

Il Sistema Sanitario in controtuce

Rapporto 2011

La spesa delle regioni e le regole del federalismo

Ricerca curata da
Fondazione Censis
Cergas-Bocconi
su progetto
Fondazione
Farmafactoring



FONDAZIONE
FARMAFACTURING



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

IL SISTEMA SANITARIO IN CONTROLUCE RAPPORTO 2011

**LA SPESA DELLE REGIONI E
LE REGOLE DEL FEDERALISMO**

SINTESI

**RESIDENZA DI RIPETTA
ROMA, 15 GIUGNO 2011**

INDICE

LA SPESA DELLE REGIONI E LE REGOLE DEL FEDERALISMO

Introduzione	5
1. La spesa sanitaria: gli scenari macro ed i comportamenti microeconomici	7
2. Gli strumenti di governo per la gestione delle patologie croniche in medicina generale	24
3. Le scelte prescrittive dei medici di medicina generale nelle Regioni: differenze tra Regioni con Piani di rientro e Regioni senza Piani di rientro	33

Introduzione

La spesa delle regioni e le regole del federalismo è il tema scelto per il Rapporto 2011. La Legge n. 42-2009 in materia di federalismo fiscale ed il recente “Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario” hanno introdotto una serie di importanti novità che incidono sui rapporti finanziari tra governo centrale e periferia, tema quest’ultimo molto dibattuto. Uno dei punti chiave di tale legge prevede che il finanziamento dei livelli essenziali avvenga con riferimento a “*standard*” di costo e di fabbisogno ed è proprio la definizione e la misurazione di tali “*standard*” uno dei principali problemi operativi che gli operatori ed i *policy makers* si trovano ad affrontare in questo momento.

Il Rapporto intende discutere di tali aspetti offrendo una serie di spunti e di riflessioni basati su analisi empiriche ottenute a partire da dati di spesa a livello regionale, mai analizzati prima d’ora, provenienti dal Progetto SSISSI realizzato dalla SIMG e dal CEIS Tor Vergata. Il progetto SSISSI è stato strutturato in modo tale da fornire informazioni dettagliate e precise sull’utilizzo delle risorse nel nostro sistema sanitario, dei relativi costi e della loro efficacia nel determinare il livello di salute della popolazione italiana, cercando, ove possibile, di fornire una misura della produttività nel settore sanitario.

L’analisi dei differenziali di costo regionali costituisce il *leit motiv* dell’intero lavoro che si sviluppa attraverso lo studio delle determinanti di tali differenziali e delle relazioni che intercorrono tra spesa e stato di salute delle persone. In particolare, esso mira a mettere in evidenza i differenziali regionali di domanda di salute in termini di contesto socio-demografico ed epidemiologico. Inoltre, pone l’attenzione su come differenze di spesa tra regioni possano essere la risultante di modelli organizzativi diversi, soprattutto in merito all’organizzazione dei modelli di Primary Care, una delle funzioni al centro delle riforme di molti paesi europei.

La disponibilità dei dati del progetto SSISSI ha permesso di effettuare queste analisi a livello di singola patologia e prova a spiegarne le cause a partire da *i*) le diverse scelte regionali con riferimento alle modalità di erogazione delle prestazioni (mix dei livelli di assistenza) e *ii*) le diverse scelte regionali con riferimento alle modalità di governo della medicina generale (accordi, associazionismo, budget di MMG, ecc...). Inoltre, sono stati analizzati i differenziali di costo tra i diversi contesti regionali a parità di alcune patologie di riferimento, cercando di interpretarne i risultati alla luce *i*) della struttura organizzativa della regione, *ii*) della tipologia di management che è presente in una regione e *iii*) della presenza di Piani di Rientro.

Nella versione integrale il Rapporto è articolato in due sezioni. Nella prima, le analisi condotte sono state mirate ad ottenere evidenze di natura “micro” sull’utilizzo delle risorse e dei relativi costi nel nostro sistema sanitario, non senza dimenticare che i comportamenti di natura micro non possono essere avulsi dai vincoli di natura macroeconomica. Vengono quindi presentati approfondimenti riferiti al quadro macroeconomico e di finanza pubblica italiano con l’evidenza dei vincoli dal lato delle risorse finanziarie, gli effetti delle politiche di contenimento della spesa a livello

regionale (piani di rientro) e i potenziali problemi legati agli attuali criteri di ripartizione del finanziamento nazionale. Successivamente si discute della struttura di offerta, ovvero quella parte del sistema che grazie alla sua organizzazione permette l'erogazione dei servizi, che poi determinano la spesa, e della struttura dei bisogni. Per finire vengono riportati i risultati dell'analisi sulla spesa, per un arco temporale che va dal 2001 al 2010 (che corrisponde al periodo della svolta federalista in sanità), guardando alle differenze regionali, demografiche (sesso ed età), per voci di spesa (farmaceutica, visite ed accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri) e, soprattutto, guardando ai costi di alcune cronicità (il caso dei pazienti diabetici e ipercolesterolemici) con l'obiettivo di fornire misure di efficienza della spesa sanitaria a livello regionale.

Nella seconda sezione, invece, vengono presentati una serie di approfondimenti che riguardano il ruolo degli strumenti di governo per la gestione delle patologie croniche in medicina generale e le scelte prescrittive dei medici di medicina generale nelle Regioni, con particolare riferimento ai differenziali tra Regioni “con” e “senza” Piani di rientro.

1. La spesa sanitaria: gli scenari macro ed i comportamenti microeconomici¹

La spesa sanitaria rappresenta una componente significativa dei bilanci sia pubblici che privati, e riuscire a controllarne la crescita rimane un obiettivo di primaria importanza in Italia, come nella maggior parte dei paesi industrializzati. L'invecchiamento della popolazione e il progresso tecnologico rappresentano delle serie sfide per la sostenibilità finanziaria del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e, contemporaneamente, per la sua capacità di soddisfare i reali bisogni dei cittadini.

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

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

Ma a parte le dinamiche di crescita della spesa, quello che a nostro avviso risulta essere uno dei problemi più importanti del settore della sanità nel suo complesso, è che, ad oggi, si conosce poco dell'efficienza e dell'efficacia del nostro SSN. In particolare, si hanno poche informazioni circa la quantità, l'appropriatezza e i costi delle risorse impiegate, per differenti classi di età, sesso, tipologie di spesa, ecc. Poco o nulla si conosce su come il progresso tecnologico abbia influenzato e continui ad influenzare la spesa sanitaria e, ancor più importante, la salute dei cittadini. Pertanto, le analisi condotte hanno mirato ad ottenere evidenze di natura "micro" sull'utilizzo delle risorse (e sui relativi costi) nel nostro sistema sanitario, non senza dimenticare che i comportamenti di natura micro non possono essere avulsi dai vincoli di natura macroeconomica.

Relativamente al quadro macro, ciò che emerge è che nel 2010 i conti pubblici hanno registrato un miglioramento, grazie soprattutto ad un quadro macroeconomico meno negativo e ad un controllo più efficace della dinamica delle uscite pubbliche. Sulla base del quadro programmatico ufficiale, per il prossimo biennio non sarebbe necessario un

¹ Ricerca realizzata da Fondazione Farmafactoring

nuovo intervento di manutenzione della dinamica dei conti pubblici. Per il SSN ciò esclude un nuovo taglio di risorse dopo quello attuato nell'estate del 2010, che rimarrebbero per il 2011-2012 quelle attualmente previste.

Il disavanzo complessivo del comparto sanità per l'anno 2009 è stato di circa 3,3 miliardi di euro, inferiore a quello dello scorso anno (3,5 miliardi) e il più basso dal biennio 2002-2003 quando però le risorse disponibili erano cresciute ad un tasso più che doppio rispetto al 2009 (5,5 per cento in media d'anno). A livello territoriale, infine, le Regioni impegnate nei Piani di rientro continuano a registrare risultati di bilancio negativi, che pesano per il 78 per cento del disavanzo complessivo (cfr. tavola 1.1). Per tali Regioni, ad eccezione della Liguria, il percorso di risanamento programmato nei Piani di rientro non può ritenersi completato.

Da sole il Lazio e la Campania, sono responsabili di oltre il 64 per cento dei disavanzi complessivi. In termini pro-capite, il disavanzo più elevato si registra ancora nel Lazio, seguito dal Molise. In sede di verifica dei risultati regionali, secondo le disposizioni contenute nel nuovo Patto per la salute, per il Lazio, la Campania e il Molise è stato disposto un ulteriore aumento della pressione fiscale regionale, oltre i livelli massimi consentiti dalla normativa, per coprire il disavanzo del 2009.

Le correzioni necessarie per raggiungere il pareggio sono ancora sostanziali. La tavola 1.2 riporta i saldi dei bilanci sanitari a seguito delle manovre previste nei Programmi operativi delle varie regioni. Nella tavola 1.3, viene invece mostrato quanta parte della correzione si prevede di conseguire incrementando le risorse disponibili per il servizio sanitario regionale e quanta riducendo i costi di funzionamento dell'assistenza. Risulta chiaro che gli effetti dei nuovi programmi adottati incidono in modo rilevante sull'acquisizione di maggiori entrate, costituite in gran parte da conferimenti autonomi del bilancio regionale. In particolare, in Piemonte, Lazio e Sicilia, la correzione dal lato delle entrate si mantiene ben al di sopra di quella che agisce sui costi.

Le simulazioni effettuate con il modello econometrico mostrano l'effetto di contenimento esercitato dai piani di rientro: la dinamica tendenziale dei costi, così come si ricava dalla simulazione del modello, indica l'esistenza di fattori strutturali che porterebbero ad una crescita molto sostenuta nei prossimi anni, profondamente incompatibile con i livelli di finanziamento (vedi Fig. 1.1 e tavola 1.4). Va, tuttavia, evidenziato come al mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio contribuisca anche una dinamica del finanziamento statale più contenuta di quella che era stata definita in occasione del Patto per la salute 2006.

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

Allo scopo di delineare i tratti portanti della sanità italiana e offrirne una visione d'insieme, è stata analizzata la struttura dell'offerta sanitaria, la sua organizzazione e le

sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni. Gli elementi che vengono approfonditi sono *i*) gli assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), *ii*) la numerosità e la tipologia delle aziende (ASL e AO), *iii*) l'assetto dell'apparato amministrativo regionale, mobilità dei Direttori Generali (DG), *iv*) configurazione fisico-tecnica delle aziende, e *v*) i dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate.

Relativamente al primo punto ciò che emerge è che dal 2002 ha preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti, si sono moltiplicati e molte regioni hanno così provveduto alla ridefinizione di ASL e AO. In generale quello che si è osservato è una riduzione del numero di ASL e AO (vedi tavola 1.5). Allo stesso tempo, gli interventi di ingegneria istituzionale si sono associati ad una maggiore instabilità dei Direttori Generali (DG). Quest'ultimo effetto è da attribuire ad una serie composita di fattori tra cui le predeterminate scadenze dei contratti, le scadenze delle legislature che si trovano a cavallo dei mandati dei DG, la modificazione delle maggioranze, lo spostamento degli equilibri interni alle maggioranze stesse.

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

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

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

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

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

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

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

Al tempo stesso, una volta che le regioni vengono riaggregate in due gruppi, comprendenti quelle "con" e "senza" piani di rientro, risulta evidente che il divario in termini di peso dei longevi nella popolazione dei due macroaggregati è molto ridotto, sicuramente non in grado di spiegare la differenza di accesso alle prestazioni sanitarie. Ciò implica che il divario in termini di spesa tra i due gruppi di regioni che si osservava almeno fino al 2006 non aveva alcuna spiegazione nella composizione dei bisogni sanitari, cosa che rende evidente l'importanza dei processi razionalizzatori nelle regioni in Piano di rientro.

L'ultimo punto sul quale sono state concentrate le analisi è quello delle spese della sanità a partire da dati provenienti dal progetto SiSSI. E' la prima volta che analisi di questo tipo vengono effettuate. Fino ad oggi la letteratura economica ha studiato il

nostro SSN analizzando principalmente la spesa sanitaria ad un livello di aggregazione che quasi mai si è spinto al di sotto dell'aggregato ASL. Ciò è dipeso dall'impossibilità di ottenere elaborazioni basate su dati rilevati a livello di paziente, medico e ospedale, con una copertura nazionale.

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

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

I risultati delle analisi hanno messo in evidenza una serie di fattori di notevole interesse che aiutano a capire meglio la formazione della spesa sanitaria. A partire dai trend della spesa che hanno evidenziato come l'andamento crescente delle spese dirette alla cura dei pazienti dipende in prima analisi da un aumento dei trattamenti (o quantità) e non invece da un aumento dei prezzi, che al contrario sono stati molto stabili o addirittura decrescenti negli ultimi 4 anni. Nella tavola 1.6 vengono riportati i dati di spesa procapite a partire dal 2003 e fino al primo semestre 2010 per tipologia di spesa. Come si può evincere dai dati presentati, la voce di spesa principale è quella per farmaci, seguita da quella per ricoveri ospedalieri. In termini di tassi di crescita osserviamo come nel periodo 2003-2010 la spesa per accertamenti diagnostici procapite sia cresciuta di quasi il 90%, mentre quella per farmaci del 33,5% e quella ospedaliera del 51,8% circa. Tuttavia, va osservato come la spesa per farmaci fino al 2006 era cresciuta quasi del 28%. E', inoltre, interessante notare che mentre le voci di spesa per accertamenti e per ricoveri sono sempre cresciute, quella per farmaci si è quasi stabilizzata dal 2006. Tale comportamento è dovuto principalmente al calo dei prezzi che si è avuto a partire dal 2006, che ha controbilanciato l'aumento delle quantità (DDD) registrato nello stesso periodo di tempo. Infine, l'aumento di spesa degli accertamenti diagnostici è da imputare a tre cause congiunte: aumento delle

tariffe, aumento dei volumi e cambiamento del mix. A nostro avviso, l'aumento del prezzo medio per gli accertamenti è da imputare non all'aumento delle tariffe, che nel periodo in esame non sono aumentate di molto, ma ad una variazione del mix di accertamenti richiesti che si è diretto verso gli accertamenti più costosi.

L'aumento dei trattamenti non necessariamente deve essere visto come una fonte di spreco. Al contrario, soprattutto nei casi delle patologie croniche, può essere visto come un miglioramento delle cure per pazienti che in precedenza non erano trattati o erano trattati in modo discontinuo. E questo è tanto più vero quanto più si osserva che la spesa per medicina del territorio aumenta a discapito di quella ospedaliera.

Le differenze regionali che sono emerse confermano che se da una parte esiste una discreta variabilità nella domanda di salute da parte dei pazienti, dall'altra è chiaro che i differenziali di spesa dipendono anche dall'organizzazione del servizio sul territorio (l'offerta) e che esistono sacche di inefficienza che possono sicuramente essere estirpate. Tuttavia, è utile sottolineare come limitandosi alle sole spese dirette per la cura dei pazienti i differenziali di efficienza tra le regioni sono molto minori rispetto alla situazione in cui l'intera spesa è presa in esame. In termini di differenziali regionali, i dati riportati nella tavola 1.7 mostrano sostanziali scostamenti dalla media nazionale che difficilmente possono essere spiegate solo sulla base di differenze nella distribuzione dei bisogni di salute della popolazione.

L'introduzione dei piani di rientro del deficit ha causato una forte riduzione della spesa regionale. In termini assoluti, la spesa totale del Lazio nel 2007 è stata del 10,4% più bassa rispetto all'anno precedente, mentre in Sicilia, dopo due anni in cui la crescita media annua è stata dell'11% (il biennio 2004-2006), le spese sono state ridotte dell'11% e del 6% rispettivamente nel 2007 e nel 2008. Andamenti simili sono da registrare anche nelle altre regioni con piano di rientro.

La disponibilità di dati di spesa a livello di singolo paziente ha poi permesso di esplorare una serie di altre dimensioni che in precedenza raramente sono state esplorate con un simile livello di dettaglio e di copertura della popolazione.

La Figura 1.2 e la Tabella 1.8 riportano l'andamento della spesa sanitaria complessiva (farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri ospedalieri) per età del paziente ed anno di osservazione. La prima evidenza che risalta è il profilo della spesa lungo il ciclo di vita dei pazienti. Coerentemente con altri studi condotti a livello internazionale, la spesa risulta essere molto contenuta in età giovane per poi impennarsi intorno ai 55 anni e raggiungere il massimo intorno ai 75 anni (con rapporti che vanno da 1 a 7 a seconda se consideriamo le coorti dei ventenni o quelle degli ottantenni). Da quel momento la spesa scende nuovamente. I bassi livelli di spesa registrati in età giovane ed in età adulta sono, ovviamente, il risultato di due fenomeni contrapposti. In età giovane, il basso livello di spesa è frutto principalmente di una bassa probabilità al ricorso ai servizi sanitari della parte di popolazione prevalentemente in buona salute. Ciò che invece spiega i bassi livelli di spesa dopo gli 80 anni è rappresentato da un mix di fattori che qui di seguito vengono elencati:

1. il calo comincia dopo i 75 anni, un valore molto prossimo all'aspettativa media di vita degli italiani. Superata quell'età il numero dei pazienti si riduce notevolmente e questo spiega i più bassi volumi di spesa;

2. aver superato l'aspettativa media di vita può derivare da un processo di selezione per cui in media solo pazienti più sani raggiungono quell'età (e, quindi, costano meno);
3. il numero dei pazienti di età superiore ai 75 anni registrati presso i MMG potrebbe essere molto più basso del numero reale di ultra75enni a causa del processo di istituzionalizzazione di coloro con maggiori problemi di salute.

Un altro risultato interessante che è emerso è quello proveniente dalle analisi per comorbidità e per severità clinica dei pazienti. Infatti, molto spesso in questo settore si dimentica la forte relazione di non-linearità che esiste tra le variabili in esame. Le comorbidità sono uno di questi fattori che maggiormente influenza la pesa sanitaria. I dati hanno mostrato che la presenza di una singola patologia spesso non rappresenta per il sistema sanitario un problema rilevante in termini di spesa. Ancor più se la stessa può essere tranquillamente trattata al di fuori dell'ospedale. I problemi subentrano una volta che alla prima patologia se ne sommano altre, determinando un aumento esponenziale della spesa.

In particolare, guardando i dati riportati nella Figura 1.3 e nella tavola 1.9 è possibile notare che sulla totalità dei pazienti del campione HS il semplice passaggio dell'indice da 0 (caratteristico dei pazienti con basso grado di severità clinica) a 1, genera un aumento del 170% della spesa pro-capite, fino ad osservare una triplicazione della spesa una volta che l'indice di Charlson è pari a 3 o 4. Risultati simili si ottengono se la stratificazione la si ottiene effettuata per livello di severità clinica del paziente (presenza di eventi o di complicanze): nel caso di pazienti diabetici la presenza di una o più complicanze o di uno o più eventi fa raddoppiare la spesa.

Infine, nell'analisi dei pazienti che presentano iper-colesterolemia è stato messo in evidenza come risultati di *outcome* sanitario simili (riduzione livelli di colesterolo) possano essere ottenuti impegnando risorse in modo diverso. Quest'ultimo aspetto rappresenta un anello di congiunzione rispetto a quanto detto in precedenza circa i differenziali di spesa regionali che in parte erano spiegati diversi livelli di efficienza.

Tavola 1.1 - Costi e ricavi del SSN (2009)

(valori in milioni di euro)

	Costi	Ricavi	Saldi mobilità sanitaria inter- regionale	Risultato d'esercizi o	Risultato pro- capite (euro)
Piemonte	8.519,7	8.540,0	-3,1	17,3	3,9
Valle d'Aosta	270,0	267,4	-14,3	-16,9	-132,9
Lombardia	17.406,1	16.986,0	445,7	25,7	2,6
P.a.di Bolzano	1.114,9	1.122,8	5,6	13,5	27,2
P.a. di Trento	1.064,4	1.070,6	-14,8	-8,6	-16,6
Veneto	8.914,7	8.716,2	97,1	-101,4	-20,8
Friuli Venezia Giulia	2.451,9	2.440,7	20,6	9,3	7,6
Liguria	3.309,9	3.230,4	-20,1	-99,6	-61,6
Emilia-Romagna	8.438,6	8.140,1	337,5	39,0	9,0
Toscana	7.040,8	6.952,3	102,3	13,8	3,7
Umbria	1.626,1	1.624,1	15,3	13,3	14,9
Marche	2.799,3	2.852,4	-38,2	15,0	9,5
Lazio	11.280,6	9.863,9	44,9	-1.371,7	-243,8
Abruzzo	2.408,2	2.388,9	-29,6	-48,9	-36,6
Molise	676,0	575,2	28,5	-72,3	-225,4
Campania	10.187,3	9.751,5	-289,3	-725,1	-124,7
Puglia	7.202,3	7.069,7	-159,8	-292,4	-71,7
Basilicata	1.038,6	1.056,4	-39,7	-21,8	-36,9
Calabria	3.501,1	3.506,5	-227,7	-222,4	-110,7
Sicilia	8.519,7	8.485,9	-198,9	-232,7	-46,2
Sardegna	3.050,4	2.919,4	-62,1	-193,1	-115,5
ITALIA	110.820,5	107.560,5	0,0	-3.260,0	-54,3

Fonte: Ministero della salute (2010)

Tavola 1.2 - La dinamica tendenziale e programmatica dei conti economici dei SSR

		valori assoluti (mln euro)			pro-capite (euro)		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
Piemonte	Saldo tendenziale	-410,5	-286,0	-229,3	-92,3	-64,3	-51,6
	Correzione totale	490,4	575,1	583,7	110,3	129,4	131,3
	Saldo programmatico	79,9	289,1	354,4	18,0	65,0	79,7
Lazio	Saldo tendenziale	-1.189,3	-1.189,3	-1.177,6	-209,3	-209,3	-207,2
	Correzione totale	1.218,9	1.204,1	1.446,9	214,5	211,9	254,7
	Saldo programmatico	29,6	14,8	269,3	5,2	2,6	47,4
Abruzzo	Saldo tendenziale	-101,8	nd	nd	-76,1	nd	nd
	Correzione totale	32,9	nd	nd	24,6	nd	nd
	Saldo programmatico	-69,0	nd	nd	-51,5	nd	nd
Molise	Saldo tendenziale	-99,2	nd	nd	-309,9	nd	nd
	Correzione totale	99,2	nd	nd	309,9	nd	nd
	Saldo programmatico	0,0	nd	nd	0,0	nd	nd
Campania	Saldo tendenziale	-814,8	nd	nd	-139,9	nd	nd
	Correzione totale	476,9	nd	nd	81,9	nd	nd
	Saldo programmatico	-337,8	nd	nd	-58,0	nd	nd
Puglia	Saldo tendenziale	-382,8	-420,8	-417,3	-93,7	-103,0	-102,2
	Correzione totale	382,8	452,7	561,6	93,7	110,9	137,5
	Saldo programmatico	0,0	31,9	144,2	0,0	7,8	35,3
Calabria	Saldo tendenziale	-588,0	-731,8	-897,6	-292,6	-364,2	-446,7
	Correzione totale	303,8	539,0	824,2	151,2	268,2	410,2
	Saldo programmatico	-284,2	-192,9	-73,4	-141,4	-96,0	-36,5
Sicilia	Saldo tendenziale	-133,7	-150,9	-68,3	-26,5	-29,9	-13,5
	Correzione totale	149,3	403,8	409,2	29,6	80,1	81,2
	Saldo programmatico	15,5	252,8	340,9	3,1	50,1	67,6

Fonte: elaborazioni su documenti regionali

Tavola 1.3 - La correzione prevista nei Piani di rientro: la sua composizione

		valori assoluti (mln euro)			% del totale		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
Piemonte	Maggiori entrate	411,7	350,0	300,0	84,0	60,9	51,4
	Minori costi	78,7	225,1	283,7	16,0	39,1	48,6
	Correzione totale	490,4	575,1	583,7	100,0	100,0	100,0
Lazio	Maggiori entrate (*)	792,1	861,2	864,5	65,0	71,5	59,7
	Minori costi	426,8	342,9	582,4	35,0	28,5	40,3
	Correzione totale	1.218,9	1.204,1	1.446,9	100,0	100,0	100,0
Abruzzo	Maggiori entrate (*)	-0,3	nd	nd	-0,8	nd	nd
	Minori costi	33,2	nd	nd	100,8	nd	nd
	Correzione totale	32,9	nd	nd	100,0	nd	nd
Molise	Maggiori entrate	24,0	nd	nd	24,1	nd	nd
	Minori costi	75,3	nd	nd	75,9	nd	nd
	Correzione totale	99,2	nd	nd	100,0	nd	nd
Campania	Maggiori entrate (*)	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	Minori costi	476,9	nd	nd	100,0	nd	nd
	Correzione totale	476,9	nd	nd	100,0	nd	nd
Puglia	Maggiori entrate	314,2	156,9	156,9	82,1	34,7	27,9
	Minori costi	68,6	295,8	404,7	17,9	65,3	72,1
	Correzione totale	382,8	452,7	561,6	100,0	100,0	100,0
Calabria	Maggiori entrate (*)	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	Minori costi	303,8	539,0	824,2	100,0	100,0	100,0
	Correzione totale	303,8	539,0	824,2	100,0	100,0	100,0
Sicilia	Maggiori entrate	166,0	383,4	420,3	111,2	95,0	102,7
	Minori costi	-16,7	20,3	-11,0	-11,2	5,0	-2,7
	Correzione totale	149,3	403,8	409,2	100,0	100,0	100,0

(*) I documenti non indicano le risorse da bilancio proprio e da leva fiscale regionale. Per il Lazio, in assenza di precisi riferimenti, tali risorse sono poste nel 2011-2012 al livello indicato per il 2010.

Fonte: elaborazioni su documenti regionali

Tavola 1.4 - Simulazione dei risultati di esercizio del SSN
(miliardi di euro)

Anni	Risorse disponibili (a)	Costi effettivi (b)	Stime SANIMOD			Calcolo DEFICIT			
			Scenario "con" Piani rientro rinforzati (c)	Scenario "con" Piani rientro (d)	Scenario "senza" Piani rientro (e)	Effettivi (a-b)	"con" Piani Rientro rinforzati (a-c)	"con" Piani Rientro (a-d)	"senza" Piani Rientro (a-e)
2002	78,1	81,0	80,0	80,0	80,0	-2,9			
2003	81,4	83,7	84,7	84,7	84,7	-2,3			
2004	86,2	92,0	91,9	91,9	91,9	-5,8			
2005	92,9	98,6	99,5	99,5	99,5	-5,7			
2006	97,8	102,3	101,9	101,9	104,3	-4,5	-4,1	-4,1	-6,5
2007	103,0	105,6	105,4	105,4	110,6	-2,6	-2,4	-2,4	-7,6
2008	106,3	108,7	109,0	109,0	118,1	-2,4	-2,7	-2,7	-11,8
2009	108,5	110,8	110,7	110,7	123,8	-2,4	-2,2	-2,2	-15,3
2010	110,7		111,0	111,0	127,9		-0,3	-0,3	-17,2
2011	112,0		112,2	114,1	134,8		-0,2	-2,1	-22,8
2012	114,7		115,4	118,1	142,4		-0,7	-3,4	-27,7

(a) Fino al 2009, Ricavi SSN (RGSEP); 2010-2012, nostre stime (finanziamento statale e risorse regionali, comprensive maggiori entrate da ticket)

(b) Stime RGSEP.

Fonte: nostre su dati RGS e SANIMOD.

Tavola 1.5 - Numero di aziende del gruppo pubblico regionale (1992 – 2010)

	ASL			AO	
	Numero ante 502/92	Numero al 30/06/10	Popolazione media 2009	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/10
Piemonte	63	13	342.018	7	8
Val d'Aosta	1	1	127.866	-	-
Lombardia	84	15	655.076	16	29
Bolzano	4	1	503.434	-	-
Trento	11	1	524.826	-	-
Veneto	36	21	233.926	2	2
Friuli V. G.	12	6	205.680	3	3
Liguria	20	5	323.197	3	1
Emilia R.	41	11	397.949	5	5
Toscana	40	12	310.844	4	4
Umbria	12	4	225.198	2	2
Marche	24	1	1.577.676	3	2
Lazio	51	12	473.489	3	5
Abruzzo	15	4	334.725		-
Molise	7	1	320.229		-
Campania	61	7	832.095	7	8
Puglia	55	6	680.673	4	2
Basilicata	7	2	294.440	1	1
Calabria	31	6	334.888	4	4
Sicilia	62	9	560.332	16	5
Sardegna	22	8	209.051	1	1
ITALIA	659	146	413.290	81	82

Fonte: dati OASI, CER GAS Bocconi

Tavola 1.6 – Andamento spesa procapite per tipo di spesa

Anno	Spesa per accertamenti e visite specialistiche	Spesa per farmaci	Spesa per ricoveri	Totale
2003	80.4	193.7	170.8	444.9
2004	89.2	212.5	179.0	480.8
2005	97.2	225.7	181.2	504.2
2006	105.1	247.8	188.1	541.0
2007	103.2	215.3	186.6	505.0
2008	105.5	211.7	182.4	499.7
2009	112.7	217.8	190.9	521.4
2010 [©]	152.0	258.6	259.3	669.9
$\Delta(06-03)$	30.7%	27.9%	10.1%	21.6%
$\Delta(10-06)$	44.6%	4.4%	37.9%	23.8%
$\Delta(10-03)$	89.1%	33.5%	51.8%	50.6%

[©] Il dato del 2010 è una stima basata sul primo semestre.

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tavola 1.7 - Evoluzione della spesa complessiva procapite per anno e regione

Regione	2001	2006	2007	2008	2009	2010^(*)
Piemonte	277.1	470.3	438.5	451	490.4	536.3
Valle d'Aosta	342	350.3	440.2	486.7	498.5	378.9
Lombardia	479.3	677.5	655.4	644.7	685.6	755.6
Trentino-Alto Adige	371.6	486.7	468.8	484.4	466	498.1
Veneto	484.5	668.9	650.9	650.3	720.3	787.2
Friuli-Venezia Giulia	495	768.4	734.1	733	739.4	825.7
Liguria	317.6	534.7	456.5	469.7	466	474.9
Emilia-Romagna	455.6	656.4	622.4	634.2	691.7	740.8
Toscana	351.5	557	539.6	547.9	565.4	649.9
Umbria	338.4	466.8	447.2	453.2	521.2	512.4
Marche	516.3	681.2	653.4	667.8	726.5	761.6
Lazio	302	529.7	474.6	463.6	525.7	521.5
Abruzzo	571.5	757.9	714.6	627.1	665.5	722.7
Campania	516	620.2	569.1	585.7	597.2	659.1
Puglia	493.1	695.9	656.8	657.8	715	775.7
Basilicata	457.1	664.8	514.3	498.8	534.2	524.2
Calabria	463.5	687.7	558.7	588.2	580	589.9
Sicilia	384.4	634.9	580.2	546.7	539.1	566.4
Sardegna	393.6	587.5	501.1	452.3	522.8	624.7
Totale	437.5	630.9	589.6	586.4	620.1	669.1

^(*) Il dato del 2010 è una stima basata sul primo semestre.

Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tavola 1.8 – Spesa totale procapite per classe di età e sesso e macro area (2009)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Media
Genere									
Donne	112.6	174.5	228.8	318.6	492.1	715.4	790.7	619.8	398.1
Uomini	102.9	122.9	182.2	276.7	487.6	757.8	901.2	782.2	369.9
Macro area									
Nord-Ovest	95.4	134.3	181.4	270.1	451.3	665.4	754.9	592.1	355.5
Nord-Est	105.6	148.6	195.9	290.6	477.2	722.3	818.2	659.3	393.9
Centro	133.8	155.7	215.2	307.6	479.7	741.3	858.4	724.2	406.3
Sud	110.1	164.1	239.7	328.1	542.7	821.4	922.3	744.8	403.2
Isole	98.2	144.3	197.7	295.6	496.0	739.9	835.2	637.0	363.2

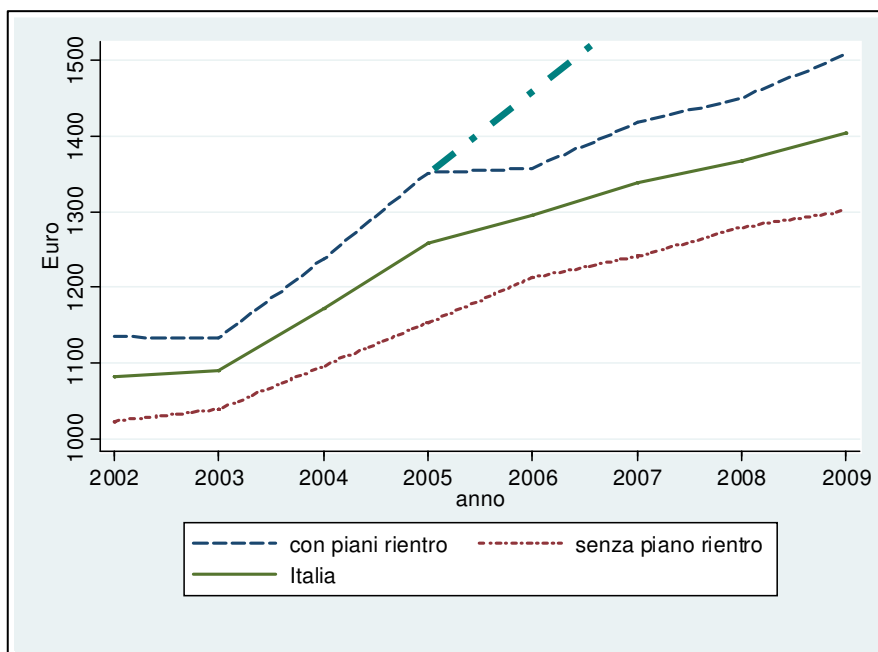
Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tavola 1.9 – Spese procapite per anno e Charlson index

Charlson Index	2002	2004	2006	2008	2009
0	252.4	281.7	314.0	275.7	286.0
1	653.4	739.7	843.2	747.7	786.3
2	618.3	662.7	727.9	624.2	638.7
3 – 4	1004.6	1081.7	1220.3	1061.4	1105.7
5+	476.4	557.3	643.6	613.8	661.3
Media	291.6	342.4	400.7	363.3	385.1
Variazioni % rispetto allo stato "0"					
0/1	158.9%	162.6%	168.5%	171.2%	174.9%
0/2	145.0%	135.3%	131.8%	126.4%	123.3%
0/3-4	298.0%	284.0%	288.6%	285.0%	286.6%
0/5+	88.7%	97.8%	105.0%	122.6%	131.2%

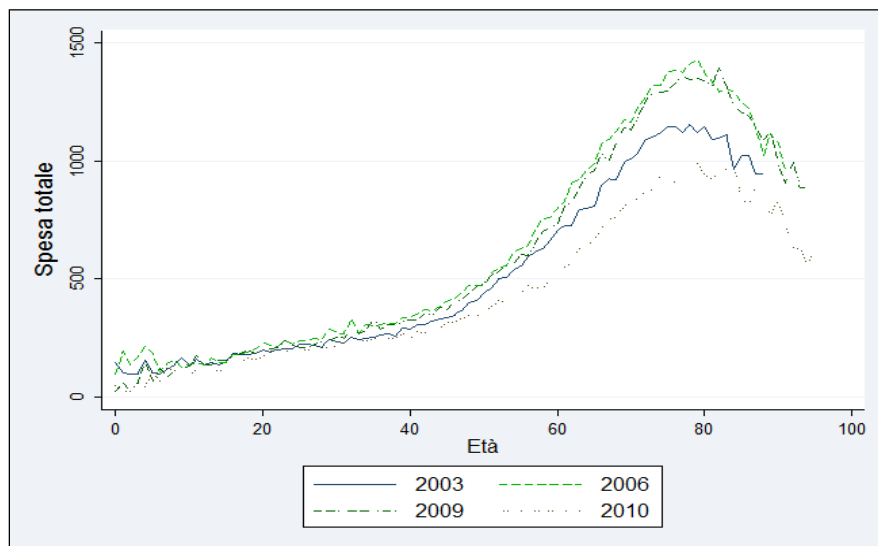
Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Fig. 1.1 – Spesa media procapite finanziata con risorse del FSN



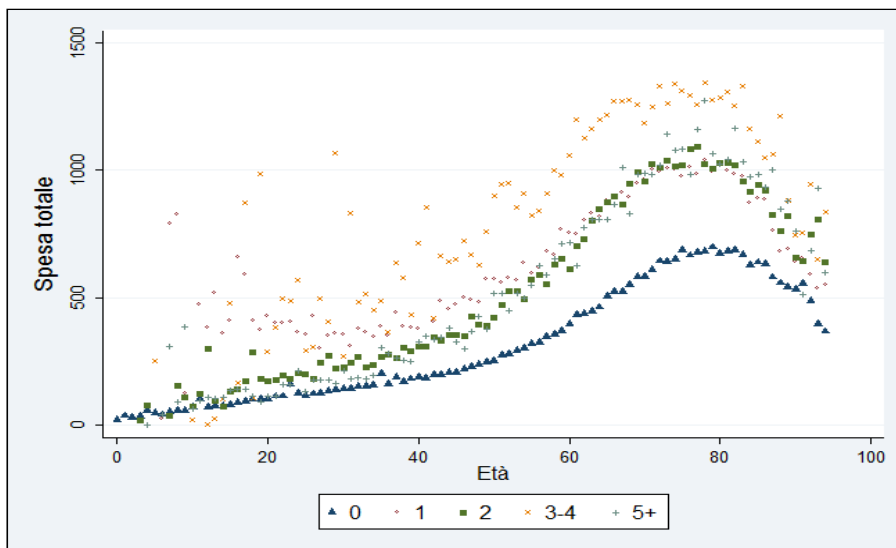
Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati CE del Ministero Salute

Figura 1.2 - Spesa totale procapite per anno ed età dei pazienti.



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Figura 1.3 – Spesa totale procapite per livello di comorbidità (2009)



Fonte: elaborazioni Fondazione Farmafactoring su dati Health Search-CSD LPD - Progetto Sissi

2. Gli strumenti di governo per la gestione delle patologie croniche in medicina generale²

La recente Conferenza nazionale sull'accesso alla cura delle malattie croniche (Roma, settembre 2010) ha quantificato in 25 milioni il numero di italiani che soffrono di forme più o meno gravi di malattie croniche. Si tratta del 45,6% della popolazione nazionale. Il progressivo invecchiamento della popolazione, i mutamenti sociali e familiari e la sempre più efficace risposta alla patologia in forma acuta determinano il cambiamento radicale delle necessità assistenziali: è ormai unilateralmente condiviso che una delle sfide principali per il Servizio Sanitario Nazionale risiede nell'adeguata cura della cronicità. Tale cura, che spesso richiede una presa in carico socio-sanitaria personalizzata, integrata e tendenzialmente continuativa, seppur di bassa intensità, non può realisticamente essere erogata in ospedale e, sul territorio i Medici di Medicina Generale rappresentano potenzialmente i gestori ideali di molte di queste patologie.

E' inoltre necessario prestare attenzione all'efficienza nell'impiego di risorse pubbliche sempre più scarse, potenziando tra l'altro i meccanismi di accesso che indirizzino i pazienti verso le modalità assistenziali più appropriate.

Diverse caratteristiche rendono il medico di famiglia un operatore chiave nel permettere al sistema di prendere in carico efficacemente il malato cronico: la distribuzione sul territorio, la conoscenza della storia clinica del paziente, l'approccio naturalmente olistico che consente di cogliere e contrastare le manifestazioni pluriorganiche delle patologie croniche

Le regioni e le aziende sanitarie locali hanno sperimentato negli ultimi anni un portafoglio di strumenti di governo della medicina generale.

Uno strumento prezioso, ad esempio, è costituito dai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), il cui obiettivo è definire il migliore processo assistenziale per rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base di raccomandazioni clinico-mediche riconosciute a livello internazionale, ma adattate al contesto locale e alle risorse disponibili. L'introduzione dei percorsi avviene, di norma, tramite la sottoscrizione di accordi tra le rappresentanze aziendali dei MMG e le regioni o le ASL stesse. Le aziende hanno progressivamente incentivato l'introduzione e l'implementazione di PDTA per le malattie croniche, non solo premiando i medici aderenti, ma collegando le attività di governo clinico alla formazione professionale e alle forme associative dei MMG.

Il CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi ha approfondito le differenti esperienze regionali ed aziendali nell'applicazione degli strumenti di governo clinico delle principali patologie croniche alla realtà della medicina generale.

Lo studio presenta poi alcuni dati di spesa e consumo relativamente a cinque patologie croniche (diabete, ipertensione, scompenso, depressione, obesità),

² Ricerca realizzata da CERGAS – Università Bocconi su progetto Fondazione Farmafactoring

confrontando i trend delle realtà territoriali che si sono dotate di solidi sistemi di governo clinico con le aree meno attente a queste tematiche.

La ricerca si fonda sulla seguente metodologia:

- review della letteratura sul tema del management delle Cure Primarie e studio del materiale documentale (contrattazione nazionale e integrativa regionale con la Medicina Generale 2004-2009, contrattazione aziendale se disponibile);
- interviste a responsabili del Governo clinico in otto realtà aziendali (Brescia, Bergamo, Bologna, Cesena, Caserta, Foggia, Lecce, Palermo);
- rielaborazione ed analisi dei dati di costo e consumo delle prestazioni sanitarie relative alle cinque patologie croniche considerate (fonte: progetto SISSI)

Si presentano di seguito alcuni risultati preliminari del progetto di ricerca.

La prima parte dello studio si è focalizzato sui PDTA, considerati come il fulcro attorno al quale costruire un sistema di governo clinico efficace.

La gestione delle relazioni con i medici di assistenza primaria nel nostro paese si basa su tre livelli di contrattazione:

- Il livello nazionale indica le garanzie per i cittadini, chiarisce il ruolo e le responsabilità dei medici e le risorse disponibili per il rinnovo contrattuale; disciplina inoltre le fasi della contrattazione regionale.
- Il livello regionale chiarisce gli obiettivi di salute ed indica risorse e modelli organizzativi ed operativi per il loro raggiungimento. A livello regionale sono solitamente impostati gli strumenti di governo clinico, compresi i PDTA.
- Il livello aziendale disciplina attività e progetti locali. Il terzo livello di contrattazione è fortemente influenzato dal grado di autonomia contemplato dagli istituti contrattuali regionali; è comunque importante per assicurare l'implementazione e l'efficacia dei programmi regionali.

L'esperienza dell'ultimo decennio ha visto una differenziazione di obiettivi e contenuti tra i diversi accordi regionali ed aziendali anche appartenenti a una stessa regione, confermata dalla rassegna compiuta sugli strumenti per la gestione della cronicità (cfr. Figura 2.1).

Lo studio restituisce un quadro caratterizzato da un' estrema variabilità sia intra che extraregionale: oltre ad una generalizzata attenzione verso il diabete e l'ipertensione (Tabella 2.1), si nota una notevole disomogeneità nelle patologie oggetto di PDTA; le caratteristiche e il potere incentivante degli strumenti di programmazione controllo variano notevolmente da azienda ad azienda, come del resto il grado di autonomia delle ASL rispetto alle scelte regionali. In definitiva, in tutte le realtà regionali si coglie la volontà di responsabilizzare ed incentivare i professionisti attraverso i PDTA, seguendo però percorsi molto differenti, con risultati molto variabili in termini di effettivo coinvolgimento dei professionisti.

L'analisi degli accordi regionali è stata integrata dall'indagine su otto casi aziendali, che ha fornito uno spaccato su come, in diverse realtà del paese, le realtà aziendali recepiscono le indicazioni regionali. La metodologia dell'intervista telefonica ha

permesso di evidenziare che gli accordi aziendali sono di difficile reperibilità: di norma non disponibili *on line*, le aziende sono poco propense a diffonderli.

Se si prescinde dai documenti formali, si rileva disponibilità a discutere della propria esperienza aziendale nel governo clinico delle patologie croniche, ma si registra una notevole differenziazione di incarichi e professionalità tra i responsabili aziendali per la *clinical governance* (direttore di Distretto; direttore Dipartimento Cure Primarie/medicina territoriale; responsabile PDTA; responsabile UO Diabetologia; responsabile personale convenzionato).

L'analisi delle esperienze aziendali ha permesso, tuttavia, di individuare alcune iniziative virtuose che testimoniano il recepimento (e talvolta il superamento in positivo) delle indicazioni regionali da parte del livello locale. Alcuni esempi:

- “Gruppi di miglioramento” per la formazione tra pari e l'*audit* clinico (ASL lombarde)
- Condivisione da livello aziendale a livello regionale di PDT di successo (“Progetto diabete” in Emilia Romagna)
- Elaborazione di sistemi aziendali di verifica di adesione e *compliance* (ASL Caserta, progetto “Panoramica”).

La ricerca ha però evidenziato una problematica fondamentale: le difficoltà e le lentezze della negoziazione aziendale impediscono talvolta l'applicazione dei meccanismi di monitoraggio e degli incentivi previsti dall'AIR. Una tale situazione di “blocco” si è verificata in tre Aziende sul totale delle otto interpellate (Lecce, Foggia, e parzialmente, Palermo).

La seconda parte dell'analisi ha invece riguardato alcuni dati di spesa e consumo relativamente alle patologie considerate, confrontando i trend delle realtà territoriali che si sono dotate di solidi sistemi di governo clinico con le aree meno attente a queste tematiche.

La Figura 2.2 illustra come le differenti patologie impegnino in maniera differente i MMG nell'ambito della loro attività: diabete e scompenso presentano contatti medi annui con il MMG più che raddoppiati rispetto a quelli medi, mentre depressi e obesi ricorrono per circa il 50% in più ai consulti con i medici del territorio.

Il quadro presentato è da intendersi però come esito di situazioni regionali profondamente differenti: la media nazionale di 10 contatti è l'esito di profonde differenze che si posizionano lungo un continuum che va da un minimo di 7,5 contatti annui nella Provincia Autonoma di Bolzano ad un massimo di 12 contatti annui in Regione Calabria (Tabella 2.2).

L'eterogeneità nella frequenza di contatto tra il MMG e i pazienti (a seconda della patologia e del contesto regionale di riferimento) si accompagna a una profonda diversità del costo medio annuo per farmaci e specialistica (ovvero le due classi di spesa principalmente governate dai MMG) a seconda delle differenti patologie. Nello specifico la Figura 2.3 presenta i dati di costo per farmaci e specialistica associati alle diverse patologie.

Si conferma la rilevanza di scompenso e diabete in termini di spesa prescritta, rilevanza che è aumentata costantemente nel corso degli anni, salvo una riduzione significativa del tasso di crescita a partire tra il 2006 e il 2007, a seguito della Legge 296

del 2006 (Finanziaria 2007) che ha previsto, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del SSN, uno sconto pari al 2% degli importi indicati per le prestazioni di specialistica di cui al DM del 22 luglio 1996 e uno sconto pari al 20% degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica e di laboratorio di cui al medesimo decreto (Figura 2.4 e Figura 2.5).

Oltre alle politiche tariffarie, anche gli Accordi Integrativi Regionali producono degli effetti sulle componenti della spesa per le patologie croniche selezionate. La Figura 2.6 presenta, a titolo esemplificativo, l'incidenza nell'utilizzo dei Sartani sul totale dei farmaci traccianti per patologie cardiovascolari (Sartani e ACE-inibitori): emerge chiaramente che le regioni che stabiliscono negli AIR incentivi legati ai PDTA per le patologie cardiovascolari hanno una percentuale di Sartani inferiore di circa la metà rispetto alle altre, delineando, così, comportamenti prescrittivi sicuramente più aderenti alle indicazioni delle comunità scientifiche di riferimento, alle note CUF e alle indicazioni ministeriali.

In estrema sintesi, la ricerca evidenzia come l'attenzione a strumenti di governo, soprattutto legate ai PDTA, è crescente in tutto il paese, ma l'autonomia e la capacità di implementazione a livello aziendale degli accordi regionali è molto variabile.

Con riferimento al livello di negoziazione aziendale, si evidenzia, infatti, che alcune aziende implementano strumenti di governo senza negoziare formalmente un accordo. Infatti, spesso si registrano atteggiamenti di timore nel rendere pubblici gli accordi aziendali, probabilmente derivanti da rapporti spesso tesi tra aziende e rappresentanze dei MMG.

Inoltre, il rapporto complesso tra i 3 livelli di negoziazione (nazionale, regionale e aziendale) potrebbe essere semplificato eliminando un livello negoziale, verosimilmente quello regionale.

Quanto alla diffusione degli accordi sul territorio nazionale, si rileva un certo ritardo delle regioni meridionali, probabilmente dovuta alla continua instabilità con riferimento agli assetti istituzionali, che produce effetti sicuramente più dannosi sulla dimensione territoriale rispetto a quella ospedaliera, caratterizzata da confini più definiti.

In termini di contenuti degli accordi sulle 5 patologie oggetto di analisi, emerge che obesità e depressione sono generalmente trascurate nonostante la loro diffusione e i rilevanti costi sociali alle stesse connessi.

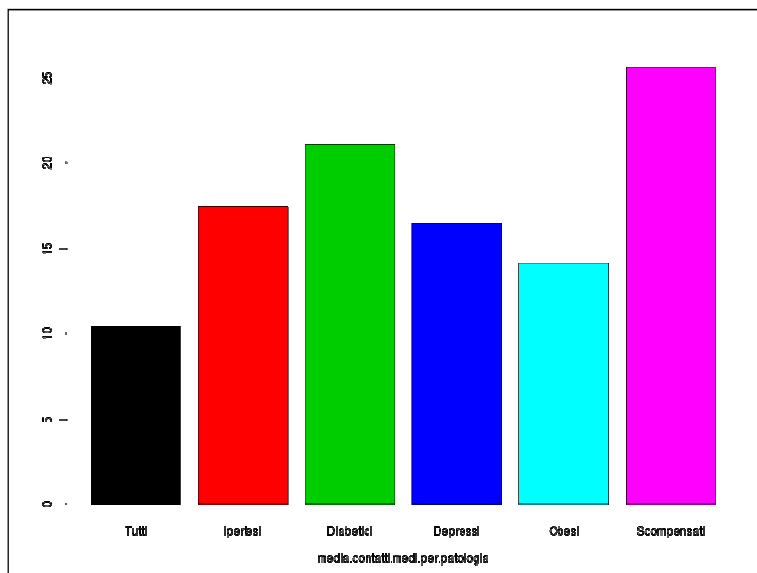
Infine, in termini di governo del comportamento prescrittivo e della spesa, è possibile affermare che gli incentivi funzionano (Figura 2.6), ma la logica transazionale nella gestione degli MMG ha creato danni nel lungo periodo.

Figura 2.1 La costruzione del sistema di governo clinico della cronicità: strumenti introdotti dagli AIR

Step	Strumenti introdotti
<p>1</p> <p>Individuazione patologia e PDT</p>	<p>a) Individuazione delle patologie critiche e del PDT di riferimento attraverso l'AIR</p> <p>b) Individuazione delle patologie critiche affidata alle Aziende all'interno di un elenco regionale</p> <p>c) Individuazione delle patologie critiche e dei PDT affidata alle aziende</p>
<p>2</p> <p>Elaborazione sistema di P&C</p>	<p>a) Compilazione di "schede paziente" per registrare la storia clinica del malato cronico</p> <p>b) Rilevazione e trasmissione di indicatori di salute del paziente</p> <p>c) Supervisione dell'attività dei MMG da parte di un Nucleo operativo aziendale</p>
<p>3</p> <p>Incentivazione dei MMG</p>	<p>a) In base al numero di pazienti reclutati</p> <p>b) Subordinata alla <i>compliance</i> di processo (es. esecuzione esami) o in termini di <i>outcome</i> (es. valori di "salute del paziente")</p> <p>c) Collegata ad elementi di rafforzamento dei PDT</p>
<p>4</p> <p>Elementi di rafforzamento</p>	<p>a) Costituzione obbligatoria o facoltativa di ambulatori per patologia cronica per le forme associative complesse</p> <p>b) Remunerazione vincolata alla frequenza di programmi formativi</p> <p>c) Elaborazione PDT e formazione in collaborazione con specialisti</p>

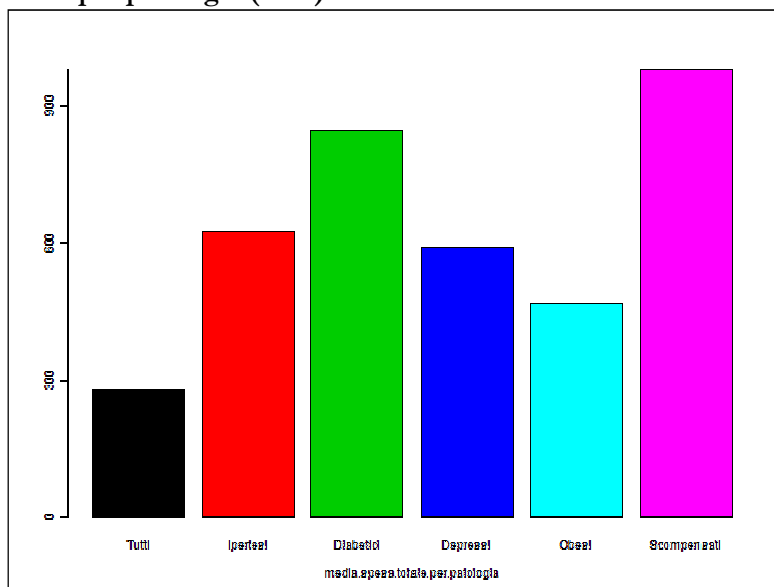
Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Figura 2.2 Contatti medi annui con il MMG all'anno per patologia (2009)



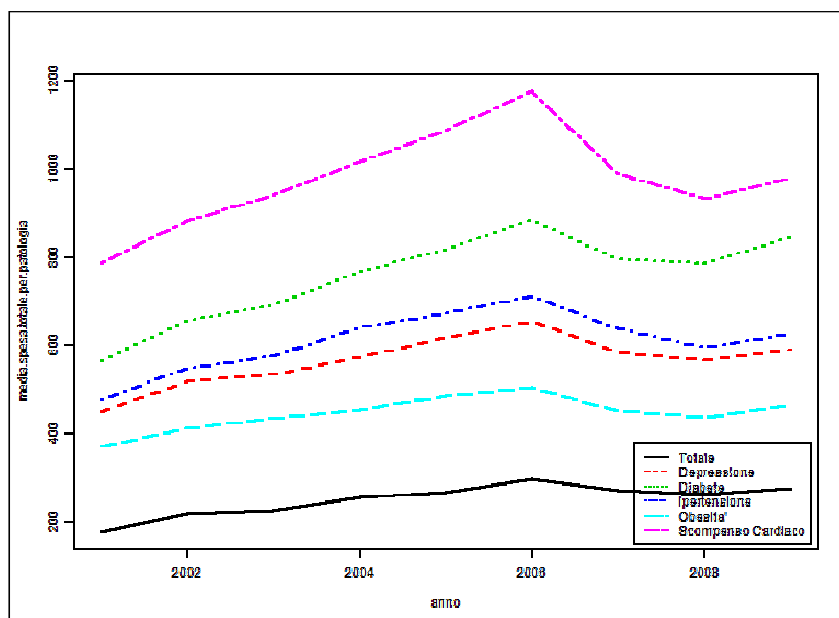
Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Figura 2.3 Spesa media per farmaci e specialistica prescritta dal MMG per patologia (2009)



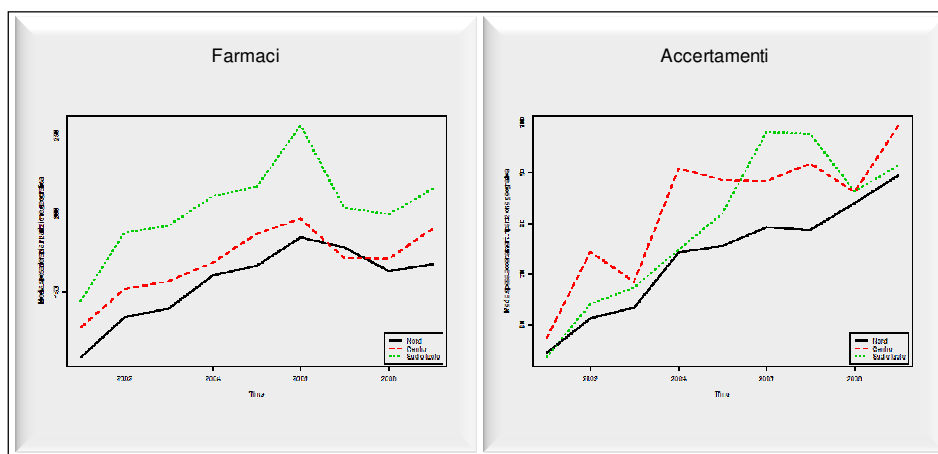
Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Figura 2.4 L'andamento della spesa media per farmaci e specialistica prescritta dal MMG per patologia (2001-2009)



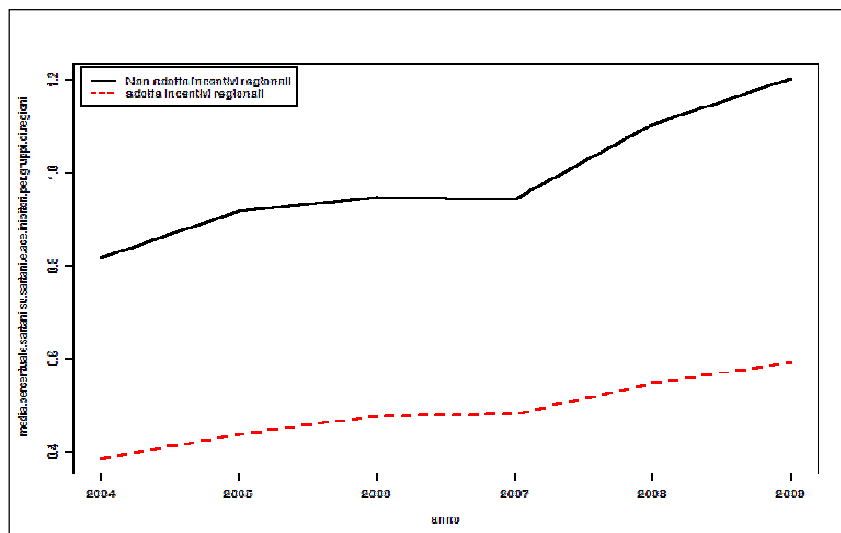
Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Figura 2.5 L'andamento della spesa media per farmaci e specialistica prescritta dal MMG al Nord, Centro e Sud (2001-2009)



Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Figura 2.6 Rischio cardio-vascolare: l'utilizzo degli Ace-Inibitori e dei Sartani (2001-2009)



Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tabella 2.1 Censimento degli strumenti introdotti dagli AIR sulle 5 patologie oggetto di analisi (2009)

Il governo della cronicità negli AIR- Numero di Regioni che introducono strumenti di <i>clinical governance</i>													
Strumenti		Indicazione di PDTA regionale		Invito a formalizzare PDTA a livello aziendale		Sistema aziendale/regionale di monitoraggio PDTA		Incentivazione monetaria collegata a PDTA		Attività di formazione collegate a PDTA		Legame tra forme associative e PDTA	
		00-04	05-09	00-04	05-09	00-04	05-09	00-04	05-09	00-04	05-09	00-04	05-09
Ciclo di contrattazione													
Patologie	Diabete	3	7	7	6	7	13	9	12	6	6	6	6
	Iperensione	2	3	8	8	7	10	9	9	5	5	5	5
	Scompenso cardiaco	0	1	3	7	1	5	2	5	3	4	2	2
	Obesità	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1
	Depressione	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tabella 2.2 Contatti medi annui con il MMG per regione

Regioni	Contatti medi 2009
Calabria	12,0
Marche	11,8
Umbria	11,8
Puglia	11,7
Campania	11,4
Sicilia	11,3
Emilia-Romagna	11,2
Basilicata	11,2
Abruzzo	10,5
Toscana	9,9
Veneto	9,9
Friuli-Venezia Giulia	9,9
Lazio	9,7
Liguria	9,6
Sardegna	9,5
Lombardia	9,2
Piemonte	9,0
Trento	8,9
Valle d'Aosta	8,4
Bolzano	7,5

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

3. Le scelte prescrittive dei medici di medicina generale nelle Regioni: differenze tra Regioni con Piani di rientro e Regioni senza Piani di rientro³

La ricerca ha avuto come obiettivo quello di valutare gli effetti di due dinamiche tra loro interagenti:

- quella relativa alla *devolution*, che ha trasferito alle Regioni la responsabilità esclusiva sulla sanità;
- quella riguardante il crescente peso del vincolo di bilancio sulla spesa sanitaria, ed in particolare i meccanismi del suo ripristino nelle Regioni in cui ha prevalso lungamente il disavanzo, e quindi l'indebitamento.

La *devolution* ha progressivamente spostato l'asse della responsabilità sanitaria verso le Regioni, che sono diventate l'interlocutore primario della molteplicità di soggetti che operano in sanità. E d'altra parte la crescente necessità di garantire la sostenibilità finanziaria della sanità in ciascuna Regione e le difficoltà delle singole amministrazioni regionali di adeguarsi a questa esigenza, hanno portato all'applicazione in molte di esse dei cosiddetti Piani di rientro che hanno parzialmente esautorato le Regioni su alcune decisioni gestionali ed economiche.

Si tratta di dinamiche contraddittorie, di cui è di sicuro interesse capire l'impatto sulle tante dimensioni che compongono l'offerta sanitaria ed il suo rapporto con la domanda.

In concreto, sono stati analizzati i dati relativi ad indicatori di offerta di prestazioni sanitarie e ad indicatori di spesa sanitaria, comparando i valori relativi a due aggregati di Regioni: il primo composto da sei Regioni con Piano di rientro dal 2007-2008 (*Lazio, Sicilia, Sardegna, Campania, Liguria e Abruzzo*) e il secondo da tutte le altre Regioni.

L'analisi dei dati di offerta sanitaria e quelli di spesa relativi ai due aggregati di Regioni mettono in luce almeno due aspetti distinti, da valutare nella loro interazione:

- le Regioni in Piano di rientro hanno oggi indicatori di offerta sanitaria quasi sempre inferiori a quelli delle altre Regioni e quindi i cittadini del primo gruppo di Regioni beneficiano di un set di prestazioni sanitarie procapite inferiore. Nelle sei Regioni in Piano di rientro, quindi, si produce e consuma meno sanità che nel resto del Paese;
- invece nel 2002, il divario degli indicatori di offerta e di spesa tra Regioni in Piano di rientro e altre Regioni era tutto a favore delle prime; quindi, nell'arco di tempo 2002-2009 il divario si è ridotto, fino a capovolgersi. La riduzione del divario è stata particolarmente intensa nel triennio più recente 2006-2009.

³ Ricerca realizzata da Fondazione Censis su progetto Fondazione Farmafactoring

In sostanza, la lettura diacronica dei dati mostra che, a partire da un divario che all'inizio degli anni zero era molto alto tra le Regioni che hanno sottoscritto un Piano di rientro e le altre Regioni, si è poi innescata una dinamica centripeta, di avvicinamento dei valori degli indicatori di offerta e di spesa relativi ai due macroaggregati regionali, processo che ha avuto una notevole accelerazione nel triennio 2006-2009, di pari passo con la crescente attenzione politica, mediatica e anche operativa al contenimento della spesa sanitaria e, quindi, anche dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie.

E' chiaro che se l'obiettivo è quello di arrivare ad una minore variabilità degli indicatori di offerta e di spesa tra i territori, il percorso avviato sta andando in quella direzione.

Tuttavia, questa lettura del dato va arricchita con altre considerazioni che inducono ad una grande cautela, in linea con la complessità estrema del rapporto tra domanda e offerta sanitaria e con le dinamiche in grado di spiegare la spesa e la connessa intensità dell'offerta.

E' noto infatti che la sanità è il portato dell'azione di una molteplicità di soggetti, di cui sicuramente il medico di medicina generale e il paziente sono tra i più significativi, ma non certo gli unici e, nei vari contesti, non necessariamente quelli con le maggiori responsabilità rispetto alle dinamiche dei vari indicatori.

Le considerazioni di cautela fanno riferimento in primo luogo ad alcuni indicatori di contesto; infatti, considerato un indicatore indiretto di domanda sanitaria come la presenza di *persone anziane in rapporto alla popolazione totale*, si riscontra che esso ha un valore non molto distante nei due macroaggregati regionali. Infatti, nelle sei Regioni con Piano di rientro gli anziani nel 2002 erano il 17,3% del totale della popolazione, di contro al 19,5% nelle altre Regioni.

Quindi, ferma restando la necessità di valutare più nel merito il carico epidemiologico, la presenza di patologie e la loro articolazione tipologica, rimane che il divario in termini di peso dei longevi nella popolazione dei due macroaggregati, molto ridotto, non è sicuramente in grado di spiegare le differenze di accesso alle prestazioni sanitarie, né ora né alcuni anni fa.

E visto che il divario nell'offerta e nella spesa sanitaria tra i due gruppi di Regioni esistente al 2002 non aveva spiegazione nella composizione dei bisogni sanitari, si conferma l'importanza dei processi razionalizzatori implementati nelle Regioni in Piano di rientro.

Anche su questo punto però occorre estrema cautela, perché, considerando alcuni *indicatori semplici di qualità percepita*, si riscontra che proprio nelle Regioni in Piano di rientro, nel periodo 2002-2009, si è avuto un peggioramento.

A mostrarlo è, ad esempio, l'indicatore di *soddisfazione dei cittadini* rispetto ad alcune dimensioni dell'offerta sanitaria delle proprie Regioni, come la comodità di orario per l'accesso alle Asl, le attese non oltre i 20 minuti presso le Asl e la soddisfazione per i servizi ospedalieri di assistenza medica, infermieristica e di igiene; infatti, nel 2002, fatto 100 il valore medio nazionale della soddisfazione per il Servizio sanitario, nelle Regioni in Piano di rientro esso era pari a 76,5, vale a dire nettamente inferiore alla media, mentre nelle Regioni senza Piani di rientro risultava pari a 112,3 (fig. 3.1); nel

2009 lo stesso indicatore ha un valore ancora inferiore nelle Regioni in Piano di rientro ed un valore lievemente superiore nelle altre Regioni.

In sostanza, mentre è stata avviata ed ha preso velocità la razionalizzazione dell'offerta e della spesa tramite i Piani di rientro, con effetti che cominciano a risultare visibili, nelle Regioni coinvolte con questo processo la sanità risulta peggiorata agli occhi dei cittadini. Ed è un peggioramento particolarmente preoccupante, visto che le Regioni in Piano di rientro già scontavano una sanità giudicata carente e non in grado di rispondere alle aspettative dei cittadini.

Un altro indicatore indiretto della qualità del Servizio sanitario delle varie Regioni, l'*indice di attrazione dei pazienti*, conferma che il percorso vissuto dalle Regioni in Piano di rientro è almeno da questo punto di vista negativo, visto che questo indicatore, pari a 99,1 nel 2003, è sceso a 87,7 nel 2009; anche nelle altre Regioni si è registrato un calo, ma con un valore dell'indicatore che resta superiore alla media nazionale (fig. 3.2).

Anche un indicatore del tutto soggettivo, come quello relativo alla *percezione positiva del proprio stato di salute*, conferma nelle Regioni in Piano di rientro un peggioramento, visto che scende sotto a 100, mentre nelle altre Regioni sale sopra a 100 (fig. 3.3).

Si tratta in questo caso di *proxy* rispetto alla qualità e, tuttavia, la loro concordanza non può non suggerire che i processi razionalizzatori dell'offerta siano centrati su di una sorta di autoreferenzialità e sulla necessità di un riallineamento tra indicatori di offerta e di spesa tra i vari territori, da ricondurre in un ambito di variabilità più contenuto.

Il processo cioè non solo non sta impattando positivamente sulla qualità percepita dell'offerta, ma sta anche radicalizzando in molti casi le già notevoli differenze tra Regioni sul piano della soddisfazione dei cittadini. Come se fosse in atto un colossale sforzo di omogeneizzazione dei livelli di erogazione delle prestazioni e della spesa, senza che ciò si intrecci con la qualità, che nelle Regioni in Piano di rientro *era bassa e bassa rimane*.

Sarebbe quindi importante riportare l'attenzione sugli effetti che le scelte di bilancio hanno sui cittadini utenti del Servizio sanitario e rendere trasparente il nesso tra ineludibili processi razionalizzatori e impatti sulla sanità concretamente erogata e utilizzata dai cittadini.

In altre parole, se l'offerta sanitaria in termini di quantità di prestazioni erogate e come spesa sostenuta diventa territorialmente meno eterogenea, ma la qualità della sanità rimane diversificata, è evidente che le Regioni con Piano di rientro si ritrovano con una sanità peggiore di prima, almeno nella percezione soggettiva dei cittadini.

Nel merito di alcuni dettagli ulteriori, è interessante leggere le differenze tra le Regioni con Piano di rientro e le altre Regioni nelle prestazioni sia per paziente che per medico. Riguardo al *numero medio di contatti con il medico di medicina generale avuti in un anno da ogni paziente*, emerge che questi sono stati nel 2009 10,1 nelle Regioni senza Piani di rientro e 10,6 in quelle con Piani di rientro (tab. 3.1); rispetto al 2002 vi è stato un riavvicinamento, in quanto in quell'anno i valori erano rispettivamente 7,6 nelle Regioni senza Piani di rientro e 8,7 nelle Regioni con Piano di rientro. E questo è anche l'unico indicatore che ha un valore più alto nelle Regioni con Piano di rientro.

Altri indicatori sono:

- il *numero medio di accertamenti per paziente*, intesi come l'insieme delle visite specialistiche e di controllo, degli accertamenti diagnostici e dei ricoveri in un anno, pari a 13,9 nelle Regioni senza Piani di rientro e a 13,3 nelle Regioni con Piani di rientro (tab. 3.2). Nel 2002 erano invece 9,1 in quelle senza Piani di rientro e 10,4 nelle Regioni con Piani di rientro. In entrambi gli aggregati regionali, nel periodo 2002-2009, il ricorso agli accertamenti per paziente è quindi cresciuto, ma nel recente periodo 2006-2009 in quelle con Piano di rientro vi è stata una riduzione;
- il *numero medio di dosi giornaliere di farmaci*, pari a 388 nelle Regioni senza Piani di rientro ed a 381 in quelle con Piani di rientro (tab. 3.3); vi è stata cioè una dinamica di incremento nei due aggregati regionali, molto più intensa in quelle senza Piani di rientro, e con addirittura una stabilizzazione in quelle con Piani di rientro nel 2006-2009;
- la *spesa sanitaria totale annuale per paziente*, intesa come il "*costo massimo*" che il Servizio sanitario potrebbe sostenere se non vi fosse nessun tipo di compartecipazione, e che include le voci di spesa relative a tutti gli accertamenti, ai ricoveri ed ai farmaci, e risulta pari a 816,90 euro nelle Regioni senza Piani di rientro e a 805 euro nelle Regioni con Piani di rientro, mentre nel 2002 in queste ultime Regioni la spesa era più alta di oltre 35 euro (tab. 3.4).

In sostanza se per il periodo 2002-2006 si registra una crescita della spesa totale per paziente di circa il 14% in entrambi gli aggregati regionali, nel periodo più recente vi è stata una drastica riduzione, con variazioni percentuali negative del quasi -7% in quelle con Piani di rientro, e del -1% nelle Regioni senza Piani di rientro.

Entrando nel merito di una voce di spesa specifica, tradizionalmente al centro delle politiche di contenimento della sanità, quella farmaceutica, si rileva che la *spesa farmaceutica per paziente* è oggi pari a 251 euro nelle Regioni senza Piani di rientro ed a 258 euro in quelle con Piani di rientro (tab. 3.5). In entrambe le macroaree nel periodo 2002-2009 si registra un incremento della spesa, pari rispettivamente al +27% e al +16%; nel periodo più recente, 2006-2009, invece è in atto una contrazione del -7,4% in quelle senza Piani di rientro e del -13,2% in quelle con Piani di rientro;

Di estremo interesse, poi, i *dati per medico di medicina generale*, da cui risulta che:

- il *numero medio di contatti avuti annualmente con i pazienti* risulta nel 2009 pari a 12.125 per medico nelle Regioni senza Piani di rientro, e a 12.202 in quelle con Piani di rientro (tab. 3.6). Tuttavia vi è stato un robusto processo di avvicinamento visto che, soprattutto negli anni 2006-2009, nelle Regioni con Piani di rientro si è avuta una dinamica molto meno intensa, con un +1,4% rispetto al +12,5% delle Regioni senza Piani di rientro;
- il *numero medio annuo di accertamenti per medico*, intesi come visite specialistiche e di controllo, accertamenti diagnostici e ricoveri, è stato nel 2009 pari a 16.677 nelle Regioni senza Piani di rientro e a 15.341 in quelle con Piani di rientro (tab. 3.7). Nel 2002 gli accertamenti erano stati 9.934 nelle Regioni senza Piani di rientro e 11.277 in quelli con Piano di rientro. In entrambi gli aggregati regionali nel periodo

2002-2009 gli accertamenti per paziente sono aumentati, ma nel recente periodo 2006-2009 in quelle con Piano di rientro vi è stata una riduzione del -1,4%;

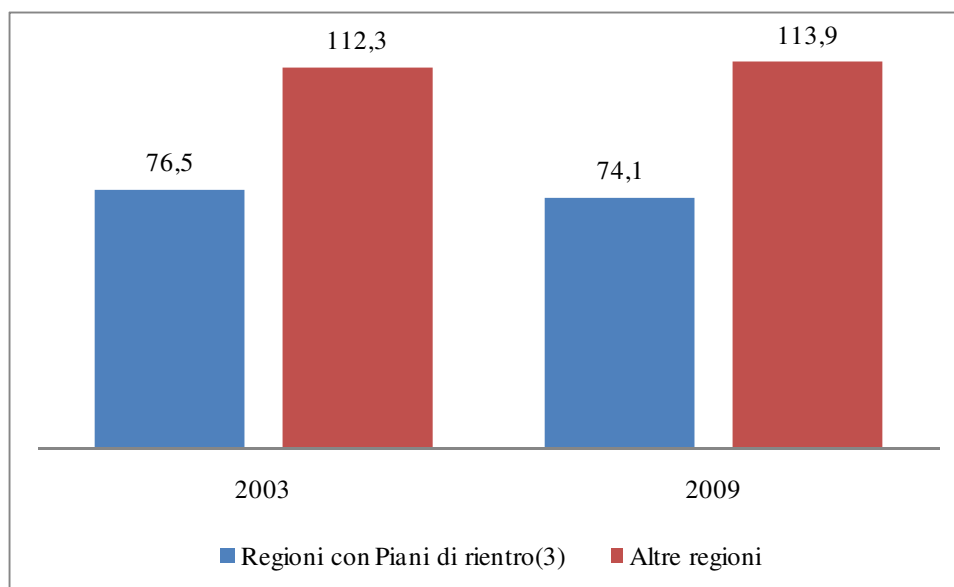
- il *numero medio di dosi giornaliere di farmaco* per medico è pari nel 2009 a 467.725 nelle Regioni senza Piani di rientro ed a 438.469 in quelle con Piani di rientro (tab. 3.8); la dinamica di incremento nei due aggregati regionali è stata più intensa in quelle senza Piani di rientro, mentre nel periodo 2006-2009 si è registrata una stabilizzazione nelle Regioni con Piani di rientro (-0,6%);
- la *spesa sanitaria totale annuale per medico* risulta nel 2009 pari a 490.779 euro nelle Regioni senza Piani di rientro e a 472.580 in quelle con Piani di rientro (tab. 3.9). Vi è stata una inversione di tendenza con contrazione di oltre il 9% in quelle con Piano di rientro nel 2006-2009, mentre nelle altre la spesa è sostanzialmente stabile;
- nella *spesa farmaceutica media annua per medico* la riduzione è stata particolarmente aspra nel 2006-2009 nelle Regioni con Piani di rientro (oltre il 14%), mentre in quelle senza Piani di rientro la contrazione è stata del -5,5% (tab. 3.10).

I trend cruciali individuati a partire dal drastico contenimento dell'offerta e della spesa sanitaria nelle sei Regioni con Piani di rientro trovano quindi piena conferma negli indicatori pro capite, sia per medico che per paziente.

La razionalizzazione dei modelli di offerta è in pieno svolgimento e sta dando i suoi frutti, ma rimane aperta e, a questo stadio prioritaria, la questione della qualità della sanità, sia dal punto di vista della percezione e soddisfazione da parte dei cittadini, che ad oggi continua a penalizzare le Regioni con Piani di rientro, sia rispetto ad altri indicatori di tipo quantitativo, che sembrano rimandare a problemi di appropriatezza e presa in carico da non sottovalutare.

Una sanità che intenda utilizzare in modo più oculato le risorse e che, a parità di prestazioni utilizzi la stessa quantità di risorse nei diversi territori, dovrebbe fare i conti più attentamente con le verifiche di efficacia e copertura.

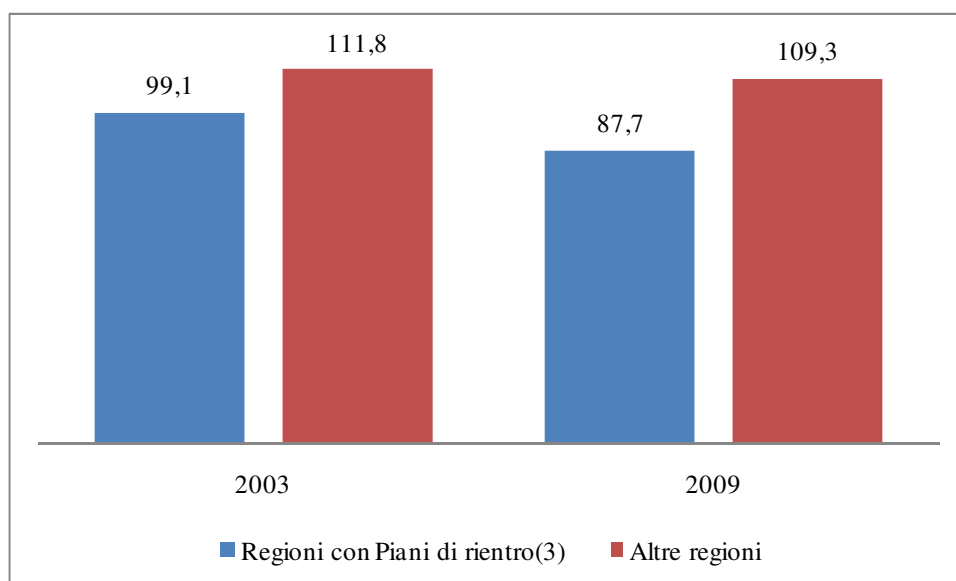
Fig. 3.1 - Indice regionale⁽¹⁾ di soddisfazione dei cittadini⁽²⁾: confronto 2003-2009



- (1) Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso la costruzione di indici viene attribuito all' Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni.
- (2) Indice costruito in base ai seguenti indicatori: comodità di orario delle Asl dichiarata, attese non oltre i 20 minuti presso le Asl, soddisfazione per i servizi ospedalieri di assistenza medica, infermieristica e di igiene.
- (3) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

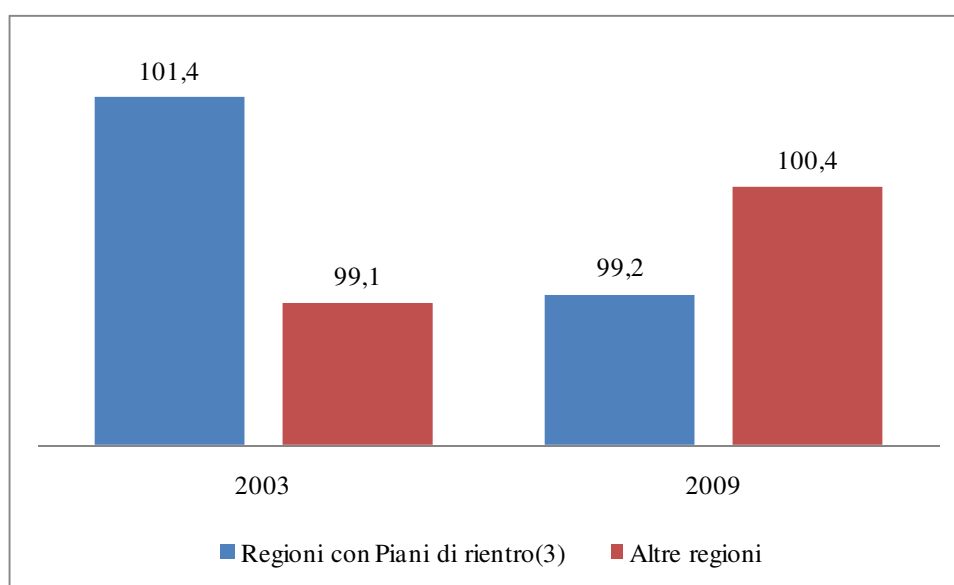
Fig. 3.2 - Indice regionale⁽¹⁾ di attrazione dei pazienti⁽²⁾: confronto 2003-2009



- (1) Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso la costruzione di indici viene attribuito all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni.
- (2) Indice costruito in base all'indicatore di mobilità tra Regioni e l'indicatore di degenza media standardizzata per case mix (il case mix è un indice comparativo di performance che mette a confronto l'efficienza operativa delle strutture della Regione in relazione ai casi di ricovero rispetto a quella osservata a livello nazionale).
- (3) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 3.3 - Indice regionale⁽¹⁾ dello stato di salute⁽²⁾: confronto 2003-2009



- (1) Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso la costruzione di indici viene attribuito all' Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni.
- (2) Persone che forniscono una valutazione buona del proprio stato di salute.
- (3) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 3.1 – Numero medio di contatti⁽¹⁾ realizzati in un anno per paziente: confronto tra Regioni senza Piani di rientro e Regioni con Piani di rientro⁽²⁾ (val. medio per paziente, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	7,6	9,1	10,1	32,6	10,3	20,3
Regioni con Piani di rientro	8,7	10,3	10,6	21,2	2,7	17,9

(1) Numero di volte che un paziente si è recato in media in un anno dal medico di medicina generale.

(2) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.2 - Numero medio di accertamenti (visite specialistiche e di controllo, accertamenti diagnostici, ricoveri) effettuati in un anno per paziente: confronto tra Regioni senza Piani di rientro e Regioni con Piani di rientro(*) (val. medio per paziente, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	9,1	12,3	13,9	52,4	12,2	35,8
Regioni con Piani di rientro	10,4	13,3	13,3	28,7	-0,1	28,9

(*) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.3 – Numero medio di DDD (dosi definite giornaliere di farmaci) prescritte in un anno per paziente: confronto tra Regioni senza Piani di rientro e Regioni con Piani di rientro (val. medio per paziente, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	252,3	361,9	388,4	54,0	7,3	43,4
Regioni con Piani di rientro	264,9	378,5	381,2	43,9	0,7	42,9

(*) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.4 – Spesa sanitaria totale⁽¹⁾ per paziente: confronto tra Regioni senza Piani di rientro e Regioni con Piani di rientro⁽²⁾
(val. medio per paziente in €, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	722,70	825,10	816,90	13,0	-1,0	14,2
Regioni con Piani di rientro	758,10	863,50	805,10	6,2	-6,8	13,9

(1) Intesa come il “costo massimo” che il Ssn potrebbe sostenere (ad esempio se non ci fosse nessun tipo di compartecipazione); tale spesa include la spesa per farmaci, accertamenti e ricoveri ospedalieri.

(2) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.5 – Spesa farmaceutica⁽¹⁾ media per paziente: confronto tra Regioni senza Piani di rientro e Regioni con Piani di rientro⁽²⁾ (val. medio per paziente in €, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	197,10	271,40	251,40	27,5	-7,4	37,7
Regioni con Piani di rientro	222,10	297,80	258,70	16,5	-13,2	34,1

(1) Per il calcolo della spesa farmaceutica sono stati considerati solo i farmaci in classe A.

(2) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.6 - Numero medio di contatti⁽¹⁾ realizzati in un anno per medico: confronto tra Regioni senza Piani di Rientro e Regioni con Piani di rientro⁽²⁾ (val. medio per medico, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	8.297,4	10.777,0	12.125,2	46,1	12,5	29,9
Regioni con Piani di rientro	9.531,1	12.032,1	12.202,7	28,0	1,4	26,2

(1) Numero di volte che un paziente si è recato in media in un anno dal medico di medicina generale.

(2) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.7 - Numero medio di accertamenti (accertamenti diagnostici, visite, ricoveri) effettuati in un anno per medico: confronto tra Regioni senza Piani di Rientro e Regioni con Piani di rientro (val. medio per medico, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	9.934,5	14.571,3	16.677,7	67,9	14,5	46,7
Regioni con Piani di rientro	11.277,6	15.556,4	15.341,5	36,0	-1,4	37,9

(*) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.8 - Numero medio di DDD (dosi definite giornaliere di farmaci) prescritte in un anno per medico: confronto tra Regioni senza Piani di Rientro e Regioni con Piani di rientro(*) (val. medio per medico, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	275.706,6	427.066,6	467.725,1	69,6	9,5	54,9
Regioni con Piani di rientro	288.369,6	440.952,4	438.469,8	52,1	-0,6	52,9

(*) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.9 - Spesa sanitaria totale⁽¹⁾ media per medico: confronto tra Regioni senza Piani di Rientro e Regioni con Piani di rientro⁽²⁾ (val. medio per medico in €, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	333.259,70	487.876,50	490.779,20	47,3	0,6	46,4
Regioni con Piani di rientro	367.209,90	522.945,70	472.580,60	28,7	-9,6	42,4

(1) Intesa come il “costo massimo” che il Ssn potrebbe sostenere (ad esempio se non ci fosse nessun tipo di compartecipazione); tale spesa include la spesa per farmaci, accertamenti e ricoveri ospedalieri.

(2) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

Tab. 3.10 - Spesa farmaceutica⁽¹⁾ media per medico: confronto tra Regioni senza Piani di Rientro e Regioni con Piani di rientro⁽²⁾ (val. medio per medico in €, var. %)

	2002	2006	2009	Var. % '02-'09	Var. % '06-'09	Var. % '02-'06
Regioni senza Piani di rientro	215.393,60	320.279,40	302.687,90	40,5	-5,5	48,7
Regioni con Piani di rientro	241.687,50	346.971,30	297.506,00	23,1	-14,3	43,6

(1) Per il calcolo della spesa farmaceutica sono stati considerati solo i farmaci in classe A.

(2) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Sardegna e Sicilia.

Fonte: elaborazioni su dati Health Search-CSD LPD - Progetto SiSSI

