



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2012

A cura di Vincenzo Atella

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.



FONDAZIONE
FARMAFACTORING

Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2012

A cura di Vincenzo Atella

FrancoAngeli

Copyright © 2013 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.

Indice

Introduzione , di <i>Giuseppe De Rita</i>	pag.	9
Guida alla lettura , di <i>Vincenzo Atella</i>	»	11
La finanza pubblica e le prospettive future	»	13
Spesa pubblica e spesa privata: esiste un <i>trade-off</i> ?	»	14
Le caratteristiche dell'offerta	»	15
La domanda di salute e la percezione della qualità dell'offerta	»	17
Le analisi sulla spesa sanitaria territoriale	»	18
Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza	»	19
L'impatto dell'adozione di strumenti di governo clinico sulla risposta assistenziale	»	20
Governance del welfare e terzo settore	»	22
1. La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica , di <i>Vincenzo Atella, Felice Cincotti, Joanna Kopinska e Valentina Conti</i>	»	25
1.1 Introduzione	»	25
1.2. La situazione della finanza pubblica	»	26
1.3. Il quadro programmatico di finanza pubblica	»	27
1.4. Il finanziamento per il Ssn: i tagli varati nel 2011	»	30
1.5. Il processo di allocazione delle risorse alle Regioni nel 2012	»	36
1.6. La spesa sanitaria pubblica e i risultati di esercizio del Ssn	»	40
1.7. La tenuta dei conti e i Piani di rientro	»	47
1.8. La simulazione della spesa sanitaria	»	52
1.9. La spesa sanitaria privata	»	54
1.10. I livelli di compartecipazione alla spesa sanitaria e gli effetti sulla salute	»	62
1.11. Conclusioni	»	64
Bibliografia	»	64

2. Le caratteristiche dell'offerta , di <i>Francesca Lecci</i>	pag. 67
2.1. Gli assetti istituzionali	» 67
2.2. Le strutture di offerta	» 72
2.3. I livelli di attività	» 90
3. La domanda di salute e la percezione della qualità dell'offerta , di <i>Carla Collicelli, Francesco Maietta e Mariagrazia Viola</i>	» 96
3.1. La dinamica di alcuni fattori della domanda di salute	» 98
3.2. Gli indicatori della qualità dell'offerta	» 106
4. I costi delle cure nel sistema sanitario italiano: un'analisi disaggregata , di <i>Vincenzo Atella, Federico Belotti, Valentina Conti, Joanna Kopinska e Andrea Piano Mortari</i>	» 114
4.1. Introduzione	» 114
4.2. L'affidabilità delle stime e metodologia	» 118
4.3. La spesa sanitaria pubblica italiana	» 120
4.3.1. La spesa a livello regionale	» 122
4.4. I trend della spesa per funzione	» 124
4.5. La spesa lungo il ciclo di vita dei pazienti: un'analisi per genere e per macro-Regione	» 127
4.6. La spesa per livello di co-morbilità	» 133
4.7. La spesa dei pazienti con specifiche patologie	» 135
4.7.1. I pazienti diabetici	» 135
4.7.2. Il caso dei pazienti ipercolesterolemici	» 139
4.7.3. Misurare la produttività in sanità: il caso dei pazienti con ipercolesterolemia	» 145
4.8. Conclusioni	» 148
5. Né sostenibile né equa: la sanità italiana dopo le manovre , di <i>Carla Collicelli, Francesco Maietta e Mariagrazia Viola</i>	» 149
5.1. Voglio farmi curare altrove: rischio fuga dalla sanità delle Regioni in Piano di rientro	» 151
5.2. Salasso ticket: più spesa privata per la salute	» 159
5.3. Il ricorso alla sanità privata	» 164
5.4. Il ricorso all' <i>intramoenia</i>	» 170
5.5. Le prestazioni sanitarie acquistate sul <i>web</i>	» 173
5.6. Il negativo giudizio su politiche sanitarie e manovre di finanza pubblica	» 176

6. L'impatto dell'adozione di strumenti di governo clinico sulla risposta assistenziale , di <i>Elio Borgonovi, Francesca Lecci, Alberto Ricci e Domenico Salvatore</i>	pag. 187
6.1. Introduzione	» 187
6.2. Il governo clinico delle malattie croniche e la medicina generale	» 189
6.2.1. Epidemiologia ed impatti economico-sociali della cronicità	» 189
6.2.2. Politiche per la presa in carico della cronicità – Il ruolo del MMG	» 191
6.2.3. Trend nazionali di spesa per paziente e di accesso al MMG	» 194
6.3. Presupposti dell'analisi e obiettivi di ricerca	» 195
6.4. Strumenti metodologici e fasi di ricerca	» 201
6.5. Diffusione e caratteristiche degli strumenti di governo clinico applicati alla Medicina Generale e degli incentivi correlati: descrittiva a livello nazionale	» 203
6.6. Diffusione e caratteristiche degli strumenti di governo clinico applicati alla Medicina Generale e degli incentivi correlati: descrittiva a livello territoriale	» 214
6.7. L'impatto degli strumenti di governo clinico: prime evidenze e prospettive di ricerca	» 228
6.8. Conclusioni	» 232
Bibliografia	» 234
7. Governance del welfare e terzo settore , di <i>Manin Carabba</i>	» 236
7.1. La "crisi" del welfare: per una governance post-giacobina	» 236
7.2. La trappola del welfare: diritti sociali, base universale e diverse tutele	» 237
7.3. Il terzo sistema	» 238
7.4. Per un welfare associativo	» 239
Concludendo	» 240

Introduzione

di Giuseppe De Rita*

Fin dall'epoca in cui ci fidavamo del medico condotto, noi italiani siamo stati abituati a pensare che sui problemi della nostra salute ci fosse una copertura a prevalenza pubblica alla quale ricorrere. Ed il Servizio sanitario nazionale dal 1978 in poi ha solo ufficializzato e istituzionalizzato questo meccanismo di tutela e, in fondo, di assicurazione collettiva.

Questa certezza, che ha fatto viver bene le ultime generazioni, sembra oggi in declino. Il Rapporto 2012 della Fondazione Farmafactoring nella sua analisi sui diversi livelli del sistema sanitario ci dice, infatti, che è in atto una erosione proprio di quel meccanismo di assicurazione nazionale, perché la attuale corsa a ripristinare la sostenibilità finanziaria del Servizio sanitario nazionale ha come effetto collaterale lo *smagliamento* della rete di tutela sui rischi della salute.

E questo smagliamento emerge in tanti modi e ha diversi livelli di intensità nelle Regioni; non più solo lungo l'asse Centro-Nord/Sud-Isole, ma con differenziazioni sempre più marcate tra le Regioni in piano di rientro sottoposte a rigorose ristrutturazioni della rete di offerta e le altre Regioni che, più virtuose sul piano finanziario, per ora sono meno esposte ai tagli dei servizi.

Di fronte a questa situazione è importante chiedersi cosa può accadere, e non solo a livello istituzionale o di politiche pubbliche, ma nei comportamenti spontanei delle persone e delle famiglie, perché è a quel livello che si attivano processi di adattamento e riposizionamento rispetto alla nuova situazione di contesto.

Un primo livello di autodifesa è tutta individuale, e tanti cittadini finiscono per superare la lunghezza delle liste di attesa dei servizi pubblici ricorrendo all'*intramoenia* o al privato a pagamento intero. Ma questo spostamento del costo, in tutto o in parte, delle prestazioni sanitarie dal bilancio pubblico al bilancio delle famiglie non è completo, nel senso che non coinvolge tutti i cit-

* Presidente della Fondazione Censis.

tadini, visto che nel tempo sta crescendo la quota di persone che non riesce a finanziarsi la tutela per conto proprio e si limita a rinunciare alle prestazioni sanitarie.

È così che pian piano, nel mentre si prova a ricostruire la sostenibilità del bilancio pubblico si finisce per rendere insostenibili i bilanci di tante famiglie, cosa che in sanità per tante persone significa rinunciare alle prestazioni. La copertura pubblica si “rattrappisce”, chi può corre nel privato e chi non può rimane fuori dalla rete di tutela.

Emergono poi i rischi legati ad altri meccanismi spontanei di riposizionamento delle persone nel nuovo contesto, e in particolare nelle Regioni in piano di rientro è alta la quota di persone che dichiara che, in caso di problema di salute, visto che la sanità della propria Regione non è affidabile ed è in peggioramento, non farà altro che migrare altrove. Il rischio, quindi, è una pericolosa moltiplicazione dei fenomeni di mobilità interregionale, soprattutto dinanzi a patologie gravi.

Il valore del Rapporto risiede nella sua capacità di non limitarsi a descrivere le vicende di finanza pubblica da cui si origina il problema della sostenibilità del Servizio sanitario nelle Regioni, ma di intrecciarlo strettamente con le dinamiche socio-demografiche e socio-culturali, con i comportamenti dei cittadini che massificandosi finiscono per determinare l’esito vero delle politiche pubbliche.

È evidente che di fronte a invecchiamento e diffusione delle patologie croniche anche il problema della sostenibilità finanziaria della sanità può essere visto in altra luce, non solo come sottoprodotto di manovre e tagli vari, ma come un obiettivo da legare ad un diverso modo di fare e offrire sanità; una sanità che sa valorizzare la responsabilità individuale laddove questa può esprimersi, anche in termini di impegno diretto monetario dei cittadini, ma che sa anche che trasferire il costo delle prestazioni sanitarie sui singoli cittadini non può essere la soluzione, perché l’effetto netto consiste sia nel lasciare fuori dalla rete di tutela tanti cittadini, che nel diffondere un senso di insicurezza, di paura che di fronte ai rischi della salute si è soli.

Guida alla lettura

di Vincenzo Atella

Direttore scientifico Fondazione Farmafactoring

Come tradizione, il Rapporto 2012 della Fondazione Farmafactoring sul sistema sanitario concentra le sue attenzioni sugli aspetti gestionali e finanziari del sistema, oltre che sui rapporti di causa-effetto che esistono tra le scelte dei modelli organizzativi a livello locale e le performance economico-finanziarie da un lato e lo stato di salute della popolazione dall'altro. Frutto della collaborazione con Fondazione Censis e Cergas-Bocconi ed arricchito dall'intervento di singoli ricercatori, continua la sua opera di individuazione di spunti interpretativi e di analisi originali sulla realtà sanitaria del nostro paese.

In un momento in cui a livello nazionale si discute della *spending review* e, quindi, di ulteriori tagli alla spesa pubblica, il tema scelto per quest'anno risulta di forte attualità, facendo riferimento alla capacità del nostro sistema sanitario di essere sostenibile economicamente pur continuando ad assicurare un'elevata qualità delle cure. Quella stessa qualità che nel tempo ci ha permesso di essere considerati tra i migliori sistemi sanitari al mondo.

In questi anni la sanità italiana, al pari degli altri settori della pubblica amministrazione, sta subendo l'impatto delle politiche di riequilibrio del bilancio pubblico, i cui effetti hanno intensità diversa tra le *Regioni con Piano di rientro*, vincolate a rigorosi piani di ristrutturazione finalizzati a riportare sotto controllo i principali fattori di spesa, e le *altre Regioni*. Questi effetti, lungi dall'essere materia di discussione per soli accademici e addetti del settore, interagiscono e si combinano con una crescente domanda di cure di una popolazione che continua ad invecchiare. E se il processo di contenimento della spesa sanitaria ha carattere nazionale e coinvolge i cittadini di tutte le Regioni, la sua intensità è molto più alta in alcune Regioni (quelle con Piano di rientro), dove si registrano conseguenze reali e percepite più negative.

L'obiettivo dichiarato del Rapporto è di capire meglio i meccanismi e il sistema di incentivi attraverso cui gli interventi della politica incidono sulla capacità del sistema di rispondere ai bisogni sanitari dei suoi cittadini. Il

Rapporto intende quindi discutere di tali aspetti offrendo una serie di spunti e di riflessioni basati su analisi empiriche ottenute unendo sinergicamente informazioni provenienti da statistiche ufficiali, dal Progetto SiSSI (Simulazione della Spesa Sanitaria Italiana) della SIMG e del CEIS Tor Vergata e da indagini *ad hoc* realizzate per l'occasione dai ricercatori del Censis e del Cergas. Inoltre, è utile ricordare che molte delle evidenze che sono presentate nel Rapporto non sarebbero state disponibili senza l'impegno della Fondazione Farmafactoring a supportare il Progetto SiSSI. La disponibilità dei risultati del progetto SiSSI per ricercatori coinvolti nella redazione Rapporto ha poi permesso di creare ulteriori utili sinergie che si evidenziano nella capacità di incrociare tali informazioni con altre in loro possesso, permettendo in alcuni casi di valutare in modo accurato politiche sanitarie attuate a livello locale.

In tal modo, la Fondazione Farmafactoring continua il suo impegno per contribuire ad alimentare un dibattito pubblico sulla sostenibilità finanziaria del nostro sistema sanitario e sulla sua efficienza ed efficacia, cercando di fornire risposte a una serie di importanti quesiti e producendo risultati che possano condurre i decisori politici a fare scelte in modo più informato. 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 che, nel caso della spesa sanitaria, 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. Come risulterà chiaro dalla lettura dei risultati del presente Rapporto, sono ancora tante le situazioni nelle quali interventi di contenimento della spesa si trasformano in operazioni di puro razionamento dei servizi, lasciando ai pazienti (quelli che possono) la sola alternativa del canale privato, determinando quindi condizioni di iniquità nell'accesso alle cure da parte dei cittadini.

Il Rapporto è articolato su due sezioni. La prima presenta le caratteristiche fondamentali del nostro Ssn e presenta un continuo aggiornamento di alcuni indicatori fondamentali del nostro Ssn, anche se negli anni spesso tali informazioni sono state arricchite con dati e informazioni inedite e molto dettagliate sui costi della sanità pubblica). La seconda, invece, riporta una serie di approfondimenti che cambiano ogni anno, in base al tema individuato dal Rapporto.

La finanza pubblica e le prospettive future

È fuori di dubbio che il sistema sanitario italiano (per una serie combinata di motivi) sia un sistema sostanzialmente sano e con delle buone prospettive

di sostenibilità se confrontato con quello di paesi simili al nostro per livello di sviluppo. Ovviamente, ciò non vuol dire che il sistema non sia migliorabile; siamo lontani dalla perfezione e la spesa sanitaria dovrà essere monitorata con molta più attenzione per capire dove sono le inefficienze e per rispondere meglio ai bisogni della popolazione.

Il prossimo futuro ci riserva delle sfide molto complesse. Da un lato si pone la necessità di garantire le risorse necessarie all'assistenza di una popolazione che continuerà ad invecchiare; dall'altro, appare chiaro come l'aumento della spesa oltre certi limiti difficilmente potrà essere garantita dallo Stato. Immaginare di recuperare efficienza per abbassare i costi è sicuramente uno dei percorsi da perseguire da subito, ma non sarà certo la strategia risolutiva in futuro. Il compito più importante per i *policy makers* sarà, invece, quello di affrontare i problemi della sanità seguendo un approccio strutturale e non certo mediante interventi *ad hoc*, come già ampiamente avvenuto negli anni passati. Investire in prevenzione sarà sicuramente la forma di investimento con il più elevato ritorno in termini di benefici per euro speso da parte della popolazione. Ma anche in questo caso sarà necessario capire dove esattamente intervenire e con quali strumenti. Da questo punto di vista, la disponibilità di dati e studi sempre più aggiornati e dettagliati potrà aiutare a capire i problemi della sanità e a disegnare soluzioni adatte.

La seconda metà del 2011 è stata una fase particolarmente difficile per la gestione dei conti pubblici. Il DL 98/2011 e il DL 138/2011 hanno imposto una correzione all'indebitamento netto tendenziale della PA pari, secondo le stime ufficiali, a 2,8 miliardi di euro per il 2011, che sale a 28,3 miliardi di euro nel 2012, a 54,3 miliardi di euro nel 2013 e a 59,8 miliardi di euro nel 2014. Nel complesso le manovre varate comportano una correzione dell'indebitamento netto pari a circa 2,8 miliardi di euro nel 2011, che salgono a 48,5 miliardi nel 2012, a 75,6 nel 2013 e a 81,3 miliardi nel 2014.

In attesa che il governo “scopra le sue carte” e introduca i provvedimenti annunciati, il finanziamento per il Ssn rimane quello fissato nell'ambito delle manovre di correzione varate nel 2011, precisamente nel DL 98/2011, che hanno imposto anche alla sanità un significativo onere, con una riduzione delle risorse disponibili per il periodo 2011-2012.

In termini di dinamica temporale, dal 2006, la spesa sanitaria nominale cresce costantemente a tassi inferiori al 5%, con un trend in continua diminuzione. È interessante sottolineare come nel 2011 la spesa sanitaria abbia raggiunto i 112 miliardi circa di euro, con una riduzione rispetto al 2010 dello 0,6%. Pertanto, dopo quasi 20 anni, per la prima volta la spesa sanitaria registra una riduzione in termini nominali, così come era accaduto nei primi anni '90. Da rilevare, poi, come dopo circa 8 anni il disavanzo scende al disotto dei 3 miliardi di euro: l'ultima volata era stata nel biennio 2002-2003, quando però

le risorse disponibili erano cresciute ad un tasso più che doppio rispetto al 2009 (5,5% in media d'anno). A livello territoriale, infine, le Regioni impegnate nei Piani di rientro – Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Puglia – continuano a registrare risultati di bilancio negativi, che pesano per l'86,4% del disavanzo complessivo, con Lazio e Campania che da sole pesano per circa i due terzi del disavanzo complessivo.

È significativo, inoltre, come tutte le Regioni meridionali, ad eccezione della Calabria, registrino un saldo di esercizio negativo, mentre nel Centro-Nord, ad eccezione di poche Regioni (il Lazio, la Liguria, il Veneto, la Provincia Autonoma di Trento e la Valle d'Aosta) tutte le altre presentino un avanzo di bilancio.

Tuttavia, a fronte di un discreto risultato in termini medi, l'analisi disaggregata dei dati relativi ai piani di rientro mostra una situazione molto più articolata. I risultati mostrano come tre Regioni (Lazio, Molise e Campania) non siano riuscite a contenere i costi nella misura programmata, mentre le altre sono riuscite a ridurli in misura superiore. Infine, è interessante notare che le Regioni hanno garantito l'equilibrio dei conti facendo affidamento principalmente su risorse proprie, attinte dai bilanci o recuperate con l'incremento delle leve fiscali regionali, anche se più recentemente le Regioni stanno incontrando su tale terreno crescenti difficoltà.

Relativamente agli anni futuri, le simulazioni mostrano l'effetto di contenimento della spesa esercitato dai Piani di rientro, ma l'esistenza di fattori strutturali che porterebbero ad una crescita sostenuta, incompatibile con i livelli di finanziamento e tali da non garantire l'equilibrio di bilancio. Tuttavia, nel biennio 2011-2012 il deficit si ridurrebbe significativamente e la copertura da parte delle Regioni sarebbe più agevole.

Spesa pubblica e spesa privata: esiste un *trade-off*?

Il Rapporto ha evidenziato come negli anni le Regioni abbiano dovuto fare sempre più affidamento su risorse proprie, attinte dai bilanci o recuperate con l'incremento delle leve fiscali regionali, per raggiungere il pareggio di bilancio. Operazioni di questo genere sono state attuate varie volte dal 1992, alterando in modo rilevante il rapporto tra spesa sanitaria privata e pubblica, che negli anni è passato dallo 0,22 (spesa privata pari al 22% della spesa pubblica) a circa lo 0,38. Tutto ciò ha avuto non poche ripercussioni sul livello di ineguaglianza nell'accesso alle cure sanitarie da parte di larghe fasce della popolazione italiana.

Gli aspetti di natura distributiva rappresentano un argomento sul quale il rapporto ha cercato di soffermarsi in questa sua edizione, visto anche il ruolo

assicurativo della spesa sanitaria pubblica nel nostro paese, dove un numero ridotto di persone consuma molte risorse (le persone più gravi e necessarie di maggiori cure) e molte consumano poco.

In particolare, si è cercato di capire perché questo sia successo e quali siano i canali attraverso cui si è avuto l'ampliamento delle diseguaglianze. Le analisi hanno chiaramente mostrato come l'introduzione dei piani di rientro e delle misure del contenimento della spesa abbiano realmente contenuto la crescita della spesa pro-capite. Tuttavia, va evidenziato come, dal 2006, la spesa pro-capite complessiva del Ssn continui a crescere a ritmi superiori a quella relativa alla sola spesa dei servizi sanitari (principalmente la medicina del territorio) che, invece, rimane costante in termini nominali. Questa diversa dinamica tra le due voci di spesa suggerisce, in modo alquanto chiaro, che gli interventi di policy mirati al contenimento della spesa sanitaria, hanno colpito solo quella parte di costi direttamente riferiti al fabbisogno sanitario degli italiani, quindi la spesa per effettive necessità come visite mediche, accertamenti, farmaci o ricoveri ospedalieri. Rimane invece ancora una discreta possibilità di manovra, in termini di politiche attuabili, su tutto il residuo della spesa e, in particolare, le voci relative alla spesa per il funzionamento del sistema sanitario e i costi amministrativi.

Le caratteristiche dell'offerta

Da un punto di vista istituzionale, nel biennio 1994-95 la maggior parte delle Regioni ha provveduto al riassetto del proprio Ssr in attuazione del D.Lgs. 502/92, anche se è solo dal 2002 che ha invece 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. Molte Regioni hanno così provveduto alla ridefinizione di Asl e AO: si è passati dalle 659 Asl del 1992 alle 146 di fine 2011. È rimasto invece costante il numero delle AO.

Grossi cambiamenti sono stati invece fatti in termini di definizione del ruolo del direttore generale (DG) delle Asl/AO, il cui ruolo professionale è profondamente cambiato a seguito dei mutamenti dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende. Al 2011 la durata media del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda è pari a 3 anni e 9 mesi, un orizzonte di gestione troppo limitato. Inoltre, risulta un alto numero di DG che hanno ricoperto la carica solo per uno, due o tre anni (anche se tale incidenza si è ridotta nel tempo).

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. Sono state ridotte le strutture equiparate e pubbliche, con un decremento più evidente per queste ultime, che nel periodo 1997-2009 sono diminuite del 35%.

Il numero di posti letto pubblici utilizzati si è notevolmente ridotto (-36,1% dal 1995 al 2009), anche se un calo meno marcato si è verificato per i posti letto accreditati (-22,1%). Nel corso del 2008, nelle strutture pubbliche ed equiparate si è avuta una riduzione di posti letto per regime ordinario pari a circa 1 punto percentuale (indicatore del grado di raggiungimento di una situazione stabile dopo la robusta realizzazione di interventi avvenuta in precedenza) e a 2,4 punti percentuali nelle strutture accreditate. A fronte di tale riduzione, e facendo seguito agli indirizzi programmatici, si è posta sempre maggiore attenzione verso l'assistenza territoriale. Tuttavia, dal 2001 al 2009 il numero dei distretti a livello nazionale si è ridotto del 15,9%, con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento (da 66.107 nel 2001 a 81.583 nel 2009).

In termini di personale i dipendenti totali sono diminuiti da 650.894 unità nel 1997 a 646.083 unità nel 2009. Questo risultato è stato raggiunto grazie anche ai periodi di blocco del *turn-over*. Solo nel 2009 si è assistito ad una inversione di tendenza. Da registrare anche il costante aumento percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti Ssn (dal 66% nel 1997 al 70,2% nel 2009), aumento prevalentemente dovuto alla componente medica. Chiaramente esistono alcune differenziazioni territoriali nella composizione percentuale del personale Ssn. In particolare, l'incidenza dei ruoli sanitari è più marcata nel Centro e nel Sud del paese, dove si mantiene quasi ovunque oltre il 70% dei dipendenti totali, sino al valore massimo su scala nazionale del Lazio e in dell'Umbria (rispettivamente, 75,5 e 75,6%); l'incidenza dei ruoli tecnici è esattamente speculare: superiore al 20% in tutte le Regioni del Nord (eccetto Emilia Romagna e Liguria), scende ai minimi nel Lazio (11,8%); la rilevanza della componente amministrativa è tendenzialmente maggiore nelle Regioni del Nord (con l'eccezione della Calabria), raggiungendo i valori massimi (15,2%) in Valle D'Aosta.

Un'ultima considerazione meritano, infine, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta (PLS). Su scala nazionale, il numero di MMG si è ridotto del 2,7% rispetto al 1997, mentre a livello regionale l'andamento è stato più variabile, in particolare per Bolzano (+33,5%), Lombardia (-12%) e Calabria (-12,1%). Il numero di PLS, invece, ha registrato, nello stesso periodo e con l'eccezione della Liguria e della Basilicata, un incremento generalizzato. In media, a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.129 adulti residenti. Anche in questo caso esistono notevoli differenziazioni tra Regioni. Tutte le Regioni comunque sono caratterizzate da una

forte carenza di pediatri in convenzione con il Ssn, ad eccezione dell'Abruzzo, Sardegna e Sicilia.

In termini di ricoveri a livello nazionale nel periodo 1998-2010 si evidenzia una riduzione nel numero delle dimissioni pari al 10,2% in 12 anni, con un andamento annuo variabile (compreso tra -4% e +2%), anche a seguito della forte spinta al trasferimento dal setting ospedaliero a quello territoriale per una migliore appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata. Risultati simili si registrano per le giornate di degenza. Altro indicatore importante è quello del tasso di ospedalizzazione. La normativa (L. 662/1996, art. 1) fissava quale valore ottimale 160 ricoveri annui per 1.000 abitanti. Nel 2005 questo valore è stato modificato e portato (per i ricoveri ordinari e in regime diurno) a 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in day hospital pari ad almeno il 20%. Il dato effettivo nazionale standardizzato al 2010 risulta pari a 115,81 ricoveri ordinari e 48,82 ricoveri in day hospital per acuti ogni 1.000 abitanti, per un totale di 164,63, inferiore allo standard (in diminuzione rispetto al 2009 soprattutto nei ricoveri per acuti). Vanno però evidenziate notevoli differenze tra le Regioni, con quelle del Sud che registrano i tassi più elevati.

La domanda di salute e la percezione della qualità dell'offerta

Attraverso la definizione e misurazione di una serie di indicatori è stato possibile ottenere un quadro complessivo di quella che è la domanda di salute da parte della popolazione italiana e la percezione della qualità dell'offerta. I risultati che emergono scontano ovviamente il contesto istituzionale e di finanza pubblica che negli ultimi anni si è fatto abbastanza critico. A ciò va poi aggiunta la spinta della *spending review*, che ha accelerato i processi di ridefinizione della copertura pubblica.

Risulta particolarmente evidente la tendenza ad una contrazione della copertura pubblica, ad una crescita della spesa privata, e ad un trend di pericolosa rinuncia a prestazioni sanitarie da parte di chi non riesce ad accedere in tempi adeguati al pubblico e non ha abbastanza risorse per accedere al privato.

Le analisi condotte confermano sia alcune preoccupazioni già emerse negli anni precedenti, relative alle diversità territoriali ed al rischio di loro approfondimento, sia segnali di nuove criticità derivanti dagli effetti dei recenti interventi di contenimento della spesa, con il loro corollario di razionamento degli accessi, compartecipazione degli utenti alla spesa e qualità percepita in calo.

Particolarmente critica è la situazione delle distanze in termini di *performance* ed impatto tra Regioni e comparti territoriali, che tendono ad aumentare per molti degli indicatori analizzati. Unico elemento positivo, che si affianca alle diverse criticità, è quello dato dal miglioramento dello stato di salute della

popolazione italiana, misurata attraverso la speranza di vita alla nascita, in crescita, ed il tasso di mortalità infantile, in diminuzione.

Il rischio maggiore che emerge è che alle criticità antiche, come i divari regionali nelle *performance* se ne aggiungano di nuove, come l'inadeguatezza crescente delle risposte assistenziali di fronte alla nuova composizione della domanda di salute, indotta dalla dinamica demografica. È evidente sulla base delle dinamiche descritte, che nei prossimi anni, se non vi saranno significativi mutamenti di rotta, saranno sempre più marcati gli effetti sperequativi e di negativo impatto sulla qualità della vita dei cittadini, di contrazione delle tutele pubbliche e di difficoltà sociali nel colmare i buchi della rete di copertura, soprattutto per quanto riguarda i nuovi bisogni e le nuove patologie.

Le analisi sulla spesa sanitaria territoriale

La disponibilità dei dati del progetto SiSSI permette di effettuare analisi sulle caratteristiche differenziali ed evolutive dei diversi contesti regionali rispetto alla domanda di salute. 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. I trend della spesa hanno evidenziato come l'andamento crescente delle spese dirette alla cura dei pazienti dipenda 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 di inefficienza che possono sicuramente essere eliminate. Tuttavia, è utile sottolineare come 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 seconda parte del Rapporto è dedicata ad una serie di approfondimenti condotti dal Censis e dal Cergas e ad una riflessione sul ruolo del welfare in Italia condotta da Manin Carabba. L'analisi del Censis è basata su un'indagine campionaria a livello nazionale di 1.200 cittadini, suddivisi tra Regioni in

Piano di rientro e altre Regioni, al fine di comprendere meglio come gli italiani stanno percependo questo particolare periodo storico in rapporto con il mondo della sanità. Il contributo del Cergas ha invece riguardato il ruolo dell'adozione degli strumenti di governo clinico sulla risposta assistenziale. In questo caso, l'analisi è stata condotta incrociando informazioni di spesa e consumo provenienti dal Progetto SiSSI con quelle ricavate da un'indagine condotta dal Cergas tra i direttori generali delle Asl. Infine, il capitolo curato da Manin Carabba ha analizzato i problemi di governance del sistema di welfare e del terzo settore, dal cui sviluppo potrebbe arrivare una risposta alla sostenibilità del nostro sistema sanitario nazionale.

Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza

Dall'indagine condotta dal Censis emerge che secondo gli italiani si sta verificando un "restringimento" della copertura sanitaria pubblica che rischia di erodere l'universalismo del Servizio sanitario, uno dei suoi requisiti fondanti. In nome di una nuova sostenibilità della spesa sanitaria e della necessità di riequilibrare i conti pubblici, è in corso un processo di restringimento dell'offerta di servizi e prestazioni nelle sanità regionali, che rischia di generare iniquità nell'accesso alla tutela della salute. È infatti nelle Regioni con piano di rientro che si registra:

- una più diffusa percezione di peggioramento della sanità pubblica;
- un più elevato ricorso alla sanità privata, ed un più intenso incremento percepito della spesa sanitaria privata;
- una crescente voglia di andare a *farsi curare altrove* che, rispetto alla tradizionale mobilità sanitaria interregionale, disegna un preoccupante rischio di fuga dalle Regioni la cui sanità è stata penalizzata.

È evidente, inoltre, che la percezione di una riduzione della copertura sanitaria non riguarda solo lo specifico della tutela della salute, ma contribuisce anche a determinare una più generale sensazione di fragilità e insicurezza, che coinvolge tutti i cittadini e che, ovviamente, è molto più intensa nelle Regioni che sono sottoposte ai Piani di rientro della spesa sanitaria. Tanto più che sulle manovre di finanza pubblica in sanità non si registra consenso sociale, perché per la maggioranza degli italiani esse, oltre a tagliare i servizi e ridurne la qualità percepita, ampliano le diseguaglianze senza riuscire a riportare sotto controllo la spesa sanitaria.

In pratica, mentre da un lato le manovre sono *narrate* come una necessità ineludibile per ripristinare la sostenibilità della spesa sanitaria, obiettivo al quale è inevitabile sacrificare un po' di equità, dall'altro secondo i cittadini le manovre sono destinate a generare una sanità *meno equa*, ma non per questo