



FEDERALISMO SANITARIO: ANNO ZERO
Modelli istituzionali, compatibilità di bilancio,
indicatori di performance

Sintesi

La numerazione delle tabelle e delle tavole riproduce quella del testo a stampa

Roma, 27 novembre 2001

INDICE

1. Scenari di devoluzione	Pag.	1
2. Il possibile riequilibrio finanziario	“	9
3. Dalla acuzie alla cronicità	“	16
4. Regioni a confronto	“	21

1. SCENARI DI DEVOLUZIONE

L'approvazione definitiva con il voto referendario del 7 ottobre scorso della legge di riforma costituzionale, varata allo scadere della precedente legislatura, apre una nuova fase nel processo di trasformazione in chiave federalista delle nostre istituzioni. Per quanto riguarda la sanità ulteriori atti normativi e istituzionali sono intervenuti negli ultimi mesi:

- l'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 sulla spesa sanitaria e sul trasferimento alle Regioni di rilevanti funzioni gestionali e organizzative;
- la legge 405 del 19.11.2001 (di conversione del decreto 347), che ne ha recepito alcuni elementi fondamentali;
- la nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza, che dovrebbero costituire la "cerniera" nazionale volta a mantenere una sostanziale omogeneità nella tipologia delle prestazioni sanitarie erogate dalle diverse Regioni.

Dal punto di vista sociale, alcuni dati oggetto di una recente rilevazione del Censis evidenziano che solo il 40,5% della popolazione pensa che una maggiore autonomia delle Regioni in campo sanitario possa produrre esiti positivi. Una percentuale che sale a quasi il 60% nel nord del Paese e scende attorno al 25% nel centro e nel sud Italia (tab. 1). Al contrario emerge, con percentuali quasi plebiscitarie, la volontà degli italiani, senza distinzioni geografiche, di vincolare le Regioni all'obbligo di garantire l'omogeneità delle prestazioni erogate. Da rilevare, inoltre, il dato sulla opportunità di un contributo aggiuntivo per avere più prestazioni, dove si registra una percentuale, variabile tra il 20% del nord-ovest e il 33,5% del centro, favorevole a sostenere oneri aggiuntivi per un servizio migliore.

Situazioni storico-strutturali e scelte regionali rendono il quadro della sanità italiana molto articolato, con almeno "tre modelli" regionali di organizzazione:

- a) il primo, a *concorrenza passiva*, con quantità di prestazioni non predeterminata, ma ad esito aperto (con conseguente gestione dei bilanci a piè di lista);

Tab. 1 - Opinioni su alcuni aspetti del federalismo sanitario, per ripartizione geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
LE REGIONI DOVREBBERO FORNIRE TUTTE LE STESSE PRESTAZIONI					
Favorevole	94,4	89,5	96,2	93,8	93,6
Non favorevole	5,6	10,5	3,8	6,2	6,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
E' GIUSTO CHE I COSTI DELLE CURE SIANO DIVERSI NELLE REGIONI					
Favorevole	18,4	36,9	14,7	27,0	24,2
Non favorevole	81,6	63,1	85,3	73,0	75,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
È OPPORTUNO PAGARE UN CONTRIBUTO AGGIUNTIVO PER AVERE PIÙ PRESTAZIONI					
Favorevole	20,7	28,5	33,5	27,5	27,0
Non favorevole	79,3	71,5	66,5	72,5	73,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
LA MAGGIORE AUTONOMIA DELLE REGIONI PRODUCE ESITI POSITIVI					
Favorevole	59,6	58,0	23,6	25,8	40,5
Non favorevole	33,6	39,8	66,2	66,7	52,6
Non sa	6,8	2,2	10,2	7,5	6,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine FBM-Censis 2001

- b) il secondo *a quote prefissate*, presente in alcune regioni del nord, che hanno attuato il metodo della concertazione grazie ad una forte capacità di indirizzo e controllo sul sistema sanitario;
- c) il terzo modello, al momento appannaggio della Lombardia ma osservato con interesse anche da altre Regioni, *a concorrenza e conguaglio*: la regione stabilisce ad inizio anno un tetto globale di spesa per il settore ospedaliero, assegna alle Asl acquirenti il compito di controllare la domanda ed interviene a consuntivo sugli esuberanti di spesa.

L'accordo dell'8 agosto 2001 pone ulteriori elementi di indirizzo verso il processo di federalismo sanitario. A fronte di un impegno del Governo ad incrementare notevolmente le risorse nazionali per la sanità, così da raggiungere in un triennio una quota vicina al 6% del Pil, che porrebbe l'Italia al passo con i principali partner europei, è stato dato il via libera alla progressiva delega alle Regioni della gestione della spesa e degli aspetti organizzativi, comprese le politiche del personale, l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, gli assetti delle aziende ospedaliere e in generale di tutti gli ambiti organizzativi del settore (tav. 1).

Questi impegni hanno trovato un primo riscontro nel *Decreto legge 347 del 19 settembre 2001* e nella *Legge 405* di sua conversione, che sancisce gli accordi economici di agosto e introduce nuove modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica con ampia delega alle Regioni per la loro gestione (tav. 2).

A cavallo tra i due eventi si colloca la *riforma costituzionale*, divenuta operativa il 24 ottobre scorso con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della legge 18 Ottobre 2001, n.3, dopo il voto referendario confermativo del 7 ottobre scorso. Questa legge, considerata da molti una sorta di "versione soft" del federalismo, in realtà introduce importanti e rilevanti innovazioni nel nostro ordinamento costituzionale e nell'equilibrio dei poteri tra i vari livelli istituzionali, e in particolare tra Stato centrale e Regioni, che acquistano una crescente parità nella stessa potestà legislativa.

Lo strumento atto a garantire omogeneità di diritti sulla salute per tutti i cittadini italiani, a prescindere dal tipo di organizzazione sanitaria preposta, è stato individuato nei livelli essenziali di assistenza (Lea), citati per la prima volta dal decreto legislativo 502/517 del '93, oggetto di una ridefinizione nella riforma "Bindi", e che hanno trovato una compiuta cornice legislativa nella stessa riforma costituzionale. Con i Lea, si

Tav. 1 – L'accordo Stato-Regioni 8 agosto 2001 (sintesi dei principali punti)

FINANZIAMENTI

- 2000** Il governo si impegna a coprire sino ad un massimo di 2.700 miliardi (sui 7.080 di fabbisogno superiore previsto), subordinando il finanziamento all'adozione da parte delle Regioni di provvedimenti per la copertura del restante disavanzo.
- 2001** L'integrazione di 7mila miliardi al finanziamento nazionale, che porta i fondi a 138.000 miliardi complessivi, copre la quota di responsabilità dello Stato, e definisce l'anno in corso come "anno zero" nel rapporto tra Stato e Regioni. Eventuali eccedenze di spesa resteranno a carico dei bilanci regionali.
- Triennio 2002-2004** 144.376 miliardi per il 2002, 150.122 miliardi per il 2003 e 155.871 miliardi per il 2004. Inoltre, è fissata una quota aggiuntiva (2.000 miliardi per il 2002, altrettanti per il 2003 e 1.500 per il 2004) destinata a fronteggiare le spese dell'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati religiosi, gli Irccs, le componenti universitarie delle aziende miste e i policlinici.
- Riparto** Sono previsti fondi ad hoc per correggere il riparto tra le Regioni, "incentivare i comportamenti virtuosi, rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi".
- Spesa sanitaria e Pil** Il rapporto tra finanziamento al Ssn e il Pil deve attestarsi "entro un arco di tempo ragionevole" al 6%.
-

ORGANIZZAZIONE SANITARIA

- Autonomia regionale** Impegno esplicito ad attribuire alle Regioni "autonomia nel settore dell'organizzazione della sanità".
- Assr** L'Agenzia dovrà affiancare Governo e Regioni nel monitoraggio dei Lea per quanto attiene a costi e qualità e fornirà alle Regioni il supporto necessario per introdurre nelle aziende sanitarie metodi di controllo di gestione e di valutazione del rapporto costi/qualità.
- Aziende ospedaliere universitarie** Entro il 31 dicembre provvedimenti di inserimento nella programmazione regionale dell'attività assistenziale dei Policlinici e delle aziende miste. Stanziamenti specifici per i Policlinici a gestione diretta subordinati alla presentazione di piani di risanamento.
- Contratti** Negoziazione dei rinnovi contrattuali su due livelli: centrale, limitatamente all'adeguamento degli stipendi all'inflazione, e regionale/aziendale, per tutte le altre voci contrattuali.
- Costituzione di nuove Ao** Impegno a modificare l'articolo 4 del d.leg.vo 502/92, dando alle Regioni la piena potestà nel riconoscere ai presidi ospedalieri lo status di Azienda ospedaliera.
- Livelli essenziali di assistenza** Con un successivo accordo, sempre in sede di Conferenza Stato-Regioni, definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) che il Governo si impegna a tradurre in un provvedimento legislativo entro il 30 novembre 2001.
- Mobilità** Strumenti normativi e finanziari mirati alla riqualificazione e/o alla riconversione anche intersettoriale delle risorse umane eccedenti nelle diverse realtà regionali.
- Posti letto ospedalieri** Parametro di riferimento a 4 posti letto per acuti per mille abitanti.
-

CONTROLLO DELLA SPESA

- Tetto sulla farmaceutica** La spesa farmaceutica non potrà superare il 13% della spesa sanitaria complessiva.
- Categorie terapeutiche omogenee** Ridefinizione delle categorie terapeutiche omogenee di farmaci e riesamina, in relazione ai Lea, dell'inserimento nelle fasce di rimborsabilità.
- Prezzo rimborsabile** Sperimentazione di un prezzo rimborsabile per le aziende produttrici, da definirsi sulla base del prezzo più basso o secondo il criterio per cui il prezzo scende all'aumentare del fatturato.
- Distribuzione diretta** Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Asl e delle Ao.
- Ricette** Revisione del numero di confezioni prescrivibili per ricetta.
- Ticket** Slitta di un anno la prevista abolizione dei ticket sulla diagnostica.
-

DEVOLUTION

- Gli impegni del governo** Definizione di meccanismi di contenimento della spesa e di monitoraggio delle prescrizioni, devolution alle Regioni in materia di sperimentazioni gestionali e costituzione di Ao, ridefinizione di norme sui posti letto ospedalieri, contenimento della spesa farmaceutica.
- Gli impegni delle Regioni** Strumenti di verifica per l'andamento di spesa, convenzioni per l'acquisto di beni e servizi, informazioni necessarie al monitoraggio della spesa, impegno a fornire le prestazioni comprese nei Lea, impegno a mantenere una gestione stabile, controllo della domanda con applicazione di misure fiscali aggiuntive.
-

Tav. 2 – La Legge 405 (conversione del decreto 347)

ACQUISTO DI BENI E SERVIZI	Ao e Ausl aderiscono alle convenzioni per gli acquisti e il contenimento della spesa anche con lo sviluppo del commercio elettronico.
MONITORAGGIO	Osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria (entro il 31-12-2001) via internet (acquisti effettuati fuori convenzione, spesa per il personale, prescrizioni mediche, farmaceutiche specialistiche e ospedaliere).
RIFIUTI OSPEDALIERI	I rifiuti sanitari speciali non tossico-nocivi sono assimilati ai rifiuti solidi urbani con “abbattimento della carica batterica non inferiore del 99,999 per cento”.
PAREGGIO DEI BILANCI	Garanzia dell’equilibrio dei bilanci complessivi Ausl e Ao.
POSTI LETTO OSPEDALIERI	4 posti letto per acuti ogni mille abitanti, cui si aggiunge 1 posto letto riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza.
SPERIMENTAZIONI GESTIONALI	Le autorizzazioni alle aziende sanitarie e ospedaliere su questa materia saranno rilasciate dalle Regioni.
SPESA FARMACEUTICA	Conferma del tetto del 13% sia a livello nazionale che a livello delle singole regioni. In caso di sfioramento, strumenti di corresponsabilizzazione dei soggetti che determinano la spesa (industria, distribuzione e cittadini; per questi ultimi anche reintroduzione dei ticket e sperimentazione del prezzo di rimborso); di variazione dell’aliquota regionale dell’Irpef; di intervento sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.
RIMBORSABILITÀ DEI FARMACI	Provvedimento specifico della Cuf, nel quale si individuano i farmaci non essenziali totalmente o parzialmente esclusi dalla rimborsabilità, alla presenza di prodotti sovrapponibili. Le Regioni decidono in quale fascia di rimborsabilità inserire i farmaci.
PREZZO DI RIMBORSO	Le Regioni possono sperimentare per sei mesi l’introduzione del prezzo di rimborso per alcuni farmaci secondo due criteri: a) adozione del prezzo di riferimento dei farmaci per categorie omogenee (si rimborsa il prezzo del prodotto di costo inferiore per ciascuna categoria); b) riduzione del prezzo del farmaco rimborsabile all’aumentare del fatturato relativo.
DISTRIBUZIONE DIRETTA	Le Regioni possono “stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private” per la distribuzione ai cittadini di alcune categorie di farmaci, destinati a patologie gravi e che richiedono il controllo costante del paziente, “con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Ssn”.
FARMACI GENERICI	Dal 1.12.2001 il prezzo di rimborso per i farmaci con uguale composizione in principi attivi è fissato dal prodotto meno costoso.
MULTIPRESCRIZIONI	Sono confermate le limitazioni: per ogni ricetta solo tre farmaci, eccetto che per gli antibiotici in confezione monodose, per le medicine prescritte ai pazienti affetti da epatite cronica e per i medicinali erogati per fleboclisi, per i quali è prevista la possibilità di sei prescrizioni a ricetta; gli analgesici oppiacei usati nella terapia del dolore per i malati terminali possono essere prescritti in unica ricetta corrispondente al numero di confezioni sufficienti per la terapia di un mese.
FARMACI DI AUTOMEDICAZIONE	Bollino di identificazione “che ne permetta la chiara individuazione da parte del consumatore”, che vi avrà libero e diretto accesso all’interno delle farmacie.
PERCENTUALI DI SCONTO A CARICO DELLE FARMACIE	Agevolazioni per le farmacie rurali con fatturato annuo in regime di Ssn e al netto dell’Iva non superiore ai 750 milioni di lire. Per tutte le farmacie che non superano il fatturato annuo di 500 milioni, percentuali di sconto ridotte in misura pari al 60%.

intendeva, nello spirito originale del legislatore, dare luogo ad un riferimento nazionale omogeneo per l'offerta di servizi sanitari, in termini sia quantitativi che qualitativi, e in relazione a predeterminate risorse economiche. La sfida raccolta da Regioni, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e Ministero della Salute, con la determinazione dei nuovi livelli di assistenza, va in questa direzione, e il documento sui Lea messo a punto nell'autunno 2001 intende rispondere a questo principio (tav. 3), individuando liste negative di prestazioni e percorsi terapeutici ottimali (anche attraverso la revisione degli attuali Drg) per l'assistenza ospedaliera e territoriale.

Risultano utili in proposito alcune prime analisi effettuate sulla spesa sanitaria regionale ripartita per Lea, dove si evidenziano per la prima volta alcune reali differenze nelle politiche assistenziali delle diverse regioni italiane. Per quanto riguarda le 11 Regioni analizzate (mancano purtroppo tutte le Regioni meridionali, con l'esclusione della Puglia) i dati mostrano una modesta differenza nel carico dei due principali ambiti di assistenza, quello distrettuale e quello ospedaliero. Il primo assorbe mediamente il 46,6% delle risorse, a fronte del 49,7% del secondo. Anche se va detto che l'assenza del dato meridionale, dove è stimata una persistente preponderanza dell'ospedale sul territorio (come confermato dall'unico dato disponibile relativo alla Puglia che presenta valori molto difforni dalla media delle altre regioni del centro-nord), rende difficile prevedere la reale fattibilità dell'obiettivo di raggiungere un livello di spesa del 49,5% per l'area della medicina territoriale e del 45,5% per l'area ospedaliera, sul totale degli investimenti in sanità nel prossimo triennio (tab. 4).

Un primo terreno di verifica delle modalità con le quali le Regioni intendono avviare il processo di devoluzione in termini di programmazione e definizione di modelli organizzativi e gestionali sarà quello dei nuovi Piani sanitari regionali. Tra i primi ad essere varati a livello di Giunta risulta quello della Lombardia, che presenta passi avanti sostanziosi nel processo autonomista in materia sanitaria, con un ruolo forte della Regione come regolatore del sistema e non più della gestione o della proprietà delle strutture sanitarie (tav. 5).

Tav. 3 – I principali criteri per la definizione dei Lea

ASSISTENZA OSPEDALIERA	La rimodulazione viene affidata all'incremento dell'appropriatezza ed alla manovra sulle strutture di offerta (4 posti letto per mille abitanti). Altro obiettivo è quello della continuità dell'assistenza, che legghi l'ospedale al territorio.
ASSISTENZA SPECIALISTICA	Ridefinizione e manutenzione del nomenclatore tariffario, incremento del grado di appropriatezza coniugato con gli adeguamenti alle innovazioni scientifiche e tecnologiche e con metodologie di controllo di gestione a livello distrettuale.
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Garanzia senza alcun ticket del rimborso dei farmaci inclusi nella classe A. Facoltà di modulazione della assistenza farmaceutica con misure di copayment nelle fasce B1 e B2 in relazione all'andamento della spesa. Totale carico per la fascia C.
AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO -SANITARIA	Utilizzo di Fondi Integrativi. Organizzazione della rete delle strutture di offerta. Omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza. Prestazioni a favore delle fragilità sociali, ovvero minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da Hiv.

Fonte: FBM-Censis 2001

Tab. 4 – Allocazione delle risorse per aree di assistenza: rilevazione 2000 e previsioni per il triennio
(val. %)

	Valori rilevati anno 2000	Valori di riferimento per il triennio
- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,6	5,0
- Assistenza distrettuale totale	46,6	49,5
- Assistenza di base	5,8	5,8
- Assistenza farmaceutica	12,6	13,0
- Assistenza specialistica	11,8	10,7
- Assistenza Territoriale e residenziale	10,1	13,0
- Attività di emergenza	0,8	1,4
- Assistenza Ospedaliera	49,8	45,5
- Altro	5,6	5,6

Fonte: elaborazione FBM-Censis 2001 su Relazione sull'attività del tavolo di lavoro per la definizione dei Lea, 2001

Tav. 5 – Il nuovo piano Sanitario della Lombardia

ATTIVITÀ TERRITORIALI	Classificazione delle attività territoriali per l'accreditamento e la definizione di tariffe per il pagamento a prestazione.
BUONO SOCIO -SANTARIOE VOUCHER	Il buono socio-sanitario come provvidenza economica a favore dell'utente nel caso in cui l'assistenza sia prestata da un familiare o da un volontario. Il voucher come provvidenza economica a favore dell'utente in caso di prestazioni erogate da un care-giver professionale e accreditato. Ambedue le modalità hanno lo scopo di favorire la vita autonoma e la permanenza in famiglia dell'utente che necessita di prestazioni di lunga assistenza, consentendogli di soddisfare i propri bisogni attraverso la libera scelta delle modalità di assistenza e degli erogatori.
EQUILIBRIO ECONOMICO	Grande enfasi sull'equilibrio economico-finanziario del sistema. Il Piano prevede lo sviluppo di un sistema di remunerazione delle prestazioni più razionale e puntuale, che consideri tutti gli aspetti (strutturali, organizzativi e gestionali) coinvolti nell'erogazione delle prestazioni e che permetta, grazie a controlli, di differenziare le modalità di remunerazione a seconda del grado di qualità dei servizi.
GOVERNO DELLE AZIENDE	<ul style="list-style-type: none">- <i>Modifica del ruolo dell'Asl</i>, sempre più soggetto che analizza i bisogni di salute dei cittadini, acquista e controlla le prestazioni che rispondono a tali bisogni, provvede alla distribuzione dei buoni e dei voucher, riduce progressivamente il ruolo di gestione diretta dei servizi;- <i>sperimentazione</i> della trasformazione di aziende ospedaliere in fondazioni di partecipazione, con il coinvolgimento di soggetti locali istituzionali e imprenditoriali, formazione di organismi consortili o altre forme di aggregazione tra le aziende ospedaliere per renderle più competitive, più forte capacità negoziale, messa in comune di molti servizi di supporto (ad esempio il <i>market-place</i> e l'<i>e-procurement</i>);- introduzione di: politiche innovative nel settore degli <i>investimenti</i> e collaborazione tra pubblico e privato per contribuire alla ricerca e alla innovazione; e di strumenti di finanza innovativa, dal fondo immobiliare al project financing;- introduzione di un sistema di <i>valutazione</i> delle aziende sanitarie accreditate, pubbliche e private, di supporto alla programmazione regionale.
LIVELLI GARANTITE FONDI INTEGRATIVI	Anche servizi e prestazioni eventualmente non previsti dagli standard nazionali soprattutto per la popolazione anziana. Attivazione di forme mutualistiche e di fondi integrativi a livello regionale. Studio di fattibilità per l'introduzione di un sistema assicurativo mutualistico obbligatorio per garantire la copertura del rischio socio-sanitario per le categorie più deboli (anziani, disabili, non-autosufficienti).
MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA	Innovare e rendere più efficace il ruolo del medico di famiglia (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta). Incentivare, anche con revisione del modello retributivo l'attività esercitata da gruppi di medici associati e sviluppare il collegamento con gli specialisti delle strutture territoriali e ospedaliere, completando la rete integrata dei servizi; sviluppare un percorso di accreditamento professionale per gli erogatori di cure primarie.
OSPEDALI	Incremento dei posti letto per lungodegenza e riabilitazione (da 1,1 attuali a 1,5 posti letto per 1000 abitanti); riduzione dei posti letto per acuti (4 per 1000 abitanti). Creazione di ulteriori posti nelle Residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili, e potenziamento del day-hospital e del day-surgery. Sospendere, proponendo una valutazione delle <i>performances</i> e la definizione di indicatori di corretta relazione costi-attività, nuovi accreditamenti per l'alta specialità, settore attualmente più che adeguato rispetto alla domanda.
RESIDENZE ASSISTENZIALI	Completare la rete delle Residenze socio-assistenziali per anziani (Rsa) e quelle per disabili (Rsh), riformulando i loro modelli sulla base delle caratteristiche degli utenti. Criteri di accreditamento legati alle caratteristiche e alle effettive prestazioni effettuate dalle varie strutture di ricovero. Tariffe differenziate in base alla reale quantità e qualità delle prestazioni socio-sanitarie effettivamente erogate. Posti nelle Rsa in grado di coprire il 7 per cento degli anziani sopra i 75 anni. Rsh per i disabili che ora sono ricoverati negli istituti di riabilitazione, se suscettibili di riabilitazione.
TERZO SETTORE	Corretto sviluppo e una migliore efficacia della politica regionale.

2. IL POSSIBILE RIEQUILIBRIO FINANZIARIO

La manovra finanziaria per l'anno 2001 ha introdotto due sensibili cambiamenti nell'assistenza farmaceutica pubblica, i cui effetti sembrano essere destinati ad avere forti ripercussioni sulla spesa per il 2001 e per gli anni a venire. Il primo cambiamento è costituito dall'abolizione del ticket, provvedimento che agisce sia sul lato della spesa sia su quello della domanda. Dal lato della spesa, lo Stato si è accollato la quota di spesa sino ad ora coperta dai cittadini col ticket; dal lato della domanda, l'abolizione di un "prezzo" da pagare da parte del cittadino determina e favorisce l'aumento dei consumi.

L'effetto sui consumi dell'abolizione del ticket è testimoniato sia dal sostanziale aumento della spesa netta per ricetta, osservato nel primo semestre del 2001 (cfr. tabella 2), sia dall'incremento del numero di ricette procapite. Si tratta, a livello nazionale, di una crescita della spesa vicino al 15% e di un incremento del 19,1% del numero di ricette per singolo cittadino.

Il secondo provvedimento è costituito dall'introduzione dal 1° settembre 2001, nel sistema di rimborso, dei medicinali non più coperti da brevetto (i cosiddetti "generici"). Tale innovazione ci avvicina agli altri paesi europei, nei quali tale tipologia di medicinali rappresenta da anni un'importante fetta del mercato farmaceutico. I farmaci generici, infatti, sono medicinali contenenti lo stesso principio attivo dei medicinali sinora commercializzati, ma con costo assai più ridotto: il prezzo dei generici è mediamente di circa il 20% inferiore di quello dei farmaci coperti da brevetto, in quanto non risentono più delle spese sostenute per la ricerca scientifica necessaria per produrlo e dei relativi costi di commercializzazione. Il Servizio sanitario nazionale, in base al nuovo provvedimento, rimborsa, a parità di composizione attiva, efficacia, tollerabilità, dose e confezione, il farmaco in base al prezzo di riferimento individuato dal principio attivo contenuto.

Su questo aspetto il Ministero della salute ha recentemente diramato una nota tecnica, in cui si analizza l'impatto sulla spesa dall'entrata in vigore della nuova normativa, a distanza di alcuni giorni dalla sua applicazione.

Tab. 2 - Spesa farmaceutica netta per ricetta in lire e numero di ricette procapite: variazioni percentuali 2000/1999 e gennaio-giugno 2001/2000

Regioni	Spesa netta per ricetta anno 2000 (lire)	Var % 2000/1999	Spesa netta per ricetta 1°sem 2001 (lire)	Var % gennaio-giugno 2001/2000	Numero ricette procapite 1°sem.2001	Var % 2001/2000
Piemonte	50.889	8,2	55.103	11,3	3,2	18,9
Valle d'Aosta	49.710	8,6	57.143	19,1	3,0	14,7
Lombardia	52.289	7,8	58.153	14,5	3,1	18,9
Prov.auton. di Bolzano	53.191	9,5	60.413	17,7	2,6	17,3
Prov.auton. di Trento	49.019	7,0	55.909	19,1	2,6	18,0
Veneto	47.789	9,3	53.679	16,3	3,2	18,3
Friuli	47.460	7,9	54.549	18,8	2,9	16,5
Liguria	50.178	7,3	56.175	14,9	3,6	20,1
Emilia-Romagna	42.847	7,0	49.346	18,3	3,4	17,5
Toscana	42.304	6,8	48.009	15,8	3,6	17,8
Umbria	44.973	5,0	48.436	8,5	3,7	13,7
Marche	45.221	6,4	50.816	14,8	3,6	16,2
Lazio	50.910	9,0	57.240	15,9	4,2	21,3
Abruzzo	48.267	9,2	54.110	15,2	3,9	17,6
Molise	50.981	10,8	54.672	6,9	3,4	26,6
Campania	48.995	7,1	53.321	11,8	4,8	18,2
Puglia*	49.674	8,0	54.613	13,9	4,1	18,5
Basilicata	47.388	8,7	53.000	14,6	4,0	19,2
Calabria	44.886	4,7	51.880	22,4	4,4	15,0
Sicilia	47.400	7,6	52.039	12,3	4,8	24,5
Sardegna	49.116	9,8	55.634	16,2	3,7	19,8
Italia	48.359	7,8	53.890	14,7	3,8	19,1

* Dati stimati

Fonte: elaborazione FBM – Censis su dati Farindustria, IMS e ASSR

L'analisi è stata condotta comparando la spesa nelle due prime settimane di settembre 2001 con quella delle prime due settimane del mese di aprile e lo ha riguardato 6 molecole, che rappresentano il 50% del fatturato del mercato, ed ha coinvolto un campione di 1.100 farmacie rappresentative delle singole realtà italiane. I risultati dell'indagine mostrano un discreto successo, in termini di risparmio di spesa, dell'introduzione dei generici (cfr. tabella 3). Infatti, nelle prime due settimane di settembre la spesa in questione è stata di 13,4 miliardi di lire, circa 3 miliardi in meno rispetto alle prime due settimane di aprile, con una diminuzione del 34% della spesa per i prodotti *patent* e un aumento del 118% per prodotti medicinali *out patent*.

Le recenti previsioni Isae sulla spesa sanitaria per il 2001 e 2002 indicano tassi di crescita sostenuti, che si attestano rispettivamente al 7,3% e al 6,9%. L'ammontare complessivo della spesa sanitaria pubblica dovrebbe, secondo le previsioni (cfr. tabella 6), attestarsi a 134.374 miliardi nel 2001 e raggiungere i 143.628 miliardi nel 2002. In forza della crescita prevista, il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e prodotto interno lordo dovrebbe collocarsi sul valore di 5,6 punti percentuali nel 2001 e 5,8 per l'anno successivo, il che comporterebbe, rispetto al 1997, un aumento del peso della sanità pubblica sulla ricchezza nazionale di 4 decimi di punto percentuale.

Va peraltro considerato che la manovra finanziaria per il 2002 modificherà in qualche misura le previsioni di spesa. A tale proposito è possibile fare riferimento alla relazione tecnica di accompagnamento alla legge, che stima l'impatto delle manovre presentate dal Governo. Lo slittamento della riduzione del ticket per la medicina specialistica e diagnostica costituirà per le casse una maggiore entrata per la parte di assistenza specialistica a gestione diretta e una minore spesa per quella in convenzione. L'impatto complessivo è quantificabile in 2.100 miliardi sia nel 2002 che nel 2003. Per il 2004, l'abolizione del ticket costituirà un aggravio di spesa stimabile intorno ai 4.200 miliardi di lire. I risparmi di spesa dovuti ai minori oneri relativi al rimborso dei medicinali con brevetto scaduto sono stimati dalla relazione tecnica pari a 56 miliardi annui.

Tab. 3– L’impatto dei farmaci generici: confronto tra la spesa farmaceutica nelle prime due settimane di aprile e di settembre 2001(1) (v.a. e val. %)

	Spesa (miliardi di lire)		Variazione %
	aprile	settembre	
- Farmaci sotto brevetto	14,8	9,7	-34,4
- Farmaci generici	1,7	3,7	+118,0
- Totale farmaci selezionati	16,5	13,4	-18,8

	Prezzo medio (lire)		Variazione %
	aprile	settembre	
- Farmaci sotto brevetto	19.643	17.888	-8,9
- Farmaci generici	17.430	16.394	-5,9
- Totale farmaci selezionati	19.389	17.448	-10,0

(1) I principi attivi selezionati sono: nifedipina, mimesulide, ticlodipina, amoxicillina, diltiazem e nicardipina

Fonte: Ministero della salute

Tab. 6 - Previsioni di spesa sanitaria pubblica - Anni 2001-2002 (v.a. e val. %)

	V.a.			Var. %		
	2001	2002 ⁽¹⁾	2002 ⁽²⁾	2001	2002 ⁽¹⁾	2002 ⁽²⁾
<u>Prestazioni sociali in natura</u> (1)	53.381	58.506	55.968	13,8	9,6	3,1
-assistenza farmaceutica	20.601	22.970	22.169	26,3	11,5	3,2
-assistenza medico-generica	8.090	8.211	8.211	3,5	1,5	1,5
- assistenza medico-specialistica	5.949	7.794	6.056	11,6	31,0	1,8
- assistenza osped. in case di cura private	9.752	10.093	10.093	4,0	3,5	3,5
- altra convenzionata	8.989	9.439	9.439	11,1	5,0	5,0
<u>Prestazioni di servizi sanitari</u> (2)	72.444	76.448	76.399	3,7	5,5	5,4
di cui:						
-personale	46.631	49.662	49.662	3,3	6,5	6,5
-beni e servizi	24.313	25.286	25.237	4,3	4,0	3,6
<u>Spesa per prestazioni sanitarie</u> (3=1+2)	125.825	134.954	132.367	7,7	7,3	4,4
<u>Servizi amministrativi</u> (4)	6.549	6.674	6.684	2,5	1,9	1,9
di cui:						
-personale	3.878	3.917	3.917	1,5	1,0	1,0
-beni e servizi	2.461	2.547	2.557	4,0	3,5	3,5
<u>Altre uscite</u> (5)	2.000	2.000	2.000	-2,3	0,0	0,0
<u>Totale uscite correnti</u> (6=3+4+5)	134.374	143.628	141.051	7,3	6,9	4,2
Pil	2.385.679	2.493.666	2.493.666			
- In percentuale del Pil	5,6	5,8	5,7			

(1) prima della Finanziaria 2002

(2) dopo la Finanziaria 2002

Fonte: elaborazione FBM – Censis su dati Isae, 2001

La riduzione dei posti letto dovrebbe costituire un risparmio non superiore a 100 miliardi di lire nel 2002 e a 200 miliardi, sia nel 2003 sia nel 2004. Per effetto della manovra finanziaria in corso, e delle stime di riduzione dovute all'introduzione dei farmaci generici, la spesa sanitaria del 2002 dovrebbe attestarsi sui 141.051 miliardi di lire (tab. 6: seconda ipotesi).

Anche sulle priorità da dare alla spesa sanitaria può essere interessante verificare quali siano le opinioni dei cittadini. Nel corso di una ricerca ad hoc gli intervistati hanno individuato come prioritari per l'assistenza sanitaria: nel 55% dei casi la cura dei bambini gravemente malati, nel 54% dei casi l'assistenza farmaceutica e le cure per le malattie gravi, e infine nel 35% dei casi gli *screening* per la prevenzione delle malattie.

Alcune interessanti differenze sono riscontrabili a livello territoriale, che non modificano la graduatoria delle priorità, ma che sono degne di attenzione. Ad esempio, nelle regioni del Centro-Sud, viene data più importanza di quanto non ne venga data nel resto del Paese all'assistenza agli anziani gravemente malati. Le Regioni del Nord mostrano invece più interesse per l'educazione sanitaria (tab. 10).

L'indagine ha anche raccolto l'opinione dei cittadini su un tema di stretta attualità, quale è quello dell'introduzione dei farmaci generici, prima della loro introduzione. I risultati evidenziano come gli italiani fossero nettamente a favore dell'introduzione di questi medicinali. Circa il 70% degli intervistati si dichiara, altresì, non disposto a sborsare una somma *out of pocket* per acquistare un farmaco brevettato anziché uno *out patent* (tab. 11).

Tab. 10 - Opinioni sulle voci di spesa sanitaria che non si possono comprimere, per titolo di studio degli intervistati (val. %)

	Licenza elementare	Licenza media	Diploma scuola media superiore	Laurea	Totale
Le cure per i bambini gravemente malati	50,6	59,9	55,9	47,7	55,0
Farmaci e cure per le malattie gravi	54,7	50,8	55,4	49,9	53,6
Gli <i>screening</i> per la prevenzione delle malattie	35,7	31,3	35,3	37,1	34,5
Farmaci e cure per le malattie croniche	28,6	33,6	32,4	30,7	31,7
L'alta chirurgia e interventi pericolosi per la vita	35,7	29,6	33,4	32,4	30,9
Le cure per gli anziani gravemente malati	34,7	23,0	19,9	20,0	23,9
Le spese per l'educazione sanitaria	13,6	16,1	20,3	27,1	18,3
Tutte	6,6	6,3	4,1	8,5	5,6

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

Fonte: indagine FBM-Censis 2001

Tab. 11 - Grado di disponibilità rispetto alle ipotesi riguardanti i farmaci generici, per titolo di studio degli intervistati (val. %)

	Licenza elementare	Licenza media	Diploma scuola media superiore	Laurea	Totale
SOSTITUIRE UN FARMACO UTILIZZATO DA TEMPO CON UN GENERICO					
Disponibile	69,5	66,0	70,1	77,1	69,6
Non disponibile	30,5	34,0	29,9	22,9	30,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PAGARE UNA QUOTA AGGIUNTIVA E USARE IL VECCHIO FARMACO					
Disponibile	25,7	31,1	29,3	35,0	29,5
Non disponibile	74,3	68,9	70,7	65,0	70,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine FBM-Censis 2001

3. DALLA ACUZIE ALLA CRONICITÀ

Anziani non autosufficienti, disabili che rimangono in vita molto più a lungo di prima, tossicodipendenti e malati di AIDS, alcoolisti, e malati cronici in genere, affollano da alcuni anni con forza la scena della epidemiologia nazionale, senza che ad essi vengano destinati spazi terapeutici né risorse adeguate. Dalle indagini dell'Istat sulle condizioni di salute della popolazione italiana (tab. 2) emerge ad esempio come il 7,6% della popolazione italiana dichiara di trovarsi in cattive condizioni di salute. Ma soprattutto colpisce che il 30,6% della popolazione sia affetto da una o più malattie croniche. La distribuzione di queste patologie croniche nelle diverse Regioni del paese mostra lievi scostamenti dalla media, che oscillano tra il 24,6% della Valle d'Aosta, il 33,6% della Liguria ed il 33,9% dell'Emilia Romagna. Quasi la metà (il 45,8%) dei malati cronici dichiara, inoltre, di considerarsi in buona salute. Rimangono però gli altri più che 50%, pari a circa 9 milioni di persone, che oltre ad essere affetti da una patologia cronica si considerano anche in cattive condizioni di salute.

Non va inoltre dimenticato come le cronicità del tempo moderno comprendano anche altre dimensioni patologiche ed altre fragilità. Tra queste ad esempio le cosiddette nuove malattie del benessere (tab. 4). È stata stimata recentemente ad esempio la presenza di 4 milioni di soggetti depressi, di 50 mila tra anoressici e bulimici, di 5 milioni e 900 mila obesi, e di 18 milioni e 700 mila afflitti da disagi legati alla sfera sessuale.

Recenti stime, basate su indagini condotte su campioni rappresentativi di malati cronici e sulle rispettive famiglie, hanno permesso di mettere in evidenza come l'onere delle cure per queste patologie sia decisamente consistente e ricada in larga misura sulla società e i parenti degli ammalati.

Da un punto di vista più strettamente economico le ricerche effettuate hanno permesso di arrivare a stimare in termini generali l'ammontare delle risorse destinate alla cura di queste patologie. Come evidenzia la tab. 5, si tratta di diverse decine di migliaia di miliardi, relative in particolare alle patologie tipiche dell'età anziana.

Tab. 2- Popolazione per condizioni di salute percepita, numero di malattie croniche, sesso e regione - Anno 1999
(*quozienti per 100 persone*)



	Valutazione del proprio stato di salute			Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute per 100 cronici
	Buona	Discreta	Cattiva			
Piemonte	72,7	17,2	8,4	31,3	16,0	43,9
Valle d'Aosta	71,4	15,7	8,2	24,6	13,3	41,6
Lombardia	76,0	15,1	7,8	29,4	16,1	46,0
Trentino-Alto Adige	78,7	14,5	5,7	30,6	11,4	53,4
Bolzano	78,9	14,2	5,0	30,8	10,9	55,4
Trento	78,6	14,8	6,5	30,3	12,0	51,4
Veneto	76,2	16,1	7,2	32,7	16,1	50,1
Friuli-Venezia Giulia	73,0	16,6	8,9	30,4	15,6	42,3
Liguria	73,7	16,6	8,9	33,6	18,1	45,4
Emilia-Romagna	72,6	17,5	8,5	33,9	18,2	46,6
Toscana	74,2	16,7	8,0	33,2	17,2	44,1
Umbria	72,7	17,3	9,3	31,5	20,0	40,5
Marche	73,6	16,6	8,8	29,2	16,8	38,2
Lazio	74,3	16,1	8,2	31,4	16,2	46,7
Abruzzo	76,0	15,2	7,5	31,9	18,9	46,8
Molise	77,8	16,3	5,2	31,7	19,0	48,5
Campania	79,2	13,6	5,8	26,7	16,3	44,8
Puglia	78,9	13,8	5,5	28,8	16,2	47,8
Basilicata	76,1	15,0	7,8	32,3	18,2	46,6
Calabria	73,9	15,2	8,9	33,1	20,1	43,5
Sicilia	76,4	15,0	7,3	28,8	17,3	43,4
Sardegna	75,3	14,0	8,5	31,8	18,1	49,6
<i>Nord-Ovest</i>	<i>74,8</i>	<i>15,8</i>	<i>8,1</i>	<i>30,3</i>	<i>16,3</i>	<i>45,3</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>74,7</i>	<i>16,5</i>	<i>7,8</i>	<i>32,7</i>	<i>16,4</i>	<i>48,2</i>
<i>Centro</i>	<i>74,1</i>	<i>16,4</i>	<i>8,3</i>	<i>31,7</i>	<i>16,9</i>	<i>44,3</i>
<i>Sud</i>	<i>77,3</i>	<i>14,3</i>	<i>6,8</i>	<i>29,2</i>	<i>17,3</i>	<i>45,5</i>
ITALIA	75,5	15,5	7,6	30,6	16,8	45,8

Fonte: elaborazione Fbm - Censis su dati Istat



Tab. 4- Le nuove malattie del benessere (v.a.)

Soggetti coinvolti	
Depressione	4.000.000
Anoressia/bulimia	50.000
Obesità	5.900.000
Problemi sessuali	18.700.000
Malattie allergiche	3.860.000

Fonte: elaborazione FBM - Censis su dati Istat, Commissione di studio per i pazienti affetti da anoressia e bulimia - Ministero della Sanità, Istituto Auxologico italiano



Tab. 5 - I costi della cronicità (val. %)

Patologie	Soggetti coinvolti (Anni 1998-2000)	Costi socio-sanitari annui (in miliardi di lire)		
		Totale	Costi Diretti * val. %	Costi Indiretti † val. %
Alzheimer	500.000	39.500 (1)	24%	76%
Nefropatie croniche	39.000	2.700	74%	26%
Sclerosi multipla	50.000	2000 - 2500	75%	25%
Disabili gravi	733.000	nd	nd	nd
Anziani (oltre 65 anni) disabili	1.967.000	21.652 (2)	56,7%	43,3%
Asma bronchiale	1.710.000	2.686	67%	33%
Osteoporosi	5.000.000	1.000 (3)	nd	nd

* Indicano le spese pubbliche e private direttamente monetizzabili sostenute per l'acquisto di beni e servizi

** Non prevedono una spesa vera e propria ma sono la conseguenza di una perdita di risorse

(1) Co.Dem, Studio longitudinale sui costi della malattia di Alzheimer in Italia 1998 e Centro di Farmaeconomia, Università di Milano

(2) Costi diretti: spesa assistenziale pubblica e privata - non di tipo sanitario; Costi indiretti: Valore economico degli aiuti prestati in casa dalle famiglie - CNR 1998

(3) Costo diretto

Fonte: elaborazione FBM-Censis su dati Istat, Ministero della Sanità, Aism, Bocconi



Una recente elaborazione prodotta dal Sistema Informativo Nazionale del Ministero della Salute ha permesso di mettere in evidenza come (tab. 6) il nostro sistema sanitario destini alla prevenzione solo il 3,3% delle risorse (nell'anno 1999), il 20,4% alla medicina di base, il 7,9% all'amministrazione e ai servizi generali, il 4,8% all'assistenza residenziale, e ben il 49% all'assistenza ospedaliera.

Nello stesso anno l'Assistenza domiciliare integrata veniva erogata per un totale di 236.302 casi complessivi, distribuiti in maniera molto diseguale nelle diverse regioni. 24 mila e 700 erano infatti i casi trattati nel Lazio, 19.300 quelli in Emilia Romagna, 22.200 in Friuli Venezia Giulia, 42.638 in Lombardia contro i 143 casi dell'Abruzzo e i 2.503 del Molise, con un'incidenza per 10.000 abitanti che vedeva ai primi posti la Valle d'Aosta, l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia.

E' del 2001 la decisione di dare impulso alla realizzazione di *hospice*. Sono così stati approvati 123 progetti per un totale di 1.332 letti e 215 miliardi (tab. 12). Anche in questo caso può risultare utile riportare le opinioni dei cittadini italiani, intervistati in merito alla allocazione delle risorse sanitarie pubbliche. In una ricerca del 1998 era opinione diffusa quella secondo la quale sarebbe opportuno destinare una quota maggioritaria delle risorse alla prevenzione della diffusione di malattie costose e che riguardano l'intera popolazione, rispetto ad un numero limitato di salvavita per pochi (tab. 13).

Dalla medesima indagine emergeva che fanno parte delle prestazioni essenziali in via prioritaria i trattamenti per i bambini gravemente ammalati, seguiti nell'ordine dalla alta chirurgia, da controlli e vaccini, dalla terapia del dolore per i terminali, dalla assistenza domiciliare (tab. 14).



Tab. 6 - Costi della Sanità per livelli di assistenza, Anno 1999 (in milioni di lire)

	V.A.	%
Prevenzione	4.047.295	3,3
Medicina di base	25.056.103	20,4
Assistenza specialistica	18.036.484	14,7
- Assistenza specialistica	11.733.475	9,6
- Assistenza territoriale e semiresidenziale	4.169.409	3,4
<i>di cui ass. ai tossicodipendenti</i>	663.940	0,5
<i>di cui ass. psichiatrica territoriale</i>	1.832.360	1,5
<i>di cui ass. riab. amb. e semireside. ai disabili</i>	1.275.548	1,0
<i>di cui ass. riab. Amb. e semireside. agli anziani</i>	307.975	0,3
- Assistenza protesica	1.093.974	0,9
- Assistenza idrotermale	200.138	0,2
- Assistenza integrativa	839.487	0,7
Assistenza ospedaliera	60.110.293	49,0
Assistenza residenziale	5.863.794	4,8
- Assistenza agli anziani	2.609.886	2,1
- Assistenza ai tossicodipendenti	330.648	0,3
- Assistenza ai disabili psichici	1.370.859	1,1
- Assistenza ai disabili fisici	296.338	0,2
- Assistenza riabilitativa ai disabili	1.256.062	1,0
Amministrazione e servizi generali	9.636.009	7,9
TOTALE	122.749.978	100,0

Fonte: elaborazione FBM - Censis su dati Sistema informativo nazionale - Ministero della Salute



Tab. 12 - Progetti regionali approvati dal Ministero della Salute per gli hospice, 2001

<i>Regioni*</i>	Progetti finanziati	Posti letto	Importo del finanziamento (in lire)
Valle d'Aosta	1	10	1.114.846.700
Piemonte	15	177	22.819.506.817
Trento	2	n.d.	2.169.525.075
Bolzano	1	10	1.734.155.652
Lombardia	25	245	42.292.486.427
Liguria	6	59	10.296.974.766
Toscana	10	109	19.160.421.566
Emilia Romagna	15	182	21.245.834.723
Veneto	9	91	18.022.394.508
Umbria	4	38	4.158.049.844
Marche	4	54	5.424.920.918
Abruzzo	6	60	5.024.810.619
Lazio	6	93	21.584.217.463
Puglia	5	40	11.346.526.364
Calabria	2	22	3.600.000.000
Sicilia	9	102	18.906.077.504
Sardegna	3	40	6.176.755.144
Italia	123	1.332	215.077.504.088

* Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia e Molise non sono state ancora ammesse al finanziamento poiché la loro documentazione è risultata carente

Fonte: Ministero della Salute



Tab. 13 - Le opinioni degli italiani: allocazione di un budget per ripartizione geografica

<i>Qualora lei fosse il responsabile di una Asl con a disposizione un budget di 100 milioni di lire come lo alloccherebbe tra le seguenti prestazioni sanitarie?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
Un programma da applicare a tutta la popolazione, come ad esempio un programma di educazione sanitaria che consenta di prevenire la diffusione di malattie gravi che richiedono in seguito costosi interventi	58,6	63,2	61,9	78,8	67,3
Un numero limitato di operazioni salvavita da realizzare immediatamente verso pazienti affetti da patologie gravi	41,4	36,7	38,2	21,2	32,7

Fonte: indagine Censis, 1998



Tab. 14- Le opinioni degli italiani: servizi e prestazioni essenziali - Graduatoria decrescente (val. %)

	%
Trattamenti per bambini gravemente malati	74,6
Alta chirurgia	54,1
Controlli di massa e vaccinazioni per prevenire malattie	46,4
Cure speciali e terapia del dolore per persone che stanno morendo	42,6
Assistenza infermieristica sul territorio e servizi di assistenza domiciliare	38,1
Interventi chirurgici per mettere le persone in condizioni di autosufficienza	30,7
Case di riposo per anziano non autosufficienti	29,6
Educazione sanitaria che aiuti a condurre una vita sana	23
Cure intensive per neonati e prematuri	21,6
Servizi psichiatrici per malattie di mente	18,5
Trattamenti per ultrasessantacinquenni gravemente malati	17,4
Trattamenti per l'infertilità	2,6

Fonte: indagine Censis, 1998



4. REGIONI A CONFRONTO

Nella tabella 1 vengono riportati alcuni indici regionali sintetici di *performance*, che costituiscono solo una parte delle possibili elaborazioni, e soprattutto dei possibili settori di attenzione, rispetto alla realizzazione della parità dei diritti all'interno delle Regioni italiane.

Moltissimi e interessanti commenti possono essere fatti sulla base dei dati sintetici qui presentati. Uno valga per tutti: mentre le differenze in termini di stato di salute ed in presenza della cronicità risultano tra le regioni italiane decisamente limitate e, si potrebbe dire, fisiologiche rispetto ad una naturale articolazione delle condizioni di vita e di salute di popolazioni presenti su territori differenziati, ancora molto marcate sono le disparità dal punto di vista delle capacità di offerta e di risposta alla domanda. Lunga è dunque la strada da compiere ancora, nell'ambito del processo di *devolution*, per tentare di avvicinarsi progressivamente all'obiettivo della salvaguardia di pari diritti dal punto di vista della tutela della salute e delle cure sanitarie per i cittadini del paese.

Molte delle differenze riscontrate in termini di capacità di risposta dipendono, come è noto, dalle differenze di tipo strutturale presenti all'interno dei sistemi sanitari regionali, oltre che da quelle legate alla capacità di funzionamento e di innovazione.

Numerosi sono i dati che è possibile citare a questo proposito, a partire da quelli sui posti letto negli istituti di cura pubblici e privati, sulla presenza di tecnologie moderne negli stessi istituti, sui dipendenti e sulla loro distribuzione sul territorio nazionale, sulle dimensioni della medicina territoriale, sia generale che pediatrica di base, sul processo di rinnovamento delle strutture sanitarie e sulla creazione di nuove strutture nelle diverse regioni italiane.

La complessità della casistica trattata (tab. 9) vede una variazione dal punto di vista della varietà dei casi di ricovero trattati tra lo 0,86 della Calabria, da un lato, e l'1,15 del Friuli Venezia Giulia dall'altro. Per quanto riguarda la percentuale dei casi complicati affrontati sulla totalità dei casi, tale oscillazione varia tra il 20,3% della Basilicata ed il 20,6% della Sicilia, da un lato, e il 30,84% di Trento ed il 30,22% del Friuli Venezia Giulia, dall'altro lato.



Tab. 1 - Indici regionali di performance, Anni 1998-2000*

	Stato di salute (1)	Assenza di cronicità (2)	Offerta per disabilità e cronicità (3)	Prevenzione (4)	Modernizzazione (5)	Attrazione (6)	Soddisfazione e buona risposta alla domanda (7)
Piemonte	96	99	106	124	112	98	109
Valle d'Aosta	95	103	120	143	157	100	118
Lombardia	101	101	129	119	97	126	130
Prov. Aut. di Bolzano	105	104	76	105	102	115	158
Prov. Aut. di Trento	104	102	130	97	138	112	157
Veneto	101	100	129	113	116	119	126
Friuli-Venezia Giulia	97	99	101	157	105	149	125
Liguria	98	98	95	92	118	116	110
Emilia-Romagna	96	98	146	103	142	137	107
Toscana	98	98	150	80	140	125	114
Umbria	96	97	79	81	105	114	98
Marche	97	98	69	79	114	120	118
Lazio	98	100	68	96	107	99	71
Abruzzo	101	100	109	61	98	76	94
Molise	103	100	74	73	107	117	72
Campania	105	102	68	102	51	55	95
Puglia	105	102	66	81	102	80	70
Basilicata	101	99	99	63	71	47	77
Calabria	98	97	67	68	95	82	57
Sicilia	101	100	73	89	60	68	54
Sardegna	100	101	54	99	98	78	71
Italia	100	100	100	100	100	100	100

* Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso una combinazione lineare vengono attribuiti all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente decrescenti o crescenti alle regioni

(1) Forniscono una valutazione buona del proprio stato di salute

(2) Con almeno una malattia cronica e non in buono stato di salute

(3) Strutture per disabili e spesa assistenziale

(4) Mortalità evitabile per prevenzione primaria e diagnosi precoce

(5) Ecomatografi e tac, centri unificati prenotazione, unità mobile di rianimazione, servizio trasporto dialisi

(6) Mobilità inter-regionale, complessità della casistica, ecomatografi e tac

(7) Comodità orari, durata liste di attesa, soddisfazione per i servizi ospedalieri, ricorso al Tribunale dei malati

Fonte: elaborazione FBM – Censis su fonti varie (Istat, Ministero della Salute, PiT, Regioni)

Tab. 9 - Indicatori di complessità della casistica ospedaliera per regione in graduatoria 1998. Anni 1998, 1999

Regioni e ripartizioni	Indice di case mix ⁽¹⁾		% casi complicati	
	1998	1999	1998	1999
Basilicata	0,90	0,90	18,2	20,30
Campania	0,90	0,88	18,3	18,29
Sicilia	0,90	0,90	18,7	20,26
Sardegna	0,93	0,92	20,0	20,90
Abruzzo	0,95	0,94	21,1	21,91
Lazio	1,01	0,99	21,6	22,41
Puglia	0,89	0,87	21,6	21,63
Prov. Aut. di Bolzano	0,93	0,94	21,9	21,55
Umbria	1,00	1,00	22,1	22,33
Calabria	0,87	0,86	22,4	22,63
<i>ITALIA</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>	<i>22,7</i>	<i>23,20</i>
Piemonte	1,06	1,06	22,9	23,51
Toscana	1,09	1,09	23,6	25,16
Lombardia	1,08	1,08	23,6	24,54
Veneto	1,06	1,07	24,3	24,99
Liguria	1,09	1,06	25,2	25,60
Molise	0,93	0,92	26,2	26,26
Marche	1,02	1,03	26,3	26,76
Emilia Romagna	1,10	1,09	26,6	26,17
Valle d'Aosta	1,01	0,97	27,6	27,55
Friuli V. Giulia	1,12	1,15	30,2	30,22
Prov. Aut. di Trento	1,02	1,04	30,3	30,84

(1) Case mix: varietà dei casi di ricovero trattati da una struttura ospedaliera. Indici di case mix superiori all'unità indicano un peso superiore alla media dello standard nazionale.

Fonte: elaborazione FBM-Censis su dati Istat e Corte dei Conti

I dati raccolti dall'Istat nel 1999 mostrano una articolazione della incidenza dei "molto soddisfatti" sul totale degli intervistati tra il 30,2% rispetto ai servizi igienici ed il 38,5% per l'assistenza medica, passando per il 37% dell'assistenza infermieristica (tab. 15).

Anche qui i valori sono particolarmente articolati a livello regionale tra l'8,3% dei molto soddisfatti del Molise per i servizi igienici, valore minimo, ed i valori molto più elevati di Trento e Bolzano, ma anche della Lombardia, del Piemonte, del Veneto, del Friuli, della Liguria e dell'Emilia Romagna per tutte le prestazioni.

Le persone che dichiarano comodi gli orari risultano costantemente essere il 67% del totale nel 1998 e nel 1999, con oscillazioni però molto ampie tra il 49% della Sardegna e l'83% del Trentino.

Le attese oltre i 20 minuti risultano molto frequenti nel sud e nelle isole, ma molto meno al nord, con il minimo in Trentino-Alto Adige, Val d'Aosta e Lombardia.

Infine una recente indagine Eurisko (tab. 20) ha evidenziato come la soddisfazione per le informazioni ricevute dai servizi non siano sempre soddisfacenti, in particolare per quanto riguarda quelle ottenute agli sportelli e la pronto soccorso.



Tab. 15 - Persone molto soddisfatte dei servizi ospedalieri per tipologia di assistenza e per regione. Anno 1999
(*quozienti per 100 persone*)

Regioni e ripartizioni	Assistenza medica		Assistenza infermieristica		Servizi igienici	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Piemonte	44,6	48,5	42,2	40,6	29,4	27,1
Valle d' Aosta	51,8	35,5	49,3	33,9	48,5	39,8
Lombardia	49,2	48,5	49,2	48,6	39,1	43,1
Trentino-Alto Adige	58,0	56,8	57,0	57,9	54,1	53,3
Prov. Aut. di Bolzano	63,5	61,5	63,2	59,5	59,8	51,9
Prov. Aut. di Trento	50,8	51,8	48,9	56,1	46,8	54,7
Veneto	47,5	44,6	47,3	49,7	32,6	42,8
Friuli-Venezia Giulia	43,6	50,6	41,4	52,1	41,0	44,8
Liguria	49,1	43,3	49,2	44,7	26,8	31,4
Emilia Romagna	46,3	41,8	47,5	37,3	38,2	32,1
Toscana	34,5	50,1	29,3	40,2	19,4	30,9
Umbria	21,1	32,6	23,9	30,7	17,7	23,3
Marche	21,6	43,3	21,5	42,8	12,1	39,1
Lazio	32,8	27,5	27,1	28,3	21,1	23,2
Abruzzo	20,4	37,2	22,4	37,5	11,9	24,8
Molise	18,3	17,7	16,8	18,9	12,2	8,3
Campania	19,7	34,3	16,0	31,4	14,4	26,2
Puglia	17,4	26,2	15,1	23,9	11,9	21,9
Basilicata	21,7	35,7	21,9	34,7	13,7	25,4
Calabria	30,0	25,7	25,7	21,8	21,2	14,9
Sicilia	24,0	24,0	25,6	22,2	19,9	14,6
Sardegna	24,0	34,1	30,4	37,9	18,5	25,3
<i>Nord-Ovest</i>	48,2	47,9	47,9	46,1	35,8	37,9
<i>Nord-Est</i>	48,4	45,4	47,9	46,1	37,5	40,0
<i>Nord</i>	47,9	46,8	47,9	46,1	36,6	38,8
<i>Centro</i>	31,1	36,9	26,8	34,2	19,1	27,9
<i>Meridione</i>	20,8	30,5	18,4	28,3	14,3	22,7
<i>Isole</i>	24,0	26,1	26,8	25,5	19,5	16,8
<i>Sud</i>	21,8	29,2	21,2	27,4	16,0	20,8
Italia	35,6	38,5	34,4	37,0	25,9	30,2

Fonte: elaborazione FBM-Censis su dati Istat

Tab. 20 - Percentuali di utenti che valutano come buone o molto buone le informazioni ottenute dai servizi sanitari, per servizio di riferimento e area geografica. Anno 2000 (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Ambulatori specialistici ASL	58,1	61,2	58,6	43,7	54,8
Laboratori di analisi ASL	55,0	64,2	48,5	47,7	53,0
Pronto soccorso	48,2	57,2	34,3	21,9	48,1
Servizi diagnosi in ospedale	53,8	48,5	55,9	39,6	49,1
Ricovero per cura in ospedale	67,4	62,5	53,1	40,7	53,1
Uffici/sportelli ASL	60,4	69,0	36,2	20,9	35,8
Medici di medicina generale	74,6	77,1	76,2	65,9	72,3

Fonte: elaborazione FBM-Censis su dati Eurisko