

Il Sistema Sanitario in controtuce

Rapporto 2012

Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza

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



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

Giunto alla sua sesta edizione, il Rapporto 2012 della Fondazione Farmafactoring sul sistema sanitario, prodotto in collaborazione con Fondazione Censis e Cergas-Bocconi ed arricchito dall'intervento di singoli ricercatori, continua nella sua opera di individuazione di spunti interpretativi e di analisi originali sulla realtà sanitaria del nostro Paese.

Come ormai tradizione, il Rapporto concentra le sue attenzioni sugli aspetti gestionali e finanziari del sistema, oltre che sui rapporti di causa-effetto che esistono tra le scelte dei modelli organizzativi a livello locale e le performance economico-finanziarie da un lato e lo stato di salute della popolazione dall'altro.

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

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

L'obiettivo dichiarato del Rapporto è di capire meglio i meccanismi e il sistema di inventivi attraverso cui gli interventi della politica incidono sulla capacità del sistema di rispondere ai bisogni sanitari dei suoi cittadini. Il Rapporto intende discutere di tali aspetti offrendo una serie di spunti e di riflessioni basati su analisi empiriche ottenute unendo sinergicamente informazioni provenienti da statistiche ufficiali, dal Progetto SiSSI (**S**imulazione della **S**pesa **S**anitaria **I**taliana) della SIMG-CEIS e da indagini *ad hoc* realizzate per l'occasione dai ricercatori del CENSIS e del CERGAS. Inoltre, è utile ricordare che molte delle evidenze che sono presentate nel Rapporto non sarebbero state disponibili senza l'impegno della Fondazione Farmafactoring a supportare il Progetto SiSSI. La disponibilità dei risultati del progetto SiSSI per ricercatori coinvolti nella redazione Rapporto ha poi permesso di creare ulteriori utili sinergie che si evidenziano nella capacità di incrociare tali

informazioni con altre in loro possesso, permettendo in alcuni casi di valutare in modo accurato politiche sanitarie attuate a livello locale.

In questo modo, la Fondazione Farmafactoring continua il suo impegno per contribuire ad alimentare un dibattito pubblico sulla sostenibilità finanziaria del nostro sistema sanitario e sulla sua efficienza ed efficacia, cercando di fornire risposte a una serie di importanti quesiti e producendo evidenze che possano condurre i decisori politici a fare scelte in modo più informato.

Temi questi che da troppo tempo, sebbene fondamentali per l'impostazione delle politiche sanitarie in Italia, non hanno trovato una adeguata risposta. Le decisioni rilevanti continuano ad essere prese in base ad informazioni provenienti da dati di natura aggregata che, nel caso della spesa sanitaria, al massimo riflettono l'utilizzo dei fondi (in termini di allocazione tra le varie voci di spesa), ma che poco possono dire in merito all'efficacia ed alla appropriatezza della stessa. Come risulterà chiaro dalla lettura dei risultati del presente Rapporto, sono ancora tante le situazioni nelle quali interventi di contenimento della spesa si trasformano in operazioni di puro razionamento dei servizi, lasciando ai pazienti (quelli che possono) la sola alternativa del canale privato, determinando quindi condizioni di iniquità nell'accesso alle cure da parte dei cittadini.

Come sempre, il Rapporto è articolato su due sezioni, una che si ripete negli anni e presenta le caratteristiche fondamentali del nostro SSN, anche se negli anni spesso tali informazioni sono state arricchite con dati e informazioni inedite e molto dettagliate sui costi della sanità pubblica. La seconda, invece, riporta una serie di approfondimenti che cambiano ogni anno, in base al tema individuato dal Rapporto.

La finanza pubblica e le prospettive future.

E' fuori di dubbio che il sistema sanitario italiano (per una serie combinata di motivi) sia un sistema sostanzialmente sano e con delle buone prospettive di sostenibilità se confrontato con quello di paesi simili al nostro per livello di sviluppo. Ovviamente, ciò non vuol dire che il sistema non sia migliorabile; siamo lontani dalla perfezione e la spesa sanitaria dovrà essere monitorata con molta più attenzione per capire dove sono le inefficienze e per rispondere meglio ai bisogni della popolazione.

Il prossimo futuro imporrà che la quantità di risorse necessarie per garantire la disponibilità di cure (a una popolazione che continuerà ad invecchiare) sarà sempre in aumento, con una progressione di spesa che difficilmente potrà essere garantita dallo Stato. Immaginare di recuperare efficienza per abbassare i costi è sicuramente uno dei percorsi da perseguire da subito, ma non sarà certo la strategia risolutiva in futuro. Il compito più importante per i *policy makers* sarà, invece, quello di affrontare i problemi della sanità in un contesto di approccio strutturale e non certo secondo

interventi *ad hoc* come ampiamente fatto negli anni passati. Investire in prevenzione sarà sicuramente la forma di investimento con il più elevato ritorno in termini di benefici per euro speso da parte della popolazione. Ma anche in questo caso sarà necessario capire dove esattamente intervenire e con quali strumenti. Da questo punto di vista, la disponibilità di dati e studi sempre più aggiornati e dettagliati potrà aiutare a capire i problemi della sanità e a disegnare soluzioni adatte.

La seconda metà del 2011 è stata una fase particolarmente difficile per la gestione dei conti pubblici. La posizione del nostro Paese è divenuta progressivamente più difficile e meno sostenibile, con conseguenze di tipo economico e politico. Il Dl 98/2011 e il Dl 138/2011 hanno imposto una correzione all'indebitamento netto tendenziale della PA pari, secondo le stime ufficiali, a 2,8 miliardi di euro per il 2011, che sale a 28,3 miliardi di euro nel 2012, a 54,3 miliardi di euro nel 2013 e a 59,8 miliardi di euro nel 2014. Nonostante tali interventi, le tensioni sui mercati finanziari, in particolare dell'area dell'euro, non si sono stemperate, provocando un continuo ed altalenante ampliamento dei differenziali sui tassi di interesse rispetto al *benchmark*, su cui ha finito per pesare anche il calo di credibilità a livello internazionale del nostro Paese. Il governo Monti – subentrato al precedente – ha ritenuto di adottare una nuova manovra, per contrastare il risultante peggioramento tendenziale dei conti pubblici. La nuova correzione imposta ai conti pubblici ammonta a 20 miliardi di euro nel 2012 e a poco più di 21 miliardi nel biennio successivo. Nel complesso le manovre varate comportano una correzione dell'indebitamento netto pari a circa 2,8 miliardi di euro nel 2011, che salgono a 48,5 miliardi nel 2012, a 75,6 nel 2013 e a 81,3 miliardi nel 2014. Le correzioni agiscono prevalentemente dal lato del reperimento al bilancio pubblico di nuove risorse, che pesano sul totale della correzione per oltre l'80 per cento nel 2012 e poco meno del 70 per cento nel biennio successivo. Solo recentemente, è stato reso noto che il governo intenderebbe tagliare la spesa pubblica di circa 4 miliardi di euro e destinare tali risorse alla riduzione della pressione fiscale. Allo stato attuale, la documentazione presentata – il cosiddetto Rapporto sulla *spending review* – non consente di fare previsioni in merito. Tuttavia, la sanità appare nel “mirino” dei prossimi tagli: dei 295 miliardi di euro di spesa pubblica ritenuta “aggregabile” o “rivedibile” nel medio periodo, la sanità ne copre circa un terzo.

Il finanziamento del SSN e il raggiungimento del pareggio di bilancio

In attesa che il governo “scopra le sue carte” e introduca i provvedimenti annunciati, il finanziamento per il SSN rimane quello fissato nell'ambito delle manovre di correzione varate nel 2011, precisamente nel Dl 98/2011, che hanno imposto anche alla sanità un significativo onere, con una riduzione delle risorse disponibili per il periodo 2011-2012 (vedi tabella 1). In tal modo, quelle risorse che nell'Intesa del dicembre 2009 dovevano essere rese disponibili dallo Stato sono, invece, poste a carico delle Regioni che devono recuperarle attraverso un incremento della

compartecipazione alla spesa per gli utenti. Inoltre, è stata stabilita una riduzione del finanziamento statale per gli anni 2013-2014: il finanziamento statale vigente, ottenuto incrementando quello del 2012 del tasso di variazione del PIL, è ridotto di 2 miliardi per il 2013 e di 5,4 miliardi per il 2014 (vedi tabella 2).

Tabella 1 - La manovra sanitaria per il 2011-2012

	2010	2011	2012
Finanziamento statale per il SSN	105.566	107.287,0	109.614
Finanziamento statale stanziato	105566 (*)	106.633	108.780
- Residuo da stanziare	0	486,5	834
- Reintroduzione ticket	0	-386,5	-834
Finanziamento Statale programmato	105.566	106.733	108.780

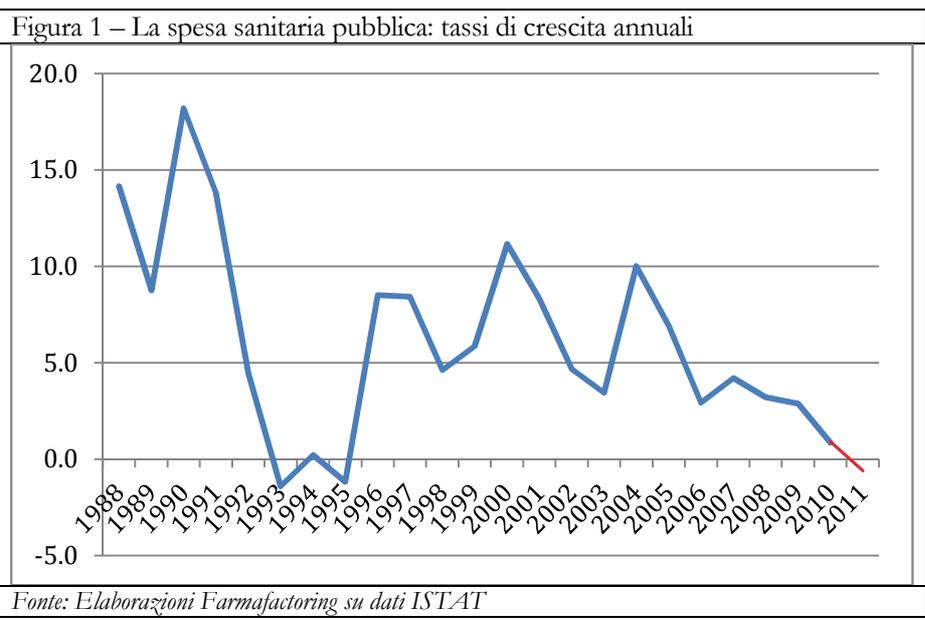
Fonte: Elaborazioni Farmafactoring su Documenti Ufficiali

Tabella 2 - La manovra sanitaria per il 2012-2014
(valori in milioni di euro)

	2012	2013	2014
Finanziamento tendenziale	108.780,0	111.794	116.234
Riduzione finanziamento	0,0	-2.500	-5.450
- Prezzi di riferimento	0,0	-750,0	-1.100,0
- Farmaceutica	0,0	-1.000,0	-1.000,0
- Dispositivi medici	0,0	-750,0	-750,0
- Ticket	0,0	0,0	-2.000,0
- Personale	0,0	0,0	-600,0
Finanziamento programmatico	108.780,0	109.294,0	110.784,0

Fonte: Elaborazioni Farmafactoring su Documenti Ufficiali

In termini di dinamica temporale, l'esistenza di un processo di contenimento della spesa è reso evidente nella fig. 1, dove è riportata la dinamica della spesa sanitaria negli ultimi 25 anni circa. Dal 2006, la spesa sanitaria nominale cresce costantemente a tassi inferiori al 5 per cento, e in continua diminuzione. Riguardo il 2011, sulla base delle poche evidenze recentemente rese disponibili (MEF-DEF, 2012), la spesa sanitaria, definita secondo i criteri ISTAT del conto economico consolidato del settore, ha raggiunto i 112 miliardi circa di euro, con una riduzione rispetto al 2010, tenuto conto anche delle rettifiche, dello 0,6 per cento. Pertanto, dopo quasi 20 anni, per la prima volta la spesa sanitaria registra una riduzione in termini nominali, così come era accaduto nei primi anni '90.



Il disavanzo complessivo nel 2010 è stato di 2,3 miliardi di euro, circa 1 miliardo in meno a quello dello scorso anno. Da rilevare, poi, come dopo circa 8 anni il disavanzo scende al disotto dei 3 miliardi di euro: l'ultima volata era stata nel biennio 2002-2003, quando però le risorse disponibili erano cresciute ad un tasso più che doppio rispetto al 2009 (5,5 per cento in media d'anno).

A livello territoriale, infine, le Regioni impegnate nei Piani di rientro – Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Puglia - continuano a registrare risultati di bilancio negativi, che pesano per l'86,4 per cento del disavanzo complessivo (cfr. tabella 3). In valori assoluti le situazioni più preoccupanti sono quelle del Lazio e della Campania, che da sole pesano per circa i due terzi del disavanzo complessivo. Rilevanti anche i disavanzi registrati in Puglia e Sardegna, che insieme pesano poco meno di un quarto del disavanzo totale. In termini pro-capite, però, oltre al Lazio – un disavanzo di 183,7 euro pro-capite - si segnala il Molise con un disavanzo pro-capite che sfiora i 170 euro.

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

Tavola 3 - Costi e ricavi del SSN (2010)

(valori in milioni di euro)

	Costi	Ricavi	Saldi mobilità sanitaria interregionale	Risultato d'esercizio	Risultato pro- capite (euro)
Piemonte	8.658,7	8.665,8	1,8	8,8	2,0
Valle d'Aosta	280,6	289,9	-16,2	-6,9	-54,1
Lombardia	17.952,6	17.525,6	437,6	10,6	1,1
P.a. di Bolzano	1.111,2	1.108,9	4,2	2,0	3,9
P.a. di Trento	1.102,1	1.107,1	-15,8	-10,8	-20,6
Veneto	9.033,3	8.862,6	98,0	-72,7	-14,8
Fri. Ven. Giulia	2.499,3	2.483,5	24,4	8,6	7,0
Liguria	3.318,4	3.256,2	-26,4	-88,6	-54,8
Emilia-Romagna	8.583,6	8.254,8	355,2	26,5	6,0
Toscana	7.241,8	7.141,0	115,1	14,2	3,8
Umbria	1.648,0	1.647,0	11,4	10,4	11,6
Marche	2.850,2	2.909,5	-31,7	27,6	17,7
Lazio	11.336,9	10.227,7	65,3	-1.043,8	-183,7
Abruzzo	2.391,6	2.434,7	-62,2	-19,1	-14,3
Molise	660,2	574,1	32,7	-53,5	-166,9
Campania	10.099,3	9.907,0	-303,5	-495,8	-85,1
Puglia	7.330,0	7.163,9	-169,3	-335,4	-82,1
Basilicata	1.058,6	1.058,9	-35,6	-35,3	-60,0
Calabria	3.444,5	3.686,6	-223,8	18,3	9,1
Sicilia	8.588,4	8.732,1	-205,7	-62,0	-12,3
Sardegna	3.102,8	2.929,4	-55,3	-228,7	-136,8
ITALIA	112.291,8	109.966,3	0,0	-2.325,6	-38,5

Fonte: Ministero dell'Economia (2012)

Anche dopo il varo delle nuove regole del federalismo sanitario, i Piani di rientro continuano a rimanere lo strumento principale per imporre alle Regioni una sana gestione dei SSR. Previsti a partire dal 2005, i Piani di rientro hanno cominciato a essere operativi a partire dal 2007, dopo un aggiornamento dei loro contenuti nel Patto per la salute 2007-2009. I Piani sono stati un efficace strumento di

contenimento della spesa: nel periodo 2007-2010 il tasso di crescita medio annuo di costi del SSN è stato del 2,4 per cento, mentre nei 6 anni precedenti era stato del 6,6 per cento.

Tuttavia, a fronte di un discreto risultato in termini medi, l'analisi disaggregata dei dati relativi ai piani di rientro mostra una situazione molto più articolata. Nella tabella 4 sono riportate, per le principali funzioni di spesa, gli scostamenti percentuali dei costi effettivamente sostenuti rispetto a quelli programmati. I valori positivi indicano che i costi effettivamente sostenuti sono stati superiori a quelli previsti nei Piani di rientro e il contrario nel caso opposto. I risultati mostrano come tre Regioni (Lazio, Molise e Campania) non siano riuscite a contenere i costi nella misura programmata, mentre le altre sono riuscite a ridurli in misura superiore. Per l'assistenza diretta solo Calabria e Sicilia sono riuscite a centrare i loro obiettivi e, anzi, a sostenere una spesa inferiore del previsto; mentre il Lazio e il Molise, pagano un cattivo risultato della gestione dell'acquisto di beni e servizi che penalizza fortemente il risultato della gestione diretta. L'elevato scostamento delle altre spese della gestione diretta, incide di meno rispetto alle altre voci che costituiscono la gran parte dei costi considerati. Passando a considerare i risultati del contenimento dei costi per l'assistenza convenzionata e accreditata si nota come tre Regioni (Abruzzo, Molise e Sicilia) siano riuscite a contenerli in misura superiore alle previsioni.

Tabella 4 - I risultati dei Piani di rientro per il 2010: scostamenti dei costi effettivi rispetto ai programmati
(scostamenti in % dei costi programmati)

	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Sicilia
Assistenza diretta	9,0	0,1	9,8	3,0	-5,9	-2,9
Personale	1,0	0,4	-0,8	4,8	-3,7	-1,9
Beni e servizi	17,6	-3,9	19,8	-3,9	-0,3	-4,9
Altro gestione diretta	0,3	15,0	50,7	20,4	-33,2	-2,6
Assistenza indiretta	3,0	-2,1	-0,7	2,0	4,5	-0,3
Farmaceutica	0,1	4,0	-11,6	-0,9	0,3	-1,6
Ospedaliera	3,7	-17,1	-2,1	2,2	14,5	0,1
Specialistica	5,9	7,6	7,1	6,2	3,1	-0,1
Altro gestione indiretta	3,7	-1,8	5,8	1,9	5,0	0,6
Totale	6,4	-0,6	5,4	2,6	-2,3	-1,8

Fonte: elaborazioni Farmafactoring su Documenti regionali

E' inoltre interessante ricostruire come le Regioni abbiano effettivamente garantito l'equilibrio dei conti. A tal fine le Regioni hanno dovuto fare affidamento

principalmente su risorse proprie, attinte dai bilanci o recuperate con l'incremento delle leve fiscali regionali. Tuttavia, le Regioni incontrano su tale terreno crescenti difficoltà, come mostrano i dati riportati nella tabella 5 dove, accanto ai disavanzi accertati presso il Tavolo di verifica degli adempimenti, figurano le relative fonti di copertura e il saldo finale nel biennio 2009-2010. Solo alcune tra quelle considerate riescono a coprire il disavanzo: il Lazio, l'Abruzzo e la Sicilia in entrambi gli anni e la Campania nel solo 2009. La copertura garantita dallo Stato per il 2009, il Fondo Statale Straordinario (FSS), è stata decisiva ai fini del pareggio di bilancio per tutte le Regioni ad eccezione della Sicilia.

Tabella 5 - Il monitoraggio per il 2009 - 2010 per le Regioni con Piani di rientro
(milioni di euro)

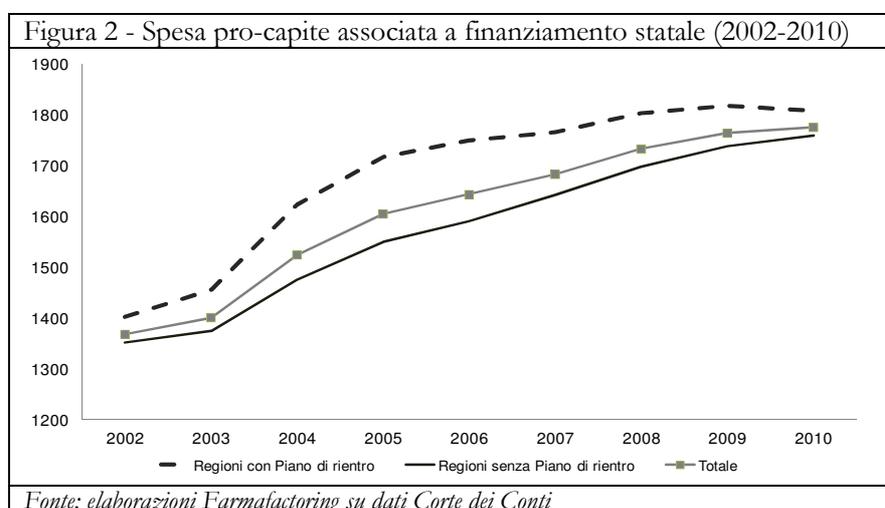
	Risultato d'esercizio	Leva fiscale regionale	Ulteriori risorse regionali	FSS	FAS	Saldo finale
2009						
Liguria	-97,5	104,6	0,0	35,3	0,0	42,4
Lazio	-2.646,8	1.039,2	565,1	264,3	796,8	18,7
Abruzzo	-456,0	19,5	203,2	73,1	160,0	-0,3
Molise	-106,0	30,5	0,0	20,3	0,0	-55,1
Campania	-997,5	426,6	0,0	248,5	322,0	-0,4
Calabria	-972,7	52,8	0,0	0,0	0,0	-919,9
Sicilia	-207,8	336,5	0,0	98,5	0,0	227,3
Totale	-5.484,3	2.009,7	768,3	740,0	1.278,8	-687,3
2010						
Lazio	-1.068,1	758,7	409,3	0,0	0,0	99,9
Abruzzo	-29,0	39,4	0,0	0,0	0,0	10,4
Molise	-124,3	22,9	0,0	0,0	0,0	-101,4
Campania	-818,3	185,7	0,0	0,0	0,0	-632,5
Calabria	-911,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-911,1
Sicilia	-66,6	316,4	0,0	0,0	0,0	249,9
Totale	-3.017,4	1.323,1	409,3	0,0	0,0	-1.284,8

Fonte: elaborazioni Farmafactoring su dati Corte dei Conti (2011b)

Inoltre, significativo è stato per le Regioni che ne hanno potuto beneficiare il ruolo delle risorse del Fondo per le Aree Sottoutilizzate (FAS). Sebbene, il loro utilizzo ai fini della copertura dei disavanzi sanitari non violi il principio di non intervento dello Stato – si tratta in definitiva di risorse spettanti a tali Regioni - di fatto provoca uno

“scadimento” di qualità della spesa regionale, che va a detrimento della realizzazione di programmi di sviluppo regionale.

Nel complesso, per capire se e in che modo i Piani di rientro hanno contribuito al contenimento della spesa e al suo riallineamento con quella delle regioni più virtuose, si può osservare la dinamica della spesa sanitaria pro-capite regionale, depurata della parte finanziata dalle regioni con risorse proprie, riportata nella Figura 2. Come è possibile vedere, le Regioni “con” Piano di rientro registrano a partire dal 2002 un livello più elevato, con una dinamica più sostenuta rispetto alle altre fino al 2005.



Le previsioni di spesa 2012-2014.

Le simulazioni riportate nella tabella 6 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 sostenuta nei prossimi anni, incompatibile con i livelli di finanziamento (colonna (d)). Considerando anche le risorse disponibili al settore abbiamo provato a stimare i risultati in termini di saldi di bilancio. La stima dei ricavi è ottenuta sommando al finanziamento statale complessivo (al netto delle poste che vanno a finanziare quelle attività non contabilizzate nei costi delle Regioni), le risorse regionali tenendo conto delle disposizioni sulla compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e sulla base di una stima delle maggiori risorse che le Regioni

attivano autonomamente rispetto a quelle connesse al finanziamento statale, al netto di quelle reperite dalle Regioni con i Piani di rientro attivando la loro leva fiscale.

Anche nello scenario “con” policy, non si raggiungerebbe l'equilibrio di bilancio. Tuttavia, secondo le nostre simulazioni, nel biennio 2011-2012 il deficit si ridurrebbe significativamente e la copertura da parte delle Regioni sarebbe più agevole (ricordiamo che nel 2010 le risorse fiscali aggiuntive messe in campo dalle Regioni con piani di rientro sono risultate pari a 1,3 miliardi di euro). L'allargarsi dei deficit nel 2013 e il relativo ridimensionamento l'anno seguente risentono della dinamica stimata delle risorse disponibili e in particolare dell'introduzione di nuove forme di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti nel 2014, che fanno aumentare le risorse disponibili a un tasso di circa il 3 per cento.

Tabella 6 - Simulazione dei risultati di esercizio del SSN

(miliardi di euro)

Anni			Stime SANIMOD		Calcolo DEFICIT		
	Risorse disponibili	Costi effettivi	Scenario “con” Policy	Scenario tenden.	Effettivi	“con” Policy	Tenden.
	(a)	(b)	(c)	(d)	(a-b)	(a-c)	(a-d)
2002	78,1	81,0	79,9	79,9	-2,9	-1,8	-1,8
2003	81,4	83,7	84,6	84,6	-2,3	-3,2	-3,2
2004	86,2	92,0	91,8	91,8	-5,8	-5,6	-5,6
2005	92,9	98,6	99,4	99,4	-5,7	-6,5	-6,5
2006	97,8	102,3	101,9	101,9	-4,5	-4,1	-4,1
2007	102,9	105,6	105,6	105,6	-2,7	-2,8	-2,8
2008	106,1	108,7	109,4	109,4	-2,6	-3,3	-3,3
2009	109,2	111,7	111,7	111,7	-2,6	-2,5	-2,5
2010	110,0	112,3	111,9	112,9	-2,3	-2,0	-3,0
2011	112,8		113,6	116,6		-0,8	-3,7
2012	115,3		115,5	120,3		-0,2	-5,0
2013	115,8		117,9	124,7		-2,0	-8,8
2014	119,3		120,3	129,2		-0,9	-9,9

(a) Fino al 2010, Ricavi SSN (MEF) corretti con Fondo transitorio; 2011-2012, nostre stime (finanziamento statale e risorse regionali)

(b) Stime MEF

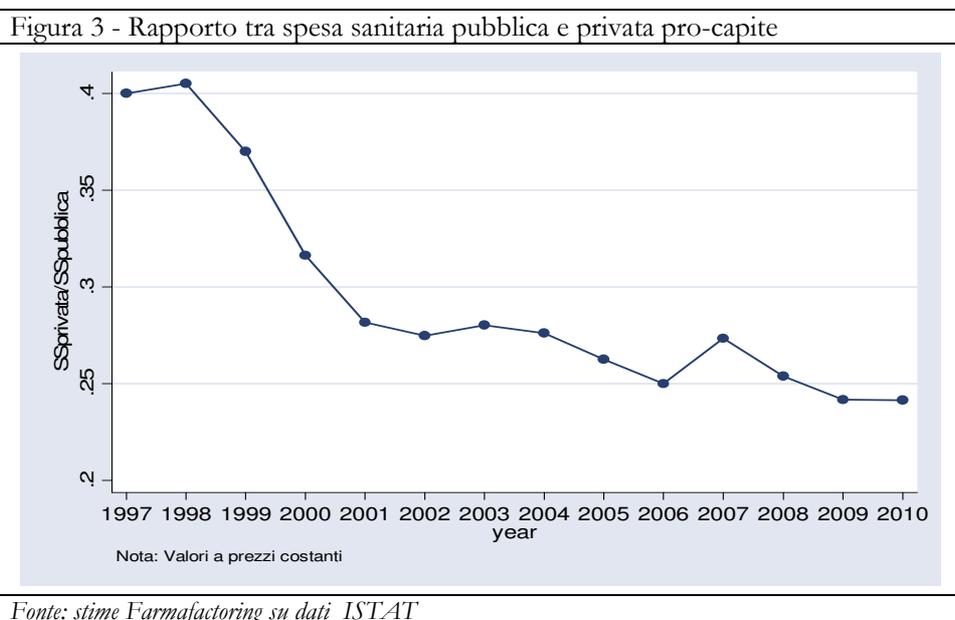
Fonte: stime Farmafactoring su dati RGS e SANIMOD.

Spesa pubblica e spesa privata: esiste un netto trade-off

Le evidenze fin qui presentate mostrano come negli anni le Regioni abbiano dovuto fare sempre più affidamento su risorse proprie, attinte dai bilanci o recuperate con l'incremento delle leve fiscali regionali, per raggiungere il pareggio di bilancio. Una

corretta ed efficiente allocazione delle risorse finanziarie in ambito sanitario è un tema importante e delicato soprattutto per un paese come l'Italia, che registra una crescente percentuale di persone anziane nella popolazione e deve contrastare il problema di un crescente debito pubblico.

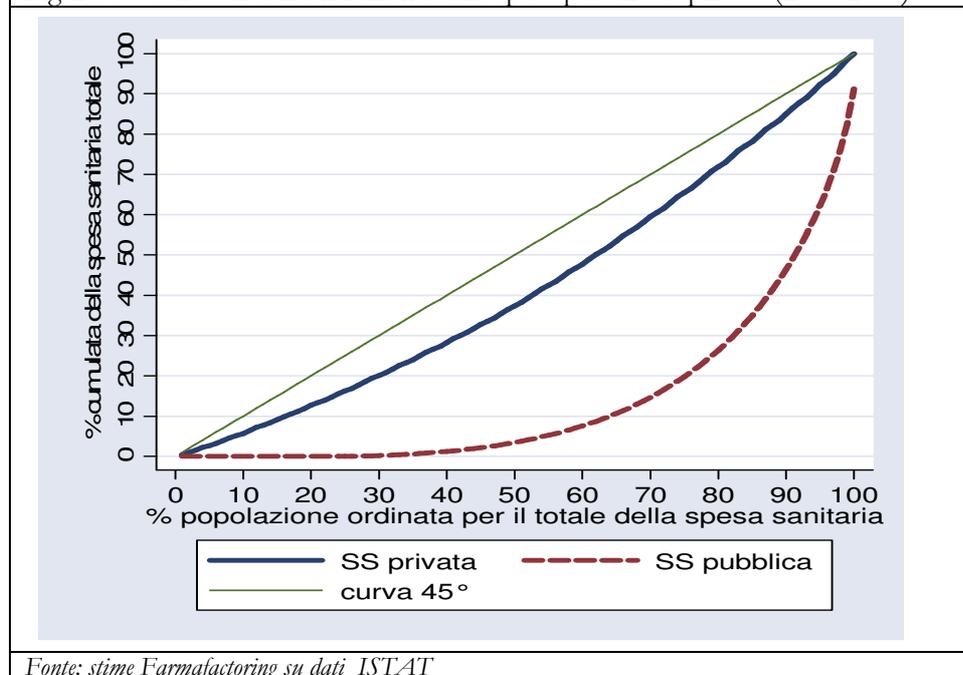
Le politiche sanitarie adottate tra il 1992 ed il 1995 hanno avuto un ruolo fondamentale nell'alterare il rapporto tra spesa sanitaria privata e pubblica (vedi Figura 3). In particolare, la riforma del 1992 ha modificato l'allocazione tra spesa sanitaria pubblica e privata, spostando il sistema da un rapporto di equilibrio ante 1992 di circa 0,22 (spesa privata pari al 22 per cento della spesa pubblica), verso un nuovo rapporto di equilibrio pari a circa 0,38 nel 1995 e che rimane pressoché invariato fino al 1998. In seguito, il rapporto di equilibrio cambia di nuovo direzione attestandosi intorno al 28-25% della spesa pubblica in leggera discesa tra il 2001 e il 2010.



Oltre a considerare l'evoluzione nel tempo della spesa privata, è interessante osservare come essa si distribuisca tra la popolazione. La Figura 4 riporta la curva di concentrazione della spesa sanitaria pubblica e privata in Italia come media tra il 2000 ed il 2010. Nel caso in cui ogni famiglia italiana consumasse lo stesso ammontare di risorse sanitarie, questo fornirebbe una linea retta che taglia a metà il grafico. La situazione opposta si ottiene nel caso in cui tutte le famiglie italiane non consumano risorse, tranne una: in questo caso la curva sarebbe perfettamente

sovrapposta all'asse delle ascisse, tranne che nell'ultimo punto in cui sarebbe perfettamente verticale fino a raggiungere il valore di 1. Tutte le altre situazioni sono rappresentate da curve che si discostano sempre di più dalla diagonale, quanto maggiore è il livello di disuguaglianza tra le famiglie nei livelli di spesa. Quello che appare dalla Figura 4, e mai messo in luce prima d'ora, è che mentre il consumo di spesa sanitaria pubblica appare piuttosto diseguale, il consumo di spesa privata è più omogeneo tra la popolazione. In particolare, osserviamo come il 40 per cento circa degli individui ha una spesa sanitaria pubblica prossima allo zero, mentre lo stesso 40 per cento consuma circa il 27 per cento della spesa sanitaria privata. Questo risultato è molto in linea con la struttura del nostro sistema sanitario, e fornisce una chiara evidenza sul ruolo assicurativo della spesa sanitaria pubblica, dove un numero ridotto di persone consuma molte risorse (le persone più gravi e necessarie di maggiori cure) e molte consumano poco.

Figura 4 – Curva di concentrazione della spesa pubblica e privata (2000-2008)

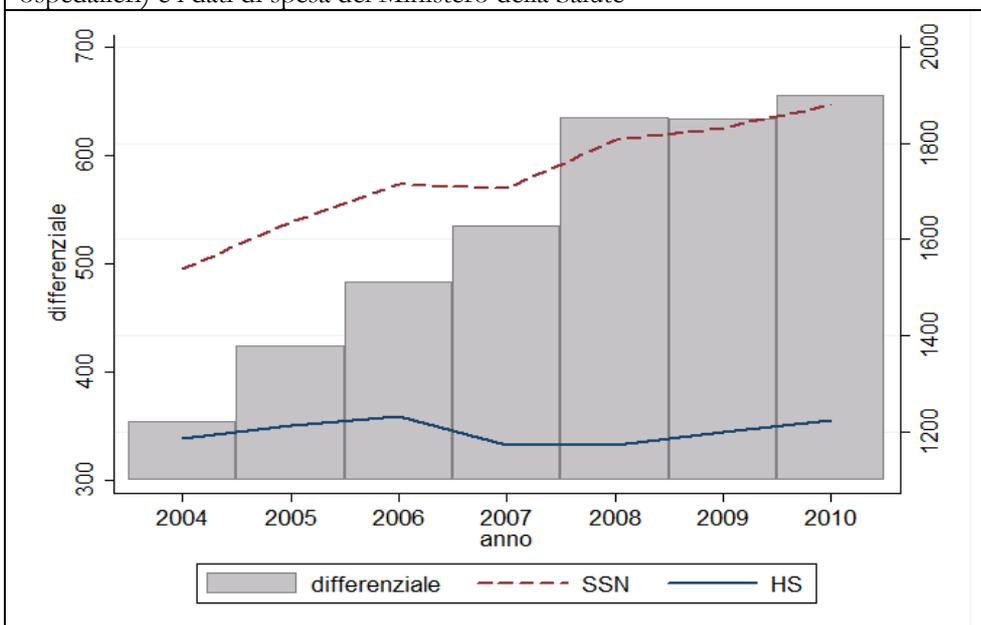


Fonte: stime Farmafactoring su dati ISTAT

In figura 5 sono riportati i trend di spesa pro-capite registrati dai MMG e quella totale del SSN, nel periodo 2004-2010. Da un prima analisi possiamo evincere che i dati di fonte HS-SiSSI registrano un livello di spesa sistematicamente inferiore a quella del Ministero, e ciò è dovuto alla natura stessa del dato HS, che non contiene tutta la parte di spesa riguardante i costi del funzionamento del sistema. Inoltre, nella

figura 5, l'istogramma sovrapposto rappresenta il differenziale, sempre in termini pro-capite, tra la spesa HS-SiSSI e SSN per ciascun anno. Infatti, analizzando tale differenziale nell'arco temporale considerato, si vede che negli ultimi anni le due misure della spesa sanitaria si sono distanziate sempre di più. La lettura della figura suggerisce che nel 2004 la differenza tra le due spese ammontava a circa 350 euro, ed è cresciuta a passo molto accelerato tra il 2004 ed il 2008, per poi aumentare a tassi minori dopo il 2008.

Figura 5 – Confronto tra dati di spesa pro-capite di fonte HS-SiSSI (inclusi ricoveri ospedalieri) e i dati di spesa del Ministero della Salute



Fonte: elaborazioni Farmafactoring su dati HS-SiSSI e su dati Ministero della Salute. La spesa SSNfa riferimento al dato della spesa complessiva ufficiale del Ministero della Salute (Conti economici delle Aziende sanitarie), reso pro-capite usando i dati annuali relativi alla Popolazione Italiana fonte ISTAT.

Questo risultato è molto informativo sul peso assunto dalle varie voci di spesa sanitaria nel periodo analizzato. In particolare, emerge chiaramente come l'introduzione dei piani di rientro e delle misure del contenimento della spesa abbiano realmente contenuto la crescita della spesa pro-capite sia di fonte HS-SiSSI che SSN. Tuttavia, va evidenziato come, dal 2006, la spesa pro-capite complessiva del SSN continui a crescere a ritmi superiori a quella HS-SiSSI che, invece, rimane costante in termini nominali. Questa diversa dinamica tra le due voci di spesa ci suggerisce, in modo alquanto chiaro, che gli interventi di policy mirati al

contenimento della spesa sanitaria, hanno colpito solo quella parte di costi direttamente riferiti al fabbisogno sanitario degli italiani, quindi la spesa per effettive necessità come visite mediche, accertamenti, farmaci o ricoveri ospedalieri. Rimane invece ancora una discreta possibilità di manovra, in termini di politiche attuabili, su tutto il residuo della spesa non catturato dal dato HS e in particolare, le voci relative alla spesa per il funzionamento del sistema sanitario e costi amministrativi. Nel complesso, osserviamo che il differenziale tra il dato HS-SiSSI e SSN nel 2010 supera i 600 euro. In altri termini, la quota della spesa complessiva registrata dai MMG passa da circa il 75% nel 2004 a circa il 65% nel 2010. Tale risultato ci induce a ritenere che la gestione delle spese “proprie” della sanità (farmaci, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e ricoveri) è migliorata rispetto al fronte delle spese “improprie” (amministrative, personale, logistiche, ecc.). Da questo punto di vista l’informazione che se ne può trarre è di sicuro interesse per i *policy makers*. Questo confronto è anche importante per capire in dettaglio le evidenze che presenteremo nei prossimi paragrafi.

Le analisi sulla spesa sanitaria territoriale

La disponibilità dei dati del progetto SiSSI permette di effettuare analisi sulle caratteristiche differenziali ed evolutive dei diversi contesti regionali rispetto alla domanda di salute. 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.

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

Le differenze regionali che sono emerse confermano che se da una parte esiste una discreta variabilità nella domanda di salute da parte dei pazienti, dall'altro è chiaro che i differenziali di spesa dipendono anche dall'organizzazione del servizio sul territorio (l'offerta) e che esistono sacche di inefficienza che possono sicuramente essere eliminate. Tuttavia, è utile sottolineare come limitandosi alle sole spese dirette per la cura dei pazienti i differenziali di efficienza tra le regioni sono molto minori rispetto alla situazione in cui l'intera spesa è presa in esame.

* * * * *

L'indagine CENSIS sulla percezione della sanità da parte degli italiani

Come contributo al Rapporto Farmafactoring 2012, il CENSIS ha condotto una indagine su un campione nazionale di 1.200 cittadini suddiviso tra Regioni in Piano di rientro e Altre Regioni, al fine di comprendere meglio come gli italiani stanno percependo questo particolare periodo storico in rapporto con il mondo della sanità. Non a caso, l'analisi è stata condotta avendo in mente due gruppi separati di potenziali pazienti, ovvero quelli che appartengono alle regioni con Piano di rientro (RPR) e le altre regioni (AR).

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

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

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

In pratica, mentre da un lato le manovre sono *narrate* come una necessità ineludibile per ripristinare la sostenibilità della spesa sanitaria, obiettivo al quale è inevitabile sacrificare un po' di equità, dall'altro secondo i cittadini le manovre sono destinate a generare una sanità *meno equa*, ma non per questo più sostenibile. In realtà, agli occhi dei cittadini i problemi chiave delle sanità regionali sono gli sprechi e la scarsa capacità manageriale di una gestione ancora troppo politicizzata, su cui non si è intervenuto in modo incisivo, né nelle varie manovre fiscali, né nei rigori dei Piani di rientro.

Una buona sanità, equa e sostenibile, per la maggioranza dei cittadini, richiede una gestione da parte di manager competenti e non scelti dalla politica, e la sperimentazione di modi nuovi di finanziare la sanità, a cominciare da una diversa modulazione del contributo dei singoli, fondato sulla quantità delle prestazioni cui si ha accesso e sul reddito disponibile. Una equità nuova, quindi, che riesca a rispondere anche all'esigenza della sostenibilità e che, affiancata all'efficienza gestionale di persone competenti, potrebbe dare risultati migliori rispetto alla ormai affannosa corsa al taglio della spesa e dei servizi, vissuta in alcune regioni con profondo disagio dai cittadini.

Tab. 7 - Cittadini che nell'ultimo anno hanno registrato un aumento della spesa di tasca propria per la salute e percentuale di incremento medio. Confronto Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)

<i>Lei ritiene che nell'ultimo anno la spesa di tasca propria per la salute (spese per farmaci, visite mediche, dentista, analisi, ecc.) per Lei e la Sua famiglia sia aumentata? Può indicare di quale percentuale è aumentata?</i>	% di intervistati che hanno avuto aumenti	% aumento medio annuo
Regioni con Piano di Rientro	61,8	+20,2
Altre Regioni	54,9	+15,8
Italia	58,5	+18,2

Fonte: indagine Censis, 2012

Salasso ticket: più spesa privata per la salute

Oltre il 58% degli italiani dichiara di aver registrato un aumento delle spese che ha dovuto affrontare direttamente di tasca propria per la salute (per visite mediche, per il dentista, per analisi e accertamenti vari, ecc.) e, in media, gli intervistati hanno indicato un aumento del +18% (tab. 7). Il dato nazionale si articola nei due macro-aggregati di regioni considerate:

- nelle RPR la quota di intervistati che ha percepito un aumento è stata di quasi il 62%, mentre l'aumento medio indicato è pari ad oltre il 20%;
- nelle AR invece è circa il 55% degli intervistati a parlare di un aumento della spesa privata per la salute, con un incremento medio pari a poco meno del +16%.

Pertanto, nelle RPR sono più alti sia la quota di intervistati che dichiara di avere dovuto spendere di più di tasca propria per la salute, che l'incremento medio che ciascun intervistato ha affrontato.

Farmaci con il ticket (65,1%), ticket per visite mediche specialistiche (64,4%) e ticket per analisi e radiografie (62,8%) sono le voci di spesa per le quali si registrano le quote più alte di intervistati che indicano di avere dovuto spendere molto o abbastanza di più nell'ultimo anno (tabella 8); sono comunque elevate anche le percentuali di intervistati che richiamano le spese per farmaci senza ricetta (61,3%), per visite mediche a pagamento intero (52,7%), per l'odontoiatria (48,1%) e per analisi e radiografie a pagamento intero (42,6%).

Tab. 8 - Voci della spesa privata per la salute aumentate “molto” e “abbastanza” nell'ultimo anno. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)*

<i>Quali sono le voci per le quali nella sua famiglia è aumentata la spesa di tasca propria per la salute?</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
<i>Spesa per:</i>			
- farmaci con il ticket	61,9	69,2	65,1
- ticket per visite mediche specialistiche	67,7	59,9	64,4
- ticket per analisi e radiografie	67,3	56,8	62,8
- farmaci senza ricetta	65,5	55,5	61,3
- visite mediche specialistiche a pagamento intero	61,3	40,6	52,7
- odontoiatria	56,4	36,6	48,1
- analisi e radiografie a pagamento intero	54,0	27,0	42,6

(*) Le percentuali indicano gli intervistati che hanno avuto aumenti valutati “molto” o “abbastanza”

Fonte: indagine Censis, 2012

E' evidente che il ticket per l'accesso alle varie prestazioni sanitarie rappresenta per i cittadini una voce di spesa significativa, che incide direttamente sulla propria tasca, tanto più dopo le manovre che ne hanno visto l'applicazione alla diagnostica e alla specialistica. Pertanto, la percezione diffusa tra gli italiani che quote maggiori del proprio reddito siano assorbite dalla spesa per la salute dipende non solo dalla spesa legata all'accesso alla sanità privata, quella interamente a carico dei cittadini, ma

anche dalla crescente compartecipazione alla sanità pubblica, dai ticket, che tradizionalmente i cittadini hanno considerato come un efficace e condivisibile strumento di moderazione di alcuni consumi sanitari e che ora, sempre più, percepiscono come uno strumento inappropriato, che costituisce il modo più facile e veloce per trasferire crescenti costi della sanità dal pubblico alle famiglie.

Va detto che nelle RPR è sistematicamente più elevata per ciascuna tipologia di prestazioni la quota di intervistati che segnala di avere avuto incrementi della spesa sostenuta direttamente: infatti, per le visite specialistiche a pagamento intero per l'odontoiatria vi è un divario di oltre 20 punti percentuali, con il 61,3% nelle RPR e il 40,6% nelle AR.

Tab. 9 -Spesa sanitaria pubblica * (spesa farmaceutica + spesa per accertamenti) per paziente. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (var. %)

	2002-2006	2006-2010
Regioni con Piani di Rientro	+36,6	-4,2
Altre Regioni	+33,6	+2,6
Italia	+34,9	-0,4

* Intesa come costo, al netto della compartecipazione, per farmaci e accertamenti, calcolata sulla base del data-base HS
Fonte: indagine Censis, 2012

In sostanza, dall'indagine emerge che i cittadini delle RPR stanno subendo per tutta la gamma di prestazioni sanitarie analizzate incrementi di spesa per la salute molto più marcati rispetto ai cittadini delle AR.

Del resto dall'analisi dei dati strutturali di spesa emergono ulteriori dati interessanti anche dal punto di vista della dinamica temporale dei dati di spesa procapite di fonte SIMG nei due macroaggregati RPR e AR (tab. 9):

- la *spesa sanitaria pubblica media per paziente*, inclusiva di spesa per accertamenti e per farmaci, nel periodo 2002-2006 è aumentata di oltre il 36% nelle RPR e di oltre il 33% nelle AR. Nel periodo 2006-2010 invece si è ridotta del -4,2% nelle RPR ed ha avuto un aumento, anche se ridotto, del +2,6% nelle AR;
- la *spesa sanitaria pubblica media per paziente per accertamenti* come visite, diagnostica e laboratorio, nel periodo 2002-2006 è cresciuta di oltre il 43% nelle RPR e di oltre il 42% nelle AR. Nel periodo 2006-2006 invece si registra una brusca frenata

della dinamica dell'incremento, che risulta pari a +14% nelle RPR ed a +20% nelle AR;

- la *spesa sanitaria pubblica farmaceutica media* per paziente nel periodo 2002-2006 è aumentata di oltre il 34% nelle RPR e di quasi il 30% nelle AR. Nel 2006-2010 invece si è avuto un decremento di quasi il 12% nelle RPR e del -5% nelle AR.

I dati non lasciano dubbi cioè sul fatto che la forbice stia tagliando la spesa sanitaria, soprattutto nelle Regioni in Piano di rientro che, più delle altre, stanno subendo rallentamenti significativi delle dinamiche di spesa, e nel caso della farmaceutica una vera e propria contrazione.

Tab. 10 – Identikit dei principali utilizzatori della sanità privata (val. %)

45-64enni	42,5
Laureati	42,5
Residenti in Comuni con 10-30 mila abitanti	42,0
Donne	41,8
Residenti al Nord-Ovest	41,6
Residenti in Regioni con Piano di Rientro	39,1
Totale	38,1

Fonte: indagine Censis, 2012

Il ricorso alla *sanità privata*

Oltre il 38% dei cittadini dichiara di avere fatto ricorso alla *sanità privata* per almeno una prestazione; e vi hanno fatto ricorso soprattutto le donne (quasi il 42%); gli adulti di età 45-64 anni (42,5%); gli anziani (40%); i residenti al Nord-ovest (41,6%); i residenti nei comuni tra 10 mila e 30 mila abitanti ed i laureati (oltre il 42%). Molto vicina la quota che dichiara di avere fatto ricorso alla sanità privata nelle Regioni con piani di rientro (39,1%) e nelle Altre Regioni (37%) (tab. 10). Riguardo alle prestazioni, emerge che il 71% di coloro che hanno utilizzato la sanità privata lo ha fatto per una visita medica, il 23,2% per analisi e radiografie e il 4,6% per un intervento chirurgico.

Il 61,6% degli intervistati che ha fatto ricorso alla sanità privata ha richiamato come ragione della propria scelta la lunghezza delle liste di attesa per l'accesso nel settore pubblico (tabella 11); il 29,6% invece dichiara di essersi rivolto a strutture o operatori che gli erano state segnalati da persone di fiducia; quasi il 21% dichiara che

nel privato ha potuto scegliere il medico per farsi curare ed il 20,6% invece è convinto che “pagando si è trattati meglio”.

Tab. 11 - Motivi per cui l'intervistato ha fatto ricorso alla sanità privata. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)

<i>Perché ha fatto ricorso alla sanità privata?</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Nel pubblico bisognava aspettare troppo a lungo	62,8	60,3	61,6
Mi è stato indicato da persone di fiducia	30,8	28,2	29,6
Nel privato ho potuto scegliere il medico per farmi curare	17,8	24,4	20,8
Se paghi, sei sempre trattato meglio	24,3	16,3	20,6
Mi garantiva flessibilità di orari	7,3	3,3	5,5
Non avevo alternative nel pubblico nella mia residenza	6,9	3,8	5,5
Ho trovato un'occasione e ho acquistato servizi/prestazioni	1,2	0,5	0,9

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

Fonte: indagine Censis, 2012

Tab. 12 - Opinioni degli intervistati sul costo della prestazione/servizio di cui ha usufruito più recentemente nella sanità privata. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)

<i>Il costo della prestazione/servizio che ha pagato, secondo Lei era:</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Alto	57,7	52,4	55,3
Giusto	41,5	46,2	43,6
Basso	0,8	1,4	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2012

Le ragioni del ricorso al privato sono sostanzialmente le stesse nei due macroaggregati regionali, con il riferimento alla lunghezza delle liste di attesa come ragione primaria; sono però emerse alcune differenze, poiché è più alta nelle AR la quota di intervistati che ha dichiarato che nel privato ha potuto scegliere il medico per farsi curare, mentre nelle RPR è più alta la quota di intervistati convinta che convenga pagare ed anche che il privato garantisce maggiore flessibilità di orario.

Il giudizio sulle prestazioni erogate dalla sanità privata è positivo, poiché in una scala da 1 (minimo voto) a 10 (massimo voto), il voto medio risulta pari a 8,2; peraltro il voto positivo risulta sostanzialmente analogo nei due macro-aggregati di Regioni considerate. E' sull'aspetto economico che, invece, i cittadini risultano poco contenti del privato (tabella 12); infatti, oltre il 55% degli intervistati considera il prezzo pagato per la prestazione come troppo alto, mentre il 43,6% lo valuta come giusto e l'1% come basso. La percezione di prezzi troppo alti è condivisa trasversalmente nel corpo sociale e nei territori: in particolare, nelle RPR è quasi il 58% a ritenere che il prezzo pagato per la prestazione fosse troppo alto, mentre nelle RPR è il 52,4%.

Tab. 13 – Identikit degli intervistati che più hanno fatto ricorso alle prestazioni *intramoenia* (val. %)

Laureati	14,4
Residenti in Comuni con 100-250 mila abitanti	14,4
Residenti al Centro	12,8
45-64 enni	12,4
Donne	11,5
Residenti in Regioni con Piano di Rientro	10,9
Totale	10,3

Fonte: indagine Censis, 2012

Il ricorso all'*intramoenia*

Il 10,3% degli italiani dichiara di avere fatto ricorso all'*intramoenia* nell'ultimo anno (tab. 13); si tratta dell'11,5% tra le donne, del 12,4% tra i 45-64 enni, circa il 13% tra i residenti al Centro, di quasi il 15% tra i residenti nei comuni tra 100 e 250 mila abitanti, e di quasi il 15% tra i laureati. E' il 12,4% dei cittadini delle RPR ad avere fatto ricorso all'*intramoenia*, contro il 10% di quelli delle AR.

Riguardo alle prestazioni in *intramoenia*, per oltre il 56% si tratta di visite mediche, per quasi il 40% di analisi e radiografie e per oltre il 4% di interventi chirurgici.

Il 56,4% dei cittadini motiva la scelta di rivolgersi all'intramoenia perché nel pubblico bisognava aspettare troppo, il 21,4% perché il medico, la struttura o il servizio gli è stato indicato da persone di fiducia, ed un ulteriore 21,4% perché nel privato ha potuto scegliere il medico per farsi curare (tabella 14). Non emergono differenze rilevanti sulle ragioni del ricorso all'intramoenia nei due aggregati di regioni.

Il giudizio per le prestazioni acquistate in intramoenia è piuttosto positivo, perché sulla scala da 1 a 10 il voto medio è pari a 7,8, anche se con una differenza notevole tra le RPR dove la media è pari a 7,4 e le AR dove invece è pari a 8,2.

Per l'intramoenia la quota di intervistati che parla di un prezzo troppo alto è del 49,2%, quella che ritiene il prezzo giusto è del 48,2%, mentre ha valutato il prezzo come basso il 2,6% (tabella 15). A questo proposito è nettamente diverso il giudizio dei cittadini dei due macro-aggregati di regioni, perché nelle RPR è oltre il 57% a valutare alto il prezzo pagato per le prestazioni in intramoenia alto, mentre è circa il 40% ad esprimere questo giudizio nelle AR.

Tab. 12 - Motivi per cui l'intervistato ha fatto ricorso a prestazioni in intramoenia. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)

<i>Perché ha fatto ricorso all'intramoenia?</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Nel pubblico bisognava aspettare troppo a lungo	59,4	52,8	56,4
Mi è stato indicato da persone di fiducia	20,3	22,6	21,4
Nel privato ho potuto scegliere il medico per farmi curare	14,1	30,2	21,4
Se paghi, sei sempre trattato meglio	20,3	7,5	14,5
Non avevo alternative nel pubblico nella mia residenza	9,4	5,7	7,7
Mi garantiva flessibilità di orari	7,8	3,8	6,0
Perché ho trovato un'occasione e ho acquistato servizi/prestazioni a prezzi vantaggiosi	1,6	0,0	0,9

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte
Fonte: indagine Censis, 2012

Tab. 15 - Opinioni degli intervistati sul costo della prestazione/servizio di cui ha usufruito più recentemente in *intramoenia*. Confronto tra Regioni con Piano di rientro – Altre Regioni (val. %)

<i>Il costo della prestazione/servizio che ha pagato, secondo Lei era:</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Alto	57,4	39,6	49,2
Giusto	41,0	56,6	48,2
Basso	1,6	3,8	2,6
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2012

Le prestazioni sanitarie acquistate sul *web*

Si stimano in circa un milione gli italiani che dichiarano di avere acquistato prestazioni sanitarie su internet e, in particolare, circa 600 mila per una sola volta, circa 280 mila tra due e quattro volte e 120 mila più di cinque volte. Quasi il 74% dichiara di averlo fatto perché è semplice e veloce da fare, mentre il 26% circa perché conviene ed i prezzi sono vantaggiosi. Analoga la quota di persone che ha fatto ricorso all'acquisto di prestazioni nelle RPR e nelle AR.

Su internet gli intervistati hanno acquistato:

- per il 59,1% prestazioni di odontoiatria, come pulizia denti, sbiancatura denti, apparecchi per denti, ecc.);
- per il 36,4% prestazioni e servizi legati alla prevenzione, dalla mammografia all'esame della mappatura dei reni, analisi del sangue e delle urine, ecc.;
- per il 22,7% visite con dietologo, nutrizionista, test di intolleranze alimentari, diete personalizzate;
- per il 9,1% chirurgia estetica, sedute di cavitazione medica, addominoplastica, liposuzione, ecc..

Riguardo a coloro che non effettuano acquisti su internet, il 54,6% non lo fa perché non si fida, il 28,3% perché non è capace di farlo e quasi l'11% perché dichiara che non era a conoscenza del fatto che si potesse farlo.

Tab. 16 - Opinioni sulle manovre di finanza pubblica in sanità. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)

<i>Tenuto conto delle manovre di finanza pubblica in sanità, con quale delle seguenti affermazioni è più d'accordo per la sanità nella sua regione:</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Sono duri, ma inevitabili	18,4	27,5	22,6
Si potrebbe tagliare altrove, non sulla sanità	81,6	72,5	77,4
Finiscono per accentuare le differenze di copertura sanitaria tra Regioni, ceti sociali, ecc.	73,5	67,4	70,7
Contribuiscono a dare una sanità più uguale per tutti	26,5	32,6	29,3
Non basteranno a riportare sotto controllo la spesa	68,6	63,9	66,4
Dovrebbero bastare per riportare la spesa sotto controllo	31,4	36,1	33,6
Tagliano sprechi ed eccessi e razionalizzano le spese	34,4	42,3	38,0
Tagliano i servizi e riducono la qualità	65,6	57,7	62,0

Fonte: indagine Censis, 2012

Il giudizio negativo su politiche sanitarie e manovre di finanza pubblica

E' duro e negativo il giudizio dei cittadini sulle politiche sanitarie portate avanti in questi anni ed in particolare non vi è consenso intorno alle manovre di finanza pubblica; è diffusa infatti la convinzione che gli esiti reali di tali politiche siano diversi rispetto alle stesse intenzioni dei governi e delle Regioni che le hanno promosse e messe in pratica. Manovre nate per ricondurre la spesa sanitaria nel sentiero della sostenibilità, secondo i cittadini finiscono per generare ulteriori diseguaglianze, senza peraltro incidere sui fattori ai quali era imputata la dinamica crescente della spesa.

Un primo aspetto sul quale si concentra il dissenso degli italiani è quello della opportunità di procedere a manovre così rilevanti in sanità, visto che per il 77,4% degli italiani si poteva tagliare *altrove e altro*; è invece una quota pari al 22,6% a ritenere che le manovre sono dure ma inevitabili (tab. 16). Quasi il 71% degli intervistati pensa che l'esito effettivo delle manovre sarà quello di accentuare le differenze di copertura sanitaria tra Regioni e tra ceti sociali, con un aumento delle diseguaglianze nella tutela della salute.

Il 66,4% degli intervistati è poi scettico sulla capacità delle manovre di raggiungere il loro obiettivo primario: riportare la spesa sotto controllo. Inoltre, sotto il profilo degli effetti reali delle manovre, una maggioranza netta, il 62%, ritiene che taglino i servizi e riducano la qualità, di contro ad una minoranza del 38% che invece è convinta che taglino sprechi, eccessi, e razionalizzino le spese. *Inefficaci e ingiuste*, è la formula impressiva con la quale si potrebbe riassumere il punto di vista della maggioranza degli italiani sulle successive manovre.

I giudizi sono sistematicamente più negativi tra i cittadini delle RPR rispetto a quelli delle AR visto che:

- l'81,6% ritiene nelle RPR che si potesse tagliare altrove senza colpire così la sanità, mentre è invece il 72,5% a condividere tale opinione nelle AR;
- il 73,5% nelle RPR pensa che le manovre finiranno per accentuare le differenze di copertura sanitaria tra Regioni, ceti sociali, ecc., contro il 67,4% nelle AR;
- il 68,6% nelle RPR pensa che le manovre non saranno sufficienti per riportare sotto controllo la spesa, mentre è quasi il 64% a pensarlo nelle AR;
- il 65,6% nelle RPR ritiene che le manovre taglino i servizi e riducano la qualità, opinione condivisa dal 57,7% nelle AR.

Tab. 17 - Andamento della copertura pubblica per i problemi di salute negli ultimi 2 anni. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)

<i>La copertura pubblica per i problemi di salute (da quelli diagnostici, alle visite mediche specialistiche, ecc.) secondo la sua esperienza negli ultimi 24 mesi:</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Si è ridotta, sono di più le cose che mi devo pagare o per le quali devo pagare qualcosa	61,6	38,7	50,9
È rimasta inalterata, in realtà la copertura è sempre la stessa	35,5	54,0	44,2
Si è ampliata, ci sono più cose per le quali il servizio sanitario mi garantisce copertura	2,9	7,3	4,9
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2012

In generale, prevale tra gli italiani la sensazione che il grado di copertura garantito dal Servizio sanitario nella propria regione sia in via di *rattrappimento* (tab. 17); è

infatti quasi il 51% degli italiani a pensare che la copertura pubblica per i problemi di salute (da quelli diagnostici alle visite mediche specialistiche, ecc.) negli ultimi due anni si sia ridotta, perché sono di più “le cose che vanno pagate o per le quali si deve pagare qualcosa”; è il 44,2% a ritenere che la copertura sia rimasta inalterata, e meno del 5% a pensare che si è addirittura ampliata.

Tab. 18 - Iniziative per rendere maggiormente compatibile l'assistenza sanitaria con la quantità limitata delle risorse. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)

<i>L'assistenza sanitaria è alle prese con una persistente carenza di risorse. Cosa bisognerebbe fare nella sua regione, secondo Lei, per rendere più compatibile l'assistenza alla quantità limitata di risorse?</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Fare gestire la sanità da manager più competenti non scelti dalla politica	44,2	36,0	40,3
Fare pagare il consumo di sanità (con ticket appositi) in relazione al reddito disponibile	35,2	42,3	38,5
Rendere più efficienti strutture, servizi e personale	40,6	33,5	37,3
Mettere controlli più rigorosi sui medici di medicina generale	19,7	17,9	18,8
Fissare per ogni prestazione sanitaria un costo ottimale da fare rispettare ovunque, anche nella mia regione	12,8	14,6	13,7
Fare pagare di più coloro che hanno comportamenti dannosi per la salute (fumatori, obesi, ecc.)	10,6	9,9	10,3
Bisogna rassegnarsi a ridurre per tutti la copertura sanitaria pubblica	2,7	5,6	4,1
Ridurre i posti ospedalieri e aumentare quelli delle residenze sociosanitarie	2,4	1,3	1,9
Alzare i ticket su prestazioni e farmaci	0,8	0,7	0,8

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

Fonte: indagine Censis, 2012

E' proprio sull'andamento del grado di copertura garantito nell'ultimo biennio che si registra una forbice di opinioni particolarmente ampia tra i cittadini delle RPR (tra i quali oltre il 61% ritiene che la copertura sanitaria si sia ridotta) e quelli delle AR, dove è meno del 39% a pensarlo. I cittadini delle RPR sono molto più convinti di beneficiare di una copertura sanitaria meno ampia rispetto a due anni fa. Per questo è possibile dire che l'esistenza di *due sanità*, quella delle Regioni sottoposte ai Piani di rientro e quella delle altre Regioni, sia oggi realtà concreta per i cittadini, che si

materializza in una percezione di sicurezza rispetto al rischio salute profondamente diversa.

Se tutta la sanità italiana è entrata in una fase di riduzione del grado di copertura garantita ai cittadini, il processo è molto più intenso, in tutti i suoi aspetti, per quelle regioni costrette ad affrontare drasticamente, con i Piani di rientro, la messa sotto controllo dei fattori di spesa. Depoliticizzare la sanità è, per una netta maggioranza di italiani, una esigenza primaria, così come quella di trovare criteri diversi e nuovi di contribuzione da parte dei cittadini, facendo ricorso a modalità in grado di considerare sia l'intensità di utilizzo della sanità che la disponibilità di reddito.

L'indagine ha permesso di verificare anche le iniziative sulle quali, secondo gli italiani, bisognerebbe puntare per rendere maggiormente compatibile l'assistenza sanitaria con la quantità limitata di risorse. Va, infatti, detto che i cittadini non sentono come estranea l'esigenza di cercare una diversa sostenibilità della sanità, che nella loro visione non deve necessariamente passare da una riduzione dei livelli di tutela e da una accentuazione delle disuguaglianze che, nella percezione collettiva sono già elevate.

Tab. 19 - Opinioni degli intervistati sul federalismo. Confronto tra Regioni con Piano di rientro e Altre Regioni (val. %)

<i>Visto che la sanità è stato il primo settore a sperimentare il federalismo con il potere delle Regioni, oggi che giudizio da di questa esperienza:</i>	Regioni con Piano di rientro	Altre Regioni	Italia
Positivo	30,4	65,1	47,1
<i>Positivo, in fondo la sanità è più vicina ai bisogni dei cittadini</i>	11,8	27,4	19,3
<i>Positivo, se la sanità fosse centralizzata funzionerebbe peggio</i>	18,6	37,7	27,8
Negativo	69,6	34,9	52,9
<i>Negativo, le differenze tra le Regioni sono aumentate</i>	46,0	29,2	37,9
<i>Negativo, la mia regione non è stata capace di gestire bene la sanità</i>	23,6	5,7	15,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2012

Oltre il 40% degli intervistati ritiene che, nella sua regione, contemperare sostenibilità finanziaria e qualità dell'assistenza richieda di fare gestire la sanità da manager più competenti e non scelti dalla politica (tab. 18); il 38,5% pensa che

occorra fare pagare il consumo di sanità in relazione al reddito disponibile, introducendo appositi ticket; il 37,3% indica la necessità di rendere più efficienti strutture, servizi e personale; ed il 18,8% vuole introdurre controlli rigorosi sui medici di medicina generale.

I cittadini delle RPR sono molto più convinti che occorra attribuire la gestione della sanità a manager capaci non nominati dalla politica, oltre che rendere più efficienti strutture, servizi e personale; nelle AR è invece nettamente più alta la quota che ritiene che la compatibilità tra qualità dell'assistenza e risorse disponibili sia possibile solo con modalità innovative di contribuzione da parte dei cittadini, vale a dire con ticket modulati su reddito e consumo di sanità.

Un divario incolmabile nelle opinioni dei cittadini delle RPR e di quelli delle AR riguarda la valutazione degli assetti istituzionali e di *governance* della sanità regionale (tabella 19); infatti, nelle RPR prevale una valutazione negativa del federalismo (69,6%) e, in particolare, del potere attribuito alle Regioni, perché le differenze tra regioni sono aumentate (46%) e perché la propria regione non è stata capace di gestire bene la sanità (oltre il 23%). Nelle AR (65%) invece prevale una valutazione positiva della regionalizzazione sanitaria, con il 37,7% convinta che la sanità centralizzata funzionerebbe peggio ed il 27,4% che in fondo la sanità così è più vicina ai bisogni dei cittadini.

L'indagine CERGAS sull'impatto dell'adozione di strumenti di governo clinico sulla risposta assistenziale.

L'impatto sociale delle malattie croniche è ormai universalmente riconosciuto: secondo recenti stime, nei paesi industrializzati, l'87% delle cause di morte è legato a patologie croniche (Suhrcke *et al.* 2006; Mathers *et al.* 2003). In Italia, secondo l'ISTAT (2010), il 38,6% della popolazione soffre di almeno una malattia cronica (23,4 milioni di persone). La prevalenza della cronicità aumenta in maniera determinante con l'età: sempre secondo l'Istituto nazionale di statistica, l'86,4% degli ultrasessantacinquenni evidenzia almeno una patologia cronica. Con il progressivo invecchiamento della popolazione italiana è inevitabile che l'impatto di queste patologie sullo stato di salute popolazione cresca in maniera esponenziale.

Non bisogna dimenticare le conseguenze economiche e finanziarie di un aumento della diffusione delle malattie croniche: i risultati del Rapporto Farmafactoring del 2011 hanno chiaramente messo in evidenza come la spesa pro-capite dei pazienti cronici è circa quattro volte quella dei non-cronici. Facile comprendere come la domanda di salute di una popolazione sempre più anziana e sempre più affetta da patologie croniche possa mettere sotto pressione la tenuta finanziaria del sistema.

Come rispondere a questa preoccupante e, almeno apparentemente, irreversibile tendenza? Il tema della cronicità è spesso stato correttamente associato a quello dello spostamento delle cure dall'ospedale al territorio:

- in termini di *caratteristiche medico-cliniche del bisogno*, la cura efficace delle patologie croniche richiede investimenti in prevenzione, continuità terapeutica e attento monitoraggio della *compliance*, che non possono essere svolte in ambito ospedaliero in quanto un *setting* assistenziale troppo costoso e poco appropriato dal punto di vista organizzativo;
- per quanto riguarda il *profilo sociale del bisogno*, si tratta spesso di pazienti anziani, talvolta affetti da fragilità fisica e relazionale che necessitano di un professionista di riferimento in grado di approcciarsi ai bisogni della persona in maniera "olistica". Il Medico di Medicina Generale (MMG) è sicuramente la persona più adatta a ricoprire questo ruolo;
- in termini di *praticabilità del modello assistenziale*, la complessità clinica medio-bassa di molte delle patologie croniche rende possibile una certa standardizzazione del processo di cura, che può vantaggiosamente fare riferimento a strumenti di governo clinico come i percorsi/protocolli diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA).

Esiste già una discreta consapevolezza tra Governo, Regioni e Aziende sanitarie, sulla necessità di attuare strumenti, modelli organizzativi e politiche dirette a rafforzare l'efficacia della presa in carico del paziente cronico facendo leva sulla figura centrale del MMG.

Per quanto riguarda l'introduzione di strumenti di governo clinico, il D.lgs. 502/92 (art.8) stabilisce che "la contrattazione a livello regionale (AIR) è lo strumento privilegiato per coinvolgere i medici di base nelle attività di governo clinico dirette a contrastare la cronicità, tra cui l'implementazione dei PDTA". Se la scelta delle patologie *target* è quindi spesso compiuta a livello regionale, le modalità di concreta applicazione degli strumenti di governo clinico sono delineate a livello di Azienda Sanitaria Locale, spesso nell'ambito degli Accordi Integrativi Aziendali (AIA). Tale indicazione è logica, perché ogni territorio deve poter adattare le *best practice* terapeutiche elaborate a livello internazionale alle peculiarità del proprio bisogno di salute. Allo stesso tempo, questo sistema rende arduo ottenere una visione d'insieme nazionale degli strumenti di governo clinico in essere e dei loro effetti su alcuni rilevanti parametri che esprimono la qualità delle cure, come il numero degli accessi del paziente al Medico. La ricerca del CERGAS Bocconi, nel dettaglio, intende rispondere ai seguenti quesiti:

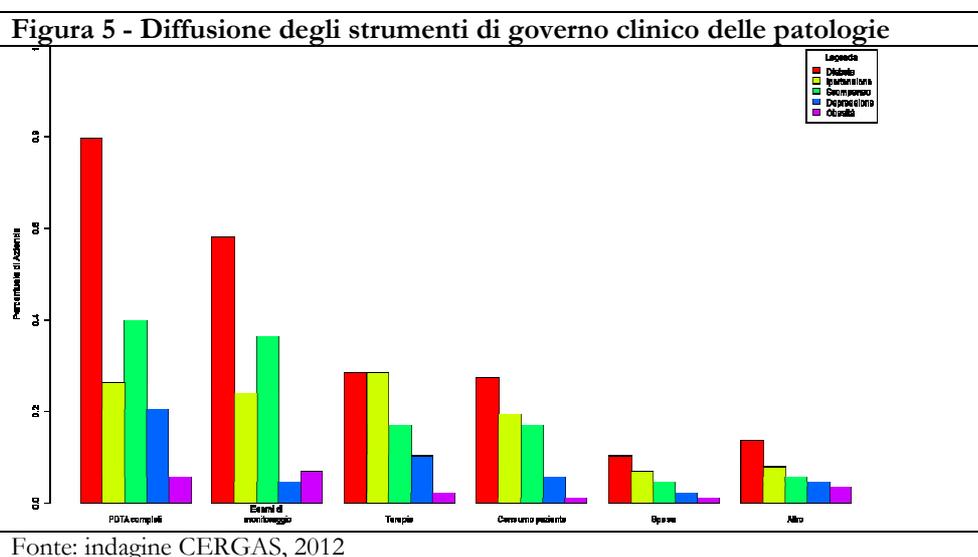
1. Qual è la diffusione degli strumenti di governo clinico nelle aziende sanitarie italiane proposti ai MMG, trasversalmente ai diversi contesti territoriali?
2. Quali sono i contenuti e le modalità di elaborazione di tali strumenti?
3. Qual è la diffusione e come sono strutturati i sistemi di monitoraggio e di rafforzamento (formazione, strumenti di integrazione professionale, ecc) che dovrebbero aumentare l'efficacia di questi strumenti?
4. A quali elementi sono correlati i meccanismi di incentivazione eventualmente collegati all'introduzione degli strumenti di governo clinico?
5. Qual è l'impatto degli strumenti di governo clinico e/o degli incentivi economici sul numero degli accessi e, a livello più aggregato, sui livelli di spesa?

Risultati dell'analisi

Sia le analisi descrittive che l'incrocio degli strumenti di governo clinico con i dati di spesa e attività permettono di formulare alcune interessanti considerazioni su scala nazionale.

Innanzitutto, bisogna notare che gli strumenti adottati non sempre fanno riferimento a PDTA in senso stretto (formalizzati a livello regionale e/o aziendale, pienamente operativi, in grado di specificare il ruolo ed i compiti delle singole figure

professionali coinvolte e monitorabili dall'ASL); rimangono infatti molto presenti strumenti di governo legati a protocolli specifici relativi agli esami di monitoraggio e alle terapie, mentre sono poco utilizzati strumenti di governo finalizzati al presidio di obiettivi di consumo per paziente o di spesa complessiva. La patologia a cui è associato il maggior numero di strumenti per il governo clinico applicati alla Medicina Generale è il diabete: circa l'80% delle ASL hanno predisposto un PDTA completo *ad hoc*. Lo scompenso è oggetto di percorsi completi nel 40% delle Aziende, mentre ipertensione e depressione si fermano rispettivamente al 20% e al 25%. La patologia in assoluto meno presidiata è l'obesità, per la quale è proposto un PDTA solo nel 7% dei casi (Figura 5).



Tendenzialmente, le regioni più attive con riferimento all'utilizzo degli strumenti di governo clinico sono quelle dell'Italia centro-settentrionale, ma si rilevano forti differenze in relazione alle patologie e ai contenuti degli strumenti stessi. Nel dettaglio:

- per quanto riguarda il diabete, la diffusione di PDTA nelle ASL del Sud e delle Isole (poco più del 50%) è ancora molto lontana dalle percentuali delle ASL delle regioni del Nord e del Centro (rispettivamente 85% e 80%);
- l'applicazione di strumenti di governo clinico per l'ipertensione è profondamente eterogenea e ancora molto limitata. Di massima, i percorsi per l'ipertensione sono più presenti nelle ASL delle regioni dell'Italia meridionale e insulare (raggiungendo circa il 40% del campione);

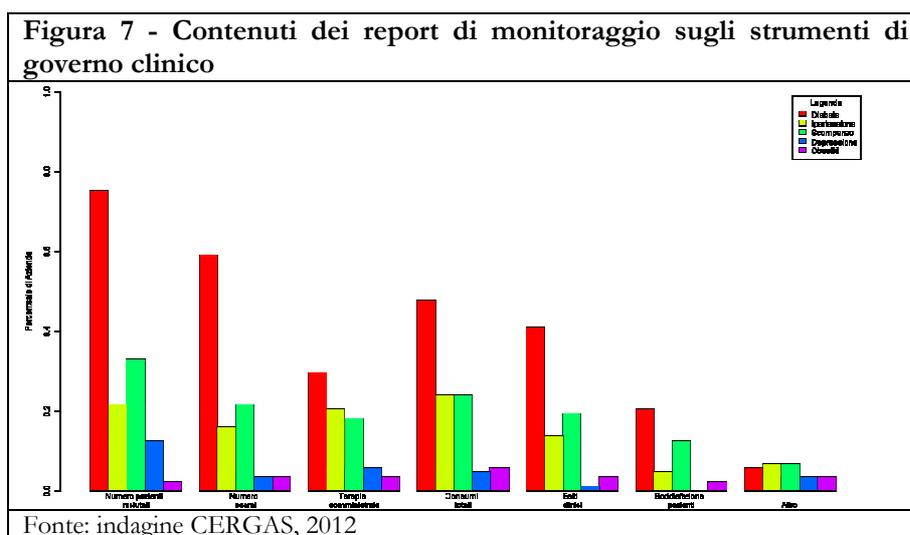
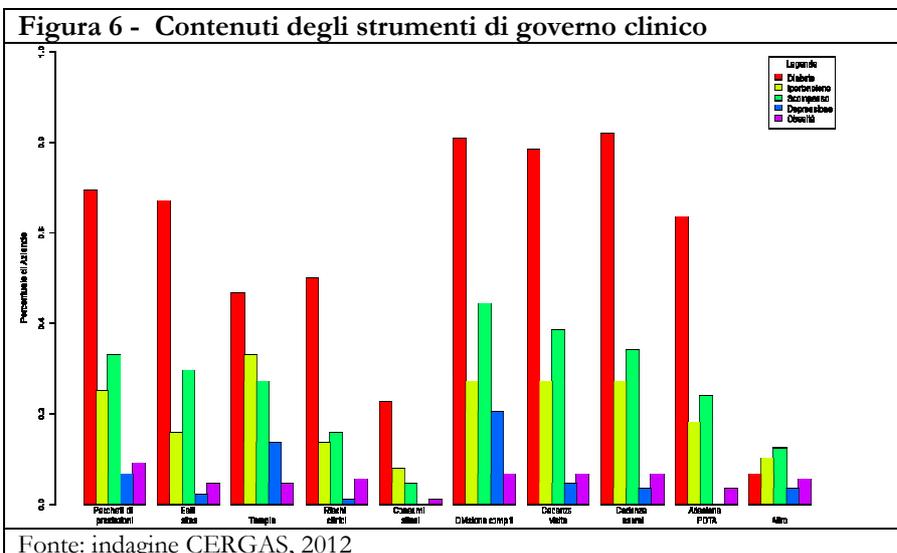
- nelle regioni centrali, l'attenzione nei confronti dell' scompenso è molto più marcata rispetto al resto d'Italia: circa il 70% delle Aziende del Centro si è dotata di PDTA completi, contro valori tra il 30 e il 40% nelle altre aree del Paese;
- la diffusione di strumenti di governo clinico per la depressione è ovunque molto limitata, ma risulta del tutto assente nelle ASL del Sud e delle Isole. Solo nelle regioni del Nord, i PDTA completi sono presenti in circa il 30% delle Aziende;
- parallelamente, l'elaborazione di strumenti di governo clinico per l'obesità è ovunque molto limitata, ma risulta del tutto assente nelle ASL del Centro Italia.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei MMG nella definizione degli strumenti di governo clinico introdotti in Azienda, nel 75% del campione i Medici vi prendono parte come rappresentanti sindacali, nel 40% come espressione delle aggregazioni territoriali (forme associative). Da notare come il coinvolgimento delle aggregazioni territoriali sia quasi del tutto assente nelle ASL del Sud e delle Isole: si tratta, probabilmente, di una *proxy* che evidenzia la debolezza delle forme associative nel Mezzogiorno.

In relazione alle altre figure coinvolte nell'individuazione degli strumenti, si registra un frequente contributo dei Medici Specialisti e dei funzionari dell'Azienda (in oltre il 60% delle Aziende del campione). Tuttavia, questi ultimi vengono coinvolti più di frequente nelle Aziende settentrionali e meridionali, mentre al Centro è rilevante il contributo della componente infermieristica.

Tra le modalità di condivisione delle finalità e delle caratteristiche degli strumenti di governo clinico, prevalgono l'invio elettronico (70%) e la formazione (75% dei casi). Nel Centro, sono molto diffusi anche gli incontri tra professionisti o vere e proprie presentazioni aziendali.

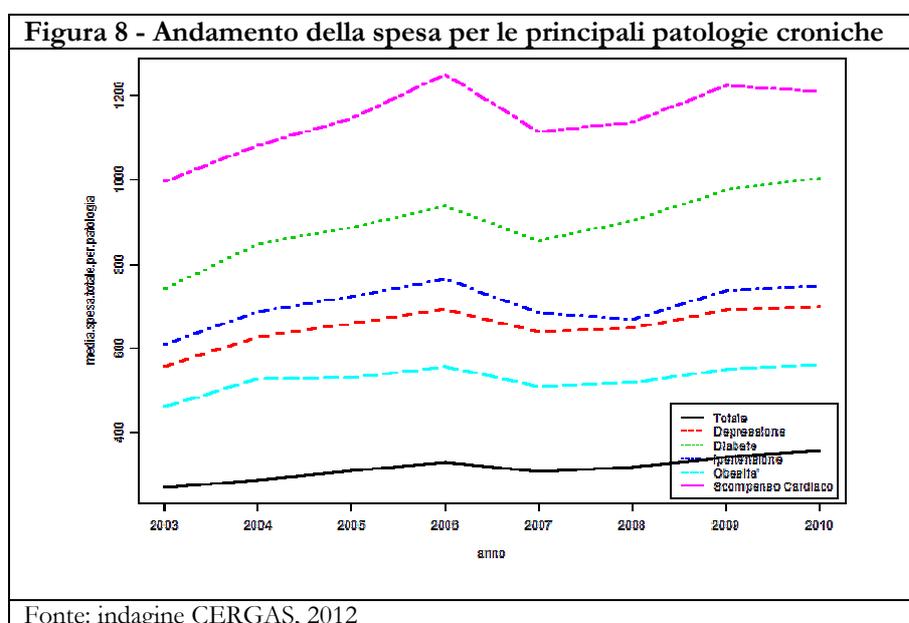
Per valutare la robustezza degli strumenti introdotti, è importante inquadrarne i contenuti (Figura 6). Comprensibilmente, una costante è l'obiettivo di aumentare l'omogeneità di trattamento delle patologie trattate. Ciò si concretizza attraverso indicazioni sul mix di risposta (prestazioni e relativa cadenza) e sulle figure professionali coinvolte nella presa in carico. Solo con riferimento al diabete si presta sufficiente attenzione agli esiti e ai rischi connessi, mentre resta sempre poco presidiato il livello dei consumi.



Gli strumenti di monitoraggio utilizzati (Figura 7) fanno riferimento prevalentemente a dati sul numero e l'aderenza dei pazienti reclutati (quasi l'80% nel caso del diabete, ma poco più del 20% per lo scompenso). Il livello di monitoraggio dell'*outcome* e dei livelli di soddisfazione dei pazienti è sempre scarso, ad eccezione dei PDTA adottati dalle regioni dell'Italia centrale, e solo con riferimento a diabete e scompenso. Una generale nota negativa, a questo proposito, è la discrepanza tra

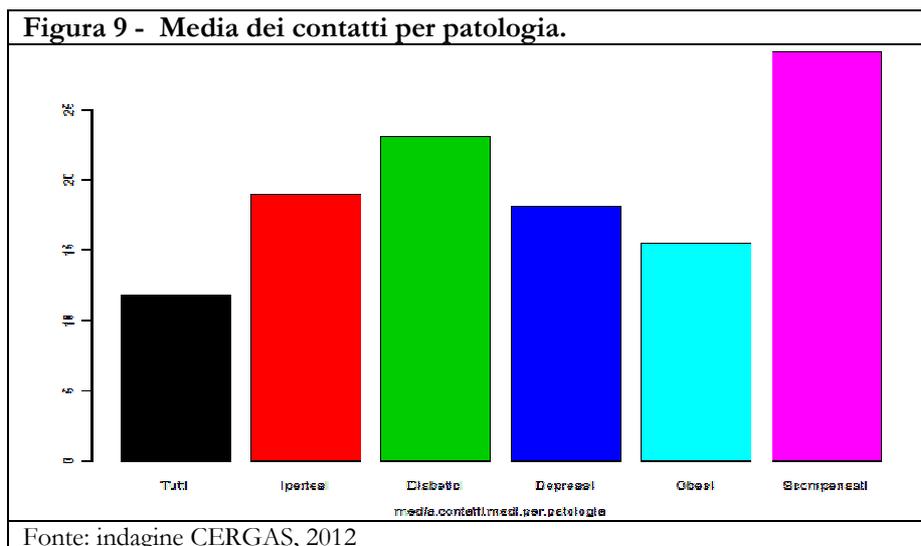
contenuto degli strumenti e contenuto dei sistemi di monitoraggio, che potrebbe inficiare l'efficacia degli strumenti stessi.

All'esito del monitoraggio sono legati degli strumenti finalizzati a rafforzare l'efficacia degli strumenti di governo clinico. In circa il 70% dei casi, si tratta di incentivi economici, strutturati sulla base di meccanismi elementari, che premiano il numero di pazienti reclutati e, spesso, anche l'aderenza di questi ultimi alle indicazioni terapeutiche. I meccanismi che legano l'incentivazione agli esiti clinici sono, invece, limitati, ma sono discretamente diffusi nelle ASL del Centro Italia, almeno con riferimento a diabete, ipertensione e scompenso. Tra gli altri meccanismi per rafforzare l'efficacia del governo clinico, prevale nettamente la formazione per patologia (80% delle Aziende nel caso del diabete, poco meno del 40% per l'ipertensione e lo scompenso). In questo caso, non esistono significative differenze territoriali.



Alla luce di quanto evidenziato con riferimento agli strumenti di governo, è utile scorrere brevemente anche l'andamento della spesa (nel periodo 2003-2010) e il numero degli accessi al MMG (nel 2010) per le patologie croniche indagate. Con riferimento al primo aspetto, la spesa per le patologie croniche mostra un andamento più marcato rispetto a quello della spesa totale (Figura 8). Tuttavia, ad eccezione del diabete e dell'obesità, tutte le altre patologie croniche hanno mostrato un lieve rallentamento nel tasso di crescita nell'ultimo biennio. Si conferma il fatto

che le patologie croniche inducono un livello di spesa pro-capite decisamente più elevato del valore medio pro-capite dell'intera popolazione. Per quanto riguarda i contatti con il proprio MMG, è logico che i pazienti cronici necessitino di una maggiore presa in carico. Si nota anche che, in termini di carico assistenziale, ormai esiste scarsa differenza tra malattie croniche "tradizionali" (diabete, ipertensione) e le patologie più di recente divenute oggetto di attenzione (Figura 8).



Al termine dell'analisi, si riportano le tendenze di sintesi emerse dal confronto tra la mappatura degli strumenti e i dati relativi a spesa e contatti. Nell'interpretazione di tale dato bisogna rilevare la presenza di una disomogeneità temporale derivante dal fatto che i dati di spesa e dei contatti si riferiscono al 2010, mentre quelli degli strumenti di governo si riferiscono all'intervallo 2011-2012. Questo potrebbe determinare una sottostima degli impatti degli strumenti eventualmente introdotti in azienda solo dopo il 2010.

In relazione alla spesa, per nessuna ASL è significativa la differenza fra le medie delle ASL che hanno adottato strumenti di governo e quelle delle ASL che non lo hanno fatto; lo stesso discorso vale per le medie delle ASL che hanno dichiarato un incentivo e quelle delle ASL che non hanno adottato politiche di questo tipo. Con riferimento al numero degli accessi, i risultati dell'analisi sono più eterogenei e sono stati riassunti nella tabella 20.

Tabella 20 - Impatto dell'introduzione degli strumenti di governo clinico e degli incentivi economici sul numero di ACCESSI annuali

Patologia	Impatto dell'introduzione degli strumenti di Governo Clinico	Impatto degli incentivi economici
Diabete	Limitato	Limitato
Ipertensione	Limitato	Molto rilevante
Scompenso	Rilevante	Limitato
Depressione	Non significativo	Non significativo
Obesità	Non significativo	Non significativo

Nello specifico, in presenza di uno strumento di governo si rileva come il numero dei contatti tra MMG e paziente si incrementi del 10% in caso di diabete e del 16% in caso di ipertensione. Al contrario, in presenza di uno strumento di governo si rileva come il numero dei contatti tra MMG e paziente si incrementi del 56% per l'ipertensione e del 18% per lo scompenso cardiaco.

In sintesi, la ricerca mostra come gli strumenti di governo clinico e gli incentivi economici non influenzino in maniera rilevante l'ammontare complessivo della spesa per il trattamento delle patologie croniche indagate. Al contrario, essi producono effetti in termini di numero di contatti tra medico e paziente (*proxy* della qualità, o almeno, dell'intensità della presa in carico), oltre a introdurre una maggiore omogeneità di trattamento. In particolare, ciò appare più vero in relazione a diabete, ipertensione e scompenso, classici "*target*" di strumenti di governo clinico, meno con riferimento alle "nuove" patologie croniche (depressione e obesità), solo di recente oggetto di attenzione da parte delle ASL attraverso degli strumenti di governo clinico. Inoltre, in questo caso i risultati potrebbero risentire dello sfasamento tra orizzonte temporale di riferimento del dato dei contatti (2010) e quello degli strumenti di governo (2011-2012).

