

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people running on a track. The figures are in various stages of their stride, conveying a sense of motion and activity.

Capitolo 3

1 Efficienza

3.1 - Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie e i bisogni di razionalizzazione della spesa sanitaria

Fioravanti L.¹, Spandonaro F.²

3.1.1 Introduzione

Le scelte finanziarie delle Regioni, strettamente connesse alla struttura dell'offerta e dei livelli di costo locali, sembrano sempre più orientate verso scelte di (neo)centralismo² per far fronte alle attuali esigenze di contenimento della spesa sanitaria.

Come evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2004, 2005 e 2006³, anche nei modelli di finanziamento più decentrati, con risorse destinate direttamente alle aziende sanitarie territoriali, sono presenti diversi modelli negoziali tra aziende territoriali acquirenti e aziende erogatrici (ospedaliere), nonché vincoli di destinazione, che tendono a mantenere il controllo finanziario complessivo a livello regionale. La tendenza all'accentramento finanziario (sia per le quote di risorse che rimangono a vari livelli nella discrezione delle Regioni, sia a livello di imposizioni di vincoli di destinazione e di tetti di spesa) è tanto più evidente nelle scelte adottate negli anni 2006 e 2007 e in particolare in quelle Regioni caratterizzate da elevati livelli di disavanzo sanitario.

Possiamo ritenere, quindi, che il vero driver delle scelte di distribuzione delle risorse finanziarie destinate alla sanità sia il livello di disavanzo regionale.

3.1.2 Le scelte regionali

I criteri base della nostra analisi, riferita al periodo 2003-2007, sono le metodologie di riparto dei fondi sanitari regionali di Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana e Valle d'Aosta, il grado di centralizzazione/decentralizzazione delle risorse finanziarie destinate alla sanità e le quote di FSR volte a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Le differenze regionali nell'assegnazione delle risorse finanziarie per la sanità dipendono essenzialmente dalla situazione finanziaria in essere e dagli obiettivi di efficienza prefis-

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

² Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

³ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005); Fioravanti L., Spandonaro F. (2006).

sati: infatti le Regioni, ormai non più soggette a vincoli di destinazione formali, devono garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nel territorio regionale (LEA).

La diversa autonomia e responsabilizzazione attribuita alle aziende sanitarie è evidente osservando la destinazione delle risorse ripartite tra i livelli di assistenza e la variazione che è avvenuta negli anni (tabella 1).

Partendo dall'“Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”, è possibile osservare che convivono realtà regionali molto diverse. A fronte di Regioni come la Sardegna, ove non è prevista l'assegnazione di quote specifiche per sottocategorie di spesa, vi sono Regioni che destinano risorse a funzioni chiaramente individuate: ad esempio la Regione Lazio vincola l'intero ammontare di tali risorse alla prevenzione e la Regione Campania⁴ destina una parte delle risorse alla “Salute Mentale” e all'ARPA (Agenzia Regionale per l'Ambiente), classificate nella voce “Altro”. In questi due casi si evidenzia un (neo)centralismo regionale nell'assegnazione delle risorse e quindi una minore responsabilizzazione finanziaria delle aziende sanitarie, di fatto soggette a vincoli di spesa.

Ulteriori indicatori dell'autonomia regionale sono rappresentati dalle risorse assegnate all'Assistenza Territoriale/Distrettuale e all'Assistenza Ospedaliera.

I dati riportati nella tabella 1 mostrano una elevata variabilità regionale: le risorse asse-

Tabella 1 - Il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

Regioni	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro						Assistenza ospedaliera					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	5,0%	5,0%	n.d.	n.d.	5,0%		49,5%	49,5%	n.d.	n.d.	44,0%	
Calabria	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	5,0%		n.d.	n.d.	44,0%	n.d.	44,0%	
Campania	5,0%	n.d.	-	5,0%	5,0%	5,0%	41,0%	n.d.	41,0%	42,0%	42,0%	42,0%
Emilia R.	4,5%	4,5%	n.d.	n.d.	4,6%		45,5%	45,5%	n.d.	n.d.	45,4%	
Lazio	5,0%	4,9%	4,6%	4,9%	4,9%	4,9%	47,6%	48,5%	44,7%	48,5%	48,5%	48,5%
Liguria	-	-	n.d.	n.d.	n.d.		49,1%	46,0%	n.d.	n.d.	n.d.	
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,5%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	43,5%	
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	-	n.d.		n.d.	n.d.	n.d.	45,0%	n.d.	
Piemonte	n.d.	n.d.	4,8%	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	46,0%	n.d.	n.d.	
Puglia	-	n.d.	-	n.d.	n.d.		48,8%	n.d.	47,2%	n.d.	n.d.	
Sardegna	n.d.	n.d.	5,0%	5,0%	5,0%		n.d.	n.d.	40,9%	43,0%	43,0%	
Sicilia	0,7%	n.d.	5,0%	5,0%	5,0%		47,0%	n.d.	48,0%	47,0%	43,0%	
Toscana	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%		43,0%	43,0%	43,0%	43,0%	43,0%	
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,5%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	45,0%	

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

(*) dati previsionali

⁴ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

gnate all'assistenza ospedaliera nel 2007 variano dal 42,0% della Campania al 48,5% del Lazio; le risorse assegnate all'Assistenza Territoriale presentano una variabilità ancora maggiore, si passa dal 39,1% della Campania al 52,0% della Sicilia⁵.

Tale variabilità dovrebbe essere imputabile, nella logica federalista, al raggiungimento di un obiettivo di aumento dell'efficienza interna, che si dovrebbe tradurre in:

- un'allocazione più aderente alle specificità regionali (ad esempio la struttura per età della popolazione);
- un'allocazione concorde alla programmazione delle risorse esistenti (la Regione Campania, ad esempio, ha predisposto un piano di risorse destinate al finanziamento dei LEA per il quadriennio 2007-2010, integrato con l'obiettivo di contenimento di particolari voci di spesa, quali i finanziamenti diretti all'Assistenza Farmaceutica, che dovrà diminuire nel periodo considerato, e all'Assistenza Territoriale che dovrà aumentare nel tempo).

In molte Regioni sussiste, però, il rischio che le quote vengano determinate ex-post sulla base della spesa storica e quindi delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare riqualificazione dell'offerta. Ad esempio, il finanziamento dell'Assistenza Ospedaliera sembra più legato a problemi di carattere gestionale delle strutture (posti letto, costi di struttura) che della effettiva domanda (appropriata) di assistenza.

Il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

Regioni	Assistenza Territoriale/Distrettuale						Altro					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	45,5%	45,5%	n.d.	n.d.	51,0%							
Calabria	n.d.	n.d.	51,0%	n.d.	51,0%							
Campania	35,4%	n.d.	28,6%	34,4%	39,1%	39,6%	18,6%		30,4%	13,6%	13,9%	13,4%
Emilia R.	50,0%	50,0%	n.d.	n.d.	50,0%							
Lazio	47,4%	46,6%	42,9%	46,6%	46,6%	46,6%			7,8%			
Liguria	50,9%	54,0%	n.d.	n.d.	n.d.							
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	51,0%							
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	50,0%	n.d.					5,0%		
Piemonte	n.d.	n.d.	49,2%	n.d.	n.d.							
Puglia	47,4%	n.d.	48,4%	n.d.	n.d.		3,8%		4,4%			
Sardegna	n.d.	n.d.	48,6%	52,0%	52,0%				5,5%			
Sicilia	52,3%	n.d.	48,0%	48,0%	52,0%				2,9%			
Toscana	52,0%	52,0%	52,0%	52,0%	52,0%							
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	46,0%						3,5%	

⁵ Questi dati confermano i risultati di variabilità riportati per il triennio 2003-2005 nelle edizioni passate del Rapporto CEIS Sanità.

Tale situazione, che le Regioni stanno cercando di affrontare integrando le scelte di riparto delle risorse finanziarie per la sanità con i piani sanitari regionali e la programmazione sanitaria, potrebbe determinare il perpetuarsi di una situazione di inefficienza piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta. L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che, come evidenziato anche nelle edizioni precedenti del Rapporto CEIS Sanità, sia il finanziamento dell'offerta esistente il vero obiettivo: un maggior numero di posti letto è associato ad un finanziamento maggiore dell'Assistenza Ospedaliera⁶. Il Lazio, che rispetto alle altre Regioni destina la maggior quota di risorse all'assistenza ospedaliera, registra contemporaneamente il maggior numero di posti letto accreditati⁷; di contro la Sardegna destina una quota limitata di risorse per l'Assistenza Ospedaliera a fronte di un limitato numero di posti letto.

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

Le scelte finanziarie delle Regioni sono state analizzate considerando anche i criteri di assegnazione delle risorse finanziarie alle aziende sanitarie.

Le Regioni seguono generalmente i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale (DPCM 29 novembre 2001), introducendo criteri di "pesatura" differenziati per livelli di assistenza e in base alle specificità territoriali, a riprova della propria autonomia.

Del totale delle risorse finanziarie disponibili, inoltre, è frequente che le Regioni mantengano una quota a gestione diretta e/o vincolata per garantire un allineamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale. Tali somme possono essere considerate il "polmone finanziario" della sanità regionale perché sono generalmente utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario per esigenze di carattere generale:

- accantonamenti, per progetti obiettivo, per far fronte a variazioni tariffarie, per spese impreviste, etc.;
- fondi per finalità specifiche, ad esempio per rinnovi contrattuali;
- fondi per obiettivi strategici, ad esempio per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria regionale;
- fondo per riequilibrio e perequazione;
- accantonamenti a destinazione vincolata, ad esempio come previsto nella Regione Sicilia a finanziamento dell'Istituto Zooprofilattico di Palermo, per il pagamento dei ricettari predisposti dall'IPZS (Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato)

come riportato nella tabella 2.

Un basso grado di autonomia finanziaria assegnato alle aziende locali ed una quota di risorse direttamente controllate e gestite dalla Regione sono certamente i sintomi di quello che si definisce neo(centralismo) regionale.

Nel 2007 sono numerose le Regioni, tra quelle monitorate, che assegnano una elevata

⁶ Per omogeneità, vengono escluse le Regioni di più piccole dimensioni: Basilicata, Molise, Valle d'Aosta.

⁷ Posti letto accreditati, anno 2005 (Fonte: Ministero della Salute).

autonomia alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e lasciano alla negoziazione aziendale il compito di allocare le risorse tra Assistenza Territoriale e Assistenza Ospedaliera. Di fatto, però, le realtà territoriali possono risultare molto diverse tra loro:

- Toscana (100,0% delle risorse del FSR alle ASL e AO nel 2007), Basilicata (100,0% delle risorse del FSR nel 2007) e Liguria (98,0% del FSR nel 2007) sono le Regioni che assegnano la maggiore autonomia alle ASL, lasciando agli accordi contrattuali tra ASL e Aziende ospedaliere pubbliche e private accreditate la regolamentazione dei rapporti finanziari. In Liguria, ad esempio, gli accordi contrattuali devono riguardare tutte le prestazioni sanitarie (non solo quelle ospedaliere, ma anche quelle ambulatoriali, la somministrazione di farmaci, etc.) che vengono erogate in nome e per conto dell'ASL;
- la Calabria attribuisce una elevata autonomia alle ASL (95,4% delle risorse del FSR anno 2005), ma impone dei limiti: tetti alla produzione, ad esempio il tetto alla spesa farmaceutica e/o alla spesa territoriale;
- Molise e Valle D'Aosta lasciano una elevata autonomia alle ASL, di fatto però si deve tener conto che in queste Regioni è presente un'unica Azienda sanitaria che, di conseguenza, è completamente assoggettata al controllo regionale.

Esistono, d'altra parte, Regioni che presentano un elevato grado di centralismo finanziario regionale, ma anche qui le situazioni sono molto diversificate:

- in Campania il 12,4% del FSR 2007 è gestito a livello centrale per far fronte ad esi-

Tabella 2 - Centralizzazione/decentralizzazione delle risorse finanziarie regionali per la sanità

Regioni	FSR Quota assegnata alle ASL						Finanziamento diretto della Regione					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Basilicata	97,4%	96,5%	n.d.	n.d.	100,0%		2,6%	3,5%	n.d.	n.d.	0	
Calabria	n.d.	n.d.	95,4%	n.d.	92,3%		n.d.	n.d.	4,6%	n.d.	7,7%	
Campania	88,4%	n.d.	89,5%	85,5%	87,6%	88,0%	6,7%	n.d.	10,5%	14,5%	12,4%	12,0%
Emilia R.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96,4%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,6%	
Lazio	95,0%	95,1%	95,4%	n.d.	n.d.		5,0%	4,9%	4,6%	n.d.	n.d.	
Liguria	96,8%	96,2%	n.d.	n.d.	98,0%		3,2%	3,8%	n.d.	n.d.	2,0%	
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	97,0%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,0%	
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	100,0%	100,0%		n.d.	n.d.	n.d.	0	0	
Puglia	96,6%	n.d.	94,2%	n.d.	n.d.		3,4%	n.d.	5,8%	n.d.	n.d.	
Sardegna	n.d.	n.d.	95,6%	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	4,4%	n.d.	n.d.	
Sicilia	97,1%	n.d.	97,1%	93,5%	n.d.		2,9%	n.d.	2,9%	6,4%	n.d.	
Toscana	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		0	0	0	0	0	
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	96,1%		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3,9%	

(*) dati previsionali

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

- genze impreviste e per finalità di equilibrio e perequazione;
- in Calabria il 7,7% del FSR 2007 è gestito direttamente dalla Regione, inoltre vengono fissati dei limiti alla produzione, come il tetto alla spesa farmaceutica alla spesa territoriale e alla produzione, che limitano notevolmente l'autonomia delle ASL.

Le scelte finanziarie delle Regioni sembrano far emergere, quindi, una prevalenza di preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, "fortemente amministrata", fra erogatori⁸.

3.1.4 Conclusioni

L'analisi condotta nel periodo 2003-2008 dimostra che non è possibile definire un modello di finanziamento regionale ottimale, anzi integrando le politiche messe in atto *ex-ante* e i risultati (*ex-post*) in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, sembra emergere come la Regione sia condizionata in sede di scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere risparmi sul versante finanziario a breve termine. Risulta, infatti, che quanto più la Regione presenta una situazione finanziaria equilibrata, e quindi bassi valori del disavanzo sanitario, tanto più si registra un basso livello di (neo)centralismo, con migliori risultati in termini di efficienza.

Tabella 3 - Disavanzi regionali di parte corrente (% del FSR)

Regioni	2006
Basilicata	3,6%
Calabria	3,5%
Campania	-3,6%
Emilia Romagna	-5,8%
Lazio	-19,8%
Liguria	-2,7%
Lombardia	-2,5%
Molise	-13,4%
Puglia	-0,8%
Sardegna	-1,3%
Sicilia	-7,2%
Toscana	-3,3%
Valle d'Aosta	1,8%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute 2006

⁸ Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

I risultati riportati nella tabella 3 sembrano confermare le nostre considerazioni. Le Regioni a maggior disavanzo (Lazio, Sicilia e Campania) presentano un elevato centralismo e registrano un'incidenza del disavanzo rispetto alle risorse finanziarie disponibili per la sanità più elevata.

Il Lazio, in particolare, presenta il maggior valore del disavanzo espresso in percentuale del FSR (19,8%) e presenta una autonomia finanziaria "formale" a favore delle ASL, nel senso che mantiene il controllo delle risorse finanziarie assegnate ad ASL e Aziende Ospedaliere.

La Regione che, invece, presenta la minore incidenza di deficit rispetto al FSR è la Basilicata (3,6%); questa Regione assegna tutte le risorse disponibili a favore delle Aziende Sanitarie.

In questa ottica, i dati di disavanzo potrebbero essere intesi come un indicatore di inefficienza delle Aziende sanitarie e ospedaliere, piuttosto che la conseguenza di una "cattiva programmazione".

Gli scostamenti a livello regionale dalle indicazioni nazionali di riparto sui LEA possono quindi essere letti tanto in una logica di maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto in quella di adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.

Regioni come il Lazio e la Campania, caratterizzate da un elevato deficit sanitario, per ripristinare l'equilibrio finanziario hanno posto in essere politiche di razionalizzazione della spesa sanitaria, oltre che scelte finanziarie di tipo (neo)centralista evidenziate precedentemente. Gli articolati piani di rientro e i "vincoli" di destinazione ai LEA fissati per il triennio 2008-2010 potrebbero essere letti come iniziative "dettate" più da preoccupazioni finanziarie che da obiettivi di efficienza allocativa interna e razionalizzazione del sistema sanitario regionale.

Concludendo, si può ipotizzare che le inefficienze regionali dipendano essenzialmente dal contesto di riferimento e dalla "storia finanziaria" della Regione, caratterizzato da:

- mancata separazione di ruolo fra acquirente ed erogatore che impedisce di trasformare i "segnali" di mercato (perdita di clienti o disavanzi strutturali) in sanzioni efficaci (es. la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti) e determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriata;
- scelte di programmazione finanziaria fondate prevalentemente sulla spesa storica, che impone continui ripiani e riequilibri.

Quindi, le situazioni di disavanzo "patologico" sembrano limitare la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato e sembrano essere uno dei fattori predominanti di inerzia ai fini del superamento delle situazioni di inefficienza.

Riferimenti bibliografici

- Arachi G, Zanardi A (1999). *Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi*. Il Sole 24 Ore.
- Anessi Pessina E, Cantù E (2006). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto Oasi 2006.

- Atella V, Mennini FS, Spandonaro F (2004). *Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*. Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.
- Cuccurullo C, Meneguzzo M (2003). *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo*. Rapporto CEIS Sanità 2003, Italpromo.
- Del Vecchio M (2004). *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in Jommi C (2004) *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Dirindin N (1996). *Chi paga per la salute degli italiani?* Il Mulino, Bologna.
- Fioravanti L, Spandonaro F (2004). *La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005). *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Fioravanti L, Spandonaro F (2006). *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. Le politiche regionali di assegnazione delle risorse finanziarie per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2006.
- Jommi C (2000). *I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie*, in Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.
- Jommi C (2004). *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute, *Dati economico-finanziari del SSN*, Programmazione sanitaria e qualità.
- Petretto A (2001). *Il futuro del finanziamento pubblico in sanità*, Fondazione Smith Kline.
- Quaderni Formez (2007). *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*. 57/2007.

Fonti normative nazionali e regionali

- DPCM 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- Legge n. 662 del 23 dicembre 1996, Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, G.U. n. 303 del 28 dicembre 1996.

Fonti normative regionali

Regione Basilicata

- DGR n. 1001 del 28 aprile 2004, Fondo Sanitario Regionale anno 2003, parte corrente, Programma di ripartizione definitivo.
- DGR n. 1004 del 22 aprile 2005, Fondo Sanitario Regionale anno 2003, parte corrente, Programma di ripartizione definitivo.
- DGR n. 2001 del 20 aprile 2006, Riparto del FSR di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata. Riparto provvisorio per l'anno 2007.

Regione Calabria

- DGR n. 334 del 6 maggio 2006, Programmazione e riparto per l'anno 2006.
- DGR n. 169 del 14 maggio 2007, Programmazione SSR – Riparto Fondi anno 2007.

Regione Campania

- DGR n. 1215 del 23 settembre 2005, Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente - Esercizio 2005.
- DGR n. 726 del 24 aprile 2007, Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente 2006-2010.

Regione Emilia Romagna

- DGR n. 896 del 20 maggio 2003, Finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione dell'attività delle Aziende Sanitarie.
- DGR n. 1280/2004, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2004.
- DGR n. 1051 del 24 luglio 2006, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006.
- DGR n. 559/2007, Provvedimenti in ordine al finanziamento della spesa sanitaria per l'anno 2006.
- DGR n. 686/2007, Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006.

Regione Lazio

- DGR n. 1762 del 20 dicembre 2002, Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno 2003.
- DGR n. 602 del 9 luglio 2004, Ripartizione tra le ASL del Lazio del Fondo Sanitario Regionale 2004.
- DGR n. 143 del 22 marzo 2006, Ripartizione nei livelli di assistenza del Fondo Sanitario Regionale 2006.

Regione Liguria

- DGR n. 838/2003, Ripartizione del FSR per l'anno 2003.
- DGR n. 929/2004, Ripartizione del FSR per l'anno 2004.
- DGR n. 138/2007, Assegnazione delle risorse finanziarie alle aziende sanitarie e agli enti equiparati. Direttive e obiettivi.

Regione Lombardia

- DGR n. 3776/2006, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007.

Regione Molise

- DGR 03/2006, Riparto Fondo Sanitario Regionale di parte corrente indistinta 2006.

Regione Piemonte

- Interrogazione n. 386 Consiglio Regionale del Piemonte, Criteri riparto del FSR 2005/2006 (versione 11 ottobre 2005).

Regione Puglia

- DGR n. 1226 del 24 agosto 2005, Documento di indirizzo Economico-Funzionale del SSR per l'anno 2005. Assegnazione alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli EE ed IRCCS dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2005.
- DGR 533/2007, Progetto di piano regionale della salute 2006-2008.

Regione Sardegna

- DGR n. 32/3 del 13 luglio 2005, Aziende Sanitarie, Policlinici Universitari, I.N.R.C.A. – Ripartizione e attribuzione delle risorse destinate al finanziamento della spesa di parte

corrente per l'esercizio 2005 (art. 63 della L.R. n° 5/95; art. 6, c. 7, lettera a) della Legge n. 724/94 e art. 12 del Decreto Leg.vo n. 502/92).

Regione Sicilia

- Decreto Assessore Sanità n. 9 del 30 dicembre 2005, Criteri di assegnazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2005.
- Decreto Assessorato Sanità del 21 dicembre 2006, Criteri di assegnazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2006.

Regione Toscana

- Piano Sanitario Regionale 2002-2004.
- Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

Regione Valle d'Aosta

- DGR n. 51/2007 Disposizioni all'Azienda USL della Valle d'Aosta ai fini della definizione del contratto di programma e per la successiva adozione del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007 e per il triennio 2007-2009.

3.2 - Analisi della funzionalità, dei costi e dell'efficienza delle Aziende ospedaliere pubbliche nel 2004

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

3.2.1 Introduzione

L'analisi delle performance delle Aziende ospedaliere ha assunto fondamentale rilievo, soprattutto negli ultimi anni, per effetto del bisogno di razionalizzare le risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale. Molti interventi di politica sanitaria sono infatti tesi a ridurre la quota di risorse destinate al LEA "Assistenza Ospedaliera" in favore dell'Assistenza Territoriale. Tale obiettivo, per essere realizzato, necessita di una liberazione di risorse in favore delle cure primarie, senza però che questo implichi una diminuzione della funzionalità ospedaliera: un obiettivo ambizioso perseguibile, evidentemente, solo con recuperi di efficienza all'interno degli ospedali.

Il presente contributo si propone di aggiornare i precedenti lavori sul tema dell'efficienza delle strutture ospedaliere italiane, fornendone una valutazione sia statica, mediante un *benchmarking* fra le aziende, sia dinamica, ovvero verificandone l'evoluzione nel tempo. In particolare si sono analizzati i volumi di prestazioni erogate, i fattori produttivi impiegati e i costi sostenuti dalle Aziende ospedaliere pubbliche italiane per l'anno 2004, ultimo anno per il quale sono disponibili informazioni utili: indicatori di struttura, attività e costo delle Aziende ospedaliere italiane.

3.2.2 Metodologia

Per prima cosa, per ogni Azienda ospedaliera sono stati analizzati i dati forniti dall'ASSR relativi a degenze medie, tassi di occupazione, indici di rotazione e *turn-over*, alcuni indici di attrazione e i costi medi per ricovero, giornata di degenza e per dipendente. Quindi si è affiancato agli indicatori sopra riportati il costo per punto DRG prodotto da tutte le Aziende ospedaliere italiane, così come pubblicato per l'anno 2003 nell'ambito del Rapporto CEIS 2006. Tale misura si configura come un indicatore di efficienza, permettendo confronti fra strutture dotate di complessità diverse. L'indicatore di output è stato elaborato in due versioni: una che tiene conto della sola attività di ricovero ordinario effettuata, la seconda che considera anche l'impatto del ricovero diurno (*day hospital e day surgery*).

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

Sembra opportuno ricordare che le Regioni adottano proprie normative contabili e, pertanto, la confrontabilità regionale potrebbe risentire sul lato dei costi di alcune difformità per quanto concerne i criteri di attribuzione ad alcune voci di bilancio come, ad esempio, gli ammortamenti, gli accantonamenti e le valutazioni delle rimanenze. Inoltre, nell'analisi degli indicatori va considerato che si riferiscono a strutture che trattano differenti *case mix*. Lo studio utilizza quindi i pesi attribuiti dal sistema di classificazione dei ricoveri (DRG), per fornire una misura omogenea di *output*, da confrontarsi con i costi effettivamente sostenuti dalle strutture ospedaliere.

3.2.3 Banca dati

La banca dati è stata costituita a partire dai dati pubblicati dall'ASSR nell'ambito di uno studio sugli indicatori di attività e costo delle Aziende ospedaliere nell'anno 2004; in particolare gli indicatori di funzionalità ospedaliera sono stati ottenuti dalle schede di dimissione ospedaliera, mentre gli indicatori di costo sono stati calcolati sulle evidenze contabili dei CE (Conti Economici) ministeriali.

I dati sono attualmente disponibili per 95 Aziende ospedaliere pubbliche².

La banca dati ha permesso di elaborare indicatori sia di *performance che di case-mix*.

Come già nei precedenti lavori citati, l'analisi si basa sulla costruzione per ogni Azienda ospedaliera di un indicatore di *output* omogeneo: il costo per punto DRG. Tale indicatore di *output* è stato elaborato inizialmente dividendo i costi totali per i punti DRG derivanti dalla attività di ricovero ordinario. Poiché in questo modo il confronto sarebbe potuto risultare distorto dai volumi di attività in regime diurno, si è elaborato il costo totale per punto DRG totale (regime ordinario+ *day hospital*) considerando quindi anche il peso (assorbimento di risorse) della giornata media di degenza ordinaria³.

3.2.4 Le performance 2004

Le Aziende ospedaliere considerate nell'anno 2004 sono 93⁴ con una dotazione complessiva di 77.326 posti letto di cui l'86,8% posti letto ordinari.

All'interno delle Aziende ospedaliere lavorano in totale 215.555 unità di personale dipendente di cui il 17,7% medici, il 41,7% infermieri: circa il 41% è, quindi, personale non sanitario.

In particolare all'interno delle strutture ospedaliere sono presenti in media 0,5 medici e 1,2 infermieri per posto letto. Inoltre il rapporto medici/infermieri è pari a 2,35.

Le dimissioni complessive, quindi la somma dei ricoveri ordinari e in *day hospital*, sono pari a 3.939.656: di queste il 67,6% sono in regime ordinario e il 32,4% in *day hospital*. Per quanto concerne il regime ordinario, osserviamo che sono state effettuate 2.664.569 dimissioni, con un peso medio dei DRG di 1,29 (*case-mix*); l'attività di ricovero ordinario

² Non si sono considerati presidi di ASL.

³ Per l'anno 2003 questo è stato stimato riproporzionando il peso dei DRG *day hospital* 2004.

⁴ Due sono state tralasciate in quanto presentavano missing o dati ritenuti non attendibili.

è caratterizzata da una degenza media di 7,23 giorni. Il tasso di occupazione dei posti letto delle Aziende ospedaliere raggiunge il 77,12%. L'intervallo di turnover è pari a 2,14. Relativamente al regime *day hospital*, invece, sono state effettuate 1.275.387 dimissioni e 3.827.350 accessi.

Per quanto riguarda gli indicatori relativi al “costo medio per ricovero”, al “costo medio per giornata di degenza” e al “costo medio per posto letto”, essi sono stati calcolati con riferimento al “costo della produzione” derivante dal Conto economico delle Aziende ospedaliere, al netto della stima dei costi relativi alle prestazioni specialistiche erogate agli assistiti non ricoverati e al lordo del totale imposte e tasse⁵.

Nel complesso, le Aziende ospedaliere considerate hanno avuto, nel 2004, un costo totale pari a € 15,3 mld.; di questo il 61,3% attiene al personale sanitario e non sanitario.

In media un posto letto nelle strutture ospedaliere prese in considerazione costa € 200.076 annui; il costo medio per ricovero pesato è pari a € 3.450, ovvero € 674 per giornata di degenza.

Gli indicatori di cui sopra, come detto, risentono dalle diverse complessità trattate (*case-mix*) e come tali non sono confrontabili.

Bisogna, infatti, sempre prendere in considerazione che l'assistenza sanitaria erogata dalle Aziende ospedaliere risente delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche dell'area geografica dove sono allocate. Se prendiamo ad esempio in considerazione alcune Regioni quali il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte e la Toscana, possiamo osservare che il tasso di ospedalizzazione è nettamente inferiore alla media nazionale; l'Assistenza Territoriale fa affluire nelle strutture ospedaliere casi con un più alto indice di gravità. Questo fa sì che i costi medi per ricovero e per giornata di degenza di tali strutture siano più alti rispetto alla media delle strutture considerate.

Per poter procedere a confronti maggiormente significativi, quindi, è necessario eliminare tali distorsioni. Allo scopo è stato elaborato il costo per unità di ricovero omogeneo, ovvero il costo per punto DRG “corretto”⁶, che tiene conto del peso specifico dei ricoveri ordinari e di quelli in *day hospital*; per le 93 Aziende ospedaliere considerate, esso risulta essere in media uguale a € 3.866,7 nel 2004, con un valore massimo pari a € 7.161,05 ed uno minimo pari a € 1.779,4.

⁵ Fonte ASSR.

⁶ È stato costruito considerando il peso dei ricoveri ordinari e correggendo il peso dei ricoveri *day hospital* come media dei ricoveri ordinari per il peso dei ricoveri ordinari e dei ricoveri *day hospital* per il peso dei ricoveri *day hospital*.

Tabella 1 - Costo totale per punto DRG, anno 2004

Costo per punto DRG (ord.+ day hospital)	2004
Osservazioni	93
Media nazionale	3.866,70
Mediana	3.748,99
Media troncata (5%)	3.842,73
Media troncata (15%)	3.815,13
S.Q.M.	829,53
Max	7.161,05
Min	1.779,40
Max/Min	4,02

Fonte: nostra elaborazione su dati ASSR

3.2.5 L'evoluzione 2003-2004

Per quanto concerne l'evoluzione degli indicatori fra il 2003 e il 2004, al fine di garantire la confrontabilità dei dati, si è ristretta l'analisi a 92 Aziende ospedaliere presenti in banca dati nei due anni e con valori considerati attendibili.

I posti letto hanno subito un decremento del 3,8% rispetto al 2003: decremento atteso in quanto è l'indicazione principale di programmazione sanitaria.

Analizzando il personale delle Aziende ospedaliere possiamo notare come questo sia leggermente diminuito tra il 2003 e il 2004 (-1,4%). In particolare si osserva una diminuzione tra il personale infermieristico dell'1,3% e una riduzione del personale medico dell'1,4%. Inoltre le unità di personale per posto letto sono aumentate passando da 2,73 a 2,82.

Il numero di ricoveri totali è passato da 3.905.797 del 2003 a 3.921.577 nel 2004 (+0,4%) e le giornate di degenza sono aumentate dell'1,9%.

Per quanto concerne il regime diurno, invece, osserviamo un aumento dei posti letto da 8.955 a 9.034 (+0,88%), dei ricoveri da 1.212.949 a 1.268.157 (+4,55%) e degli accessi da 3.537.482 a 3.805.274 (+7,57%).

Questo porta la percentuale dei ricoveri in *day hospital* sul totale dei ricoveri dal 31,06% del 2003 al 32,34% del 2004.

Quanto sopra dà conferma della tendenza alla rimodulazione delle prestazioni, in senso coerente con gli obiettivi indicati dall'Accordo Stato-Regioni dell'8 Agosto 2001 e dal DPCM del 29 novembre 2001 sui Livelli essenziali di assistenza.

Passando agli indicatori di costo possiamo osservare che tra il 2003 e il 2004 il costo totale del personale è cresciuto nelle Aziende ospedaliere considerate del 5,4%, mentre il costo per giornata di degenza è aumentato del 4,3%. Inoltre il costo annuo per posto letto è aumentato del 7,8%.

Sembra quindi che la razionalizzazione assistenziale in corso (riduzione dei posti letto e

loro riconversione in *day hospital*, diminuzione della degenza media e aumento dei tassi di occupazione, etc.) non riesca a tramutarsi in risparmi finanziari.

Per quanto concerne l'evoluzione dell'efficienza delle strutture, la tabella 2 riassume i principali risultati relativi al costo per punto DRG "corretto" delle Aziende ospedaliere nel 2003 e nel 2004.

Tabella 2 - Costo per punto DRG, anni 2003-2004

Costo per punto DRG (ord.+ day hospital)	2003	2004	Var 2004/2003
Osservazioni	92	92	0
Media nazionale	3.728,72	3.835,55	2,87%
Mediana	3.572,21	3.747,05	4,89%
Media troncata (5%)	3.695,90	3.809,60	3,08%
Media troncata (15%)	3.666,01	3.789,41	3,37%
S.Q.M.	795,39	806,17	1,35%
Max	7.055,54	7.161,05	1,50%
Min	2.278,46	1.779,40	-21,90%
Max/Min	3,10	4,02	+ 0,93

Fonte: nostra elaborazione su dati ASSR

Si noti che:

- il costo per unità di ricovero omogeneo (costo per punto DRG corretto) per le 92 Aziende ospedaliere considerate risulta essere in media pari a € 3.728,72 nel 2003 e € 3.835,55 nel 2004 con un incremento del 2,9%;
- il valore massimo del costo per punto DRG è passato da € 7.055,54 nel 2003 a € 7.161 nel 2004 (+1,5%), mentre il valore minimo da € 2.278,46 a € 1.779,4 (-21,9%);
- il costo per caso trattato (confrontabile) è estremamente difforme: il rapporto fra il valore massimo e quello minimo è pari al 310% nel 2003 e 402%% nel 2004;
- la mediana mette in luce una distribuzione moderatamente asimmetrica con una riduzione dell'importanza delle Aziende ospedaliere con costi più elevati (coda destra);
- nel periodo dal 2003 al 2004, si nota una moderata tendenza ad un aumento dei costi, ma principalmente un deciso aumento della variabilità degli stessi.

Quindi non solo i costi per punto DRG tendono ad aumentare, ma aumenta anche la variabilità tra le strutture.

3.2.6 Il modello econometrico

La letteratura economica propone diversi approcci per la stima della funzione di costo e per la misurazione dell'efficienza: questo può avvenire attraverso il ricorso a tecniche parametriche o non parametriche, stocastiche o deterministiche.

Senza entrare nel merito di quali tecniche siano più opportune per misurare l'efficienza

delle Aziende ospedaliere, che nello specifico sono strutture multiprodotto e quindi difficilmente analizzabili, si è scelto di intraprendere una analisi econometrica, capace di valutare il contributo di alcuni fattori nella spiegazione della variabilità del dato di costo per punto DRG. Nella scelta del modello qui adottato ci si è attenuti alle indicazioni presenti in letteratura, con il vincolo peraltro della disponibilità di dati.

Poiché nel campione sono presenti ospedali specialistici, per i quali esiste evidenza in letteratura di una non applicabilità (o quanto meno correttezza) del sistema di pagamento a DRG, si è scelto di integrare la banca dati con l'indicazione della natura monospécialistica o meno delle Aziende ospedaliere.

Il modello econometrico stimato è il seguente:

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

dove:

COST = Costante

CMS = Costo medio per ricovero standardizzato

CMP = Costo medio del personale

PL = Posti letto

RC = Quota di ricoveri con peso > 2,5

DM = Degenza media

PMED = Dimessi per medico

AP = Quota di personale non sanitario

DMS = Dummy struttura specialistica

DREG = Dummy Regione Sicilia

Oltre il costo del fattore produttivo lavoro, che rappresenta la quota maggiore di costi, si è indagato su come possa influire sul costo per punto DRG la dimensione delle Aziende ospedaliere (posti letto), la complessità assistenziale attraverso una *proxy* rappresentata dalla quota di ricoveri con peso maggiore di 2,5; la produttività, in termini di degenza media e di dimessi per medico e il mix delle professioni nella pianta organica (quota di personale non sanitario).

L'equazione stimata con un modello di regressione multipla sui dati 2004 ha fornito risultati importanti. Nel 2004, così come peraltro accadeva anche nel 2001, 2002 e 2003, le variabili introdotte nel modello hanno evidenziato un significativo potere esplicativo nello spiegare il costo per punto DRG⁷.

Le variabili che risultano significative nello spiegare il costo totale per punto DRG corretto, così come per l'anno 2003, sono il costo per unità di personale, i dimessi per medico, la percentuale di altro personale e il tipo di struttura (monospécialistica o non) con i segni attesi. Trova verifica l'ipotesi che il sistema di finanziamento a DRG non possa essere direttamente esteso alle strutture monospécialistiche che costano mediamente di più. Inoltre si dimostra come un differente costo medio del personale sia effettivamente e significativamente un motivo che spiega la differenza nei costi dell'ospedale.

Abbiamo poi una indiretta conferma che differenti livelli di efficienza gestionale spiegano una

⁷ Nel 2003 R2= 67,8%, nel 2004 R2=75,5%.

Tabella 3 - Coefficienti di regressione, anno 2004

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	0,646	2,105		0,307	0,760		
Costo medio per unità di personale	0,864	0,174	0,420	4,953	0,000	0,421	2,374
Totale posti letto	0,000	0,027	-0,001	-0,012	0,990	0,645	1,550
% ricov. ordinari con peso > 2,5	-0,010	0,038	-0,021	-0,257	0,798	0,450	2,224
Degenza media ric. ord.	0,089	0,087	0,089	1,023	0,309	0,400	2,499
Dimessi (totali) per medico	-0,686	0,064	-0,814	-10,646	0,000	0,517	1,935
% altro pers.	0,378	0,103	0,269	3,664	0,000	0,561	1,783
Tipo spec. strutt.	0,135	0,034	0,238	3,926	0,000	0,820	1,220
Dummy Sicilia	-0,070	0,039	-0,130	-1,805	0,075	0,582	1,718

Fonte: nostra elaborazione su dati ASSR

significativa parte della variabilità della variabile dipendente. Infatti alta produttività del personale sanitario (si è scelto di usare la produttività per medico, ma evidentemente quella per infermiere è a questa correlata) implica costi per caso trattato decisamente minori.

Quanto emerso ci sembra anche una indiretta conferma dell'utilità di politiche manageriali tese ad aumentare la produttività. È presente una elasticità negativa tra i dimessi per medico e il costo per punto DRG pari a -0,69 nel 2004 (era -0,57 nel 2003).

La presenza di una quota elevata di "personale non sanitario" incide negativamente sulla performance implicando un aumento del costo medio per ricovero standardizzato (elasticità dello 0,4 nel 2004 e 0,45 nel 2003).

Osserviamo che, complessivamente, la dimensione dell'impatto dei fattori legati al dimensionamento della pianta organica e alla produttività del personale surclassano dimensionalmente gli altri. L'analisi econometrica mette quindi in luce come nel sistema ospedaliero, limitato in questo caso alle Aziende ospedaliere pubbliche, esistano problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell'efficienza.

Infatti, nonostante la consapevolezza dell'esistenza di un problema di confrontabilità tra i dati contabili delle diverse Aziende ospedaliere, che purtroppo non è quantificabile, si rilevano indicazioni sull'esistenza di quote di inefficienza tecnica. I DRG hanno sicuramente incentivato una maggiore produttività ma sarebbe auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali ad esempio la complessità clinica.

Un altro elemento di riflessione è rappresentato dal fatto che negli anni si è posto il problema dell'appropriatezza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). I Livelli essenziali di assistenza sono stati, infatti, ridefiniti individuando i valori di riferimento per l'allocazione delle risorse finanziarie nel triennio 2002-2004 tra le diverse aree di assistenza al fine di riequilibrare il sistema.

Gli effetti della scelta di politica sanitaria di spostare il *core* assistenziale dall'ospedale al territorio si osserva nella progressiva espansione della quota di risorse destinate al LEA "Assistenza Territoriale" e la parallela contrazione di quello destinato all'"Assistenza Ospedaliera", che oggi vede come indicazione il 49,5% per la prima e il 45,5% per la seconda.

A livello regionale il processo, seppure con notevoli inerzie che si riscontrano principalmente nelle Regioni meridionali, si è effettivamente attivato, riducendo la quota di spesa ospedaliera (secondo i dati sul monitoraggio dei costi dei LEA diffusi dall'ASSR) a quote variabili fra il 43,8% dell'Emilia Romagna, che si attesterebbe addirittura al di sotto del LEA previsto, al 53,8% della Valle D'Aosta.

Si consideri ancora che convenzionalmente nella voce Assistenza Ospedaliera non vengono ricomprese tutte le forme di residenzializzazione, quali Residenze Sanitarie per Anziani, Hospice, etc., che sono "appoggiate" sul LEA dell'Assistenza Territoriale.

Il problema dell'efficienza si pone quindi prioritariamente per i presidi per acuzie che rappresentano per dimensione e costo la quota più rilevante del LEA Assistenza Ospedaliera.

Come già sopra evidenziato si configura una discrasia fra politiche di razionalizzazione basate su indicatori di offerta (posti letto) e quelle su indicatori di efficienza: tale discrasia è evidente nei risultati della nostra analisi ed è indirettamente confermata dal fatto che, pur riducendosi i posti letto, rimane elevata la quota di costo ospedaliero.

3.2.7 Conclusioni

Il presente lavoro si è proposto di analizzare i volumi di prestazioni erogate, i fattori produttivi impiegati e i costi sostenuti nell'anno 2004 dalle Aziende ospedaliere pubbliche italiane, fornendone indicatori di struttura, attività e costo. Inoltre si sono analizzate le tendenze riscontrabili tra il 2003 e il 2004.

L'analisi mette in luce come nel sistema ospedaliero italiano, relativamente alle Aziende ospedaliere pubbliche, esistono e persistono importanti difformità di *performance*.

Lo studio ha dimostrato come la volontà programmatica a livello nazionale e regionale degli ultimi anni, tutta tesa alla riduzione dei costi dell'Assistenza Ospedaliera mediante riduzione dei posti letto, trova un limite pratico di realizzazione nell'incapacità del sistema ospedaliero di ridurre la propria spesa, o meglio aumentare la propria efficienza. La riduzione della spesa può diventare miglioramento in termini di efficienza solo con un intervento esaustivo su tutto l'assetto produttivo e gestionale.

Le riduzioni, peraltro attese e programmate, dell'offerta non corrispondono quindi a reali razionalizzazioni economiche, suggerendo l'opportunità di rivedere gli attuali sistemi di finanziamento e controllo sulle Aziende sanitarie pubbliche.

Si sono confermati i risultati raggiunti per gli anni 2001, 2002 e 2003 e in particolare si evidenzia un progressivo aumento dei differenziali di efficienza.

Nonostante, come già evidenziato, esistano rilevanti problemi di confrontabilità dei dati conta-

bili, purtroppo non quantificabili, l'analisi fornisce robuste indicazioni di inadeguatezza dell'attuale sistema tariffario basato sui DRG. Non solo, infatti, i costi unitari delle strutture ospedaliere pubbliche tendono a crescere in media e nei valori massimi, ma anche la variabilità tra le stesse continua ad aumentare. Tali difformità di *performance* fra le Aziende ospedaliere non possono essere attribuite solo a inattendibilità dei bilanci o inaffidabilità del sistema di pagamento a DRG, ma deve anche essere presa in considerazione l'ipotesi di una diffusa inefficienza gestionale.

Il modello econometrico approntato per stimare le cause di inefficienza fa emergere chiaramente come esista una associazione statistica dei maggiori livelli di produttività con i minori livelli di costo, come anche una quota rilevante di variabilità residua, sia sovra-regionale che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati. La stessa dimensione degli scarti, infatti, dimostra che le diversità insite nel sistema ospedaliero non dipendono, o almeno non dipendono esclusivamente, da fattori contabili.

Dall'analisi in particolare si evidenziano seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell'assetto produttivo: piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi davvero critici per l'efficienza delle strutture. In particolare la presenza di una quota elevata di "personale non sanitario" incide negativamente sulla performance economica dei singoli ospedali. Infine differenti livelli di efficienza spiegano una significativa parte della variabilità del costo totale per punto DRG. Un parallelo problema deriva dai costi del personale: infatti un differente costo medio del personale sanitario è evidentemente motivo rilevante di differenza dei costi unitari dell'*output* (omogeneo) realizzato dall'ospedale.

A nostro avviso sarebbe necessario trovare nuovi strumenti di remunerazione che premino le Aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori, al fine di incentivare una maggiore attenzione delle Aziende verso l'efficienza organizzativa e gestionale. I programmi *pay for performance*⁸, in particolare, inseriscono dimensioni qualitative nel sistema di finanziamento dei provider legando quest'ultimo a dei premi in funzione delle *performance*.

Riferimenti bibliografici

- ASSR (2003). *Confronto tra le aziende ospedaliere 2001*. Monitor, 6, pp. 49-61.
- ASSR (2004). *Focus on: quali livelli di assistenza sanitaria?* Monitor, 10, pp. 8-63.
- ASSR (2004). *Confronto tra le aziende ospedaliere 2002*. Monitor, 11, pp. 41-59.
- Harris JE (1990). *The boren amendment: Medicaid reimbursement to hospital nursing facilities*. American Public Welfare Association, Washington DC.
- Jacobs R, Smith PC e Street A (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. University Press, Cambridge, United Kingdom.
- Fioravanti L, Polistena B, Spandonaro F (2005). *La misurazione dell'efficienza delle aziende ospedaliere*, in Rapporto CEIS Sanità 2005.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005). *L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità*, in Rapporto CEIS Sanità 2005.

⁸ Polistena B., Rocchetti I., Spandonaro F. *Misurazione della qualità e le politiche per la qualità nel SSN*.

3.3 - Mobilità per ricoveri potenzialmente inappropriati: fallimento del sistema regolatorio?

Polistena B.¹, Solipaca A.²

3.3.1 Introduzione

La spesa sanitaria pubblica è cresciuta pressoché costantemente nel corso degli anni, attestandosi ai livelli medi europei. Il processo di convergenza agli *standard* europei è avvenuto molto lentamente sia per i pressanti vincoli di bilancio ai quali il nostro Paese ha dovuto fare fronte, sia per le profonde inefficienze delle quali il sistema sanitario pubblico è stato sempre accusato. Le politiche degli ultimi anni hanno sì accettato di assegnare più risorse al sistema pubblico, ma hanno definito i livelli essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio nazionale e hanno altresì imposto standard di offerta e vincoli di efficienza³. Il settore nel quale si è assistito allo sforzo maggiore di razionalizzazione è stato quello ospedaliero: aziendalizzazione degli ospedali, definizione degli standard minimi di posti letto, fissazione del livello di ospedalizzazione e identificazione dell'attività ospedaliera ritenuta potenzialmente inappropriata⁴.

Sul fronte del finanziamento, il decreto sul federalismo fiscale ha portato un profondo cambiamento: le Regioni finanziano il SSN con la loro autonomia impositiva e il processo di perequazione avviene tramite un fondo di solidarietà al quale le Regioni partecipano in maniera proporzionale al loro reddito. In questo meccanismo il fabbisogno finanziario è stabilito sia in funzione delle condizioni di salute dei cittadini nelle diverse Regioni italiane, sia dalla struttura di offerta esistente sul territorio. La formula allocativa è variata nel corso degli anni ma gli elementi principali sono la struttura per età della popolazione, la mortalità e, ultimamente, il livello di consumo per quanto riguarda il bisogno di salute. Nell'allocazione è considerata anche la popolazione residente, ciò può essere motivato con il fatto che in passato le risorse per il finanziamento venivano stabilite in

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

² Istituto Nazionale di Statistica, Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, Servizio Sanità e Assistenza.

³ Solipaca A. (2004) "Federalismo e decentramento nel settore sanitario" in MIPA L'impatto delle riforme amministrative – Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione. Febbraio 2004 ISBN 884580849-1.

⁴ DPCM del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

base alla quota capitaria, considerata, evidentemente, una buona *proxy* del fabbisogno necessario per finanziare l'offerta.

L'obiettivo delle politiche è stato quello di promuovere il recupero di efficienza in materia di spesa, attraverso una forte responsabilizzazione delle Regioni costrette a ricorrere ad ulteriori imposizioni fiscali qualora il pareggio di bilancio non fosse raggiunto.

I pressanti vincoli imposti dall'organo di governo centrale hanno spinto le Regioni a comportamenti certamente più virtuosi ma le hanno costrette, allo stesso tempo, a mettere in atto strategie difensive, per poter coniugare gli squilibri strutturali tra finanziamento-offerta e bisogni di salute da un lato e le perduranti inefficienze causa di pesanti deficit di bilancio dall'altro.

Una delle possibili strategie che le Regioni possono porre in essere sono quelle legate alla mobilità ospedaliera dovuta all'attività ospedaliera inappropriata. Secondo questa strategia, le Regioni con un surplus di dotazione rispetto al bisogno potrebbero agevolare l'ingresso di pazienti provenienti da Regioni per le quali la dotazione è sottodimensionata rispetto al bisogno di salute. Così le prime finanziano il surplus e le seconde minimizzano il deficit affidando alle Regioni più efficienti l'assistenza dei loro cittadini. Questo rappresenta, secondo un recente lavoro⁵, un esempio del fallimento del sistema regolatorio (*soft budget constraint*) del Servizio sanitario nazionale. L'obiettivo del presente lavoro è quello di verificare su base empirica questa ipotesi, tenendo conto sia della dotazione di offerta sia del bisogno della popolazione.

3.3.2 Materiali e metodi

Il punto cruciale dell'analisi empirica è la valutazione del *surplus/deficit* di offerta delle Regioni; tale valutazione dovrebbe tenere conto del bisogno di salute della popolazione e dell'offerta di strutture e servizi di assistenza. In altre parole, occorre misurare il *mismatch* tra le due quantità ipotizzando che esista una allocazione ottimale delle risorse data la condizione di salute della popolazione. Tale operazione è tutt'altro che banale vista la difficoltà concettuale nel definire il bisogno di salute e il carattere multidimensionale di quest'ultimo e dell'offerta.

Per quanto riguarda le condizioni di salute della popolazione si ha a che fare con un concetto complesso: l'OMS lo definisce "stato di benessere fisico, mentale e sociale completo", cioè un concetto multidimensionale non misurabile direttamente, che gli statistici definiscono una variabile latente. Tra le numerose componenti possiamo immaginare l'incidenza e la prevalenza di malattie croniche e acute nella popolazione, le quali agiscono direttamente sul consumo del bene sanitario. Ma possiamo considerare *proxy* della salute di una popolazione anche la speranza di vita o la misura della mortalità per causa, laddove possiamo considerare il decesso come conseguenza estrema di una cattiva condizione di salute. Un altro indicatore utilizzato è l'indice di vecchiaia, in questo caso si con-

⁵ Levaggi R. (2007) "Divari strutturali, di qualità, di efficienza tra i sistemi sanitari regionali" Seminario Formez-AIES - Roma 30 marzo 2007.

sidera alto il bisogno di una popolazione con un numero elevato di anziani. Allo stesso modo la percentuale di donne in età feconda esprime una domanda potenziale che trae origine dalla maternità. Da quanto detto si può facilmente evincere che il bisogno di salute si compone di diverse dimensioni, ciascuna delle quali espressione di problematiche diverse, tutte importanti quando si deve valutare il volume di domanda da soddisfare in ogni singola Regione.

Le difficoltà nel misurare la dotazione strutturale di una Regione nascono dalle differenti tipologie di offerta previste nel sistema sanitario: offerta di primo livello (medici di base, pediatri di libera scelta, guardie mediche, ecc.), di secondo livello o territoriale (ambulatori, laboratori di analisi, servizi territoriale residenziale o semiresidenziale di tipo sanitario o socio sanitario, ecc.) e offerta ospedaliera.

Per gli scopi del lavoro sono stati utilizzati tre indicatori di sintesi: i primi due saranno utilizzati per valutare il volume di offerta e il livello di bisogno di salute delle popolazioni regionali; il terzo indicatore misurerà la mobilità ospedaliera attraverso il rapporto tra i ricoveri in entrata e quelli in uscita per ogni Regione.

La dimensione dell'offerta e del bisogno sono state stimate attraverso una analisi delle componenti principali (Acp); tale approccio sembra essere il più naturale proprio in considerazione della complessità dei due aggregati e del fatto che concettualmente si tratta di due dimensioni latenti non misurabili direttamente⁶.

Un ulteriore passaggio concettuale è quello di stimare la dimensione del disallineamento tra risorse di strutture e servizi e condizioni di salute. A tale proposito si è proceduto a stimare una regressione lineare tra i due indicatori sintetici che rappresentano le due dimensioni considerate, il residuo del modello di regressione è stato utilizzato come *mismatch* tra offerta e bisogno. L'ipotesi sottostante questa scelta è che la quota di dotazione di strutture e servizi non spiegata dalle condizioni di salute sia funzione di una cattiva allocazione di risorse (comprese le inefficienze del sistema) e di un errore casuale di natura gaussiana. I limiti di questo approccio risiedono nella discrezionalità della scelta degli indicatori da sintetizzare, dalla metodologia di sintesi e dalla specificazione del modello di regressione con cui si valuta il disallineamento. Il vantaggio principale è, invece, che i due indicatori utilizzati sono indipendenti nel senso che il bisogno non è funzione dell'offerta come potrebbe accadere se fosse valutato indirettamente attraverso l'attività svolta dal SSN (ricoveri, accertamenti, spesa, ecc.).

Una possibile alternativa agli indicatori sintetici è quello di utilizzare il saldo tra ricavi e costi dei sistemi sanitari regionali, ottenuto senza considerare la compensazione relativa alla mobilità. Il saldo così calcolato è, concettualmente, funzione del *mismatch* tra finanziamento spesa e bisogno; il disallineamento può dipendere sia dall'allocazione di risorse sia da un'inefficienza organizzativa. Pertanto, se si osserva una relazione diretta tra saldo e indice di attrazione per ricoveri potenzialmente inappropriati, questa può essere interpretata come il segno di una strategia attuata dai governi regionali della sanità, fina-

⁶ Baroncini P., Burgio A., Solipaca A. (2001) "Divari nel rapporto tra bisogni sanitari e allocazione delle risorse al livello regionale italiano". *Igiene e Sanità Pubblica* – Volume LVII n.3 Maggio/Giugno 2001.

lizzata a minimizzare gli effetti di una cattiva allocazione o dell'inefficienza organizzativa favorendo la mobilità dei pazienti. Sotto questa ipotesi, ci si dovrebbe attendere un aumento della prevalenza dei ricoveri in entrata in corrispondenza del miglioramento dei saldi di gestione.

Il limite principale di questo approccio sta nel fatto che i ricavi (dei quali oltre il 95 per cento è costituito dal finanziamento pubblico) e costi sono, contemporaneamente, indicatori di offerta e di bisogno e incorporano anche l'inefficienza organizzativa. Infatti, il finanziamento è un indicatore di bisogno in considerazione del fatto che la formula di allocazione utilizza numerosi fattori legati alle condizioni di salute, ma è anche funzione della spesa storica, quindi rappresenta anche un indicatore implicito della dotazione strutturale pregressa e di inefficienze organizzative.

I costi sono legati al bisogno di salute soddisfatto mediato dal volume di offerta (si pensi alle file d'attesa o ai vincoli programmatori sull'attività o alla fissazione dei tetti di spesa) e ovviamente dell'inefficienza organizzativa.

3.3.3 Risultati

L'analisi delle componenti principali condotta sugli indicatori di dotazione di offerta⁷ ha evidenziato che l'88% della variabilità complessiva è spiegato dai primi 8 fattori principali. In base al contributo che gli indicatori hanno dato alla costruzione dei fattori è possibile evidenziare che la prima componente principale esprime la dotazione di personale delle Aziende sanitarie e, in subordine, l'offerta di strutture territoriali di tipo residenziale. La seconda componente è caratterizzata dall'organizzazione dipartimentale delle Asl. Il terzo fattore rappresenta la variabilità degli indicatori legati alla dotazione di apparecchiature di alta tecnologia; la quarta componente esprime la dotazione ospedaliera espressa in termini di posti letto, il quinto asse si caratterizza per il numero di posti letto in *day hospital*, il sesto esprime l'offerta di posti letto di lungodegenza, la settima componente principale coglie l'offerta dei medici di base, infine l'ottavo fattore latente è caratterizzato dalla dotazione di servizi per dializzati.

⁷ *Medici di medicina generale per 10.000 abitanti, Pediatri di base per 10.000 abitanti < 14 anni, Medici di guardia medica per 10.000 abitanti, numero distretti per Asl, % ASL con servizio CUP, % ASL con Dipartimenti di salute mentale, % ASL con Dipartimenti di prevenzione, % ASL con servizi di trasporto centri dialisi, % ASL con dipartimenti materno infantili, % ASL con servizi di assistenza domiciliare integrata, Tasso Medici e odontoiatri dipendenti del SSN per 10.000 abitanti, Tasso Personale infermieristico dipendente del SSN per 10.000 abitanti, Tasso Personale dipendente del SSN per 10.000 abitanti, Apparecchiature alta tecnologia per 10.000 abitanti, Ambulatori e laboratori per 100.000 abitanti, Altri tipi di strutture territoriali per 100.000 abitanti, Strutture semiresidenziali e residenziali per 100.000 abitanti, Medici e odontoiatri degli istituti di cura pubblici per 10.000 abitanti, Personale infermieristico degli istituti di cura pubblici per 10.000 abitanti, Totale personale degli istituti di cura pubblici per 10.000 abitanti, Posti letto ospedalieri ordinari per 1.000 abitanti, Tasso posti letto ospedalieri ordinari acuti per 1.000 abitanti, Tasso posti letto ospedalieri day hospital per 1.000 abitanti, Tasso Posti letto ospedalieri ordinari lungodegenza e riabilitazione per 10.000 abitanti. Fonte: ministero della Salute 2004.*

I risultati dell'analisi della struttura latente condotta sugli indicatori di bisogno⁸ ha evidenziato che lo stato di bisogno è esprimibile con le prime tre componenti principali che spiegano l'80% della variabilità degli indicatori utilizzati. La prima componente principa-

Tabella 1 - Indicatori di bisogno, offerta sanitaria, deficit e indice di attrazione ospedaliera, anno 2004

Regione	Bisogno	Offerta	Ricavi-costi (€ pro-capite)	Mobilità in entrata/ mobilità in uscita ⁹
Piemonte	-0,548	0,9882	-152,9	0,72
Valle d'Aosta	-2,8896	-2,0969	24,6	0,16
Lombardia	3,5303	3,6499	-33,3	2,05
Trentino A. A.	3,1564	0,502	26,1	0,16
Veneto	0,6369	0,4347	-23,9	1,51
Friuli V.G.	0,9256	-1,3588	-5,2	1,28
Liguria	1,3647	2,4147	-196,9	0,84
Emilia Romagna	1,5799	2,6706	-159,5	2,34
Toscana	1,1251	1,6423	-96,8	1,77
Umbria	-0,3264	0,6941	-94,1	1,60
Marche	-1,2772	-1,4962	-78,6	0,90
Lazio	0,1375	5,7284	-329,7	1,39
Abruzzo	-0,2722	0,3445	-94,5	1,88
Molise	-3,1337	-3,2187	-137,7	1,91
Campania	-0,3326	-1,244	-161,4	0,31
Puglia	0,0851	-1,1311	48,6	0,52
Basilicata	-2,1514	-6,0276	38,5	0,30
Calabria	-1,5207	-0,7158	41,3	0,30
Sicilia	0,357	1,2415	-111,4	0,30
Sardegna	-0,4465	-3,0219	-116,0	0,58

Fonte: elaborazione Istat - Ceis su dati Istat, Indagine sulle cause di morte; Indagine sulle condizioni di salute e utilizzo servizi sanitari - Anno 2004-2005; ministero dell'Economia - Ragioneria generale dello Stato, Relazione generale sulla condizione economica del Paese - Anno 2006; ministero della Salute 2004

⁸ *Indice di vecchiaia, % di popolazione < 6 anni, % donne in età feconda (15-49 anni), Speranza di vita 65 anni - Maschi, Speranza di vita 65 anni - Femmine, % persone con 2 o più malattie croniche, % persone con tumore, % persone con ulcera gastrica, % persone con diabete, % persone con ipertensione arteriosa, % persone con infarto miocardio, % persone con altre malattie del cuore, % persone con bronchite cronica ed enfisema, % persone con asma bronchiale, % persone 6 anni o più con almeno una disabilità, % persone 65 anni e più con almeno una disabilità, % persone che dichiarano un cattivo stato di salute, % persone con almeno una invalidità, Tasso standardizzato di mortalità, Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio maschi, Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio femmine, Tasso standardizzato di mortalità per tumori maschi, Tasso standardizzato di mortalità per tumori femmine. Fonti: Istat, Indagine sulle cause di morte e Indagine sulle condizioni di salute e utilizzo dei servizi sanitari. Anno 2004-2005.*

⁹ *Si tratta di ricoveri potenzialmente inappropriati stabiliti dal DPCM del 29 novembre 2001.*

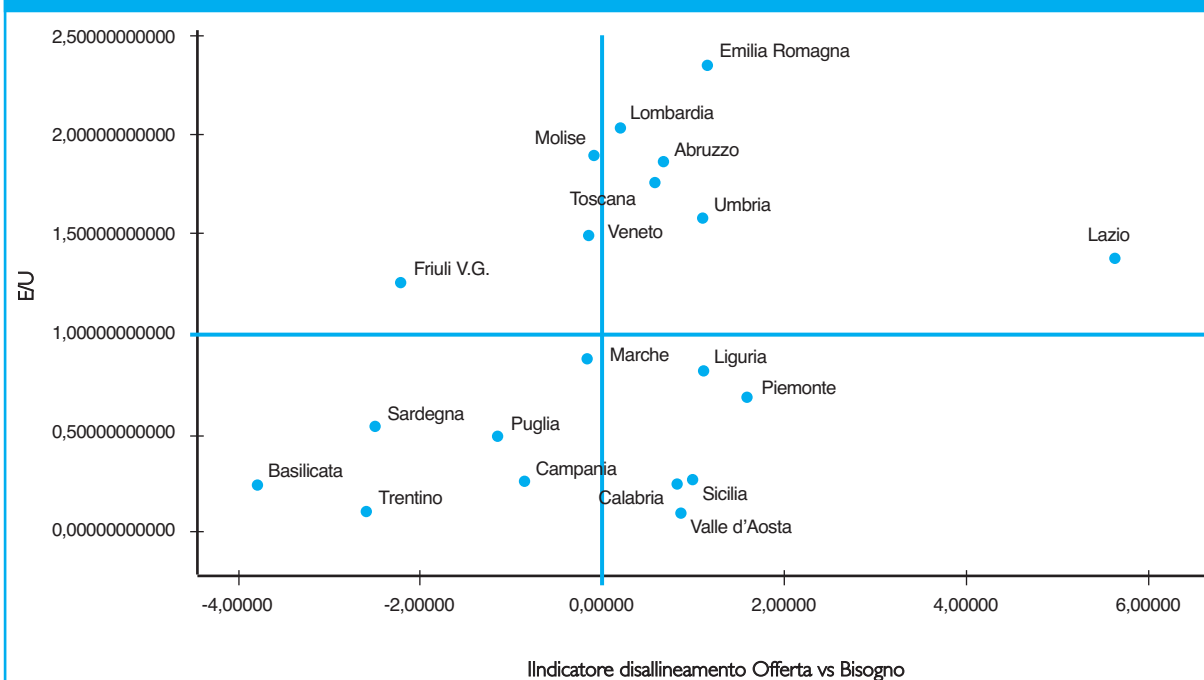
le esprime la struttura anziana della popolazione, il livello di mortalità generale e la multi-cronicità. Il secondo fattore è caratterizzato dalla mortalità per tumore e il terzo asse esprime la speranza di vita, cioè la longevità.

Gli indicatori di sintesi dell'offerta e del bisogno sono stati calcolati sommando le coordinate delle Regioni sui quattro fattori principali considerati (cfr. tabella 1).

Dagli indicatori di sintesi si evince che la Regione con il maggiore bisogno è la Lombardia, la quale gode di un'offerta che la colloca al secondo posto rispetto al resto del Paese, mentre la Regione con il bisogno minore è il Molise, che si colloca al penultimo posto in termini di offerta di strutture.

La figura 1, che rappresenta la relazione tra il disallineamento offerta-bisogno di salute stimato con gli indicatori sintetici e l'indice di attrazione per ricoveri a bassa complessità assistenziale, permette di collocare le Regioni nei quattro quadranti rappresentanti altrettante tipologie: il primo quadrante individua una condizione di *surplus* di offerta e prevalente mobilità di ricoveri potenzialmente inappropriati in entrata (alta attrattività); il secondo quadrante rappresenta le Regioni con deficit di offerta e alta attrattività; il terzo quadrante individua un *deficit* di offerta e una prevalente mobilità di ricoveri a bassa complessità in uscita (bassa attrattività); infine il quarto quadrante identifica le Regioni con *surplus* di dotazione di strutture e servizi e bassa attrattività.

Figura 1 - Disallineamento dell'offerta rispetto al bisogno e indice di attrazione ospedaliera, anno 2004

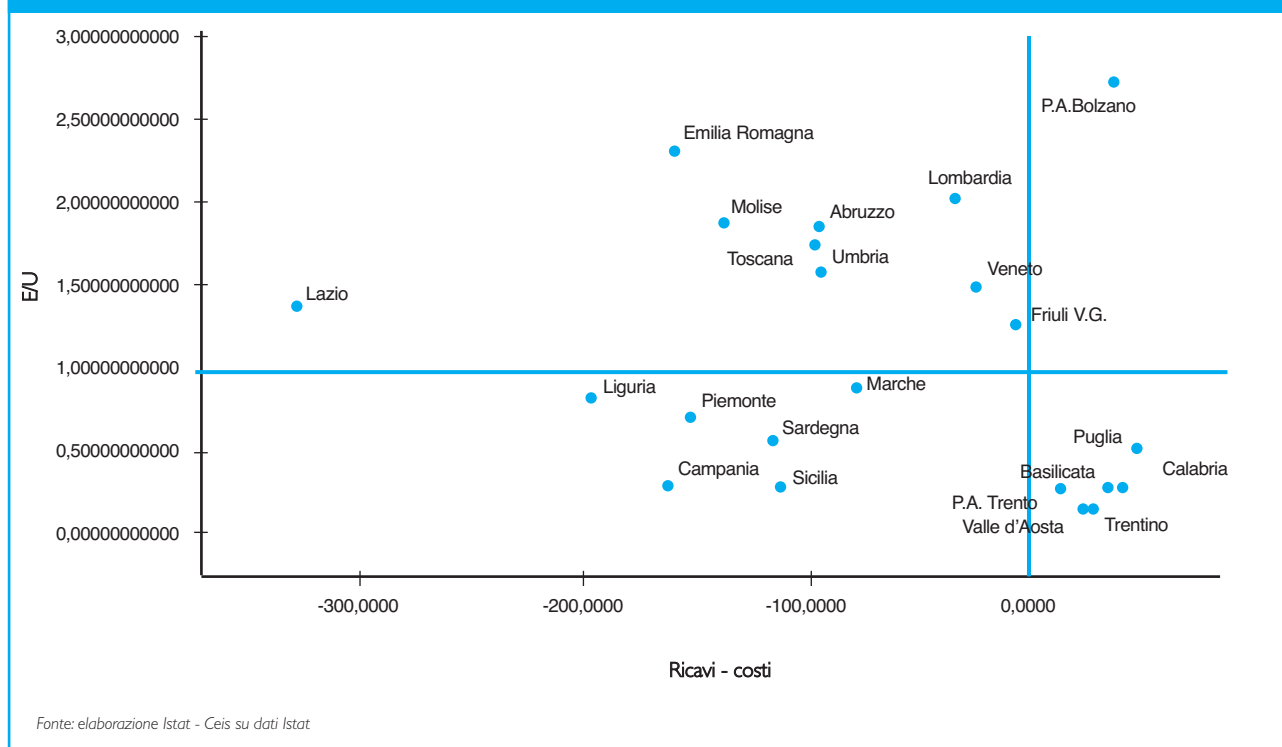


Fonte: elaborazione Istat - Ceis su dati Istat

La collocazione delle Regioni nei quadranti mette in luce due gruppi distinti caratterizzati da bassa ($E/U < 1$) e alta ($E/U > 1$) attrattività per ricoveri a bassa complessità assistenziale. Il rapporto tra la mobilità in entrata e quella in uscita cresce all'aumentare del surplus di dotazione strutturale, anche se tale relazione lineare positiva non assume significatività statistica ($r=0,34$ $\alpha=0,139$). Tra le Regioni con maggior surplus di offerta troviamo il Lazio che evidenzia un indice di attrazione pari a circa 1,4, le altre Regioni hanno *surplus* di minore entità e un indice di attrazione molto variabile (tra 0,16 della Valle d'Aosta e 2,3 dell'Emilia Romagna). Da notare il Friuli Venezia Giulia che è l'unica Regione con indice di attrazione superiore all'unità e un rilevante *deficit* di offerta.

Le Regioni con *deficit* di offerta di strutture e servizi sanitari sperimentano, in ampia maggioranza, una mobilità prevalentemente in uscita.

Figura 2 - Ricavi-costi pro-capite e indice di attrazione ospedaliera, anno 2004



La figura 2 rappresenta la relazione tra il saldo complessivo (ricavi-costi) e la mobilità regionale. La collocazione dei punti regione mette in luce che la maggioranza delle Regioni ha un comportamento che confermerebbe il sospetto che alcune di esse favoriscano la mobilità della casistica ospedaliera a bassa complessità. Invece un gruppo di Regioni, Puglia, Calabria, Basilicata, Trento e Valle d'Aosta sono in evidente controtendenza: prevalenza di ricoveri in uscita in presenza di un "saldo" positivo. La Regione Lazio costituisce un caso anomalo, infatti ha sperimentato nel 2004 il deficit pro-capite più elevato e nello stesso tempo registra una prevalenza di ricoveri in entrata.

3.3.4 Conclusioni

Le evidenze empiriche descritte non sono in grado di confermare in via definitiva l'ipotesi del fallimento del sistema regolatorio dovuto ad un utilizzo speculativo della mobilità dei ricoveri a bassa complessità assistenziale per minimizzare problemi di inefficienza allocativa.

L'incertezza è legata sia alla difficoltà, ampiamente richiamata, di stimare il bisogno di assistenza sanitaria e la dotazione complessiva di strutture e servizi sanitari, sia all'incapacità di distinguere, con dati aggregati a livello regionale, l'attività ospedaliera effettivamente inappropriata¹⁰. Oppure la difficoltà di individuare la parte di mobilità non dipendente da fattori riconducibili a strategie regionali ma alla semplice inappropriata organizzazione locale.

Tuttavia, sia pure con le dovute cautele per i motivi evidenziati, il punto dolente del SSN è quello legato al sistema di allocazione delle risorse. Infatti, gli squilibri osservati testimonierebbero che il processo di allocazione del finanziamento sanitario pubblico non appare ancora completamente convincente, forse perché troppo dipendente da una dotazione strutturale frutto di scelte operate nel corso degli anni piuttosto che da valutazioni legate alle condizioni di bisogno della popolazione assistita.

Le conseguenze di questa allocazione di risorse non ottimale, oltre ad essere fonte di inefficienze economiche, ha pesanti ripercussioni anche sulla qualità del servizio sanitario pubblico. Le inefficienze economiche sottraggono risorse al sistema e non permettono impieghi più razionali ed efficaci. Il *deficit* di qualità si manifesta con il perdurante problema dei lunghi tempi di attesa per ricevere assistenza che spesso costringono i cittadini a spostarsi in altre Regioni o a rivolgersi al settore privato con aggravio dei bilanci familiari.

Riferimenti bibliografici

- Baroncini P, Burgio A, Solipaca A (2001). *Divari nel rapporto tra bisogni sanitari e allocazione delle risorse al livello regionale italiano*. Igiene e Sanità Pubblica – Volume LVII n. 3 Maggio/Giugno.
- Fortino A, Lispi L, Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G (2002). *La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPro*. Ministero della salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Giugno 2002.
- Levaggi R (2007). *Divari strutturali, di qualità, di efficienza tra i sistemi sanitari regionali*. Seminario Formez-AIES - Roma 30 marzo 2007.
- Solipaca A (2004). *Federalismo e decentramento nel settore sanitario* in MIPA *L'impatto delle riforme amministrative* – Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione. Febbraio 2004 ISBN 884580849-1.

¹⁰ Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002) "La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPro" Ministero della salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Giugno 2002.

3.4 - Un'analisi territoriale dell'appropriatezza ospedaliera

Burgio A.¹, Crialesi R.¹, Rocchetti I.², Solipaca A.¹

3.4.1 Introduzione

Negli ultimi anni la ricerca sui servizi sanitari si è concentrata sulla tematica dell'appropriatezza organizzativa. Questo argomento ha assunto nel corso del tempo sempre maggiore rilevanza per le sue implicazioni su alcune delle principali dimensioni della qualità di un sistema sanitario pubblico: efficienza, efficacia ed equità. Basti pensare, ad esempio, che un livello di cura inappropriato implica, al tempo stesso, l'utilizzo di maggiori risorse economiche, l'aumento del rischio iatrogeno e dei tempi di attesa per accedere all'assistenza sanitaria.

La promozione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie rappresenta oggi uno dei punti chiave del processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera. A partire dal DPCM del 29 novembre 2001, che istituiva i Livelli Essenziali di Assistenza, le politiche di razionalizzazione delle strategie di offerta hanno puntato fortemente a riqualificare l'ospedale come luogo di cura ad elevata tecnologia, destinato al trattamento della casistica più complessa e ad elevata intensità di assistenza. Lo stesso DPCM, nell'allegato 2C, ha identificato 43 DRG come "prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato se erogati in regime di degenza ordinaria per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione". Sotto la spinta normativa le Regioni hanno adottato differenti strategie di promozione dell'appropriatezza organizzativa relativamente all'assistenza ospedaliera, volte a favorire la deospedalizzazione e il trasferimento di questa casistica dal tradizionale ricovero ospedaliero in regime ordinario continuativo verso modalità assistenziali a minore complessità quali il *day hospital*, il *day surgery* o l'assistenza ambulatoriale. Ciò ha prodotto ovunque un miglioramento dell'efficienza del sistema, ma con un'intensità ed una variabilità interregionale e interaziendale molto ampia.

Il presente lavoro si propone di descrivere l'attività ospedaliera a bassa complessità assistenziale, in base alla lista dei 43 DRG potenzialmente a rischio di inappropriata, con un dettaglio territoriale che si spinge a livello di Azienda sanitaria locale, tentando di individuare *pattern* territoriali ed eventuali aree di criticità su cui dovranno essere avviate più efficaci azioni correttive.

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

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

3.4.2 Materiali e metodi

Le ipotesi di base adottate nel lavoro assumono la distinzione in tre categorie dei ricoveri a bassa complessità assistenziale (anche definiti a rischio di inappropriatezza): a bassa complessità ma trattati appropriatamente, inappropriatezza fisiologica, inappropriati. Tali ipotesi prendono le mosse da un lavoro sull'attività ospedaliera³ che ha implementato una metodologia per il calcolo delle soglie di ammissibilità per i 43 DRG individuati dal DPCM del 29 novembre 2001 (metodo APPRO).

La metodologia APPRO utilizzata per le analisi prende a riferimento i ricoveri relativi ai 43 DRG a bassa complessità assistenziale indicati dal decreto e assume che una parte di essi è da considerare appropriata, quando si riferisce ai ricoveri di durata di un giorno sia in regime ordinario sia in *day hospital*, una parte è da considerare fisiologica, quando si osserva un volume di attività al di sotto della soglia. Infine, una quota è da considerare "inappropriata al di là di ogni ragionevole dubbio": quando il volume di attività per i ricoveri con degenza maggiore di un giorno eccede il valore soglia. La soglia è pari alla percentuale di ricoveri inappropriati osservata su tutto il territorio nazionale per ognuno dei 43 DRG.

Seguendo questa impostazione sono stati calcolati alcuni indicatori in grado di misurare le dimensioni principali del problema. L'indicatore di inappropriatezza dell'attività ospedaliera è stato calcolato per ogni Asl e per tipologia di ricovero (medico o chirurgico). In dettaglio, sono stati calcolati, per ognuno dei 43 DRG, gli scarti relativi tra la percentuale osservata e il valore soglia. Con questo procedimento si è ottenuta, per ogni Asl, la distribuzione dei 43 scarti: l'indicatore di inappropriatezza ospedaliera della Asl è rappresentato dallo scarto mediano della distribuzione. Accanto a questo indicatore, che esprime la misura relativa del livello di inappropriatezza, sono stati utilizzati altri due indicatori: il primo misura la "pressione" dei fattori esterni alle strutture ospedaliere, il secondo esprime la quota di ricoveri appropriati sul totale dei 43 DRG.

L'inappropriatezza è sicuramente anche il frutto di fattori esterni all'organizzazione ospedaliera, cioè il risultato di una "pressione" alla quale le strutture sono sottoposte a causa di una domanda inappropriata, di scarsa capacità di risposta dell'assistenza di primo livello e/o di una struttura di offerta territoriale non idonea.

Una misura indiretta di tale pressione può essere costituita dal tasso di dimissione ospedaliera per i 43 DRG a rischio di inappropriatezza standardizzato per età e offerta di posti letto ospedalieri. La standardizzazione dell'indicatore consente di eseguire confronti regionali al netto del bisogno di salute (se si assume che la struttura per età sia una buona *proxy* delle condizioni di salute) e della disponibilità di posti letto, cioè della capacità recettiva delle strutture.

La quota di ricoveri di un giorno, erogati sia in regime ordinario sia in *day hospital*, sul totale dei ricoveri relativi ai 43 DRG esprime, infine, la quota che, pur essendo a bassa complessità assistenziale, è stata trattata in maniera appropriata. Tale indicatore è stato

³ Cfr. Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G., 2002.

calcolato per i DRG medici e chirurgici.

La descrizione dei ricoveri a bassa complessità assistenziale è stata fatta attraverso una *cluster analysis*: ciò ha consentito di classificare le unità di analisi (le Asl) in gruppi omogenei rispetto alle caratteristiche scelte per rappresentarle. La tecnica di aggregazione utilizzata è quella del legame singolo che appartiene alla classe dei metodi gerarchici. La scelta del numero di *cluster* è stata fatta osservando la nuvola di punti Asl rappresentata sul primo piano fattoriale ottenuto con una analisi in componenti principali.

I dati utilizzati nel lavoro provengono dal Ministero della Salute e sono relativi alle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) disponibili per il 2004.

3.4.3 Risultati

L'analisi effettuata ha riguardato 2.856.725 dimissioni per acuti (23,5% del totale) relative ai 43 DRG a rischio di inappropriatazza⁴.

Dal 2001, anno di approvazione del DPCM che ha definito i Livelli essenziali di assistenza, si osserva una generale riduzione del numero di ricoveri attribuibili ai 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza: si è passati da circa 3,3 mln nel 2001 (comprensivi dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza) a poco più di 3 mln nel 2004 con una riduzione del 9,3%. Tale riduzione è dovuta esclusivamente ai ricoveri attribuiti ad un DRG di tipo medico (passati da 1,9 mln circa a 1,5 mln), mentre quelli attribuiti ad un DRG di tipo chirurgico sono rimasti sostanzialmente stabili con una casistica di poco meno di 1,5 mln di ricoveri. Considerando l'andamento complessivo dell'attività ospedaliera, sembrerebbe che una quota significativa di ricoveri di tipo medico a bassa complessità assistenziale sia stata effettivamente risolta in regime di erogazione della prestazione più efficace e a minor consumo di risorse, in linea con le politiche di riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Questo risulta più evidente quando si isolano quei casi che, pur rientrando nella casistica dei 43 DRG, in base alla letteratura sul tema, possono ancora essere considerati come trattati in un *setting* assistenziale appropriato, ovvero i ricoveri effettuati in regime di *day hospital/day surgery* o in regime ordinario con durata di 1 giorno. Tali ricoveri sono aumentati di 355.351 casi (pari ad un incremento del 23%) nell'arco dei quattro anni di osservazione, i ricoveri per i 26 DRG medici sono rimasti pressoché stabili, mentre i ricoveri per i 17 DRG chirurgici hanno subito un incremento pari quasi al 45%.

Questa prima analisi descrittiva relativa a tutto il territorio nazionale mostra quindi due tendenze: la progressiva deospedalizzazione dei casi relativi ai DRG medici a rischio di inappropriatazza e il trasferimento di una quota consistente dei casi relativi a DRG chirurgici dal regime ordinario con durata superiore a 1 giorno al regime ordinario di 1 giorno e soprattutto al *day surgery*.

⁴ *Dall'analisi sono state escluse le SDO relative ai 43 DRG riferite alle procedure (indicate in qualunque posizione della scheda di dimissione ospedaliera) espressamente segnalate nell'Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001 come non a rischio di inappropriatazza; quelle in regime di ricovero non per acuti (riabilitazione e lungodegenza); quelle con onere della degenza non a carico del Servizio Sanitario Nazionale; quelle con età uguale o inferiore a 28 giorni (neonati) o superiore a 120 anni.*

Per analizzare più nel dettaglio le caratteristiche territoriali sono stati analizzati i tassi di dimissione ospedaliera e le percentuali di ricoveri “appropriati” (in regime di *day hospital/day surgery* o in regime ordinario di 1 giorno) per Regione al 2004 (tabella 1).

Nel 2004 il tasso grezzo per i DRG a bassa complessità assistenziale è pari a 48,9 ogni 1.000 abitanti. La maggior parte delle Regioni del Nord presenta valori sensibilmente più bassi della media, mentre nel Centro e soprattutto nel Mezzogiorno i tassi sono più elevati.

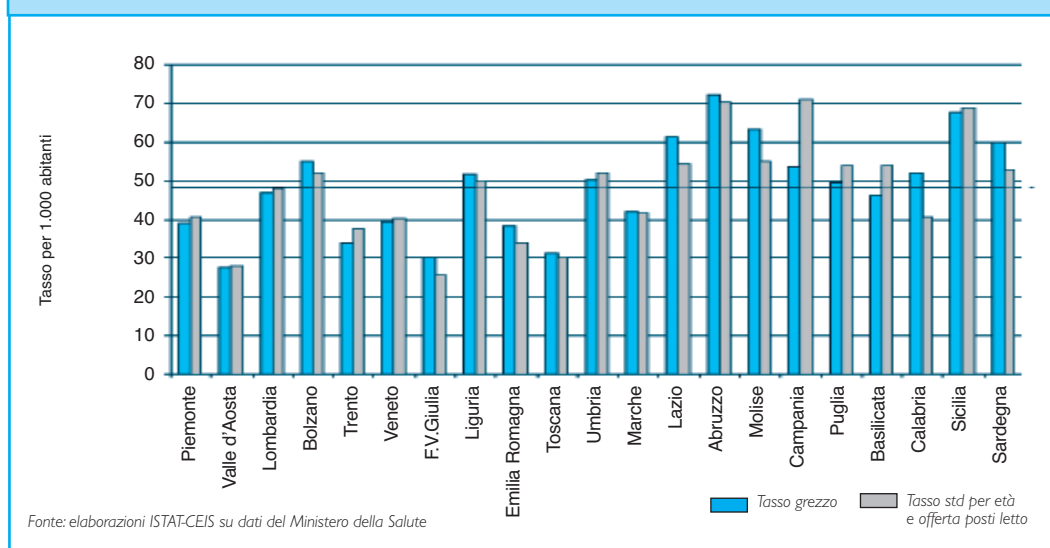
Tabella 1 - Numero Asl e indicatori di appropriatezza ospedaliera per Regione, anno 2004

Regioni	Numero Asl	Tasso dimissione ospedaliera per 1.000 ab. per Drg a bassa complessità assistenziale standardizzato per età	Tasso dimissione ospedaliera per 1.000 ab. per Drg a bassa complessità assistenziale standardizzato per età e offerta di posti letto	%ricoveri per Drg a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	%ricoveri per Drg medici a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	%ricoveri per Drg chirurgici a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età
Piemonte	22	36,8	40,7	71,3	49,9	79,4
Valle D'aosta	1	26,9	27,8	74,1	45,6	88,9
Lombardia	15	46,8	48,1	72,1	53,6	84,5
Bolzano	4	58,6	52,0	50,9	37,0	61,7
Trento	1	34,2	37,7	67,2	27,2	86,0
Veneto	21	39,6	40,1	64,8	33,7	84,3
Friuli V.G.	6	28,3	25,7	68,5	40,5	82,4
Liguria	5	47,6	49,9	76,0	64,5	86,1
Emilia Rom.	11	36,3	33,7	66,7	36,2	83,8
Toscana	12	30,1	30,1	63,5	47,4	76,8
Umbria	4	47,5	52,0	68,8	45,1	86,3
Marche	13	40,0	41,7	69,1	32,3	82,6
Lazio	12	61,8	54,5	63,3	55,3	68,1
Abruzzo	6	71,3	70,5	46,8	41,2	53,0
Molise	4	62,2	55,0	45,3	40,2	50,6
Campania	13	57,1	70,9	60,2	61,2	57,8
Puglia	12	52,0	53,8	51,8	41,6	62,4
Basilicata	5	46,8	53,9	61,2	53,7	69,6
Calabria	11	54,0	40,5	56,0	47,0	67,3
Sicilia	9	70,4	68,8	65,4	59,0	72,4
Sardegna	8	62,0	52,8	44,6	44,7	41,9
Italia	195	48,9	48,9	63,9	51,2	74,4

Fonte: elaborazioni ISTAT-CEIS su dati del Ministero della Salute

Inoltre solo in cinque Regioni (Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia e Sardegna) i valori sono particolarmente elevati (pari o superiori a 60 per 1.000). Il quadro rimane sostanzialmente immutato considerando il tasso standardizzato per età, mentre si osservano cambiamenti interessanti confrontando il tasso grezzo con il tasso di dimissione ospedaliera standardizzato per età e offerta ospedaliera (figura 1).

Figura 1 - Tasso di dimissione ospedaliera per acuti per i 43 DRG a rischio di inapproprietezza

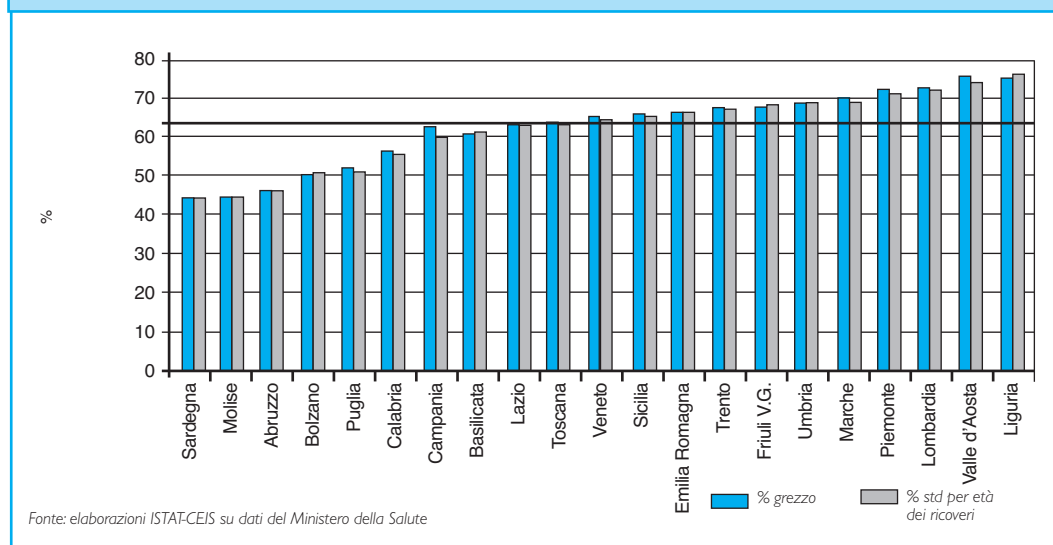


Qualora la dotazione di posti letto ordinari per acuti e in *day hospital* fosse omogenea nel territorio (e al netto delle differenze per età della popolazione), il tasso diminuirebbe nella Provincia autonoma di Bolzano, Lazio, Molise, Calabria e Sardegna. Tuttavia i valori rimangono superiori alla media nazionale (eccetto per la Calabria), indicando un utilizzo del ricovero per questi DRG indipendentemente dalla disponibilità di strutture ospedaliere. Al contrario in Puglia, Basilicata e soprattutto in Campania la standardizzazione accentua il rischio di inapproprietezza facendo aumentare il tasso. Pertanto si può concludere che le Regioni in cui la pressione attribuibile all'azione di fattori esterni alle strutture ospedaliere, indipendentemente dalle caratteristiche demografiche della popolazione residente e della dotazione di strutture ospedaliere, è sensibilmente più elevata sono la Campania, l'Abruzzo e la Sicilia.

La percentuale di ricoveri "appropriati" è pari al 63,9%, essa scende al 52% nel caso dei DRG medici e sale al 75,8% nel caso dei DRG chirurgici. A livello regionale sono ancora una volta la maggior parte delle Regioni meridionali (oltre alla Provincia autonoma di Bolzano) quelle con le percentuali più basse. Anche eliminando l'effetto della diversa distribuzione per età dei ricoveri non si osservano cambiamenti significativi (figura 2): Sardegna, Molise e Abruzzo hanno percentuali inferiori al 50%; nella Provincia autonoma

di Bolzano, in Puglia e in Calabria la percentuale è inferiore al 60%. Da notare come delle tre Regioni con più elevati tassi di dimissione ospedaliera (maggiore pressione da parte dei fattori esterni), l'Abruzzo ha anche basse percentuali di ricoveri "appropriati", mentre la Campania e la Sicilia hanno percentuali non molto distanti dalla media nazionale.

Figura 2 - Percentuale ricoveri per acuti in *day hospital/day surgery* o regime ordinario di 1 giorno per i 43 DRG a rischio di inappropriatelyzza



Nella distinzione tra DRG medici e DRG chirurgici è interessante sottolineare come la distribuzione regionale relativa ai DRG chirurgici riproduca le stesse differenze osservate per i DRG nel complesso (il coefficiente di correlazione tra i due indicatori è infatti pari a 0,93), mentre per i DRG medici le caratteristiche territoriali sono molto diverse: sono solo 6 le Regioni con percentuali più elevate del valore medio nazionale (Lombardia, Liguria, Lazio, Campania, Basilicata e Sicilia) e scompare il gradiente Nord-Sud osservato per gli altri indicatori.

Il decentramento organizzativo del Sistema sanitario nazionale consiglia di analizzare l'appropriatezza ospedaliera a livello di singola Asl. L'analisi dei gruppi, effettuata sugli indicatori calcolati per Asl, consente di valutare se emergono comportamenti differenziali all'interno delle singole Regioni o se il quadro territoriale fin qui descritto è rappresentativo anche delle realtà locali.

Lo studio ha individuato quattro gruppi di Asl (tabella 2).

Il primo gruppo è caratterizzato dalle Asl per le quali si osserva una pressione attribuibile ai fattori di domanda e di offerta extra ospedaliera sostanzialmente appena al di sopra della media nazionale, una *performance* in termini di appropriatezza ospedaliera superiore a quella osservata a livello medio nazionale sia per i DRG chirurgici sia per quelli medici (buona appropriatezza ospedaliera).

Tabella 2 - Variabili dell'analisi dei gruppi condotta sulle Asl: centri nei gruppi e centri totale Asl, anno 2004

VARIABILI	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	Gruppo 4	Totale Asl
Tasso dimissione ospedaliera per 1.000 ab. per Drg a bassa complessità assistenziale standardizzato per età e offerta di posti letto	49,7	34,9	79,3	48,1	48,9
% ricoveri per Drg a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	70,1	64,1	57,0	43,8	63,9
% ricoveri per Drg chirurgici a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	81,9	80,0	61,6	51,4	74,4
% ricoveri per Drg medici a bassa complessità assistenziale in day hospital o regime ordinario di 1 giorno standardizzata per età	51,0	33,6	51,6	36,8	51,2
Mediana degli scarti relativi tra % ricoveri in regime ordinario di degenza superiore a 1 giorno e valore soglia per Drg a bassa complessità assistenziale	-0,265	-0,075	-0,210	0,138	-0,136
Mediana degli scarti relativi tra % ricoveri in regime ordinario di degenza superiore a 1 giorno e valore soglia per Drg chirurgici a bassa complessità assistenziale	-0,894	-0,867	-0,267	-0,093	-0,723
Mediana degli scarti relativi tra % ricoveri in regime ordinario di degenza superiore a 1 giorno e valore soglia per Drg medici a bassa complessità assistenziale	-0,012	0,338	-0,189	0,240	0,158

Fonte: elaborazioni ISTAT-CEIS su dati del Ministero della Salute

Il secondo gruppo è caratterizzato dalle Asl per le quali si evidenzia una pressione esterna all'attività ospedaliera sensibilmente inferiore a quella stimata a livello nazionale, un livello di appropriatezza superiore alla media nazionale per i DRG chirurgici, ma una *performance* fortemente negativa per quanto riguarda i DRG medici (inappropriatezza DRG medici). La bassa pressione esterna ha una connotazione positiva in quanto è indice di una propensione delle Asl appartenenti al gruppo a trattare i casi a bassa complessità assistenziale con la medicina di base o in strutture territoriali extra-ospedaliere.

Il terzo gruppo è formato da Asl che, al contrario del precedente, sperimentano una forte pressione esterna; tale pressione si traduce in un livello di appropriatezza inferiore a quella media nazionale per i DRG chirurgici. Al contrario, l'appropriatezza risulta superiore a quella nazionale per quanto riguarda i DRG di tipo medico (appropriatezza DRG medici). Il quarto gruppo è costituito dalle Asl sottoposte ad un livello di pressione esterna in linea con quella osservata a livello nazionale, mentre il livello di appropriatezza è estremamente-

te negativo soprattutto per l'attività erogata per i DRG di tipo medico (bassa appropriatezza ospedaliera).

Il gruppo caratterizzato da una buona appropriatezza ospedaliera è costituito da 55 Asl (29% circa). Gli indicatori che si discostano maggiormente dalla media generale sono la percentuale di ricoveri in *day hospital/day surgery* o regime ordinario di 1 giorno pari a 70,1% (rispetto a 63,9%) e quella relativa ai DRG chirurgici (81,9% rispetto a 74,4%), oltre alle tre mediane degli scarti relativi dai valori soglia nazionali. Le unità che lo compongono sono situate in tutte le ripartizioni d'Italia. Per il Nord troviamo tutte le Asl della Liguria, la maggior parte delle Asl della Lombardia e un terzo circa delle Asl del Piemonte, mentre per la Provincia autonoma di Bolzano, il Veneto e l'Emilia Romagna solo una piccola parte delle Asl della Regione rientra in questo gruppo. Per il Centro appartengono al gruppo tutte le Asl dell'Umbria e la maggior parte delle Asl del Lazio, 3 Asl della Toscana su 12 e 2 Asl delle Marche su 13. Per il Sud rientrano solo poche Asl della Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Al gruppo caratterizzato da inappropriatezza per i DRG di tipo medico appartengono ben 73 Asl. Questo è il gruppo più numeroso con il 38% delle Asl. Il tasso di ricovero per i 43 DRG è pari al 34,9 per 1.000 rispetto alla media generale di 48,9; inoltre la percentuale di "appropriatezza" per i DRG medici è piuttosto bassa (33,6% rispetto a 51,2%), mentre la mediana degli scarti relativi dai valori soglia nazionali è pari a 0,338 rispetto allo 0,158 della media generale. Rientrano nel gruppo le Asl appartenenti a molte Regioni del Nord (quella della Valle d'Aosta e della Provincia autonoma di Trento, tutte le Asl del Friuli Venezia Giulia, ben 13 Asl del Piemonte su 22, 17 Asl del Veneto su 21 e le restanti Asl della Lombardia e dell'Emilia Romagna).

Il terzo gruppo caratterizzato da Asl a buona appropriatezza per i DRG medici presenta un elevato tasso di ricovero per i 43 DRG (79,3 per 1.000). La percentuale di ricoveri di tipo medico in *day hospital/day surgery* o regime ordinario di 1 giorno è pari al 51,6% rispetto alla media generale pari al 51,2% e la mediana degli scarti relativi dai valori soglia è pari a -0,189 rispetto a +0,158. In questo gruppo sono presenti 29 Asl, di cui ben 25 appartengono al Mezzogiorno: le Regioni maggiormente rappresentate sono la Campania (con 9 Asl su 13) e la Sicilia (7 Asl su 9); rientrano poi 3 Asl della Calabria, 2 Asl dell'Abruzzo, 2 Asl della Puglia e 1 sola Asl di Molise e Sardegna.

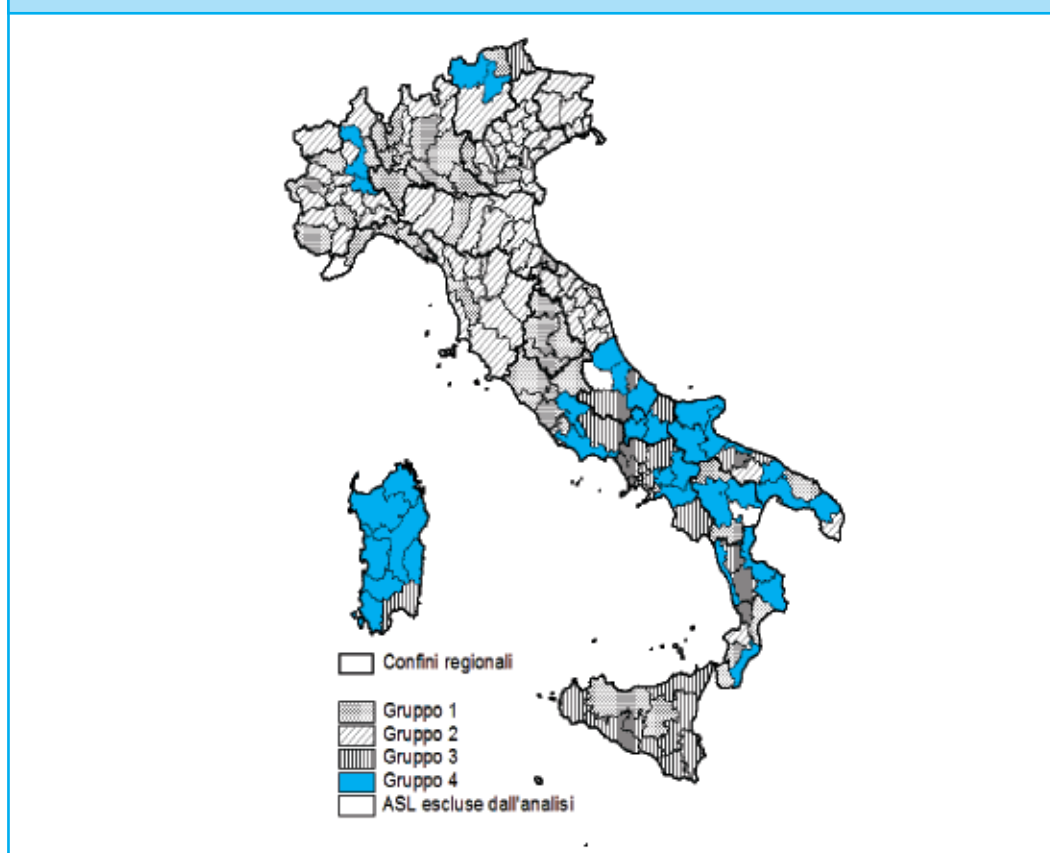
L'ultimo gruppo caratterizzato da bassa appropriatezza ospedaliera è fortemente caratterizzato da valori significativamente più bassi della media generale per tutte e tre le percentuali di ricoveri in *day hospital/day surgery* o regime ordinario di 1 giorno, e più alti per le mediane degli scarti relativi dai valori soglia. Appartengono al gruppo 35 Asl (18,2%), di cui 2 del Piemonte, 2 della Provincia Autonoma di Bolzano, 2 del Lazio e le restanti 29 appartenenti a Regioni meridionali.

Oltre alle restanti Asl dell'Abruzzo e del Molise, vi rientrano 3 Asl su 13 della Campania, 2 Asl su 4 della Basilicata, 4 Asl su 11 della Calabria, più della metà delle Asl della Puglia e quasi tutte le Asl della Sardegna.

In conclusione, non sembra emergere una chiara connotazione territoriale dell'appropriatezza ospedaliera (figura 3); alcune Regioni del Centro-Nord mostrano un corretto trattamento dei casi di ricovero a bassa complessità assistenziale, altre invece paventano

scarsa appropriatezza per quanto riguarda il trattamento dei DRG di tipo medico. In alcune Regioni del Mezzogiorno si osserva un'ottima *performance* per quanto riguarda i DRG medici a bassa complessità assistenziale, mentre altre manifestano gravi carenze di appropriatezza per entrambe le tipologie di ricoveri.

Figura 3 - Analisi dell'appropriatezza ospedaliera: suddivisione in quattro gruppi delle Asl, anno 2004



3.4.4 Conclusioni

L'introduzione del sistema di remunerazione delle strutture ospedaliere basato sulle prestazioni valorizzate con il sistema tariffario DRG prima e la definizione dei Livelli essenziali di assistenza poi, hanno richiesto l'attivazione di meccanismi di controllo e monitoraggio dell'utilizzo delle risorse (efficienza) e dell'appropriatezza delle prestazioni (efficacia). Negli ultimi anni vi è stato un proliferare di indicatori e metodologie per misurare questi aspetti, attualmente sottoposti ad analisi ripetute sia a livello nazionale che regionale. Relativamente agli aspetti di appropriatezza organizzativa (ambito nel quale sono erogate le prestazioni), i risultati di queste analisi mostrano per gli anni più recenti due tendenze a livello nazionale: la progressiva deospedalizzazione dei casi relativi ai DRG medici a

rischio di inappropriatazza (definiti nel DPCM del 29 novembre 2001) e il trasferimento di una quota consistente dei casi relativi a DRG chirurgici dal regime ordinario con durata superiore a 1 giorno al regime ordinario di 1 giorno e soprattutto al *day surgery*.

L'analisi a livello regionale effettuata nel presente lavoro con i dati 2004 ha evidenziato che in molte realtà del Paese per i DRG medici vi sono ancora ampi margini di miglioramento, nel senso che le percentuali di utilizzo appropriato di ricoveri a bassa complessità assistenziale sono ancora piuttosto basse. Infatti, ben 73 Asl paventano una percentuale troppo elevata di DRG medici inappropriati "al di là di ogni ragionevole dubbio", molte di queste appartengono alle Regioni del Centro-Nord. Sembra, quindi, che per tale tipologia di DRG queste Asl abbiano una maggiore capacità nel gestire i casi a bassa complessità assistenziale con la medicina di base o nelle strutture territoriali, piuttosto che nelle strutture ospedaliere in maniera appropriata attraverso il *day hospital*. Infine, poco più di un terzo delle Asl, in maggioranza del Mezzogiorno, manifestano ancora livelli di *performance* insoddisfacenti.

Riferimenti bibliografici

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2001-2004). *DRG a rischio di inappropriatazza, Analisi delle Schede di dimissione ospedaliera. Percentuali di ricovero ordinario e di day hospital*, Roma 2007.
- DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", in supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002.
- Fortino A, Lispi L, Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G (2002). *La valutazione dell'appropriatazza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo Appro*, Roma.
- Ministero della salute. Progetto Mattoni SSN *Misura dell'appropriatazza*, <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>.

3.5 - Supply Induced Demand e comportamento dei medici di base in Italia

Donia Sofio A.¹, Gitto L.¹

3.5.1 Brevi note sull'evidenza della SID

Un elemento fondamentale degli scambi nel mercato sanitario è rappresentato dall'asimmetria informativa tra fornitori ed utilizzatori di servizi sanitari, che elimina l'uguaglianza che dovrebbe esistere tra le due parti e impedisce il corretto funzionamento del mercato stesso. In particolare, in letteratura è stata avanzata l'ipotesi che il medico possa indurre una domanda superiore a quella che si avrebbe in un mercato senza asimmetrie informative; tale ipotesi SID, acronimo per *Supplier Induced Demand*, trova giustificazione nell'esistenza di un interesse soggettivo del medico difforme da quello del paziente, che lo spinge a prescrivere più di quanto sarebbe coerente con i reali bisogni di quest'ultimo, al fine di massimizzare la propria utilità (cioè il proprio reddito). In tal modo, nel mercato dell'assistenza sanitaria si può verificare un consumo in eccesso di servizi inappropriati, con un conseguente aumento della spesa sanitaria.

Al modello di SID è generalmente sotteso un meccanismo di pagamento del medico basato sulle attività svolte (*fee for service*): poiché la retribuzione del medico è correlata positivamente con il numero di casi trattati, un eventuale aumento nel numero di medici presenti nel mercato comporterebbe una riduzione del numero di pazienti che potrebbero essere assistiti da ciascun medico e, di conseguenza, del reddito di ciascuno di loro. Al fine di mantenere invariata la propria remunerazione, la reazione da parte dei medici potrebbe consistere nell'induzione della domanda delle prestazioni stesse².

Non stupisce, quindi, che l'ipotesi SID sia nata con riferimento a modelli sanitari di tipo privatistico, come quello statunitense (Green, 1978), seppure non manchino applicazioni in modelli diversi.

Le verifiche empiriche rimangono, peraltro, il punto debole della teoria. Malgrado i numerosi contributi rinvenibili in letteratura, la verifica empirica dell'esistenza e dell'intensità di fenomeni di SID è problematica: ciò deriva sia dalla pratica impossibilità di isolare gli effetti di induzione da incrementi autonomi della domanda, sia per l'accompagnarsi di forme di scoraggiamento della domanda (come il ticket) a quelli di induzione, con l'effetto di deprimere l'intensità del fenomeno stesso.

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

² Alcune definizioni della SID vengono fornite nello studio di Richardson e Peacock (1999) o, in maniera estesa, nel Rapporto sulla SID condotto dalla Productivity Commission australiana (2002).

Un'importante osservazione, posta in evidenza da Fuchs (1978), riguarda, inoltre, le motivazioni dei medici per quanto riguarda l'incremento del numero delle prescrizioni: si è detto che l'ipotesi di induzione si verifica quando questi ultimi sono retribuiti sulla base del numero di prestazioni effettuate. Se, però, in presenza di una modalità di remunerazione diversa dal *fee for service*, come nel caso dei medici di base in diversi Paesi, essi sono indifferenti alle opportunità di guadagno, è lecito chiedersi perché dovrebbero voler aumentare la domanda dei servizi offerti.

Per quanto riguarda l'Italia, la remunerazione del medico di base è basata sia su una quota capitaria (con un massimale di scelte), sia su quote variabili in funzione di alcune prestazioni di particolare impegno, anche se queste ultime rappresentano una quota poco significativa del suo reddito globale. Esistono, però, ulteriori motivi che potrebbero favorire un comportamento opportunistico da parte dei medici di base e giustificare l'interesse per una verifica dell'ipotesi della SID: in primo luogo, i benefici indiretti, anche non necessariamente pecuniari, che il medico di base può ricavare dall'adesione alle pressioni informative delle aziende farmaceutiche per quanto riguarda le prescrizioni per farmaci, degli ambulatori privati per quanto riguarda le prescrizioni di analisi cliniche, o di trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi; inoltre, prescrizioni non appropriate potrebbero derivare dall'insistenza dei pazienti per ottenere determinate prestazioni sanitarie e dal timore che essi possano optare per un altro medico di base concorrente qualora le loro richieste non venissero soddisfatte.

Infine, potrebbe verificarsi il rischio di inefficienza a causa del mancato collegamento tra prestazione (qualitativa e quantitativa) resa dal medico e remunerazione percepita; in mancanza di un controllo effettivo sul comportamento prescrittivo del medico di base, non esiste, infatti, un incentivo alla minimizzazione dei costi da parte di quest'ultimo. Studi recenti condotti sull'argomento hanno affrontato l'ipotesi di induzione specialmente dalla prospettiva del medico di base (tra questi vi sono, ad esempio, gli studi di Delattre e Dormont (2000), Jiang e Begun (2002) e, da ultimo, il lavoro di Xirasagar e Lin Heng-Ching (2006).

Sulla base di queste considerazioni, e tenuto conto delle peculiarità del sistema sanitario italiano, obiettivo del presente studio è quello di verificare la correlazione tra il numero di medici di base in rapporto alla popolazione e i diversi tipi di prestazioni sanitarie prescritte. Tale correlazione, se positiva, potrebbe segnalare un maggior ricorso ai servizi sanitari con un aumento della relativa spesa per il SSN, che può essere spiegato ipotizzando l'esistenza di induzione nella domanda.

3.5.2 Dati impiegati nell'analisi

La presente analisi si riferisce all'anno 2003 ed è condotta su base regionale. La scelta del 2003 quale anno di svolgimento dell'indagine è dovuta alla indisponibilità, per anni successivi, di dati ISTAT relativi all'offerta sanitaria – numero di medici di medicina generale per Regione, sia in valori assoluti che per 10.000 abitanti, popolazione residente per medico, numero di assistiti per medico, che costituiscono le principali variabili utilizzate in questo lavoro – per anni più recenti.

Dalla banca dati ISTAT sono tratti, in primo luogo, i dati relativi alla popolazione residen-

Tabella 1 - Dati regionali relativi alle prestazioni sanitarie

Variabile	Valore medio	Deviazione std
Numero medici di base per 10.000 abitanti	8,18	0,81
Popolazione residente per medico	1.236,90	167,93
Numero di assistiti per medico	1.105,61	146,25
% di consumatori di farmaci, suddivisi per fasce d'età, nei due gg. precedenti alla rilevazione:		
0-14 anni	14,16	2,68
15-24 anni	16,30	4,09
25-34 anni	18,82	3,44
35-44 anni	23,45	3,30
45-54 anni	35,07	4,78
55-64 anni	49,15	3,68
65-74 anni	67,96	3,33
oltre 75 anni	80,91	3,37
% popolazione over 80	4,2	0,009
PIL annuale pro-capite (in migliaia di €)	22	5
Numero totale di prescrizioni mediche pro-capite	15,11	2,93
Numero di prescrizioni per analisi chimiche, cliniche e microbiologiche pro-capite	13,00	2,71
Numero di prescrizioni per esami di diagnostica pro-capite	0,91	0,24
Numero di prescrizioni per prestazioni di medicina riabilitativa pro-capite	1,19	0,63
Numero di ricette farmaceutiche pro-capite	7,70	1,07
Confezioni di farmaci per ricetta	1,89	0,10
Valore medio dei farmaci prescritti (in €)	14,53	1,20

Fonte: ISTAT, Federfarma

te per Regione; da alcune elaborazioni su dati ISTAT sono stati, poi, ottenuti i dati relativi alla percentuale di popolazione di età superiore ad 80 anni sulla popolazione totale residente. Particolare rilievo merita la considerazione della popolazione inclusa in questa fascia d'età, che di per sé costituisce un indicatore di bisogno. Inoltre, a fronte di una remunerazione fissa corrisposta ai medici di base sulla base dell'accordo intervenuto in attuazione del D.lgs. n. 502/92, come modificato dal D.lgs. n. 229/999, vi è la possibilità di percepire compensi aggiuntivi per ogni assistito di età anziana (superiore a 75 anni). Sempre dalla banca dati ISTAT provengono i dati sul PIL regionale pro-capite e sul consumo percentuale di farmaci della popolazione, totale e suddivisa per fasce d'età, negli ultimi due giorni prima della rilevazione. In particolare, le classi d'età considerate sono: 0-14 anni, 15-24 anni, 25-34 anni, 35-44 anni, 45-54 anni, 55-64 anni, 65-74 anni, oltre 75 anni.

Da alcune elaborazioni su dati del ministero della Salute, sono tratte le indicazioni sul numero di prescrizioni per analisi di laboratorio, esami di diagnostica per immagini, medi-

Tabella 2 - Dati regionali sulle prescrizioni di farmaci

Regioni	Numero confezioni per ricetta	Valore medio dei farmaci prescritti (in €)	Ticket (si/no)
Piemonte	1,9	14,79	Si
Valle d'Aosta	2,0	13,61	No
Lombardia	2,0	15,50	Si
Prov. Aut. di Bolzano	2,0	16,00	Si
Prov. Aut. di Trento	1,9	13,28	No
Veneto	2,0	13,91	Si
Friuli Venezia Giulia	2,0	13,68	No
Liguria	1,9	16,38	Si
Emilia Romagna	1,9	13,19	No
Toscana	1,9	12,53	No
Umbria	1,6	12,47	No
Marche	1,8	13,58	No
Lazio	2,0	15,60	Si
Abruzzo	1,9	14,58	Si
Molise	1,8	15,64	Si
Campania	1,9	13,49	Si
Puglia	1,9	15,73	Si
Basilicata	1,7	14,99	No
Calabria	1,8	15,07	No
Sicilia	1,9	15,71	Si
Sardegna	1,8	15,53	No
Totale Italia	1,9	14,71	

Fonte: dati Federfarma

cina riabilitativa. Il numero di ricette farmaceutiche per Regione, il numero di confezioni di farmaci per ricetta e il prezzo medio dei farmaci prescritti sono tratti, invece, dalla banca dati Federfarma. Il numero di ricette farmaceutiche fa riferimento al consumo di farmaci, senza riflettere, però, il tipo di farmaco prescritto.

3.5.3 Descrizione dei dati

La tabella 1 riassume le statistiche descrittive relative alle variabili impiegate nell'analisi. A fronte di un limite massimo di assistiti posti in 1.500 per medico, può notarsi come il numero medio di assistiti per medico sia pari a poco più di 1.100. È significativo notare come la percentuale di consumo dei farmaci sia direttamente correlata con l'età della popolazione: a tal proposito, si nota come l'81% della popolazione anziana faccia abitualmente uso di farmaci.

Tra le prescrizioni effettuate dai medici di base, la maggior parte consiste in prescrizioni per analisi chimiche, cliniche e microbiologiche, seguita dalle prescrizioni per farmaci; per quanto riguarda questi ultimi, nella tabella viene anche riportato il dato sul numero di con-

Tabella 3 - Numero di medici di base e di prestazioni sanitarie per Regione

Regioni	Numero medici di base per 10.000 abitanti	Numero di assistiti per medico	Numero totale di prescrizioni pro-capite	Numero di prescrizioni pro-capite per analisi chimiche, cliniche e microbiologiche	Numero di prescrizioni pro-capite per esami di diagnostica	Numero di prescrizioni pro-capite per prestazioni di medicina riabilitativa	Numero di ricette farmaceutiche pro-capite
Piemonte	8,20	1.119	17,01	14,79	0,90	1,32	6,96
Valle d'Aosta	8,40	1.058	14,95	12,66	1,02	1,25	6,67
Lombardia	7,66	1.176	20,32	17,71	1,07	1,52	6,26
P.A.							
Bolzano	5,22	1.708	7,70	5,99	0,56	1,14	5,22
P.A.							
Trento	7,86	1.111	17,98	16,24	0,90	0,82	6,02
Veneto	7,68	1.155	18,66	15,98	1,10	1,57	6,43
Friuli Venezia Giulia	8,63	1.053	15,45	14,02	0,68	0,74	7,01
Liguria	8,93	1.025	15,77	14,03	1,04	0,69	8,27
Emilia Romagna	8,06	1.121	16,33	14,08	1,73	0,51	7,95
Toscana	8,72	1.038	14,26	12,96	0,76	0,53	8,16
Umbria	8,76	1.029	10,98	9,86	0,76	0,36	9,44
Marche	8,22	1.082	14,73	13,06	0,90	0,75	8,15
Lazio	9,37	994	16,19	12,48	0,84	2,86	8,63
Abruzzo	8,46	1.059	17,49	15,48	1,07	0,93	8,50
Molise	8,77	1.026	12,33	10,09	1,02	1,21	8,06
Campania	7,77	1.155	17,73	14,79	0,93	2	8,41
Puglia	8,21	1.080	10,28	8,78	0,57	0,92	7,61
Basilicata	8,53	1.053	14,95	11,71	0,82	2,41	8,67
Calabria	8,48	1.063	14,17	12,35	0,67	1,15	8,42
Sicilia	8,16	1.080	15,48	13,90	0,80	0,76	8,52
Sardegna	7,85	1.033	14,52	11,96	0,92	1,64	8,23
Totale	8,18	1.099	16,35	14,05	0,95	1,34	7,65

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute e Federfarma

fezioni per ricetta con il relativo prezzo medio.

Dal confronto tra i dati relativi al numero medio di confezioni prescritte su ciascuna ricetta e al costo medio dei farmaci prescritti emergono, invece, delle differenze tra le Regioni: in particolare, le Regioni che presentano un valore dei farmaci prescritti per ricetta minore sono quelle in cui il costo dell'assistenza farmaceutica viene sostenuto prevalentemente dai pazienti e nelle quali, pertanto, si ha una maggiore diffusione dei generici. Le Regioni che presentano un valore medio dei farmaci prescritti per ricetta più alto (e, tra queste, le Regioni meridionali), invece, sono quelle che applicano il ticket.

Nella tabella 2 è possibile cogliere tali differenze; nell'ultima colonna della tabella può verificarsi quali Regioni applichino o meno il ticket.

La tabella 3 riporta i dati regionali sulle variabili principali impiegate nell'analisi: il numero di medici di base per 10.000 abitanti, il numero di assistiti per medico e il numero delle

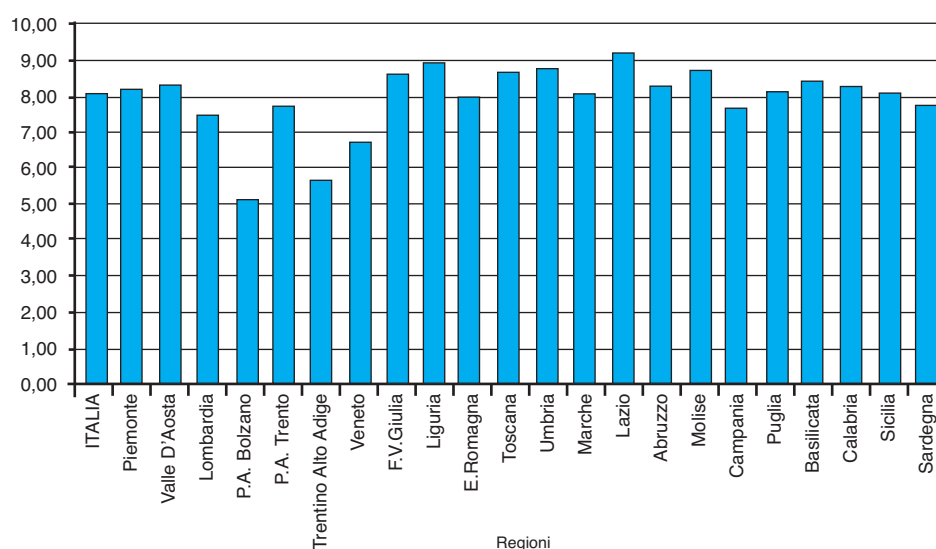
diverse tipologie di prescrizioni per ciascuna Regione. Le stesse variabili sono rappresentate nelle figure da 1 a 4. È opportuno evidenziare come il numero totale di prescrizioni pro-capite non costituisca la somma di tutte le prestazioni sanitarie: ogni ricetta, infatti, può contenere anche più di una prescrizione.

Il maggior numero di prescrizioni riguarda le analisi chimiche, cliniche e microbiologiche, oltre che le ricette farmaceutiche: per quanto riguarda le prime, si oscilla dalle 17,71 prescrizioni pro-capite della Lombardia (circostanza spiegabile presumibilmente con la maggiore presenza, sul territorio di questa Regione, di strutture e laboratori sia pubblici che privati, che determina per i pazienti la possibilità di accedere indipendentemente all'una o all'altra tipologia di strutture) alle 8,78 prescrizioni pro-capite della Regione Puglia. Vi è un impatto minore delle prescrizioni per esami di diagnostica e per la medicina riabilitativa: il maggior numero di prescrizioni di diagnostica riguarda la Regione Emilia Romagna, con 1,73 prescrizioni pro-capite, a fronte di sole 0,57 prescrizioni pro-capite per la Puglia. La medicina riabilitativa va dalle 0,36 prescrizioni pro-capite per l'Umbria alle 2,86 prescrizioni per la Regione Lazio.

Infine, il numero delle ricette pro-capite, generalmente contenuto per le Regioni settentrionali, ad eccezione della Liguria con 8,27 ricette pro-capite, tende ad aumentare nelle Regioni meridionali, che si collocano tutte, ad eccezione della Puglia, ben al di sopra della media nazionale, pari a 7,65 ricette pro-capite.

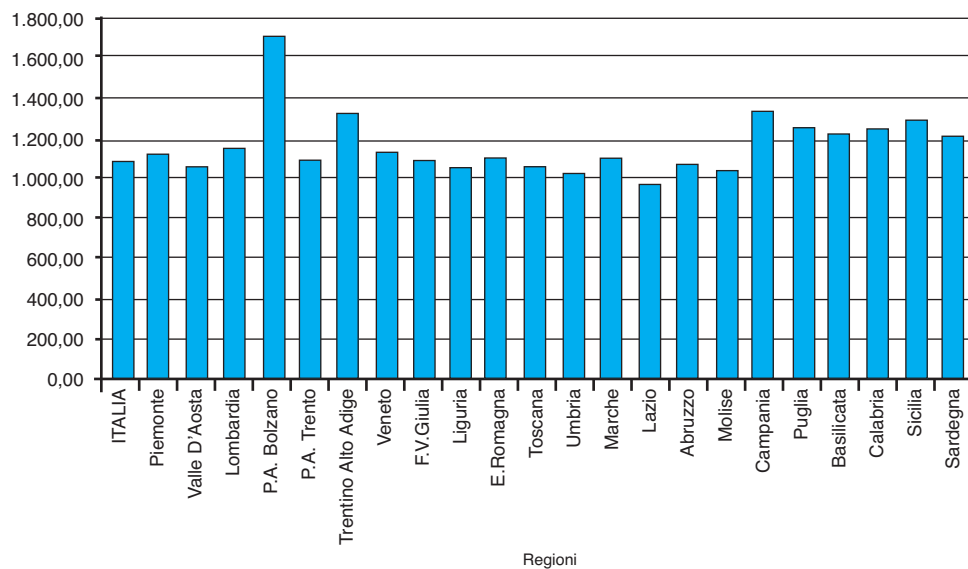
Un caso particolare è costituito dalla Provincia autonoma di Bolzano: qui il numero dei medici è notevolmente più basso rispetto alla media nazionale; conseguentemente, anche il numero delle prescrizioni è notevolmente inferiore rispetto a quello registrato

Figura 1 - Numero di medici di base per 10.000 abitanti



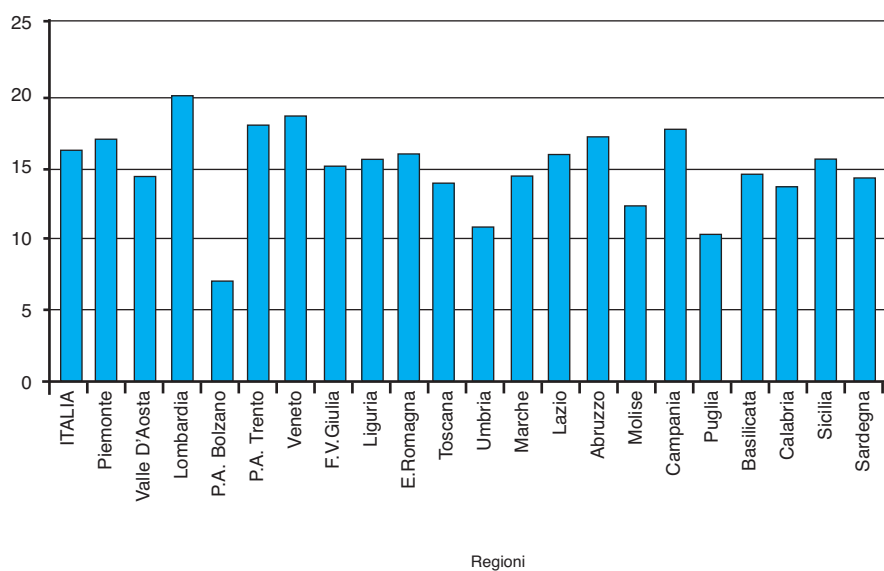
Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura 2 - Numero di assistiti per medico



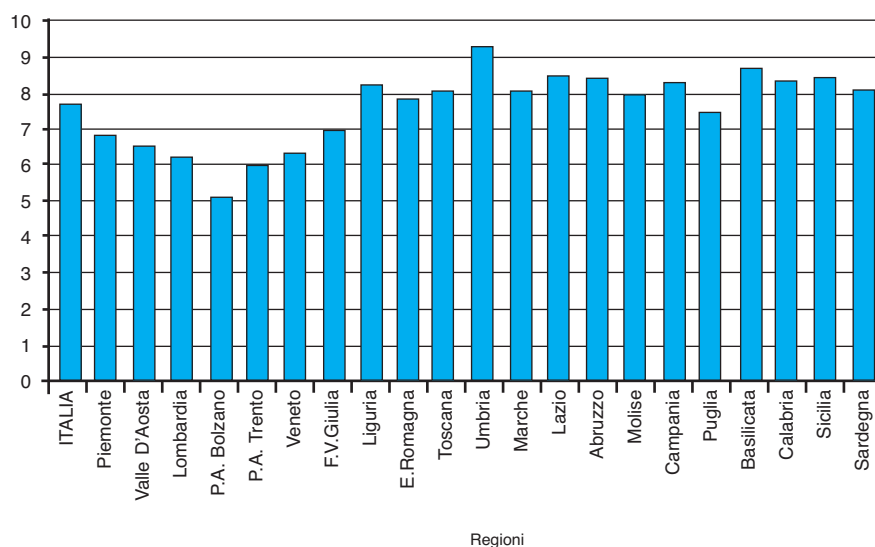
Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura 3 - Numero di prescrizioni pro-capite



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura 4 - Ricette farmaceutiche pro-capite



Fonte: elaborazioni su dati Federfamra

nelle altre Regioni.

Come può notarsi, Lazio, Liguria e Molise sono le Regioni in cui il numero dei medici di base è più elevato rispetto ad altre aree geografiche del Paese e, conseguentemente, è minore il numero di assistiti.

È uno scenario variegato quello che emerge dall'esame del numero totale di prescrizioni, come già evidenziato nel commento della tabella 3; mentre la Lombardia presenta un valore pro-capite pari a 20,32, altre Regioni, come Puglia o Umbria, presentano un numero di prescrizioni pro-capite molto più contenuto. Costituisce un'eccezione, come specificato sopra, la Provincia autonoma di Bolzano.

Per quanto riguarda le ricette farmaceutiche, tra le Regioni del Nord Italia, la Liguria costituisce un'eccezione rispetto alle altre Regioni settentrionali, con 8,27 ricette farmaceutiche pro-capite, circostanza, quest'ultima, spiegabile con la percentuale più alta di anziani residente in questa Regione. Si nota, inoltre, come il valore più elevato sia rappresentato dalla Regione Umbria: a fronte di un numero totale di prescrizioni pro-capite piuttosto contenuto (10,98 a fronte di 16,35 per le prescrizioni in Italia), il numero di ricette farmaceutiche pro-capite è pari a 9,44.

3.5.4 Metodologia di analisi

Come mostrato da vari studi sulla SID (tra i primi autori si possono citare Auster e Oaxaca, 1981), in sanità la quantità domandata è funzione del prezzo e di un vettore di variabili di domanda esogene X_d .

$$Q_d = D(P, X_d).$$

La quantità offerta, invece, è funzione del prezzo, di un vettore W di variabili esogene rela-

tive al prezzo degli *input* e di un vettore di variabili d'offerta esogene X_s .

$$Q_s = S(P, W, X_s).$$

In equilibrio si ha che $Q_d = Q_s = Q$.

L'ipotesi di SID, invece, comporta che la quantità offerta dai medici venga incorporata nell'equazione di domanda, per cui si avrà che:

$$Q_d = D(P, X_d, Q_s).$$

Una variazione positiva dell'offerta avrà come conseguenza un incremento della domanda. La correlazione tra variabile di offerta e quantità domandata di servizi sanitari, in presenza di induzione di domanda, sarà pertanto positiva.

Il presente lavoro considera come variabili dipendenti il numero di prestazioni pro-capite, ulteriormente distinto in prescrizioni per analisi di laboratorio pro-capite, prescrizioni per diagnostica per immagini, radiologia, medicina nucleare pro-capite, prescrizioni per medicina riabilitativa pro-capite, oltre alle prescrizioni farmaceutiche (misurate dal numero di ricette pro-capite). L'obiettivo è quello di verificare in quale ambito sanitario il maggior numero di medici di base determina (se vi è) maggiore induzione. Data la natura composita dell'induzione di domanda, quest'ultima potrebbe, come già evidenziato, dipendere non solamente dalla motivazione che i medici di base conseguono dei vantaggi prescrivendo farmaci più costosi e/o in quantità maggiore, ma anche dalle prescrizioni di analisi o esami di diagnostica da svolgersi presso strutture private o convenzionate.

La principale variabile esplicativa, dato l'obiettivo del contributo, finalizzato a verificare se un maggior numero di medici di base determina un incremento delle prescrizioni, è quindi rappresentata dal numero di medici di base/10.000 abitanti. Altre variabili riguardano il reddito (misurato dal PIL pro-capite), la percentuale di popolazione di età superiore a 80 anni, rappresentativa del bisogno della popolazione; nell'ultima stima presentata, riferibile all'assistenza farmaceutica, si è tenuto conto di un indicatore di prezzo, rappresentato dal costo medio dei farmaci prescritti per ciascuna ricetta a carico del SSN.

La considerazione della variabile reddito permette di verificare l'influenza che le condizioni economiche dei pazienti possono avere sulla richiesta di prestazioni sanitarie al medico di base: si può supporre infatti che a redditi medio alti corrisponda una maggiore informazione e una maggiore consapevolezza del proprio stato di salute, che spinge i pazienti stessi a sottoporsi con maggior frequenza a *screening* e analisi più approfondite. Si aggiunga, inoltre, che l'eventuale ticket, che rappresenta il costo delle prestazioni garantite dal SSN, potrebbe influire in maniera diversa a seconda della disponibilità economica dei pazienti. Nel presente lavoro si tiene conto solamente del costo medio dei farmaci la cui prescrizione è contenuta in ciascuna ricetta. Ulteriori sviluppi dell'analisi, come evidenziato nelle conclusioni, dovrebbero considerare anche il costo delle prestazioni specialistiche (ad esempio, le analisi cliniche, vari esami diagnostici): in questo modo si potrebbe valutare se un ticket più contenuto, quale può essere, ad esempio, quello per analisi cliniche di routine, piuttosto che per esami diagnostici più complessi, determini o meno un effetto di sostituzione in favore del primo tipo di prestazioni.

3.5.5 Risultati

La presenza di SID viene analizzata, come già detto, considerando nelle stime condotte con il metodo OLS diverse tipologie di prestazioni sanitarie.

Le variabili dipendenti sono infatti:

- il numero totale di prestazioni mediche pro-capite;
- il numero di analisi chimiche, cliniche, microbiologiche, etc. pro-capite;
- il numero di prestazioni di diagnostica pro-capite;
- il numero di prestazioni di medicina riabilitativa pro-capite;
- il numero di ricette farmaceutiche pro-capite.

La variabile indipendente principale è il numero di medici di base/10.000 abitanti.

Sono stati poi considerati:

- il PIL pro-capite (presente in tutte le stime);
- la percentuale di popolazione di età superiore agli 80 anni.

Le stime sono state ripetute per ciascuna delle variabili dipendenti. Nell'ultimo modello stimato, relativo all'assistenza farmaceutica, viene considerato anche il valore (costo) medio dei farmaci prescritti per ciascuna ricetta.

Nella tabella 4 sono riportati i risultati delle stime.

Tabella 4 - Risultati

Variabili dipendenti	Numero di prestazioni sanitarie pro-capite	Numero di analisi chimiche, cliniche e microbiologiche	Numero di prescrizioni per esami di diagnostica	Numero di prescrizioni di medicina riabilitativa	Numero di ricette farmaceutiche
Repressori					
Numero medici di base per 1000 abitanti	1,565 *** (0,370)	1,144 *** (0,343)	0,037 (0,036)	0,383 *** (0,067)	1,339 *** (0,248)
PIL pro-capite	370,043 *** (123,498)	305,142 ** (114,626)	22,767 * (12,013)	42,132 * (22,530)	-104,100 *** (29,270)
Popolazione over 80	-143,348 * (78,727)	-76,281 (73,071)	2,520 (7,658)	-69,186 *** (14,362)	9,175 (20,254)
Valore medio dei farmaci prescritti per ricetta					-0,093 (0,112)
Errori standard tra parentesi					
*** = significativo al 99%; ** = significativo al 95%; * = significativo al 90%					
R ²	0,978	0,975	0,947	0,910	0,995
F =	245,84	210,58	96,47	54,46	877,73
Prob > F	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Il principale risultato raggiunto è la correlazione positiva e quasi sempre significativa della variabile dipendente con il numero di medici di base – in altre parole, quanto più elevato il numero di medici di base, tanto più elevato il numero di prestazioni, ricette, etc. – per tutti i tipi di prestazioni.

Nella prima regressione, la correlazione positiva e significativa tra il numero totale di prescrizioni pro-capite e il numero di medici di base conferma l'induzione della domanda: all'incremento del numero dei medici di base corrisponde un incremento delle prestazioni sanitarie. Tuttavia, non è detto che tale incremento del numero delle prestazioni comporti necessariamente un costo aggiuntivo per il SSN.

Anche nelle stime relative alle singole prestazioni erogate (analisi, diagnostica, medicina riabilitativa e farmaci) vi è sempre una correlazione positiva. Nel caso delle prestazioni di diagnostica, il coefficiente associato alla variabile "numero medici di base/10.000 abitanti" non arriva al livello di significatività del 90% ed è inferiore, in valore assoluto, ai coefficienti stimati per le altre prestazioni. Una possibile interpretazione per questo minor effetto di induzione da parte del medico di base potrebbe consistere nella circostanza che questo tipo di prestazioni viene, di solito, indicato da un medico specialista, il quale orienta il consumo del paziente, lasciando al medico di base il ruolo di semplice prescrittore. Anche il valore del coefficiente associato al PIL pro-capite in questa stima è minore, pur rimanendo significativo.

Alcune peculiarità riguardano, però, il segno del coefficiente associato al PIL pro-capite, che è negativo e significativo, soprattutto per quanto riguarda le ricette farmaceutiche: a redditi medio bassi corrisponderebbe, pertanto, una maggiore prescrizione di farmaci rispetto ad altri tipi di prestazioni.

È interessante notare come proprio nel caso delle prescrizioni farmaceutiche il valore del coefficiente di regressione stimato per il numero di medici di base, rispetto alle altre prestazioni sanitarie, abbia il valore più elevato rispetto a tutte le altre stime. L'assistenza farmaceutica sembrerebbe rappresentare la categoria di prestazioni sanitarie nella quale si verifica la maggiore induzione: non a caso, i farmaci rappresentano, infatti, la principale cura per la maggior parte delle patologie per cui si fa ricorso al medico di base.

Il segno del coefficiente associato alla variabile demografica (% di popolazione over 80) è positivo solo se vengono considerate le prestazioni di diagnostica e l'assistenza farmaceutica.

Il segno negativo del coefficiente stimato e l'elevata significatività della variabile relativa alla popolazione anziana per quanto concerne la medicina riabilitativa segnala come l'incremento delle prestazioni sanitarie di questo tipo non sia dovuto ad una domanda formulata dai pazienti di età superiore agli 80 anni. Il risultato è plausibile in quanto può ritenersi che le fasce della popolazione maggiormente interessate dalle prestazioni di medicina riabilitativa siano prevalentemente giovani adulti e/o soggetti traumatizzati che devono compiere un percorso di riabilitazione e che potrebbero essere indotti a prolungare la terapia presso strutture private o convenzionate. Oltretutto, si può anche supporre come, per la popolazione di età superiore agli 80 anni, la *compliance* verso un percorso di medicina riabilitativa, che prevede un ruolo attivo del paziente, sia minore rispetto a pazienti meno anziani o del tutto inesistente.

Vi è una correlazione negativa tra il valore medio dei farmaci per ricetta e il numero di prescrizioni farmaceutiche: sarebbe, comunque, interessante valutare il ticket medio su base regionale differenziando a seconda del bisogno della popolazione, delle eventuali esenzioni, della classe e della rimborsabilità dei farmaci, tenendo presente come non in tutte le Regioni si applichi il ticket. Sarebbe opportuno, infine, considerare il costo delle altre prestazioni sanitarie: il ticket richiesto o il costo imputabile a ciascuna di esse sono, infatti, di differente ammontare tra le Regioni, e potrebbero condurre a conclusioni ben diverse in merito all'ipotesi di induzione della domanda.

Riferimenti bibliografici

- Auster RD, Oaxaca RL (1981). *Identification of Supplier-Induced Demand in the Health Care Sector*. The Journal of Human Resources 16, 3, pp. 327-342.
- Delattre E, Dormont B (2000). *Testing for Supplier Induced Demand behaviour: a panel data study on French physicians*, Thema Paper n° 2000-42.
- Federfarma (2003). *La spesa farmaceutica 2003* (su www.federfarma.it).
- Fuchs V (1978). *The Supply of Surgeons and the Demand for Operations*. Journal of Human Resources, vol. 13, Supplement, pp. 35-56.
- Green J (1978). *Physician-Induced Demand for Medical Care*, Journal of Human Resources 13, pp. 21-34.
- ISTAT (1998-2006). *Dati demografici e indicatori economici* (su www.istat.it).
- Jiang HJ, Begun JW (2002). *Dynamics of change in local physician supply: an ecological perspective*. Social Science & Medicine 54, pp. 1525-1541.
- Ministero della Salute (2003). *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale*.
- Productivity Commission (Australia) (2002). *Supplier Induced Demand for Medical Services*. Staff Working Paper, Canberra, 2002.
- Richardson J, Peacock S (1999). *Supplier Induced Demand Reconsidered*. Centre for Health Program Evaluation, Working Paper n° 81.
- Xirasagar S, Lin Heng-Ching (2006). *Physician supply, supplier induced demand and competition: empirical evidence from a single-payer system*. The International Journal of Health Planning and Management 21, pp. 117-131.

3.6 - “Spendere meglio”: Consip e l’e-procurement al servizio del Paese

Lazzarini G.¹, Rapisarda I.¹, Russo A.²

3.6.1 Introduzione

I contenuti della Legge Finanziaria per l’anno 2006³ e del DPEF 2006-2011⁴ confermano la strategicità del Programma di razionalizzazione della spesa per beni e servizi della PA, che Consip gestisce dal 2000 per conto del Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF), quale strumento in grado di favorire riduzioni significative della spesa pubblica per consumi intermedi, “liberando” in tal modo risorse da destinare ad ulteriori e diverse attività a maggior valore aggiunto in termini di spinta all’innovazione e/o di ricaduta sociale. La spinta all’utilizzo costante dello strumento telematico, applicato al ciclo degli approvvigionamenti, deriva dalla convinzione che esso è non solo un fattore di semplificazione delle procedure amministrative e quindi di generazione di risparmi, ma anche uno strumento in grado di mettere la macchina amministrativa italiana al passo, e talvolta all’avanguardia, rispetto ad altri Paesi, europei e non.

Rafforzare la partnership pubblico-privato, migliorare la qualità dei servizi offerti, raccogliere i fabbisogni degli utenti nell’ottica di rispondere sempre e meglio alle loro esigenze, favorire la condivisione della conoscenza mediante un portale per gli acquisti ricco di informazioni, mettere a disposizione risorse pronte ad intervenire tempestivamente per rispondere alle richieste degli utenti, agire in totale trasparenza e con grande spirito collaborativo. Tutte queste azioni tendono ad accrescere la fiducia verso il Programma di razionalizzazione, che quindi si pone come uno strumento affidabile per gli utenti ed efficace alle istituzioni per il raggiungimento degli obiettivi nazionali di *e-government*.

Consip assume, quindi, un ruolo di stabilità all’interno del panorama istituzionale in tema di *e-procurement*, ponendo le premesse per realizzare la oramai necessaria sinergia con tutti gli attori coinvolti: le istituzioni, le amministrazioni, le imprese, i diversi livelli di governo territoriale e l’irrinunciabile confronto internazionale.

L’enfasi posta nel DPEF 2006-2011 sulla necessità di un intervento incisivo sui quattro grandi comparti di spesa, agendo anche sui comportamenti e non solo sulle strategie, rimane quantomai valida, seppur ad un anno di distanza. Viene infatti ripetuta, sia nella

¹ Consip, Area Promozione Amministrazioni Territoriali.

² Consip, Progetti ed Iniziative Strategiche.

³ L. n. 266/05.

⁴ Documento di Programmazione Economico-Finanziaria per gli anni 2006-2011.

Legge Finanziaria per l'anno 2007⁵, sia nel recente DPEF 2007-2011⁶, come si evince in quest'ultimo attraverso i concetti dello "spendere meglio" e della "responsabilità": *"...Migliorare la qualità della spesa e potenziare l'efficacia dell'intervento pubblico è non solo una questione di volontà politica; è, in uguale misura, questione di come le risorse sono concretamente gestite dai funzionari pubblici a livello centrale e locale, di impegno costante nei singoli uffici, enti, istituzioni pubbliche. Il Governo farà la sua parte. Ma tutte le Amministrazioni dovranno intensificare lo sforzo con rinnovato entusiasmo e senso di responsabilità. È operando in questo senso che si può assicurare un futuro migliore al Paese..."*.

3.6.2 Il quadro normativo nazionale

L'evoluzione normativa che ha interessato il Programma di razionalizzazione conferma la centralità dell'articolo 26 della Legge Finanziaria 2000⁷, che assegna al MEF il compito di stipulare convenzioni quadro per l'approvvigionamento di beni e servizi per la Pubblica Amministrazione – attraverso l'espletamento di procedure ad evidenza pubblica – avvalendosi della Consip S.p.A. e dando così il via al Programma di razionalizzazione e al complessivo sistema di razionalizzazione degli acquisti pubblici.

I numerosi interventi del legislatore hanno – nel corso del tempo – diversamente modificato l'ambito soggettivo e oggettivo di riferimento del sistema delle convenzioni, introducendo anche dei profili di ulteriore specificità in ordine alle attività poste in essere da Consip, quale, ad esempio, quella del supporto e della consulenza per le esigenze di approvvigionamento delle amministrazioni.

Nel contesto del complessivo quadro di riferimento del Programma, occorre, poi, evidenziare che il recepimento della Direttiva 2004/18/CE⁸, ad opera del Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ha modificato sostanzialmente le attività di sviluppo del sistema delle convenzioni e del mercato elettronico. A questi strumenti d'acquisto già sperimentati sin dalle prime fasi del Programma, si affiancano ora alcuni istituti innovativi per la realizzazione degli appalti pubblici, che prevedono anche un rinnovato ruolo della stazione appaltante nella selezione dei propri fornitori, attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie e modalità di approccio al mercato (sistema dinamico di acquisizione, asta elettronica e accordo quadro).

⁵ L. n. 296/06.

⁶ Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 2007-2011.

⁷ Art. 26 L. n. 488 del 23/12/1999 e s.m.i., così come modificato dal D.L. n. 168 del 12.07.2004, convertito in L. n. 191 del 30.07.2004, *stabilisce che il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della programmazione economica stipula, anche avvalendosi di società di consulenza specializzate, convenzioni con le quali l'impresa prescelta si impegna ad accettare, sino a concorrenza della quantità massima complessiva stabilita dalla Convenzione e ai prezzi e condizioni ivi previsti, ordinativi di fornitura di beni e servizi deliberati dalle Amministrazioni dello Stato.*

⁸ Direttiva 2004/18/CE del 31 marzo 2004, *relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi (G.U.C.E. n. 134 del 30 aprile 2004).*

Il quadro normativo risulta ulteriormente innovato dalla Legge Finanziaria per il 2006 che prevede che tutte le Amministrazioni – ad eccezione delle Regioni, delle Province Autonome, degli Enti Locali e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale – hanno l’obbligo di aderire alle convenzioni, ovvero di utilizzare i relativi parametri di prezzo-qualità ridotti del 20%, come limiti massimi, per l’acquisto di beni e servizi comparabili, se dal secondo bimestre dell’anno 2006 l’andamento della spesa è tale da pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel patto di stabilità.

Le aggregazioni di enti locali o di enti decentrati di spesa, inoltre, assumono le funzioni di centrali di committenza in favore delle Amministrazioni e degli Enti regionali o locali aventi sede nel medesimo ambito territoriale, potendo operare valutazioni sulla utilizzabilità delle convenzioni stipulate o degli acquisti effettuati nel rispetto dei parametri di qualità-prezzo.

In ultimo, la Legge Finanziaria 2007 – tra gli altri provvedimenti a valere sul Programma di razionalizzazione – stabilisce che le centrali regionali e la Consip sono chiamate a costituire un “sistema a rete”, caratterizzato dall’intervento della Conferenza Stato-Regioni che, nel quadro del patto di stabilità interno, approva annualmente i programmi per lo sviluppo del sistema e per la razionalizzazione di beni e servizi.

Tale contesto, pertanto, ripone l’accento sulle sinergie tra il Programma e le realtà territoriali, che oramai si vanno affermando come soggetti attivi e propositivi in materia di *e-procurement*, evidenziando l’opportunità di sviluppare iniziative e azioni, coerenti con il nuovo modello, che favoriscano l’avvio di un sinergico e congiunto sistema di *procurement* nazionale.

3.6.3 Il contesto regionale di riferimento

In tema di sinergie tra governo centrale e realtà territoriali, nel 2006 un numero crescente di Regioni, prendendo le mosse dal dettato normativo che impone di garantire il patto di stabilità interno e in considerazione della sempre maggiore incidenza della spesa sanitaria per beni e servizi sulla spesa pubblica, ha disposto l’adozione di una serie di interventi per la razionalizzazione dei costi, per la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi e infine in materia di utilizzo di nuove tecnologie.

In generale, il ricorso a tali misure si può considerare un percorso coerente e in linea con la necessità di garantire a livello locale, e non solo centralmente, un effettivo processo di risanamento, in grado di impiegare in modo ottimale le risorse disponibili e di valorizzare adeguatamente il tessuto produttivo regionale. In particolare, per le Regioni in disavanzo sanitario nel 2006 (Lazio, Liguria, Campania, Molise, Abruzzo e Sicilia), l’obbligo di rientro ha comportato l’onere di gestire complessi interventi strutturali su base pluriennale e la decisione di utilizzare, sull’esempio del Programma di razionalizzazione della spesa e di altre Regioni, la leva della progressiva standardizzazione e centralizzazione degli acquisti per beni e servizi e l’uso pervasivo degli strumenti di *e-procurement* negli approvvigionamenti, per integrare e rafforzare la portata dei piani. Più in generale, l’esigenza che s’intende soddisfare con questo tipo di interventi è da un lato la riduzione, la pianificazione e il monitoraggio della spesa sanitaria per beni e servizi, dall’altro l’adozione di un approccio strategico duraturo alla gestione degli acquisti e della logistica, così da promuovere un generale processo di riorganizzazione regionale del

servizio sanitario. Difatti, la tendenza che emerge in materia di interventi regionali sulla spesa per beni e servizi, è di ricorrere a sistemi di aggregazione della domanda pubblica, secondo modelli di riferimento caratterizzati da finalità e scopi diversi, in funzione del rapporto con il territorio, per quanto riguarda il lato sia dell'offerta sia della domanda: dai centri d'acquisto territoriali, incaricati di stipulare convenzioni ed erogare servizi a favore delle Amministrazioni territoriali, alle strutture regionali con compiti tecnico-amministrativi, ivi compresa la funzione degli acquisti, alle aggregazioni di Aziende Sanitarie.

In questa ottica e vista la necessità di avviare un effettivo piano di rientro in tempi brevi, con risultati però duraturi, alcune Regioni hanno incentivato quanto più possibile le proprie strutture sanitarie all'utilizzo degli strumenti del Programma, tramite l'adesione alle convenzioni e il ricorso al mercato elettronico. Tali misure collocano il servizio sanitario al centro di un rilevante percorso di innovazione gestionale, in cui la funzione degli acquisti riveste un ruolo strategico, tipico delle aziende private, consentendo non soltanto di realizzare significative economie di scala, ma anche di migliorare la qualità delle prestazioni. Si tratta di azioni che agiscono su un piano macro economico, in cui il conseguimento di obiettivi finanziari è strettamente legato all'impegno a presidiare con maggiore efficacia i centri di costo e le voci di spesa maggiormente rilevanti, in particolar modo delle Regioni in disavanzo.

In conclusione, il quadro che emerge e le evoluzioni in atto a livello regionale evidenziano l'importanza della costituzione di un "sistema a rete" tra la Consip e le altre centrali di committenza (sistema già preannunciato nel DPEF 2006-2011 e ripetuto dalla Finanziaria 2007), per gestire su basi condivise l'approccio alla spesa pubblica di beni e servizi, per realizzare sinergie nell'utilizzo degli strumenti informatici per l'acquisto di beni e servizi e per favorire l'integrazione e lo scambio di esperienze e delle *best practices* tra amministrazioni centrali, regionali e locali, con conseguenti benefici per la competitività e lo sviluppo del Paese.

3.6.4 Il "sistema a rete"

Nel 2006 (cfr. DPEF 2006-2011) il legislatore nazionale ha previsto per la prima volta la realizzazione di un "sistema a rete", tema ampiamente trattato anche nel 2007, o meglio la creazione di un network coordinato fra la Consip e le centrali d'acquisto territoriali. Di fatto, Consip ha sempre agito in una logica di "sistema", supportando le pubbliche amministrazioni centrali, locali e periferiche nell'utilizzo di modelli gestionali innovativi e mettendo a disposizione le proprie competenze per la realizzazione di iniziative d'acquisto aggregato.

Il sistema deve perseguire l'armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa e realizzare sinergie nell'utilizzo degli strumenti informatici di *public procurement*, con l'obiettivo di massimizzare i risultati conseguibili. In sostanza, tale previsione dà corpo alle disposizioni fondamentali del settore riconoscendo la pluralità di soggetti come elemento necessario per il contenimento e la razionalizzazione della spesa per la fornitura di beni e servizi, prevedendo però una forma di coordinamento tra il soggetto statale e i soggetti regionali.

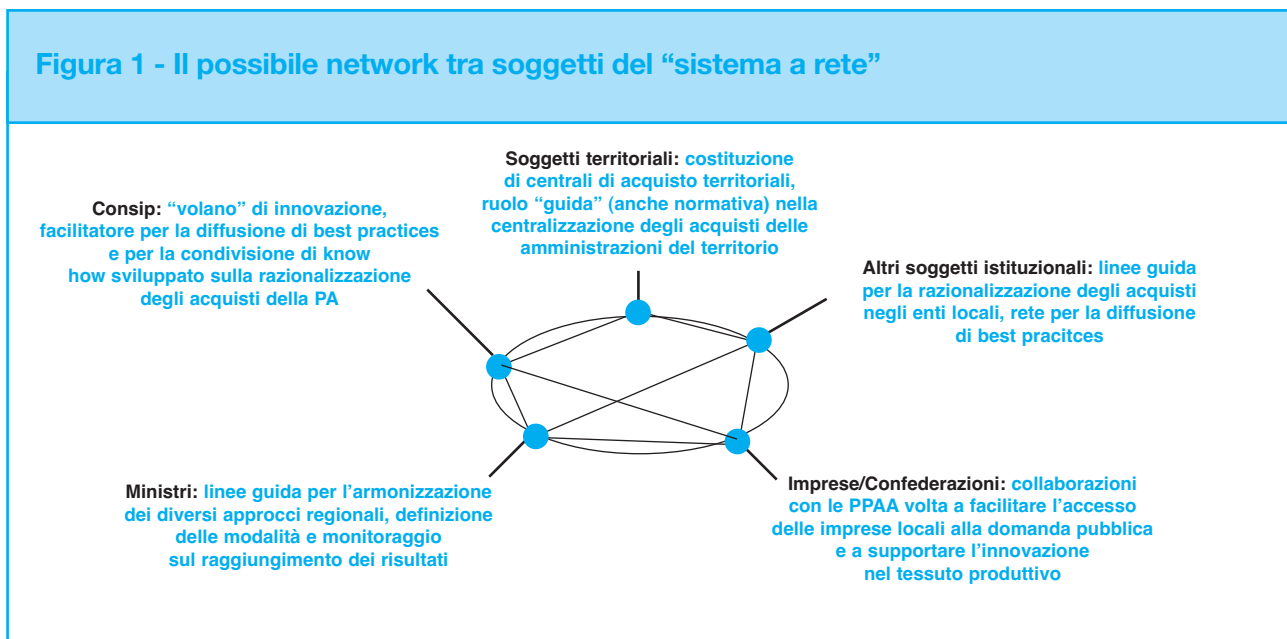
Il "sistema a rete", ispirato ai principi di sussidiarietà e di complementarità e in generale alla riforma del Titolo V della Costituzione, dovrebbe consentire di gestire su basi condivise l'approccio alla spesa pubblica per beni e servizi, favorendo l'integrazione e la diffusione delle *best practices* e delle competenze tra amministrazioni centrali, regionali e locali in un'ottica di implementazione/creazione e gestione delle centrali di acquisto

regionali. Questo nuovo contesto può offrire significative opportunità di confronto tra la Consip e i vari attori al fine di:

- rispondere adeguatamente alle esigenze di razionalizzazione degli acquisti delle Amministrazioni territoriali promuovendo al contempo lo sviluppo del tessuto imprenditoriale locale;
- supportare i processi di trasformazione/modernizzazione dei modelli organizzativi delle Amministrazioni territoriali nello scenario della devolution;
- promuovere l'armonizzazione dei diversi approcci regionali rivolti alla rivisitazione dei processi d'acquisto, attraverso linee guida comuni condivise e processi standardizzati;
- condividere modalità e strumenti operativi, conoscenze e competenze specifiche, sistemi di raccolta e gestione delle informazioni e strumenti di controllo della spesa.

È evidente che interventi di questo tipo richiedono una riflessione approfondita tra amministrazioni centrali e territoriali sulle modalità più opportune per lo sviluppo di un modello condiviso tra diversi livelli di governo. Per tale ragione, la Conferenza Stato-Regioni viene individuata come la sede istituzionale più adatta per approvare annualmente i "Programmi di sviluppo" della rete delle centrali di acquisto della PA, per definire le modalità e per monitorare il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi. In considerazione di queste caratteristiche, il "sistema a rete" dovrebbe pertanto essere basato su logiche collaborative – soprattutto nella fase di pianificazione e programmazione del fabbisogno – in un contesto complessivo di complementarietà teso a logiche di efficacia/efficienza del processo di acquisto. Infatti, un sistema che prevede la sinergica azione di convenzioni quadro nazionali e regionali – unitamente all'utilizzo congiunto di un mercato elettronico nazionale – comporterebbe una elevata possibilità di incidere in maniera significativa sui processi di acquisto della pubblica amministrazione.

Figura 1 - Il possibile network tra soggetti del "sistema a rete"



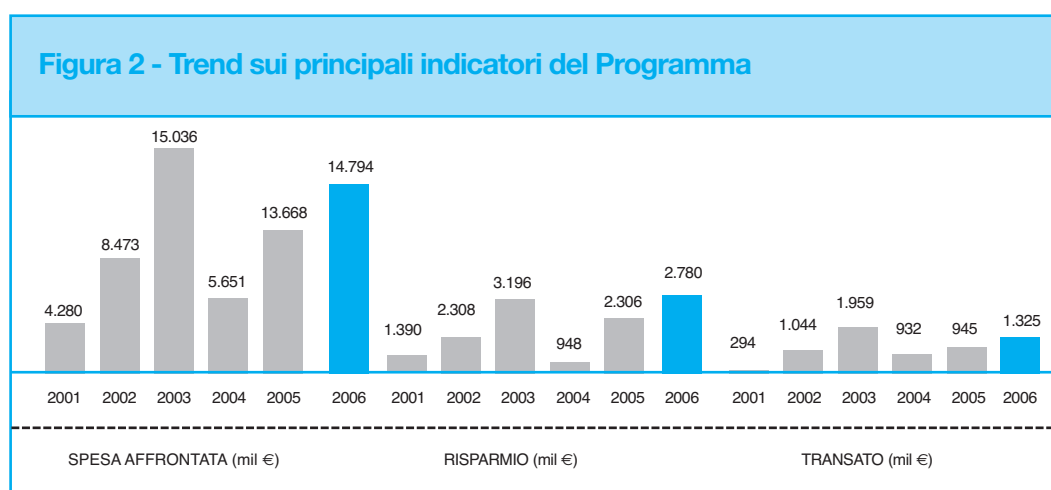
3.6.5 Attività e risultati 2006 del Programma di razionalizzazione

3.6.5.1 Il sistema delle convenzioni

Come riportato nella figura 2, l'andamento delle principali grandezze nel corso degli anni dimostra il progressivo incremento delle attività del Programma in grado di offrire ormai un paniere di beni e servizi sempre più ampio e in linea con il fabbisogno delle amministrazioni.

Nel corso del 2006 sono state gestite 67 convenzioni relative ad una vasta gamma di beni e servizi, di cui 47 attivate nell'anno, con il conseguimento di un significativo volume complessivo di spesa affrontata⁹ che, al 31/12/2006, risulta pari a € 14.794 mln, superiore al valore previsto di € 12.500 mln, con una riduzione media dei prezzi unitari di beni e servizi del 22%¹⁰.

Particolare attenzione merita il risultato del transato¹¹ delle convenzioni che si attesta intorno a € 1.325 mln con un incremento superiore al 40% rispetto al 2005.



⁹ La spesa di una categoria merceologica si intende affrontata a partire dalla data di aggiudicazione formale della gara e per tutta la durata della relativa convenzione comprese eventuali proroghe.

¹⁰ La percentuale di riduzione dei costi unitari è lo sconto medio ottenuto, a valle della procedura di gara, con riferimento anche all'inflazione media e ai prezzi correntemente pagati dalle Amministrazioni per beni e servizi paragonabili a quelli convenzionati, in termini di qualità e di livello di servizio del fornitore. Un'indagine statistica, condotta da MEF e ISTAT, ha permesso di procedere ad una rilevazione puntuale dei prezzi medi P.A. su alcune categorie merceologiche, evidenziando, sostanzialmente, la puntuale stima dei valori assunti in merito al risparmio potenziale.

¹¹ Per transato in convenzione, in base alla specifica iniziativa attiva, si fa riferimento alternativamente al: costo dei beni ordinati; valore dell'ordine per le convenzioni che prevedono il noleggio/leasing; valore del traffico in convenzione (per esempio per la telefonia fissa); valore dei progetti definitivi o in attesa della formalizzazione degli ordinativi preliminari (per esempio per la convenzione centrali telefoniche).

Al fine di incrementare il tasso di innovazione nelle modalità di approvvigionamento delle Amministrazioni, sono stati sviluppati i negozi elettronici sul maggior numero possibile di convenzioni salvo su quelle che presentano particolari caratteristiche quali-quantitative delle specifiche merceologie (es. derrate alimentari, ortofrutta, noleggio auto) o si connotano per sofisticate modalità di adesione (es. servizio luce, reti fonia dati, ecc). In particolare, nel corso dell'anno, 28 nuove iniziative sono state corredate dei relativi negozi elettronici, portando pertanto a 41 il numero complessivo delle convenzioni con negozio elettronico (si tenga presente che, essendo necessario un negozio elettronico per ciascun lotto per iniziativa, le 28 convenzioni precedenti hanno comportato lo sviluppo di ben 111 negozi elettronici).

Con specifico riferimento al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), la "spesa affrontata" nel 2006 è stata pari a € 6.743 mln. Nel corso dell'anno sono state rese disponibili quattro nuove iniziative di spesa specifica sanità, quali antisettici e disinfettanti, apparecchiature elettromedicali per il monitoraggio, chimica clinica e service dialisi.

Per quanto riguarda la partecipazione al Programma delle amministrazioni del SSN, in termini di volume degli ordinativi effettuati tramite il sistema delle Convenzioni, particolare attenzione merita il risultato del transato che nell'anno 2006 ha raggiunto € 280 mln (su un totale di 1.325), un risultato superiore a quello dell'anno 2005, benché l'ambito di intervento del Programma fosse sostanzialmente differente. Al progressivo esaurimento delle convenzioni a causa della sospensione di nuove gare che ha caratterizzato il 2004, si è infatti contrapposto nel 2005 e nel 2006 il processo di rilancio del sistema delle convenzioni.

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

- le iniziative attive nel 2006;
- il valore della spesa complessiva del SSN relativa a tali iniziative;
- la percentuale attesa di riduzione dei costi medi unitari;
- il valore del "transato" del 2006 generato dalle aziende appartenenti al SSN.

Il livello di gradimento delle iniziative del Programma, da parte del mondo della sanità, si misura inoltre anche attraverso le adesioni del SSN al sistema delle convenzioni che risulta incrementato rispetto al 2005 di circa € 100 mln. La quasi totalità delle strutture è ormai da tempo registrata al sistema delle convenzioni e ha effettuato almeno un ordine sulle convenzioni attive. Il numero complessivo di ordini, alla fine del 2006, è pari a 6.761 (rispetto a 3.902 di fine 2005). I Punti Ordinanti (PO) del SSN registrati al sistema sono 2.055, di cui 1.318 in modalità on-line. Si segnala, come sempre, che le strutture sanitarie si avvalgono di tutte le convenzioni offerte dal Programma.

3.6.6 Le iniziative sul Mercato elettronico della P.A.

Le attività che nel corso del 2006 hanno interessato il Mercato elettronico della P.A. (MePA) sono state finalizzate al consolidamento e alla valorizzazione dello strumento dopo una prima fase caratterizzata da un processo di diffusione ed estensione.

Al 31 dicembre 2006 erano presenti sul Mercato elettronico complessivamente 226.748 articoli appartenenti a 17 categorie merceologiche. Alla stessa data risultavano abilitati complessivamente 868 fornitori, con ampia partecipazione delle piccole e medie impre-

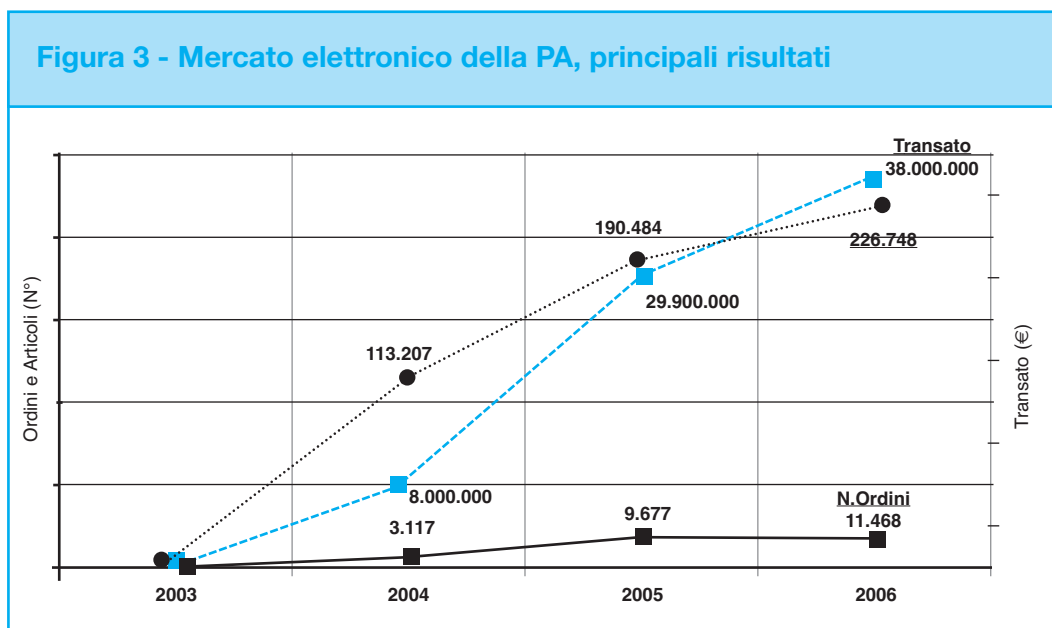
Tabella 1 - Valore della spesa affrontata e del transato del SSN

Iniziative attive 2006	Spesa affrontata (mio €)	% di risparmio	Transato (K €)
Autovetture (in acquisto)	0	4,3%	908
Ambulanze	44	25,7%	5.300
Antisettici e disinfettanti	30	31,31%	23
App. elettromedicali per il monitoraggio	40	15,95%	2.193
Arredi didattici e per ufficio	98	35,83%	25
Assicurazione RC dirigenti	0	5%	1
Ausili per incontinenti	200	9,78%	9.376
Noleggio autoveicoli	11	5,43%	10.681
Biodiesel da riscaldamento	4	3%	539
Buoni Pasto	130	3,12%	75.773
Carburanti extrarete	6	8,7%	231
Carburanti rete-buoni acquisto	2,4	3,36%	3.716
Carburanti rete - fuel card	2,6	4,4%	3.327
Carta in risme	15	11,2%	158
Centrali telefoniche	32	53,16%	1.071
Chimica clinica	203	28%	10.583
Contact center	67	15,35%	0
Derrate alimentari	122	15,6%	5.221
Ecotomografi	105	33,66%	11.782
Energia elettrica	339	4,1%	8.302
Farmaci	3676	4,8%	726
Fotocopiatrici	26	37,74%	6.207
Gas naturale	0	2,12%	2.095
Gasolio da riscaldamento	36	8,97%	11.225
Gestione integrata sicurezza	203	57,8%	229
Lubrificanti autotrazione	0	76,45%	2
Licenze Microsoft	17	12,64%	1.983
Ortofrutta	12	5%	0
Ottimizzazione tlc	35	45,13%	0
PC Desktop	21	32,15%	5.148
PC portatili	11	25,71%	802
Reti fonia-dati	0	46,89%	1.121
Server	10,3	55,6%	6.646
Service dialisi	236	12,31%	11.830
Servizi integrati app. elett.	561	29,7%	40.620
Soluzioni di videocomunicazione	5	41,92%	41
Stampanti	5	35,7%	1.238
Licenze Sun	1	22%	35
Telefonia fissa	281	8,01%	40.392
Telefonia mobile	26	63,33%	14
Veicoli commerciali	0	10,2%	276
Vestiario	130	9,35%	61
Videoproiettori	0	35,41%	154
Totale	6.743,3		280.082

Fonte: Consip

se locali distribuite su tutto il territorio nazionale, per un totale di 1.146 cataloghi (un singolo fornitore può infatti essere presente con propri cataloghi abilitandosi a più bandi). Il valore del transato al 31/12/2006 è stato pari a circa € 38 mln (+ 27,5% rispetto a fine 2005), a testimonianza della maggiore confidenza che le amministrazioni hanno mostra-

Figura 3 - Mercato elettronico della PA, principali risultati



to verso lo strumento di acquisto.

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

Per quanto attiene al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), a fine dicembre i Punti Ordinanti registrati al Mercato elettronico erano 326. Le strutture sanitarie attive (che hanno effettuato almeno un ordine di acquisto utilizzando il MePA nel corso del 2006) sono state 119 e hanno effettuato un numero complessivo di transazioni pari a 1.242 generando un "transato" di € 7.839.967 (pari al 21% del transato complessivo).

Inoltre, nel 2006 nasce l'iniziativa "Premio MePA", un riconoscimento destinato alle Amministrazioni e alle aziende che meglio interpretano la novità rappresentata dallo strumento e che oggi lo utilizzano regolarmente. L'iniziativa ha l'intento di individuare e premiare annualmente i "casi eccellenti" di utilizzo dello strumento. Nel corso dell'anno, 49 sono state le domande di partecipazione pervenute da Amministrazioni, di cui 11 da parte di strutture sanitarie. La Asl Roma G è una delle 4 amministrazioni premiate nel 2006 per aver "evidenziato nel corso dell'anno un significativo utilizzo del MePA, supportando le procedure di approvvigionamento di 6 ospedali e 7 distretti ospedalieri. La tipologia di transazioni effettuate mostra un'efficace gestione dell'aggregazione della domanda testimoniata, inoltre da un frequente utilizzo di RdO".¹²

¹² RdO: Richiesta di offerta-modalità di acquisto sul MePA che prevede la possibilità di inviare a fornitori selezionati, tra quelli abilitati, Richieste di Offerta per prodotti con caratteristiche particolari o per condizioni di fornitura diverse da quelle standard.

3.6.7 Attività progettuali

Per l'anno 2006 il supporto consulenziale alle P.A., caratterizzato da molteplici ambiti di intervento, ha portato allo sviluppo di 12 progetti inerenti la semplificazione dei processi, la razionalizzazione organizzativa, la consulenza tecnico-merceologica e l'utilizzo degli strumenti di *e-procurement*.

In tale ambito, uno dei progetti più interessanti ha riguardato proprio la spesa specifica sanitaria: la gara telematica per la fornitura di dispositivi taglienti monouso occorrenti alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere dell'Area Vasta Centro.

La gara telematica soprasoglia per la fornitura di dispositivi taglienti monouso è la prima in assoluto che è stata indetta per soddisfare i fabbisogni di tutte le Aziende Sanitarie dell'Estav Centro Toscana (che comprende le Aziende Sanitarie di Empoli, Firenze, Pistoia, Prato e le Aziende Ospedaliere Careggi e Meyer), utilizzando la piattaforma tecnologica del MEF, gestita da Consip, al fine di ottenere i benefici economico-gestionali derivanti dal ricorso agli strumenti telematici d'acquisto, e sviluppare ulteriormente le proprie competenze e il know how, all'indomani dell'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti. La stretta collaborazione fra l'Estav Centro, incaricato del presidio professionale degli aspetti amministrativo-procedurali (redazione capitolati, descrizione prodotti, aggregazione dei fabbisogni e definizione delle esigenze delle varie Aziende Sanitarie per i cinque lotti) e Consip che ha fornito il supporto legale e tecnico al progetto, ha consentito il raggiungimento di brillanti risultati in un'ottica di modernizzazione dell'azione dell'Area Vasta Centro, attraverso l'utilizzazione delle nuove tecnologie informatiche, anche in un settore complesso quale quello delle forniture di materiale sanitario.

In particolare, tra i risultati raggiunti grazie al ricorso alla gara telematica aggiudicata con il criterio del prezzo più basso e svoltasi secondo le nuove regole introdotte dal codice degli appalti, si segnalano: uno sconto percentuale in media del 73% sulla base d'asta ed un soddisfacente rapporto qualità/prezzo della fornitura; una significativa partecipazione del mercato della fornitura, rappresentato da 15 ditte che hanno presentato offerta. Senza però dimenticare che i principali vantaggi di una procedura effettuata per via telematica sono legati al risparmio nei costi amministrativi e finanziari, di grande peso sul totale dei costi relativi all'acquisto di beni e servizi.

3.7 - La Responsabilità Civile sanitaria e la razionalizzazione delle coperture assicurative delle Aziende sanitarie

Borgia P.¹, Palermo M.², Spandonaro F.¹

3.7.1 Introduzione

I premi delle polizze di Responsabilità Civile rappresentano una voce di spesa in costante aumento nei bilanci delle strutture sanitarie. Il rapporto fra i premi pagati per tali coperture e la spesa sanitaria pubblica corrente è più che raddoppiato nel periodo 1999-2004³.

In questi anni, in cui i media hanno avuto un ruolo informativo determinante, è aumentata la consapevolezza dei pazienti sui comportamenti, sull'adeguatezza scientifica delle prestazioni e sulla validità dei risultati medici. Ciò ha sicuramente influito ad aumentare le pretese di risarcimento per danni derivanti da errori medici (o presunti tali). La crescente richiesta di coperture assicurative da parte di operatori sanitari preoccupati di dover far fronte a maggiori richieste di risarcimento, insieme ad una contrazione dell'offerta assicurativa, determinata dagli andamenti tecnici negativi delle polizze di Responsabilità Civile, sono le principali cause dell'aumento dei premi per tali coperture.

Diventa così determinante, non solo da un punto di vista etico ma anche da un punto di vista economico, una corretta gestione delle attività di contenimento del rischio e di riduzione dei costi ad esso collegati.

La principale modalità di finanziamento dei costi associati al rischio dell'attività sanitaria è oggi certamente l'assicurazione. Attraverso l'assicurazione è possibile operare una trasformazione dei costi incerti, derivanti da eventi avversi che potrebbero essere destabilizzanti o insostenibili, in costi certi rappresentati dai premi da pagare.

Affinché la scelta della copertura risulti efficiente è peraltro necessario che si realizzino alcuni presupposti, in particolare una suddivisione dei rischi fra più soggetti (assicurati) omogenei e l'individuazione dei livelli di "avversione" al rischio delle aziende e dei professionisti. Per valutare l'efficienza delle coperture risulta quindi prioritario avere ben delineato un quadro rappresentativo dell'attuale situazione delle assicurazioni di Responsabilità Civile in campo sanitario. Prendendo spunto dai risultati della "Prima rilevazione nazionale relativa agli aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico" del ministero della Salute e in considerazione di alcune stime pubblicate dall'ANIA che rilevano la situazione assicurativa fino al 2004,

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

² *Gutenberg Srl*.

³ *Tale risultato emerge dal confronto dei dati ANIA e Ministero della Salute (vedi tabella 1).*

abbiamo voluto integrare l'analisi attraverso lo studio della situazione assicurativa di alcune strutture sanitarie per il triennio 2004-2006. In particolare questo è stato realizzato grazie ai dati raccolti e al modello di valutazione utilizzato da Gutenberg Srl all'interno di progetti di ricerca e consulenza per conto dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo e dell'ISS (Progetto regionale "La gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio* come strumento di miglioramento della qualità assistenziale"). Le valutazioni seguenti afferiscono alle analisi condotte su 13 strutture, di cui 12 Aziende Sanitarie territoriali e 1 Azienda Ospedaliera⁴. Dalla nostra osservazione, per quanto parziale, emerge un quadro caratterizzato da notevoli inefficienze, ovvero da un mercato non pienamente coerente con le esigenze dei vari operatori, e quindi con buone potenzialità di miglioramento realizzabili attraverso una maggiore disponibilità delle informazioni e opportuni interventi regolamentari.

Tabella 1 - Evoluzione dei premi di Responsabilità Civile delle Aziende Sanitarie

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Premi polizze RC strutture sanitarie/spesa sanitaria pubblica corrente	0,13%	0,23%	0,23%	0,21%	0,26%	0,28%
Variazione premi polizze RC strutture sanitarie		89,4%	11,1%	-4,8%	28,1%	21,1%
Variazione spesa sanitaria pubblica corrente		11,2%	10,9%	4,8%	3,4%	9,8%

Fonte: elaborazione su dati Ania (premi) e Ministero della Salute (spesa sanitaria P.C.)

3.7.2 La situazione assicurativa a livello nazionale

Se è indiscussa la funzione dell'assicurazione come tecnica che consente di mettere al sicuro il bilancio e l'economia di una struttura sanitaria, ci sembra comunque doveroso evidenziare la rilevanza dei costi per le coperture di Responsabilità Civile.

Il trend crescente dei costi per l'acquisizione delle coperture assicurative ha richiamato un particolare interesse anche da parte delle istituzioni pubbliche. In particolare, il ministero della Salute ha recentemente promosso la "Prima rilevazione nazionale relativa agli

⁴ I progetti di ricerca coinvolgono un numero maggiore di Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie locali, per le quali sono ancora in corso le specifiche analisi.

* Gutenberg sicurezza in sanità collabora con l'ISS nell'ambito del Progetto regionale "La gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie della regione Lazio come strumento di miglioramento della qualità assistenziale". Avvalendosi del contributo del CEIS Sanità Università di Roma Tor Vergata, Gutenberg ha realizzato uno studio di raccolta e valutazione degli eventi avversi ed analisi del rapporto sinistri-premi assicurativi. Lo studio è stato realizzato prima presso l'ASL di Viterbo e successivamente in tutte le Strutture Sanitarie del Lazio. Gutenberg in collaborazione con il CEIS ha realizzato inoltre un identico studio nell'ambito del Progetto di risk management nelle aziende sanitarie della Regione Abruzzo. I risultati di questi lavori saranno dettagliatamente presentati nel corso del II° Forum Risk Management in sanità promosso dal Ministero della Salute, il Ministero per le Riforme e l'Innovazione nella P.A., l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISPESL, l'Agenzia per i Servizi Sanitari e Gutenberg sicurezza in sanità. L'evento, con il patrocinio dell'ufficio per l'Italia della Commissione Europea, si terrà ad Arezzo dal 28 novembre al 1 dicembre p.v.

Tabella 2 - Presenza di UO di gestione delle polizze e stima dei premi versati nel 2004 per Regione

Regioni	% di strutture che hanno UO di gestione delle polizze assicurative	Ammontare totale dei premi dichiarati in €	Stima premi versati per Regione in €
Piemonte	100,0	41.217.230	41.217.230
Valle d'Aosta	100,0	1.344.750	1.344.750
Lombardia	84,9	81.913.010	89.876.775
Liguria	100,0	15.311.344	19.904.747
P.A. Bolzano	100,0	2.781.522	2.781.522
P.A. Trento	100,0	3.392.201	3.392.201
Veneto	100,0	33.503.247	38.289.425
Friuli Venezia Giulia	75,0	13.300.111	13.300.111
Emilia Romagna	93,8	33.954.991	35.597.200
Toscana	100,0	21.671.859	30.007.189
Umbria	75,0	9.316.659	13.974.988
Marche	92,3	12.745.156	19.117.734
Lazio	82,6	46.226.339	77.043.898
Abruzzo	100,0	14.245.131	14.245.131
Molise	100,0	1.658.463	2.073.079
Campania	87,5	27.486.823	48.101.940
Puglia	87,5	21.131.433	31.697.145
Basilicata	100,0	2.859.316	4.003.042
Calabria	90,0	5.620.040	12.845.805
Sicilia	90,9	17.119.687	27.932.121
Sardegna	100,0	5.665.378	11.330.756
Totale	90,1	412.464.690	538.076.789

Fonte: Ministero della Salute

aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico". L'indagine che ha coinvolto 396 strutture sanitarie regionali (Asl, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Policlinici universitari, ospedali classificati) ha confermato la grande attenzione sull'argomento. Dai risultati della rilevazione risulta infatti che il 90,1% delle strutture sanitarie ha istituito un'Unità operativa dedicata alla gestione delle polizze assicurative (mentre solo il 28% delle strutture sanitarie dichiara di avere attivato una Unità di gestione del rischio clinico). L'ammontare totale dei premi versati dalle strutture sanitarie alle Compagnie assicurative, nel 2004, è stato di oltre € 412 mln. per l'82% delle strutture rispondenti al questionario del Ministero, mentre il totale dei premi viene stimato intorno a € 540 mln.

Il numero dei sinistri in protocollo per gli anni 2002-2004 risulta essere 45.904. La Regione con la maggiore sinistrosità è la Basilicata con un valore di 0,75 sinistri per 100 ricoveri, mentre Molise, Sardegna e Sicilia sono quelle che registrano il valore minore. Sempre in relazione al numero dei ricoveri, è possibile notare come nelle Regioni del Nord ci sia una maggiore tendenza alla richiesta di risarcimento che decresce nelle Regioni del Centro e diventa minima nel Sud e nelle Isole.

Il rapporto premi pagati su spesa sanitaria pubblica corrente risulta essere dello 0,58%. Nelle Regioni del Centro e in alcune Regioni del Nord tale rapporto è in generale superiore alla media. La stessa tendenza è confermata se si confrontano i premi pagati con la spesa pubblica

Tabella 3 - Sinistri 2002/2004 e incidenza sui ricoveri per Regione

Regioni	Numero sinistri 2002/2004	Rapporto Sinistri 2002-2004 su ricoveri
Piemonte	3.392	0,28%
Valle d'Aosta	104	0,25%
Lombardia	8.739	0,28%
Liguria	1.472	0,19%
P.A. Bolzano	419	0,35%
P.A. Trento	541	0,25%
Veneto	4.175	0,31%
Friuli Venezia Giulia	1.157	0,25%
Emilia Romagna	4.816	0,32%
Toscana	3.605	0,28%
Umbria	821	0,25%
Marche	1.500	0,27%
Lazio	3.734	0,19%
Abruzzo	1.109	0,25%
Molise	139	0,09%
Campania	2.446	0,15%
Puglia	3.338	0,20%
Basilicata	1.338	0,75%
Calabria	847	0,13%
Sicilia	1.662	0,09%
Sardegna	550	0,09%
Totale	45.904	0,23%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

corrente per il personale. In base ad una stima pubblicata dall'ANIA, è possibile avere una visione dinamica dei dati e rilevare che, dal 1999 al 2004, i premi incassati dalle Compagnie italiane per l'assicurazione della Responsabilità Civile relativa alle strutture sanitarie sono stati in costante aumento, passando da € 83 mln. a € 260 mln.⁵ Il loro peso relativo sull'intero ramo RC, anch'esso in tendenziale crescita, si è attestato nel 2004 all'8,7%. Dal lato dei sinistri si può invece notare un sorprendente andamento decrescente, sia nel numero che negli importi riservati e liquidati. Il rapporto sinistri premi, seppur in forte diminuzione, risulta ancora negativo per le Compagnie (315% nel 1999, 129% nel 2004). Se da un lato i dati delle Compagnie evidenziano ancora delle sofferenze sulle polizze di Responsabilità Civile Sanitaria, ancorché con notevoli miglioramenti, è dall'altro meritevole d'interesse un approfondimento sull'economicità per gli operatori sanitari della gestione assicurativa realizzata. Il quadro di mercato caratterizzato da premi crescenti, sinistri in diminuzione e aumento delle limitazioni contrattuali (compartecipazione al rischio attraverso franchigie, riduzione dei massimali ecc.) sembra infatti non essere più rappresentativo degli interessi delle Compagnie (che registrano delle perdite nell'RC sanitaria), ma neppure delle strutture sanitarie (che lamentano premi insostenibili).

⁵ La stima pubblicata dall'ANIA condotta su un campione di imprese differisce dalla rilevazione del Ministero della salute sull'annualità 2004. La differenza, oltre alle difficoltà oggettive di raccolta delle informazioni e ai differenti criteri di indagine, può essere spiegata dalla presenza di Compagnie straniere, non associate con ANIA.

Tabella 4 - Rapporto premi su spesa totale e per il personale

Regioni	Premi/spesa personale	Variazione su totale	Premi/spesa sanitaria pubblica corrente	Variazione su totale
Piemonte	1,7253%	-5,4%	0,5601%	-4,2%
Valle d'Aosta	1,4581%	-20,0%	0,6343%	8,4%
Lombardia	2,3248%	27,5%	0,6596%	12,8%
P.A. Bolzano	0,7291%	-60,0%	0,2929%	-49,9%
P.A. Trento	1,0897%	-40,2%	0,4017%	-31,3%
Veneto	1,6399%	-10,1%	0,5356%	-8,4%
Friuli Venezia Giulia	1,8703%	2,6%	0,6858%	17,2%
Liguria	1,8849%	3,4%	0,6842%	17,0%
Emilia Romagna	1,4682%	-19,5%	0,5174%	-11,5%
Toscana	1,3955%	-23,5%	0,5150%	-12,0%
Umbria	2,7567%	51,2%	1,0245%	75,1%
Marche	2,2229%	21,9%	0,8153%	39,4%
Lazio	3,2310%	77,2%	0,7835%	33,9%
Abruzzo	2,1031%	15,3%	0,7178%	22,7%
Molise	1,0990%	-39,7%	0,3908%	-33,2%
Campania	1,7314%	-5,1%	0,5391%	-7,9%
Puglia	1,8240%	0,0%	0,5672%	-3,0%
Basilicata	1,3330%	-26,9%	0,4791%	-18,1%
Calabria	1,2032%	-34,0%	0,4577%	-21,8%
Sicilia	1,1906%	-34,7%	0,3672%	-37,2%
Sardegna	1,2042%	-34,0%	0,4592%	-21,5%
Totale	1,8237%	0,0%	0,5850%	0,0%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute

3.7.3 L'analisi condotta su alcune Aziende Sanitarie

Sulla base di tale osservazione e al fine di continuare l'approfondimento sulla gestione dei rischi relativi alla Responsabilità Civile, si è analizzata la documentazione assicurativa di un campione di 13 strutture sanitarie (Asl e AO) del Centro Italia, relativamente al triennio 2004-2006. In particolare sono state messe a raffronto le diverse coperture assicurative e sono stati analizzati i sinistri denunciati durante il periodo di studio.

Il 60% delle polizze analizzate è stipulato con compagnie estere, ma le garanzie contrattuali risultano essere pressoché simili. Esse prevedono la copertura per la Responsabilità Civile (RCT/RCO) relativa allo svolgimento delle attività istituzionali delle strutture sanitarie e in circa il 50% delle polizze è prevista anche la possibilità di estensione alla colpa grave per i medici. Il 15% dei contratti risulta essere senza franchigia⁶, il 65% presenta una franchigia aggregata annua (da un minimo di € 350.000 ad un massimo di € 1.200.000), mentre il 20% risulta essere con franchigia per ogni sinistro. I massimali assicurati risultano essere compresi fra un minimo di € 3.000.000 ad un massimo di € 5.000.000. I premi pagati vengono calcolati in relazione alle retribuzioni del personale, con tassi di premio variabili secondo le tipologie di copertura (da un minimo di 15 ad un

⁶ *Dallo studio del Ministero della Salute la percentuale di strutture sanitarie che ha dichiarato l'assenza di franchigia è stata del 35,4%.*

Tabella 5 - Andamento tecnico delle polizze di Responsabilità Civile delle strutture sanitarie

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Premi relativi alla RC delle strutture sanitarie (.000)	€ 83.693	€ 158.500	€ 176.124	€ 167.643	€ 214.759	€ 260.179
<i>Variazione premi (rispetto anno precedente)</i>		89,4%	11,1%	-4,8%	28,1%	21,1%
Premi RC strutture sanitarie /ramo RC	4,4%	7,8%	7,9%	6,8%	7,7%	8,7%
Numero dei sinistri denunciati	23.104	23.262	22.162	17.687	16.365	16.021
<i>Variazione sinistri (rispetto anno precedente)</i>		0,7%	-4,7%	-20,2%	-7,5%	-2,1%
% riservati importi (per anno di protocollazione)	56,40%	61,90%	70,70%	76,60%	84,40%	94,30%
% Liquidati importi (per anno di protocollazione)	43,60%	38,10%	29,30%	23,40%	15,60%	5,70%
Costo medio riservati	€ 59.280	€ 68.938	€ 63.457	€ 54.922	€ 43.525	€ 27.902
<i>Variazione costo riservati (rispetto anno precedente)</i>		16,3%	-8,0%	-13,5%	-20,8%	-35,9%
Costo medio liquidati	€ 17.889	€ 20.130	€ 17.470	€ 17.683	€ 14.079	€ 8.194
<i>Variazione costo liquidati (rispetto anno precedente)</i>		12,5%	-13,2%	1,2%	-20,4%	-41,8%
Rapporto sinistri/premi	315%	228%	218%	228%	180%	129%

Fonte: ANIA

massimo di 40 ogni € 1.000 di retribuzioni). Considerando che le retribuzioni nelle Regioni di appartenenza del campione, nel triennio di osservazione, sono aumentate di circa il 19%, è possibile stimare un pari aumento anche dei premi pagati dalle strutture sanitarie analizzate, al netto degli aumenti relativi al rinnovo dei contratti.

Tutte le polizze analizzate presentano delle garanzie assicurative prestate secondo il principio *claims made* (in cui si considera come sinistro la richiesta di risarcimento del danno provocato da un fatto colposo avvenuto nel periodo di vigenza della polizza)⁷.

Nell'analisi dei sinistri abbiamo tenuto conto di quelli "da definire" considerando le richieste di risarcimento ancora in fase di istruttoria o per le quali è in corso un procedimento conciliativo o legale.

Nei sinistri "senza seguito" sono state invece inserite le richieste per le quali non si è dimostrato il diritto al risarcimento da parte del paziente.

Dal campione analizzato non si è rilevato un trend crescente nel numero dei sinistri totali. Al contrario i costi complessivi dimostrano un andamento decrescente nel triennio di

⁷ Negli anni passati è stato ampiamente utilizzato il sistema *loss occurrence*, nel quale viene considerato, per la rilevazione del sinistro, il momento nel quale si verifica l'evento dannoso, a prescindere da quando il danneggiato presenta la richiesta di risarcimento.

Tabella 6 - Andamento dei sinistri relativi alle polizze di Responsabilità Civile (su un campione di strutture sanitarie del Centro Italia)

	2004	2005	2006
Sinistri totali			
Numero	827	868	750
Costo complessivo	19.761.619	16.315.749	15.860.791
Costo medio	23.896	18.797	21.148
Sinistri da definire			
Numero	338	540	621
Costo complessivo	13.509.228	13.760.531	15.599.572
Costo medio	39.968	25.482	25.120
Sinistri definiti			
Numero	161	159	59
Costo complessivo	6.252.391	2.550.218	261.219
Costo medio	38.835	16.039	4.427
Sinistri senza seguito			
Numero	328	169	70
Sinistri senza seguito/sinistri totali	39,7%	19,5%	9,3%

Fonte: nostra elaborazione su dati del campione

osservazione.

È necessario comunque precisare come i costi dei sinistri da definire possano fortemente fluttuare in funzione delle variazioni delle riserve previste dalle Compagnie. La tendenza verso una maggiore sensibilità giuridica e normativa nei confronti dei pazienti danneggiati da *malpractice* e l'aumento delle spese per la gestione delle controversie legali contribuiscono infatti all'aumento di tali costi nel tempo. Al contrario è doveroso rilevare come molti sinistri catalogati come "da definire" si dimostrino successivamente "senza seguito", contribuendo nel tempo a far diminuire il costo del risarcimento originariamente previsto⁸.

Confrontando i costi dei sinistri (definiti o da definire) con i premi effettivamente pagati e la quota di compartecipazione ai risarcimenti (franchigie di polizza ecc.), abbiamo riscontrato delle forti potenzialità di riduzione degli oneri per le strutture sanitarie⁹. La maggior parte dei casi analizzati, con l'attuale copertura assicurativa, ha evidenziato un rapporto sinistri/premi al di sotto del 70%. Attraverso una razionalizzazione delle coperture assicurative (diversa compartecipazione al rischio, modelli di autoassicurazione, pooling fra strutture sanitarie ecc.) è stata stimata una possibilità di risparmio di almeno il 20% sugli attuali costi per la copertura della Responsabilità Civile.

⁸ Dalla nostra osservazione nel periodo 1999-2003 tale percentuale è stata pari a circa il 56%. Ossia su 100 richieste di risarcimento, solo 46 si sono dimostrate fondate su un effettivo diritto.

⁹ Nei dati a nostra disposizione si è riscontrata una bassa varianza dei costi complessivi per sinistri ed una scarsa incidenza dei sinistri con importi superiori a € 1 Mln.

3.7.4 Conclusioni

La nostra analisi ha confermato un quadro di mercato caratterizzato da premi crescenti e costi complessivi per i sinistri in tendenziale diminuzione. Certamente i premi richiesti dipendono dal rischio atteso e dai necessari caricamenti applicati dalle Compagnie. Non è comunque da escludere che sulle tariffe attuali si ripercuotano ancora gli effetti degli andamenti tecnici negativi registrati negli anni passati (*experience rating*) che, ancorché rappresentativi di un mercato più ristretto e meno conosciuto, potrebbero indurre a quotazioni dei premi piuttosto prudenziali.

Per favorire il funzionamento del mercato assicurativo risulterebbe determinante creare le condizioni per una diminuzione dei premi. Ciò non può prescindere da un impegno delle strutture sanitarie a perseguire una migliore organizzazione che consenta di ridurre gli eventi avversi da cui possano scaturire eventuali imputazioni di responsabilità. Contemporaneamente è necessario implementare una struttura gestionale che permetta di conoscere e affrontare con efficienza il problema della razionalizzazione delle coperture assicurative o di un eventuale ricorso all'autoassicurazione.

In accordo con il ministero della Salute, sarebbe quindi utile promuovere anche a livello nazionale un "sistema di monitoraggio delle polizze assicurative e dei sinistri, che garantisca in questo ambito un efficace governo delle politiche sanitarie centrali, regionali e aziendali". La realizzazione di *data base* sui sinistri (centralizzata e a livello di singola struttura) potrebbe certamente facilitarne il processo grazie ad una migliore accessibilità dell'informazione relativa ai rischi. Sarebbe inoltre auspicabile un intervento per agevolare la pressione delle imposte su tali premi che attualmente risulta fra le più alte d'Europa e rappresenta, insieme ai costi di *brokeraggio*, circa il 30% del premio finale.

Riferimenti bibliografici

- Ania (2006). *L'assicurazione italiana nel 2005/2006*. Roma.
- Ania (2007). *L'assicurazione italiana nel 2006/2007*. Roma.
- Ania (2007). Documentazione RC Generale, www.ania.it.
- ASSOMEDICO (2001). *Le politiche assicurative e la responsabilità civile nella sanità*. Roma, CNEL.
- Comandé G, Turchetti G (2004). *La responsabilità sanitaria tra valutazione del rischio e assicurazione*. Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna.
- Ministero della Salute (2006). *Rapporto sulla 1° Rilevazione Nazionale relativa agli Aspetti Assicurativi in Ambito di Gestione aziendale del Rischio Clinico*.
- OECD (2005). *Insurance coverage of medical malpractice in OECD Countries*, Revised Analytical Report.
- Swiss Re (2004). *Panoramica economica sui rischi di responsabilità civile, assicurare un fenomeno in continua evoluzione*, Sigma 06/2004.