



# *Capitolo 2*

## *L'offerta e le politiche per la salute*

## 2.1 - Livelli essenziali di assistenza e modalità di riparto delle risorse per la sanità tra le Regioni

Giordani C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 2.1.1 L'importanza dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ottica federalista

Con l'affermarsi dell'ipotesi di federalismo fiscale introdotta nel nostro Paese dal D.Lgs. n. 56/2000 e in seguito alla struttura di federalismo istituzionale di cui alla L. Cost. n. 3/2001 (che ha modificato il Titolo V della Carta costituzionale), la questione della determinazione dei LEA sembra assumere fondamentale importanza. Questo perché i contesti delle diverse Regioni, alle quali nell'ottica del federalismo vengono decentrati maggiori poteri, sono molto eterogenei, e le differenze potrebbero essere causa rilevante di disuguaglianze territoriali. Lo Stato deve peraltro garantire e salvaguardare i diritti fondamentali di assistenza sanitaria (ma anche extrasanitaria) di tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo in cui si trovano: si deve quindi definire una modalità di analisi e intervento condivisa.

A riprova di ciò, il nuovo art. 117 della Costituzione lascia all'esclusiva competenza dello Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Lo stesso articolo inserisce tra le materie a legislazione concorrente Stato-Regione la «tutela della salute». Si tratta di una previsione posta, evidentemente, a garanzia dell'effettiva tutela dei diritti sociali e del principio di uguaglianza sostanziale tra gli individui, tesa cioè a impedire che la nuova autonomia riconosciuta alle Regioni si traduca in forti disuguaglianze territoriali nelle prestazioni sociali, tra cui quelle di carattere sanitario.

Allo Stato spetta dunque il compito di definire con chiarezza quali siano i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (ed extrasanitaria, i c.d. LIVEAS) che ciascuna Regione deve fornire; quantificarli, ovvero stabilire l'ammontare di risorse necessarie per offrire i servizi in modo efficiente, basando la quantificazione su analisi empiriche serie e sulla definizione di *best practice*. Occorre in definitiva finanziare le Regioni (o meglio creare meccanismi di solidarietà) in modo appropriato, ovvero in modo che ciascuna abbia risorse sufficienti a garantire i servizi.

Il DPCM 29 novembre 2001, oltre ad individuare tre macroaree di assistenza (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), riporta un elenco di prestazioni e attività che il SSN non fornisce, perché queste

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

prestazioni non hanno come fine diretto la tutela della salute o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto al costo risulta sfavorevole.

Infine, il DPCM elenca una serie di prestazioni che potranno essere fornite ai cittadini solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica e organizzativa, vale a dire:

- che lo stato di salute del paziente sia tale per cui quella specifica prestazione può portare un effettivo beneficio (appropriatezza clinica);
- che il regime di erogazione della prestazione (ricovero ordinario, *day hospital*, *day surgery*, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più efficiente delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento e alle condizioni del paziente.

Sulla base di questi principi, il Decreto prevede che vengano individuate, con provvedimenti successivi del Ministero della Salute e/o delle Regioni, le condizioni e i casi particolari nei quali il Servizio Sanitario Nazionale continuerà ad assicurare alcune prestazioni.

Il Ministero della Salute deve farsi garante nei confronti dei cittadini perché i loro diritti siano rispettati e vigilare sull'effettiva applicazione del provvedimento. Per ottenere questo risultato, il Ministero ha a sua disposizione i dati rilevati dal Sistema informativo nazionale (sull'attività svolta, la diffusione dei servizi, le risorse impiegate, le spese sostenute, i risultati ottenuti) che, organizzati in un complesso sistema di indicatori, dovrebbero consentire di verificare che i livelli essenziali siano effettivamente garantiti a tutti i cittadini. Inoltre, il Ministero deve provvedere, insieme alle Regioni, all'aggiornamento periodico dei LEA valutando, da un lato, l'evolversi delle condizioni di salute della popolazione e dei relativi bisogni sanitari, dall'altro, il miglioramento delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo tecnologico. In questa occasione si può procedere ad una ulteriore specificazione delle prestazioni in alcune aree, quali l'assistenza distrettuale, ancora poco esplorate e nelle quali i servizi potrebbero ancora presentare disomogeneità sul territorio nazionale per quanto attiene alle prestazioni garantite.

Le Regioni, responsabili in via esclusiva della localizzazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari, sono direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, sulla base delle esigenze specifiche del territorio regionale. In particolare, spetta alle Regioni adottare le misure organizzative e strutturali necessarie a far sì che le prestazioni siano erogate con le modalità e nei regimi appropriati e tali da garantire l'uso efficace delle risorse da parte delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Inoltre, le Regioni che vogliono finanziare più servizi di quelli essenziali utilizzano risorse proprie, mentre le Regioni che riescono a offrire i servizi essenziali a costi inferiori di quelli standard trattengono la differenza.

Presso il Ministero della Salute è stato istituito un Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR). Il Comitato ha il compito di verifica e monitoraggio dell'erogazione dei LEA, mentre spetta al Tavolo di Manutenzione dei LEA il compito di modificarli.

Nella tabella 1 vengono riportati i principali riferimenti normativi riguardanti i Livelli essenziali di assistenza.

**Tabella 1 – Principali fonti normative riguardanti i LEA**

<p>D.Lgs. n. 502/1992, aggiornato dal D.Lgs. n. 229/1999 e dalla L. n. 405/2001 (attuata con DPCM 29 novembre 2001)</p>	<p>Definisce i LEA, all'art. 1, come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio sanitario nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre (sono più costose di altre). In attuazione della L. n. 405 è stato emanato il DPCM 29/11/2001 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che elenca, negli allegati, le attività e le prestazioni incluse nei livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni. In dettaglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'allegato 1 riporta le prestazioni erogate dal SSN nelle tre grandi aree di offerta "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", "Assistenza distrettuale" e "Assistenza ospedaliera"</li> <li>• l'allegato 2 A elenca le prestazioni escluse dai LEA, gli allegati 2 B e 2 C le prestazioni erogabili in particolari condizioni</li> <li>• l'allegato 3 fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei LEA</li> <li>• l'allegato 4 descrive il ruolo delle Regioni in materia di LEA</li> <li>• l'allegato 5 riporta gli impegni assunti dalle Regioni per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero.</li> </ul>
<p>DM 12/12/2001 ("Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria")</p>	<p>Rappresenta uno strumento indispensabile per verificare l'effettiva applicazione dei livelli essenziali di assistenza. Il Decreto definisce un insieme di indicatori, riferiti ai diversi livelli di assistenza, attraverso i quali, partendo da dati di base, è possibile ottenere informazioni sintetiche sull'attività svolta dalle Aziende sanitarie locali, la diffusione dei servizi, le risorse impiegate, i costi, i risultati ottenuti. In dettaglio, oltre al testo del decreto, sono disponibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'elenco degli indicatori</li> <li>• le schede che riportano, per ciascun indicatore, la definizione, i dati di base per la costruzione dell'indicatore, la fonte dei dati, il parametro di riferimento</li> <li>• le definizioni metodologiche per individuare i dati di base.</li> </ul>
<p>DPCM 16/04/2002</p>	<p>Inserisce nel DPCM 29/11/01 di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", l'allegato 5 sulle liste di attesa.</p>
<p>DPCM 28/11/2003</p>	<p>Modifica il decreto sui LEA, inserendo nei livelli alcune certificazioni mediche precedentemente escluse.</p>
<p>L. n. 289/2002 (L. Finanziaria 2003)</p>	<p>Specifica la procedura per modificare i LEA.</p>
<p>L. n. 311/2004 (L. Finanziaria 2004)</p>	<p>Affida al Ministro della Salute il compito di fissare "gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza" anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle prestazioni incluse nei LEA siano uniformi sul territorio nazionale.</p>
<p>Intesa Stato-Regioni 23/03/2005</p>	<p>Prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, col compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN.</p>
<p>L. n. 296/2006 (L. Finanziaria 2007)</p>	<p>Prevede che entro il 31/11/2006 i LEA vengano modificati con l'inserimento nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prestazioni finora erogate in regime di ricovero, rivedendo le soglie di appropriatezza delle prestazioni in day hospital.</p>

Di fatto, il sistema attuale dei LEA è focalizzato in prevalenza sul rispetto dei livelli di spesa per area assistenziale e su un elenco “negativo” di prestazioni che non devono essere erogate, in tutto o in parte. Infatti, come principale riferimento disponibile, in tema di LEA, rimangono le diverse quote assegnate alle macroaree, di cui nella tabella 2 si riporta l’evoluzione.

**Tabella 2 – Quote assegnate alle macroaree dei LEA**

Livello di assistenza	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Collettiva (prevenzione)</b>	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
<b>Distrettuale</b>	49,5	49,5	49,5	49,5	51,0
Medicina di base e PLS	5,8	5,8	5,8	5,8	6,9
Farmaceutica	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Specialistica	10,7	10,7	10,7	10,7	13,0
Altra territoriale	20,0	20,0	20,0	20,0	18,1
<b>Ospedaliera</b>	45,5	45,5	45,5	45,5	44,0

Fonte: ASSR, Ministero Salute

Restano ancora piuttosto deboli, invece, l’esplicita definizione delle finalità dei LEA e la capacità di misurare i tassi di copertura dei bisogni o gli standard assistenziali o infrastrutturali. Resta da definire in maniera puntuale il progetto di *governance* per la fase di controllo dei LEA e per le azioni di intervento in caso di carenze di alcuni territori<sup>2</sup>.

Rimane inoltre implicita nel contesto federalista, attualmente ancora oggetto di discussione, la definizione di due “annose” questioni di tipo economico-finanziario. Innanzitutto, è necessario procedere alla definizione dei cosiddetti “costi standard” direttamente connessi alla esatta e condivisa individuazione dei LEA, consolidando anche finanziariamente la loro reale esigibilità. Poi, non bisogna dimenticare il fondamentale aspetto della definizione delle quote di riparto dei finanziamenti fra le Regioni, di cui ci si occuperà nei paragrafi successivi.

### **2.1.2 I criteri di riparto delle risorse per il SSN tra le Regioni**

Ancor prima della definizione dei LEA, sin dall’istituzione del SSN si è posto il problema di trovare un criterio per la determinazione e la redistribuzione delle risorse correnti per il SSN fra le Regioni. La Legge istitutiva del SSN, L. n. 833/1978, all’art. 51 ha affidato al CIPE il compito di ripartire le risorse necessarie al finanziamento del SSN su proposta del Ministero della Sanità (oggi Salute) e del Consiglio Sanitario Nazionale, tenuto conto anche del Piano Sanitario Nazionale. In particolare, secondo questa legge il riparto deve avvenire «sulla base di indici e di standard [...] che devono tendere a garantire i livelli di

<sup>2</sup> Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di) (2006), “Rapporto OASI 2006”, Cergas, Egea, cap. 6.

prestazioni sanitarie [...] in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni» (art. 5).

Come si evince dall'osservazione delle delibere CIPE, le scelte fatte in tema di riparto delle risorse dal 1980 ad oggi non sono state affatto uniformi, anche in considerazione dell'incertezza nella definizione del principio di equità territoriale. La durata dei criteri di ripartizione non ha mai superato i 6-7 anni. In sintesi, cinque sono state le tappe fondamentali:

- 1) 1980-1981: criteri di riequilibrio a favore delle Regioni più svantaggiate, 70-85% secondo indicatori di rischio sanitario;
- 2) 1982-1984: 68-78% secondo la spesa storica;
- 3) 1985-1991: 85-97% secondo i consumi sanitari per classi di età;
- 4) 1992-1996: 96-98% secondo la popolazione residente;
- 5) 1997-2006: 64-70% secondo i consumi sanitari effettivi per classi di età e sesso, 28-33% per popolazione residente.

Sentita la necessità di superare la spesa storica, la ripartizione del primo biennio di vita del SSN (1980-81) venne effettuata secondo indicatori di rischio sanitario per i tre principali gruppi di età (mortalità infantile, incidenti sul lavoro e indice di invecchiamento), ma in molte Regioni del Centro e del Nord Italia si creò un diffuso malcontento, a causa dell'impossibilità di garantire ai cittadini i medesimi livelli di assistenza assicurati prima della riforma.

Nel triennio successivo (1982-84) si tornò di conseguenza ad adottare il criterio della spesa storica, mitigato dal criterio della quota capitaria semplice, cercando così in qualche modo di accelerare il processo di riequilibrio interregionale.

La Legge finanziaria 1985 (art. 17, L. n. 887/1984) introdusse criteri diversi da quelli usati fino a quel momento, in quanto maturò la convinzione che l'entità numerica della popolazione non fosse sufficiente, da sola, a spiegare la domanda sanitaria. I nuovi criteri trovarono applicazione nella ponderazione delle 12 funzioni di spesa per degli indici di consumo sanitario relativi alle tre principali fasce di età, introducendo quindi una "correzione" demografica. I pesi adottati nel periodo 1985-91 furono modificati più di una volta. Anticipando i decreti di riordino del SSN, la Legge finanziaria 1992 (art. 4, L. n. 412/91) introdusse i "livelli uniformi di assistenza" e la ripartizione dei fondi basata sulla quota capitaria semplice<sup>3</sup>, che sostituì definitivamente il finanziamento su base storica. Nel D.Lgs. n. 502/1992 vengono inoltre definite le nuove regole di attribuzione della quota capitaria, che viene determinata «sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, con riferimento ad elementi quali: popolazione residente; mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare in sede di riparto sulla base di contabilità analitiche fornite da USL e AO; consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali».

<sup>3</sup> Mapelli V (2007), *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni*, in "Politiche Sanitarie", Vol.8, n. 1, gennaio-marzo 2007.

Ancora, la Legge finanziaria 1997 (art. 1, comma 34, L. n. 662/1997) ritornò alla ponderazione secondo i consumi sanitari per età e per sesso, aggiungendovi indicatori epidemiologici (che non hanno mai avuto un ruolo fondamentale) e altri indicatori di bisogno. Si perse però il riferimento agli aspetti strutturali. Il criterio si è mantenuto fino ad oggi, ma negli ultimi anni si sono introdotti aggiustamenti per superare divergenze sorte tra le Regioni.

Fino al 2000 (Accordo Stato-Regioni 8 agosto 2001), il continuo ripiano dei deficit da parte del Governo ha di fatto reso il riparto delle risorse tra le Regioni un mero finanziamento su base storica, che in qualche modo finiva per “premiare” le Regioni che non avevano rispettato i vincoli di spesa imposti, penalizzando invece gli sforzi di quelle che avevano cercato di tenerne conto.

Resta di fatto assente l'esplicitazione dei principi che hanno informato il riparto, come anche dei criteri operativi adottati, sulla scorta di quanto fatto nel *National Health System* inglese (*Department of Health, 2003*).

La formula di riparto utilizzata fino ad oggi, nella misura in cui non considera alcune variabili che (ad esempio nell'esperienza inglese) si sono dimostrate correlate ai fabbisogni di risorse, potrebbe in via di principio essere distorsiva, non garantendo l'equità di trattamento sul piano sostanziale a livello territoriale.

### **2.1.3 Il riparto regionale**

In tema di riparto delle risorse e con riferimento all'ultimo quinquennio (2002-2006), possiamo analizzare le assegnazioni effettuate alle Regioni del nostro Paese. Nella tabella 3 vengono riportati (in termini di numeri indici) i valori di finanziamento regionale pro-capite: le differenze osservabili mostrano in prima istanza l'entità degli effetti derivanti dall'applicazione dei criteri di solidarietà, sia sul versante dei bisogni che su quello delle risorse proprie.

Così come evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2006<sup>4</sup>, anche analizzando i dati a consuntivo diffusi dal Ministero della Salute nel 2007 e aggiungendo all'analisi anche l'anno 2006, dalla tabella 3 si evince come le Regioni settentrionali abbiano negli anni ottenuto un livello di finanziamento mediamente superiore rispetto alla media nazionale e alle Regioni meridionali, vuoi per una maggiore dotazione strutturale, vuoi (negli ultimi anni) per la popolazione più anziana. L'età infatti è attualmente la principale variabile di cui si tiene conto in sede di riparto delle risorse a livello regionale. In particolare, con la Legge 662/1996 sono stati sanciti i lineamenti fondamentali per la determinazione (stima) del fabbisogno sanitario regionale.

<sup>4</sup> Giordani C, Spandonaro F (2006), *L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali*, Rapporto CEIS Sanità 2006.

**Tabella 3 – Riparto, numeri indici finanziamento regionale pro-capite**

Regioni	1992	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006 vs 2005	scarto 1992/2006
<b>Italia</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		
Piemonte	97,7	104,0	104,5	105,0	104,1	104,0	104,5	107,9	106,7	-1,2	+9,0
Valle d'Aosta	99,5	125,5	123,3	105,1	122,7	120,0	119,4	120,2	125,3	+5,2	+25,8
Lombardia	100,2	102,5	101,5	99,1	99,4	98,2	97,5	98,9	98,3	-0,6	-1,9
Trentino A.A.	98,6	130,8	125,5	102,5	122,7	127,3	126,5	123,2	122,5	-0,7	+23,9
Veneto	101,6	102,2	102,9	100,0	99,1	99,2	101,8	100,8	101,9	+1,1	+0,3
Friuli V.G.	105,3	109,6	106,2	104,5	106,1	104,8	107,8	107,1	108,1	+1,0	+2,7
Liguria	111,8	114,1	115,4	114,2	112,6	111,8	111,7	109,1	111,1	+1,9	-0,8
Emilia R.	110,9	110,1	110,4	107,0	105,5	104,7	102,6	105,6	103,3	-2,3	-7,6
Toscana	102,9	106,7	105,7	106,3	104,9	104,5	103,3	104,8	102,4	-2,3	-0,5
Umbria	103,7	108,5	108,8	105,2	103,6	103,0	102,1	102,8	100,2	-2,6	-3,4
Marche	106,9	99,5	115,4	100,8	100,3	99,6	98,8	100,8	100,1	-0,7	-6,8
Lazio	102,8	98,6	100,4	98,5	99,9	102,3	105,3	101,9	101,2	-0,8	-1,6
Abruzzo	95,7	99,4	99,6	100,5	99,0	98,2	97,6	98,6	98,0	-0,6	+2,3
Molise	95,8	99,9	98,5	102,6	100,7	100,3	100,8	101,2	98,6	-2,7	+2,8
Campania	96,1	90,8	88,6	93,6	93,6	93,7	92,9	90,3	93,1	+2,9	-3,0
Puglia	95,1	92,1	91,1	94,3	95,3	95,7	95,1	93,4	95,0	+1,6	-0,1
Basilicata	87,6	88,4	88,0	97,0	97,4	96,8	97,2	96,9	96,8	+0,0	+9,2
Calabria	91,5	89,0	88,8	96,4	95,6	96,8	96,4	95,1	98,1	+2,9	+6,6
Sicilia	95,6	90,1	89,8	95,5	94,7	94,7	94,6	95,3	94,4	-0,8	-1,1
Sardegna	94,8	92,6	91,3	98,4	95,1	95,3	93,5	93,9	95,6	+1,7	+0,8

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

Ne fanno parte le seguenti variabili:

- popolazione residente;
- frequenza dei consumi sanitari per età e sesso;
- tassi di mortalità della popolazione;
- indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenute utili al fine di definire i bisogni sanitari;
- indicatori epidemiologici territoriali.

Prendendo come riferimento la ripartizione regionale delle risorse del 1999, anno in cui sono stati applicati i criteri “puri” della citata L. n. 662/1996, possiamo apprezzare di quanto negli anni successivi le negoziazioni fra Regioni abbiano discostato il finanziamento attuale da quello inizialmente previsto.

Osservando la tabella 4, si rileva immediatamente (colonna A) come molte Regioni settentrionali e centrali abbiano, col riparto effettivo del 2006, rinunciato ad una quota delle risorse che sarebbero loro spettate secondo i criteri della Legge 662/1996 (applicati di fatto nel 1999). Nella colonna B si vede invece come molte Regioni meridionali abbiano ricevuto nel



**Tabella 4 – Variazioni % tra riparto effettivo 2006 e simulazioni utilizzando le quote dei riparti 1996 e 1999**

Regioni	Confronti	
	2006 vs. 1999 <sup>a)</sup> A	2006 vs. 1996 <sup>b)</sup> B
Piemonte	-2,07%	-2,18%
Valle d'Aosta	7,71%	42,27%
Lombardia	-0,06%	-3,59%
Trentino A.A.	5,63%	39,64%
Veneto	1,02%	-3,13%
Friuli V.G.	-4,24%	15,63%
Liguria	-11,17%	-11,37%
Emilia R.	-3,64%	-1,54%
Toscana	-2,91%	-2,56%
Umbria	-3,31%	-2,12%
Marche	3,70%	0,59%
Lazio	0,51%	-6,98%
Abruzzo	1,20%	-3,27%
Molise	-2,59%	-3,90%
Campania	2,87%	-7,30%
Puglia	2,66%	-7,97%
Basilicata	8,02%	-1,20%
Calabria	4,44%	-5,55%
Sicilia	1,18%	45,85%
Sardegna	1,88%	24,84%

a) In questa colonna si riporta la % ottenuta in più o in meno col riparto effettivo 2006 (in base a delibere CIPE) rispetto al riparto delle risorse 2006 che si sarebbe avuto utilizzando le quote del riparto 1999, rispetto al quale è espressa la %. Ad esempio, il Piemonte con il riparto effettivo del 2006 ha avuto in meno il 2,07% delle risorse che avrebbe avuto usando per il riparto 2006 le quote del riparto 1999.

b) In questa colonna si riporta la % ottenuta in più o in meno col riparto effettivo 2006 (in base a delibere CIPE) rispetto al riparto delle risorse 2006 che si sarebbe avuto utilizzando le quote del riparto 1996, rispetto al quale è espressa la %. Ad esempio, il Piemonte con il riparto effettivo del 2006 ha avuto in meno il 2,18% delle risorse che avrebbe avuto usando per il riparto 2006 le quote del riparto 1999.

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

2006 una quota inferiore di risorse rispetto a quella che avrebbero ricevuto ripartendo il fondo 2006 con i criteri applicati nel 1996. Bisogna comunque rilevare come alcune Regioni abbiano invece avuto risorse maggiori col riparto effettivo del 2006 rispetto agli altri due casi considerati. Ovviamente tutto questo potrebbe significare l'implicito riconoscimento

della necessità di rivedere i “pesi” (i bisogni relativi per età) inizialmente determinati. Nella tabella 5 si riportano i risultati dell’esercizio teso a valutare la sensibilità dei risultati finanziari ai livelli di assegnazione di risorse.

L’esercizio illustrato in questo paragrafo mostra come la determinazione delle risorse assegnate, in base ad un criterio piuttosto che ad un altro, abbia un effetto diretto, a volte di significativa entità, sugli eventuali avanzi/disavanzi e di conseguenza sulle valutazioni sui risultati economico-finanziari delle Regioni. Ad esempio, osservando i risultati ottenuti nella colonna B della tabella 5 si evince come il 70% delle Regioni avrebbe ottenuto disavanzi minori ripartendo il finanziamento 2006 con le quote del riparto 1996 anziché con quelle effettivamente utilizzate nel 2006. Nella colonna A si vede, invece, come ripartendo le risorse 2006 con le quote utilizzate nel riparto 1999 avrebbero tratto maggiore beneficio, in termini di minori disavanzi, soprattutto le Regioni settentrionali e alcune centrali.

Si consideri che le simulazioni effettuate non contengono giudizi di valore sulle quote di riparto: altra pretesa non hanno che quella di evidenziare la non neutralità dei sistemi di riparto sui risultati finanziari delle Regioni.

**Tabella 5 – Simulazione: variazione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1999 e 1996 rispetto a disavanzi 2006**

Regioni	Variatione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1999 rispetto a disavanzi 2006 A	Variatione % disavanzi calcolati ripartendo il fondo 2006 con quote 1996 rispetto a disavanzi 2006 B
Piemonte	-15,67%	-16,50%
Valle d’Aosta	+21,96%	+91,18%
Lombardia	-0,65%	-38,28%
Trentino A.A.	+16,04%	+85,41%
Veneto	+8,03%	-25,73%
Friuli V.G.	-31,45%	+95,97%
Liguria	-70,90%	-72,30%
Emilia R.	-24,28%	-10,03%
Toscana	-26,74%	-23,48%
Umbria	-32,90%	-20,86%
Marche	+65,25%	+10,71%
Lazio	+1,57%	-23,27%
Abruzzo	+9,50%	-27,02%
Molise	-14,37%	-21,94%
Campania	+32,38%	-91,45%
Puglia	+43,05%	-143,80%
Basilicata	+925,37%	-151,61%
Calabria	+116,62%	-161,28%
Sicilia	+10,09%	+272,22%
Sardegna	+28,66%	+309,38%

Fonte: le variazioni % sono state calcolate sui dati ottenuti confrontando le quote di riparto evinte dalle tabelle CIPE 2006, 1999 e 1996 e la spesa sanitaria pubblica totale 2006 (Ministero Salute)

### 2.1.4 Sistemi di riparto “alternativi”

Sulla scia di quanto evidenziato nel paragrafo precedente, si sono effettuate alcune simulazioni con un modello di riparto all'uopo predisposto, al fine di valutare quanto la distribuzione delle risorse sia sensibile ai fattori incorporati nella formula di *capitation*. Nel Caso 1, che prenderemo come “Caso base” (tabella 6), sono state in primo luogo utilizzate le percentuali (vincoli di assegnazione) assegnate ai LEA nel quadriennio 2002-2005, illustrate nel paragrafo 1.

**Tabella 6 – Criteri di riparto alternativi, Caso 1 (Caso base)**

Regioni	RIPARTO (quote %)
<b>Italia</b>	<b>100,00%</b>
Piemonte	7,67%
Valle d'Aosta	0,21%
Lombardia	16,14%
Bolzano	0,79%
Trento	0,85%
Veneto	8,04%
Friuli	2,14%
Liguria	2,97%
Emilia R.	7,41%
Toscana	6,44%
Umbria	1,54%
Marche	2,69%
Lazio	8,98%
Abruzzo	2,26%
Molise	0,56%
Campania	9,24%
Puglia	6,69%
Basilicata	1,01%
Calabria	3,33%
Sicilia	8,30%
Sardegna	2,76%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

Per l'assistenza collettiva, distrettuale di base e altra distrettuale è stato utilizzato il criterio della quota capitaria pura, mentre per la specialistica, la farmaceutica e l'ospedaliere sono stati applicati i pesi utilizzati dal Ministero della Salute in sede di riparto del finanziamento 1999. Il riparto ottenuto viene indicato nella tabella 6 sotto forma di quote assegnate a ciascuna Regione.

**Tabella 7 – Criteri di riparto alternativi, Caso 2**

<b>Regioni</b>	<b>Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1</b>
Piemonte	-0,064%
Valle d'Aosta	-0,021%
Lombardia	+0,001%
Bolzano	+0,078%
Trento	+0,013%
Veneto	+0,004%
Friuli	-0,073%
Liguria	-0,142%
Emilia R.	-0,073%
Toscana	-0,082%
Umbria	-0,079%
Marche	-0,061%
Lazio	+0,012%
Abruzzo	-0,031%
Molise	-0,041%
Campania	+0,121%
Puglia	+0,067%
Basilicata	+0,014%
Calabria	+0,047%
Sicilia	+0,054%
Sardegna	+0,041%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

Nel Caso 2, si sono modificati i vincoli di assegnazione, utilizzando le percentuali assegnate ai LEA nell'anno 2006. Come si può osservare nella tabella 7, in cui sono riportate le variazioni percentuali delle assegnazioni (osservate in valore assoluto) ricavate nel Caso 2 rispetto a quelle del Caso base, non si realizzano sostanziali differenze.

Nel Caso 3, illustrato nella tabella 8, si sono utilizzate le percentuali assegnate ai LEA nel 2006 e, per tutte le macroaree di assistenza, la quota capitaria pura, ossia utilizzando come parametro per la ripartizione delle risorse solo ed esclusivamente la popolazione residente. Si tratta di un caso estremo, che non riconosce alcun peso a fattori socio-demografici e/o epidemiologici. In questo caso, le differenze nelle assegnazioni alle Regioni risulterebbero invece piuttosto rilevanti. In particolare, la Campania riceverebbe assegnazioni maggiori che, a risorse 2006, ammonterebbero a più di € 500 mln., mentre Puglia e Sicilia riceverebbero in più, rispetto al Caso 1, una somma superiore a € 200 mln. Anche il Lazio, che ogni anno è presente nella lista delle Regioni ad alto indebita-

**Tabella 8 – Criteri di riparto alternativi, Caso 3**

<b>Regioni</b>	<b>Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1</b>
Piemonte	-3,650%
Valle d'Aosta	-1,100%
Lombardia	-0,059%
Bolzano	+4,446%
Trento	+1,080%
Veneto	+0,336%
Friuli	-3,921%
Liguria	-7,845%
Emilia R.	-3,774%
Toscana	-4,363%
Umbria	-4,180%
Marche	-3,205%
Lazio	+0,533%
Abruzzo	-1,569%
Molise	-2,132%
Campania	+6,659%
Puglia	+3,623%
Basilicata	+0,590%
Calabria	+2,513%
Sicilia	+2,924%
Sardegna	+2,130%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

mento, beneficerebbe di tale criterio di riparto, vedendosi assegnare in più rispetto al Caso base circa € 42 mln. Ammonta ad una somma compresa tra € 200 mln. e € 250 mln. quella che invece ricevono in meno nel Caso 3 rispetto al Caso 1 Regioni quali Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana.

Nel Caso 4, illustrato nella tabella 9, si analizza il riparto del finanziamento tra le Regioni utilizzando gli stessi criteri del Caso base, tranne che per i pesi utilizzati per l'assistenza ospedaliera: sono stati utilizzati qui infatti, come pesi, i tassi di ospedalizzazione per acuti della Regione Piemonte (esclusi neonati sani, al netto dei 43 DRG inappropriati, valori pro-capite) dell'anno 2004 (ultimo anno di cui si ha disponibilità dei dati per età), applicati alla popolazione 2006.

È stata scelta la Regione Piemonte in quanto è quella che ha registrato il tasso di ospedalizzazione più basso (considerato convenzionalmente nelle nostre simulazioni quale

**Tabella 9 – Criteri di riparto alternativi, Caso 4**

<b>Regioni</b>	<b>Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1</b>
Piemonte	-0,960%
Valle d'Aosta	-0,213%
Lombardia	-0,037%
Bolzano	+1,319%
Trento	+0,500%
Veneto	+0,209%
Friuli	-0,771%
Liguria	-1,776%
Emilia R.	-0,484%
Toscana	-0,777%
Umbria	-0,664%
Marche	-0,554%
Lazio	-0,052%
Abruzzo	-0,365%
Molise	-0,675%
Campania	+1,502%
Puglia	+0,711%
Basilicata	-0,245%
Calabria	+0,349%
Sicilia	+0,596%
Sardegna	+0,027%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

*best performance*). In questo caso, pochissime Regioni hanno raggiunto una variazione superiore a 1%. In ogni caso si osserva che incorporare criteri di efficienza/efficacia nei parametri di riparto non è neutrale.

Nel Caso 5, è stata ripartita in base alla popolazione pesata del Caso 1 solo una quota pari all'80% del totale da ripartire per l'anno 2006, assegnando il restante 20% in base alla quota capitaria pura; l'idea è quella di riconoscere l'esistenza di una quota di costi fissi che una Regione deve comunque sostenere, indipendentemente dalle caratteristiche e dai bisogni della popolazione. I risultati di siffatta ripartizione sono illustrati nella tabella 10. Anche qui, facendo il confronto con i dati della tabella 6, si evince come quasi tutte le Regioni del Sud ne avrebbero comunque beneficiato.

**Tabella 10 – Criteri di riparto alternativi, Caso 5**

<b>Regioni</b>	<b>Variazioni % delle assegnazioni in valore assoluto rispetto al caso 1</b>
Piemonte	-0,730%
Valle d'Aosta	-0,218%
Lombardia	-0,012%
Bolzano	+0,890%
Trento	+0,216%
Veneto	+0,067%
Friuli	-0,784%
Liguria	-1,569%
Emilia R.	-0,755%
Toscana	-0,873%
Umbria	-0,836%
Marche	-0,641%
Lazio	+0,107%
Abruzzo	-0,314%
Molise	-0,427%
Campania	+1,332%
Puglia	+0,725%
Basilicata	+0,118%
Calabria	+0,503%
Sicilia	+0,585%
Sardegna	+0,426%

Fonte: nostra elaborazione su dati CIPE e Ministero Salute

### **2.1.5 Conclusioni**

Come argomentato nel presente contributo, il federalismo sanitario e fiscale necessitano di un attento monitoraggio dei bisogni e dei fabbisogni della popolazione, al fine di scongiurare che alle differenze regionali portatrici di maggiore efficienza e personalizzazione dell'assistenza si sommino differenze portatrici di iniquità e/o carenze di tutela.

Allo stato attuale manca una chiara indicazione di come garantire il rispetto sostanziale dei LEA, ovvero dell'equo accesso alle prestazioni assistenziali ritenute essenziali. Il monitoraggio di fatto si basa sui livelli di costo (o più spesso spesa), messi a confronto vuoi con le percentuali destinate alle varie tipologie assistenziali (vincoli di destinazione), vuoi sulle assegnazioni di risorse, assunte implicitamente quali "costi standard" dei LEA. Le simulazioni effettuate dimostrano che mentre l'evoluzione dei vincoli di destinazione ha effetti finanziariamente poco rilevanti (a meno evidentemente di stravolgimenti radicali), i criteri di riparto adottati possono cambiare significativamente il quadro. Da un punto di vista finanziario, le modifiche intervenute nel tempo nei criteri di assegnazione sono abbastanza significative e spesso modificano anche sensibilmente i risultati finali (avanzi/disavanzi).

Si evidenzia come sia importante, nella scelta del criterio di riparto, fermarsi all'osservazione dell'utilizzo (ai sensi della L. n. 662/1996), ovvero "ripulire" quanto più possibile le osservazioni dall'inefficienza, ad esempio utilizzando le *best performance* (es. più basso tasso di ospedalizzazione). Sembra anche difficile non riconoscere che, data la prevalenza di strutture erogatrici pubbliche, non si riconosca l'esigenza di considerare una quota di costi fissi.

Purtroppo, in assenza di basi informative affidabili, non siamo in grado di apprezzare l'impatto di variabili escluse dal sistema di riparto, quali i fattori socio-economici (deprivazione, etc.).

Le frequenti modifiche nei criteri adottati sembrano comunque dimostrare che manca un approccio esplicito e razionale alla *capitation*, con rischi non indifferenti di distorsioni.

L'esperienza del NHS inglese suggerisce che vadano prima esplicitati gli obiettivi da perseguire e quindi i criteri e la metodologia per la loro determinazione; sarebbe quindi auspicabile uno sforzo in tal senso, che darebbe maggiore trasparenza al processo di allocazione delle risorse e garantirebbe maggiore oggettività nella valutazione dei risultati sia finanziari, che in termini di garanzia sostanziale dei LEA.

### Riferimenti bibliografici

- AA.VV., Common Services Agency/Crown (2002), *Allocation of Resources to English Areas Report*, ISD Consultancy Service.
- AIFA (2007), *L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale 2006*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di) (2006), *Rapporto OASI 2006*, Cergas, Egea, cap. 6.
- Gazzaniga P, Guglieri A e Veronesi E (a cura di) (2001), *Manovra finanziaria 2001, legge di bilancio di previsione 2001 2003 e avvio del federalismo fiscale*, in *Analisi* n°6, febbraio 2001.
- Il Sole24Ore (2007), articoli vari.
- ISTAT (1998-2006), *Dati demografici e indicatori economici* (su [www.istat.it](http://www.istat.it)).
- Mapelli V (2007), *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni*, in "Politiche Sanitarie", Vol. 8, n. 1, gennaio-marzo 2007.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (1998-2006), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese* (su [www.tesoro.it](http://www.tesoro.it)).
- Ministero della Salute (2006), *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*.
- Ministero della Salute (1998-2006), *Dati sul finanziamento del SSN: esercizi 1982-2006*. D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.
- Pammolli F, Salerno N (2004), *I LEA sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del "mercato" sanitario*, in *Care* n° 5.
- Parlamento italiano (2006), *Legislazione varia* (su [www.parlamento.it](http://www.parlamento.it)).
- Pellegrini L (2005), ASSR, *Appropriatezza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza fra compatibilità economica e garanzie per i cittadini*, presentazione al Forum P.A. 2005.
- Rapporto CEIS Sanità 2006, *Il governo del sistema sanitario*, Health Communication, Roma.



## 2.2 - L'offerta sanitaria nazionale: risorse impiegate e disuguaglianze assistenziali

Francia L.<sup>1</sup>

La struttura della rete di offerta di servizi sanitari, considerata un elemento chiave per il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie, sin dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale è stata oggetto di attenzione normativa. Già nella L. n. 833/1978, appare evidente il ruolo delle Regioni, chiamate a unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale, adeguando la normativa nazionale alle esigenze delle singole realtà locali, con lo scopo di garantire a tutti i cittadini un uguale accesso all'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale. Ruolo che diventa ancora più autonomo e rilevante con l'introduzione del federalismo fiscale (D.Lgs n. 56/2000) e istituzionale (L. Cost. n. 3/2001), dove le singole Regioni diventano responsabili dell'ubicazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari locali<sup>2</sup>.

Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta un asse prioritario nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Divario prevalentemente registrabile tra le Regioni meridionali e quelle del Centro-Nord, superabile solo con una integrazione dei diversi livelli di assistenza, che garantisca anche la continuità del percorso assistenziale del paziente. Oggetto di approfondimento del presente capitolo è soprattutto quella parte di offerta che assorbe la più ingente quota di risorse: in particolare assistenza ospedaliera e personale.

### 2.2.1 Le strutture e i posti letto

Il SSN, per erogare l'assistenza ospedaliera, nel 2005 (ultimo anno disponibile) si è avvalso di 1.222 istituti di cura, di cui circa il 55,0% pubblici e la parte restante privati accreditati (tabella 1).

Risulta confermato, anche se si registra un rallentamento della tendenza, il trend decrescente degli istituti complessivamente intesi (-7,5% dal 2000 al 2005) già evidenziatosi negli anni precedenti, effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture<sup>3</sup>. Più nel dettaglio, tale fenomeno ha riguardato solo le strutture pubbliche (-14,8% dal

<sup>1</sup> CEIS Sanità, *Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*.

<sup>2</sup> *Queste ultime, ispirandosi alle esigenze specifiche presenti sul proprio territorio, sono chiamate ad adeguare le proprie risorse strutturali e organizzative per far sì che le prestazioni siano erogate nel regime e con le modalità più appropriate, rispettando anche requisiti di accessibilità e di equità, e perseguendo l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili.*

<sup>3</sup> *Vedi: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anni 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005.*

**Tabella 1 – Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per tipo di struttura (numero), anno 2005**

Regioni	Totale strutt. pubbl. e priv. accr.	Strutture pubbliche								Strutt. accreditate
		Totale	Aa.Oo	Osped. gestione diretta	Pol. Univ.	IRCCS	Osp. Classif. Assimil.	Strutt. presidi di ASL	Enti di Ricerca	Case di Cura
ITALIA	1.222	669	97	455	11	55	32	16	3	553
Piemonte	82	39	8	24		2		5		43
Valle D'Aosta	1	1		1						0
Lombardia	128	58	29	1		21	6	1		70
Pr. Aut. Bolzano	12	7		7						5
Pr. Aut. Trento	17	12		10			2			5
Veneto	55	40	2	24		2	8	4		15
F.V. Giulia	23	18	3	12	1	2				5
Liguria	21	18	3	10		3	2			3
E. Romagna	75	29	5	23		1				46
Toscana	70	43	4	33		2		2	2	27
Umbria	16	11	2	9						5
Marche	46	33	2	28		3				13
Lazio	162	78	5	52	3	8	8	2		84
Abruzzo	35	22		22						13
Molise	11	8		6		1			1	3
Campania	138	67	8	51	2	2	3	1		71
Puglia	68	36	2	27		5	2			32
Basilicata	10	9	2	7						1
Calabria	75	37	4	32		1				38
Sicilia	131	70	17	47	3	1	1	1		61
Sardegna	46	33	1	29	2	1				13

Fonte: Ministero della Salute 2007

2000 al 2005) a fronte di un incremento (del 3,2%) nel periodo di riferimento del numero di strutture private accreditate (tabella 2).

In Italia, al 2005 (ultimo dato disponibile) il SSN dispone di circa 233 mila posti letto di degenza ordinari, di cui quasi il 21,0% in strutture private accreditate, e di 29.854 posti per il day hospital, questi ultimi per il 90,0% pubblici (tabella 3). Il *day hospital* rappresenta il 12,8% del totale dei posti disponibili.

In Italia, coerentemente con quanto accade negli altri Paesi sviluppati, la diminuzione di strutture è stata accompagnata dalla riduzione della dotazione di posti letto. Considerando il quinquennio (2000-2005) di cui si ha disponibilità di dati, si registra una diminuzione media del numero complessivo di posti letto del 10,3%, con una distribuzione del fenomeno disomogenea sul territorio nazionale. La Regione che presenta la riduzione maggiore è la Puglia con il -20,5%, seguita dal Friuli Venezia Giulia con il -17,0%; per contro vi sono il Molise, l'Abruzzo e la Sicilia che rispettivamente con il

13,3%, il 9,9% e lo 0,3% sono le sole Regioni che presentano un andamento di segno opposto (tabella 4).

Il processo di riduzione ha riguardato, tranne poche eccezioni, praticamente solo il set-

**Tabella 2 – Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate  
Variazioni percentuali, anni 2000-2005**

Regioni	Totale strutt. pubbl. e priv. accr.	Strutture pubbliche	Strutture accreditate
ITALIA	-7,49	-14,78	3,17
Piemonte	-1,20	-11,36	10,26
Valle D'Aosta	0,00	0,00	0,00
Lombardia	0,79	-19,44	27,27
Pr. Aut. Bolzano	0,00	-12,50	25,00
Pr. Aut. Trento	-10,53	-14,29	0,00
Veneto	-42,11	-48,72	-11,76
F.V. Giulia	-4,17	-5,26	0,00
Liguria	-27,59	-33,33	50,00
E. Romagna	-12,79	-34,09	9,52
Toscana	0,00	2,38	-3,57
Umbria	0,00	0,00	0,00
Marche	-11,54	-13,16	-7,14
Lazio	-5,26	5,41	-13,40
Abruzzo	0,00	0,00	0,00
Molise	22,22	14,29	50,00
Campania	-1,43	1,52	-4,05
Puglia	-31,31	-46,27	0,00
Basilicata	-16,67	-18,18	0,00
Calabria	0,00	0,00	0,00
Sicilia	9,17	0,00	22,00
Sardegna	0,00	0,00	0,00

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

tore pubblico: le strutture di ricovero pubbliche hanno infatti ridotto i posti letto del 12,5% contro una relativa stabilità del numero dei posti letto presenti nelle strutture accreditate. Quest'ultimo dato, messo in relazione con l'incremento del numero di strutture, fa ipotizzare una riduzione della dimensione media delle strutture private accreditate.

Ancora, andando nel dettaglio e distinguendo tra ricovero ordinario e day hospital, si evince come (sempre nel periodo 2000-2005) a fronte di una riduzione media del 13,2% dei posti letto previsti per la degenza ordinaria, si registra un incremento medio dei posti letto destinati al day hospital pari al 24,0% (tabella 5), coerentemente con le indicazioni di politica sanitaria formulate negli ultimi anni. Anche in questo caso vi è una disomogeneità territoriale notevole: a fronte di un incremento di quasi 8 volte del numero di posti

**Tabella 3 – Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati, anno 2005**

Regioni	Posti letto totali Deg. ordinaria	Posti letto pubblici Deg. ordinaria	Posti letto accreditati Deg. ordinaria	Posti letto totali Day hospital	Posti letto pubblici Day hospital	Posti letto accreditati Day hospital	Degenza a pagamento	Tot PL pubblici	Tot PL accr.	Tot PL
ITALIA	232.927	184.787	48.140	29.854	26.864	2.990	2.574	214.225	51.130	265.355
Piemonte	16.847	13.263	3.584	2.228	2.072	156	—	15.335	3.740	19.075
Valle D'Aosta	409	409	—	56	56	—	2	467	—	467
Lombardia	39.538	30.918	8.620	4.331	3.784	547	571	35.273	9.167	44.440
Pr. Aut. Bolzano	2.071	1.767	304	182	182	—	36	1.985	304	2.289
Pr. Aut. Trento	2.291	1.820	471	288	282	6	—	2.102	477	2.579
Veneto	17.516	16.390	1.126	2.217	2.115	102	605	19.110	1.228	20.338
F.V. Giulia	4.752	4.188	564	608	566	42	208	4.962	606	5.568
Liguria	6.387	6.251	136	1.145	1137	8	79	7.467	144	7.611
E. Romagna	18.336	14.767	3.569	2.018	1.877	141	176	16.820	3.710	20.530
Toscana	13.445	11.550	1.895	1.982	1.767	215	248	13.565	2.110	15.675
Umbria	2.932	2.704	228	551	518	33	8	3.230	261	3.491
Marche	5.945	4.932	1.013	684	637	47	22	5.591	1.060	6.651
Lazio	26.297	18.069	8.228	3.697	3.085	612	90	21.244	8.840	30.084
Abruzzo	6.122	4.788	1334	588	564	24	35	5.387	1358	6.745
Molise	1.638	1.445	193	169	169	—	4	1.618	193	1.811
Campania	18.589	12.692	5.897	2.441	1.994	447	72	14.758	6.344	21.102
Puglia	14.584	12.459	2.125	1.207	1.128	79	124	13.711	2.204	15.915
Basilicata	2.215	2.155	60	299	299	—	17	2.471	60	2.531
Calabria	8.166	4.827	3.339	978	944	34	25	5.796	3.373	9.169
Sicilia	17.634	13.607	4.027	3.521	3.080	441	101	16.788	4.468	21.256
Sardegna	7.213	5.786	1.427	664	608	56	151	6.545	1.483	8.028

Fonte: Ministero della Salute 2007

letto rispetto al 2000 destinati al *day hospital* registrati in Molise si assiste ad una riduzione del 17,0% in Sardegna.

Sono quindi disponibili complessivamente a livello nazionale circa 4,6 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 4 destinati al ricovero per acuti e il rimanente 0,6 ai non acuti. Ancora, dei 4,6 posti letto, il 3,7 appartiene al pubblico e il rimanente 0,9 a strutture private accreditate.

La media nazionale risulta essere coerente con quanto previsto dalla normativa vigente<sup>4</sup>,

<sup>4</sup> L'intesa Stato-Regioni, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, rep. N. 2271 del 23.03.2005, ha previsto all'articolo 4, comma 1, lettera a) l'impegno da parte delle Regioni all'adozione di provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale non superiore a 4,5 p.l. per 1000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, con una compatibilità di variazione che non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni.

**Tabella 4 – Variazione percentuale del numero di posti letto pubblici e accreditati, anni 2000-2005**

Regione	PL totali	PL pubblici	PL accreditati
ITALIA	-10,30	-12,54	0,53
Piemonte	-16,54	-20,08	1,96
Valle D'Aosta	-5,08	-5,08	-
Lombardia	-11,18	-14,17	2,56
Pr. Aut. Bolzano	-6,57	-12,40	65,22
Pr. Aut. Trento	-13,51	-19,59	29,62
Veneto	-15,54	-16,20	-3,84
F.V. Giulia	-17,08	-19,07	3,77
Liguria	-12,94	-13,32	12,50
E. Romagna	-7,95	-3,27	-24,50
Toscana	-12,59	-12,89	-10,59
Umbria	-12,22	-13,06	-0,38
Marche	-13,69	-15,80	-0,56
Lazio	-7,71	-5,96	-11,67
Abruzzo	9,93	-3,94	157,20
Molise	13,33	7,51	107,53
Campania	-4,43	-7,62	3,95
Puglia	-20,49	-23,95	10,92
Basilicata	-3,73	-3,81	0,00
Calabria	-7,52	-12,47	2,43
Sicilia	0,26	-5,07	27,08
Sardegna	-14,32	-16,60	-2,56

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute

che prevede l'impegno da parte delle Regioni all'adozione di provvedimenti che rispettino uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiore a 4,5 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, con una compatibilità di variazione che non può superare il 5,0% (arrivando così a 5,0 posti letto per 1.000 abitanti) in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche, sociali ed economiche delle Regioni.

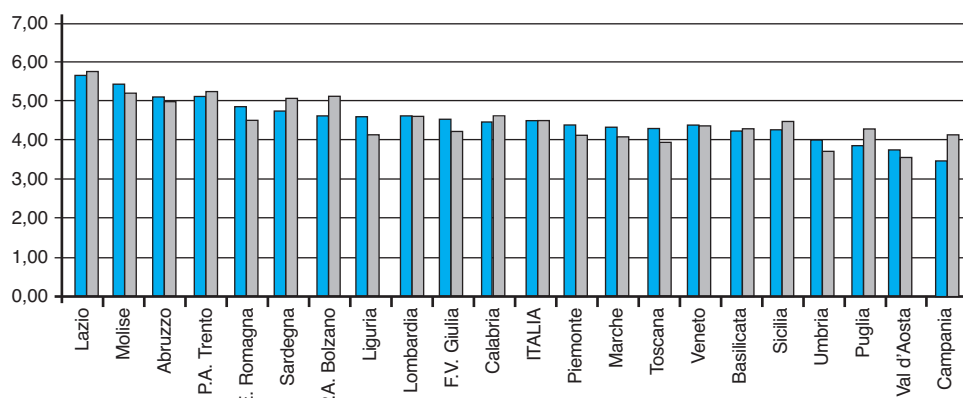
La distribuzione dell'indicatore risulta però disomogenea a livello territoriale: mentre circa metà delle Regioni nel 2005 possedevano tra i 4,5 e i 5,0 posti letto per 1.000 abitanti, tra le rimanenti si evidenziano il Lazio e il Molise che presentano la maggiore densità di posti letto, rispettivamente con 5,7 e 5,6 posti letto per 1.000 abitanti. Al contrario la Campania ha solo 3,6 posti letto per 1000 abitanti, immediatamente seguita dalla Valle d'Aosta e dalla Puglia (3,8 e 3,9 posti letto) (figura 1).

**Tabella 5 – Variazione percentuale del numero di posti letto in degenza ordinaria e diurna, anni 2000-2005**

Regioni	PL totali DO	PL pubblici DO	PL accreditati	DO PL totali	DH PL pubblici	DH PL accreditati	DH Degenza a pagamento
ITALIA	-13,21	-15,52	-3,00	24,06	17,63	143,49	-23,60
Piemonte	-18,47	-21,96	-2,29	12,07	4,23	-	-
Valle D'Aosta	-9,51	-9,51	-	40,00	40,00	-	-
Lombardia	-13,66	-16,83	0,02	16,74	11,62	70,94	7,94
Pr. Aut. Bolzano	-8,12	-14,64	65,22	70,09	70,09	-	-59,55
Pr. Aut. Trento	-14,16	-20,90	27,99	-7,99	-9,90	-	-
Veneto	-17,54	-18,11	-8,38	2,12	-0,38	112,50	-9,30
F.V. Giulia	-20,21	-22,42	1,08	11,76	9,27	61,54	-3,26
Liguria	-19,57	-19,99	6,25	43,84	42,84	-	1.480,00
E. Romagna	-7,40	-1,44	-25,92	-15,17	-17,78	46,88	43,09
Toscana	-16,02	-16,10	-15,51	27,79	23,22	83,76	-33,15
Umbria	-14,42	-15,02	-6,56	1,47	-1,33	83,33	0,00
Marche	-15,52	-17,40	-4,97	27,37	18,62	-	-83,33
Lazio	-11,37	-9,68	-14,86	40,30	34,66	77,91	-69,28
Abruzzo	10,55	-4,66	158,53	17,84	15,81	100,00	-64,65
Molise	5,75	-0,76	107,53	789,47	789,47	-	-86,67
Campania	-9,92	-13,46	-1,21	78,70	61,85	233,58	-7,69
Puglia	-20,57	-24,17	10,05	-7,08	-9,25	41,07	-65,17
Basilicata	-9,48	-9,72	0,00	79,04	79,04	-	13,33
Calabria	-11,70	-19,20	1,99	49,54	48,66	78,95	92,31
Sicilia	-8,16	-13,24	14,53	81,59	58,84	-	65,57
Sardegna	-14,95	-17,31	-3,84	-17,82	-21,04	47,37	86,42

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

**Figura 1 – Posti letto per 1.000 abitanti, popolazione effettiva e standardizzata, anno 2005**



Fonte: nostra elaborazione dati Ministero della Salute e Istat

■ PL per 1000 ab. ■ PL per 1000 ab. st.

Nella valutazione degli indicatori suddetti, è peraltro necessario tenere conto delle diverse strutture demografiche.

Un esercizio condotto andando a standardizzare la popolazione tenendo presente la struttura dell'età<sup>5</sup> di ciascuna Regione, ad esempio, porta a ritenere che i 4,8 posti letto

**Tabella 6 – Posti letto per 1.000 abitanti a popolazione effettiva e popolazione standardizzata per età, anni 2000 e 2005**

Regione	2000		2005	
	PL per 1.000 ab. eff.	PL per 1.000 ab. stand.	PL per 1.000 ab. eff.	PL per 1.000 ab. stand.
ITALIA	5,12	5,12	4,55	4,55
Piemonte	5,33	5,01	4,40	4,13
Valle D'Aosta	4,08	3,97	3,78	3,71
Lombardia	5,50	5,52	4,71	4,73
Pr. Aut. Bolzano	5,28	5,64	4,77	5,14
Pr. Aut. Trento	6,27	6,23	5,16	5,22
Veneto	5,32	5,30	4,31	4,33
F.V. Giulia	5,66	5,18	4,62	4,30
Liguria	5,38	4,63	4,75	4,11
E. Romagna	5,58	5,05	4,92	4,57
Toscana	5,06	4,60	4,34	4,00
Umbria	4,75	4,31	4,04	3,73
Marche	5,26	4,88	4,36	4,10
Lazio	6,17	6,28	5,69	5,77
Abruzzo	4,79	4,64	5,18	5,02
Molise	4,88	4,66	5,63	5,41
Campania	3,82	4,35	3,64	4,10
Puglia	4,90	5,32	3,91	4,17
Basilicata	4,34	4,45	4,25	4,30
Calabria	4,84	5,13	4,57	4,78
Sicilia	4,17	4,44	4,24	4,46
Sardegna	5,68	6,04	4,86	5,07

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

<sup>5</sup> Per la standardizzazione della popolazione secondo la struttura dell'età sono stati utilizzati i pesi indicati dal Ministero della Salute per l'Ospedaliera nelle note Metodologiche del Rapporto di Monitoraggio di assistenza Sanitaria – Anni 2002-2003 e pubblicato a Marzo 2006. Ovviamente si tratta di una stima di massima per tenere conto dei differenziali di bisogni demografici.

per 1.000 abitanti della Regione Liguria, caratterizzata dal bacino di utenza più anziano a livello nazionale, sono sostanzialmente equivalenti ai 3,6 della Regione con la popolazione in media più giovane, ovvero la Campania.

All'assistenza ospedaliera si affianca un'altra modalità di erogazione di prestazioni, di competenza di quelle strutture sanitarie definite come non ospedaliere, che assume un ruolo strategico nell'attuazione concreta di forme di de-ospedalizzazione. Restando sempre nel pubblico e nel privato accreditato, in questa tipologia di strutture si annoverano tutti quei servizi sanitari e sociosanitari diffusi in modo capillare sul territorio, tra questi vi sono gli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche per la cui trattazione dettagliata si rinvia al capitolo 2.5 del presente Rapporto.

**Tabella 7 – Strutture sanitarie per tipo di assistenza pubbliche e private accreditate, anno 2005**

Regione	Strutture Residenziali				Strutture semi-residenziali				Altro tipo di struttura		
	Ass. psichiatrica	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. agli anziani	Ass. psichiatrica	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. agli anziani	Attività di consultorio	CSM	Ass. idrotermale
ITALIA	1363	479	517	2332	744	617	468	525	2467	1261	236
Piemonte	201	52	93	371	50	32	76	15	237	90	7
Valle D'Aosta	2		1				1		17	5	
Lombardia	245	117	11	594	163	181	41	180	260	321	14
Pr. Aut. Bolzano	7		1	15	5				46	5	
Pr. Aut. Trento	5		1	51					8	9	6
Veneto	156	43	107	300	113	101	183	53	284	73	113
F.V. Giulia	49	7	14	82	31	2	9	2	36	12	2
Liguria	74	6	6	68	27	4	9	9	113	34	
Emilia Romagna	123	133		345	65	195		182	217	88	15
Toscana	112	50	87	269	70	62	54	74	275	118	30
Umbria	34	3	6	37	15	25	30	4	43	10	2
Marche	31	9	18	35	18	2	10	1	22	9	6
Lazio	55	19	14	52	48	1	15	1	189	112	12
Abruzzo	31	6	5	17	10		1		65	21	2
Molise	6				6				5		1
Campania	67	7	61	11	50	4	11		146	41	10
Puglia	56	3	31	11	20	2	11		151	56	
Basilicata	20		8	1	3	1	1		41	8	2
Calabria	18	4	9	26	10	1	2	1	54	29	3
Sicilia	52	13	27	25	30	1	7	1	189	180	9
Sardegna	19	7	17	22	10	3	7	2	69	40	2

Fonte: Ministero della Salute 2007



In questa sede ci limiteremo a ricordare che nel 2005 sono state censite 10.538 strutture ambulatoriali e di laboratorio, contro le 13.890 del 2003 (-24,0%). Continua anche in questo caso a persistere un forte divario assistenziale territoriale e rimane confermata la tendenza ad avere nelle Regioni centro-meridionali una maggiore prevalenza di strutture private accreditate; per quanto riguarda invece le altre forme di assistenza territoriale, continua a prevalere la gestione diretta delle aziende sanitarie.

Altri servizi presenti a livello locale sono quelli erogati dalle strutture territoriali (es: centri di salute mentale, consultori, etc.) e le strutture semi-residenziali e residenziali (quali ad esempio le residenze sanitarie assistenziali). Si registra un numero complessivo praticamente invariato nell'ambito delle strutture territoriali quali i consultori, i centri di salute

**Tabella 8 – Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali, variazione percentuale 2003-2005**

Regione	Strutture Residenziali				Strutture semi-residenziali				Altro tipo di struttura		
	Ass. psichiatrica	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. agli anziani	Ass. psichiatrica	Ass. ai disabili fisici	Ass. ai disabili psichici	Ass. agli anziani	Attività di consultorio	CSM	Ass. idrotermale
ITALIA	13,11	33,06	-4,44	10,78	9,09	23,15	-23,15	37,43	-1,08	1,37	5,83
Piemonte	17,54	-5,45	72,22	38,95	-1,96	-20,00	46,15	36,36	-6,32	-5,26	0,00
Valle D'Aosta	0,00	-	-	-	-	-	0,00	-	-5,56	0,00	-
Lombardia	0,82	485,00	-79,25	5,88	7,95	432,35	-79,90	85,57	-5,11	-1,83	0,00
Pr. Aut. Bolzano	0,00	-	-50,00	0,00	0,00	-	-100,00	-	-2,13	0,00	-
Pr. Aut. Trento	400,00	-100,00	-75,00	8,51	-	-	-	-	-27,27	12,50	-
Veneto	2,63	-18,87	0,00	-0,33	-4,24	-12,93	0,00	15,22	-12,07	4,29	0,00
F.V. Giulia	8,89	-30,00	-54,84	22,39	-11,43	0,00	-47,06	0,00	24,14	-7,69	0,00
Liguria	45,10	-14,29	0,00	1,49	28,57	100,00	80,00	-	-9,60	3,03	-
Emilia Romagna	23,00	24,30	-	2,07	12,07	-1,52	-	17,42	-3,98	15,79	0,00
Toscana	14,29	13,64	-6,45	8,91	14,75	6,90	1,89	15,63	4,56	-4,07	0,00
Umbria	25,93	-25,00	20,00	15,63	25,00	8,70	11,11	33,33	-2,27	-9,09	-33,33
Marche	19,23	-10,00	-5,26	6,06	-5,26	0,00	-9,09	-50,00	-4,35	0,00	0,00
Lazio	-12,70	46,15	-17,65	1,96	-5,88	-50,00	-11,76	0,00	-1,05	1,82	20,00
Abruzzo	3,33	20,00	25,00	30,77	25,00	-	0,00	-	18,18	40,00	0,00
Molise	0,00	-	-	-	0,00	-	-	-	66,67	-	-
Campania	11,67	-12,50	69,44	-8,33	21,95	-20,00	10,00	-	3,55	-8,89	42,86
Puglia	27,27	0,00	-3,13	83,33	33,33	-83,33	37,50	-	7,09	-6,67	-
Basilicata	17,65	-	0,00	0,00	50,00	-50,00	0,00	-	46,43	0,00	100,00
Calabria	350,00	-20,00	-64,00	36,84	42,86	-50,00	100,00	-	12,50	7,41	0,00
Sicilia	20,93	62,50	8,00	92,31	100,00	0,00	-36,36	0,00	4,42	9,76	12,50
Sardegna	26,67	75,00	-15,00	46,67	66,67	50,00	16,67	-	-1,43	0,00	0,00

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

mentale, ecc., che nel triennio considerato (2003-2005) passano da 3.961 a 3.964. Con riferimento, infine, alle altre strutture extra-ospedaliere, viene misurato, sempre tra il 2003 e il 2005, un incremento di strutture residenziali e semi-residenziali rispettivamente pari all'11,4% e all'8,1% (per il dettaglio regionale tabelle 7 e 8).

Considerando i posti disponibili in tali strutture, il fenomeno complessivamente porta ad un incremento dell'11,0% dell'offerta (da 185.652 posti a 206.027), pari a 3,5 posti per 1.000 abitanti (contro i 3,2 registrati nel 2003) (tabella 9). Rimane praticamente confermata nel triennio la ripartizione percentuale dei letti tra le diverse tipologie di assistenza: il 72,0% dedicati agli anziani, il 12,0% all'assistenza psichiatrica, il rimanente 16,0% a quella dei disabili psichici e fisici<sup>6</sup>.

**Tabella 9 – Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali, posti letto, anno 2005**

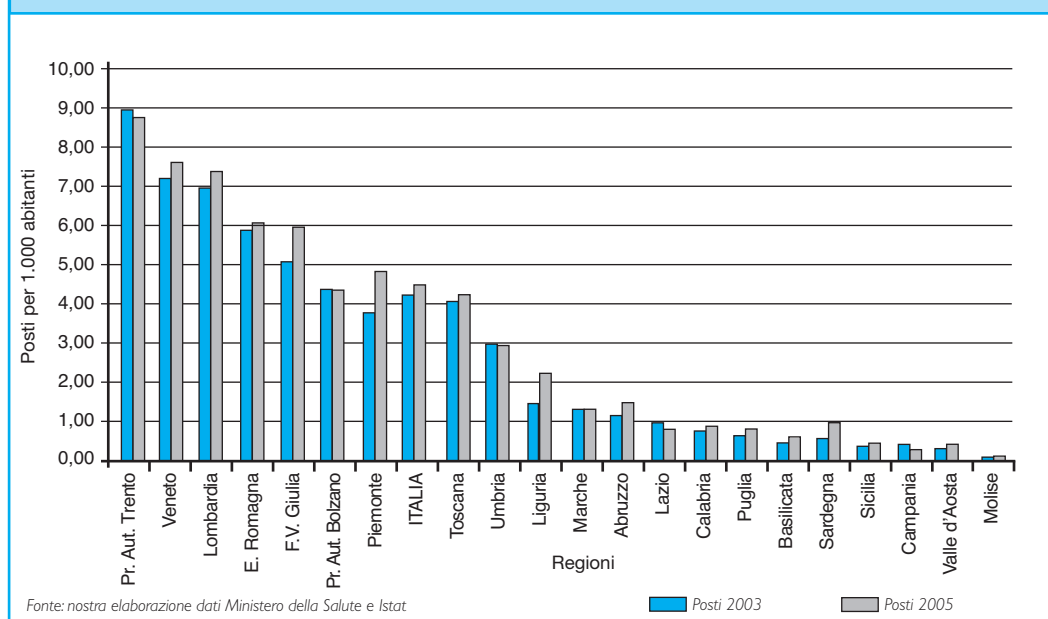
Regione	Numero posti			
	Strutture residenziali	Strutture semi-residenziali	Totale	per 1.000 abitanti
ITALIA	169.827	36.200	206.027	3,5
Piemonte	17.254	3.535	20.789	4,8
Valle D'Aosta	44	12	56	0,46
Lombardia	58.809	11.390	70.199	7,47
Pr. Aut. Bolzano	2.069	24	2.093	4,4
Pr. Aut. Trento	4.382		4.382	8,8
Veneto	28.675	7.037	35.712	7,6
F.V. Giulia	6.705	485	7.190	5,97
Liguria	3.016	559	3.575	2,25
E. Romagna	19.130	6.332	25.462	6,13
Toscana	10.518	2.018	12.536	3,48
Umbria	1.789	761	2.550	2,97
Marche	1.785	376	2.161	1,42
Lazio	3.765	977	4.742	0,9
Abruzzo	1.860	156	2.016	1,55
Molise	67	18	85	0,26
Campania	1.463	780	2.243	0,39
Puglia	2.748	591	3.339	0,82
Basilicata	354	65	419	0,7
Calabria	1.649	253	1.902	0,95
Sicilia	2.365	529	2.894	0,58
Sardegna	1.380	302	1.682	1,02

Fonte: Ministero della Salute

<sup>6</sup> Probabilmente questi dati secondo il Ministero della Salute sono sottostimati.

Nel complesso, si rileva quindi una riorganizzazione e un rafforzamento della rete di servizi extra-ospedalieri miranti a supportare le politiche sanitarie incentrate sulla de-ospedalizzazione. Andando a considerare però il dettaglio regionale, si denota il persistere di forti disuguaglianze regionali, con valori che si dispongono tra 8,8 posti per 1.000 abitanti della Pr. Aut. di Trento e 0,26 del Molise. Prendendo come riferimento l'offerta di strutture extra-ospedaliere residenziali e semi-residenziali, appare come le Regioni del Nord Italia (fatta eccezione per la Valle d'Aosta e la Liguria) siano quelle con maggiore copertura, a fronte della maggior parte di valori di tale indicatore del Centro e soprattutto del Sud, che arrivano ad essere pari o inferiori a 1 posto per 1.000 abitanti (figura 2).

**Figura 2 – Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali (posti per 1.000 abitanti), anni 2003-2005**



### 2.2.2 Le risorse umane

Tra i diversi fattori produttivi, le risorse umane rappresentano, nell'ambito dell'erogazione dell'offerta sanitaria, la prima voce di costo.

Per quanto riguarda il personale dipendente del SSN (ovvero quello impiegato nelle ASL e nelle Aa.Oo.) negli ultimi anni si conferma una certa stabilità del tasso di unità di personale per 1.000 abitanti: a fronte di un organico complessivo pari a 647.719 unità (impiegati sia nell'ambito sanitario che in quelli professionale, tecnico e amministrativo), risultano 11 unità di personale complessivo per 1.000 abitanti di cui il 18,8% è costituito da personale medico e oltre il 40,0% da altro personale sanitario, in maggioranza infermieristico (tabella 10 e tabella 12). La variabilità del dato sul territorio nazionale è notevole: i valori registrati nelle singole Regioni vanno dal limite massimo registrato nella

**Tabella 10 – Personale dipendente del SSN (ASL e AO), anno 2005**

Regione	Totale	Sanitario	Sanitario di cui medici e odontoiatri	Sanitario di cui personale inferm.co.	Profession.	Tecnico	Amministr.
<b>ITALIA</b>	<b>647.719</b>	<b>444.120</b>	<b>105.652</b>	<b>252.506</b>	<b>1.597</b>	<b>125.093</b>	<b>76.555</b>
Piemonte	55.848	35.985	8.565	19.738	108	11.698	8.056
Valle D'Aosta	1.889	1.235	278	639	4	357	293
Lombardia	92.251	60.606	13.017	34.226	222	19.939	11.479
Pr. Aut. Bolzano	7.916	4.824	848	2.875	24	1.964	1.090
Pr. Aut. Trento	7.011	4.432	880	2.573	12	1.719	847
Veneto	57.232	39.292	7.650	24.124	121	11.632	6.186
F.V. Giulia	16.125	10.844	2.244	6.454	39	3.617	1.625
Liguria	21.621	15.258	3.358	9.016	47	3.820	2.496
E. Romagna	54.110	38.615	7.938	22.218	175	9.433	5.887
Toscana	47.636	33.343	7.417	20.228	158	9.020	5.066
Umbria	10.776	7.973	1.841	4.551	30	1.736	1.031
Marche	17.701	12.762	2.791	7.449	28	3.099	1.804
Lazio	50.176	36.281	9.569	20.168	138	7.500	6.249
Abruzzo	15.326	10.695	2.843	6.211	31	2.847	1.750
Molise	3.925	2.811	694	1.508	5	747	362
Campania	54.842	37.861	10.491	21.217	161	10.094	6.662
Puglia	35.052	24.042	6.193	13.275	76	6.958	3.958
Basilicata	6.516	4.647	1.102	2.711	14	1.243	609
Calabria	22.846	15.099	4.309	8.155	54	4.173	3.486
Sicilia	48.016	32.628	9.868	17.169	107	9.549	5.598
Sardegna	20.904	14.887	3.756	8.001	43	3.948	2.021

Fonte: Ministero della Salute

Note: nel totale sono comprese le qualifiche atipiche

Pr. Aut. di Bolzano di 16,5 unità per 1.000 abitanti a quello minimo della Puglia pari a 9 unità per 1.000 abitanti.

La dotazione di personale medico rispetto alla popolazione residente risulta prossima alla media, pari a circa 2,0 ogni 1.000 abitanti, al Nord e nelle aree meridionali, mentre è leggermente più elevata al Centro (2,2). La variazione del personale tra il 2000 e il 2005 denota un incremento complessivo delle piante organiche esistenti del 2,0%, con un comportamento difforme a seconda delle figure professionali considerate. A fronte di un incremento del personale infermieristico dello 0,5%, infatti, si registra un aumento dei medici pari al 9,7%. Ancora, persiste una certa disomogeneità a livello territoriale: con riferimento al personale del SSN, si va dagli aumenti del 12,3% e dell'11,5% registrati rispettivamente nella Pr. Aut. di Bolzano e in Basilicata, alle contrazioni misurate in Lombardia e in Puglia, rispettivamente del -5,3% e del -6,8%. Ancora, con riferimento alle specifiche figure professionali, si registrano valori che variano per i medici dal

**Tabella 11 – Variazione percentuale personale dipendente del SSN, anni 2000-2005**

Regione	Personale SSN	Personale medico	Personale infermieristico
ITALIA	1,99	9,70	0,46
Piemonte	4,17	8,06	-5,61
Valle D'Aosta	4,36	21,40	1,43
Lombardia	-5,30	0,60	-10,34
Pr. Aut. Bolzano	12,30	22,54	3,87
Pr. Aut. Trento	4,78	9,73	-4,63
Veneto	5,51	3,79	-2,97
F.V. Giulia	-1,98	8,93	-12,96
Liguria	4,83	14,69	6,36
E. Romagna	5,61	7,79	4,90
Toscana	0,28	11,08	0,06
Umbria	8,20	3,66	15,54
Marche	4,60	8,22	9,54
Lazio	6,45	22,98	11,28
Abruzzo	1,47	14,41	2,17
Molise	4,42	7,10	9,59
Campania	5,81	14,58	6,82
Puglia	-6,80	6,83	-5,46
Basilicata	11,46	17,86	20,17
Calabria	2,18	16,30	10,49
Sicilia	1,72	11,26	2,01
Sardegna	0,89	4,54	9,23

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

+23,0% al +0,6 che si misurano rispettivamente nel Lazio e in Liguria. Per quanto riguarda gli infermieri, invece, si misurano sul territorio nazionale valori che vanno dal +20,17% della Basilicata al -13,0% del Friuli Venezia Giulia (tabella 11). Alle stesse conclusioni porta anche l'analisi del dato "personale per 1.000 abitanti".

Andando a considerare più nello specifico il personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche, nel 2005 (ultimo dato disponibile) è risultato pari a 553.714 unità (+0,8% rispetto al 2000), di cui 104.028 medici e odontoiatri e 230.251 infermieri (rispettivamente +7,7% e -2,3% se confrontati con i dati rilevati nel 2000) (tabelle 13 e 14).

Il personale delle strutture di ricovero private accreditate ammonta a 78.157 individui (+2,7% rispetto al 2000), dei quali 14.020 sono medici e 26.297 infermieri (rispettivamente +7,8% e -3,7% se confrontati con il 2000). L'andamento del privato accreditato si mostra quindi abbastanza in linea con quanto avviene nel settore pubblico.

**Tabella 12 – Personale dipendente dal SSN per 1.000 abitanti, popolazione effettiva e pesata per età, anni 2000 e 2005**

Regione	Personale SSN						Personale medico						Personale infermieristico					
	2000			2005			2000			2005			2000			2005		
	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.		
ITALIA	10,99	10,99	11,05	11,05	1,67	1,67	1,80	1,80	1,67	1,67	1,80	1,80	4,35	4,35	4,31	4,31		
Piemonte	12,50	11,74	12,88	12,11	1,85	1,74	1,98	1,86	1,85	1,74	1,98	1,86	4,88	4,58	4,55	4,28		
Valle D'Aosta	15,02	14,61	15,31	15,01	1,90	1,85	2,25	2,21	1,90	1,85	2,25	2,21	5,23	5,09	5,18	5,08		
Lombardia	10,71	10,74	9,78	9,81	1,42	1,43	1,38	1,38	1,42	1,43	1,38	1,38	4,20	4,21	3,63	3,64		
Pr. Aut. Bolzano	15,19	16,23	16,50	17,78	1,49	1,59	1,77	1,91	1,49	1,59	1,77	1,91	5,97	6,37	5,99	6,46		
Pr. Aut. Trento	14,06	13,99	14,02	14,20	1,69	1,68	1,76	1,78	1,69	1,68	1,76	1,78	5,67	5,64	5,15	5,21		
Veneto	11,98	11,95	12,13	12,18	1,63	1,62	1,62	1,63	1,63	1,62	1,62	1,63	5,49	5,48	5,11	5,14		
F.V. Giulia	13,86	12,70	13,37	12,45	1,74	1,59	1,86	1,73	1,74	1,59	1,86	1,73	6,25	5,72	5,35	4,98		
Liguria	12,70	10,92	13,50	11,69	1,80	1,55	2,10	1,81	1,80	1,55	2,10	1,81	5,22	4,49	5,63	4,87		
E. Romagna	12,82	11,61	12,98	12,05	1,84	1,67	1,90	1,77	1,84	1,67	1,90	1,77	5,30	4,80	5,33	4,95		
Toscana	13,41	12,18	13,20	12,15	1,89	1,71	2,06	1,89	1,89	1,71	2,06	1,89	5,71	5,18	5,60	5,16		
Umbria	11,88	10,80	12,48	11,50	2,12	1,93	2,13	1,96	2,12	1,93	2,13	1,96	4,70	4,27	5,27	4,86		
Marche	11,55	10,72	11,62	10,92	1,76	1,63	1,83	1,72	1,76	1,63	1,83	1,72	4,64	4,31	4,89	4,59		
Lazio	8,92	9,09	9,49	9,62	1,47	1,50	1,81	1,83	1,47	1,50	1,81	1,83	3,43	3,49	3,81	3,87		
Abruzzo	11,80	11,42	11,77	11,40	1,94	1,88	2,18	2,11	1,94	1,88	2,18	2,11	4,75	4,60	4,77	4,62		
Molise	11,47	10,95	12,21	11,72	1,98	1,89	2,16	2,07	1,98	1,89	2,16	2,07	4,20	4,01	4,69	4,50		
Campania	8,96	10,21	9,47	10,64	1,58	1,80	1,81	2,04	1,58	1,80	1,81	2,04	3,44	3,91	3,66	4,12		
Puglia	9,20	9,99	8,61	9,19	1,42	1,54	1,52	1,62	1,42	1,54	1,52	1,62	3,44	3,73	3,26	3,48		
Basilicata	9,65	9,89	10,95	11,06	1,54	1,58	1,85	1,87	1,54	1,58	1,85	1,87	3,73	3,82	4,55	4,60		
Calabria	10,92	11,57	11,38	11,91	1,81	1,92	2,15	2,25	1,81	1,92	2,15	2,25	3,61	3,82	4,06	4,25		
Sicilia	9,29	9,88	9,57	10,07	1,75	1,86	1,97	2,07	1,75	1,86	1,97	2,07	3,31	3,52	3,42	3,60		
Sardegna	12,56	13,36	12,65	13,21	2,18	2,32	2,27	2,37	2,18	2,32	2,27	2,37	4,44	4,72	4,84	5,06		

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

**Tabella 13 – Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche, anno 2005**

Regione	Totale	Sanitario	Sanitario di cui medici e odontoiatri	Sanitario di cui personale inferm.co	Profession.	Tecnico	Amministr.
ITALIA	553.714	399.373	104.028	230.251	1.031	104.832	43.630
Piemonte	41.851	28.262	7.483	15.129	80	9.146	4.104
Valle D'Aosta	1.206	937	253	502	1	192	76
Lombardia	101.240	66.938	15.871	38.442	226	22.757	10.499
Pr. Aut. Bolzano	6.626	4.215	861	2.565	20	1.625	728
Pr. Aut. Trento	5.212	3.393	715	1.988	7	1.397	414
Veneto	42.950	31.011	6.892	19.036	62	8.501	3.099
F.V. Giulia	14.238	9.753	2.279	5.659	25	3.340	1.069
Liguria	18.606	14.233	3.449	8.559	42	2.830	1.448
E. Romagna	42.195	32.523	7.634	19.131	67	6.827	2.595
Toscana	36.067	28.343	7.184	16.938	67	5.290	1.855
Umbria	7.972	6.210	1.652	3.641	19	1.139	419
Marche	14.005	10.855	2.583	6.524	15	2.153	892
Lazio	57.360	41.974	11.804	22.999	107	8.843	5.236
Abruzzo	12.082	8.818	2.297	5.375	16	2.240	685
Molise	3.346	2.686	747	1.417	2	581	70
Campania	43.338	31.847	9.731	18.156	73	7.826	3.154
Puglia	30.855	22.802	6.356	13.635	67	5.793	2.094
Basilicata	4.730	3.702	875	2.172	5	800	223
Calabria	15.264	11.086	3.210	6.395	30	2.793	1.348
Sicilia	40.518	29.147	9.244	15.728	73	8.043	2.999
Sardegna	14.053	10.638	2.908	6.260	27	2.716	623

Fonte: Ministero della Salute 2007

Note: Non è compreso il personale in rapporto libero professionale o altro tipo di rapporto. Il totale comprende le qualifiche atipiche. Per gli IRCCS sono state considerate anche le sedi distaccate.

**Tabella 14 – Personale dipendente delle strutture di ricovero e cura pubbliche, variazione percentuale anni 2000-2005**

Regione	Totale	Sanitario	Sanitario di cui medici e odontoiatri	Sanitario di cui personale inferm.co	Profession.	Tecnico	Amministr.
ITALIA	0,80	3,42	7,75	-2,33	2,89	-14,57	16,44
Piemonte	-9,84	-11,47	-3,28	-21,02	-11,11	-12,70	5,42
Valle D'Aosta	-10,00	9,85	23,41	1,83	-50,00	-52,00	-10,59
Lombardia	0,86	1,24	5,29	-5,27	11,88	-7,94	16,67
Pr. Aut. Bolzano	31,29	26,61	32,26	11,76	33,33	7,62	277,20
Pr. Aut. Trento	-9,10	-7,85	-1,52	-16,37	133,33	-12,52	-8,20
Veneto	-8,98	-10,34	-5,49	-16,58	-11,43	-10,60	5,55
F.V. Giulia	-1,57	-4,89	8,01	-13,07	-3,85	-1,79	36,35
Liguria	-5,96	-0,35	1,35	-1,58	31,25	-33,68	21,68
E. Romagna	9,81	12,16	12,33	9,17	4,69	-3,44	14,12
Toscana	2,52	4,71	9,88	0,80	97,06	-19,35	24,58
Umbria	6,79	10,93	1,41	13,53	-9,52	-16,25	-2,10
Marche	5,96	9,72	7,22	8,91	-34,78	-19,78	44,81
Lazio	9,36	15,32	18,19	6,33	4,90	-21,78	23,87
Abruzzo	0,76	3,42	11,83	-1,07	-33,33	-21,92	19,76
Molise	13,04	20,18	24,09	11,05	-60,00	-11,70	12,90
Campania	5,51	9,92	15,98	3,17	-3,95	-14,94	20,24
Puglia	-8,55	-4,10	0,81	-7,84	-17,28	-25,37	1,95
Basilicata	6,44	18,46	13,20	12,19	25,00	-25,58	-4,70
Calabria	0,94	7,82	10,73	5,46	-6,25	-24,55	31,26
Sicilia	3,63	10,33	10,80	7,02	14,06	-12,61	4,64
Sardegna	1,99	7,95	10,78	6,64	-15,63	-19,81	33,69

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Note: Non è compreso il personale in rapporto libero professionale o altro tipo di rapporto. Il totale comprende le qualifiche atipiche. Per gli IRCCS sono state considerate anche le sedi distaccate.



**Tabella 15 – Personale strutture di ricovero e cura pubbliche per 1.000 abitanti, popolazione effettiva e pesata per età, anni 2000 e 2005**

Regione	Personale Istituti di Ricovero e Cura						Personale medico						Personale infermieristico					
	2000			2005			2000			2005			2000			2005		
	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.	per 1000 abitanti eff.	per 1000 abitanti pes.		
ITALIA	9,51	9,51	9,45	9,45	1,67	1,67	1,78	1,78	1,78	1,78	4,08	4,08	4,08	4,08	3,93	3,93		
Piemonte	10,82	10,17	9,65	9,07	1,85	1,74	1,98	1,86	1,86	1,86	4,88	4,88	4,58	4,55	4,28	4,28		
Valle D'Aosta	11,12	10,82	9,77	9,58	1,90	1,85	2,25	2,21	2,21	2,21	5,23	5,23	5,09	5,18	5,08	5,08		
Lombardia	11,04	11,07	10,73	10,77	1,42	1,43	1,38	1,38	1,38	1,38	4,20	4,20	4,21	3,63	3,64	3,64		
Pr. Aut. Bolzano	10,88	11,62	13,81	14,89	1,49	1,59	1,77	1,91	1,91	1,91	5,97	5,97	6,37	5,99	6,46	6,46		
Pr. Aut. Trento	12,05	11,99	10,42	10,56	1,69	1,68	1,76	1,78	1,78	1,78	5,67	5,67	5,64	5,15	5,21	5,21		
Veneto	10,43	10,39	9,10	9,14	1,63	1,62	1,62	1,63	1,63	1,63	5,49	5,49	5,48	5,11	5,14	5,14		
F.V. Giulia	12,19	11,16	11,80	10,99	1,74	1,59	1,86	1,73	1,73	1,73	6,25	6,25	5,72	5,35	4,98	4,98		
Liguria	12,19	10,47	11,62	10,06	1,80	1,55	2,10	1,81	1,81	1,81	5,22	5,22	4,49	5,63	4,87	4,87		
E. Romagna	9,62	8,70	10,12	9,40	1,84	1,67	1,90	1,77	1,77	1,77	5,30	5,30	4,80	5,33	4,95	4,95		
Toscana	9,93	9,02	9,99	9,20	1,89	1,71	2,06	1,89	1,89	1,89	5,71	5,71	5,18	5,60	5,16	5,16		
Umbria	8,91	8,10	9,23	8,51	2,12	1,93	2,13	1,96	1,96	1,96	4,70	4,70	4,27	5,27	4,86	4,86		
Marche	9,02	8,37	9,19	8,64	1,76	1,63	1,83	1,72	1,72	1,72	4,64	4,64	4,31	4,89	4,59	4,59		
Lazio	9,93	10,11	10,85	11,00	1,47	1,50	1,81	1,83	1,83	1,83	3,43	3,43	3,49	3,81	3,87	3,87		
Abruzzo	9,37	9,07	9,28	8,99	1,94	1,88	2,18	2,11	2,11	2,11	4,75	4,75	4,60	4,77	4,62	4,62		
Molise	9,04	8,62	10,41	9,99	1,98	1,89	2,16	2,07	2,07	2,07	4,20	4,20	4,01	4,69	4,50	4,50		
Campania	7,10	8,09	7,49	8,41	1,58	1,80	1,81	2,04	2,04	2,04	3,44	3,44	3,91	3,66	4,12	4,12		
Puglia	8,26	8,96	7,58	8,09	1,42	1,54	1,52	1,62	1,62	1,62	3,44	3,44	3,73	3,26	3,48	3,48		
Basilicata	7,34	7,52	7,95	8,03	1,54	1,58	1,85	1,87	1,87	1,87	3,73	3,73	3,82	4,55	4,60	4,60		
Calabria	7,39	7,83	7,61	7,95	1,81	1,92	2,15	2,25	2,25	2,25	3,61	3,61	3,82	4,06	4,25	4,25		
Sicilia	7,69	8,18	8,08	8,50	1,75	1,86	1,97	2,07	2,07	2,07	3,31	3,31	3,52	3,42	3,60	3,60		
Sardegna	8,35	8,89	8,50	8,88	2,18	2,32	2,27	2,37	2,37	2,37	4,44	4,44	4,72	4,84	5,06	5,06		

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

Considerando solo la parte di personale degli Istituti di ricovero e cura pubblici, le disuguaglianze assistenziali locali sembrano accentuarsi ulteriormente. A fronte di una media nazionale pari a 9,5 unità di personale complessivo per 1.000 abitanti, si registra un valore massimo di 13,8 unità per 1.000 abitanti nella Pr. Aut. di Bolzano, contro il 7,5 della Campania. In questo caso, quindi, sembra ancora più netto il divario tra le Regioni del Nord-Centro e quelle del Sud (tabella 15).

### 2.2.3 Conclusioni

Nell'ultimo decennio tutte le leggi finanziarie hanno proposto misure di contenimento dei costi della spesa sanitaria, in particolare diretta alla componente ospedaliera, incidendo spesso sulle politiche regionali in merito alla riorganizzazione delle strutture. Questi tentativi di esercitare un forte controllo sulla spesa sanitaria pubblica presentano continuamente il rischio di entrare in conflitto con il raggiungimento di altri obiettivi presenti nella programmazione sanitaria, quali ad esempio il superamento della carenza di personale infermieristico.

A fronte di consistenti misure di riduzione dei posti letto, però, non sono seguiti coerenti ridimensionamenti delle piante organiche, che anzi nell'ultimo quinquennio sembrano presentare aumenti piuttosto significativi con un certo disequilibrio tra professioni.

Le politiche sanitarie, quindi, al momento sembrano aver trovato solo una parziale attuazione, che comunque non ha ridotto in modo significativo i divari territoriali.

Anche l'assetto della rete di servizi socio-sanitari territoriali non presenta al momento un livello e un trend di crescita tale da far ritenere che nel breve periodo possa espandersi in modo sufficiente per compensare la de-ospedalizzazione dell'assistenza. Rimane insito in questo processo il rischio di aumentare le disuguaglianze assistenziali sul territorio nazionale, generando forti disagi ai pazienti e alle loro famiglie, precocemente dimessi dalle strutture ospedaliere, che in alcune aree potrebbero trovare carenza di offerta e quindi di una adeguata presa in carico da parte dei servizi territoriali.

### Riferimenti bibliografici

- ISTAT (a cura di) (2006), *Annuario Statistico Italiano 2006*, ISTAT.
- ISTAT (a cura di) (2007), *Demo: demografia in cifre* visionabile all'indirizzo internet: <http://demo.istat.it/>
- Ministero della Salute (a cura di) (2002), *Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2000*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2002), *Personale delle ASL e degli Istituti di Cura pubblici - anno 2000*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2005), *Compendio del Servizio Sanitario Nazionale – Ottobre 2005*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2005), *Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2006), *Rapporto nazionale di monitoraggio*

*dell'Assistenza sanitaria - anni 2002-2003*, Ministero della Salute.

- Ministero della Salute (a cura di) (2007), *Attività gestionali ed Economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2005*, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (a cura di) (2007), *Personale delle ASL e degli Istituti di Cura pubblici - anno 2005*, Ministero della Salute.
- Spandonaro F, Francia L (2005), *Carenza di infermieri: la realtà italiana a confronto con il resto del mondo*, Scienze Infermieristiche, vol. 1, n. 1, 2005.

#### **Normativa di riferimento**

- L. n. 833/1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, G.U. n. 360/28 dicembre 1978.
- D.Lgs n. 56/2000, *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133*, G.U. n. 62/15 Marzo 2000.
- L. Cost. n. 3/2001, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*, G.U. n. 248/24 ottobre 2001.
- Intesa 23 marzo 2005, Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, G.U. n. 105/7 Maggio 2005.
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, Ministero della Salute.

## 2.3 - Le politiche di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

Burgio A.<sup>1</sup>, Rocchetti I.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

### 2.3.1 Introduzione

L'assistenza ospedaliera è al centro dell'attenzione nelle politiche sanitarie di tutti Paesi sviluppati già da molti anni, soprattutto a causa delle ingenti risorse che essa assorbe. Dalla nascita del SSN ad oggi, la rete ospedaliera italiana ha subito un profondo processo di riorganizzazione volto al miglioramento della qualità dell'assistenza e al mantenimento delle cure (attraverso i servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio). La riorganizzazione ha interessato in primo luogo il numero dei posti letto (che ha subito una riduzione significativa pari al -24% tra il 1980 e il 1990, al -35% tra il 1990 e il 2000 e quasi del -11% tra il 2000 e il 2003), ma anche il numero di strutture e il personale, ha contribuito allo sviluppo e al potenziamento di servizi collegati e alternativi al ricovero ordinario, quali l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, l'attività di day hospital e di lungodegenza riabilitativa ospedaliera e l'attività ambulatoriale.

Il problema principale di tale strategia riorganizzativa è quello della non proporzionalità fra le riduzioni dei "fattori" di assistenza e in particolare fra la riduzione dei posti letto e degli organici, che rappresentano le voci largamente maggioritarie dei costi: si costituiscono così dei freni alla razionalizzazione in ambito ospedaliero.

Il fine del presente contributo è quello di analizzare alcune dimensioni fondamentali dell'assistenza ospedaliera e valutare lo stato di avanzamento del processo di razionalizzazione; si privilegia in questo contesto l'analisi della variabilità regionale dei comportamenti assistenziali: in particolare in termini di ricorso all'ospedale per età e per complessità di diagnosi e intervento e di assorbimento di risorse. Nell'ambito di questo ragionamento rientra anche una valutazione delle politiche tariffarie regionali.

### 2.3.2 Banca dati e metodologia

Nelle elaborazioni seguenti si è utilizzata la banca dati delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) del Ministero della Salute relative all'anno 2004, che comprendono il riferimento sia alla Regione di ricovero che a quella di residenza del paziente<sup>3</sup>. Il dettaglio della Regione di ricovero è essenziale al fine del calcolo dell'assorbimento di risorse, valorizzato per età, per diagnosi e intervento principale e per Regione di residenza del paziente,

<sup>1</sup> ISTAT, Direzione centrale per le Statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, Servizio Sanità e Assistenza.

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini residenti all'estero.

utilizzando i tariffari regionali DRG specifici e il tariffario nazionale del 1997 (DM 30/06/1997).

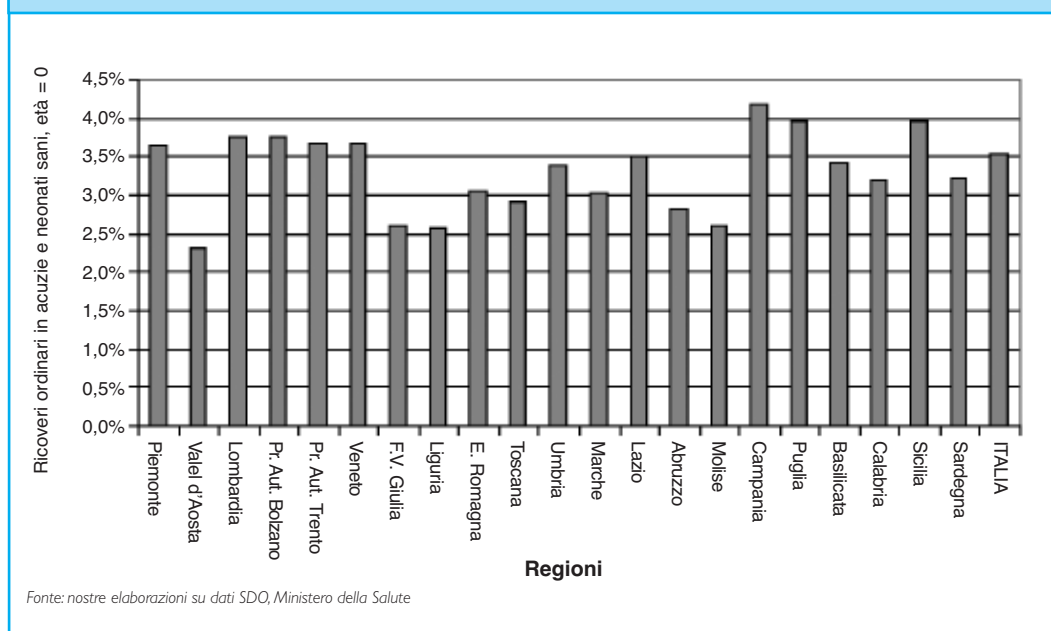
In particolare è stata calcolata la “spesa<sup>4</sup>” media per ricoverato, per classi di età e per raggruppamenti di diagnosi e interventi principali ed è stato valutato l’effetto congiunto del minore/maggiore ricorso all’ospedale attraverso il calcolo dei tassi di ospedalizzazione specifici per età e residenza del paziente.

L’impatto dell’ospedalizzazione è stato analizzato non solo considerando i ricoveri ma anche le giornate di degenza per età del paziente.

### 2.3.3 Struttura dei “costi” ospedalieri per età

La prima parte dell’analisi si incentra sulla distribuzione per età della “spesa” ospedaliera dei ricoveri per acuti in regime ordinario e in day hospital valorizzata con la tariffa nazionale del 1997<sup>5</sup>. Relativamente agli acuti ricoverati in regime ordinario, le percentua-

**Figura 1a – Quota di “spesa” ospedaliera per neonati sani e neonati patologici per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



<sup>4</sup> Per “spesa” va correttamente inteso l’ammontare di finanziamento teoricamente riconosciuto secondo le tariffe DRG regionali (o nazionale) vigenti. Non si tratta quindi strictu sensu di spesa, ma di un indicatore dell’assorbimento di risorse relativo per classe di età. Nel testo per semplicità verrà usato il termine “spesa” virgolettato.

<sup>5</sup> Si è scelto di calcolare le percentuali di spesa alle varie età utilizzando il tariffario nazionale e non i tariffari regionali in quanto questi ultimi sono disponibili solo negli anni più recenti (eventuali modifiche da DGR possono quindi influenzare le stime); inoltre utilizzando la nomenclatura nazionale gli impatti rilevati alle varie età sono quelli dovuti soprattutto alle differenze di case-mix.

li di “spesa” alle varie età hanno un andamento qualitativamente omogeneo nelle varie Regioni: dopo il picco di assorbimento relativo alle nascite, esse crescono lentamente sino alla classe di età 15-24, per poi aumentare esponenzialmente nelle fasce di età successive.

All’età iniziale, l’assorbimento dei neonati sani e dei neonati patologici è pari in media al 3,5% dell’assorbimento totale: si passa dal 2,3% della Valle d’Aosta al 4,2% della Campania, seguita dalla Sicilia e dalla Puglia con il 4% (figura 1a).

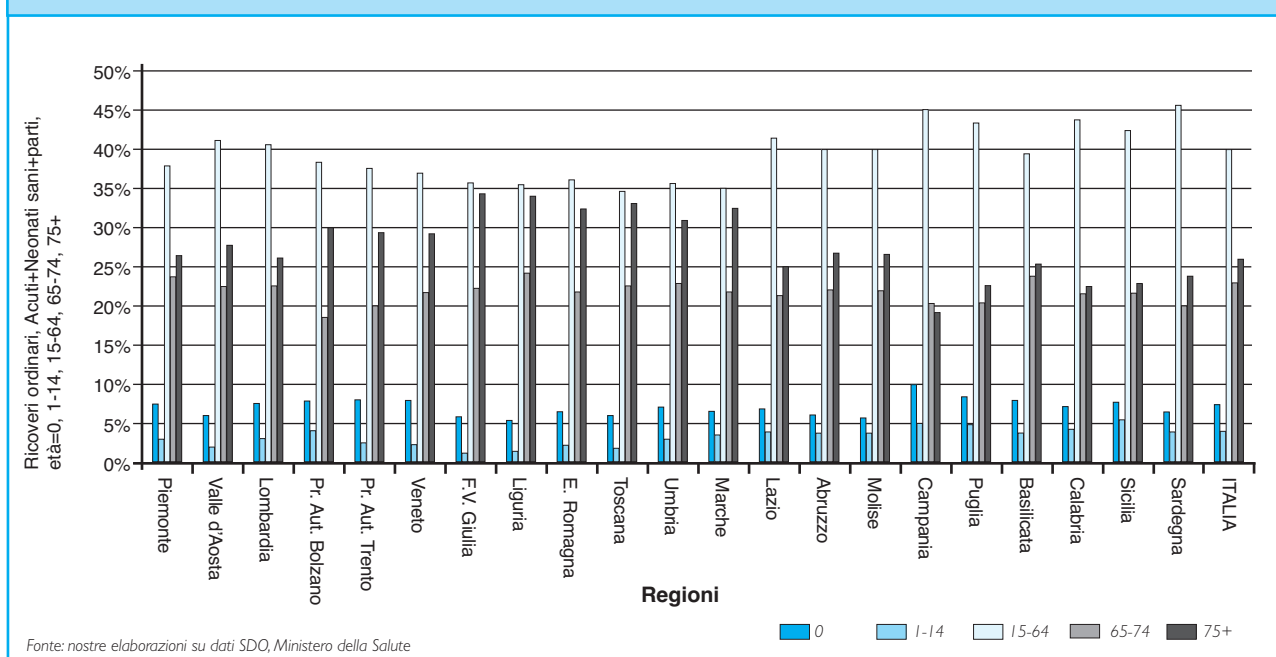
Se consideriamo insieme all’assorbimento dei neonati sani e patologici anche il costo dei parti delle madri (DRG 370-375), il peso dell’età 0 diventa pari in media al 7,7% del totale; la Campania, la Sicilia e la Puglia continuano ad essere la Regioni con assorbimento relativo maggiore e pari rispettivamente al 9,9%, all’8,5% e all’8,2%. Al contrario al livello più basso si trovano la Liguria e il Molise con una quota di “spesa” pari rispettivamente al 5,4% e al 5,5%.

Il costo della classe di età 15-64 anni, al netto dei parti, è pari in media al 40,4%: l’assorbimento minore si ha in Toscana (34,8%), mentre la Sardegna si caratterizza per un assorbimento relativo maggiore (45,4%) (figura 1b).

L’assorbimento di risorse, sempre calcolato escludendo i costi complessivi dei parti di bimbi nati sani, all’età zero è maggiore nelle Regioni del Sud, quali la Puglia (3,3%), la Sicilia (3,2%), la Campania (3,1%) (figura 1c).

La variabilità regionale è rilevante a tutte le età ma in particolare nella classe 75+, in cui l’assorbimento medio relativo è pari al 26,6% del totale, passando dal 19,6% della

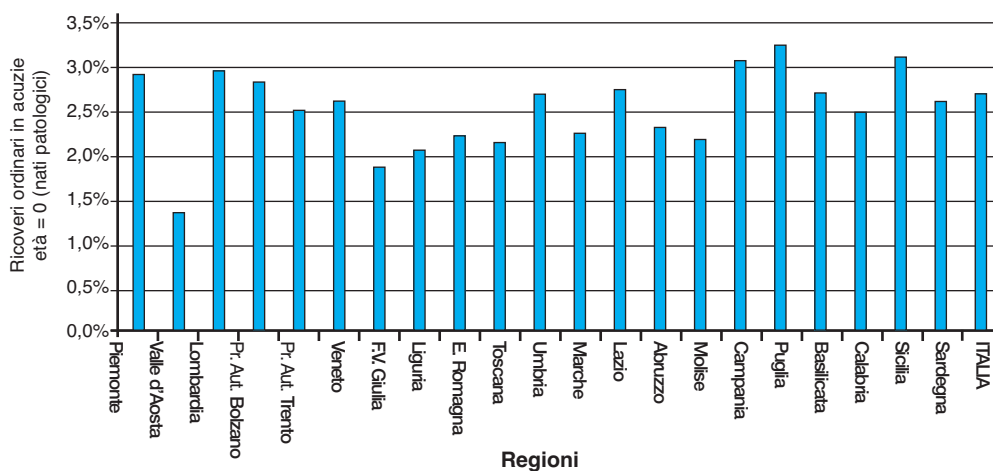
**Figura 1b – Quota di “spesa” ospedaliera per età 0-75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Campania al 34,9% del Friuli Venezia Giulia (figura 2).

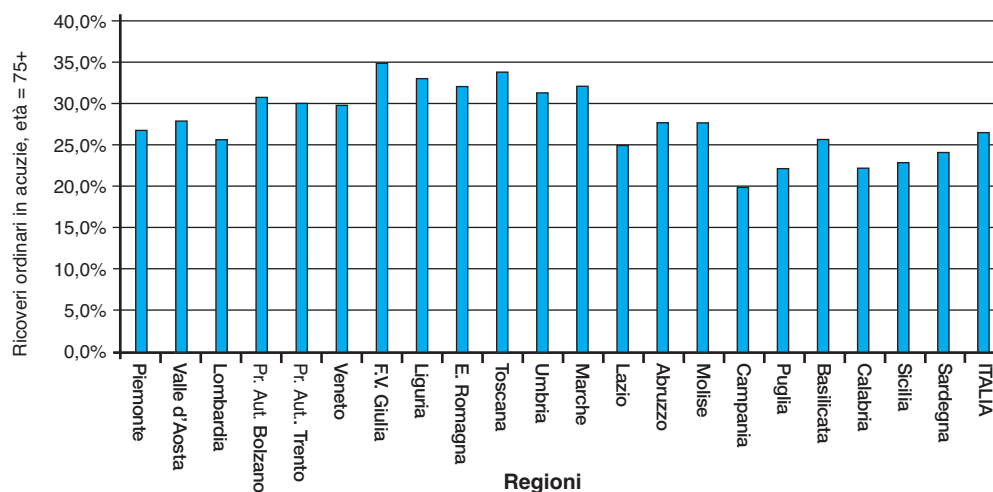
Per quanto riguarda le classi di età 1-14, 15-64 e 65-74 anni l'assorbimento relativo medio è quindi pari rispettivamente al 3,7%, al 44,8% e al 22,1% (figura 3).

**Figura 1c – Quota di “spesa” ospedaliera per neonati patologici per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



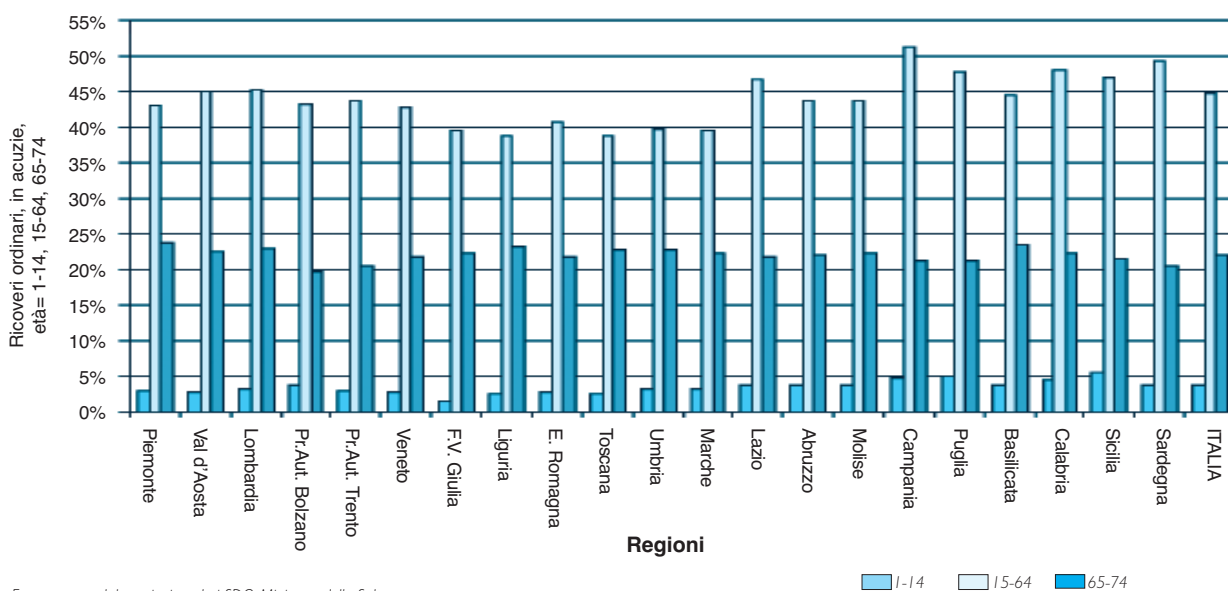
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 2 – Quota di “spesa” ospedaliera per età 75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

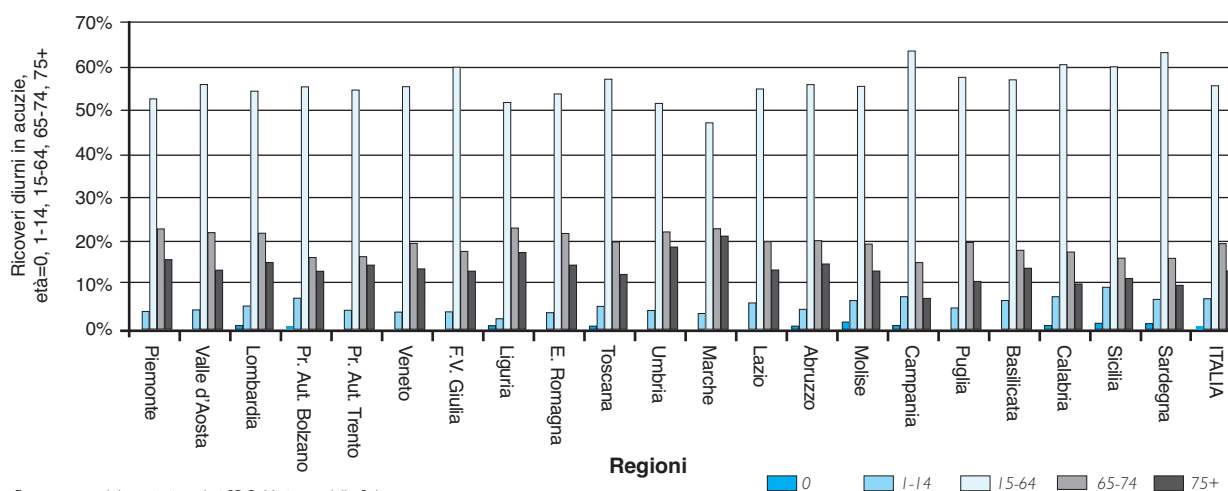
**Figura 3 – Quota di “spesa” ospedaliera per età 1-74 anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per quanto concerne i ricoveri in day hospital, analogamente ai ricoveri ordinari, l'assorbimento relativo maggiore è in corrispondenza della fascia di età 15-64 anni e pari in media al 58%: si passa da un assorbimento del 49% delle Marche al 65% della Sardegna (figura 4a).

**Figura 4a – Quota di “spesa” ospedaliera per età 0-75+ anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

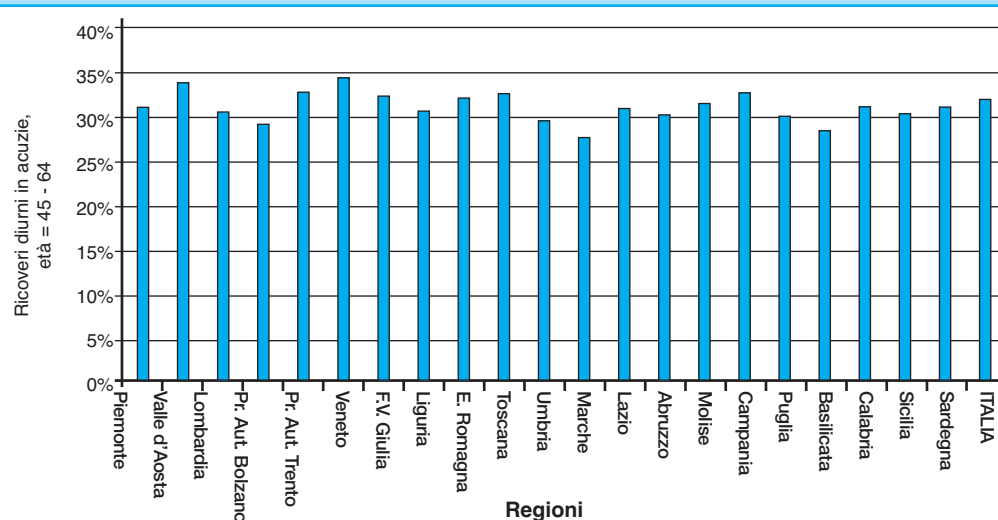


Scomponendo tale classe di età, risulta che la quota di spesa più elevata corrisponde alla fascia 45-64 anni in cui l'assorbimento nazionale è del 32% circa e va da un minimo del 28% delle Marche a un massimo del 34% del Veneto (figura 4b).

La "spesa" ospedaliera per i ricoveri ordinari e diurni si concentra quindi nella classe 15-64 anni: emerge peraltro una variabilità regionale più forte in regime ordinario che in *day hospital*; tale variabilità è dovuta soprattutto alle differenze di *case-mix* e agli effetti delle politiche sanitarie, come cercheremo di argomentare nel seguito.

Inoltre, dalle elaborazioni condotte emerge che le nascite, per quanto scarse nel nostro Paese, assorbono una quota rilevante della spesa ospedaliera, stimata nel 7,7% del totale.

**Figura 4b – Quota di "spesa" ospedaliera per età 45-64 anni per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

### 2.3.4 Il ricorso all'ospedalizzazione

L'analisi dell'ospedalizzazione alle varie età non può prescindere da quella sulla struttura demografica della popolazione dei ricoverati nelle diverse Regioni.

La percentuale di ricoveri ordinari per acuzie è pari in Italia al 68,5% del totale (acuti): all'età zero la percentuale di ricoveri ordinari ammonta all'87,6% in media (sono esclusi i neonati sani), al 59,7% nella classe 1-14 anni, al 65% nella classe 15-64 anni, al 69,3% nella fascia di età 65-74 anni e al 78,2% per gli ultrasettantacinquenni.

Per quanto concerne le classi di età 0, 1-14 e 15-64 anni, la Regione che presenta una percentuale maggiore di ricoveri in regime ordinario è la Puglia con rispettivamente il 97%, 82,1% e 76,9%. Al contrario la Liguria presenta le quote più basse e pari nell'ordine al 72,1%, 43,1%, 52,8%. Nelle ultime classi di età la Liguria continua ad essere la

Regione con la percentuale minore di ricoveri ordinari: nello specifico il 57% a 65-74 anni e il 69,1% a 75 anni e più; il Molise si caratterizza per la quota maggiore di ricoveri ordinari dei 65-74enni acuti (87%) e la Puglia raggiunge la percentuale massima per quanto concerne gli over 75 (79,6%) (tabella 1a).

**Tabella 1a - Ricoveri ordinari in acuzie per età e Regione di residenza (valori percentuali sul totale dei ricoveri in acuzie), anno 2004**

Regioni	Classi di età					Totale
	0	1-14	15-64	65-74	75+	
Piemonte	90,1%	61,1%	61,2%	62,4%	70,8%	64,3%
Valle d'Aosta	82,6%	63,7%	68,1%	69,1%	76,3%	70,0%
Lombardia	90,3%	65,5%	67,4%	68,2%	75,7%	69,7%
Pr. Aut. Bolzano	89,7%	68,1%	73,7%	78,6%	84,5%	76,9%
Pr. Aut. Trento	92,6%	57,8%	65,3%	69,8%	77,9%	69,1%
Veneto	92,9%	63,1%	63,4%	66,9%	78,7%	68,1%
Friuli Venezia Giulia	91,2%	53,9%	69,5%	78,0%	86,9%	75,5%
Liguria	72,1%	43,1%	52,8%	57,0%	69,1%	57,5%
Emilia Romagna	92,5%	73,4%	67,1%	69,6%	80,7%	71,8%
Toscana	88,2%	50,3%	62,1%	72,2%	85,1%	69,6%
Umbria	92,7%	57,6%	61,9%	67,2%	75,4%	66,6%
Marche	91,8%	70,8%	72,3%	73,7%	79,2%	74,7%
Lazio	84,7%	43,7%	64,1%	66,9%	75,2%	65,3%
Abruzzo	88,1%	62,2%	70,0%	76,1%	82,9%	73,7%
Molise	82,1%	65,6%	72,7%	78,5%	87,0%	76,5%
Campania	81,0%	56,9%	65,4%	72,1%	81,1%	68,1%
Puglia	97,0%	82,1%	76,9%	78,4%	85,2%	79,6%
Basilicata	90,8%	59,1%	64,5%	72,3%	77,6%	68,8%
Calabria	88,5%	61,7%	68,6%	76,9%	83,6%	72,6%
Sicilia	81,0%	57,1%	55,5%	64,0%	72,4%	60,5%
Sardegna	87,9%	60,7%	66,1%	72,8%	82,6%	70,4%
ITALIA	87,6%	59,7%	65,0%	69,3%	78,2%	68,5%

Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

In generale si può dire quindi che le Regioni del Nord ricorrono maggiormente al *day hospital*, rispetto a quelle del Sud, a tutte le età.

Questo aiuta a spiegare perché le stesse Regioni del Nord presentano in regime ordinario degenze medie maggiori per acuzie, soprattutto all'età zero e nelle classi più anziane. Per quanto riguarda i neonati patologici il valore massimo è raggiunto dalla Valle d'Aosta che si caratterizza per una degenza media pari a 7,8 giorni; nella fascia 1-14 anni è invece la Sardegna a presentare il maggior numero di giorni per ricoverato pari a 4,1, mentre a 15-64 anni il massimo viene raggiunto dal Piemonte (6,5 giorni di degenza media).

Nella fasce 65-74 anni e 75+ è ancora la Valle d'Aosta a presentare valori di degenza massimi in regime ordinario e pari rispettivamente a 9,5 e 13,3 giorni (tabella 1b).

**Tabella 1b - Degenza media per età e Regione di residenza.  
Ricoveri ordinari in acuzie, anno 2004**

Regioni	Classi di età					Totale
	0	1-14	15-64	65-74	75+	
Piemonte	6,0	3,7	6,5	9,4	10,6	7,8
Valle d'Aosta	7,8	3,6	6,0	9,5	13,3	8,2
Lombardia	6,0	3,4	5,2	7,7	9,1	6,4
Pr. Aut. Bolzano	6,3	3,0	5,9	8,3	9,7	7,0
Pr. Aut. Trento	6,6	3,4	6,2	9,1	10,6	7,7
Veneto	7,2	3,6	6,3	9,2	10,5	7,8
Friuli Venezia Giulia	6,6	3,0	5,8	8,7	10,1	7,6
Liguria	5,8	3,9	6,3	8,9	10,0	7,8
Emilia Romagna	6,4	3,3	5,4	7,7	8,7	6,7
Toscana	7,0	4,0	6,1	8,7	9,1	7,4
Umbria	6,3	3,6	5,4	7,9	8,1	6,5
Marche	6,7	3,4	5,5	7,9	9,3	6,9
Lazio	6,3	3,7	6,3	8,9	9,9	7,3
Abruzzo	6,1	3,8	5,2	7,3	7,8	6,1
Molise	6,1	3,8	5,9	8,6	9,1	7,1
Campania	6,3	3,2	5,0	7,1	7,5	5,6
Puglia	5,8	3,8	5,2	7,5	8,4	6,1
Basilicata	5,8	3,8	5,7	8,0	8,5	6,6
Calabria	6,0	3,7	5,5	7,6	8,0	6,3
Sicilia	5,9	3,6	5,2	6,9	7,4	5,8
Sardegna	6,6	4,1	5,9	7,9	8,4	6,7
ITALIA	6,2	3,6	5,6	8,0	9,0	6,7

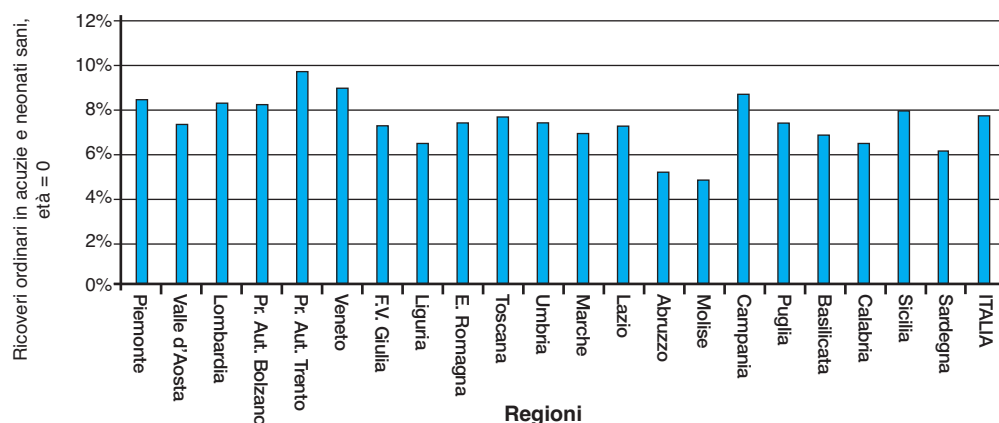
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

In regime ordinario i ricoveri di età zero (compresi i neonati sani) pesano in media l'8% dei ricoveri complessivi: si passa dal 5% dell'Abruzzo e del Molise al 10% della Provincia Autonoma di Trento (figura 5a).

Restrizzando l'analisi ai soli neonati patologici si ha un peso in media pari al 3%; esso aumenta all'aumentare dell'età: nella fascia 1-14 anni esso è pari in media al 6%, mentre nella classe di età 15-64 anni raggiunge il 50%. Gli anziani di 65-74 e 75 anni e più hanno invece un peso pari al 20% circa (figura 5b).

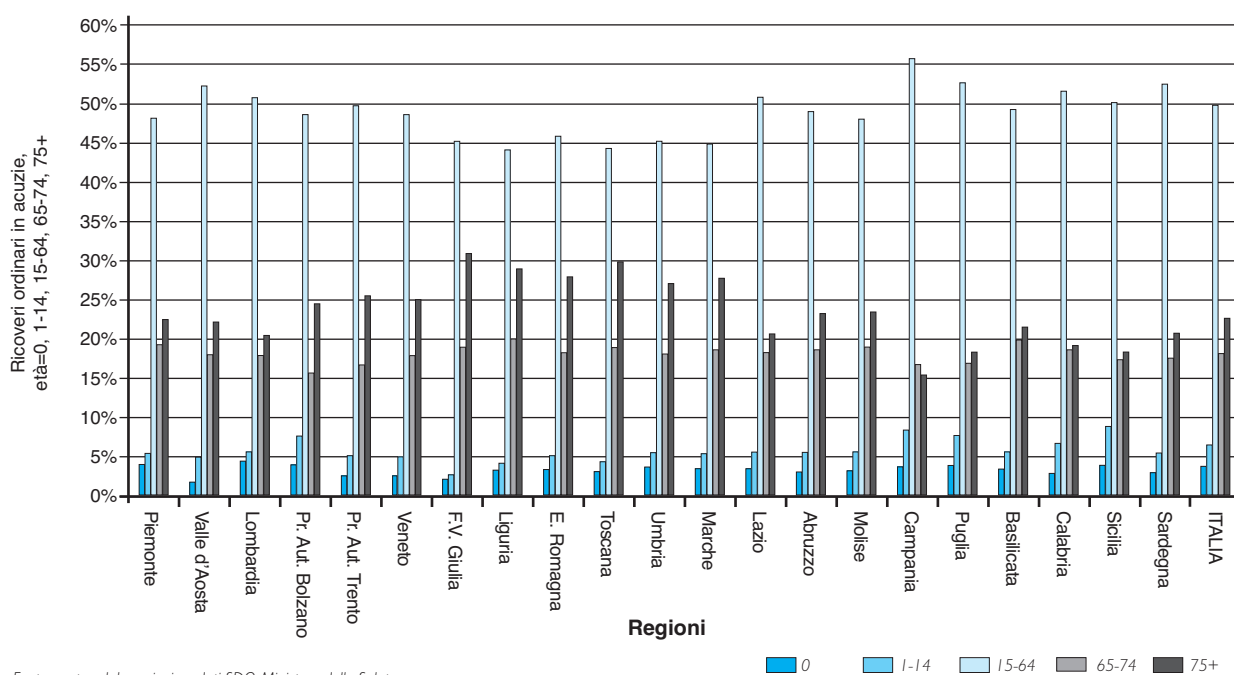
Le Regioni del Nord hanno ovviamente una quota più elevata di ricoveri per acuzie degli anziani (75+) sul totale; nello specifico il Friuli Venezia Giulia e la Toscana presentano un peso degli acuti ordinari ultrasettantacinquenni pari rispettivamente al 31% e al 30%,

**Figura 5a – Quota dei ricoveri dei neonati sani e dei neonati patologici per Regione di residenza, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 5b – Quota dei ricoveri per età 0-75+ anni per Regione di residenza, anno 2004**



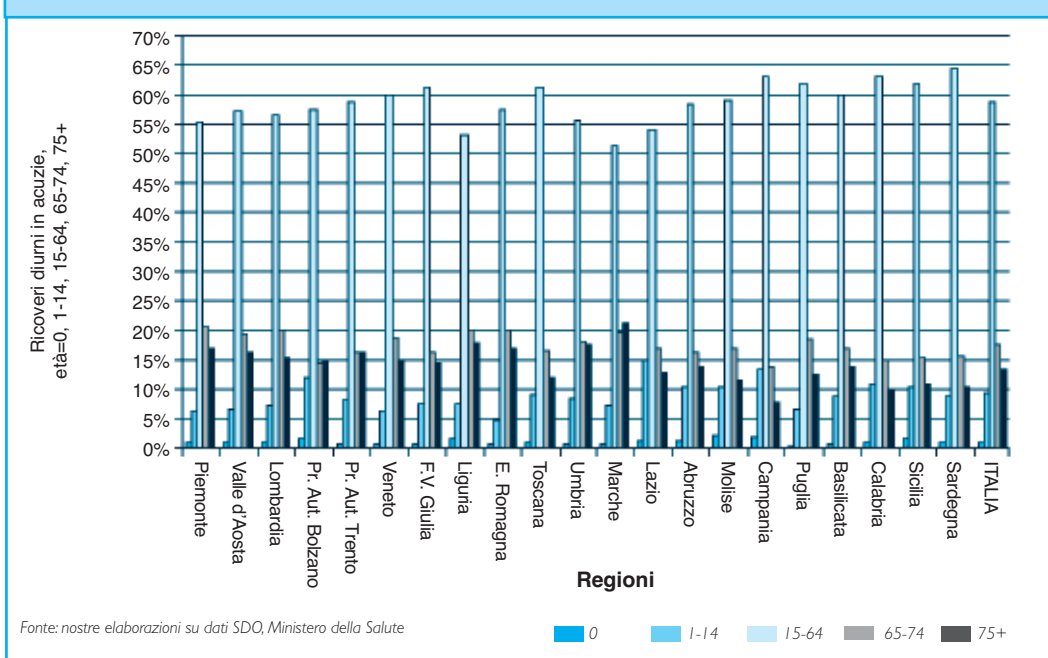
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

seguite dalla Liguria e dall'Emilia Romagna (29% e 28%), contro il 16% della Campania e il 18% della Puglia.

In day hospital la classe 15-64 anni, che comprende una quota maggiore di ricoveri, pesa in media il 58% del totale. Si notano anche in questo caso delle differenze a livel-

lo regionale: la Sardegna presenta una quota relativa di ricoveri per acuzie maggiore e pari al 64% circa del totale, al contrario delle Marche che si caratterizzano per il peso più basso nella stessa classe e pari al 51% (figura 6).

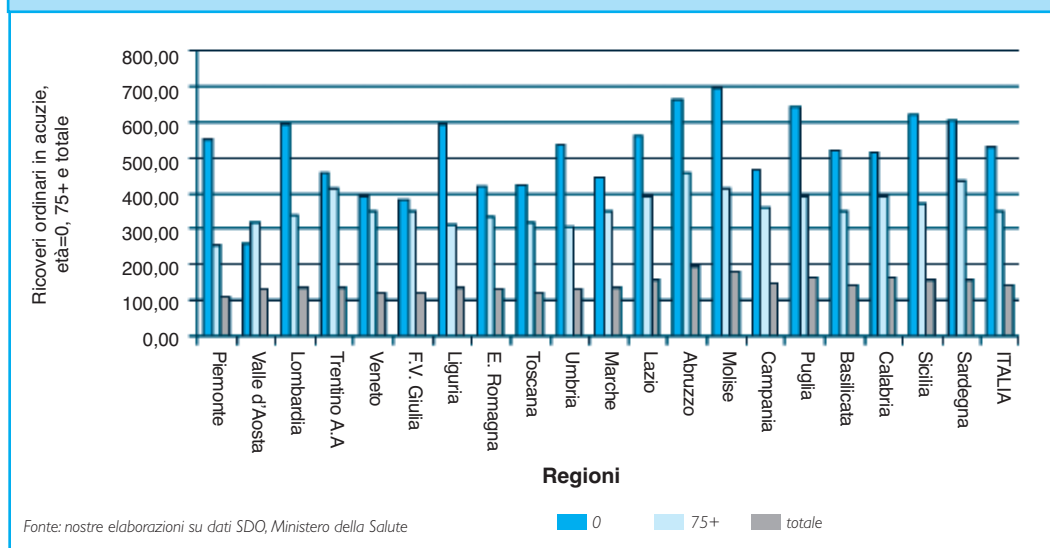
**Figura 6 – Quota di ricoveri per età 0-75+ anni per Regione di residenza, anno 2004**



I tassi di ospedalizzazione ci permettono di unire il dato di ricorso all'ospedalizzazione, precedentemente analizzato, a quello relativo alla struttura demografica, permettendo confronti standardizzati fra le Regioni. In Italia il tasso medio di ospedalizzazione per acuzie in regime ordinario è pari a 142,14 per 1.000 abitanti. Nello specifico all'età iniziale il tasso è pari a 528,36 per 1.000 (esclusi i neonati sani), scende a 68,34 ricoveri su 1.000 abitanti nella classe di età 1-14 anni e risale poi a 349,92 nell'ultima fascia di età (75+). L'analisi dell'ospedalizzazione rivela una forte variabilità regionale, soprattutto nel primo anno di vita: una maggior proporzione di ricoveri si concentra in Molise (692,93), in Abruzzo (660,50) e in Puglia (641,55). All'altro estremo troviamo la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, con tassi di ospedalizzazione pari rispettivamente al 259,55 e al 378,92 per 1.000.

Per quanto riguarda invece i ricoveri dei più anziani, è l'Abruzzo, seguito dalla Sardegna, dal Trentino A. A. e dal Molise a raggiungere tassi più elevati (rispettivamente 436,34, 456,09, 414,15, 410,61 per 1.000 abitanti). In generale si nota che le Regioni del Centro e del Sud (tra cui la Calabria, la Puglia e la Sicilia) presentano livelli di ospedalizzazione di ultrasettantacinquenni maggiori rispetto alle Regioni del Nord: il Piemonte ha il tasso più basso e pari a 254,08 per 1.000 abitanti (figura 7a).

**Figura 7a – Tassi di ospedalizzazione totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004**



Poiché i dati utilizzati si riferiscono alla Regione di residenza, la forte variabilità riscontrata nei livelli di ospedalizzazione, soprattutto per i più anziani, può essere spiegata dalla presenza nel Nord di alternative residenziali specifiche, più carenti al Sud. Ciò indicherebbe anche una più efficiente capacità organizzativa finalizzata a far fronte ai maggiori bisogni assistenziali degli anziani, probabilmente legata anche alla differente struttura demografica rispetto al Sud.

I tassi di ospedalizzazione in regime ordinario, al netto dei 43 DRG a rischio di inappropriata, confermano la variabilità sopra riportata: il Molise è la Regione con il tasso di ospedalizzazione dei neonati patologici maggiore e pari al 597,60 per 1.000, l'Abruzzo si caratterizza per una quota più elevata di ricoveri "appropriati" degli ultrasettantacinquenni pari a 371,74 su 1.000 abitanti oltre che per un tasso complessivo maggiore (157,29) (figura 7b).

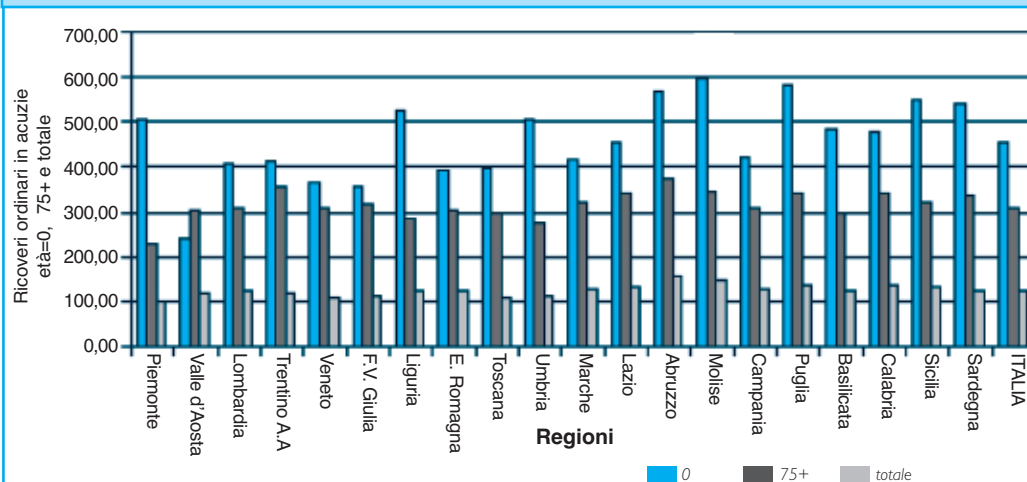
È interessante analizzare l'impatto dei ricoveri sulla popolazione residente anche in termini di durata del ricovero in quanto quest'ultima può essere considerata una proxy della complessità del case-mix oltre che un indicatore di efficienza.

Anche in questo caso riscontriamo una forte variabilità, soprattutto nelle fasce di età estreme: all'età zero si passa da 2,0 giornate di degenza per abitante in Valle d'Aosta a 4,2 in Molise, mentre nella classe 75+ si passa da 2,5 giorni pro-capite in Umbria a 4,3 giorni di degenza in Valle d'Aosta (figura 8).

Dal confronto tra i tassi di ospedalizzazione e tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza<sup>6</sup>, soprattutto in riferimento ai più anziani, risulta che la Valle d'Aosta e il Veneto

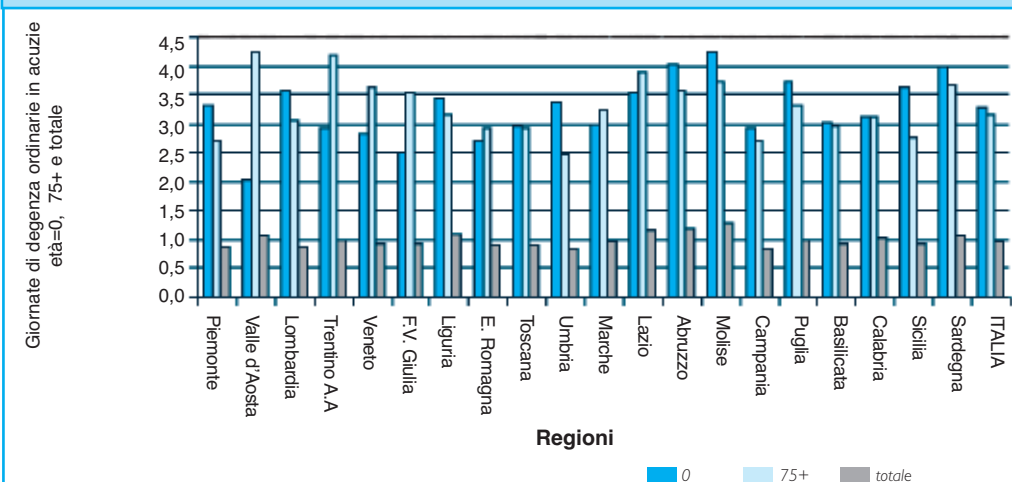
<sup>6</sup> Calcolati suddividendo le giornate di degenza per acuti per la popolazione media regionale residente al 2004 (Istat).

**Figura 7b – Tassi di ospedalizzazione al netto dell'inappropriatezza totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 8 – Tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza totali e per età 0 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per abitante), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

hanno un tasso di ospedalizzazione medio-basso, ma un numero di giornate di degenza per abitante medio alto: ciò potrebbe essere indice di una propensione da parte di tali Regioni ad accettare ricoveri di complessità più elevata.

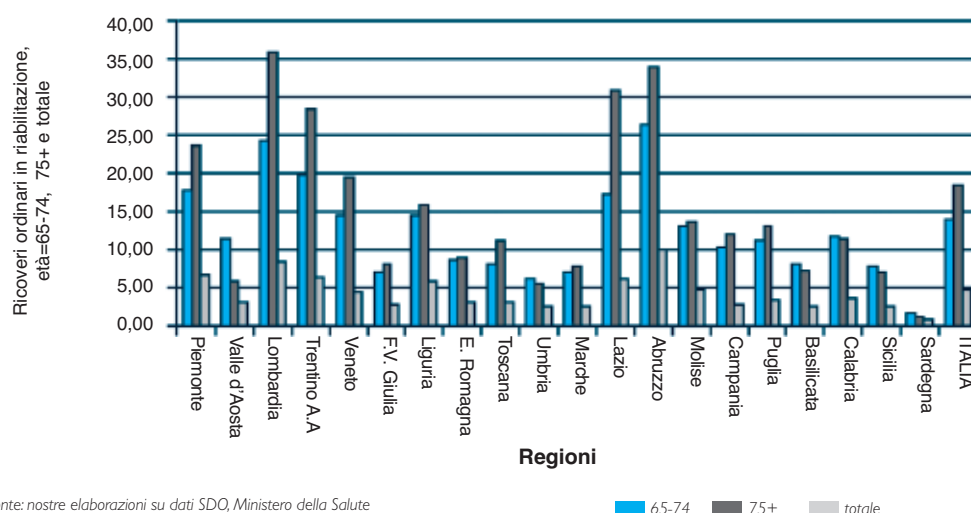
Relativamente ai ricoveri per riabilitazione, i tassi di ospedalizzazione raggiungono ovviamente livelli massimi (nel livello e nella variabilità) nelle classi 65-74 anni e 75+. A 75 anni e più la Lombardia presenta il tasso più elevato e pari a 35,72 per 1.000 abitanti, segui-

ta dall'Abruzzo (33,80) e dal Lazio (30,89). Al contrario la Sardegna si caratterizza per un tasso in riabilitazione più basso pari a 1,13 insieme alle altre Regioni del Sud quali la Sicilia e la Basilicata (rispettivamente 6,88 e 7,31) (figura 9).

Per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza<sup>7</sup>, la media italiana è di 1,62 ricoveri su 1.000 abitanti. Anche qui si osserva una elevata variabilità soprattutto in corrispondenza dell'ultima classe di età.

L'Emilia Romagna ha il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza più elevato (pari a 43,77 per gli over 75), seguita dal Trentino A. A. (31,51 per 1.000).

**Figura 9 – Tassi di ospedalizzazione totali e per età 65-74 e 75+ anni per Regione di residenza (valori per 1.000 abitanti), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per i ricoveri diurni, in Italia il tasso di ospedalizzazione degli acuti è pari complessivamente a 65,22 per 1.000 abitanti, passando da 74,97 per 1.000 alla nascita a 97,42 per 1.000 a 75 anni e più.

Nel primo anno di vita si può notare, così come per il regime ordinario, una forte irregolarità geografica nelle distribuzioni, oltre a una grande variabilità nelle proporzioni dei ricoveri presenti nelle diverse Regioni. I livelli maggiori di utilizzo sono raggiunti dalla Liguria (228,95 per 1.000), dal Molise (150,88) e dalla Sicilia (145,26). Nell'età più anziana sono sempre la Sicilia e la Liguria ad avere i tassi di ospedalizzazione in regime di *day hospital* più alti (pari rispettivamente al 141,01 e 140,54).

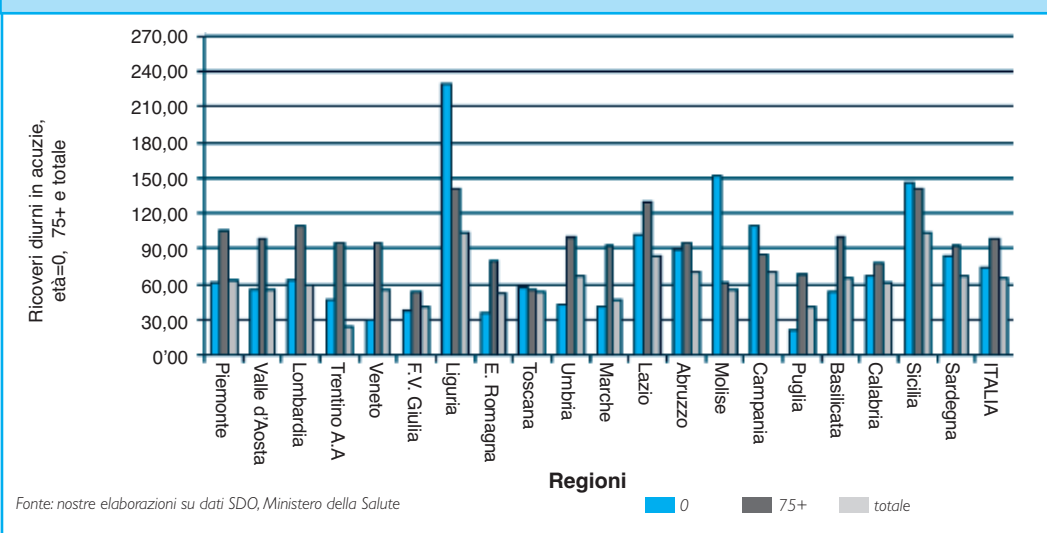
<sup>7</sup> È importante ricordare che la lungodegenza non è una tipologia di attività esclusiva degli ospedali, gran parte dei lungodegenti si trovano nelle RSA.



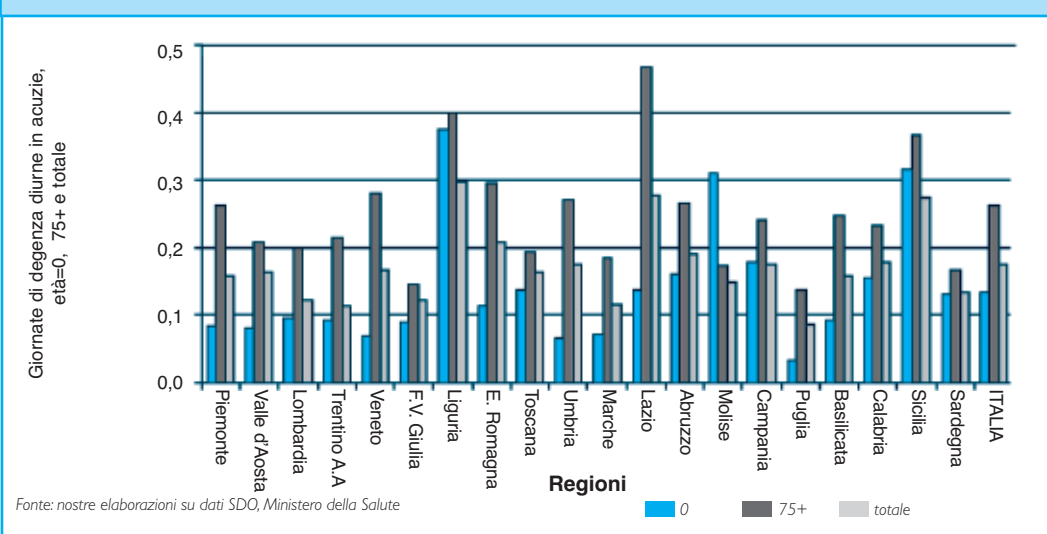
La Puglia è la Regione con la proporzione più bassa di ricoveri diurni per acuzie nel primo anno di vita (19,69 per 1.000 abitanti), mentre nella classe di età 75+ il Friuli Venezia Giulia presenta il tasso più basso e pari al 52,93 per 1.000 abitanti (figura 10).

Analizzando le giornate di degenza per residente in day hospital, si ha che nella prima classe di età è sempre la Liguria a presentare un tasso maggiore e pari a circa 0,4 giorni di degenza in media per abitante, mentre nella fascia di età estrema il Lazio si caratterizza per una quota relativa di giornate di ricovero diurno per acuzie maggiore e pari allo 0,5 (figura 11).

**Figura 10 – Tassi di ospedalizzazione per età 0 e 75+ anni e totale per Regione di residenza, valori per 1.000 abitanti, anno 2004**



**Figura 11 – Tassi di ospedalizzazione per giornate di degenza e per età 0 e 75+ anni e totale per Regione di residenza, valori per abitante, anno 2004**



In conclusione, la consistente variabilità nei tassi di ospedalizzazione standardizzati per età è indice di una discrepanza nelle politiche di ricovero, spesso legata a caratteristiche dell'offerta e rivela, nonostante in tutte le Regioni ci sia stata una riduzione dei posti letto e delle strutture di ricovero soprattutto pubbliche, la progressiva realizzazione di modelli organizzativi e assistenziali differenti sul territorio nazionale.

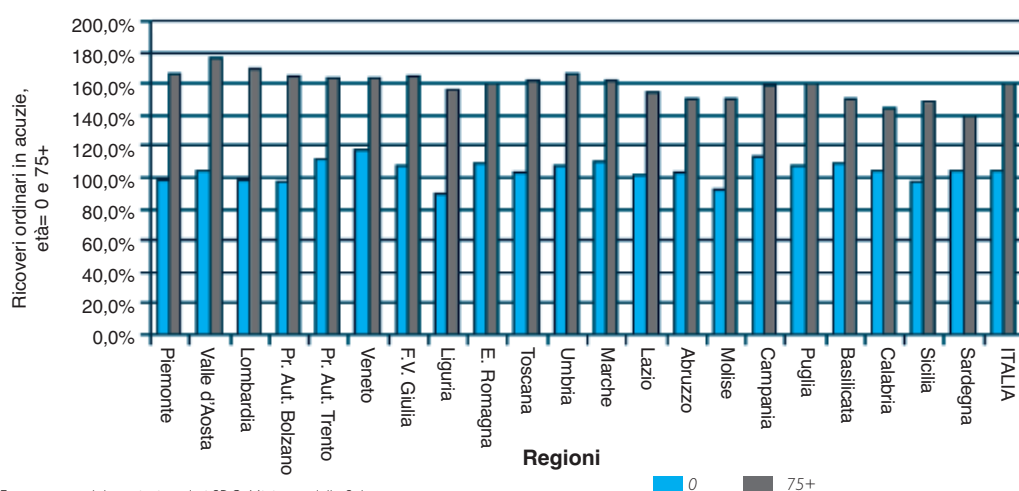
### 2.3.5 L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il *case-mix*

Per depurare l'analisi della spesa dagli effetti demografici e quindi dai tassi di ospedalizzazione, si è elaborata la distribuzione della "spesa" media per fascia di età nelle singole Regioni, standardizzando rispetto alla "spesa" media della classe di età 25-44 anni, prescelta in quanto da quest'età in poi il bisogno ospedaliero e dunque l'assorbimento di risorse comincia ad aumentare. La "spesa" media per ricoverato è stata calcolata sia utilizzando le tariffe DRG specifiche regionali che quella nazionale (DM 30/06/1997).

Dal calcolo della "spesa" media per acuzie in regime ordinario, attraverso la tariffa nazionale si ha che i neonati patologici hanno in media il 103,8% della "spesa" relativa alla classe di età 25-44 anni, mentre gli over 75 hanno una "spesa" media relativa pari al 160,3%. La Regione che presenta un assorbimento relativo maggiore nella prima classe di età è il Veneto, contro l'assorbimento minore della Liguria e del Molise (rispettivamente il 90,1% e il 92,5%); a 75 anni e più è invece la Valle d'Aosta che presenta una "spesa" media per ricoverato più elevata e pari al 176,7% (figura 12).

In generale non si notano particolari differenze tra gli assorbimenti relativi valorizzati con la tariffa nazionale e quelli valorizzati con le tariffe regionali: fa eccezione l'Emilia Romagna in cui l'assorbimento medio degli acuti in regime ordinario nel primo anno di vita aumenta dal 108,9% (tariffa nazionale) al 193,2% (tariffe regionali).

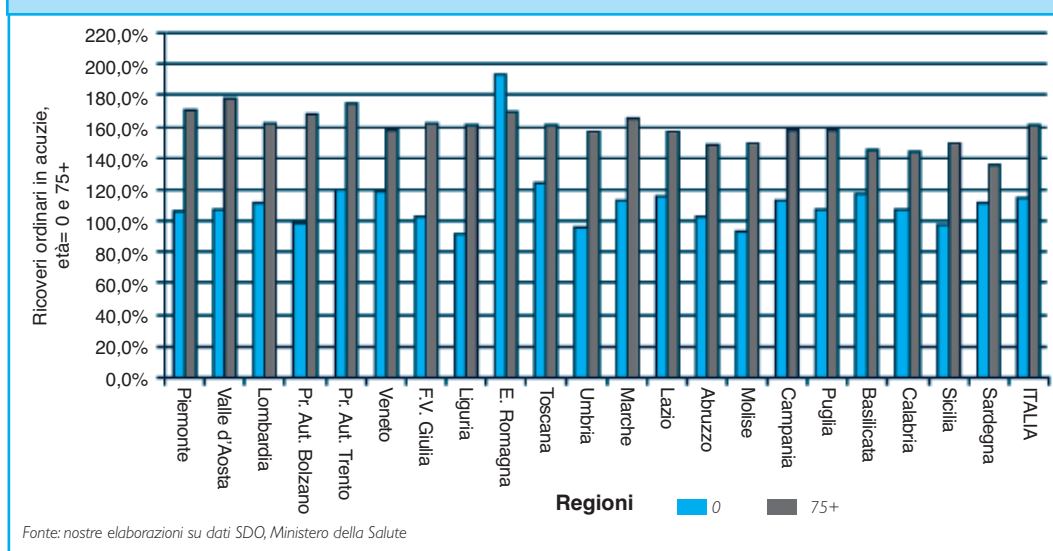
**Figura 12 – "Spesa" media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=100, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

La valorizzazione con i tariffari regionali rivela che relativamente agli acuti in regime ordinario i ricoverati di età 0 costano mediamente il 113,8% di quelli della classe di riferimento, mentre per l'età 75+ la "spesa" raggiunge il 161,1%. Come era lecito aspettarsi, quindi, gli anziani hanno una casistica mediamente "più complessa", ovvero costosa. Nello specifico delle singole Regioni, nel primo anno di vita si passa da un assorbimento medio del 91,9% della Liguria al 193,2% dell'Emilia Romagna, mentre nella fascia di età più anziana sono la Sardegna e la Valle d'Aosta a presentare rispettivamente la "spesa" media per ricovero minore e maggiore (rispettivamente pari a 136,0% e a 177,7% della classe 25-44 anni) (figura 13).

**Figura 13 – "Spesa" media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali, età 25-44=100, anno 2004**



Per quanto riguarda i ricoveri diurni, l'assorbimento relativo varia dal 45,1% all'età zero al 112,2% dell'ultima fascia di età.

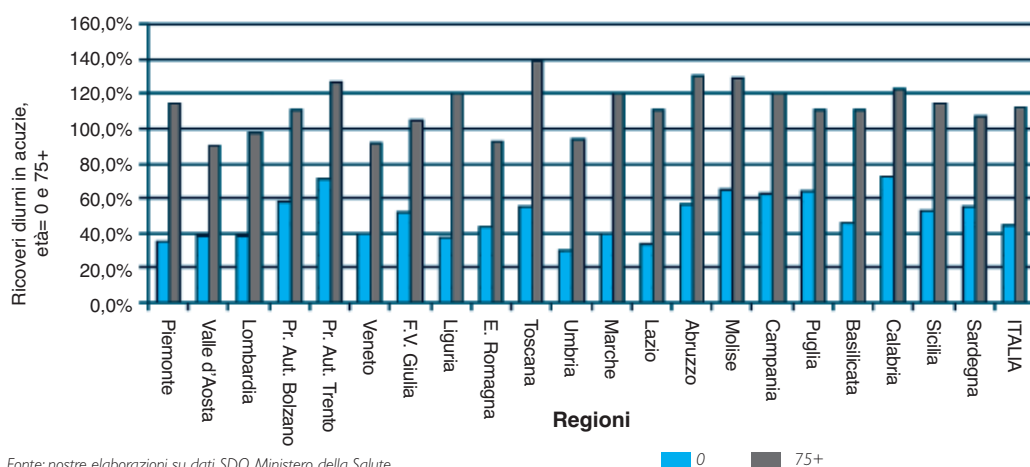
Nell'età iniziale l'Umbria si caratterizza per il minor assorbimento medio relativo pari al 29,5% contro il 70,6% della Prov. Auton. di Trento; nell'ultima fascia di età invece la Toscana presenta la percentuale di "spesa" media per ricoverato maggiore (138,5%), mentre in Valle d'Aosta i ricoverati ultrasettantacinquenni costano mediamente solo il 90,2% rispetto alla classe 25-44 anni (figura 14).

Le indicazioni che si traggono da queste statistiche sono che in alcune Regioni del Centro-Sud si nota una struttura della "spesa" più piatta, che può essere indice della presenza di ricoveri di bassa intensità, potenzialmente inappropriati, per le fasce più a rischio, ovvero bambini e anziani.

Se si analizza l'assorbimento medio complessivo (valorizzato con le tariffe regionali) per acuzie di ogni Regione rispetto all'Italia, risulta che le Regioni del Nord registrano sistematicamente un finanziamento ("spesa" media per ricovero nell'accezione specificata

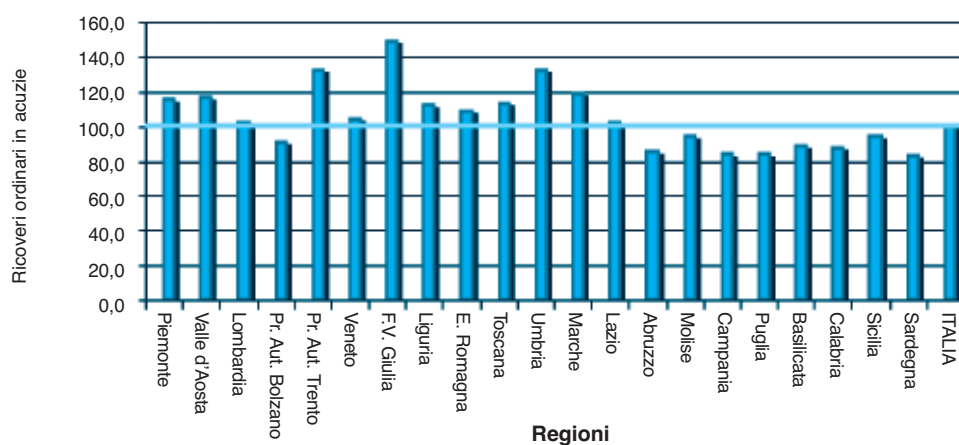
nella nota 4) maggiore rispetto a quelle del Sud, in entrambi i regimi di ricovero. Relativamente al regime ordinario, il Friuli Venezia Giulia è sopra la media (149,3%), seguita dall'Umbria e dalla Prov. Auton. di Trento (rispettivamente 132,1% e 131,8%); al contrario la Sardegna e la Campania sono sotto la media con un assorbimento relativo medio rispettivamente dell'82,5% e dell'84,0% di quello nazionale (figura 15a). Anche per i ricoveri diurni il Friuli Venezia Giulia e la Toscana raggiungono l'assorbimento relativo massimo pari a 181,9% e 149,5% di quello nazionale, la Campania è al contrario al di sotto della media (64,8%) (figura 15b).

**Figura 14 – “Spesa” media per ricoverato per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali, età 25-44=100, anno 2004**



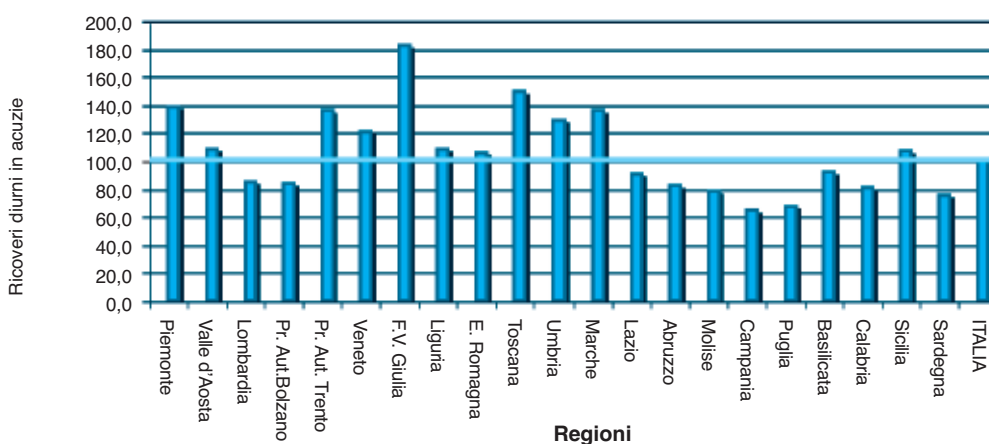
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 15a – “Spesa” media per ricoverato e Regione di residenza. Valorizzazione tariffe regionali (Italia = 100), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 15b – “Spesa” media per ricoverato e Regione di residenza.  
Valorizzazione tariffe regionali (Italia = 100), anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Questo dato confermerebbe che le politiche di finanziamento nel Nord vanno nel senso di privilegiare il ricorso all'ospedale per problemi di salute mediamente più complessi rispetto a quelli del Sud; tale aspetto verrà sviluppato meglio nel paragrafo successivo.

### **2.3.6 L'assorbimento di risorse standardizzato per diagnosi e intervento principale**

L'analisi dei ricoveri e del relativo assorbimento ospedaliero per diagnosi e per intervento principale fornisce una indicazione della complessità nel *case-mix*, sebbene per un dettaglio più preciso sarebbe opportuno fare riferimento anche alle diagnosi e agli interventi secondari.

Si è deciso di considerare in prima battuta delle macroclassificazioni per poi entrare successivamente nel dettaglio delle singole diagnosi e dei singoli interventi principali.

Per quanto riguarda le diagnosi principali dei ricoveri per acuti in regime ordinario, il gruppo delle “malattie del sistema circolatorio” è quello che presenta il numero maggiore di casi in tutte le Regioni, mentre generalmente le “malattie del sangue” raccolgono il numero minore di ricoveri per acuzie. Fanno eccezione la Liguria, l'Emilia Romagna, il Molise, la Sardegna e la Prov. Auton. di Trento, in cui la categoria diagnostica che presenta minori ricoveri per acuzie è quella che concerne le “malattie della pelle”.

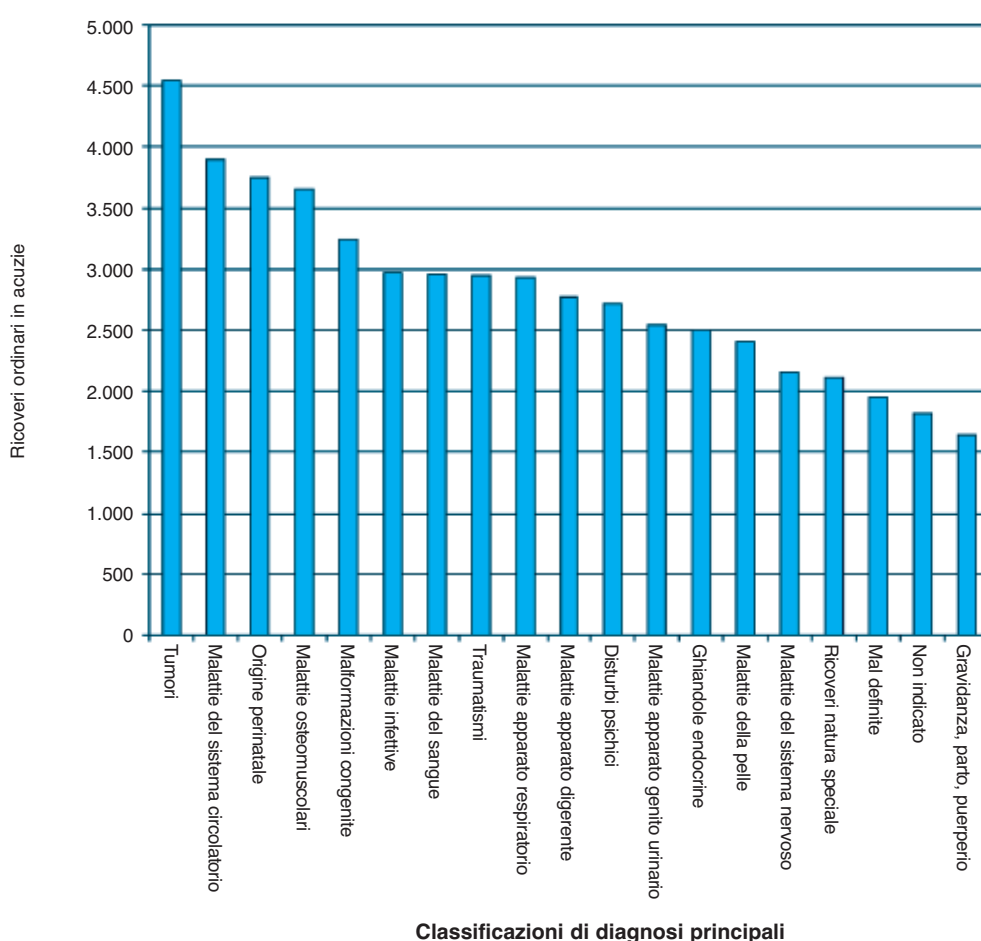
Relativamente agli interventi principali, il numero maggiore di interventi per acuzie è relativo ad accertamenti radiologici. Si notano in questo caso delle differenze a livello regionale: il Piemonte e la Valle d'Aosta, la Prov. Auton. di Trento, la Puglia e la Basilicata si caratterizzano per un numero maggiore di ricoveri per acuzie con interventi relativi “all'apparato muscolo scheletrico” (rispettivamente 50.987, 1.947, 6.241, 46.103 e 6.530). Il numero minore di interventi realizzati in regime ordinario per acuzie sono quelli relativi alla “rimozione o alla sostituzione di protesi” (13.031 casi in Italia), seguiti da pro-

cedure per “rimozione di calcoli o altri corpi” (20.666 casi in Italia).

Per quanto riguarda l’assorbimento medio per diagnosi principale calcolato attraverso le tariffe regionali DRG specifiche, la “spesa” media per ricoverato maggiore in Italia è quella relativa alle diagnosi tumorali, pari a € 4.544: si passa da € 3.764 in Puglia a € 6.341 in Umbria; anche le “malattie del sistema circolatorio” presentano un assorbimento relativo medio elevato (€ 3.897) (figura 16a).

Relativamente agli interventi principali, l’assorbimento medio maggiore si ha in corrispondenza delle procedure del sistema ematico linfatico (€ 8.639) e di quelle dell’apparato respiratorio (€ 8.275) (figura 17a). Per entrambi gli interventi è l’Umbria la Regione che presenta un maggior assorbimento relativo pari a € 16.270 (sistema ematico linfatico) e a € 12.093 (apparato respiratorio).

**Figura 16a – “Spesa” media per ricoverato e per raggruppamenti di diagnosi principali. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004**

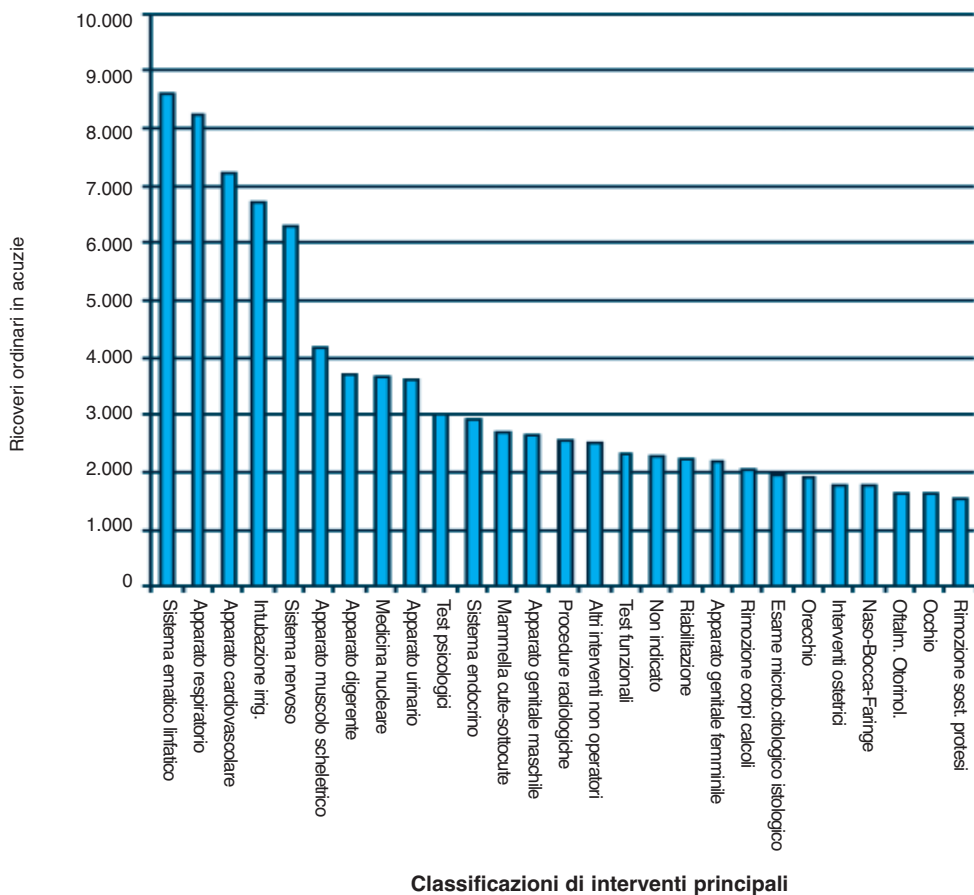


Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Per quanto concerne i ricoveri per acuzie in day hospital, un ricovero di “natura speciale” (es. esami speciali per l’identificazione di malattie virali o malattie batteriche o malattie infettive ed esami speciali (screening) per l’individuazione di tumori maligni, etc.) è quello con i costi medi più elevati (€ 1.883); al contrario le diagnosi connesse alle ghiandole endocrine hanno un costo medio relativo basso in quasi tutte le Regioni (€ 581 mediamente).

La “spesa” media inoltre è più alta per gli interventi non operatori (€ 2.223), ovvero procedure diagnostiche non operatorie correlate all’udito, intubazioni e irrigazioni non operatorie, rimozioni non operatorie di apparecchiature terapeutiche da testa e collo, etc., ma con alcune eccezioni: per le Regioni del Sud quali la Campania, la Calabria e la Sicilia, l’assorbimento maggiore riguarda gli interventi relativi all’apparato cardiovascolare (rispettivamente € 1.818, € 3.369, € 3.540); per alcune Regioni del Nord, come il Veneto

**Figura 17a – “Spesa” media per ricoverato e per raggruppamenti di interventi principali. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

e l'Emilia Romagna, la "spesa" media per ricoverato è maggiore in corrispondenza degli interventi relativi al sistema ematico linfatico (rispettivamente € 2.502 e € 2.255); infine l'assorbimento medio del Piemonte è maggiore in corrispondenza di procedure relative al sistema endocrino (€ 3.477).

Volendo andare nello specifico delle singole diagnosi principali<sup>8</sup> e dei singoli interventi principali dei ricoverati per acuzie (inclusi i neonati sani) in regime ordinario, si può notare che, escludendo i parti, la "chemioterapia" assorbe la maggior quantità di casi (131.997), seguita dalla diagnosi per "bronchite cronica ostruttiva" (98.492) e dall'"insufficienza cardiaca congestizia" (97.310). La "cataratta senile" si colloca al decimo posto nella scala delle frequenze ordinate con 79.680 casi, seguita dall'"insufficienza del cuore sinistro" (78.069) e dall'"artrosi localizzata primaria" (74.993) (figura 16b).

Per quanto concerne invece gli interventi principali, sono quelli relativi alla "diagnostica a ultrasuoni" a comprendere la maggior parte dei casi (402.689), seguiti da "altri test funzionali diagnostici non invasivi cardiologici e vascolari" (270.823) e da "altra radiografia del torace" (238.382). Al settimo posto si collocano gli interventi per "sostituzione di articolazione delle estremità inferiori" (122.580), seguiti dal "taglio cesareo tradizionale" (113.050) e dall'"angiocardiografia con mezzo di contrasto" (108.533) (figura 17b).

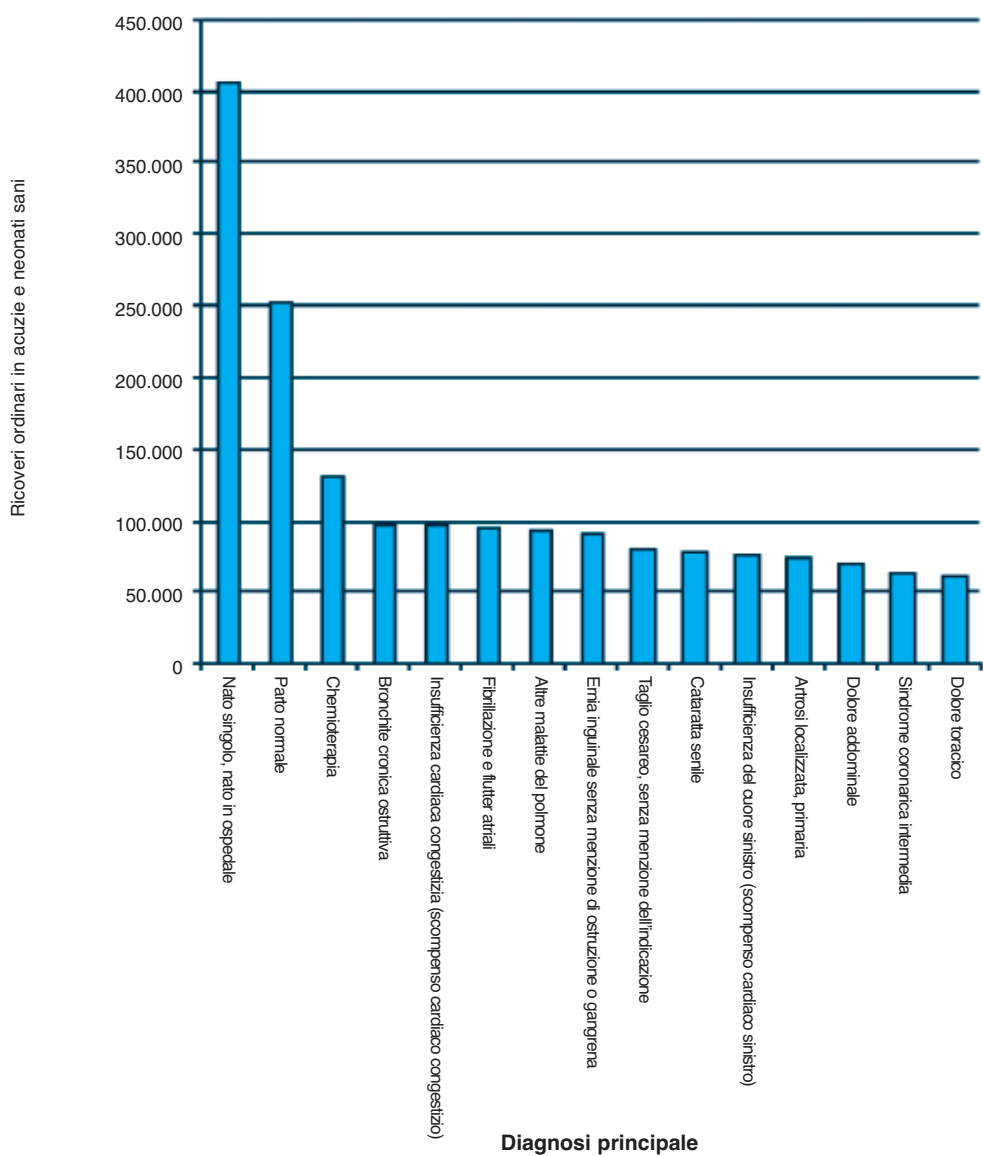
Il calcolo delle "spese" medie per diagnosi principale, attraverso le tariffe DRG regionali, mostra che un ricoverato per "artrosi localizzata primaria" costa mediamente € 7.716 (tale diagnosi è quella che costa mediamente di più tra le 15 diagnosi più frequenti). Al secondo posto abbiamo le "altre malattie del polmone" con una "spesa" media pari a € 5.459, seguite dalla "sindrome coronaria intermedia" (€ 4.292) e dall'"arresto cardiaco" (€ 4.142). Il "nato singolo in ospedale" e il "dolore addominale" hanno un costo medio più basso pari rispettivamente a € 670 e € 1.184 (tabella 2).

Per quanto concerne gli interventi principali, la "sostituzione di articolazione delle estremità inferiori" ha un costo medio per ricoverato più elevato e pari € 8.766, seguita dalla "riduzione cruenta di frattura con fissazione interna" (€ 4.182) e dalla "colecistectomia" (€ 3.668) (tabella 2).

<sup>8</sup> Per la diagnosi principale si considerano le prime quattro cifre del codice relativo; per gli interventi principali si considerano le prime tre cifre del codice relativo.

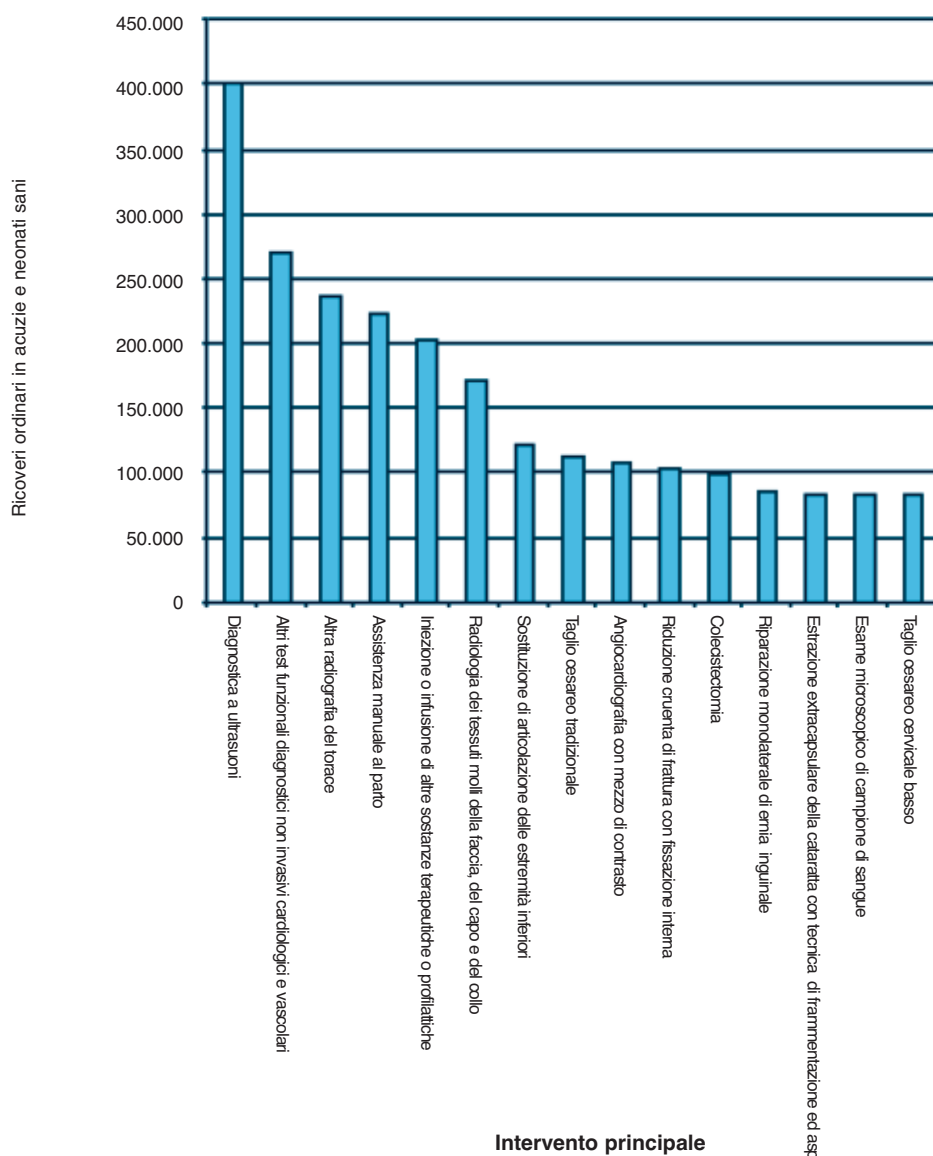


**Figura 16b – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per diagnosi principali, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Figura 17b – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per interventi principali, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

**Tabella 2 - “Spesa” media per diagnosi e intervento principale, ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani. Valorizzazione tariffe regionali, anno 2004**

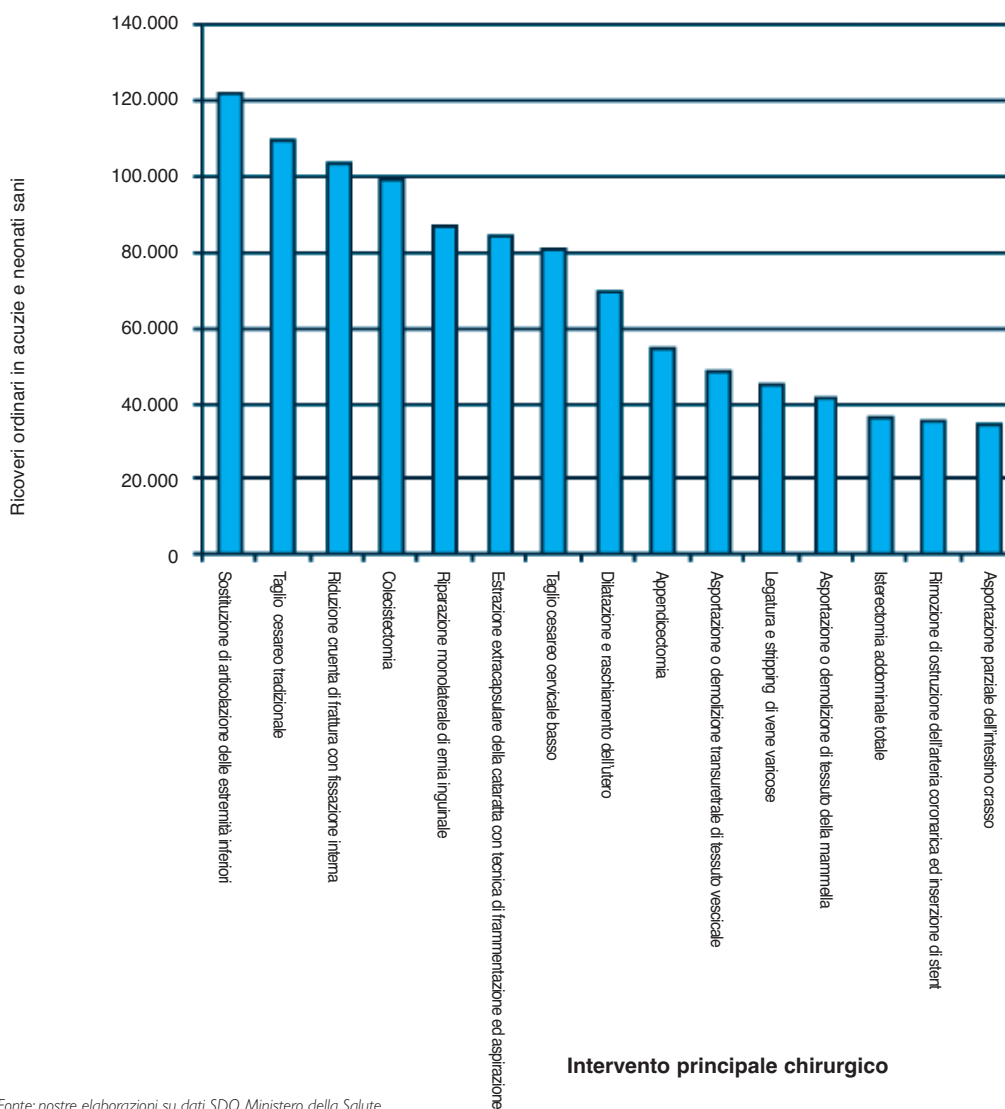
Diagnosi principale		Intervento principale	
Artrosi localizzata, primaria	7.715,81	Sostituzione di articolazione delle estremità inferiori	8.765,78
Altre malattie del polmone	5.458,55	Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna	4.181,88
Sindrome coronarica intermedia	4.292,21	Colecistectomia	3.668,38
Arresto cardiaco	4.141,60	Angiocardiografia con mezzo di contrasto	3.539,12
Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	3.300,71	Altra radiografia del torace	2.758,18
Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)	3.285,36	Radiologia dei tessuti molli della faccia, del capo e del collo	2.635,54
Bronchite cronica ostruttiva	2.853,87	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	2.413,60
Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione	2.395,76	Altri test funzionali diagnostici non invasivi cardiologici e vascolari	2.398,71
Chemioterapia	2.256,12	Taglio cesareo cervicale basso	2.333,39
Ernia inguinale senza menzione di ostruzione o gangrena	1.558,97	Diagnostica a ultrasuoni	2.329,39
Parto normale	1.517,33	Taglio cesareo tradizionale	2.268,75
Dolore toracico	1.467,76	Esame microscopico di campione di sangue	1.787,83
Cataratta senile	1.399,24	Riparazione monolaterale di ernia inguinale	1.606,24
Dolore addominale	1.183,76	Assistenza manuale al parto	1.530,72
Nato singolo, nato in ospedale	670,41	Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di frammentazione ed aspirazione	1.401,99

Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

Analizzando i soli interventi principali chirurgici in regime ordinario, quello di “sostituzione di articolazione delle estremità inferiori” presenta il numero più elevato di casi (122.560), seguito dal “taglio cesareo tradizionale” (109.855) e dall’ “intervento di riduzione cruenta di frattura con fissazione interna” (104.095) (figura 17c).

L’assorbimento medio maggiore (valorizzato con le tariffe regionali DRG specifiche) si ha sempre in corrispondenza dell’intervento per “sostituzione di articolazione delle estremità inferiori” ed è pari a € 8.766. Anche l’ “asportazione parziale dell’intestino crasso” ha un costo medio per ricoverato elevato pari a € 8.607, seguita dalla “rimozione di ostruzione dell’arteria coronarica ed inserzione di stent” (€ 6.500).

**Figura 17c – Ricoveri ordinari in acuzie e neonati sani per interventi principali chirurgici, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute

### 2.3.7 I “pesi” per età (“spesa” media per abitante)

Posta uguale ad 1 la spesa media per abitante<sup>9</sup> (ricoveri ordinari per acuti) della classe di età 25-44 anni, i bimbi (esclusi i nati sani) hanno un “peso” (assorbimento medio di risorse) pari a 5,4, mentre il “peso” diminuisce nelle fasce di età intermedie per riaumentare fino ad arrivare a 5,5 per gli over 75.

Si nota che, per effetto sia di un diverso ricorso all'ospedalizzazione, sia nelle casistiche

<sup>9</sup> La spesa media per abitante è stata calcolata utilizzando la tariffa nazionale del 1997.

trattate, tali valori medi sono piuttosto difforni a livello regionale. Nella classe di età iniziale, ad esempio, per il Piemonte si determina un peso pari a 6,7, contro il 2,9 della Valle d'Aosta e il 4,4 della Campania. Relativamente ai ricoveri degli acuti anziani (*over 75*), invece, il peso massimo si ha in Friuli Venezia Giulia (7,2), contro il 4,8 della Campania e della Calabria (figura 18).

Per quanto concerne i ricoveri per acuzie in day hospital, il peso medio sulla popolazione è pari a 0,8 all'età iniziale e a 2,4 a 75 anni e più, sempre in riferimento alla classe di età 25-44 anni. Anche in questo caso si nota una forte variabilità regionale: all'età zero si passa dallo 0,4 della Puglia e dell'Umbria al 2,3 del Molise, mentre a 75 anni e più si passa dall'1,7 della Toscana al 3,7 delle Marche (figura 19).

### 2.3.8 Conclusioni

L'analisi effettuata mostra l'esistenza di notevoli differenze regionali, non attribuibili esclusivamente a ragioni demografiche o epidemiologiche, ma anche (e soprattutto) alla diversità nelle strutture di offerta e nelle capacità organizzative che condizionano in larga misura il ricorso all'assistenza ospedaliera.

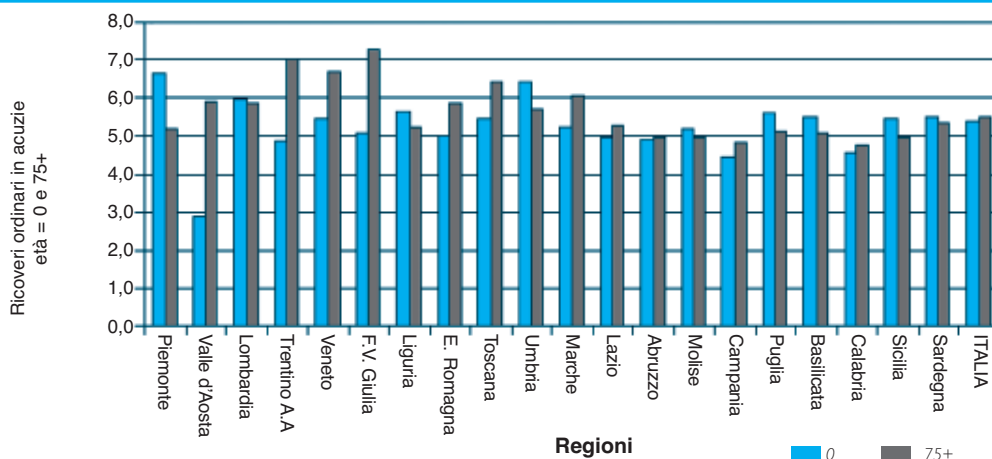
Risulta evidente che nonostante la messa a punto di politiche di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, centrata sulla de-ospedalizzazione e, quindi, sull'incentivazione della riduzione dei posti letto (in particolare quelli per acuzie), tale razionalizzazione, sia sul versante economico che su quello clinico, presenta ancora ampi margini di miglioramento.

Sul versante clinico si nota infatti l'esistenza di una forte variabilità regionale nel ricorso all'ospedalizzazione: i tassi variano nell'ordine del 300% (le differenze sono ancora maggiori in day hospital) e la degenza media varia di 1,3 volte in ogni classe di età.

Le "spese" medie per età e per diagnosi e intervento principale si diversificano molto, anche di 1,5 volte, così come le curve di assorbimento in alcune classi di età.

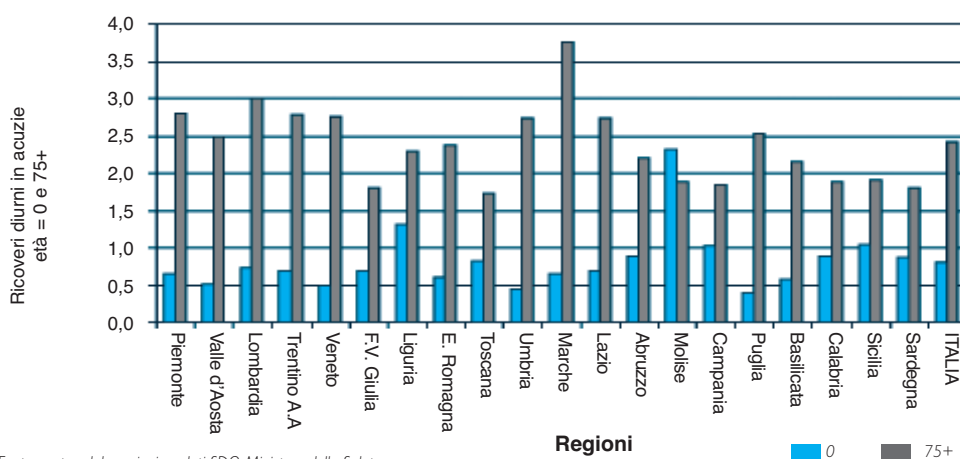
In conclusione vanno separate le differenze auspicabili (perché dovute a diversi bisogni specifici delle popolazioni regionali) da quelle indesiderabili perché derivanti da problemi nell'organizzazione dell'offerta. Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante), se da un lato possono cercare di far tendere il sistema ad una maggiore uniformità, sembrerebbero ad oggi incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, se non addirittura essere fonte di ulteriori rischi di inappropriata e inefficienza. Certamente il perseguimento della mera, o della sola, riduzione dei posti letto sembra contribuire solo marginalmente ad aumentare l'efficienza assistenziale.

**Figura 18 – “Spesa” media per abitante e per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=1, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDG, Ministero della Salute

**Figura 19 – “Spesa” media per abitante e per età 0 e 75+ anni e per Regione di residenza. Valorizzazione tariffa nazionale, età 25-44=1, anno 2004**



Fonte: nostre elaborazioni su dati SDG, Ministero della Salute

## 2.4 - Politica e determinanti della spesa farmaceutica in Italia

Polistena B.<sup>1</sup>, Ratti M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

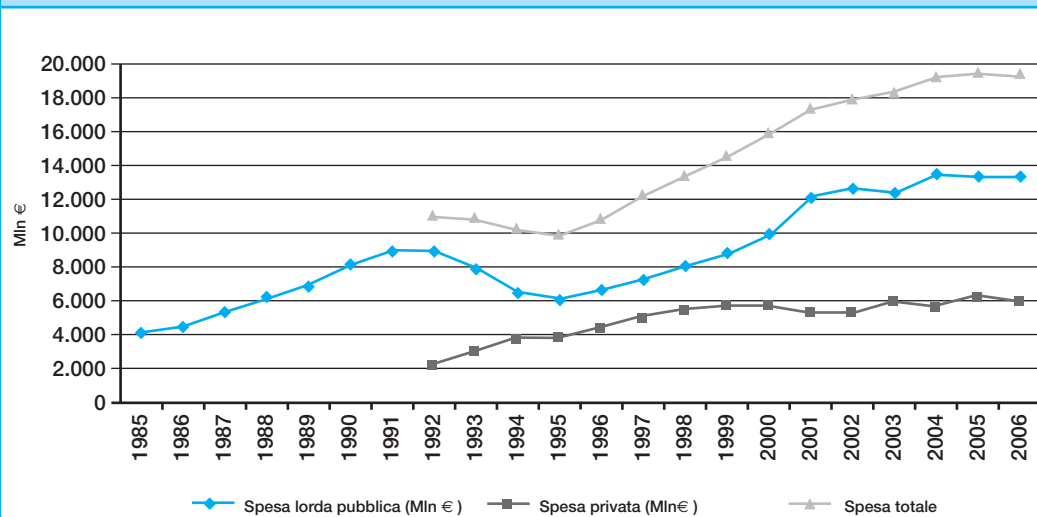
### 2.4.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è attestata nel 2006 a € 19.254 mln.<sup>2</sup>, facendo registrare una diminuzione dell'1,03% rispetto all'anno precedente, determinato da una diminuzione della spesa privata del 3,84% e da un lieve aumento della spesa pubblica pari allo 0,24%.

Cresce anche il mercato dei farmaci equivalenti<sup>3</sup>, che ha raggiunto il 13,7% della spesa farmaceutica a carico del SSN (+0,6% rispetto al 2005) e il 25,3% delle quantità consumate (+1,2% rispetto al 2005), anche se ancora è scarso l'utilizzo dei farmaci *unbranded*<sup>4</sup>, che rappresenta solo un quarto del mercato complessivo dei farmaci equivalenti.

La spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha, inoltre, rappresentato il 13,4% della spesa regionale, facendo registrare anche nel 2006 una elevata variabilità tra le Regioni: in quelle del Nord (ad eccezione della Liguria) la spesa risulta al di sotto del tetto del 13%,

Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia, anni 1985-2005



Fonte: nostra elaborazione su dati OSMED

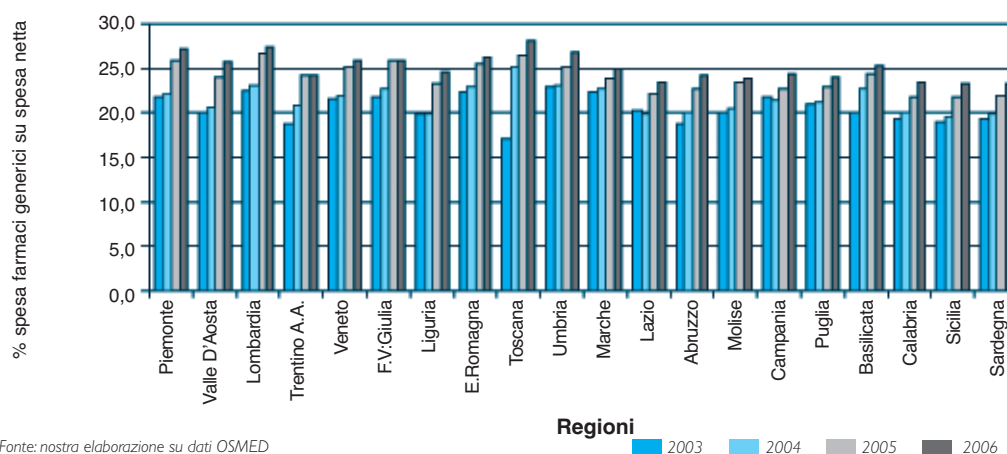
<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> OSMED (2007), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*, Roma, giugno 2007.

<sup>3</sup> Ovvero dei farmaci generici branded (farmaci a brevetto scaduto con nome di fantasia).

<sup>4</sup> I farmaci unbranded sono quelli a brevetto scaduto con nome del principio attivo.

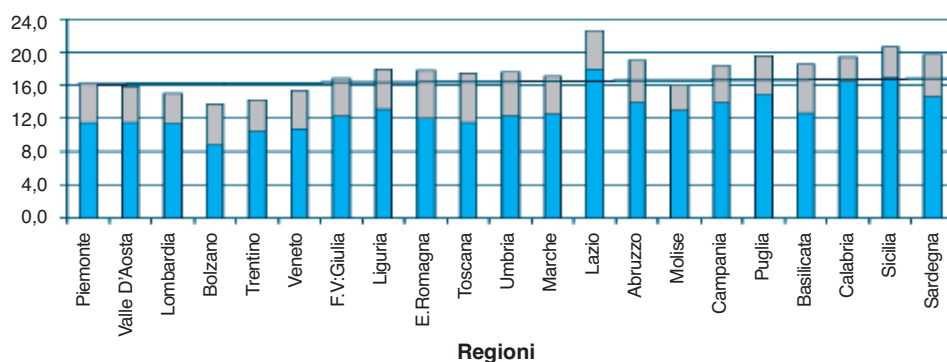
**Figura 2 – Spesa SSN per farmaci a brevetto scaduto (valori %),  
anni 2003-2006**



anche quelle del Centro si trovano al di sotto del tetto del 13% ad eccezione del Lazio che presenta la spesa più alta d'Italia con il 18%; le Regioni del Sud superano tutte il tetto del 13% (ad eccezione del Molise e della Basilicata). La somma della spesa territoriale farmaceutica del SSN e della spesa farmaceutica erogata attraverso le strutture sanitarie rappresenta il 17,6% della spesa sanitaria complessiva; solo alcune Regioni (le Regioni del Nord ad eccezione della Liguria) si trovano al di sotto del tetto 16% (13% spesa territoriale del SSN + 3% spesa ospedaliera).

Il tetto di spesa uniforme non tiene adeguatamente conto dei diversi bisogni assistenziali delle popolazioni regionali per cui, riproponendo il modello di correzione utilizzato negli

**Figura 3 – Spesa farmaceutica netta su FSR, anno 2006**





**Tabella 1 – Spesa farmaceutica netta territoriale e assegnazione fondi, anno 2006**

Regioni	FSR (A)	Fondo spesa farmaceutica (tetto 13%) (B)	Fondo spesa farmaceutica (tetto pesato per i bisogni) (C)	Spesa farmaceutica netta (D)	Scost.nti % spesa netta indistinto al 13% (D/B)	Scost.nti % spesa netta da fondo pesato (D/C)	Incidenza % fondo pesato far- maceutica su FSR (C/A)
Valle d'Aosta	192.372.121	25.008.376	25.434.400	22.315.166	-10,77%	-12,26%	13,22%
Piemonte	6.963.694.600	905.280.298	964.710.538	800.824.879	-11,54%	-16,99%	13,85%
Liguria	2.865.035.500	372.454.615	426.918.446	378.184.686	1,54%	-11,42%	14,90%
Lombardia	14.731.603.447	1.915.108.448	1.914.983.741	1.679.402.793	-12,31%	-12,30%	13,00%
Veneto	7.400.289.241	962.037.601	955.118.616	799.231.238	-16,92%	-16,32%	12,91%
Trentino A.A.	1.496.503.497	194.545.455	185.845.959	144.006.494	-25,98%	-22,51%	12,42%
F.V. Giulia	1.917.491.581	249.273.905	266.703.591	237.768.956	-4,62%	-10,85%	13,91%
E. Romagna	6.611.929.433	859.550.826	914.978.014	793.431.532	-7,69%	-13,28%	13,84%
Marche	2.442.268.144	317.494.859	334.515.042	305.283.518	-3,85%	-8,74%	13,70%
Toscana	5.865.853.539	762.560.960	821.209.659	674.573.157	-11,54%	-17,86%	14,00%
Lazio	8.349.206.472	1.085.396.841	1.074.776.490	1.502.857.165	38,46%	39,83%	12,87%
Umbria	1.396.672.707	181.567.452	194.752.399	171.790.743	-5,38%	-11,79%	13,94%
Abruzzo	2.072.782.705	269.461.752	276.352.776	288.116.796	6,92%	4,26%	13,33%
Molise	518.711.550	67.432.502	69.930.539	66.913.790	-0,77%	-4,31%	13,48%
Campania	8.774.621.748	1.140.700.827	1.022.667.869	1.219.672.423	6,92%	19,26%	11,65%
Puglia	6.255.294.060	813.188.228	766.425.967	932.038.815	14,62%	21,61%	12,25%
Basilicata	936.384.787	121.730.022	120.553.264	118.920.868	-2,31%	-1,35%	12,87%
Calabria	3.112.172.667	404.582.447	387.774.154	513.508.490	26,92%	32,42%	12,46%
Sicilia	7.680.960.100	998.524.813	951.988.199	1.305.763.217	30,77%	37,16%	12,39%
Sardegna	2.551.785.699	331.732.141	319.927.907	372.560.712	12,31%	16,45%	12,54%
<b>Italia</b>	<b>90.833.675.557</b>	<b>11.808.377.822</b>	<b>11.995.567.571</b>	<b>12.327.165.436</b>			<b>13,00%</b>

Fonte: AIFA, Fedefarma e nostre elaborazioni

anni passati nel Rapporto Ceis<sup>5</sup>, basato sull'assegnazione delle risorse destinate alla farmaceutica sulla base dei bisogni effettivi<sup>6</sup>, aggiornato con la popolazione al 1 gennaio 2006 (tabella 1), si può evidenziare che:

- i fondi da assegnare risulterebbero superiori nelle Regioni con una popolazione più anziana, rispetto a quelli effettivamente destinati;
- le Regioni del Nord in base a questo sistema di distribuzione si mostrerebbero ancora più virtuose (l'avanzo tra la spesa farmaceutica pubblica e i fondi assegnati e teorici si presenta infatti ancora più elevato), mentre nelle Regioni del Centro-Sud il disavanzo risulterebbe maggiore rispetto a quello contabile.

Osservando i dati di spesa farmaceutica relativi al primo semestre 2007, si evidenzia una marcata diminuzione della spesa farmaceutica territoriale netta, nella misura del -9,5%, rispetto allo stesso periodo del 2006, che indirizza la spesa farmaceutica nazionale 2007 a rimanere al di sotto del tetto del 13%. Tale decremento non deriva dalla diminuzione del numero delle ricette, che nel quadrimestre subiscono un rialzo del 4,6%, ma dalla riduzione della spesa media per ricetta (-12,2%) determinata dagli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (taglio selettivo dei prezzi dei farmaci a maggior impatto sulla spesa, in vigore dal 15 luglio 2006, e ulteriore taglio generalizzato del 5% dei prezzi di tutti i medicinali, in vigore dal 1° ottobre 2006<sup>7</sup>), supportati dagli interventi di contenimento varati dalle singole Regioni e dallo scadere di alcuni importanti brevetti (tabella 2).

**Tabella 2 – Scadenza italiana dei principali brevetti nel 2007 calcolata in base alla L. n. 112/2002**

MOLECOLA	SCADENZA ITALIA	MEDICINALE BRAND	GRUPPO TERAPEUTICO
Amlodipine	Dicembre 07	NORVASC	Sistema cardiovascolare
Cetirizine	Aprile 07	ZIRTEC	Sistema respiratorio - Antistaminici
Clarithromycin	Dicembre 07	KLACID	Antimicrobici generali per uso sistemico
Doxazosin	Maggio 07	CARDURA	Sistema cardiovascolare
Omeprazole	Dicembre 07	OMEPRAZEN	Apparato gastrointestinale e metabolismo
Pravastatin	Dicembre 07	SELECTIN	Sistema cardiovascolare
Ramipril	Dicembre 07	TRIA TEC	Sistema cardiovascolare
Simvastatin	Aprile 07	SINVACOR	Sistema cardiovascolare

Fonte: Assogenerici

<sup>5</sup> Barrella A, Polistena B, Ratti M, Spandonaro F (2005), *Le politiche farmaceutiche in Italia, Rapporto CEIS Sanità 2006*.

<sup>6</sup> *Ovvero della popolazione pesata, dove i pesi utilizzati nel modello sono stati ottenuti utilizzando dati relativi alla spesa farmaceutica lorda (escludendo così differenze di consumo derivanti da politiche regionali di esenzione) per classi di età relativa all'anno 2001 di cinque Regioni di cui è stato possibile raccogliere i dati.*

<sup>7</sup> *Determina Aifa 27 settembre 2006, pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006.*

#### **2.4.2 Politica dei farmaci generici in Italia**

La recente diminuzione della spesa farmaceutica (primo semestre 2007), come evidenziato nel paragrafo precedente, sembra attribuirsi almeno in parte alla scadenza di brevetti importanti; infatti, sinora la normativa brevettuale in campo farmaceutico, posta a tutela del recupero delle spese in ricerca e sviluppo sostenuto dalle case farmaceutiche, aveva rallentato la possibilità di un più ampio afflusso di generici sul mercato.

I prodotti farmaceutici sono diventati brevettabili in Italia (brevetto europeo) nel 1978 per DPR 338/1979, che adeguava la normativa nazionale a quella europea (Convenzione di Monaco). Al fine di ridurre i tempi di mancato sfruttamento brevettuale (tempo intercorrente per l'autorizzazione in commercio del prodotto brevettato) stimato in alcuni anni, la L. n. 349/1991 ha istituito il Certificato Complementare di Protezione (CCP), che consentiva l'estensione del periodo brevettuale, stabilito in 20 anni per i prodotti medicinali, fino ad un massimo di 18 anni oltre la scadenza naturale del brevetto.

Sul versante dei prodotti *unpatented*, allo scadere della protezione si può procedere alla registrazione del farmaco generico: il titolare che segue la procedura nazionale per l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) dovrà ottenere la concessione dal Ministero della Salute entro 30 giorni dal pronunciamento della Commissione Unica del Farmaco. Essa si dovrà esprimere sulla documentazione presentata ai fini della registrazione entro 90 giorni dalla sua presentazione, garantendo la medesima classificazione e rimborsabilità (da parte del SSN) della specialità originatrice *branded*, a fronte di un abbassamento del prezzo di almeno il 20% rispetto al prezzo della stessa (tabella 3).

La legge 23 dicembre 2000 (Legge Finanziaria 2001) (tabella 3) prevedeva che, a decorrere dal 1 luglio 2001 (posticipata al primo settembre 2001), i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, fossero rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino a concorrenza del prezzo medio ponderato dei medicinali aventi prezzo non superiore a quello massimo attribuibile al generico secondo la legislazione vigente. Si consideri però che il margine del farmacista consiste in una quota fissa sul prezzo al pubblico, riducendone così l'interesse a commercializzare prodotti farmaceutici dal prezzo più basso.

Le campagne informative, sponsorizzate dagli Enti pubblici (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia per i Servizi Sanitari etc.) e dalle associazioni di settore (Assogenerici), atte ad informare i pazienti dell'utilizzo dei farmaci equivalenti, hanno ottenuto una maggior risonanza mediatica solo negli ultimi anni, facendo intravedere uno sviluppo del settore.

**Tabella 3 - Principale normativa nazionale sui farmaci generici**

Norma	Titolo	Commenti
L. n. 549/1995 (Legge Finanziaria 1996)	Disposizioni relative alle misure di razionalizzazione della finanza pubblica	Immissione in commercio del farmaco generico e prima definizione
L. n. 425/1996 (conversione del D. L. n. 323/1996)	Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica (spesa per l'assistenza farmaceutica)	Costituisce la prima normativa italiana riguardante i generici. Amplia la definizione di medicinale generico. Stabilisce la rimborsabilità (da parte del SSN) della specialità originatrice, a fronte di un abbassamento del prezzo di almeno il 20% rispetto al prezzo della stessa. Per i medicinali rimborsabili dal SSN, se il medico omette, nella sua prescrizione, di specificare il titolare dell'autorizzazione, il farmacista può dispensare qualsiasi generico corrispondente
L. n. 449/1997 (Legge Finanziaria 1998)	Disposizioni relative alle misure per la stabilizzazione della finanza pubblica (determinazione del prezzo dei farmaci e spese per assistenza farmaceutica)	Riduzione del prezzo progressivamente fino a raggiungere, in 4 anni, l'80% del prezzo della specialità originatrice per le specialità medicinali a base di principi attivi per i quali è scaduta la tutela brevettuale, autorizzate anteriormente alla data di entrata in vigore della Legge
L. n. 388/2000 (Legge Finanziaria 2001)	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (riduzione dei ticket e disposizioni in materia di spesa farmaceutica)	A decorrere dal 1° luglio 2001, i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino a concorrenza del prezzo medio ponderato dei medicinali aventi prezzo non superiore a quello massimo attribuibile al generico secondo la legislazione vigente.
L.n. 405/2001 art. 7 (conversione del D.L. n. 347/2001)	Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica (prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione)	Dal 1° dicembre 2001, il farmaco generico assume il ruolo di medicinale di riferimento per il sistema di rimborso dei medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali.
L. n. 178/2001 art. 9 (conversione D. L. n. 138/2002)	Disposizioni urgenti in materia di contenimento della spesa farmaceutica (finanziamento della spesa sanitaria e prontuario)	I medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla Regione; tale disposizione non si applica ai medicinali coperti da brevetto sul principio attivo.
L.n. 149/2005 (conversione del D.L. n. 87/2005)	Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale	Introduzione del termine medicinale "equivalente" per identificare il farmaco generico. Il farmacista al quale venga presentata una ricetta medica che contenga la prescrizione di un farmaco con brevetto scaduto è obbligato, sulla base della sua specifica competenza professionale, ad informare il paziente dell'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali.

### 2.4.3 Fattori di successo/insuccesso della diffusione dei generici nei mercati europei

Il successo o l'insuccesso della diffusione del farmaco generico, nei diversi mercati europei, è stata attribuita all'attuazione o meno di politiche incentivanti quali:

- accesso sul mercato;
- politica di prezzo;
- incentivi ai medici;
- incentivi ai farmacisti;
- incentivi ai pazienti.

Per quanto concerne l'accesso sul mercato (tabella 4), si noti che esso avviene principalmente mediante un meccanismo di controllo per l'approvazione del processo di rimborso e determinazione del prezzo. Tale meccanismo, di durata medio-lunga, ritarda un rapido inserimento del farmaco generico sul mercato, impedendo lo sviluppo competitivo dell'industria europea dei farmaci generici.

**Tabella 4 - Politica di immissione in commercio dei farmaci generici in Europa**

Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Approvazione del processo di rimborso e determinazione del prezzo	Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Italia, Olanda, Polonia, Portogallo, Spagna	Meccanismo di controllo del prezzo e dello stato del rimborso	Ritardo dell'entrata sul mercato dei generici

Fonte: Simoens S, De Coster S, 2006

Sul secondo punto, si osservi che la penetrazione sul mercato dei farmaci generici ha maggior successo nei Paesi che permettono di fissare un prezzo "libero" del farmaco (ad esempio la Germania, l'Olanda e il Regno Unito), che in quelli dove la fissazione del prezzo è frutto della regolamentazione (ad esempio in Austria, Belgio, Francia, Italia e Spagna) (tabella 5). Questo avviene perché nei Paesi dove il prezzo è "libero" generalmente si formano prezzi dei farmaci più elevati che facilitano l'entrata nel mercato dei farmaci generici; inoltre, si favorisce una differenza di prezzo maggiore tra farmaco generico *branded* e farmaco generico "puro".

L'utilizzo del metodo del *reference-price* (prezzo di riferimento) è nato per aiutare l'ingresso sul mercato dei generici imponendo un co-pagamento (*co-payment*) al paziente che utilizza farmaci con prezzo al di sopra del *reference-price* e quindi per cercare di contenere l'incremento della spesa farmaceutica pubblica. Tale sistema non risulta però efficace, e quindi non provoca aumenti generalizzati dell'utilizzo di farmaci generici nei Paesi dove il prezzo dei medicinali è accompagnato da riduzioni generalizzate del prezzo dei farmaci (ad esempio in Francia).

Gli incentivi ai medici (tabella 6), ad esempio mediante l'utilizzo di *budget* di spesa prestabiliti, possono creare le condizioni favorevoli ad una maggiore attenzione alla prescrizione di farmaci generici (come è avvenuto in Germania e nel Regno Unito), se però coadiuvati da ricompense (nel caso di un corretto utilizzo del *budget*) e da sanzioni economiche (nei casi di eccedenza al *budget*).

Gli incentivi ai farmacisti (tabella 6) si concretizzano nel garantirgli un margine certo ed equivalente di guadagno, sia sui farmaci generici *branded* sia sui farmaci generici "puri". Tali iniziative, per promuovere la diffusione dei farmaci generici nelle farmacie, producono effetti solo se finanziariamente stimolanti.

Il *co-payment* del paziente (tabella 6) ha incentivato l'utilizzo dei farmaci generici in Polonia e in Portogallo; non ha provocato lo stesso effetto in altre realtà come la Francia dove i pagamenti aggiuntivi vengono coperti da assicurazioni private.

**Tabella 5 – Politica di prezzo dei farmaci generici in Europa**

Prezzo dei farmaci generici			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Prezzo libero dei medicinali	Germania, Olanda, Regno Unito	Un alto prezzo dei farmaci crea le condizioni favorevoli per il mercato di generici. Una differenza significativa tra il generico branded e il generico "puro" favorisce la domanda	Un elevato prezzo di competizione che rischia nel lungo termine di mettere in pericolo la sostenibilità dell'industria dei generici
Regolamentazione della determinazione del prezzo	Austria, Belgio, Francia, Italia, Portogallo, Spagna	Meccanismo di controllo della spesa farmaceutica pubblica	Basso prezzo dei farmaci che scoraggia l'entrata nel mercato dei generici. La differenza contenuta tra generico branded originario e generico "puro" non stimola la domanda dei generici
Reference-pricing			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Sistema <i>reference-pricing</i>	Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Olanda, Polonia, Portogallo, Spagna	Incentivi alla domanda dei generici che hanno un prezzo al di sotto di quello di riferimento da parte dei pazienti	Non stimola l'acquisto dei generici se il farmaco
• Basso <i>reference-pricing</i>	Danimarca, Italia, Polonia	Determina un chiaro prezzo tra generico branded e generico "puro"	Le aziende forti fissano un prezzo dei farmaci generici basso che produce un basso costo marginale, minacciando l'autosufficienza economica
• Alto <i>reference-pricing</i>	Portogallo	Facilita l'entrata nel mercato dei farmaci generici	Una differenza di prezzo bassa tra generico branded e generico "puro" non stimola la domanda di generici da parte dei pazienti
• Gruppi ristretti di riferimento	Danimarca, Francia, Italia, Portogallo	Gruppi omogenei di farmaci	Riallocazione della domanda tra gruppi o tra gruppi e farmaci brevettati non coperti da reference-pricing
• Gruppi ampi di riferimento	Germania, Olanda	Stimola la competizione tra i farmaci dello stesso tipo e riduce la potenziale riallocazione della domanda	Eterogenei gruppi di farmaci con potenzialità prescrittive basse eludono il co-payment

Fonte: Simoens S, De Coster S, 2006

Possono essere efficaci infine anche le campagne di informazione sui farmaci generici verso i pazienti, qualora siano proposte per tempi medio-lunghi di esposizione e abbiano una certa risonanza.

**Tabella 6 – Incentivi per medici, farmacisti e pazienti**

Incentivi per i medici			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Budgets	Germania, Regno Unito	Incremento del tasso di prescrizione dei generici	Efficaci solo in combinazione con sanzioni per eccedenza di budget. Possono incoraggiare i ricoveri ospedalieri
INN* ricette	Danimarca, Olanda, Portogallo, Regno Unito	Potenziano la distribuzione dei generici da parte dei farmacisti	Dipende dall'atteggiamento dei medici, dipende dalla regolamentazione e dalla remunerazione ai farmacisti
Nessun incentivo finanziario	Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Italia, Olanda, Portogallo	Supportano bassi costi di prescrizione dei medici	Volontaria natura organizzativa con non provati effetti sull'aumento del tasso di prescrizione dei generici
Incentivi per i farmacisti			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Delineare un margine certo ai farmacisti sui farmaci	Belgio, Francia	I farmacisti guadagnano sul margine dei generici branded originari e sui generici "puri"	Incrementa il prezzo dei generici branded originari
Incentivi per i pazienti			
Tipo di politica	Paese	Punto di forza	Punto di debolezza
Co-payment del paziente	Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Italia, Olanda, Polonia, Portogallo, Spagna	Un co-payment elevato sui generici branded stimola la domanda per i generici "puri"	Incita l'indebolimento dei medici non cost-conscious oppure la copertura del co-payment con addizionali assicurazioni
Campagna informativa	Belgio, Italia, Portogallo, Spagna, Regno Unito	L'incremento della conoscenza dei pazienti aumenta la domanda di farmaci generici	Piccoli effetti se la campagna informativa ha vita breve e ha limiti di esposizione

\*International Non-proprietary Name

Fonte: Simoens S, De Coster S, 2006

#### 2.4.4 Le politiche nazionali

Nel corso del 2006, l'Agenzia Italiana del Farmaco<sup>8</sup> (AIFA) ha provveduto ad emanare alcuni provvedimenti nazionali volti a completare il recupero dello sfondamento della spesa farmaceutica avvenuto nel 2005 e a contenere la spesa per l'anno 2006. I provvedimenti nazionali adottati dall'AIFA si riferiscono alla Determina AIFA del 30 dicembre 2005 (che prosegue la manovra iniziata nel 2004, rivolta a recuperare lo sfondamento della spesa farmaceutica attraverso l'applicazione di uno sconto del 6,8% a carico dell'industria farmaceutica sul proprio fatturato, per tutti i farmaci rimborsati dal SSN, anche se acquistati privatamente dal cittadino<sup>9</sup>) che, a decorrere dal 15 gennaio 2006, ha previsto una riduzione temporanea del prezzo al pubblico dei farmaci rimborsabili dal SSN pari al 4,4%; alla Determina AIFA del 3 luglio 2006 che prevede un'ulteriore riduzione dei prezzi incrementata dal 4,4% al 5% e l'introduzione della manovra selettiva di revisione del PFN; alla Determinazione AIFA n. 26 del 27 settembre 2006, in vigore dal 1° ottobre 2006, che ha applicato una ulteriore riduzione del 5% sul prezzo al pubblico comprensivo di IVA di tutti i farmaci rimborsabili dal SSN; alla legge finanziaria 2007 che ha esteso la riduzione del 5% per tutto l'anno finanziario 2007, consentendo alle aziende farmaceutiche di richiedere all'AIFA la sospensione degli effetti della deliberazione n. 26 del 27 settembre 2006, a fronte del versamento alle Regioni degli importi individuati da apposite tabelle di equivalenza degli effetti economico-finanziari per il SSN generabili dalla riduzione del 5% (*Pay Back*).

L'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN), entrato in vigore il 15 luglio 2006 (Suppl. Ord. n. 161 alla G.U. n. 156 del 7 luglio 2006), ha previsto una riduzione selettiva del prezzo dei farmaci comportando la diminuzione del prezzo di 214 specialità medicinali (pari al 10,6% del totale) per un totale di 110 principi attivi (15,1% del totale) e 432 confezioni (9% del totale).

Infine, la L.n. 296/2006 (Finanziaria 2007) conferma, per l'anno 2007 e seguenti, le misure di contenimento della spesa farmaceutica assunte dall'AIFA ai fini del rispetto dei tetti (taglio dei prezzi del 4,4% poi divenuto 5% da luglio, sconto dell'1% del produttore, introduzione del prontuario con riduzione selettiva dei prezzi e ulteriore taglio del 5% previsto da ottobre).

#### 2.4.5 Gli interventi regionali

Il vincolo di spesa per l'assistenza farmaceutica in atto dal 2002 ha demandato a livello regionale la possibilità di attuare diverse manovre al fine di contenere la spesa farmaceutica al di sotto del tetto del 13%. La compartecipazione pagata dai cittadini sui farmaci equivalenti e il ticket fisso sulla ricetta ha comportato nel 2006 una spesa complessiva pari a € 414 mln. (3,1% della spesa lorda complessiva) con un decremento del 19,6% rispetto al 2005.

<sup>8</sup> L'Agenzia Italiana del Farmaco ha tra le sue responsabilità la garanzia del tetto di spesa del 13% attraverso manovre di ripiano, revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale e negoziazione dei prezzi.

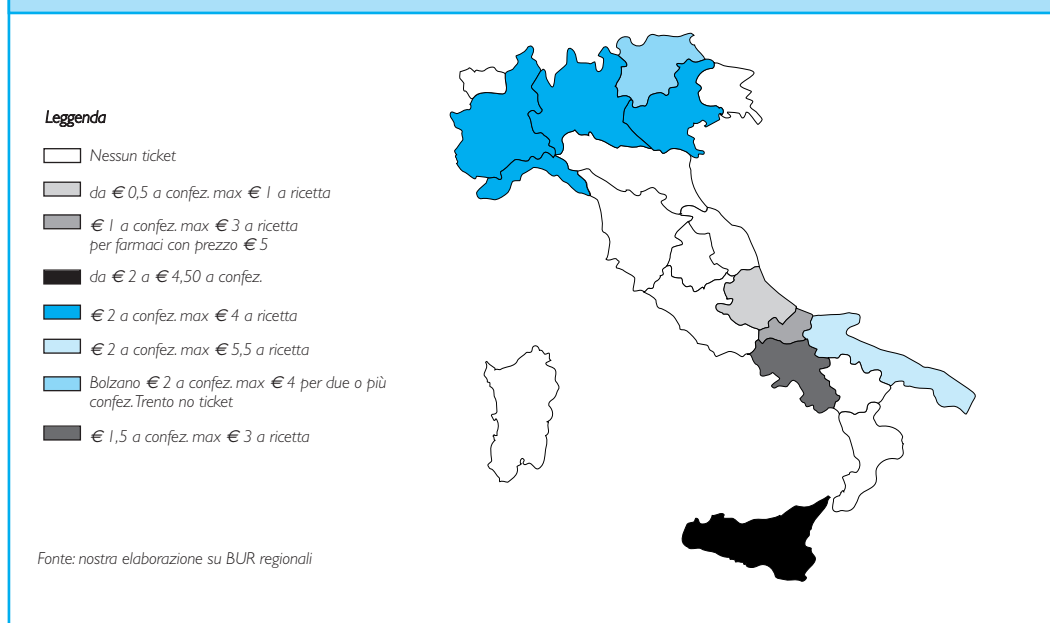
<sup>9</sup> Con una riduzione, quindi, del prezzo al pubblico pari al 4,12%.



Tra gli interventi realizzati dalle Regioni nel 2006 possiamo evidenziare che:

- il ticket è stato confermato nelle Regioni che già lo applicavano nel 2005, mentre è stato abolito nel Lazio (1° gennaio 2006); ulteriori modifiche hanno riguardato: variazioni nel regime di esenzioni in Piemonte (gennaio 2007), di variazione di ticket in Campania (gennaio 2007) da € 1,50 a confezione ad un massimo di € 3 a ricetta, in Abruzzo (gennaio 2007) e in Sicilia da € 2 a confezione fino ad un massimo di € 4,5 (4 aprile 2007);

Figura 4 - L'applicazione dei ticket nelle Regioni



- molte Regioni<sup>10</sup> hanno mantenuto o implementato la distribuzione “in nome e per conto” attraverso accordi con farmacie e grossisti<sup>11</sup>;
- le politiche regionali di contenimento della spesa, mediante la compartecipazione dei cittadini con ticket, sembrano non correlate ai disavanzi ottenuti.

<sup>10</sup> In particolare: Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria. Emilia Romagna, Lombardia e Veneto hanno, invece, scelto di adottare questa iniziativa solo in alcune Aziende Sanitarie.

<sup>11</sup> Sfruttando l'opportunità offerta dalla L. n. 405/2001 di contenere la spesa farmaceutica (attraverso i maggiori sconti applicati ai farmaci acquistati da parte delle strutture pubbliche) attivando modalità particolari di erogazione dei farmaci: per il primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero o da visita specialistica ambulatoriale, per la distribuzione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente (farmaci previsti dal PHT), anche attraverso accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate (distribuzione “in nome e per conto”).

#### 2.4.6 Determinanti della spesa farmaceutica

Il governo del sistema necessita della comprensione delle tendenze della spesa farmaceutica che possono essere indagate attraverso l'utilizzo di un modello econometrico su un panel regionale relativo agli anni 1997-2005.

Le variabili esplicative considerate sono di natura socio-economica, demografica nonché di bisogno e offerta sanitaria.

Le variabili economiche inserite nel modello sono il PIL, che rappresenta una *proxy* del reddito e la quota di ticket che ci fornisce, peraltro, una indicazione sulla effettiva responsabilizzazione dei cittadini, ovvero sulla possibilità di contenere i consumi utilizzando lo strumento del prezzo.

Per cogliere, almeno parzialmente, l'effetto delle politiche di riduzione dei prezzi, si è considerato il prezzo medio per ricetta, mentre per valutare l'effetto dell'inappropriata prescrizione il numero di ricette per medico. Inoltre si è inserita una variabile socio-economica che indaga come la spesa farmaceutica sia influenzata dal livello di istruzione della popolazione; variabile peraltro in grado di cogliere anche l'effetto reddito non spiegato dal PIL. La variabile demografica percentuale di popolazione con più di 75 anni dovrebbe recepire il differente assorbimento di risorse derivante dall'età, e in proiezione l'impatto dell'invecchiamento<sup>12</sup> della popolazione.

Tra le variabili di bisogno e di offerta sono state scelte: l'effetto della cronicità, che in letteratura trova numerosi riscontri come determinante della spesa farmaceutica; il numero di medici per 1.000 abitanti, per verificare effetti di induzione di domanda da parte dell'offerta; la degenza media, per verificare l'esistenza di fattori di sostituzione con altre tipologie di assistenza (qui quella ospedaliera).

#### 2.4.7 Banca dati e il modello stimato

La stima del modello su dati panel si fonda su dati regionali, di fonte Federfarma (spesa farmaceutica pubblica), Istat (spesa farmaceutica privata), e Ministero della Salute relativamente al periodo 1997-2005.

Da un punto di vista econometrico si è stimato sia un modello con effetti fissi che con effetti *random*, valutando con il Test di Hausman quello più appropriato.

Indicando con:

SFT = Spesa farmaceutica totale pro-capite

PIL = PIL pro-capite

POP\_75+ = % popolazione con più di 75 anni

CMR = Costo medio ricette

RPM = Ricette per medico

TK/SL = Incidenza del ticket sulla spesa lorda

PMC = Persone con almeno due malattie croniche

NMA = Numero di medici per 1.000 abitanti

<sup>12</sup> L'età dei pazienti è estremamente importante nella ripartizione della spesa pubblica farmaceutica pro-capite: secondo il Rapporto Osmmed 2005, la spesa va da € 42,9 pro-capite per bambino da zero a quattro anni, per salire progressivamente fino a € 588,7 pro-capite per i pazienti con età superiore ai 75 anni.

DMO = Degenza media ordinari

NTS = Persone senza titolo di studio o con licenza elementare

Il modello econometrico stimato risulta quindi essere:

$SFT = f(PIL; POP_{75+}; CMR; RPM; TK/SL; PMC; NMA; DMO; NTS)^{13}$ .

Si è scelto di effettuare l'analisi inizialmente a livello nazionale e successivamente per ripartizione geografica, considerando separatamente il Nord<sup>14</sup> e il Centro-Sud.

Il modello prescelto a livello nazionale, secondo il test di Hausman, è quello a effetti *random*.

Il modello spiega il 60,22% della variabilità della spesa farmaceutica totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è ottimamente spiegato come dimostra l' $R^2$  *within* pari a 85,64%, ma anche la variabilità tra le Regioni viene spiegata in maniera abbastanza soddisfacente ( $R^2$  *between* = 42,37%).

**Tabella 7 - Coefficienti di regressione su dati panel, Italia 1997-2005**

Variabili	Coefficienti	P> z
% pop 75+	25,634	0,000
Costo medio per ricetta	7,016	0,000
Numero di ricette per medico	0,003	0,000
Ticket	-0,834	0,070
Degenza media ordinari	-0,843	0,024
% persone senza titolo o con licenza elementare	-2,909	0,003
Costante	87,726	0,210

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma, ISTAT e Ministero della Salute

Tutte le variabili ad esclusione del PIL, il cui effetto probabilmente viene assorbito dal titolo di studio altamente correlato al reddito e, sorprendentemente, della cronicità, risultano significative. L'aumento del peso della popolazione anziana, così come l'incremento del costo per ricetta e del numero di ricette per medico, fanno crescere la spesa farmaceutica totale pro-capite. Possiamo tradurre tale risultato dicendo che appropriatezza prescrittiva, prezzi e invecchiamento sono i principali driver di incremento (o decremento nel caso di riduzione dei prezzi) della spesa farmaceutica.

La variabile ticket ha segno negativo, a dimostrare l'efficacia dello strumento nel contenimento dei consumi, e sperabilmente nella sua razionalizzazione.

Emerge anche un effetto di sostituzione fra spesa farmaceutica e ricorso al ricovero.

Appare infine interessante notare come gli individui con titolo di studio basso tendano ad avere un consumo farmaceutico minore: rimane da indagarne le motivazioni (barriere all'accesso, mancanza di informazione e quindi prevenzione) e gli effetti sulla salute.

Ripetendo l'esercizio per le Regioni del Nord, il test di Hausman ha indicato come preferibile il modello a effetti fissi, a dimostrazione di un modello più coerente nei comportamenti regionali.

<sup>13</sup> Per semplicità sono stati omissi i pedici relativi all'anno e alla Regione.

<sup>14</sup> Nella ripartizione del Nord è stata inserita anche la Regione Toscana in quanto organizzativamente assimilabile alle Regioni del Nord.

**Tabella 8 - Coefficienti di regressione su dati panel Nord, anni 1997-2005**

Variabili	Coefficienti	P> z
% pop 75+	44,562	0,000
Costo medio per ricetta	5,412	0,000
% persone senza titolo o con licenza elementare	-2,873	0,003
Costante	-104,994	0,210

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma, ISTAT e Ministero della Salute

Il modello a effetti fissi spiega il 60,12% della variabile oggetto di studio, sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati dal modello: l' $R^2$  *within* è, infatti, pari a 93,12% mentre l' $R^2$  *between* risulta uguale al 43,69%.

Si conferma come l'invecchiamento della popolazione incida sulla spesa farmaceutica incrementandola, così come, ovviamente, l'effetto del livello di prezzo. Si conferma altresì che gli individui con titolo di studio basso hanno un consumo farmaceutico minore. Non si colgono invece significativi effetti di sostituzione e di impatto del ticket, come anche effetti attribuibili a inappropriatezza o induzione di domanda.

Così come per l'Italia, per la ripartizione Centro-Sud il modello risultato maggiormente significativo è quello ad effetti *random*, che spiega il 54,26% della variabilità complessiva<sup>15</sup>.

Come era lecito aspettarsi, anche per il Centro-Sud si conferma la significatività delle condizioni socio-economiche (presenza di un crescente numero di individui con titolo di studio alto o medio alto), dell'invecchiamento della popolazione, del livello dei prezzi nello spiegare la spesa farmaceutica.

Tornano però significativi gli impatti dell'inappropriatezza prescrittiva e gli effetti di sostituzione.

**Tabella 9 - Coefficienti di regressione su dati panel Centro-Sud, anni 1997-2005**

Variabili	Coefficienti	P> z
% pop 75 +	26,033	0,000
Costo medio per ricetta	7,712	0,000
Numero di ricette per medico	0,003	0,000
Degenza media ordinari	-14,631	0,014
% persone senza titolo o con licenza elementare	-4,167	0,003
Costante	159,360	0,161

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma, ISTAT e Ministero della Salute

<sup>15</sup>  $R^2$  *within*=85,02%;  $R^2$  *between*=19,26%.

#### 2.4.8 Conclusioni

Gli interventi di politica pubblica, incentrati principalmente sul contenimento della spesa farmaceutica (si rimanda al capitolo 6 per un'analisi delle politiche industriali), hanno fatto registrare nel 2006 una diminuzione dell'1,03% della spesa farmaceutica territoriale complessiva (pubblica e privata) rispetto all'anno precedente. Si inverte, così, la tendenza al rialzo degli ultimi anni (nel 2005 +1,4% rispetto al 2004). I dati di spesa farmaceutica relativi al primo semestre 2007 evidenziano una diminuzione della spesa farmaceutica territoriale netta, nella misura del -9,5%, rispetto allo stesso periodo del 2006, che potrebbe contenere la spesa farmaceutica 2007 al di sotto del tetto del 13%. Tale decremento non deriva dalla diminuzione del numero delle ricette, che nel quadrimestre subiscono anzi un rialzo del 4,6%, quanto dalla riduzione della spesa media per ricetta (-12,2%) determinata dagli interventi sui prezzi dei medicinali varati dall'Agenzia Italiana del Farmaco<sup>16</sup>, supportati dagli interventi di contenimento varati dalle singole Regioni e dallo scadere di alcuni importanti brevetti che stanno permettendo la diffusione del farmaco generico sul territorio italiano.

Nonostante ci sia una chiara intenzione legislativa nazionale di utilizzare il farmaco generico come medicinale di riferimento per il sistema di rimborso dei medicinali non coperti da brevetto (L. n. 405/2001, art. 7), le misure finora adottate sembrano non essere state sufficientemente efficaci nel promuovere lo sviluppo degli stessi sul territorio italiano.

In particolare, i limiti più importanti all'utilizzo diffuso del farmaco generico sembrano derivare da:

- un'ampia tutela brevettuale dei prodotti farmaceutici che ha prolungato la scadenza di importanti brevetti farmaceutici;
- una differenza di prezzo bassa tra generico *branded* e generico "puro";
- una incentivazione limitata per i farmacisti e i medici;
- un'attività informativa del paziente non ancora sufficiente e prolungata nel tempo.

L'attività politica pubblica di contenimento dei costi farmaceutici (fondata principalmente sul controllo dei prezzi) e la diffusione dei generici non sono però gli unici fattori che influenzano l'andamento della spesa farmaceutica. Il modello econometrico proposto, su dati panel regionale 1997-2005, evidenzia come l'influenza delle variabili socio-economiche, demografiche, di bisogno e di offerta sanitaria siano determinanti nell'evoluzione della spesa farmaceutica.

L'analisi effettuata a livello nazionale e di ripartizioni indica come l'incremento della spesa farmaceutica derivi dall'invecchiamento, ma anche da effetti riconducibili a inappropriata e induzione di domanda.

Il ticket sembra, in generale, dimostrare la sua efficacia come strumento di razionalizzazione della spesa e, sperabilmente, dei consumi.

Si evince anche un effetto di sostituzione con altre tipologie di assistenza, in primo luogo con il ricovero. A livello di ripartizione geografica, nel Nord appare determinarsi un model-

<sup>16</sup> Determina Aifa 27 settembre 2006, pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006.

lo comportamentale sufficientemente omogeneo, che ha superato alcuni problemi di inefficienza; per il Centro-Sud, di contro, la situazione appare magmatica, con residue sacche di inappropriata e induzione di domanda da parte dell'offerta più marcata.

Infine si conferma che il consumo farmaceutico è legato anche a fattori socio-economici, infatti minori livelli di educazione implicano minori consumi farmaceutici: sembra urgente indagarne le motivazioni (barriere all'accesso, mancanza di informazione e quindi prevenzione), gli effetti sulla salute, ma anche promuovere politiche di salute integrate che guardino anche in generale all'educazione.

### Riferimenti bibliografici

- AIFA (2007), *L'uso dei farmaci in Italia*. Rapporto Nazionale 2006.
- Barrella A, Polistena B, Ratti M, Spandonaro F (2005), *Le politiche farmaceutiche in Italia*, Rapporto CEIS Sanità 2006.
- Danzon P, Furukawa MF (2003), *Price and availability of pharmaceuticals: evidence from nine countries*, Health Affairs Web Exclusive, October 29 2003.
- D. L. n. 323/1996 convertito in L. n. 425/1996.
- Federfarma (2006), *La spesa farmaceutica SSN*, dati gennaio-dicembre 2006.
- Federfarma (2007), *La spesa farmaceutica SSN*. Dati di spesa farmaceutica gennaio-aprile 2007.
- Ghislandi S, Krulichova I, Garattini L (1997), *Pharmaceutical policy in Italy: towards a structural change?* Health Policy 1997;40:103-114.
- L. n. 449/1997 (Legge Finanziaria 1998).
- L. n. 549/1995 (Legge Finanziaria 1996).
- OSMED (2007), *L'uso dei farmaci in Italia*. Rapporto nazionale anno 2006, Roma, giugno 2007.
- Pammolli F, Magazzini L, Papa G, Salerno C (2005), *Generici vs. branded confronto internazionale su prodotti off-patent rimborsati dal SSN*. CERM, Quaderni, febbraio 2005.
- Perry G (2005), *The european generic pharmaceutical market in review: 2006 in beyond*, Journal of Generic Medicine, 2006;4:4-14.
- Simoen S, De Coster S, *Sustaining Generic Medicines (2006)*, *Markets in Europe*. Research Centre for Pharmaceutical Care and Pharmaco-economics, aprile 2006.

## 2.5 - L'assistenza specialistica in Italia

Polistena B.<sup>1</sup>, Rocchetti I.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 2.5.1 Introduzione

L'assistenza specialistica è certamente il tipo di assistenza più frequentemente utilizzata dopo quella farmaceutica, coinvolgendo peraltro prestazioni di diversa natura e complessità.

Il sistema informativo sanitario, storicamente, fornisce i dati di spesa per funzioni frammentandoli: da una parte la gestione diretta e dall'altra i servizi in convenzione/accredittamento. Quest'impostazione, che fu pensata sin dall'origine del SSN, presenta il limite fondamentale di non permettere una valutazione della spesa sanitaria complessivamente

Tabella 1a - Prestazioni per tipologia, anno 2004

Regioni	Totale	Analisi chim. clin., microbiol. etc.	Diagnostica per immagini radiologia diagnostica	Diagnostica per immagini medicina nucleare	Med. fisica	Altre prestazioni
ITALIA	1.126.006.206	851.987.666	51.861.261	3.552.048	81.560.767	137.044.464
Piemonte	88.454.321	67.896.821	3.969.195	121.751	6.356.434	10.110.120
Valle D'Aosta	2.562.148	1.894.990	128.387	2.654	154.430	381.687
Lombardia	218.768.215	166.924.266	9.292.845	432.760	14.301.035	27.817.309
Pr. Aut. Bolzano	7.757.043	4.793.482	299.908	30.338	790.670	1.842.645
Pr. Aut. Trento	10.177.272	8.029.503	441.082	6.349	403.338	1.297.000
Veneto	105.929.864	78.338.554	4.822.784	175.934	7.865.817	14.726.775
F.V. Giulia	20.560.687	16.227.485	723.267	73.830	750.129	2.785.976
Liguria	25.905.543	19.881.752	1.077.264	444.659	1.060.234	3.441.634
E. Romagna	83.958.869	64.192.034	5.810.547	143.453	2.100.358	11.712.477
Toscana	60.883.873	48.065.526	2.637.726	192.938	2.315.727	7.671.956
Umbria	12.313.172	9.255.412	682.489	11.482	349.739	2.014.050
Marche	25.695.088	19.755.051	1.206.042	26.787	1.280.050	3.427.158
Lazio	95.038.351	67.993.965	4.189.836	235.553	14.298.654	8.320.343
Abruzzo	18.880.186	13.968.322	865.453	288.990	1.025.819	2.731.602
Molise	7.907.710	6.012.320	510.728	49.663	458.375	876.624
Campania	115.539.554	87.800.078	5.512.047	398.679	11.654.255	10.174.495
Puglia	58.478.543	43.322.184	2.661.566	436.192	5.683.016	6.375.585
Basilicata	9.897.762	6.859.934	371.228	37.933	1.589.607	1.039.060
Calabria	33.277.377	25.309.306	1.366.874	44.948	2.214.688	4.341.561
Sicilia	93.151.942	73.775.410	3.835.823	288.825	4.035.455	11.216.429
Sardegna	30.868.686	21.691.271	1.456.170	108.330	2.872.937	4.739.978

Fonte: Ministero della Salute

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

te sostenuta per settori fondamentali quali l'ospedaliera e la specialistica. L'introduzione del concetto LEA nell'assetto istituzionale del SSN e il conseguente sviluppo dei sistemi di monitoraggio (costi LEA inaugurato nel 2001) permette oggi di stimare tali voci di spesa distinguendo tra l'apporto pubblico e quello privato. Il presente contributo si propone di analizzare l'assistenza specialistica ambulatoriale, sia da un punto di vista economico-finanziario, sia dal punto di vista della quantità di prestazioni erogate, sia infine dell'allocazione regionale delle stesse.

### 2.5.2 Prestazioni

In Italia vengono erogati annualmente circa 1,1 mld. di prestazioni specialistiche di laboratorio, diagnostica, medicina fisica e riabilitativa e altre prestazioni (cliniche).

La parte preponderante sono prestazioni di laboratorio, che ammontano ad oltre 850 mln. nel 2004 e a oltre 858 mln. nel 2005; seguono le prestazioni di medicina fisica (81 mln. circa), le prestazioni di diagnostica (54 mln. nel 2004 e più di 55 mln. nel 2005), mentre le

**Tabella 1b - Prestazioni per tipologia, anno 2005**

Regioni	Totale	Analisi chim. clin., microbiol. etc.	Diagnostica per immagini radiologia diagnostica	Diagnostica per immagini medicina nucleare	Med. fisica	Altre prestazioni
<b>ITALIA</b>	<b>1.140.172.183</b>	<b>858.337.240</b>	<b>52.511.348</b>	<b>3.133.933</b>	<b>81.669.074</b>	<b>144.520.588</b>
Piemonte	86.223.817	64.811.372	3.963.003	132.875	6.596.615	10.719.952
Valle D'Aosta	2.789.145	2.091.481	129.493	2.965	158.078	407.128
Lombardia	218.957.328	165.757.094	9.612.525	354.992	15.626.597	27.606.120
Pr. Aut. Bolzano	6.695.853	4.284.026	283.467	7.727	505.777	1.614.856
Pr. Aut. Trento	11.490.620	9.151.275	468.792	5.476	450.385	1.414.692
Veneto	109.877.208	81.682.308	5.075.838	234.079	8.238.213	14.646.770
F.V. Giulia	21.648.473	17.370.063	779.568	36.488	697.692	2.764.662
Liguria	34.760.487	25.417.451	1.622.051	290.246	2.027.909	5.402.830
E. Romagna	76.237.997	58.482.021	3.608.801	116.192	1.698.980	12.332.003
Toscana	72.677.085	57.232.487	3.220.331	169.863	2.351.585	9.702.819
Umbria	12.733.413	9.734.211	664.724	3.259	209.702	2.121.517
Marche	28.135.470	21.763.451	1.397.779	44.313	1.323.597	3.606.330
Lazio	69.828.423	47.948.841	2.798.253	343.594	11.590.631	7.147.104
Abruzzo	20.652.593	16.122.368	796.083	176.989	1.014.067	2.543.086
Molise	8.038.335	6.266.391	590.270	10.285	345.933	825.456
Campania	114.636.315	85.856.401	6.267.438	668.774	11.300.668	10.543.034
Puglia	75.350.778	56.085.046	3.691.391	147.038	6.067.747	9.359.556
Basilicata	11.308.222	8.162.211	449.785	13.816	1.744.331	938.079
Calabria	34.967.328	26.156.965	1.682.228	36.675	2.495.305	4.596.155
Sicilia	89.224.516	69.808.316	3.927.831	271.234	3.995.961	11.221.174
Sardegna	33.938.777	24.153.461	1.481.697	67.053	3.229.301	5.007.265

Fonte: Ministero della Salute



altre prestazioni specialistiche ammontano complessivamente a 137 mln. nel 2004 e a 144 mln. nel 2005 (Vd. tabelle 1a e 1b).

L'analisi longitudinale del numero di prestazioni erogate mostra che tra il 2001 e il 2005 le prestazioni nella branca laboratorio hanno registrato un incremento medio annuo del 1,98%, mentre la diagnostica solo dello 0,55% (tabella 2). Per quanto riguarda la medicina fisico-riabilitativa, invece, si è riscontrato un decremento medio annuo pari addirittura al -9,16%. L'andamento è abbastanza irregolare tra le Regioni in tutte e tre le branche considerate. Il *case mix* si è quindi modificato: in assenza di micro dati non si è in grado di ottenerne una stima in valore, ma si consideri che tra il 2003 e il 2005 si è assistito ad un incremento medio annuo del *case mix* del 3,21% per le analisi di laboratorio, dello 0,77% per le prestazioni diagnostiche e del 3,03% per le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa. Tra il 2004 e il 2005 l'incremento nelle tre tipologie considerate risulta pari allo 0,75%, allo 0,42% e allo 0,13%. L'andamento regionale è comunque irregolare: tra il 2004 e il 2005 la Puglia registra l'incremento massimo nelle analisi di laboratorio (pari al 29,46%), al contrario il Lazio presenta la riduzione percentuale maggiore nella stessa branca (-29,48%); per quanto concerne le prestazioni diagnostiche e la medicina fisica e riabilitativa, la Liguria si caratterizza per l'aumento più elevato, pari rispettivamente al 25,65% e al 91,27%.

**Tabella 2 - Incremento percentuale medio annuo (2001-2005) delle prestazioni di specialistica per branca**

Regioni	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche	Medicina fisica e riabilitativa
ITALIA	1,98	0,55	-9,16
Piemonte	1,62	1,96	-0,82
Valle D'Aosta	11,54	3,63	3,91
Lombardia	1,92	0,49	0,12
Pr. Aut. Bolzano	11,81	-0,77	-3,39
Pr. Aut. Trento	24,71	11,67	-1,71
Veneto	1,57	-3,73	-3,87
F.V. Giulia	0,47	-4,19	-13,80
Liguria	2,77	5,02	0,80
E. Romagna	3,03	5,95	-10,04
Toscana	0,35	-4,20	-9,58
Umbria	-0,72	1,45	-26,27
Marche	1,55	0,33	-16,77
Lazio	-9,24	-9,81	-16,40
Abruzzo	12,61	6,72	-9,08
Molise	22,69	26,32	-9,02
Campania	4,07	6,58	-7,30
Puglia	7,21	1,00	0,30
Basilicata	7,19	3,77	-2,41
Calabria	-1,01	5,35	-19,58
Sicilia	2,39	1,40	-26,86
Sardegna	5,16	-4,02	-10,61

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Nello stesso periodo considerato, l'Emilia Romagna registra invece una riduzione percentuale nella diagnostica pari a -37,44% e l'Umbria presenta la riduzione maggiore nella medicina fisica e riabilitativa pari a -40,04%.

**Tabella 3 - Incremento percentuale (2004-2005) delle prestazioni di specialistica per branca**

Regioni	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche	Medicina fisica e riabilitativa
ITALIA	0,75	0,42	0,13
Piemonte	-4,54	0,12	3,78
Valle D'Aosta	10,37	1,08	2,36
Lombardia	-0,70	2,49	9,27
Pr. Aut. Bolzano	-10,63	-11,83	-36,03
Pr. Aut. Trento	13,97	6,00	11,66
Veneto	4,27	6,23	4,73
F.V. Giulia	7,04	2,38	-6,99
Liguria	27,84	25,65	91,27
E. Romagna	-8,90	-37,44	-19,11
Toscana	19,07	19,77	1,55
Umbria	5,17	-3,74	-40,04
Marche	10,17	16,97	3,40
Lazio	-29,48	-29,00	-18,94
Abruzzo	15,42	-15,71	-1,15
Molise	4,23	7,17	-24,53
Campania	-2,21	17,35	-3,03
Puglia	29,46	23,91	6,77
Basilicata	18,98	13,31	9,73
Calabria	3,35	21,75	12,67
Sicilia	-5,38	1,80	-0,98
Sardegna	11,35	-1,01	12,40

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Nel 2004 si registrano in media 19,5 prestazioni specialistiche per abitante: 14,7 prestazioni di laboratorio, 1,0 di diagnostica, 1,4 di medicina fisica e 2,4 di "altre prestazioni specialistiche". La distribuzione regionale nello stesso anno è piuttosto difforme, variando da 24,6 prestazioni per abitante della Regione Molise, a 14,5 della Puglia (tabella 4a).

**Tabella 4a - Prestazioni pro-capite per tipologia, anno 2004<sup>2</sup>**

Regioni	Totale pro-capite	Analisi chim., clin., microbiol. pro-capite	Diagnostiche pro-capite	Medicina fisica pro-capite	Altre prestazioni pro-capite
ITALIA	19,45	14,72	0,96	1,41	2,37
Piemonte	20,71	15,90	0,96	1,49	2,37
Valle D'Aosta	20,99	15,53	1,07	1,27	3,13
Lombardia	23,66	18,05	1,05	1,55	3,01
Trentino A.A.	18,63	13,32	0,81	1,24	3,26
Veneto	22,82	16,87	1,08	1,69	3,17
F.V. Giulia	17,16	13,54	0,67	0,63	2,33
Liguria	16,42	12,60	0,96	0,67	2,18
E. Romagna	20,58	15,73	1,46	0,51	2,87
Toscana	17,07	13,48	0,79	0,65	2,15
Umbria	14,52	10,91	0,82	0,41	2,37
Marche	17,08	13,13	0,82	0,85	2,28
Lazio	18,26	13,06	0,85	2,75	1,60
Abruzzo	14,68	10,86	0,90	0,80	2,12
Molise	24,58	18,69	1,74	1,42	2,72
Campania	20,06	15,24	1,03	2,02	1,77
Puglia	14,47	10,72	0,77	1,41	1,58
Basilicata	16,58	11,49	0,69	2,66	1,74
Calabria	16,54	12,58	0,70	1,10	2,16
Sicilia	18,62	14,75	0,82	0,81	2,24
Sardegna	18,79	13,20	0,95	1,75	2,88

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Per quanto concerne le analisi di laboratorio la Regione con un maggior numero di prestazioni pro-capite è il Molise con una media di 18,7; la Regione ove si registra il numero minimo di prestazioni è invece la Puglia con 10,7.

Passando alla diagnostica, il Molise è ancora la Regione che presenta il valore massimo di prestazioni pro-capite (1,74), mentre il Friuli Venezia Giulia è all'altro estremo, con un numero medio pro-capite di prestazioni diagnostiche pari a 0,67.

Nel settore della medicina fisica il maggior numero di prestazioni si registra nel Lazio (2,75), mentre il minore in Umbria (0,41), con un differenziale di quasi 7 volte.

Infine, relativamente alle altre prestazioni, il Trentino Alto Adige registra un valore medio pro-capite di prestazioni pari a 3,26, mentre la Puglia ha nuovamente il valore più basso (1,58). Nel 2005 il numero medio di prestazioni pro-capite rimane pressoché costante per tutte le tipologie considerate: 19,50 prestazioni totali pro-capite, 14,68 analisi di laboratorio, 0,95 prestazioni di diagnostica pro-capite, 1,40 di medicina fisica e 2,47 di presta-

<sup>2</sup> Non è purtroppo disponibile l'informazione relativa alla suddivisione delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private.

**Tabella 4b - Prestazioni pro-capite per tipologia, anno 2005**

Regioni	Totale pro-capite	Analisi chim., clin., microbiol. pro-capite	Diagnostiche pro-capite	Medicina fisica pro-capite	Altre prestazioni pro-capite
ITALIA	19,50	14,68	0,95	1,40	2,47
Piemonte	19,91	14,97	0,95	1,52	2,48
Valle D'Aosta	22,70	17,02	1,08	1,29	3,31
Lombardia	23,31	17,65	1,06	1,66	2,94
Trentino A.A.	18,66	13,79	0,79	0,98	3,11
Veneto	23,38	17,38	1,13	1,75	3,12
F.V. Giulia	17,97	14,42	0,68	0,58	2,29
Liguria	21,83	15,96	1,20	1,27	3,39
E. Romagna	18,36	14,09	0,90	0,41	2,97
Toscana	20,20	15,91	0,94	0,65	2,70
Umbria	14,82	11,33	0,78	0,24	2,47
Marche	18,53	14,33	0,95	0,87	2,37
Lazio	13,25	9,10	0,60	2,20	1,36
Abruzzo	15,90	12,41	0,75	0,78	1,96
Molise	24,97	19,46	1,87	1,07	2,56
Campania	19,80	14,83	1,20	1,95	1,82
Puglia	18,52	13,79	0,94	1,49	2,30
Basilicata	18,96	13,68	0,78	2,92	1,57
Calabria	17,40	13,02	0,86	1,24	2,29
Sicilia	17,80	13,93	0,84	0,80	2,24
Sardegna	20,57	14,64	0,94	1,96	3,03

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

zioni pro-capite (tabella 4b). Per quanto concerne la distribuzione territoriale delle prestazioni, si riscontra una variabilità regionale abbastanza marcata analoga a quella riscontratasi nel 2004.

Nelle analisi di laboratorio il Molise è ancora la Regione con il numero maggiore di prestazioni pro-capite (pari a 19,46), mentre non è più la Puglia ma il Lazio a caratterizzarsi per il numero minore di prestazioni di laboratorio per abitante.

Anche nella diagnostica il Molise è la Regione che presenta il valore massimo di prestazioni pro-capite (1,87), pari al 7,2% in più rispetto al 2004, e il Lazio è all'altro estremo, con un numero medio pro-capite di prestazioni diagnostiche pari a 0,6.

Per la medicina fisica e riabilitativa, nel 2005, il maggior numero di prestazioni si registra in Basilicata (2,92) e nel Lazio (2,20), mentre l'Umbria è ancora la Regione con il minore numero di prestazioni (0,24).

Riassumendo, la dimensione delle differenze registrate è difficilmente spiegabile: per un verso potrebbe indicare l'esistenza di livelli di appropriatezza prescrittivi difformi, dall'altro è presumibile che dipenda anche da carenze nel sistema informativo, quanto meno in termini di classificazione delle prestazioni stesse.

### 2.5.3 Offerta

Relativamente all'offerta di prestazioni specialistiche, i dati relativi al 2004 mostrano che essa viene garantita sul territorio nazionale da 10.541 strutture (ambulatoriali e laboratori); parte di queste erogano prestazioni in più branche.

Erogano prestazioni di laboratorio 4.223 strutture, prestazioni cliniche in 6.637 e sono 3.048 quelle che effettuano diagnostica<sup>3</sup> (tabella 5a).

Delle strutture censite, sono 6.012 quelle private accreditate, pari al 57,3% del totale, mentre sono 4.529 quelle pubbliche.

La distribuzione territoriale pubblico/privato è decisamente difforme fra le Regioni: nella Regione Sicilia la percentuale di strutture private raggiunge l'80,53%, seguita dalla Campania (78,35%); all'altro estremo nella Provincia autonoma di Bolzano le strutture private sono solo il 16,76% (tabella 6a).

Nel 2005 il numero di strutture che garantiscono l'offerta di prestazioni specialistiche sul territorio nazionale è pari a 10.538 (ambulatori e laboratori): quindi 3 strutture in meno rispetto al 2004.

**Tabella 5a - Numero strutture, anno 2004**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	10.541	6637	3048	4223
Piemonte	473	410	183	170
Valle D'Aosta	8	7	4	1
Lombardia	838	654	414	368
Pr. Aut. Bolzano	185	162	66	20
Pr. Aut. Trento	45	37	20	16
Veneto	472	387	156	158
F.V. Giulia	148	133	34	32
Liguria	484	353	154	121
E. Romagna	452	383	184	121
Toscana	964	596	183	165
Umbria	98	78	37	32
Marche	253	168	73	112
Lazio	929	530	358	479
Abruzzo	202	107	56	102
Molise	57	39	22	27
Campania	1.524	625	381	835
Puglia	648	363	140	299
Basilicata	103	68	21	44
Calabria	457	273	121	209
Sicilia	1.808	977	321	820
Sardegna	393	287	120	92

Fonte: Ministero della Salute

<sup>3</sup> La somma è pari a 13.908 in quanto alcune strutture erogano prestazioni in più branche.

Il numero di strutture che erogano prestazioni di laboratorio aumenta, tra il 2004 e il 2005, da 4.223 a 4.258 (+0,8%); le strutture che erogano prestazioni cliniche ammontano a 6.705 (+1,0% rispetto al 2004) e sono 3.049 quelle che effettuano diagnostica (una in più rispetto al 2004<sup>4</sup>) (Vd. tabelle 5b e 5c).

Le strutture private accreditate costituiscono il 56,63% del totale: nel campo delle prestazioni cliniche sono il 41,01% del totale, mentre per la diagnostica sono il 49% (tabella 6b). Le percentuali indicate non sono peraltro indicative del peso reale delle strutture private accreditate, in quanto sono diverse le dimensioni medie sia in funzione delle varie tipologie di struttura, che della loro natura pubblica o privata.

**Tabella 5b - Numero strutture, anno 2005**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	10.538	6705	3049	4258
Piemonte	544	461	197	213
Valle D'Aosta	8	7	4	1
Lombardia	817	647	404	362
Pr. Aut. Bolzano	186	164	68	19
Pr. Aut. Trento	36	31	18	16
Veneto	481	395	159	158
F.V. Giulia	141	126	31	30
Liguria	429	318	125	111
E. Romagna	457	394	195	146
Toscana	1045	644	198	171
Umbria	99	79	37	32
Marche	243	170	71	110
Lazio	951	527	341	458
Abruzzo	209	117	64	110
Molise	60	44	23	29
Campania	1.505	632	373	827
Puglia	662	390	153	310
Basilicata	108	72	21	51
Calabria	457	274	122	207
Sicilia	1.714	930	321	803
Sardegna	386	283	124	94

Fonte: Ministero della Salute

<sup>4</sup> La somma è pari a 13.908 in quanto alcune strutture erogano prestazioni in più branche.

**Tabella 5c - Numero strutture, variazioni percentuali 2004-2005**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Labotatorio
ITALIA	-0,03	1,02	0,03	0,83
Piemonte	15,01	12,44	7,65	25,29
Valle D'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	-2,51	-1,07	-2,42	-1,63
Pr. Aut. Bolzano	0,54	1,23	3,03	-5,00
Pr. Aut. Trento	-20,00	-16,22	-10,00	0,00
Trentino A.A.	-3,48	-2,01	0,00	-2,78
Veneto	1,91	2,07	1,92	0,00
F.V. Giulia	-4,73	-5,26	-8,82	-6,25
Liguria	-11,36	-9,92	-18,83	-8,26
E. Romagna	1,11	2,87	5,98	20,66
Toscana	8,40	8,05	8,20	3,64
Umbria	1,02	1,28	0,00	0,00
Marche	-3,95	1,19	-2,74	-1,79
Lazio	2,37	-0,57	-4,75	-4,38
Abruzzo	3,47	9,35	14,29	7,84
Molise	5,26	12,82	4,55	7,41
Campania	-1,25	1,12	-2,10	-0,96
Puglia	2,16	7,44	9,29	3,68
Basilicata	4,85	5,88	0,00	15,91
Calabria	0,00	0,37	0,83	-0,96
Sicilia	-5,20	-4,81	0,00	-2,07
Sardegna	-1,78	-1,39	3,33	2,17

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 6a - Suddivisione delle strutture pubbliche e private accreditate per branca (valori percentuali), anno 2004**

Regioni	Totale pubbl.	Totale private	Clinica pubbl.	Clinica private	Diagn.ca pubbl.	Diagn.ca private	Laborat. pubbl.	Laborat. private
ITALIA	42,97	57,03	58,64	41,36	50,92	49,08	30,81	69,19
Piemonte	80,55	19,45	82,44	17,56	67,21	32,79	72,94	27,06
Valle D'Aosta	75,00	25,00	71,43	28,57	75,00	25,00	100,00	0,00
Lombardia	40,10	59,90	50,31	49,69	44,20	55,80	41,03	58,97
Pr. Aut. Bolzano	83,24	16,76	83,95	16,05	92,42	7,58	70,00	30,00
Pr. Aut. Trento	80,00	20,00	83,78	16,22	70,00	30,00	68,75	31,25
Veneto	44,70	55,30	50,65	49,35	55,77	44,23	55,70	44,30
F.V. Giulia	72,30	27,70	77,44	22,56	73,53	26,47	62,50	37,50
Liguria	66,74	33,26	78,47	21,53	54,55	45,45	42,98	57,02
E. Romagna	56,86	43,14	61,36	38,64	50,54	49,46	51,24	48,76
Toscana	63,07	36,93	67,79	32,21	54,64	45,36	50,30	49,70
Umbria	77,55	22,45	93,59	6,41	81,08	18,92	59,38	40,63
Marche	64,03	35,97	77,98	22,02	79,45	20,55	53,57	46,43
Lazio	36,06	63,94	58,11	41,89	45,25	54,75	26,10	73,90
Abruzzo	44,06	55,94	56,07	43,93	66,07	33,93	37,25	62,75
Molise	35,09	64,91	48,72	51,28	54,55	45,45	33,33	66,67
Campania	21,65	78,35	46,08	53,92	28,08	71,92	11,74	88,26
Puglia	43,83	56,17	66,39	33,61	60,71	39,29	28,09	71,91
Basilicata	55,34	44,66	75,00	25,00	66,67	33,33	45,45	54,55
Calabria	44,64	55,36	64,84	35,16	55,37	44,63	31,58	68,42
Sicilia	19,47	80,53	31,01	68,99	46,73	53,27	16,46	83,54
Sardegna	51,15	48,85	65,16	34,84	47,50	52,50	44,57	55,43

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute



**Tabella 6b - Suddivisione delle strutture pubbliche e private accreditate per branca (valori percentuali), anno 2005**

Regioni	Totale pubbl.	Totale private	Clinica pubbl.	Clinica private	Diagn.ca pubbl.	Diagn.ca private	Laborat. pubbl.	Laborat. private
ITALIA	43,37	56,63	58,99	41,01	51,00	49,00	32,41	67,59
Piemonte	82,90	17,10	84,16	15,84	70,56	29,44	78,40	21,60
Valle D'Aosta	75,00	25,00	71,43	28,57	75,00	25,00	100,00	0,00
Lombardia	39,53	60,47	48,53	51,47	43,81	56,19	41,71	58,29
Pr. Aut. Bolzano	82,80	17,20	82,93	17,07	89,71	10,29	73,68	26,32
Pr. Aut. Trento	69,44	30,56	77,42	22,58	77,78	22,22	68,75	31,25
Veneto	44,07	55,93	49,62	50,38	54,09	45,91	55,06	44,94
F.V. Giulia	70,92	29,08	76,19	23,81	70,97	29,03	60,00	40,00
Liguria	70,16	29,84	81,45	18,55	58,40	41,60	49,55	50,45
E. Romagna	59,96	40,04	63,96	36,04	52,31	47,69	63,01	36,99
Toscana	63,54	36,46	68,94	31,06	52,53	47,47	49,71	50,29
Umbria	77,78	22,22	93,67	6,33	81,08	18,92	59,38	40,63
Marche	62,55	37,45	76,47	23,53	78,87	21,13	54,55	45,45
Lazio	35,86	64,14	57,12	42,88	42,52	57,48	23,58	76,42
Abruzzo	45,93	54,07	58,12	41,88	67,19	32,81	40,00	60,00
Molise	40,00	60,00	52,27	47,73	52,17	47,83	37,93	62,07
Campania	21,20	78,80	45,41	54,59	27,08	72,92	11,73	88,27
Puglia	44,11	55,89	67,44	32,56	60,13	39,87	29,35	70,65
Basilicata	55,56	44,44	76,39	23,61	71,43	28,57	45,10	54,90
Calabria	44,86	55,14	64,23	35,77	55,74	44,26	31,88	68,12
Sicilia	17,62	82,38	30,75	69,25	47,35	52,65	16,81	83,19
Sardegna	49,74	50,26	62,90	37,10	48,39	51,61	47,87	52,13

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

### 2.5.4 Dimensione delle strutture erogatrici

Dividendo le prestazioni rese per il numero di strutture (per branca) si ottiene un'indicazione, seppure molto approssimata, della dimensione media delle strutture (Vd. tabelle 7a e 7b).

Escludendo la Valle D'Aosta, nella quale è presente una sola azienda ospedaliera e nessuna struttura privata accreditata, nel 2004 la Regione con una più elevata "concentrazione" di prestazioni per struttura è l'Emilia Romagna. La Regione con una maggiore "frammentazione" è la Sicilia. Più in generale possiamo osservare come le Regioni meridionali abbiano un tessuto di ambulatori e laboratori mediamente piccoli, con evidenti rischi di inefficienza. Le differenze sono rilevanti: prendendo, ad esempio, ancora l'Emilia Romagna e la Sicilia, osserviamo come la dimensione media dei laboratori nella prima Regione sia quasi 6 volte maggiore che nella seconda, e quella delle "altre strutture" di circa 2,5 volte.

Nel 2005 la Prov. Auton. di Trento presenta il numero più elevato di prestazioni cliniche per struttura (45.635,23), mentre le prestazioni di laboratorio e quelle di diagnostica per struttura si concentrano maggiormente rispettivamente nelle Regioni del Friuli Venezia Giulia (59.002,10) e del Veneto (33.395,70).

La Prov. Auton. di Bolzano si caratterizza invece per il minor numero medio di prestazioni cliniche e diagnostiche per struttura, pari rispettivamente a 9.846,68 e 4.282,26.

**Tabella 7a - Prestazioni medie per struttura e per branca, anno 2004**

Regioni	Cliniche	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche
ITALIA	20.648,56	201.749,39	18.180,22
Piemonte	24.658,83	399.393,06	22.354,90
Valle D'Aosta	54.526,71	1.894.990,00	32.760,25
Lombardia	42.534,11	453.598,55	23.491,80
Pr. Aut. Bolzano	11.374,35	239.674,10	5.003,73
Pr. Aut. Trento	35.054,05	501.843,94	22.371,55
Trentino A.A.	15.777,11	356.194,03	9.042,76
Veneto	38.053,68	495.813,63	32.043,06
F.V. Giulia	20.947,19	507.108,91	23.444,03
Liguria	9.749,67	164.312,00	9.882,62
E. Romagna	30.580,88	530.512,68	32.358,70
Toscana	12.872,41	291.306,22	15.468,11
Umbria	25.821,15	289.231,63	18.755,97
Marche	20.399,75	176.384,38	16.888,07
Lazio	15.698,76	141.949,82	12.361,42
Abruzzo	25.528,99	136.944,33	20.615,05
Molise	22.477,54	222.678,52	25.472,32
Campania	16.279,19	105.149,79	15.513,72
Puglia	17.563,60	144.890,25	22.126,84
Basilicata	15.280,29	155.907,59	19.483,86
Calabria	15.903,15	121.097,16	11.667,95
Sicilia	11.480,48	89.970,01	12.849,37
Sardegna	16.515,60	235.774,68	13.037,50

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 7b - Prestazioni medie per struttura e per branca, anno 2005**

Regioni	Cliniche	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche
ITALIA	21.554,15	201.582,25	18.250,34
Piemonte	23.253,69	304.278,74	20.791,26
Valle D'Aosta	58.161,14	2.091.481,00	33.114,50
Lombardia	42.667,88	457.892,52	24.672,07
Pr. Aut. Bolzano	9.846,68	225.475,05	4.282,26
Pr. Aut. Trento	45.635,23	571.954,69	26.348,22
Trentino A.A.	15.536,14	383.865,74	8.900,72
Veneto	37.080,43	516.976,63	33.395,70
F.V. Giulia	21.941,76	579.002,10	26.324,39
Liguria	16.990,03	228.986,05	15.298,38
E. Romagna	31.299,50	400.561,79	19.102,53
Toscana	15.066,49	334.692,91	17.122,19
Umbria	26.854,65	304.194,09	18.053,59
Marche	21.213,71	197.849,55	20.311,15
Lazio	13.561,87	104.691,79	9.213,63
Abruzzo	21.735,78	146.566,98	15.204,25
Molise	18.760,36	216.082,45	26.111,09
Campania	16.682,02	103.816,69	18.595,74
Puglia	23.998,86	180.919,50	25.087,77
Basilicata	13.028,88	160.043,35	22.076,24
Calabria	16.774,29	126.362,15	14.089,37
Sicilia	12.065,78	86.934,39	13.081,20
Sardegna	17.693,52	256.951,71	12.489,92

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

In termini di rapporto alla popolazione servita, nel 2004 abbiamo un bacino di utenza medio degli ambulatori e laboratori pari a 5.492 abitanti per struttura (tabella 8a). Anche in questo caso il dato è geograficamente molto variabile, si passa da un numero di abitanti medio per struttura pari a 15.255 della Valle d'Aosta a quello della Sicilia pari a 2.767.

Riferendosi alla singola branca, si osserva un numero medio di abitanti per struttura pari a 8.722, 18.992 e 13.708 rispettivamente nelle branche clinica, diagnostica e laboratorio.

A livello regionale il dato appare piuttosto variabile: nelle branche clinica e diagnostica si registra un valore massimo rispettivamente in Valle d'Aosta (17.434) e in Friuli Venezia Giulia (35.241) e uno minimo in Liguria, sia per la clinica (di 4.469 abitanti) che per la diagnostica (10.243). Nella branca delle analisi di laboratorio, invece, la Valle d'Aosta raggiunge il massimo numero medio di abitanti per struttura, pari a 122.140; la Sicilia si caratterizza per il bacino di utenza minimo, pari a 6.102 abitanti.

Nel 2005 il bacino di utenza medio degli ambulatori e laboratori è pari a 5.548 abitanti per struttura, +1,02% rispetto al 2004 (Vd. tabelle 8b e 8c); nello specifico si hanno in media 8.719, 19.174, 13.730 abitanti per struttura rispettivamente nelle branche di clinica, diagnostica e laboratorio (-0,03%, 0,96%, +0,16% del 2004).

La variabilità regionale continua ad essere rilevante: per quanto riguarda la branca clinica il

**Tabella 8a - Bacini medi di utenza delle strutture  
(abitanti per struttura), anno 2004**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	5.492	8.722	18.992	13.708
Piemonte	9.028	10.415	23.335	25.119
Valle D'Aosta	15.255	17.434	30.510	122.040
Lombardia	11.034	14.139	22.335	25.127
Trentino A.A.	4.185	4.837	11.191	26.735
Veneto	9.837	11.997	29.762	29.385
F.V. Giulia	8.096	9.009	35.241	37.443
Liguria	3.259	4.469	10.243	13.037
E. Romagna	9.028	10.654	22.177	33.723
Toscana	3.699	5.983	19.487	21.613
Umbria	8.653	10.872	22.920	26.501
Marche	5.948	8.957	20.614	13.436
Lazio	5.603	9.821	14.539	10.867
Abruzzo	6.366	12.018	22.962	12.607
Molise	5.644	8.249	14.623	11.915
Campania	3.780	9.217	15.119	6.899
Puglia	6.236	11.132	28.864	13.515
Basilicata	5.796	8.779	28.429	13.568
Calabria	4.401	7.368	16.623	9.624
Sicilia	2.767	5.121	15.586	6.102
Sardegna	4.181	5.725	13.692	17.860

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 8b - Bacini medi di utenza delle strutture  
(abitanti per struttura), anno 2005**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	5.548	8.719	19.174	13.730
Piemonte	7.960	9.393	21.981	20.329
Valle D'Aosta	15.359	17.553	30.717	122.868
Lombardia	11.497	14.518	23.250	25.948
Trentino A.A.	4.390	4.998	11.333	27.846
Veneto	9.771	11.899	29.559	29.747
F.V. Giulia	8.544	9.561	38.862	40.157
Liguria	3.712	5.007	12.738	14.345
E. Romagna	9.084	10.536	21.289	28.434
Toscana	3.443	5.587	18.173	21.043
Umbria	8.676	10.873	23.215	26.842
Marche	6.250	8.934	21.391	13.807
Lazio	5.542	10.000	15.454	11.506
Abruzzo	6.217	11.105	20.301	11.812
Molise	5.366	7.317	13.998	11.102
Campania	3.847	9.160	15.520	7.000
Puglia	6.145	10.431	26.589	13.123
Basilicata	5.524	8.285	28.407	11.697
Calabria	4.397	7.333	16.469	9.707
Sicilia	2.925	5.390	15.617	6.243
Sardegna	4.275	5.831	13.307	17.554

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

**Tabella 8c - Bacini medi di utenza delle strutture (abitanti per struttura), variazioni percentuali 2004-2005**

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
ITALIA	1,02	-0,03	0,96	0,16
Piemonte	-11,83	-9,81	-5,80	-19,07
Valle D'Aosta	0,68	0,68	0,68	0,68
Lombardia	4,19	2,68	4,10	3,27
Trentino A.A.	4,91	3,34	1,26	4,16
Veneto	-0,67	-0,82	-0,68	1,23
F.V. Giulia	5,54	6,13	10,28	7,25
Liguria	13,88	12,05	24,36	10,03
E. Romagna	0,62	-1,10	-4,00	-15,68
Toscana	-6,92	-6,62	-6,74	-2,64
Umbria	0,26	0,01	1,29	1,29
Marche	5,08	-0,26	3,77	2,76
Lazio	-1,10	1,82	6,29	5,89
Abruzzo	-2,34	-7,60	-11,59	-6,31
Molise	-4,92	-11,29	-4,27	-6,82
Campania	1,77	-0,62	2,65	1,47
Puglia	-1,46	-6,30	-7,88	-2,90
Basilicata	-4,70	-5,63	-0,08	-13,79
Calabria	-0,10	-0,47	-0,92	0,86
Sicilia	5,69	5,26	0,20	2,32
Sardegna	2,24	1,84	-2,82	-1,71

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

numero medio di abitanti per struttura più alto continua a registrarsi in Valle d'Aosta (17.553) e si incrementa dello 0,68% rispetto al 2004; la Valle d'Aosta si caratterizza per un bacino di utenza maggiore anche per quanto riguarda la branca di laboratorio (122.868), al contrario il Trentino A.A. (4.998) presenta un numero minore di abitanti per struttura che eroga prestazioni cliniche (tale numero è maggiore del 3,34% rispetto a quello del 2004) e la Sicilia presenta il minimo valore relativamente alle prestazioni di laboratorio (6.243 in v.a. e +2,32% rispetto al 2004).

Relativamente alla diagnostica, il Friuli Venezia Giulia presenta il bacino di utenza maggiore (38.862) che è aumentato del 10,28% rispetto al 2004, al contrario il Trentino A. A. si caratterizza per un numero minore di abitanti medi per struttura pari a 11.333 (+1,26%).

Il quadro complessivo che emerge dai dati forniti può essere riassunto nel sottolineare la pervasività dell'assistenza specialistica che, dopo quella farmaceutica, è la tipologia di assistenza che genera maggiori contatti dei cittadini con il SSN ed è più capillarmente diffusa sul territorio.

Il contributo del settore privato (accreditato) è rilevante, sebbene con caratteristiche diverse sul territorio; in particolare i dati disponibili dimostrano come siano difforni le pratiche di accreditamento a livello regionale e come nel Sud si registri una forte frammentazione delle strutture, mediamente di piccola dimensione.

Complessivamente si assiste ad un progressivo aumento delle dimensioni medie delle struttu-

**Tabella 9a - Stima della spesa specialistica pubblica e privata (valori percentuali), anno 2004**

Regioni	Quota specialistica su totale spesa sanitaria 2001	Quota spesa spec. str. pubbliche	Quota spesa spec. str. private
ITALIA	11,7	69,5	30,5
Piemonte	14,7	82,0	18,0
Valle d'Aosta	11,0	78,3	21,7
Lombardia	12,7	66,8	33,2
Pr. Aut. Bolzano	13,8	96,3	3,7
Pr. Aut. Trento	13,8	91,9	8,1
Veneto	11,3	70,4	29,6
FVG	12,5	78,7	21,3
Liguria	13,9	86,9	13,1
E. Romagna	14,9	89,2	10,8
Toscana	13,9	87,4	12,6
Umbria	13,6	93,9	6,1
Marche	15,4	89,9	10,1
Lazio	10,2	51,5	48,5
Abruzzo	8,7	71,1	28,9
Molise	9,8	74,1	25,9
Campania	9,1	35,1	64,9
Puglia	8,3	58,1	41,9
Basilicata	8,8	80,4	19,6
Calabria	9,8	62,2	37,8
Sicilia	9,8	43,7	56,3
Sardegna	8,9	67,3	32,7

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati ASSR

re. Non si è, purtroppo, ancora in grado, con i dati messi a disposizione, di separare l'effettivo apporto delle strutture private e pubbliche in termini di quantità e qualità delle prestazioni.

### 2.5.5 Spesa e tariffe

L'attività specialistica sinteticamente descritta comporta un costo per il SSN difficilmente quantificabile, a causa della carenza di sistemi informativi atti a desumere dalla contabilità delle strutture ospedaliere pubbliche l'onere attribuibile all'attività specialistica ambulatoriale erogata intra-ospedale. L'unica stima "ufficiale" del costo complessivo della specialistica attualmente disponibile è quella fornita dalle Regioni nell'ambito della cosiddetta rilevazione dei "costi dei LEA".

Con riferimento all'anno 2001, ultimo anno per il quale sono stati pubblicati i dati, l'onere complessivo per la specialistica era pari, in media, all'11,7% della spesa sanitaria pubblica totale<sup>5</sup>,

<sup>5</sup> I dati di Prov. Auton. di Bolzano, Molise e Sicilia sono frutto di stime

**Tabella 9b - Stima della spesa specialistica pubblica e privata (valori percentuali), anno 2005**

Regioni	Quota specialistica su totale spesa sanitaria 2001	Quota spesa spec. str. pubbliche	Quota spesa spec. str. private
ITALIA	11,7	70,1	29,9
Piemonte	14,7	82,4	17,6
Valle d'Aosta	11,0	77,8	22,2
Lombardia	12,7	69,0	31,0
Pr. Aut. Bolzano	13,8	95,8	4,2
Pr. Aut. Trento	13,8	90,8	9,2
Veneto	11,3	67,5	32,5
FVG	12,5	81,6	18,4
Liguria	13,9	86,1	13,9
E. Romagna	14,9	87,6	12,4
Toscana	13,9	86,4	13,6
Umbria	13,6	93,6	6,4
Marche	15,4	89,7	10,3
Lazio	10,2	55,4	44,6
Abruzzo	8,7	76,9	23,1
Molise	9,8	57,8	42,2
Campania	9,1	33,6	66,4
Puglia	8,3	58,4	41,6
Basilicata	8,8	79,9	20,1
Calabria	9,8	68,0	32,0
Sicilia	9,8	49,9	50,1
Sardegna	8,9	62,9	37,1

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati ASSR

avvicinandosi di molto all'onere per la farmaceutica; si tratterebbe in definitiva della terza voce di spesa pubblica dopo Ospedaliera e Farmaceutica (tabella 9a). Qualora le percentuali indicate fossero rimaste stabili, al 2006 la spesa totale per specialistica dovrebbe ammontare ad un valore compreso fra € 11,4 e 12,5 mld.

Con i dati disponibili (come detto in parte fermi al 2001), si sono stimate le quote regionali di spesa per specialistica attribuibili alle strutture pubbliche e private accreditate; i valori regionali relativi alla spesa specialistica pubblica sono stati stimati per differenza, ovvero considerando le percentuali di spesa specialistica totale dichiarate dalle Regioni nell'ambito dei cosiddetti costi LEA, e l'ammontare di spesa sanitaria convenzionata il cui dato è invece routinariamente disponibile<sup>6</sup>.

L'onere sostenuto per la remunerazione delle strutture private accreditate è pari a € 3,5 mld. nel 2006. Appare interessante notare che la spesa sarebbe imputabile per il 70/71% alle strut-

<sup>6</sup> Per la Prov. Auton. di Bolzano, il Molise e la Sicilia, non essendo disponibili le percentuali di spesa specialistica sul totale, è stato applicato il coefficiente di riproporzionamento di Trento (per Bolzano) e della Calabria (per Molise e Sicilia).

**Tabella 9c - Stima della spesa specialistica pubblica e privata (valori percentuali), anno 2006**

Regioni	Quota specialistica su totale spesa sanitaria 2001	Quota spesa spec. str. pubbliche	Quota spesa spec. str. private
ITALIA	11,7	69,2	30,8
Piemonte	14,7	81,9	18,1
Valle d'Aosta	11,0	77,6	22,4
Lombardia	12,7	68,8	31,2
Pr. Aut. Bolzano	13,8	96,0	4,0
Pr. Aut. Trento	13,8	90,2	9,8
Veneto	11,3	65,0	35,0
FVG	12,5	80,1	19,9
Liguria	13,9	85,9	14,1
E. Romagna	14,9	87,4	12,6
Toscana	13,9	86,2	13,8
Umbria	13,6	93,7	6,3
Marche	15,4	90,1	9,9
Lazio	10,2	56,2	43,8
Abruzzo	8,7	76,0	24,0
Molise	9,8	64,4	35,6
Campania	9,1	28,5	71,5
Puglia	8,3	56,3	43,7
Basilicata	8,8	79,1	20,9
Calabria	9,8	62,3	37,7
Sicilia	9,8	47,5	52,5
Sardegna	8,9	60,4	39,6

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati ASSR

ture pubbliche e per il 29/30% a quelle private accreditate. In altri termini pur rappresentando circa la metà delle strutture, alle strutture private accreditate sarebbe imputabile meno di un terzo della spesa, anche per effetto di una presumibile dimensione media inferiore.

Le tabelle che seguono (tabelle 9b e 9c) mostrano le stime delle quote di spesa a livello regionale per specialistica, attribuibili alle strutture pubbliche e private accreditate, nell'ipotesi che le percentuali della spesa specialistica sul totale della spesa sanitaria siano rimaste uguali dal 2001 ad oggi.

Si confermano rilevanti differenze regionali: in generale possiamo osservare come nel Nord, più che nel Sud, una quota maggiore della spesa specialistica è concentrata nelle strutture pubbliche.

### 2.5.6 Evoluzione della spesa specialistica

La spesa specialistica accreditata è cresciuta più rapidamente di quella totale nel periodo 2001-2004: il 7,4% medio annuo, contro il 4,7% medio annuo del totale della spesa sanitaria.

Si consideri altresì che su un orizzonte più ampio (1990-2004) la crescita della spesa specialistica convenzionata risulta nulla: secondo i dati ISTAT, la spesa attuale sarebbe sugli stessi livel-



li del 1990.

Analizzando la situazione negli anni più recenti si ha che tra il 2004 e il 2005 la spesa specialistica accreditata è cresciuta in media del 4,44%, la spesa per il personale del 7,64%, quella per i beni e servizi del 14,80%, mentre la spesa farmaceutica è diminuita in un anno dell'1,68%. Tra il 2005 e il 2006 la spesa specialistica accreditata continua a crescere dell'8,59% e più rapidamente della spesa sanitaria totale che in un anno si incrementa del 5,11%; per confronto, la spesa per il personale e per i beni e servizi aumenta rispettivamente del 5,03% e del 5,86% mentre l'incremento della spesa farmaceutica è pari a +4,23%.

Nell'interpretazione dell'andamento della spesa specialistica è necessario tenere conto di numerosi fattori: crescita del numero delle prestazioni, modifiche nel *case-mix* delle stesse (ovvero del valore medio delle stesse), infine delle modifiche tariffarie<sup>7</sup>.

### 2.5.7 Il sistema tariffario

Il terzo fattore di variazione sopra citato è rappresentato dalle modifiche del sistema tariffario. Le tariffe vigenti sono il frutto di modifiche regionali del tariffario apposto al nomenclatore del 1996, che segue a quello del 1981; tali modifiche hanno peraltro portato a variazioni rilevanti fra le singole tariffe e fra i nomenclatori regionali. Secondo una rilevazione dell'ASSR (2004), sono comuni scarti rilevanti fra le tariffe applicate regionalmente (anche al netto dei tetti applicati alle strutture private): per la branca del Laboratorio, ad esempio, sono frequenti scarti dell'ordine del 50%, con punte che arrivano al 380%, a fronte di tariffe che per alcune prestazioni sono state ridotte anche del 35% e per altre (incentivo agli screening) sono state aumentate di quasi il 300%. Analogamente per la Radiologia abbiamo riduzioni fino al 20% e aumenti fino al 60%, con differenze fra Regioni che arrivano al 250%. Per la Diagnostica Strumentale le differenze sono ancora maggiori: abbiamo riduzioni fino al 75% e aumenti fino al 450%, con differenze fra Regioni che arrivano al 960%.

L'analisi effettuata dall'ASSR nel 2004 sulle tariffe di alcune delle prestazioni più frequenti dimostra che solo pochissime Regioni hanno garantito la copertura degli aumenti di costo derivanti dall'inflazione. Si evidenzia quindi per le strutture private (quelle pubbliche sono di fatto pagate in base ai costi e non a tariffa) una perdita reale in termini di fatturato, con il rischio che, qualora il tariffario del 1996 fosse sufficientemente corretto, questo disincentivi la qualità delle prestazioni e inneschi comportamenti opportunistici e inappropriati.

Considerando che, in media, le tariffe attuali non si discostano in modo rilevante da quelle fissate nel 1996, possiamo stimare la perdita reale di fatturato in termini degli aumenti di altre variabili di riferimento. Fra il 1996 e oggi, registriamo infatti che l'inflazione cumulata è pari al 29%, il PIL è cresciuto di oltre il 44%, il finanziamento di quasi l'84%, la spesa sanitaria è aumentata dell'85%; passando ai fattori produttivi, dal 2000 le retribuzioni del personale dipendente sono aumentate fra il 20 e il 40% a seconda delle Regioni. Si consideri che tale dato, per quanto eclatante, sottostima il fenomeno della perdita di "potere di acquisto" delle tariffe, in quanto non tiene conto dei tetti finanziari e/o di volume, che in molte Regioni deprimono nei

<sup>7</sup> Un'altra questione che è necessario considerare nell'interpretazione dei trend della spesa specialistica, e che non viene affrontata in questo contesto, è quella relativa al progressivo "spostamento" delle prestazioni di Ospedaliera e PS al regime ambulatoriale.

fatti ancor più la tariffa realmente riconosciuta alle strutture private accreditate.

Si deve altresì considerare che la Finanziaria 2007 ha previsto una ulteriore riduzione delle tariffe di laboratorio automatizzabili, inizialmente del 50%, poi ridotta al 20%, da cui il Governo si aspettava in origine una riduzione di spesa pubblica di € 226 mln., ridotta poi a circa € 90 mln. Tale manovra, qualora desse il gettito previsto, inciderebbe teoricamente sul fatturato delle strutture private per circa € 110 mln., pari ad una ulteriore riduzione di circa il 3% della spesa tendenziale e un valore certamente più alto sui fatturati dei laboratori (ricordiamo che non tutte le strutture erogano prestazioni di laboratorio). Tale manovra appare di dubbia consistenza logica, in quanto assume che il costo rilevante delle prestazioni sia quello di "produzione", trascurando i costi relativi alle fasi accessorie del servizio, che sono invece particolarmente rilevanti nel caso di prestazioni generalmente di costo unitario molto ridotto. Inoltre appare di dubbia rilevanza finanziaria per il SSN, incidendo piuttosto significativamente su un settore già frenato da un mancato aggiornamento delle tariffe.

Si consideri infine che nella manovra appaiono elementi che mettono in dubbio la quantificazione dei risparmi effettuata dal Governo.

In primo luogo la percentuale di riduzione media delle tariffe rischia di non essere omogenea, in quanto molte Regioni potrebbero averla applicata a partire dalla tariffa nazionale 1996 e non da quelle rideterminate localmente.

In secondo luogo la stima sconta una divisione del valore delle prestazioni 50-50, mentre sembra più probabile (dai dati sopra esposti sui costi dei LEA) che così si sovrastimi la quota privata.

Infine non sembra si sia tenuta nel debito conto la correlazione con la fuoriuscita dal SSN delle prestazioni di basso importo, legata alla contemporanea manovra che ha imposto un ticket in cifra fissa sulle prescrizioni di specialistica (di recente abolito).

Consideriamo, ancora, che si paventa una situazione in cui i cittadini non esenti finiscono per pagare quasi completamente l'assistenza ricevuta, con potenziali problemi di equità ancora da stimare compiutamente.

### **2.5.8 Conclusioni**

Il contributo proposto evidenzia diversi aspetti: dal punto di vista dell'offerta, ad esempio, si nota una presenza rilevante del settore privato (accreditato), ma con forti irregolarità territoriali. Differenze regionali si riscontrano anche nella distribuzione pro-capite delle varie tipologie di prestazioni e nella dimensione delle strutture: il Sud Italia presenta una più forte frammentazione delle strutture erogatrici di assistenza, mediamente di piccola dimensione.

L'analisi longitudinale rivela complessivamente un aumento nella quantità di prestazioni erogate, ma anche un perpetuarsi nel tempo della variabilità osservata fra Regioni e più in generale tra ripartizioni.

Notiamo infine che la spesa per specialistica accreditata cresce negli ultimi anni a ritmi maggiori rispetto alla spesa sanitaria totale, non è però dato sapere come cresca il costo nelle strutture pubbliche; inoltre, le politiche tese al risparmio rischiano di essere poco selettive e quindi efficaci, rischiando piuttosto di innescare distorsioni di mercato anche a scapito della qualità delle prestazioni.

## 2.6 - I modelli regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica<sup>1</sup>

Cepiku D.<sup>2</sup>, Marino A.<sup>2</sup>

### 2.6.1 L'integrazione socio-sanitaria: normativa ed evoluzione

Il sistema di *welfare* italiano ha storicamente assunto, come uno dei propri capisaldi, il principio dell'integrazione sociosanitaria (Longo, 2001). Con questo termine, si fa riferimento al coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, volto a dare risposte unitarie e integrate alla crescente domanda di salute, sempre più complessa, attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

Il mutamento del quadro demografico, sociale e culturale avvenuto in Italia negli ultimi decenni ha provocato un aumento dei bisogni delle fasce più deboli della popolazione: si tratta di bisogni compositi<sup>3</sup> che determinano domande multidimensionali a cui occorre rispondere in maniera efficace attraverso interventi integrati. Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, contribuendo al raggiungimento di uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale (WHO, 1946)<sup>4</sup>.

Il tema dell'integrazione e del coordinamento fra servizi sociali e sanitari cattura l'attenzione e l'impegno di approfondimento di politici, programmatori e operatori del settore a cominciare dagli anni '70 ma è a partire dal D.Lgs. n. 229/1999 che si inizia a dare forza al tema dell'integrazione socio-sanitaria e si dà avvio ad una prima definizione delle prestazioni e dei principali attori coinvolti nell'organizzazione e nella gestione di tale forma assistenziale. Tuttavia, il riferimento normativo fondamentale in merito all'integrazione socio-sanitaria è costituito dall'"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" (DPCM 14 febbraio 2001).

Nella tabella 1 si riportano i principali provvedimenti legislativi che trattano di integrazione socio-sanitaria, accompagnati da brevi riepiloghi tematici.

<sup>1</sup> La ricerca è frutto della riflessione comune degli autori. In fase di stesura dello stesso sono da attribuirsi ad A. Marino il paragrafo 1 e a D. Cepiku i paragrafi 2, 3 e 4.

<sup>2</sup> Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> Per approfondimenti sul percorso generativo dei bisogni, si veda Cepolina, 2002.

<sup>4</sup> Il concetto di salute, sulla base della Costituzione del World Health Organization (WHO), è definito come "state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (World Health Organization, 1946).

**Tabella 1 – I principali riferimenti normativi in tema di integrazione socio-sanitaria**

<p>DPR n. 616/1977</p>	<p>Prevede che “tutte le funzioni amministrative relative all’organizzazione e alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza [...] sono attribuite ai Comuni [...]. La Regione determina con legge, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali e, se necessario, promuovendo [...] forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi. Gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari.</p>
<p>L. n. 833/1978</p>	<p>La legge istitutiva del SSN stabilisce quale principio fondamentale la globalità del problema della salute intesa come benessere fisico, psico-sociale e la relativa tutela su tutto il territorio nazionale; spetta alle Regioni “coordinare l’intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle Regioni”. L’Unità sanitaria locale è individuata quale luogo di possibile integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali.</p>
<p>L. n. 730/1983</p>	<p>Prevede che “per l’esercizio delle proprie competenze nell’attività di tipo socio-assistenziale, gli enti locali possono avvalersi, in tutto o in parte, delle USL, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del Fondo Sanitario Nazionale gli oneri dell’attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali”. Non trovano ancora adeguata identificazione le attività di rilievo socio-sanitario connesse con quelle di tipo assistenziale.</p>
<p>DPCM 8/8/1985</p>	<p>Si precisa che: “le attività di rilievo sanitario connesse a quelle di tipo socio-assistenziali [...] sono quelle che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell’attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l’attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti”. Si individuano le categorie di persone interessate da questo tipo di intervento: i malati di mente; i portatori di handicap; i tossicodipendenti, gli anziani non autosufficienti. Questo decreto ha raggiunto l’obiettivo fondamentale di rendere disponibili le risorse necessarie per avviare un primo tentativo di integrazione delle prestazioni sanitarie e quelle socio-assistenziali: le attività esclusivamente socio-assistenziali non dovevano gravare sul Fondo Sanitario Nazionale, mentre per le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali era prevista l’imputazione degli oneri a carico della sanità.</p>
<p>D.Lgs. n. 502/1992 e D.Lgs. n. 517/1993</p>	<p>Nel sancire la separazione delle risorse materiali, economiche, umane tra l’ambito sanitario e quello socio-assistenziale e la possibilità di gestione unitaria attraverso la delega, i decreti hanno stimolato un ripensamento complessivo della tematica dell’integrazione. Con questi decreti si distinguono le funzioni politiche di governo e le funzioni tecniche di gestione. Le funzioni di governo sono così suddivise: a livello centrale è affidato l’esercizio della funzione programmatica, espressa attraverso il piano sanitario nazionale in cui si definiscono i livelli uniformi di assistenza e anche le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario; alle Regioni spetta la ridefinizione complessiva del sistema regionale e la definizione delle aziende sanitarie; agli enti locali spetta il diritto dovere di farsi carico dei bisogni socio-sanitari della comunità locale. Inoltre, i tre livelli menzionati sono tenuti anche a perseguire l’integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali. Non sono definite le modalità per realizzare questa integrazione, nel rispetto degli oneri sui diversi fondi di riferimento per le prestazioni sanitarie e per quelle socio-assistenziali.</p>

Segue

<p>Segue tabella 1</p> <p>D.Lgs. n. 229/1999</p>	<p>A fine anni '90 si ribadisce che le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale. Con questo decreto legislativo, si riconferma altresì che l'integrazione deve essere affrontata dalla legislazione regionale con i piani di zona dei servizi socio-sanitari, incentivando economicamente la gestione integrata dei servizi, tramite delega gestionale o accordi di programma, predisponendo progetti e azioni finalizzate a questo obiettivo. L'art. 3-septies identifica l'integrazione socio-sanitaria con "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute alla persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni a protezione sociale".</p>
<p>L. n. 328/2000</p>	<p>La legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali ribadisce la centralità del territorio per la realizzazione, attraverso i piani di zona, della rete di servizi sociali e il loro coordinamento e la loro integrazione con gli interventi sanitari. Comunque la legge subordina il tutto a indirizzi regionali e soprattutto alla sostenibilità delle spese.</p>
<p>DPCM 14/02/2001</p>	<p>Con l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie sono identificate le prestazioni relative all'area socio-sanitaria, i principi di programmazione e di organizzazione delle attività e i criteri di finanziamento delle stesse.</p>
<p>DPCM 29/11/2001</p>	<p>Il DPCM che definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) in relazione al capitolo dedicato all'integrazione socio-sanitaria indica le percentuali di costo non imputabili al SSN per le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano distinguibili e stabilisce che rimangono a carico del Comune e/o degli utenti le percentuali dei costi relative ad alcune prestazioni (allegato 1C).</p>

Fonte: elaborazione propria.

Dal complesso quadro normativo poc'anzi descritto emergono diverse sfaccettature del concetto di integrazione socio-sanitaria e ruoli di *policy* e gestionali per i diversi attori istituzionali e livelli di governo.

Le "prestazioni socio-sanitarie" sono definite come quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Esse sono classificate, in base alla prevalenza dei bisogni (natura del bisogno, complessità e intensità dell'intervento assistenziale, durata) e delle risorse implicate nei processi assistenziali, in (DPCM 14 febbraio 2001):

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Avremo prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nei casi in cui l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori e responsabilità sociali. Al contrario avremo prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ogni volta che l'intervento avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzione efficace con processi di inserimento e integrazione sociale. Vi è, inoltre, un'altra categoria che fa riferimento alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria che, data l'intensità del fabbisogno sanitario a cui esse devono rispondere, rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Tali prestazioni sono

caratterizzate dalla inscindibilità degli apporti professionali sanitari e sociali e dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi stessi e attengono prevalentemente alle aree di bisogno dove è più frequente la necessità di integrazione tra sanitario e sociale.

L'integrazione socio-sanitaria dovrebbe realizzarsi a tre principali livelli:

- istituzionale, in termini di collaborazione tra aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc. che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni, gli accordi di programma, i protocolli d'intesa in cui devono essere specificati, oltre gli obiettivi da raggiungere nella singola area, anche le competenze di ogni soggetto istituzionale coinvolto, le risorse messe a disposizione, le modalità per la gestione integrata, tutti gli strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione partecipata;
- gestionale, ovvero a livello di struttura operativa, in modo unitario nel distretto<sup>5</sup> e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Si realizza attraverso l'integrazione delle risorse delle diverse istituzioni;
- professionale, strettamente correlata alla presenza della cultura dell'integrazione e alla condivisione e interiorizzazione delle logiche proprie del lavoro d'équipe e del lavoro di squadra, presuppone l'esistenza di un piano o programma d'intervento, di procedure operative chiare e la presenza di obiettivi comuni e condivisi; si realizza tra diverse figure professionali e all'interno dello stesso servizio e con servizi facenti capo ad altre istituzioni. Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: (a) la costituzione di unità valutative integrate, (b) la gestione unitaria della documentazione, (c) la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, (d) la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, (e) la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, (f) la collaborazione tra strutture residenziali e servizi domiciliari territoriali, (g) la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, (h) l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Un ulteriore grado di integrazione, ricompreso tra i precedenti ma che vale la pena sottolineare, riguarda il livello finanziario in cui si delinea l'imputazione ai fondi dei due comparti sanitario e sociale, rispettivamente per le attività e prestazioni sanitarie e quelle assistenziali a rilievo sanitario. Una corretta ripartizione degli oneri relativi alle prestazioni socio-sanitarie è possibile a condizione che nella programmazione finanziaria siano definite chiaramente le quote di responsabilità di ogni ente rispetto alle attività da garantire. Risulta evidente, pertanto, l'importanza da attribuire in sede programmatoria alla definizione di accordi tra tutte le istituzioni coinvolte nel processo. In sintesi, l'integrazione socio-sanitaria consiste nel mettere in rete le risorse umane, professionali, finanziarie e strutturali di un territorio per rispondere al bisogno globale di salute dei cittadini/utenti.

<sup>5</sup> Il D.Lgs. n. 229/1999 identifica il distretto quale luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria. In merito al concetto di distretto inteso come modello istituzionale e/o come modello economico-aziendale si veda Testa, Buccione, 2002; Longo, 1999; Marceca, Orzella, 2004.

Il secondo aspetto che emerge dalla normativa riguarda il ruolo dei diversi attori istituzionali: Azienda sanitaria o ospedaliera, ente locale, Regione, eccetera. Il processo di tutela della salute, infatti, è tutt'altro che limitato all'interno di una singola struttura (Borgonovi e Meneguzzo, 1985). Una reale integrazione è possibile soltanto attraverso il coinvolgimento e la partecipazione coordinata di tutti i diversi soggetti coinvolti nel processo, al fine di sviluppare una strategia unitaria e garantire una risposta completa ai bisogni sempre più complessi che la comunità esprime.

In particolare, in seguito alla riforma del titolo V della Costituzione, le Regioni e gli enti locali, in virtù di una maggiore responsabilizzazione e in qualità di garanti dello sviluppo dei diritti di cittadinanza, hanno visto accrescere il proprio ruolo di attori fondamentali nella realizzazione del sistema sanitario e di *welfare* locale.

Se l'azienda ospedaliera ha dei compiti specifici e non può svolgere le funzioni vicarie delle attività che sono invece proprie della medicina del territorio, quest'ultima è tuttora costituita da entità sparse che si stenta a vedere cooperanti in maniera ordinata tra di loro e con gli ospedali. Una situazione migliore si registra in quelle Regioni nelle quali il distretto diventa un committente, collabora con la conferenza dei sindaci, con la conferenza socio-sanitaria cittadina o della zona e in tal modo si migliorano i rapporti della medicina del territorio in tutte le sue espressioni professionali e strutturali. A livello nazionale le aziende sanitarie si trovano in una situazione molto differenziata. Alcune aziende coprono anche attività riguardanti il sociale, mentre in altre la sanità si fa carico di tutto, in quanto storicamente non esistono nei Comuni di appartenenza le condizioni tecniche e finanziarie per offrire servizi. A queste si aggiungono situazioni in cui i Comuni sono in condizione di gestire in maniera soddisfacente il sociale e le aziende gestiscono la sanità anche attraverso la tecnostuttura comunale<sup>6</sup>.

Sia le diverse concezioni di integrazione sia i diversi atteggiamenti assunti dagli attori istituzionali contribuiscono a delineare un quadro disomogeneo sul territorio. Il presente lavoro mira a fornire una mappatura dello stato dell'arte e focalizza l'attenzione sul ruolo che le Regioni svolgono per il governo delle politiche relative all'integrazione socio-sanitaria in termini di organizzazione, programmazione e innovazione gestionale.

In relazione alla definizione di un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari e all'identificazione delle competenze afferenti alla sfera sanitaria e sociale, le Regioni hanno il compito di:

- identificare i servizi che richiedono l'integrazione;
- definire criteri e parametri di ripartizione degli oneri in relazione alle modalità assistenziali e tipologie di servizi, con riferimento ai livelli di assistenza socio-sanitaria;
- determinare gli indirizzi per i processi autorizzativi e di accreditamento delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni nell'area dell'integrazione;
- individuare le procedure per la definizione di intese tra enti locali e aziende unità sanitarie locali nella loro articolazione zonale per l'erogazione integrata degli interventi e

<sup>6</sup> Si vedano le relazioni di E. Guzzanti e F. Ripa di Meana al convegno organizzato in occasione del decennale di Federsanità al Forum PA 2006: "Integrazione socio-sanitaria".

delle prestazioni nell'ambito dei percorsi assistenziali specifici;

- definire le modalità per la valorizzazione del ruolo del non profit e per la regolazione dei rapporti per l'affidamento dei servizi, anche in relazione alle forme di selezione dei soggetti.

Più specificamente, nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari la Regione: (a) determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento; (b) svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei Comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale<sup>7</sup>.

La normativa assegna alle Regioni complesse competenze di programmazione e regolazione, all'interno delle quali rientra la rilevante questione del finanziamento degli interventi e dell'imputazione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie.

Le Regioni sono tenute quindi a disciplinare i criteri e le modalità mediante le quali Comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari<sup>8</sup>.

## 2.6.2 Obiettivi e metodo della ricerca

L'indagine è parte di una ricerca più ampia, condotta da Università Tor Vergata e Formez per conto del Ministero del Welfare nel 2005. La finalità generale era quella di elaborare un quadro complessivo dei modelli di governance nelle diverse Regioni. Per la classificazione dei singoli percorsi regionali sono state individuate le seguenti variabili: livello di integrazione delle politiche sanitarie e sociali; rapporto politica/amministrazione; innovazioni gestionali; rapporti di sussidiarietà (orizzontali e verticali); rapporto con i cittadini.

Il focus dell'indagine presentata di seguito è l'integrazione delle politiche sociali, sanitarie e socio-assistenziali e, in particolare, le strategie e gli strumenti adottati dalle Regioni italiane a tal fine.

La ricerca parte dalla percezione di una consistente diversità di strategie e percorsi che le diverse Regioni hanno adottato per attuare il quadro normativo. Da questa percezione nasce l'esigenza di un'analisi empirica volta ad effettuare una mappatura ed una ricostruzione analitica dei principali modelli regionali.

<sup>7</sup> *Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, è essenziale che le istituzioni locali operino congiuntamente per raccordare la loro azione programmatica. In particolare, è necessario che le scelte previste dal Programma delle Attività Territoriali (di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs n. 229/99) e dal Piano di Zona (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/00) siano compatibili tra loro e costituiscano parte integrante di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra aziende sanitarie ed enti locali: i due strumenti devono essere frutto di una medesima logica progettuale.*

<sup>8</sup> *Per consultare il questionario e la lista dei soggetti intervistati nonché per una trattazione più esaustiva della metodologia si rinvia a Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto, 2005.*



Dopo un'accurata e approfondita analisi documentale delle fonti normative, degli atti di indirizzo e dell'organizzazione delle deleghe assessorili, una griglia di rilevazione è stata somministrata ai referenti regionali di diciannove Regioni italiane e delle due Province Autonome di Trento e Bolzano<sup>9</sup>.

Le sei variabili di cui prima, incrociate con i tre livelli di analisi, interno, interistituzionale ed esterno, hanno consentito di costruire un modello operativo di *governance* attraverso il quale è stato possibile leggere le realtà delle Regioni analizzate. Con riferimento all'integrazione delle politiche sanitarie e sociali, ciò ha consentito di giungere alla definizione di alcuni "idealtipi regionali", presentati nell'ultimo paragrafo.

### **2.6.3 Le strategie di integrazione nelle Regioni italiane: i risultati dell'indagine empirica**

I differenti livelli di integrazione socio-sanitaria che si registrano nelle Regioni italiane sono il frutto delle diverse situazioni di partenza, del ruolo e delle capacità degli enti locali e delle aziende sanitarie e ospedaliere e delle strategie regionali. Focalizzandoci sull'ultimo elemento, l'integrazione socio-sanitaria si è sviluppata secondo diversi percorsi: alcune Regioni sono maggiormente orientate ad un unico strumento di programmazione integrata, il Piano Socio Sanitario Regionale, che definisce i criteri per l'attuazione di servizi nell'ottica di un'unica rete socio-sanitaria<sup>10</sup>.

È questo il caso del Veneto, che ha prodotto il "Piano dei servizi alla persona ed alla comunità", riguardante lo svolgimento di attività sanitarie e sociali in grado di dare risposte integrate e unitarie ai bisogni<sup>11</sup>. In Lombardia, il Piano Socio Sanitario Regionale ridisegna in un'ottica integrata le regole e l'organizzazione dei servizi, di unità di offerta e di interventi. La Sardegna, nonostante una frammentazione del sistema normativo e la forte proliferazione di leggi settoriali, ha approvato nel 2005 il Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari, impegnandosi ad attuare una programmazione integrata, sviluppando nelle otto province un'unica azione programmatica, che vede cointeressati l'ambito sociale e l'azienda sanitaria, attraverso il Piano locale unitario dei servizi (Plus). Il Plus interessa anche le politiche educative, del lavoro e abitative. L'Emilia Romagna ha pubblicato il "Piano sociale e Sanitario 2005-2007" nell'aprile 2005, quale primo tentativo di costruire un sistema regionale di assistenza unico. La Liguria, dal 2004, ha prodotto il Piano Socio Sanitario, in cui sono enunciati e definiti i livelli essenziali di assistenza, con l'obiettivo dichiarato di garantire un livello minimo di assistenza omogeneo su tutto il territorio. La Valle d'Aosta e il Piemonte hanno preparato nel 2005 il nuovo Piano Socio-Sanitario.

<sup>9</sup> Per consultare il questionario e la lista dei soggetti intervistati nonché per una trattazione più esaustiva della metodologia si rinvia a Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, 2005.

<sup>10</sup> Si veda Borrelli, Frasca, Presutti, Rechichi, 2005, pp. 75 e seguenti.

<sup>11</sup> Sempre nella Regione Veneto è stato istituito un servizio dedicato ai programmi internazionali in ambito socio-sanitario. Tale servizio opera in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e altre agenzie delle Nazioni Unite per attività di cooperazione e di emergenza umanitaria in ambito socio-sanitario e per lo sviluppo di un network di collaborazione internazionale per la promozione della salute.

Infine, la regione Umbria ha predisposto, a gennaio 2005, l'Atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001.

Un altro gruppo di Regioni ha preferito fornire indicazioni, attraverso linee guida o all'interno degli stessi Piani Sociali Regionali, sulle modalità di integrazione socio-sanitaria. A partire dalla sottoscrizione di accordi di programma a livello distrettuale con le ASL territorialmente competenti, per una adeguata programmazione degli interventi sociali integrati con quelli sanitari, si mira alla costituzione e allo sviluppo delle unità multiprofessionali o unità di valutazione integrate in tutte le aree di integrazione socio-sanitaria, all'individuazione di forme di accesso unitario, all'utilizzo del progetto personalizzato, allo sviluppo della funzione di coordinatore del caso (*case manager*) a garanzia della responsabilità progettuale, ma anche a sostegno delle potenzialità di chi fruisce del processo assistenziale.

È sicuramente da annoverare tra le esperienze più avanzate di integrazione socio-sanitaria quella della Regione Toscana, che nella nuova Legge Regionale n. 41 del 2005, legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza, conferma le "società della salute", basate su modalità organizzative e di governo integrate tra Comuni e AUSL (si veda il box successivo). I Comuni possono conferire alla società della salute funzioni e compiti di coordinamento, direzione, organizzazione di servizi e interventi sociali ed, eventualmente, di gestione, in relazione allo sviluppo del processo di integrazione (Garifo, 2004).

Nelle Regioni Liguria ed Emilia Romagna è stato istituito un fondo per la non autosufficienza, che finanzia prioritariamente le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei livelli essenziali di assistenza. Nella Regione Lombardia sono stati introdotti i voucher socio-sanitari, operativi dal maggio del 2003 e utilizzabili dai cittadini per "acquistare" prestazioni di assistenza domiciliare integrata, erogate da soggetti pubblici o privati, accreditati presso la Regione.

Un'altra strategia rinvenibile in alcune Regioni si basa sulla costituzione di gruppi di lavoro inter-settoriali: in Abruzzo per le Residenze Sanitarie Assistite e l'Assistenza Domiciliare Integrata; sono in atto sperimentazioni di programmazione integrata per il Pronto intervento sociale e il "Punto unico di accesso all'intera rete dei servizi alle persone e alle famiglie". Anche nella Regione Campania, un gruppo di lavoro integrato ha prodotto la Legge Regionale sulle Residenze Sanitarie Assistite, mentre nella Provincia di Trento, sono attivi gruppi di lavoro per l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'emergenza caldo per gli anziani. Nelle Marche, infine, gruppi di lavoro intersettoriali sono giunti alla stesura congiunta di atti generali di riordino del sistema integrato socio-sanitario regionale e di atti di programmazione settoriale su anziani, infanzia e tossicodipendenze.

Minori progressi si registrano nelle altre Regioni in termini di iniziative di programmazione e di elaborazione di indirizzi per l'integrazione delle politiche socio-sanitarie. Nella Regione Calabria la materia è rinviata alla costituzione del Tavolo regionale integrato tra Sanità e Sociale e nella Provincia di Bolzano è in corso il coordinamento tra il Piano sociale e il Piano sanitario, sia per quanto riguarda la definizione di obiettivi strategici sia per l'individuazione delle risorse necessarie. La Regione Basilicata ha avviato il processo di integrazione a partire da una ricognizione delle strutture e dei servizi, per individuare la dotazione minima, atta a garantire risposte integrate negli ambiti territoriali.

La tabella 2 presenta una sintesi delle strategie regionali.

### Box 1 – Le Società della salute

La Toscana ha scelto di sviluppare l'integrazione del sistema socio-sanitario attraverso una soluzione organizzativa innovativa dell'assistenza territoriale, le Società della salute.

Già indicate nel precedente Piano sanitario regionale 2002-2004, le Società della salute rappresentano una soluzione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi socio-sanitari territoriali di zona-distretto e sono oggetto di sperimentazione nel corso del Piano sanitario regionale 2005-2007.

Esse si configurano come consorzi pubblici senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni.

Le Società della salute attualmente attivate sono:

1. Lunigiana (Azienda Usl 1 Massa e Carrara)
2. Valdinievole (Azienda Usl 3 Pistoia)
3. Pratese (Azienda Usl 4 Prato)
4. Alta Val di Cecina (Azienda Usl 5 Pisa)
5. Pisana (Azienda Usl 5 Pisa)
6. Val d'Era (Azienda Usl 5 Pisa)
7. Bassa Val di Cecina (Azienda Usl 6 Livorno)
8. Val di Cornia (Azienda Usl 6 Livorno)
9. Val di Chiana Senese (Azienda Usl 7 Siena)
10. Casentino (Azienda Usl 8 Arezzo)
11. Valdarno (Azienda Usl 8 Arezzo)
12. Amiata Grossetana (Azienda Usl 9 Grosseto)
13. Colline Metallifere (Azienda Usl 9 Grosseto)
14. Fiorentina Nord-Ovest (Azienda Usl 10 Firenze)
15. Fiorentina Sud-Est (Azienda Usl 10 Firenze)
16. Firenze (Azienda Usl 10 Firenze)
17. Mugello (Azienda Usl 10 Firenze)
18. Empolese (Azienda Usl 11 Empoli)
19. Valdarno Inferiore (Azienda Usl 11 Empoli)

Il ruolo delle Società della salute non è soltanto quello di favorire il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali, del terzo settore e del volontariato, nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione, ma anche quello di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, il controllo e la certezza dei costi, l'universalismo e l'equità.

Nell'ambito della sperimentazione il Comune assume funzioni di programmazione e controllo e "compartecipa" al governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute.

L'azione locale, infatti, diviene un elemento essenziale, nella strategia regionale di promozione della salute, non solo di integrazione sociale e sanitaria, ma anche di miglioramento della salute attraverso una politica intersettoriale e integrata capace di influenzare i fattori che determinano la salute della popolazione e la qualità dell'ambiente.

Le Società della salute hanno quale fine istituzionale la salute e il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e hanno come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte sui servizi socio-sanitari dei cittadini, attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative. L'unitarietà del sistema è garantita dalla unicità del soggetto erogatore.

Gli organi della Società della salute sono la Giunta, composta da Sindaci o Assessori delegati dei Comuni e il Direttore Generale dell'Azienda Usl, il Presidente, individuato tra i rappresentanti dei Comuni presenti nella Giunta, il Collegio dei Revisori e il Direttore. L'organo di governo delle Società della salute assume le funzioni e le competenze che hanno le articolazioni zonali della conferenza dei sindaci.

L'attività delle Società della salute è impostata utilizzando lo strumento del Piano integrato di salute.

Fonte: <http://www.salute.toscana.it/>

**Tabella 2 – Le strategie regionali di integrazione socio-sanitaria**

Regioni	Integrazione delle politiche
Abruzzo	Più assessorati e, dal 2000, due direzioni diverse (politiche sanitarie e politiche sociali). Pronto Abruzzo Sociale, Portale OSR. Gruppo di coordinamento per la definizione del modello distrettuale.
Basilicata	Unico assessorato “Salute, sicurezza e solidarietà sociale, servizi alla persona e alla comunità”. Unico dipartimento omonimo. Ciononostante, insufficiente integrazione politiche sanitarie e socio-assistenziali e Piano Socio-assistenziale 2000/02 non prevede interventi per l’integrazione. Fondo Regionale Politiche Sociali.
Bolzano	Piano sociale e piano sanitario. Unico assessorato alla sanità e al servizio sociale. Dipartimento alla sanità e politiche sociali. Altri Dipartimenti sono lavoro, innovazione e ricerca, cooperative, pari opportunità e formazione professionale italiana; formazione professionale tedesca e ladina, diritto allo studio e università; famiglia, beni culturali e cultura tedesca; amministrazione del patrimonio, cultura italiana ed edilizia abitativa. A livello territoriale, i distretti sociali si sovrappongono a quelli sanitari.
Calabria	Politiche sociali affidate ad un unico assessorato. Snella struttura organizzativa in cui le rilevanti responsabilità sono concentrate in un unico settore con un unico servizio. Distretti socio-sanitari, ma il PRS 2004/06 contrasta con quanto previsto dalla L.R. 23/03 in tema di integrazione delle politiche. In via di creazione il Tavolo Regionale integrato tra sanitario e sociale.
Campania	Debole integrazione tra Assessorato Politiche Sociali e Assessorato Sanità. Si rilevano quattro aree diverse competenti di politiche sociali. Esistono dei vincoli per la presenza di referenti ASL ai tavoli di concertazione e nel coordinamento istituzionale degli ambiti.
Emilia Romagna	Assessorato politiche sociali e Assessorato sanità. Numerosi gruppi di lavoro interassessorili. A seguito dell’accorpamento delle direzioni generali, si è unificata la Direzione politiche sociali con quella della sanità. Coincidenza delle zone sociali con i distretti sanitari. Piano integrato Sociale e Sanitario 2005/07. Conferenza territoriale sociale e sanitaria e il Comitato di Distretto.
Friuli Venezia Giulia	Unico Assessorato alla salute e protezione sociale. Indicazioni verso politiche integrate nelle Linee guida su PAT e PDZ. Unica Direzione centrale salute e protezione sociale. Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria regionale (ANCI, UPI, Federsanità-ANCI, terzo settore). Gli ambiti territoriali coincidono con i distretti sanitari.
Lazio	Previsti due distinti assessorati per politiche sociali e per politiche sanitarie. Un unico Dipartimento Sociale che include al suo interno diversi gruppi interdirezionali. La funzione di regolazione è trasversale alle varie direzioni. Identificato il distretto come dimensione privilegiata dell’ambito. Accordi di programma in ogni distretto tra Comuni e ASL sull’integrazione socio-sanitaria.

Segue

Segue tabella 2

Liguria	<p>Piano Socio-Sanitario dal 2004.</p> <p>Un unico assessorato alle politiche sociali, mentre sono tenute separate politiche sociali e sanitarie, oltre che quelle migratorie e del lavoro.</p> <p>A livello tecnico, un unico Dipartimento Salute e Servizi Sociali. Istituzionalizzazione delle zone nei distretti sanitari.</p>
Lombardia	<p>Assessorato alla Famiglia e Solidarietà sociale e Assessorato alla Sanità.</p> <p>Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale esercita funzioni in ambito socio-sanitario.</p> <p>Piano Socio-Sanitario Regionale.</p> <p>Attraverso gli obiettivi di governo regionale sono previsti momenti di collaborazione tra assessorati e direzioni generali.</p>
Marche	<p>Estrema frammentazione delle deleghe. Istituzione di un Comitato Tecnico Permanente tra servizi interni afferenti al sociale e al sanitario, tra soggetti privati.</p> <p>Piano Socio Assistenziale e Piano Sanitario.</p> <p>Integrazione socio-sanitaria su aree specifiche come anziani, ecc.</p> <p>Il Piano Sanitario riserva un posto importante all'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Gruppi di lavoro intersettoriali.</p> <p>Adeguamento dei distretti sanitari a quelli sociali.</p>
Molise	<p>Assessorati diversi per politiche sociali e sanitarie. Corrispondenza con le direzioni generali.</p> <p>Piano Socio Assistenziale Regionale (non ancora in pieno regime).</p> <p>Non esistono meccanismi di integrazione/coordinamento.</p>
Piemonte	<p>Piano Socio-Sanitario.</p> <p>Due assessorati diversi. Presenza di modalità concertative.</p> <p>Direzione regionale politiche sociali.</p> <p>Coincidenza distretti sanitari e sociali.</p>
Sardegna	<p>Unico Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale. Direzione generale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale. Piano Socio Assistenziale. Proliferazione di norme impediscono l'integrazione socio-assistenziale. Il distretto è stato riconosciuto ambito territoriale essenziale per l'articolazione delle politiche sociali e per l'integrazione socio-sanitaria. Si intende attuare una programmazione integrata tra ambito sociale e azienda sanitaria.</p>
Sicilia	<p>Linee guida per l'attuazione del Piano Socio-Sanitario. Assessorato famiglia, politiche sociali e autonomie locali. Assessorato sanità. A livello tecnico esiste alta suddivisione e difficoltà di integrazione. La funzione programmazione risulta integrata.</p> <p>Conferenza regionale socio-sanitaria (assessore sanità, province, AUSL, ANCI, Federsanità-ANCI).</p> <p>Commissione regionale socio-sanitaria. Scelto il distretto sanitario come riferimento territoriale per la costruzione ambiti territoriali. Città metropolitane (Palermo, Catania, Messina) determinano il proprio ambito quale Distretto Unico Socio Sanitario.</p>
Toscana	<p>Società della salute quali forme innovative di integrazione delle politiche sociali e sanitarie e di gestione associata dei servizi.</p> <p>Assessorato alle politiche sociali e Assessorato al diritto alla salute.</p> <p>Unica direzione del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà.</p> <p>Gruppo di lavoro intersettoriale per la redazione dei piani integrati di salute.</p> <p>Definite le zone distretto socio-sanitarie.</p>

Trento	Assessorato alle politiche sociali e assessorato alle politiche per la salute. Piano sociale e assistenziale con ottica interassessorile. Gruppi di lavoro su temi specifici.
Umbria	Piano sociale regionale. Unico assessorato sociale. Non sempre c'è corrispondenza tra deleghe e competenze direzionali. All'Assessorato Sanità e all'Assessorato Politiche Sociali corrisponde un'unica direzione regionale. Intenso lavoro interdirezionale che, insieme agli strumenti di programmazione regionale e locale garantisce un buon livello di integrazione. A livello territoriale, l'area dei servizi integrati socio-sanitari ha un duplice punto d'accesso (Centro di salute e Uffici di cittadinanza). Tavolo tecnico dei Comuni per l'integrazione socio-sanitaria su mandato della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari.
Valle d'Aosta	Piano socio-sanitario. Un solo assessorato sanità, salute e politiche sociali ed un omologo dipartimento. Attualmente un distretto sanitario corrisponde a due comunità montane.
Veneto	Un Assessorato alle politiche sociali, programmazione socio-sanitaria, volontariato e non profit e un Assessorato alle Politiche sanitarie. Piano regionale politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali. A livello territoriale, trasformazione delle USL in Aziende unitarie locali per i servizi alla persona, che uniscono servizi USL e Comuni.

Fonte: Cepiku, Meneguzzo, 2005.

## 2.6.4 Conclusioni: i modelli regionali di integrazione delle politiche

L'integrazione delle politiche sociali, sanitarie e socio-assistenziali si manifesta, ove presente, in diverse forme:

*Strutturali:*

- come integrazione strutturale a livello di assessorati;
- come integrazione a livello di strutture tecnico-amministrative;
- come integrazione a livello territoriale (coerenza tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario).

*Altre forme di coordinamento:*

- forme di programmazione e pianificazione integrata (per esempio un unico piano socio-sanitario);
- tavoli di concertazione, gruppi di lavoro interassessorili o interdirezionali, ecc.

L'analisi delle strategie delle diverse Regioni porta quindi a identificare quattro idealtipi (tabella 3).

Tabella 3 – Modelli regionali di integrazione delle politiche		
	Assenza di altre forme di coordinamento	Presenza di altre forme di coordinamento
Strutture organizzative frammentate	A) Politiche non integrate	B) Politiche coordinate
Strutture organizzative integrate	C) Politiche integrate strutturalmente	D) Massima integrazione delle politiche

Fonte: Cepiku, Meneguzzo, 2005.

Il posizionamento delle Regioni analizzate è illustrato, con un maggior dettaglio, nella figura 1. Si può osservare una certa linearità, nelle Regioni più avanzate, tra l'integrazione strutturale e l'adozione di altre forme di coordinamento, a dimostrazione del fatto che la collocazione in un unico dipartimento o assessorato di diverse materie non è sufficiente a garantirne l'effettiva integrazione.



### Riferimenti bibliografici

- Borgonovi E, Meneguzzo M (1985), *Processi di cambiamento e di programmazione delle Unità sanitarie locali*, Giuffrè Editore, Milano.
- Borrelli C, Frasca M, Presutti E, Rechichi MR (2005), *Assetti e relazioni istituzionali*, in “Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto”, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pp. 75 ss.
- Cepiku D, Meneguzzo M (2005), *Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema socio-sanitario*, in “Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto”, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pp. 135-174.
- Cepolina S (2002), *I servizi socio-sanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda*, in Mecosan, Vol. 11, n. 42, pp. 55-68.
- Forum PA (2006), *Integrazione socio-sanitaria*. Decennale di Federsanità – ANCI, 11 maggio.
- Garifo K (2004), *Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei comuni: la sperimentazione delle Società della Salute in Toscana*, in Mecosan, Vol. 13, n. 51, pp. 79-91.
- Lega F, Longo F., (2002), *Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto*, in Mecosan, Vol. 11, n. 41, pp. 9-21.
- Longo F (1999), *ASL, distretto, medico di base. Logiche e strumenti manageriali*, EGEA, Milano.
- Longo F (2001), *Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio sanitario e sanitario*, in Mecosan, Vol. 10, n. 37, pp. 59-68.
- Marceca M, Orzella L (2004), *Distretto*, in CARE, n. 4.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma.
- Testa F, Buccione C (2002), *Il distretto sanitario: funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria*, in Mecosan, Vol. 11, n. 44, pp. 27-59.
- World Health Organization (1946), *Constitution of the World Health Organization*.