombardia**	**Veneto**	**Lazio**	**Campania**	**Totale**
Visita oculistica	96,8	58,8	86,2	101,1	88,3
Visita ortopedica	59,5	26,1	84,3	55,3	55,6
Rx articolare	25,9	32,0	42,9	7,5	22,6
Spirometria	54,9	34,8	69,4	32,5	43,9
Ecocardiografia	83,7	95,4	117,9	36,2	70,3
Ecodoppler venoso arti inf.	98,1	55,0	123,0	42,5	73,9
Eco tiroide	110,0	35,0	123,7	22,1	57,6
Colonscopia	95,4	60,4	175,7	87,4	96,2
Gastroscopia	56,7	93,0	158,4	78,1	88,9
Elettromiografia	77,6	50,0	116,0	30,5	62,2
Coronarografia		100,0	80,0	30,0	47,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

Tabella 8b.4. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	**Liguria**	**Emilia Romagna**	**Marche**	**Sicilia**	**Totale**
Visita oculistica	8,3	8,1	4,3	5,2	6,7
Visita ortopedica	6,8	8,6	5,8	8,5	7,6
Rx articolare	4,2	6,1	10,7	3,8	6,5
Spirometria	5,3	4,0	11,7	9,8	7,7
Ecocardiografia	4,1	5,1	8,8	6,7	6,2
Ecodoppler venoso arti inf.	5,5	6,5	7,0	6,4	6,4
Eco tiroide	5,4	6,2	9,4	9,3	7,5
Colonscopia	9,1	7,9	11,6	13,7	10,7
Gastroscopia	8,4	6,6	11,9	24,9	12,8
Elettromiografia	9,0	8,4	47,8	7,3	20,0
Coronarografia		9,2			9,2
Rilevazione 2017					
Giorni	**Lombardia**	**Veneto**	**Lazio**	**Campania**	**Totale**
Visita oculistica	8,9	12,9	6,8	5,7	6,7
Visita ortopedica	8,9	7,7	6,2	6,2	6,1
Rx articolare	3,1		7,4	2,3	4,4
Spirometria	5,7		5,4	3,5	4,6
Ecocardiografia	3,4	7,1	6,6	4,4	5,2
Ecodoppler venoso arti inf.	4,3	1,0	7,0	4,4	5,1
Eco tiroide	4,1		6,1	3,8	4,9
Colonscopia	5,1	12,1	6,8	6,4	6,7
Gastroscopia	5,2		7,3	6,7	6,3
Elettromiografia	6,0		5,3	4,1	5,0
Coronarografia	5,0		10,3		9,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

In Emilia Romagna, infatti, solo per una prestazione si registra una attesa significativamente maggiore ai 30 giorni.

Quindi, anche se i tempi in media sembrano sovrapponibili fra il 2017 e il 2018, questo dipende dalla compensazione derivante dai tempi inferiori dell'Emilia Romagna con quelli decisamente maggiori (anche rispetto alle rilevazioni effettuate nella prima annualità) delle Marche e a seguire della Sicilia.

Per quanto riguarda il regime di intramoenia (Tabella 8b.4.), i tempi di attesa sono in generale, come abbiamo già rilevato, molto più brevi di quelli nel pubblico, con lievi differenze, ma di scarsa significatività statistica tra una Regione e l'altra.

Anche per quanto concerne le strutture private in regime di convenzione con il SSN (Tabella 8b.5.), le differenze tra Regioni sono nella maggior parte dei casi di scarso rilievo; rispetto alla in alcune Regioni i tempi di attesa sono simili a quelli del pubblico, in alcuni casi leggermente più brevi.

Tabella 8b.5. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture private regime convenzionato (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	**Liguria**	**Emilia Romagna**	**Marche**	**Sicilia**	**Totale**
Visita oculistica	40,0	24,4	72,0	30,0	41,7
Visita ortopedica	29,5	18,1	49,4		30,1
Rx articolare	21,3	18,8	44,0	10,7	22,0
Spirometria		13,5	37,5	18,5	23,2
Ecocardiografia	16,5	25,2	83,8	51,7	51,2
Ecodoppler venoso arti inf.	31,7	24,1	35,4	44,3	33,3
Eco tiroide	46,0	22,7	28,9	55,6	36,2
Colonscopia		42,8	97,5	114,0	78,9
Gastroscopia		41,0	38,0	78,0	43,0
Elettromiografia		18,3	90,0	20,7	29,6
Coronarografia					
Rilevazione 2017					
Giorni	**Lombardia**	**Veneto**	**Lazio**	**Campania**	**Totale**
Visita oculistica	71,8	58,6	16,0	18,3	54,5
Visita ortopedica	31,9	20,5	15,5	31,5	27,5
Rx articolare	9,6		7,9	5,2	7,9
Spirometria	19,3		12,0	6,9	14,3
Ecocardiografia	26,5	37,7	19,5	7,5	21,6
Ecodoppler venoso arti inf.	26,6		18,4	7,5	18,9
Eco tiroide	28,3		18,1	9,9	14,2
Colonscopia	63,5	43,0	14,3	28,8	46,5
Gastroscopia	52,6		18,4	40,0	42,3
Elettromiografia	23,3		11,0	14,9	20,8
Coronarografia				90,0	90,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

Tabella 8b.6. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture private regime solventi (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	**Liguria**	**Emilia Romagna**	**Marche**	**Sicilia**	**Totale**
Visita oculistica	6,0	5,1	13,3	6,9	8,2
Visita ortopedica	6,2	4,7	8,3	5,6	6,3
Rx articolare	5,5	4,4	7,4	2,5	5,2
Spirometria	4,6	3,9	7,0	4,2	5,2
Ecocardiografia	3,9	4,9	9,2	6,1	6,1
Ecodoppler venoso arti inf.	6,4	4,6	7,5	7,5	6,1
Eco tiroide	5,4	4,5	7,2	7,4	5,8
Colonscopia	8,2	8,4	11,8	16,0	10,7
Gastroscopia	8,2	8,5	10,9	15,6	10,6
Elettromiografia	8,7	5,3	13,4	5,3	9,0
Coronarografia	8,7	7,0	,	1,0	6,8
Rilevazione 2017					
Giorni	**Lombardia**	**Veneto**	**Lazio**	**Campania**	**Totale**
Visita oculistica	5,5	6,6	6,8	5,9	6,3
Visita ortopedica	4,6	5,7	6,4	7,3	6,0
Rx articolare	1,7	2,0	4,4	2,1	3,3
Spirometria	3,3	1,0	5,9	4,5	5,2
Ecocardiografia	3,3	5,6	6,8	5,5	5,9
Ecodoppler venoso arti inf.	4,3	12,0	6,3	5,5	6,0
Eco tiroide	3,7	4,0	5,7	5,2	5,5
Colonscopia	9,4	12,8	10,1	10,3	10,2
Gastroscopia	6,6	10,0	10,4	11,1	10,2
Elettromiografia	3,0	11,0	5,4	6,9	6,2
Coronarografia			2,0	16,7	13,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

In regime di solventi nelle strutture private (Tabella 8b.6.), i tempi di attesa risultano generalmente contenuti: si possono segnalare valori più alti in Sicilia per colonscopia e gastroscopia, e nelle Marche per visita oculistica ed elettromiografia.

Per quanto concerne i costi per le famiglie, relativi alle prestazioni erogate in regime di intramoenia e in regime privatistico come solventi, la rilevazione 2018 conferma nei fatti i risultati ottenuti nel 2017.

Sono da segnalare alcune differenze per l'intramoenia (Tabella 8b.7.): ad esempio nella Regione Liguria dove osserviamo un costo più elevato della media per visita oculistica, visita ortopedica, ecodoppler venoso, colonscopia e gastroscopia. Per la Regione Emilia Romagna i costi si presentano allineati con quelli medi; nelle Marche ed in Sicilia si rilevano costi in linea ed in qualche caso al di sotto della media.

Complessivamente osserviamo un tendenziale gradiente negativo dei costi spostandosi da Nord a Sud.

Tabella 8b.7. Costi (€) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	**Liguria**	**Emilia Romagna**	**Marche**	**Sicilia**	**Totale**
Visita oculistica	124,5	98,7	96,3	64,1	96,2
Visita ortopedica	129,3	110,5	100,9	89,8	108,4
Rx articolare	69,0	81,7	49,8	55,0	65,3
Spirometria	57,5	45,4	71,5	42,9	51,8
Ecocardiografia	119,1	115,5	93,8	106,7	108,6
Ecodoppler venoso arti inf.	119,6	98,6	80,6	93,3	97,2
Eco tiroide	64,3	79,8	77,5	60,7	73,0
Colonscopia	397,1	295,7	212,1	191,7	257,7
Gastroscopia	303,1	229,7	183,3	137,4	206,7
Elettromiografia	90,0	147,1	110,6	89,5	116,3
Coronarografia		274,0			274,0
Rilevazione 2017					
Giorni	**Lombardia**	**Veneto**	**Lazio**	**Campania**	**Totale**
Visita oculistica	117,1	104,1	84,5	80,7	97,6
Visita ortopedica	115,6	112,6	100,0	95,0	105,7
Rx articolare	61,2		56,8	21,7	50,1
Spirometria	49,3		58,8	38,9	49,2
Ecocardiografia	123,0	104,3	99,5	87,9	102,8
Ecodoppler venoso arti inf.	109,7	110,0	81,6	85,1	91,9
Eco tiroide	82,8		69,4	58,4	68,2
Colonscopia	271,1	203,0	298,5	259,1	261,6
Gastroscopia	188,0		278,5	208,0	216,9
Elettromiografia	140,0		138,9	87,9	120,3
Coronarografia	490,0		400,0		430,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

Tabella 8b.8. Costi (€) per prestazione e Regione in strutture private regime solventi (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	**Liguria**	**Emilia Romagna**	**Marche**	**Sicilia**	**Totale**
Visita oculistica	121,0	100,6	92,9	87,0	100,5
Visita ortopedica	132,0	110,1	112,8	117,8	116,2
Rx articolare	81,9	58,4	50,0	34,4	58,2
Spirometria	68,2	52,2	63,6	55,8	58,9
Ecocardiografia	110,4	101,6	88,3	89,8	98,4
Ecodoppler venoso arti inf.	119,1	98,7	75,7	88,1	94,8
Eco tiroide	73,0	82,0	66,2	60,6	73,0
Colonscopia	500,0	245,2	174,0	223,8	262,2
Gastroscopia	284,2	206,8	135,4	151,3	187,5
Elettromiografia	146,6	109,0	124,1	90,0	118,6
Coronarografia	1000,0			2110,0	1370,0
Rilevazione 2017					
Giorni	**Lombardia**	**Veneto**	**Lazio**	**Campania**	**Totale**
Visita oculistica	132,1	90,7	89,3	75,6	96,8
Visita ortopedica	121,4	110,8	95,8	90,0	103,0
Rx articolare	63,5	80,0	51,7	26,6	42,0
Spirometria	50,0		60,4	37,8	51,1
Ecocardiografia	118,9	97,7	99,7	67,2	93,4
Ecodoppler venoso arti inf.	109,8		96,0	64,5	87,4
Eco tiroide	79,7	55,0	74,5	54,1	68,5
Colonscopia	260,0	254,8	335,5	208,8	288,8
Gastroscopia	202,5	118,0	283,3	160,9	245,3
Elettromiografia	128,0	107,5	106,5	89,9	99,9
Coronarografia			800,0	1797,5	1465,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

Nel caso dei solventi (in strutture private) i costi sono mediamente allineati con quelli rilevati lo scorso anno; i dati regionali mostrano (Tabella 8b.8.) valori più elevati in Liguria per molte prestazioni, ed in particolare per la colonscopia e la gastroscopia; valori nella media in Emilia Romagna; e valori prevalentemente al di sotto della media nelle Marche e in Sicilia, confermando sia il gradiente Nord-Sud, sia l'allineamento dei costi fra pubblico e privato.

8b.3. Conclusioni

La rilevazione C.R.E.A. Sanità 2018 per l'"Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitarie Regionali", effettuata nelle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Marche e Sicilia, permette di confermare le evidenze emerse nella rilevazione 2017 (I annualità) in Campania, Lazio, Lombardia e Veneto.

Complessivamente, le due rilevazioni coprono un campione (non rappresentativo ma rilevante) pari al 64,8% della popolazione italiana, distribuita nelle diverse ripartizioni geografiche.

I risultati ottenuti nelle due annualità risultano quantitativamente coerenti con le precedenti ricerche del Censis e quelle del Tribunale dei Diritti del Malato-Cittadinanzattiva. In particolare, la rilevazione mostra che il fenomeno, in media, non solo non si riduce, ma anzi tende semmai ad aggravarsi.

La rilevazione 2018 porta, però, in evidenza un dato discrasico, ovvero quello relativo agli eccellenti risultati dell'Emila Romagna: in questa Regione per una sola prestazione si registra una attesa significativamente maggiore ai 30 giorni: e ricordiamo che i tempi di attesa rilevati attengono a prestazioni non classificate urgenti.

L'"anomalia" della Regione Emilia Romagna sembra quindi indicare che sia possibile migliorare drasticamente la *perfomance*.

A maggior ragione, possiamo quindi confermare, osservando le differenze fra le Regioni, che la natura del problema liste di attesa è essenzialmente equitativa; questa dimensione si aggiunge e, in larga misura spiega, l'impatto sulla soddisfazione dei cittadini.

Una lettura di tipo organizzativo, ci porta a dire che, oltre alle due evidenti "regolarità" segnalate nella prima annualità e confermate nella seconda, si pone un tema legato alla capacità di diffusione delle *best practice*.

Ricordiamo che le regolarità sono, in primo luogo, quella relativa alla conferma che la discriminante nel fenomeno delle liste di attesa è il regime di pagamento delle prestazioni; infatti, quelle in regime SSN (gratuite a meno dell'eventuale *ticket*) hanno tempi di attesa alti e in qualche caso "molto alti": in media, con le eccezioni segnalate nel testo, è raro rimanere nei limiti dei 30 giorni nelle strutture pubbliche e spesso si supera il limite anche in quelle private accreditate. Per quelle a pagamento (sia in intramoenia nel pubblico, che per i solventi nel privato) i tempi di accesso sono al contrario del tutto ridotti.

Come già osservato nella prima annualità, la differenza fra queste due "categorie" (a pagamento e non) è di un ordine di dimensione largamente maggiore di quella della differenza di tempo di accesso fra strutture pubbliche e private. Sebbene i tempi di attesa in quelle pubbliche siano più alti, peraltro non in modo generalizzato, comunque non lo sono in modo significativo. Analogamente fra quelle a pagamento, le differenze di tempo di accesso fra pubblico e privato sono negligibili.

Quindi la discriminante è il regime e non la nature pubblica o privata della struttura.

Analogamente si conferma l'assunto secondo il quale i prezzi in regime intramoenia (pubblico) e solventi (extra SSN privato) risultano molto vicini: anzi, in alcuni casi è possibile rilevare un costo in intramoenia più alto.

Un ulteriore elemento di riflessione e criticità è che, per effetto della compartecipazione, in molti casi si assiste ad una sostanziale sovrapponibilità dei costi per il cittadino fra prestazioni erogate nei regimi a pagamento e in quelli a rimborso pubblico.

In definitiva, come già sottolineato lo scorso anno (e ricordando ancora una volta che le analisi sono state condotta su prestazioni non prescritte come urgenti) i tempi del SSN rischiano di risultare disallineati con le aspettative della popolazione e, insieme, anche le compartecipazioni ai costi rispetto al valore di mercato delle prestazioni. E proprio questi disallineamenti sono. di fatto, uno dei principali *driver* di

posizionamento competitivo delle strutture private.

La seconda regolarità, già evidenziata nel 2017, è "la mancanza di una regolarità", se non nei dati aggregati a livello regionale.

Rimane, infatti, elevata la variabilità infra-regionale e anche quella fra strutture e prestazioni. L'analisi dei tempi per struttura erogatrice evidenzia differenze non facilmente spiegabili: il disallineamento, ad esempio, fra aziende ospedaliere e i presidi di ASL, sebbene possa essere legato a questioni di specializzazione e/o di reputazione delle strutture, sembra confermare una carenza di organizzazione e coordinamento, con il risultato di una disomogenea distribuzione della domanda, come anche di una incapacità di riallocazione dell'offerta.

Come anticipato, la rilevazione 2018 permette, però, di evidenziare un fattore nuovo, ovvero quella che abbiamo chiamato l'"anomalia" (positiva) dell'Emilia Romagna: tale Regione registra tempi di attesa nettamente inferiori a quelli delle altre Regioni analizzate e praticamente in linea con la soglia massima dei 30 giorni che, in precedenti analisi (cfr. I Rapporto), era stata identificata come aspettativa della popolazione.

L'impegno dell'Emilia Romagna è ben noto; basti citare le norme susseguitesi nel tempo:

- DGR n. 925/2011: che indicava la necessità che le Aziende sanitarie svolgessero una attività di verifica dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato
- DGR n. 1056/2015: cha ha definito le strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, dettando gli obiettivi per gli anni 2015-2016
- DGR n. 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna", in cui si dettagliano le strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato e si indicano gli strumenti di monitoraggio dei tempi di attesa, fra cui il nomenclatore SIGLA, aggiornato e completato con procedure e interventi chirurgici.

In particolare, sembra sia stata vincente l'introduzione a inizio 2018 del sistema regionale di controllo informatizzato delle liste di attesa dei ricoveri (SIGLA); ma va anche ricordato che sono stati fatti consistenti investimenti mirati al reclutamento di professionisti (oltre 5.000, nell'ultimo biennio, le persone assunte in sanità a tempo indeterminato, di cui 1.450 precari stabilizzati, per un costo complessivo di 24 milioni di euro) e altri strumenti definiti dal Piano regionale, quali la creazione, da parte di ogni Azienda sanitaria, del Responsabile Unico Aziendale, garante della corretta gestione delle liste di attesa; inoltre l'utilizzo delle sale operatorie, tramite l'integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche; la gestione delle prenotazioni totalmente informatizzata con criteri di priorità per l'accesso; il ricorso anche a strutture private convenzionate.

L'indicazione di sintesi sembra essere quella della necessità di un piano di azione multidimensionale, che affronti la problematica da vari punti di vista fra loro integrati.

Ovviamente, la durabilità del successo dovrà essere verificata con successivi monitoraggi; ma, nel frattempo è auspicabile che si apra un dibattito sugli elementi e le azioni che hanno determinato il raggiungimento dell'obiettivo e come diffonderli negli altri SSR; come ulteriore sviluppo della ricerca, sarà anche interessante verificare l'impatto della riduzione dei tempi di attesa sui livelli di effettiva soddisfazione dei cittadini per i servizi.

Infine, vanno sempre, per trasparenza, ribaditi i limiti dello studio. In particolare, ricordiamo che, sebbene le 8 Regioni considerate nei due anni di ricerca rappresentino oltre il 60,0% della popolazione italiana e siano ben distribuite nelle ripartizioni geografiche, esse non sono statisticamente rappresentative del territorio nazionale. Anche il *set* di prestazioni rilevate non è strettamente rappresentativo, sebbene si tratti di prestazioni di accesso frequente.

Riferimenti bibliografici

1. ASviS, (2018), Rapporto 2018
2. Bloomberg, (2018), *Health Care Efficiency*
3. Cittadinanzattiva, (2018), XXI Rapporto PiT Salute
4. C.R.E.A. Sanità, (2018), XIV Rapporto Sanità: "Mi-

sunderstandings", Roma
5. GIMBE, (2018), 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, Bologna
6. Health Consumer Powerhouse, EuroHealth Consumer Index, 2017
7. It, Censis, Rissc e Ispe, (2017), *Curiamo la corruzione, percezione rischi e sprechi in Sanità*, Roma
8. Ministero della Salute, PNGLA, 2010
9. Ministero della Salute, (vari anni), Annuario statistico
10. Ministero della Salute, (vari anni), Annuario statistico personale
11. Ministero della Salute, (vari anni), Conti Economici delle Aziende Sanitarie.
12. Numbeo, (2018), Health Care Index for country 2018, www.numbeo.com
13. OMS-WHO Regional Office for Europe, (2018), European Health Report 2018: More then Numbers - evidence for all
14. OECD Health statistics, (2018) www.oecd.org/elsd/helth-systems/health-data.htm
15. RBM-Salute Censis, (2018), VIII Rapporto sulla Sanità Pubblica Privata e Intermediata

ENGLISH SUMMARY

Waiting times and performance costs in Regional Health Systems

The Italian health system is characterized by good outcomes and very low costs: this evidence is widely shared both nationally and internationally. At the same time some "shortcomings" are well-known: in particular, the persistence of some organizational weaknesses, which affect the system responsiveness, but also citizens' satisfaction with the public service.

The "Observatory on waiting lists and costs of healthcare services in Regional Health Services" has been created with the aim of monitoring and analyzing the NHS organizational problems and, specifically, those relating to waiting lists and the impact of citizens' recourse to private spending.

In its first two years of activity, the Observatory has allowed, at first, to confirm that the decisive factor in the phenomenon of waiting lists is the regime for paying services. In fact, the services provided under the NHS regime (i.e. free of charge, except for any additional copayment) have long waiting lists, and in some cases "very long" ones; while for the services provided in exchange for consideration (both under the intramoenia regime in public facilities and for fee-paying patients in private structures) access time is very short.

In other terms, the decisive factor seems to be the regime of provision of services and not the public or private nature of the structure providing services.

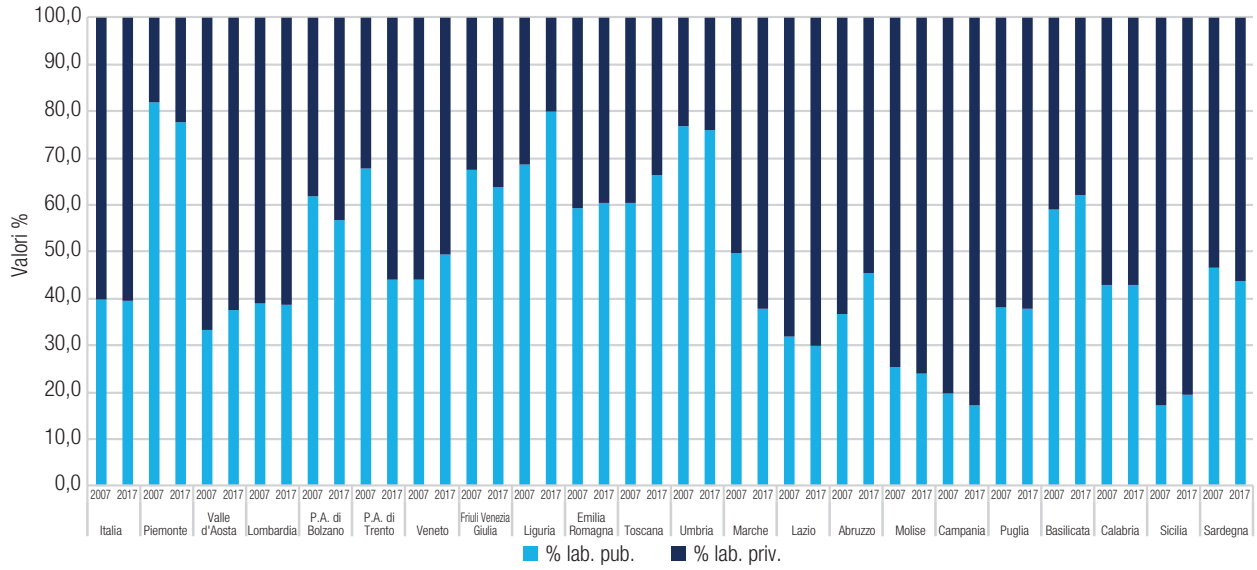
Secondly, it should be pointed out that prices under the intramoenia regime (in public facilities) and those for fee-paying patients (hence not falling under the NHS regime) are very similar: indeed, in some cases the intramoenia cost is higher. Moreover, as a result of cost-sharing, in many cases the costs borne by citizens for services provided in fee-based schemes and those for which public reimbursement is envisaged basically overlap.

Ultimately, bearing in mind that the analyses have been made on services not prescribed as urgent, the average time taken by the National Health Service risks not being in line with people's expectations and, at the same time, also with copayments in relation to the market value of services.

We should also underline the strong variability between Regions and within them, as well as the existence of areas of excellence. The 2018 survey made it possible to highlight the (positive) "anomaly" of the Emilia Romagna Region, which records waiting lists much shorter than those of the other Regions analyzed and practically in line with the maximum threshold of 30 days which has been proposed as a reasonable expectation for the population.

The analysis of the Emilia Romagna case shows that effective policies in promoting greater responsivenss must necessarily be multi-dimensional and tackle the problem by proposing integrated actions.

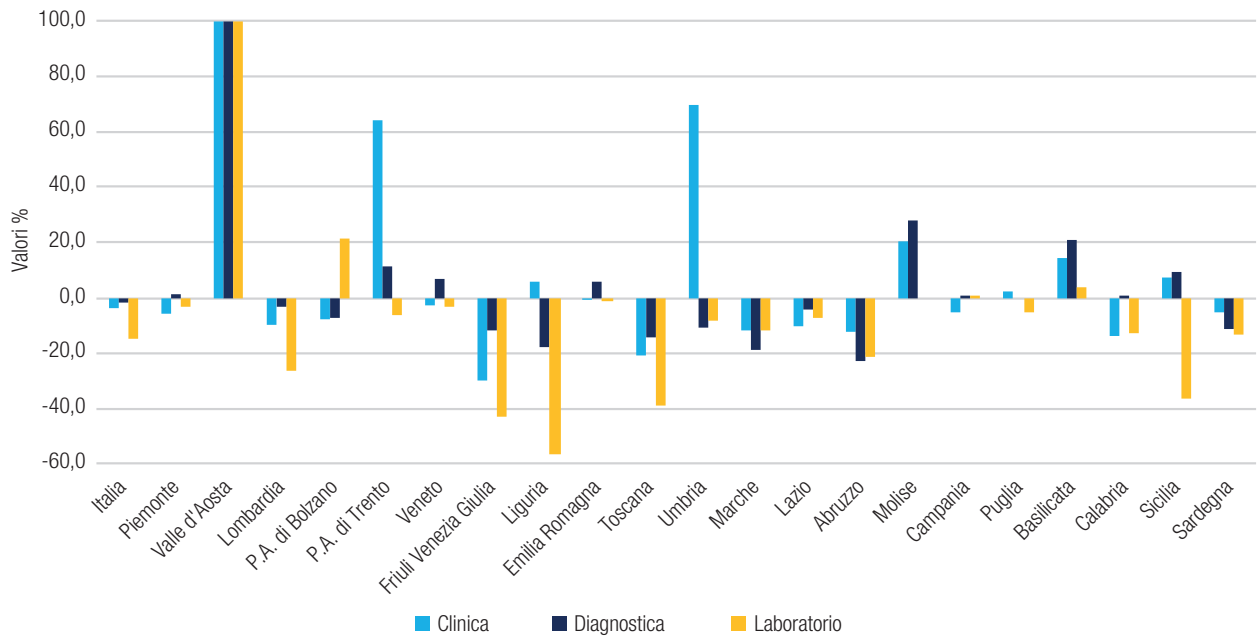
KI 8.1. Ambulatori e laboratori pubblici e privati



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel decennio 2007-2017 la suddivisione degli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche fra pubblici e privati rimane costante: i primi contano per il 39,9% nel 2007 e per il 39,6% nel 2017. Le variazioni più consistenti si registrano nella P.A. di Trento dove l'incidenza delle strutture pubbliche scende di 23,7 punti percentuali (dal 67,7% al 44,0%), di contro in Liguria presenta una riduzione dell'incidenza delle strutture private (dal 31,5% al 20,0%). La quota di ambulatori e laboratori privati massima nel 2017 si registra nella Regione Campania (82,7%), la minima in Liguria (20,0%).

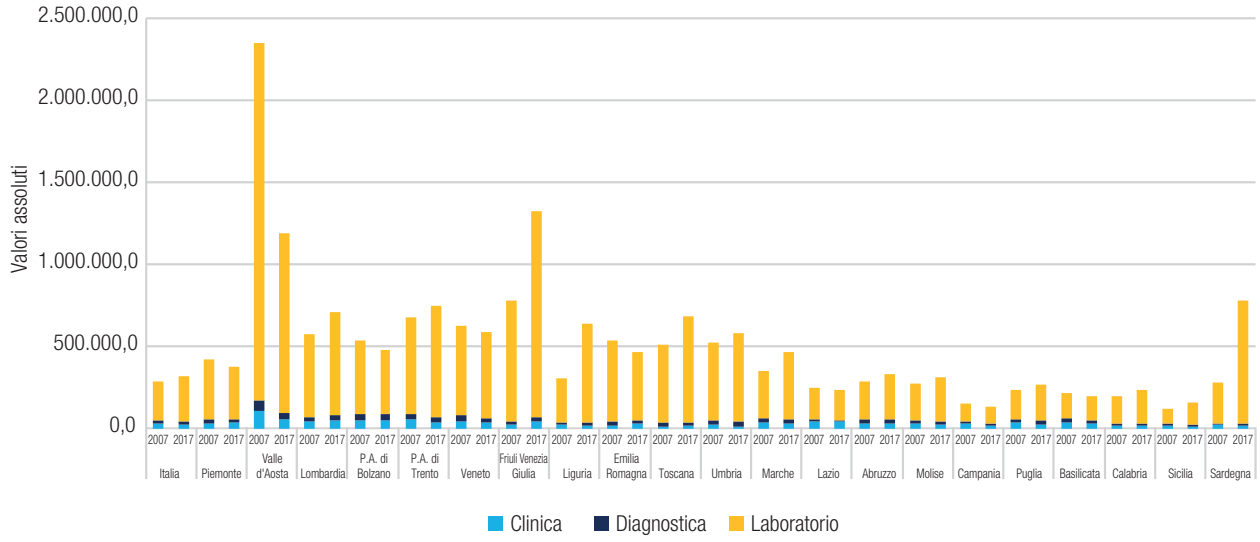
KI 8.2. Variazione strutture per branca anni 2017/2007



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Tenendo presente che la medesima struttura può erogare prestazioni specialistiche appartenenti a più tipologie (clinica,diagnostica e di laboratorio), il numero di ambulatori e laboratori che svolgono attività clinica nel 2017 è pari a 6.074 (-4% rispetto al 2007); 2.995 sono le strutture che forniscono attività diagnostica (-1,7% rispetto al 2007); ed infine 3.628 i laboratori di analisi (15,0% rispetto al 2007). La variazione più consistente in termini percentuali si registra per l'attività clinica in Valle d'Aosta (+100%), la riduzione maggiore in Friuli Venezia Giulia (-29,8). Per la diagnostica è sempre la Valle d'Aosta a registrare l'incremento percentuale maggiore (+100%), mentre la contrazione maggiore si ha in Abruzzo (-22,6%). Ancora raddoppia i laboratori la Valle d'Aosta (da 1 a 2), mentre in Liguria si riducono del 56,3%.

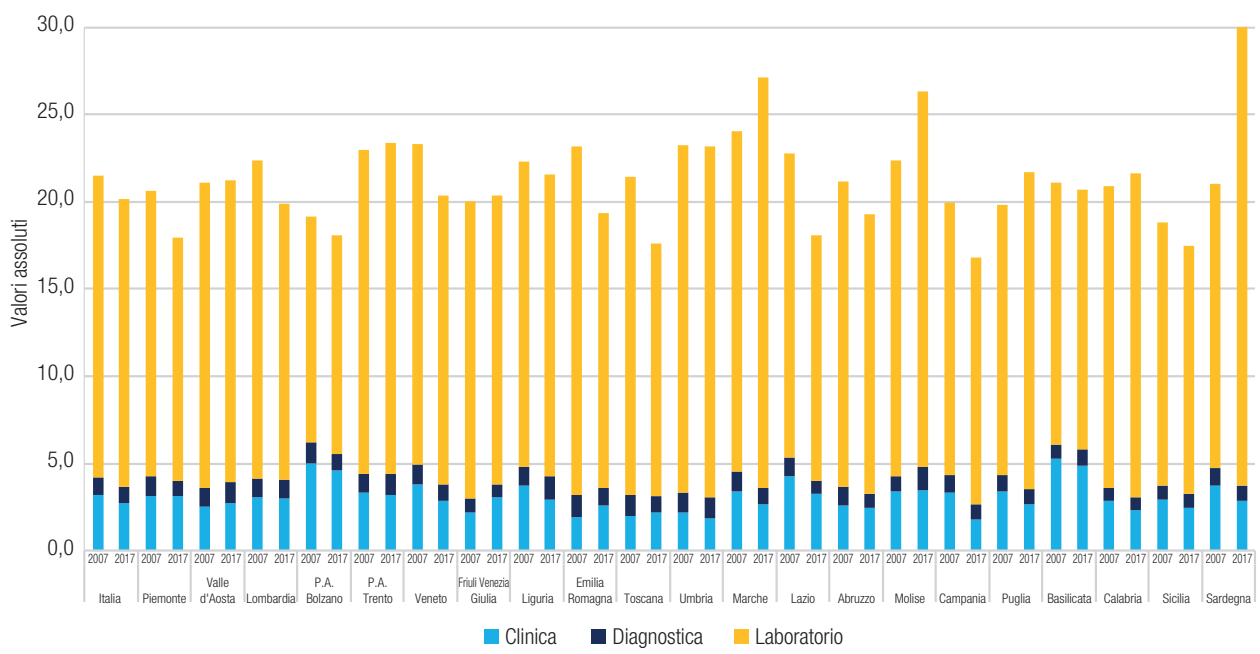
KI 8.3. Numero medio di prestazioni erogate per branca



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il numero medio di prestazioni erogate, nel 2017, è pari a 275.292 per i laboratori, 27.230 per la clinica e 18.631,7 per le attività di diagnostica (rispettivamente +16,3%, -7,2% e -6,8% rispetto al 2007). Per le attività di laboratorio la Regione Valle d'Aosta presenta il numero medio di prestazioni più elevato pari a 1.098.263 (49,6% rispetto al 2007) di contro la Campania il numero più esiguo 99.807 (-8,9%). Per le attività di diagnostica Valle d' Aosta registra il numero di prestazioni più elevato pari a 36.555 (-46,9% rispetto al 2007) e la Sardegna il numero più basso con 11.234 (+0,9%). Per le attività di clinica è sempre la Valle d' Aosta a fornire il numero di prestazioni più elevato, con 58.368 prestazioni (-44,5% rispetto al 2007) mentre l' Umbria con 11.701 presenta il numero di prestazioni più basso (-49,1% rispetto al 2007).

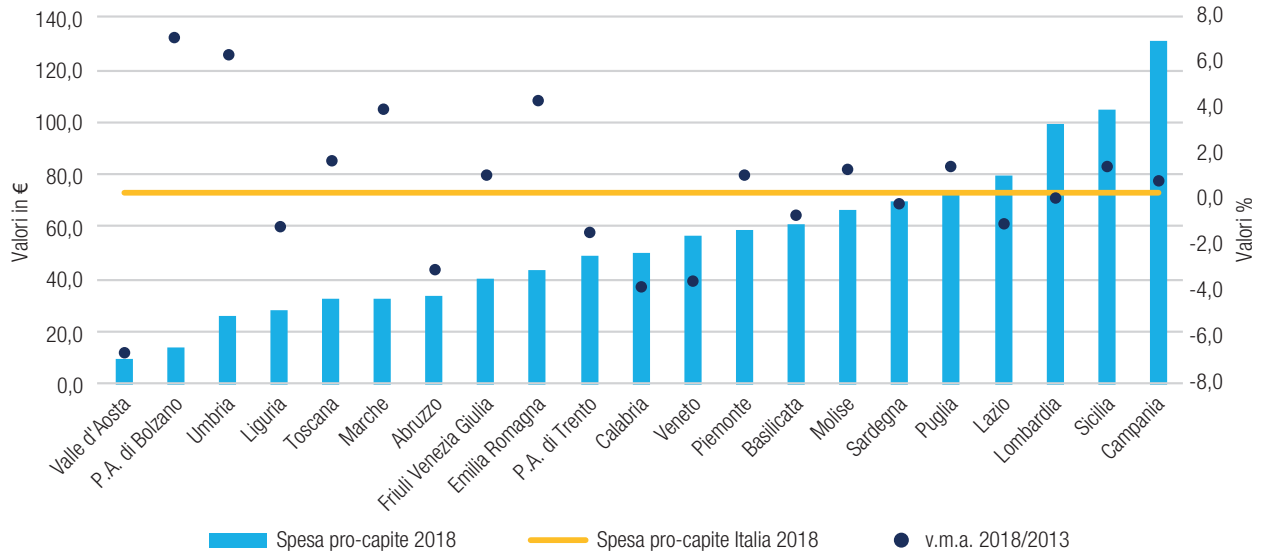
KI 8.4. Numero medio prestazioni per residente per branca



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il numero medio di prestazioni pro-capite per tipo di assistenza nel 2017 è pari a 2,7 per le attività cliniche, 0,9 per la diagnostica e 16,5 per le attività di laboratorio (rispettivamente -13,9%, -11,5% e -4,5% rispetto al 2007). Per le attività di Clinica la Regione Basilicata presenta il numero medio di prestazioni più elevato pari a 4,9 pro-capite (-6,9% rispetto al 2007) di contro la Campania il numero più esiguo con 1,8 prestazioni (-47,5%). Per le attività di diagnostica si va da un massimo di 1,4 in Liguria e Molise (rispettivamente +30,8% e +53% rsispetto al 2007) ad un minimo di 0,7 in Calbria (-1,4%). Per i laboratori il numero di prestazioni più elevato si registra in Sardegna con 42,2 per residente (+158,8 % rispetto al 2007), mentre la P.A. di Bolzano presenta il numero di prestazioni più basso con 12,5 (-3,5%).

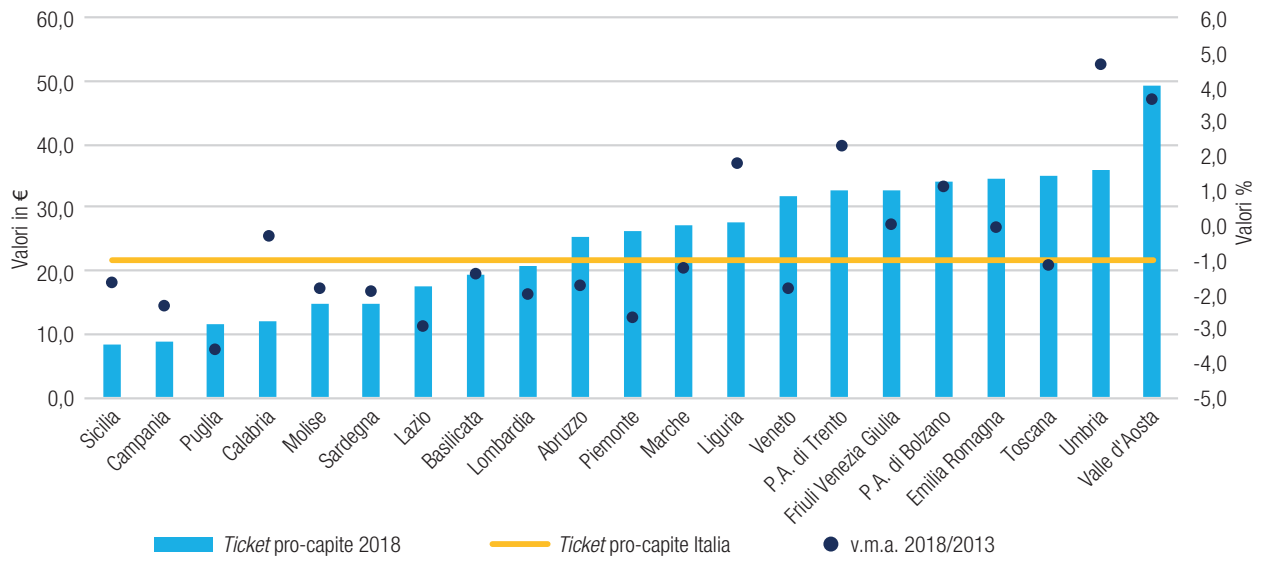
KI 8.5. Spesa pro-capite per assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018, la spesa netta pro-capite per specialistica ambulatoriale convenzonata (erogata dalle strutture private accreditate) ammonta a € 72,9, registrando una v.m.a dello 0,2% nel periodo 2013/2018. Il valore massimo si registra in Campania e Sicilia (rispettivamente € 130,6 e € 104,9 pro-capite); all'estremo opposto si collocano la Valle d'Aosta (€ 10,0 pro-capite), la P.A. di Trento (€ 14,5 pro-capite). Nel quinquennio analizzato ri registra la variazione in aumento maggiore nella P.A. di Bolzano (+7,1% v.m.a.), la contrazione maggiore in Valle d'Aosta (-6,7% v.m.a.).

KI 8.6. Compartecipazione pro-capite al costo delle prestaizoni specialistiche ambulatoriali (strutture pubbliche)



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La compartecipazione pro-capite per prestazioni erogate da strutture pubbliche, nel 2018, si attesta a € 21,5, in diminuzione del 7,5% rispetto al 2013. Il valore massimo pro-capite si registra in Valle d'Aosta, Umbria e Toscana (rispettivamente € 49,1; € 36,4 e € 35,0); all'estremo opposto si collocano Sicilia (€ 8,5), Campania (€ 8,8) e Puglia (€ 11,3). Nel quinquennio analizzato (2013-2018), il ricavo delle compartecipazioni (prestazioni erogate dalle strutture pubbliche) si è ridotto in tutte le Regioni ad eccezione di Umbria, Valle d'Aosta, P.A. di Trento. P.A. di Bolzano e Friuli Venezia Giulia. La differenza tra la Regione con valore massimo e minimo è del 481,1%, ovvero € 40,7.

Assistenza farmaceutica

Pharmaceutical care

9a. *Assistenza farmaceutica e spesa per dispositivi medici*

English Summary

9b. Riflessioni sul finanziamento del PNPV

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 9
Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica è storicamente al centro del dibattito di politica sanitaria: a maggior ragione ora che la rapidità dell'innovazione e il crescente impatto economico sui bilanci dei sistemi sanitari hanno messo in crisi l'attuale *governance* del settore.

Il Capitolo contiene due contributi. Il primo (Capitolo 9a) fotografa lo stato dell'arte, fornendo una analisi dei principali dati che sintetizzano l'andamento della spesa farmaceutica e le sue criticità, a livello nazionale e regionale. Viene poi dedicata une sezione alle compartecipazioni.

Il Capitolo si dedica poi alla disamina dei primi atti legislativi indirizzati a definire la "nuova *governance*" del settore.

Il secondo contributo (Capitolo 9b) analizza nello specifico gli effetti dell'emanazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccini, le modalità di riparto delle risorse all'uopo stanziate e la relazione esistente tra spesa e coperture vaccinali.

Pharmaceutical care

Pharmaceutical care has traditionally been at the core of the health policy debate, all the more so now that the fast pace of innovation and the growing economic impact on health budgets have put the current governance of the sector in crisis.

The chapter includes two contributions. The first one (Chapter 9a) takes a snapshot of the state of the art, by making an analysis of the main data which shows the trends in pharmaceutical spending and its problematic aspects at national and regional levels. A specific section is dedicated to copayments.

The Chapter also deals with the first legislative acts aimed at defining the "new governance" of the sector.

The second contribution (Chapter 9b) analyses, in particular, the effects of the implementation of the National Vaccine Prevention Plan, as well as the methods for allocating the resources earmarked to this end and the relationship between spending and vaccination coverage.

CAPITOLO 9a
Assistenza farmaceutica e spesa per dispositivi medici

Polistena B.[1], Spandonaro F.[1]

9a.1. L'andamento della spesa farmaceutica

In Italia la spesa farmaceutica effettiva complessiva è pari a € 29.126 mln. di cui € 19.995 mln. (70,4%) a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Tabella 9a.1.).

La spesa pubblica si è incrementata nell'ultimo quadriennio del 3,0% medio annuo, mentre quella privata dello 0,6%.

La quota di spesa pubblica rispetto al 2014 è aumentata di 2,6 punti percentuali.

Il costo effettivo per il SSN è invece pari a € 18.891,5 mln. nel 2018 (stimato) e a € 16.860,1 mln. nel 2014, per effetto dei *payback* derivanti dallo sforamento dei tetti. La riduzione è del 5,5% nel 2018 (stimato) e del 1,5% nel 2014.

Tabella 9a.1. Spesa farmaceutica in Italia, € mln.

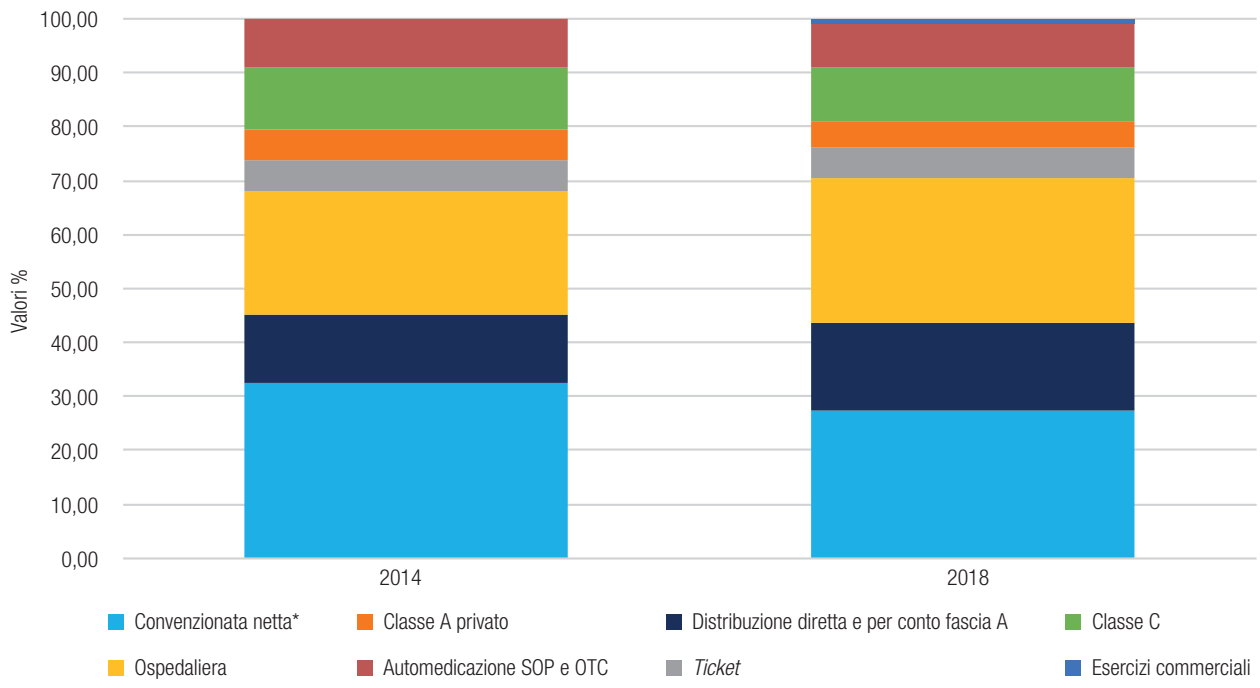
Voci di spesa	2014	2018
Convenzionata netta*	8.240,4	7.781,0
Distribuzione diretta e per conto fascia A	3.250,0	4.620,0
Ospedaliera	5.744,0	7.594,0
Ticket	1.500,0	1.608,0
Classe A privato	1.442,0	1.360,0
Classe C privata	2.937,0	2.875,0
Automedicazione SOP e OTC	2.269,0	2.270,0
Esercizi commerciali		266,0
Spesa pubblica effettiva	17.234,4	19.995,0
Spesa pubblica effettiva al netto del *payback*	16.860,1	18.891,5
di cui Spesa territoriale pubblica	11.490,4	12.401,0
Spesa privata	8.148,0	8.379,0
Spesa totale effettiva	25.382,4	28.374,0
di cui Farmaci rimborsabili	18.676,4	21.355,0
Spesa totale al netto *payback*	25.008,1	27.270,5

*Convenzionata lorda - *ticket* - Sconto al SSN L. 662/96 - Sconto Det. AIFA 30/12/0 - Sconto Det. AIFA 09/02/07 - Sconto Legge n. 135/12 (2,25% dal 15/08/12 - Rettifiche regionali - *payback* 1,83%)

Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018 e Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2019 - © C.R.E.A. Sanità

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

Figura 9a.1. Composizione della spesa farmaceutica totale. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Fra il 2014 e il 2018, in termini di composizione, la spesa convenzionata netta si è ridotta di 5,0 punti percentuali mentre la spesa ospedaliera e quella per distribuzione diretta e per conto di fascia A sono aumentate rispettivamente di 4,1 e 3,5 punti percentuali; sul comparto privato tutte le voci di spesa, tranne l'automedicazione che è rimasta stabile, si sono ridotte: Classe C privata -1,4 punti percentuali, Classe A privato -0,9 punti percentuali.

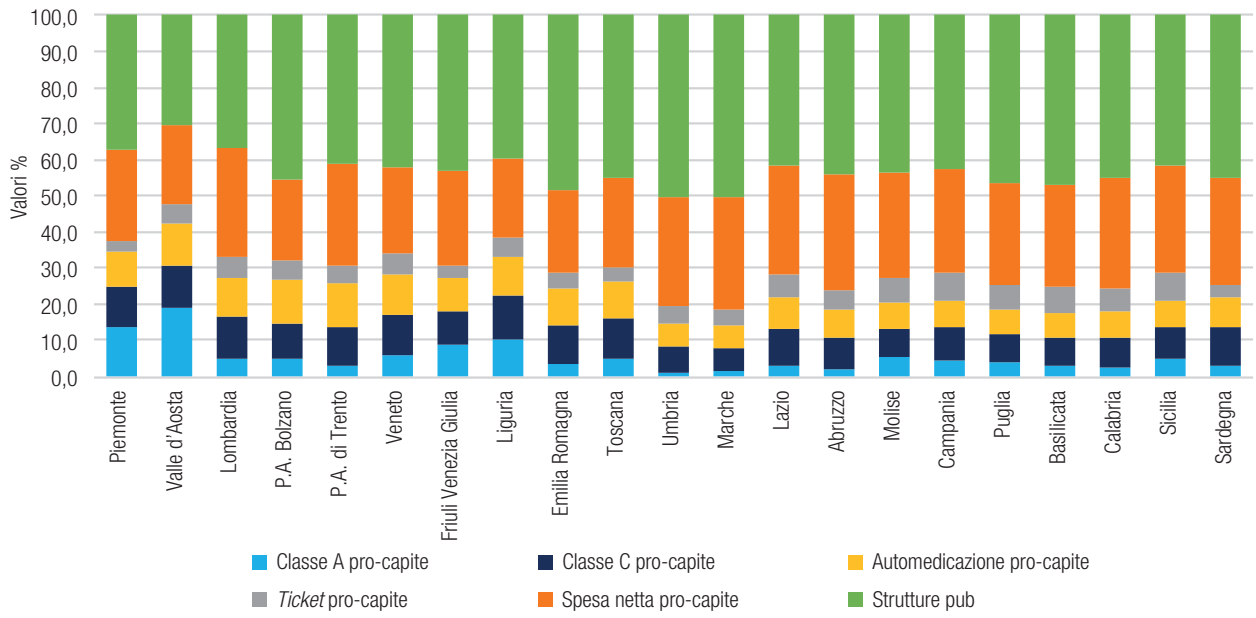
A livello regionale, la spesa delle strutture pubbliche (che comprende quella ospedaliera e la distribuzione diretta e per conto) incide per il 41,4% a livello nazionale, passando dal 49,3% della Regione Umbria al 29,2% della Valle d'Aosta. Le differenze sono in larga misura imputabili alla distribuzione diretta e per conto.

La spesa per i farmaci erogati dalle farmacie in regime di assistenza convenzionata incide per il 27,7% sul totale della spesa nazionale; le Regioni del Nord, ad eccezione di Lombardia e Friuli Venezia Giulia, fanno osservare incidenze inferiori di tale voce rispetto alla media nazionale, e viceversa le Regioni del Centro e del Sud (con l'esclusione della Toscana). Nello specifico, l'incidenza di tale voce di spesa passa dal 32,1% in Abruzzo al 22,0% della Valle d'Aosta (Figura 9a.1.).

Per quel che concerne la spesa privata (che comprende Classe A privato, Classe C privata, Automedicazione e *ticket*), invece, si osserva una situazione antitetica a quella appena descritta: le Regioni del Nord fanno osservare incidenze maggiori rispetto alla media nazionale e le Regioni del Sud incidenze minori. Il gradiente si inverte, però, per le compartecipazioni: le incidenze sono paradossalmente più alte nel Meridione.

Nello specifico l'incidenza della spesa di Classe A privata sulla spesa farmaceutica totale, pari in Italia al 4,8%, passa da un minimo dell'1,0% in Umbria ad un massimo del 18,6% in Valle d'Aosta, l'incidenza della spesa per Classe C con ricetta, pari in Italia al 10,2% passa da un minimo del 6,1% nelle Marche ad un massimo del 12,4% in Liguria, quella dell'Automedicazione, in Italia pari al 9,0%, passa dal 6,4% in Umbria al 12,2% nella P.A. di Trento; per i *ticket,* pari al 5,7% in Italia, si passa dal 3,2% in Piemonte al 7,9% in Sicilia.

Figura 9a.2. Composizione della spesa farmaceutica totale regionale. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica pubblica

In termini pro-capite, la spesa pubblica per farmaci risulta pari a € 330,6, con un incremento di € 47,0 (3,9% medio annuo) rispetto al 2014.

Il dato rappresenta la spesa "effettiva", includendo la spesa per vaccini e Classe C in ospedale e quella per farmaci innovativi oncologici e non, il tutto al netto della spesa per sconti e *payback* (tranne quelli per gli sforamenti del tetto).

Come anticipato, la spesa pubblica rappresenta il 70,5% del totale e nell'ultimo quadriennio, l'incidenza si è incrementata di 2,6 punti percentuali.

Il 38,9% della spesa pubblica è assorbita dai farmaci distribuiti mediante le farmacie in convenzione (spesa netta), il 23,1% da quelli di Classe A erogati in DD dagli ospedali o dalle farmacie per conto di essi (DPC) e il 38,0% dai restanti farmaci erogati da ASL, Aziende Ospedaliere, Istituti e centri di riabilitazione pubblici (RIA) e istituti penitenziari.

La spesa convenzionata, al netto delle compartecipazioni e degli sconti, è pari a € 7.781,0 mln., in riduzione del -1,4% medio annuo nel quadriennio 2014-2018.

La spesa per farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, al netto di quella di Classe A erogata in forma diretta o per conto, è stata di € 7.594,0, in netta crescita (7,2% medio annuo nell'ultimo quadriennio).

La distribuzione diretta e per conto è stata nel 2018 pari a € 4.620,0 mln. e si è ridotta del 9,2% medio annuo tra il 2014 e il 2018.

Per il 2018, lo sforamento complessivo della spesa rispetto al tetto programmato di spesa farmaceutica pubblica, stabilito a livello nazionale nel 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale, è pari a € 1,447 mld. (€ 23,9 pro-capite): la spesa è infatti risultata pari al 16,1% del Fondo Sanitario Nazionale (+1,25 punti percentuali rispetto al *target*).

Peraltro, lo sforamento complessivo è il risultato di una compensazione fra spesa ospedaliera (eccedente il tetto) e convenzionata (largamente inferiore).

Lo sforamento dal tetto dell'ospedaliera, per il 50% a carico delle aziende, è pari a € 2.207,1 mln. (€ 36,5 pro-capite con una crescita di € 10,3 pro-capite rispetto al 2017), ovvero l'8,8% del Fondo Sanitario Nazionale (il *target* è fissato al 6,89%).

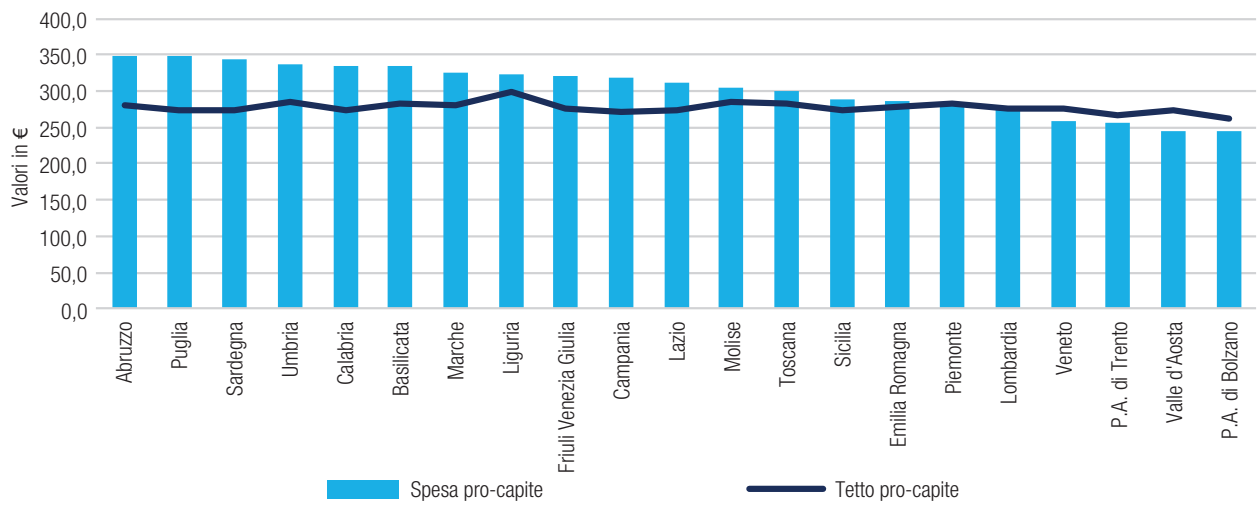
Qualora il *payback* fosse interamente pagato, il costo dei farmaci per il settore pubblico si ridurrebbe

del 5,2% risultando di € 18.891,5 mln., e la "spesa totale" di € 27.270,5 mln, ovvero € 450,9 pro-capite.

La spesa pubblica è minima in Valle d'Aosta (€ 245,6 pro-capite) e nella P.A. di Bolzano (€ 259,6); all'altro estremo risulta di € 373,3, € 373,0 e € 371,5, rispettivamente in Abruzzo, Umbria, in Puglia. Le differenze appaiono quindi marcate con un rapporto tra la spesa della Regione con spesa massima e quella con spesa minima di circa 1,5 volte.

Con riferimento al "tetto", osserviamo che solo Valle d'Aosta, Veneto, PP.AA. di Bolzano e Trento lo rispettano (Figura 9a.3.).

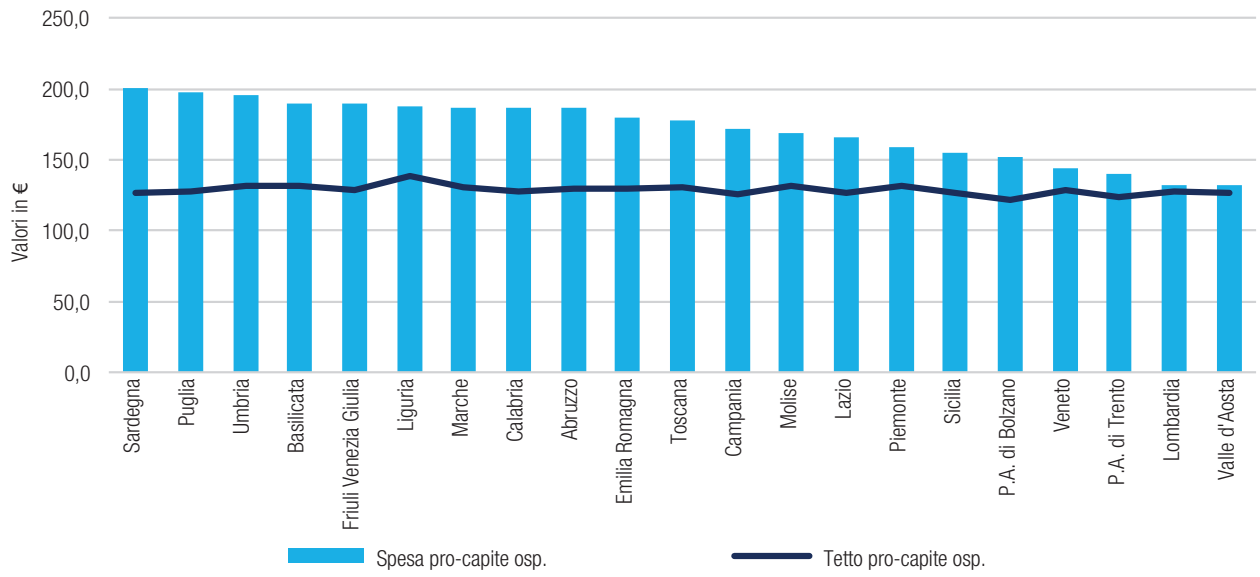
Figura 9a.3. Spesa farmaceutica* e tetto. Anno 2018



* Spesa al netto del *payback*

Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2018 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

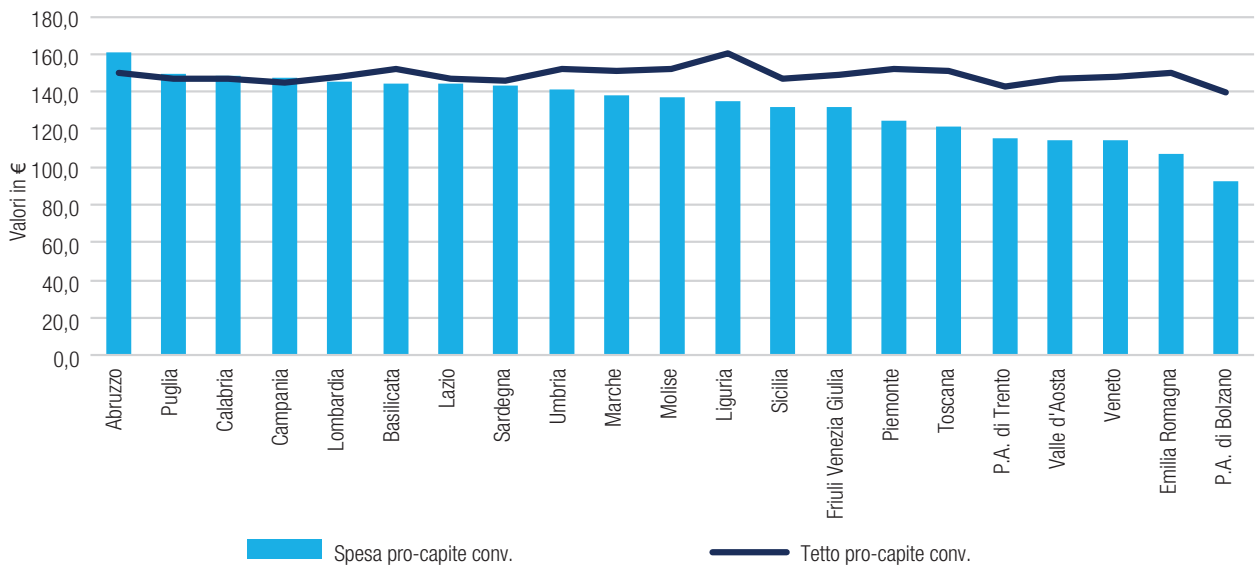
Figura 9a.4. Spesa farmaceutica* ospedaliera pubblica pro-capite e tetto. Anno 2018



* Spesa al netto del *payback*

Fonte: elaborazione su dati elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2017 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.5. Spesa farmaceutica* convenzionata pro-capite e tetto. Anno 2018



* Spesa al netto del *payback*

Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2018, 2019 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

Le Regioni che sforano maggiormente il tetto sono invece Puglia e Sardegna dove lo sforamento è superiore a € 70 pro-capite.

Si noti che anche le Regioni che rispettano il tetto complessivo, in effetti compensano con la parte in convenzione un rilevante sforamento sul versante ospedaliero, che peraltro nessuna Regione riesce a rispettare (Figura 9a.4.).

Con l'esclusione delle sole Regioni Abruzzo, Puglia, Campania e Calabria, (che sforano il tetto della farmaceutica convenzionata rispettivamente di € 11,2, € 2,5, € 2,4, € 1,3 pro-capite) tutte le altre Regioni riescono a rispettare il tetto imposto avendo, spesso, anche un avanzo che supera € 42,0 pro-capite nella P.A. di Bolzano e in Emilia Romagna e (Figura 9a.5.).

A livello nazionale si osserva un avanzo pari a € 803,2 mln. (€ 13,3 pro-capite), essendo la spesa pari al 7,3% del Fondo Sanitario Nazionale a fronte di un valore *target* del 7,96%).

Sembra opportuno segnalare che nella valutazione del rispetto del tetto va considerato che alcune Regioni hanno un Fondo Sanitario maggiore che implica una "possibilità di spesa" maggiore, e che le Regioni che hanno una quota più elevata di posti letto privati accreditati (Sicilia, Campania, Lombardia, ma anche Lazio) sono "avvantaggiate" in termini di farmaceutica ospedaliera.

Va altresì considerato che la spesa di classe A considerata è al netto di quella sostenuta privatamente delle famiglie. Ne segue che se le famiglie non "rinunciassero" in quota parte al rimborso pubblico, solo la P.A. di Trento rimarrebbe ai limiti del tetto mentre tutte le altre sforerebbero.

A riprova di quanto argomentato, si veda nel grafico seguente la correlazione fra percentuale di sforamento e spesa pro-capite: come si può evincere la correlazione è bassa a dimostrazione di una scarsa attendibilità del parametro dello sforamento ai fini della valutazione della efficienza regionale nella gestione dell'assistenza farmaceutica (Figura 9a.6.).

La spesa farmaceutica privata

La spesa farmaceutica pro-capite privata risulta di € 138,5 pro-capite.

Analizzando la composizione della spesa privata, al primo posto, troviamo i farmaci di Classe C acquistati direttamente con il 34,4%, seguono i farmaci di automedicazione, SOP e OTC con il 30,3%, poi le compartecipazioni alla spesa pubblica con il 19,2%

e i farmaci di Classe A acquistati direttamente dalle famiglie con il 16,2%.

La spesa per la Classe C, nello specifico, ammonta a € 47,5 pro-capite in linea rispetto all'anno precedente (+0,3%). Nell'ultimo quadriennio si era registrata una riduzione del -0,9% medio annuo.

La spesa per farmaci di automedicazione (inclusa quella degli esercizi commerciali) risulta pari a € 41,9 pro-capite e in riduzione del -7,0% rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo quadriennio l'incremento medio annuo è stato pari al 2,7%.

La spesa annua pro-capite di Classe A privata è pari nel 2018 a € 22,5, e risulta in crescita del 3,6% rispetto all'anno precedente. Considerando l'intervallo temporale 2014-2018 si è registrato un decremento medio annuo del -1,5%.

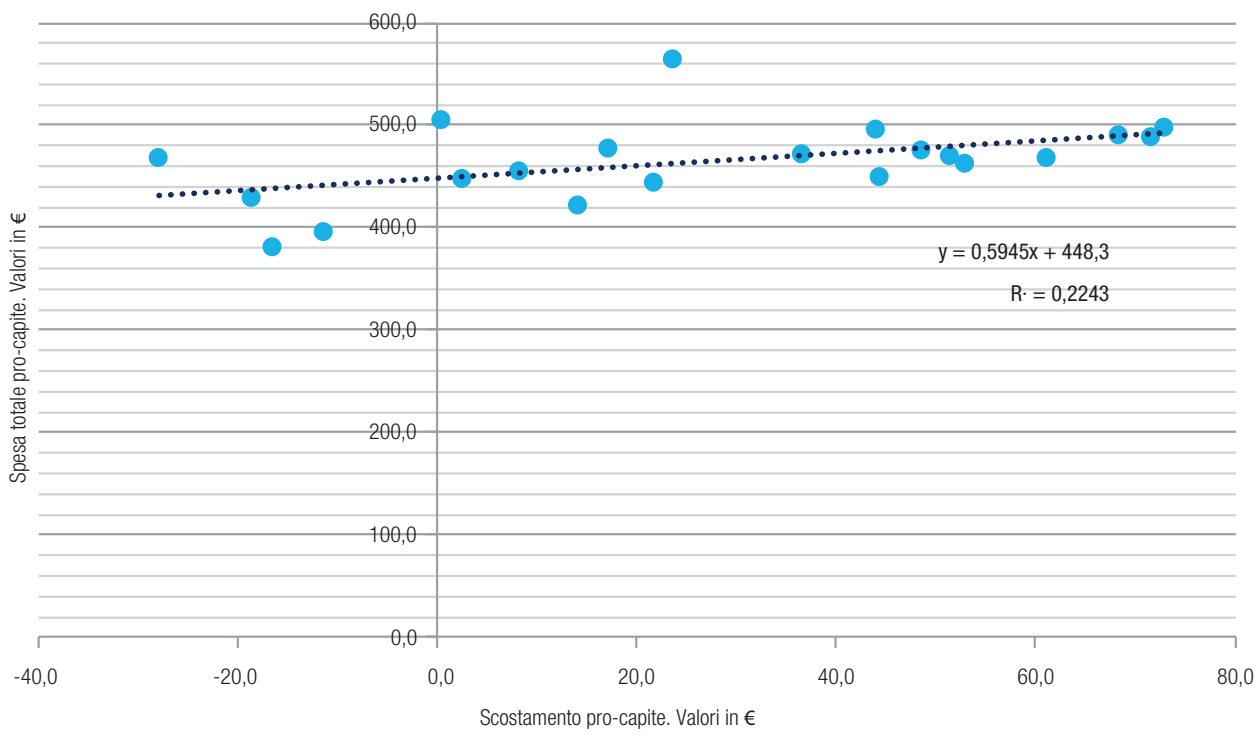
Per quanto concerne le compartecipazioni alla spesa richiesta a cittadini, infine, essa è pari a € 26,6 pro-capite annui, in aumento del 3,8% rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo quadriennio l'incremento medio annuo è stato pari al 2,9% (Figura 9a.7.).

Le differenze tra le Regioni sono rilevanti: la spesa d Classe C passa da € 70,0 in Liguria a € 27,4 nelle Marche; la spesa di classe A privato passa da € 87,2 in Valle d'Aosta a € 4,5 in Umbria; quella per automedicazione da € 61,0 in Liguria a € 29,4 in Umbria e nelle Marche; infine, quella per *ticket* passa da € 36,2 in Campania a € 16,0 in Piemonte.

Il ricorso alla spesa privata da parte delle famiglie è difforme a livello Regionale e non sempre correlata ai livelli di reddito. È tendenzialmente più alta nel Nord del Paese, ma nelle PP.AA. di Trento e Bolzano è inferiore persino a quella meridionale dove il reddito medio disponibile è decisamente inferiore: questo fa desumere una copertura pubblica maggiore in queste aree.

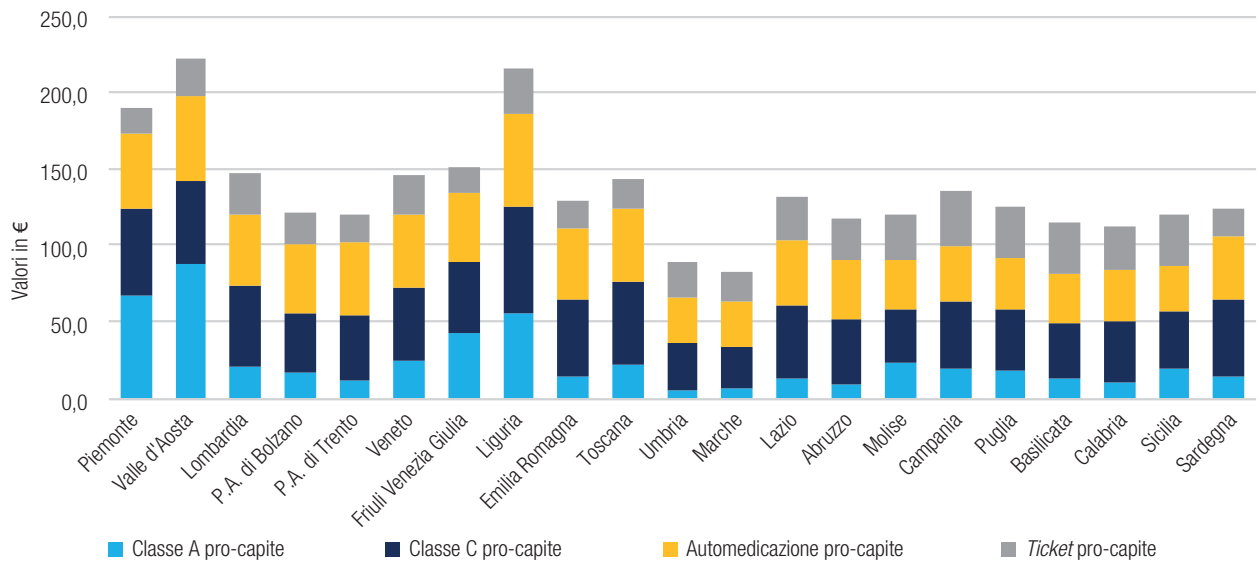
L'iniquità è tangibile osservando come l'incidenza media pro-capite delle compartecipazioni sia maggiore nelle Regioni meridionali; fenomeno aggravato dal fatto che al Sud è presente un maggior numero di esenti e quindi l'onere si concentra ulteriormente (vedi paragrafo 9a.2.).

Figura 9a.6. Correlazione tra scostamento pro-capite e spesa totale pro-capite. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2018, 2019 e Istat- © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.7. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

9a.2. Le compartecipazioni dei cittadini alla spesa

Il sistema delle compartecipazioni alla spesa farmaceutica (pubblica) in Italia è stato oggetto di molteplici provvedimenti legislativi che ne hanno modificato nel tempo la natura e le modalità di applicazione[2].

Allo stato attuale la compartecipazione è uno strumento di esclusiva competenza regionale (per quanto il sistema di riparto del finanziamento preveda una quota di entrate proprie cristallizzate, che di fatto sono compartecipazioni attese). La normativa nazionale, abolita la compartecipazione a livello statale, dispone la possibilità per le regioni di adottare deliberazioni per il reintegro dei *ticket* soppressi (L. n. 388/2000).

La L. n. 405/2001 ha attribuito infatti alle regioni l'onere della copertura del disavanzo sanitario mediante leva sui tributi regionali, ivi compresa la compartecipazione dei cittadini alla spesa (*ticket*), e altre misure di contenimento della spesa.

Le modalità applicative stabilite a livello regionale sono fortemente varie: quota fissa sulla ricetta, quota fissa o in percentuale sulle confezioni, differenti modulazioni in relazione al reddito e alle categorie di esenti.

Ad oggi sono 4 le Regioni che non prevedono alcuna forma di compartecipazione alla spesa farmaceutica: Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Marche e Sardegna.

Considerando le ampie divergenze applicative esistenti, si può cercare di tracciare una mappa regionale (Figura 9a.8.) dei *ticket* farmaceutici distinguendo:

- *Ticket* in somma fissa per farmaco e/o ricetta non modulato (Calabria, Campania, Lombardia, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Puglia, Veneto, Liguria)
- *Ticket* in somma fissa per farmaco e/o ricetta modulato in base al reddito (Basilicata, Emilia Romagna, Umbria, Toscana e Valle d'Aosta)

[2] Analisi della normativa completa nel 14° Rapporto Sanità *"Misunderstandings"*

Figura 9a.8. Compartecipazione alla spesa sui farmaci per tipologia al 20.10.2019

Fonte: elaborazione su dati B.U.R. regionali - © C.R.E.A. Sanità

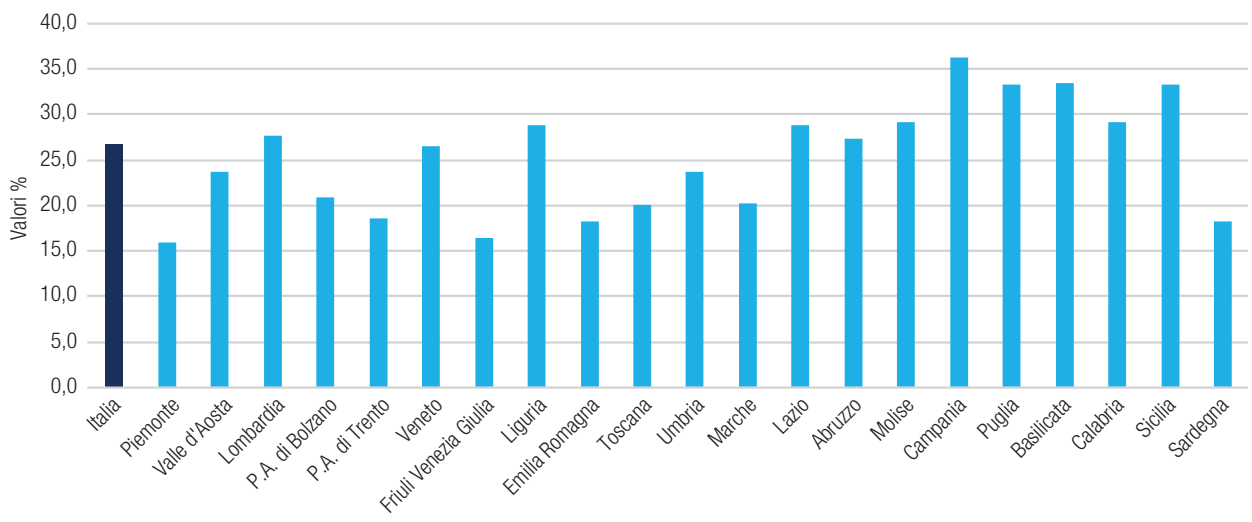
- *Ticket* in somma fissa per farmaco e/o ricetta modulato sul prezzo di vendita (Abruzzo, Lazio, Molise e Sicilia).

Le modifiche regionali intervenute rispetto alla precedente analisi[3] riguardano:

- l'Emilia Romagna (D.G.R. n. 2075/2018), che ha rimodulato l'applicazione del *ticket*; il pagamento resta correlato al reddito familiare fiscale annuo lordo ma si applica esclusivamente a partire dalla soglia di € 100.000
- il Piemonte (D.G.R. n. 39-8425/2019), che dal 1.3.2019 ha abolito la quota fissa, lasciando in vigore a carico dell'assistito l'eventuale differenza tra il prezzo del medicinale prescritto o consegnato ed il prezzo massimo di rimborso fissato dall' AIFA per i farmaci equivalenti.

La compartecipazione alla spesa farmaceutica (comprensiva del *ticket* fisso e della differenza con il prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti) sostenuta dai cittadini nel 2018 ammonta a € 1,6 mld.[4] pari al 15,9% della spesa farmaceutica convenzionata lorda e al 4,3% della spesa sanitaria *out of pocket* (OOP), sostenuta direttamente dalle famiglie. Il valo-

Figura 9a.9. Compartecipazione pro capite. Anno 2018

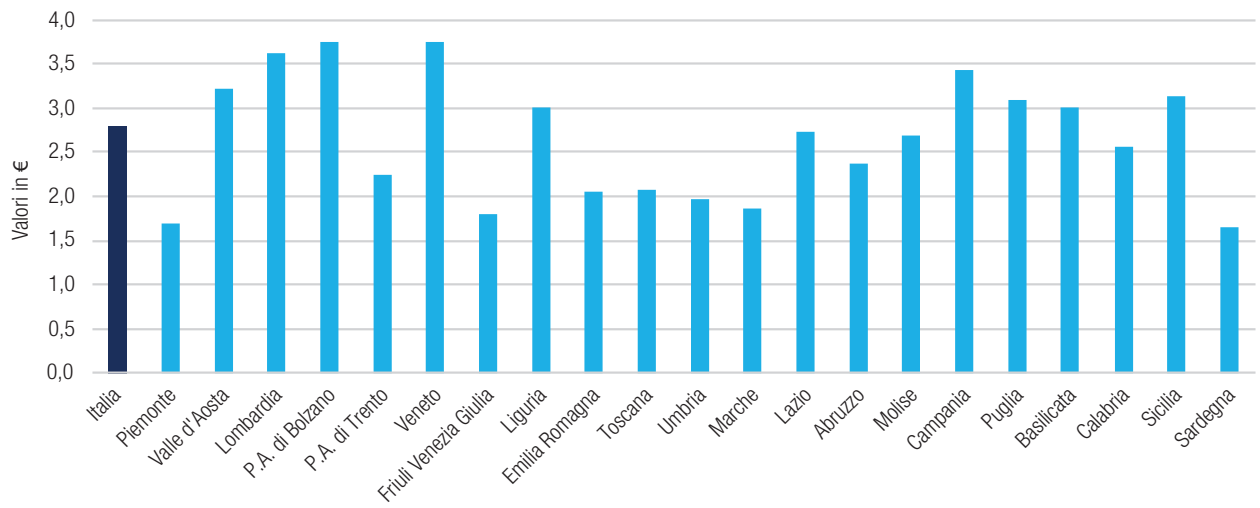


Fonte: elaborazione su dati OsMed e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

[3] 14° Rapporto Sanità *"Misunderstandings"*

[4] La voce comprende sia l'eventuale quota di partecipazione per confezione fissata a livello regionale (il *ticket* vero e proprio) sia la quota relativa alla differenza tra prezzo di riferimento e prezzo della specialità medicinale più costosa

Figura 9a.10. Valore medio della compartecipazione per ricetta. Anno 2018



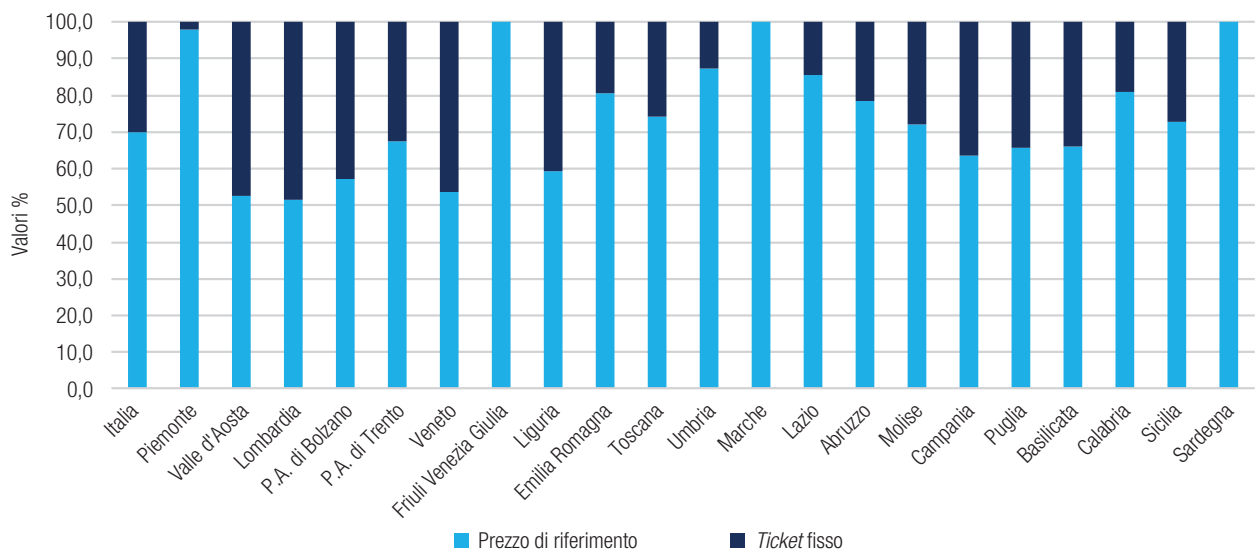
Fonte: elaborazione su dati OsMed e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

re medio pro-capite è stato di circa € 26,6, in aumento rispetto al 2017 (+4,1%); il valore medio per ricetta è pari a € 2,8 (+4,8% rispetto al 2017) (Figura 9a.9. e Figura 9a.10.).

Il *range* della quota pro-capite di compartecipazione (*ticket* fisso più differenza con il prezzo di riferimento) oscilla da € 36,2 nella Regione Campania (€ 3,4 il *ticket* medio per ricetta) a € 16,0 nella Regione Piemonte (€ 1,7 il *ticket* medio per ricetta).

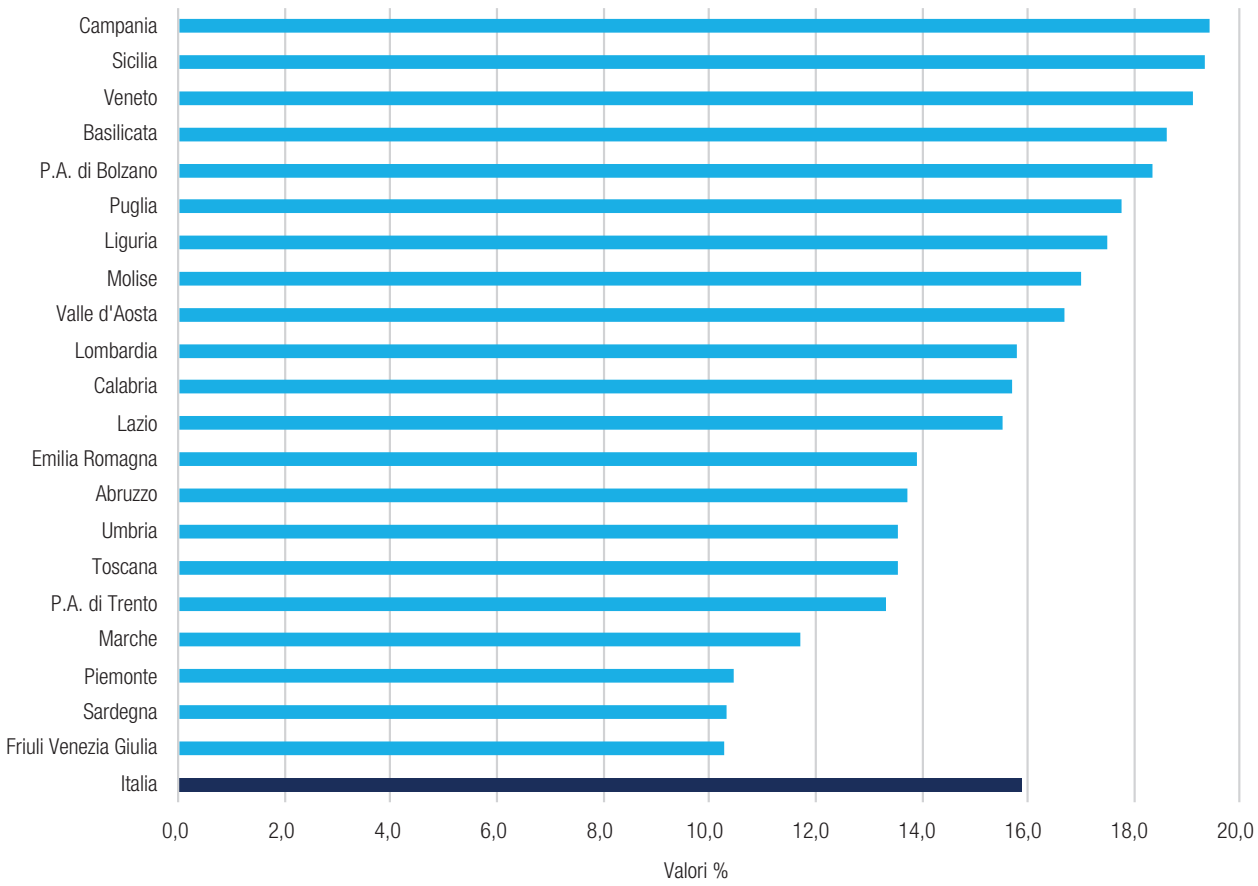
Analizzandone la composizione è possibile osservare valori compresi tra il 98,1% e l'85,7% di Piemonte e Lazio per la quota di compartecipazione relativa agli equivalenti (Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna non avendo definito il *ticket* presentano esclusivamente la quota del differenziale), al 51,5% e 52,6% di Lombardia e Valle d'Aosta.

Figura 9a.11. Composizione della compartecipazione farmaceutica. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati OsMed e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.12. Incidenza della compartecipazione sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati OsMed e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

La quota di compartecipazione pro-capite relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento degli equivalenti ammonta a € 18,6 nel 2018 (con un valore compreso tra € 24,1 in Sicilia a € 11,5 nella P.A. di Bolzano), € 2,0 il valore per ricetta (da € 1,5 in Toscana e nella P.A. di Trento a € 2,3 nel Lazio ed in Sicilia).

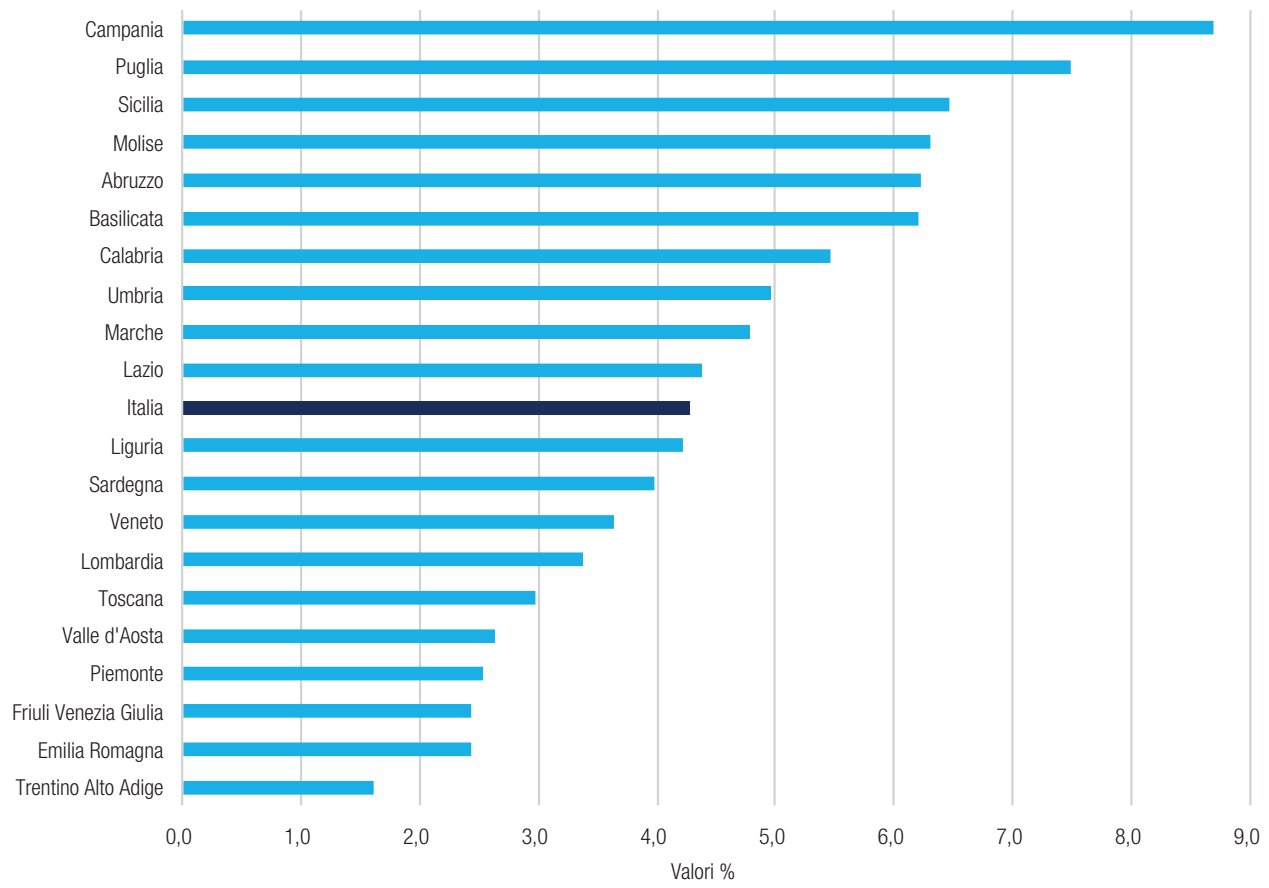
La quota pro-capite relativa al *ticket* regionale nello stesso anno si attesta a € 8,0 (con un valore compreso tra € 0,3 in Piemonte a € 13,4 nella Regione Lombardia[5]), € 0,8 il valore per ricetta (da € 0,03 in Piemonte e € 1,7 in Valle d'Aosta) (Figura 9a.11.).

L'incidenza complessiva della compartecipazione regionale sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda varia fortemente (Figura 9a.12.): dal 10,3% del Friuli Venezia Giulia e della Sardegna (Regioni dove il *ticket* è solo quello relativo al prezzo di riferimento), al 10,5% nella Regione Piemonte[6] (valore minimo fra le Regioni che prevedono il *ticket* sulla farmaceutica), fino al 19,4% della Campania e della Sicilia.

L'incidenza sulla spesa sanitaria OOP risulta compresa tra l'1,6% del Trentino Alto Adige all'8,7% della Regione Campania (valore medio Italia 4,4%) (Figura 9a.13.).

[5] Sono escluse da questa considerazione le Regioni che non applicano il *ticket*: Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna
[6] *Ticket* eliminato dal 2019

Figura 9a.13. Incidenza della compartecipazione sulla spesa sanitaria OOP. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati OsMed e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

Esaminando l'andamento degli ultimi dieci anni (2008/2018) è possibile osservare come la compartecipazione pro-capite si sia quasi triplicata passando da € 11,0 a € 26,6 (valore medio Italia). Nello specifico, nelle Regioni del Centro si passa da € 6,7 a € 24,6, nel Sud e Isole da € 11,8 a € 32,1 e nelle Regioni del Nord da € 12,7 a € 25,0 (Figura 9a.14.).

In termini di valore medio per ricetta si passa da € 1,2 nel 2008 a € 2,8 nel 2018 con un incremento del 138,2%: da € 0,7 a € 2,2 nelle Regioni del Centro, da € 1,1 a € 3,0 nel Sud e Isole e da € 1,6 a € 3,1 e nelle Regioni del Nord (rispettivamente +260,8%, +165,1%, +93,4%) (Figura 9a.15.).

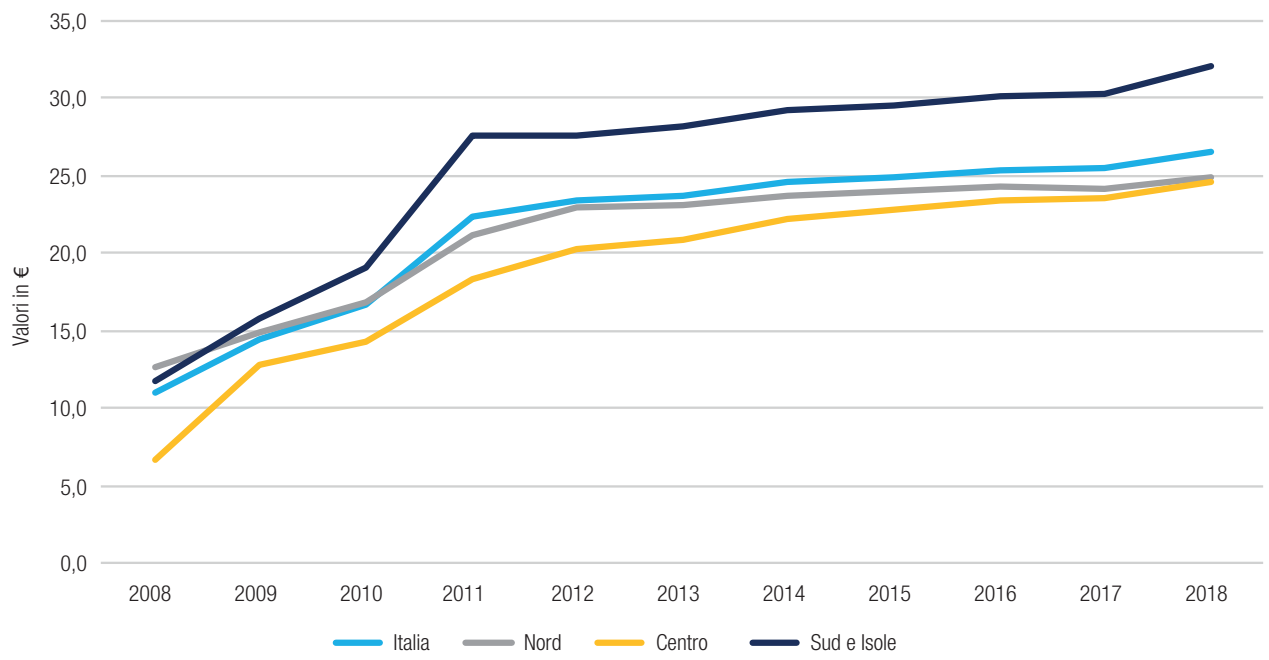
Anche l'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda mostra una crescita considerevole: da 5,1% nel 2008 a 15,9% nel 2018 (valore Italia), con l'incremento più rilevante nelle Regioni del Centro (da 3,0% a 14,4%) (Figura 9a.16.).

L'incidenza sulla spesa sanitaria OOP (Figura 9a.17.) registra un evidente aumento dal 2008 al 2011: da 2,5% nel 2008 a 4,0% nel 2011 (valore Italia), poi dal 2012 al 2018 le variazioni risultano minime, con valori più elevati nelle Regioni del Sud ed Isole (dal 3,6% nel 2008 al 6,9% nel 2018), e decisamente inferiori nelle Regioni del Nord (dal 2,4% al 3,2%).

Esaminando un arco temporale più ampio (dal 2001, anno di abolizione del *ticket* a livello nazionale ed il 2018) è possibile osservare tre fasi (Figura 9a.18.):

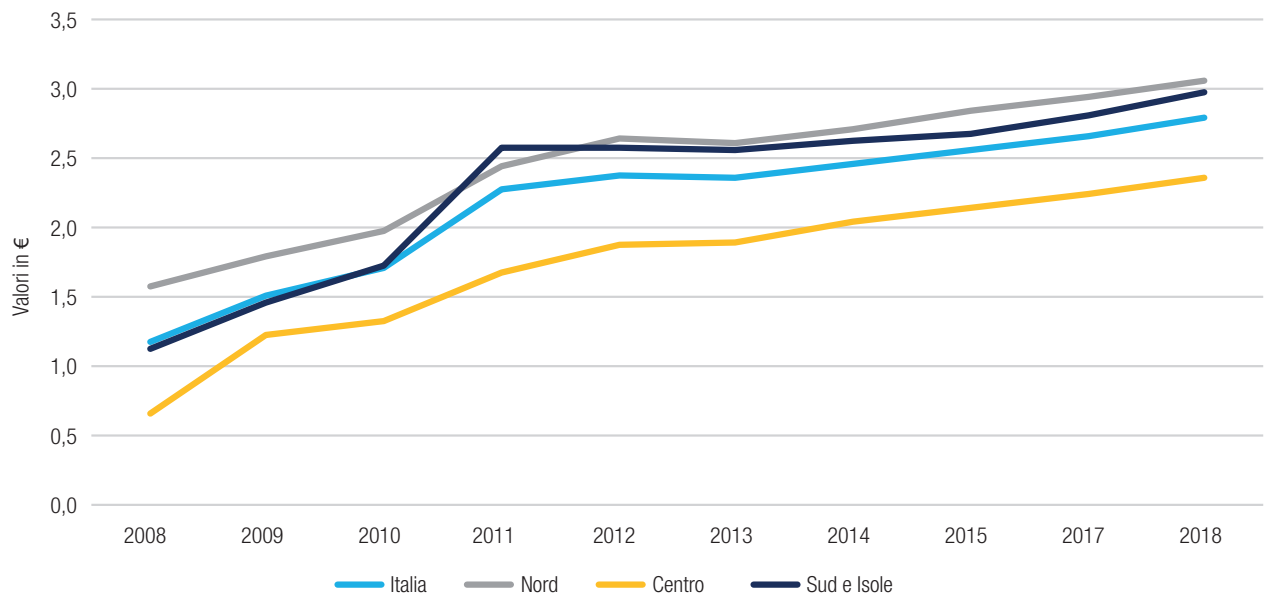
- un aumento fino al 2004
- una riduzione tra il 2004 ed il 2006
- una crescita dal 2007 al 2018.

Figura 9a.14. *Trend* compartecipazione pro-capite



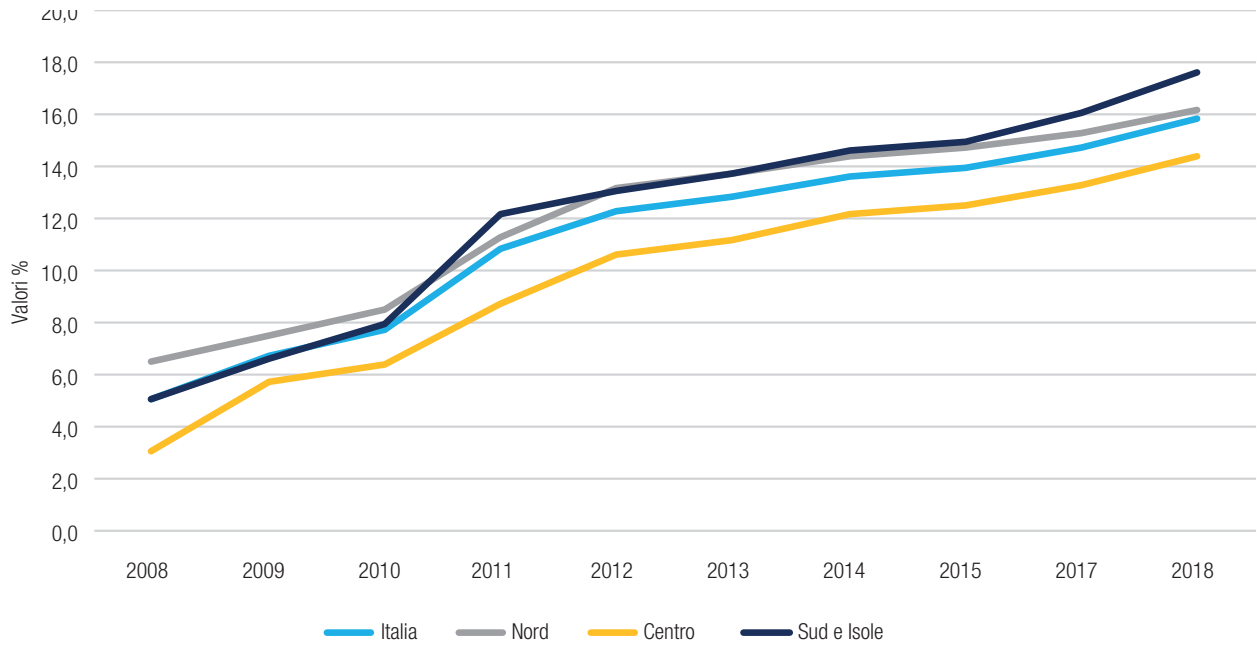
Fonte: elaborazione su dati OsMed e ISTAT - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.15. *Trend* compartecipazione media per ricetta



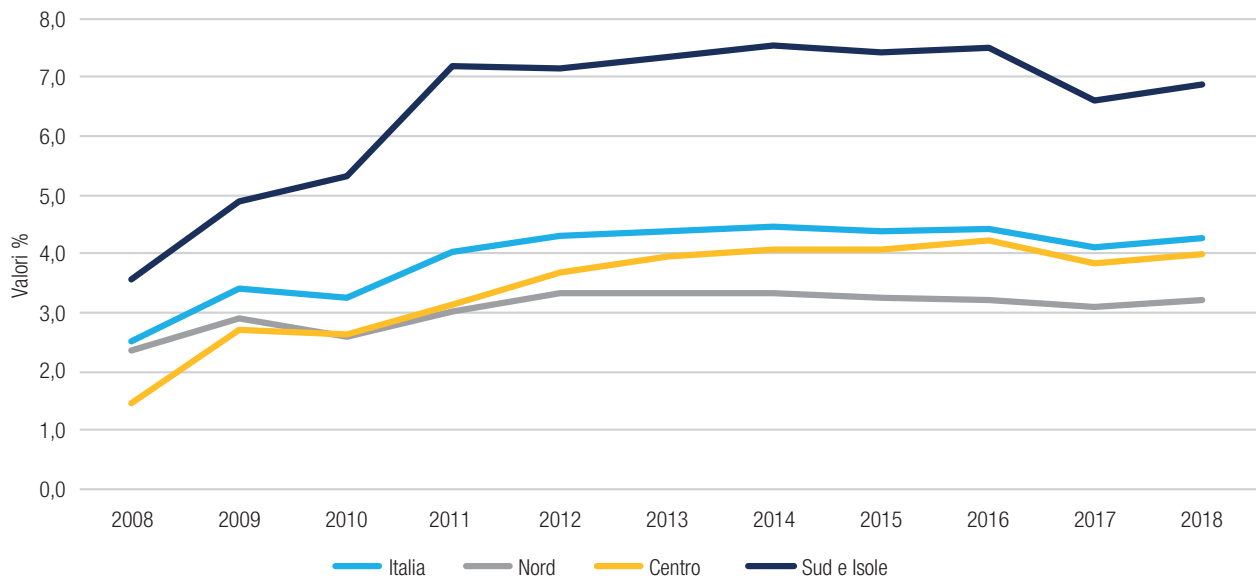
Fonte: elaborazione su dati OsMed - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.16. Incidenza della compartecipazione sulla spesa farmaceutica lorda



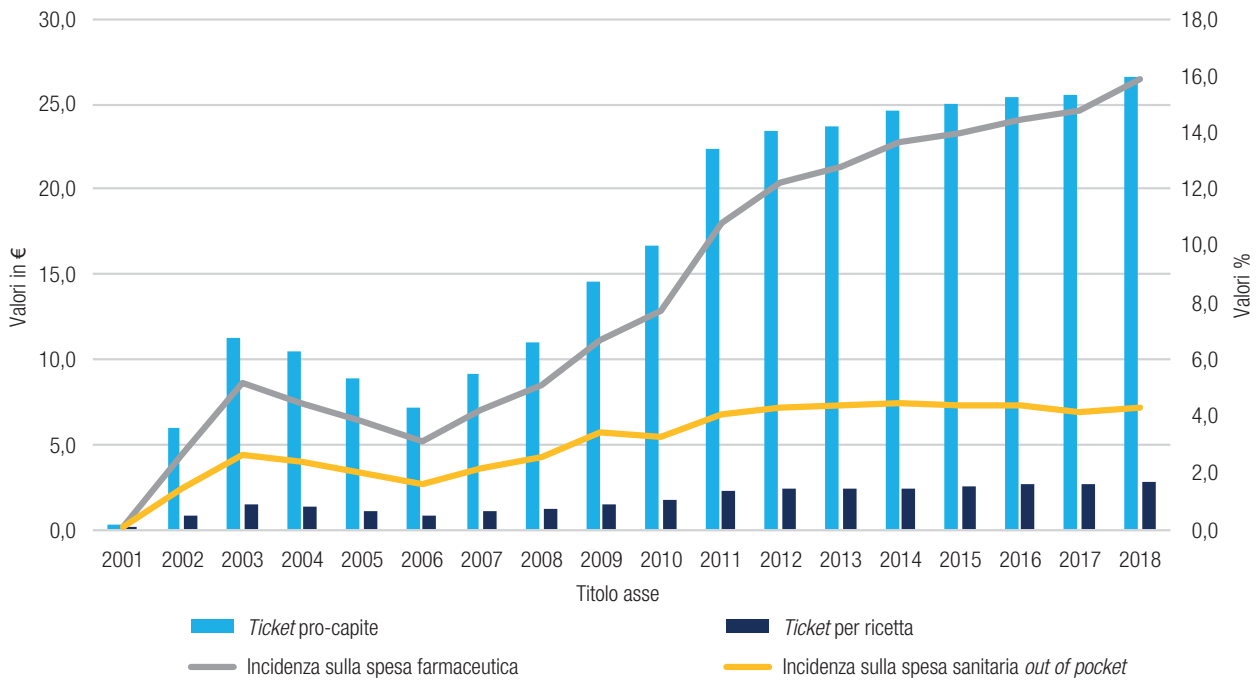
*Non risultano disponibili per il 2016 i dati disaggregati per Regione
Fonte: elaborazione su dati OsMed - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.17. Incidenza della compartecipazione sulla spesa sulla spesa sanitaria OOP



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

Figura 9a.18. *Trend* compartecipazione pro-capite media per ricetta e incidenza sulla spesa farmaceutica lorda e sulla spesa sanitaria OOP



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

9a.3. Confronti internazionali

Secondo l'OECD, l'Italia avrebbe una spesa farmaceutica pari a € 22.441,1 mln. nel 2018: un valore che in realtà è maggiore della spesa pubblica e inferiore alla totale.

Appare quindi evidente che il confronto di tale dato con quello degli altri Paesi è molto complesso: tra l'altro, solo in alcuni Paesi (come nel caso italiano) è inclusa nel dato OECD la spesa ospedaliera, e solo in altri l'IVA (in alcuni Paesi i farmaci ne sono esenti); in più in alcuni casi i prezzi considerati sono al pubblico, in altri *ex factory*.

Ci limitiamo, quindi, ad un sommario confronto con i Paesi BIG EU-5 (Italia e Francia, Germania, Spagna e Inghilterra).

Per quanto concerne la Francia, per cui l'ultimo dato di spesa pro-capite disponibile è riferito al 2015 ed è pari a € 407,5, dobbiamo considerare che OECD non comprende l'IVA e considera i prezzi *ex factory*, ma invece comprende la spesa per farmaci non rimborsabili e l'OTC.

L'aggregato approssimativamente confrontabile per l'Italia equivale a € 379,7 pro-capite (nel 2018), ovvero un valore inferiore, a maggior ragione considerando che c'è uno scarto di 3 anni nel riferimento.

La spesa farmaceutica pro-capite italiana, nel 2018, è invece nettamente inferiore a quella della Germania (€ 449,1 nel 2017): nel dato OECD di quest'ultima non è infatti inclusa la spesa ospedaliera e quindi ci si dovrebbe confrontare con un dato Italia di circa € 343,6 nel 2018.

Nei confronti del Regno Unito (€ 352,1 nel 2018) dobbiamo osservare che non è compresa la spesa per automedicazione e l'IVA e i prezzi dei farmaci sono alla produzione. Il dato di confronto per l'Italia sarebbe quindi pari a 345,9, inferiore del 2% circa.

Nel dato della Spagna (€ 258,9 nel 2017), infine, non è nuovamente ricompresa la spesa ospedaliera, l'automedicazione e i farmaci non rimborsabili e quindi si confronta con un dato Italia di € 254,0 in linea con quello spagnolo (2018).

Dai confronti rideterminati come sopra indicato, la spesa italiana sembrerebbe pari o inferiore a quella

dei principali Paesi europei.

Il dato va, peraltro, anche "pesato" sulla base della considerazione che la demografia italiana è decisamente sfavorevole rispetto a quella degli altri Paesi, implicando maggiori consumi.

In definitiva è ragionevole pensare che i prezzi medi in Italia siano mediamente "contenuti", per merito della capacità negoziale di AIFA e dell'interesse a discriminare il prezzo da parte delle farmaceutiche.

9a.4. La "nuova *governance*"

La consapevolezza che sia necessaria una nuova *governance* del settore è ampiamente condivisa, tanto che ne è stata più volte annunciata l'inaugurazione.

Di fatto, di concreto sinora è stato realizzato poco, con l'eccezione della pubblicazione, ma non ancora l'emanazione, di un decreto deputato in sostanza ad aggiornare i criteri CIPE del 2001 per la negoziazione e la rimborsabilità dei farmaci; a questa norma possiamo aggiungere il nuovo criterio introdotto dalla Legge di bilancio 2019, che ha cambiato le regole di riparto del *payback* e forse poco altro, come ad esempio il probabile rinnovo dei Fondi per i farmaci innovativi.

Complessivamente, la valutazione è che le norme citate, pur certamente rilevanti, ancora non riescono a configurare compiutamente una "nuova *governance"* del settore.

In attesa, quindi, di un intervento "quadro" capace di dare il senso strategico della direzione verso cui ci si voglia muovere, può essere utile formulare alcune prime osservazioni sui contenuti delle norme citate, sperabilmente utili in prospettiva ad una loro maggiore integrazione.

Iniziando dal decreto su prezzi e rimborsabilità, ci sembra di poter affermare che la sua novità risieda nelle note iniziali del dispositivo, da cui si evincono due "principi". Il primo riguarda l'ambito di applicazione, che non riguarda solo i farmaci di classe A (rimborsati), bensì tutti quei farmaci che impattano sulla spesa del SSN: ivi compresi, quindi, quelli a cui si applica la L. n. 648/1996 e alcune categorie di farmaci in classe C (e Cnn) acquistati dalle Aziende pubbliche. Il secondo, invece, le modalità, ovvero il fatto che è onere delle Aziende che sottomettono un farmaco per la negoziazione, dimostrare l'eventuale valore terapeutico aggiunto, corredandolo anche di informazioni di tipo economico e finanziario.

La ratio del primo punto appare chiara, essendo certamente conseguenza della esigenza di controllo della spesa: non a caso si estende la regolamentazione sulla negoziazione a tutti i farmaci che comportano un onere per lo Stato.

Pur essendo del tutto condivisibile il fine, appare non del tutto ovvia la ratio di estendere norme che riguardano la negoziazione di prezzo a farmaci che nei fatti o non sono stati negoziati (Cnn, in caso C), o che lo sono stati ma con esito negativo (C), o che vengano usati di fatto fuori indicazione, per soddisfare esigenze/casi specifici e ben definiti dalle norme.

Si potrebbe immaginare che la motivazione della specificazione sia da ricercarsi in comportamenti opportunistici (derivanti a volte dalla convenienza delle Aziende a rimanere nel limbo della classe Cnn o della L. n. 648/1996), che pure si sono certamente determinati; ciò non toglie che, in via di principio, estendere, più o meno *tout court*, le regole di "ingaggio" generali sulla negoziazione a farmaci che dovrebbero essere fuori della amministrazione pubblica, ha risvolti non banali.

Prescindendo dai farmaci "in 648", il cui impatto, per quanto significativo, dovrebbe per definizione rimanere circoscritto a casi specifici, di fatto la Cnn è a tempo determinato e se un farmaco va in classe C, questo dovrebbe essere indice di una carenza o di costo-efficacia o, peggio, di valore terapeutico aggiuntivo: e allora questa conclusione dovrebbe escludere questi farmaci da un uso diffuso; la sensazione è che il legislatore abbia voluto "spostare" il fulcro, aumentando il potere negoziale del settore pubblico: andrebbe però valutato se esso debba derivare dalla possibilità di non rimborsare (per ragioni trasparentemente chiarite) un farmaco, o da tentativi tesi a obbligare le Aziende alla negoziazione, con il rischio che queste decidano di non commercializzare in Italia alcune molecole.

Sul punto della modalità, in verità non sembra potersi affermare trattarsi di una vera novità: anche in precedenza i criteri sui quali AIFA doveva basare

le proprie decisioni implicavano, nei fatti, l'onere o, quanto meno, l'interesse delle aziende a dimostrare nel dossier il valore del farmaco.

La principale novità sta forse nell'aver ribadito la volontà di valutare il valore terapeutico aggiuntivo.

Il tema è rafforzato dalla specificazione per cui "*qualora … non sia dimostrato … alcun vantaggio terapeutico aggiuntivo …*" l'Azienda "*… dovrà fornire ulteriori elementi di interesse …*" oppure fare una proposta "*… che configuri un costo terapia uguale o inferiore rispetto a quello dei comparatori…*".

In sintesi, o c'è un beneficio incrementale o per entrare va l'Azienda deve proporre un vantaggio finanziario per il SSN.

L'approccio è certamente condivisibile e, in qualche modo, risulta coerente con una logica di *value based pricing*; inoltre, almeno sulla carta, dovrebbe snellire le negoziazioni, essendo a priori chiaro il criterio "minimo" necessario per affrontare con probabilità di "successo" il processo stesso di negoziazione.

Un limite nel dispositivo è quello di non avere definito compiutamente cosa si intenda per valore, che rimane quindi un apprezzamento lasciato di volta in volta alla CTS (Commissione Tecnico Scientifica) dell'AIFA; inoltre, non viene trasparentemente dichiarato come tale valore si "leghi" poi al prezzo massimo riconoscibile dal SSN, aspetto questo lasciato di volta in volta alla CPR (Comitato Prezzi e Rimborso) dell'AIFA.

Molto meno condivisibile, su un piano tecnico, appare poi la richiesta per cui "*… nel caso non vi siano medicinali comparatori …*" bisogna "*… motivare la proposta di prezzo anche in funzione dei costi della ricerca e sviluppo*".

Qualora il comparatore non sia adeguato, questo dovrebbe rappresentare un limite forte alla richiesta di rimborso alla luce della insufficiente evidenza delle prove di valore terapeutico; nel caso in cui non ci fosse un comparatore attivo (vorremmo notare che un comparatore c'è sempre, essendo, al più, placebo) non si capisce, però, perché il beneficio incrementale rispetto a placebo non sia ritenuto adeguato per formulare la proposizione di valore.

Sul piano pratico, questo aspetto della norma rischia di penalizzare i farmaci (per primi quelli orfani) che danno risposte ad *unmet needs,* e per i quali è evidente che non c'è un "medicinale comparatore".

Vorremmo aggiungere che in ogni caso, la richiesta di fondare la valutazione sui costi appare del tutto velleitaria, essendo nota la difficoltà di validare i costi dei processi di R&S (Ricerca e Sviluppo), oltre al fatto che è del tutto discutibile pensare di correlare i prezzi ai costi di R&S.

Tornando indietro nel tempo, riteniamo utile anche commentare la decisione di passare ad un *payback* ripartito sulle quote di mercato delle Aziende. In questo caso la ratio della norma è stata ripetutamente dichiarata e risiede certamente nel tentativo di "disinnescare" i contenziosi generatisi negli anni passati.

La sua efficacia da questo punto di vista (a meno di quanto argomentato oltre) potrà essere valutata solo ex post.

Va ricordato, però, che il *payback* era stato impostato come deterrente alle cosiddette "pressioni commerciali", tanto che se ne facevano carico le Aziende che maggiormente "spingevano l'acceleratore" sulle vendite.

Per quanto basato su un eufemismo (le pressioni commerciali), il meccanismo di *payback* trovava una sua dignità di essere nell'osservazione che buona parte delle riduzioni di prezzo normativamente imposte, non esitavano in proporzionali risparmi, e questo per effetto dell'aumento delle quantità vendute, sganciato da ragionevoli motivazioni epidemiologiche. Sganciare da questo principio il *payback* lo rende quindi difficilmente difendibile su un piano logico, regredendolo a mero sconto (ex post!); e questo ci pare implichi che la sua "tollerabilità" da parte delle Aziende sia inversamente proporzionale alla sua dimensione.

In altri termini, nella forma attuale non solo non sembra avere più ragionevole significato economico, se non quello di un rigido controllo della spesa del silos farmaceutico; in più suggerisce che la "probabilità di contenzioso" non sarà annullata, essendo piuttosto legata alla dimensione del *payback*.

Tra l'altro, con l'occasione è saltata la esenzione dal *payback* per una parte dei che beneficiano dei vantaggi offerti ai farmaci orfani.

Una informativa AIFA ("su farmaci orfani e relativi effetti della legge di bilancio 2019") ha cercato di

sostenere che non ci fosse nocumento rilevante per i farmaci orfani. Peraltro, la lista dei 36 farmaci esclusi, pubblicata nella informativa citata, dimostra chiaramente come un certo numero di essi siano l'unico prodotto commercializzato dall'Azienda titolare e in alcuni altri casi rappresenti oltre il 50% del fatturato, confermando che si tratta con molta probabilità davvero di "farmaci economicamente orfani", e quindi meritori di incentivazione.

Piuttosto, si veda in questo Rapporto il capitolo 14a che riassume i risultati dell'Osservatorio Farmaci Orfani, che dimostra chiaramente come oltre l'82,1% dei farmaci della originaria lista AIFA fatturi meno di 30 mln., confermando nei fatti la sua natura "orfana". Le eccezioni sono limitatissime. Sembra lampante che sarebbe, quindi, stato preferibile definire incentivi e disincentivi su una base razionale e non sull'appartenenza formale ad una o l'altra "lista" di farmaci orfani.

Da ultimo, va riservata una nota all'auspicato e atteso rinnovo dei Fondi per i farmaci innovativi. Sebbene rappresentino un polmone finanziario non rinunciabile per l'accesso dei farmaci innovativi, essi hanno dimostrato vari limiti; il più eclatante è che di fatto non sono dimensionabili sugli effettivi bisogni, tanto che uno risulta più che capiente e l'atro potrebbe già non esserlo più a fine 2019; dimensionamento che richiederebbe una continua rivalutazione, almeno annuale, funzione delle previsioni sulle molecole che escono dal fondo e di quelle che invece accedono.

D'altra parte, una continua rivalutazione creerebbe non poche difficolta di programmazione alle Regioni.

Considerando poi che, nei fatti, i Fondi configurano un (doppio) silos all'interno del silos generale della farmaceutica, sarebbe auspicabile almeno una loro riunione o la definizione di regole di osmosi.

Su questo punto va anche aggiunto che si sta evidenziando un non banale problema di copertura degli oneri per i farmaci innovativi che escono (a fine triennio) dal Fondo: dalla programmazione della Regione Emilia Romagna, si può evincere come ormai le molecole "scadute" e gli altri farmaci ad alto costo, impegnino le Regioni per cifre cha hanno già raggiunto oltre la metà della consistenza dei Fondi, acclarando così che anche per questi va pensata una *governance* ad hoc, efficace nel garantirne l'accesso per i pazienti.

Meno evidente, ma non per questo meno importante, è il tema della variabilità regionale: a fine 2018 le Regioni hanno speso sul Fondo innovativi somme pro-capite (sulla popolazione residente) che vanno da € 4,0 a 10,5; non va meglio per il Fondo Innovativi Oncologici dove si va da € 6,9 a 16,1. Si tratta di differenze inspiegabili con ragioni epidemiologiche e dimostrano che la "nuova *governance*" non si può limitare a controllare il non sforamento del tetto, evidenziandosi un livello di variabilità che indica l'esistenza, in alternativa o in contemporanea, di problemi di inappropriatezza di uso e di razionamento dell'accesso.

9a.5. Spesa per dispositivi medici

La massima spesa pro-capite per DM si registra negli Stati Uniti con € 380,0; segue l'Europa con una spesa media di € 212,7 (Confindustria Dispositivi Medici, 2019) ed il Giappone con una spesa pro-capite di € 180,0.

Fra i Paesi europei è possibile osservare differenze notevoli: la Germania presenta una spesa pro-capite € 373,2; segue la Francia con € 246,3 e l'Inghilterra con € 200,6. In Italia, la spesa pro-capite è di € 189,8, inferiore di circa il 10,7% a quella media europea (2018).

La spesa pro-capite italiana per DM (ricordiamo delle sole strutture pubbliche) al netto di ammortamenti, *leasing* etc., sarebbe quindi il 48,6% di quella media europea riportata da Confindustria Dispositivi Medici 2019 (€ 212,7).

Al fine di stimare un dato, almeno indicativo, della spesa a livello regionale, seppure limitata a quella sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche, sono stati analizzati i Conti Economici (CE) della Aziende Sanitarie pubbliche.

Per permettere il monitoraggio del rispetto del tetto, sono stati recentemente adottati provvedimenti finalizzati a consentire di rilevare la spesa ed il costo per DM sostenuti dalle Aziende Sanitarie. Per la rilevazione dei costi è stato aggiornato il modello CE

che, a partire dall'anno 2012, presenta la voce "Dispositivi medici": a tale voce concorrono tre diverse sottovoci: "Dispositivi medici" (contenente il costo dei DM dotati del numero di iscrizione nel sistema banca dati/Repertorio ai sensi del DM 20 Febbraio 2009), "Dispositivi medici impiantabili attivi" (costo dei dispositivi medici attivi) e "Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)" (costo dei DM diagnostici in vitro nell'ambito di applicazione del D.L. 332/2000).

Per la rilevazione della spesa, il Ministero della Salute con il DM dell'11.6.2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale", ha istituito e avviato il nuovo flusso informativo riguardante il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, presenti nella banca dati/Repertorio, direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale: sebbene dall'avvio di tale flusso informativo sia stato possibile evidenziare un crescendo di adesioni da parte delle aziende sanitarie, il dato di spesa rilevato risulta tutt'ora parziale.

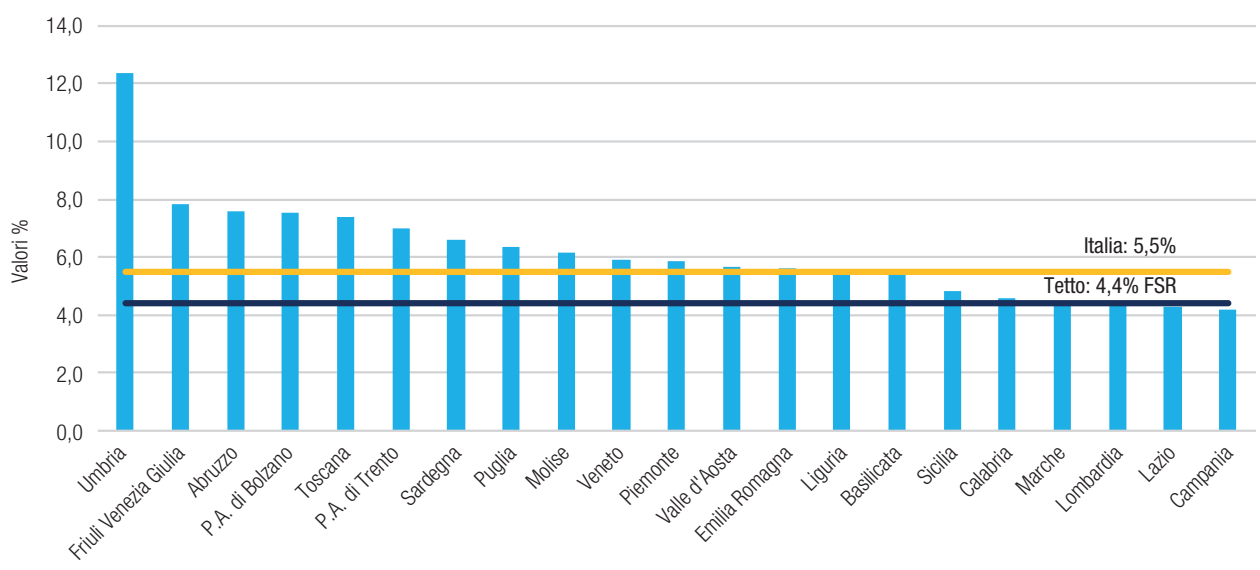
In particolare, da quest'ultimo è risultato un dato di spesa nazionale, nel 2016, pari a € 4,2 mld. (€ 68,7 procapite): valore in crescita grazie ad un maggior impiego dello strumento da parte delle Regioni, ma, in ogni caso, ancora assolutamente sottostimato, e, quindi, non utilizzabile per quantificare la spesa sostenuta dai diversi SSR per i dispositivi medici.

In ogni caso, la spesa per i DM si posiziona subito dopo l'onere per il personale, per la spesa farmaceutica, e la spesa specialistica.

I CE continuano a rappresentare l'unico strumento disponibile per la quantificazione della spesa dei DM (sebbene delle sole strutture pubbliche).

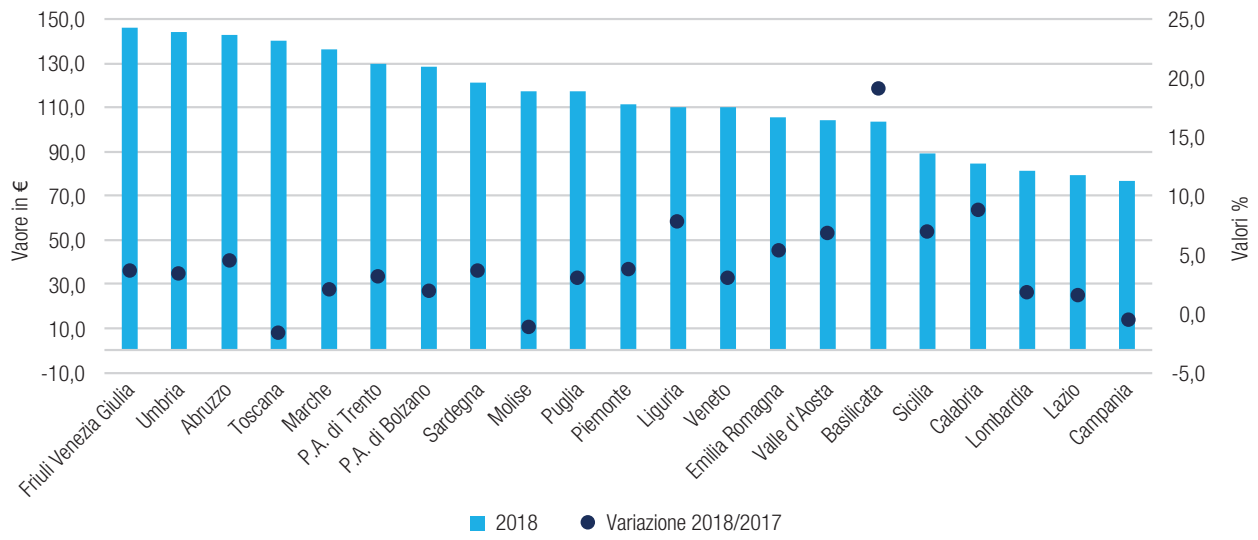
Nel 2018 continua un *trend* crescente e la spesa ha raggiunto € 6,2 mld. (€ 6,0 mld. nel 2017). Come già ribadito nelle precedenti edizioni del Rapporto, si tratta, di un valore certamente sottostimato per la presenza sia di tecnologie ad uso ripetuto (es. apparecchiature medicali) valorizzate su voci differenti dei CE e comunque non univocamente distinguibili, sia perché per le apparecchiature sanitarie le quote di ammortamento sono indistinte nella relativa voce "Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali", sia per tecnologie non acquistate, in quanto acquisite con diverse modalità quali service, noleggio, *leasing*, etc..

Figura 9a.19. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.20. Spesa pro-capite per DM e variazione 2018/2017



Fonte: elaborazione su Conti Economici Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

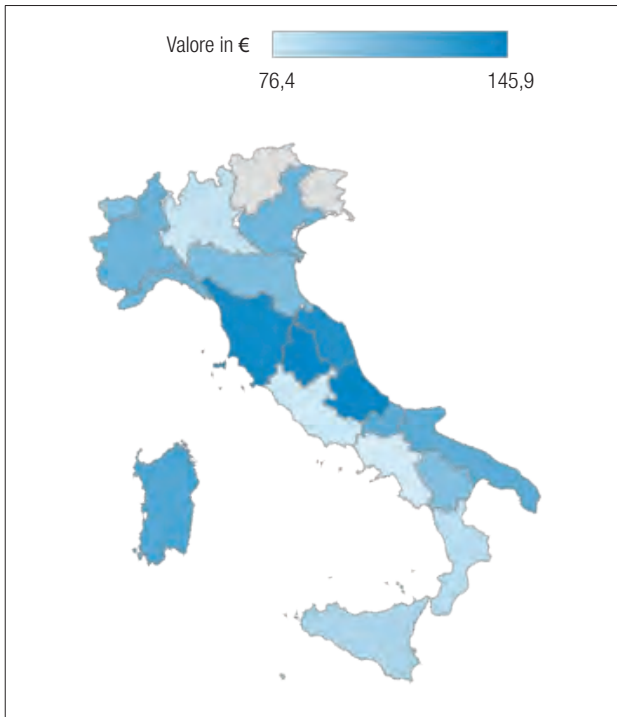
In merito al rispetto del tetto di spesa imposto alle Regioni (4,4% del FSR), continua a confermarsi il *bias* dovuto alla differente ripartizione nelle Regioni dell'offerta pubblica e privata, che spiega il fenomeno per cui si registra il rispetto del tetto di spesa solo da parte delle Regioni con maggiore presenza di strutture private accreditate: Campania (incidenza spesa al 4,1%), Lazio (4,2%), Lombardia (4,4%) e Marche (4,4%), che hanno rispettivamente una offerta caratterizzata da una quota di case di cura accreditate pari rispettivamente al 57,0%, 56,0%, 54,0%, 43,0%).

Umbria, Friuli Venezia Giulia e Abruzzo risulterebbero essere invece le Regioni con la quota più alta di spesa pubblica per DM (12,4%, 7,8% e 7,6% rispettivamente) (Figura 9a.19.).

Secondo quanto riportato da Confindustria Dispositivi Medici il 33,4% del mercato nazionale è rivolto alle strutture private, confermando che l'attuale sistema di monitoraggio adottato per il controllo della spesa sottostima l'effettivo onere in particolare nelle Regioni con una maggiore presenza di case di cura private accreditate.

Nell'ultimo anno (2018), ad eccezione di Molise, Toscana e Campania, dove la spesa pro-capite per DM si è ridotta rispettivamente del -1,7%, -1,2%, -0,5%, si è registrata una crescita della spesa, particolarmente significativa in Basilicata, Calabria e Sicilia (rispettivamente+19,1%, +8,8% e +6,9%).

Figura 9a.21. Spesa pro-capite per DM. Anno 2018



Fonte: elaborazione su Conti Economici Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In termini pro-capite, nel 2018 la spesa media nazionale per DM delle strutture pubbliche ha raggiunto € 101,7 (+2,9% rispetto all'anno precedente, in cui era € 98,6).

Con i caveat espressi, le Regioni con la maggior spesa sono Friuli Venezia Giulia (€ 145,9, +3,6% rispetto al 2017), Umbria (€ 144,2, + 3,4% rispetto al 2017), Abruzzo (€ 143,0, +4,5% rispetto al 2017) e Toscana (€ 140,0 -1,7%); quelle con la minore sono Campania (€ 76,4, -0,5 rispetto al 2017), Lazio (€ 79,5, +1,5 rispetto al 2017), Lombardia (€ 81,3, +1,7 rispetto al 2017) e Calabria (€ 84,4, +8,7% rispetto al 2017) (Figura 9a.20. e 9a.21.).

Si ribadisce, comunque, l'esigenza di rivedere l'indicatore introdotto per il controllo della spesa, che rapporta la spesa per DM delle strutture pubbliche al finanziamento totale del SSR (contenente anche la quota relativa alle attività delle strutture private accreditate); esso rischia di portare a scelte di politica sanitaria di acquisto dal privato di procedure che richiedono l'utilizzo di dispositivi medici ad alto costo, favorendo così le Regioni con elevata presenza di privato accreditato, o di acquisto di device a basso costo, magari rischiando di avere una ridotta qualità degli stessi, o non avendo servizi offerti da parte delle aziende, quali formazione *on site* etc..

9a.6. Conclusioni

La crescita della spesa farmaceutica, negli ultimi anni, in particolare quella pubblica, è senza ascrivibile all'ingresso sul mercato di molecole ad alto costo, che portano benefici incrementali rilevanti, ma creano problemi di rispetto del tetto massimo di spesa.

Solo poche Regioni, infatti, riescono a rispettarlo e tra l'altro compensando gli esuberi di spesa ospedaliera con i "risparmi" messi in atto sulla territoriale (e le spese dirette dei cittadini che "rinunciano" al rimborso pubblico).

Considerando la crescita della spesa farmaceutica ospedaliera (di cui nessuna Regione riesce a rispettare il tetto), e l'esistenza di una spesa privata che rimane consistente (e a tratti con problemi equitativi come nel caso delle compartecipazioni), si conferma l'urgenza di rivedere la *governance* del comparto.

Non di meno, le norme emanate (o emanande) pur rilevanti non sembrano fra loro ben coordinate e frutto di un unico disegno strategico.

Sembra prevalere l'idea di poter rendere sostenibile il settore aumentando il potere negoziale della parte pubblica, evidentemente da usarsi per ridurre i prezzi.

Ma non va dimenticato che la spesa farmaceutica in Italia è presumibilmente già inferiore a quella dei Paesi BIG-EU 5, in larga misura per effetto di prezzi medi inferiori.

Tale risultato è merito delle genericazioni (in particolare del rilevante utilizzo di biosimilari), ma principalmente del sistema degli sconti (più o meno) "opachi", che hanno permesso alle imprese di discriminare il prezzo.

Sembra quindi essenziale che nella nuova governance trovi attenzione anche la possibilità di superare la logica dei silos, interni ed esterni, e di mantenere condizioni (ivi compresi gli accordi negoziali riservati) che riducono i prezzi senza innescare il rischio di decisioni nel senso di una non commercializzazione dei farmaci nel mercato italiano.

Riferimenti bibliografici

1. AIFA (vari anni), Monitoraggio della spesa farmaceutica
2. AIFA (vari anni), Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale
3. Farmindustria (2019), Indicatori farmaceutici regionali
4. Istat (anni vari), banche dati on line, www.istat.it.
5. Rapporto EFPIA (anni vari), European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations

ENGLISH SUMMARY

Pharmaceutical care and spending for medical devices

In Italy the total actual pharmaceutical expenditure is equal to € 29,126 million, of which € 19,995 million are public spending and the remaining € 8,379 million are private spending. Over the last four years public spending has increased by a 3% average per year, while private spending has increased by 0.6%.

The growth in pharmaceutical expenditure - particularly the public one - recorded in recent years is undoubtedly attributable to the entry into the market of high-cost molecules, which bring significant incremental benefits, but create problems of compliance with the maximum spending ceiling (the overrun reached € 1.447 billion in 2018).

Only a few Regions, in fact, are able to comply with it and, indeed, by offsetting the hospital expenditure surpluses with the "savings" obtained in territorial (pharmacies) spending(and, above all, by "taking advantage" of the fact that, in some cases, citizens "relinquish" public reimbursement).

Considering the growth in hospital pharmaceutical expenditure (of which no Region is able to comply with the related ceiling) and the existence of a still substantial private spending (sometimes with equity problems, as in the case of copayments), the urgency to review the sector governance is reaffirmed.

Nevertheless, the regulations issued (or to be issued), although relevant, do not seem to be well coordinated and the result of a single strategic plan.

The idea that seems to prevail is to make the sector sustainable by increasing the public sector's bargaining power to be obviously used to reduce prices.

It should also be recalled that pharmaceutical spending in Italy is presumably already lower than the spending of the BIG-EU 5 countries, largely owing just to lower average prices.

This result is due to the use of generics (particularly the significant use of biosimilar drugs), but also to the system of (more or less) "opaque" discounts, which have allowed companies to discriminate the price.

It therefore seems essential that, in the "new governance", attention will be paid to the possibility of overcoming the logic of internal and external silos and maintaining conditions (including confidential negotiating agreements) that reduce prices without triggering the risk of decisions leading to a non-commercialisation of drugs in the Italian market.

CAPITOLO 9b
Riflessioni sul finanziamento del PNPV

d'Angela D.[1], Polistena B.[1], Spandonaro F.[1]

9b.1. Introduzione

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), approvato[2] in Conferenza Stato-Regioni il 19.1.2017, e incluso nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) del 12.1.2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, costituisce il riferimento in tema riduzione o eliminazione del carico di malattie infettive prevenibili da vaccino.

In particolare, data la priorità in termini di sanità pubblica riconosciuta al tema, il PNPV vuole rappresentare il riferimento per l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale (Ministero della Salute).

Operativamente, il PNPV 2017-2019 discende dal PNP 2014-2018 e dall'*European Vaccine Action Plan* 2015-2020 (EVAP), che a sua volta rappresenta la contestualizzazione del *Global Vaccine Action Plan* 2011-2020 (GVAP) nella Regione Europea dell'OMS, e si sviluppa sull'eredità del precedente PNPV 2012-2014, con cui condivide l'obiettivo generale, ovvero l'armonizzazione delle strategie vaccinali nel Paese.

L'EVAP si basa su 6 obiettivi (sostenere lo stato polio-free, eliminare morbillo e rosolia, controllare l'infezione da HBV, soddisfare gli obiettivi di copertura vaccinale europei a tutti i livelli amministrativi e gestionali, prendere decisioni basate sulle evidenze in merito all'introduzione di nuovi vaccini, e realizzare la sostenibilità economica dei programmi nazionali di immunizzazione), e richiede che:

1. tutti i Paesi riconoscano le vaccinazioni come una priorità
2. gli individui comprendano il valore dei servizi di immunizzazione e dei vaccini e richiedono attivamente le vaccinazioni
3. i benefici della vaccinazione siano equamente estesi a tutta la popolazione attraverso strategie mirate e innovative
4. sistemi di immunizzazione forti siano parte integrante di sistemi sanitari efficienti
5. i programmi di immunizzazione godano di un accesso sostenibile, un finanziamento stabile e vaccini di elevata qualità industriale.

Conseguentemente, i principali obiettivi assunti dal PNPV sono:

1. mantenere lo stato polio-*free*
2. raggiungere lo stato morbillo-*free* e rosolia-*free*
3. garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate dal Piano, anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale, aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento delle coperture
4. aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale, anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale
5. contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili
6. completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, interoperabili a livello regionale e nazionale, tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)

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

[2] Rep. atti n. 10/CSR, pubbl. sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 41 del 18.2.2017

7. migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione
8. promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del Piano, descritti come "10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia"
9. sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza
10. attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti
11. favorire, attraverso una collaborazione tra le Istituzioni nazionali e le Società scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.

Per il raggiungimento dei sopra citati obiettivi, tanto a livello nazionale, quanto a quello internazionale, è sollecitata una particolare attenzione a:

1. l'esigenza di stimare il costo del piano nazionale di vaccinazione e individuare bisogni, anche finanziari, e le fonti di risorse
2. la garanzia che risorse adeguate siano allocate per la realizzazione degli obiettivi del piano
3. l'attivazione di meccanismi di monitoraggio e valutazione coerenti e rilevanti, per controllare l'attuazione e l'efficacia del piano stesso.

A questo proposito il PNPV segnala alcune criticità nazionali/regionali da superare.

In primo luogo il problema del costo aggiuntivo: a tal fine viene effettuata una stima dei maggiori oneri derivanti dall'inserimento nel Piano delle nuove vaccinazioni e al completamento dei Piani pregressi, al netto dei costi diretti evitabili per la mancata vaccinazione (di cui all'all. B dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7.9.2016 sullo "Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - LEA"); l'esito della stima è quantificato in € 100 mln. nel 2017, € 127 mln. nel 2018 e € 186 mln. nel 2019.

In secondo luogo, emergono difficoltà logistiche e organizzative da parte delle amministrazioni sanitarie locali nel garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale, derivanti dal fatto che non tutte le amministrazioni regionali hanno adeguato le strutture organizzative in modo da gestire il prevedibile e auspicabile incremento dei volumi di attività determinati dall'adozione del nuovo calendario.

Su quest'ultimo punto, il Piano prevede che possa essere attivato un fondo nazionale per i vaccini, finalizzato a co-finanziare le Regioni, al fine di garantire l'uniformità, l'equità e l'universalità dell'offerta definita su scala nazionale.

Il terzo problema è lo scarso peso attribuito alle vaccinazioni nella griglia del monitoraggio LEA, che dovrebbe essere aggiornata in base agli obiettivi di copertura concordati con le Regioni.

Una quarta criticità, è quella relativa all'introduzione dell'obbligatorietà per alcune vaccinazioni, derivante dal calo delle coperture e sulla utilità della quale è in corso una discussione internazionale relativa al superamento e alla valorizzazione delle scelte consapevoli dei cittadini sul tema.

Rispetto a questa criticità, si sottolinea che il D.L. 73/2017 "*Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*", come modificato dalla L. di conversione 119/2017, al fine di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale, nonché di garantire il conseguimento degli obiettivi prioritari del PNPV, ha previsto l'obbligatorietà per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per i minori stranieri non accompagnati, per le seguenti vaccinazioni:

- anti-poliomielitica
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse

- anti-haemophilus influenzae tipo b
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella.

Di fatto questo implica che vengano aggiunte alle 4 vaccinazioni già obbligatorie nel primo anno di vita, 2 vaccinazioni già comprese nel vaccino esavalente.

Per le ultime quattro (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella) l'obbligatorietà è previsto sia soggetta a revisione ogni tre anni, in base ai dati epidemiologici e alle coperture vaccinali raggiunte.

Infine, il PNPV rileva la difformità della rilevazione statistica e di certificazione, in particolare ai fini del monitoraggio.

Si ricorda che sono, inoltre, indicate come vaccinazioni soggetta ad offerta attiva e gratuita da parte delle Regioni e Province autonome, sebbene senza obbligo, le vaccinazioni:

- anti-meningococcica B
- anti-meningococcica C
- anti-pneumococcica
- anti-rotavirus.

Passando all'aspetto dell'implementazione del PNPV, sono evidentemente coinvolti tutti e tre i livelli istituzionali: quello centrale (per la definizione di principi e strategie), quello regionale (per le attività di programmazione) e quello locale (per la realizzazione degli interventi).

Si noti che, in considerazione dell'evoluzione scientifica e tecnologica del settore, nel PNPV è stato scelto di non fare riferimento a specifiche caratteristiche dei vaccini, limitandosi a raccomandare il raggiungimento della massima protezione possibile in relazione al profilo epidemiologico prevalente e alla diffusione dei ceppi.

Operativamente, con la Circolare 9.3.2017 del Ministero della Salute "*Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo calendario vaccinale*", è stata definita la tempistica di avvio dell'offerta attiva delle nuove vaccinazioni e i relativi obiettivi di copertura vaccinale.

La Tabella 9b.1. e la Tabella 9b.2., rispettivamente, riassumono gli obiettivi qualitativi e quelli quantitativi, in termini di coperture, da raggiungere per le nuove vaccinazioni, nonché il trend atteso (2017-2020) per il loro raggiungimento.

Tornando alle criticità rilevate nel PNPV, ed in particolare a quanto attiene ai costi, appare evidente come il legislatore sia consapevole di come il perseguimento degli obiettivi del PNPV sia condizionato dalla disponibilità di risorse e dalla loro gestione.

Tabella 9b.1. Obiettivi di introduzione delle nuove vaccinazioni in offerta attiva e gratuita

2017	2018*
• Introduzione della vaccinazione anti-meningococcica B ai nuovi nati della coorte 2017 • Introduzione della vaccinazione anti-meningococcica tetravalente ACWY (una dose) nell'adolescente • Introduzione della vaccinazione anti-pneumococcica nei soggetti di 65 anni di età • Introduzione della vaccinazione anti-varicella ai nuovi nati a partire dalla coorte 2016 • Introduzione delle vaccinazioni previste per le categorie a rischio • Introduzione della vaccinazione anti-HPV per i maschi undicenni con inizio della chiamata attiva per la coorte del 2006	• Completamento della vaccinazione anti-HPV a favore dei maschi undicenni per la coorte dei nati nel 2007, con il completamento a recupero della coorte dei nati nel 2006 qualora non raggiunti nel corso del 2017 • Introduzione della vaccinazione anti-rotavirus a tutti i nuovi nati a partire dalla coorte 2018 • Introduzione della 5° dose di vaccino anti-poliomielite nell'adolescente • Introduzione della vaccinazione anti-Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età.

* con date concertate da ciascuna Regione e Provincia Autonoma secondo un calendario definito entro il 30 giugno 2017

Fonte: Circ. Ministero della Salute 9.3.2017

Tabella 9b.2. Obiettivi di copertura vaccinale per le nuove vaccinazioni

Fascia d'età	Vaccinazione	2017	2018	2019	2020
I anno di vita	Meningococco B	≥ 60	≥ 75	≥ 95	≥ 95
	Rotavirus		≥ 60	≥ 75	≥ 95
II anno di vita	Varicella I dose	≥ 60	≥ 75	≥ 95	≥ 95
5-6 anni di età	Varicella II dose				
Adolescenti	HPV nei maschi 11-enni		≥ 60	≥ 75	≥ 95
	IPV		≥ 60	≥ 75	≥ 90
	Meningococco tetrav. ACWY135	≥ 60	≥ 75	≥ 95	≥ 95
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	40	55	75	75
	Zoster		20	35	50

Fonte: Circ. Ministero della Salute 9.3.2017

A questo proposito, va ricordato che le somme a copertura dei fabbisogni, come sopra richiamati, sono state effettivamente stanziate nell'ambito del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale con la L. n. 232/2016, a titolo di concorso al rimborso alle Regioni, ovvero con specifica finalizzazione all'acquisto dei vaccini.

Di contro, non hanno avuto seguito le indicazioni relative al finanziamento degli oneri derivanti dal superamento delle difficoltà logistiche e organizzative, come anche per l'omogeneizzazione dei sistemi di rilevazione statistica e di certificazione: per tali aspetti è da ritenersi che le Regioni debbano provvedere autonomamente, con una specifica attribuzione di risorse.

Scopo del presente contributo è analizzare il processo di programmazione che ha portato all'assegnazione dei Fondi e gli effetti che ne sono conseguiti.

9b.2. Finanziamento

Come anticipato, la Legge di Bilancio 2017 (L. n. 232/2016) ha previsto un finanziamento vincolato per sostenere i costi aggiuntivi per le Regioni derivanti dal Piano Vaccini; tale finanziamento è componente dello stanziamento per la copertura del fabbisogno nazionale *standard* a cui concorre lo Stato. In particolare, esso fa parte delle risorse, stabilite dal comma 393, per la copertura parziale degli oneri del Fondo farmaci innovativi, per quella del Fondo farmaci innovativi oncologici, per i vaccini e per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale, pari ad € 1 mld. annuo.

Il finanziamento è previsto cresca negli anni, in corrispondenza con la riduzione di quello garantito al Fondo Farmaci Innovativi (non oncologici).

Il finanziamento è previsto che sia poi ripartito fra le Regioni sulla base di criteri individuati da una intesa adottata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

Per il 2017, l'Intesa ha sancito che i Fondi siano ripartiti in ragione della quota di accesso regionale al fabbisogno sanitario nazionale *standard* indistinto, rinviando a successiva intesa per gli anni seguenti.

Nella Tabella 9b.3. si riportano le quote di riparto risultanti dalle delibere CIPE (2017).

Per quanto concerne il 2018, la definizione dei criteri per la ripartizione è avvenuta con l'Intesa Rep. Atti n. 147/CSR dell'1.8.2018, di fatto confermando il criterio del fabbisogno nazionale *standard* indistinto per l'anno 2018 (Tabella 9b.4.).

Tabella 9b.3. Quote di finanziamento quale concorso per il rimborso delle spese per l'acquisto dei nuovi vaccini inclusi nel PNPV. Anno 2017

Regione	€	Pro-capite €	%
Italia	100.000.000	1,65	100,0
Piemonte	7.418.104	1,60	7,4
Valle d'Aosta	211.514	1,63	0,2
Lombardia	16.488.903	1,65	16,5
P. A. di Bolzano	838.004	1,70	0,8
P. A. di Trento	880.292	1,66	0,9
Veneto	8.109.795	1,64	8,1
Friuli Venezia Giulia	2.066.615	1,59	2,1
Liguria	2.715.764	1,55	2,7
Emilia Romagna	7.428.347	1,62	7,4
Toscana	6.310.373	1,60	6,3
Umbria	1.499.354	1,61	1,5
Marche	2.585.103	1,62	2,6
Lazio	9.643.629	1,66	9,6
Abruzzo	2.204.620	1,64	2,2
Molise	521.513	1,63	0,5
Campania	9.308.421	1,74	9,3
Puglia	6.645.050	1,68	6,6
Basilicata	946.650	1,66	0,9
Calabria	3.208.351	1,69	3,2
Sicilia	8.224.336	1,70	8,2
Sardegna	2.745.262	1,63	2,7

Fonte: Delibera CIPE 117/2017

A livello regionale, quindi, a fronte di un finanziamento pro-capite medio di € 2,10, si passa da € 2,21 della Campania a € 1,96 della Liguria, con uno scarto del 12,8%.

Va, quindi, osservato che per i vaccini si è, di fatto, utilizzato il medesimo approccio al riparto (quello delle quote di accesso regionale al fabbisogno sanitario nazionale *standard* indistinto) già utilizzato per i fondi per l'innovazione: approccio che non si basa esplicitamente sugli specifici fabbisogni regionali in campo vaccinale.

Va notato che, per quanto concerne la determinazione di questi ultimi, si sarebbe potuto fare riferimento agli atti parlamentari, nei quali sono esplicitamente riportate le valutazioni fornite a supporto della stesura del DPCM di definizione e aggiornamento dei LEA: esse restituiscono nel dettaglio il processo di valutazione con cui si è poi addivenuti allo stanziamento, garantito dalla L. n. 232/2016, nonché alla stima degli oneri per il completo raggiungimento degli obiettivi del PNPV 2012-2014.

Le stime (come desumibili dagli atti del Governo trasmessi alla Presidenza del Senato a Novembre 2016) sono formulate adottando un approccio

basato su costi *standard* dei vaccini (riferiti ai soli costi per l'acquisto), che vengono moltiplicati per le somministrazioni da effettuare, nonché per la quota di soggetti da immunizzare per raggiungere i livelli di copertura previsti.

Il risultato di tali stime (Tabella 9b.5.) è pari a circa € 303 mln., che rappresentano, quindi, il costo annuo addizionale a regime (ipotizzando per semplicità costanza demografica) stimato dal Governo per le vaccinazioni.

Come anticipato, seguendo la normativa, il Fondo per i vaccini viene concesso quale concorso per gli acquisti regionali dei nuovi vaccini: al fine di stimare l'impatto della norma e, quindi, l'onere aggiuntivo per il finanziamento dei LEA, alle somme come sopra elaborate, le stime governative sottraggono i risparmi diretti per il SSN ottenibili grazie alle immunizzazioni: tali risparmi, stimati in modo prudenziale a partire dalle indicazioni di letteratura, sono quantificati in circa il 14% del costo delle vaccinazioni.

Tabella 9b.4. Quote di finanziamento quale concorso per il rimborso delle spese per l'acquisto dei nuovi vaccini inclusi nel PNPV. Anno 2018

Regione	€	Pro-capite €	%
Italia	127.000.000	2,10	100,0
Piemonte	9.402.282	2,03	7,4
Valle d'Aosta	268.103	2,06	0,2
Lombardia	20.986.964	2,10	16,5
P. A. di Bolzano	1.072.410	2,18	0,8
P. A. di Trento	1.120.426	2,11	0,9
Veneto	10.301.485	2,09	8,1
Friuli Venezia Giulia	2.620.109	2,01	2,1
Liguria	3.435.226	1,96	2,7
Emilia Romagna	9.436.294	2,06	7,4
Toscana	8.012.115	2,03	6,3
Umbria	1.900.591	2,04	1,5
Marche	3.273.116	2,05	2,6
Lazio	12.278.057	2,12	9,7
Abruzzo	2.794.234	2,08	2,2
Molise	659.658	2,06	0,5
Campania	11.823.961	2,21	9,3
Puglia	8.432.569	2,13	6,6
Basilicata	1.197.105	2,10	0,9
Calabria	4.070.448	2,14	3,2
Sicilia	10.428.619	2,15	8,2
Sardegna	3.486.228	2,07	2,7

Fonte: Delibera CIPE 72/2018

Tabella 9b.5. Stima a regime dei fabbisogni *standard* per le nuove vaccinazioni incluse nel PNPV

Regione	€ mln.	%
Italia	303,3	100,0
Piemonte	21,6	7,1
Valle d'Aosta	0,6	0,2
Lombardia	51,3	16,9
P. A. di Bolzano	2,9	0,9
P. A. di Trento	2,9	0,9
Veneto	24,6	8,1
Friuli Venezia Giulia	5,8	1,9
Liguria	7,1	2,3
Emilia Romagna	22,2	7,3
Toscana	18,1	6,0
Umbria	4,4	1,5
Marche	7,5	2,5
Lazio	29,6	9,8
Abruzzo	6,4	2,1
Molise	1,4	0,5
Campania	30,7	10,1
Puglia	20,3	6,7
Basilicata	2,6	0,9
Calabria	9,7	3,2
Sicilia	26,1	8,6
Sardegna	7,4	2,4

Fonte: Ricostruzione dalle stime contenute negli atti parlamentari - © C.R.E.A. Sanità

Viene, poi, considerato che alcune Regioni già offrivano alcune delle nuove vaccinazioni e ne viene stimato l'onere sostenuto in base alle coperture vaccinali al 31.12.2014: si passa quindi ad una logica finanziaria, in ossequio alla quale si riduce tanto l'onere aggiuntivo per il SSN, che il risparmio ottenibile.

Con il processo di stima sinteticamente descritto, si giunge così alla quantificazione di un onere aggiuntivo di € 186 mln. a regime, ripreso poi dalla Legge di Bilancio 2017 (L. n. 232/2016) quale stanziamento per il 2019 (per inciso si noti che le stime negli atti parlamentari si riferivano al 2018).

La stima dell'onere per i primi 2 anni (2017 e 2018) è stata poi ulteriormente ridotta per tenere conto delle minori coperture da raggiungere; il procedimento utilizzato è stato quello di applicare le quote di copertura previste alle valutazioni sopra descritte, riducendo poi in proporzione i risparmi attesi e anche la quota di spesa già sostenuta.

In questo passaggio si intravedono almeno due incongruenze. In primo luogo, la riduzione per i primi anni di applicazione, derivante dalle minori quote di copertura richieste, è calcolata in "assoluto" e non in termini relativi; in altri termini, la riduzione andava per logica applicata alle coperture a regime (che sono inferiori al 100%) e non all'ammontare totale della spesa. Inoltre, la riduzione degli effetti di risparmio è stimata in proporzione alla riduzione dell'onere complessivo derivante dalle minori quote di copertura (tale onere è pari a circa il 53% nel primo anno e il 68% nel secondo): questo appare una ragionevole approssimazione per quanto concerne i risparmi in termini di costi diretti per il SSN (che si possono ipotizzare proporzionali alla copertura assumendo "rendimenti di scala costanti"); non lo è, però, per quanto concerne le riduzioni dell'onere derivante da vaccinazioni già effettuate dalle Regioni., essendo queste ormai pregresse e quindi da scalarsi totalmente.

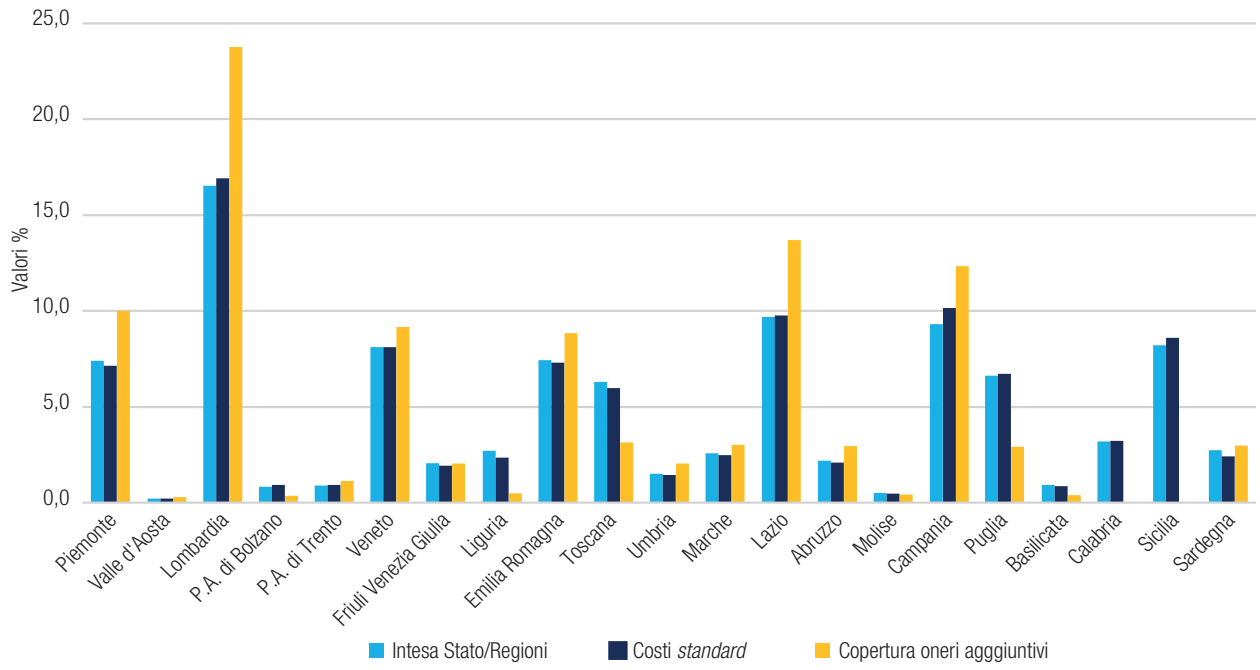
Di fatto ne discende una sovrastima per il primo anno dell'onere aggiuntivo, che stimiamo in quasi € 20 mln., mentre per il secondo le varie poste si compensano.

Passando alla programmazione del riparto di tali risorse, di fatto, si determina una situazione per cui si dispone di almeno tre diverse possibili valutazioni dei fabbisogni: quella sancita dall'Intesa fra le Regioni, poi effettivamente adottata; quella basata sul costo *standard* delle vaccinazioni derivante dagli atti parlamentari; quella che li allinea alla copertura degli oneri aggiuntivi, anch'essa proposta nelle valutazioni contenute negli atti parlamentari.

Evidentemente, ognuna di tali scelte implica incentivi diversi, che meritano di essere analizzati.

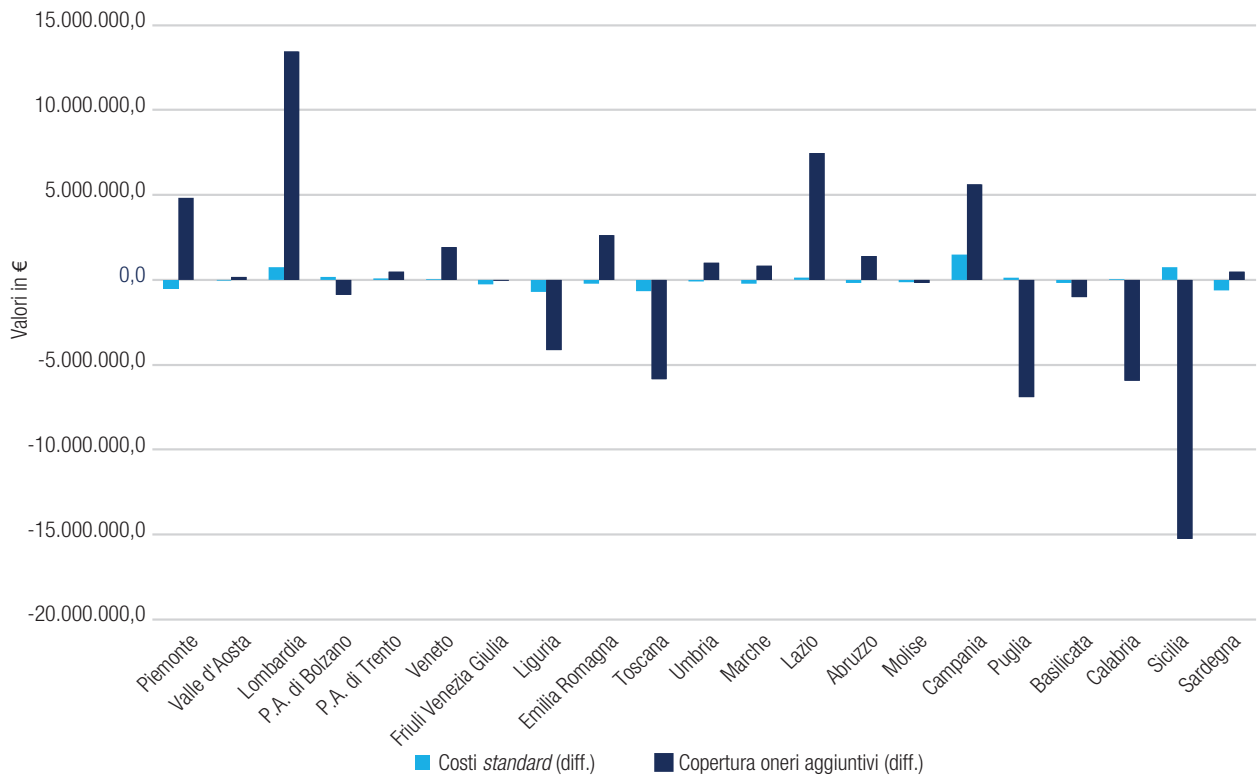
In termini meramente quantitativi, le diverse allocazioni possibili sono riassunte in termini percentuali e in differenze di finanziamento nella Figura 9b.1. e Figura 9b.2..

Figura 9b.1. Differenze di allocazione dei fondi nelle diverse ipotesi di riparto del Fondo



Fonte: elaborazioni proprie - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9b.2. Differenze di allocazione dei Fondi fra fabbisogno *standard* e Intesa Stato/Regioni



Fonte: elaborazioni proprie - © C.R.E.A. Sanità

In termini "qualitativi", se la specificazione della destinazione del finanziamento dovesse essere intesa in termini letterali, ovvero come concorso per "gli oneri aggiuntivi" derivanti dalle indicazioni del PNPV, il criterio da adottarsi dovrebbe essere quello di valutare il costo *standard* al netto dei risparmi attesi e, anche, delle spese già sostenute.

In questo caso le risorse sarebbero andate a coprire i bisogni finanziari, ma di fatto il criterio avrebbe "penalizzato" le Regioni più virtuose, ovvero quelle che avevano già inserito alcune vaccinazioni nei calendari vaccinali.

Come si evince dalle Figure 9b.1. e 9b.2., questo approccio avrebbe esitato in un riparto profondamente diverso da quello effettivamente sancito dall'Intesa in Conferenza Stato/Regioni: alcune Regioni non avrebbero ricevuto alcun finanziamento aggiuntivo (risulterebbe che Calabria e Sicilia avessero già speso un ammontare di risorse pari all'onere aggiuntivo previsto) e altre avrebbero ricevuto un ammontare di risorse aggiuntive significativamente inferiore: la P.A. di Bolzano (-56%), Liguria (-82%), Toscana (-50%), Molise (-18%), Puglia (-56%). Ne avrebbero beneficiato maggiormente, con incrementi di oltre il 40%, Valle d'Aosta, Lombardia e Lazio.

L'Intesa, pur non adottando un vero criterio di fabbisogno *standard*, è molto più vicina al riparto basato sui costi *standard* (come "impostati" dal Governo): il risultato numericamente non stupisce, in quanto anche i criteri di riparto del fabbisogno indistinto si basano su un criterio di "fabbisogno *standard*", ancorché non specificamente riferito alle vaccinazioni.

Ripartire le risorse secondo fabbisogni *standard* stimati per portare a regime il PNPV, implica garantire la copertura degli oneri e, allo stesso tempo, premia le Regioni che avevano iniziato anticipatamente ad estendere le coperture.

Riassumendo, il criterio di cui all'Intesa adottata, pur non avendo un razionale "scientificamente solido", approssima di fatto la scelta di finanziare i fabbisogni ex ante.

Non di meno, gli scarti fra i due approcci, seppure come detto minori, rimangono comunque significativi: con ad un estremo il maggior finanziamento (rispetto al costo standard) della Liguria, pari a oltre il 13%, seguita da Molise e Sardegna con oltre l'11%; e all'altro estremo un minor finanziamento della P.A. di Bolzano di oltre l'11%, seguita dalla Campania con quasi il 9%.

Ci sembra di poter concludere che l'Intesa fra le Regioni si sia basata su un accordo che lega il finanziamento ai fabbisogni, interpretando il "concorso" garantito dalla Legge di Bilancio in termini economici (copertura del maggiore fabbisogno implicato dal PNPV) e non in quelli finanziari (copertura degli ulteriori oneri finanziari rispetto a quelli di fatto già sostenuti), come in realtà previsto dalla Legge di Bilancio.

In termini programmatori, la scelta appare largamente giustificabile e condivisibile: allo stesso tempo, seguendone la logica, non si può sottacere che adottare le quote di riparto previste nelle stime prodotte a supporto della quantificazione degli oneri generati dal PNPV, sarebbe stato più corretto.

Inoltre, va sottolineato che, rinunciando alla logica del "rimborso", in primo luogo potenzialmente "salta" il vincolo di destinazione (alcune Regioni ricevono più di quanto necessario per garantire l'integrazione occorrente per arrivare alla copertura prevista); e, in secondo luogo, il finanziamento risulta slegato dai livelli di copertura effettivamente ottenuti.

9b.3. Spesa

I dati di spesa sono attualmente disponibili per il 2017 e il 2018, e sono forniti sia dai Rapporti OSMED, che dai CE (Conti Economici) della ASL (ad oggi disponibili fino al 2017).

Secondo il Rapporto OSMED, a livello nazionale la spesa 2017 è stata complessivamente pari a € 487,6 mln., mentre per i CE risulta pari a € 531,0 mln..

La differenza di € 43,4 mln., oltre agli scarti dovuti al differente momento di raccolta del dato, è presumibilmente attribuibile ai vaccini per uso veterinario compresi nei CE ma non nella rilevazione dell'AIFA.

Il dato 2017 (Tabella 9b.6.) è risultato in netta crescita rispetto al 2016 (€ 357,5 mln., +36,4%).

La crescita maggiore si è registrata in Emilia Romagna (+84,4%) e la minore in Basilicata (+8,0%), con l'unica eccezione della contrazione in Toscana (-14,6%).

Tabella 9b.6. Spesa per vaccini. Anno 2017

Regione	€ mln.	Pro-capite €	Var. su 2016 %
Italia	487,6	8,05	36,4
Piemonte	24,9	5,66	55,1
Valle d'Aosta	0,7	5,31	29,8
Lombardia	58,2	5,81	42,1
P. A. di Bolzano	4,6	8,82	62,9
P. A. di Trento	5,2	9,68	56,1
Veneto	47,2	9,61	30,6
Friuli Venezia Giulia	13,9	11,44	42,1
Liguria	12,5	7,98	18,8
Emilia Romagna	45,5	10,22	84,4
Toscana	28,9	7,73	-14,6
Umbria	5,9	6,68	26,9
Marche	12,2	7,91	69,8
Lazio	51,6	8,75	44,2
Abruzzo	9,3	7,04	56,6
Molise	2,1	6,63	37,5
Campania	40,8	6,99	49,0
Puglia	45,2	11,12	38,8
Basilicata	3,8	6,74	8,0
Calabria	18,0	9,15	31,0
Sicilia	45,9	9,07	21,5
Sardegna	11,2	6,77	28,1

Fonte: OSMED

Tabella 9b.7. Spesa per vaccini. Anno 2018

Regione	€ mln.	Pro-capite €	Var. su 2017 %
Italia	529,1	8,75	8,5
Piemonte	27,8	6,36	12,0
Valle d'Aosta	0,7	5,90	10,6
Lombardia	77,2	7,69	32,7
P. A. di Bolzano	5,7	10,85	23,8
P. A. di Trento	7,0	12,89	33,5
Veneto	45,3	9,24	-4,0
Friuli Venezia Giulia	14,6	12,01	4,8
Liguria	13,3	8,53	6,2
Emilia Romagna	47,9	10,76	5,4
Toscana	31,5	8,43	8,9
Umbria	6,7	7,59	12,9
Marche	11,6	7,56	-4,8
Lazio	48,9	8,29	-5,4
Abruzzo	9,9	7,51	6,2
Molise	2,6	8,46	26,9
Campania	44,3	7,60	8,5
Puglia	47,3	11,69	4,7
Basilicata	4,7	8,31	22,6
Calabria	17,0	8,71	-5,2
Sicilia	50,8	10,10	10,7
Sardegna	14,2	8,62	27,0

Fonte: OSMED

A livello regionale, a fronte di una spesa pro-capite (sull'intera popolazione) media di € 8,05, si passa da € 11,44 del Friuli Venezia Giulia, ai € 5,31 della Valle d'Aosta, con uno scarto del 115,4%.

Sempre secondo il Rapporto OSMED, nel 2018 la spesa ha raggiunto i € 529,1 mln. (Tabella 9b.7.), con una crescita rispetto al 2017 dell'8,5%.

La crescita maggiore si è registrata nella P.A. di Trento (+33,5%) e la minore in Puglia (+4,7%), con Calabria (-5,2%), Lazio (-5,4%), Marche (-4,8%), Veneto (-4,0%) in contrazione.

A livello regionale, a fronte di una spesa pro-capite (sull'intera popolazione) media di € 8,75, si passa da € 12,89 della P.A. di Trento, agli € 5,90 della Valle d'Aosta, con uno scarto del 218,5%.

In termini standardizzati, ovvero di spesa pro-capite pesata (usando i criteri di cui agli atti parlamentari citati nel capitolo 2), si ottengono i confronti della Tabella 9b.8. e della Tabella 9b.9..

Nel 2017, calcolando la spesa pro-capite con la popolazione pesata secondo il Rapporto Osmed si passa da € 11,40 della Puglia, ai € 5,18 della Valle d'Aosta, con un differenziale massimo del 120,1%. Con la popolazione pesata ricalcolata in base ai "costi standard", invece, si passerebbe da una spesa pro-capite pari a € 11,98 del Friuli Venezia Giulia, ai € 5,27 della Valle d'Aosta, con un differenziale massimo del 127,3%.

Nel 2018, calcolando la spesa pro-capite con la popolazione pesata secondo il Rapporto Osmed si

Tabella 9b.8. Spesa pro-capite pesata per vaccini. Anno 2017

Regione	Pro-capite Pesata Osmed €	Pro-capite Pesata Costo std. €	Diff €
Italia	8,05	8,05	-
Piemonte	5,37	5,75	0,38
Valle d'Aosta	5,18	5,27	0,09
Lombardia	5,82	5,68	-0,14
P. A. di Bolzano	9,39	8,10	-1,29
P. A. di Trento	9,84	9,16	-0,68
Veneto	9,55	9,59	0,04
Friuli Venezia Giulia	10,71	11,98	1,27
Liguria	7,14	8,81	1,67
Emilia Romagna	9,94	10,26	0,32
Toscana	7,34	8,00	0,66
Umbria	6,38	6,75	0,37
Marche	7,64	8,12	0,48
Lazio	8,91	8,74	-0,17
Abruzzo	6,91	7,30	0,39
Molise	6,43	7,35	0,92
Campania	7,63	6,65	-0,98
Puglia	11,40	11,12	-0,28
Basilicata	6,74	7,35	0,61
Calabria	9,46	9,25	-0,21
Sicilia	9,46	8,80	-0,66
Sardegna	6,65	7,60	0,95

Fonte: elaborazioni su dati OSMED e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 9b.9. Spesa pro-capite pesata per vaccini. Anno 2018

Regione	Pro-capite Pesata Osmed €	Pro-capite Pesata Costo std. €	Diff €
Italia	8,75	8,75	-
Piemonte	6,04	6,44	0,40
Valle d'Aosta	5,75	5,82	0,07
Lombardia	7,71	7,53	-0,18
P. A. di Bolzano	11,56	10,02	-1,54
P. A. di Trento	13,10	12,23	-0,87
Veneto	9,17	9,21	0,04
Friuli Venezia Giulia	11,25	12,55	1,30
Liguria	7,65	9,36	1,71
Emilia Romagna	10,50	10,82	0,32
Toscana	8,02	8,71	0,69
Umbria	7,25	7,62	0,37
Marche	7,31	7,73	0,42
Lazio	8,43	8,27	-0,16
Abruzzo	7,37	7,75	0,38
Molise	8,22	9,34	1,12
Campania	8,29	7,22	-1,07
Puglia	11,96	11,65	-0,31
Basilicata	8,30	9,01	0,71
Calabria	9,00	8,76	-0,24
Sicilia	10,52	9,74	-0,78
Sardegna	8,43	9,65	1,22

Fonte: elaborazioni su dati OSMED e Istat - © C.R.E.A. Sanità

passa dai € 13,10 della P.A. di Trento, ai € 5,18 della Valle d'Aosta, con un differenziale massimo del 227,8,1%. Con la popolazione pesata ricalcolata in base ai "costi standard", invece, si passerebbe da una spesa pro-capite pari a € 12,55 del Friuli Venezia Giulia, ai € 5,82 della Valle d'Aosta, con un differenziale del 215,6%.

A seconda della standardizzazione adottata si ottengono, quindi, differenze di spesa pro-capite significative: nel 2017 si passa da 1,29 € di riduzione nella P.A. di Bolzano, a 1,67 in aumento in Liguria, e nel 2018 da 1,54 € di riduzione nella P.A. di di Bolzano, a 1,71 in aumento in Liguria.

Tabella 9b.10. Spesa per vaccini, per categoria di destinatario. Anno 2018

Categoria	€ mln.	Var. % 2018/2017
Totale	529,1	8,5
Pediatriche	379,6	2,9
Adolescenti	85,9	31,3
Adulti	55,8	18,5
Altro	7,8	23,8

* € 20,4 sulla popolazione in età vaccinale

Fonte: elaborazioni su dati OSMED e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Va notato che nel 2018 aumentano fortemente le disparità fra Regioni ad indicare che presumibilmente le difficoltà organizzative e programmatorie paventate nell'introduzione non sono ancora in via di superamento.

Per quanto concerne la "destinazione", suddividendo approssimativamente le vaccinazioni in età pediatrica, adolescenti e adulti[3], si osserva come quelle per i bambini assorbano il 71,7% della spesa, seguite da quelle per gli adolescenti con il 16,2%, e da quelle per gli adulti con il 10,5%; l'1,5% non risulta attribuibile alle tre fasce.

Fra il 2017 e il 2016 è cresciuto fortemente il peso della spesa per le vaccinazioni pediatriche (+119,0%), mentre poi fra il 2018 e il 2017 (Tabella 9b.10.) è cresciuto più velocemente il peso di quelle destinate agli adolescenti (+31,3%); la spesa per gli adulti (influenza) è calata del 65,2% nel 2017, mentre è poi aumentata (+18,5%) nel 2018.

9b.4. La copertura degli oneri aggiuntivi del PNPV

A seguito dell'analisi effettuata è possibile una prima valutazione della congruità dei finanziamenti aggiuntivi garantiti dalla Legge di Bilancio 2017 (L. n. 232/2016) al fine di concorrere alla copertura degli oneri aggiuntivi derivanti dalle determinazioni del PNPV.

Per il primo anno (2017) la somma stanziata pari a € 100 mln., rappresenta il 20,5% della spesa complessivamente sostenuta per vaccini, con la massima copertura registrata in Valle d'Aosta (31,4%) e la minima in Puglia (14,7%).

Considerando che la spesa aggiuntiva registrata nel 2017 (rispetto al 2016) è pari a € 130,1 mln., quanto messo a disposizione dalla L. n. 232/2016 rappresenta il 76,9% dell'onere (Tabella 9b.11.).

Va però aggiunto che, qualora si considerino ottenuti i risparmi relativi ai costi diretti come previsto nelle stime, per i quali la stima per il primo anno è di € 16 mln., il *gap* in pratica si dimezzerebbe; se si considera poi che, come anticipato, la somma risulta stanziata per eccesso di quasi € 20 mln., può affermarsi che la copertura per il 2017 è stata sostanzialmente garantita, sebbene grazie ad una sovrastima iniziale dei Fondi.

Nel secondo anno (2018) la somma stanziata pari a € 127 mln., rappresenta il 24,0% della spesa complessivamente sostenuta per vaccini, con la massima copertura registrata in Valle d'Aosta (36,0%) e la minima nella P.A. di Trento (16,1%).

Tabella 9b.11. Copertura oneri PNPV. Anno 2017

Regione	Copertura spesa %	Copertura spesa aggiuntiva %
Italia	20,5	76,9
Piemonte	29,8	84,0
Valle d'Aosta	31,4	136,8
Lombardia	28,3	95,7
P. A. di Bolzano	18,1	46,9
P. A. di Trento	16,9	47,0
Veneto	17,2	73,3
Friuli Venezia Giulia	14,8	50,1
Liguria	21,7	137,6
Emilia Romagna	16,3	35,7
Toscana	21,8	-127,9
Umbria	25,2	119,1
Marche	21,2	51,7
Lazio	18,7	60,9
Abruzzo	23,7	65,6
Molise	25,4	92,9
Campania	22,8	69,4
Puglia	14,7	52,7
Basilicata	24,6	331,8
Calabria	17,8	75,4
Sicilia	17,9	101,2
Sardegna	24,5	112,0

Fonte: elaborazioni proprie - © C.R.E.A. Sanità

[3] La suddivisione è indicativa, soffrendo di alcune approssimazioni: non è stato, infatti, possibile estrapolare il dato per lo zoster e quello per la vaccinazione pneumococcica per gli adulti, che sono rimaste ricomprese in quelle per i bambini

Tabella 9b.12. Copertura oneri PNPV. Anno 2018

Regione	Copertura spesa %	Copertura spesa aggiuntiva %
Italia	24,0	74,0
Piemonte	33,8	79,7
Valle d'Aosta	36,0	118,8
Lombardia	27,2	57,9
P.A. di Bolzano	18,7	37,1
P.A. di Trento	16,1	30,9
Veneto	22,7	112,1
Friuli Venezia Giulia	18,0	54,7
Liguria	25,9	124,9
Emilia Romagna	19,7	40,5
Toscana	25,4	-339,7
Umbria	28,3	93,7
Marche	28,3	74,1
Lazio	25,1	94,0
Abruzzo	28,3	71,0
Molise	25,3	59,1
Campania	26,7	69,9
Puglia	17,8	57,1
Basilicata	25,4	103,8
Calabria	23,9	122,9
Sicilia	20,5	80,1
Sardegna	24,5	63,8

Fonte: elaborazioni proprie - © C.R.E.A. Sanità

Considerando che la spesa aggiuntiva registrata nel 2018 è pari a € 171,6 mln. (rispetto al 2016), quanto messo a disposizione dalla L. n. 232/2016 rappresenta il 74,0% dell'onere (Tabella 9b.12.).

Anche in questo caso va aggiunto che, qualora considerando i risparmi relativi ai costi diretti come previsto nelle stime, per i quali la stima per il secondo anno è di € 30 mln., il *gap* in pratica sarebbe meno della metà.

La distribuzione rimane comunque difforme, con Regioni che ottengono una quota maggiore rispetto all'incremento di spesa ed alcune che coprono una parte limitata di questa; e le differenze non sembrano attenuarsi.

A parte il caso della Toscana che, pur registrando riduzioni di spesa, ottiene di fatto un finanziamento aggiuntivo, si apprezza quello della Basilicata, che ottiene una somma 3 volte maggiore rispetto all'incremento di spesa sostenuta nel 2017 e doppia nel 2018.

Al contrario l'Emilia Romagna si ferma al 35,7% nel primo anno e al 40,5% ne secondo; anche le Provincie Autonome di Trento e Bolzano non arrivano al 50% nel 2017 e cala fra il 30 e il 40% nel 2018.

I risultati sono ovviamente da mettersi in relazione con i differenti livelli di spesa regionale e le relative variazioni negli anni. Come anticipato, alcune Regioni avevano già ampliato il calendario vaccinale regionale prima ancora dell'entrata in vigore del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

In effetti, a livello regionale si evince per il 2017 una maggiore crescita della spesa associata ai valori di partenza della stessa inferiori, e quindi anche una tendenza alla riduzione della variabilità regionale.

La Figura 9b.3. mostra qualitativamente la correlazione fra livelli di spesa e variazione della stessa fra il 2016 e il 2017.

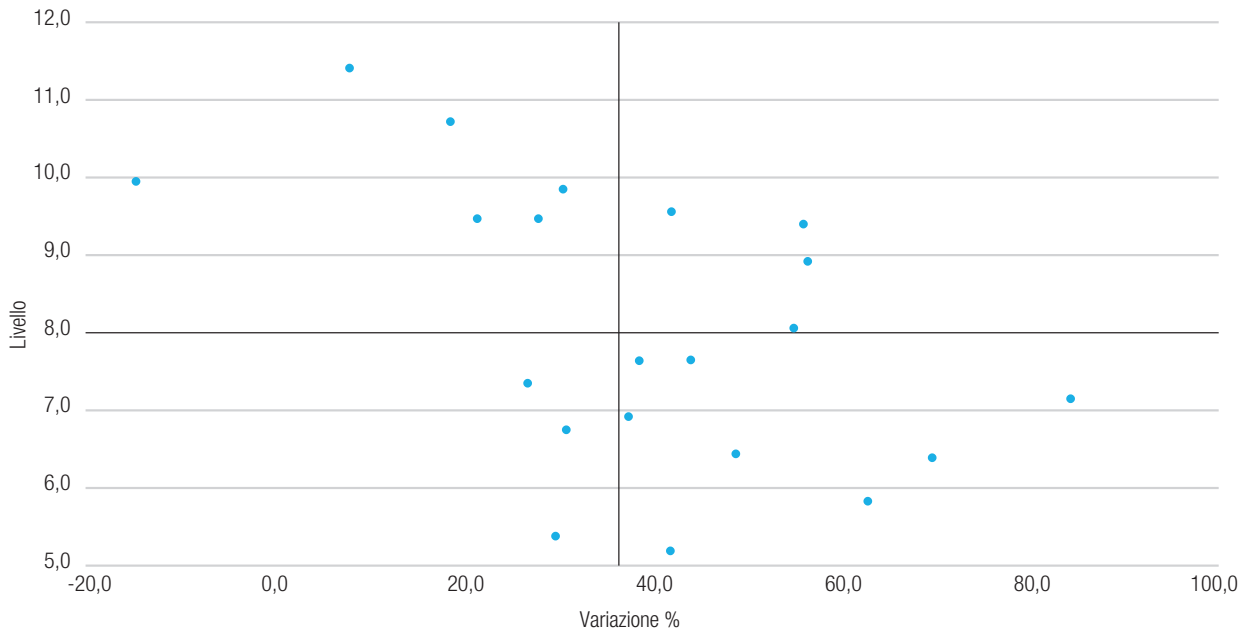
Si noti che tale correlazione non si rileva per il 2018.

Nondimeno rimangono rilevanti i differenziali nei livelli di spesa che, come appena visto, non si riducono standardizzando il dato rispetto al fabbisogno; dalla Figura 9b.3. si desume che per valori di spesa nominalmente assimilabili nel 2017 si verificavano differenze di crescita pari anche al 300%.

Infine, possiamo analizzare la relazione fra spesa pro-capite (secondo la popolazione Osmed) e i livelli di copertura.

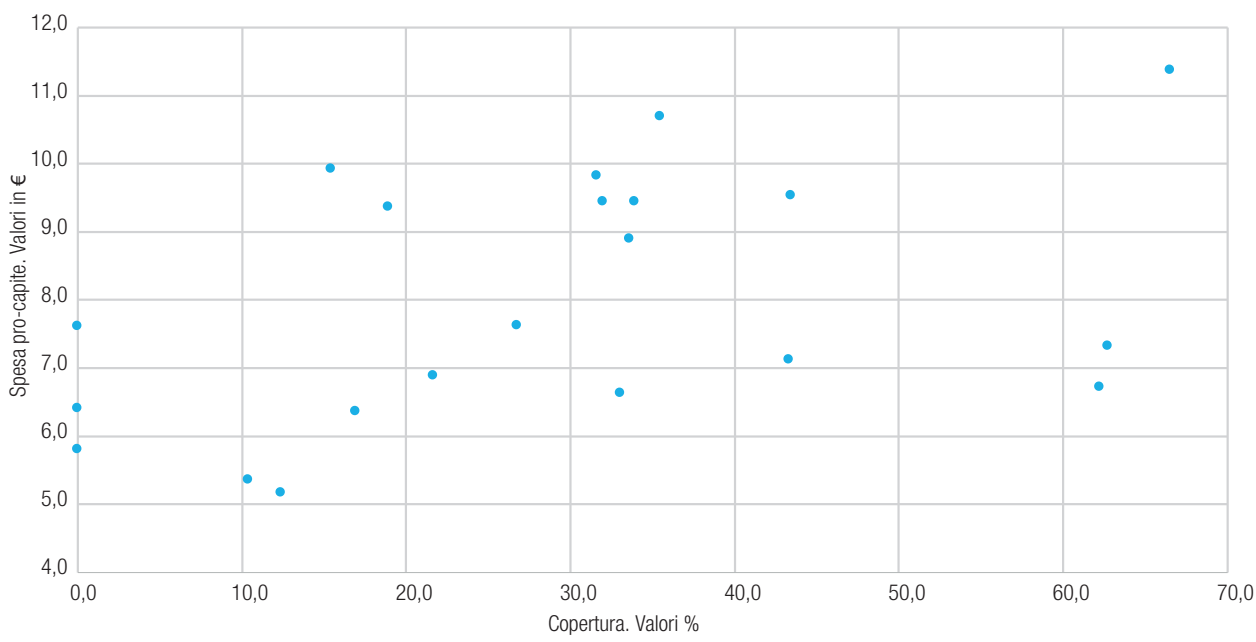
Per valutare quest'ultimo dato si è provveduto a elaborare per il 2017 una media ponderata dei livelli di copertura (pesandoli sulla base delle quantificazioni già utilizzate per stimare i costi standard) utilizzando le rilevazioni a 36 mesi + 6 mesi, calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. al Ministero della Salute. Per completezza si consideri che rispetto alle vaccinazioni oggetto del finanziamento ex L. n. 232/2016, non sono state considerate (in quanto le coperture non sono pubblicate) lo Zoster, l'IPV negli adolescenti e l'HPV nei maschi.

Figura 9b.3. Livello e variazione regionale della spesa per vaccini. Anno 2018



Fonte: elaborazioni proprie - © C.R.E.A. Sanità

Figura 9b.4. Spesa e coperture vaccinali regionali. Anno 2018



Fonte: elaborazioni proprie - © C.R.E.A. Sanità

Con i caveat espressi, la Figura 9b.4. descrive qualitativamente la correlazione fra le due variabili.

Se è apprezzabile una correlazione positiva fra spesa e coperture (i punti che nel grafico sono sull'asse delle ordinate sono le Regioni, nello specifico Lombardia, Campania e Molise, per le quali non

è disponibile il dato di copertura), non di meno si osservano numerosi *"outliers"*: in particolare Regioni con spesa molto superiore a quella di altre Regioni con analoga copertura (P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna), ove lo scarto potrebbe, però, essere spiegato da una maggiore copertura per le vaccinazioni non considerate; viceversa, Regioni in cui si osserva una spesa significativamente inferiore alla media rispetto alle coperture dichiarate (Toscana e Basilicata), fenomeno spiegabile o con una grande efficienza o con una sovrastima delle coperture o, infine, con una sottostima dei costi sostenuti.

9b.5. Conclusioni

Il PNPV ha sancito l'impegno nazionale rispetto alla questione dei livelli di copertura desiderati per le immunizzazioni, allineando la nostra normativa alle indicazioni internazionali.

A questo si è aggiunto il provvedimento della "Legge Lorenzin" che ha reso obbligatorie le due principali vaccinazioni nell'età pediatrica (l'esavalente e la quadrivalente MPRV) per accedere alla scuola materna e ha introdotto sanzioni per i non vaccinati che accedono alla scuola dell'obbligo.

Tali misure hanno aumentato l'attenzione sull'importanza delle vaccinazioni, incentivando di conseguenza un cambio di tendenza nei comportamenti della popolazione.

L'analisi quantitativa svolta dimostra che, già nel primo anno, gli effetti sono stati significativi, e che si è assistito ad una effettiva tendenza alla riduzione delle disparità a livello regionale.

Nel secondo anno, però, si perde evidenza del processo di convergenza.

Il PNPV ha indicato con chiarezza gli obiettivi sia qualitativi che quantitativi da raggiungere; la Legge di Bilancio 2017 (L. n. 232/2016) ha poi stanziato risorse vincolate per il loro perseguimento.

Le risorse sono evidentemente condizione necessaria, ancorché non sufficiente, per rendere operative le indicazioni del PNPV.

Ancora le analisi quantitative condotte dimostrano che lo stanziamento 2017 è pari a poco più del 20% della spesa effettiva e a circa il 77% di quella aggiuntiva; considerando i risparmi attesi lo scarto si dimezza, ma rimarrebbe un *gap*, che per il 2017 è però stato coperto da una sovrastima in origine dei fabbisogni.

Per il 2018 lo stanziamento copre 4 punti percentuali in più, ma si riduce leggermente la quota di copertura degli oneri aggiuntivi. Anche in questo caso il *gap* si riduce considerando i risparmi attesi, ma non si annulla.

Il dato più eclatante è però quello relativo alla variabilità regionale: ad un estremo troviamo Regioni che hanno percepito più di quello che è stato l'incremento di spesa (e in un caso il finanziamento è associato persino ad una riduzione di spesa) e, dall'altro, Regioni dove il finanziamento è pari circa ad un terzo della spesa aggiuntiva. Anche in questo caso si tratta di differenze che non si riducono neppure nel secondo anno (2018) di applicazione.

Alcuni elementi di programmazione legati al finanziamento aggiuntivo rimangono certamente migliorabili.

Le analisi condotte dimostrano, infatti, che a fronte della riduzione delle disparità regionali registratasi nel 2017, ma non nel 2018, rimangono rilevanti sia i differenziali nei livelli di spesa, che quelli nella crescita della stessa a parità di livelli iniziali.

Per incentivare un'ulteriore riduzione delle disparità, un elemento chiave è certamente il criterio di ripartizione delle risorse.

L'assegnazione, nel 2017 e nel 2018, essendo avvenuta in base alle quote di accesso regionale al fabbisogno sanitario nazionale *standard* indistinto, nei fatti ha superato l'approccio "finanziario" implicito nella Legge di Bilancio, che stanziava il Fondo a "concorso" degli acquisti, onere peraltro stimato al netto degli oneri già sostenuti dalle Regioni, e non ai fabbisogni; come argomentato, il criterio effettivamente adottato risulta invece fortemente correlato ai fabbisogni regionali *standard* per le nuove vaccinazioni introdotte; sebbene fra quote di accesso al Fondo secondo l'Intesa e quelle spettanti in base al fabbisogno *standard* per vaccinazioni, rimangono significative differenze, a dimostrazione che il criterio adottato implica rischi distorsivi.

L'analisi svolta suggerisce che, in definitiva, sarebbe auspicabile che l'Intesa per il riparto delle risorse, non solo si fondasse su una attenta ricognizione dei fabbisogni *standard* per le immunizzazioni (peraltro effettuata, pur se con qualche elemento migliorabile, nel processo di programmazione che ha portato all'approvazione degli stanziamenti), ma che preveda anche che l'erogazione sia legata all'effettiva quota di copertura raggiunta.

Infatti, le analisi svolte rilevano (per il 2017) una correlazione positiva fra spesa e coperture (con alcuni *caveat* esplicitati sopra nel testo), ma anche la presenza di alcuni valori "anomali", che meriterebbero maggiori approfondimenti.

In assenza di una "clausola" che colleghi spesa e coperture (che nel caso specifico possono essere assunte come *outcome* del processo), l'attesa è che permanga una notevole variabilità territoriale, con Regioni che percepiscono più di quanto spettante in base agli incrementi di spesa sostenuti, e altre che raggiungono copertura finanziaria della spesa aggiuntiva realizzata, senza un adeguato incentivo al raggiungimento degli obiettivi del PNPV.

Va anche ricordato che le risorse aggiuntive sono state di fatto destinate all'acquisto dei vaccini, mentre non è dato sapere se e quanti fondi siano stati assegnati a livello regionale per la copertura dei costi aggiuntivi delle somministrazioni e, in generale, per tutta l'organizzazione delle campagne vaccinali.

Da ultimo, va rilevato che le vaccinazioni, come in generale la prevenzione, se non dispongono di fondi vincolati rischiamo sempre di essere "sacrificati" per effetto degli obiettivi di equilibrio finanziario.

La logica di prevedere Fondi destinati a specifiche funzioni, come nel caso dei vaccini, sembra dichiaratamente orientata a vincolare l'uso di risorse ritenute aggiuntive, ma tale obiettivo rischia di essere vanificato dai criteri attualmente adottati per il riparto.

Non si può, infine, neppure sottacere che gli oneri per le nuove vaccinazioni si ripresenteranno (al netto dell'evoluzione demografica) anno dopo anno, con l'arrivo di nuove coorti di bambini da immunizzare: non sembra quindi che sia giustificato pensare che l'onere a regime sia riassorbibile nel tempo.

In altri termini, la compiuta implementazione del PNPV richiederà, quindi, un ulteriore sforzo per raffinare il processo di programmazione, con una opportuna revisione dei criteri di finanziamento e, in particolare, da una parte del riparto regionale, che deve essere maggiormente legato al raggiungimento degli obiettivi di copertura, dall'altra incorporando definitivamente l'onere nel finanziamento dei LEA previsti dal SSN.

ENGLISH SUMMARY

Considerations on the funding for the National Vaccination Prevention Plan

The 2017-2019 National Vaccination Prevention Plan (PNPV), adopted at the State-Regions Conference on January 19, 2017 - and included in the Decree of the President of the Council of Ministers of January 12, 2017 updating the Basic Healthcare Levels - is the point of reference for reducing or eliminating the burden of vaccine-preventable infectious diseases.

The 2017-2019 PNVN stems from the 2014-2018 National Prevention Plan (PNP) and the 2015-2020 European Vaccine Action Plan (EVAP), which is in turn the contextualization of the 2011-2020 Global Vaccine Action Plan (GVAP) in the WHO European Region.

Considering the public health priority given to the issue, the PNPV wants to be the point of reference for identifying effective and homogeneous strategies to be implemented throughout the country.

One of the key elements for implementing the PNPV is certainly finding the additional resources that the Plan itself implies: to this end, a government estimate of the additional charges was made, which resulted in an estimate of € 100 million in 2017, € 127 million in 2018 and € 186 million in 2019.

The coverage was provided by the 2017 Budget Law which envisaged a restricted and secured funding to bear the additional costs for the Regions resulting from the Vaccine Plan. This funding is part of the allocation to meet the standard national requirements to which the State contributes. In particular, it is part of the resources for the partial coverage of the costs of the Innovative Medicines Fund, as well as for the Innovative Cancer Medicines Fund, for vaccines and for contributing to reimbursing to Regions the costs resulting from the processes of staff recruitment and stabilization.

As is the case with the Innovative Medicines Funds, it is a funding that wants to be restricted and secured. This condition appears to be particularly relevant in this specific case, since there is the risk that the funding may be sacrificed for budgetary balance reasons, in favour of "more urgent" healthcare services (and, in general terms, this holds true for the whole area of prevention).

With a view to ensuring the achievement of this goal, the planning process and, in particular, the regional allocation rules are of fundamental importance.

Hence the estimate of the standard requirements for additional vaccinations and the process of allocation and use of Funds were analysed.

The conclusions drawn are that, as early as the first year, the effects were significant, and that there was a real trend towards a reduction of regional disparities. That trend, however, was no longer recorded as early as the second year (2018).

As to 2017, for which definitive data is available, the allocation was sufficient, while for 2018 there was a small negative gap.

Nevertheless, significant regional variability was mainly recorded: on the one side, there were Regions that received more than the spending increase (and in one case the funding was even associated with a reduction in spending) and, on the other, Regions where the funding was equal to about one third of the additional spending.

Moreover, some planning aspects linked to the additional funding could certainly be improved.

Indeed, the analyses carried out show that, faced with the general trend towards the reduction of regional disparities, there are still significant differences in both spending levels and in the spending growth at the same initial levels.

With a view to encouraging a further reduction of

disparities, the allocation of resources is a key factor.

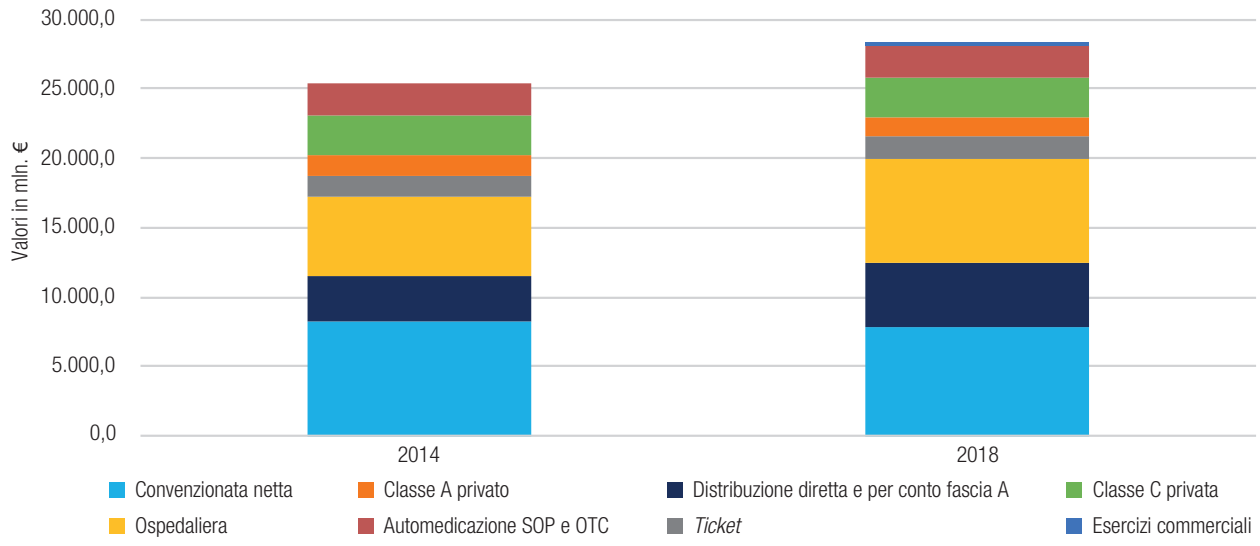
Considering that the 2017 and 2018 allocation was made on the basis of regional quotas for access to the undifferentiated national standard health requirements, it actually exceeded the "financial" approach implicit in the Budget Law, which allocated the Fund to "contribute" to the purchases of new vaccines - a burden estimated net of the charges already incurred by the Regions and not based on requirements. As argued in the study, the criterion actually adopted is instead strongly related to the regional standard requirements for the new vaccinations introduced, although significant differences still remain between the quotas for access to the Fund, pursuant to the Agreement reached at the State/Regions Conference, and those due on the basis of the standard requirements for vaccinations, thus demonstrating that the criterion adopted entails distortion risks.

Ultimately, it would be desirable that the Agreement for the allocation of resources be based not only on a careful assessment of the standard requirements for immunizations (which was also carried out, albeit with some possible improvements, in the planning process that led to the approval of allocations), but also that the disbursement be linked to the actual share of coverage achieved.

The analyses carried out showed a positive correlation between spending and coverage (for 2017), but also the presence of some "anomalous" values, which would deserve a more in-depth analysis.

In the lack of a "clause" linking spending and coverage (which, in the specific case, can be assumed as outcome of the process), we can expect that a considerable territorial variability will remain, with Regions that obtain more than what is due on the basis of the spending increases incurred, and others that achieve the financial coverage of the additional spending made, without an adequate incentive to achieve the PNPV goals.

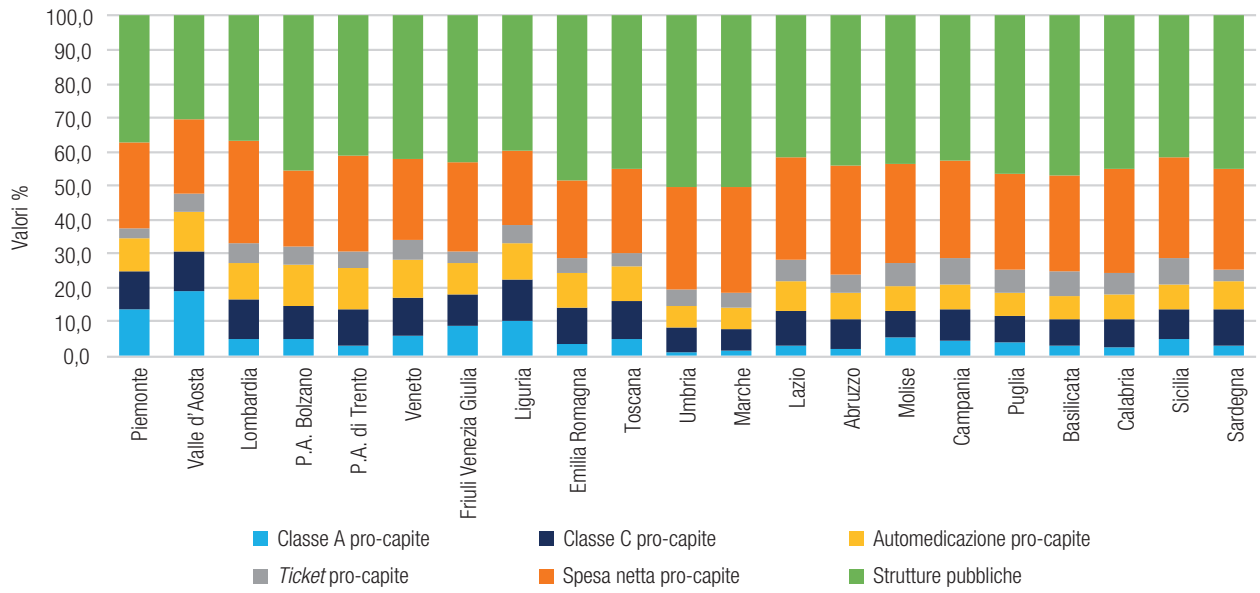
KI 9.1. Composizione della spesa farmaceutica totale



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica effettiva è complessivamente pari a € 29.126 mln. di cui € 19.995 mln. (70,4%) a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il costo effettivo per il SSN è però pari a € 18.891,5 mln. nel 2018 (stimato) e a € 16.860,1 mln. nel 2014, grazie ai *payback* derivanti dallo sforamento del tetto della farmaceutica La spesa pubblica si è incrementata nell'ultimo quadriennio del 3,0% medio annuo, mentre quella privata dello 0,6%. La quota di spesa pubblica rispetto al 2014 è aumentata di 2,6 punti percentuali.

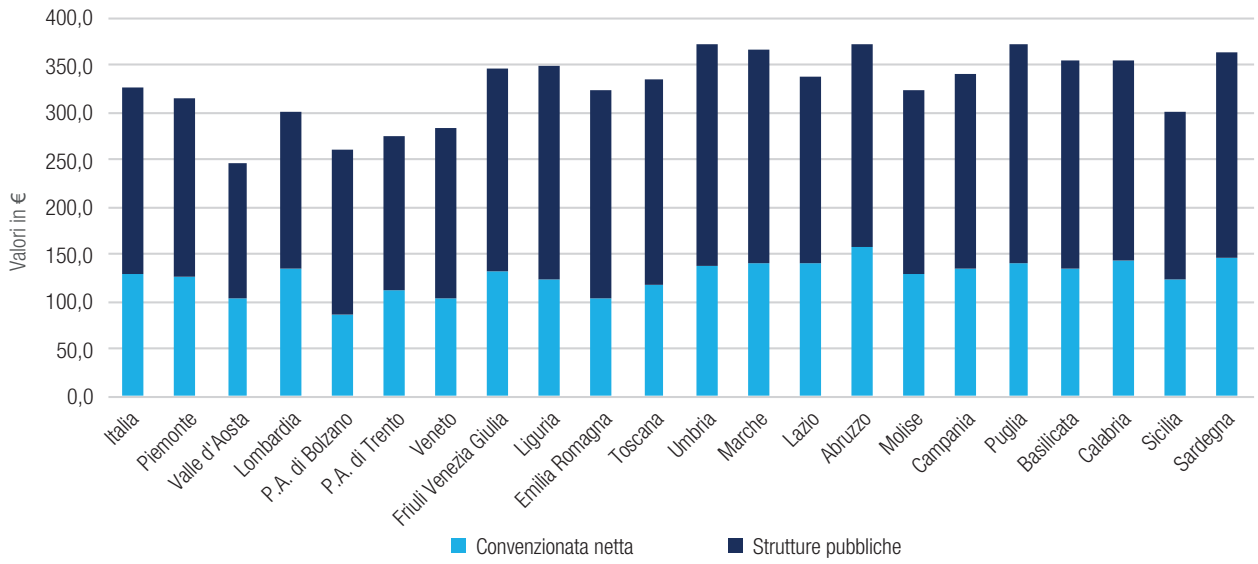
KI 9.2. Composizione della spesa farmaceutica totale. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica delle strutture pubbliche (ospedaliera e distribuzione diretta e per conto) incide per il 41,4%, passando dal 49,3% della Regione Umbria al 29,2% della Valle d'Aosta. Le differenze sono in larga misura imputabili alla distribuzione diretta e per conto. La spesa per i farmaci erogati dalle farmacie in regime di assistenza convenzionata incide per il 27,7%, con un valore massimo del 32,1% dell'Abruzzo e minimo del 22,0% della Valle d'Aosta. L'incidenza delle compartecipazioni è del 5,7%; il massimo si registra in Sicilia con il 7,9%, e il minimo in Piemonte con il 3,2%. La spesa privata incide per circa il 30%, con un valore massimo del 47,5% in Valle d'Aosta e uno minimo del 18,5% nelle Marche. Nello specifico la spesa per i farmaci di Classe C con ricetta è pari al 10,2%, con un massimo del 12,4% in Liguria, e un minimo del 6,1% nelle Marche. Quella della spesa di Classe A privata è pari al 4,8%, con un massimo del 18,6% in Valle d'Aosta e un minimo dell'1,0% in Umbria Quella dell'automedicazione è pari al 9,0%, con un massimo del 12,2% nella P.A. di Trento e un minimo del 6,4% in Umbria.

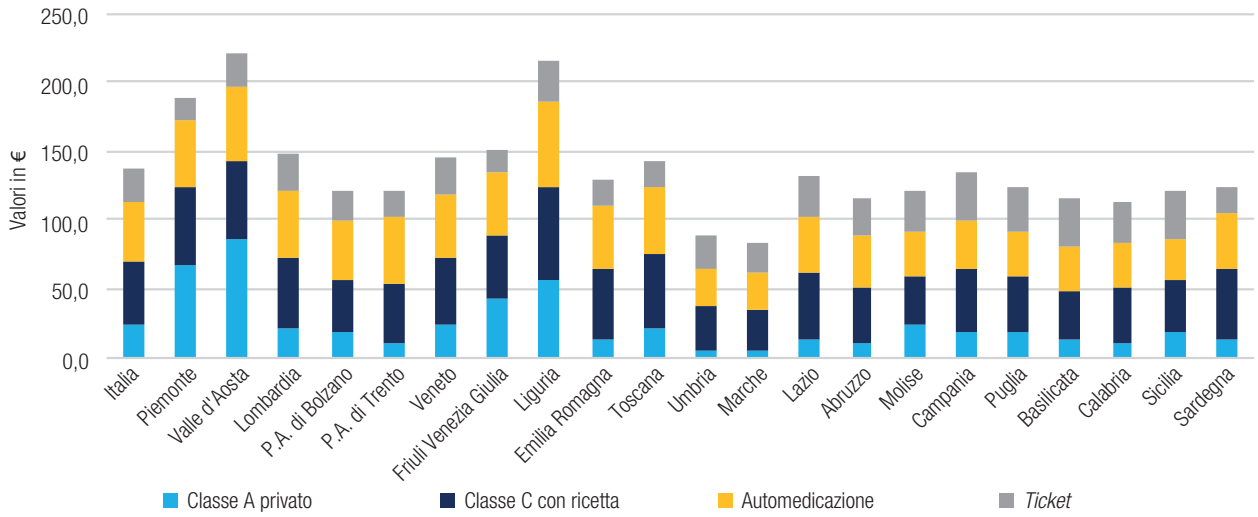
KI 9.3. Spesa farmaceutica pubblica pro-capite. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019 e Monitoraggio della spesa farmaceutica al 31/12/2018- © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica pubblica pro-capite è pari € 326,1, di cui € 128,6 è spesa convenzionata e € 197,4 delle strutture pubbliche (ospedaliera e distribuzione diretta e per conto). La spesa convenzionata assume valori massimi in Abruzzo (€ 157,4) e valori minimi nella P. A. di Bolzano (€ 85,3). La spesa delle strutture pubbliche assume valori massimi in Umbria (€ 234,0) e valori minimi in Valle d'Aosta (€ 142,6).

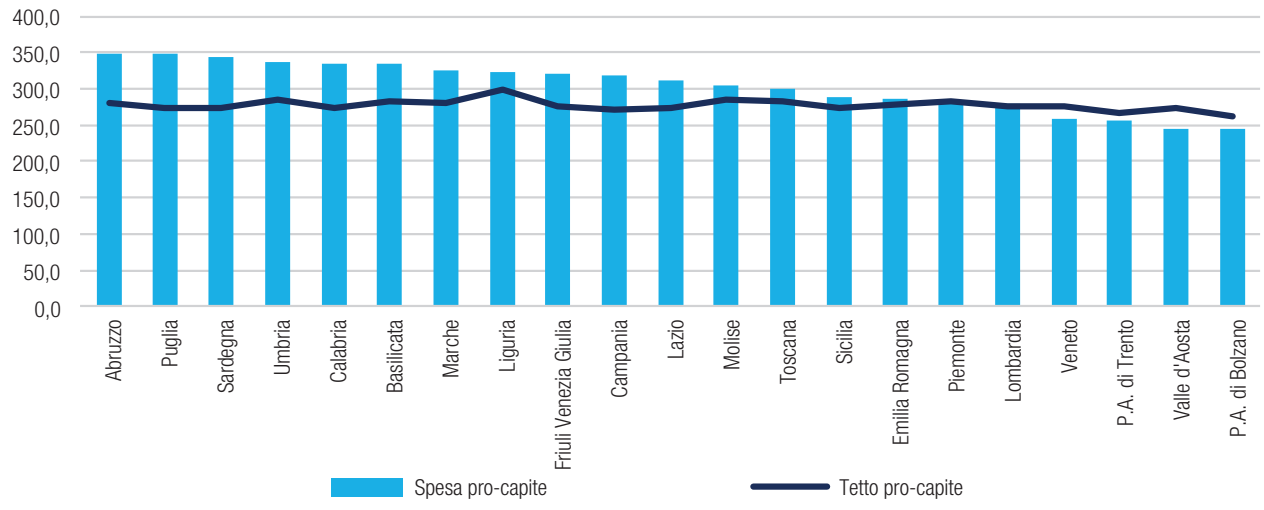
KI 9.4. Spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa farmaceutica pro-capite annua privata risulta di € 138,5. Le compartecipazioni pro-capite dei cittadini alla spesa sono pari a € 26,6 pro-capite annui, con un massimo di € 36,1 in Campania e un minimo di € 16,0 in Piemonte. La spesa pro-capite di Classe A privata è pari ad € 22,5, con un massimo di € 87,2 in Valle d'Aosta e un minimo di € 4,5 in Umbria. La spesa pro-capite per farmaci di Classe C ammonta a € 47,5, con un massimo di € 70,0 in Liguria e un minimo di € 27,4 nelle Marche. La spesa pro-capite per i farmaci di automedicazione (inclusa la spesa degli esercizi commerciali) risulta pari a € 41,9, con un massimo di € 61,0 in Liguria e un minimo di € 29,5 nelle Marche.

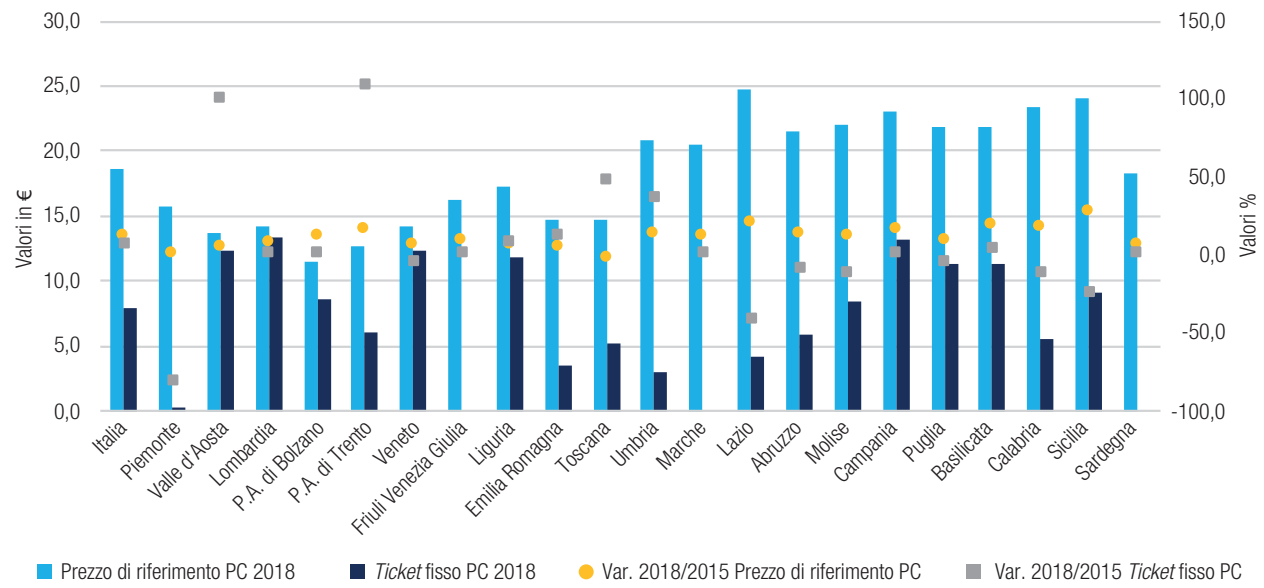
KI 9.5. Spesa farmaceutica e tetto. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati AIFA Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale al 31/12/2018 e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018, lo sforamento complessivo della spesa farmaceutica pubblica rispetto al tetto programmato (pari a livello nazionale al 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale) è pari a € 1,447 mld. (€ 23,9 pro-capite). Valle d'Aosta, Veneto, PP.AA. di Bolzano e Trento rispettano il tetto. I maggiori sforamenti del tetto si registrano in Puglia e Sardegna dove lo sforamento è superiore a € 70 pro-capite.

KI 9.6. Compartecipazione pro-capite (prezzo di riferimento e *ticket* fisso)

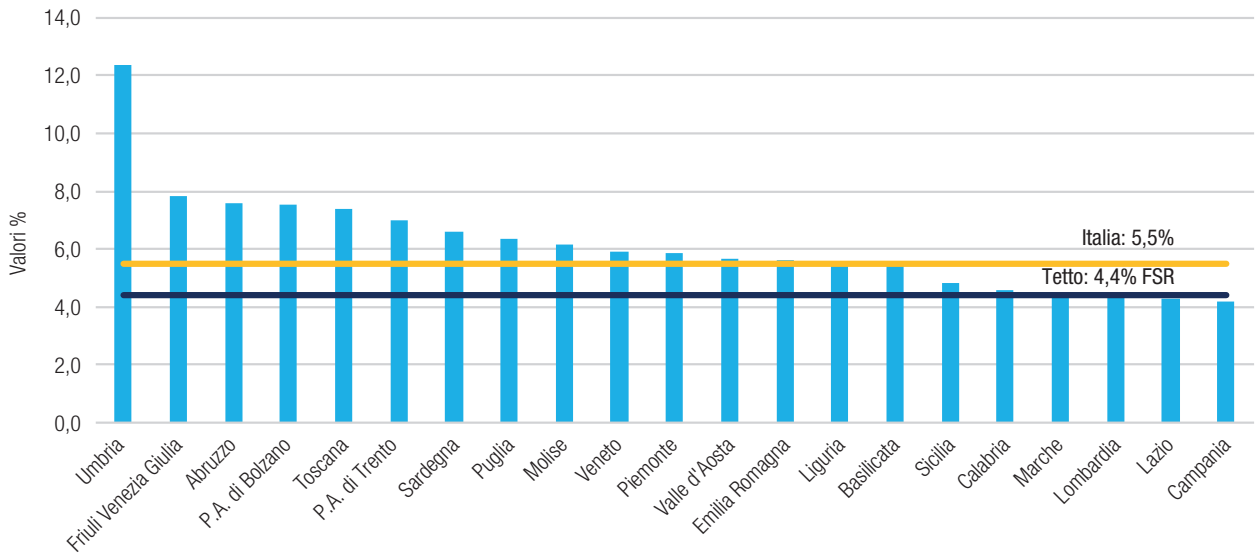


* *Ticket* fisso non presente nel 2015 in Valle d'Aosta. Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna non presente nel 2015 e nel 2018

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

La compartecipazione pro-capite alla spesa farmaceutica (prezzo di riferimento degli equivalenti + ticket fisso) è pari nel 2018 a € 26,6 pro-capite, con un aumento del 6,2% dal 2015 al 2018. L'incremento è imputabile essenzialmente alla quota relativa al differenziale rispetto al prezzo di riferimento (+ 28,7%); di contro la quota pro-capite relativa al ticket fisso ha registrato una riduzione (-6,1%). L'aumento maggiore del ticket relativo al prezzo di riferimento degli equivalenti si registra in Sicilia (+21,9%) e nel Lazio; una riduzione si registra solo in Toscana (- 1,1%). L'aumento maggiore del ticket fisso si registra nella P. A. di Trento (107,7%), la massima riduzione nella Regione Piemonte (-81,8%).

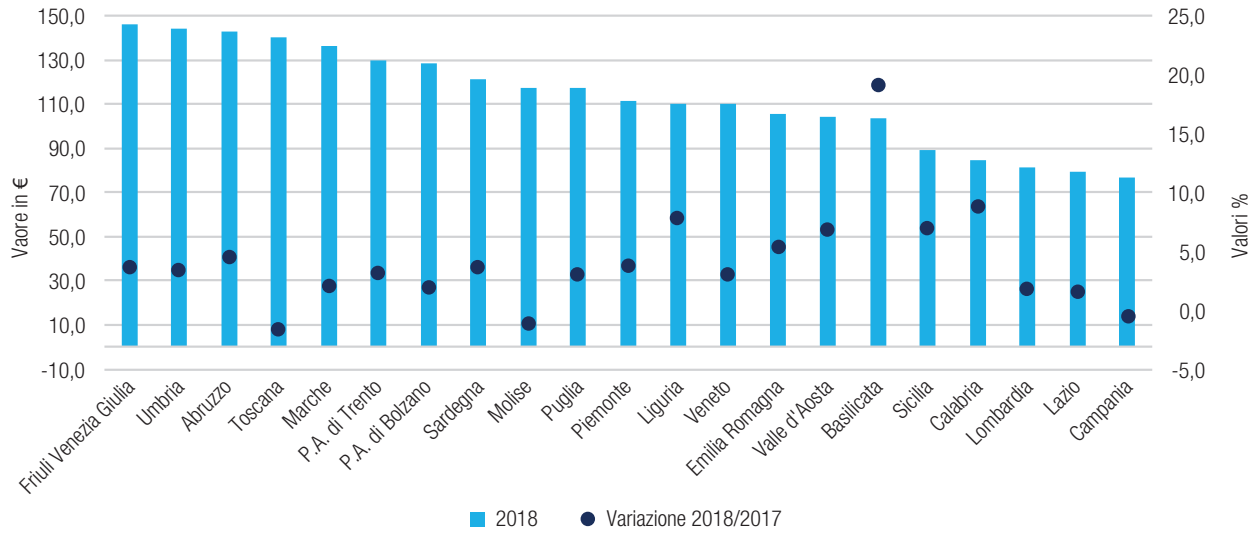
KI 9.7. Quota di spesa per dispositivi medici sul FSR. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa (registrata nei Conti Economici delle Aziende Sanitari) per dispositivi medici è pari al 5,5% del FSN (4,6% nel 2017). A livello regionale solo quattro Regioni rispettano il tetto di spesa, fissato per legge nel 4,4% del FSR (sebbene vada rimarcato che il dato è distorto dalla presenza di strutture private accreditate): Calabria (4,1%), Campania (4,1%), Lazio (4,3%) e Lombardia (4,4%). IL maggiore sforamento si registra in Umbria, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, P. A. di Bolzano e Toscana (12,4%, 7,8%, 7,6%, 7,5% e 7,4% rispettivamente).

KI 9.8. Spesa pro-capite per dispositivi medici



Fonte: elaborazione su Conti Economici Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa pro-capite per dispositivi medici delle strutture pubbliche è pari a € 101,7 (+2,9% rispetto al 2017, in cui era pari a € 98,6). Sebbene vada rimarcato che il dato è distorto dalla presenza di strutture private accreditate, le Regioni con la maggior spesa sono il Friuli Venezia Giulia (€ 145,9, +3,6% rispetto al 2017), Umbria (€ 144,2, + 3,4%), Abruzzo (€ 143,0, +4,5%) e Toscana (€ 140,0 -1,7%). Quelle con la minore spesa sono Campania (€ 76,4, -0,5 rispetto al 2017), Lazio (€ 79,5, +1,5 rispetto al 2017), Lombardia (€ 81,3, +1,7 rispetto al 2017) e Calabria (€ 84,4, +8,7% rispetto al 2017).

Assistenza primaria
Primary Care

10a. I problemi di aderenza alle terapie in campo cardiovascolare

English Summary

10b. I piani terapeutici per i farmaci per il diabete mellito di tipo2, la BPCO e le patologie che richiedono terapia anticoagulante orale: una strategia che non produce solo risparmi

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 10
Assistenza primaria

Non esiste dubbio che il futuro dei Servizi Sanitari sia il potenziamento dell'Assistenza Primaria e che, per raggiungere questo obiettivo è essenziale svilupparne i modelli organizzativi.

Il Capitolo 10 vuole contribuire alla riflessione sui modelli di Assistenza Primaria affrontando due tematiche centrali nella reingegnerizzazione dei processi ma anche nella gestione appropriata delle risorse.

Nella prima parte (Capitolo 10a) viene affrontato il tema dell'aderenza e nello specifico della percezione dei Medici di Medicina Generale relativa ai problemi di non aderenza e ai potenziali strumenti per contrastarla.

Nella seconda parte (Capitolo 10b), si affronta il tema dei piani terapeutici, del costo della loro gestione e del potenziale ruolo dei medici di famiglia.

Primary care

There is no doubt that the future of Health Services lies in strengthening Primary Care. With a view to reaching this goal, it is essential to develop its organizational models.

Chapter 10 is designed to contributing to the analysis of Primary Care models by addressing two central topics in the re-engineering of processes, but also in the appropriate management of resources.

The first part (Chapter 10a) deals with the issue of compliance and specifically with the general practitioners' perception of non-compliance problems and the potential tools to counter them.

In the second part (Chapter 10b), the issues of therapeutic plans, the cost of their management and the potential role to be played by general practitioners are addressed.

CAPITOLO 10a
I problemi di aderenza alle terapie in campo cardiovascolare[1]

Mancusi L.[2], Misericordia P.[3], Polistena B.[4], Spandonaro F.[5]

La consapevolezza che l'inadeguata aderenza ai trattamenti farmaceutici sia una delle principali cause di inefficienza dell'investimento pubblico è ormai condivisa: utilizzare risorse che, se usate in modo inappropriato, non produrranno i livelli di beneficio attesi, è certamente uno spreco, che pone problemi di efficienza, ma anche di equità (quelle risorse potrebbero essere spese in modo "migliore" per altre terapie).

Il problema dell'aderenza ha certamente una eziologia complessa, tanto che, malgrado la consapevolezza dell'importanza del tema, rimangono rare le analisi effettuate sulle determinanti del problema, e tanto meno quelle capaci di indicare soluzioni definitive.

Va anche precisato che, per aderenza ad un trattamento farmacologico, si intende il raggiungimento di due diversi obiettivi: la corretta assunzione, secondo le modalità prescritte e la corretta implementazione del trattamento, (farmaci, tempi, dosi, modalità di assunzione), nonché la persistenza (costanza e continuità nell'assunzione del farmaco o dei farmaci prescritti).

La letteratura è, comunque, concorde nel riconoscere alla aderenza una natura multidimensionale e fortemente comportamentale.

In Italia la problematica dell'aderenza diventa particolarmente significativa, per effetto di una popolazione in progressivo e significativo invecchiamento: la popolazione anziana, infatti, spesso presenta numerose comorbilità e, quindi, schemi di terapia particolarmente complessi, che possono incidere negativamente sulla aderenza. Una conferma proviene dai dati dell'ultimo rapporto Osmed (2018): il 98% degli over 65 ha avuto almeno una prescrizione farmacologica e, per entrambi i generi, come anche in tutte le fasce di età anziane, si registra in media l'assunzione di 6,7 sostanze diverse per utilizzatore; e il numero medio di sostanze assunte cresce all'aumentare dell'età.

Per quanto concerne l'impatto della insufficiente aderenza, esiste invece ampia e condivisa evidenza del fatto che essa aumenti proporzionalmente i costi totali sul sistema sanitario.

A titolo di esempio, in uno studio di ampie dimensioni americano si dimostra che tra lo strato a minor e a maggiore aderenza, la riduzione dei costi totali risulta dell'ordine del 50% nei pazienti affetti da ipertensione, e del 40% nei pazienti affetti da ipercolesterolemia, compensando largamente l'incremento dei costi legati al maggior consumo di farmaci.

In particolare, al crescere dell'aderenza al trattamento farmacologico, si rileva una marcata e statisticamente significativa riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Al fine di promuovere l'aderenza, in letteratura si trovano indicazioni per molteplici strategie di intervento; si possono individuare quattro categorie di approcci:

1. il coinvolgimento attivo e consapevole del paziente nella scelta terapeutica
2. l'utilizzo delle nuove tecnologie disponibili, ad esempio per ricordare al paziente i tempi e le modalità di assunzione del trattamento

[1] Il lavoro è stato reso possibile grazie ad un *grant* incondizionato di Servier Italia
[2] C.R.E.A. Sanità
[3] Centro Studi FIMMG
[4] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
[5] Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

3. l'attivazione di soggetti di prossimità, come il farmacista territoriale o il MMG
4. la semplificazione della terapia mediante l'utilizzo di associazioni e polipillole.

Le evidenze sull'efficacia del secondo e del terzo approccio rimangono comunque deboli; il primo è quello assunto dal NICE in due linee guida; infine per il quarto, la semplificazione della terapia mediante l'utilizzo di polipillole, alcune meta-analisi recenti hanno verificato come essa (in termini di somministrazioni giornaliere) incrementi significativamente l'aderenza al trattamento.

C.R.E.A. Sanità ha, quindi, effettuato una nuova meta-analisi con la finalità di verificare l'efficienza delle polipillole per le MCV in termini di aderenza e persistenza al trattamento, rispetto alla terapia di combinazione di più farmaci.

Complessivamente, si evidenzia la capacità delle strategie terapeutiche basate su formulazioni che combinano al loro interno più principi attivi, di indurre una migliore *compliance* al trattamento.

In particolare, rispetto alla *usual care,* si è evidenziato un incremento del 14,4% dei pazienti aderenti e del 13,4% dei soggetti con aderenza al trattamento superiore all'80% in termini di *Proportion of days covered*.

Anche in termini di persistenza (quota di pazienti che al temine del periodo di osservazione dello studio continuano ad assumere il trattamento) si è evidenziata una migliore *Performance* delle *fixed-dose combination:* in particolare, ne è stato stimato un potenziale incremento di pazienti aderenti del 10,7%.

A seguito di queste prime evidenze, è stata realizzata congiuntamente da C.R.E.A. Sanità e FIMMMG una *survey* ad hoc, rivolta ai medici di medicina generale, dedicata a raccogliere informazioni sulla percezione dei medici rispetto alle criticità connesse alla aderenza alle terapie farmaceutiche e sulle possibili azioni per promuoverla. Alla *survey* hanno partecipato 823 medici di famiglia.

Il tema è ritenuto in generale rilevante dai medici e, in particolare, nel campo respiratorio e cardiovascolare

Dall'analisi condotta emerge come una larga maggioranza degli intervistati ritenga utile la definizione di un *framework* regionale per la promozione dell'aderenza, che definisca le priorità di intervento; allo stesso tempo, si osserva che la percezione dell'utilità dell'approccio scende significativamente fra i medici operanti nelle Regioni che hanno effettivamente stabilito obiettivi espliciti in tal senso.

Il combinato disposto delle due risposte sembra suggerire il rischio di un parziale fallimento delle politiche regionali sinora adottate in tema di aderenza. In altri termini dalla *survey* sembra emergere una non completa soddisfazione dei MMG per le politiche regionali, neppure in quelle Regioni dove l'aderenza ha rappresentato un esplicito obiettivo.

Sul versante delle determinanti della non aderenza, la percezione dei medici è sostanzialmente omogenea, e significativamente diversa da quella riferita dagli stessi come essere, invece, la percezione dei pazienti.

Per i medici, a parte ovviamente i disturbi cognitivi, è la complessità della terapia la principale determinante, seguita dal livello culturale dei pazienti. Questi ultimi, invece, propendono per attribuirne la responsabilità agli effetti avversi, temuti o presunti.

Passando agli aspetti propositivi, come azione prioritaria di intervento per il miglioramento dell'aderenza, al punto della complessità di terapia fa da contraltare l'individuazione della semplificazione della stessa. Segue logicamente l'educazione terapeutica

Non di meno, la maggioranza dei medici (79,7%), specialmente i più giovani, sentono il bisogno di una maggiore formazione/informazione sul tema (presumibilmente da allargare agli infermieri che sono la seconda figura professionale, dopo il medico, fra quelle ritenute "utili" per migliorare l'aderenza).

Nella percezione dei medici (in particolare giovani) anche le tecnologie (in primis la telemedicina) possono avere un ruolo nella promozione dell'aderenza (lo ritiene il 56,6% degli intervistati).

In conclusione, vale la pena di sottolineare come si confermi, anche dal punto di vista dei MMG, tanto la multidimensionalità del problema, quanto l'importanza della semplificazione di terapia fra le politiche per promuovere l'aderenza. Una conferma che, tra l'altro, appare tanto più robusta considerando che, cosa non comune nel contesto sanitario italiano, è largamente condivisa anche da un punto di vista geografico.

ENGLISH SUMMARY

The problems of compliance with cardiovascular therapies

There is now widespread awareness that inadequate compliance with pharmaceutical treatments is one of the main causes of public investment inefficiency. Employing resources that, if used inappropriately, will not produce the expected benefits, is certainly a waste that poses problems of efficiency, but also of equity (since those resources could be "better" spent for other therapies).

The problem of compliance certainly has a complex aetiology, so much so that, despite being aware of the importance of this issue, the analyses carried out on the reasons underlying the problem are still rare, let alone those capable of indicating definitive solutions.

It should also be pointed out that, by compliance to a pharmaceutical treatment, we mean achieving two different goals: the proper taking of drugs, according to the prescription, and the correct administration of the treatment (drugs, timing, dosing, mode of intake), as well as persistence (consistency and continuity in taking the drugs prescribed).

Literature, however, agrees in recognizing that compliance has a multidimensional and strongly behavioural nature.

In Italy, the problem of compliance becomes particularly significant due to the significant ageing of population. The elderly population, in fact, often has many comorbidities and, therefore, has particularly complex therapy schemes, which can negatively affect compliance. This is confirmed by the data of the last Osmed report (2018): 98% of the over-65s had at least one prescription and, for both genders, as well as in all age groups, there was an average intake of 6.7 different drugs per person and the average number of drugs taken increased with age.

As to the impact of insufficient compliance, there is large and shared evidence that it proportionally increases the total costs to be borne by the national health system.

For example, a large US study has demonstrated that between the lowest and the highest compliance groups, the reduction in total costs is around 50% in patients with hypertension and 40% in patients with hypercholesterolemia, thus largely offsetting the increase in costs associated with an increased drug use.

In particular, as compliance with pharmacological treatment increases, there is a marked and statistically significant reduction in the hospitalization rate.

With a view to fostering compliance, indications for multiple intervention strategies can be found in literature. Four types of approach can be identified:

1. *the patients' active and conscious involvement in the treatment choice*
2. *the use of the new technologies available, for example to remind patients of the time and modes of taking treatment*
3. *the activation of subjects of proximity, such as territorial pharmacists or GPs*
4. *the simplification of therapy through the use of combinations of drugs and polypills.*

Evidence on the efficacy of the second and third approach is still weak. The first approach is the one followed by NICE in two guidelines. Finally, as to the fourth approach, i.e. the simplification of therapy through the use of polypills, some recent meta-analyses have verified how and to what extent (in terms of daily administration) it increases compliance with treatment significantly.

C.R.E.A. Sanità has, therefore, carried out a new

meta-analysis with the aim of verifying the efficiency of polypills for cardiovascular diseases in terms of compliance with treatment and persistence, compared to the therapy combining several drugs.

Overall, it has highlighted the ability of therapeutic strategies based on formulations combining several active ingredients to induce better compliance with treatment.

In particular, compared to usual care, there has been a 14.4% increase in patients complying with treatment and a 13.4% increase in patients recording a rate of compliance with treatment over 80% in terms of proportion of days covered.

Also in terms of persistence (i.e. the number of patients who continue to take treatment at the end of the study observation period), a better performance of fixed-dose combinations has been recorded. In particular, a potential 10.7% increase in patients complying with treatment has been estimated.

Following these initial findings, an ad hoc survey has been carried out jointly by C.R.E.A. Sanità and FIMMG (Italian General Practioner Society), targeted to general practitioners, with a view to gathering information on their perceptions of the problematic issues relating to compliance with pharmaceutical therapies, as well as on possible actions to promote it. 823 general practitioners have participated in the survey.

The issue is generally considered relevant by doctors, particularly in the respiratory and cardiovascular fields.

The analysis carried out has shown that a large majority of interviewees deems it useful to define a regional framework for promoting compliance, which sets intervention priorities. At the same time, it has been noted that the perception of the approach usefulness drops significantly among the doctors operating in the Regions that have actually set clear goals in this regard.

The combination of both replies seems to suggest the risk of a partial failure of the regional policies adopted so far in terms of compliance. In other words, the survey seems to indicate that GPs are not fully satisfied with regional policies, not even in the Regions where compliance has been an explicit objective.

In terms of reasons underlying non-compliance, the doctors' perception is substantially homogeneous and significantly different from the one reported by them as being, instead, the perception of patients.

For doctors, apart from cognitive disorders, the main reason is the therapy complexity, followed by the patients' cultural and education level. On the other hand, the latter tend to blame feared or presumed adverse events.

Moving to the proactive aspects, as a priority action for improving compliance, the aspect of therapy complexity is matched and counterbalanced by the identification of means to simplify it. Therapeutic education follows logically.

The majority of doctors (79.7%), especially the youngest ones, feels the need for more training/information on the matter (presumably to be extended to nurses who are the second professional group, after doctors, deemed "useful" to improve compliance).

In the perception of doctors (especially the youngest ones), also technologies (first and foremost telemedicine) can play a role in fostering compliance (56.6% of respondents consider this to be the case).

In conclusion, it is worth underlining that, also in GPs' view, the multidimensionality of the problem and the importance of simplifying therapy are among the policies to promote compliance. This belief is all the more robust considering that it is widely shared also from a geographical viewpoint, which is not common in the Italian health context.

CAPITOLO 10b
I piani terapeutici per i farmaci per il diabete mellito di tipo2, la BPCO e le patologie che richiedono terapia anticoagulante orale: una strategia che non produce solo risparmi

Misericordia P. [1], *Calabrese N.*[2]

Molti farmaci innovativi possono essere prescritti dal medico di famiglia solo sulla base di un piano terapeutico a scadenza redatto dal medico specialista di competenza, appartenente al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Al termine della durata, il piano terapeutico deve essere di norma rinnovato, affinché la prescrizione del farmaco a carico del SSN possa essere continuata.

A tale limitazione sono soggetti non solo farmaci di alta specialità (farmaci biologici, antineoplastici) ma anche molecole destinate alle patologie croniche più frequentemente gestite dai medici di medicina generale (MMG) tra cui il diabete mellito di tipo 2, la BPCO, le patologie che richiedono terapia anticoagulante.

Questa normativa è ispirata alla "massimizzazione" dell'appropriatezza prescrittiva, ma trova le sue effettive motivazioni in un tentativo di contenere la prescrizione di farmaci a costo più elevato, limitandone, sostanzialmente, l'accessibilità.

Le conseguenze finali di questa impostazione regolatoria sono, di fatto, quelle di ridurre la quota di pazienti che si giovano nelle migliori terapie e di limitare la capacità prescrittiva dei MMG, marginalizzandoli rispetto alla efficace gestione di patologie per le quali dovrebbero essere chiamati invece a svolgere un ruolo di protagonisti. Altri effetti potenzialmente negativi di tale politica derivano dall'esposizione dei pazienti che, per più motivi, non sono in condizioni di accedere a livello specialistico, a terapie spesso obsolete (sicuramente non le migliori); e dei medici di famiglia a un progressivo e crescente screditamento agli occhi del paziente da parte dello stesso SSN in cui operano. Questi danni, tuttavia, non appaiono di semplice quantificazione.

Più praticabile sembra essere una stima dei costi "vivi" indotti dalla presenza di queste regole: costi inerenti sia al personale medico dedicato alla redazione/rinnovo del piano terapeutico, che a costi indiretti legati alle giornate di lavoro perse dal paziente e dal *caregiver* per recarsi o per accompagnare un parente a visita specialistica "evitabile", ad eseguire diagnostica "evitabile" (ad esempio INR) come anche i costi sociali dovuti ad accessi a visite specialistiche "evitabili" di pazienti anziani, spesso non autonomi negli spostamenti o addirittura nella deambulazione.

Con tali premesse il Centro Studi della FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) ha condotto una *survey* a cui hanno partecipato 1.130 MMG (per un totale di 1.624.036 assistiti) il cui obiettivo è stato quello di indagare, al 30.4.2019, sulla prevalenza dei piani terapeutici per la prescrizione di "incretine" (DPP4 inibitori, SGLT-2 inibitori, GLP-1), NAO (Rivaroxaban, Edoxaban, Dabigatran, Apixaban), broncodilatatori (Indacaterolo + Glicopirronio, Olacaterolo + Tiotropio, Vilanterolo + Umeclidinio, Formoterolo + Aclidinio) (Tabella 10b.1.).

La prevalenza rilevata di oltre 47 mila di piani terapeutici attivi in questo campione di assistiti, è stata proiettata sull'intera popolazione italiana con più di 14 anni, stimando in questo modo la presenza di 1,5 milioni di piani terapeutici potenzialmente attivi al momento in Italia.

Poiché è del tutto evidente che l'attività di rinnovo dei piani terapeutici richiede disponibilità ed impe-

[1] Centro studi FIMMG
[2] Vicesegretario Nazionale FIMMG

gno da parte dei medici specialisti, calcolando un tempo medio di 15 minuti per tale procedura (anche tenendo conto della necessità di svolgerla *online*) si è proceduto alla determinazione del carico di lavoro richiesto per il rinnovo annuale dei piani terapeutici attivati, individuando il costo che da tale carico deriva (Tabella 10b.2.). La stima che ne deriva è da considerarsi inferiore al carico reale in quanto, per molti dei farmaci analizzati, la durata del piano terapeutico è in realtà inferiore ai 12 mesi e, pertanto, i rinnovi sono più frequenti.

Un'altra modalità di calcolo per il suddetto costo può tener conto della tariffa di € 20,66 della visita specialistica "generale": in questo caso il costo per il rinnovo annuale dei 1.526.710 piani terapeutici si attesterebbe su € 31,5 mln.

Vanno poi valutati i costi diretti non sanitari che comprendono, tra gli altri, quelli legati agli spostamenti dei pazienti verso lo studio del medico specialista (presumibilmente più lontano rispetto allo studio del MMG) per poter rinnovare il piano terapeutico (Tabella 10b.3.).

C'è poi da considerare il costo attribuibile alle perdite di produttività sia dei pazienti (stimando che circa un quarto di questi soggetti siano ancora attivi) che dei *caregivers* nei frequenti casi in cui il paziente necessita di essere accompagnato (Tabelle 10b.4 e 10b.5.).

Tabella 10b.1. Piani terapeutici attivi per farmaci a prescrivibilità SSN vincolata a Piano Terapeutico specialistico

Piano terapeutico per classi di farmaci	N. su popolazione campione	% su pop. assistita	Proiezione su pop. italiana
Incretine	24.225	1,49	775.660
NAO	21.856	1,35	699828
Broncodilatatori	1.699	0,10	51232
Totale	47.681	2,93	1.526.710

Fonte: Centro studi FIMMG

Tabella 10b.2. Piani terapeutici attivi per farmaci a prescrivibilità SSN vincolata a Piano Terapeutico specialistico

N. piani terapeutici	Tempo necessario rinnovo piano (minuti)	Ore lavoro richieste	N. medici specialisti dedicati a tempo pieno per rinnovo PT*	Costo retribuzione Medici Specialistici ** (€)
1.526.710	15	381.680	235	17.654.024

*Su contratti a 34,5 ore settimanali (38 h-3,5h per formazione) per 47 settimane

**Calcolato su costo medio al lordo degli oneri previdenziali di € 75.000/anno

Fonte: Centro studi FIMMG

Tabella 10b.3. Stima di costi diretti non sanitari (costi di spostamento)

N. piani terapeutici	Costo Km (€)	Minori Km percorsi in media	Costo rinnovi (€)
1.526.710	0,3	10*	4.580.130

*Si ipotizza che la maggiore prossimità degli studi dei MMG possa far risparmiare in media 10 Km di spostamento per visita

Fonte: Centro studi FIMMG

Tabella 10b.4. Stima di costi attribuibili alle perdite di produttività dei pazienti

N. piani terapeutici	Ore perse	% attivi (*under* 65)	Valore orario perdite di produttività (€)	Costo rinnovi (€)
1.526.710	1	25,3*	16,9	6.537.789

Fonte: Centro studi FIMMG

Tabella 10b.5. Stima di costi attribuibili alle perdite di produttività dei *caregivers*

N. piani terapeutici	Ore impegnate per visita	Pazienti accompagnati (%)	Riduzione accompagnati (%)	Valore orario perdite di produttività (€)	Costo rinnovi (€)
1.526.710	4	70	20*	16,9	28.940.315

*Si ipotizza che la prossimità dello studio dei MMG possa far ridurre del 20% i pazienti accompagnati

Fonte: Centro studi FIMMG

Tabella 10b.6. Stima dei costi complessivi

N. piani terapeutici	Costi specialisti € mln.	Diretti non sanitari € mln.	Costi indiretti € mln.	Totale costo rinnovi € mln.
1.526.710	17,7-31,5	4,6	36,5	58,8-72,6

Fonte: Centro studi FIMMG

Sommando tutti i costi emersi in questa analisi, risulta:

- costi degli specialisti chiamati a redigere i piani terapeutici € 17,7 - 31,5 mln.
- costi di spostamento € 4,5 mln.
- costi legati alla perdita di produttività dei pazienti € 6,5 mln.
- costi attribuibili alla perdita di produttività dei *caregivers* € 29 mln.

si stima, quindi, un costo che oscilla tra € 58,8 e € 72,6 mln. interpretabile come costo indotto dalla norma sui piani terapeutici per farmaci destinati alla cura del diabete mellito di tipo 2, alla BPCO, e alle patologie che richiedono terapia anticoagulante orale (Tabella 10b.6.).

È opportuno ricordare ancora che l'analisi suddetta non tiene conto di altri aspetti: le conseguenze per i pazienti che per più motivi sono esclusi dall'accesso alle migliori terapie, l'allungamento delle liste d'attesa impegnate da appuntamenti destinati alle procedure di attivazione/rinnovo dei piani terapeutici, il danno per la professionalità del medico di famiglia escluso da importanti prerogative prescrittive, con lo screditamento della sua figura nei confronti del paziente.

La prospettiva di attribuire ruoli centrali al MMG nella presa in carico delle patologie croniche, come riportato tra l'altro nel Piano Nazionale della Cronicità, è poco compatibile con un MMG depotenziato nelle sue possibilità prescrittive e quindi assistenziali.

L'assistenza al paziente diabetico, che viene spesso considerata un paradigma nelle esperienze di gestione integrata del cronico, deve adesso scontare l'impossibilità per il medico di famiglia di prescrivere farmaci quasi sempre di prima scelta per la cura della malattia.

La normativa sui piani terapeutici, in altre parole, rischia di rendere, nei fatti, non praticabile l'efficace presa in carico di molti pazienti cronici da parte del medico di famiglia.

I dati riportati in questa analisi dimostrano, d'altra parte, che il teorico risparmio che può derivare da un contenimento dell'accessibilità a queste tipologie di farmaci, debba essere riconsiderato alla luce degli elevati costi indotti dall'applicazione delle procedure per l'attivazione e il rinnovo degli piani terapeutici richiesti.

ENGLISH SUMMARY

The therapeutic plans relating to the drugs for type 2 diabetes mellitus, COPD and the diseases requiring oral anticoagulant therapy: a strategy that does not only produce savings

In Italy, many innovative drugs can be prescribed by general practitioners only on the basis of a time-limited treatment plan drawn up by the competent specialist belonging to the National Health Service (NHS). Once expired, the treatment plan must normally be renewed, so that the prescription of the drug can be continued and the cost be borne by the NHS.

This applies not only to high-specialty drugs (biological drugs, antineoplastic drugs), but also to the drugs intended for some of the chronic diseases most frequently managed by general practitioners (GPs), including type 2 diabetes mellitus, COPD and the diseases requiring anticoagulant therapy.

This legislation is inspired by the "maximization" of prescription appropriateness, but it is also motivated by an attempt to curb the prescription of high-cost drugs.

The final consequences of this regulatory approach are, in fact, a limit to the GPs' prescription ability, with the risk of marginalization in the effective management of diseases for which they should instead be called upon to play a leading role.

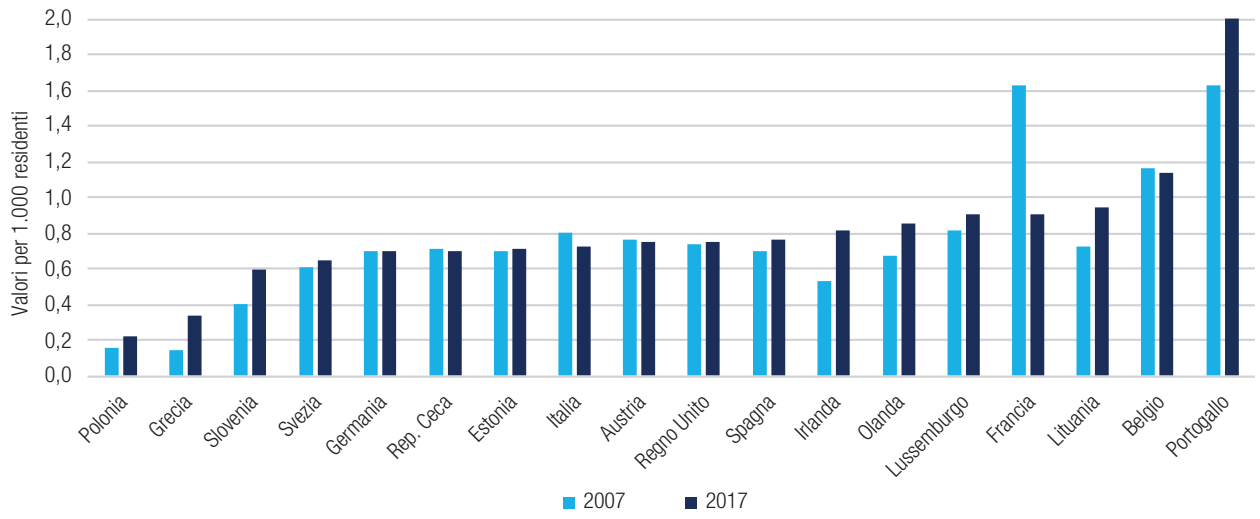
Furthermore, there are costs resulting from the time required for the drawing up/renewal of the treatment plan, as well as indirect costs relating to the working days lost by the patient and the caregiver to go to or to accompany a relative to a specialist visit.

The estimate made shows that these costs are considerable:

- *costs for specialists called upon to draw up treatment plans: € 17.7 - 31.5 million*
- *travel costs: € 4.5 million*
- *costs relating to patients' loss of productivity: €6.5 million*
- *costs attributable to caregivers' loss of productivity: € 29 million.*

Hence a cost ranging between € 58.8 and 72.6 million per year is estimated only for managing the renewals of therapeutic plans for drugs intended for treating type 2 diabetes mellitus, COPD and the diseases that require oral anticoagulant therapy.

KI 10.1. Medici di famiglia per residente. Confronti internazionali

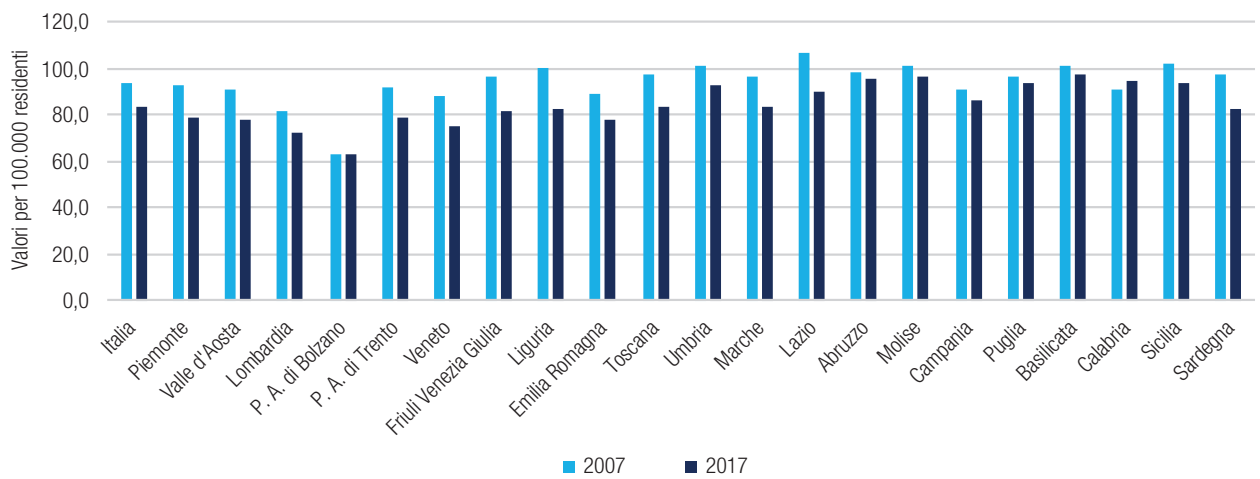


Per i dati mancanti, è stato considerato l'anno più vicino disponibile

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, giugno 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In termini di densità di *general practitioners*, secondo l'OECD, l'Italia (con 0,7 medici per 1.000 residenti, in leggero calo rispetto al 2007 quando erano 0,8).si posiziona nella parte "medio-bassa" della casistica; in testa è il Portogallo 2,4 medici per 1.000 abitanti, seguita da Belgio con 1,1 e Lituania con 0,9. All'altro estremo troviamo la Polonia con 0,2 medici per 1.000 abitanti, seguita da Grecia, Slovenia.

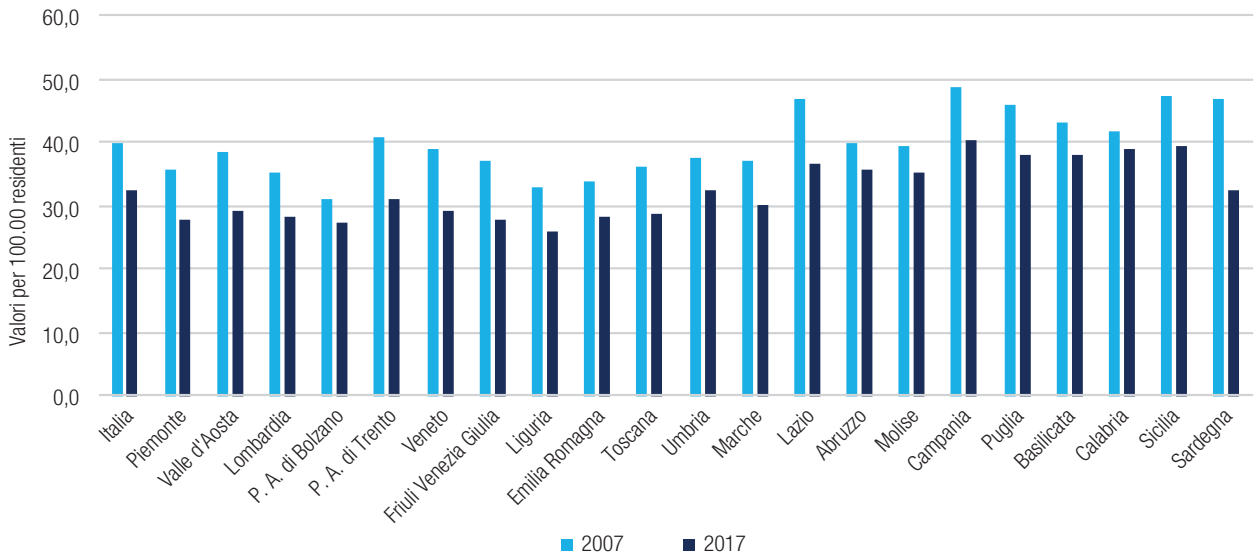
KI 10.2. Medici di famiglia per residente *over* 15



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2017) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 in Italia si contano 43.371 medici di medicina generale (MMG), pari a 83,4 per 100.000 abitanti di età 15anni e più, in diminuzione rispetto al 2007 (-10,7%, erano 46.691, ovvero il 93,4 per 100.000 abitanti di 15 anni e più). La Basilicata ad un estremo ha 97,2 MMG per 100.000 abitanti di 15 e più anni; all'altro la P.A. di Bolzano ne ha 63.2. La diminuzione si registra in tutte le Regioni (ad eccezione della Calabria).

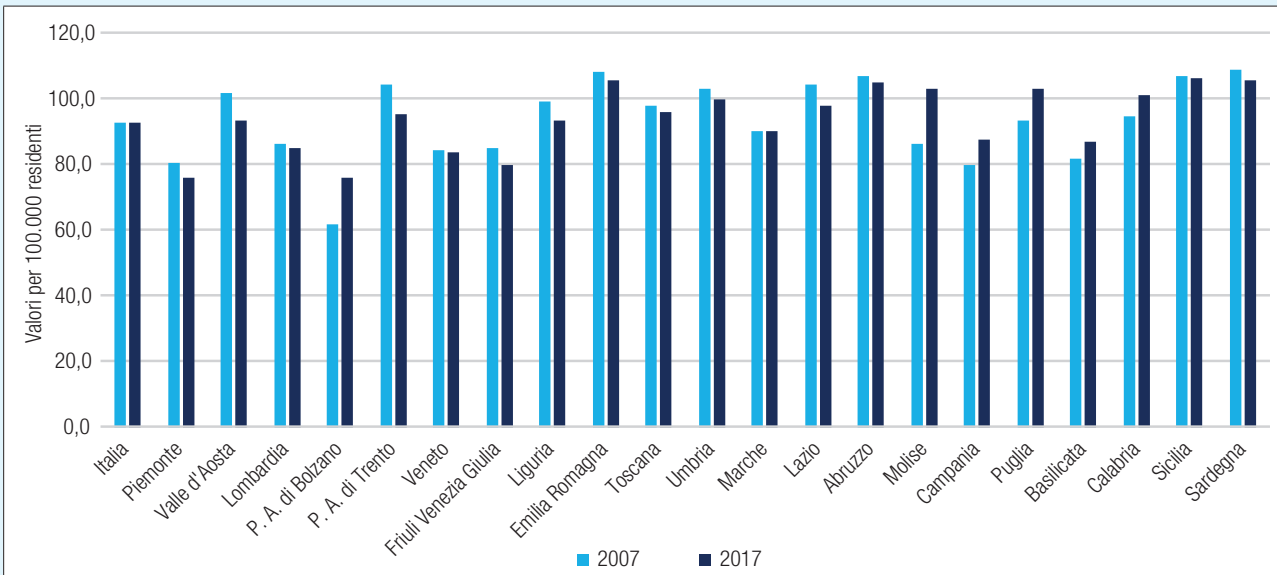
KI 10.3. Medici di famiglia per residente *over* 65



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2017) - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 in Italia si contano 43.371 medici di medicina generale (MMG), pari a 32,3 per 10.000 abitanti di età 65 anni e più, in diminuzione rispetto al 2007 (-19,2%, erano 46.691, ovvero 40,0 per 10.000 abitanti di 65 anni e più). La Campania ad un estremo ha 40,4 MMG per 10.000 abitanti di 65 e più anni; all'altro la Liguria ne ha 25,9. La diminuzione si registra in tutte le Regioni: la Sardegna registra la riduzione più alta nel periodo considerato (-30,8%), la Calabria quella più bassa (-6,5%).

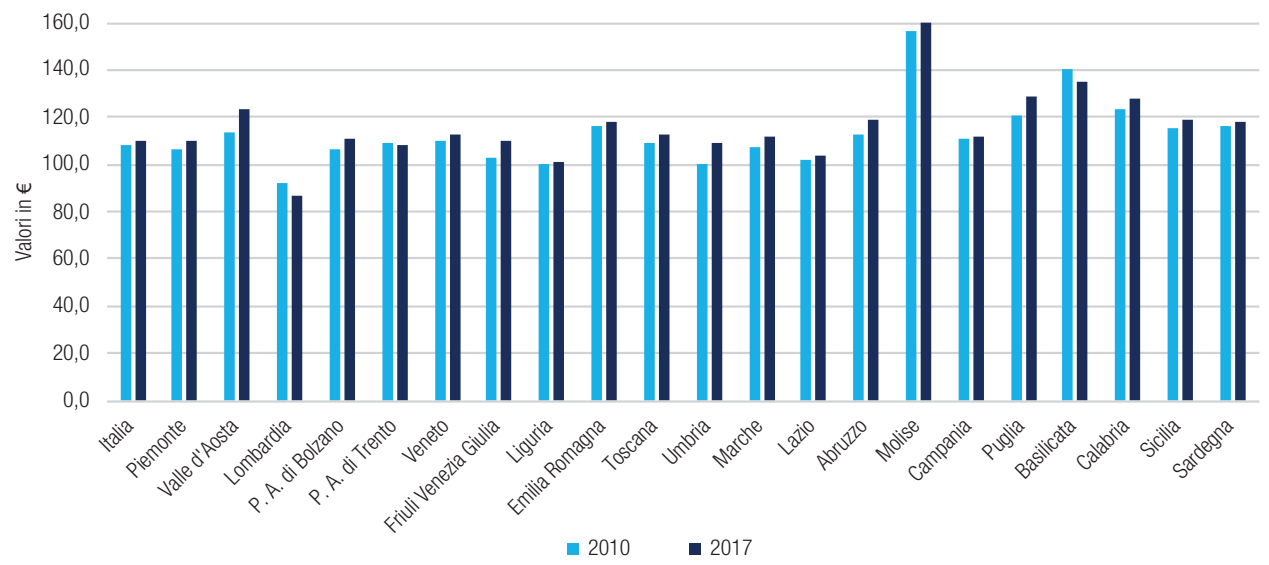
KI 10.4. Pediatri di libera scelta per residente *under* 15



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2017) - © C.R.E.A. Sanità

I pediatri di libera scelta (PLS), nel 2017, in Italia sono 7.590, pari a 92,8 per 100.000 residenti di età inferiore a 15 anni. Rispetto al 2007, si registra un incremento pari al +0,2 punti percentuali. Ad un estremo la Sicilia ha 105,8 PLS per 100.000 abitanti di età inferiore a 15 anni; all'altro in Piemonte sono 75,6. Le Regioni che registrano un incremento tra il 2007 e il 2017 sono 8, con il valore massimo nella P. A. di Bolzano (+22,7%).

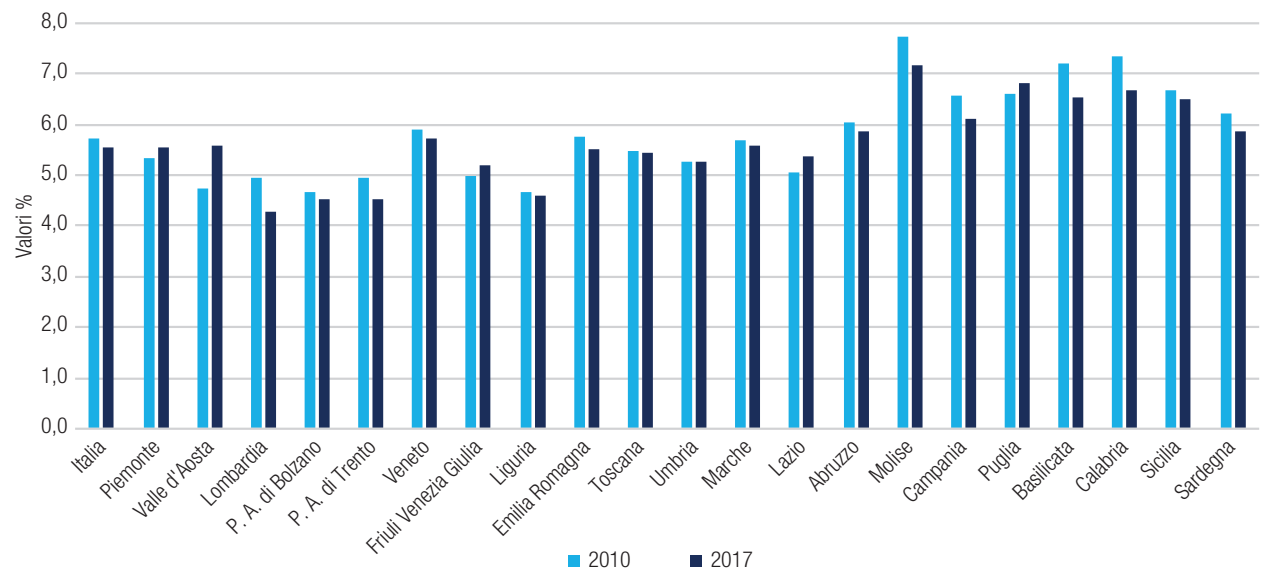
KI 10.5. Spesa pro-capite per medicina di base



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute (Conti Economici) e Istat - © C.R.E.A. Sanità

Per i medici di base, pediatri di libera scelta, guardia medica e consultori familiari, il SSN, nel 2017, spende € 110,0 per residente, +1,5% rispetto al 2010 (€ 108,4). In Lombardia la spesa pro-capite è di € 87,1 (in calo rispetto ai € 92,3 del 2010). All'altro estremo in Molise si spendono € 164,0 (in aumento rispetto ai € 156,1 del 2010. Tra il 2010 e il 2017, registrano una variazione negativa 3 Regioni: oltre la Lombardia, la P. A. di Trento e la Basilicata.

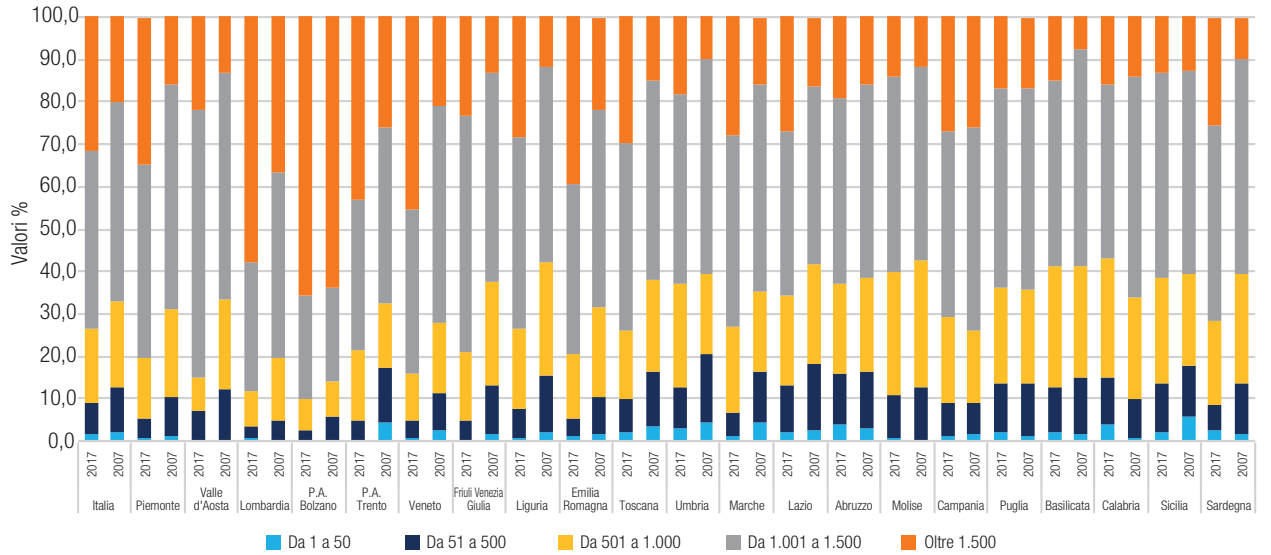
KI 10.6. Incidenza della spesa per medicina di base



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

La spesa per i medici di base, pediatri di libera scelta, guardia medica e consultori familiari incide il 5,5% della spesa totale, valore in leggera diminuzione (-0,2 punti percentuali) rispetto al 2010, quando era pari al 5,7%. L'incidenza è più alta nelle Regioni meridionali, con il valore massimo (7,2%) nel Molise; il valore minimo si registra, con il 4,3%, in Lombardia.

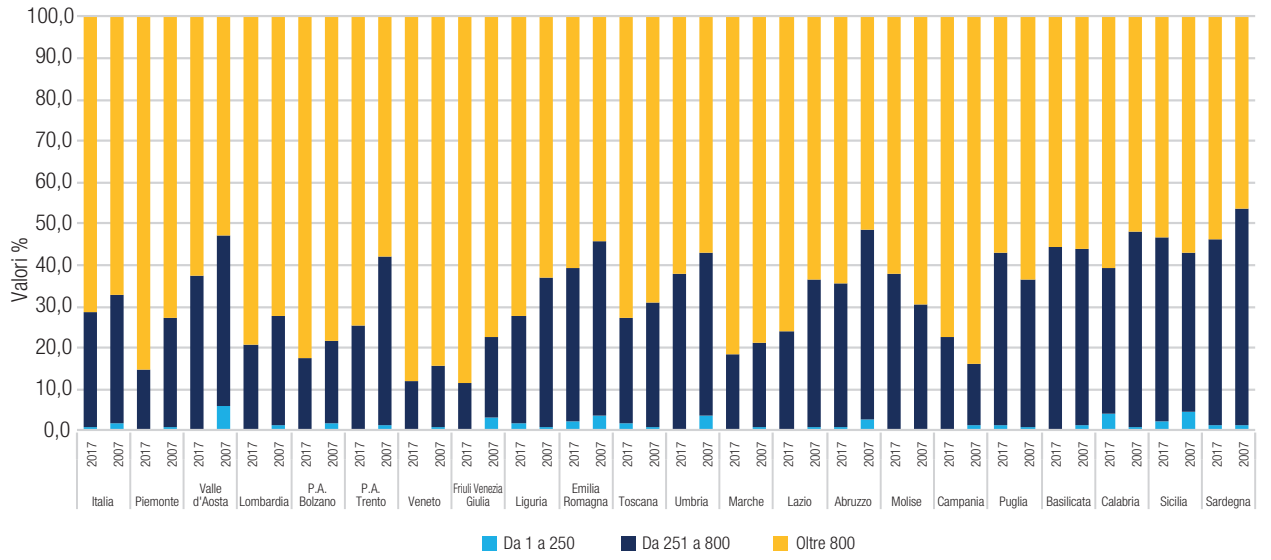
KI 10.7. Medici di Medicina Generale per classi di scelta. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2017) - © C.R.E.A. Sanità

Il 41,7% dei Medici di Medicina Generale (MMG) ha un carico medio di assistiti compreso tra 1.001 e 1.500 assistiti; quota ridottasi nell'ultimo decennio (47,2% nel 2007). Cresce invece la quota dei medici "massimalisti" (con oltre 1.500 assistiti): nel 2017 è pari al 31,6%, contro il 20,0% nel 2007. Il fenomeno è comune a tutte le Regioni. A livello regionale, ad un estremo, la quota di massimalisti è del 65,6% nella P. A. di Bolzano, all'altro è del 13,3% in Sicilia.

KI 10.8. Pediatri di Libera Scelta per classi di scelta. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN 2017) - © C.R.E.A. Sanità

Il 71,3% dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) nel 2017 ha un carico medio di assistiti superiore a 800 (massimale), La quota è in crescita nell'ultimo decennio: erano il 67,0% nel 2007. Le uniche Regioni che non registrano un aumento sono Molise, Puglia, Campania, Sicilia e Basilicata. A livello regionale, ad un estremo, la quota di pediatri massimalisti è del 88,3% in Friuli Venezia Giulia, mentre all'altro troviamo la Sardegna con il 46,3%,

Capitolo 11

Assistenza domiciliare

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 11
Assistenza domiciliare

d'Angela D.[1]

11.1. Introduzione

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è tra le funzioni di cui si fanno carico i distretti socio-sanitari, con risorse specificatamente destinate (Decreto del Presidente del Consiglio dei MInistri del 29/11/2001).

Il Decreto Legislativo (D.L.) n. 502/1992 prevede che le prestazioni socio-sanitarie, erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, possano essere oggetto di fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei Livelli uniformi ed Essenziali di Assistenza (LEA).

Da un punto di vista assistenziale l'ADI è considerata una delle forme assistenziali alternative al ricovero da privilegiare, in quanto rispondente ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione, ed essendo anche in grado di assicurare la riduzione degli sprechi derivanti dalle ospedalizzazioni evitabili.

La possibilità di erogare prestazioni specialistiche al paziente presso il proprio domicilio era già prevista nell'art. 25 della Legge (L.) n. 833/78, ma a quarant'anni di distanza, nonostante la copiosa normativa finalizzata ad incentivarne l'utilizzo (Piani Sanitari Nazionali 2001/2003, 2003/2005 e 2006/2008, etc.), e sebbene ci siano stati importanti miglioramenti in termini di ricorso, il suo livello in Italia è ancora decisamente basso.

Anche il Patto per la Salute 2014/2016 prevede il rafforzamento dell'ADI in vari contesti:

- umanizzazione delle cure (art.4): le Regioni si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza
- assistenza territoriale (art. 5): i nuovi modelli multi-professionali e interdisciplinari (Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP, e Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT), richiedono alle Regioni di provvedere a definire per le persone in condizione di stato vegetativo e di minima coscienza, soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali unità di accoglienza permanente
- assistenza socio-sanitaria (art. 6): migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari si possono così riassumere:

- fornire assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio, al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale
- garantire la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure
- fornire supporto alla famiglia
- promuovere il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione
- migliorare la qualità di vita anche nella fase terminale.

L'ADI si articola in quattro differenti livelli di intensità assistenziale, la quale viene misurata in termini di Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA). Il CIA

[1] C.R.E.A. Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico dell'assistito. Il valore del CIA può andare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana); tanto più vicino ad 1 è il CIA tanto maggiore è l'intensità assistenziale di cui il paziente necessita. Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, anche a carattere episodico, di solito non facenti fattivamente parte dell'ADI, in quanto non richiesta normalmente un'integrazione socio-sanitaria. Gli altri tre livelli (CIA rispettivamente compreso tra 0,14 e 0,30 - I livello, tra 0,31 e 0,50 - II livello, > 0,50 - III Livello) riguardano esplicitamente cure domiciliari integrate di intensità assistenziale crescente. In questo caso i servizi sanitari al paziente si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia.

Nel presente capitolo, oltre a fornire un aggiornamento del ricorso all'assistenza domiciliare a livello internazionale e nazionale, viene effettuato un focus sugli anziani (*over* 65 e *over* 75) in termini di ricorso a tale forma assistenziale, anche in seguito a dimissione ospedaliera; inoltre è stata messa in relazione con l'offerta di posti letto in strutture intermedie (residenze, semiresidenze e lungodegenza), al fine di valutare se il ricorso all'assistenza domiciliare è una scelta ex ante, eventualmente associata a percorsi integrati con l'ospedale, o dovuta ad una carenza di soluzioni di ricovero alternative.

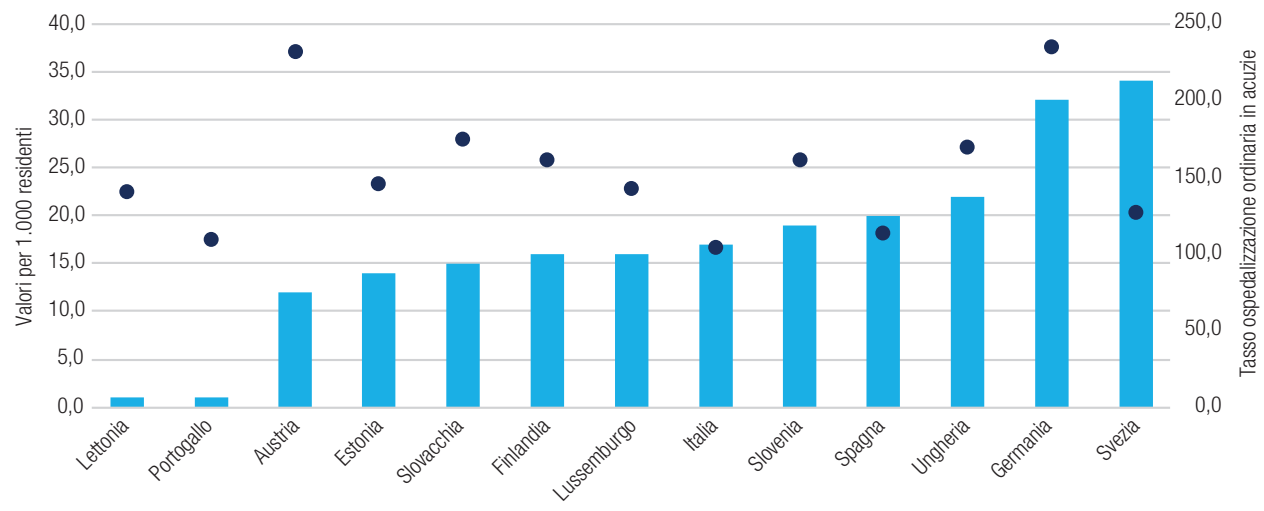
In particolare, per le analisi relative all'ospedalizzazione ci si è avvalsi della banda dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute relative all'anno 2017.

11.2. Confronti internazionali

In ambito internazionale, il maggior ricorso all'assistenza domiciliare, in termini di numero di utenti in carico in rapporto alla popolazione (indicatore che purtroppo non tiene conto dell'intensità assistenziale), si osserva in Svezia con 34,0 utenti ogni 10.000 residenti, quello minimo in Lettonia con 1,0 utente ogni 10.000 residenti.

Dal confronto a livello internazionale (Figura 11.1.) emerge che, nel 2017 (ultimo anno disponibile), in Italia 17,0 utenti ogni 10.000 residenti (1,4 in più rispetto al 2016) hanno ricevuto assistenza domiciliare: livello simile a quello riscontrato in Finlandia e Lussemburgo (16,0), sebbene molto inferiore a quello di altri Paesi, oltre la Svezia, la Germania (32,0) e l'Ungheria (22,0).

Figura 11.1. Persone in assistenza domiciliare e tasso di ospedalizzazione. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati OECD, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Prendendo in analisi il ricorso all'ospedalizzazione ordinaria in acuzie di questi Paesi, si osserva che, ad eccezione di Ungheria e Germania, che oltre ad un numero elevato di persone in ADI sono associati anche alti tassi di ospedalizzazione (168,8 e 234,6 ricoveri ogni 100.000 ab. rispettivamente), il maggior ricorso all'ADI è associato ad un minor ricorso all'ospedalizzazione.

Spostando l'analisi sulle persone *over* 65 in assistenza domiciliare, il ricorso massimo si osserva in Svizzera, pari a 167,0 anziani ogni 10.000 residenti *over* 65 e quello minimo in Portogallo con 6,0 ogni 10.000 residenti *over* 65.

In Italia sono in carico all'assistenza domiciliare 63,0 persone *over* 65 ogni 10.000 residenti, ricorso peraltro raddoppiato nell'ultimo decennio (33,0).

Si osserva come, nel decennio 2007-2017, il maggior incremento di tale forma assistenziale si è registrato in Paesi, quali Spagna e Italia, che ne registravano nel 2007 il più basso livello di ricorso (inferiore a 38 anziani ogni 10.000 *over* 65): essi sono passati rispettivamente da 38,0 a 78,0 e da 33,0 a 63,0 (ogni 10.000 residenti *over* 65).

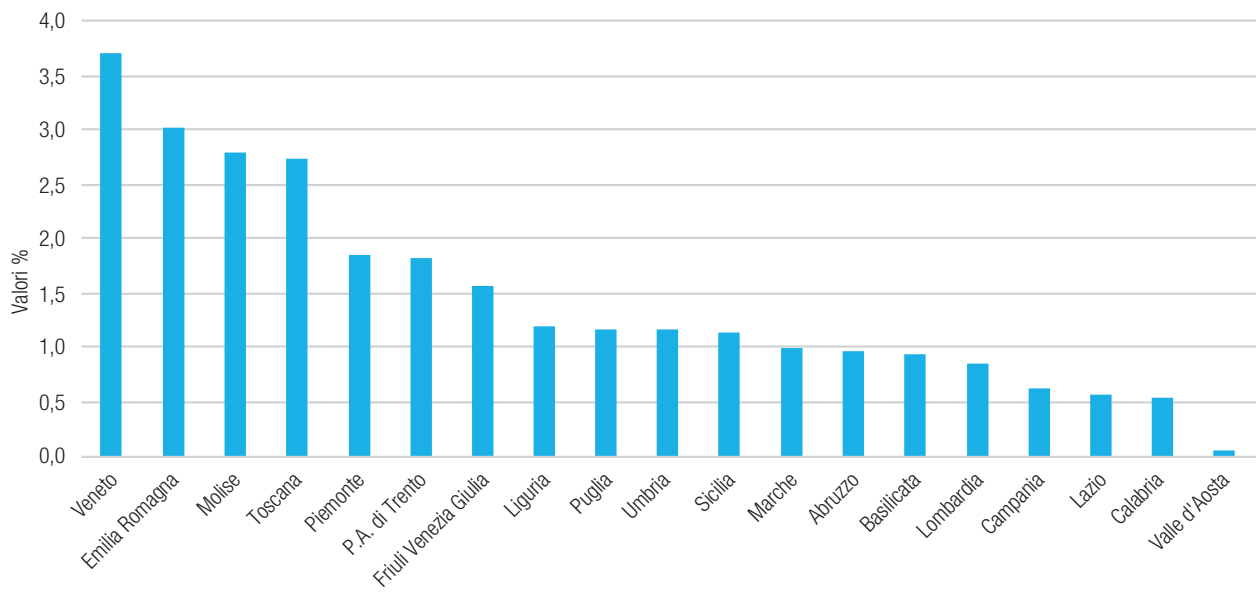
11.3. Confronti regionali

Nel 2017, in Italia sono state prese in carico dall'ADI 868.712 persone (1,8% dei residenti), di cui il 56,6% per prestazioni con CIA 1-4 ed il restante 53,4% per prestazioni di base. Si passa da un ricorso massimo, pari al 3,7%, del Veneto ad uno minimo della Valle d'Aosta (0,05%). In 8 Regioni non si raggiunge nemmeno l'1,0% (Figura 11.2.).

Analizzando il ricorso a tale forma di assistenza in termini di complessità delle prestazioni erogate, si osserva che al 60,6% delle persone in carico vengono effettuate prestazioni base o di bassa complessità (CIA 1), al 18,5% prestazioni di media complessità (CIA 2), ed al 12,9% prestazioni di complessità media o alta (CIA 3 e 4).

Nell'ultimo quadriennio si è registrato un aumento del 20,4% nel numero di persone in carico, soprattutto per prestazioni associate a CIA 1-4 (+31,8%).

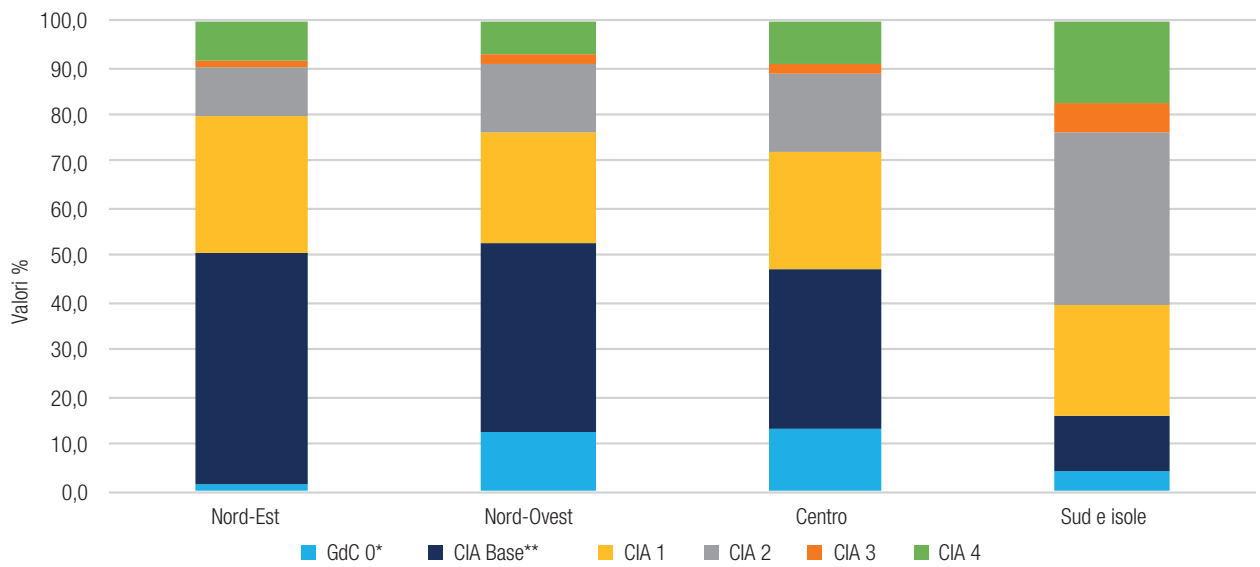
Figura 11.2. Persone in ADI. Anno 2017



Dato non disponibile per P.A. di Bolzano e Sardegna

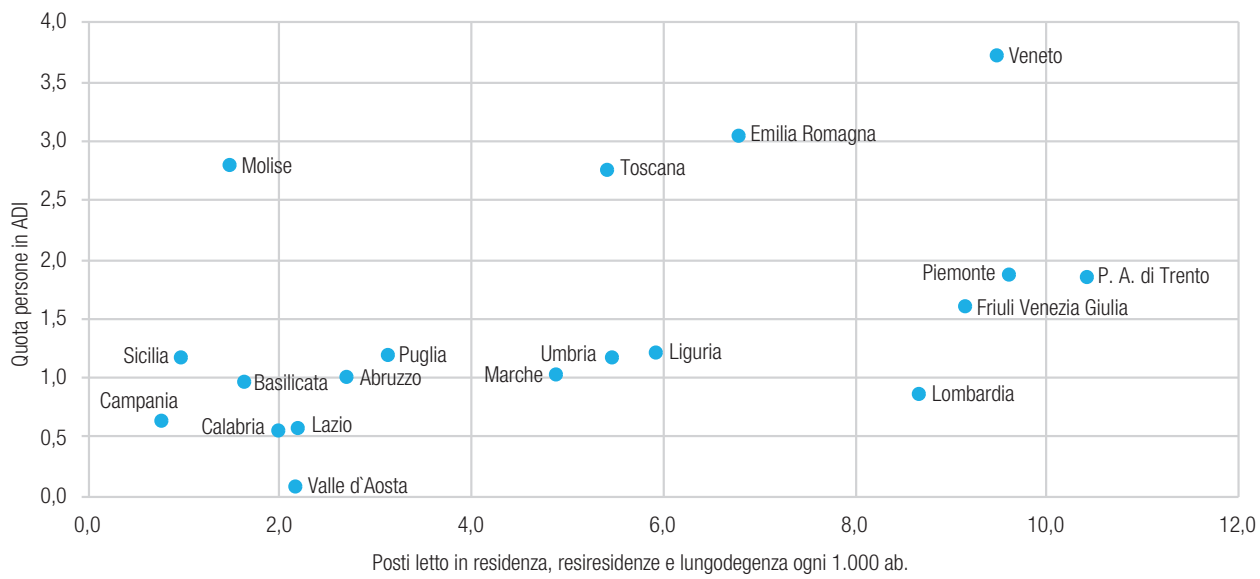
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 11.3. Quota assistiti in ADI per complessità assistenziale. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 11.4. Quota assistiti in ADI e posti letto in strutture intermedie. Anno 2017



Dato non disponibile per P. A. di Bolzano e Sardegna

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Prendendo in analisi le singole ripartizioni geografiche appare evidente come nel Nord e nel Centro tale forma assistenziale venga usata prevalentemente per prestazioni di bassa complessità (base o CIA 1): 79,6% delle persone in carico nel Nord-Est, 75,9% nel Nord-Ovest, 72,2% nel Centro; situazione differente si riscontra nel Mezzogiorno: a solo il 39,6% delle persone in carico vengono erogate prestazioni di bassa complessità, al 36,8% di media complessità (CIA 2) e al restante 23,6% di alta com-

plessità. (Figura 11.3.)

Al fine di valutare se il ricorso all'ADI è sostitutivo o integrativo a forme di ricovero alternative a quello in acuzie è stato rapportando il dato di ricorso in ADI al tasso di posti letto in strutture residenziali, semiresidenziali e di lungodegenza.

Nelle Regioni del Mezzogiorno, ad eccezione del Molise, si registra un basso tasso di posti letto ma anche un basso ricorso all'ADI, fenomeno che in parte sembra giustificare la media-alta complessità dei pazienti in ADI, mancando un'azione di filtro da parte delle strutture intermedie. Veneto, Emilia Romagna e Toscana hanno invece dei tassi di posti letto in strutture intermedie e di persone in ADI superiori alla media nazionale: dato che appare ragionevole con il ricorso all'ADI per prestazioni di media o bassa complessità (Figura 11.4.).

Nella P.A. di Trento, in Friuli Venezia Giulia e in Lombardia sembrerebbe invece che il basso (inferiore alla media nazionale) ricorso all'ADI sia dovuto al ricorso a ricoveri in strutture intermedie, per le quali si registra un'offerta di posti letto decisamente superiore alla media (9,0 posti letto ogni 1.000 ab.)

11.3.1. L'ADI nell'anziano

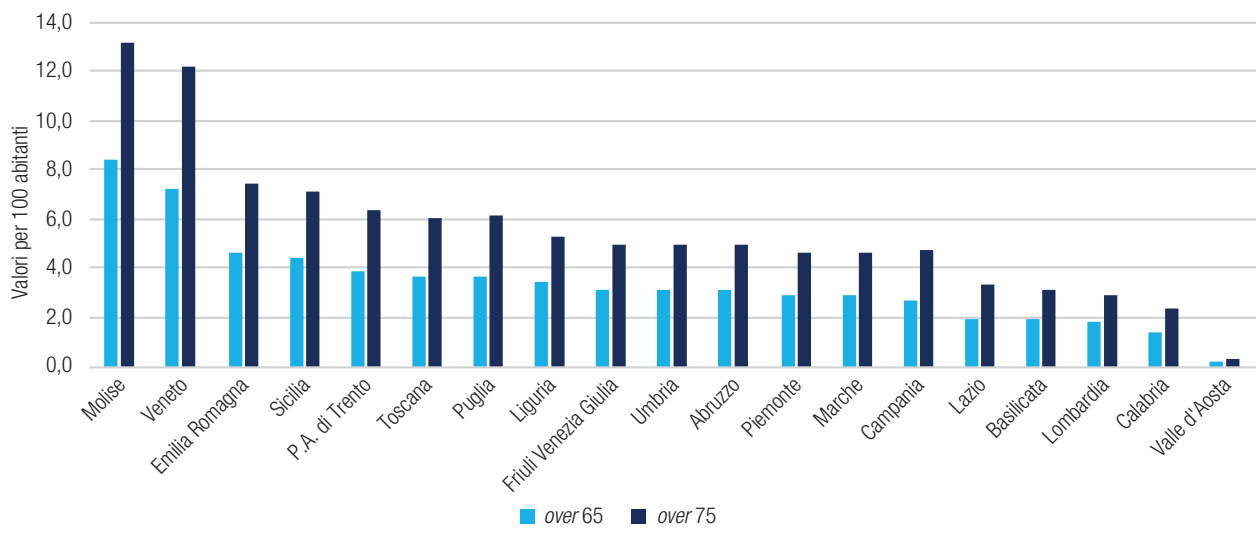
La metà (49,9%) delle persone in carico all'ADI nel 2017, sono pazienti *over* 65, e di questi l'84,6% sono ultrasettantacinquenni.

Analizzando il ricorso regionale a tale forma assistenziale per le persone *over* 65, si riscontra una importante variabilità (Figura 11.5.): si passa da un valore massimo dell'8,4% del Molise, ad uno minimo dello 0,2% della Valle d'Aosta (non sono disponibili i dati della P.A. di Bolzano e la Sardegna), a fronte di una media nazionale di 3,2 persone ogni 100 *over* 65.

Limitando l'analisi agli *over* 75 la forbice tra le Regione più performante e quella meno si allarga, passando da un valore massimo di 13,2 persone ogni 100 *over* 75 del Molise ad uno minimo pari a 0,3 della Valle d'Aosta, a fronte di una media nazionale di 5,3 ogni 100 *over* 75.

Nella "Griglia LEA" 2017, è rimasto confermato come valore di "normalità" relativo all'indicatore sulla quota di *over* 65 in ADI, quello del 1,88%, che fa così risultare "inadempienti" Calabria (0,4%) e Valle d'Aosta (0,2%), e con uno scostamento minimo dalla "normalità" la Lombardia (1,8%).

Figura 11.5. Quota assistiti *over* 65 e *over* 75 in ADI. Anno 2017



Dato non disponibile per P. A. di Bolzano e Sardegna

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

11.3.2. Ricorso all'assistenza domiciliare post-dimissione

Nel 2017, a 38.457 residenti (0,06% della popolazione residente) è stata attivato, in fase di dimissione da strutture di ricovero, un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): si tratta dello 0,7% dei pazienti dimessi non al domicilio.

Anche in termini di ricorso a tale forma assistenziale post dimissione si riscontra una evidente disparità territoriale (Figura 11.6.), che può rappresentare un indicatore indiretto della congruità dell'offerta: la maggiore quota di residenti dimessi da ricoveri acuti ordinari in ADI si riscontra nelle Regioni del Nord; ricorsi decisamente inferiori si riscontrano invece nelle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano, l'Abruzzo, l'Emilia Romagna e la Toscana sono le Regioni che ricorrono maggiormente a tale forma assistenziale in fase di dimissione ospedaliera (rispettivamente 0,36%, 0,18%, 0,15% e 0,13%); la Calabria, la Puglia invece quelle con il minor ricorso (≤ 0,01% dei pazienti dimessi).

Nell'ultimo quadriennio si è registrato un aumento dei pazienti dimessi inseriti in ADI di 0,15 punti percentuali, passando dallo 0,5% allo 0,6% di tutti i residenti, in linea con il *trend* nazionale di aumento dell'accesso ai servizi domiciliari offerti dal Sistema Sanitario; in particolare, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Calabria e Liguria hanno incrementato considerevolmente la quota di pazienti dimessi in ADI.

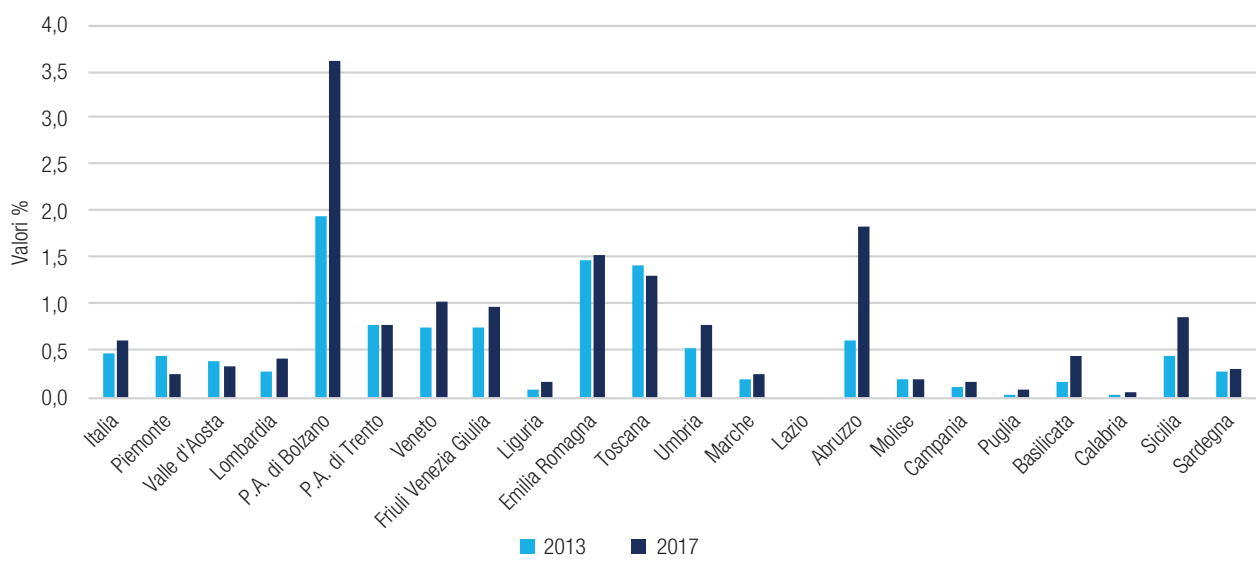
Passando ad analizzare il ricorso a tale modalità di dimissione in funzione del tipo di ricovero (acuzie, lungodegenza, nido e riabilitazione), si osserva come questo percorso sia, come atteso, riservato soprattutto ai pazienti dimessi da ricoveri in acuzie, sebbene si riscontri una variabilità regionale, in parte dovuta anche alla diversa offerta delle altre tipologie di ricovero (Figura 11.7.).

L'81,9% dei pazienti dimessi in ADI proviene da ricoveri in acuzie, il 9,8% da ricoveri in lungodegenza e l'8,2% da ricoveri in riabilitazione.

In 8 Regioni la quota dei pazienti dimessi provenienti da ricoveri in lungodegenza o riabilitazione supera il 20%: Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

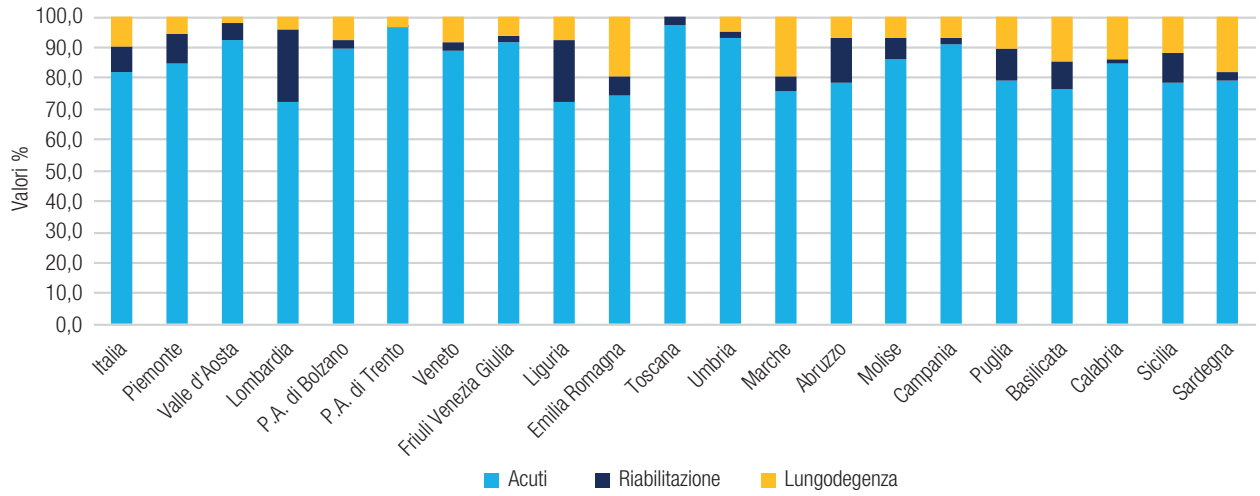
Nella P.A. di Trento, in Toscana ed in Umbria l'inserimento nel percorso assistenziale domiciliare proviene per la quasi totalità dei casi da dimissioni in acuzie.

Figura 11.6. Quota assistiti con attivazione di ADI in dimissione



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 11.7. Quota pazienti con attivazione di ADI in dimissione, per tipologia attività. Anno 2017

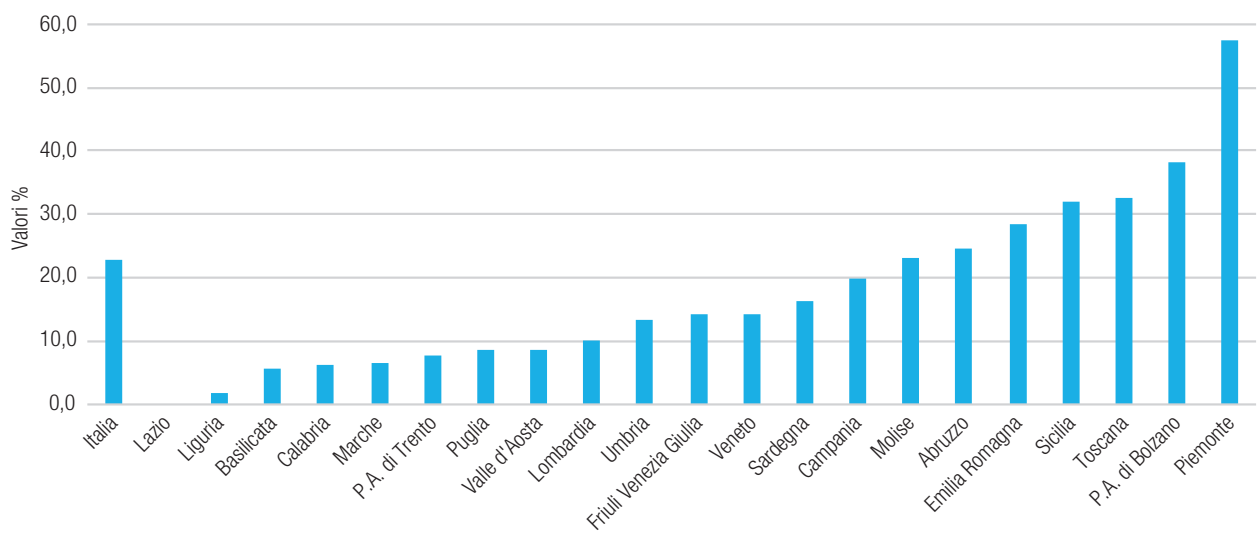


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando il fenomeno per le diverse tipologie di ricovero si riscontra come, per i ricoveri in acuzie, il 4,8% dei dimessi vivi è dimesso in modalità diverse dal domicilio: il ricorso massimo si osserva nel Nord-Est del Paese con il 7,8% (la P.A. di Bolzano è la realtà col ricorso massimo pari al 12,2%), quello minimo nel Sud, pari al 2,3% (in Campania si registro il ricorso minimo nazionale, pari allo 0,7%) (Figura 11.8.).

Analizzando la composizione delle diverse modalità di dimissione dai ricoveri acuti ordinari, diverse dal domicilio, a fronte di un ricorso medio nazionale all'ADI pari al 22,0%, risultano essere Piemonte, P.A. di Bolzano, Toscana e Sicilia le realtà nelle quali questa supera il 30,0% dei casi (rispettivamente 57,5%, 38,3%, 32,4% e 31,8%); in Liguria, Basilicata, Calabria, Marche questa non raggiunge il 7,0% (rispettivamente 1,8%, 5,6%, 6,3% e 6,4%).

Figura 11.8. Quota pazienti dimessi in ADI in rapporto ai pazienti non dimessi al domicilio. Anno 2017



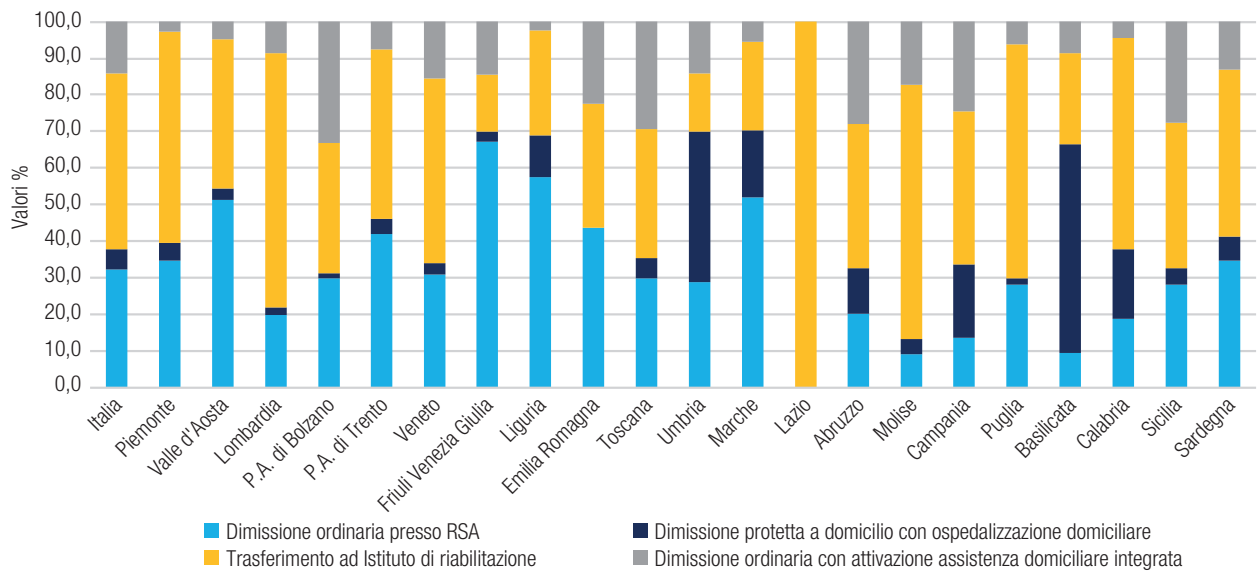
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Limitando l'analisi agli *over* 75 la quota dei dimessi vivi da ricoveri in acuzie in modalità diverse dal domicilio raddoppia raggiungendo il 10,7% (Figura 11.9.).

Anche in questo caso il ricorso massimo si osserva nel Nord-Est del Paese con il 15,8% (la P.A. di Trento è la realtà col ricorso massimo pari al 23,1%), quello minimo al Sud, pari all'6,9% (in Campania si registro il ricorso minimo nazionale, pari allo 1,5%).

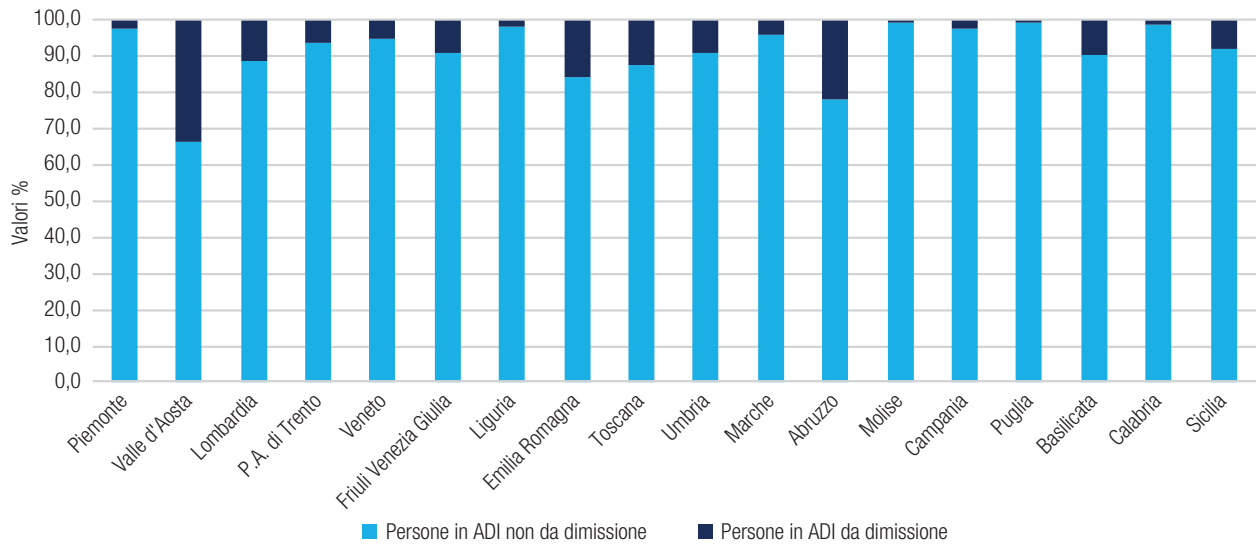
La dimissione in ADI da ricoveri in acuzie rappresenta circa un terzo della casistica dei non dimessi al domicilio in 4 Regioni: Toscana (33,2%), Abruzzo (34,4%), Campania (31,3%) e Sicilia (30,0%); in tutte le altre realtà questa è decisamente inferiore.

Figura 11.9. Quota pazienti *over* 75 non dimessi al domicilio per tipologia di dimissione. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Figura 11.10. Quota assistiti *over* 75 in ADI per tipologia di accesso. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019- © C.R.E.A. Sanità

Dall'analisi della composizione dei pazienti *over* 75 in ADI emerge che in Italia il 7,9% di questi proviene da dimissioni ospedaliere. Tale quota raggiunge il suo valore massimo nel Nord-Ovest, 11,3%, segue il Centro con il 10,2%. Nelle realtà del Nord-Est e del Mezzogiorno tale quota è minima, 5,2% e 4,7% rispettivamente (Figura 11.10.).

Tali livelli di ricorso lasciano pensare ad una maggiore esistenza di percorsi integrati ospedale-territorio per gli anziani nelle realtà del Centro e del Nord-Ovest.

11.4. Conclusioni

Il quadro delineato mostra un progressivo incremento a livello internazionale e nazionale dell'accesso ai servizi domiciliari, in linea con il progressivo invecchiamento della popolazione e conseguente incremento della cronicità.

Nonostante in Italia si sia registrato un progressivo aumento degli assistiti, sia in rapporto alla popolazione totale, che su quella anziana (*over* 65 e over 75), i livelli di ricorso rimangono di poco superiori ad un terzo di quello massimo europeo, registrato in Svizzera.

L'assistenza domiciliare, nel Nord e nel Centro del Paese, sembra essere scelta come forma assistenziale prevalentemente per la casistica di media o bassa complessità;, nel Mezzogiorno viene, invece, adottata prevalentemente per casistiche più complesse.

L'ADI sembra rappresentare il percorso immediatamente successivo al ricovero in acuzie per circa il 22,0% (anno 2017) dei pazienti dimessi non al domicilio (4,8% di tutti i dimessi), sebbene con importanti differenze regionali a favore delle realtà del Nord-Ovest.

Prendendo in analisi anche l'offerta di posti letto in strutture intermedie e di lungodegenza, sembra-OECD (2018), OECD.Stat no delinearsi diversi modelli organizzativi di presa in carico.

Sembrerebbe che in alcune realtà, in cui l'offerta nelle strutture intermedie è superiore alla media nazionale, questa soluzione sia preferita all'ADI. In altre realtà, quali il Veneto, il ricorso all'ADI, sembra essere invece una scelta preferita ex ante e limitata alla casistica meno complessa, nonostante l'offerta di posti letto in strutture intermedie sia anch'essa superiore alla media. Nelle realtà del Mezzogiorno, ad eccezione del Molise, il ricorso all'ADI resta comunque inferiore alla media e la contestuale carente offerta di strutture di ricovero intermedie, sembra spiegare la prevalenza della complessità medio-alta dei pazienti in assistenza domiciliare.

Di fatto le differenze evidenziate pongono un problema di valutazione dell'appropriatezza dell'accesso in ADI verso quello in strutture intermedie.

Il divario regionale trova conferma, anzi si amplifica, spostando l'analisi sui pazienti *over* 75; il ricorso all'ADI post-dimissione raddoppia (10,7%), raggiungendo il suo valore massimo nel Nord-Est del Paese. Degno di nota è che in alcune realtà, prevalentemente del Centro, tale casistica supera il 10% dei pazienti in ADI, suggerendo una maggiore presenza di percorsi integrati tra ospedale e territorio.

Riferimenti bibliografici

1. Vetrano D. (2019); *L'assistenza domiciliare in italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche,* Italia Longeva
2. Istat (2017); *Il futuro demografico del paese*
3. Ministero della Salute (2017), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA – Metodologia e risultati*
4. Ministero della Salute (2017), *Schede di Dimissione Ospedaliera*

ENGLISH SUMMARY
Home care

Integrated Home Care (ADI) is one of the main tasks carried out by the social and health facilities, in order to provide type of care alternative to hospitalization; it's largely recognised that ADI has to be favoured - where possible - as it meets the criteria of efficacy, cost-effectiveness and humanization and is also able to ensure the reduction of waste resulting from hospitalizations that can be avoided.

Its main goals are the following:

- *to provide care to the people with diseases that can be treated at home, with a view to avoiding the inappropriate use of hospitals or other residential facilities*
- *to ensure continuity of care for those discharged from healthcare facilities who need ongoing care*
- *to provide support to families*
- *to promote the recovery of the residual autonomy and relational abilities*
- *to improve the quality of life even in the terminal phase of life.*

The chapter provides an update on the recourse allocated on home care at international and national levels. It also focuses on the use of this type of care by elderly people (aged over 65 and over 75), even after hospital discharge. It also analyses the relationship between home care and the supply of beds and services in intermediate structures (residences, semi-residences and long-term care facilities), with a view to assessing, in particular, whether resorting to home care is an ex ante choice - possibly associated with the definition of integrated pathways with hospitals - or an ex post choice resulting from the lack of alternative hospitalization solutions.

Overall, we observe a progressive increase in access to home services both at international and national levels.

Despite the fact that in Italy, too, there has been a progressive increase in the number of patients, both in relation to the total population and to the elderly population (aged over 65 and over 75), the recourse rate is still slightly over one third of the highest ones in Europe.

In Northern and Central Italy home care seems to be chosen as a form of care mainly for medium or low complex cases. In the South, instead, it is chosen mainly for more complex cases.

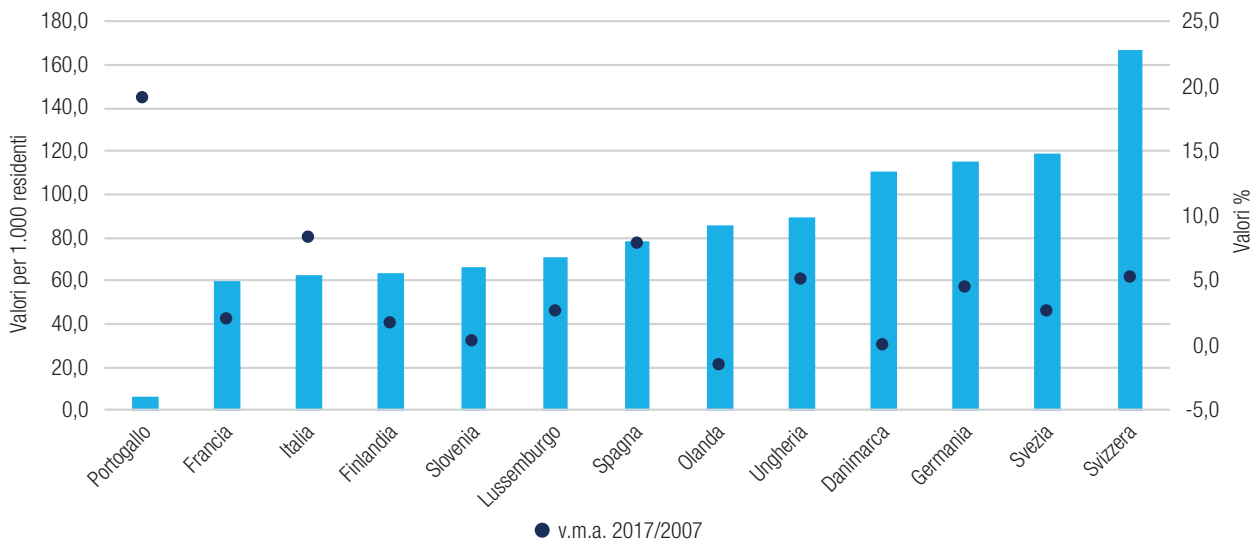
In 2017 ADI represents the pathway immediately following hospitalization in acute cases for about 22% of patients discharged not going back home (4.8% of all patients discharged), particularly in the North-West of Italy. However, there are still significant regional differences.

Different organizational models also seem to be envisaged. In some Regions, the supply of beds and services in intermediate structures is higher than the national average and this solution is preferred to ADI. In other Regions, such as the Veneto region - were it's an above-average supply of beds in intermediate structures - recourse to ADI seems to be an ex ante preferred choice reserved for less complex cases. In the South, with the exception of Molise, the recourse to ADI is still below average and the concurrent lack of intermediate hospitalization facilities seems to explain the prevalence of medium-high complex cases in home care.

In fact, the differences highlighted pose a problem in assessing the appropriateness of access to both ADI and to intermediate facilities.

The regional gap is reaffirmed - and, indeed widened - when focusing the analysis on patients aged over 75. The recourse to post-discharge ADI doubles (10.7%), reaching its peak in the North-East of Italy. In some Regions, mainly in the Centre, these cases exceed 10% of ADI patients, thus suggesting a greater presence of integrated pathways between hospitals and territorial structures.

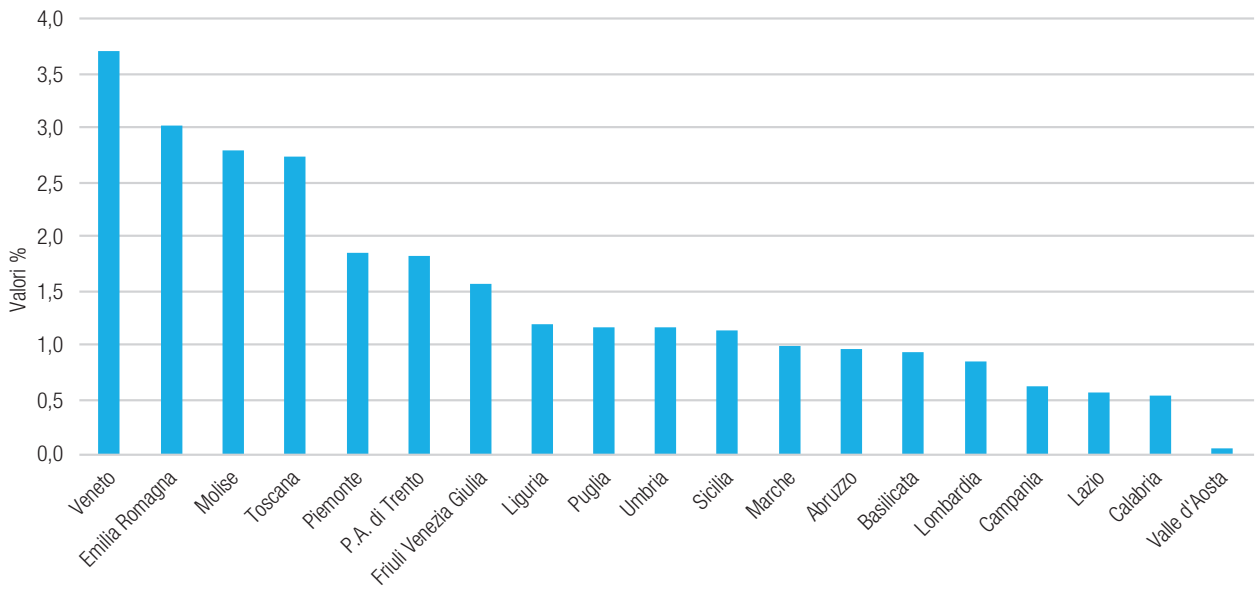
KI 11.1 Persone *over* 65 in assistenza domiciliare



Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, in Italia 63,0 persone ogni 1.000 residenti hanno ricevuto assistenza domiciliare. Il livello è inferiore a quello medio dei Paesi OCED, dove il tasso massimo si osserva in Svizzera (167,0 per 1.000 residenti), e quello minimo in Portogallo (6,0 per 1.000). Nel periodo 2007-2017 in tutti i Paesi di cui si dispone del dato, ad eccezione di Francia, Finlandia, Slovenia, Olanda e Danimarca, si è registrato un aumento dell'assistenza domiciliare. L'Italia registra un tasso di crescita tra i più alti dei Paesi EU considerati.

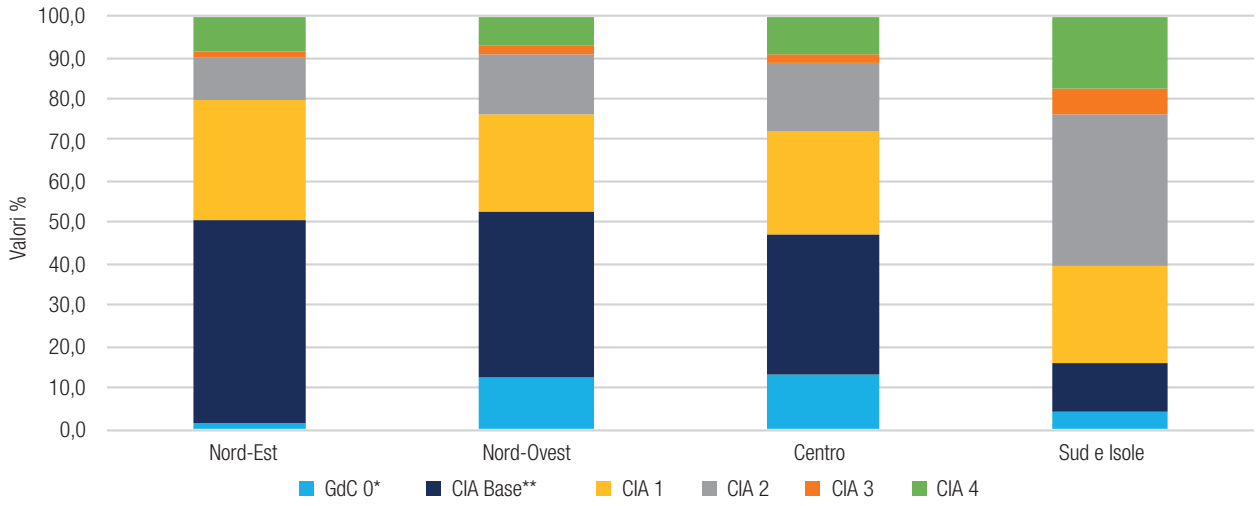
KI 11.2. Incidenza ADI su residenti anziani. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, in Italia, il 3,2% delle persone *over* 65 ha ricevuto servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Si passa da una incidenza massima dell'8,4% in Molise, a quella minima dello 0,2% della Valle d'Aosta. Seconda la soglia di "normalità" adottata dal Ministero della Salute nella "Griglia LEA" del 2017, che è pari all'1,88%, Valle d'Aosta (0,2%), Calabria (1,4%) e Lombardia (1,8%) risultano "inadempienti". Considerando gli *over* 75, il 5,3% è in carico all'ADI: si passa da un ricorso massimo del 13,2% riscontrato in Molise, ad uno minimo pari allo 0,3% della Valle d'Aosta.

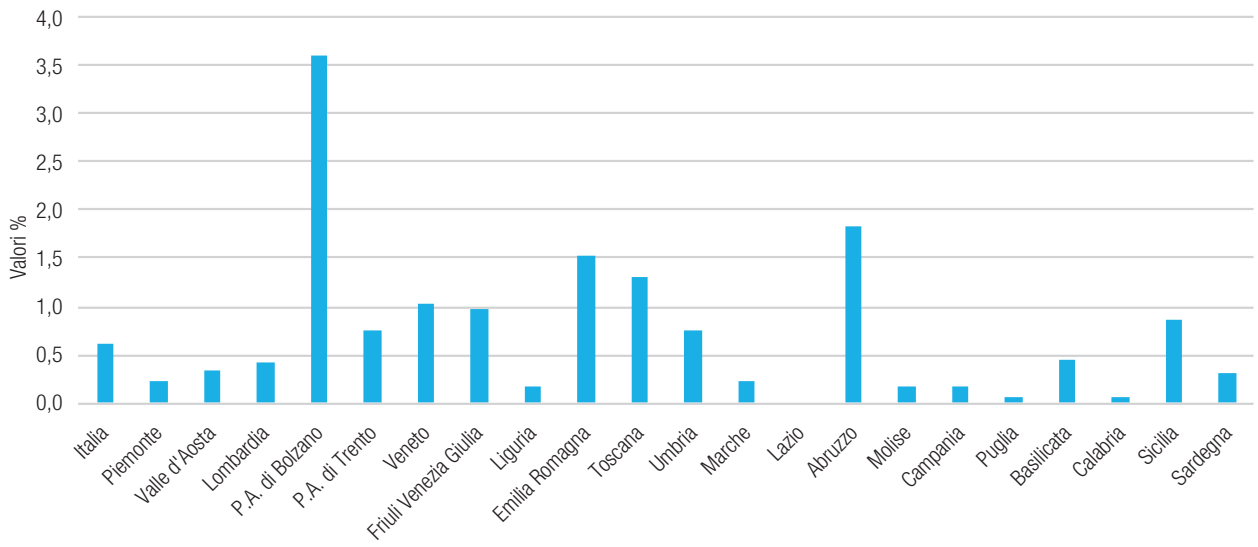
KI 11.3. Composizione ADI per complessità assistenziale. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2017, al 68,7% delle persone in ADI vengono erogate prestazioni di bassa complessità (GdC 0, CIA Base e CIA 1), al 18,5% di media (CIA 2) ed al 12,9% di alta complessità (CIA 3 e 4). Vengono erogate prevalentemente prestazioni di bassa complessità (GdC 0, base o CIA 1), nel Nord-Est (79,6% delle persone in carico all'ADI) nel Nord-Ovest (75,9%) e nel Centro (72,2%). Nel Mezzogiorno, invece, al 39,6% delle persone in carico vengono erogate prestazioni di bassa complessità, al 36,8% di media complessità (CIA 2) e al restante 23,6% di alta complessità.

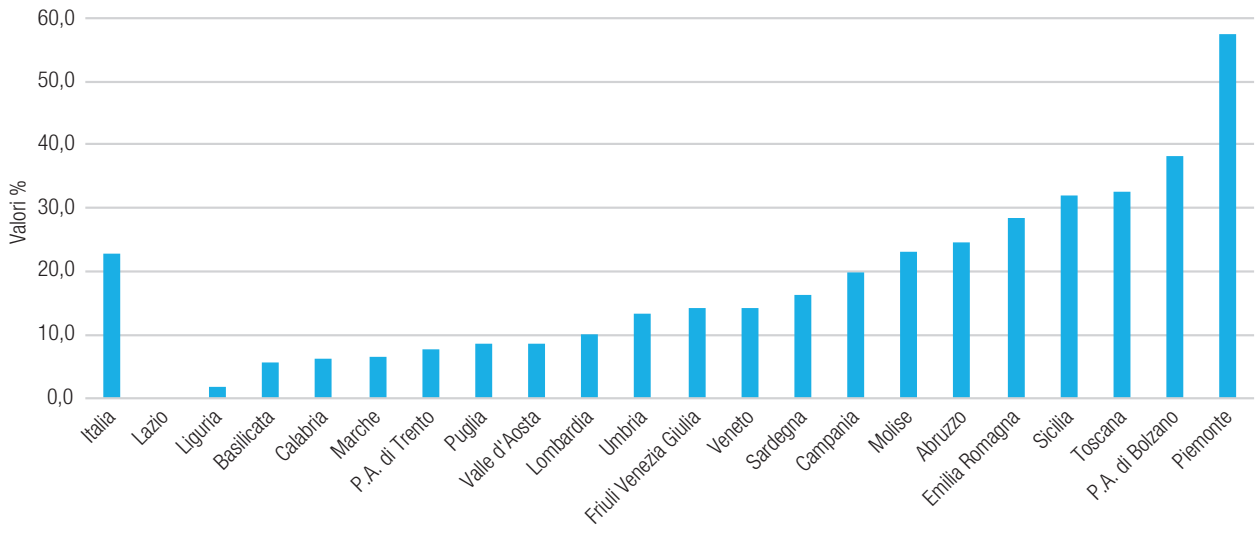
KI 11.4. Quota residenti con attivazione di ADI in dimissione. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute , 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, lo 0,7% della popolazione italiana viene dimessa viva non a domicilio e presa in carico direttamente dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). La P.A. di Bolzano, l'Abruzzo, l'Emilia Romagna e la Toscana sono le Regioni che ricorrono maggiormente a tale forma assistenziale in fase di dimissione ospedaliera (rispettivamente 0,36%, 0,18%, 0,15% e 0,13% di residenti); la Calabria e la Puglia invece sono quelle con il minor ricorso (≤ 0,01% dei residenti).

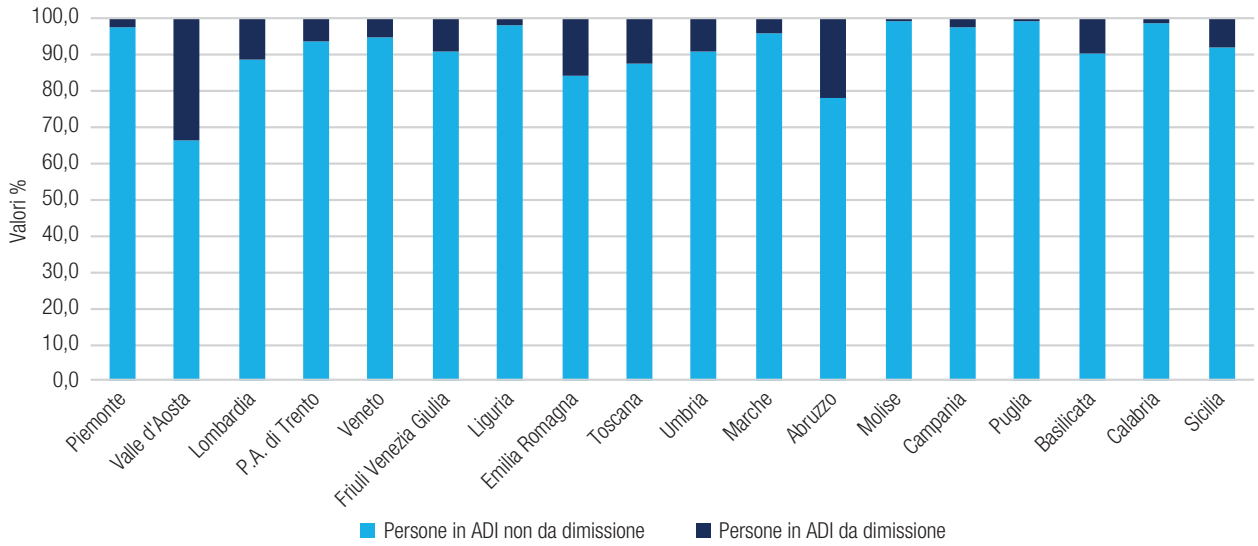
KI 11.5. Quota pazienti dimessi vivi in ADI. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2017, il 22,8% dei pazienti dimessi vivi non al domicilio, viene inserito in una forma assistenziale di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). In Piemonte si registra il valore più alto, pari al 57,5%, segue la P.A. di Bolzano con 38,3% e la Toscana con il 32,4%; i valori più bassi di ricorso si registrano invece in Liguria (1,8%), Basilicata (5,6%), e Calabria (6,3%).

KI 11.6. Composizione quota pazienti in ADI, per tipologia di accesso. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2017, il 7,9% delle persone *over* 75 in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) proviene direttamente da dimissioni ospedaliere. Il valore massimo è pari al 33,7% della Valle d'Aosta; quello minimo allo 0,6% del Molise.

Capitolo 12

Provvidenze in denaro:
l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 12
Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner E.[1]

12.1. Premessa

Nell'ambito del SSN le prestazioni in denaro, pur non assenti, giocano un ruolo essenzialmente marginale: assumono principalmente la natura di *voucher*, quindi provvidenze da spendersi per specifici servizi sanitari e, per lo più, erogati da professionisti o strutture all'uopo accreditate dalla ASL.

L'ambito in cui l'utilizzo del *voucher* (denominati anche assegno di cura o di assistenza) è più diffuso è certamente quello dell'assistenza domiciliare, dove assume a seconda delle Regioni denominazioni differenti.

Al contrario del comparto sanitario, in quello sociale, di cui il Rapporto si occupa della parte deputata alle forme di *Long Term Care* (LTC), gli interventi in denaro sono largamente prevalenti e si configurano non tanto come *voucher*, quanto come benefici/indennità.

Non sono, quindi, previsti vincoli all'utilizzo (e, talvolta, neppure in verità per l'accesso al diritto, che non sempre è condizionato, ad esempio, dal reddito); analogamente non sono previste forme di accreditamento dei fornitori di servizi, sancendo una netta soluzione di continuità rispetto al settore sanitario.

Molte delle provvidenze che possono essere considerate all'interno del disegno brevemente delineato, sono gestite dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS): d'altra parte il *welfare* italiano prevede che, a fronte di disabilità (che spesso hanno una eziologia di tipo sanitario), che portano a deficit di capacità lavorativa o, comunque, di inserimento sociale, venga garantita una integrazione del reddito, scattando il diritto a indennità o pensioni, che sono gestite appunto dall'INPS.

Nei prossimi paragrafi si sintetizzano i principali elementi quantitativi legati alle prestazioni in denaro per condizioni di non autosufficienza o, comunque, di bisogno di lunga durata: in particolare, ci si concentrerà sulle indennità di accompagnamento, sulle pensioni di invalidità e invalidità civile, e sugli oneri derivanti dalla L. n. 104/1992.

12.2. Indennità di accompagnamento

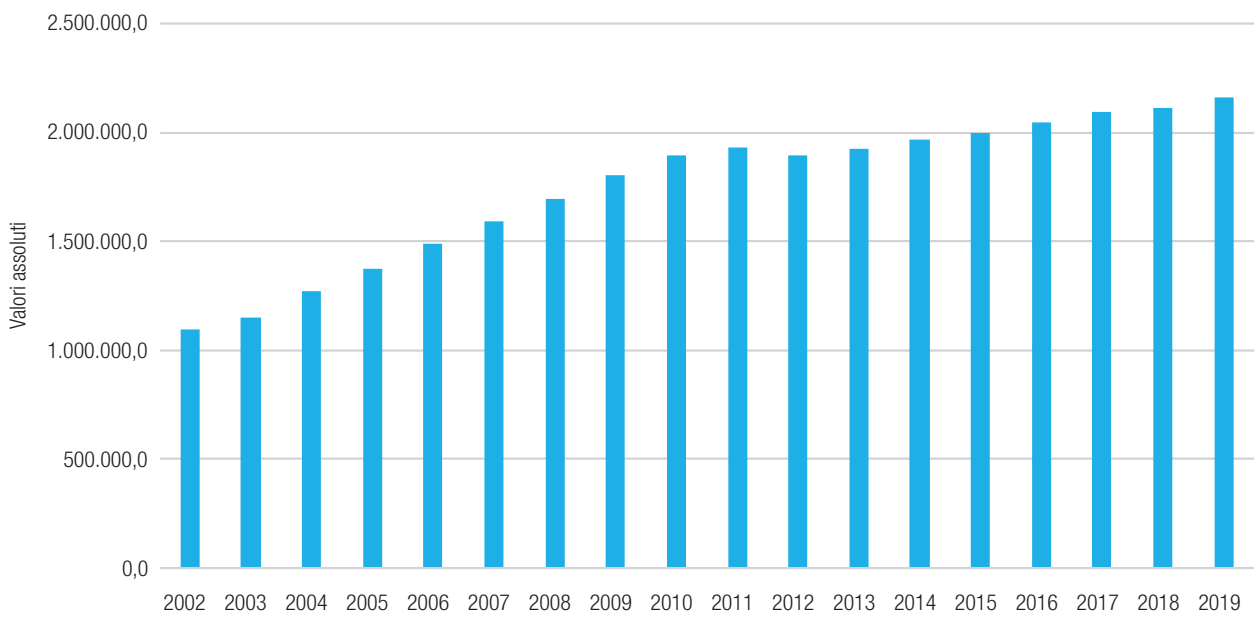
L'INPS riconosce un'indennità di accompagnamento ai soggetti mutilati o invalidi totali che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure ai soggetti che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un'assistenza continuativa.

L'indennità di accompagnamento viene erogata al solo titolo della minorazione; pertanto è indipendente dal reddito posseduto dall'invalido e dalla sua età. Sono, invece, esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto (ovvero con retta a carico dello Stato o altro Ente) per un periodo superiore a 30 giorni e coloro che percepiscono indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Al 1.1.2019 risultano 2,2 milioni di beneficiari di indennità di accompagnamento: il dato ha presentato una crescita del +19,7% nel decennio 2009-2019 (+1,8% medio annuo) (Figura 12.1.).

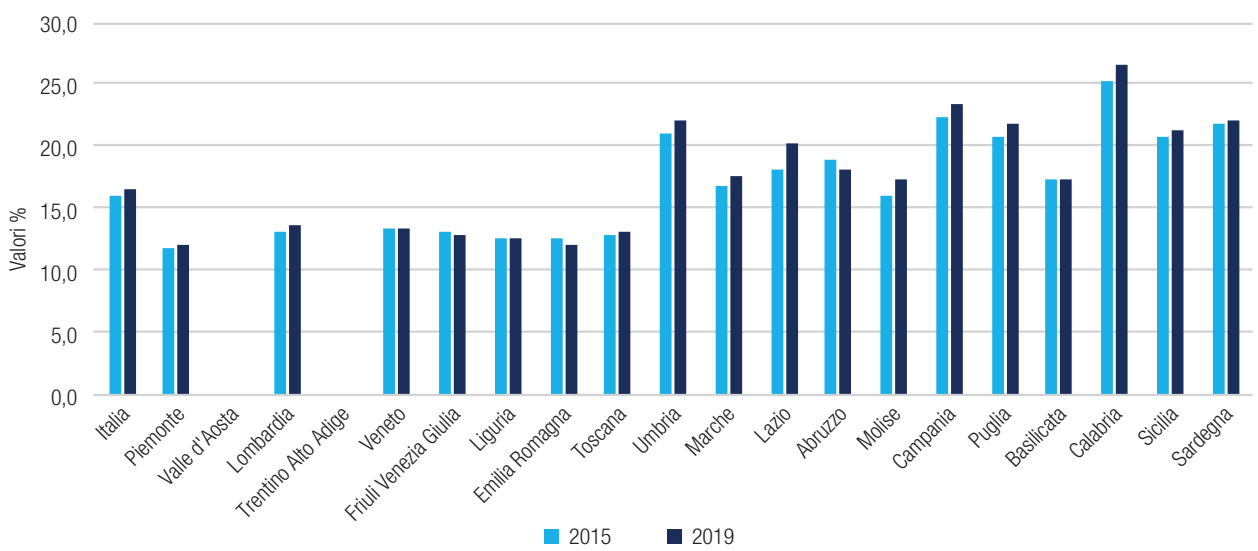
[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Figura 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.2. Beneficiari indennità di accompagnamento: incidenza su popolazione *over* 65



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L'aumento è essenzialmente derivante da fattori demografici, ovvero l'invecchiamento.

Infatti, l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione *over* 65 (pari al 16,5%) è rimasta tendenzialmente stabile rispetto al 2015 (+0,5 punti percentuali).

A livello regionale si passa dal 26,5% della Calabria (+1,3 punti percentuali nel periodo 2015-2019), seguita dalla Campania con il 23,5% e dall'Umbria con il 22,2% (rispettivamente +1,1 e +1,3 punti percentuali), all'11,9% del Piemonte (invariato nel periodo) e al 12,1% dell'Emilia Romagna (-0,4 punti percentuali).

Tra le Regioni settentrionali (che presentano un'incidenza media del 12,4%) il tasso massimo è stato raggiunto (13,6%) dalla Lombardia (+0,7 punti percentuali); tra quelle centrali (con un tasso medio del 17,6%), invece, l'indicatore ha raggiunto il suo valore massimo nella summenzionata Umbria e quello minimo in Toscana (13,0%; stabile nel periodo); infine, nelle Regioni meridionali (che presentano un tasso medio del 22,1%) ai due estremi si posizionano la Calabria ed il Molise con il 17,4% (+1,3 punti percentuali) (Figura 12.2.).

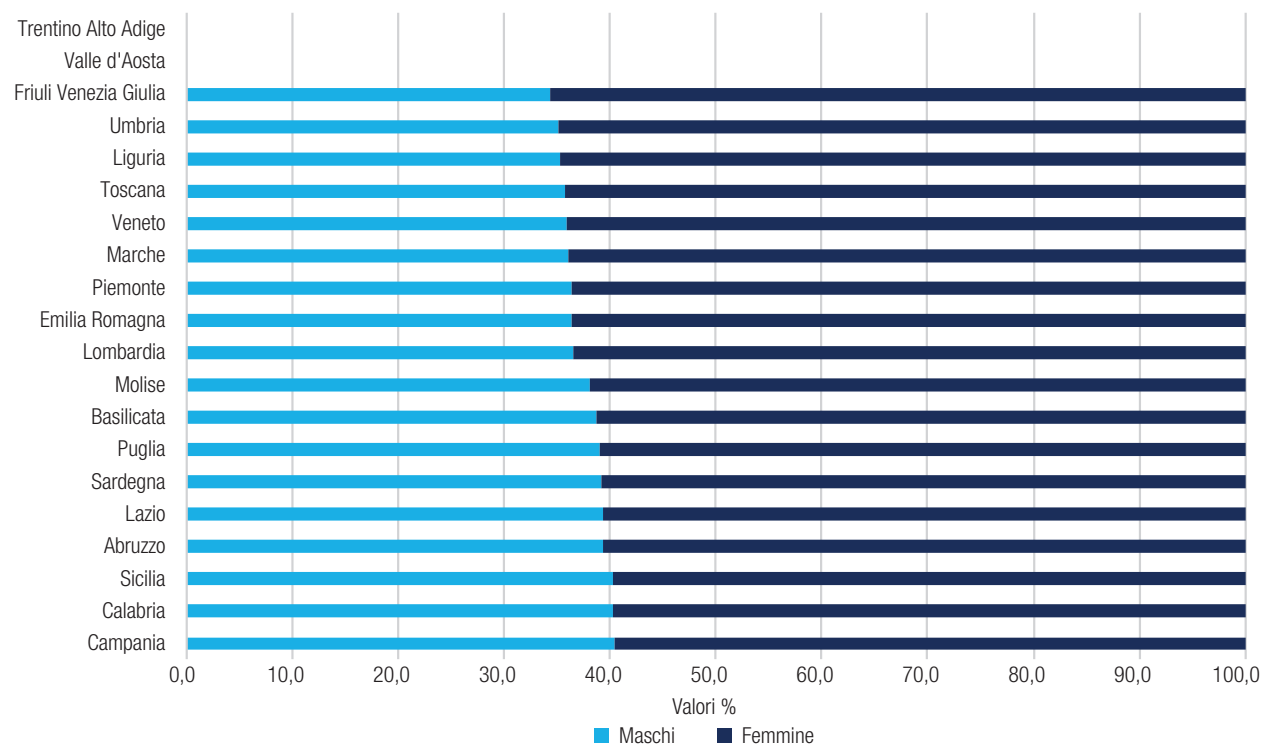
In linea generale, pertanto, l'apprezzamento dell'indicatore ha evidenziato che nelle Regioni meridionali si raggiungono tassi mediamente più elevati rispetto a quelli delle Regioni appartenenti alla ripartizione centro-settentrionale, in particolare, il tasso medio delle Regioni settentrionali è aumentato di +0,6 punti percentuali rispetto al 2015, quello delle Regioni del Centro di +1,7 punti percentuali, mentre quello della ripartizione meridionale ha riportato un incremento pari a +2,0 punti percentuali.

Per quanto riguarda la distribuzione per genere dei percettori di indennità è possibile evidenziare come la distribuzione dei benefici sia concentrata sul genere femminile: a inizio 2019, il 62,0% dei beneficiari appartiene al genere femminile. È apprezzabile un gradiente Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di indennità erogate a donne è inferiore della quota registrata mediamente nelle Regioni della ripartizione centro-settentrionale (rispettivamente 63,9% e 62,5%).

Tra le Regioni del Centro-Nord, la Liguria riporta la quota minore di uomini beneficiari di indennità (35,2%); tra quelle meridionali, Campania e Calabria sono, invece, le Regioni in cui si raggiunge la minor quota di donne beneficiarie (rispettivamente 59,6% e 59,7%) (Figura 12.3.).

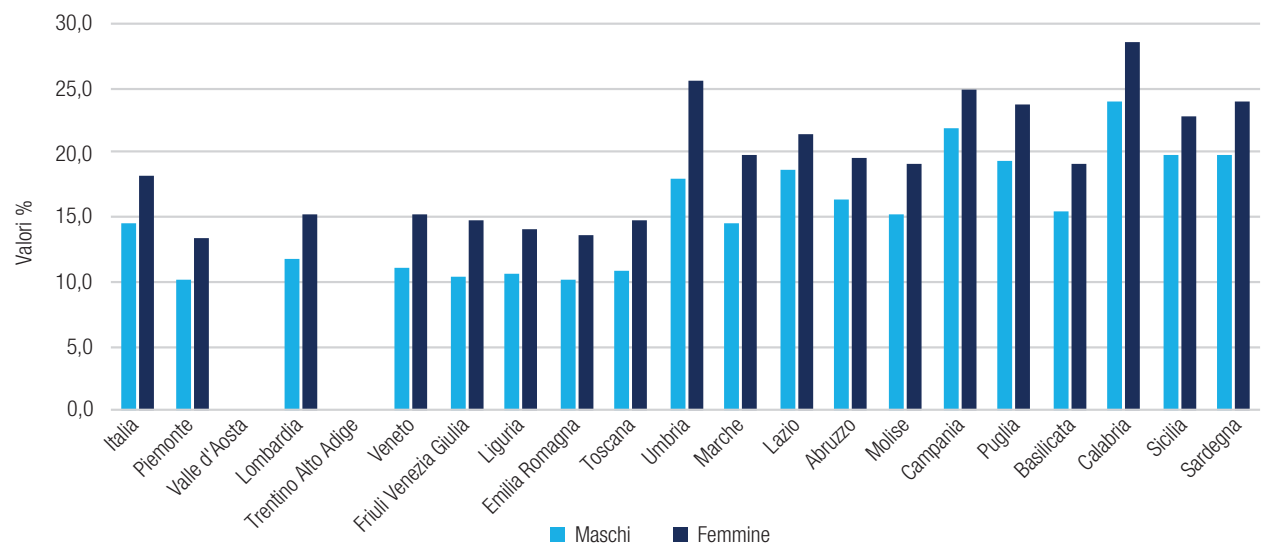
Ad ogni buon conto, lo scarto di "trattamento" tra uomini e donne trova in parte giustificazione nella considerazione che mediamente le donne rappresentano circa il 57,0% della popolazione *over* 65 residente nel nostro Paese.

Figura 12.3. Distribuzione beneficiari di indennità di accompagnamento per genere. Anno 2019



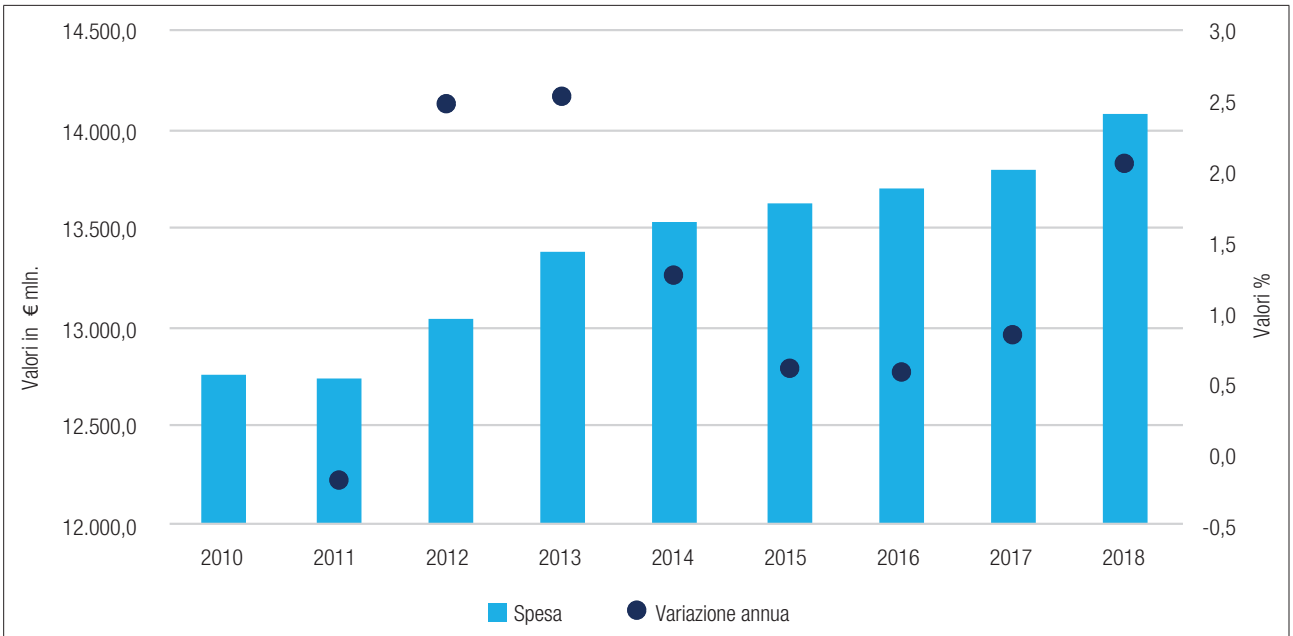
Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.4. Beneficiari indennità di accompagnamento per genere: incidenza su popolazione *over* 65. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.5. Indennità di accompagnamento: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2019, il 18,1% delle ultrasessantacinquenni gode dell'indennità di accompagnamento a fronte del 14,5% del genere maschile.

Nelle Regioni meridionali le donne che beneficiano dell'indennità sono il 23,7% della popolazione femminile *over 65*, a fronte del 13,9% del Nord e del 19,3% del Centro. (Figura 12.4). A tal proposito, si consideri che solamente il 31,2% della popolazione femminile *over* 65 risiede al Sud contro circa il 48,0% delle Regioni del Nord: tale considerazione apre la strada ad una serie di interrogativi. In prima battuta, le donne residenti al Nord o si invalidano meno grazie

a maggiori azioni di prevenzione messe in atto nelle Regioni settentrionali oppure nel meridione vengono adottati criteri meno stringenti per l'ottenimento del beneficio economico oggetto di analisi.

In termini di spesa, nell'anno 2018, l'onere complessivo per le indennità è stato pari a € 14,1 mld., con una crescita di circa 1,3 mld. (ovvero del 10,3%, corrispondente all'1,2% medio annuo) dal 2010; rispetto all'ultimo anno, invece, la crescita è stata del 2,0% (ovvero € 280,0 mln.) (Figura 12.5.).

L'aumento della spesa è il risultato dell'azione congiunta di un incremento sia del numero totale dei percettori che dell'indennità media corrisposta (adeguata annualmente al tasso di inflazione).

In definitiva, il progressivo invecchiamento della popolazione determina una crescita della platea degli aventi diritto all'ottenimento del beneficio economico oggetto di analisi che, con il parallelo incremento delle indennità medie corrisposte, determina un aumento dell'onere complessivo a carico dell'INPS. Tuttavia, tale beneficio economico presenta diverse incidenze regionali non spiegate completamente dalla demografia: differenze che potrebbero essere il frutto di scarse attività di prevenzione messe in atto soprattutto nelle Regioni meridionali, oppure potrebbero essere causate da diverse "politiche di accesso" all'ottenimento della provvidenza economica adottate nelle varie Regioni.

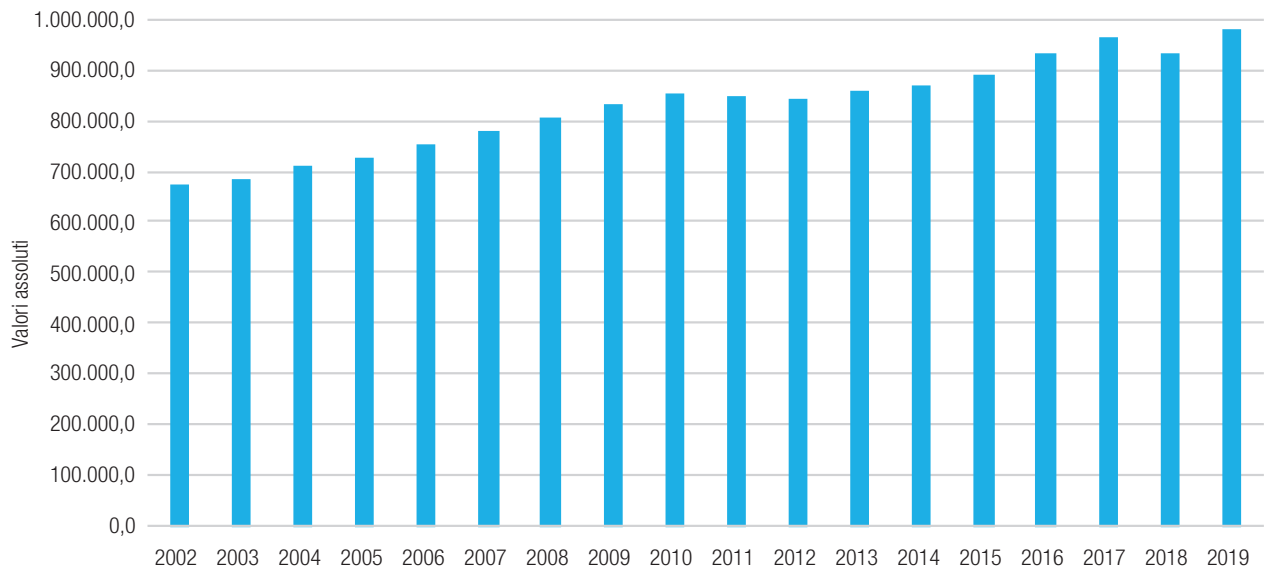
12.3. Pensioni di invalidità civile

Le pensioni di invalidità civile sono provvidenze economiche erogate dall'INPS ai mutilati ed invalidi civili con un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni nei cui confronti sia accertata una totale inabilità lavorativa, ossia una invalidità pari al 100%.

Per avere diritto alla pensione di invalidità civile gli interessati devono rispettare determinati limiti reddituali. In particolare, il limite di reddito per il diritto alla pensione di invalidità deve essere determinato con riferimento al reddito ai fini IRPEF (Imposta sul reddito delle persone fisiche) con esclusione del reddito percepito da altri componenti del nucleo familiare di cui il soggetto interessato fa parte.

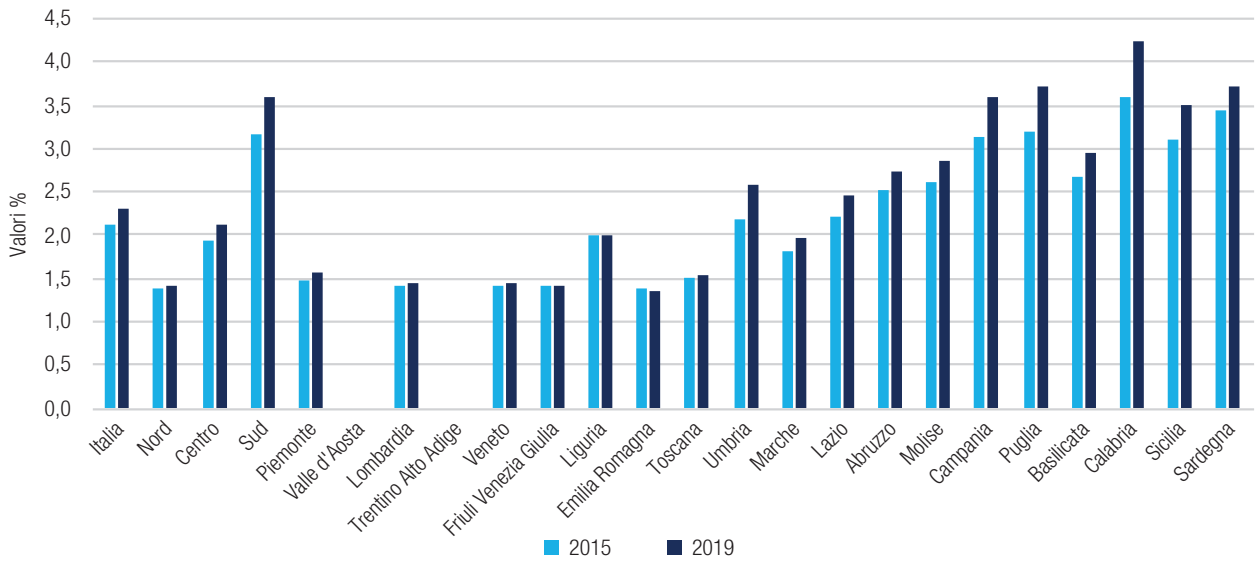
La prestazione è, parimenti, compatibile con l'indennità di accompagnamento ed è altresì erogabile se l'invalido è ricoverato in un istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

Figura 12.6. Beneficiari di pensione di invalidità civile



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.7. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità civile su popolazione 18-65



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Da sottolineare, inoltre, che le pensioni di invalidità civile all'età di pensionamento si trasformano in assegni sociali.

Al 1.1.2019 risultano circa 1,0 milioni di beneficiari di pensioni di invalidità civile. Tra il 2009 ed il 2019, il dato ha presentato una crescita del 17,7% (+1,6% medio annuo): nell'ultimo anno si è verificata una crescita dell'1,5% (Figura 12.6.).

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione di età compresa tra i 18 e i 65 anni è pari al 2,6% a livello nazionale, in crescita di 0,3 punti percentuali rispetto al 2015.

A livello regionale si passa dal 4,8% della Calabria (+0,8 punti percentuali nel periodo 2015-2019), seguita da Puglia (4,2%) e Sardegna (4,1%) (rispettivamente +0,7 e +0,4 punti percentuali), all'1,6% di Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna (tutte tendenzialmente stabili nel periodo di analisi).

Tra le Regioni settentrionali l'incidenza di beneficiari è massima in Liguria (2,3%) e minima nelle cennate Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna; tra quelle centrali l'indicatore raggiunge il suo valore più alto in Umbria (3,0%) e quello minore in Toscana (1,8%); nel meridione, invece, si passa dal 3,2% dell'Abruzzo al dato citato della Calabria (Figura 12.7.).

Dai dati sopra esposti risulta, pertanto, evidente che nelle Regioni della ripartizione settentrionale si raggiungono tassi mediamente più bassi (1,6% in aumento di +0,3 punti percentuali rispetto al 2015) rispetto a quelli delle rimanenti ripartizioni ed in particolar modo in confronto a quelli delle Regioni meridionali che hanno raggiunto nel 2019 il 4,0%, con una crescita di 0,6 punti percentuali nell'arco temporale analizzato.

L'incidenza di donne che beneficiano di pensioni di invalidità è del 53,4%. Nel 2019, la quota di donne è stata massima in Umbria dove ha raggiunto il 57,8% e minima in Lombardia e Piemonte essendosi fermata rispettivamente al 51,1% e al 51,4% (Figura 12.8.). In ogni caso, sul fronte delle pensioni di invalidità civile, le differenze di genere, pur rimanendo evidenti in alcune Regioni centrali e meridionali, sono assai meno marcate rispetto alla precedente dimensione di analisi.

Nel 2019, il 2,8% delle donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni riceve la pensione di invalidità civile contro il 2,4% dei coetanei maschi.

Le "scarse" differenze di genere nella compo-

sizione della popolazione appartenente alla classe 18-65 tendono, pertanto, a giustificare la diversa distribuzione per genere del beneficio economico in oggetto, ma non giustificano le differenze osservabili nei tassi: in particolare, per quanto riguarda il genere femminile, nel 2019, il 4,3% delle donne residenti nel Sud beneficia di una pensione di invalidità civile contro il 2,6% del Centro e l'1,7% del Nord. Analoga considerazione può essere fatta con riferimento al genere maschile: 3,8% al Sud vs 2,2% del Centro e 1,5% del Nord (Figura 12.9.).

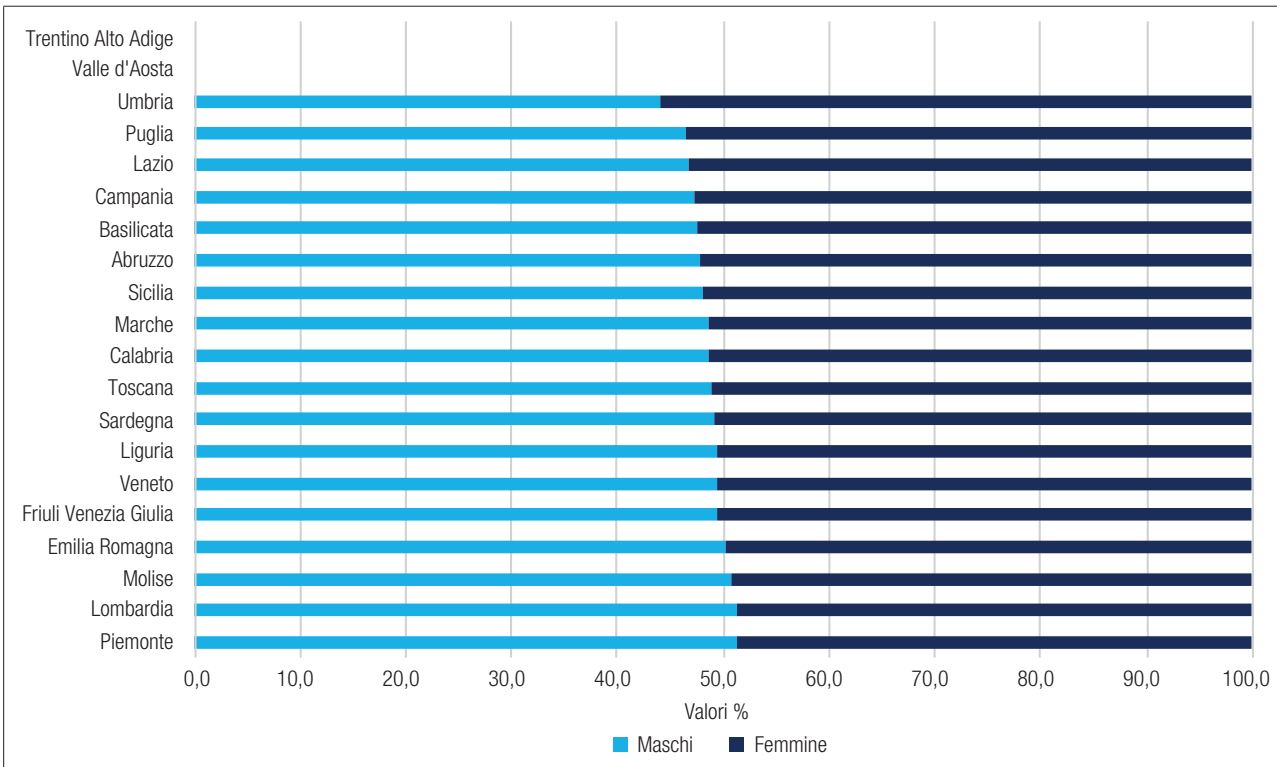
Per quanto sopra potremmo, pertanto, concludere che sia le donne che gli uomini del Sud si invalidano di più rispetto ai loro coetanei residenti nelle altre ripartizioni o che pur avendo lo stesso tasso di disabilità, avendo redditi mediamente più bassi hanno, di conseguenza, un accesso "preferenziale" alla pensione di invalidità civile trattandosi di una misura a sostegno della non autosufficienza ancorata a limiti reddituali.

In termini di spesa, l'onere complessivo 2018, per le pensioni di invalidità civile è stato di € 3,8 mld., valore tendenzialmente stabile rispetto al 2010 (-0,1%), ma in crescita del 4,5% in confronto all'anno precedente (+ € 163,0 mln.) (Figura 12.10.).

La spesa, tuttavia, oltre ad essere influenzata dal numero dei percettori e dall'indennità media corrisposta (che tutti gli anni viene adeguata al tasso di inflazione), in alcuni anni è fortemente dipendente dallo "smaltimento" degli arretrati.

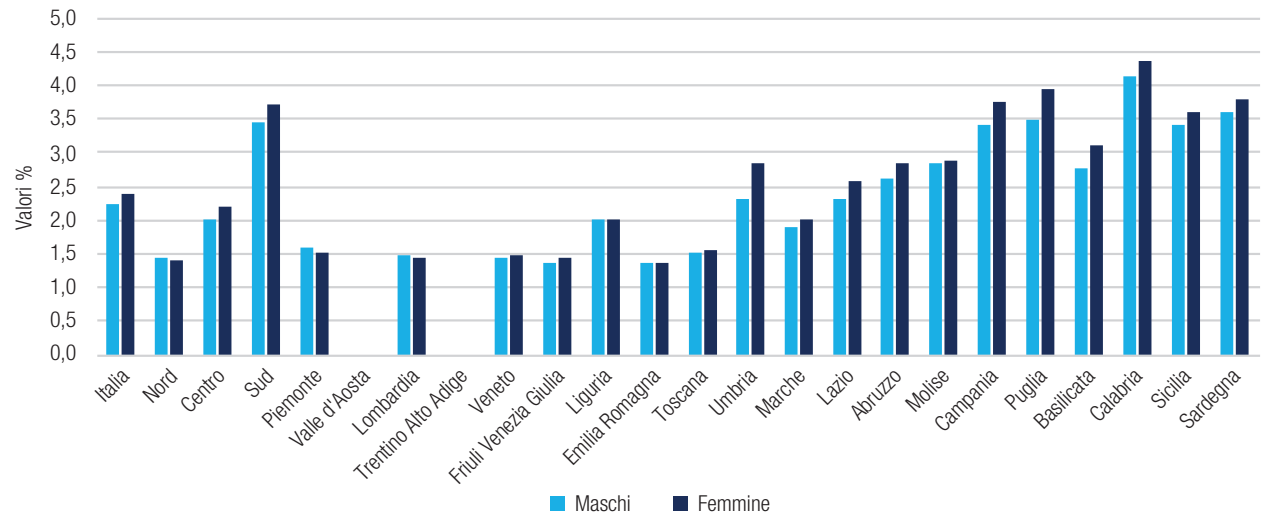
In definitiva, pertanto, cresce il numero delle pensioni corrisposte per effetto dei mutamenti demografici in atto, mentre la spesa non in tutti gli anni analizzati segue il segno dei benefici corrisposti, per effetto della liquidazione degli arretrati; inoltre, le differenze regionali osservabili nei tassi, se non possono essere spiegate dalla diversa composizione della popolazione, sono però determinate dalla diversa capacità reddituale che contraddistingue le varie ripartizioni e dal diverso (sia geograficamente, sia a livello di genere) livello di occupazione osservabile.

Figura 12.8. Distribuzione dei beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere. anno 2019



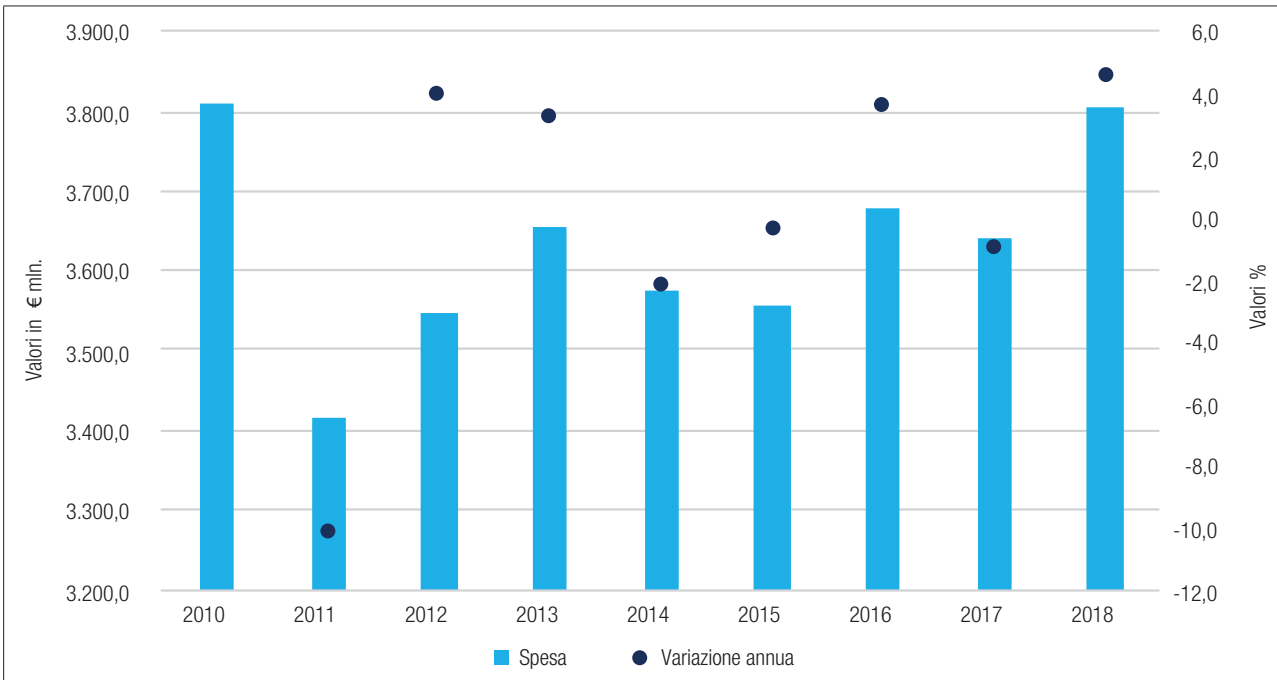
Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.9. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere: incidenza su popolazione 18-65. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.10. Pensioni di invalidità civile: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

12.4. Pensioni di invalidità

Le pensioni di invalidità comprendono gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984. In particolare, la pensione di invalidità è una prestazione economica a favore dei soggetti ai quali è stata riconosciuta una riduzione parziale della capacità lavorativa (dal 74,0% al 99,0%) e con un reddito inferiore alle soglie previste annualmente dalla legge. La pensione di inabilità, invece, è una prestazione economica, erogata in favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'asso-

luta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa: hanno diritto alla pensione di inabilità i lavoratori dipendenti, quelli autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri) e gli iscritti alla Gestione Separata.

A differenza dell'invalidità civile, le pensioni di invalidità della gestione IVS (Invalidità, Vecchiaia, Superstiti) rappresentano una prestazione "*border line*" rispetto al perimetro di interesse del Rapporto Sanità, essendo caratterizzate fortemente da elementi di stampo prettamente previdenziale.

Con il caveat espresso, sono considerati i soli beneficiari di età inferiore a 65 anni, ipotizzando che per gli anziani si tratta di una prestazione strettamente previdenziale (la pensione).

Al 1.1.2019 risultano poco più di 354.000 pensioni di invalidità (considerando sia gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984) erogate a beneficiari di età 18-65 anni.

Rispetto al 2015 la platea è aumentata di 1.881 pensioni (+0,5%).

In particolare, il complesso delle pensioni di invalidità è costituito per l'84,4% dagli assegni di invalidità (4,2 punti percentuali in più rispetto al 2015), seguono le pensioni di inabilità con il 13,7% (-1,7 punti percentuali rispetto al 2015) e, infine le pensioni di invalidità ante 1984 con il residuale 1,9% (-2,5 punti percentuali rispetto al 2015) (Figura 12.11.).

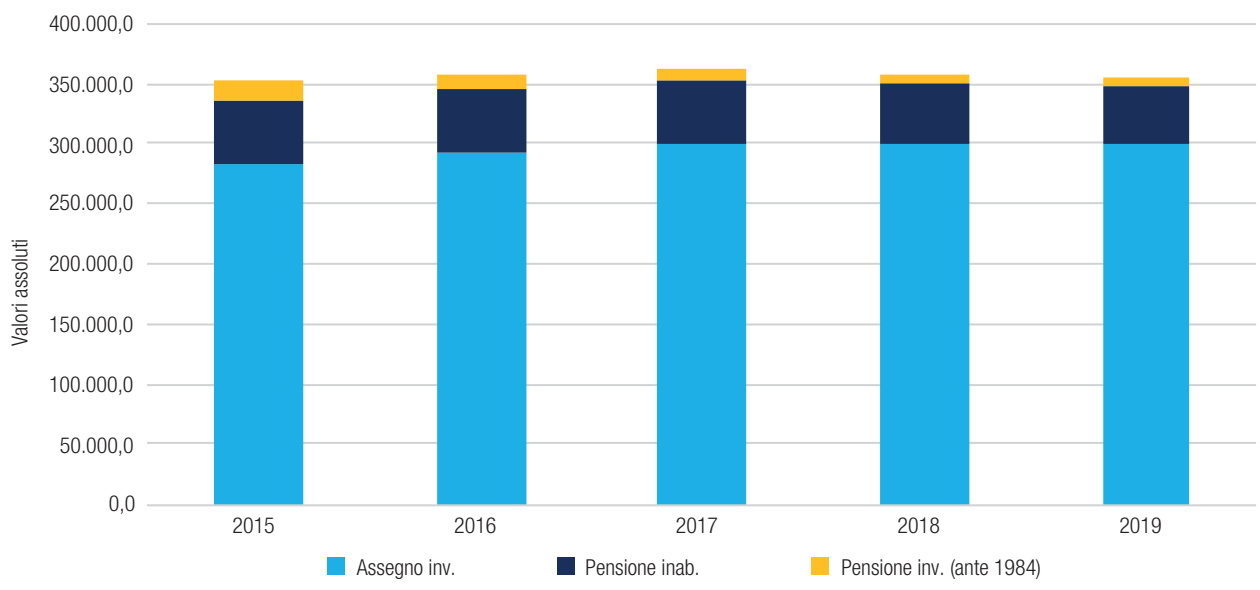
L'incidenza di beneficiari sulla popolazione 18-65 è pari allo 0,9% a livello nazionale, valore tendenzialmente stabile rispetto al 2015.

A livello regionale si osserva una forte variabilità dell'incidenza dei beneficiari, sebbene senza un definito gradiente geografico: si passa dal 2,1% dell'Umbria (+0,3 punti percentuali rispetto al 2015) e dal 2,0% della Calabria (+0,1 punti percentuali) al valore minimo di Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia dove il predetto tasso raggiunge lo 0,7% mantenendosi, peraltro, fondamentalmente inalterato rispetto al 2015.

Tra le Regioni della ripartizione settentrionale, il tasso massimo si registra in Valle d'Aosta dove raggiunge l'1,5%, mentre quello minimo si riferisce al dato citato di Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia; nel Centro si va dal valore cennato dell'Umbria, allo 0,8% di Lazio e Toscana; tra le Regioni meridionali, invece, si passa dal valore della Calabria allo 0,8% della Sicilia.

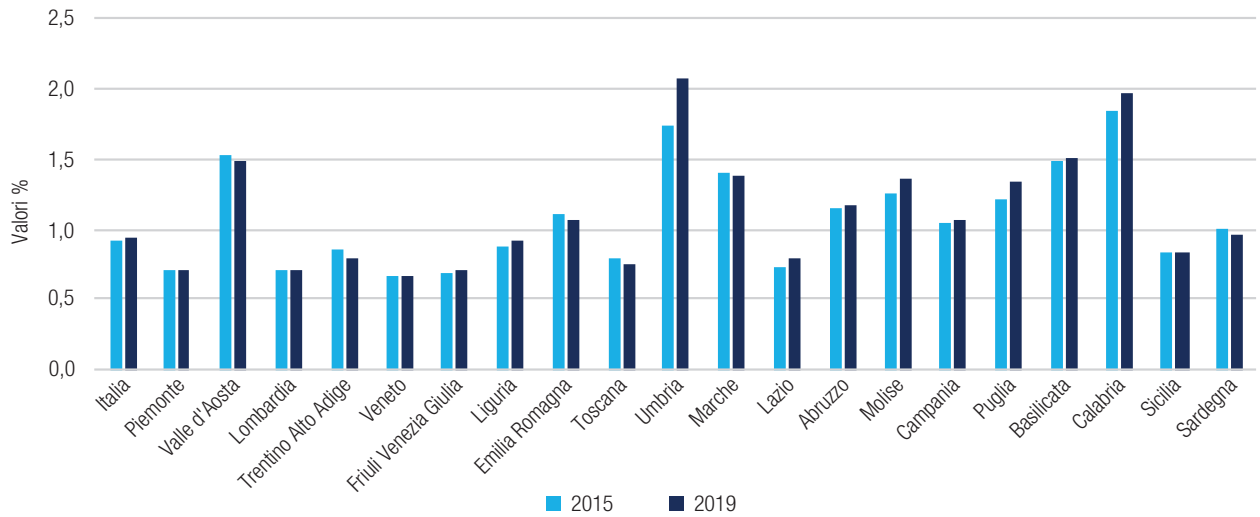
In ogni caso, con l'unica eccezione di Umbria, Lazio, Molise, Puglia e Calabria, i tassi tra il 2015 ed il 2019 si sono mantenuti sostanzialmente inalterati.

Figura 12.11. Beneficiari di pensioni di invalidità



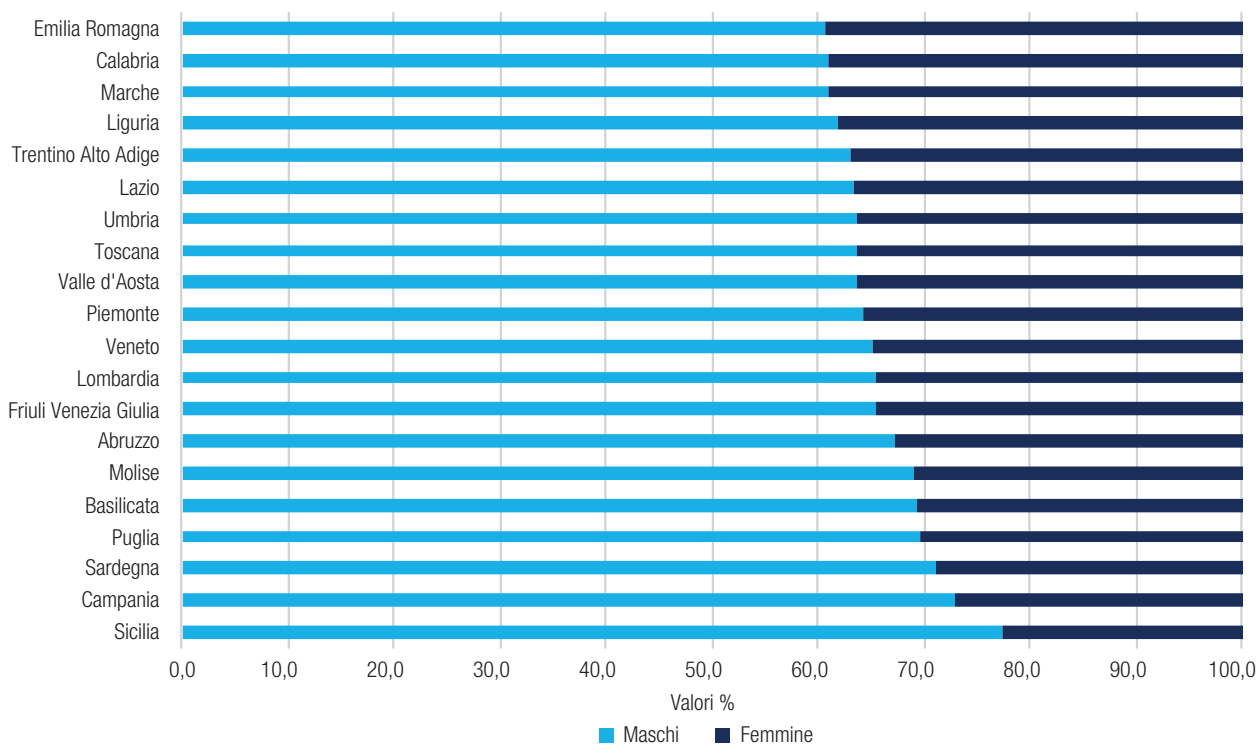
Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.12. Incidenza beneficiari di pensioni di invalidità su popolazione 18-65



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.13. Distribuzione dei beneficiari di pensioni di invalidità di 18-65 anni per genere. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

I beneficiari di pensioni di invalidità di età compresa tra i 18 e i 65 anni sono prevalentemente uomini (66,5%), con un gradiente tra le diverse ripartizioni: nelle Regioni settentrionali il 63,8% dei beneficiari delle pensioni di invalidità appartiene al genere maschile, in quelle centrali tale quota scende al 63,1%,

mentre in quelle meridionali il valore dell'indicatore raggiunge il 70,4%. In particolare, tra le Regioni del Nord la quota di donne beneficiarie di pensioni di invalidità è massima in Emilia Romagna (39,4%) e minima in Friuli Venezia Giulia (34,4%); tra quelle centrali, invece, il richiamato indicatore tocca il suo valore massimo nelle Marche (38,9%) e minimo nel Lazio (36,6%); infine, tra quelle meridionali il valore massimo è stato riportato dalla Calabria (39,0%) e quello più basso dalla Sicilia (22,6%) (Figura 12.12.).

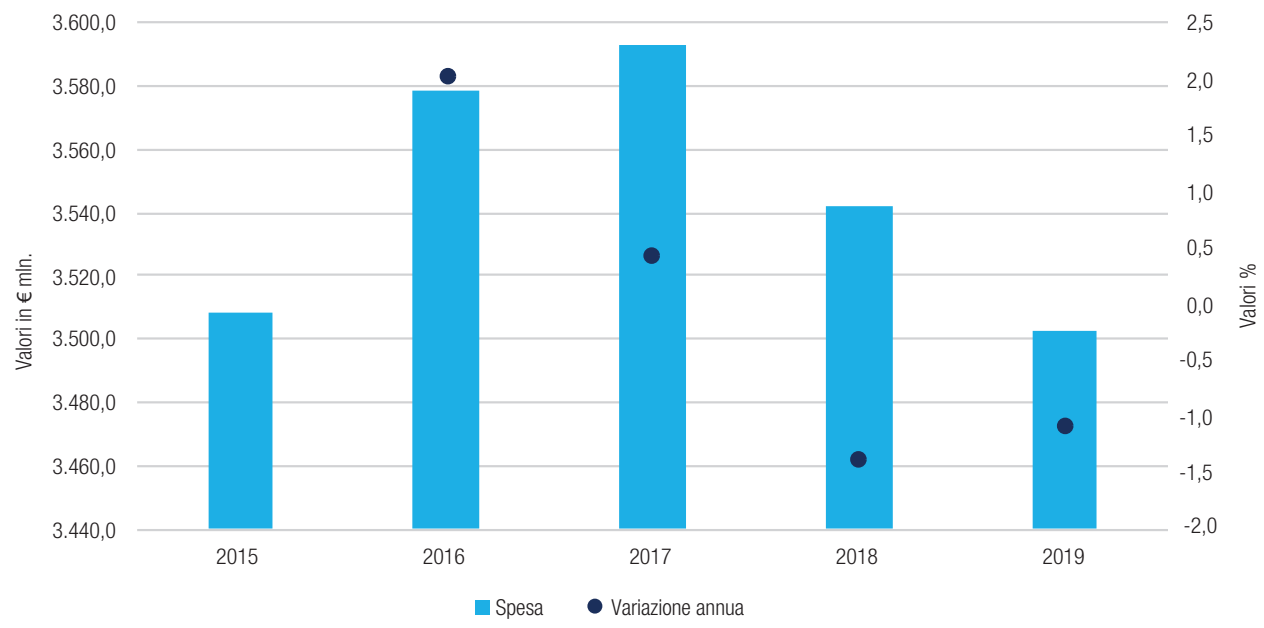
Il fatto che tale misura economica sia maggiormente "concentrata" sul genere maschile è giustificata dalla considerazione che, nel loro insieme, si tratta di misure a favore di lavoratori per i quali sia stata accertata una inabilità totale o parziale allo svolgimento dell'attività lavorativa: i lavoratori appartenenti al genere maschile sono in numero maggiore delle donne (Figura 12.13.).

In termini di spesa, la proiezione all'anno 2019[2] dell'onere per le pensioni è pari a € 3,5 mld., con un decremento di circa 6,4 mln. dal 2015 (-0,2%) e dell'1,1% nell'ultimo anno (Figura 12.14.).

Anche in questo caso, l'andamento della spesa potrebbe è influenzato nei diversi anni dalla liquidazione degli arretrati.

In definitiva, il numero dei percettori della pensione di invalidità è rimasto sostanzialmente inalterato nel periodo 2015-2019 anche a causa del progressivo "esaurimento" delle pensioni di invalidità ante 1984. Sono, tuttavia, apprezzabili differenze di genere nel riconoscimento del beneficio, legate in particolar modo alla diversa composizione del mercato del lavoro; meno spiegabili appaiono le differenze regionali nei tassi di incidenza; sono di più i lavoratori del Centro-Sud che nel corso della loro vita lavorativa tendono ad invalidarsi rispetto a quelli residenti nel Nord.

Figura 12.14. Pensioni di invalidità: spesa annua



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

[2] Si tratta della spesa che l'INPS presume di sostenere nell'anno sulla base delle pensioni in essere al 1° Gennaio 2019. Per maggiori approfondimenti si rimanda all'Osservatorio sulle Pensioni erogate dall'INPS

12.5. Oneri permessi L. n. 104/1992

Grazie alla L. n. 104/1992 le persone disabili e le loro famiglie possono avvalersi, tra l'altro, della facoltà di usufruire di periodi di assenza retribuiti dal lavoro, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti, per esempio, per la maternità.

La finalità è quella di garantire il pieno rispetto della dignità umana ed i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella Società.

L'applicazione del principio è declinata all'art.3 della richiamata legge, dove viene specificato che gli aventi diritto sono «… *coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione*».

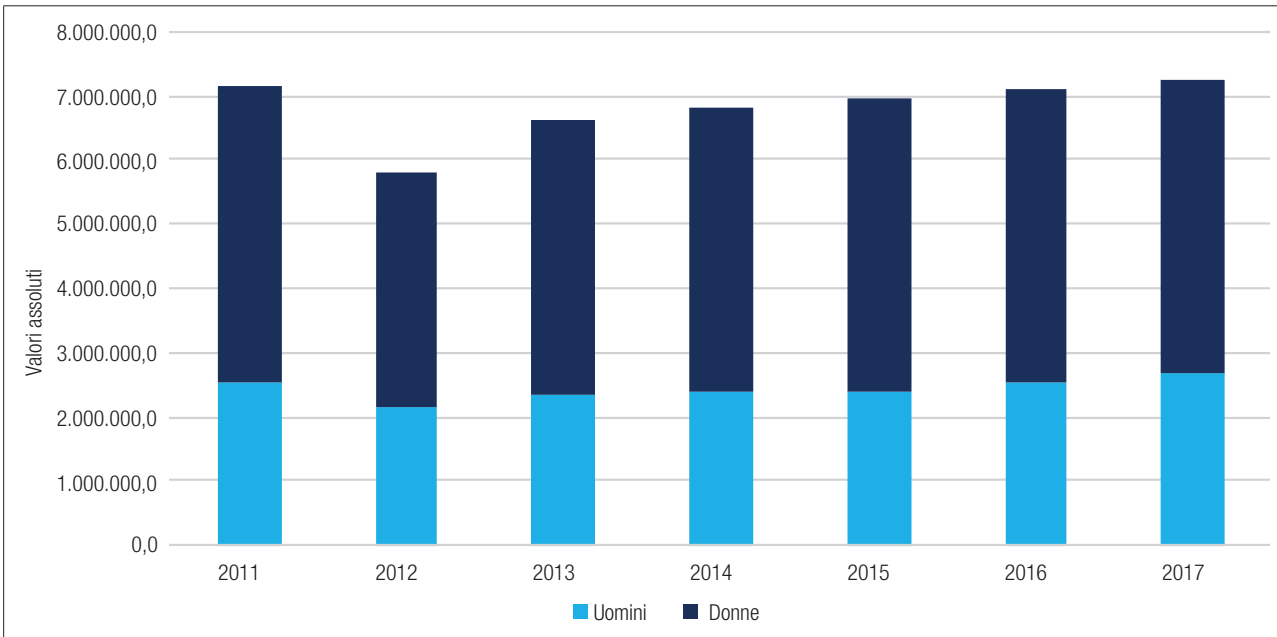
Nello specifico, i permessi retribuiti spettano, secondo quanto stabilisce la normativa, ai parenti entro il terzo grado ed ai disabili stessi. Ai lavoratori disabili spettano riposi orari giornalieri di 1 ora o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro oppure tre giorni di permesso mensile; ai genitori di figli disabili spettano tre giorni di permesso mensili, anche frazionabili in ore oppure il prolungamento del congedo parentale o, ancora, 2 ore al giorno in caso di orario lavorativo pari o superiore a 6 ore e un'ora in caso di orario lavorativo inferiore a 6 ore.

Passando all'onere derivante dalla norma, osserviamo che nel 2017 sono 7,2 milioni i permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico (non siamo in grado di discernere la natura della minorazione e neppure, per il settore pubblico, la tipologia di permesso, ovvero personale, piuttosto che familiare). Le giornate di permesso sono aumentate dello 0,7% rispetto al 2011 e del 2,0% sull'anno precedente.

Ad usufruire maggiormente dei citati permessi in tutti gli anni analizzati (2011-2017) sono state le donne (Figura 12.15.).

In termini percentuali, le donne dipendenti del settore pubblico usufruiscono di circa il 63,0% della totalità dei permessi; il dato è in diminuzione di 1,4 punti percentuali fra il 2011 e il 2017 (Figura 12.16.).

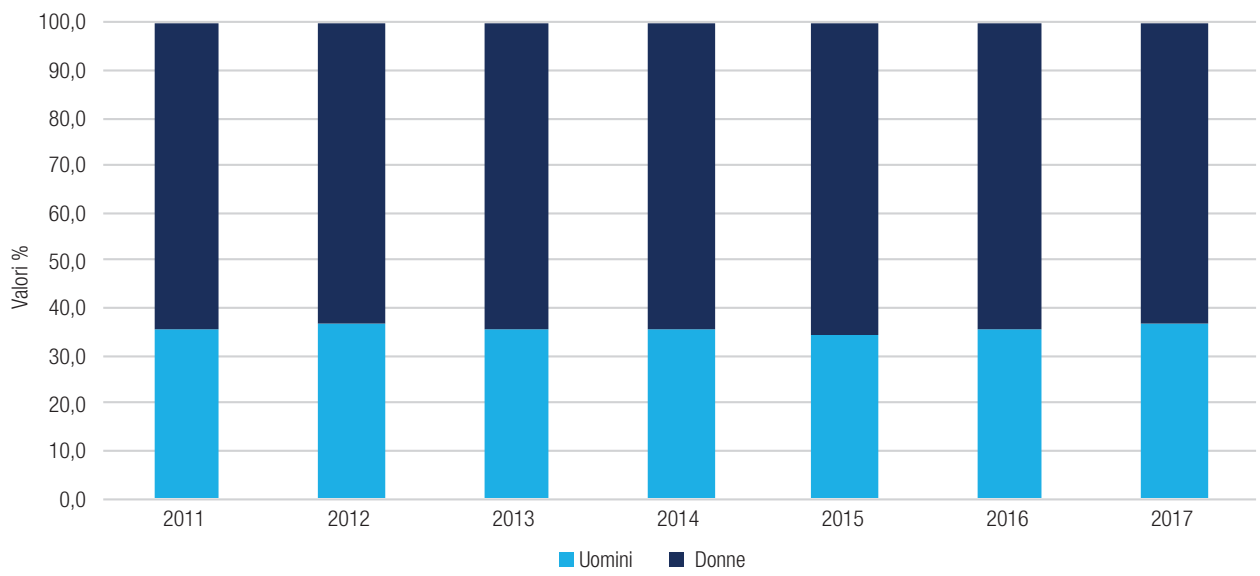
Figura 12.15. Permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

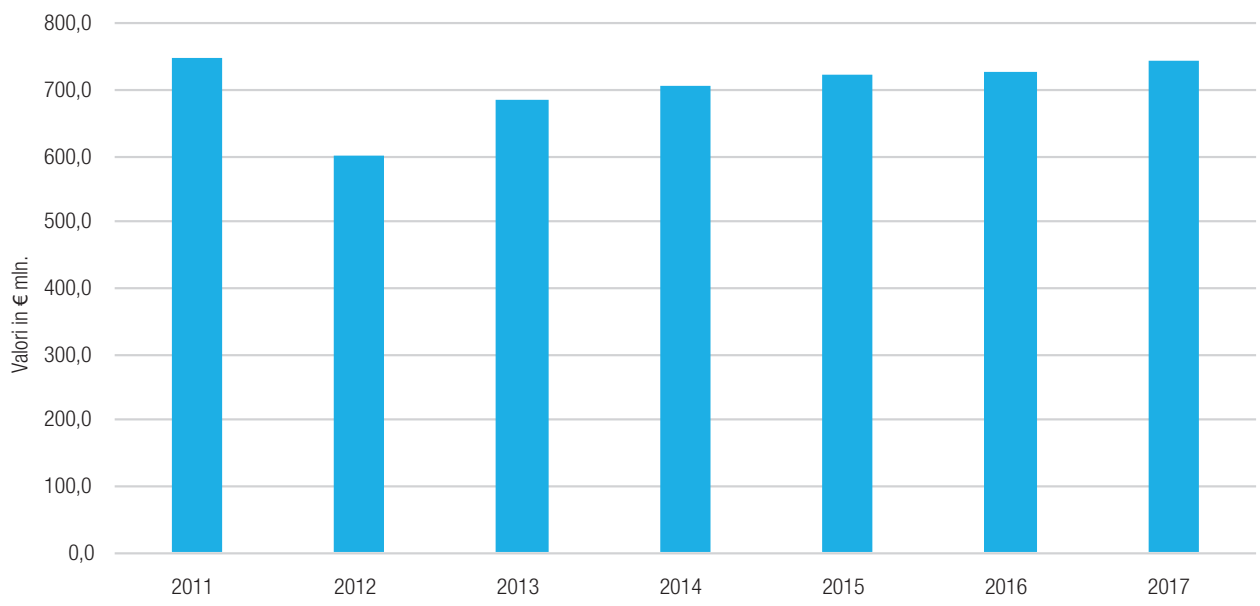
Considerando il rapporto tra lo stipendio annuale (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative in un anno (260 giorni), e ottenendo in tal modo la retribuzione media giornaliera, possiamo moltiplicarla per il numero dei permessi stimando che, nel settore pubblico, l'onere, per il 2017, sia stato di € 743,7 mln. in riduzione dello 0,3% in confronto al 2011 ma in aumento del 2,0% rispetto all'anno precedente quando la spesa si è fermata a quota € 729,0 mln. (Figura 12.17.).

Figura 12.16. Composizione permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.17. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992



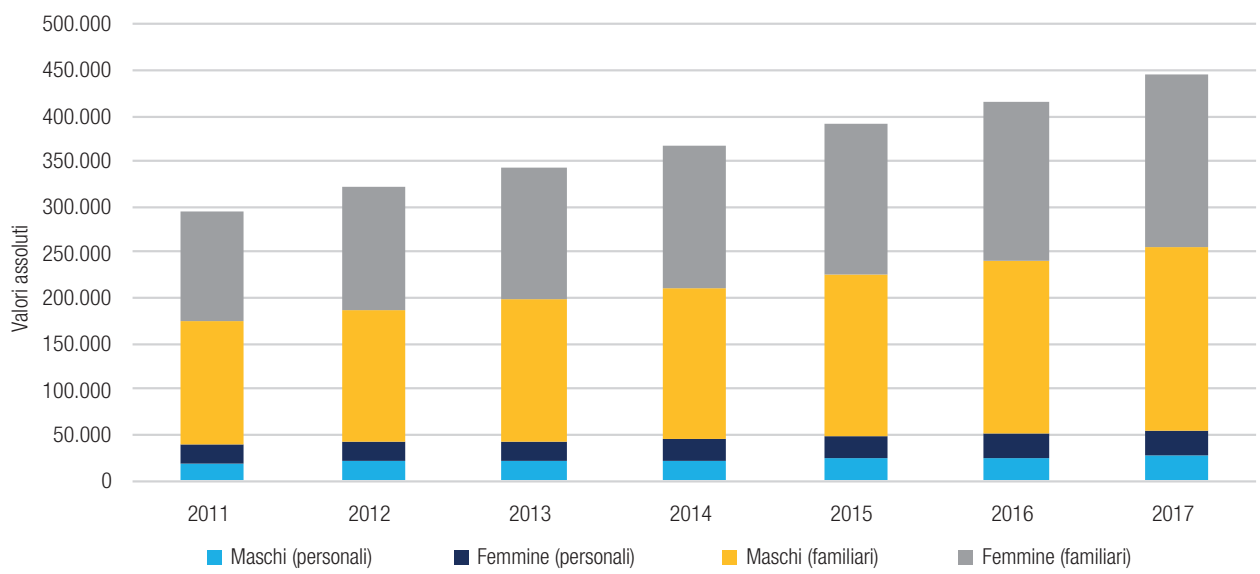
Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel settore privato, sempre nel 2017, risultano 444.446 beneficiari di permessi; rispetto al 2011 i beneficiari sono aumentati di circa 150.000 unità, ovvero del 50,9%.

Di questi beneficiari, quasi 390.000 (ovvero l'87,7%) usufruiscono del permesso per un familiare; solo 54.643 beneficiari ne usufruiscono a titolo personale.

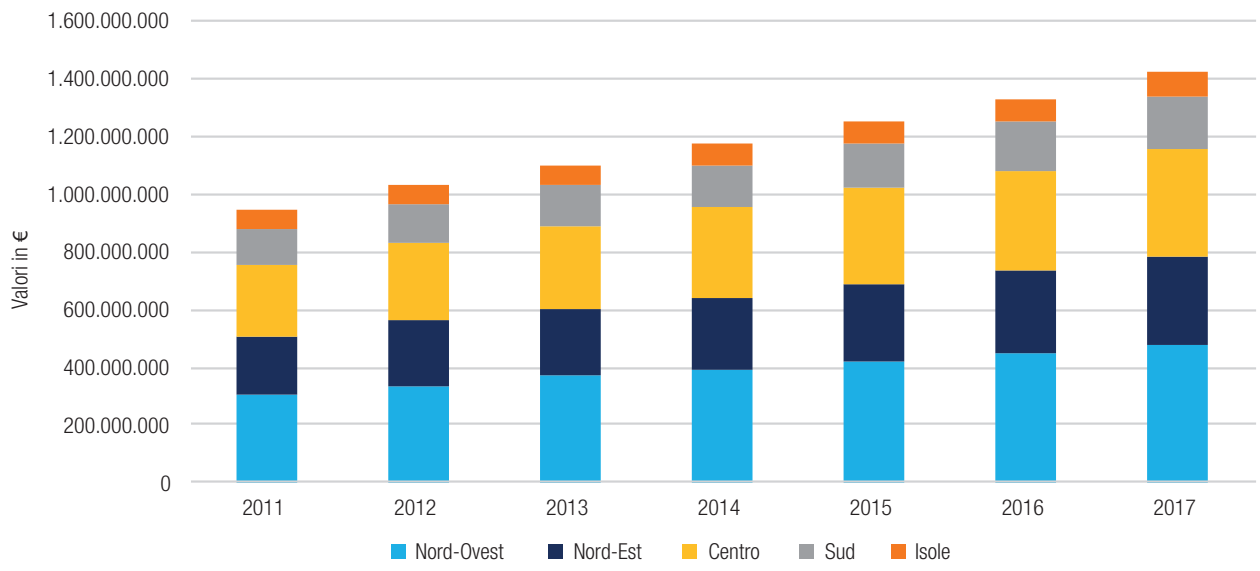
Coloro che usufruiscono di un permesso per un familiare appartengono per lo più al genere maschile; i beneficiari a titolo personale, invece, sono lievemente di più donne (Figura 12.18.).

Figura 12.18. Beneficiari permessi ex L. n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 12.19. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno e ripartizione: settore privato



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Ipotizzando che ciascun beneficiario usufruisca in media di 3 permessi mensili, nel 2017, si stimano circa 16 milioni di giornate di permesso, in aumento di circa il 51,0% rispetto al 2011 e del 6,8% in confronto al 2016.

Del totale dei permessi così stimati, 2,0 milioni circa sono permessi a titolo personale, mentre la gran parte dei permessi sono usufruiti da un familiare (oltre14 milioni).

Complessivamente, nel settore privato si stima, per il 2017, un onere annuo per i permessi di circa € 1,4 mld., di cui circa € 174,0 mln. per permessi a titolo personale e oltre € 1,2 mld. usufruiti da familiari.

L'onere si distribuisce per € 478,9 mln. nel Nord-Ovest, € 303,3 mln. nel Nord-Est, € 375,3 mln. nel Centro e € 262,6 mln. nel meridione (Figura 12.19.).

Qualora sommassimo i permessi usufruiti nel settore pubblico con quelli goduti nel settore privato, otterremo che mediamente ciascun disabile[3] ha usufruito nel 2017 di circa 6,9 giornate di permesso con un onere annuo medio pari a € 480,6.

12.6. Conclusioni

Complessivamente per le varie provvidenze in denaro analizzate, si spendono (dati all'anno più recente disponibile) € 23,5 mld..

La parte principale, circa il 60% è relativa alle indennità di accompagnamento, che senza dubbio attengono alla copertura di bisogni di non autosufficienza.

Seguono, con il 16,2%, le pensioni di invalidità civile e il 14,9% le pensioni IVS, di cui abbiamo considerato i soli beneficiari sotto i 65 anni.

Infine, il restante 9,2%, è relativo agli oneri connessi ai permessi ex L. n. 104/1992, che in buona parte coprono ancora necessità legate alla malattia e alla disabilità.

Dopo il 2011 si assiste ad un chiaro ridimensionamento dei *trend* di crescita, sia delle indennità che delle pensioni di invalidità; gli oneri per le indennità sono comunque cresciuti di 1,3 mld. dal 2010 (10,3% pari all'1,2% medio annuo); anche la spesa per le pensioni di invalidità civile nell'ultimo anno è cresciuta dello 0,2% (sebbene tendenzialmente stabile rispetto al 2010) così come gli oneri per la L. n. 104/1992 che sono cresciuti nel periodo 2011-2017 del 28,1%, ossia del 4,2% medio annuo.

Queste dinamiche sono il frutto sia dell'aumento dell'indennità medie corrisposte (che annualmente vengono adeguate al tasso di inflazione), che dell'aumento del numero medio dei beneficiari, aumento per buona parte determinato dai mutamenti demografici in atto, ossia dall'invecchiamento della popolazione.

Tuttavia, permangono delle differenze regionali nei tassi di incidenza delle diverse provvidenze economiche, che non trovano una valida giustificazione nella sola demografia. Per quanto attiene all'indennità di accompagnamento i profondi scarti tra ripartizioni potrebbero essere il frutto di scarse attività di prevenzione messe in atto soprattutto nelle Regioni meridionali, oppure potrebbero essere causate da diverse "politiche di accesso" all'ottenimento della provvidenza economica adottate. Sul fronte dell'invalidità civile, le marcate differenze potrebbero essere determinate dalla diversa capacità reddituale della platea dei non autosufficienti. Infine, per quanto riguarda le pensioni di invalidità, le differenze di genere nel riconoscimento del beneficio sono legate in particolar modo alla diversa composizione del mercato del lavoro; meno spiegabili appaiono le differenze regionali nei tassi di incidenza: sono di più i lavoratori del Centro-Sud che nel corso della loro vita lavorativa tendono ad invalidarsi rispetto a quelli residenti nel Nord.

Per quanto sopra, sarebbe opportuno indagare maggiormente su quali potrebbero essere le "reali" cause per le quali la differenza della Regione di residenza si traduce, in alcuni casi, in una più o meno

[3] L'Università Cattolica nell'"Osservatorio sulla Salute delle Regioni italiane" ha stimato che nel 2017 ci fossero 4,5 mln. di disabili

scarsa possibilità di accesso all'ottenimento dei cennati benefici economici.

A parte le criticità sopra esposte, come più volte rimarcato (13° e 14° Rapporto Sanità), il dato più critico rimane quello per cui tali provvidenze non sono gestite all'interno di un disegno coerente e integrato di *welfare*, e principalmente risultano del tutto slegate, sia come gestione che come regolamentazione, dal sistema di tutela legato alla Sanità, con evidenti rischi di inefficienza derivante da duplicazioni e iniquità.

Riferimenti bibliografici

1. INPS (anni vari), Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia Legge n. 104/1992, https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/famiglia/main.html
2. INPS (anni vari), Osservatorio sulle pensioni, complesso delle pensioni vigenti, https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html
3. INPS (anni vari), Osservatorio sulle pensioni, Prestazioni agli Invalidi Civili, https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html
4. INPS (anni vari), Rendiconti generali, https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=0%3b46306%3b46322%3b&lastMenu=46322&iMenu=12&p3=4
5. Legge n. 18/1980

ENGLISH SUMMARY

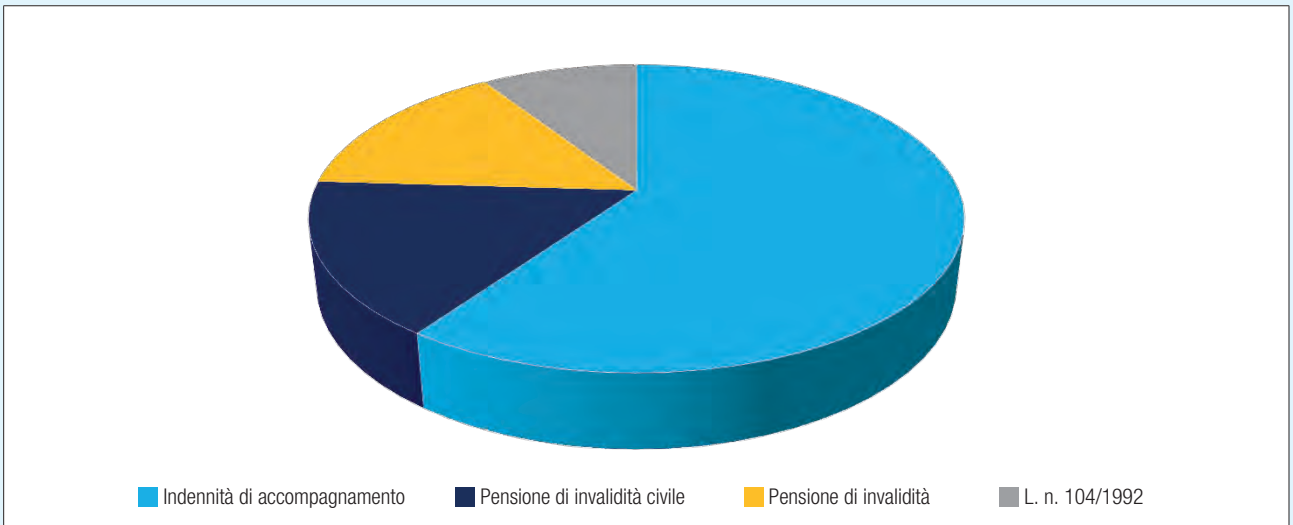
Cost benefits and allowances: the evolution of beneficiaries and charges

In 2018, the total spending for attendance allowances, civil invalidity pensions, disability pensions and paid leaves pursuant to Law No. 104/1992 - analysed as benefits linked to long-term situations of non-self-sufficiency - reached € 23.5 billion, broken down as follows: about 60% for attendance allowances; 16.2% for civil invalidity pensions; 14.9% for disability pensions and the remaining 9.2% for paid leaves pursuant to Law No. 104/1992.

Although, after 2011, there has been a reduction in the growth of both attendance allowances and disability pensions, the spending on the above stated benefits does not yet seem to be under control. In fact, the spending on attendance allowances increased by 2% last year (i.e. by a 5% yearly average between 2010 and 2018). The spending on civil invalidity pensions increased by 0.2% last year (tending to reach the same level as in 2010), while the charges for the benefits associated with Law No. 104/1992 increased by 5.1% last year (i.e. by a 4.2% yearly average in the 2011-2017 period).

Once again, it should be noted that cash benefits, which are significant and almost exclusive in the field of social benefits linked to non-self-sufficiency, are managed separately from the health protection system, with different access criteria that have repercussions on both the equity and economic levels, thus leading to risks of duplication of coverage.

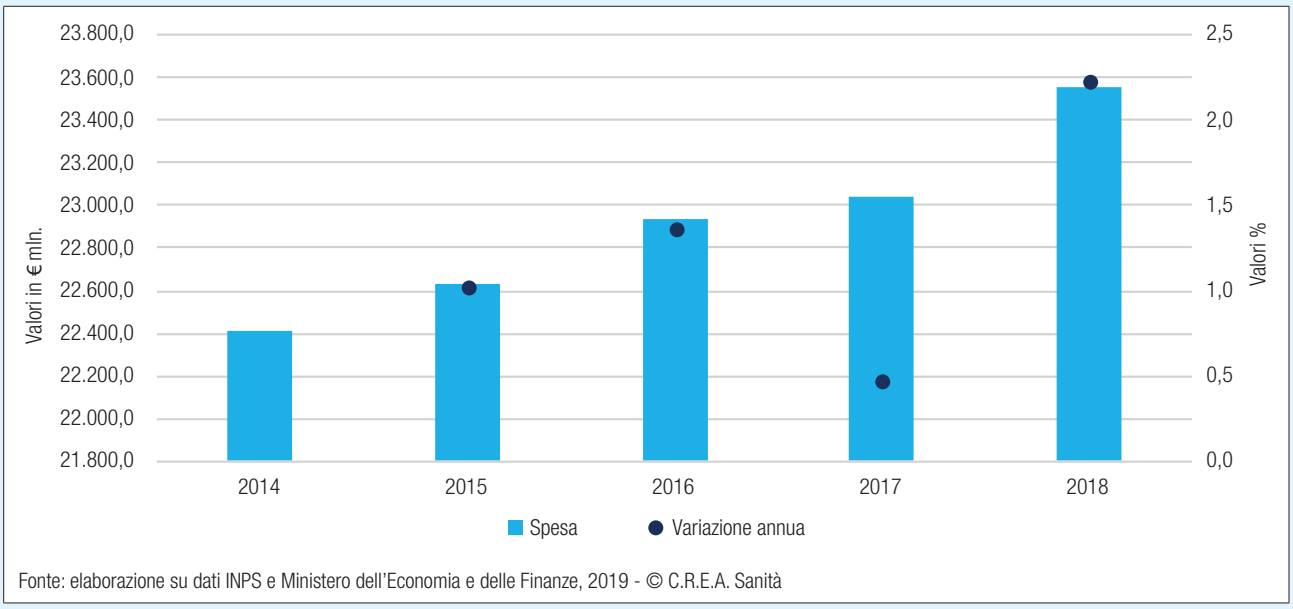
KI 12.1. Composizione spesa per prestazioni in denaro. Anno 2018



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2018 la spesa totale per le indennità di accompagnamento, per le pensioni di invalidità civile, per le pensioni di invalidità (di cui fanno parte gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984) e per i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 ha superato € 23,0 mld. Il 59,8% della spesa totale è attribuibile alle indennità di accompagnamento, il 16,2% alle pensioni di invalidità civile, il 14,9% alle pensioni di invalidità ed il rimanente 9,2% ai permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992.

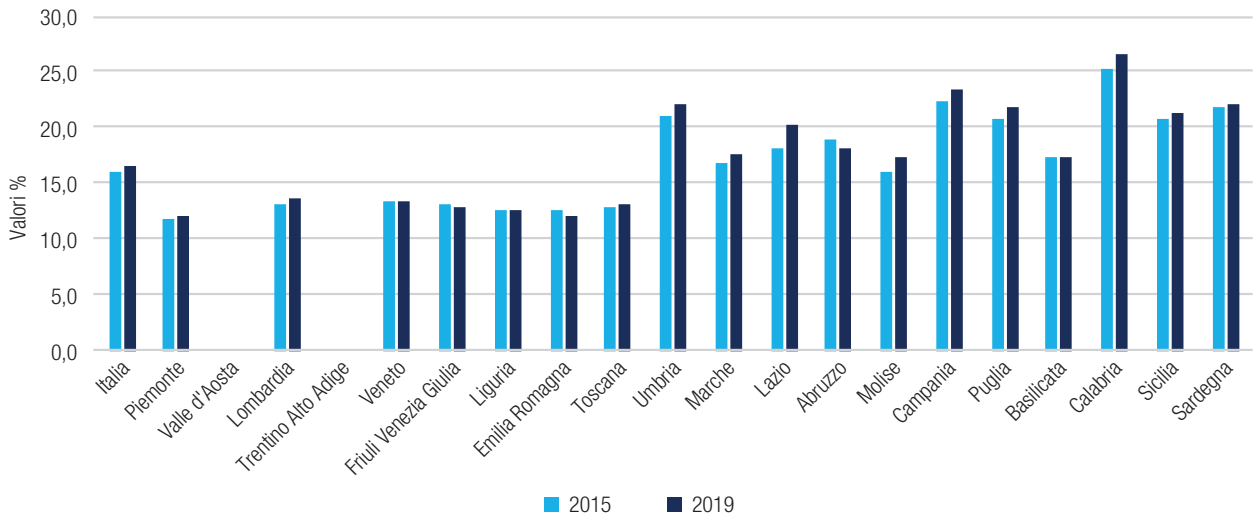
KI 12.2. Prestazioni in denaro: *trend* della spesa



Fonte: elaborazione su dati INPS e Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa per le prestazioni in denaro, nel 2018, ha superato € 23,5 mld., con una crescita di circa 1,1 mld. (ovvero del 5,1%, corrispondente all'1,3% medio annuo) dal 2014; in confronto all'ultimo anno, invece, la crescita è stata del 2,2% (ovvero circa € 500,0 mln.).

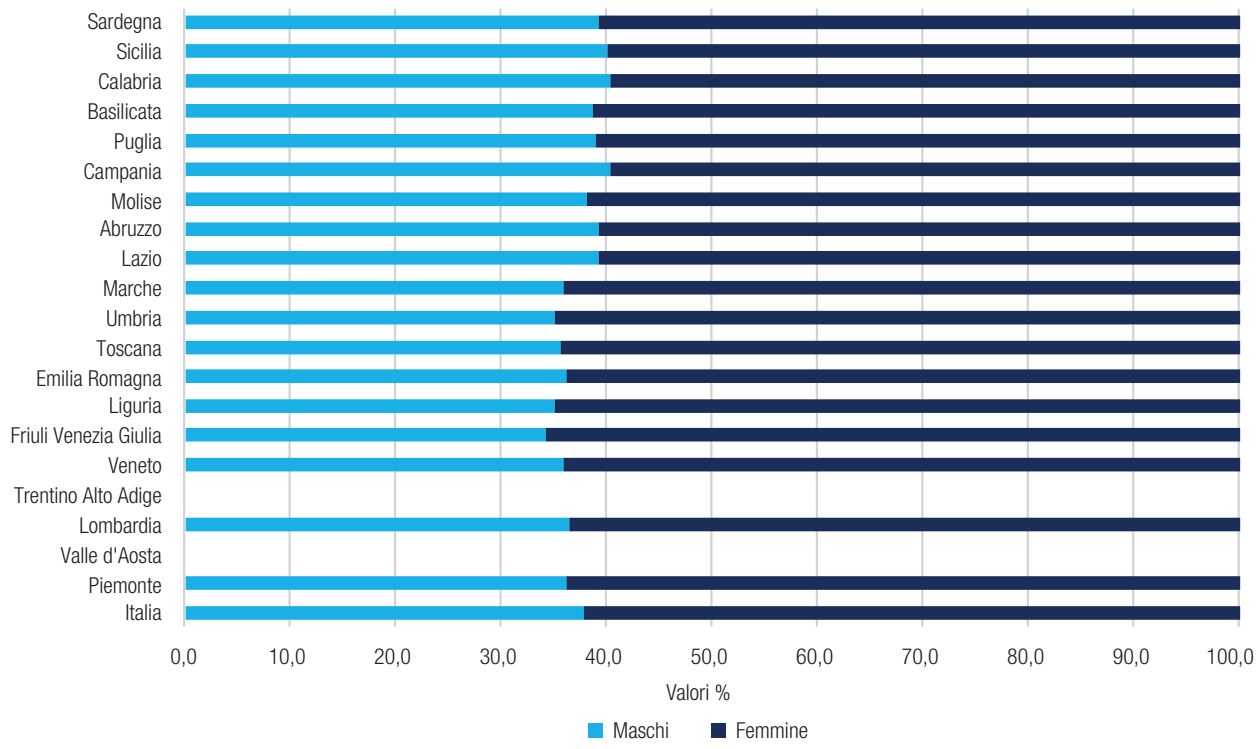
KI 12.3. Incidenza delle indennità di accompagnamento sulla popolazione *over* 65



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L'incidenza di beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione *over* 65 è pari al 16,5%, (+0,5% rispetto al 2015). A livello regionale si passa dal 26,5% della Calabria (+1,3 punti percentuali nel periodo 2015-2019), seguita dalla Campania con il 23,5% (+1,1 punti percentuali) e dall'Umbria con 22,2% (+1,3 punti percentuali), all'11,9% del Piemonte (stabile nel periodo 2015-2019), al 12,1% e al 12,6% rispettivamente di Emilia Romagna e Liguria. Tra le Regioni settentrionali il tasso massimo è stato raggiunto dalla Lombardia con il 13,6%, seguita dal Veneto con il 13,4%; nel meridione si passa dal valore minimo del Molise (17,3%) al dato citato della Calabria.

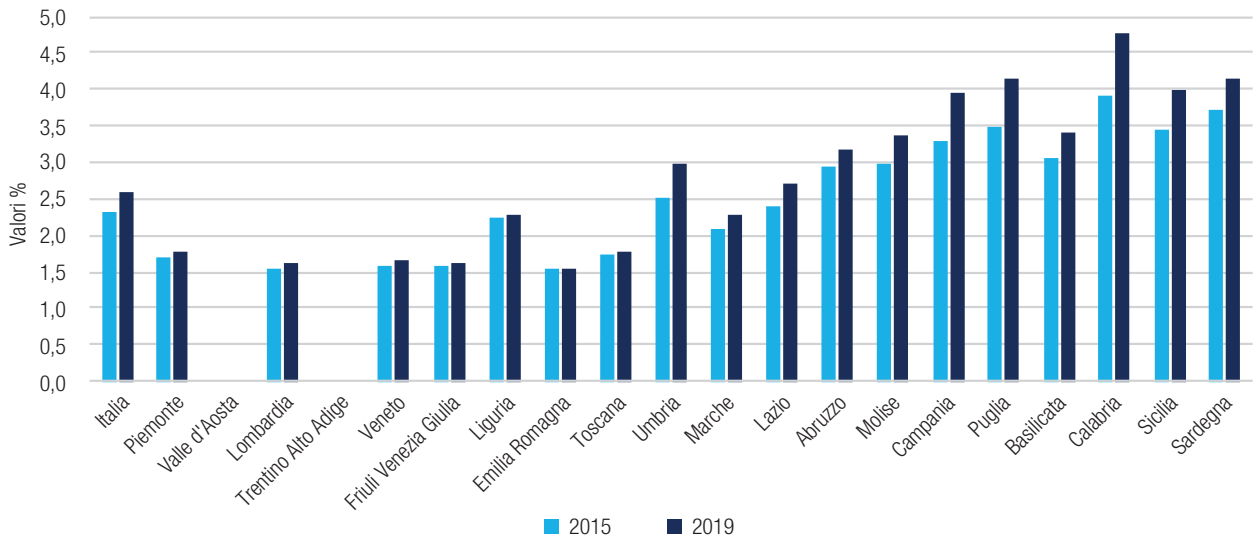
KI 12.4. Indennità di accompagnamento per genere. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

I beneficiari di indennità di accompagnamento sono in prevalenza donne (62,0%), con un gradiente Nord-Sud: nelle Regioni meridionali la quota di indennità erogate a donne è mediamente inferiore. La Campania registra la minore quota di donne (59,6%) e il Friuli Venezia Giulia la massima (65,6%).

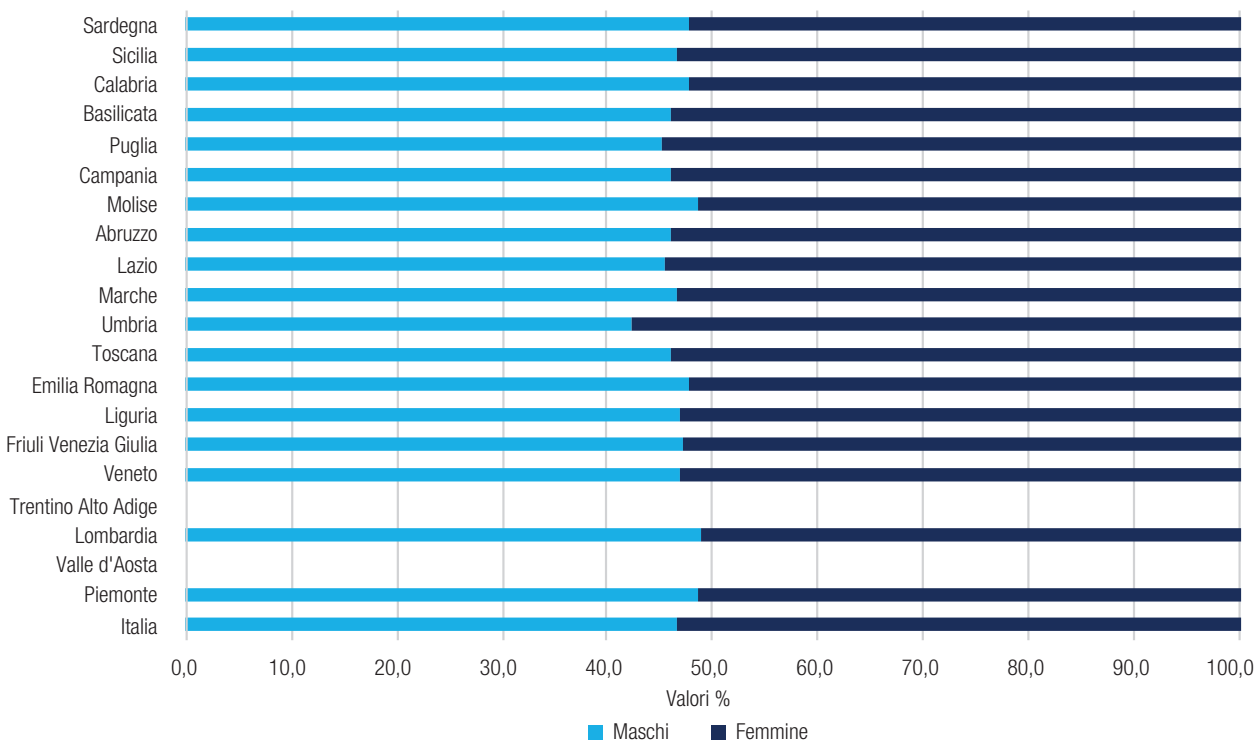
KI 12.5. Incidenza di beneficiari di pensione di invalidità civile sulla popolazione 18-65 anni



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

L'incidenza di beneficiari di pensioni di invalidità civile sulla popolazione 18-65 anni è pari al 2,6%, in crescita di 0,3 punti percentuali rispetto al 2015. A livello regionale si passa dal 4,8% della Calabria (+0,8 punti percentuali nel periodo 2015-2019), seguita dalla Puglia con il 4,2% (+0,7 punti percentuali), all'1,6% di Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna (Veneto e Friuli Venezia Giulia risultano stabili nel periodo, mentre Lombardia e Emilia Romagna crescono di 0,1 punti percentuali).

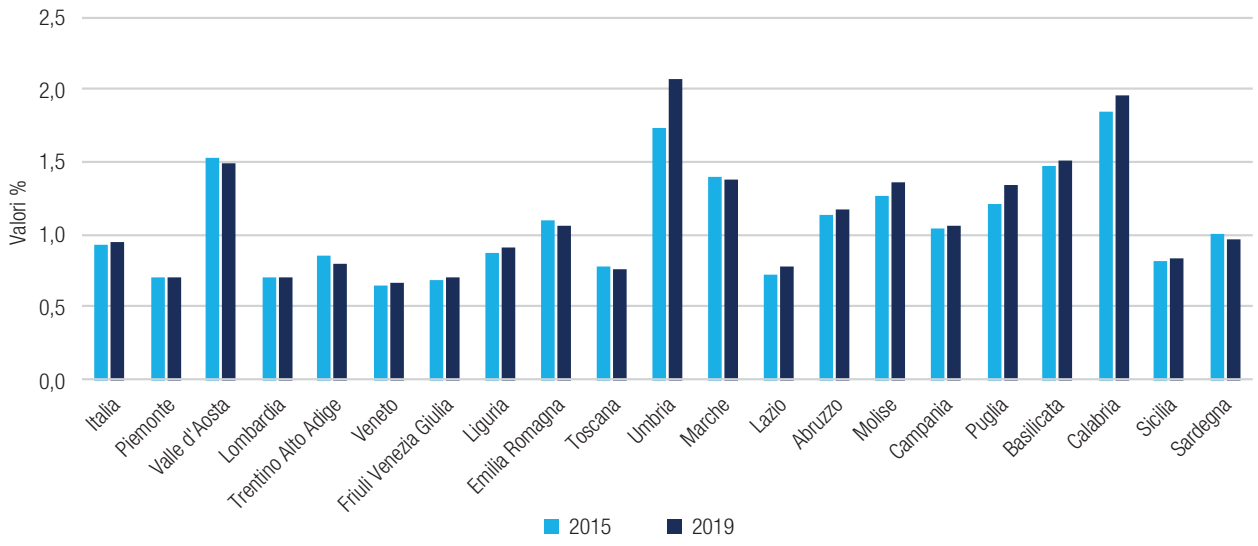
KI 12.6. Pensioni di invalidità civile per genere. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

A beneficiare delle pensioni di invalidità civile sono soprattutto le donne (53,4%). Non sono riscontrabili differenze geografiche rilevanti: si passa dal 57,8% dell'Umbria al 51,1% della Lombardia.

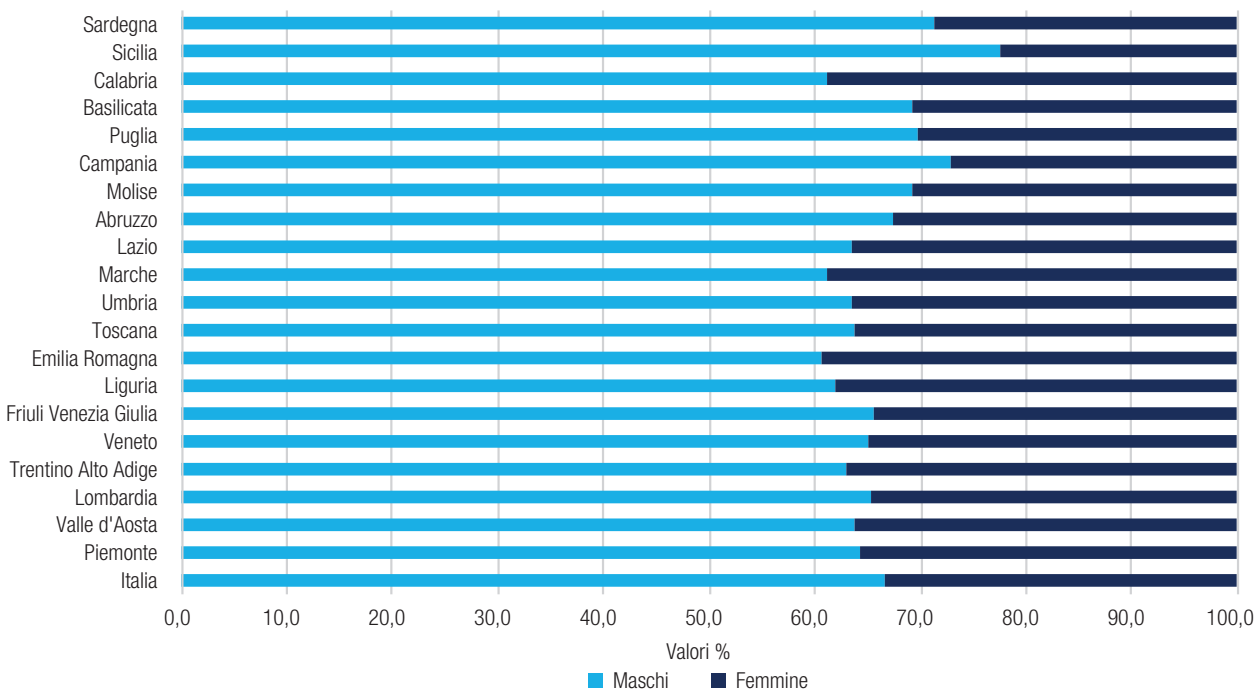
KI 12.7. Incidenza dei beneficiari di pensione di invalidità sulla popolazione 18-65 anni



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L'incidenza di beneficiari di pensione di invalidità sulla popolazione 18-65 anni è pari allo 0,9% a livello nazionale, valore tendenzialmente stabile rispetto al 2015. A livello regionale si passa dal 2,1% dell'Umbria (+0,3 punti percentuali) e dal 2,0% della Calabria (+0,1 punti percentuali) al valore minimo di Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia con lo 0,7% (valore fondamentalmente inalterato rispetto al 2015).

KI 12.8. Pensioni di invalidità per genere. Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati INPS, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

I beneficiari di pensioni di invalidità di età compresa tra i 18 e i 65 anni sono prevalentemente uomini (66,5%), con un gradiente tra le diverse ripartizioni: nelle Regioni settentrionali il 63,8% dei beneficiari delle pensioni di invalidità appartiene al genere maschile, in quelle centrali tale quota scende al 63,1%, mentre in quelle meridionali il valore dell'indicatore raggiunge il 70,4%. In particolare, tra le Regioni del Nord la quota di donne beneficiarie di pensioni di invalidità è massima in Emilia Romagna (39,4%) e minima in Friuli Venezia Giulia (34,4%); tra quelle centrali, invece, il richiamato indicatore tocca il suo valore massimo nelle Marche (38,9%) e minimo nel Lazio (36,6%); infine, tra quelle maridionali il valore massimo è stato riportato dalla Calabria (39,0%) e quello più basso dalla Sicilia (22,6).

Aspetti industriali della Sanità

Industrial aspects of health

13a. L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

English Summary

13b. Evoluzione dell'ICT in Sanità:
questione di metodo e dopo di tecnologia

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 13
Aspetti industriali della Sanità

L'industria italiana delle cosiddette Scienze della Vita (farmaci, dispositivi medici, etc.), costituisce uno dei principali motori di sviluppo del Paese, con elevate risorse destinate alla ricerca e all'innovazione, nonché ampio terreno di sviluppo per le tecnologie digitali. Si tratta della terza industria del Paese, seconda solo al settore degli Alimentari e dell'Edilizia.

Malgrado l'importanza economica del settore sia evidente, va notato che gli esiti di salute delle tecnologie sanitarie ricevono abbondante attenzione in letteratura, mentre i risvolti economici dell'attività di ricerca e produzione delle tecnologie hanno ricevuto relativamente pochi contributi specifici.

Sul versante degli effetti sul sistema economico, ricerca, produzione e distribuzione dei prodotti generano anch'essi *welfare*, creando occupazione (per lo più qualificata), distribuzione di reddito, imposte che alimentano le finanze pubbliche, oltre che con la generazione di nuova conoscenza.

La strategicità del settore per lo sviluppo economico è sintetizzata nell'osservazione del fatto che, nell'ultimo quinquennio, la produzione farmaceutica è cresciuta ad un tasso oltre 4 volte maggiore della crescita del PIL, e quella dei Dispositivi Medici (DM) di oltre 3 volte.

Nel capitolo 13 sono affrontate due tematiche:

- Il dimensionamento dei comparti farmaceutico e dei DM; in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, nel primo contributo sono stati analizzati i principali dati, a livello internazionale e nazionale, relativi ai comparti del farmaceutico e dei dispositivi medici, sul valore del mercato, della produzione, del valore di *import* ed *export, e dell'*occupazione (Capitolo 13a)
- nel secondo contributo si affronta una disamina dell'evoluzione in essere e prospettica del settore dell'ICT in Sanità. Nello specifico vengono analizzate le azioni necessarie per il cambiamento organizzativo legate all'avvento dell'ICT (Capitolo 13b).

Industrial aspects of health

The Italian life sciences industry (drugs, medical devices, etc.) is one of the main drivers of development of the country, with high resources invested in research and innovation, as well as a large involvement of digital technologies.

The industry of the health sector is the third contributing to GDP making (following Foods and Building).

Despite the economic importance of the sector is evident, it should be noted that great attention is paid in literature to the health outcomes of health technologies, while few specific studies have analysed the economic implications of research and production of technologies.

The strategic importance of the sector, is witnessed by the fact that the rate of increase in pharmaceutical production is 4-fold that of the Italian GDP, and that of medical devices 3-fold.

With specific reference to the impact on the economic system, should be noted that research, production and distribution of products generate welfare, by creating jobs (mostly high-skilled ones), distribution of income, taxes that fuel public finances, as well as generating new knowledge.

Chapter 13 deals with two issues:

- *pharmaceutical and medical devices industry sizing; in line with the previous editions, the main international and national data relating to pharmaceutical and medical devices industry about value of the market, production, import and export, as well as employment, are provided. Furthermore, a specific focus on medical devices expenditure and on regional compliance to the planned spending ceiling is provided(Chapter 13a).*
- *the second contribution provides an insight of the present and future impact of ICT technologies on Health. Specifically, the actions necessary for the organizational change linked to the ICTT are analyzed. (Chapter 13b).*

CAPITOLO 13a
L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

d'Angela D.[1], *Carrieri C.*[1]

13a.1. Produzione e dimensione dell'industria

Il settore industriale legato alla Sanità, in Italia, (come in generale in tutti i Paesi sviluppati), è per dimensioni inferiore solo al settore Alimentare e all'Edilizia: il comparto dei farmaci e dispositivi medici (DM) vale € 42,9 mld. in termini di produzione.

Farmaci e DM rappresentano i settori industriali tipici del comparto, ma esiste un ampio e dinamico indotto che spazia dalle soluzioni ICT applicate alla Sanità, alla logistica specializzata.

Rimanendo sui comparti principali, l'industria dei farmaci e quella dei dispositivi medici hanno dimensioni significativamente differenti.

A livello mondiale, il mercato farmaceutico, nel 2018 ha continuato a crescere (+12,0% rispetto all'anno precedente), raggiungendo i € 845,2 mld. (EFPIA, 2019).

Permanendo i *trend* di crescita registrati ad oggi, il mercato mondiale farmaceutico supererà il valore previsto dall'*International Trade Administration* entro il 2020 (€ 1.126 mld.).

La crescita è attribuibile sostanzialmente ai mercati emergenti: nel periodo 2013-2017 il mercato brasiliano, cinese ed indiano hanno riportato un tasso di crescita rispettivamente del +11,5%, del +9,4% e del +11,0%, a fronte di una crescita media del +4,4% del mercato dell'Unione Europea e del +7,3% di quello statunitense (IMS *Health*, 2018).

Nonostante i cambiamenti in atto, all'incirca la metà del mercato mondiale (48,9%) continua a concentrarsi in Nord America; segue l'Europa con il 23,2% ed il Giappone con il 7,4% (EFPIA, 2019).

Secondo i dati IMS *Health*, circa i due terzi (64,1%) delle vendite mondiali di nuovi farmaci lanciati nel periodo 2012-2017 sono state effettuate dal mercato statunitense, a fronte del 18,1% effettuate dal mercato europeo.

La crescita del comparto dei DM è ancora maggiore: +35,0% rispetto all'anno precedente, avendo raggiunto i € 425,9 mld. nel 2017 (*MedTech Europe,* 2019).

Per quanto riguarda il settore dei DM, la suddivisione del mercato mondiale è rimasta pressoché invariata fra il 2016 e il 2017: quello statunitense ne rappresenta circa il 43%, quello europeo il 27% (€ 115,0 mld.) e, infine, quello giapponese circa il 7%.

Anche la crescita registrata in questo settore è superiore alle stime dell'*International Trade Administration,* che prevedevano nel periodo 2016-2020 una crescita del mercato dei DM del 28,4%.

Produzione

Svizzera, Italia, Germania e Francia (in ordine di decrescente) sommano il 51,3% della produzione farmaceutica europea (€ 250,9 mld., in crescita del +1,1% rispetto all'anno precedente).

Nel 2017, l'Italia, con € 31,2 mld di produzione farmaceutica, a livello europeo è seconda solo alla Svizzera (€ 44,9 mld.), ed è seguita dalla Germania (€ 30,6 mld.).

La quota della produzione italiana si è però sensibilmente ridotta rappresentando nel 2017 il 12,4% della produzione europea, contro il 12,9% dell'anno

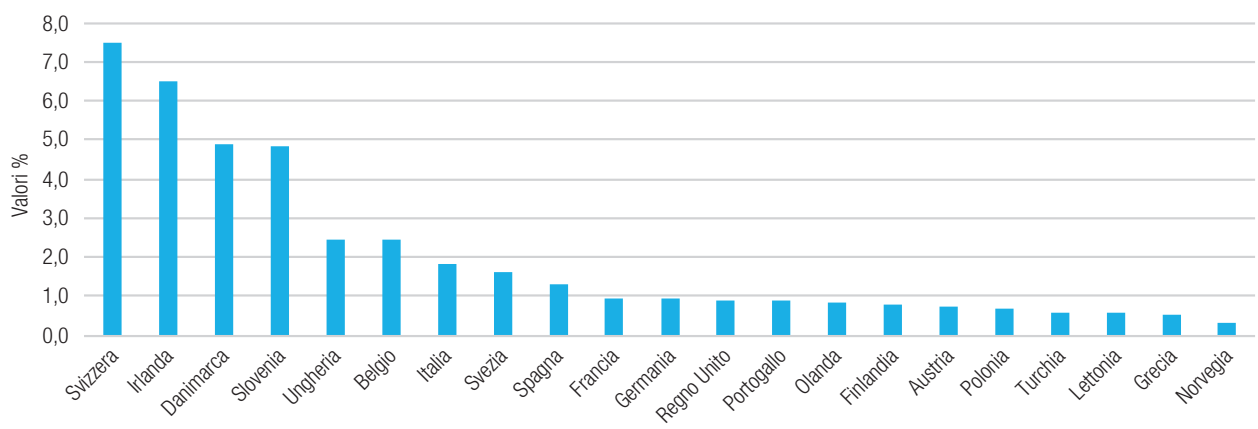
[1] C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

precedente.

Secondo i dati prodotti da Farmindustria, nel 2018, in Italia è comunque continuato il *trend* espansivo della produzione farmaceutica: +7,3% nell'ultimo biennio, raggiungendo i € 32,2 mld. (€ 30,0 mld. nel 2016). Tale dinamica espansiva è attribuita sempre più all'*export*, che ha riportato una crescita del +16,2%, più del doppio rispetto all'anno precedente, e agli investimenti (+4,1% nel 2017, +20,0% in 3 anni).

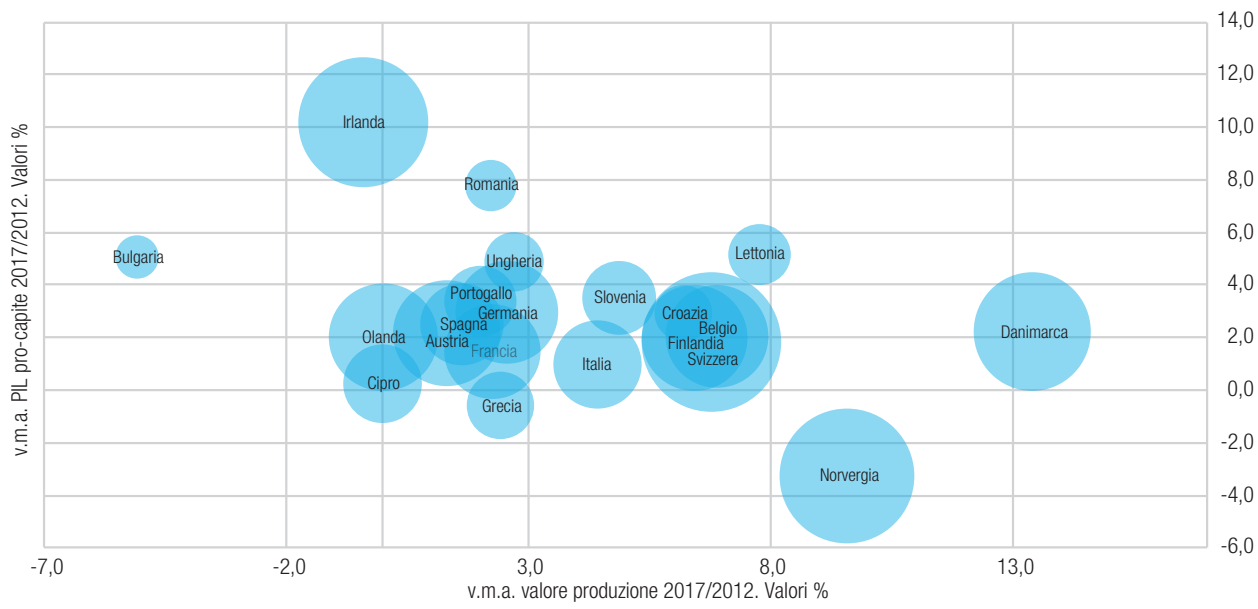
Mentre l'Italia, Germania e Francia hanno continuato ad aumentare il valore della loro produzione (rispettivamente +4,0%, +4,7% e +15,0%), la Svizzera ha registrato una riduzione del valore del -2,9%.

Figura 13a.1. Incidenza della produzione farmaceutica sul PIL. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13a.2. Variazione produzione farmaceutica e PIL

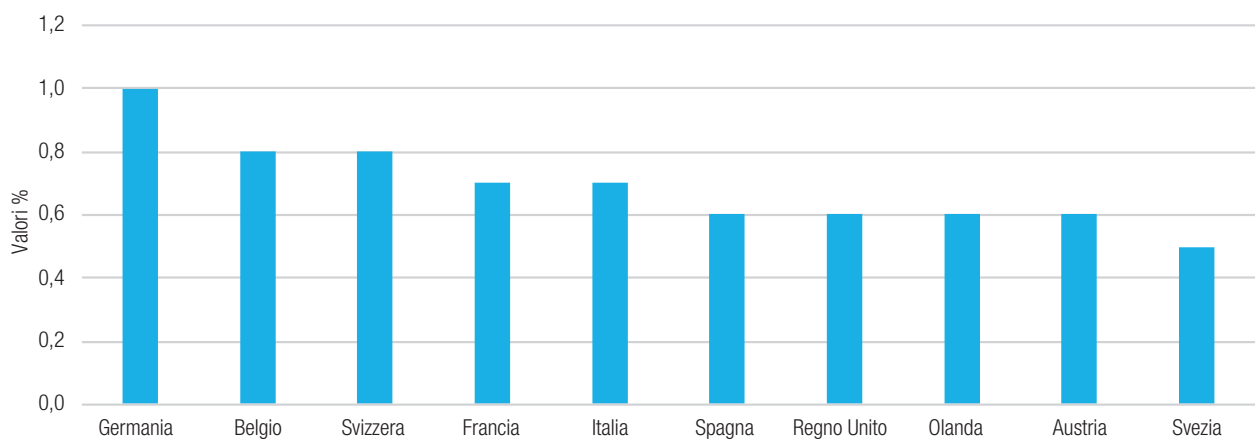


Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il valore della produzione farmaceutica rappresenta in Svizzera l'8,1% del PIL, segue L'Irlanda con il 7,0%, la Danimarca e la Slovenia, rispettivamente con il 5,1% ed il 4,8%, il Belgio con il 3,0% e l'Ungheria con il 2,8%; l'Italia si posiziona tra l'Ungheria e la Svezia (1,7%) con una incidenza del valore della produzione farmaceutica sul PIL pari all'1,8%, a fronte dell'1,7% riscontrato nell'anno precedente (Figura 13a.1.).

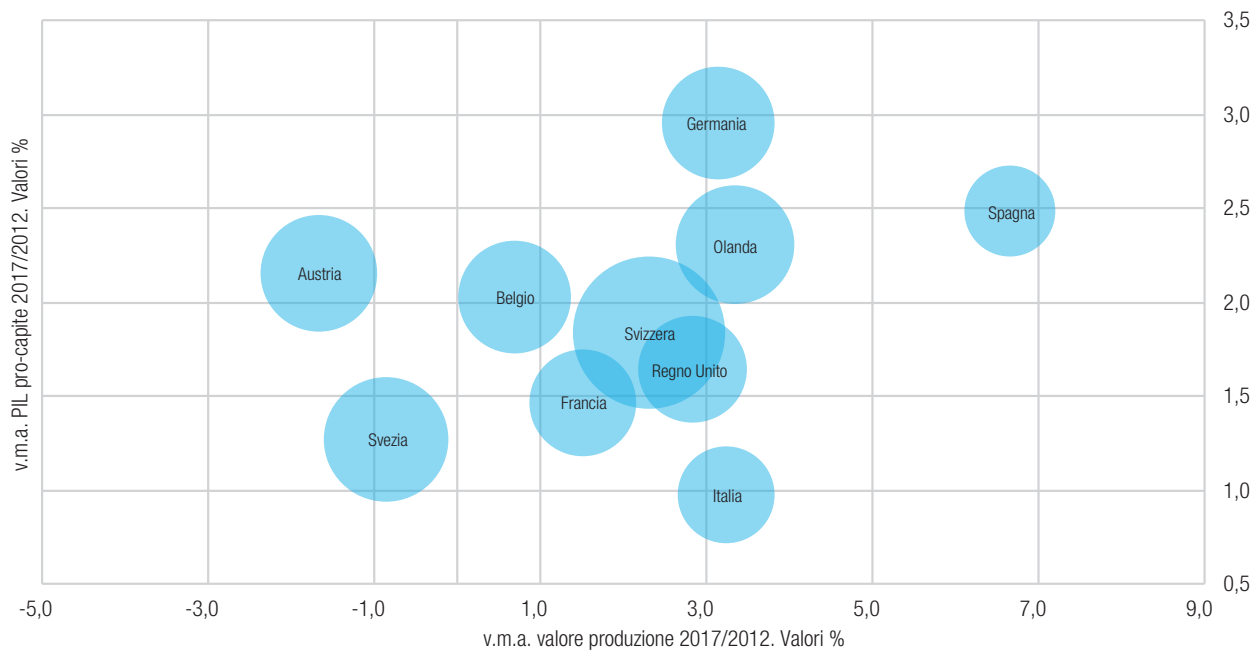
L'Italia che, a fronte di un aumento del PIL del +1,0% medio annuo, ha registrato un aumento della produzione del +4,4% medio annuo nel settore farmaceutico (Figura 13a.2.)

Figura 13a.3. Incidenza della produzione dei DM sul PIL. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 13a.4. Variazione produzione DM e PIL



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Il valore della produzione di DM in Europa, nel 2017, è pari a € 115 mld., ovvero il 27,0% della produzione mondiale, con una crescita del +4,5% rispetto all'anno precedente.

Germania, Francia, Regno Unito e Italia (in ordine decrescente) continuano a rappresentare più del 60% della produzione europea dei DM (27,4%, 15,0%, 11,0% e 10,2% rispettivamente) con un valore pari rispettivamente a € 31,5 mld., € 17,2 mld., € 12,6 mld., e € 11,7 mld..

In particolare, migliora il posizionamento dell'Italia nel settore dei diagnostici in vitro, dove rappresenta il 15,0% della produzione europea, preceduta solo dalla Germania con il 20,3%.

Rapportando il valore della produzione al PIL (Figura 13a.3.) si osserva che la maggiore incidenza, pari all'1,0%, si riscontra in Germania, segue la Francia con lo 0,8% (0,1 punto percentuale in più rispetto allo scorso anno per quest'ultima); in Austria, Svizzera, Belgio e Italia la produzione dei DM incide per lo 0,7% sul PIL: si registra un leggero calo per la Svizzera, come peraltro registrato anche nel settore farmaceutico ed un'invarianza di quota per il nostro Paese.

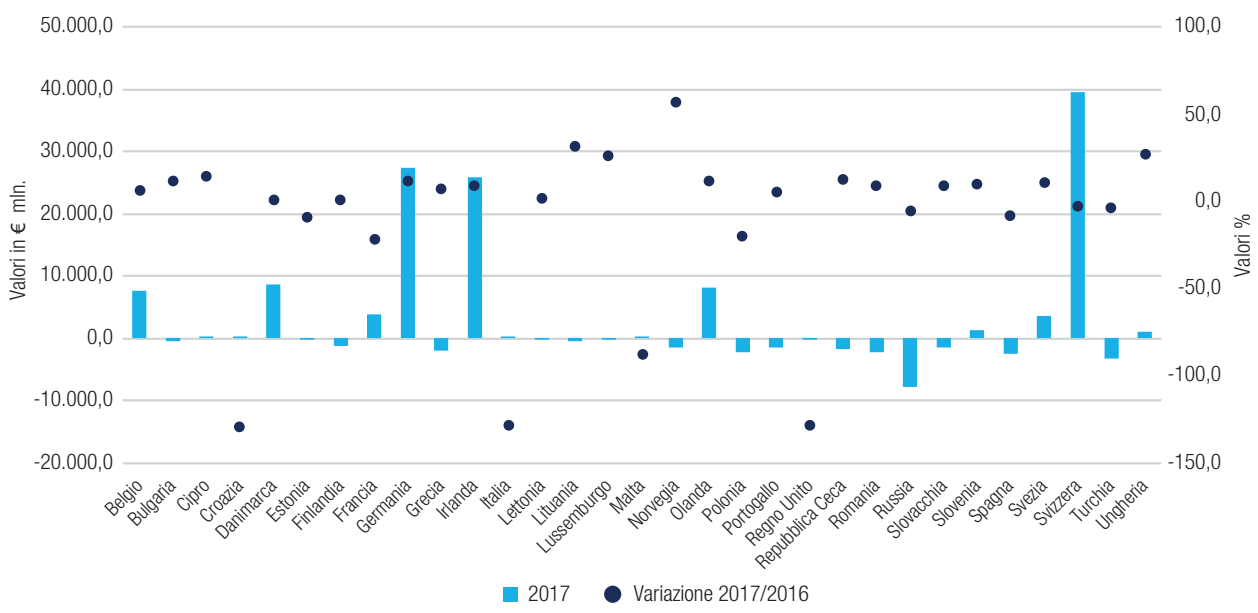
Anche il settore dei DM, in Italia, nel periodo 2012-2017, ha registrato un incremento medio annuo del valore della produzione del triplo (+3,2%) rispetto a quello del PIL (Figura 13a.4.).

Dinamiche di *import* ed *export*

Nel 2017, secondo quanto riportato da EFPIA 2019, la Svizzera si conferma il Paese europeo con il saldo di bilancia commerciale più elevato (+ € 39,7 mld.), seguita dalla Germania con + € 27,4 mld. e dall'Irlanda con + € 25,9 mld.; la Svizzera ha però registrato un calo del saldo (-3,5%), gli altri, invece, una crescita rispettivamente del 10,7% e 8,3% rispetto all'anno precedente.

La Germania rimane il Paese con il valore assoluto più elevato di esportazione ed importazione nel settore farmaceutico (€ 75,1 mld. e € 47,7 mld. rispettivamente), registrando una crescita rispetto all'anno precedente rispettivamente dell'8,1% e del 6,6%; segue la Svizzera per le esportazioni (€ 66,4 mld.) e il Belgio per le importazioni (€ 32,7 mld.) (Figura13a.5.).

Figura 13a.5. Bilancia commerciale medicinali e variazione



Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nel biennio 2016-2017 la Germania registra anche il saldo commerciale positivo più alto par i medicinali (+ € 2,7 mld.) mentre il saldo della Svizzera è negativo (- € 1,5 mld.) (Figura 13a.4.).

Secondo i dati Farmindustria, nel 2018, in Italia si è registrato un saldo negativo della bilancia commerciale, pari a - € 0,5 mld., che diventa positivo, ed in crescita, qualora ci si limitasse a conteggiare medicinali (+ € 2,8 mld.) e vaccini (+ € 0,3 mld.), escludendo le materie prime e gli altri prodotti (- € 1,6 mld.); si segnala una riduzione delle esportazioni di vaccini (da € 1,1 mld. a € 0,8 mld) ed un lieve aumento delle importazioni (da € 0,4 mld. a € 0,5 mld.).

Nel periodo 2018-2008 l'Italia ha più che raddoppiato il valore dell'*export* (+117,0% cumulato; il trend più dinamico tra i Paesi europei, che hanno registrato un aumento in media del +81,0%); nell'ultimo quinquennio il *gap* dell'Italia rispetto alla media europea si è ridotto: +31,9% rispetto a +27,0% della media.

Nell'ultimo anno (2018), il valore delle esportazioni ha continuato a crescere (+4,7%) raggiungendo il valore di € 25,9 mld.; anche le importazioni totali sono cresciute del +9,0% raggiungendo € 26,4 mld.

Nel settore dei DM, Germania e Olanda si confermano i Paesi europei con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore dei DM (Figura 13a.6.): nello specifico, secondo i dati riportati da *MedTech Europe*, la Germania nel 2017 ha esportato per un valore pari a € 25,8 mld., e l'Olanda per circa € 16,7 mld.; nello stesso anno le loro importazioni sono state pari rispettivamente a € 16,7 mld. e € 13,8 mld..

Germania e Irlanda risultano essere i Paesi con il migliore saldo della bilancia commerciale (rispettivamente + € 9,1 mld. e + € 8,8 mld.), seguite dalla Svizzera con +€ 5,7 mld..

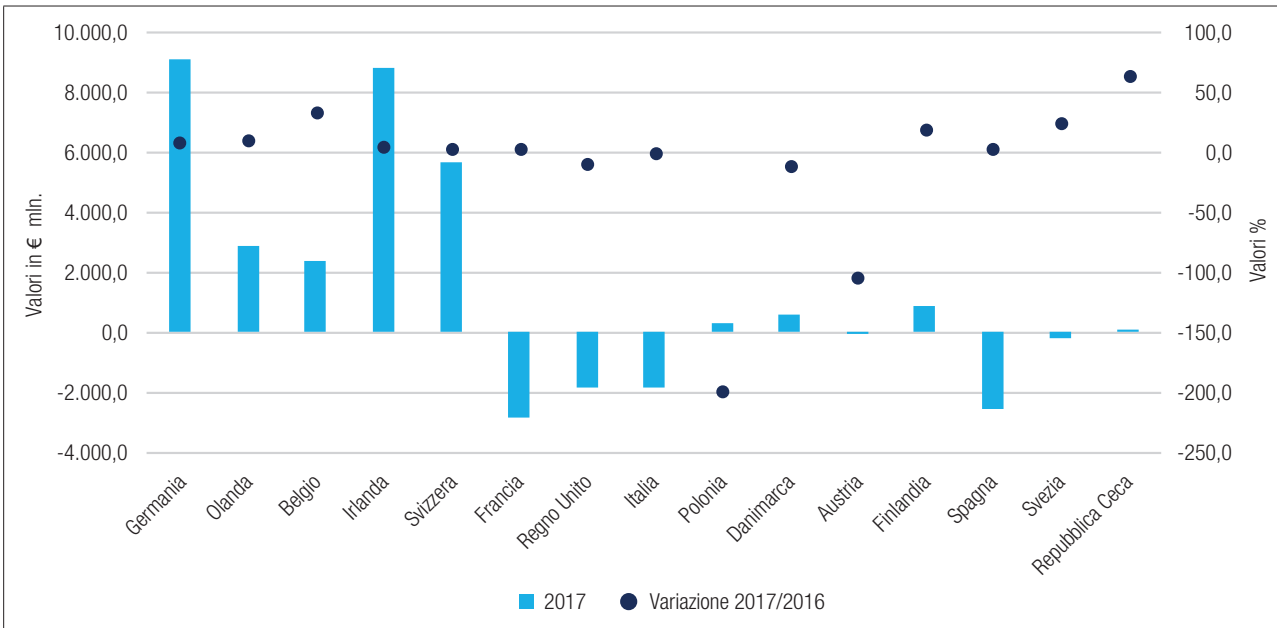
Il peggiore saldo commerciale è quello di Francia, Spagna, Inghilterra e Italia (rispettivamente - € 2,8 mld., € 2,5 mld., € 1,8 mld. e € 1,8 mld.).

In particolare, nell'ultimo anno (2017-2016) si è ridotto il valore dell'*export* dei DM di Austria (- € 0,5 mld.) e Danimarca (- € 0,1 mld.), mentre è aumentato soprattutto quello di Olanda (+ € 1,0 mld.), Polonia (+ € 0,8 mld.) e Belgio (+ € 0,7 mld.).

Anche l'Italia ha incrementato l'*export* dei DM (+ € 0,2 mld.).

Analogamente aumenta l'*import*, in particolar modo in Olanda (+ € 0,9 mld.), in Italia (+ € 0,2 mld.) e Polonia (+ € 0,2 mld.).

Figura 13a.6. Bilancia commerciale dispositivi medici e variazione



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Complessivamente l'Italia ha esportato DM per un valore pari a € 3,7 mld., ed importato per un valore pari a circa € 5,5 mld. (*MedTech Europe*), presentando pertanto un saldo della bilancia commerciale negativo (€ 1,8 mld.).

Aziende e occupati

Il numero di occupati nelle aziende farmaceutiche in Europa aumenta dal 2012; secondo il dato EFPIA 2019, nel 2017 ha raggiunto le 760.795 unità e nel 2018 le 765.000(dato stimato). Nel 2017, la Germania risulta essere il Paese con il numero di occupati più alto nel settore farmaceutico (117.013 occupati) ed in aumento rispetto al 2012, ad un tasso pari al +2,1% medio annuo (Figura 13a.7.).

Anche in Italia il numero di occupati ha continuato a crescere raggiungendo nel 2018 le 66.500 unità (Figura 13a.8.) (+1,7%, rispetto all'anno precedente, soprattutto per le funzioni legate alla ricerca e alla produzione). Si tratta di un *trend* che è continuato a rafforzarsi: il primo trimestre 2018 ha fatto registrare un +7,0% a fronte del +2,0% del primo trimestre 2017.

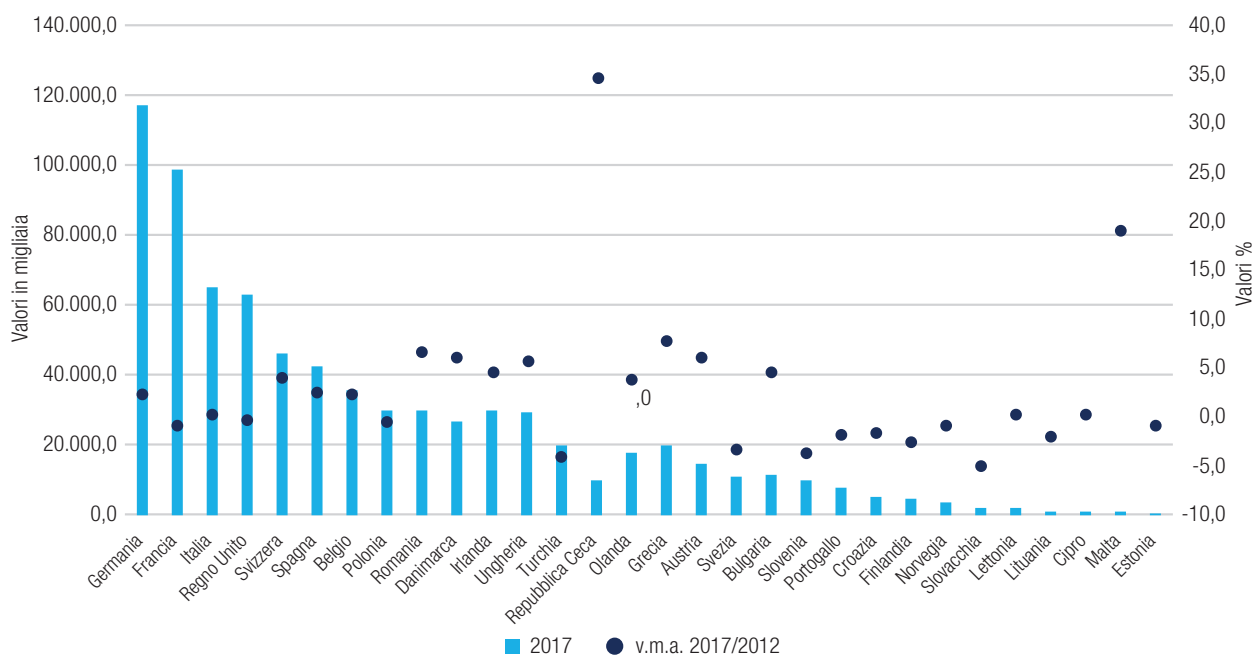
Rapportando il dato alla popolazione, la Spagna risulta essere il Paese con la maggiore incidenza di occupati del settore, contandone 10,9 ogni 10.000 ab.; seguita dall'Italia che ne conta 9,2, dalla Germania con 7,0 e dalla Francia con 6,8.

Nel settore dei DM, nel 2017 (ultimo reperito), in Europa si contano più di 27.000 aziende (di cui il 95% piccole e medie imprese, con meno di 50 addetti) e 675.000 occupati. Il 77% di queste sono localizzate in sei Paesi: Germania (30,0%), Francia (14,0%), Regno Unito (11,0%), Italia (10,0%), Svizzera (8,0%) e Spagna (4,0%).

La Svizzera rappresenta il Paese con la maggior presenza di aziende per abitante (174 per 1.000.000 ab.), seguita da Germania (135), Inghilterra (44), Spagna (24) e Francia (18).

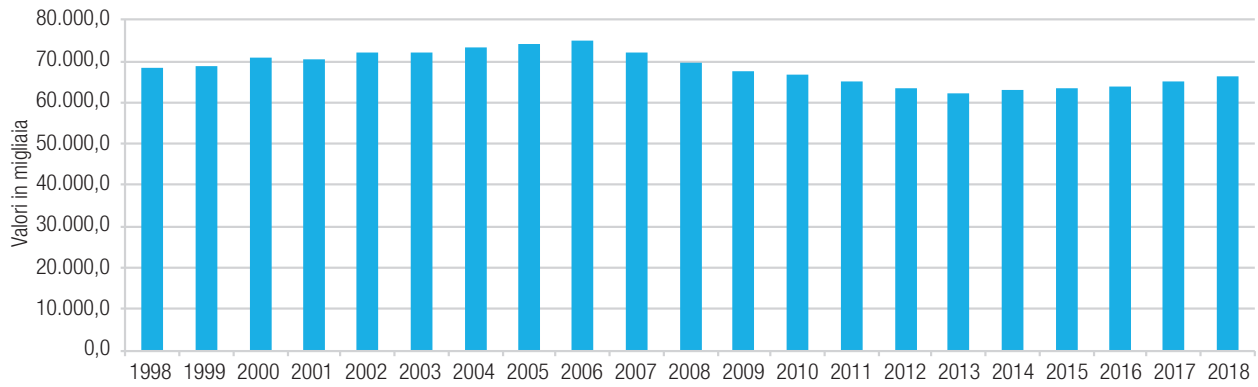
Per quanto riguarda l'incidenza degli occupati sulla popolazione, l'Irlanda primeggia in Europa, con 79 occupati ogni 10.000 abitanti, seguita da Svizzera e Danimarca (rispettivamente 69 e 26); l'Italia è nona, con 13 occupati ogni 10.000 abitanti.

Figura 13a.7. Numero occupati industria farmaceutica in Europa



Fonte: elaborazione su dati EFPIA 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Figura. 13a.8. Numero occupati industria farmaceutica in Italia



Fonte: elaborazione su dati Farmindustria, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

13a.2. Conclusioni

Il settore industriale legato alla Sanità, in Italia, (come in generale in tutti i Paesi sviluppati), è certamente strategico.

Per dimensioni è inferiore solo al settore Alimentare e all'Edilizia, avendo raggiunto solo con farmaci e DM € 42,9 mld. di produzione, e senza contare l'indotto e altri settori rilevanti quali ad esempio quello delle soluzioni ICT applicate alla Sanità.

In Italia, nell'ultimo quinquennio, la crescita della produzione farmaceutica è oltre 4 volte il tasso di crescita del PIL, e quella dei DM oltre 3 volte.

La quota di produzione italiana nel settore dei farmaci rappresenta il 12,4% di quella europea e in quella dei DM il 10,2%: pur essendo un player importante a livello mondiale, il saldo della bilancia commerciale italiana rimane negativo in entrambi i settori: rispettivamente di - € 0,5 mld. e - € 1,8 mld.

Rimane significativo l'aumento del valore di produzione farmaceutica che, nel 2018, ha raggiunto il valore di € 32,2 mld.. Crescita che continua ad essere dovuta soprattutto all'*export* che ha raggiunto il suo valore massimo, pari a € 25,9 mld. (+4,7% rispetto al 2017). Crescono, però, più che proporzionalmente le importazioni: +4,7% esportazioni e +9,0% importazioni.

Peraltro, l'Italia è al quarto posto per produttività, con € 0,46 mln. per occupato nel settore farmaceutico (sebbene tale valore sia pari alla metà degli altri Paesi con maggior valore di produzione) e a € 0,23 mln./occupato, in quello del settore dei dispositivi medici.

Cresce l'importanza dell'occupazione (per lo più qualificata) in questi settori: nel 2018 si contano 143.900 unità (rispettivamente 66.500 nel farmaceutico e 76.400nei DM).

Il quadro tracciato conferma che il comparto è certamente di importanza strategica, e in crescita per alcuni aspetti, ma probabilmente carente di un piano organico nazionale di sviluppo: peraltro, non si può non cogliere il mancato coordinamento fra politiche assistenziali e politiche industriali che storicamente caratterizza lo sviluppo dalla Sanità nel nostro Paese.

Riferimenti bibliografici

1. Conti Economici (anni vari), Ministero della Salute
2. Eucomed (2018), http://www.eucomed.be/.
3. Farmindustria (2019), *Indicatori farmaceutici regionali*
4. Istat (anni vari), banche dati *on line*, www.istat.it.
5 *MedTechEurope report* (anni vari)
6. OECD (2016), *Health data statistics*
7. Patto della Salute 2014-2016
8. Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, Corte dei Conti (2019)
9. Rapporto EFPIA (anni vari), *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*

ENGLISH SUMMARY

The healthcare industry: evolution and perspective

Actions involving healthcare policies cannot be irrespective of a macro-economic impact analysis regarding life sciences sectors industrial dynamics.

Healthcare industries production represent an important share of national GDP, with qualitative-quantitative characteristics that are entirely peculiars.

The share of Italian production in the pharmaceuticals and medical devices (MD) sectors is approximately 10% of the European one.

Consequently, Italy is one of the most important producers at the European (and International) level, ranking fourth in both sectors.

Italy continues to increase the volume of its pharmaceutical and medical devices production, having reached respectively € 32.2 billion and € 11.7 billion in 2018, recording productivity per employed equal to € 0.46 million in the pharmaceutical sector and € 0.22 million in the MD one.

In terms of occupation, Italy pharmaceuticals and medical devices, counts 66,500 and 76,400 units respectively.

Pharmaceutical industry represents one of the industrial sectors that best reacts to the economic slump: following the "negative" 2013-2014 biennium, employment has begun to rise once again, returning as such to the number of units recorded in the year 2018.

Italy, in 2018, has recorded a negative trade balance sheet in the pharmaceutical sector (€ 527.0 millions): positive for the drug (+ € 2,782.0 millions) and vaccine market (+€ 260.0 millions), negative for raw material and other products (€ 1,606.6 millions); the vaccines market records a decrease in exports values (from € 1,065.0 millions to € 783.0 millions) and an increase in import ones (from € 407.0 millions to € 524.0 millions). Also the trade balance sheet of medical devices is negative (- € 1,8 billions)

The MD industry is still made up of small and medium-size companies (many of which are distribution companies). Company growth must therefore be supported in someway.

In Italy, per-capita expenditure for MD in public facilities (without taking into consideration depreciation, leasing, etc.) should be approximately € 101.7. When this figure is compared to what has been reported by Confindustria Dispositivi Medici, i.e. an average European per-capita expenditure equal to € 212.7, it should implies that almost the 51.4% should be attributed to the private component.

The said expenditure, in 2018, represents the 5.5% of the Regional Healthcare Funding (4.6% in 2017), therefore a value that overshoots the foreseen threshold fixed by the government at 4.4%; only four Regions lie below this threshold: Calabria (4.6%), Marche (4.4%), Lombardia (4.4%), Lazio (4.3%) e Campania (4.3%).

But it should be underlined a significant bias, due to the fact that the cited criteria compares the expenditure of public facilities with a funding, that also includes private ones (whose consistency is indeed particularly significant, and especially just in the 5 "compliant" Regions).

Legislative measures introduced regarding ceilings to expenditure in the pharmaceutical and MD sector, while being necessary for the attainment of a balanced budget, bring to light significant flaws (also see judgements passed on pharmaceutical paybacks) that are likely to create an unfavourable environment, not conducive to the development of the industry; while it seems necessary to emphasize the importance of policies more attentive towards the value of the industry, in terms of national economic development.

CAPITOLO 13b
Evoluzione dell'ICT in Sanità: questione di metodo e dopo di tecnologia

Gabbrielli F.[1]

13b.1. Introduzione

È noto che la sigla "ICT" proviene dall'espressione anglosassone *"Information and Communication Technologies"*, che descrive la possibilità di far interagire le tecnologie digitali con i sistemi di telecomunicazione, anch'essi digitalizzati. Questo, insieme alla cosiddetta "interoperabilità", ovvero la capacità di far dialogare tra loro macchine digitali differenti, anche a grande distanza, ha reso possibile far entrare la creatività umana in un nuovo universo di possibili interazioni. Queste nuove possibilità sono state ulteriormente sviluppate grazie al formidabile progresso dei prodotti *hardware* e *software* e all'incessante potenziamento della "connettività", ovvero della possibilità di collegarsi, ormai quasi ovunque, con la rete mobile di telecomunicazione. Dalla rete globale di infrastrutture di connessione, progressivamente costruita, si è originato il *cyberspazio*, che è virtuale, nel quale accadono eventi immateriali i quali però, a loro volta, producono effetti sulla vita reale.

Tutto ciò non è stato realizzato per la sanità, eppure è venuto spontaneo pensare che anche nei servizi sanitari l'ICT può essere utile. Gli esperimenti sono sempre stati piuttosto incoraggianti, ma il passaggio dalla dimensione sperimentale all'avvio di reali servizi è stato a lungo difficoltoso e frustrante e resta tale anche oggi nei sistemi sanitari pubblici, come quello italiano. Tale passaggio è una problematica quasi risolta nell'ambito della sanità privata in altre Nazioni, quella pagata soltanto dagli individui di tasca loro, direttamente o tramite polizze di assicurazione. Dove l'attenzione è centrata già sul perfezionare i meccanismi burocratici di gestione dei rimborsi in modo che essi non siano di ostacolo allo sviluppo dei servizi [1] [2]. Questo non deve stupire e risulta ben spiegabile proprio dal meccanismo commerciale che ne costituisce la base: per realizzare servizi sanitari ad alto utilizzo di ICT servono investimenti, rapidità di decisione e di esecuzione; in tal modo si possono offrire subito vantaggi economici al paziente che li percepisce direttamente e li apprezza, dal momento che essendo costretto ad accantonare denaro per poter usufruire all'occorrenza di cure è ben contento di vedersi ridurre tariffe e premi assicurativi; il paziente si fidelizza al *network* sanitario privato che ha investito in innovazione tecnologica offrendogli servizi vantaggiosi tramite ICT; questa dinamica favorisce una certa stabilità delle quote di mercato dello stesso *network* sanitario, attraendo nuovi investimenti in una corsa incessante ad offrire servizi e soluzioni sempre nuovi e sempre più permeati di ICT.

Il meccanismo appena descritto però non funziona nei servizi sanitari pubblici per il fatto che, in virtù dell'organizzazione burocratica creata per massimizzare le garanzie di corretto utilizzo delle risorse finanziarie dello Stato, gli investimenti, oltre che di solito in quantità insufficiente, sono soprattutto impegnati con tempistiche lente e non adeguate al ritmo delle innovazioni digitali. Ne consegue che nei sistemi pubblici la diffusione dei servizi sanitari che usano sistemi digitali tendono ad avere maggiore difficoltà a diffondersi quali servizi effettivi e stabilmente presenti nei bilanci delle organizzazioni sanitarie.

Ciò è vero ovviamente a meno che non siano in-

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

trodotte normative e procedure amministrative che favoriscano la realizzazione dei suddetti servizi, come anche di recente è accaduto in altri Paesi, ad esempio in Francia con nuove norme che tariffano i servizi in Telemedicina in tutta quella Nazione [3]. Da notare che questo approccio è concettualmente differente da quello applicato quando vengono strutturate norme e procedure che hanno come fine quello di facilitare l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche. Le norme del primo tipo potremmo definirle "processo-centriche", cioè sono volte a facilitare la modifica dei processi organizzativi in modo da utilizzare secondo necessità le tecnologie più adeguate, che non necessariamente sono le più nuove, mentre quelle del secondo tipo si potrebbero chiamare "innovazione-centriche", cioè sono volte a incentivare la rapidità del *turn over* nel trasferimento delle innovazioni alle attività quotidiane, partendo dall'assunto che utilizzando una tecnologia superiore per funzionalità si otterrà necessariamente un miglioramento del servizio all'utente finale, nel nostro caso il paziente.

A questo punto, già possiamo fare una prima significativa osservazione, senza avventurarsi in approfondimenti giuridici: le problematiche sopra sintetizzate si sono svolte e restano tuttora presenti, anzi si può dire ben rappresentate, anche nel sistema sanitario italiano. Quindi, risulta logica l'importanza di mettere a disposizione soluzioni, anche normative, che siano idonee a spingere il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) verso la corretta, ma anche estensiva, reingegnerizzazione dei servizi, allo scopo di integrare le innovazioni digitali in modo armonico nei differenti territori italiani.

Tuttavia, negli anni passati trovare soluzioni per la diffusione dei servizi digitalizzati è stata considerata a lungo un'attività da riservare a discussioni teoriche, come elemento di un futuro lontano, sganciato dalla quotidianità. Di recente, a partire dal 2018, assistiamo invece ad un certo cambiamento a livello regionale, con la comparsa di piani di sviluppo che cercano di indirizzare le strutture sanitarie pubbliche verso l'utilizzo coordinato delle innovazioni ICT sui rispettivi territori.

Che cosa è cambiato? Perché proprio adesso compare la percezione che dobbiamo sforzarci di utilizzare le opportunità dell'ICT nei servizi socio-sanitari?

La risposta non sta nell'evoluzione digitale, pure impetuosa e affascinante, ma che era tale anche dieci anni fa, ma sta nell'emergere di nuove esigenze di salute insieme alla diminuzione pluriennale delle risorse finanziarie pubbliche, con i suoi pericolosi circoli viziosi di tipo involutivo [4].

Nei Paesi industrializzati (principalmente Giappone e Italia), si assiste da tempo al progressivo aumento dell'aspettativa di vita associato alla diminuzione della natalità, risultandone l'invecchiamento della popolazione. Allo stesso tempo, negli studi epidemiologici, si è registrata la crescita piuttosto rapida della prevalenza di malattie croniche, correlate non solo all'invecchiamento ma anche al livello d'istruzione e di vulnerabilità sociale, come documentato da Istat (Istituto Nazionale di Statistica) e INMP recentemente [5]. Condizioni esistenziali peggiori, che si associano tipicamente anche a tardiva diagnosi e peggiore aderenza alla cura, determinano una differenza di aspettativa vita di circa 5 anni. Si possono addirittura identificare quali patologie sono più probabili tra persone con livello d'istruzione inferiore: le malattie cerebro-vascolari sono le prime cause di morte, seguite dai tumori (primi quelli dell'apparato respiratorio e digerente). Inoltre, considerando che negli anziani sono presenti allo stesso tempo cronicità multiple, che rendono le terapie più complicate e incerte, e che per WHO le malattie croniche assorbono 82-85% dei costi per la Sanità e sono alla base dell'86% dei decessi, risulta facile comprendere che il sistema così com'è non può reggere.

Per di più, c'è un altro punto su cui riflettere. Studi dimostrano che la correlazione tra le disuguaglianze e l'aspettativa di vita è più evidente in Nazioni con sistemi sanitari basati sul "modello Bismark", caratterizzato da numerosi enti mutualistici (o casse mutue) per l'assicurazione sanitaria, finanziata con i contributi degli iscritti. In tale modello ciascun ente è competente per una determinata categoria di lavoratori e dei loro familiari. Il risultato finale è la correlazione del diritto alla tutela della salute con lo status di lavoratore e ne risultano inevitabilmente situazioni

di mancata copertura e sperequazioni tra gli stessi assistiti. Giova ricordare che fu proprio per fronteggiarne gli effetti negativi che l'Italia abbandonò il sistema mutualistico nel 1978, fondando l'attuale SSN finanziato con la tassazione generale e a copertura universale (modello Beveridge).

Dunque, abbiamo di fronte problematiche generali notevoli che ci sfidano a mantenere alta la qualità del servizio sanitario, a tutelare la salute di tutti i cittadini, ma anche a garantire la sostenibilità economica e l'equità delle cure. Risulta evidente da tutto ciò che lo sforzo di utilizzare al meglio le innovazioni tecnologiche deve servire particolarmente a promuovere il cambiamento organizzativo del SSN.

Ne consegue che non possono essere adeguate quelle scelte che siano caratterizzate dal mero entusiasmo verso l'innovazione, gestite con un approccio semplicistico, empirico, del tipo "tentativo-errore-correzione", per altro costosissimo. Specialmente i sistemi sanitari pubblici, compreso quello italiano, non possono permettersi una simile modalità. Dando per scontato in via preliminare che le innovazioni ICT siano verificate e certificate secondo legge prima dell'immissione in commercio, i servizi che le utilizzano devono comunque essere valutati e validati in base a evidenze scientifiche anche sul piano clinico e su quello organizzativo. Tali evidenze dovranno derivare da studi osservazionali e da trial clinici randomizzati, senza dimenticare che la valutazione complessiva deve tenere conto anche dell'appropriatezza clinica, dato che anche le ICT possono essere sottoutilizzate oppure sovrautilizzate, causando comunque sprechi e rischi evitabili.

A questo punto si potrebbe aprire una discussione metodologica su come dovrebbero essere costruite le sperimentazioni affinché siano adeguate alla materia trattata. Vi sono molte evidenze sul fatto che la metodologia di ricerca in questo ambito non può essere esattamente la stessa che siamo abituati ad utilizzare altrove, ad esempio per la sperimentazione sui farmaci, né possiamo pensare a ricerche cliniche che durino cinque o dieci anni per arrivare a una conclusione valida sui suddetti servizi, dal momento che il *turn-over* tecnologico è di circa sei mesi. Questo tema ci porterebbe però lontano e ci limitiamo quindi in questa sede solo a citarlo, sottolineando allo stesso tempo che abbiamo già a disposizione il contributo positivo che può venire dal corretto impiego di soluzioni ICT per la sanità, semplici ma già verificate. Ad esempio, i sistemi informativi "abilitanti" per condividere dati clinici nel *team* multiprofessionale, il telemonitoraggio dei pazienti fragili a domicilio, oppure il teleconsulto fra operatori sanitari. Si tratta di servizi reali, che hanno effetti reali immediati. In tali casi non servono ulteriori evidenze sulla loro efficacia e sicurezza, ma è necessario che le Aziende Sanitarie adottino un codice di condotta, previsto dal Regolamento Europeo [6], con le relative istruzioni per garantire da una parte la riservatezza del dato sanitario (che è di proprietà del paziente) e dall'altra superare la frammentazione dei sistemi *software* che gestiscono i dati senza riconoscere la reale importanza dell'interoperabilità con altri sistemi.

Oltre a queste possibilità concretamente attuabili già adesso, ne sono presenti altre, anch'esse concrete ma ancora da rendere stabilmente disponibili nella realtà quotidiana. È il caso della cosiddetta "Medicina Personalizzata" (preferiamo questo termine alla dicitura Medicina di Precisione, traduzione letterale da *Precision Medicine*, che però in italiano può creare equivoci sul reale significato).

Grazie alle innovazioni ICT, la Medicina Personalizzata raccoglie e analizza insieme dati originati da fonti differenti, compresi la mappatura genica e i flussi di reazioni chimiche che determinano l'espressione genica nel metabolismo. Ciò al fine di stabilire una terapia personalizzata per ogni singolo individuo. Su questa linea di progresso nascono nuove strategie di cura. Tipico esempio è la *"targeted therapy"*, nella quale si usano farmaci capaci di interagire soltanto con specifici enzimi presenti nelle cellule tumorali, senza agire sugli enzimi delle cellule sane. Una vera e propria conquista per la Medicina.

Questo tipo di progressi, di portata enorme nella terapia medica, che determinano radicali cambiamenti nel modo di curare, richiamano l'intero SSN ad un complessivo ripensamento in termini di priorità organizzative, per assicurare prima di tutto il miglioramento degli esiti, ma anche il contenimento dei costi

e il miglioramento della qualità percepita. Le innovazioni che derivano dall'uso di ICT in sanità possono rappresentare il punto di forza per raggiungere i suddetti obiettivi di sistema.

13b.2. Le innovazioni ICT: gestione del cambiamento

Gestire il cambiamento di fronte all'innovazione è una necessità per una qualunque organizzazione, comprese quelle sanitarie. Realizzare servizi sanitari con ICT comporta problematiche organizzative del tutto nuove, derivate proprio dalla natura digitale delle innovazioni tecnologiche. Inoltre, spesso sono indicate quali cause rilevanti per la lentezza dello sviluppo dei servizi gli effetti negativi dovuti alla mancanza di sistemi di remunerazione specifici, all'assenza di definizioni di *standard* oppure ai problemi medico-legali relativi alle prestazioni specialistiche effettuate da remoto, ovvero lontano dalla sede legalmente riconosciuta come luogo di lavoro dei sanitari. Tuttavia, si tratta di problematiche tutte relative a questioni professionali e legali che coinvolgono i sanitari e che non sono sufficienti, da sole, a rendere ragione del perdurare anche adesso della suddetta lentezza, stante le mutate condizioni organizzative e i progressi tecnologici.

Nelle analisi sugli ostacoli allo sviluppo di servizi sanitari con ICT occorre prendere in considerazione anche i pazienti e i loro comportamenti e le umane reazioni alla perdita dello stato di salute. Chiunque abbia esperienza di assistenza sanitaria sa che le persone quando necessitano di cure, anche non urgenti, mettono in atto comportamenti *standard*, omologati dalla consuetudine generale. Tali comportamenti sono consolidati proprio dalle caratteristiche e dai limiti dell'organizzazione sanitaria esistente. Le innovazioni, finché restano tali, non sono percepite come reali opportunità di cura, se non dopo il fallimento di procedure che sono considerate usuali. Questo avviene anche per i servizi che introducono innovazioni ICT. Nel momento del bisogno, le persone non cercano spontaneamente di risolvere il loro problema attraverso l'adozione di un'innovazione digitale. In breve, le persone sanno che esistono dei luoghi fisici, ad esempio gli ospedali, dove sono presenti sanitari e attrezzature in grado di aiutarli in qualunque momento, che sono diffusamente presenti sul territorio e che forniscono servizi in maniera piuttosto uniforme, prevedibile, solitamente gratuita e sotto il controllo della pubblica amministrazione. È bene ricordare che tali comportamenti generalizzati sono conseguenti anche alle scelte di *governance* e agli investimenti sanitari dei decenni precedenti, che hanno privilegiato il ruolo centrale degli ospedali nell'organizzazione dei servizi sanitari. Anche di recente, per carenza di risorse economiche, si è cercato di compensare la riduzione dei posti letto ospedalieri con l'aumento dei servizi diurni, sotto varie forme, dai poliambulatori alle case della salute e ad altre soluzioni organizzative. Tali servizi diurni sono anche validi e utili, ma in fin dei conti originano e operano all'interno sempre della stessa logica: costruire il più capillarmente possibile sul territorio luoghi dove le persone possono recarsi quando hanno bisogno di cure, lasciando loro la possibilità di disinteressarsi del proprio rapporto con il servizio sanitario fino a quando non ne hanno bisogno.

La fiducia sul fatto che in caso di necessità occorre semplicemente andare in uno dei luoghi di cura è profondamente radicata nella mente delle persone e questo è sufficiente sia per non occuparsi di sanità nei momenti di pieno benessere, sia per non prendere in considerazione spontaneamente altre possibilità di cura nel momento del bisogno di assistenza. D'altra parte, questo non è attualmente uno svantaggio nel nostro sistema, infatti, se ad esempio le persone si rivolgessero ad un servizio di Telemedicina quando sentono la necessità di essere assistiti senza la mediazione di un sanitario si scoraggerebbero facilmente. Il fatto di utilizzare ICT per l'erogazione di servizi sanitari a distanza presuppone, infatti, una preparazione preliminare necessaria all'interazione uomo-macchina. In pratica, prima di essere in grado di fruire del servizio, occorre eseguire per intero una procedura di attivazione, per ovvi motivi pratici, legali e amministrativi. Tuttavia, non è ragionevole aspettarsi da una persona malata, sofferente e a disagio, che sia ben disposta a impegnarsi nella suddetta

procedura. Ne consegue che le persone dovrebbero essere istruite e abituate a richiedere tali servizi in momenti di relativa calma, in cui sono disponibili alla novità e prendendosi tutto il tempo per valutare quale servizio, come, con chi e a quale prezzo, svolgendo la procedura iniziale di attivazione e prendendo confidenza con l'interfaccia utente messa a disposizione e con gli eventuali dispositivi associati.

Molti studi indicano che il ricorso a servizi con ICT diffusi sul territorio sia la risposta di sistema che ha le maggiori possibilità di soddisfare le esigenze attuali e del prossimo futuro [7]. È stato ampiamente dimostrato che la sanità digitale è in grado di rendere sostenibile economicamente il sistema sanitario [8] e che in particolare la Telemedicina può essere rapidamente utile, sicura dal punto di vista medico-assistenziale [9] e anche efficiente [10], se i servizi sono ben progettati.

Dal punto di vista scientifico, ci sono però alcuni aspetti ancora da chiarire: in ambito clinico sono necessari ulteriori studi per chiarire in quali condizioni le prestazioni mediche erogate con sistemi ICT possano essere più efficaci di quelle tradizionali. Così come in ambito tecnologico e normativo occorrono ulteriori sviluppi che mirino ad ottimizzare i sistemi di sicurezza nel trattamento dei dati sanitari.

Tuttavia, le maggiori criticità in questo momento riguardano il rapporto tra i progetti d'innovazione ICT e l'organizzazione sanitaria [11]. In teoria la comunità scientifica riconosce che le innovazioni ICT in sanità determinano conseguenze organizzative rilevanti per l'intero sistema sanitario [12], ma il profilo di tali conseguenze è invece ancora incerto quando si gestiscono tali innovazioni a livello operativo. Si tratta, infatti, di studiare un intreccio non banale tra tecnologia, medicina e burocrazia, non in astratto ma nella pratica quotidiana.

Quali sono le conseguenze organizzative delle innovazioni ICT che presentano la maggiore rilevanza pratica?

Il punto di partenza per tale approfondimento è l'analisi dei benefici manageriali apportati dalle innovazioni ICT e capire se questi possano essere sufficienti a predire la persistenza nel tempo dei servizi ad esse correlati. Alcune teorie manageriali affrontano la relazione tra il controllo manageriale e il cambiamento organizzativo quale effetto dell'innovazione [13] e altri studi hanno indicato possibili azioni per riuscire a controllare e innovare in parallelo un'organizzazione [14]. L'idea fondamentale è che i maggiori sforzi di controllo possono essere suddivisi in parti più piccole nella misura in cui si riesce a delegare porzioni di tale controllo direttamente al processo di cambiamento/innovazione.

Gli esperti del *Nowergian Centre for Integrated Care and Telemedicine* (NCICT) hanno verificato sperimentalmente tale approccio applicandolo ad un progetto norvegese di Telemedicina per lo sviluppo di reti sanitarie su vasta scala, tra ospedali e medici sul territorio. Il risultato del loro lavoro, ha consentito di individuare come alcune parti del controllo organizzativo possano essere delegate a un progetto d'innovazione in Telemedicina, se opportunamente concepito, e poi analizzato, come un network eterogeneo (uomini e tecnologie) [15].

Da questi studi emerge l'utilità pratica di delegare parzialmente alcuni processi di controllo organizzativo ai progetti innovativi, vediamone l'importanza:

- Allocazione di risorse
  Il sostegno economico dei progetti di innovazione ICT in sanità con finanziamenti esterni ai bilanci correnti esiste da molto tempo e in molte Nazioni [16]. Questo ha progressivamente trasformato tali progetti in strumenti gestionali dai quali si potevano ottenere modifiche dell'allocazione di risorse materiali e umane, ma a ciò non si è associato, in genere, il perdurare dei servizi di cura e assistenza che tali progetti avevano avviato. La conseguenza è che le attività sanitarie derivate dai essi sono state considerate coesistenti ed eterogenee rispetto alle attività di routine. Questa dicotomia crea le condizioni per limitare il raggiungimento della normalizzazione delle innovazioni nell'organizzazione.
- Valutazione/correzione delle esperienze pratiche
  Si sa che nelle organizzazioni sanitarie la continua verifica e la correzione delle procedure pratiche sono da sempre sentite come

attività essenziali e responsabilità tipicamente gestionali. Quindi, risulta logico aspettarsi che ai progetti d'innovazione possano essere delegate le verifiche sulle attività ad essi correlate e la relativa definizione dei parametri da misurare. Inoltre, per i servizi con innovazioni ICT è rilevante anche la relazione specifica (differente per ogni progetto) tra gli obiettivi raggiungibili introducendo l'innovazione e le procedure antecedenti ad essa (in termini di sequenza di azioni e di loro limiti e rischi). Ne consegue che la scelta razionale dei suddetti obiettivi deve avvenire sulla base dell'analisi delle procedure che si vogliono modificare. Questo è il modo in cui la verifica può assumere valore oggettivo e quindi essere realmente utile in questi casi.

- Allineamento delle prassi sanitarie locali agli indirizzi nazionali
  Si tratta di una funzione di controllo rilevante perché agisce da una parte sul *management* locale, che ha la responsabilità di mantenere allineata la propria organizzazione alle strategie nazionali e regionali di governance sanitaria, e dall'altra parte sulle Autorità, che necessitano di rendere coerenti le loro scelte strategiche con le necessità emergenti a livello locale. Inoltre, i problemi che derivano dalla domanda di salute da parte dei cittadini sono anche molto diversi tra le diverse aree, dato che la modalità d'interazione delle persone con il sistema sanitario cambia molto in base a fattori pratici locali (diffusione dei presidi sanitari, infrastrutture di comunicazione, caratteristiche socio-economiche, ecc.). Gli stessi Autori del NCICT hanno rilevato che i progetti d'innovazione hanno svolto un ruolo positivo nel declinare a livello locale sia la rappresentazione dei problemi da affrontare sia le relative priorità d'intervento decise dalle strategie nazionali.

Questi studi assumono particolare significato da un punto di vista scientifico per il fatto che ci si aspetta di fare un passo avanti nella definizione di metodologie confrontabili per la validazione tecnica e organizzativa dei servizi, in particolar modo per quelli di Telemedicina che agiscono più a diretto contatto con i pazienti.

13b.3. Reti ospedaliere, ICT e medicina digitale

Dopo aver dato uno sguardo al panorama generale dell'evoluzione avvenuta nei servizi sanitari con l'uso delle ICT e aver focalizzato le problematiche connesse alla gestione del cambiamento organizzativo che ne deriva, vediamo nel dettaglio un tipo di servizio attualmente in corso di realizzazione nell'ambito del SSN italiano, che può offrire anche validissime opportunità di studio proprio sull'evoluzione dell'ICT in sanità.

Il cambiamento organizzativo, che in alcune esperienze si è effettivamente realizzato, porta all'origine di nuove prospettive, derivanti essenzialmente da nuove necessità tra ospedale e territorio. Infatti, gli ospedali sono sempre più organizzati in reti collaborative e i servizi territoriali sempre più tendono a spostare il loro ambito di azione verso il domicilio del paziente.

Allo stesso tempo, a partire dal concetto che la mini-invasività dell'intervento specialistico consente di concentrare in un tempo limitato tutta la fase acuta che necessita di un *setting* ospedaliero, si può agire in sicurezza sulla deospedalizzazione dei trattamenti, con la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali in post-acuzie e/o cronicità.

Tra le possibilità di *network*, il modello delle "Reti Cliniche Integrate e Strutturate" (ReCIS) appare quello più promettente per lo sviluppo nel SSN. Infatti, tali reti, basate sull'interconnessione digitale specificatamente progettata per le funzioni di diagnosi e cura, possono essere considerate in Italia l'esempio attuale di più rapido sviluppo verso l'operatività su larga scala [17]. Tuttavia, una simile evoluzione, per ragioni analoghe, è possibile aspettarsi anche da altri servizi territoriali, come alcune esperienze di UCCP nel momento in cui queste si strutturino con servizi diurni polispecialistici localizzati in sedi dislocate sul territorio e connesse digitalmente tra loro e

con presidi ospedalieri di zona [18]. Ovviamente, ciò sta avvenendo con intensità differente nelle varie regioni, sia per scelte di *governance* locale sia per differenti disponibilità economiche. Il Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità si impegna a presidiare proprio questo punto per dare il massimo supporto possibile a tutte le Amministrazioni locali pubbliche che avviano processi di *change management* per lo sviluppo di servizi sanitari digitali.

Inoltre, affinché le suddette ReCIS possano realmente funzionare in modo utile e conforme a norme e deontologia, occorre garantire non solo l'equità di accesso, ma anche l'equità nella qualità delle cure disponibili in diversi luoghi. In altre parole, se utilizzo un sistema ICT per rendere operativa una rete ospedaliera tale da offrire televisite specialistiche in luoghi disagiati, devo assumermi di fronte al paziente la responsabilità di garantire una visita specialistica con qualità adeguata alle circostanze operative, conoscendone perfettamente i limiti per non oltrepassarli. Nella pratica ciò comporta occuparsi allo stesso tempo di due questioni distinte ma che interagiscono tra loro nel determinare l'equità di cui sopra:

- per la rete ospedaliera: la necessità di mettere le conoscenze e le professionalità specifiche a disposizione dell'intero sistema collaborativo a rete tra presidi ospedalieri
- per i territori disagiati: la necessità di fornire in modo puntuale l'accesso a distanza a una o più prestazioni specialistiche per la gestione clinica del *follow-up* post-acuzie o post-complicanza, oppure della cronicità, senza che il paziente sia costretto a spostarsi anche per lunghi tratti.

Risolvere questi due problemi significa aggiornare la distribuzione dei servizi afferenti a un dato territorio e di conseguenza, come detto sopra, di tutta l'organizzazione in quel luogo, rispettando le esigenze riscontrate (non presunte) e secondo un modello di continuità ospedale-territorio a vantaggio dei pazienti [19]. Allo stesso tempo, è proprio con questa modalità di lavoro che si ottiene la concreta possibilità di risparmiare sugli sprechi, come atteso, in base ai risultati di molti studi, dall'applicazione delle innovazioni digitali.

In questo modo i servizi sanitari con ICT proseguono la loro trasformazione da modalità specifica, digitale, per effettuare tradizionali prestazioni, a un corpo definito di nuove prestazioni sanitarie inserite nella comune pratica quotidiana. Qui si apre una ulteriore problematica, in relazione alla determinazione delle tariffe per queste nuove prestazioni. In tale scenario evolutivo, la logica ci induce a pensare che l'attribuzione di un DRG (*diagnosis related group*) specifico ad una certa prestazione con sistemi ICT possa verosimilmente perdere il suo significato attuale. I DRG esistenti potrebbero non riuscire più a rappresentare tali processi e quindi si aprirebbero nuove possibili paradigmi, da cui nuove opportunità verso ulteriori pratiche clinico-assistenziali che potremmo chiamare di *"*Medicina Digitale*"*. Nuove forme di assistenza e di esercizio stesso della Medicina, come a suo tempo già anticipato dagli studi di Eric Topol sul concetto di *"disruptive innovation"* applicato all'evoluzione digitale della Medicina [20].

In questa prospettiva di sviluppo, assume una particolare utilità lo studio e la proposta delle buone pratiche da utilizzare per ipotizzare, disegnare, realizzare e dispiegare sul territorio progetti di *Medicina Digitale*, facendo tesoro di quanto abbiamo imparato dalla grande quantità di sperimentazioni degli ultimi 20 anni, in ambito sia civile che militare, così come da esperienze di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo.

Ci sono a ben vedere dei concetti già chiariti dalla comunità tecnico-scientifica:

- il punto chiave da affrontare per realizzare tali nuovi servizi consiste nell'organizzare processi condivisi con quegli operatori che li metteranno in pratica.
  Ne derivano due indicazioni per la progettazione, che sono conseguenziali tra loro: essenziale eseguire l'accurata analisi dei processi per inquadrare le soluzioni adeguate e impostare in modo corretto il servizio; la scelta dell'innovazione tecnologica deve seguire l'esigenza clinico-assistenziale e non precederla
- la realizzazione di servizi effettivi, stabili, diffusi, e caratterizzati dall'interazione collaborati-

va a rete tra strutture sanitarie, tra professionisti e pazienti (e/o loro care-giver), necessita di un'infrastruttura d'interoperabilità e di scambio dati, sicura, stabile ed efficace.
L'infrastruttura d'interoperabilità deve essere coerente su tutto il territorio, almeno nazionale, e capace di permettere l'accesso ai dati clinici di una persona da qualsiasi piattaforma e nel pieno rispetto delle norme di tutela della privacy personale. Inoltre, bisogna tenere presente che nella pratica i dati dei pazienti provengono da vari strumenti di raccolta e archiviazione specifici, quali cartelle cliniche digitali o portali per i cittadini, ma già oggi, e sempre di più in futuro, si aggiungono dati generati sempre più anche da sistemi che sono fuori dal SSN. Ecco quindi la necessità di un'infrastruttura d'interoperabilità condivisa che permetta di avere sempre accesso ai dati clinici. Questo è l'uso auspicabile del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), piuttosto che essere relegato al ruolo di mero strumento per la visualizzazione di documentazione sanitaria, la quale in larga prevalenza resta disponibile per il paziente ancora su supporto cartaceo e che può solo essere scannerizzata come file di archiviazione e dal quale è impossibile estrarre automaticamente i dati che possono essere utili via via per le attività assistenziali. Tuttavia, anche questo tema, molto rilevante e che necessiterebbe un'ampia trattazione, può in questa sede essere solo accennato.

Approcciamo adesso gli aspetti più pratici, concreti, del lavoro sul campo.

Riguardo alle buone pratiche, ci sono in letteratura internazionale studi dedicati alla loro analisi che arrivano a proporre dei modelli di approccio alla progettazione, ma sono circoscritti alle esigenze di attività specialistiche e per lo più a esperienze locali [21]. Inoltre, esse provengono da Nazioni con sistemi sanitari principalmente o esclusivamente privati, ovvero totalmente o piuttosto differenti dal nostro sistema sanitario pubblico. Date le peculiarità del nostro SSN italiano, i tentativi di riprodurre sul territorio nazionale tali esperienze sono risultati difficili e in ultima analisi non completamente soddisfacenti.

Occorre quindi che sia affrontata la definizione di un modello italiano che costituisca utile guida per lo sviluppo dei servizi, che si basi su solide evidenze scientifiche, ma che tenga conto delle peculiarità del nostro territorio, delle autonomie regionali, delle esigenze locali della popolazione.

Per prima cosa, chiaramente, si deve tenere conto dello scopo pratico immediato dei servizi stessi, che è quello di curare aumentando l'appropriatezza, la sicurezza, ma anche l'accessibilità, l'equità e la rapidità, delle procedure di diagnosi e cura. Si può anche migliorare continuità e aderenza al trattamento, indipendentemente dal luogo in cui i pazienti si trovano. Dopo di che, bisogna che le soluzioni che potranno essere sviluppate siano praticabili sul piano organizzativo ed economico, ma prima ancora valide sul piano clinico. Non bisogna, cioè, considerare il progetto più importante del problema che esso si prefigge di risolvere.

Per il suddetto modello, gli studi scientifici hanno già individuato alcuni elementi di base, che per rilevanza possono essere considerati fondamenti del modello stesso:

- i servizi devono essere calibrati sulle esigenze di ogni territorio, ma devono anche essere coerenti tra loro per rendere confrontabile la gestione sia dell'organizzazione che dei dati
- il lavoro è sempre, anche dopo la progettazione, di tipo multidisciplinare e va condotto in modo appropriato da persone con adeguate competenze
- i servizi necessitano sempre di collaborazione tecnica specifica per la gestione delle infrastrutture, dei software e dei dispositivi medici (i "centri servizi" definiti dalle Linee di indirizzo nazionali per la Telemedicina del 2014), ma necessitano sempre anche di centri che garantiscano il coordinamento delle attività sanitarie a distanza e che indichiamo con il termine di "centri operativi".

Il principio di funzionamento di questi modelli operativi relativi ai servizi con ICT è centrato sul concetto che i dati del singolo paziente devono essere organizzati in modo che sia possibile ordinarli per

tipologia, ma anche utilizzarli correlandoli tra loro secondo le necessità, per il tramite di un sistema di gestione che le presenta all'interno di un documento digitale di sintesi, a sua volta generato in base alle esigenze cliniche del momento. Il tutto affiancato da una piattaforma di interoperabilità capace di facilitare lo scambio di dati da fonti differenti con le massime garanzie di qualità e sicurezza.

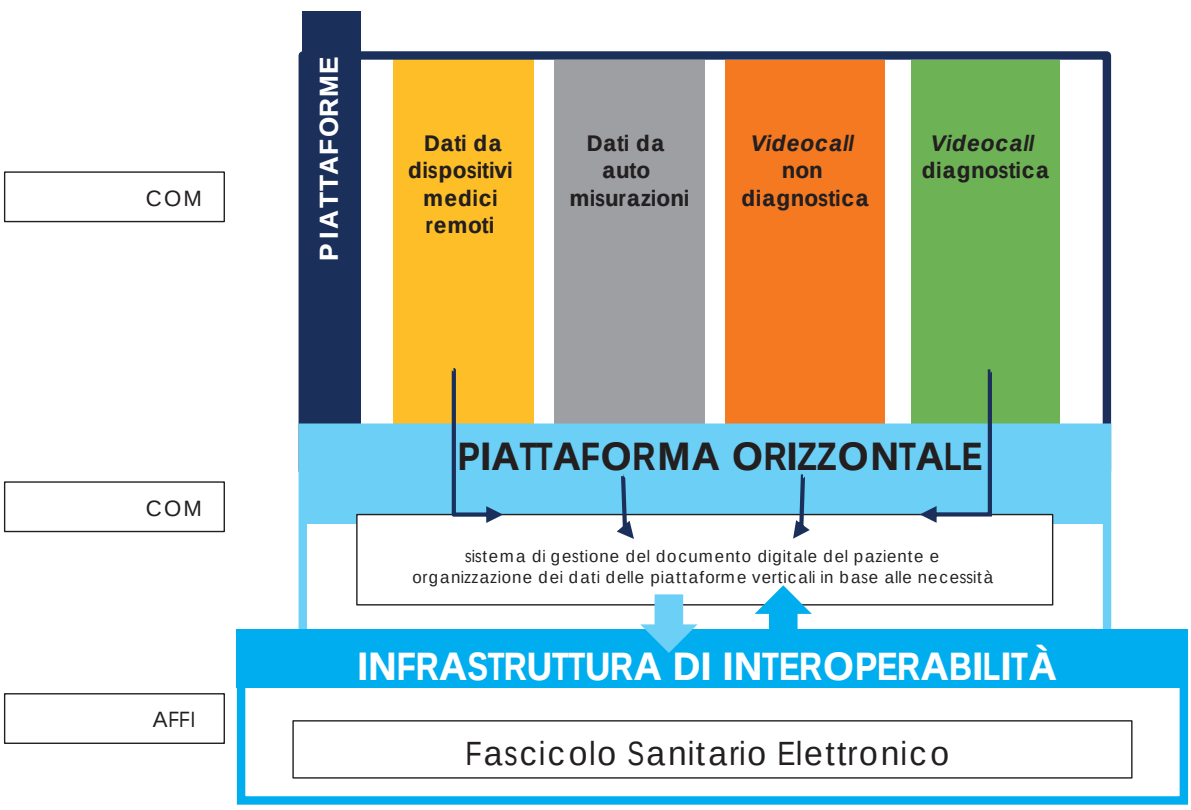
Proviamo qui a sintetizzare nello schema in Figura 13b.1. il suddetto concetto, così come individuato in modo molto efficace dall'Ing. Mauro Caliani, Direttore U.O.C. Pianificazione innovazione tecnologica e sviluppo reti abilitanti, Azienda Usl Toscana Sud Est, in una recente pubblicazione web [22].

In pratica si tratta di due macro-componenti e una infrastruttura di interoperabilità in affiancamento. Orizzontalmente, ma forse si potrebbe dire trasversalmente, viene utilizzata una piattaforma di gestione della documentazione elettronica, che interagisce anche con le dinamiche organizzative delle strutture di riferimento, che trova i dati, le immagini, i video, l'interazione remota e altri contributi in piattaforme specialistiche, verticalizzate per tipologia di attività, e che gestisce la refertazione.

Le piattaforme verticali possono essere differenti, e di solito almeno in parte lo sono, da un servizio all'altro, ma per rappresentarne il significato nella pratica possono essere raggruppate in quattro categorie principali:

1. **Dati da dispositivi medici remoti:** si tratta di dati che giungono al medico refertatore da dispositivi elettromedicali allocati in remoto, ove si trova anche il paziente, e utilizzati da personale qualificato in ambienti sanitari idonei e autorizzati dalle Autorità sanitarie locali, secondo norma.

Figura 13b.1. Modelli



A questa categoria appartengono i dispositivi più comuni e a maggior ritmo di evoluzione migliorativa, come i diversi endoscopi, o le macchine per le indagini radiologiche, l'ecografo, la RMN, ma anche l'EEG, l'ECG, le apparecchiature per istopatologia e gli esami di laboratorio oppure i robot chirurgici. La digitalizzazione consente inoltre di far interagire in nuove forme i dati provenienti dai differenti dispositivi aprendo nuove possibilità diagnostiche e perfino terapeutiche.

2. **Dati da strumenti di auto misurazione:** i dati vengono generati e trasmessi dal paziente che in autonomia utilizza dei dispositivi dotati di sensori, di capacità di memoria e di connettività. Questa modalità è stata concepita e utilizzata già da circa trent'anni. Essa si sostanzia nel dotare il paziente di un insieme predeterminato di dispositivi medici (*kit*), certificati, per il rilevamento *standard* e la memorizzazione di dati che nella prassi clinica indicano la situazione fisiologica o fisiopatologica della persona, come ad esempio alcuni parametri vitali (temperatura, ritmo cardiaco e respiratorio, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno). In questo ambito, al contrario della precedente categoria, non ci sono stati cambiamenti significativi negli anni passati, ad eccezione della continua ricerca di riduzione delle dimensioni dei dispositivi e la semplificazione delle interfacce utente, allo scopo ovviamente di agevolarne l'uso.
   Più recentemente, l'enorme diffusione della connettività *mobile* e conseguentemente dei sistemi operativi per gli *smartphone* (Android e IOS), con le relative applicazioni. ha prodotto due novità significative.
   Oggi chiunque e ovunque può utilizzare alcuni dispositivi che fino pochi anni fa potevano rientrare solo nella categoria precedente. L'esempio tipico è quello del ECG, ma anche lo spirometro. In secondo luogo, sono apparsi e si stanno diffondendo sul mercato *consumer*, al di fuori dell'ambito di azione e di responsabilità sanitaria, un numero crescente di dispositivi digitali di piccole dimensioni, che non rientrano nelle norme per la certificazione medicale e che le persone possono portare con sé durante le normali attività quotidiane. Alcuni di questi dispositivi possono essere indossati come bracciali o cinture e sono in fase di sviluppo anche indumenti dotati al loro interno di sensori. Questi nuovi dispositivi sono in grado di fornire dati che dipendono dagli stili di vita e dalle abitudini delle persone, purché siano usati quotidianamente, e possono calcolare dati biometrici memorizzandoli e poi trasmettendoli per tramite di uno *smartphone*. Queste tecnologie sono delle nuove possibilità per approcciare l'interazione con il paziente in modo olistico, creando nuove opportunità per la prevenzione e l'educazione sanitaria, ma possono diventare dei rischi, a seconda di come vengono utilizzate rispetto alle buone pratiche e alle linee guida clinico-assistenziali. Senza dimenticare i risvolti etici e deontologici nel consentire, in forza di contratti privati, la raccolta, l'archiviazione e l'uso dell'enorme mole di dati provenienti dalle abitudini di vita di un individuo.
3. ***Videocall* non diagnostica:** consiste nella possibilità di effettuare connessioni audio-video tra il sanitario e il paziente, oppure tra due o più sanitari, in modo da facilitarne la comunicazione. Il punto essenziale è che la sincronia tra l'audio e le immagini trasmesse consente una maggiore interazione umana a distanza, ovvero permette di mostrare all'interlocutore remoto la situazione in atto presso il paziente, potendone discutere direttamente. Risulta particolarmente utile per condividere tra più sanitari la raccolta stessa dell'anamnesi, oppure per un più efficace confronto tra operatori in situazioni di emergenza-urgenza dove può essere necessario impartire ordini operativi oppure trasferire all'istante suggerimenti durante l'attività in svolgimento. Trova anche applicazione e utilità nella gestione della continuità assistenziale a domicilio del paziente, rassicurando sia lui che il sanitario.

4. ***Videocall* diagnostica:** il principio di funzionamento è lo stesso illustrato nella categoria precedente, ma qui cambiano moltissimo il significato operativo e le correlate responsabilità sanitarie. In questo caso il dispositivo che permette la connessione audio-video deve essere inquadrato nelle procedure di certificazione medicale. Infatti, il rilievo visivo e/o uditivo a distanza di una caratteristica del paziente, il cui riconoscimento e valutazione hanno un impatto nel processo diagnostico o nel corretto compimento di un'azione terapeutica, non può presentare dubbi o incertezze maggiori di quelle che sarebbero presenti se il sanitario fosse accanto al paziente. Ne consegue che i rilievi uditivo e visivo non possono essere influenzati dal sistema digitale che ne permette codifica-trasmissione-decodifica, da e verso la postazione in remoto. Su questo punto occorre rapidamente incrementare studi e sperimentazioni indipendenti per arrivare a definire procedure validate per idonee specifiche certificazioni.

Infine, resta da prendere in esame la cornice organizzativa entro la quale mettere a dimora, per così dire, i nuovi servizi sanitari con ICT. Proviamo a tratteggiare tale analisi riguardo al modello ReCIS che abbiamo preso a riferimento.

Tale modello si appoggia concettualmente alle numerose esperienze di applicazione territoriale del cosiddetto *"Chronic Care Model"* (CCM), ovvero l'erogazione sul territorio di servizi sanitari centrati sul controllo della situazione clinica dei pazienti cronici, proporzionato alla loro condizione clinico-sociale e avente decisi caratteri di proattività nei confronti della gestione complessiva delle cronicità presenti. In pratica, il sistema è organizzato con schemi di presa in carico, predeterminati solitamente in base alle patologie e alla situazione logistica, per agire sulla gestione del singolo caso di cronicità, senza attendere che sia il paziente a richiederli. I punti di forza del CCM consistono: sul piano sociale nella concreta, e relativamente poco costosa, possibilità di annullare le differenze di accesso alle cure fra le varie classi sociali; sul piano sanitario nella significativa riduzione della mortalità per complicanze derivate da malattie croniche, agendo principalmente sulla loro prevenzione, ma potendo contare anche sull'alleanza dei servizi di emergenza-urgenza per l'accorciamento dei tempi di risposta negli episodi acuti tempo-dipendenti.

In sintesi, il CCM rende possibile nella realtà la trasformazione della Medicina da reattiva a proattiva, lo fa con nuove procedure, ma sempre nell'ambito della tradizionale organizzazione sanitaria per specialità.

Il modello ReCIS utilizza i principi di funzionamento del CCM, ma supera la struttura rigida dell'organizzazione per specialità, sfruttando le ICT per rendere praticabile la personalizzazione delle attività sanitarie e in questo modo introduce la necessità del lavoro collaborativo multidisciplinare e del raccordo operativo tra sanitari in ospedale e sul territorio, con uno schema a rete, la cui gerarchia non è fissa ma cambia in base alla risposta sanitaria necessaria per il paziente e all'interno del quale occorrono nuove competenze distribuite opportunamente tra le differenti professioni sanitarie. Il cambiamento organizzativo è stato sintetizzato con la cosiddetta "regola delle 4P" (Prevenzione, Prossimità, Produttività, Personalizzazione), che sintetizza l'obiettivo generale da raggiungere. Il suddetto raccordo, sempre attraverso le ICT, diventa nominale, ovvero il paziente conosce i suoi riferimenti all'interno della rete collaborativa che lo prende in carico, con tutti i professionisti che hanno un ruolo nella gestione della cronicità, comprendendo specialisti, medici di Medicina Generale, ma anche altre professioni sanitarie, farmacisti, operatori socio-assistenziali. È intuitivo comprendere i vantaggi di un simile schema di lavoro, soprattutto se teniamo a mente che il costante incremento di pazienti che presentano più patologie croniche coesistenti allo stesso momento. Un esempio pratico in cui la suddetta collaborazione tra professionisti, personalizzata sul singolo paziente, si dimostra utile è il fenomeno della scarsa aderenza terapeutica, la quale interessa quote enormi di diabetici e ipertesi (circa la metà di essi) e ancora di più per i pazienti con bronchite cronica ostruttiva, comportando la comparsa più rapida di complicanze.

13b.4. Conclusioni

In conclusione, l'azione di cambiamento organizzativo necessario deve svolgersi lungo tre assi fondamentali:

Realizzazione di un raccordo a rete collaborativa fra le cure primarie e le specialità, distinguendo procedure idonee per le cronicità che richiedono spesso trattamenti di livello ospedaliero (cardiologia, neurologia, ecc.) e cronicità a bassa ospedalizzazione (salute mentale, disabilità motorie, cure palliative, ecc.).

Organizzare su base territoriale adeguata connettività degli specialisti per rendere disponibile a distanza il loro lavoro, in tutti i presidi sanitari afferenti, con particolare attenzione ai presidi minori e più isolati.

Sviluppare sistemi informativi capaci di assicurare la condivisione dei dati sanitari, ma anche delle attività di teleconsulto e televisita, in modo perfettamente aderente alle esigenze operative e nel rispetto delle normative e linee guida mediche.

Riferimenti bibliografici

1. Neufeld JD, Doarn CR, Aly R. State Policies Influence Medicare Telemedicine Utilization. Telemed J E Health. 2016 Jan;22(1):70-4. doi: 10.1089/tmj.2015.0044. Epub 2015 Jul 28.
2. Antoniotti NM, Drude KP, Rowe N. Private payer telehealth reimbursement in the United States. Telemed J E Health. 2014 Jun;20(6):539-43. doi:10.1089/tmj.2013.0256. Epub 2014 Mar 21.
3. Decree n° 2018-788 of September 13, 2018 on the conditions governing the implementation of telemedicine activities, Official Bulletin of the French Republic dated September 14, 2018.
4. Ricciardi W. La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del servizio sanitario nazionale: come evitarlo ? Vita e Pensiero editore, 2015, pp 136. ISBN 9788834329573.
5. Petrelli A, Frova L (eds.), Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione. Epidemiol Prev 2019; 43 (1) Suppl 1:1-120. doi: 10.19191/EP19.1.S1.002.
6. Regolamento generale sulla protezione dei dati (in inglese General Data Protection Regulation), ufficialmente regolamento (UE) n. 2016/679 e meglio noto con la sigla GDPR, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea il 4 maggio 2016 ed entrato in vigore il 25 maggio dello stesso anno ed operativo a partire dal 25 maggio 2018.
7. O'Gorman LD, Hogenbirk JC, Warry W. Clinical Telemedicine Utilization in Ontario over the Ontario Telemedicine Network. Telemed J E Health. 2016 Jun;22(6):473-9.
8. AlDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Smith AC. A systematic review of the methodologies used to evaluate telemedicine service initiatives in hospital facilities. Int J Med Inform. 2017 Jan;97:171-194.
9. Giussi Bordoni MV, Plazzotta F, Sommer J, Benítez S, García G, Luna D, González B De Quirós F. Providers Expectations on Telemedicine: A Qualitative Research in a Large Healthcare Network of Latin America. Stud Health Technol Inform. 2015;216:890.
10. Kotb A, Cameron C, Hsieh S, Wells G. Comparative effectiveness of different forms of telemedicine for individuals with heart failure (HF): a systematic review and network meta-analysis.
11. Caldarola P, Gulizia MM, Gabrielli D, Sicuro M, De Gennaro L, Giammaria M, Grieco NB, Grosseto D, Mantovan R, Mazzanti M, Menotti A, Brunetti ND, Severi S, Russo G, Gensini GF; ANMCO/SIT. ANMCO/SIT Consensus document: Telemedicine and the emergency/urgency care network. G Ital Cardiol (Rome). 2016 Jun;17(6):508-28.
12. Goodarzi M, Torabi M, Safdari R, Dargahi H, Naeimi S. Innovation Network Development Model in Telemedicine: A Change in Participation. Healthc Inform Res. 2015 Oct;21(4):265-70.
13. Stiles, P., Taylor, B., 2001. Boards at Work: How Directors View Their Roles and Responsibilities. Oxford University Press.
14. Latour, B., 1992. Where are the missing masses? The sociology of a few Mundane Artifacts. In: Bijker, W.E., Law, J. (Eds.), Shaping Technology/

Building Society: Studies in Sociotechnical Change. MIT Press, Cambridge, Mass.

15. Kjekshus, L.E., Veggeland, F., 2011. State regulatory capacity: experiences from public sector reforms in Norway. Public Adm. 89 (4), 1568e1584.], [Andreassen, H.K., Kjekshus, L.E., Tjora, A., Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care. Social Science & Medicine 132 (2015) 62-69.
16. Henderson C, et al. Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomized controlled trial. BMJ 2013;346:f1035 doi: 10.1136/bmj.f1035.
17. Deliberazioni della Giunta Regionale N. 787 del 21 maggio 2013, Bur Regione Veneto n. 49 del 11/06/2013, Dipartimento Interaziendale funzionale delle Tecnologie Informative Sanitarie tra le Aziende ULSS 6 di Vicenza, ULSS 3 di Bassano, ULSS 4 di Thiene e ULSS 5 di Arzignano.
18. Carallo C, Scavelli FB, Cipolla M, Merante V, Medaglia V, Irace C, et al. (2015) Management of Type 2 Diabetes Mellitus through Telemedicine. PLoS One. 2015 Feb 25;10(2):e0118681. doi:10.1371/journal.pone.0126858.
19. AlDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Armfield NR, Smith AC. The Development of a Telemedicine Planning Framework Based on Needs Assessment. J Med Syst. 2017 May;41(5):74. doi: 10.1007/s10916-017-0709-4. Epub 2017 Mar 20.
20. Eric Topol. *The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care*. Basic Books; New York, 1 edizione (1 aprile 2012), pp 303.
21. Salisbury C, Thomas C, O'Cathain A, Rogers A, Pope C, Yardley L, Hollinghurst S, Fahey T, Lewis G, Large S, Edwards L, Rowsell A, Segar J, Brownsell S, Montgomery AA. TElehealth in CHronic disease: mixed-methods study to develop the TECH conceptual model for intervention design and evaluation. BMJ Open. 2015 Feb 6;5(2):e006448. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006448.
https://www.agendadigitale.eu/sanita/dalla-telemedicina-alla-medicina-digitale-il-passo-da-fare-in-italia/, accesso web 10/10/2019.

ENGLISH SUMMARY

ICT evolution in healthcare: firstly, an issue of method and secondly, a matter of technology

Managing change in the face of innovation is a need for any organisation, including health ones. Providing health services with ICTs entails completely new organisational challenges. The slow development of services is often linked to professional and legal problems: lack of specific remuneration systems; no standard setting; medical and legal problems relating to specialist services performed remotely; patients' behaviours reinforced by the characteristics and limits of the existing healthcare organization.

The organizational change, which in some cases has actually taken place, leads to the emergence of new prospects, arising essentially from the new needs of hospitals and territorial structures. In fact, hospitals are ever more organized into collaborative networks and the territorial services increasingly tend to move their scope of action to the patient's home.

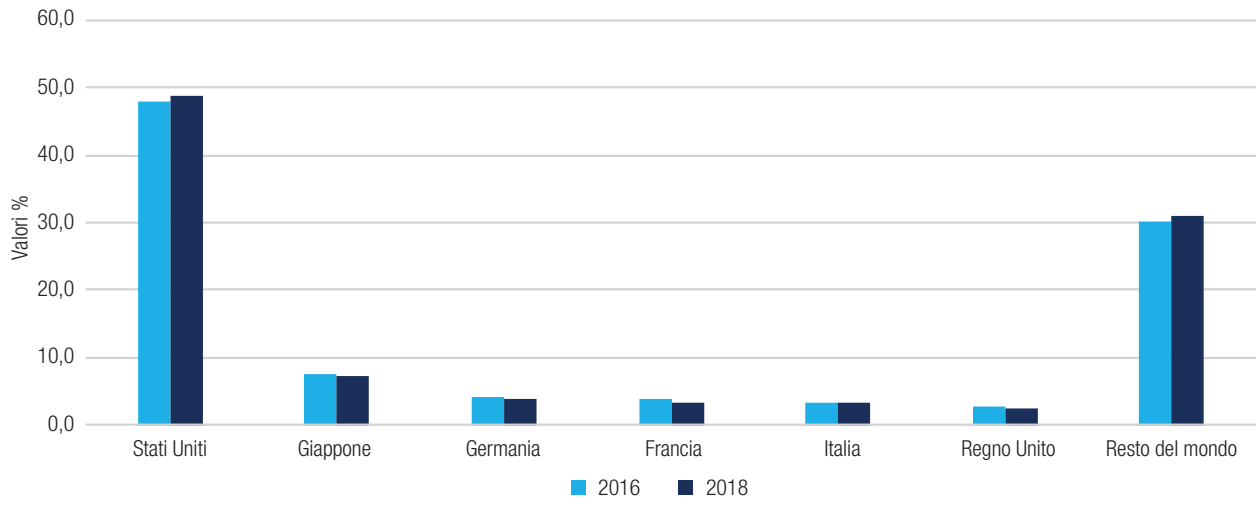
Considering the various network options, the model of "Integrated and Structured Clinical Networks" (ReCIS) seems to be the most promising for development in the National Health Service (NHS). The ReCIS model uses the operating principles of the Chronic Care Model, but goes beyond the rigid structure of organization by specialty, by using ICTs to allow the customization of healthcare. It thus introduces the need for multidisciplinary collaborative work and for the operational coordination between healthcare professionals in hospitals and in territorial structures. It employs a network model, whose hierarchy is not fixed but changes based on the health services required for patients and within which new skills need to be properly distributed between the different health professions.

The principle underlying the functioning of these operating models relating to ICT services is centred on the concept that the individual patients' data must be organized in such a way that it is possible to sort and order it by type, but also to use it by correlating it as needed. This should be made through a management system that shows data in a digital summary document, generated according to the specific clinical needs, and supported by an interoperability platform capable of facilitating the exchange of data from different sources and ensuring the highest quality and safety.

The necessary organisational change must take place along three fundamental axes:

- *creation of a collaborative network coordination between primary care and specialties, distinguishing between the procedures suitable for treating chronic diseases that often require hospital treatments (cardiology, neurology, etc.) and chronic diseases with low hospitalization rates (mental health, motor disabilities, palliative care, etc.)*
- *organization - on a territorial basis - of adequate connectivity for specialists, so as to make their work available remotely, in all the relevant health facilities, with particular attention paid to the smallest and most isolated facilities*
- *development of IT systems capable of ensuring the sharing of health data, but also tele-consultation and tele-examinations, in a way that is perfectly in line with operational requirements and in compliance with medical regulations and guidelines.*

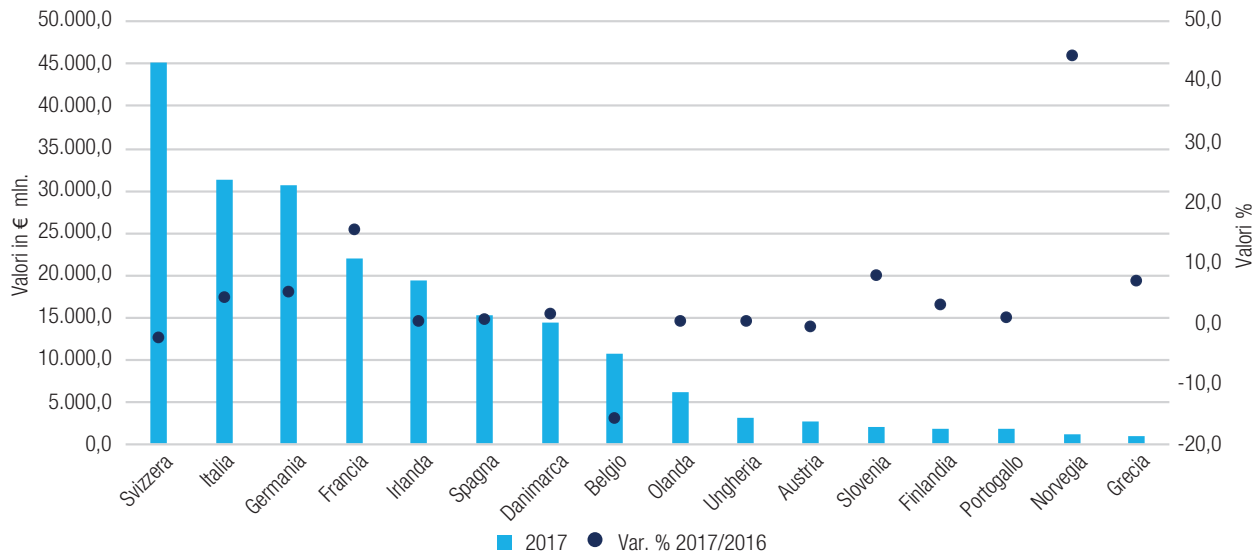
KI 13.1. Composizione mercato mondiale farmaceutico



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

Nel 2018 il mercato mondiale del settore farmaceutico è di circa € 845 mld.: quello statunitense rappresenta il 48,9%, quello europeo il 23,2% e quello giapponese il 7,4%. Nel triennio 2016-2018 si è registrato un aumento del contributo sul mercato mondiale farmaceutico degli Stati Uniti con +0,8 punti percentuali; mentre una riduzione per Francia, Regno Unito, Giappone, Italia e Germania (-0,4, -0,4, -0,3, -0,3 e -0,2 punti percentuali rispettivamente).

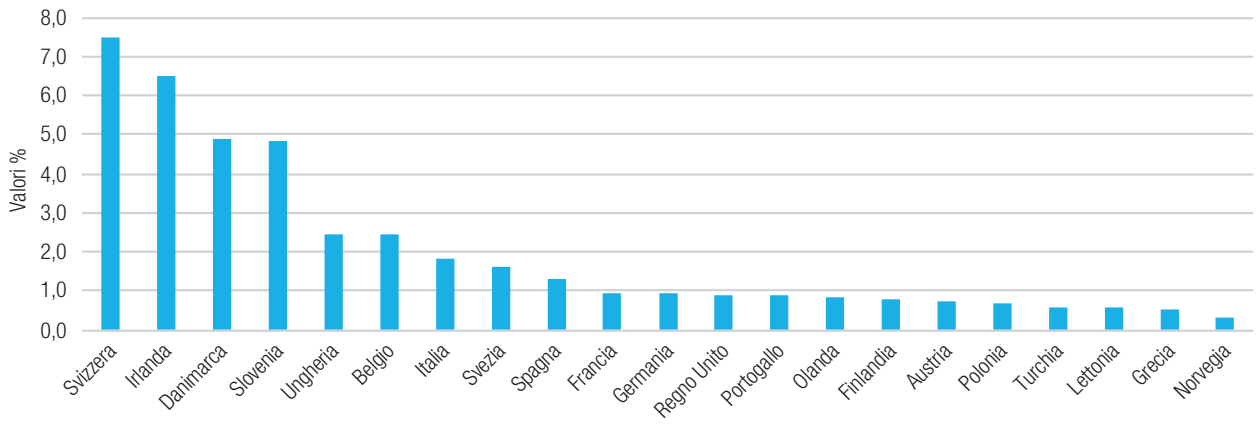
KI 13.2. Valore della produzione dell'industria farmaceutica in Europa



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

Il valore della produzione europea dell'industria farmaceutica, nel 2017, è pari a € 250.9 mld. La Svizzera risulta essere il Paese a maggiore produzione (€ 44.9 mld.), seguita da Italia (€ 31,2 mld.) e Germania (€ 30.6 mld.). La Norvegia ha registrato il maggiore aumento di produzione nell'ultimo anno, +43,9%, seguita dalla Lettonia (+30,8%) e dalla Francia (+15,0%).

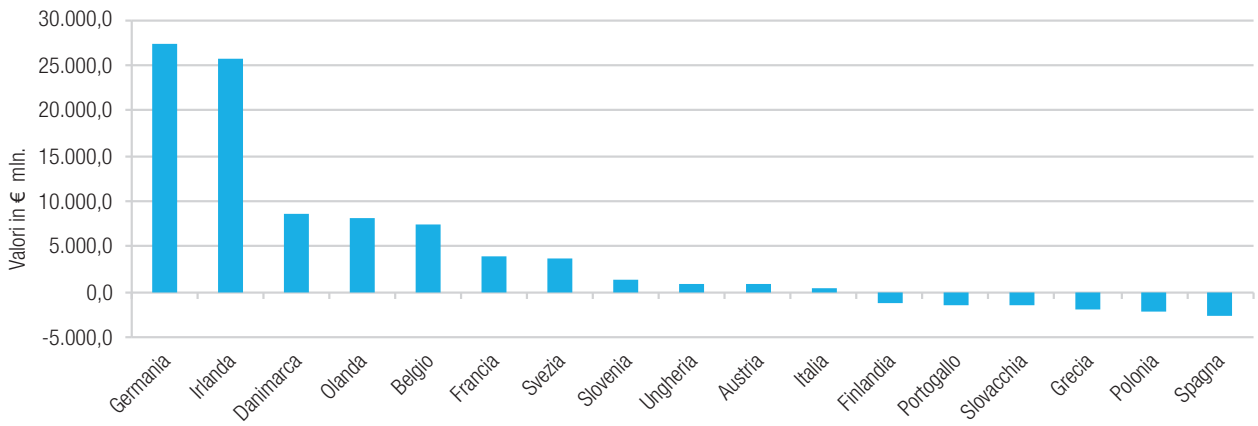
KI 13.3. Incidenza della produzione farmaceutica su PIL. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe* - © C.R.E.A. Sanità

L'incidenza della produzione farmaceutica sul PIL è massima in Svizzera (7,5%), segue l'Irlanda con il 6,5%, la Danimarca con il 4,9% e la Slovenia con il 4,8%. In Italia la produzione farmaceutica rappresenta l'1,8% del PIL.

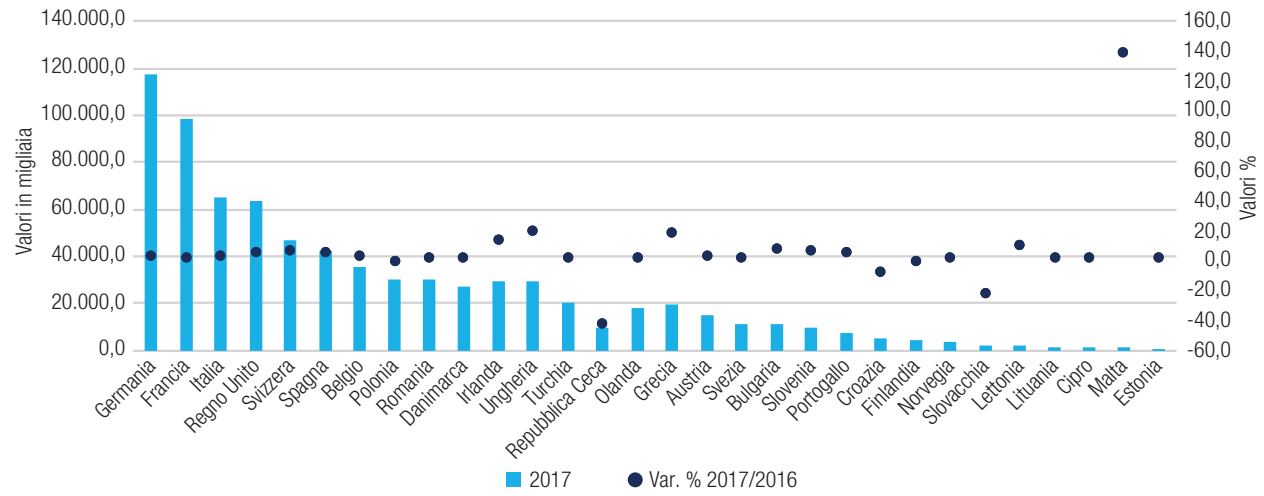
KI 13.4. Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica. Anno 2017



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

Nel 2017, la Germania risulta essere il Paese con il migliore saldo commerciale nel settore farmaceutico (+ € 27.4 mld.), seguita dall'Irlanda con + € 25.9 mld. e dalla Danimarca con + € 8.7 mld. La Germania è primo Paese per valore delle esportazione (ed anche delle importazione), seguita dalla Svizzera. Nel periodo 2017-2016, il valore delle esportazioni del settore farmacutico è cresciuto in quasi tutti i Paesi, anche in Italia (+5,7%). Le importazioni sono cresciute in particolare in Irlanda e Polonia. L'Italia nel 2017 ha registrato un saldo commerciale positivo, pari a + € 0,5 mld., mentre nel 2018 è negativo e pari a - € 0,5 mld. Limitando l'analisi alle importazioni ed esportazioni di medicinali, il saldo risulta pari a +€ 3.1 mld., di cui + € 0,3 mld. relativi ai vaccini.

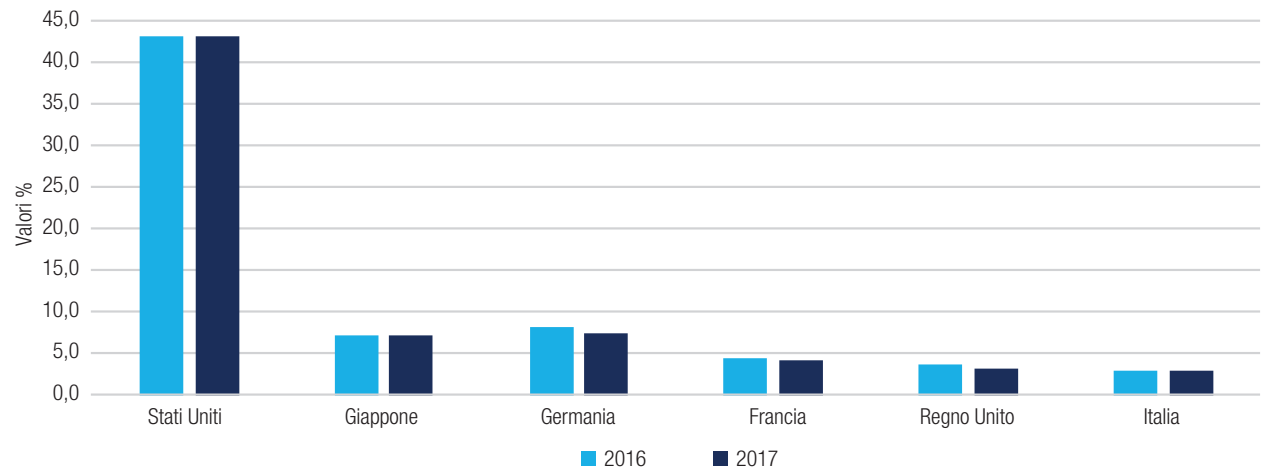
KI 13.5. Occupati nell'industria farmaceutica



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

In Europa, nel 2017, si contano 760.795 occupati nell'industria farmaceutica, ni crescita (2017-2016) nella maggior parte dei Paesi. In Italia si è passati da 64.400 occupati nel 2016 a 65.400 nel 2017 (+1,6%).

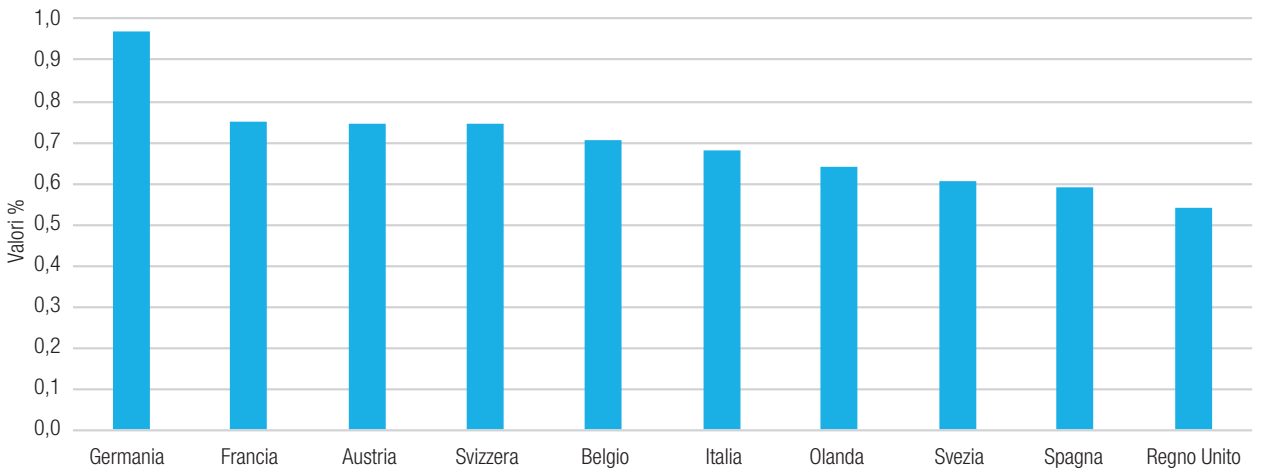
KI 13.6. Composizione mercato mondiale dispositivi medici



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe* - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017 il mercato mondiale dei dispositivi medici vale circa € 426 mld., di cui il mercato statunitense ne rappresenta il 43,0%, quello europeo il 27,0% e quello giapponese il 7,0%. Nel biennio 2017-2016, il valore del mercato è rimasto invariato per gli Stati Uniti e Giappone. In tutti i principali Paesi europei si è ridotto: in particolare di -0,7 punti percentuali in Germania, -0,5 nel Regno Unito, -0,2 in Francia e -0,1 in Italia.

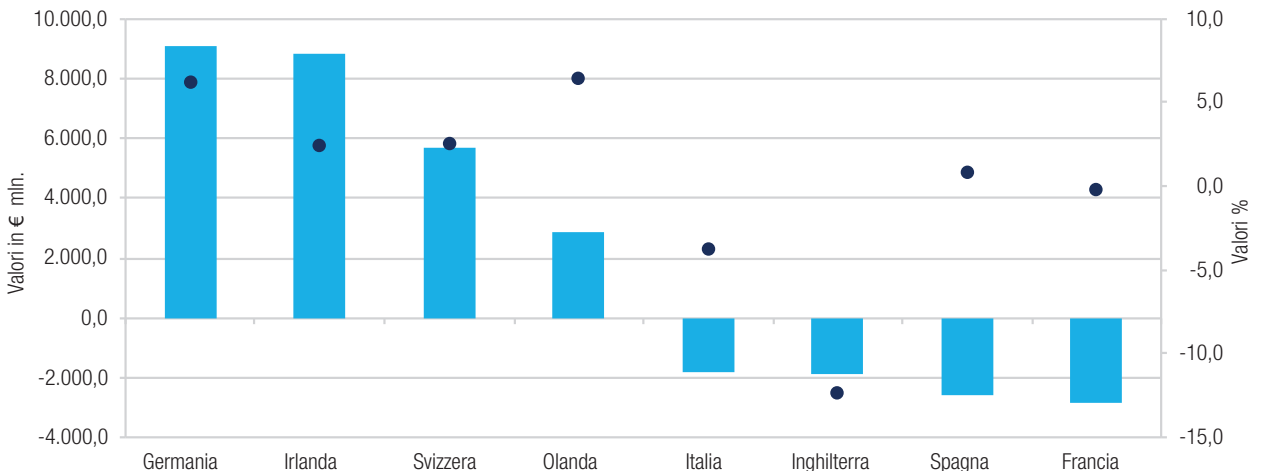
KI 13.7. Incidenza della produzione dei dispositivi medici su PIL. Anno 2016



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe* - © C.R.E.A. Sanità

L'incidenza della produzione di dispositivi medici sul PIL è massima in Germania (1,0%); seguono Francia, Austria e Svizzera con un'incidenza sul PIL rispettivamente dello 0,8 %, 0,7% e 0,7%. In Italia l'incidenza e dello 0,7%.

KI 13.8. Bilancia commerciale dell'industria dispositivi medici



Fonte: elaborazione su dati *MedTech Europe* - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2017, il Paese con il saldo della bilancia commerciale migliore nel settore dei dispositivi medici risulta essere la Germania con + € 9.135 mln. (+6,2% rispetto al 2016), seguito dall'Irlanda con + € 8.833 mln. e dalla Svizzera con € 5.705 mln.. Francia, Spagna, Regno Unito e Italia presentano invece un saldo negativo, pari rispettivamente a -€ 2.801,0, -€ 2.525,0, -€ 1.821,0 e € - 1.794,0, sebbene solo in Spagna si sia registrato un miglioramento (+0,2%); in Italia, invece, nel periodo considerato, si registra una riduzione pari al -12,3%.

Osservatori permanenti

Permanent observatories

14a. Il III Rapporto OSSFOR: La presa in carico dei pazienti con MR: l'impatto dei nuovi LEA e dell'accorpamento delle ASL

14b. Equità di accesso per le prestazioni di chirurgia bariatrica e laparoscopia

CAPITOLO 14
Osservatori permanenti

Il Capitolo 14 fornisce una sintesi delle attività svolte dal C.R.E.A. Sanità in *partnership* con altri centri di ricerca, e nello specifico l'Osservatorio sui Farmaci Orfani e l'Osservatorio PariSanità.

L'Osservatorio Farmaci Orfani (OSSFOR), è nato nel 2016, da una iniziativa congiunta di C.R.E.A. Sanità e della testata Osservatorio Malattie Rare (O.Ma.R.), con l'obiettivo di supportare le politiche sanitarie che riguardano le malattie rare (MR) e, in particolare, le tecnologie per esse specificatamente sviluppate, quali i farmaci orfani (FO).

La *mission* di OSSFOR è promuovere la definizione di una efficace ed efficiente *governance* del settore, orientata a garantire sia l'accesso dei pazienti alle terapie, sia la sostenibilità del sistema.

OSSFOR sviluppa attività di ricerca, sistematizzando le informazioni disponibili sulla gestione dei pazienti portatori di MR, nel campo dell'epidemiologia, dell'economia, del diritto; inoltre, promuove occasioni di incontro tra istituzioni e i principali *stakeholder* del sistema.

In estrema sintesi le principali evidenze del II Rapporto OSSFOR possono essere sintetizzate come segue:

- si può ragionevolmente ipotizzare che la prevalenza di pazienti portatori di MR, a cui sia stata riconosciuta l'esenzione, sia intorno allo 0,7%, che estrapolando i dati raccolti a livello nazionale, porta ad una stima di 432.649 pazienti
- l'onere pro-capite per i pazienti con MR, riportato al 2018, è compreso nel range € 4.314,0-5.443,1, che estrapolato a livello nazionale equivale a circa € 2 mld.; l'onere per un paziente con MR, in media non si discosta significativamente da quello dei residenti con almeno 2 patologie croniche
- i "nuovi LEA" hanno riconosciuto l'esenzione ad una quota di pazienti MR ragionevolmente pari a circa il 3%, e non hanno portato ad un aumento significativo della spesa, né in assoluto né in media pro-capite
- l'impatto economico complessivo dei malati rari sui budget regionali è limitato, sebbene la spesa media ecceda la quota capitaria media di finanziamento, in media di 1,5 volte
- la spesa media pro-capite risulta più alta nei primi anni di età (0-5, periodo in cui molte patologie rare vengono diagnosticate) e in età adolescenziale per poi registrare un nuovo picco tra i 76 e gli 81 anni, periodo in cui verosimilmente alla patologia rara si associano altre comorbilità
- in generale i costi dipendono dalle classi di prevalenza delle MR
- i pazienti con MR sono in prevalenza donne, anche se le risorse assorbite dal genere maschile sono maggiori rispetto a quelle assorbite da quello femminile
- le voci predominanti di costo sono, come era lecito aspettarsi, quelle per l'assistenza farmaceutica e per i ricoveri
- la variabilità a livello di singole Aziende Sanitarie della prevalenza e della spesa dei soggetti esenti per malattia rara è notevole, ma si sta attenuando per effetto del crescente accorpamento delle ASL, che di fatto implica una maggiore suddivisione dei rischi
- da un punto di vista regolatorio, i tempi di accesso dei FO tendono a ridursi sia a livello internazionale che nazionale
- accelera nell'ultimo periodo l'accesso di FO al mercato e continua a crescere la spesa, ma i tassi di crescita di questa ultima appaiono al

momento in diminuzione
- la remuneratività dei FO non sembra modificarsi radicalmente e, almeno nella netta maggioranza dei casi, i fatturati rimangono tendenzialmente limitati: il 44,3% delle molecole fattura meno di € 5 mln.; il 65,0% fattura meno di € 10 mln; sotto € 30 mln. sono l'83,0%
- nel 2018 osserviamo un rilevante aumento degli studi clinici sui farmaci orfani per ogni fase di studio, con percentuali comprese tra il +20 ed il +58%
- ci sono però ampi margini di miglioramento perché per adesso si tende a sottoutilizzare il nostro Paese per le fasi di studio più innovative, come la fase I
- analizzando i trial su farmaci orfani per i quali si attende la valutazione entro il 2020, si individuano 18 farmaci distribuiti in 8 Aree terapeutiche, con predominanza dei medicinali antineoplastici (9) e degli immunosoppressori (3).

L'Osservatorio PariSanità (Capitolo 14b), sviluppato congiuntamente da C.R.E.A. Sanità e Centro studi Assobiomedica (ora Confindustria Dispositivi medici), si pone l'obiettivo di rilevare i processi di accesso alle prestazioni sanitarie e quelli di diffusione delle tecnologie innovative sul territorio nazionale. In generale, l'Osservatorio si propone di individuare i benefici derivanti dall'utilizzo di un'innovazione, sia in termini economico-organizzativi, sia in termini clinici, e di promuovere la conoscenza del fenomeno dell'accesso alle prestazioni con evidenze empiriche tratte dall'analisi di dati reali relativi alle prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali erogate dal nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tutto questo al fine di fornire strumenti empiricamente fondati ai professionisti del settore, interessati a contribuire al miglioramento del nostro SSN e alla tutela della qualità della salute di tutti i cittadini.

Si riportano di seguito le principali evidenze del Il Rapporto, che analizza il tema dell'equità d'accesso alle prestazioni di chirurgia bariatrica in Italia. Per tale analisi il team di ricerca dell'Osservatorio è stato supportato dalla Società Italiana di chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche (SICOB).

- In Italia, il 2,0% della popolazione di età compresa tra 18 e 74 anni (894.948 persone) presenta un indice di massa corporea (IMC) superiore a 35 kg/m^2 (indagine Multiscopo dell'Istat), risultando quindi eleggibile alla chirurgia bariatrica
- Nel 2015, dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, risultano essere stati effettuati 12.637 interventi di chirurgia bariatrica in strutture pubbliche e private accreditate italiane: si evidenzia quindi un bassissimo ricorso al trattamento chirurgico dell'obesità grave, pari all'1,4% circa dei pazienti eleggibili
- Il minor ricorso al trattamento chirurgico in rapporto alla popolazione eleggibile, si registra in Molise (0,2%), il maggiore in Lombardia (2,8%).
- In termini di efficienza ospedaliera, dall'indagine conoscitiva della SICOB, emerge come il ricorso all'approccio laparoscopico nelle diverse procedure di chirurgia bariatrica risulta essere quello di routine: viene adottato nel 97,6% della casistica trattata
- Analizzando la mobilità extraregionale si osserva come ci sia una maggiore quota di pazienti in mobilità passiva nelle Regioni con una "minore offerta" o dove questa non è adeguatamente specializzata (ovvero con una casistica inferiore ai 25 interventi annui). La quota di pazienti che emigrano per sottoporsi a interventi di chirurgia bariatrica è massima in Puglia, Campania, Lazio e Piemonte; Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto risultano invece essere le Regioni più "attrattive".

Permanent observatories

Chapter 14 provides a summary of the activities carried out by C.R.E.A. Sanità in partnership with other research centres: specifically the Observatory on Orphan Drugs and the Observatory PariSanità.

The Observatory on Orphan Drugs (OSSFOR) was created in 2016, upon a joint initiative of C.R.E.A. Sanità and the Observatory on Rare Diseases (O.Ma.R.), with the aim of supporting health policies concerning rare diseases (RDs) and, in particular, technologies specifically developed for them, such as orphan drugs (ODs).

OSSFOR's mission is to promote the definition of an effective and efficient governance of the sector, aimed at ensuring both patients' access to therapies and the sustainability of the system.

OSSFOR develops research activities, systematizing the available information on the management of RD patients, in the fields of epidemiology, economics and law. It also promotes opportunities for meetings between institutions and the main stakeholders of the system.

In a nutshell, the main findings of the Second OSSFOR Report can be summarised as follows:

- *it can be reasonably assumed that the prevalence of RD patients, who have been granted exemption, is around 0.7% and, extrapolating the data collected at national level, we can estimate a number of 433,000 patients*
- *the per-capita burden for RD patients reported for 2018, ranges between 4,314.0 and 5,443.1 euros, which - extrapolated at national level - is equivalent to approximately 2 billion euros; on average, the burden for a RD patient does not differ significantly from that of residents with at least 2 chronic diseases*
- *the enlargement of exemption did not lead to a significant increase in spending, either in absolute terms or on pe-capita average*
- *the overall economic impact of RD patients on regional budgets is limited, although the average spending is higher than the average per-capita share of funding by 1.5 times, on average;*
- *the average per-capita spending is higher in the early years of life (0-5, a period in which many rare diseases are diagnosed) and in adolescence; later a new peak between 76 and 81 years of age is recorded, when other comorbidities are likely to add to the rare disease;*
- *in general terms, costs depend on the RD prevalence classes*
- *RD patients are predominantly women, although the resources used for males are greater than those used for females*
- *as was reasonable to expect, the predominant cost items are those for pharmaceutical care and hospitalizations*
- *the differences recorded by the individual Local Health Units (ASL) in terms of prevalence and spending of RD patients to whom exemption was granted is considerable, but it is diminishing due to the increasing merging and unification of Local Health Units (ASL), which in fact implies a greater sharing of risks*
- *from a regulatory viewpoint, access time for ODs tend to reduce both internationally and nationally*
- *recently the OD market access has stepped up and spending has kept on growing, but the spending growth rates seem to be currently decreasing;*
- *the OD profitability does not seem to change radically and, at least in the great majority of cases, turnover tends to be limited: 44.3% of*

molecules invoice less than 5 million euros; 65% less than 10 million euros; 83% less than € 30 million

- *in 2018, there was a significant increase in clinical trials on orphan drugs for each trial phase, with percentages ranging between 20% and 58%*
- *however, there is ample room for improvement because, for the time being, there is a tendency to underuse Italy for the most innovative trial phases, such as phase I*
- *while analysing the OD trials for which evaluation is expected by the end of 2020, 18 drugs - distributed in 8 therapeutic areas - are identified, with predominance of antineoplastic drugs (9) and immunosuppressants (3).*

The Observatory PariSanità (Chapter 14b), developed jointly by C.R.E.A. Sanità and Centro Studi Assobiomedica (now Confindustria Dispositivi medici), is designed to detecting the processes of access to health services and those for spreading innovative technologies throughout the national territory. In general terms, the Observatory aims at identifying the benefits resulting from the use of an innovation, both in economic and organization terms and in clinical terms, and to disseminating knowledge about access to services with empirical evidence taken from the analysis of real data relating to hospital and specialist outpatient services provided by the National Health Service (NHS). All this is designed to provide empirically evidence-based tools to the professionals interested in contributing to the NHS improvement and the protection of all citizens' health quality.

The main findings of the Second Report, which analyses the issue of fair access to bariatric surgery services in Italy, are reported below. In that analysis, the Observatory's research team was supported by the Italian Society of Obesity and Metabolic Disease Surgery (SICOB).

- *In Italy, 2% of the population aged between 18 and 74 (894,948 people) have a body mass index (BMI) higher than 35 kg/m2 (Istat Multipurpose Survey), thus being eligible for bariatric surgery.*
- *In 2015, according to the Hospital Discharge Cards, 12,637 bariatric surgery procedures were carried out in accredited public and private Italian facilities: hence there was a very low recourse to surgical procedures for severe obesity, equal to about 1.4% of eligible patients.*
- *The lowest recourse to surgical procedures in relation to the eligible population is recorded in Molise (0.2%), while the highest in Lombardia (2.8%).*
- *In terms of hospital efficiency, the SICOB survey shows that the use of the laparoscopic approach in the various bariatric surgery procedures is the routine one: it is adopted in 97.6% of the cases treated.*

While analysing the extra-regional mobility, we can note that there is a higher share of passive mobility patients in the Regions with a "lower offer" or where it is not adequately specialized (i.e. a number of cases lower than 25 procedures a year). The number of patients who move to other Regions to undergo bariatric surgery is the highest in Puglia, Campania, Lazio and Piemonte, while Lombardia, Emilia Romagna, Toscana and Veneto are the most "attractive" Regions.

CAPITOLO 14a
Il III Rapporto OSSFOR: La presa in carico dei pazienti con MR: l'impatto dei nuovi LEA e dell'accorpamento delle ASL[1]

L'Osservatorio Farmaci Orfani (OSSFOR), è nato nel 2016, da una iniziativa congiunta del Centro di ricerca C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e della testata Osservatorio Malattie Rare (O.Ma.R.), con l'obiettivo di supportare le politiche sanitarie che riguardano le malattie rare (MR) e, in particolare, le tecnologie per esse specificatamente sviluppate, quali i farmaci orfani (FO).

La *mission* di OSSFOR è promuovere la definizione di una efficace ed efficiente *governance* del settore, orientata a garantire insieme l'accesso dei pazienti alle terapie e la sostenibilità del sistema.

OSSFOR sviluppa attività di ricerca, sistematizzando le informazioni disponibili sulla gestione dei pazienti portatori di MR, nel campo dell'epidemiologia, dell'economia, del diritto; inoltre, promuove occasioni di incontro tra istituzioni e i principali *stakeholder* del sistema.

Quello che viene presentato è il III Rapporto OSSFOR (2019): il Rapporto è pubblicato annualmente e si focalizza sulla raccolta di dati originali sull'impatto epidemiologico ed economico delle malattie rare, sulle problematiche di accesso al mercato e, in generale, sulla regolamentazione del sistema.

Parallelamente sono stati sviluppati i Quaderni OSSFOR, che approfondiscono tematiche quali: le definizioni che attengono al mondo delle malattie rare e dei farmaci orfani (Quaderno n. 1), la regolamentazione degli *early access programs* (Quaderno n. 2), l'HTA dei piccoli numeri (Quaderno n. 3), i PDTA per le malattie rare (Quaderno n. 4). A fianco dei Quaderni vengono sviluppati *position paper* che intendono proporre ad Istituzioni e *decision maker* soluzioni tecniche o legislative alle problematiche che riguardano MR e FO individuate nei primi.

Il III Rapporto OSSFOR (2019), contiene un approfondimento dell'epidemiologia delle malattie rare in Italia e relativi costi per il SSN. Questi capitoli sono stati sviluppati in partnership con la Regione Toscana, che ha messo a disposizione i propri *database* amministrativi, elaborando la mappatura dell'impegno regionale verso i pazienti con MR. Inoltre, analizza, grazie alla banca dati appositamente sviluppata da OSSFOR, l'andamento delle traiettorie di accesso al mercato dei FO e le dimensioni del relativo consumo e spesa.

Viene inoltre affrontato il tema della governance delle malattie rare e aggiornati i risultati di una *survey* sviluppata da OSSFOR per indagare le valutazioni degli *stakeholder* del mondo delle MR, in tema di preferenze distributive oltre che una analisi sulle sperimentazioni cliniche sulle malattie rare.

In primo luogo è stato approfondito l'impatto epidemiologico delle malattie rare, attraverso le analisi dei *databases* amministrativi Regionali.

Quest'anno sono state analizzate le evidenze della presa in carico dei MR in Toscana, mediante l'interconnessione e lo studio dei *database* amministrativi regionali.

La metodica utilizzata segue quella già implementata nelle indagini svolte in Regione Lombardia (2012), Puglia (2017) e Campania (2018).

Complessivamente, OSSFOR ha ad oggi screenato un universo pari a circa il 40% della popolazione italiana, raccogliendo informazioni specifiche su oltre 110.000 pazienti con MR.

[1] Rapporto OSSFOR 2019

Le analisi condotte, pur se riferite ad anni diversi, permettono di evidenziare alcune regolarità, sebbene rimangano differenze fra le Regioni che sono attribuibili, oltre alle diverse epoche di rilevazione, che risentono di diversi gradi di consolidamento dei *database*, di modifiche normative riguardanti l'accesso, dell'introduzione di nuove tecnologie, anche alla natura delle MR, che riguardano tante e diverse condizioni patologiche.

Le analisi epidemiologiche e sui costi per il SSN sono state svolte sia prendendo a riferimento l'universo dei pazienti con MR esenti ex allegato 1 al DM 279/2001, sia quelli ex DPCM 12.1.2017 (Nuovi LEA): la prima elaborazione si è resa necessaria per garantire continuità con le rilevazioni effettuate prima del 2017.

Si è approfittato per approfondire le caratteristiche dei pazienti a cui è stata riconosciuta l'esenzione con i nuovi LEA e il relativo impatto economico sui SSR.

Con i caveat espressi, la prevalenza nella popolazione italiana di pazienti portatori di MR, assumendo una rivalutazione dei dati rilevati in Lombardia e Puglia per effetto delle nuove esenzioni, pari a quella registrata in Toscana, si stima sia compresa tra lo 0,7% allo 0,5% notiamo una crescita del tasso nelle successive rilevazioni, presumibilmente effetto di una cresciuta capacità diagnostica e un consolidamento dei database regionali: ne segue che è presumibile che il dato reale sia vicino al limite superiore del *range* sopra indicato.

Estrapolando i dati raccolti a livello italiano, si può presumere che i MR esenti in Italia siano circa 433.000.

I pazienti con MR sono in prevalenza donne, anche se il dato non si conferma in Campania.

L'analisi della distribuzione per età dei soggetti affetti da malattia rara mostra con buona regolarità l'esistenza di un picco di prevalenza nell'età adolescenziale (10-19 anni) ed un altro nella quinta decade: tali picchi sembra possano essere associati a una maggiore incidenza di diagnosi in quelle fasce di età.

Le condizioni ultra rare, sono concentrate maggiormente nelle età giovanili: fenomeno attribuibile all'insorgenza giovanile e agli esiti più spesso infausti.

Nelle successive analisi si consolida la consapevolezza che tra i soggetti portatori di MR, gli ultra rari (che ne rappresentano una quota compresa tra il 15,5% e il 38,3%) meritano particolare attenzione per la loro complessità assistenziale, derivante dall'essere distribuiti su un numero elevatissimo di condizioni patologiche (oltre 281).

Una ulteriore regolarità osservata, ma in fase di superamento per effetto dell'accorpamento delle Aziende territoriali, è quella della concentrazione infra-regionale (a livello di ASL) dei pazienti con MR, potenzialmente spiegabile con ragioni ereditarie/genetiche e con l'effetto attrattivo dei Centri di riferimento.

Nelle precedenti rilevazioni, fra le ASL abbiamo osservato un rapporto fra quelle a prevalenza maggiore e minore compreso fra il 50,0% e il 90,0%. In Toscana, dove ormai si è concluso il processo di accorpamento delle ASL, tale rapporto si ferma al 26%: quindi pur rimanendo vera la necessità di una centralizzazione dell'offerta (di strutture e, principalmente, di competenze), il maggiore dimensionamento delle ASL semplifica almeno per quanto riguarda la gestione di un equilibrato rapporto fra offerta e domanda.

I "nuovi malati rari", in Toscana, si concentrano nella fascia di prevalenza tra 0,005% e 0,01% (35,3% in 1 condizione rara), in quella tra 0,002% e 0,005% (26,2% in 3 condizioni rare) e per il 28,5% nella categoria degli ultra rari (28,5% in 34 condizioni).

Per quanto concerne i FO, si sono analizzate le traiettorie di accesso al mercato, sfruttando la banca dati implementata da OSSFOR.

L'analisi descrive, in particolare, i diversi *steps* del percorso autorizzativo, misurando le tempistiche associate al processo.

Un primo elemento di riflessione è che a livello Europeo sembra aumentare il tempo che intercorre tra la designazione orfana e la richiesta di autorizzazione, attraverso procedura centralizzata all'EMA; da 34 mesi – 31 valore mediano – per i farmaci autorizzati dall'EMA fra il 2003 ed il 2004, a 69 mesi – 76 valore mediano, tra il 2015 ed il 2016, a 58 mesi (59

valore mediano) nel 2017/2018.

La dilatazione complessiva di questa fase del procedimento è, però, imputabile all'aumento del tempo intercorrente fra designazione e richiesta di autorizzazione da parte delle aziende; si riduce infatti il tempo necessario a EMA per concedere l'autorizzazione.

Anche a livello nazionale si registra negli ultimi anni una tendenza alla riduzione della durata del processo, che correla ai cambiamenti legislativi introdotti; tra autorizzazione EMA e determina di prezzo e rimborso si passa, infatti, da 23 mesi (21 il valore mediano) tra il 2009/2011 a 12 mesi (10 il valore mediano) tra il 2015/2018.

I tempi si riducono ulteriormente se si escludono i farmaci inseriti nell'elenco della L. n. 648/96 e quelli in Classe Cnn, si passa infatti da 33 mesi (valore mediano 27) nel triennio 2011/2013 a 11 mesi (valore mediano 10) nel triennio 2014/2017.

Si consideri che la L. n. 98/2013, ha ridotto i tempi consentiti per la conclusione della procedura negoziale in 100 giorni dalla data di presentazione della domanda. Pur con i limiti del campione e con l'assenza d'informazioni puntuali sulla sospensione dei lavori delle Commissioni, possiamo osservare come, il processo "interno", ovvero del tempo di definizione della valutazione/negoziazione da parte delle Commissioni AIFA, mostri una inversione di tendenza; passando da 256 giorni (210 valore mediano) nel 2012/2014 a 239 giorni (176 valore mediano) nel periodo 2015/2018; considerando, altresì, che la tempistica si riferisce alla definizione del prezzo e rimborso del farmaco e non alla disponibilità del farmaco per i pazienti, in quanto il 56% dei farmaci del campione risulta inserito in Cnn o nella lista dei farmaci secondo la L. n. 648/1996 e quindi è disponibile ancor prima della negoziazione.

Se l'accesso dei FO al mercato continua a crescere, e anzi accelera nell'ultimo periodo, confermando il rapido aumento delle opportunità terapeutiche per le malattie rare, nonché il successo degli incentivi internazionali e nazionali messi in campo nel settore, parallelamente anche la spesa per i FO continua a crescere; i tassi di crescita appaiono però al momento in diminuzione.

Analizzando il *trend* della spesa, osserviamo che essa è aumentata da € 1,1 mld. nel 2015 a € 1,4 mld. nel 2016, a € 1,7 mld. nel 2017, fino a € 1,8 mld. nel 2018, con una crescita del 61,4% nel quadriennio (tasso di variazione medio annuo – vma del 17,3%); nell'ultimo anno, a fronte di una crescita nominale della spesa di circa € 100 mln. si osserva una riduzione della crescita percentuale di quasi 20 punti percentuali: +21,8% fra il 2015 e il 2016, +25,0% tra il 2016 e il 2017 e + 5,9% nell'ultimo anno considerato.

Le variazioni di spesa sono altresì legate all'anno di entrata sul mercato delle molecole: l'incremento di spesa è, infatti, in larga misura relativo ai farmaci lanciati nell'ultimo triennio, e al loro progressivo *uptake*.

Una "calmierazione" degli impatti si desume anche dai costi medi per Unità Minima Frazionabile (UMF), anch'essi progressivamente ridottisi negli anni.

Il costo medio per UMF, è aumentato tra il 2015 e il 2016 del 5,4% e tra il 2016 e il 2017 del 5,5%; si è invece ridotto nell'ultimo anno considerato del 3,8%.

La remuneratività dei FO non sembra modificarsi radicalmente; anzi, almeno nella netta maggioranza dei casi, osserviamo fatturati tendenzialmente limitati: il 44,3% delle molecole fattura meno di € 5 mln.; il 65,0% fattura meno di € 10 mln; sotto € 30 mln. sono l'83,0%. Solo 4 (3,8%) molecole superano € 100 mln.

Circa un terzo della spesa è attribuibile a molecole con più indicazioni: peraltro non sembra che questa sotto classe sia soggetta a *trend* significativamente diversi dalla media; neppure in termini di fatturato osserviamo in media "vantaggi" particolari per questo segmento.

I dati non mostrano quindi motivi di particolare allarme per gli impatti economici del settore, sebbene la crescita nominale della spesa rimanga significativa.

A partire dal 2019 la lista dei FO verrà modificata a seguito della legge di bilancio 2019. 39 FO dell'attuale lista AIFA verranno pertanto esclusi dalla lista perdendo i benefici economici propri dei FO ovvero l'esclusione dal pagamento del *payback* in caso di sfondamento del tetto di spesa.

Dividendo i farmaci in due sotto categorie, con-

venzionalmente definite FO e FO-esclusi, emerge come i consumi dei FO-esclusi risultino inferiori rispetto a quelli della categoria FO oltre che in riduzione; presumibilmente perché circa l'80% dei FO-esclusi sono stati immessi in commercio prima del 2010.

Anche la spesa per FO-esclusi appare inferiore rispetto a quella dei FO e con un *trend* opposto: si riduce negli anni la spesa dei FO-esclusi mentre aumenta quella dei FO.

In definitiva, i FO-esclusi, in media, fatturano meno dei FO e nessuno raggiunge i fatturati di alcuni orfani (nessuno dei farmaci con fatturato superiore ad € 100 mln. appare nella lista dei FO-esclusi) quindi, economicamente, è ragionevole abbiano minori *chances* di essere remunerativi; ne segue che l'esclusione appare discutibile su di un piano economico.

Peraltro, la lista dei farmaci esclusi, pubblicata nella informativa citata, dimostra chiaramente come un certo numero di essi siano l'unico prodotto commercializzato dall'Azienda titolare e in alcuni altri casi rappresenti oltre il 50,0% del fatturato, confermando che si tratta con molta probabilità davvero di "farmaci economicamente orfani", e quindi meritori di incentivazione.

Sembra lampante che sarebbe, quindi, stato preferibile definire incentivi e disincentivi su una base razionale e non sull'appartenenza formale ad una o l'altra "lista" di farmaci orfani.

La determina sopra citata si colloca all'interno di un percorso di consapevolezza sulla necessità di una nuova *governance* del settore farmaceutico in generale.

Di fatto, di concreto sinora è stato realizzato poco, con l'eccezione della pubblicazione, ma non ancora l'emanazione, di un decreto deputato in sostanza ad aggiornare i criteri CIPE del 2001 per la negoziazione e la rimborsabilità dei farmaci.

La principale novità sta forse nell'aver ribadito la volontà di valutare il valore terapeutico aggiuntivo.

Il tema è rafforzato dalla specificazione per cui "qualora … non sia dimostrato … alcun vantaggio terapeutico aggiuntivo …" l'Azienda "… dovrà fornire ulteriori elementi di interesse …" oppure fare una proposta "… che configuri un costo terapia uguale o inferiore rispetto a quello dei comparatori…".

In sintesi, o c'è un beneficio incrementale o per entrare l'Azienda deve proporre un vantaggio finanziario per il SSN.

L'approccio è certamente condivisibile e, in qualche modo, risulta coerente con una logica di *value based pricing*; inoltre, almeno sulla carta, dovrebbe snellire le negoziazioni, essendo a priori chiaro il criterio "minimo" necessario per affrontare con probabilità di "successo" il processo stesso di negoziazione.

Un limite nel dispositivo è quello di non avere definito compiutamente cosa si intenda per valore, che rimane quindi un apprezzamento lasciato di volta in volta alla CTS (Commissione Tecnico Scientifica) dell'AIFA; inoltre, non viene trasparentemente dichiarato come tale valore si "leghi" poi al prezzo massimo riconoscibile dal SSN, aspetto questo lasciato di volta in volta alla CPR (Comitato Prezzi e Rimborso) dell'AIFA.

Molto meno condivisibile, su un piano tecnico, appare poi la richiesta per cui "… nel caso non vi siano medicinali comparatori …" bisogna "… motivare la proposta di prezzo anche in funzione dei costi della ricerca e sviluppo".

Qualora il comparatore non sia adeguato, questo dovrebbe rappresentare un limite forte alla richiesta di rimborso alla luce della insufficiente evidenza delle prove di valore terapeutico; nel caso in cui non ci fosse un comparatore attivo (vorremmo far notare che un comparatore c'è sempre, essendo, al più, placebo) non si capisce, però, perché il beneficio incrementale rispetto a placebo non sia ritenuto adeguato per formulare la proposizione di valore.

Sul piano pratico, questo aspetto della norma rischia di penalizzare i farmaci (per primi quelli orfani) che danno risposte ad *unmet needs,* e per i quali è evidente che non c'è un "medicinale comparatore".

Vorremmo aggiungere che in ogni caso, la richiesta di fondare la valutazione sui costi appare del tutto velleitaria, essendo nota la difficoltà di validare i costi dei processi di R&S (Ricerca e Sviluppo), oltre al fatto che è del tutto discutibile pensare di correlare i prezzi ai costi di R&S.

I FO sono solo una componente dell'onere dei

SSR per la presa in carico dei pazienti con MR.

È stata poi analizzata la spesa media pro-capite annua totale, sostenuta per i malati rari a cui è stata riconosciuta l'esenzione: la spesa analizzata comprende farmaceutica, diagnostica, analisi di laboratorio, visite, ricoveri ordinari e DH.

Nelle 4 Regioni sinora analizzate si è riscontrato un onere pro-capite, riportato al 2018, compreso nel *range* € 4.314,0-5.443,1, che estrapolato a livello nazionale equivale a circa € 2 mld..

L'impatto economico complessivo dei malati rari sui *budget* regionali è limitato, sebbene la spesa media ecceda la quota capitaria media di finanziamento: in Toscana del 138,1% (il dato medio di spesa sostenuto per la popolazione toscana è pari a € 2.019,5 nel 2018), in Campania del 209,6% (€ 1.739,4 nel 2017 per la popolazione generale), in Lombardia del 163,0% (€ 1.902,07, nel 2012), e del 138,3% per la popolazione pugliese (€ 1.769,8 per la popolazione generale regionale nel 2016).

Va peraltro considerato che i dati riferiti alle popolazioni generali sono una media di spesa che considera cittadini consumatori e non, mentre quella per i malati rari è ovviamente riferita agli utilizzatori di risorse sanitarie.

Di fatto l'onere per un paziente con MR, in media non si discosta significativamente da quello dei residenti con almeno 2 patologie croniche.

Pur con alcuni caveat legati essenzialmente al fatto di considerare solo soggetti in possesso di esenzione per patologia rara, oltre che alla carenza di informazione su alcune voci di spesa (nello specifico ADI e riabilitazione), nonché alle differenze nell'organizzazione delle Regioni, si possono riscontrare alcune importanti regolarità nei costi di presa in carico.

In particolare:

- le voci predominanti di costo sono, come era lecito aspettarsi, quelle per l'assistenza farmaceutica e per i ricoveri
- la spesa media pro-capite risulta più alta nei primi anni di età (0-5, periodo in cui molte patologie rare vengono diagnosticate) e in età adolescenziale per poi registrare un nuovo picco tra i 76 e gli 81 anni, periodo in cui verosimilmente alla patologia rara si associano altre comorbilità
- le risorse assorbite dal genere maschile sono maggiori rispetto a quelle assorbite da quello femminile, malgrado siano di più le donne
- tale fenomeno è legato alla spesa farmaceutica e, quindi, presumibilmente alle maggiori opportunità terapeutiche di cui dispongono attualmente in media i maschi
- in generale i costi dipendono dalle classi di prevalenza delle MR
- la variabilità della spesa media per soggetto esente per malattia rara è notevole anche a livello di singole Aziende Sanitarie con un differenziale che va da 1,2 a 2,2 volte; per quanto la problematica rimanga importante, sembra però attenuarsi per il crescente accorpamento delle ASL, che implica una maggiore suddivisione dei rischi
- l'allargamento del numero di esenzioni non ha portato ad un aumento significativo della spesa, né in assoluto né in media pro-capite.

Si sono altresì rilevate significative differenze, che meriteranno ulteriori approfondimenti:

- la categoria dei pazienti con condizioni ultra rare, oltre a distinguersi da un punto di vista epidemiologico, in Lombardia e Toscana lo fa anche dal punto di vista economico, registrando una spesa media significativamente superiore alla media; questo dato non trova conferma nelle Regioni del Sud analizzate, dove la spesa media pro-capite dei pazienti con condizioni ultra rare è invece inferiore alla media dei pazienti
- i pazienti a cui è stata concessa l'esenzione dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.1.2017 generano una spesa media pro-capite maggiore della media in Campania, ma ciò non avviene in Toscana.

Il Rapporto OSSFOR svolge poi una analisi del quadro normativo di riferimento per i FO; punto di riferimento rimane il Regolamento (CE) n. 141 del 2000, nel quale sono definiti i criteri per l'assegnazione della qualifica di farmaco orfano. Con il Regolamento sopra citato è, inoltre, istituito presso l'Agenzia Europea per i Medicinali il Comitato per i Medicinali Orfani (COMP) e viene attribuito, alle aziende produttrici dei medesimi farmaci un periodo di esclusiva di mercato.

Ulteriori incentivi sono poi previsti dalla normativa nazionale, la quale, a tal proposito, è stata modificata con la Legge di Bilancio 2019. Prima della modifica, nel caso di superamento del *budget* attribuito all'azienda titolare di farmaci in possesso della qualifica di medicinali orfani, questo, ai fini del ripiano, al lordo IVA, era ripartito tra tutte le aziende titolari di AIC per medicinali non innovativi coperti da brevetto in proporzione allo sforamento del *budget*.

La modifica apportata dalla Legge n. 145 del 30 dicembre 2018, ha mantenuto l'incentivo per tutti i farmaci orfani contenuti nel Registro Europeo dei farmaci orfani, istituito dal Reg. (CE) n. 141/2000, nel quale sono inseriti i farmaci per i quali è ancora vigente l'incentivo dell'esclusività di mercato. Ha, invece, escluso e, pertanto, non beneficiano più dell'incentivo tutti quei codici AIC relativi a farmaci che rispettano i requisiti previsti dal Regolamento Europeo (CE) n.141 del 2000 per la designazione a farmaco orfano e che sono elencati nella circolare dell'Agenzia Europea per i Medicinali EMEA/7381/01/EN del 30 marzo 2001, nonché gli altri farmaci precedentemente individuati con apposita delibera dell'AIFA tra quelli già in possesso dell'autorizzazione in commercio destinati alla cura delle malattie rare che soddisfano i criteri dell'art. 3 del Regolamento Europeo (CE) n.141 del 2000.

In termini di approfondimento normativo, si è analizzato quanto stabilito dal Decreto Legislativo n. 124 del 1998, nella parte in cui prevede che i pazienti affetti da condizione rara, inseriti nell'elenco predisposto dal Ministero della Salute, abbiano diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni di assistenza sanitaria. Nell'individuare le condizioni di malattia, il Ministro della Salute tiene conto della gravità clinica, del grado di invalidità, nonché della onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento.

Con il Decreto Ministeriale n. 279 del 2001 si è data concreta applicazione al Decreto Legislativo di cui sopra. Secondo quanto previsto dall'articolo 5 del D. M. n. 279/2001, "Diagnosi della malattia e riconoscimento del diritto all'esenzione", il soggetto assistito, per il quale sia stato formulato un sospetto diagnostico di malattia rara, da parte di un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale è indirizzato dal medico al Centro regionale di Riferimento, ai Presidi della Rete in grado di garantire la diagnosi della malattia o del gruppo di malattie.

Al fine di assicurare specifiche forme di tutela per i soggetti affetti da patologie rare, il Decreto ha istituito una Rete nazionale dedicata alle malattie rare, mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, e promuovere l'informazione e la formazione.

Tuttavia, nonostante l'esistenza di una Rete per le Malattie e di un rilevante numero di presidi rivolti alla cura delle stesse non sempre i pazienti rari trovano la possibilità di curarsi presso la propria regione di residenza. A questo proposito, molte Regioni, attraverso normative predisposte ad hoc ovvero, normative adattate ai singoli casi concreti, rimborsano le spese di viaggio e soggiorno che i pazienti sostengono per cure erogate fuori dalla propria regione

È stata poi effettuata una sinossi regionale sui Percorsi Diagnostica Terapeutici Assistenziali (PDTA) implementati dalla quale si desume:

- una generale difficoltà nell'identificare il percorso del paziente: nella quasi totalità dei PDTA esaminati viene analizzata la malattia, la diagnosi e la terapia mentre è carente l'esplicitazione del percorso di gestione del paziente nelle diverse fasi, sia in acuto che, specialmente nella fase elettiva sul territorio
- nei gruppi di lavoro di redazione dei PDTA è garantita, nella maggior parte dei casi, la multidisciplinarietà clinica, soprattutto ospedaliera; è, invece, per lo più carente il coinvolgimento dei referenti del territorio, dei MMG e delle associazioni pazienti
- una quasi totale assenza di valutazioni economiche sulle risorse impegnate nei percorsi, come anche di strumenti di monitoraggio relativi alla loro implementazione.

Emerge quindi una indicazione a promuovere una maggiore diffusione e condivisione dei PDTA regionali per le MR, anche con la finalità di incentivarne una maggiore omogeneità nel rispetto della garanzia di erogazione dei LEA.

Il Quaderno OSSFOR n. 3, ha evidenziato le sfide poste dall'applicazione dell'HTA alle tecnologie destinate alle malattie: in particolare ha sottolineato l'importanza e la delicatezza degli aspetti legati a temi di giustizia distributiva degli interventi.

Sul tema specifico, la letteratura esistente è scarsa ed esclusivamente straniera; ci si è allora posti l'obiettivo di iniziare a colmare tale carenza, indagando sulle "posizioni" degli *stakeholders* del sistema sanitario sul tema distributivo.

Si tratta, ovviamente, di un primo e limitato tentativo di approfondire la materia a livello nazionale.

A tal fine è stata somministrata, per il secondo anno consecutivo, una *survey* ad un gruppo misto di *stakeholder* del sistema sanitario: Utenti (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), Professioni Sanitarie (medici di medicina generale, medici ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza territoriale, farmacisti), *Management* di Aziende Sanitarie (Direttori Generali, Sanitari ed Amministrativi), Istituzioni (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco, Ministero della Salute), Industria Medicale.

Le prime evidenze raccolte sembrano fornire alcune tendenze di fondo.

In primo luogo, sulla questione delle preferenze sociali sull'allocazione degli investimenti in tecnologie sanitarie, e insieme sull'utilizzo di *threshold* diversificati per valutare l'accettabilità sociale della costo-efficacia, emerge come sia opinione comune che tali elementi non possano che essere definiti congiuntamente.

In particolare, il *Panel* appare equamente diviso fra chi ritiene e chi invece non ritiene necessario integrare la costo-efficacia con valutazioni distributive.

Il problema etico nelle scelte allocative rimane in ogni caso un elemento essenziale per la netta maggioranza dei rispondenti, ma non emerge una chiara condivisione dei soggetti deputati a sviluppare le valutazioni.

In secondo luogo, per quel che concerne i criteri minimi di accettabilità delle evidenze di sicurezza, nonostante le note difficoltà nella produzione delle stesse, i rispondenti ritengono ci debba essere una maggiore "tolleranza" per i FO rispetto ai farmaci "comuni", in particolare in presenza di trattamenti *life saving* che colmano *unmet needs*.

Le stesse problematiche e considerazioni si replicano per le evidenze di efficacia.

Complessivamente, la "dispersione" dei pareri espressi dal *Panel* intervistato, dimostra l'urgenza di intraprendere un percorso di approfondimento delle implicazioni distributive nei processi di HTA nel campo dei FO: tema su cui OSSFOR si impegna a sensibilizzare le Istituzioni.

È stata infine condotta una analisi sulle sperimentazioni cliniche dedicate alle malattie rare che mostra un settore della ricerca in salute, in decisa crescita rispetto ai dati degli ultimi due anni. Rispetto al calo complessivo dell'anno precedente, nel 2018 si osserva un rilevante aumento degli studi clinici per ogni fase di studio, con percentuali comprese tra il +20,0% ed il +58,0%.

Non mancano però i margini per un ulteriore miglioramento perché i promotori delle sperimentazioni cliniche tendono a sottoutilizzare l'Italia per le fasi di studio più innovative, come la fase I. In queste condizioni, anche considerando la sempre più consolidata tendenza nell'organizzare studi complessi come quelli di fase I-II o I-III, l'Italia corre il concreto rischio di essere esclusa da ricerche cliniche importanti.

In termini di *horizon scanning* andando ad analizzare i *trial* su farmaci orfani per i quali si attende la valutazione entro il 2020 si individuano 18 farmaci distribuiti in 8 Aree terapeutiche, con una distribuzione che vede il ruolo predominante dei medicinali antineoplastici (9) e degli immunosoppressori (3), con singole presenze per le altre categorie. Su questi farmaci la situazione, ai primi giorni di ottobre 2019, vede un totale di 123 studi clinici in corso a livello mondiale, di cui però solo 19 ricerche coinvolgono anche centri italiani, il 15% del totale.

Tra gli approfondimenti pubblicati nel Rapporto, si è voluto destinare un capitolo all'analisi realizzata dal Tavolo dell'Alleanza Malattie Rare dedicato al tema delle Cure Domiciliari. L'analisi ha evidenziato che l'integrazione fra i centri specialistici, lo scambio di informazioni ma anche il lavoro integrato e sinergico, consentirebbero di seguire nel tempo il paziente, con aggiornamenti costanti, anche in tempo reale.

Questo nuovo modello, inoltre, permetterebbe, di avere punti di riferimento certi e facilmente identificabili, sia per i pazienti che per gli stessi Centri per lo studio delle Malattie Rare.

Altro aspetto fondamentale che incide sul tema delle Cure Domiciliari è la fornitura di Protesi – Ausili - *Devices* - Farmaci, che appare spesso complessa, in quanto connessa ad una serie di richieste burocratiche cui i pazienti e le loro famiglie non sempre sono in grado di far fronte.

Dall'analisi realizzata è evidente che la situazione dei pazienti e delle famiglie risulta ancora più gravosa in quanto, manca omogeneità nella proposta assistenziale che viene offerta sul territorio. La scarsità di PDTA per i malati rari non consente al sistema sanitario di garantire interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza e di attuare attività standardizzate da parte di un team multidisciplinare.

Sintetizzando, le principali evidenze del III Rapporto OSSFOR, sono che:

- si può ragionevolmente ipotizzare che la prevalenza di pazienti portatori di MR, a cui sia stata riconosciuta l'esenzione, sia intorno allo 0,7%, che estrapolando i dati raccolti a livello nazionale, porta ad una stima di 432.649 pazienti
- l'onere pro-capite per i pazienti con MR, riportato al 2018, è compreso nel *range* € 4.314,0-5.443,1, che estrapolato a livello nazionale equivale a circa € 2 mld.; l'onere per un paziente con MR, in media non si discosta significativamente da quello dei residenti con almeno 2 patologie croniche
- i "nuovi LEA" non hanno portato ad un aumento significativo della spesa, né in assoluto né in media pro-capite
- l'impatto economico complessivo dei malati rari sui *budget* regionali è limitato, sebbene la spesa media ecceda la quota capitaria media di finanziamento, in media di 1,5 volte
- la spesa media pro-capite risulta più alta nei primi anni di età (0-5, periodo in cui molte patologie rare vengono diagnosticate) e in età adolescenziale per poi registrare un nuovo picco tra i 76 e gli 81 anni, periodo in cui verosimilmente alla patologia rara si associano altre comorbilità
- in generale i costi dipendono dalle classi di prevalenza delle MR
- i pazienti con MR sono in prevalenza donne, anche se le risorse assorbite dal genere maschile sono maggiori rispetto a quelle assorbite da quello femminile
- le voci predominanti di costo sono, come era lecito aspettarsi, quelle per l'assistenza farmaceutica e per i ricoveri
- la variabilità a livello di singole Aziende Sanitarie della prevalenza e della spesa dei soggetti esenti per malattia rara è notevole, ma si sta attenuando per effetto del crescente accorpamento delle ASL, che di fatto implica una maggiore suddivisione dei rischi
- da un punto di vista regolatorio, i tempi di accesso dei FO tendono a ridursi sia a livello internazionale che nazionale
- accelera nell'ultimo periodo l'accesso di FO al mercato e continua a crescere la spesa, ma i tassi di crescita di questa ultima appaiono al momento in diminuzione
- la remuneratività dei FO non sembra modificarsi radicalmente e, almeno nella netta maggioranza dei casi, i fatturati rimangono tendenzialmente limitati: il 44,3% delle molecole fattura meno di € 5 mln.; il 65,0% fattura meno di € 10 mln; sotto € 30 mln. sono l'83,0%
- nel 2018 osserviamo un rilevante aumento degli studi clinici sui farmaci orfani per ogni fase di studio, con percentuali comprese tra il +20,0% ed il +58,0%
- ci sono però ampi margini di miglioramento perché per adesso si tende a sottoutilizzare il nostro Paese per le fasi di studio più innovative, come la fase I
- analizzando i trial su farmaci orfani per i quali si attende la valutazione entro il 2020, si individuano 18 farmaci distribuiti in 8 Aree terapeutiche, con predominanza dei medicinali antineoplastici (9) e degli immunosoppressori (3).

Il Rapporto individua, altresì, alcune aree che necessitano di maggiore approfondimento; in particolare:

- la categoria dei pazienti con condizioni ultra rare, come era lecito aspettarsi, presenta in media costi superiori, ma questo non trova riscontro statistico nelle Regioni meridionali analizzate, per ragioni che non sono state individuate
- a partire dal 2019 la lista dei FO verrà modificata a seguito della legge di bilancio 2019 e 39 FO perderanno i benefici economici propri dei FO; ma i FO-esclusi, in media, fatturano meno degli altri FO, avendo così minori *chances* di essere remunerativi e, quindi, è presumibile che la loro esclusione sia iniqua. In generale ad oggi non si individuano motivazioni per escludere, con una lista individuata apparentemente in modo non economicamente funzionale (un certo numero di farmaci inclusi nella lista sono l'unico prodotto commercializzato dall'azienda titolare ed in altri casi rappresentano più del 50% del fatturato) da queste tutele con il rischio di minare gli effetti positivi sulla categoria in termini di ricerca, sviluppo ed accesso rilevati nel presente Rapporto
- l'importanza delle problematiche distributive per la *governance* del settore è crescente, e la attuale "dispersione" dei pareri, come rilevata dalla *survey* OSSFOR sul tema specifico, dimostra che è necessario intraprendere un percorso di approfondimento delle implicazioni distributive nei processi di HTA nel campo dei FO
- la nuova governance del farmaco ed in particolare la pubblicazione, ma non ancora l'emanazione, di un decreto deputato ad aggiornare i criteri CIPE del 2001 per la negoziazione e la rimborsabilità dei farmaci prevede volontà di valutare il valore terapeutico aggiuntivo e, nel caso in cui non ci siano "medicinali comparatori", la necessità di motivare la proposta di prezzo anche in funzione dei costi della ricerca e sviluppo. Sul piano pratico, questo aspetto della norma rischia di penalizzare i farmaci (per primi quelli orfani) che danno risposte ad *unmet needs*, e per i quali è evidente che non c'è un "medicinale comparatore". Tra l'altro la richiesta di fondare la valutazione sui costi appare del tutto velleitaria, essendo nota la difficoltà di validare i costi dei processi di Ricerca e Sviluppo, oltre al fatto che è del tutto discutibile pensare di correlare i prezzi a tali costi.

CAPITOLO 14b
Equità di accesso per le prestazioni di chirurgia bariatrica e laparoscopia[1]

14b.1. Progetto e obiettivi

L'Osservatorio PariSanità, sviluppato dal Centro studi Confindustria Dispositivi Medici e dal C.R.E.A. Sanità si pone l'obiettivo di rilevare i processi di accesso alle prestazioni sanitarie e quelli di diffusione delle tecnologie innovative evidenziando eventuali disomogeneità a livello nazionale e regionale.

Nella sua seconda edizione, l'Osservatorio analizza il tema dell'equità d'accesso alle prestazioni di chirurgia bariatrica in Italia. Per tale analisi il *team* di ricerca dell'Osservatorio è stato supportato dalla Società Italiana di chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche (SICOB).

La chirurgia bariatrica è considerata l'opzione terapeutica per i casi più critici (pazienti con indice di massa corporea corporea (IMC) superiore a 40 kg/m^2 o compreso tra 35 e 39,9 kg/m^2 in presenza di comorbilità), determinando una perdita di peso persistente nel tempo, riducendo la mortalità, migliorando la qualità della vita e allungando l'aspettativa di vita dei pazienti.

Alla luce di ciò è stato ritenuto importante indagare il grado di diffusione della chirurgia bariatrica a livello nazionale e regionale valutandone l'attività di ricovero, l'appropriatezza e l'efficienza organizzativa e i fenomeni di mobilità.

Per stimare il ricorso a procedure di chirurgia bariatrica, sono state utilizzate diverse fonti dati: le schede di dimissione ospedaliera – SDO (anni 2010 e 2015) l'indagine conoscitiva SICOB (anno 2015), l'indagine multiscopo sulle famiglie Istat (anno 2015), la popolazione residente in Italia Istat e prevalenza della popolazione obesa in Italia (anno 2015), EHIS (*European health interview survey*, anno 2015) di Eurostat.

In particolare, per l'attività di ricovero sono state utilizzate due fonti:

- l'indagine conoscitiva SICOB che raccoglie informazioni relative alla tipologia di Centri presso i quali viene effettuato l'intervento, l'approccio chirurgico adottato etc..

le SDO, selezionando i ricoveri chirurgici associati alla diagnosi principale di "Obesità grave" o "Diabete" ed intervento principale con codice ICD:

- 44.31 *bypass* gastrico alto
- 44.32 gastrodigiunostomia percutanea [endoscopica]
- 43.5 gastrectomia parziale con anastomosi esofagea
- 43.6 gastrectomia parziale con anastomosi duodenale
- 43.7 gastrectomia parziale con anastomosi digiunale
- 43.81 gastrectomia parziale con trasposizione digiunale
- 43.89 altra gastrectomia parziale
- 44.38 gastroenterostomia laparoscopica
- 44.39 altra gastroenterostomia senza gastrectomia
- 44.5 revisione di anastomosi gastrica
- 44.68 gastroplastica laparoscopica
- 44.95 procedura laparoscopica di restrizione gastrica
- 44.96 revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva
- 44.97 rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica

[1] Rapporto PariSanità
Calabrese N. (FIMMG) , Cambiano C (Centro studi Confindustria Dispositivi medici), Di Lorenzo N. (Università degi Studi di Roma "Tor Vergata", SICOB), Glorioso V. (Centro studi Confindustria Dispositivi medici), Montorsi M. (*Humanitas University* e *Humanitas Research Hospital*)

- 44.98 regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile
- 45.90 anastomosi intestinale, sai
- 45.91 anastomosi intestinale tenue-tenue
- 44.92 manipolazione intraoperatoria dello stomaco
- 51.32 anastomosi fra colecisti e intestine.

L'analisi è stata effettuata elaborando tabelle di contingenza, rappresentazioni grafiche, indici di distribuzione di frequenza e analisi multivariate.

I dati Istat ed Eurostat sono stati utilizzati, invece, per definire la popolazione di riferimento e la popolazione residente nelle singole Regioni.

I dati a disposizione hanno permesso di segmentare la popolazione in diversi livelli di obesità secondo le linee guida OMS.

Per il calcolo della mobilità ospedaliera sono stati considerati due indici binari basati sulla Regione di residenza del ricoverato e residenza dell'istituto di ricovero. I tassi presentati sono stati standardizzati per sesso e per età.

Infine, per la distribuzione dei Centri sono stati utilizzati e integrati sia i dati dell'indagine SICOB, sia i dati delle SDO.

14b.2. Fenomeno e attività di ricovero

La prevalenza[2] di obesità risulta in crescita in tutti i Paesi occidentali. Secondo dati dell'OMS, la prevalenza dell'obesità a livello globale è raddoppiata dal 1980 ad oggi; nel 2008 si contavano oltre 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso (circa il 35% della popolazione mondiale); di questi oltre 200 milioni di uomini e oltre 300 milioni di donne erano obesi (circa l'11% della popolazione mondiale). In Italia, secondo i dati della rilevazione Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana", nel 2015 risultano obese poco più di una persona su dieci. Ci sono delle lievi differenze nella prevalenza di obesità in base al genere (gli uomini obesi sono il 10,7% contro il 10,0% delle donne) e anche in base alla regione di residenza: l'obesità risulta più diffusa al Sud (11,9%) e meno diffusa nel Nord-Ovest (8,8%). Secondo i dati Eurostat, nel 2015, in Italia arriviamo al 9% circa di persone obese rispetto alla popolazione totale (persone con età compresa tra 18 e 64 anni).

Per poter stimare la porzione di popolazione eleggibile al trattamento, secondo le linee guida SICOB, si dovrebbero considerare solo i livelli di obesità più grave (IMC ≥ 40 kg/m^2) e medio (IMC compreso tra 35 e 39,9 kg/m^2) ma in presenza di comorbilità; purtroppo, con i dati a disposizione, non è possibile selezionare solo le persone con comorbilità tra quelle con IMC compreso tra 35 e 39,99 kg/m^2; inoltre, è necessario considerare che i dati sulla prevalenza dell'obesità devono essere considerati con cautela poiché le misure auto-riferite di peso e altezza, pur avendo un'alta correlazione con i dati misurati, e pur essendo generalmente accurate, soffrono comunque di problemi di distorsione dato che - anche se in misura diversa nei diversi gruppi della popolazione - tendenzialmente il peso effettivo viene sottostimato mentre l'altezza viene sovrastimata (Boström e Diderichsen 1997; Jeffery 1996; Roberts 1995; Della Bella 2012).

Con i caveat espressi, sono stati considerati gli individui con IMC ≥ 40 kg/m^2 e IMC ≥ 35 kg/m^2 di età compresa tra 18 e 74 anni che, dall'indagine Multiscopo dell'Istat, risultano essere 894.948 persone[3]. Rapportando questo dato alla popolazione residente si ottiene una prevalenza dei pazienti eleggibili al trattamento pari a 2,0%. Tale indicatore presenta una bassa variabilità regionale: l'oscillazione regionale è minima.

Sulla base della stima effettuata, nel 2015 in Italia, risultano eleggibili al trattamento 894.948 per-

[2] La prevalenza è una misura di frequenza utilizzata soprattutto in ambito epidemiologico. Essa viene calcolata come il rapporto tra il numero di eventi sanitari di interesse (per esempio, nel nostro caso, numero di soggetti obesi) rilevati in una popolazione e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo; se si considerano gli eventi presenti in un definito momento si parla di prevalenza puntuale

[3] In questo modo si ipotizza che la porzione di pazienti con IMC compreso tra 35,0 e 39,9 Kg/m^2 senza comorbilità (quindi non candidabili all'intervento chirurgico) compensi la porzione di pazienti che hanno sottostimato il loro peso e sovrastimato la propria altezza e che quindi rientrano tra quelli con IMC compreso tra 30 e 34.99 Kg/m^2 candidabili all'intervento perché affetti da gravi comorbilità

sone in età compresa tra 18 e 74 anni, con IMC superiore a 35: si tratta del 20,0% di tutti i soggetti obesi (4.400.402 persone). Gli interventi di chirurgia bariatrica nelle strutture pubbliche e private accreditate risultano 12.637, evidenziando un bassissimo ricorso al trattamento chirurgico dell'obesità grave, pari all'1,4% circa di pazienti trattati rispetto ai pazienti eleggibili. Tale dato mette in risalto il problema dell'accesso alle cure, che potrebbe essere attribuibile in parte a un'offerta di prestazioni sottodimensionata, in parte ad altri potenziali fattori di iniquità socioeconomica, di carattere più generale, associati alla scarsa disponibilità di risorse culturali e di informazioni diffuse a livello capillare su tutto il territorio nazionale.

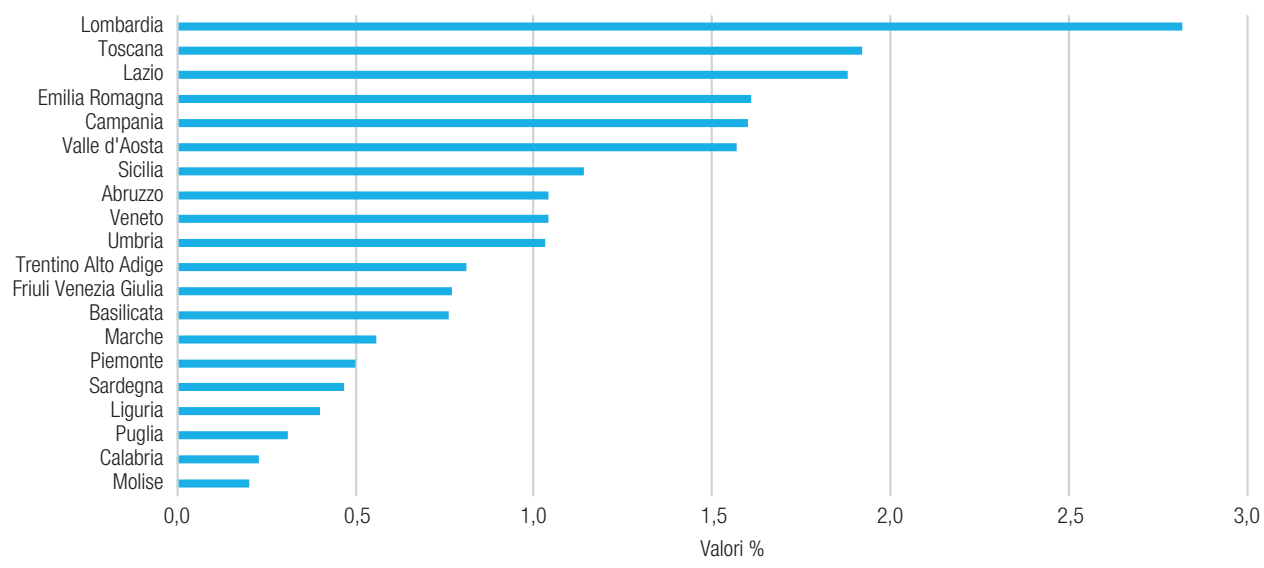
A fronte di una variabilità regionale della quota di popolazione eleggibile relativamente bassa, si riscontra invece un'alta variabilità regionale del tasso grezzo di pazienti trattati. La porzione minore di pazienti sottoposti a interventi di chirurgia bariatrica rispetto alla popolazione eleggibile si riscontra in Molise (0,2%), mentre quella maggiore in Lombardia (2,8%). Anche in Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Campania e Valle d'Aosta si supera, seppur di poco (rispettivamente: 1,9%, 1,8%, 1,6% e 1,57%), il dato nazionale (1,4%). Invece, tutte le altre Regioni risultano al di sotto del dato nazionale (Figura 14b.1.).

Confrontando i dati regionali relativi alla popolazione eleggibile e i dati relativi al numero d'intervento di chirurgia bariatrica, si evince che circa l'82,0% degli interventi di chirurgia bariatrica si concentra in 6 Regioni: Lombardia (35,0%), Campania (12,0%), Lazio (11,0%), Emilia Romagna (10,0%), Sicilia (8,0%) Toscana (7,0%). Nelle restanti 15 regioni avviene il 25,0% dei ricoveri confermando una forte disuguaglianza di offerta (Figura 14b.2.).

Tale "differenza" si rafforza se si osserva la distribuzione per età dei ricoveri di chirurgia bariatrica. Quasi il 60,0% dei pazienti risulta avere un'età compresa tra 35 e 54 anni, ma in tre Regioni del sud, tale percentuale, scende di circa 10 punti, a fronte di un aumento del numero di pazienti di età compresa nell'intervallo 25-34. Questo risultato ci conferma una tendenza di una maggiore prevalenza di persone in sovrappeso e obese in età più giovane nel sud Italia.

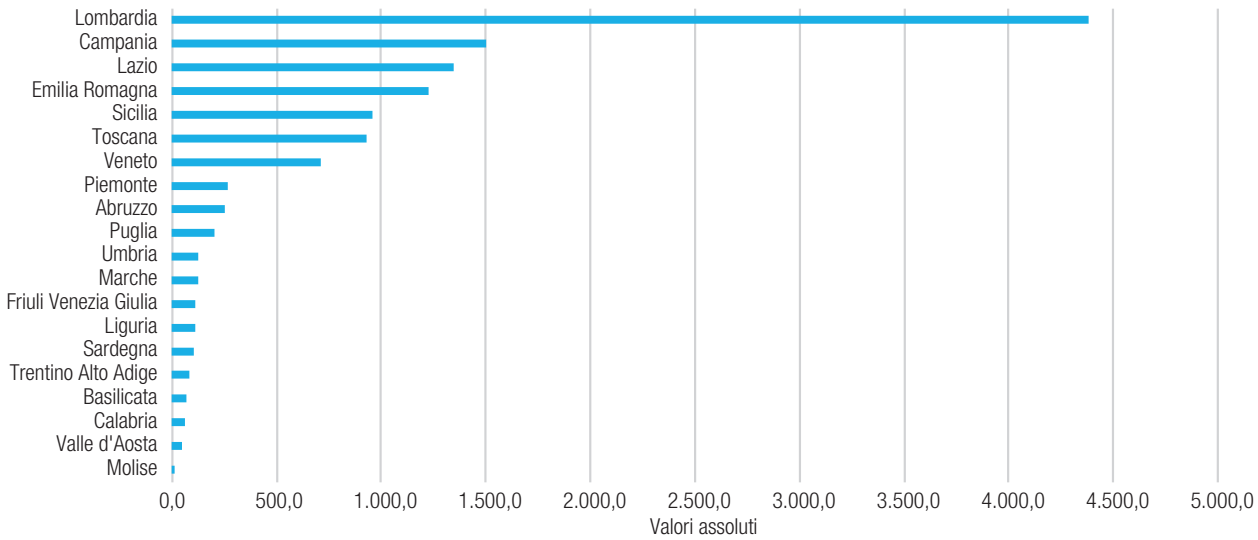
Considerando questa differente distribuzione dell'età dei pazienti nelle diverse Regioni per i ricoveri per interventi di chirurgia bariatrica è utile confrontare il tasso grezzo con quello standardizzato. Confrontare i due tassi fornisce un'indicazione di quali Regioni presenterebbero un tasso osservato superiore (un numero di ricoveri maggiore) qualora avessero una popolazione uguale in termini di età e sesso, alla media delle Regioni Italiane; questo si verifica quando il tasso standardizzato supera quello osservato nella stessa Regione.

Figura 14b.1. Incidenza degli interventi e procedure di chirurgia bariatrica sulla popolazione eleggibile, per Regione di residenza. Anno 2015



Fonte: elaborazione Osservatorio PariSanità su dati Istat 2015 e Ministero della Salute 2017

Figura 14b.2. Distribuzione dei ricoveri per interventi di chirurgia bariatrica, secondo la regione dell'istituto di ricovero. Anno 2015



Fonte: elaborazione Osservatorio PariSanità su dati Ministero della Salute 2017

Il tasso grezzo, nel 2015, registra circa 10 pazienti trattati ogni 1.000 pazienti eleggibili. Guardando ai tassi regionali, si può notare una marcata differenza. I quartili della distribuzione dei tassi standardizzati per età, evidenzia una distribuzione molto eterogenea (Figura 14b.3.).

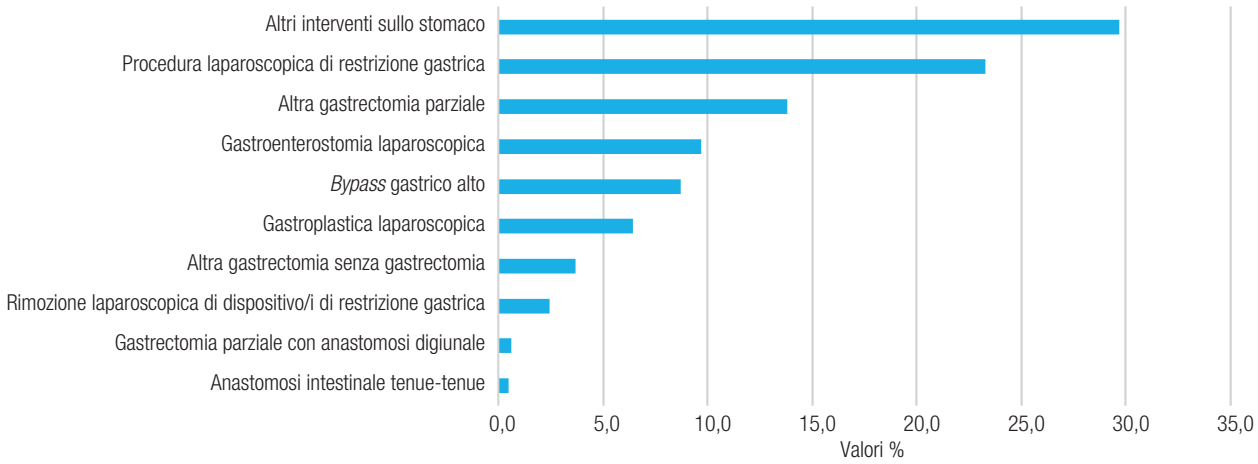
Passando all'analisi dei tipi di intervento rilevati nelle SDO, si può osservare la distribuzione percentuale degli interventi più frequenti (Figura 14b.4.) che sono Altri interventi sullo stomaco e Procedura labaroscopica di restrizione gastrica. Le rimanenti procedure hanno interessato meno dell'1,0% dei pazienti totali ricoverati nel 2015. In primo luogo, è importante sottolineare che le descrizioni delle procedure utilizzate nelle SDO sono molto generiche e, per questo motivo, non è possibile individuare una corrispondenza esatta con i tipi di intervento indicati nell'indagine conoscitiva SICOB.

Per quanto concerne l'appropriatezza organizzativa, possiamo osservare che dei 68 Centri classificati dalla SICOB, circa il 47,0% sono considerati di eccellenza. Se si confronta il numero di centri SICOB con il numero di Centri che hanno eseguito interventi di chirurgia bariatrica rilevati nelle SDO, in proporzione, la distribuzione per Regione non varia. Le Regioni con il maggior numero di Centri si confermano essere Lombardia, Lazio, Campania, Emilia Romagna e Veneto (Figura 14b.5.).

Figura 14b.3. Tasso di ricovero per interventi di chirurgia bariatrica, standardizzato per età e sesso suddiviso in quartili, per 1.000 pazienti eleggibili

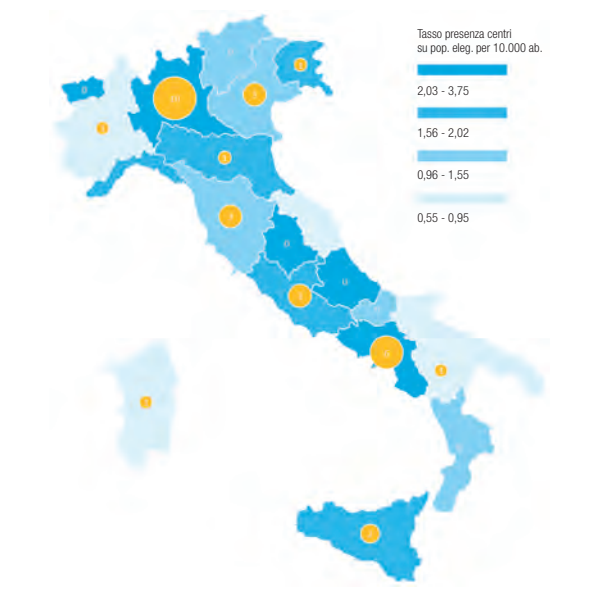
Fonte: elaborazione Osservatorio PariSanità su dati Ministero della Salute 2017

Figura 14b.4. Distribuzione degli interventi di chirurgia bariatrica. Anno 2015



Fonte: elaborazione Osservatorio PariSanità su dati Ministero della Salute 2017

Figura 14b.5. Tasso di presenza dei Centri nei quali avvengono i ricoveri per chirurgia bariatrica per 10.000 pazienti eleggibili. Anno 2015



Fonte: elaborazione Osservatorio PariSanità su dati SICOB e Ministero della Salute 2017

Analizzando i volumi di attività nei 209 centri rilevati nelle SDO, si riscontra che il 34,9% delle strutture esegue più di 50 interventi annui, il 16,7% ne esegue tra 25 e 50 e il 48,3% meno di 25. Le Regioni con la percentuale più alta di ricoveri eseguiti in strutture con un volume di attività inferiore a 25 casi l'anno, sono il Trentino, l'Abruzzo, la Liguria, la Calabria e il Molise, dato coerente con il fatto che in base ai dati SICOB sono le Regioni con il maggior numero di Centri con casistica inferiore a 25 interventi annui.

Confrontando le prestazioni in termini di volumi d'attività relative ai centri SICOB e non classificati SICOB, si osserva che per i centri SICOB c'è una maggiore concentrazione degli interventi in centri altamente specializzati rispetto a quelli non classificati dalla SICOB.

14b.3. Efficienza ospedaliera

La complessità organizzativa può essere misurata e letta attraverso diversi parametri e indicatori relativi all'andamento dell'attività ospedaliera, tra questi uno degli indici di attività generalmente calcolato per valutare la qualità organizzativa delle strutture sanitarie è la degenza media. Nell'ambito dell'efficienza ospedaliera è altresì utile prendere in considerazione l'uso di tecnologie come la laparoscopia che, in molti casi, hanno dimostrato un vantaggio in termini di miglioramenti organizzativi, come la diminuzione delle giornate di degenza.

Se esaminiamo la degenza media in funzione delle procedure eseguite, si può notare una rilevante variabilità; si passa, ad esempio, da 8,8 giorni di

degenza media per gli interventi di "Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale" a 2,8 per quelli di "Revisione di anastomosi gastrica". È importante evidenziare, però, che questi due interventi rappresentano meno dell'1,0% di tutti gli interventi eseguiti; l'intervento più frequente "Altri interventi sullo stomaco", invece, riporta una degenza media pari a 4,6 giorni: un valore praticamente in linea con quello medio pari a 4,8 giorni.

Se si concentra l'attenzione sulle 10 procedure più frequenti, che sommano il 99,0% del totale degli interventi eseguiti, non si riscontrano importanti differenze tra le diverse Regioni italiane, tranne che per la Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale e l'Altra gastroenterostomia senza gastrectomia che, insieme, rappresentano meno del 5,0% degli interventi eseguiti. Questo risultato potrebbe essere indice del fatto che le strutture che eseguono interventi di chirurgia bariatrica sono fortemente specializzate sulla gestione di pazienti complessi come quelli obesi e, grazie alle specifiche competenze sviluppate, riescono a ottenere prestazioni in termini organizzativi praticamente omogenee su tutto il territorio nazionale.

Come detto, un altro aspetto che è utile indagare nell'ambito dell'efficienza ospedaliera, è l'uso dell'approccio minivasivo laparoscopico perché l'uso di questa procedura influisce positivamente sul paziente ma anche sugli aspetti organizzativi di una struttura sanitaria. Per l'analisi di questo fenomeno è stato importante disporre dei dati dell'indagine conoscitiva condotta dalla SICOB per l'anno 2015. Dall'indagine risulta che il ricorso all'approccio laparoscopico nelle diverse procedure di chirurgia bariatrica risulta essere quello di *routine*, a meno di alcune eccezioni; ma con livelli di utilizzo differenti tra le Regioni italiane. La frequenza di utilizzo della laparoscopia può essere analizzata anche a partire dai dati contenuti nelle SDO, attraverso la selezione di tutti i ricoveri che, tra i campi dedicati alla descrizione della procedura eseguita durante il ricovero, presentano il codice 54.21, ossia quello che identifica la laparoscopia. Anche dai dati ricavati dalle SDO emerge un ricorso alla laparoscopia per la maggior parte degli interventi eseguiti - circa il 70% - anche se con una percentuale inferiore rispetto a quella riscontrata nell'indagine SICOB (97,6%). La discrasia è attribuibile ad una diffusa omissione del codice che consente di individuare i ricoveri nei quali si è utilizzata la tecnica mininvasiva, fenomeno confermato dalla SICOB, attraverso un'indagine campione condotta dalla stessa società scientifica.

14b.4. Mobilità sanitaria

Le elaborazioni qui proposte forniscono un quadro che permette di analizzare la mobilità fisiologica, che avviene tra aree di confine, che si può verificare per carenza di strutture adeguate in una determinata Regione. Tuttavia, questa non è l'unica motivazione che potrebbe influire sui ricoveri che avvengono in Regioni diverse da quella di residenza. Dal punto di vista economico la mobilità può portare a meccanismi di flussi di risorse monetarie dalla Regione di residenza del ricoverato alla Regione in cui sono state effettivamente erogate le prestazioni. Questa circolazione di risorse potrebbe considerarsi viziosa, nella misura in cui non rispondesse a reali necessità della popolazione e del territorio sottraendo importanti risorse che potrebbero essere impiegate per migliorare la qualità dell'offerta ospedaliera nella Regione di residenza del ricoverato.

Per confrontare le Regioni italiane rispetto al fenomeno della mobilità sanitaria per gli interventi di chirurgia bariatrica, è utile osservare due figure (6 e 7) che illustrano le Regioni che "perdono" o "attraggono" più pazienti (4.371 su 12.637, pari al 35,0% circa).

Osservando i dati relativi alla mobilità passiva (Figura 14b.6.), si può notare come le Regioni che hanno perso la percentuale maggiore di pazienti sono Piemonte, Lazio, Campania, Puglia; osservando i dati relativi alla mobilità attiva (Figura 14b.7.), si può osservare che le Regioni che hanno attratto più pazienti nei loro ospedali sono Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto. Ma il quartile non è omogeneo al suo interno, infatti, la Lombardia è nettamente sopra tutte le altre Regioni e risulta essere quella che ha attratto più pazienti con il 52% dei ricoveri totali in mobilità. Analizzando nello specifico i dati di fuga si

Figura 14b.6. Mobilità passiva per interventi di chirurgia bariatrica (valori percentuali). Anno 2015

Fonte: elaborazione Osservatorio PariSanità su dati Ministero della Salute 2017

Figura 14b.7. Mobilità attiva per interventi di chirurgia bariatrica (valori percentuali). Anno 2015

Fonte: elaborazione Osservatorio PariSanità su dati Ministero della Salute 2017

può affermare che la maggior parte dei pazienti che si sono curati in una Regione diversa da quella di residenza sono piemontesi (16,0%), laziali e pugliesi (14,0%); considerando le ripartizioni, il 44,0% proviene da Regioni del Sud e isole, il 36,0% da Regioni del Nord e il 20% dalle Regioni del Centro.

14b.5. Conclusioni

L'incidenza degli interventi di chirurgia bariatrica risulta largamente inferiore al bisogno di salute esistente, misurato in termini di pazienti eleggibili. Infatti, in Italia, considerando la popolazione obesa eleggibile, solo l'1,4% dei pazienti viene sottoposto ad intervento di chirurgia bariatrica, con un valore minimo dello 0,3% riscontrato in Molise e massimo del 2,5% in Lazio considerando la Regione di residenza. L'analisi del tasso di ospedalizzazione mette in luce problematiche di accesso alla chirurgia bariatrica che si esasperano in alcune Regioni concentrate nel Sud Italia. Inoltre, è importante sottolineare che oltre il 60% dei pazienti che si sottopongono all'intervento è nella fascia di età 35-54 anni, con minimo ricorso per gli over 75, come da indicazioni delle linee guida SICOB; rimangono, altresì, differenze notevoli tra le Regioni del Nord e quelle del Sud.

L'offerta risulta essere decisamente eterogenea sia in termini di distribuzione dei Centri sul territorio nazionale sia di casistica che gli stessi effettuano

Della casistica complessiva, meno della metà degli interventi vengono effettuati in centri classificati SICOB e circa l'80% di questi in Centri di eccellenza ovvero con oltre 100 casi annui. Degli oltre 12.600 interventi più del 60% è stato effettuato in centri di eccellenza concentrati in Lombardia, Campania, Lazio, Emilia Romagna e Toscana. Mettendo in relazione la quota di Centri con una casistica bassa (meno di 25 interventi annui), la quota pazienti in mobilità passiva ed il numero di Centri in rapporto agli abitanti, si evince come ci sia una maggiore quota di pazienti in mobilità passiva nelle Regioni con una "minore offerta" o dove questa non è adeguatamente specializzata (ovvero con una casistica inferiore ai 25 interventi annui). In particolare, la quota di pazienti che emigrano per sottoporsi a interventi di chirurgia bariatrica è massima in Puglia, Campania, Lazio e Piemonte; mentre le Regioni più «attrattive» risultano essere Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Veneto.

Riepilogo regionale

Regional synopsys

Riepilogo regionale

Nelle pagine che seguono presentiamo il riepilogo regionale di alcuni indicatori selezionati contenuti nei singoli capitoli del volume.

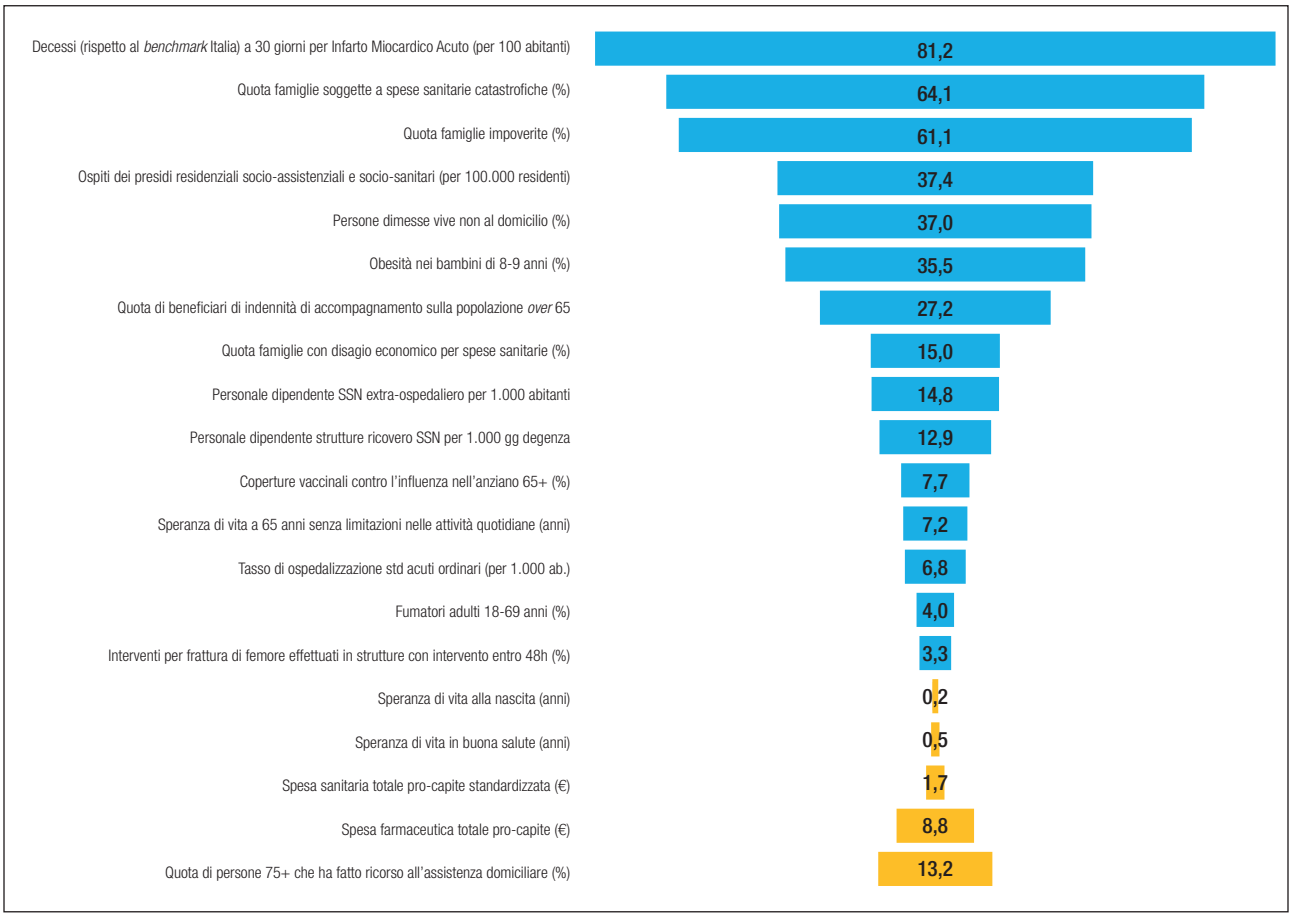
Essendo il Rapporto Sanità costruito per capitoli tematici, si è ritenuto infatti utile un riepilogo che permettesse anche una lettura regionale trasversale rispetto agli argomenti trattati.

A tal fine, per ogni Regione, sono riportati in un unico grafico alcuni indicatori (20) presenti nei capitoli, scelti per la loro rilevanza e confrontabilità. I valori degli indicatori, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), sono associati a due colori differenti: azzurro se il valore è migliore della media nazionale e giallo se il valore è peggiore della media nazionale. La lunghezza della barra associata all'indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.

Di seguito si riportano gli indicatori utilizzati:

Contesto demografico	**Ind. 1**: Speranza di vita alla nascita (anni) **Ind. 2**: Speranza di vita in buona salute (anni) **Ind. 3**: Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività quotidiane (anni)
Spesa	**Ind. 1**: Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (€) **Ind. 2**: Personale dipendente strutture ricovero SSN per 1.000 gg degenza **Ind. 3**: Personale sanitario strutture non di ricovero per 1.000 gg degenza
Equità	**Ind. 1**: Quota famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie *Out Of Pocket* (%) **Ind. 2**: Quota famiglie soggette a spese sanitarie *Out Of Pocket* catastrofiche (%) **Ind. 3**: Quota famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out Of Pocket* (%
Prevenzione	**Ind. 1**: Coperture vaccinali contro l'influenza nell'anziano 65+ (%), stagione 2016-2017 **Ind. 2**: Obesità nei bambini di 8-9 anni (%) **Ind. 3**: Fumatori adulti 18-69 anni (%)
Ospedaliera	**Ind. 1**: Tasso di ospedalizzazione std acuti ordinari (per 1.000 ab.) **Ind. 2**: Interventi per frattura di femore effettuati in strutture con intervento entro 48h (%) **Ind. 3:** Decessi (rispetto al *benchmark* Italia) a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto (per 100 abitanti) **Ind. 4:** Persone dimesse vive non al domicilio (%) **Ind. 5:** Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per 100.000 residenti)
Farmaceutica e Dispositivi Medici	**Ind. 1**: Spesa farmaceutica totale pro-capite (€)
Domiciliare	**Ind. 1**: Quota di persone 75+ che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare (%)
Provvidenze in denaro	**Ind. 1**: Quota di beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione *over* 65 (%)

Piemonte

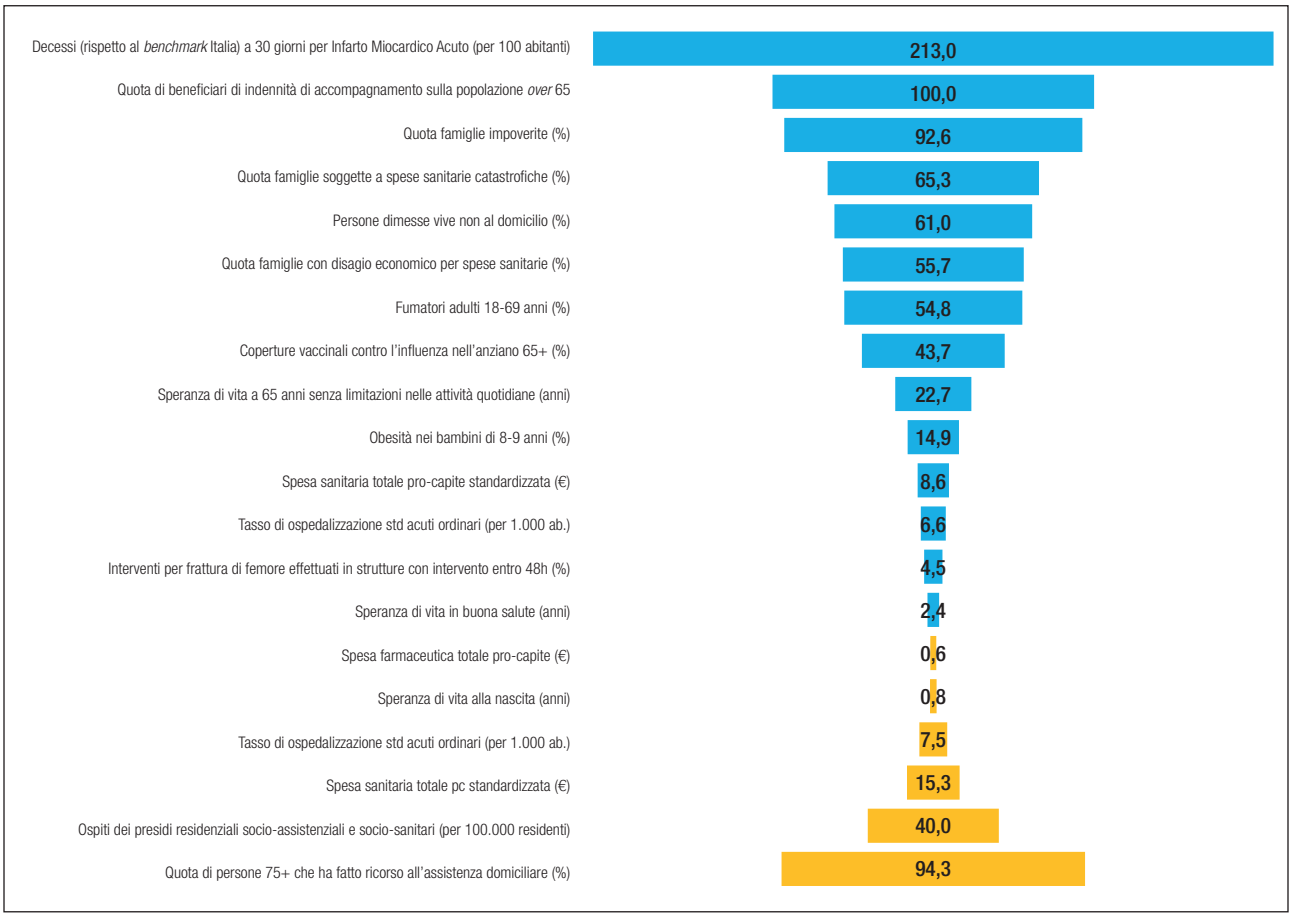


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Valle d'Aosta

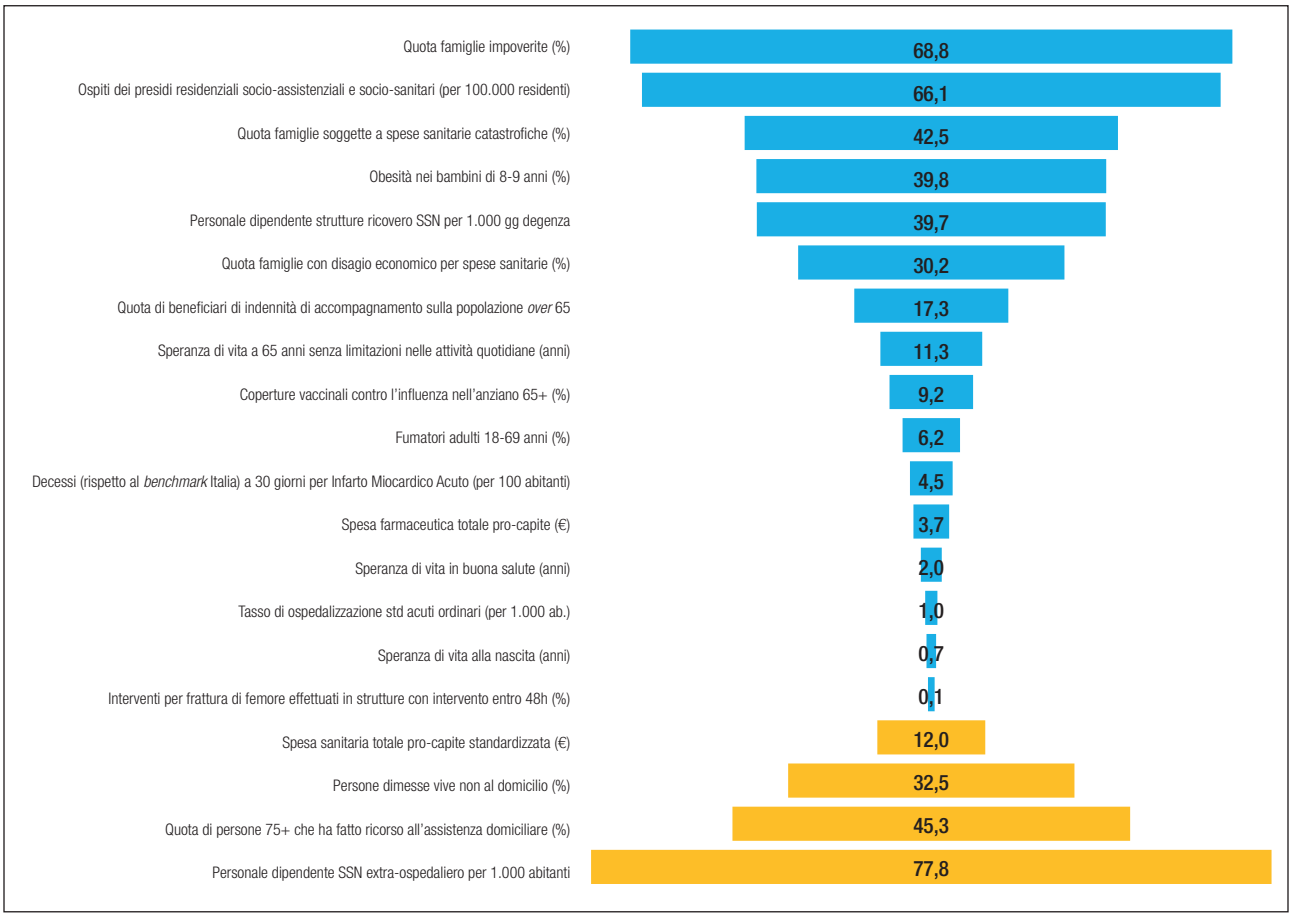


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lombardia

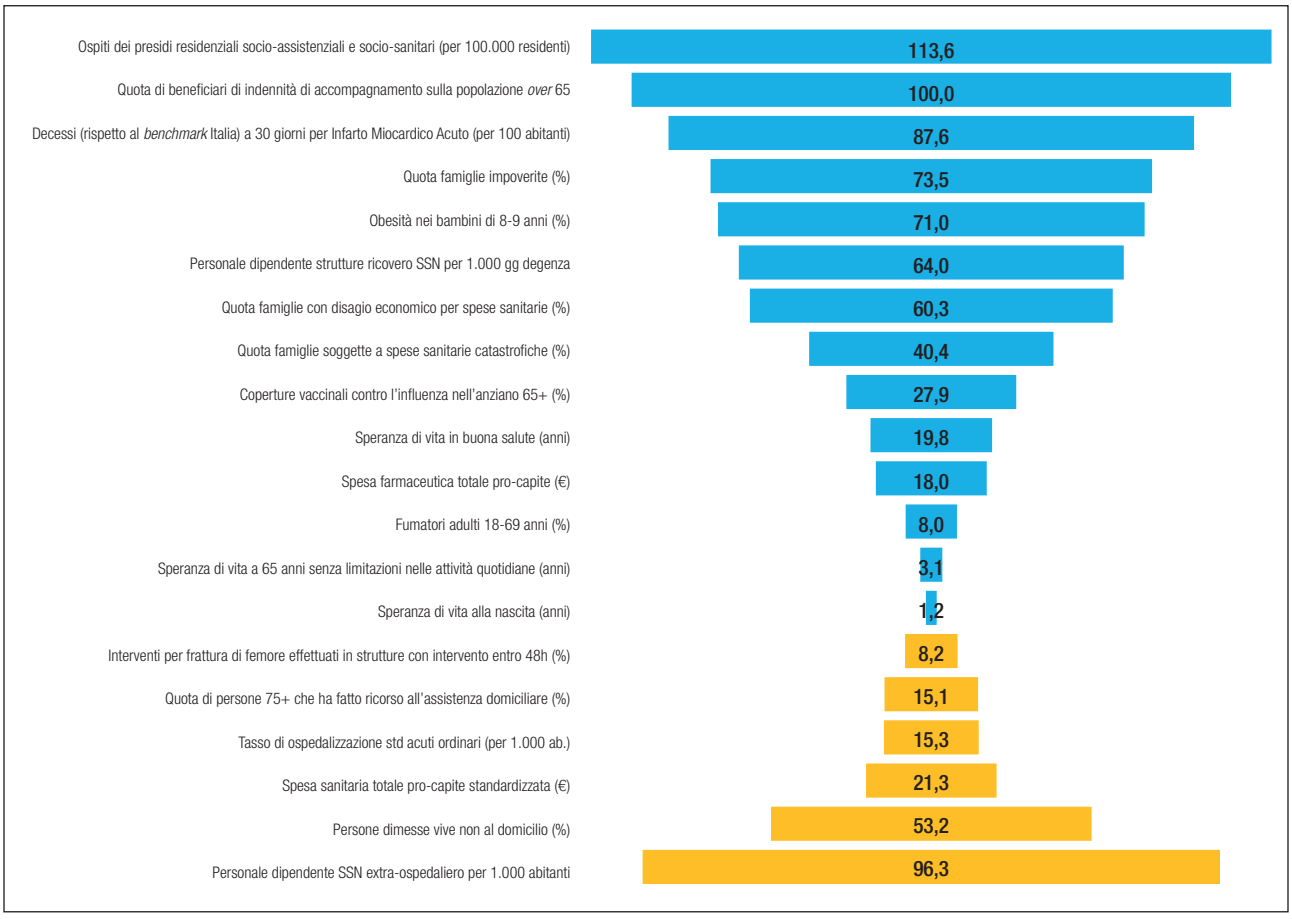


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Bolzano

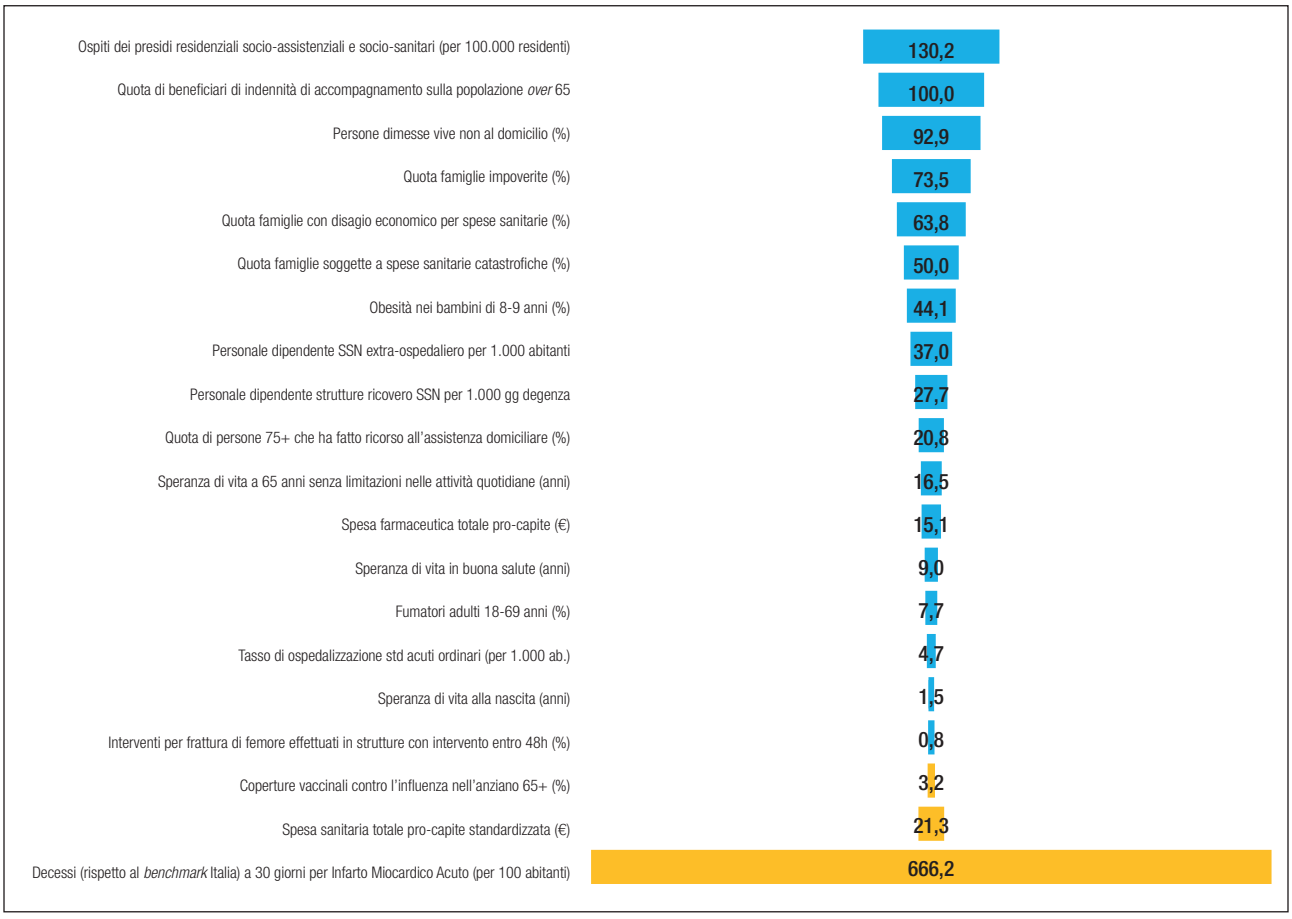


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Provincia Autonoma di Trento

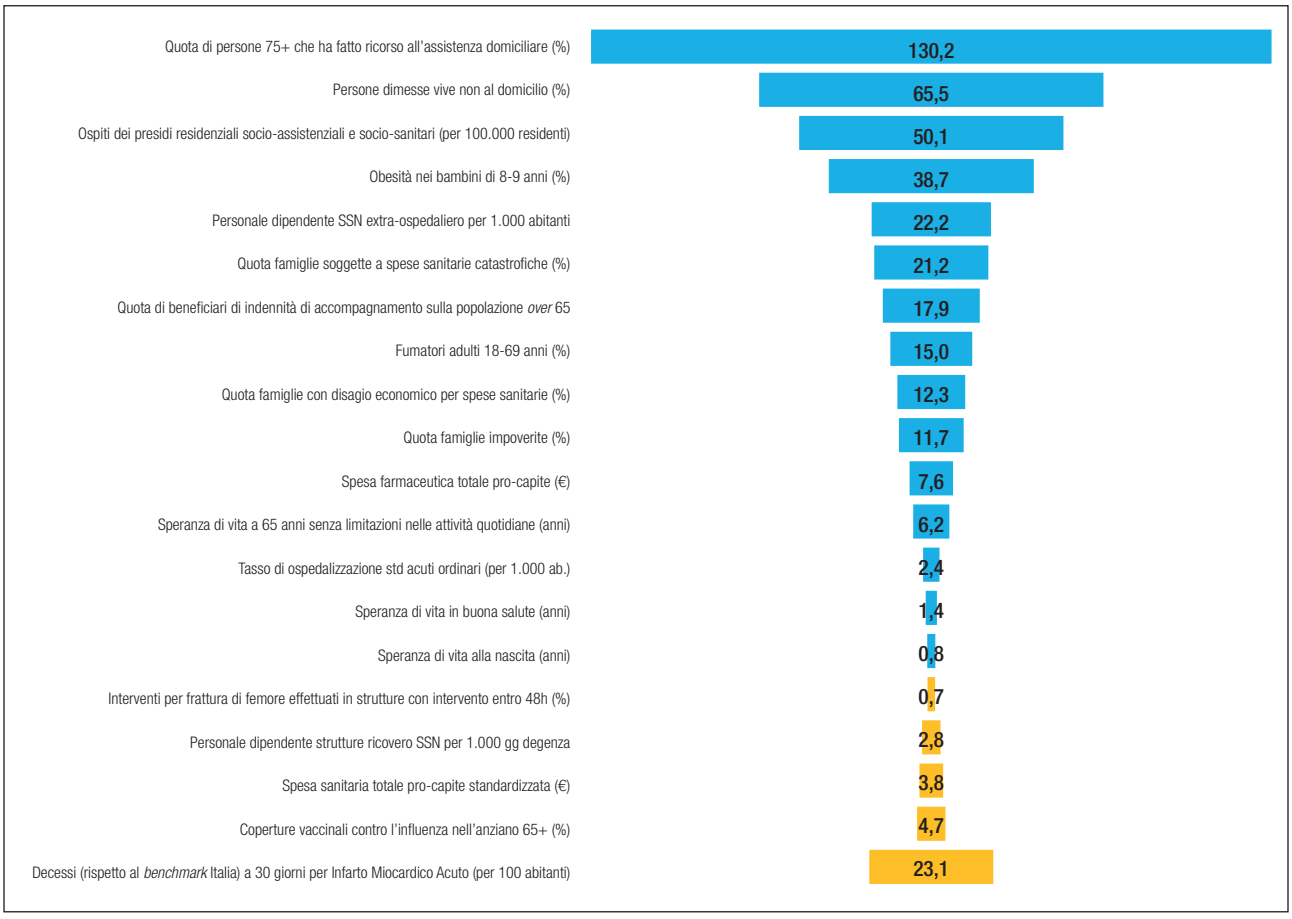


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Veneto

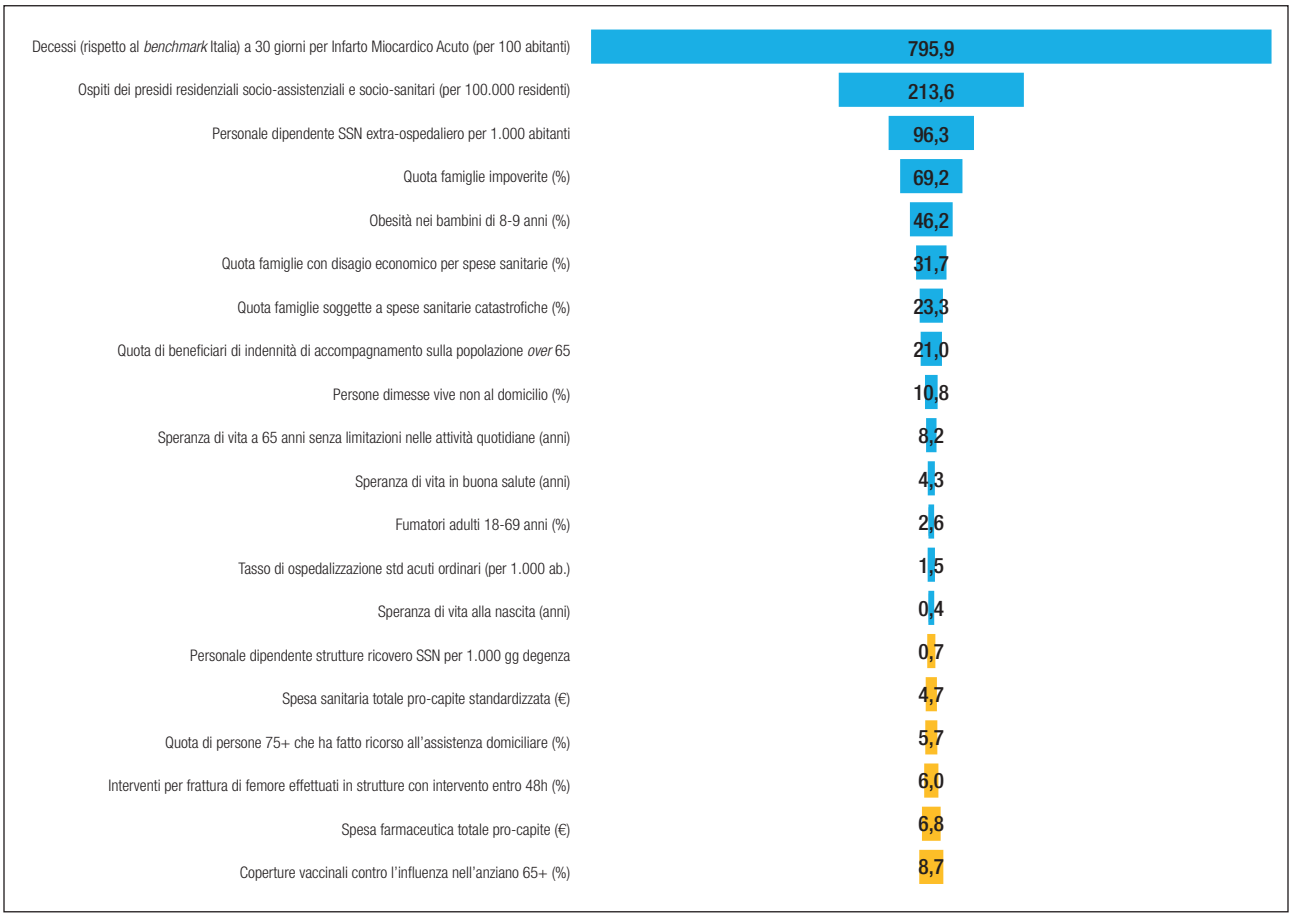


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Friuli Venezia Giulia

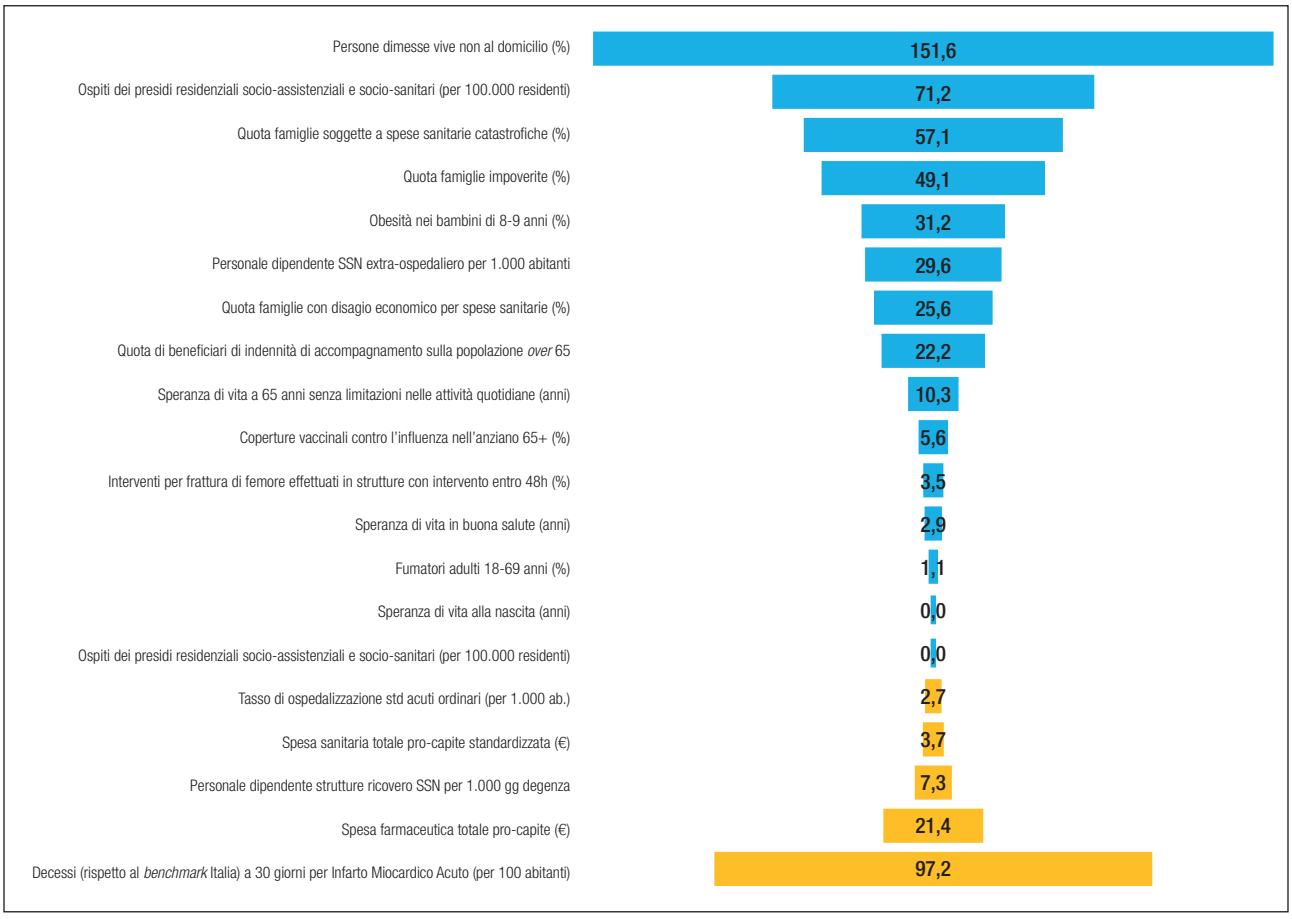


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Liguria

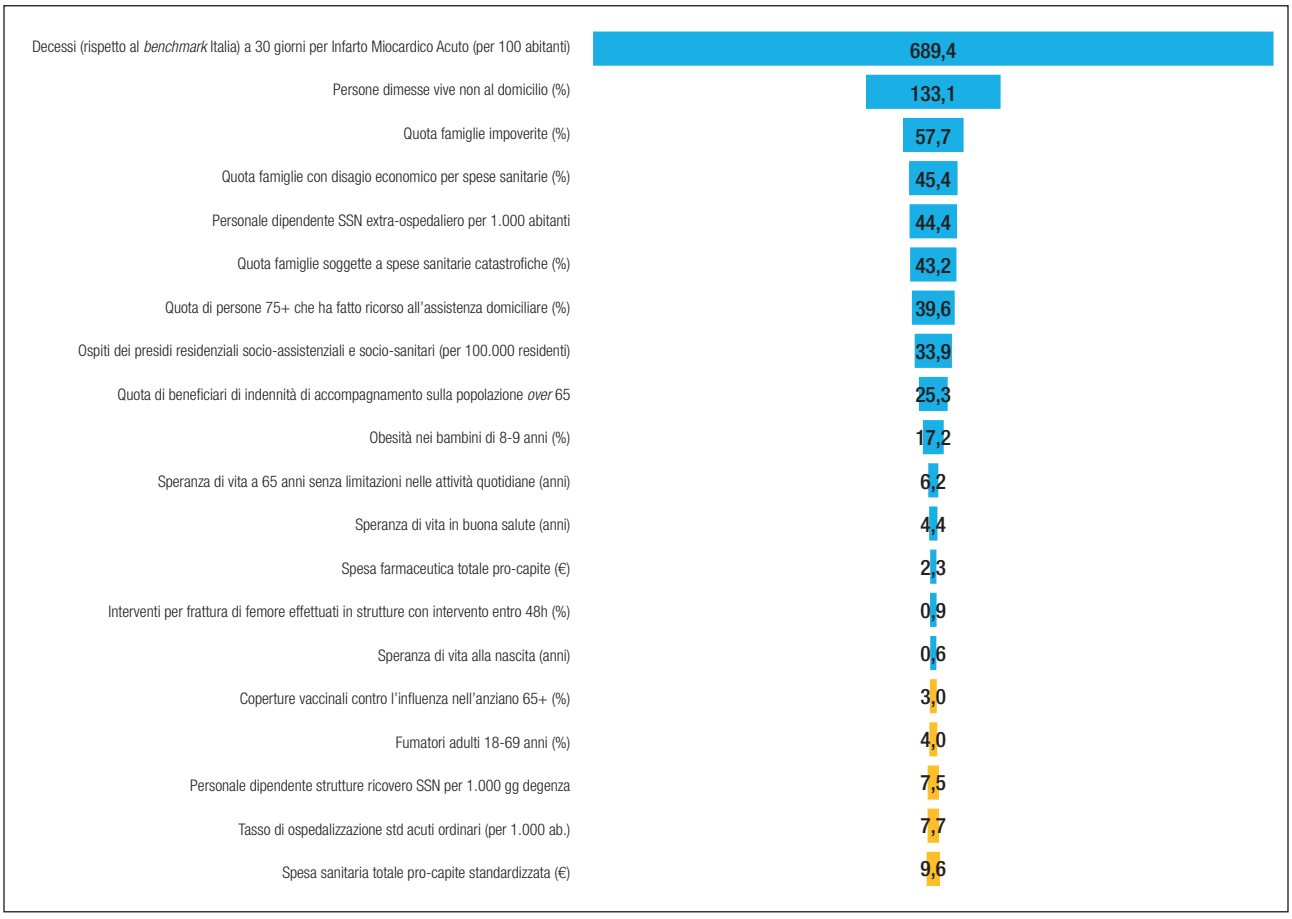


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Emilia Romagna

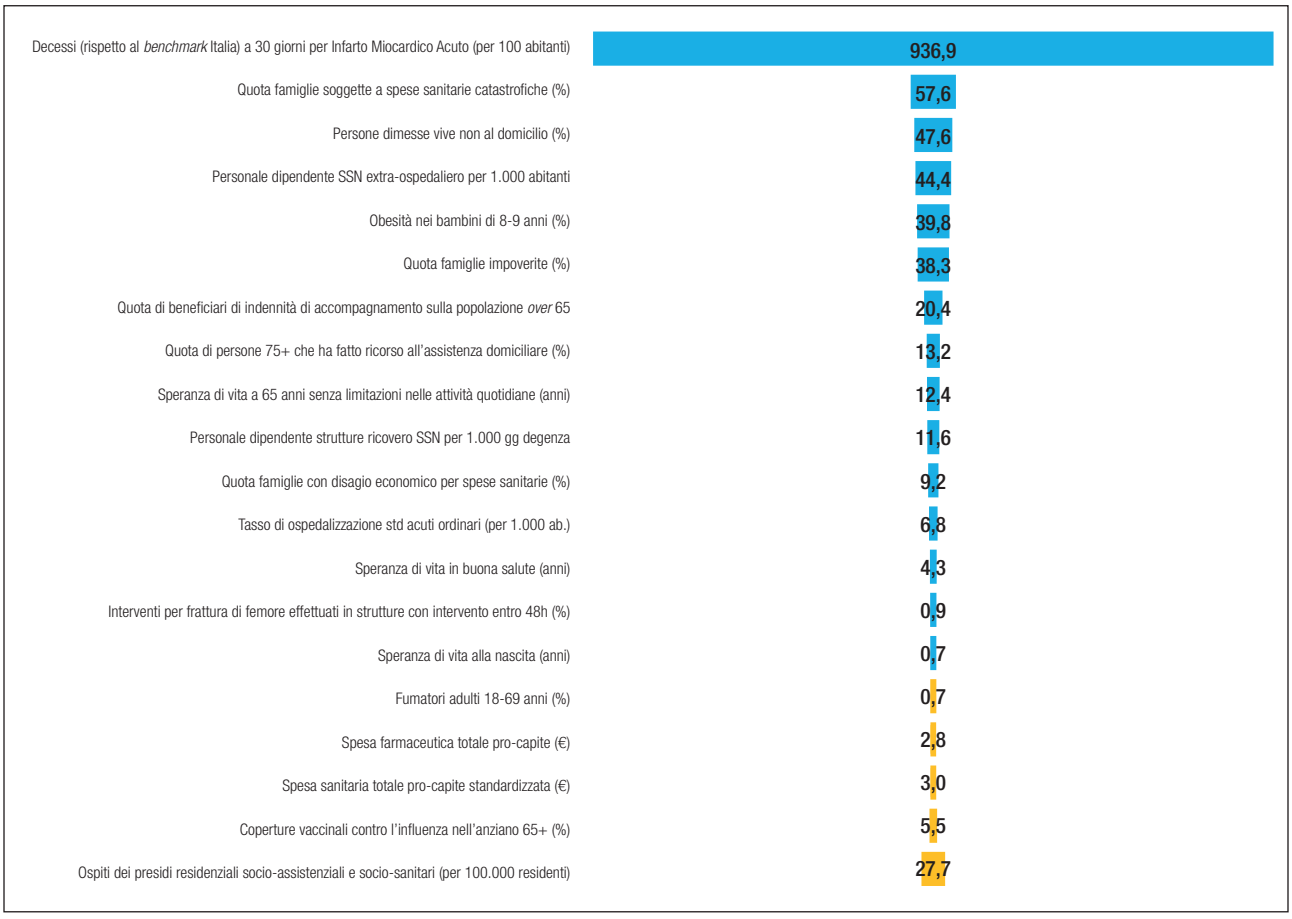


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Toscana

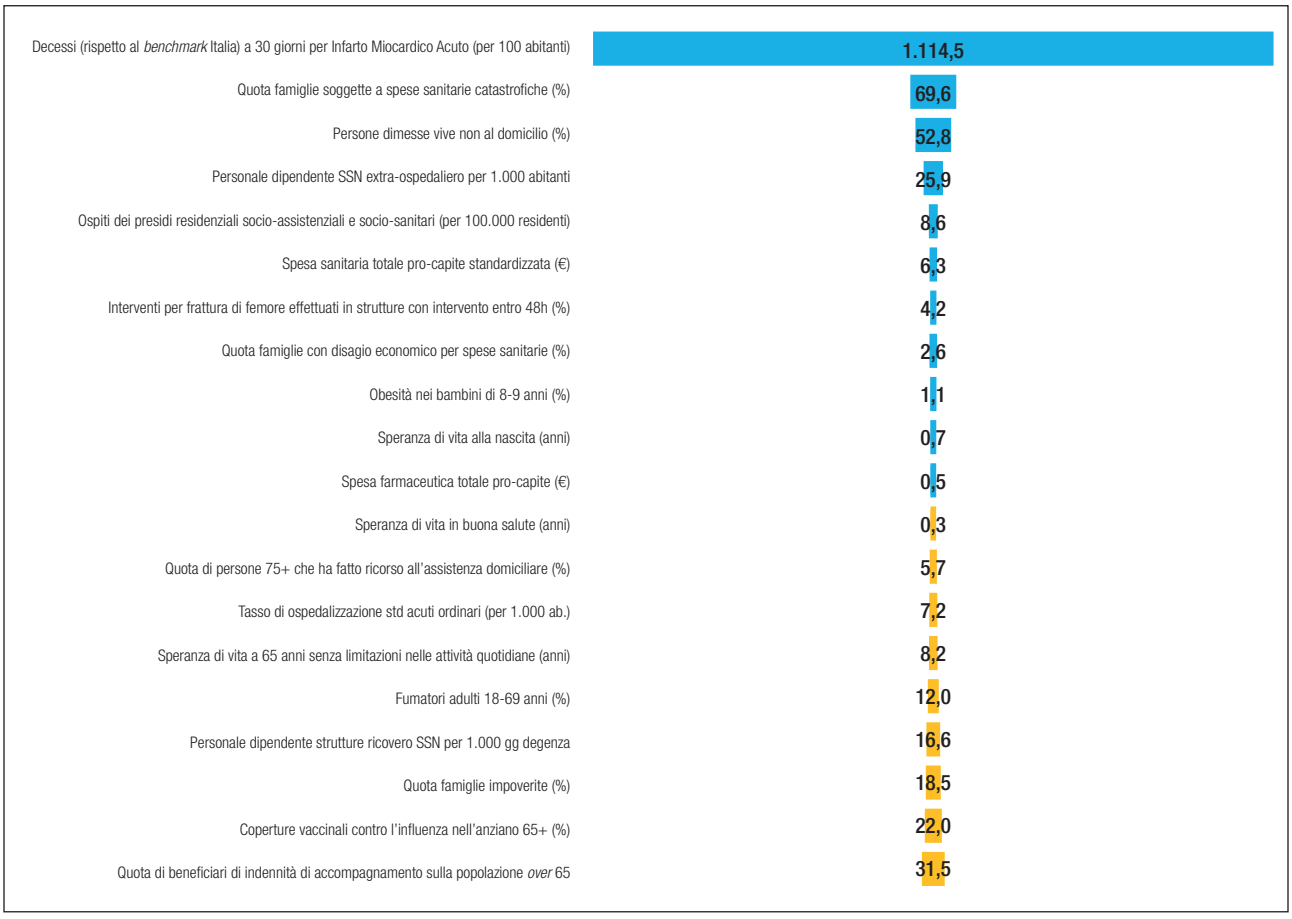


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Umbria

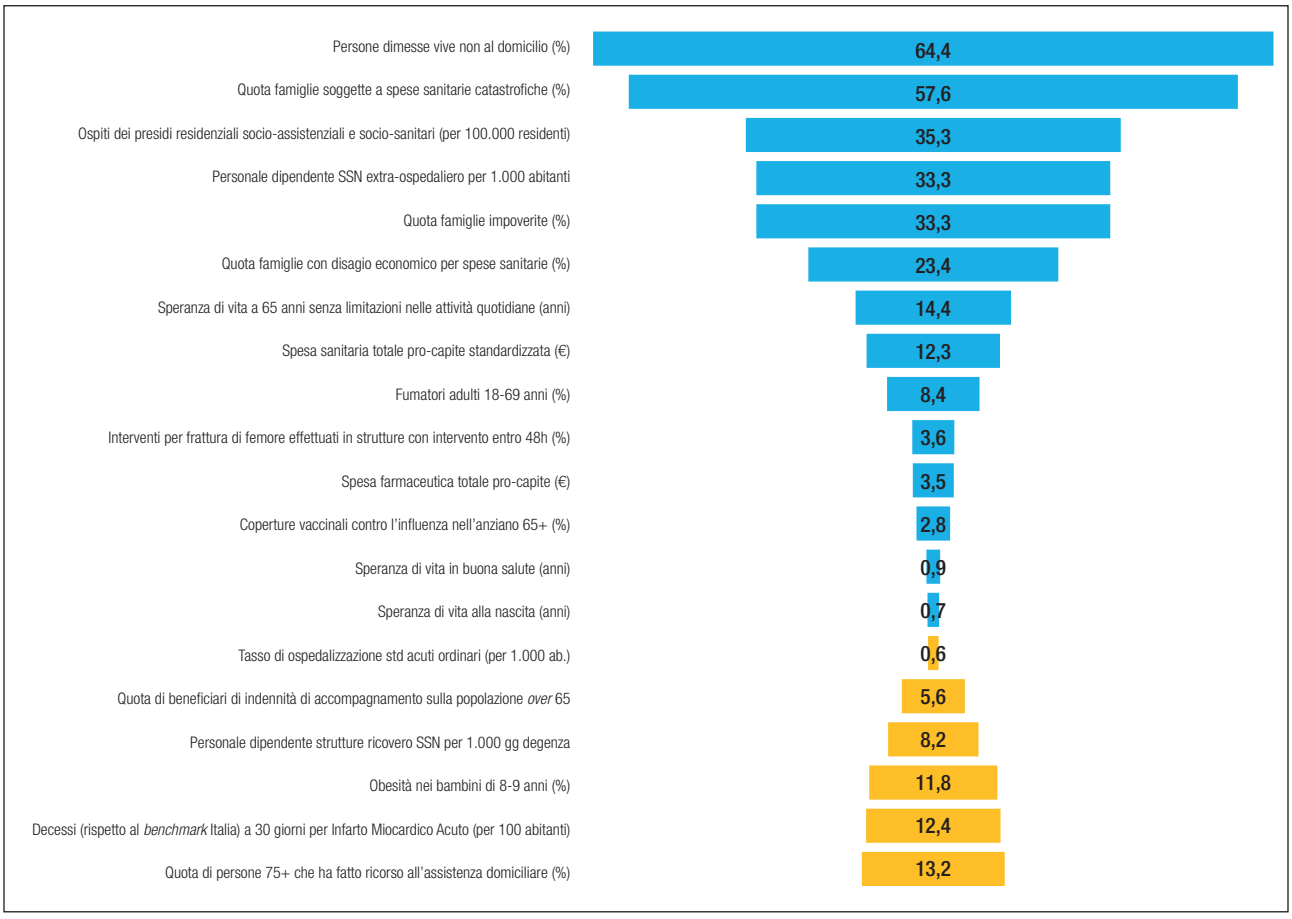


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Marche

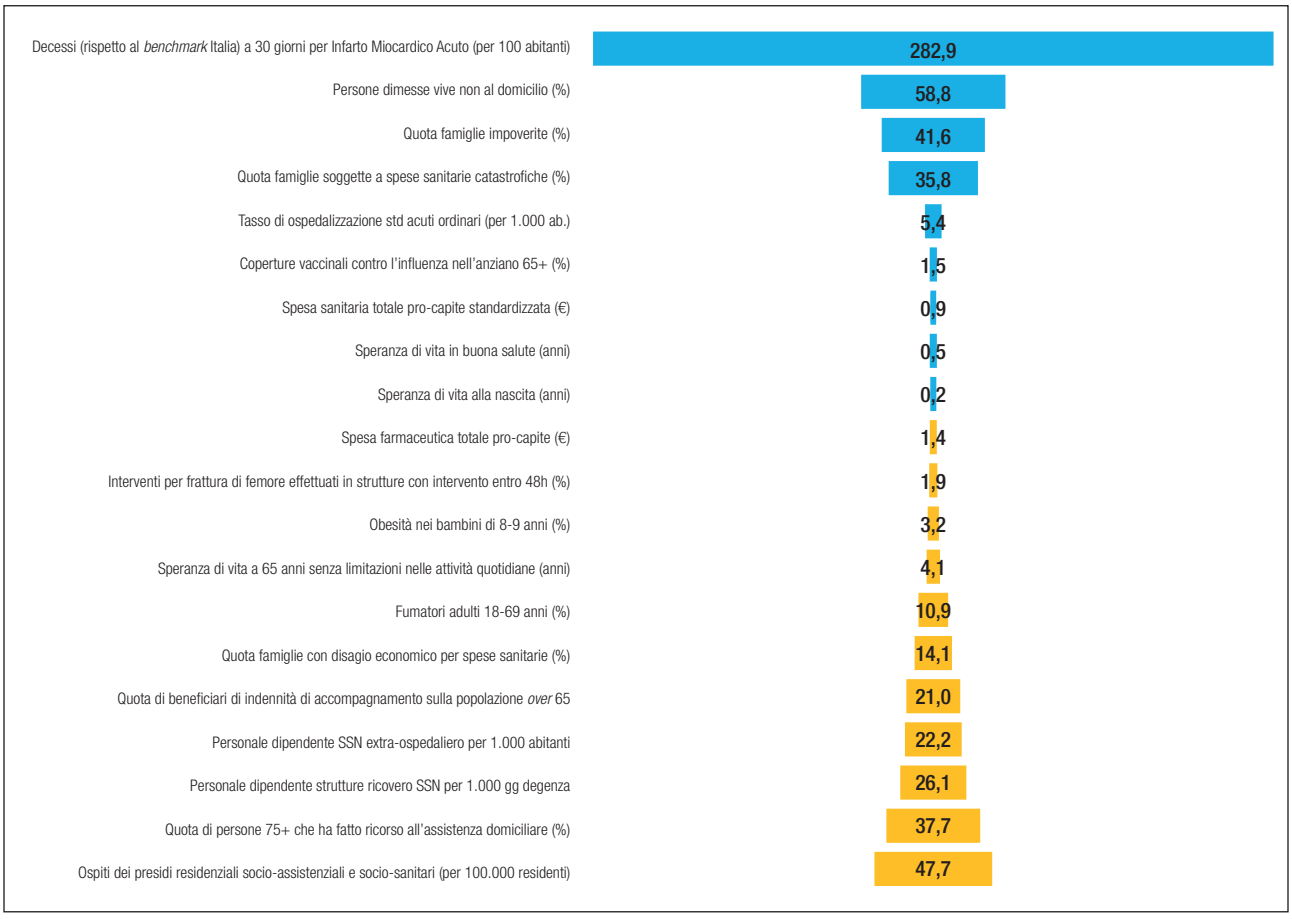


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Lazio

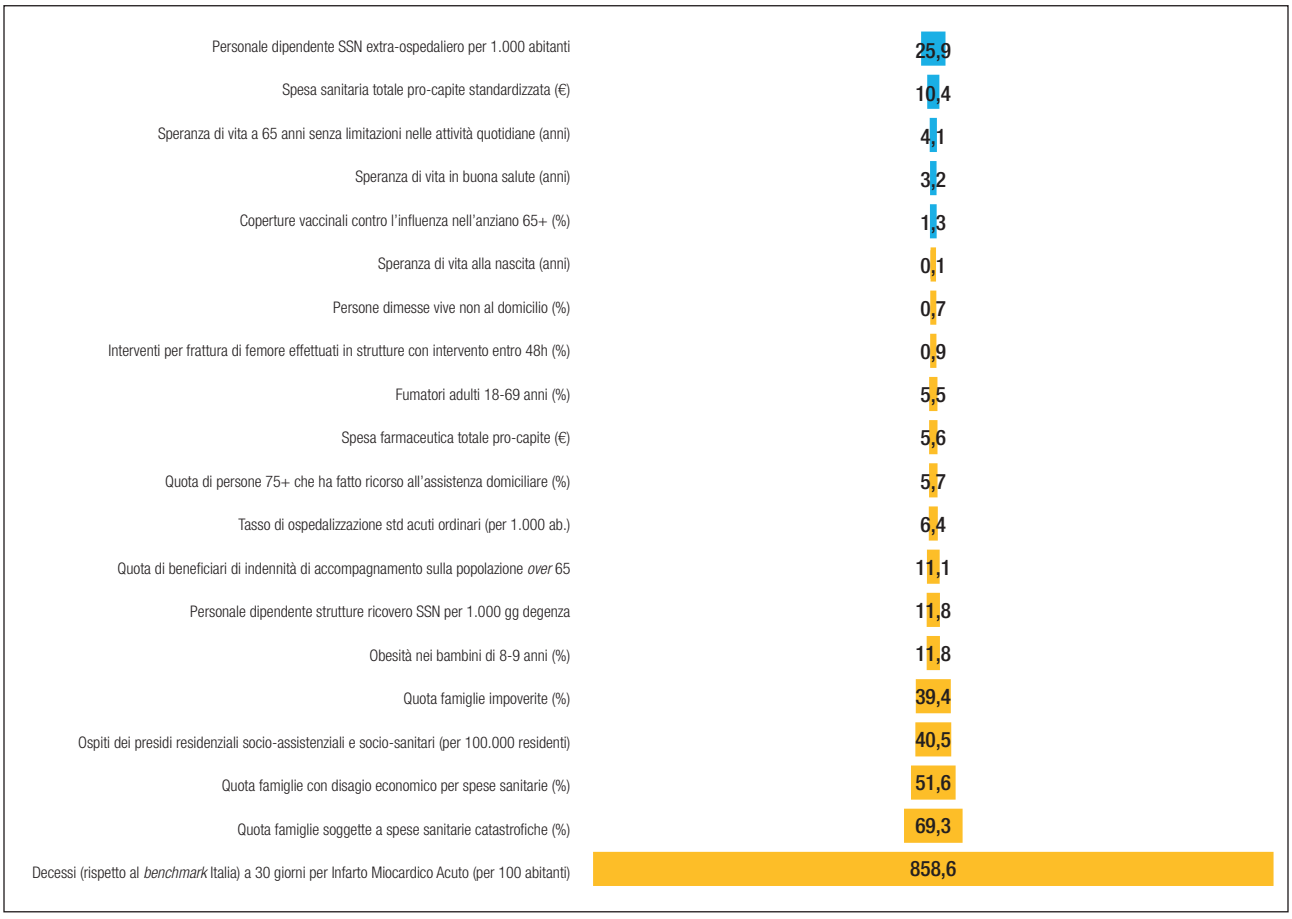


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Abruzzo

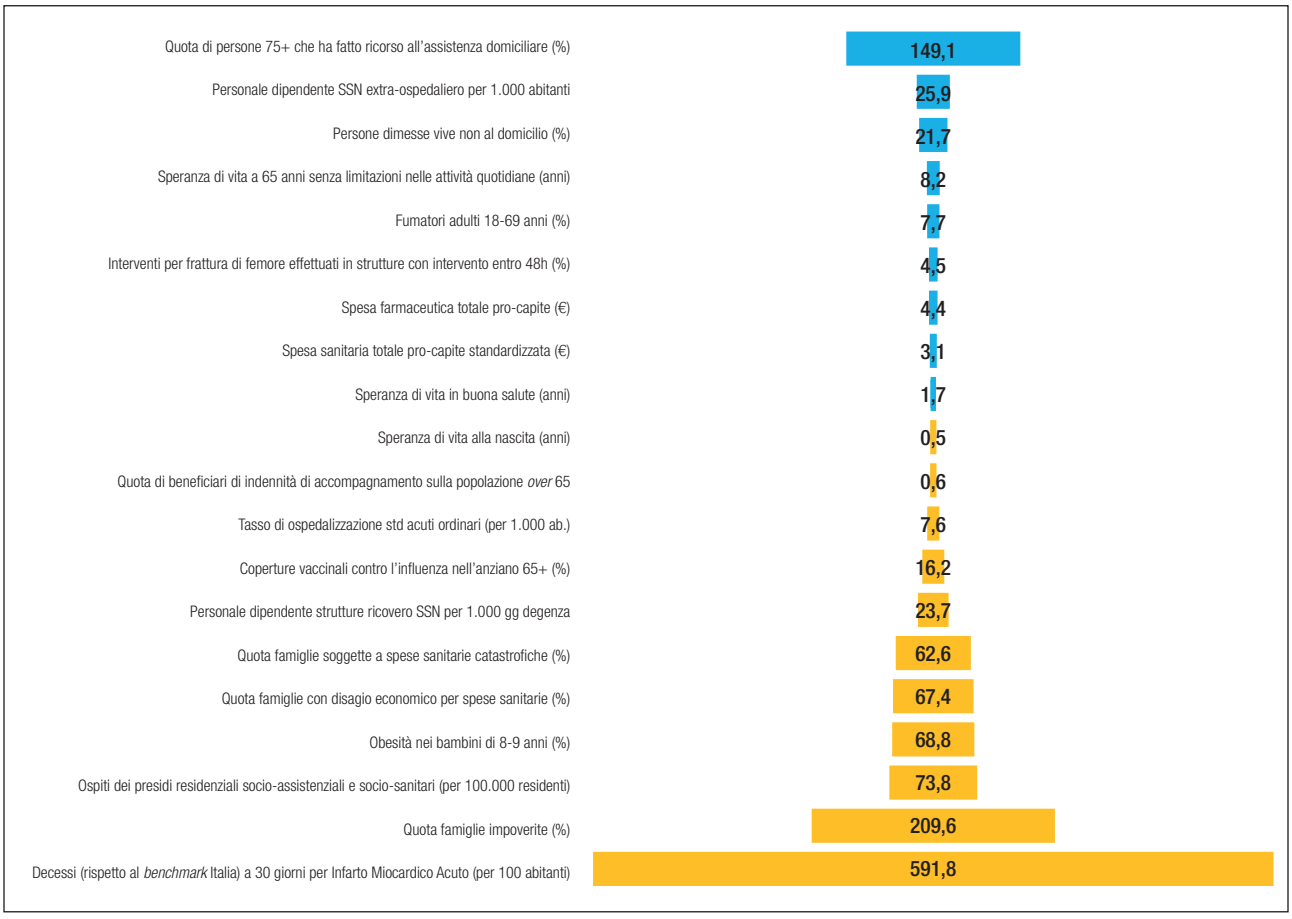


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Molise

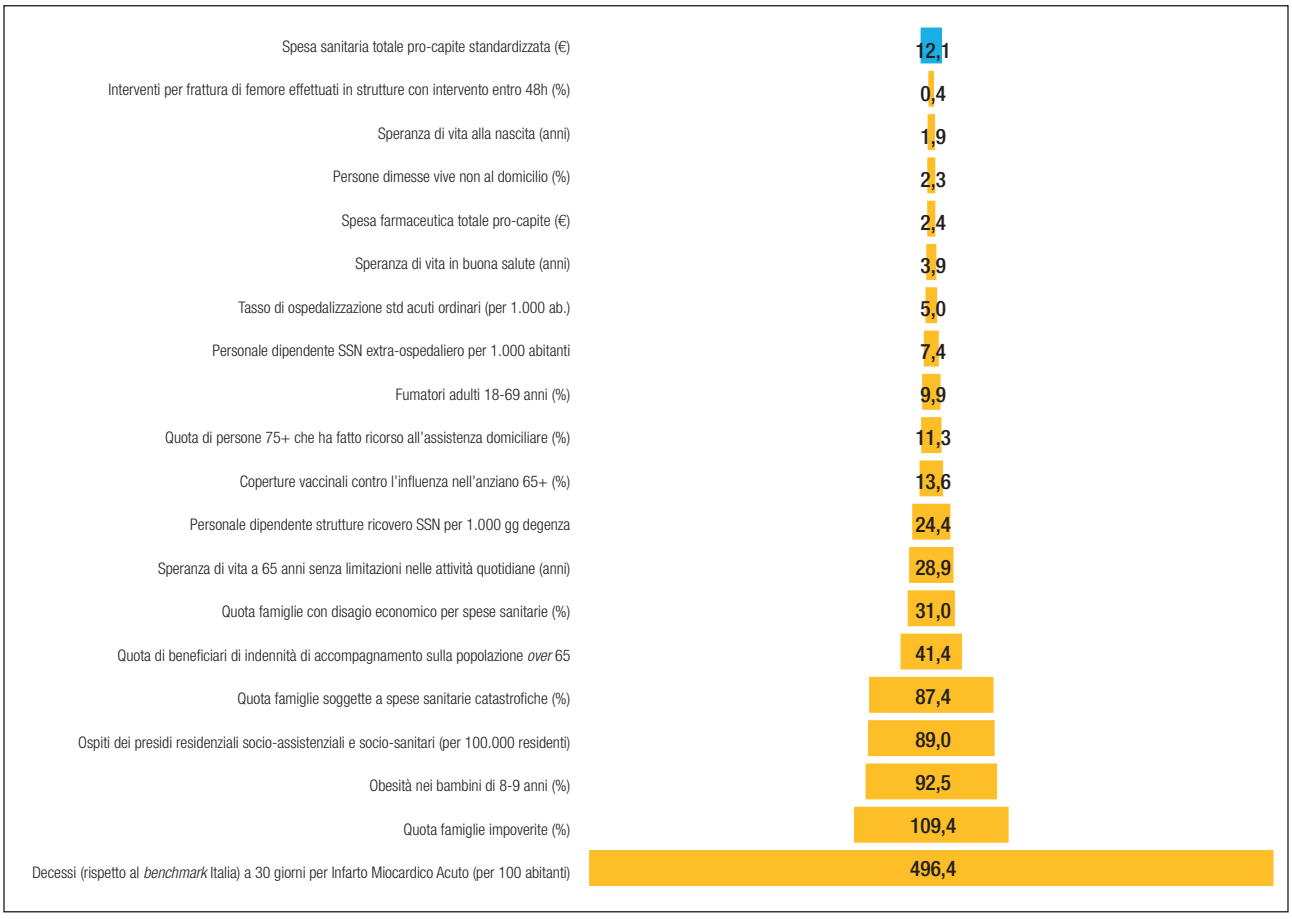


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Campania

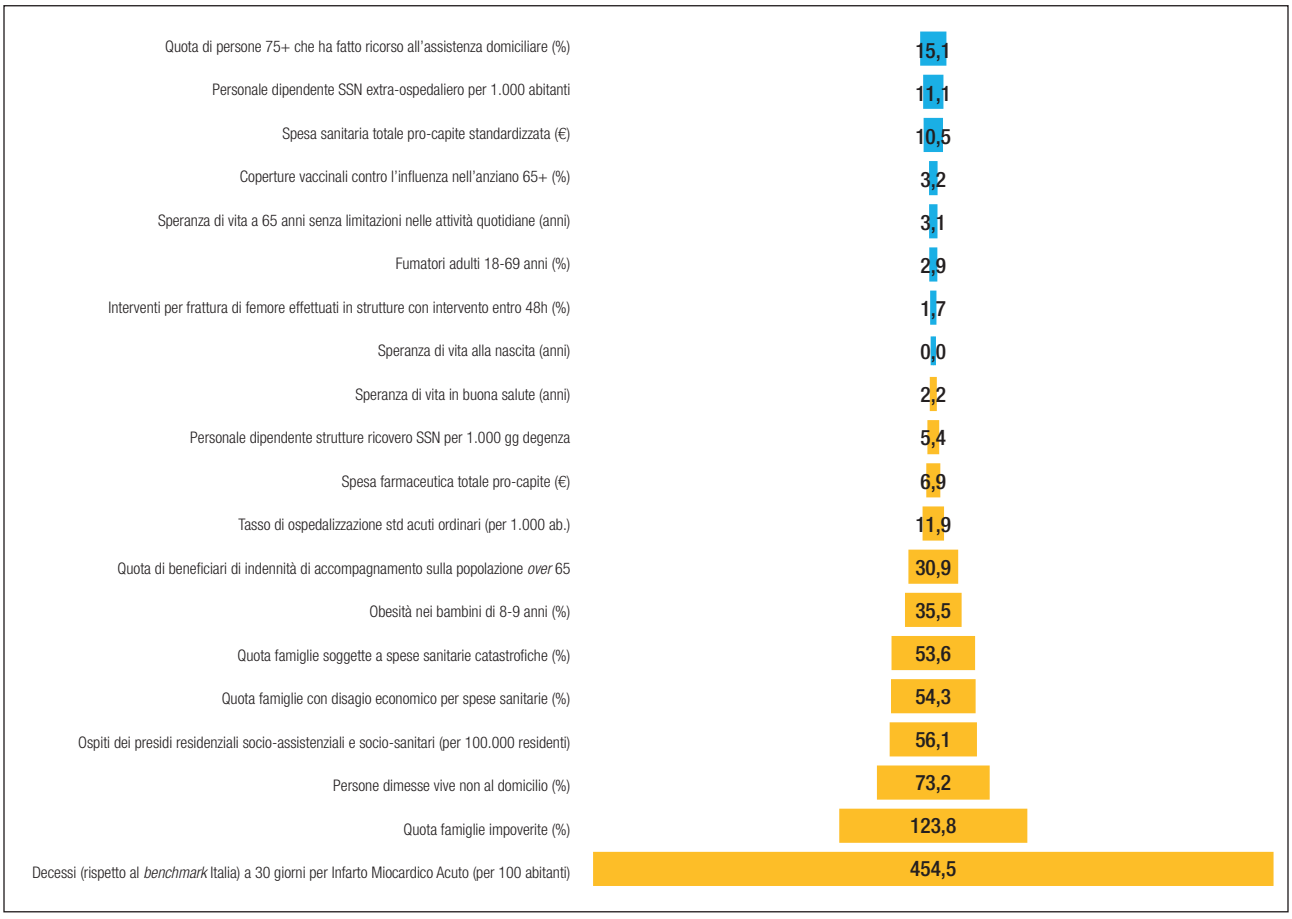


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Puglia

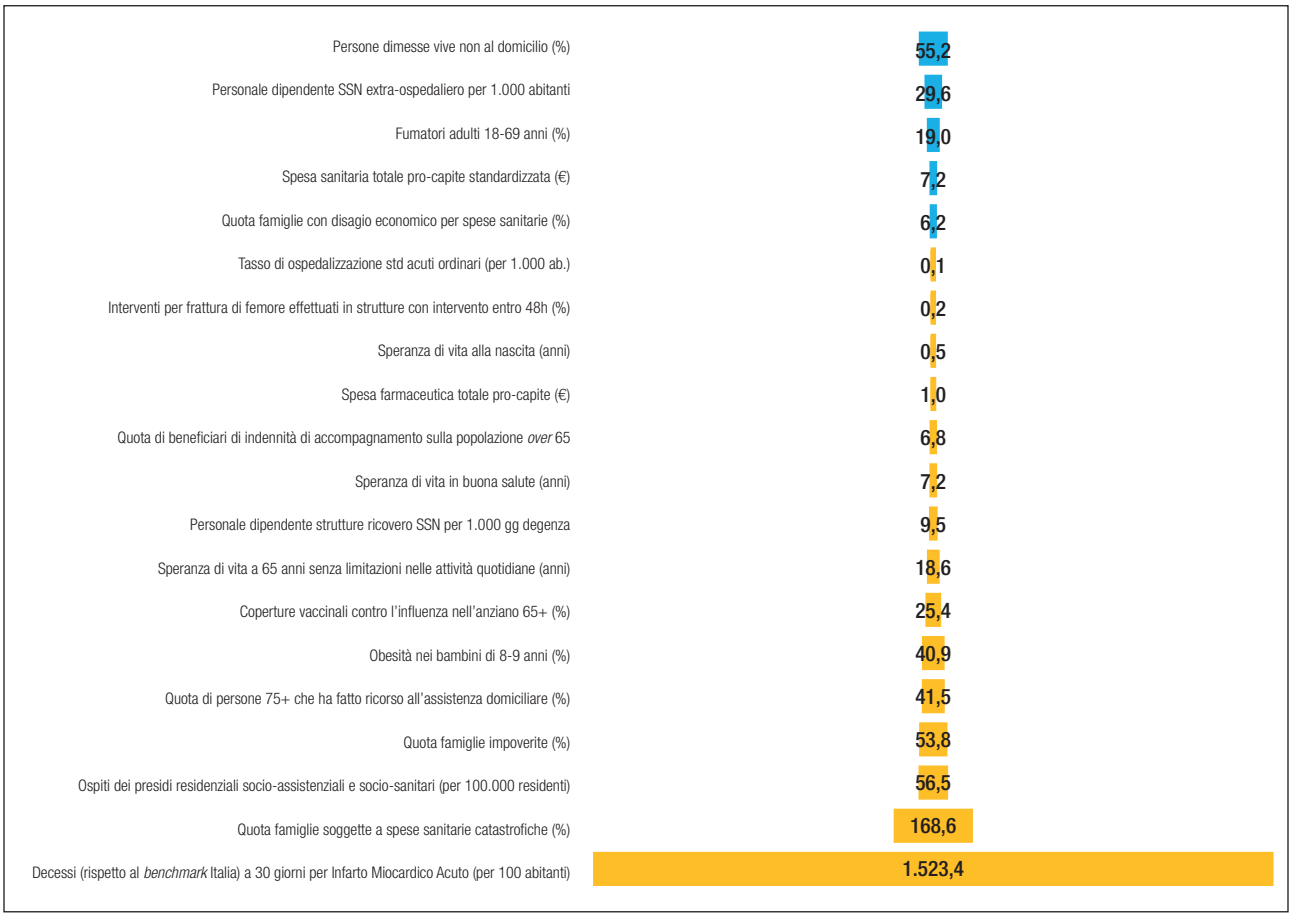


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Basilicata

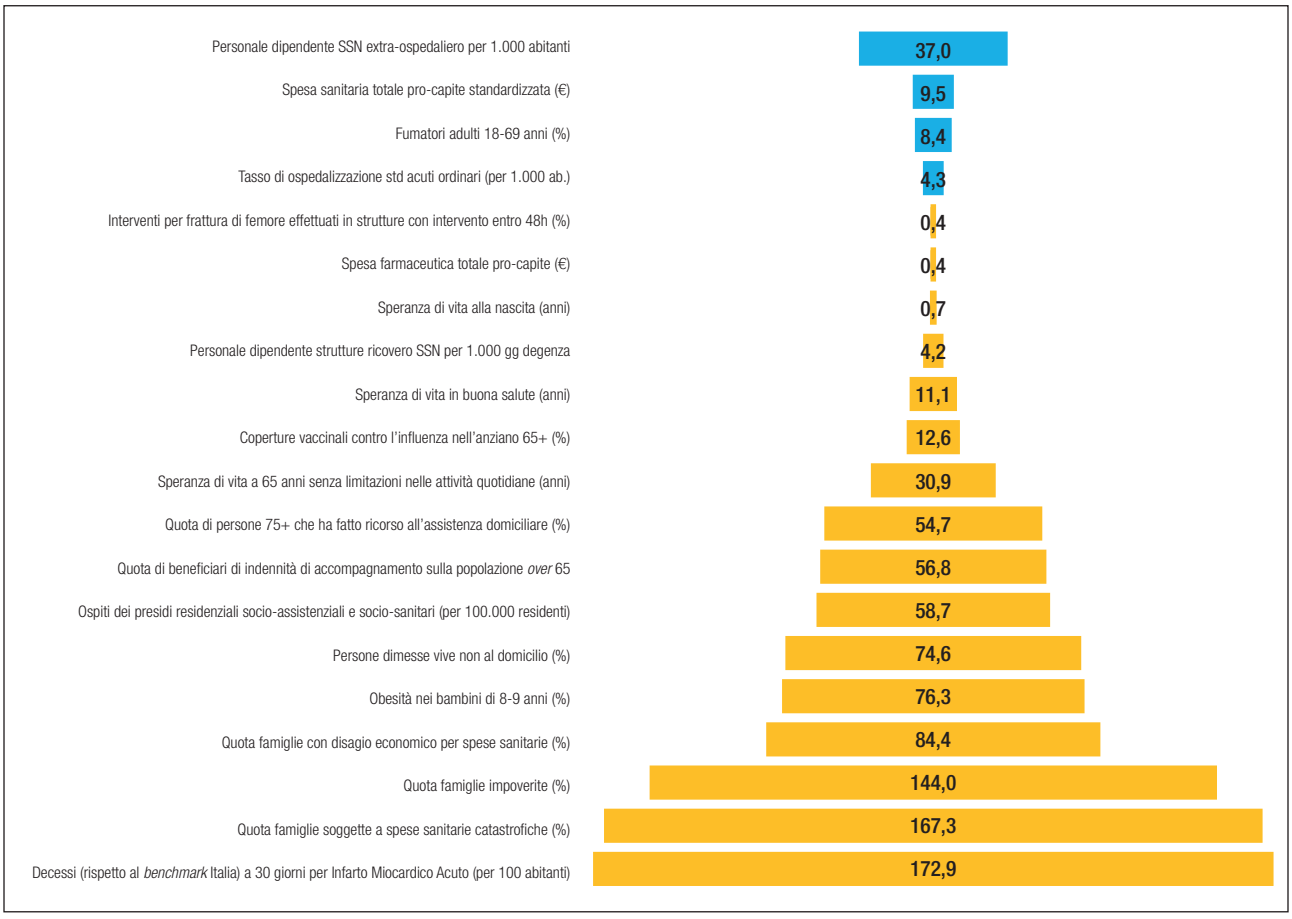


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Calabria

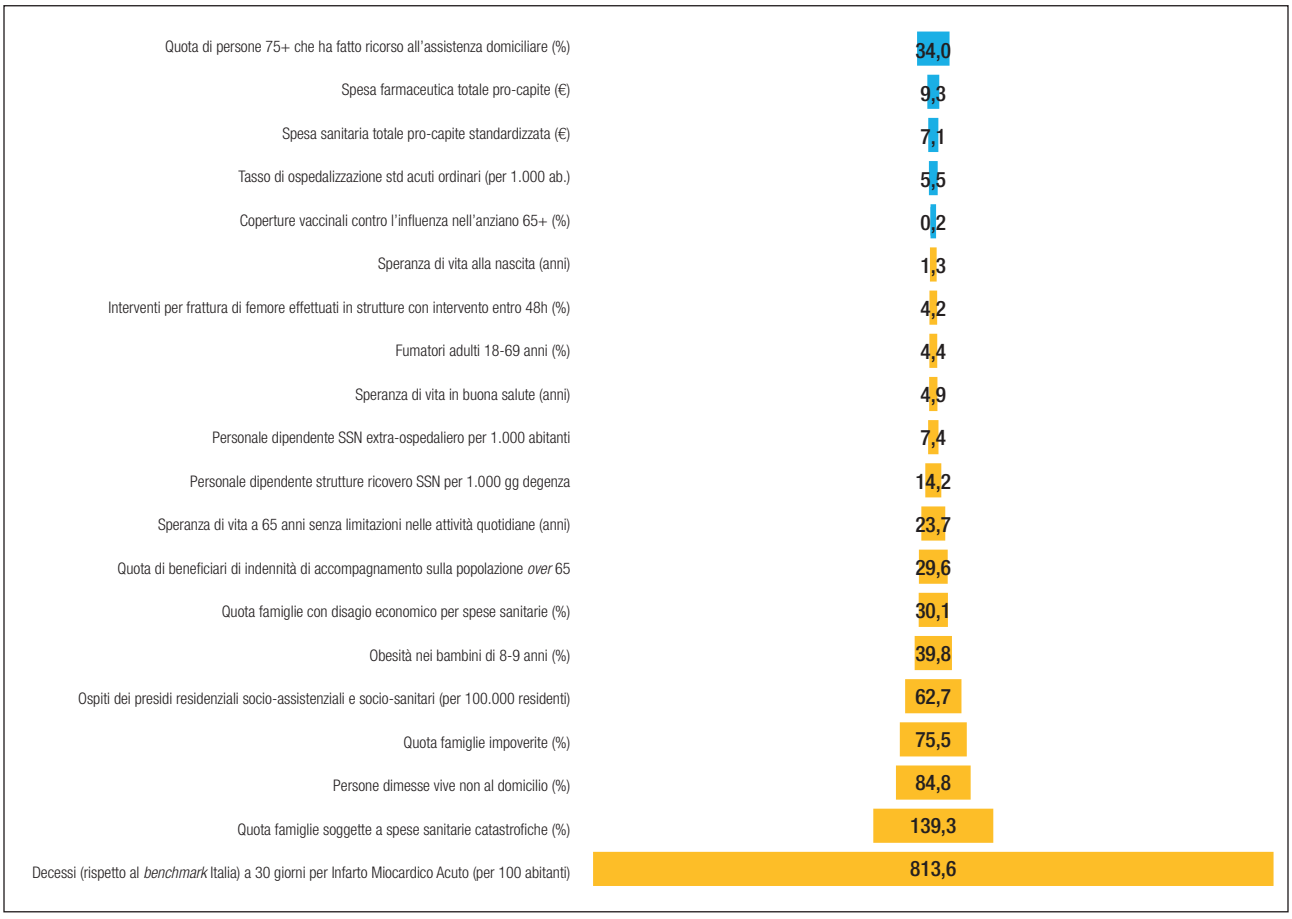


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sicilia

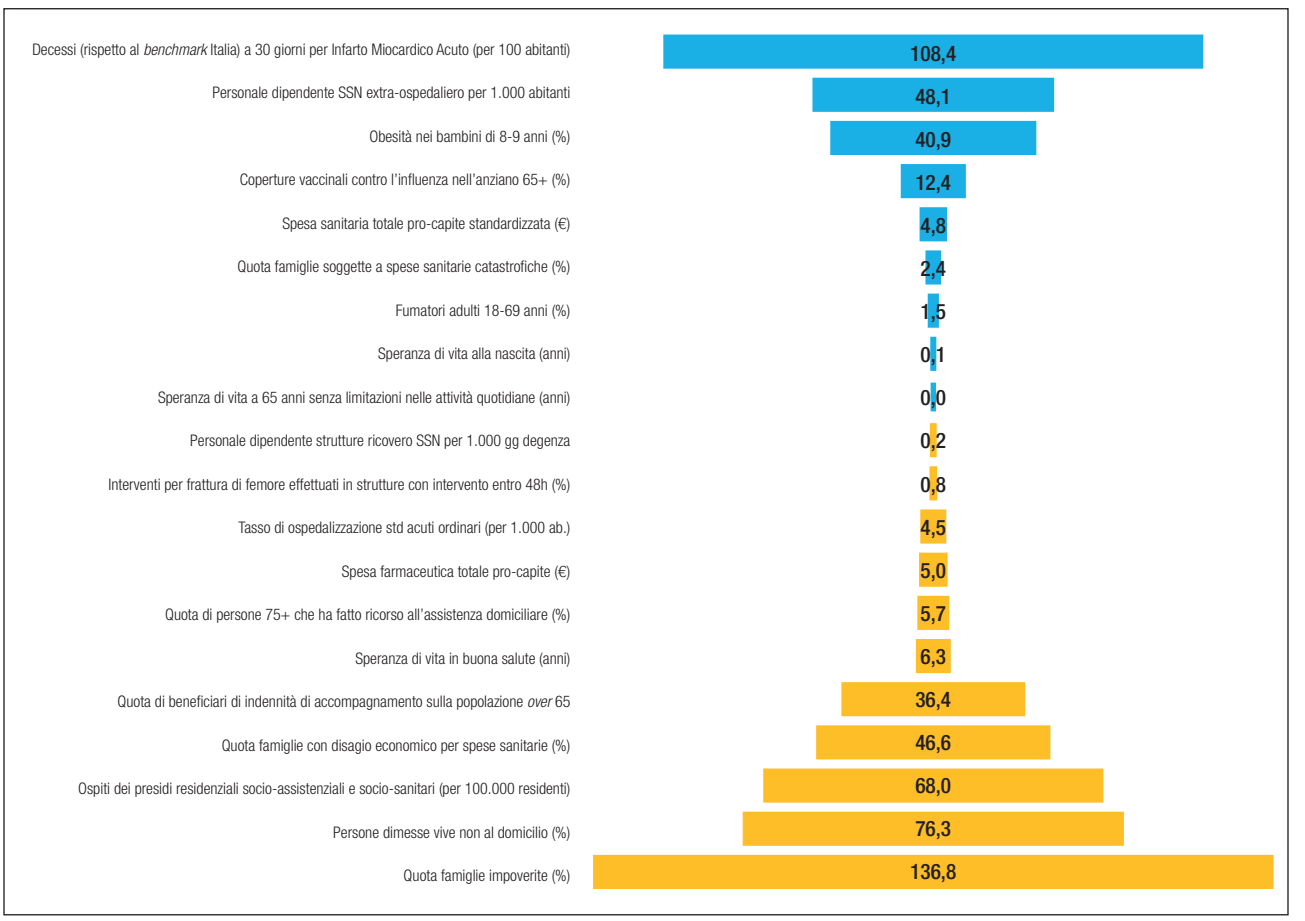


Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

Sardegna



Valore migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=0)

La pagina fornisce una visione sintetica del posizionamento della Regione.
Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=0), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è migliore (azzurro) o peggiore (giallo) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.
In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.