



FONDAZIONE  
FARMAFACTURING

# Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2011

**FrancoAngeli**







FONDAZIONE  
FARMAFACTORING

# Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2011

**FrancoAngeli**

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

**Prefazione**, di *Giuseppe De Rita* pag. 9

**Introduzione**, di *Vincenzo Atella* » 11

## **Parte prima**

### **Un'analisi multidimensionale della sanità italiana**

<b>1. La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica</b>	» 27
1.1. Introduzione	» 27
1.2. La situazione della finanza pubblica e la disponibilità delle risorse per il Ssn	» 27
1.3. Il processo di allocazione delle risorse alle Regioni	» 32
1.3.1. La definizione dei fabbisogni sanitari regionali: le procedure e i criteri adottati	» 32
1.3.2. Il sistema di finanziamento	» 36
1.4. La spesa sanitaria pubblica e i risultati di esercizio del Ssn	» 38
1.5. La tenuta dei conti e i Piani di rientro	» 41
1.6. La definizione dei Lea ed il loro finanziamento: i problemi ancora irrisolti	» 47
1.6.1. Il finanziamento dei Lea ed il problema del riparto tra le Regioni	» 48
1.6.2. Le modalità di erogazione delle risorse ed i problemi di programmazione della spesa	» 54
1.7. Conclusioni	» 56
Bibliografia	» 57
<b>2. Le caratteristiche dell'offerta sanitaria</b>	» 59
2.1. Gli assetti istituzionali	» 59

2.2. Le strutture di offerta	pag. 63
2.3. I livelli di attività	» 78
<b>3. La domanda di salute e la percezione della qualità dell'offerta</b>	» 85
3.1. Un cruscotto altamente qualitativo	» 85
3.2. Gli indicatori della domanda sanitaria	» 87
3.3. Gli indicatori della qualità dell'offerta	» 94
<b>4. I costi delle cure nel sistema sanitario: un'analisi disaggregata</b>	» 101
4.1. Introduzione	» 101
4.2. L'affidabilità delle stime	» 107
4.3. La spesa sanitaria pubblica italiana: un confronto tra i dati Health Search e i dati ufficiali del Ministero della Salute	» 108
4.4. I trend della spesa	» 110
4.5. La spesa a livello regionale	» 113
4.6. La spesa lungo il ciclo di vita dei pazienti: un'analisi per genere e macroregione	» 115
4.7. La spesa per livello di comorbidità	» 119
4.8. La spesa per pazienti con specifiche patologie	» 120
4.8.1. Il caso dei pazienti diabetici	» 121
4.8.2. Il caso dei pazienti ipercolesterolemici	» 127
4.8.3. Un esempio di misurazione dei costi standard	» 129
4.9. Conclusioni	» 133
Bibliografia	» 134

## **Parte seconda**

### **Gli approfondimenti**

<b>1. Le disparità nelle sanità regionali: l'impatto dei Piani di rientro</b>	» 137
1.1. Obiettivi e metodologie dell'analisi	» 137
1.2. I Piani di rientro e il commissario <i>ad acta</i>	» 140
1.3. La dinamica centripeta degli indicatori sanitari tra Regioni in Piano di rientro e altre Regioni	» 143
1.3.1. Il superamento dei divari di spesa e prestazioni non giustificate da esigenze della domanda	» 143
1.3.2. Gli andamenti della spesa sanitaria	» 145
1.3.3. Le prestazioni sanitarie	» 151

<b>2. Il punto di vista dei pazienti sulle sanità delle varie Regioni</b>	pag. 157
<b>3. Le aspettative dei cittadini in una sanità a finanza stretta</b>	» 167
<b>4. Strumenti di governo per la gestione della patologie croniche in medicina generale</b>	» 177
4.1. Introduzione	» 177
4.2. Le esperienze regionali e aziendali nell'applicazione degli strumenti di governo clinico per la medicina generale	» 178
4.3. Metodologia	» 180
4.4. La contrattazione e lo sviluppo del governo clinico: i Pdta e gli strumenti di clinical governance negli accordi regionali dei cicli di contrattazione 2000-2004 e 2005-2009	» 183
4.5. Analisi dei dati	» 189
4.6. Contatti medi con Mmg all'anno per patologia	» 190
4.7. Spesa media per farmaci e specialistica prescritta dal Mmg per patologia	» 193
4.8. Conclusioni	» 199
Bibliografia	» 200
<b>5. Federalismo ed eguaglianza: il caso italiano. Welfare: divario Sud e resto del paese, questione amministrativa e "governo misurabile"</b>	» 203
5.1. Premessa	» 203
5.2. Welfare e federalismo	» 203
5.3. Il "governo misurabile" e la questione amministrativa nell'ordinamento federale	» 205



# *Prefazione*

di *Giuseppe De Rita*

Presi dalla inevitabile concitazione di spread e finanza, si fanno spesso scelte contingenti, magari inevitabili nel brevissimo periodo, ma che nel più lungo periodo appaiono poco oculate, incapaci di rispondere alle reali esigenze dei settori cui si riferiscono.

La sanità è uno dei settori che più rischia su questo piano, perché le sue dinamiche dipendono da una pluralità di soggetti e perché essa è sempre il frutto di lunghe derive, tendenze strutturali che si dispiegano nel tempo, e dalle quali non si può prescindere per capire a che punto siamo e cosa eventualmente ci si deve aspettare nel prossimo futuro.

È questo il primo punto sul quale il Rapporto 2011 sul sistema sanitario voluto dalla Fondazione Farmafactoring, giunto ormai alla sua quarta edizione, offre un contributo importante perché, dagli aspetti istituzionali a quelli economici sino agli esiti sulla qualità dell'offerta sanitaria per i cittadini, viene proposta una riflessione che si estende oltre il nostro tempo ristretto e torna indietro negli anni per capire dove nascono le tendenze, che oggi abbiamo dinanzi gli occhi e il cui sviluppo determinerà il nostro futuro prossimo.

Così facendo la contingenza concitata del nostro presente, tutto segnato da imperativi di finanza stretta, viene collocata nella giusta prospettiva di un sistema sanitario che ha una storia antica, che va tenuta nel debito conto se non si vuole tutto sacrificare sull'altare delle priorità del momento.

La nostra sanità in questi anni è molto cambiata, e non solo per le scelte istituzionali, ma perché è cambiato profondamente il contesto di bisogni sociali ai quali deve rispondere, ed è cambiato il modo in cui i cittadini si rapportano con la propria salute, prima ancora che con l'offerta sanitaria. Se invecchiamo, se proviamo a fare prevenzione, se siamo pronti a investire di tasca nostra e a dare la caccia a tutte le informazioni utili per tutelare al meglio la nostra salute, allora anche il modo in cui istituzionalmente veniamo curati deve cambiare radicalmente, ed è quello che in modo lento ma inesorabile sta accadendo.

Quello che colpisce in questo mutamento della sanità è però la sconnessione evidente tra i tanti mutamenti istituzionali e di responsabilità che sta subendo il Servizio sanitario e l'impatto che essi stanno avendo nei loro effetti concreti sulla fruizione dei cittadini.

Infatti, alla crescente responsabilizzazione delle Regioni ha fatto riscontro una specie di ricentralizzazione tramite i vincoli economici, di cui i Piani di rientro sono, in fondo, il portato estremo ed il più recente; questa dialettica, come si evidenzia nel volume, ha generato un avvicinamento dei livelli di spesa e di prestazioni erogate tra le Regioni meno virtuose e quelle più virtuose, anche se siamo ancora lontani dalla opportunità omogeneità; quello che invece non ha generato è un avvicinamento nella qualità della sanità per i cittadini, tanto che il divario tra le varie Regioni si è ampliato, secondo la logica che *chi stava bene sta meglio, mentre chi stava male sta peggio*.

Questa dinamica regressiva, che da un lato sembra aggiustare le variabili di finanza ed i bilanci e dall'altro invece *scassa* ancora di più quelle sociali, rischia di trovare ulteriore alimento nelle alte grida sulla necessità di riportare anche i conti della sanità dentro parametri che a tutto fanno riferimento, tranne che alla *mission* reale del Servizio sanitario, la salute dei cittadini.

Eppure gli italiani hanno maturato nel tempo una responsabilizzazione notevole nel rapporto con la propria salute, e lo dimostrano tanti aspetti citati anche nel volume; e forse la riflessione più importante che induce la lettura del presente Rapporto risiede proprio nella necessità di non lasciare il presente e il futuro del Servizio Sanitario ad una tecnicità quasi ragionieristica, che riesce quasi sempre a prescindere dal sociale, come se a contare fosse solo il sistema di offerta nella sua complessità, da riportare ad una razionalità più alta e da imporre, magari tramite qualche manovra uguale per tutti e ovunque.

Invece, ben si capisce che non basta che le traiettorie di spesa regionale e che i costi per regione siano più vicini, se poi questo si tramuta in una più accentuata territorializzazione della capacità di risposta ai bisogni sanitari dei cittadini; guardare oltre la contingenza vuol dire orientare anche le scelte contingenti all'obiettivo di lungo periodo al quale, con le tante microscelte quotidiane relative alla propria salute, concorrono i cittadini di tutte le regioni: una sanità capace di produrre risposte assistenziali appropriate alle esigenze.

Non c'è in sostanza modello di sanità regionale che possa essere imposto dall'alto o dall'esterno e occorre che a guidare i processi di ridefinizione dell'offerta, quelli della spesa e quelli dei modelli di intervento, sia il richiamo continuo all'evoluzione dei bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali dei cittadini, unici veri parametri in grado di orientare verso una sanità più efficace. È una lunga marcia, cominciata quaranta anni fa e che va costantemente ricollocata nel giusto percorso, contro ogni tentazione rigorista da parte del potere pubblico, ed ogni furba strumentalizzazione da parte di tutti noi cittadini.

# Introduzione

di Vincenzo Atella

Giunto alla sua quinta edizione, il Rapporto 2011 della Fondazione Farmafactoring sul sistema sanitario in controluce, prodotto grazie alla collaborazione della Fondazione Farmafactoring con alcuni centri di ricerca (Fondazione Censis e Cergas Bocconi) ed arricchito dall'intervento di altri importanti ricercatori, continua nella sua opera di individuazione di spunti interpretativi e di analisi originali sulla realtà sanitaria del nostro paese, ed in particolare sugli aspetti gestionali, finanziari e di rapporto tra i livelli di gestione territoriale della sanità nel nostro paese.

Il tema scelto per quest'anno fa riferimento alla spesa delle Regioni ed alle regole del federalismo. La legge n. 42-2009 in materia di federalismo fiscale ed il recente "Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario" hanno introdotto una serie di importanti novità che incidono sui rapporti finanziari tra governo centrale e periferia, tema quest'ultimo molto dibattuto. Uno dei punti chiave di tale legge prevede che il finanziamento dei livelli essenziali avvenga con riferimento a *standard* di costo e di fabbisogno ed è proprio la definizione e la misurazione di tali *standard* uno dei principali problemi operativi che gli operatori ed i *policy makers* si trovano in questo momento ad affrontare.

Il Rapporto intende discutere di tali aspetti offrendo una serie di spunti e di riflessioni basati su analisi empiriche ottenute a partire da dati di spesa a livello regionale e di Asl, mai analizzati prima d'ora, provenienti dal Progetto Sissi (Simulazione della spesa sanitaria italiana) realizzato dalla Simg e dal Ceis Tor Vergata e sponsorizzato dalla Fondazione Farmafactoring. In questo modo la Fondazione, tramite il progetto Sissi, intende avviare un dibattito pubblico impegnandosi nel tentativo di dare risposta ad una serie di quesiti sulla sostenibilità finanziaria del nostro sistema sanitario e sulla sua efficienza ed efficacia. Temi questi che da troppo tempo, sebbene fondamentali per l'impostazione delle politiche sanitarie in Italia, non hanno trovato una adeguata risposta.

Le decisioni rilevanti continuano ad essere prese in base ad informazioni provenienti da dati di natura aggregata relativi alla spesa sanitaria, che al massimo riflettono l'utilizzo dei fondi (in termini di allocazione tra le varie voci di spesa), ma che poco possono dire in merito all'efficacia ed alla appropriatezza della stessa. In passato uno dei risultati principali di tale operare è stato quello di assistere ad interventi di contenimento che non hanno, però, evitato la crescita della spesa sanitaria, mentre hanno spesso determinato condizioni di iniquità nell'accesso alle cure da parte dei cittadini (razionamento invece di razionalizzazione). Se poi a fronte di tali aumenti di spesa si siano sempre registrati miglioramenti nella salute dei cittadini italiani è un dato che, fino ad oggi, raramente è stato verificato.

La Fondazione Farmafactoring ha creduto nell'iniziativa del Progetto Sissi ed ha ritenuto opportuno ed utile avviare una collaborazione il cui scopo è quello dello sviluppo di tale attività di ricerca, facendone quindi uno dei punti di forza del suo Rapporto annuale sulla sanità. La piena disponibilità dei risultati del progetto Sissi ai ricercatori coinvolti nel Rapporto Farmafactoring ha anche permesso di creare una serie di ulteriori utili sinergie che si evidenziano nella possibilità di interpretazione autonoma di tali dati da parte dei ricercatori del Censis e del Cergas, che hanno incrociato tali informazioni con altre in loro possesso, permettendo in alcuni casi di valutare una serie di politiche sanitarie attuate a livello locale.

Il progetto Sissi è stato strutturato in modo tale da fornire informazioni dettagliate e precise sull'utilizzo delle risorse nel nostro sistema sanitario, dei relativi costi e della loro efficacia nel determinare il livello di salute della popolazione italiana, cercando, ove possibile, di fornire una misura della produttività nel settore sanitario. Pertanto, l'analisi dei differenziali di costo regionali costituisce il *leit motiv* dell'intero lavoro che si svilupperà attraverso lo studio delle determinanti di tali differenziali e delle relazioni che intercorrono tra spesa e stato di salute delle persone. L'utilizzazione di tali dati, integrati e messi a confronto con quelli di altre fonti, conferma la capacità di Health Search di offrire informazioni non solo quantitative, ma di spiegare altresì alcuni fenomeni e di interpretarne le ragioni dell'aumento della spesa con l'avanzare dell'età. Questo aspetto è chiaramente affrontato e misurato nel quarto capitolo della prima parte dove, relativamente agli aspetti di comorbilità, riusciamo a valutare l'andamento della spesa pro-capite in relazione alla severità clinica dei pazienti trattati, capire come varia quantitativamente la spesa media complessiva al variare della comorbilità di un paziente. I risultati dell'analisi effettuata fanno emergere chiaramente come il livello di severità clinica dei pazienti rappresenti una delle maggiori determinanti della spesa. In particolare, il semplice passaggio dell'indice da 0 (caratteristico dei pazienti con basso grado di severità clinica) a 1, evidenzia un raddoppio della spesa pro-capite in

tutti gli anni considerati. Tale valore è triplicato una volta che l'indice di Charlson è pari a 3 o 4.

Questo tipo di analisi permette chiaramente di capire che i costi sono proporzionali alla gravità/complexità/comorbidità dei pazienti/cittadini più che alla loro età. “Poiché gli anziani sono più severamente ammalati costano anche di più, ma è evidente che per ridurre la spesa nel tempo occorre non tanto ‘impedire che invecchino’ bensì far sì che ‘invecchino bene’ ed evitare che si ammalino o che più patologie e complicanze si sommino tra di loro portando tra l'altro ad un aumento dei costi” (Rapporto Health Search 2010, p. XV).

Basandosi su queste informazioni, nel Rapporto sono evidenziate le caratteristiche differenziali ed evolutive dei diversi contesti regionali rispetto alla domanda di salute, e cioè al contesto socio-demografico ed alla epidemiologia. Inoltre, si porrà l'attenzione su come differenze di spesa tra Regioni possano essere la risultante di modelli organizzativi diversi, soprattutto in merito all'organizzazione dei modelli di Primary Care, che è stata una delle funzioni al centro delle riforme di molti paesi europei.

La disponibilità dei dati del progetto Sissi permetterà di effettuare queste analisi individuando i costi di pazienti affetti da singole patologie e dalle relative comorbidità e prova a spiegarne le cause a partire da: *i*) le diverse scelte regionali con riferimento alle modalità di erogazione delle prestazioni (mix dei livelli di assistenza); e *ii*) le diverse scelte regionali con riferimento alle modalità di governo della medicina generale (accordi, associazionismo, budget di Mmg, ecc.). Inoltre, si analizzeranno i differenziali di costo tra i diversi contesti regionali a parità di alcune patologie di riferimento, cercando di interpretarne i risultati alla luce: *i*) della struttura organizzativa della Regione; *ii*) della tipologia di management che è presente in una Regione; e *iii*) della presenza di Piani di rientro.

Come sempre, il Rapporto è articolato su due sezioni, una che si ripete negli anni e presenta le caratteristiche di fondo del nostro Ssn, anche se negli anni tali informazioni sono state arricchite. In particolare, con la presente edizione vengono aggiunte informazioni inedite e molto dettagliate sui costi della sanità pubblica. La seconda, invece, riporta una serie di approfondimenti che, invece, cambiano ogni anno a seconda del tema individuato dal Rapporto.

\* \* \*

La spesa sanitaria rappresenta una componente significativa dei bilanci sia pubblici che privati, e riuscire a controllarne la crescita rimane un obiettivo di primaria importanza in Italia come nella maggior parte dei paesi industrializzati. L'invecchiamento della popolazione e il progresso tecnologico rappresentano delle serie sfide per la sostenibilità finanziaria del nostro Sistema sani-

tario nazionale (Ssn) e, contemporaneamente, per la sua capacità di soddisfare i reali bisogni dei cittadini.

La letteratura economica internazionale e l'evidenza medica indicano questi due fattori come le principali fonti della crescente spesa sanitaria e dunque come le cause primarie della sua difficile sostenibilità nel lungo periodo. L'invecchiamento della popolazione interagisce con i bassi tassi di natalità e con l'aumento delle aspettative di vita, creando un bacino di popolazione anziana sempre più ampio e longevo che necessita di servizi sanitari per periodi di tempo sempre più lunghi. Allo stesso tempo, il progresso tecnologico mette a disposizione nuovi farmaci, nuove tecniche diagnostiche e nuove terapie che permettono di curare malattie una volta mortali, migliorando la qualità e allungando le aspettative di vita.

Secondo i dati Ocse, in Italia la spesa sanitaria totale in percentuale del Pil è passata dall'8,2% nel 2001 al 9,5% nel 2009. Gli stessi dati ci dicono anche che la sola parte pubblica è al momento attestata intorno al 7%, rappresentando all'incirca il 77% di quella totale, oltre che la parte preponderante dei bilanci regionali (circa il 70%). Nonostante l'attuazione di numerosi interventi di contenimento, la spesa sanitaria è cresciuta costantemente nei primi 10 anni del 2000, anche se va riconosciuto che i tassi di crescita si sono ridotti nel tempo.

Ma a parte le dinamiche di crescita della spesa, quello che a nostro avviso risulta essere uno dei problemi più importanti del settore della sanità nel suo complesso, è che, ad oggi, si conosce molto poco dell'efficienza e dell'efficacia del nostro Ssn. In particolare, si hanno poche informazioni circa la quantità, l'appropriatezza e i costi delle risorse impiegate, per differenti classi di età, sesso, tipologie di spesa, ecc. Poco o nulla si conosce su come il progresso tecnologico abbia influenzato e continui ad influenzare la spesa sanitaria e, ancor più importante, la salute dei cittadini.

Le analisi condotte nella prima parte del volume sono state quindi mirate ad ottenere evidenze di natura "micro" sull'utilizzo delle risorse e dei relativi costi nel nostro sistema sanitario, non senza dimenticare che i comportamenti di natura micro non possono essere avulsi dai vincoli di natura macroeconomica. Pertanto, come già fatto nelle precedenti edizioni del Rapporto, il primo capitolo rimane sempre dedicato al quadro macroeconomico e di finanza pubblica, mettendo in evidenza quelli che sono i vincoli dal lato delle risorse finanziarie, gli effetti delle politiche di contenimento della spesa a livello regionale (Piani di rientro) e i potenziali problemi legati agli attuali criteri di ripartizione del finanziamento nazionale. A seguire l'analisi si è concentrata sulla struttura produttiva (secondo capitolo), ovvero su quella parte del sistema che grazie alla sua organizzazione permette l'erogazione dei servizi che poi determinano la spesa e sulla domanda di servizi sanitari da parte dei pazienti

(terzo capitolo), ovvero sulla struttura dei bisogni. Infine, nel quarto capitolo sono riportati i risultati dell'analisi sui costi, per un arco temporale che va dal 2001 al 2010 (che corrisponde al periodo della svolta federalista in sanità), guardando alle differenze regionali, demografiche (sesso ed età), per voci di spesa (farmaceutica, visite ed accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri) e, soprattutto, guardando ai costi di alcune cronicità (il caso dei pazienti diabetici e ipercolesterolemici) con l'obiettivo di fornire misure di efficienza della spesa sanitaria a livello regionale.

Relativamente al quadro macro, ciò che emerge è che nel 2010 i conti pubblici hanno registrato un miglioramento, grazie soprattutto ad un quadro macroeconomico meno negativo e ad un controllo più efficace della dinamica delle uscite pubbliche. Sulla base del quadro programmatico ufficiale, per il prossimo biennio non sarebbe necessario un nuovo intervento di manutenzione della dinamica dei conti pubblici. Per il Ssn ciò esclude un nuovo taglio di risorse dopo quello attuato nell'estate del 2010, che rimarrebbero per il 2011-2012 quelle attualmente previste. L'esercizio econometrico ha mostrato la necessità del recupero di maggiore efficienza se si vuole garantire l'equilibrio economico e al contempo l'erogazione delle prestazioni necessarie per consentire un'assistenza adeguata. Le ipotesi adottate nella simulazione mostrano l'importanza della ridefinizione dei Piani di rientro nel processo di contenimento dei costi. Va, tuttavia, evidenziato come al mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio contribuisca anche una dinamica del finanziamento statale più contenuta di quella che era stata definita in occasione del Patto per la salute 2006.

Infine, dopo aver esaminato alcuni degli aspetti principali del complesso sistema di *governance* del Ssn, abbiamo esaminato alcuni aspetti che riteniamo essere problematici nei rapporti tra governo centrale e governo locale. In particolare, attraverso specifiche elaborazioni condotte utilizzando il data base Health Search (HS) della Società italiana di medicina generale (Simg), si segnala la necessità di procedere in futuro ad una ripartizione del finanziamento statale diversa da quella attualmente in uso se si vuole assicurare a ciascuna Regione un ammontare di risorse congrue al suo fabbisogno sanitario.

Allo scopo di delineare i tratti portanti della sanità italiana e offrirne una visione d'insieme, nel secondo capitolo viene presentata la struttura dell'offerta sanitaria e le sue caratterizzazioni regionali. È stata quindi analizzata la sua organizzazione e le sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni. Gli elementi che vengono approfonditi sono: *i*) gli assetti istituzionali dei singoli Servizi sanitari regionali (Ssr); *ii*) la numerosità e la tipologia delle aziende (Asl e AO); *iii*) l'assetto dell'apparato amministrativo regionale, mobilità dei direttori generali (DG); *iv*) configurazione fisico-tecnica delle aziende; e *v*) i dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate.

Relativamente al primo punto ciò che emerge è che dal 2002 ha preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di “ingegneria istituzionale”, già avviati o comunque proposti, si sono moltiplicati e molte Regioni hanno così provveduto alla ridefinizione di Asl e AO. In generale quello che si è osservato è una riduzione del numero di Asl e AO. Allo stesso tempo, gli interventi di ingegneria istituzionale si sono associati ad una maggiore instabilità dei direttori generali (DG). Quest’ultimo effetto è da attribuire ad una serie composita di fattori tra cui le predeterminate scadenze dei contratti, le scadenze delle legislature che si trovano a cavallo dei mandati dei DG, la modificazione delle maggioranze, lo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse.

Rispetto alle strutture di offerta, le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei Ssr hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione tanto sul piano ospedaliero, quanto su quello territoriale. Ciò ha comportato una progressiva riduzione nel numero delle strutture equiparate e pubbliche, con un decremento più evidente per queste ultime, che nell’ultimo decennio sono diminuite del 28%.

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre sempre maggiore attenzione verso l’assistenza extraospedaliera, spostando sia risorse che servizi dal livello ospedaliero a quello territoriale. Ciò è enfatizzato anche dal Psn 2006-2008 e dal Patto per la Salute 2010-2012 che pongono, tra gli obiettivi delle strategie per lo sviluppo, la necessità di riorganizzare l’offerta ospedaliera a favore di un potenziamento e di una qualificazione di quella territoriale, anche mediante la costituzione di reti sanitarie d’integrazione e collaborazione.

In termini di attività di ricovero nel periodo 1998-2008 si assiste ad una riduzione nel numero delle dimissioni pari a 3,7% e ad una riduzione delle giornate di ricovero del 14%; il calo maggiore (-11%) lo si è avuto tra il 1998 ed il 2003, per poi aumentare nel periodo 2003-2005 e successivamente ridursi lievemente a partire dal 2005. Al contrario, le prestazioni totali erogate in regime di day hospital sono aumentate progressivamente (+50% dal 1998 al 2008), malgrado, una diminuzione del 3% tra il 2007 e il 2008. La degenza media per acuti in regime ordinario, infine, si è progressivamente ridotta fino al 2002 (da 7,1 del 1998 al 6,7 del 2002), per poi stabilizzarsi a 6,7 nel periodo 2003-2007 e lievemente aumentare a 6,8 nel 2008.

Nel periodo 1998-2009 a livello regionale si è registrato un incremento diffuso della complessità nella casistica trattata dalle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate. Inoltre, risulta anche che gli sforzi compiuti per l’incremento dell’appropriatezza hanno condotto, con l’eccezione dell’indicatore relativo ai parti cesarei, ad un miglioramento del quadro dell’assistenza erogata.

Infine, l'analisi si è concentrata sul ruolo esercitato dai Mmg nell'ambito degli operatori che contribuiscono a determinare l'offerta sanitaria. Quello che è emerso, sia sulla base della percezione soggettiva del proprio operato che dei risultati di studi quantitativi, è un incremento importante del carico di lavoro, non necessariamente a fronte di un miglioramento della qualità, in quanto sempre più spesso determinato da variabili extra-cliniche. I risultati dell'analisi hanno permesso di fornire un quadro sul carico di lavoro del medico, definito in termini di contatti con i propri assistiti e di prestazione erogate, nonché sui principali determinanti (demografici e clinici) associati a questo aspetto fondamentale dell'attività del Mmg.

Il terzo capitolo affronta il problema dei bisogni sanitari e della domanda di servizi da parte della popolazione. Tale analisi è stata condotta a partire dalle elaborazioni condotte sui dati dei pazienti inclusi nel database di Health Search ed ha quindi permesso di ricavare a livello regionale una mappa dell'epidemiologia in Italia e della sua relativa evoluzione nell'arco di tempo considerato. Le analisi sono state concentrate sulle patologie, identificate sulla base della diagnosi clinica effettuata dal Mmg, a maggiore impatto sul territorio. L'importanza di tali analisi nell'ambito del panorama degli studi sul funzionamento della sanità italiana emerge per almeno due motivi. Il primo, è dato dalla disponibilità di dati di epidemiologia provenienti da un ampio campione di pazienti rappresentativi della popolazione italiana in termini di età, sesso e Regione di appartenenza. Il secondo dal fatto che "la valutazione delle cartelle cliniche informatizzate appare in molti casi più accurata rispetto alle indagini basate sulle interviste ai pazienti che, tramite questionario, stimano la salute percepita su un campione peraltro troppo limitato per stime stratificabili per età e sesso a livello regionale" (Rapporto Health Search, 2010, p. XVII). Questo tipo di analisi è importante perché permette per la prima volta di poter contare su un dato in grado di approssimare i reali bisogni di cure sanitarie da parte della popolazione italiana molto meglio di quanto non possa essere fatto attraverso l'approssimazione con le soli classi di età.

I risultati presentati mostrano un paese in cui l'invecchiamento della popolazione si riflette in modo diretto sulle prevalenze delle principali patologie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, malattie neurodegenerative e tumori. Essendo la struttura per età diversa tra le varie Regioni italiane, ne deriva che i carichi epidemilogici possono spiegare parte delle differenze negli accessi alle prestazioni sanitarie e quindi nelle spese.

Al tempo stesso, una volta che le Regioni vengono riaggregate in due gruppi, comprendenti quelle "con" e "senza" Piani di rientro, risulta evidente che il divario in termini di peso dei longevi nella popolazione dei due macroaggregati è molto ridotto, sicuramente non in grado di spiegare la differenza di accesso alle prestazioni sanitarie. Ciò implica che il divario in termini di spesa tra i due

gruppi di Regioni che si osservava almeno fino al 2006 non aveva alcuna spiegazione nella composizione dei bisogni sanitari, cosa che rende evidente l'importanza dei processi razionalizzatori nelle Regioni in Piano di rientro.

Nel quarto capitolo vengono presentati i risultati sui costi della sanità a partire da dati di costo su singoli pazienti provenienti dal progetto Sissi. È la prima volta che analisi di questo tipo vengono effettuate. Fino ad oggi la letteratura economica ha studiato il nostro Ssn analizzando principalmente la spesa sanitaria ad un livello di aggregazione che quasi mai si è spinto al di sotto dell'aggregato Asl. Ciò è dipeso dall'impossibilità di ottenere dati dettagliati rilevati a livello di paziente, medico e ospedale, con una copertura nazionale.

Ovviamente, la prospettiva che viene utilizzata nel fornire queste informazioni è quella dei medici di medicina generale (Mmg). I Mmg intermediano la maggior parte dei servizi sanitari richiesti dai pazienti. La stragrande maggioranza di prescrizioni per farmaci, test diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri è generata dai Mmg per conto dei pazienti. In un anno un Mmg visita circa il 60% dei suoi pazienti e tale percentuale sale al 90% nell'arco di tre anni. Da questo punto di vista il Mmg offre un punto di vista oltremodo privilegiato per cercare di capire il complesso mondo della sanità, con i suoi lati positivi ed i suoi difetti. Tutto ciò è stato reso possibile grazie alle informazioni uniche a livello di singolo medico e paziente contenute nel database HS-Thales, integrate con informazioni provenienti da fonti esterne (Istat, Osmed, Regioni, ecc.) e arricchite dalle successive elaborazioni effettuate, a partire da quei dati, con il modello di microsimulazione del Progetto Sissi.

Grazie a queste informazioni è stato possibile condurre analisi disaggregate e in grado di cogliere aspetti rilevanti del sistema sanitario italiano, mai osservati prima. In particolare, le analisi hanno prodotto interessanti risultati circa la quantità di risorse impiegate, e dunque i costi, per differenti classi di età e sesso. Inoltre, è stato possibile in alcuni contesti effettuare una analisi su come il progresso tecnologico abbia influenzato e continui ad influenzare la spesa sanitaria e, cosa ancor più importante, i risultati in termini di salute dei cittadini. Il tutto su un arco temporale di 10 anni (2001-2010), sull'insieme delle Regioni italiane (con le uniche eccezioni della Valle d'Aosta e del Molise), per voci di spesa (farmaceutica, visite ed accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri), nonché per patologia (il caso dei pazienti diabetici e ipercolesterolemici), cercando, infine, di fornire misure di inefficienza della spesa sanitaria a livello regionale.

I risultati delle analisi hanno messo in evidenza una serie di fattori di notevole interesse che aiutano a capire meglio la formazione della spesa sanitaria. A partire dai trend della spesa che hanno evidenziato come l'andamento crescente delle spese dirette alla cura dei pazienti dipende in prima analisi da un

aumento dei trattamenti (o quantità) e non invece da un aumento dei prezzi, che al contrario sono stati molto stabili o addirittura decrescenti negli ultimi 4 anni. L'aumento dei trattamenti non necessariamente deve essere visto come una fonte di spreco. Al contrario, soprattutto nei casi delle patologie croniche, può essere visto come un miglioramento delle cure per pazienti che in precedenza non erano trattati o erano trattati in modo discontinuo. E questo è tanto più vero quanto più si osserva che la spesa per medicina del territorio aumenta a discapito di quella ospedaliera.

Le differenze regionali che sono emerse confermano che se da una parte esiste una discreta variabilità nella domanda di salute da parte dei pazienti, dall'altro è chiaro che i differenziali di spesa dipendono anche dall'organizzazione del servizio sul territorio (l'offerta) e che esistono sacche d'inefficienza che possono sicuramente essere estirpate. Tuttavia, è utile rilevare che, limitandosi alle sole spese dirette per la cura dei pazienti, i differenziali di efficienza tra le Regioni sono molto minori rispetto alla situazione in cui l'intera spesa è presa in esame.

La disponibilità di dati di spesa a livello di singolo paziente ha poi permesso di esplorare una serie di altre dimensioni che in precedenza raramente sono state esplorate con un simile livello di dettaglio e di copertura della popolazione. Innanzitutto si è avuto conferma dell'alta variabilità della spesa lungo il ciclo di vita dei pazienti con rapporti che vanno da 1 a 7 a seconda se consideriamo le coorti dei ventenni o quelle degli ottantenni.

Un altro risultato interessante che è emerso è quello proveniente dalle analisi per comorbidità e per severità clinica dei pazienti. Infatti, molto spesso in questo settore si trascura la forte relazione di non-linearità che esiste tra le variabili in esame. Le comorbidità è uno di quei fattori che maggiormente influenzano la spesa sanitaria. I dati hanno mostrato che la presenza di una singola patologia spesso non rappresenta per il sistema sanitario un problema rilevante in termini di spesa. Ancor più se la stessa può essere tranquillamente trattata al di fuori dell'ospedale. I problemi subentrano una volta che alla prima patologia se ne sommano altre, determinando un aumento (spesso) esponenziale della spesa. In particolare, si è riscontrato che sulla totalità dei pazienti del campione HS il semplice passaggio dell'indice da 0 (caratteristico dei pazienti con basso grado di severità clinica) a 1, genera un aumento del 170% della spesa pro-capite, fino ad osservare una triplicazione della spesa una volta che l'indice di Charlson è pari a 3 o 4. Risultati simili si ottengono se la stratificazione la si ottiene effettuata per livello di severità clinica del paziente (presenza di eventi o di complicanze): nel caso di pazienti diabetici la presenza di una o più complicanze o di uno o più eventi fa raddoppiare la spesa.

Infine, nell'analizzare i pazienti che soffrono di ipercolesterolemia è stato messo in evidenza come risultati simili in termini di *outcome* sanitario tra le