

Un'iniziativa sostenuta da Pfizer

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

Rapporto Finale

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

Un'iniziativa sostenuta da Pfizer



Rapporto Finale

© 2006 Ambrosetti S.p.A. TUTTI I DIRITTI RISERVATI. Questo documento è stato ideato e preparato da Ambrosetti S.p.A..

Nessuna parte di esso può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di ricerca automatica, o trasmessa in qualsiasi forma o tramite qualsiasi supporto - elettronico, meccanico, fotocopiatura, registrazione od altro senza l'autorizzazione scritta della Ambrosetti S.p.A.

PREMESSA

Negli anni recenti si è sempre più affermata, nell'opinione pubblica, la tendenza a considerare la sanità come un'area critica, caratterizzata da costi, sprechi, liste d'attesa, episodi di cosiddetta "malasanità".

Ma è davvero così?

A nostro giudizio no. Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), pur con tutti i suoi limiti, garantisce il rispetto dei principi di equità ed universalità, ed è caratterizzato da professionalità eccellenti, da centri all'avanguardia, da una rete di assistenza sanitaria accessibile a tutti i cittadini.

Certo, negli ultimi anni il repentino processo di cambiamento che attraversa la nostra società ha acuito la distanza fra le esigenze e le aspettative dei cittadini, da una parte, e la capacità del S.S.N. di fornire risposte adeguate, dall'altra.

Eppure le potenzialità ci sono.

Meridiano Sanità, nato più di un anno e mezzo fa, ha l'obiettivo di fornire un contributo professionale, indipendente e propositivo alla delicata fase di cambiamento che sta attraversando il S.S.N., con il principale obiettivo di valorizzare il Servizio Sanitario Nazionale e renderlo più efficace, efficiente e quindi sostenibile nel lungo periodo.

L'applicazione alla sanità italiana dei diversi modelli di analisi previsionale, compreso quello elaborato dal Gruppo di Lavoro Ambrosetti - The European House presentato in questo rapporto, dimostra i rischi di non sostenibilità del sistema nel lungo periodo, se non verranno al più presto corrette alcune dinamiche.

Le sfide sono note: invecchiamento della popolazione, incremento delle cronicità e delle disabilità a fronte di un sistema focalizzato sulle patologie acute, necessità di riequilibrare un'offerta sanitaria attualmente eccessivamente sbilanciata sull'ospedale verso la medicina del territorio, esigenza di maggior integrazione fra le diverse figure professionali che operano nella sanità, sostenibilità futura del sistema in uno scenario di spesa crescente.

L'approccio scelto da Meridiano Sanità è stato quello di offrire una piattaforma metodologica per consentire di attivare un confronto costruttivo e di raccogliere in modo efficace ed efficiente le istanze dei diversi attori che, a vario titolo, possono considerarsi "portatori di interessi" nel complesso mondo della sanità in Italia.

Si è trattato di una sfida importante e complessa, che è stata resa possibile grazie al fondamentale contributo di una pluralità di attori, a partire da tutti coloro che, partecipando ai sette Tavoli Tecnici (che nel complesso rappresentano più di dieci milioni di cittadini, utenti e operatori della Sanità) e all'Advisory Board, hanno rappresentato la spina dorsale di Meridiano Sanità. Tutti i nominativi dei partecipanti ai Tavoli Tecnici sono riportati nel capitolo "Introduzione al Progetto Meridiano Sanità".

Una sintesi delle principali risultanze del lavoro è contenuta nell'Executive Summary; nei capitoli successivi sono invece riportate le analisi di dettaglio, le riflessioni e le considerazioni conclusive.

Un sentito ringraziamento all'Advisory Board costituito da Innocenzo Cipolletta, Elio Guzzanti, Giacomo Vaciago e Umberto Veronesi e a tutti coloro che ci hanno dato consigli e contributi "strada facendo".

Vorremmo esprimere la nostra gratitudine a Pfizer Italia, che ha creduto in questa sfida dall'inizio e l'ha sostenuta con impegno e passione.

Infine un ringraziamento al Gruppo di Lavoro Ambrosetti - The European House composto da:

Elena Aniello – Andrea Beretta Zanoni – Daniela Bianco – Emiliano Briante – Silvia Colombo – Daniele Ferri – Raimondo Fusco – Michel Greiche – Gian Pietro Leoni – Mauro Maraschi – Chiara Rejna – Marco Visani.

Valerio De Molli

Ambrosetti - The European House

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	11
INTRODUZIONE AL PROGETTO MERIDIANO SANITÀ	49
1. LO SCENARIO DI RIFERIMENTO	55
Premessa	55
1.1 FATTORI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI	56
1.1.1 Lo sviluppo dei fattori demografici.....	56
1.1.2 Il quadro delle principali patologie e cause di morte.....	66
1.1.3 Bisogni sanitari legati al quadro epidemiologico e impatto sul sistema.....	72
1.2 FATTORI ECONOMICI E SOCIALI	77
1.2.1 Le principali dimensioni dello sviluppo economico e sociale.....	77
1.2.2 Sviluppo economico e impatti ambientali.....	82
1.3 FATTORI TECNOLOGICI	86
1.3.1 L'innovazione tecnologica in medicina nella seconda metà del '900: principali innovazioni e implicazioni.....	86
1.3.2 Le nuove frontiere della scienza e della medicina.....	87
1.4 FATTORI CULTURALI E COMPORTAMENTALI	90
1.4.1 L'evoluzione dal concetto di "salute" a quello di "benessere".....	90
1.4.2 I comportamenti voluttuari e gli stili di vita.....	92
1.4.3 Il ruolo dell'informazione e la cultura della salute.....	95

2. FACTS AND FIGURES DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA	101
2.1 LA STRUTTURA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA: ATTORI E RUOLI	101
2.1.1 Organizzazione del Servizio Sanitario in Italia: dal ministero al cittadino il ruolo dei diversi soggetti coinvolti	101
2.1.2 Quadro normativo e meccanismi di funzionamento	104
2.1.3 Le fonti di finanziamento e i meccanismi di destinazione/allocazione delle risorse	106
2.2 I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO	109
2.2.1 La spesa sanitaria (pubblica e privata) in Italia: dinamiche e articolazione per destinazione	109
2.2.2 Individuazione dei diversi <i>trend</i> tra i componenti della spesa sanitaria in Italia	113
2.3 L'IMPATTO DEI CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI SUL SERVIZIO SANITARIO ATTUALE: UN POSSIBILE MODELLO DI ANALISI	116
2.3.1 L'Impatto dei cambiamenti demografici sul Servizio Sanitario attuale in termini di evoluzione della domanda e di evoluzione dei costi	116
2.4 L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA E L'IMPATTO DELL'INVESTIMENTO IN PREVENZIONE: IL MODELLO PREVISIONALE DI MERIDIANO SANITÀ	122
2.4.1 I <i>driver</i> della spesa sanitaria	122
2.4.2 Note metodologiche per la costruzione di un modello previsionale della spesa sanitaria	124
2.4.3 Le risultanze del modello	126
2.4.4 Il <i>focus</i> sui <i>driver</i> della crescita della spesa sanitaria	128
2.4.5 La stima dell'impatto di un incremento delle spese in prevenzione	131
2.4.6 L'impatto dell'investimento in prevenzione sulla proiezione della spesa sanitaria al 2050	133
2.5 LE DINAMICHE LOCALI	136
2.5.1 Analisi comparata della spesa sanitaria delle Regioni: dinamiche evolutive e mobilità interregionale	136

3. I SISTEMI DI RIFERIMENTO E I <i>BENCHMARK</i> INTERNAZIONALI.....	145
3.1 GLI INDICATORI DI <i>PERFORMANCE</i> DEI SISTEMI SANITARI: IL <i>FRAMEWORK</i> DELLA WHO E ALCUNE ESPERIENZE NAZIONALI	145
3.1.1 Gli obiettivi di un sistema sanitario secondo la WHO.....	145
3.1.2 Le funzioni / feve di un sistema sanitario	145
3.1.3 Il modello elaborato dalla WHO: <i>Health System Performance Assessment</i>	147
3.1.4 Quali indicatori utilizzare per valutare un sistema sanitario?.....	148
3.1.5 I sistemi di valutazione nazionali: le esperienze di alcuni Paesi.....	150
3.2 ALCUNI INDICATORI: <i>BENCHMARK</i> DEI PAESI ANALIZZATI.....	156
3.2.1 L'aspettativa di vita in salute.....	156
3.2.2 La spesa sanitaria pubblica e privata.....	157
3.2.3 Gli occupati e la disponibilità di figure professionali nella sanità.....	160
3.2.4 Le risorse a disposizione.....	161
3.3 LE TIPOLOGIE IDENTIFICABILI DI SISTEMI SANITARI	162
3.3.1 Il sistema Bismarck.....	162
3.3.2 Il sistema Beveridge.....	163
3.3.3 Il sistema Misto	164
3.4 LA SITUAZIONE ATTUALE DEI SISTEMI SANITARI NEI PAESI ANALIZZATI.....	166
3.4.1 Germania (sistema Bismarck).....	166
3.4.2 Regno Unito (sistema Beveridge)	169
3.4.3 Stati Uniti (sistema misto)	172
3.4.4 Francia (sistema Bismarck)	175
3.4.5 Olanda (sistema Bismarck)	178
3.4.6 Spagna (sistema Beveridge).....	182
3.5 CASI DI ECCELLENZA INTERNAZIONALI.....	186
3.5.1 <i>I Primary Care Trust</i>	186
3.5.2 <i>Il Kaiser Permanente</i>	190
3.5.3 Un confronto tra PCTs e <i>Kaiser Permanente</i> (2000).....	194

4. IL VALORE ECONOMICO DELLA SANITÀ	197
Premessa	197
4.1 SALUTE E CRESCITA ECONOMICA	201
4.1.1 Salute e forza lavoro	202
4.1.2 Salute e formazione.....	204
4.1.3 Salute e dinamiche di risparmio / investimento.....	206
4.1.4 Investimento in salute: alcune riflessioni a carattere europeo.....	206
4.2 IL "VALORE ECONOMICO" DELLA SANITÀ	208
4.2.1 La domanda sanitaria come domanda "derivata".....	208
4.2.2 La salute come bene di investimento.....	209
4.2.3 Valore sociale dei sistemi sanitari.....	209
4.2.4 Salute e produttività.....	209
4.2.5 Il valore aggiunto generato dal settore	209
4.3 IL VALORE AGGIUNTO: NOTA METODOLOGICA	211
4.3.1 Il valore aggiunto: definizione e modalità di calcolo	211
4.3.2 Due possibili metodi di stima del valore aggiunto dell'Industria della Salute in Italia	213
4.4 LA STIMA DEL "VALORE ECONOMICO DELLA SANITÀ": IL METODO "INDIRETTO"	214
4.4.1 I consumi finali privati e pubblici in sanità	215
4.4.2 Gli investimenti fissi lordi	216
4.4.3 L'import-export	217
4.4.4 Riepilogo	218
4.5 LA STIMA DEL "VALORE ECONOMICO DELLA SANITÀ": IL METODO "DIRETTO"	219
4.5.1 Il valore generato dall'Industria della Salute nel 2003	220
4.5.2 <i>Benchmarking</i> settoriale	226
4.5.3 Simulazione del valore dell'Industria della Salute al 2004	228
4.5.4 Riepilogo	228
4.6 GLI OCCUPATI DEL SETTORE	230
4.7 LA SPESA IN RICERCA E SVILUPPO DEL SETTORE	233
4.8 CONSIDERAZIONI DI SINTESI	235
4.9 UNA DIVERSA CHIAVE DI LETTURA: CRESCITA DEL PIL REALE E SPESA SANITARIA	237

5. ALCUNE RIFLESSIONI PER UN NUOVO MODELLO DI SANITÀ NELL'AMBITO DEL S.S.N.	241
5.1 LE PROPOSTE DI MERIDIANO SANITÀ	241
5.2 LA PROPOSTA DI MISSIONE DEL S.S.N.	244
5.3 ORGANIZZAZIONE	244
5.3.1 Visione della sanità come sistema	245
5.3.2 Organizzazione su nuove basi della medicina del territorio	246
5.3.3 La rete ospedaliera	248
5.3.4 Le professioni del S.S.N.: formazione e responsabilizzazione	249
5.3.5 Ampliamento del ruolo delle Società Scientifiche e loro responsabilizzazione	251
5.3.6 La ricerca scientifica	251
5.3.7 Ruolo del farmaco e modernizzazione del sistema distributivo	252
5.4 SISTEMA DI GOVERNO	254
5.4.1 Adozione a tutti i livelli del modello dipartimentale	254
5.4.2 Utilizzo di indicatori di struttura, di processo e di risultato, per valutare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate dal S.S.N.	254
5.4.3 Coinvolgimento del cittadino/persona assistita nelle scelte di salute	255
5.5 RISORSE	257
5.5.1 Razionalizzazione della spesa sanitaria e ipotesi di nuove forme di finanziamento	257
5.5.2 Investimenti in prevenzione da potenziare	258
6. CONCLUSIONI	263
BIBLIOGRAFIA	269
ALLEGATI	277
Allegato 1 - Modello previsionale della spesa sanitaria ed impatto dell'investimento in prevenzione	277
Allegato 2 - Sanità e scuola: al servizio del capitale umano prevenzione	287
Allegato 3 - I tavoli tecnici di Meridiano Sanità	291

INDICE DELL' EXECUTIVE SUMMARY

A. IL PROGETTO MERIDIANO SANITÀ	12
B. METODOLOGIA	13
C. I TAVOLI TECNICI	14
C.1 <i>L'Advisory Board</i>	14
C.2 Gli output del progetto	15
D. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	16
E. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)	18
E.1 Le previsioni per il futuro	19
E.2 Il modello previsionale di Meridiano Sanità	19
E.3 L'impatto della prevenzione	21
E.4 L'impatto dell'investimento in prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica	22
F. I SISTEMI INTERNAZIONALI DI RIFERIMENTO	23
F.1 I diversi modelli di sistema sanitario.....	24
F.2 L'evoluzione dei tre sistemi.....	26
F.3 I <i>Primary Care Trust</i> o PCTs nel Regno Unito.....	26
F.4 Il <i>Kaiser Permanente</i> negli Stati Uniti	27
G. IL "VALORE ECONOMICO" DELLA SANITÀ	28
H. ALCUNE RIFLESSIONI PER UN NUOVO MODELLO DI SANITA' NELL'AMBITO DEL S.S.N.	30
H.1 Le proposte di Meridiano Sanità	30
H.2 Le centralità del cittadino	32
H.3 L'organizzazione	33
H.4 Il sistema di governo	40
H.5 Le risorse	41
I. CONCLUSIONI	43

A. IL PROGETTO MERIDIANO SANITÀ

In tutti i Paesi industrializzati i bisogni di salute delle persone stanno cambiando radicalmente. Sia in termini quantitativi che qualitativi. E i sistemi sanitari nazionali incontrano crescenti difficoltà nel trovare il giusto equilibrio tra la volontà di rispondere in modo adeguato alle nuove esigenze dei cittadini e la necessità di restare all'interno dei vincoli di spesa imposti loro dal bilancio.

Il problema è stato affrontato in vario modo e con risultati discontinui dai diversi Paesi. Sono stati fatti interventi correttivi nei settori ritenuti più significativi per la crescita della spesa sanitaria. Sono stati rivisti i criteri di accesso alle prestazioni. Sono state fatte campagne di educazione sociale sull'importanza di un uso appropriato delle risorse disponibili.

Ma, sia pure con alterne capacità, i sistemi sanitari, nel complesso, si sono quasi sempre difesi. Hanno trovato al loro interno il modo, più o meno appropriato, di compensare i limiti che venivano imposti in un settore piuttosto che in un altro.

E quando non ci sono riusciti sono entrati in evidente sofferenza. Sono aumentati il disagio e l'insoddisfazione sociale. È aumentato l'atteggiamento critico dei cittadini verso un sistema che si dimostrava non in grado di riconoscere la salute come loro diritto primario e insopprimibile.

Non si vogliono qui sminuire le difficoltà di trovare soluzioni adeguate ai problemi di equilibrio e di compatibilità economica dei sistemi sanitari. Certamente sono molte, complesse e di non facile identificazione. Ma c'è anche una criticità ulteriore che, almeno in parte, le attraversa tutte. È la scarsa importanza attribuita al concetto di sanità come sistema. E, di conseguenza, anche la scarsa attitudine ad affrontare i problemi in un'ottica che tenga conto, non solo delle dinamiche di un settore, ma anche delle reazioni e degli effetti che un intervento in un'area può produrre in quelle limitrofe o correlate.

Partendo da queste considerazioni, il progetto Meridiano Sanità, avviato nel 2005 da Ambrosetti - The European House con il sostegno di Pfizer, si è posto quindi l'obiettivo, certamente non semplice, di ragionare anzitutto in termini di sistema e di coinvolgere i diversi protagonisti del mondo della salute, in primo luogo i cittadini, per delineare insieme quei miglioramenti che, se apportati al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), potrebbero renderlo più evoluto rispetto a quello attuale e più adatto a rispondere alle nuove esigenze della società. I temi principali emersi dagli incontri e dagli approfondimenti possono essere sintetizzati nelle seguenti linee guida:

- centralità del cittadino;
- riequilibrio e integrazione tra sistema ospedaliero e territoriale;
- ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale nonché degli specialisti e degli appartenenti alle altre professioni sanitarie operanti sul territorio;

- valutazione di efficacia/efficienza a livello di sistema e non del singolo settore, rapportata ai risultati ottenuti nella tutela della salute rispetto alle risorse impiegate;
- sanità vista non solo come problema finanziario, ma come investimento del settore economico dei servizi;
- sostenibilità futura del S.S.N. e dell'assistenza socio-sanitaria.

B. METODOLOGIA

Meridiano Sanità ha deciso di offrire una piattaforma metodologica per consentire di attivare un confronto e di raccogliere in modo efficace ed efficiente le istanze dei diversi attori che, a vario titolo, possono considerarsi "portatori di interessi" nel complesso mondo della sanità in Italia. Tali istanze sono state condivise e armonizzate nell'ambito di sette Tavoli Tecnici rappresentativi del "sistema sanità" e hanno portato a delineare alcuni suggerimenti per migliorare, in un'ottica di medio-lungo periodo, il S.S.N..

L'impianto metodologico del progetto Meridiano Sanità si è basato su due "cantieri di lavoro":

- i Tavoli Tecnici, che nel complesso rappresentano più di 10 milioni di cittadini, utenti e operatori della sanità, con l'obiettivo di attivare e coinvolgere con varie modalità gli attori e gli interlocutori chiave della sanità in Italia, per renderli protagonisti del processo di cambiamento;
- l'*Advisory Board*, che ha riunito esperti in tema di sanità ed economia, con l'obiettivo di fornire stimoli e contributi ai fini dello sviluppo di un modello di sistema sanitario, risultato dell'analisi e dell'integrazione delle diverse proposte di cambiamento provenienti dai Tavoli Tecnici.

C. I TAVOLI TECNICI

In dettaglio, i Tavoli Tecnici attivati sono i seguenti:

- Tavolo "Una sanità al servizio dei cittadini", di cui fanno parte rappresentanti della associazioni di cittadini e pazienti;
- Tavolo della Distribuzione Farmaceutica;
- Tavolo "L'evoluzione delle professioni mediche e infermieristiche";
- Tavolo dell'Etica e dell'Informazione in Medicina;
- Tavolo delle Società Scientifiche;
- Tavolo delle Regioni e delle Aziende Sanitarie;
- Tavolo delle Aziende Farmaceutiche.

I Tavoli Tecnici si sono riuniti cinque volte, da settembre dello scorso anno al mese di aprile 2006. I risultati della loro attività e le proposte avanzate dalle diverse categorie di attori della sanità rappresentate in ciascun tavolo sono stati presentati all'opinione pubblica nel corso di sette *Workshop* tenutisi a Milano e Roma.

C.1 L'Advisory Board

L'*Advisory Board* è costituito da:

- Innocenzo Cipolletta (Presidente del Sole 24 Ore, Presidente del Gruppo Ferrovie dello Stato e Presidente dell'Università di Trento);
- Elio Guzzanti (Direttore Scientifico dell'IRCCS OASI di Troina (EN) e già Ministro della Sanità);
- Giacomo Vaciago (Ordinario di Politica Economica e Direttore dell'Istituto di Economia e Finanza presso l'Università Cattolica di Milano);
- Umberto Veronesi (Direttore Scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia e già Ministro della Sanità).

L'*Advisory Board*, che si è anche avvalso di contributi esterni, si è riunito periodicamente per tutta la durata del progetto.

C.2 Gli output del progetto

Il lavoro svolto dai singoli Tavoli Tecnici è stato raccolto in sette *Position Paper*, pubblicati da Il Sole 24 Sanità tra il mese di maggio e il mese di giugno 2006.

Meridiano Sanità ha sviluppato inoltre *Paper* di carattere più generale e trasversale, dedicati, ad esempio, all'analisi dello scenario di riferimento per la sanità, alla fotografia del Servizio Sanitario Nazionale e ai confronti con Paesi stranieri rilevanti, allo sviluppo di un modello previsionale della spesa sanitaria, all'analisi del valore economico della sanità.

Le risultanze complessive del progetto sono contenute nel presente Rapporto Finale da cui è estratto l'*Executive Summary* che ne sintetizza i punti salienti. Altri documenti sono disponibili sul sito: www.meridianosanita.it.

D. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il fattore
demografico:
l'invecchia-
mento della
popolazione

Il mutamento più vistoso ed appariscente che sta caratterizzando la nostra società, come quella di tutti i Paesi industrializzati, è senza dubbio l'invecchiamento progressivo della popolazione.

In Italia, nel 2005, le persone di età uguale o superiore a 65 anni erano il 19,8% della popolazione. Nel 2050 saranno, molto probabilmente, il 33,6%.

E le persone con età compresa tra i 25 e i 64 anni passeranno dai 32,4 milioni attuali a 23,7 milioni.

Questo avrà certamente un pesante impatto sulla sostenibilità del S.S.N.. Soprattutto se il meccanismo attuale di finanziamento resterà invariato. Anche perché, l'aumento della popolazione anziana, accompagnato da una diminuzione della popolazione più giovane, farà aumentare sempre di più lo sbilanciamento tra i pochi che sostengono economicamente il Sistema e i molti che lo utilizzano.

Anche l'immigrazione, sebbene sia costituita per lo più da persone giovani e con un indice di fertilità elevato, riuscirà ad attenuare solo in parte l'impatto critico sul S.S.N.

Le ragioni del progressivo incremento della vita media delle persone sono facilmente identificabili nei molti fattori di progresso sociale e di sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche. Basti pensare ai risultati prodotti dalle vaccinazioni, dalle terapie antibiotiche o dai farmaci antipertensivi. Ma anche al miglioramento continuo e consistente delle condizioni di vita della popolazione.

Cresce
l'aspettativa di
vita

Nei prossimi anni è prevedibile che il *trend* della vita media, che dagli inizi del secolo scorso fa registrare continui aumenti, proseguirà nella stessa direzione. Se si pensa che solo nell'ultimo decennio, la mortalità totale in Italia è passata da un tasso di 120/10.000 del 1992, a 100/10.000 del 2002, ci sono molte probabilità che nel 2050 si arrivi ad una durata di vita media di 88,8 anni per le donne e di 83,6 anni per gli uomini.

A sostenere questa tendenza concorrono, infatti, molti fattori. Primi fra tutti, i progressi che si stanno facendo, non solo sul piano delle nuove terapie, ma anche su quello della lotta, sociale e culturale, contro i principali fattori di rischio responsabili o co-responsabili di tali malattie.

Incentivazione
di
comportamenti
virtuosi e lotta
ai fattori di
rischio

Se si seguirà, ad esempio, a contrastare con decisione il fumo, l'ipercolesterolemia, l'obesità e, più in generale, tutti quei comportamenti nocivi per la salute che rientrano nella libera scelta delle persone, si potranno avere riduzioni consistenti degli indici di mortalità di alcune delle più gravi malattie della nostra epoca.

Basti pensare alle malattie cardiovascolari e cerebro-vascolari, che sono oggi la prima causa di morte della popolazione. O al diabete, che oggi colpisce circa due milioni di persone e che rappresenta una delle principali voci di spesa del nostro S.S.N.. Ma anche i tumori diminuiranno.

Già da due decenni i loro indici di mortalità sono continuamente decrescenti e gli esperti si sono dati come obiettivo quello di ridurli di un ulteriore 15% nei prossimi 10 o 15 anni.

Ma giocherà un ruolo determinante anche l'applicazione in medicina della cosiddetta "rivoluzione biomolecolare". Le possibilità che questa offre di individuare l'eventuale predisposizione di una persona o di un segmento di popolazione a contrarre una determinata malattia, faciliterà certamente lo sviluppo di una medicina sempre più di tipo predittivo e la messa a punto di terapie sempre più mirate e personalizzate.

La rivoluzione biomolecolare e lo sviluppo e della medicina predittiva

Questo potrà tradursi in importanti benefici, non solo per la salute del paziente, ma anche per il bilancio del S.S.N.. I periodi successivi alla malattia saranno infatti più brevi e quindi anche il ritorno alle attività lavorative e alla vita normale sarà più rapido.

Ma nello scenario sociale c'è anche un altro importante fattore che esplicherà sempre di più la sua azione nei prossimi anni. È l'opinione che le persone hanno della salute e le strategie che mettono in atto per conservarla e migliorarla.

Con l'evolvere dello sviluppo economico e delle aspettative di vita della popolazione è prevedibile che l'idea convenzionale di salute come assenza di malattia ceda il posto ad un'idea molto più ampia di benessere, di felicità, di sicurezza. Che le persone, cioè, vogliano essere sempre più sane, più efficienti e più attive.

L'evoluzione dell'idea di salute

Questo produrrà una domanda di beni e servizi molto più ampia ed articolata di quella attuale.

Aumenterà nei cittadini l'interesse verso tutte quelle attività che possono prevenire le malattie, dai controlli medici periodici e i *check-up* totali alle diete e alle attività sportive.

Aumenterà la tendenza già in atto all'autodeterminazione delle scelte che riguardano la salute.

Cambierà il rapporto dei cittadini con il loro medico curante. Le persone vorranno essere sempre più informate e consapevoli del loro stato di salute e vorranno anche concordare liberamente la strategia terapeutica che ritengono per loro preferibile.

Un nuovo rapporto medico-paziente

Se tutti questi cambiamenti si svilupperanno nella società secondo le previsioni, il S.S.N. dovrà confrontarsi, nei prossimi anni, con una realtà radicalmente diversa da quella attuale. E se non sarà stato in grado, nel frattempo, di aggiornare la sua organizzazione e la sua offerta, si troverà di fronte a consistenti difficoltà nel rispondere in modo soddisfacente alla domanda di salute dei cittadini.

Una nuova realtà per il S.S.N.

E. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)

Contrariamente a quanto viene comunemente detto e ripetuto, i dati economici complessivi del nostro S.S.N. non sono particolarmente critici. Soprattutto se si confrontano con quelli degli altri Paesi.

Nel 2005 la spesa sanitaria pubblica italiana è stata di oltre 93 miliardi di euro pari al 6,7% del Prodotto Interno Lordo (PIL), contro gli 88,5 miliardi di euro (6,5% del PIL) nel 2004. La crescita media dal 1996 al 2004 è stata circa del 7% annuo con un'incidenza sul PIL che è passata dal 5,3% del 1996 al 6,5% del 2004 a fronte di un incremento medio annuo del PIL (nominale) del 4,07%.

La spesa sanitaria pubblica italiana è in linea con quella degli altri Paesi europei

Questi valori sono sostanzialmente in linea con quelli medi europei. Nel 2002, ad esempio, l'incidenza sul PIL della nostra spesa sanitaria pubblica è stata del 6,3% rispetto ad una media europea del 6,5%. Nello stesso anno la Germania ha fatto registrare un'incidenza della sua spesa sanitaria pubblica sul PIL dell'8,6%, la Svezia del 7,9%, la Francia del 7,4% e la Danimarca del 7,3%.

Le prime criticità si incontrano quando si analizza il modo in cui la spesa sanitaria è gestita. Se prendiamo ad esempio la spesa sanitaria regionale, le differenze da una Regione all'altra sono a volte stridenti.

Esistono forti disomogeneità a livello regionale

Rispetto alla spesa sanitaria *pro-capite*, che è in media di 1.536 euro, le variazioni tra le Regioni vanno da un minimo di 1.305 euro della Calabria a un massimo di 1.985 euro della Provincia Autonoma di Bolzano. E lo stesso accade per la spesa farmaceutica convenzionata *pro-capite* che, rispetto ad una media nazionale di 209 euro, raggiunge punte di 270 euro nel Lazio e minimi di 156 euro nella provincia di Bolzano.

Anche l'evoluzione della spesa nel tempo è molto diversa da Regione a Regione. Nel periodo 2001-2004, ad esempio, rispetto ad una crescita media nazionale del 4,8%, la spesa sanitaria del Friuli-Venezia Giulia è cresciuta del 6,8% e quella della Calabria dell'1,2%.

Gli effetti della disomogeneità si riflettono sulla disparità di qualità e quantità di servizi accessibili ai cittadini

Un riflesso di queste disparità si ritrova poi, inevitabilmente, anche nella qualità e nella quantità dei servizi che le diverse Regioni offrono ai loro cittadini.

Una testimonianza di questa disomogeneità territoriale è data, anche, dal flusso di persone che ogni giorno si muovono da una Regione all'altra per farsi curare o ricoverare. Alcune di loro, probabilmente, lo fanno perché hanno la necessità di centri ad alta specializzazione. Altre perché sono convinte, a torto o a ragione, che i servizi offerti dall'altra Regione siano migliori. Ma la maggior parte di loro si muove perché le strutture sanitarie della Regione in cui vivono non sono in grado di far fronte alle loro esigenze.

E.1 Le previsioni per il futuro

Nello scenario futuro, il dato che comunemente viene ritenuto più critico è l'aumento dell'aspettativa di vita delle persone. Ma la vera criticità non sarà tanto dovuta alla maggiore durata della vita quanto al rapporto tra questa durata e le condizioni di salute delle persone.

Al riguardo c'è uno studio europeo che ha valutato quali potranno essere le diverse conseguenze economiche dell'evolversi di questo rapporto.

Se nei prossimi anni l'aspettativa di vita aumenterà ma le condizioni di salute resteranno uguali o peggiori di quelle di oggi, i costi sanitari nel nostro Paese raggiungeranno un'incidenza sul PIL pari, rispettivamente, al 9,5% e al 10,1%.

Se invece le persone vivranno più a lungo, ma in condizioni di salute migliori, non solo la spesa sanitaria sarà più gestibile, in quanto l'incidenza sul PIL sarà di circa l'8%, ma aumenteranno anche la produttività del lavoro, la propensione al risparmio e agli investimenti in istruzione.

Sarà favorita, in altri termini, la crescita economica del Paese.

Il miglioramento dello stato di salute della popolazione contribuisce a contenere i costi del sistema

E.2 Il modello previsionale di Meridiano Sanità

Per valutare come evolverà nei prossimi anni la spesa sanitaria pubblica, ed in particolare quale sarà questa spesa nel 2050, si è pensato di costruire un nuovo modello previsionale basato sui *driver* di spesa più concreti e misurabili. E cioè sui fattori demografici e su quelli economici.

Punto di partenza, è stata la spesa sanitaria pubblica del 2005 scomposta per sesso, fascia di età e tipologia di prestazioni, distinguendo quelle per le forme acute da quelle per le forme croniche.

Si è rilevato così che, rispetto ad una incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL nazionale pari al 6,7%, la quota destinata alla popolazione femminile è stata pari al 3,5% del PIL mentre quella maschile è stata del 3,2%.

La ragione di questa differenza è la maggiore numerosità delle donne, sia rispetto alla popolazione generale sia rispetto alla fascia di età con oltre 65 anni per la quale la spesa sanitaria *pro-capite* è più elevata.

Nel suo complesso, infatti, la popolazione con oltre 65 anni di età ha assorbito più del 48% della spesa sanitaria totale.

Per proiettare questi dati nei prossimi decenni si sono utilizzate le proiezioni demografiche ISTAT contenute in "Previsioni nazionali della popolazione per età e sesso – Anni 2005-2050" e le proiezioni del PIL reale, su base decennale, fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato.

I *driver* della spesa sanitaria presi in considerazioni sono stati:

- 1- la crescita del reddito disponibile;
- 2- la variazione della numerosità della popolazione;

La spesa è trainata da fattori demografici ed economici

- 3- la variazione del mix demografico, sia per sesso che per fasce di età;
- 4- l'elasticità della spesa sanitaria *pro-capite* rispetto alla variazione nel reddito disponibile.

Applicazione del primo driver: la crescita del reddito disponibile

81 miliardi di euro
l'incremento della
spesa sanitaria nel
2050
ipotizzandone la
crescita in linea
con quella del
reddito disponibile

Per valutare l'impatto della crescita del reddito disponibile, assumiamo che da oggi al 2050 la popolazione rimanga invariata, sia come numero che come composizione, e che anche la percentuale di reddito *pro-capite* destinata alla spesa sanitaria non vari.

Ipotizzando che la spesa sanitaria pubblica cresca allo stesso tasso medio annuo di crescita del PIL reale e quindi, secondo i dati della Ragioneria Generale dello Stato, dell'1,4% annuo, nel 2050 la spesa sanitaria pubblica sfiorerà i 174 miliardi di euro, con un incremento di quasi 81 miliardi di euro rispetto alla spesa sanitaria del 2005.

L'impatto sul PIL, naturalmente, resterà invariato al 6,7%, dal momento che abbiamo assunto un uguale tasso di crescita medio annuo sia per la spesa sanitaria che per il PIL.

Applicazione del secondo driver: la numerosità della popolazione

Circa 8 miliardi
di euro la
riduzione della
spesa per effetto
della diminuzione
della popolazione
residente

Secondo le proiezioni demografiche, nel 2050 la popolazione residente sarà di 55.936.000 persone. Rispetto ai 58.594.000 di oggi ci sarà quindi una riduzione di circa 2 milioni e mezzo di unità. Questo minor numero di persone, potenzialmente assistite dal Servizio Sanitario Nazionale, si tradurrà in una riduzione della spesa sanitaria pubblica di 7,9 miliardi di euro.

Applicazione del terzo driver: la variazione del mix demografico

Gli stessi dati demografici ci indicano che la diminuzione della popolazione non avverrà in modo proporzionale tra i due sessi.

Il cambiamento del
mix demografico
produrrà un
aumento della
spesa per circa 63
miliardi di euro

Se oggi la popolazione femminile è, seppure lievemente, maggioritaria, nel 2050 le due componenti saranno, praticamente, di pari dimensione: 27,4 milioni di uomini e 28,5 milioni di donne.

Varierà invece, e questa volta in modo molto evidente, la composizione della popolazione per fasce di età. La popolazione degli over 65 aumenterà, e la sua incidenza sulla popolazione totale passerà dall'attuale 19,8% al 33,6%.

Considerando che in questa fascia d'età la spesa sanitaria *pro-capite* raggiunge il livello massimo, l'impatto sulla spesa sanitaria pubblica sarà pari ad ulteriori 63,1 miliardi di euro.

Applicazione del quarto driver: l'elasticità della spesa sanitaria pro-capite rispetto al PIL pro-capite

Fin qui si è assunto che la crescita della spesa sanitaria *pro-capite* segua la stessa dinamica del

PIL *pro-capite*. Ma questa assunzione è nei fatti poco realistica. Alla crescita di un punto percentuale del reddito corrisponde, storicamente, una crescita della spesa *pro-capite* in sanità superiore ad un punto percentuale.

Analizzando l'andamento di queste variabili dal 1960 ad oggi, in un *panel* di 9 Paesi, si è visto infatti che il rapporto tra variazione della spesa sanitaria *pro-capite* e variazione del PIL *pro-capite* è stato sempre superiore all'unità ma con una tendenza a ridursi progressivamente. È stato 1,65 nel 1960, 1,55 nel 1970, 1,46 nel 1980, 1,38 nel 1990 e 1,30 nel 2000. Oggi è di poco inferiore ad 1,30.

Assumendo che questa tendenza prosegua anche nei prossimi decenni, l'indice assumerà il valore di 1,27 nel 2010, 1,22 nel 2020, 1,15 nel 2030, 1,08 nel 2040 e 1,02 nel 2050. Applicando i valori al modello previsionale, a fine periodo si avrà un'ulteriore crescita della spesa sanitaria pari a 21,9 miliardi di euro.

Effetto cumulativo dei quattro driver

Sommando i risultati fin qui prodotti dall'applicazione dei quattro *driver* di spesa, si arriva ad una stima complessiva della spesa sanitaria pubblica al 2050 di 251,1 miliardi di euro pari al 9,7% del PIL.

E.3 L'impatto della prevenzione

In Italia la spesa sanitaria è prevalentemente focalizzata sulla cura delle malattie. La prevenzione invece potrebbe rivelarsi uno degli strumenti più efficaci per contenere l'impatto delle variabili economiche e demografiche sulla spesa sanitaria.

Per valutare il beneficio che può derivare dall'investimento in prevenzione, si è anzitutto circoscritto il campo del significato di questo termine, assumendo la definizione dell'OCSE che in questa voce comprende tutti quei servizi forniti allo scopo di migliorare lo stato di salute generale della popolazione, come ad esempio le campagne ed i programmi di vaccinazione, ma non tutte quelle altre attività che, in senso lato, riguardano la salute pubblica, come, ad esempio, la protezione ambientale.

Si è poi analizzata, nelle serie storiche, la correlazione tra spesa in prevenzione e spesa per prestazioni terapeutico-riabilitative. Il dato che è emerso è stato che quando l'incidenza della spesa in prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica aumenta, ad esempio, dell'1%, si registra una diminuzione del 3% nella percentuale di spesa destinata alle prestazioni terapeutico-riabilitative. E che questa correlazione statistica raggiunge la maggiore evidenza entro un periodo di 10 anni.

La rigidità della spesa sanitaria rispetto al PIL produrrà nel 2050 un incremento dei costi di 21,9 miliardi di euro

215 miliardi di euro la stima complessiva della spesa sanitaria nel 2050 per l'effetto cumulato di tutti i *driver*

La prevenzione è uno strumento di contenimento della spesa

All'aumento dell'1% della spesa in prevenzione corrisponde una diminuzione del 3% della spesa destinata alle prestazioni terapeutico-riabilitative

E.4 L'impatto dell'investimento in prevenzione sulla spesa sanitaria pubblica

Per stimare l'impatto di un incremento dell'investimento in prevenzione si sono quindi definite le seguenti ipotesi di partenza:

- 1- che il moltiplicatore per le spese in prestazioni terapeutico-riabilitative sia pari a -3 volte l'investimento in prevenzione effettuato;
- 2- che tale moltiplicatore rimanga costante rispetto al valore assoluto dell'investimento in prevenzione;
- 3- che il beneficio si manifesti entro un periodo di 10 anni.

Si è inoltre ipotizzato che il beneficio dell'investimento in prevenzione si manifesti come diminuzione della spesa ospedaliera. Si sottolinea tuttavia che la scelta di considerare il beneficio in diminuzione della spesa ospedaliera non impatta sul valore totale del beneficio stesso.

Oggi la spesa ospedaliera è il 47,9% della spesa sanitaria pubblica. Nei prossimi anni è previsto un lieve decremento per cui nel 2050 la sua incidenza sulla spesa sanitaria pubblica sarà pari al 47,3%.

Ipotizzando un incremento strutturale del rapporto tra spesa in prevenzione e spesa sanitaria pubblica pari all'1% ogni 10 anni, nel 2050 la spesa in prevenzione sarà di 9,5 miliardi di euro, pari al 4,1% della spesa sanitaria pubblica, con un incremento di 8,1 miliardi di euro rispetto allo scenario in cui non si preveda alcun investimento in prevenzione.

16,5 miliardi nel
2050 il beneficio
netto
dell'investimento
in prevenzione

Per contro, le spese ospedaliere scenderanno al 40,2% della spesa sanitaria con un risparmio di 24,6 miliardi di euro.

Considerando l'incremento delle spese in prevenzione e la diminuzione della spesa ospedaliera, il beneficio netto al 2050 è stimato in 16,5 miliardi di euro, pari a una riduzione complessiva di 0,6 punti percentuali nel rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, che scenderebbe così al 9,1%.

F. I SISTEMI INTERNAZIONALI DI RIFERIMENTO

Secondo la *World Health Organization* (WHO), un sistema sanitario deve perseguire tre obiettivi fondamentali: migliorare lo stato di salute dei cittadini, rispondere alle loro aspettative di salute e fornire meccanismi di protezione finanziaria che consentano, anche ai meno abbienti, di sostenere i costi delle malattie ed accedere alle cure sanitarie di cui hanno bisogno.

Per valutare l'efficacia di un sistema sanitario non è tuttavia sufficiente considerare se raggiunge o meno questi obiettivi. È necessario, anche, vedere in che modo li raggiunge.

Per valutare le *performance* dei diversi sistemi sanitari, le principali organizzazioni internazionali, l'Unione Europea, la WHO e l'OCSE, utilizzano comunemente un piccolo gruppo di indicatori che misurano l'aspettativa di vita, la spesa sanitaria *pro-capite*, il numero di occupati nel settore sanità e la quantità di strutture sanitarie disponibili.

L'aspettativa di vita, presa in assoluto, è un indicatore piuttosto approssimativo dell'efficacia di un sistema sanitario perché può dipendere da molte variabili, sociali, economiche o culturali. Un indicatore più accurato è l'aspettativa di vita in buona salute, che viene di solito associato al precedente.

Rispetto ad entrambi questi indicatori, l'Italia si colloca comunque ai primi posti in una graduatoria tra Paesi come la Francia, la Spagna, la Germania, il Regno Unito e gli Stati Uniti.

In Italia, infatti, l'aspettativa di vita è di 79,7 anni e quella in buona salute di 72,7, mentre in Francia i dati sono rispettivamente 79,7 e 72,0, in Spagna 79,6 e 72,6, in Germania 78,7 e 71,8, nel Regno Unito 78,2 e 70,6 e negli Stati Uniti 77,3 e 69,3.

Se però si mette in relazione questo dato con la spesa sanitaria *pro-capite*, si riescono a cogliere meglio alcune importanti differenze. La Spagna ad esempio, che ha un'aspettativa di vita analoga a quella dell'Italia e della Francia, ma un livello di spesa *pro-capite* più basso, mostra di avere un sistema sanitario più efficiente del nostro e di quello francese perché riesce ad ottenere gli stessi risultati con risorse economiche inferiori. C'è da rilevare inoltre, che la Spagna, che ha la minore spesa sanitaria pubblica *pro-capite* (2.094\$ contro i 2.392\$ dell'Italia o i 3.149\$ della Francia) spende per l'assistenza farmaceutica quasi un quarto della sua spesa sanitaria (22,3% contro il 15,4% dell'Italia o il 18,3% della Francia).

Rispetto al numero di occupati in sanità la nostra situazione è del tutto anomala rispetto alla media degli altri Paesi. Abbiamo infatti il più alto numero di medici ogni mille abitanti (4,2) e il più basso numero di infermieri (5,4).

Siamo invece in una posizione intermedia per quanto riguarda il numero di posti letto ospedalieri

Sistemi di valutazione di *performance* dei sistemi sanitari

In Italia l'aspettativa di vita è tra le più alte tra i Paesi occidentali

Gli occupati in sanità: l'Italia ha il più alto rapporto medici/ abitanti e il più basso infermieri/abitanti

in quanto ne abbiamo 4,4 ogni mille abitanti rispetto alla Germania che ne ha 9 e agli Stati Uniti che ne hanno 3, mentre siamo invece ai vertici della classifica per numero di TAC e di attrezzature per la risonanza magnetica.

Abbiamo infatti 20,6 apparati TAC e 10,2 attrezzature di risonanza magnetica ogni milione di abitanti mentre la Francia ne ha, rispettivamente, 7,5 e 3,2; la Germania 15,4 e 6,6; la Spagna 13,3 e 7,7; il Regno Unito 7 e 3 e gli Stati Uniti 13 e 8,5.

F.1 I diversi modelli di sistema sanitario

I sistemi sanitari dei Paesi europei derivano da due modelli principali: il sistema continentale "Bismarck" e il sistema anglosassone "Beveridge". Gli Stati Uniti hanno invece adottato un terzo sistema, definito come "Misto".

Il sistema Bismarck

Prende il nome dal cancelliere tedesco Otto von Bismarck che, nel 1883, introdusse in Germania un sistema obbligatorio di sicurezza sociale basato sull'appartenenza alle diverse categorie professionali.

Sistema
mutualistico
finanziato
principalmente
attraverso i
contributi di
malattia

Indipendenza
nella gestione
delle risorse

È un tipico sistema mutualistico che si basa su fondi e casse di malattia regolamentate a livello centrale, finanziate prevalentemente attraverso i contributi di malattia e gestite da enti *non-profit*.

Il sistema prevede la libera contrattazione tra le organizzazioni mutualistiche e le strutture sanitarie, pubbliche o private, erogatrici dei servizi e assegna al Governo la responsabilità della programmazione sanitaria, della sua regolamentazione e del controllo di efficacia delle prestazioni fornite.

I vantaggi di questo modello consistono, soprattutto, nella separazione dei fondi destinati alla sanità dalle altre entrate pubbliche e nella gestione indipendente, seppur regolata, di tali fondi.

Tra gli svantaggi c'è, invece, la forte regolamentazione necessaria per far funzionare il sistema e i meccanismi correttivi che debbono essere previsti per far fronte alle esigenze sanitarie di quelle categorie sociali, come i liberi professionisti, i lavoratori atipici, i disoccupati e i pensionati che altrimenti, in quanto escluse dal sistema contributivo, resterebbero escluse anche dal diritto all'assistenza sanitaria.

Il sistema Bismarck è adottato, sia pure con diverse varianti, da Francia, Germania e Olanda.

Il sistema Beveridge

Finanziamento
attraverso la
tassazione
generale

Prende il nome da Lord Beveridge che, nel 1941, ebbe l'incarico di predisporre un programma di *welfare* nel Regno Unito. Il principio ispiratore di questo sistema è quello di garantire a tutti i cittadini una copertura sanitaria pressoché totale con un finanziamento prevalentemente pubblico derivato dalla tassazione generale.

Il sistema è molto centralizzato, con una forte presenza del Ministero della Salute, che ha la responsabilità della programmazione, della gestione e del controllo dell'assistenza sanitaria, oltre che del finanziamento del sistema.

La maggior parte delle strutture sanitarie sono di proprietà pubblica ed erogano, in forma gratuita o semi-gratuita, tutte le prestazioni ritenute efficaci. Negli ultimi anni, si è cercato di stimolare la concorrenza nella fornitura di servizi sanitari permettendo l'ingresso nel settore anche ad enti privati.

I vantaggi principali di questo sistema sono i principi di solidarietà e di copertura universale che lo ispirano, l'ampiezza della base contributiva per il finanziamento del sistema e la relativa semplicità di amministrazione.

Tra gli svantaggi ci sono invece le possibili difficoltà nel garantire l'equità delle contribuzioni, le possibili distorsioni nella tassazione dovute alla necessità di reperire risorse sufficienti al finanziamento del sistema, il fatto che l'allocatione delle risorse sia soggetta a negoziazione politica e la necessità di un forte controllo a livello di regolamentazione.

Il sistema Beveridge è adottato, oltre che dal Regno Unito, anche da Italia e Spagna.

Il principio di solidarietà è alla base del modello Beveridge

Il Sistema Misto

È il sistema sanitario degli Stati Uniti e si basa sull'assicurazione volontaria e sul pagamento diretto delle spese sanitarie da parte dei cittadini.

Il criterio ispiratore è il concetto che la "salute" è un bene di consumo non dissimile da altri beni.

Il finanziamento del sistema avviene attraverso i premi pagati da coloro che scelgono liberamente di sottoscrivere una polizza assicurativa. Lo Stato finanzia soltanto alcuni specifici programmi assicurativi, come *Medicare* e *Medicaid*, che sono a sostegno di particolari categorie di pazienti o di categorie sociali disagiate.

L'intervento dello Stato è limitato ai compiti di regolamentazione come, ad esempio, la concessione di licenze o di autorizzazioni ad erogare prestazioni sanitarie. Tutti i meccanismi di programmazione, finanziamento, gestione e controllo sono lasciati alla libera negoziazione tra gli utenti e le strutture produttrici di beni e servizi che sono prevalentemente private.

Limitato intervento pubblico

Il vantaggio principale di questo sistema è quello di lasciare ai cittadini piena libertà di scelta sui modi di protezione ritenuti più adeguati alle proprie necessità. L'ampiezza del mercato assicurativo sanitario americano consente peraltro di coprirsi da qualsiasi tipologia di rischio.

Libertà di scelta ai cittadini nella copertura dei rischi sanitari

Tra gli svantaggi ci sono le possibili distorsioni ed inefficienze nel mercato assicurativo e la scarsa tutela delle categorie più deboli.

F.2 L'evoluzione dei tre sistemi

Queste tre tipologie di sistemi sanitari, con il passare degli anni, hanno assunto gradualmente configurazioni diverse rispetto a quelle originarie. Per far fronte alla crescente domanda di servizi sanitari e dei costi conseguenti, ogni sistema ha cercato di introdurre al suo interno strumenti tipici degli altri sistemi nell'intento di riuscire a governare meglio la spesa per la salute.

Progressiva
"contaminazione"
dei modelli

Ne sono un esempio, l'introduzione di forme di assistenza sanitaria privata in Italia e nel Regno Unito o la scelta fatta da Francia e Germania di finanziare parte delle spese sanitarie attraverso la tassazione generale.

Si può dire quindi, che i sistemi sanitari sono ormai tutti di tipo "spurio", con accentuazioni, più o meno marcate, delle loro impostazioni originarie.

I continui cambiamenti di organizzazione, funzioni e strutture che i diversi sistemi sanitari stanno attuando dimostra inoltre che tutti si trovano ad affrontare, più o meno, analoghe difficoltà. E che tutti stanno cercando i modi migliori di organizzarsi per rispondere in modo adeguato alle nuove esigenze delle loro rispettive collettività.

Tra le esperienze fatte in questa direzione meritano particolare attenzione i *Primary Care Trust* inglesi e il *Kaiser Permanente* degli Stati Uniti perché presentano elementi ed idee che potrebbero essere utili anche per l'Italia.

F.3 I *Primary Care Trust* o PCTs nel Regno Unito

PCTs: un
approccio
all'assistenza
territoriale

I PCTs sono entità legali a sé stanti che raccolgono nel proprio ambito tutte specialità di *Primary Care* e sono responsabili di garantire la salute e le cure necessarie ad una popolazione locale di circa 180.000 residenti.

I PCTs sono finanziati dalla tassazione generale ed hanno piena autonomia nella gestione delle risorse loro assegnate. Il loro compito è quello di distribuire tali risorse alle strutture di cui sono responsabili, perché queste possano, a loro volta, acquistare direttamente i servizi ospedalieri e di comunità di cui hanno bisogno.

Il controllo dei PCTs è affidato ad un *Board* indipendente i cui membri sono nominati dal Segretario di Stato.

Dai sondaggi effettuati, il pubblico degli utenti appare molto soddisfatto dell'assistenza ricevuta.

Tra gli aspetti critici c'è invece soprattutto quello di non essere ancora riusciti a produrre miglioramenti significativi sulla durata della degenza media e sul numero di posti letto per malati acuti.

Trattandosi però di strutture ancora "giovani", probabilmente hanno bisogno di altro tempo per entrare completamente a regime.

F.4 Il *Kaiser Permanente* negli Stati Uniti

Il *Kaiser Permanente* è una organizzazione statunitense *non-profit* che integra al suo interno tre funzioni: quella di assicuratore, quella di erogatore di servizi ospedalieri e quella di produttore dei servizi di base.

È finanziato, principalmente, dai premi che gli assicurati versano in via anticipata. Il rischio finanziario non è solo dell'organizzazione, ma anche dei medici convenzionati che sono, al tempo stesso, azionisti, *partner* o dipendenti del *Kaiser Permanente*.

L'assistenza di base primaria è garantita da medici che operano, in *team* con altri professionisti sanitari, all'interno di strutture dotate di tutti i servizi sanitari necessari. Queste strutture sono aperte anche di notte e nei giorni festivi per le emergenze. L'efficienza delle strutture è garantita anche dall'utilizzo della cosiddetta cartella clinica elettronica.

La filosofia di fondo del *Kaiser Permanente* è che l'ospedalizzazione debba essere riservata soltanto ai casi che ne hanno effettiva necessità e che per tutte le altre patologie siano invece da utilizzare percorsi assistenziali diversi in apposite strutture.

Come per i PCTs, anche gli utenti del *Kaiser Permanente* sono molto soddisfatti dei servizi ricevuti. Tra i punti deboli c'è, naturalmente, il fatto fondamentale che tutti questi benefici sono fruibili solo da chi può sottoscrivere la polizza.

Percorsi assistenziali
alternativi
all'ospedalizzazione
per contenere e
migliorare la spesa
per la salute

G. IL "VALORE ECONOMICO" DELLA SANITÀ

Migliorare lo stato di salute della popolazione è un investimento

Nella percezione corrente la sanità è comunemente associata ad una spesa. Raramente si pensa che possa essere anche un investimento.

Eppure la relazione virtuosa che intercorre tra lo stato di salute di una popolazione e lo sviluppo economico del Paese ha più di un motivo di evidenza.

In primo luogo in termini di quantità di lavoro. Perché più alto è il livello di salute della popolazione, maggiore è la produttività nazionale e minori sono i costi assistenziali.

Ma anche in termini più generali di economia del Paese. Perché essere in buona salute o recuperarla vuol dire poter godere dell'utilità di altri beni. Avere più tempo disponibile per dedicarsi ad altre attività, siano esse produttive o non produttive. Essere più attivi, più propensi al risparmio, ai consumi culturali, agli investimenti nella propria formazione e nel proprio futuro.

Tutte queste considerazioni, pur essendo ampiamente condivise sul piano generale, soffrono però di una pesante limitazione: quella di non poter essere facilmente misurabili.

Un criterio alternativo, ma certamente più circoscritto, per misurare il valore economico della sanità è quello di considerare il valore aggiunto generato dal settore.

Il valore aggiunto generato dal settore

Basandosi sugli ultimi dati disponibili, e circoscrivendo l'analisi all'apporto diretto fornito dal settore, è possibile attribuire alla sanità consumi finali per 111.405 milioni di euro, investimenti fissi lordi per 3.363,6 milioni di euro ed importazioni nette per 2.001,7 milioni di euro. Per un totale di 112.766,9 milioni di euro nel 2004, che corrispondono all'8,3% del PIL.

Il contributo complessivo della sanità all'economia del Paese è stimabile nel 12% circa

Allargando l'analisi fino a comprendere il contributo indirettamente fornito dal settore, e stimando quindi il valore aggiunto generato dal suo indotto, si giunge ad un totale di 167.360 milioni di euro nel 2004, pari a circa il 12,4% del PIL.

Un recente studio di Confindustria conferma un tale dimensionamento, stimando un'incidenza del valore aggiunto diretto ed indotto generato dal settore sul PIL nazionale nel 2003 nell'ordine dell'11% circa.

Il settore assorbe circa il 6% degli occupati in Italia

Dal punto di vista dell'occupazione, si calcola che nel 2004 gli occupati nel settore salute in Italia fossero circa 1.400.000, pari ad oltre il 6% del totale degli occupati nazionali.

Il settore sanità è strategicamente rilevante anche a livello europeo

Questi dati dimostrano quindi, ampiamente, che il settore sanità ha una consistente rilevanza strategica per l'economia del Paese. Ne sono peraltro un'ulteriore conferma anche i dati europei. Nei 15 Stati membri dell'UE prima dell'allargamento del maggio 2004, il settore sanità mostra un'incidenza media diretta sul PIL del 7% e quindi superiore a quella dei servizi finanziari o del *retail*, che raggiungono il 5%.

Ma il valore economico della sanità non consiste solo nel valore aggiunto. Basti pensare al contributo fornito in termini di Ricerca e Sviluppo.

Secondo uno studio recente di Confindustria, ogni mille euro di produzione, l'Industria della salute ne spende circa 30 per la ricerca, contro i 6 euro spesi mediamente dall'Industria manifatturiera. In particolare, nel 2003, l'industria della salute ha speso per la Ricerca e Sviluppo *"intramuros"* quasi 826 milioni di euro, pari al 14,9% delle spese totali per la ricerca dell'Industria manifatturiera. Ed ha attivato, nel triennio 2001-2003, investimenti diretti ed indiretti, sempre in Ricerca e Sviluppo, per più di 905 milioni di euro, pari al 25% delle spese in ricerca indotte dall'attività manifatturiera.

5 volte superiore alla media dell'Industria manifatturiera la spesa in Ricerca e Sviluppo

Ma sono anche importanti i contributi che il settore sanità dà in altri ambiti.

Nella qualità della vita, ad esempio, dove l'importanza del contributo si può calcolare indirettamente dai consumi sanitari, che in totale rappresentano oltre il 10% dei consumi nazionali. Ma anche nel favorire la coesione sociale, come dimostra l'attenzione che tutti i Governi dedicano a questo aspetto.

In termini più generali si può dire che il contributo della sanità allo sviluppo del Paese è già oggi determinante, sia in termini economici che sociali e culturali, ma potrà diventarlo ancora di più in futuro se si comincerà a pensare alla sanità non solo come un costo da tagliare, ma come un'area di investimento strategico, anche per i capitali privati.

Per favorire questo cambio di "prospettiva" può essere utile considerare qual è stato, negli ultimi anni, il contributo della sanità alla crescita reale del Paese.

Secondo le stime ISTAT, dal 1995 al 2003 la spesa sanitaria è cresciuta ad un tasso medio annuo del 3,3%, con un minimo dell'1,5% nel 1997 e un massimo del 7% nel 2001. Nello stesso periodo, il PIL reale è cresciuto in media dell'1,5% all'anno. Se si toglie però dall'incremento reale del PIL la quota di incremento reale attribuibile al settore sanitario si ottiene un dato interessante.

Nel 2000, ad esempio, il PIL reale è cresciuto del 3,03% rispetto al 1999. Se si scorpora da questa crescita la quota apportata dall'aumento della spesa sanitaria, il tasso di crescita del PIL si riduce al 2,78%.

Tradotto in altri termini questo vuol dire che nel 2000 la crescita della spesa sanitaria ha prodotto un aumento del PIL reale dello 0,25% su base annua. E che la spesa sanitaria ha quindi contribuito, per circa l'8,2%, alla crescita totale del PIL reale rispetto al 1999. Questo dato, già di per sé molto significativo, lo diventa ancora di più quando le dinamiche di sviluppo del PIL sono modeste. Negli anni 2002 e 2003, ad esempio, quando il PIL era in una sostanziale stagnazione, l'apporto della sanità alla sua crescita reale ha superato il 70% e raggiunto addirittura il 90%.

Depurando infatti la crescita del PIL reale dalla componente dovuta alla spesa sanitaria, la crescita del PIL reale sarebbe passata nel 2002 dallo 0,36% allo 0,03% e nel 2003 dallo 0,26% allo 0,07%.

Il settore sanitario contribuisce in modo rilevante alla crescita del PIL

Tutto questo per dire che la sanità, oltre a tutti i contributi che dà alla qualità di vita delle persone, agli investimenti in Ricerca e Sviluppo e, più in generale, allo sviluppo complessivo della società, è anche una componente centrale del sistema economico nazionale.

H. ALCUNE RIFLESSIONI PER UN NUOVO MODELLO DI SANITÀ NELL'AMBITO DEL S.S.N.

Come abbiamo visto nelle pagine precedenti, lo scenario con il quale il S.S.N. si sta confrontando, e sempre più dovrà confrontarsi, è caratterizzato da un elevato grado di complessità.

La popolazione sta invecchiando progressivamente. Aumentano le condizioni di disabilità e di cronicità. Diminuisce il numero di persone attive in grado di sostenere economicamente il sistema.

Tutto questo si traduce in una domanda di salute sempre più ampia ed articolata che l'organizzazione attuale del nostro Servizio Sanitario spesso non è in grado di soddisfare.

Eppure il S.S.N. è comunemente, e giustamente, considerato un buon sistema. Un Sistema equo e solidale che si è dimostrato in grado di dare, nel corso degli anni, importanti risultati in termini di miglioramento della salute dei cittadini.

Ma come in tutti i sistemi complessi anche nel S.S.N. non mancano i problemi. Ci sono molte disomogeneità territoriali nella qualità e nella tipologia delle prestazioni erogate. Molti inutili ed onerosi vincoli burocratici. Molte criticità diffuse nei diversi nodi della struttura.

Ci sono, in altri termini, molte e gravi inefficienze, funzionali e strutturali, che si stanno progressivamente aggravando e che, in mancanza di adeguati correttivi, nei prossimi anni renderanno sempre meno gestibile la domanda di salute dei cittadini.

Ripensare il Servizio Sanitario Nazionale non è quindi un'opzione. È una necessità. Ed è una necessità con la quale si stanno confrontando tutti i Paesi industrializzati. Perché i processi di cambiamento sono una realtà che sta attraversando tutte le società moderne. In particolare quelle del benessere.

H.1 Le proposte di Meridiano Sanità

Il contributo che Meridiano Sanità si propone di dare con questo lavoro è quello di fornire a chi ha la responsabilità di gestire la salute nel nostro Paese un'analisi delle criticità esistenti nei diversi snodi del sistema e una serie di ipotesi di intervento, correttivo ed integrativo.

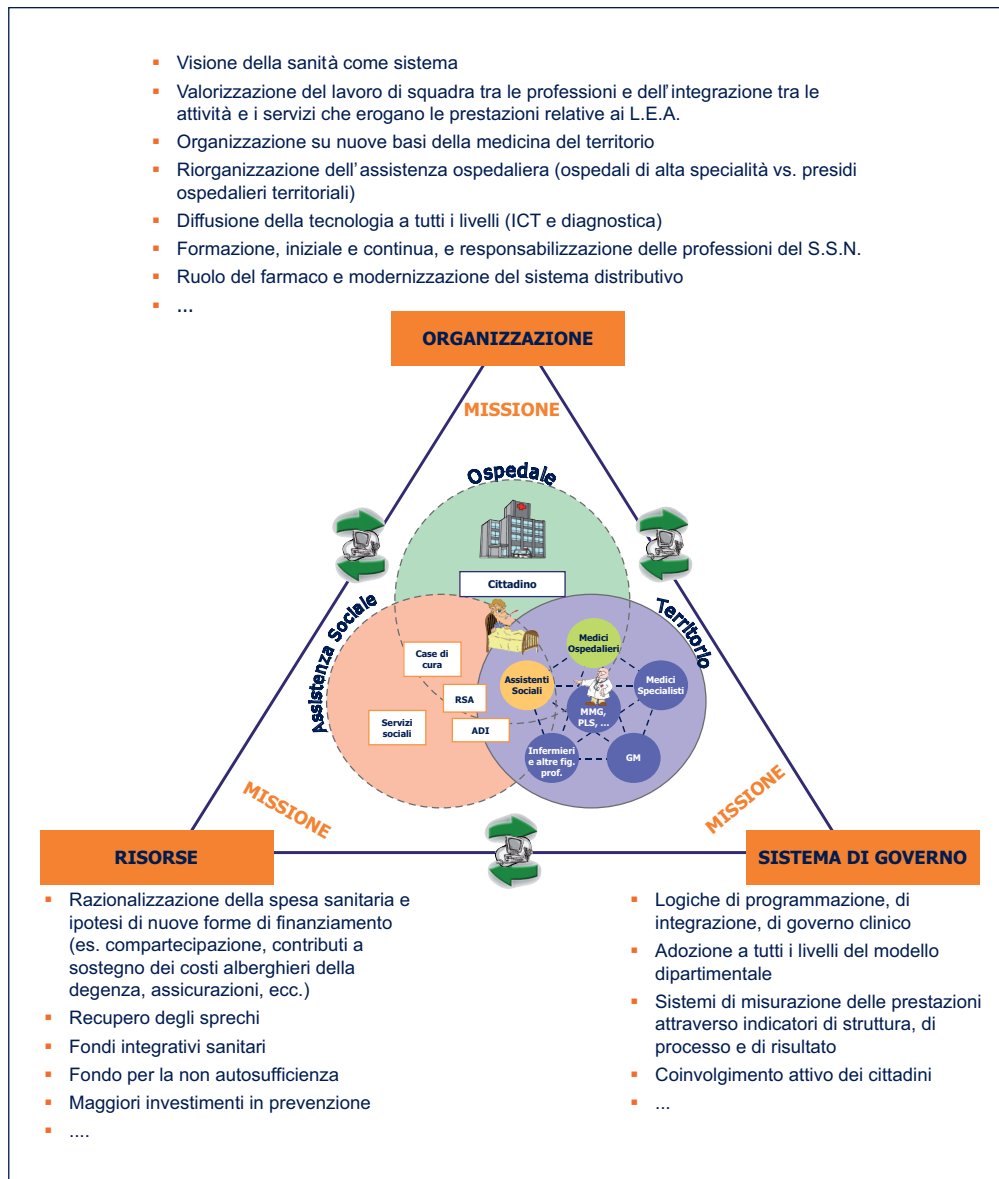
Secondo il parere più diffuso tra gli esponenti di tutti i settori della salute che hanno partecipato a questo progetto, sono queste le tematiche principali sulle quali è indispensabile concentrarsi:

- la centralità del cittadino;
- l'integrazione tra il sistema ospedaliero e la medicina territoriale;
- la razionalizzazione del lavoro svolto dai medici e da tutte le professioni sanitarie operanti sul territorio;

- la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza fatta a livello di sistema e non di singolo settore e basata sul rapporto tra i risultati di salute ottenuti e le risorse impiegate;
- il riconoscimento della sanità come investimento economico e sociale e non come problema finanziario;
- la sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale anche negli anni futuri.

La nostra ipotesi di nuova sanità: schema interpretativo

- Visione della sanità come sistema
- Valorizzazione del lavoro di squadra tra le professioni e dell'integrazione tra le attività e i servizi che erogano le prestazioni relative ai L.E.A.
- Organizzazione su nuove basi della medicina del territorio
- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera (ospedali di alta specialità vs. presidi ospedalieri territoriali)
- Diffusione della tecnologia a tutti i livelli (ICT e diagnostica)
- Formazione, iniziale e continua, e responsabilizzazione delle professioni del S.S.N.
- Ruolo del farmaco e modernizzazione del sistema distributivo
- ...



Fonte: Ambrosetti – The European House

H.2 La centralità del cittadino

Cittadino
soggetto attivo

Un nuovo approccio alla sanità deve partire, in primo luogo, dal modo di considerare il cittadino. Non più soltanto destinatario di servizi ma soggetto attivo e partecipe delle decisioni che riguardano la salute.

Quello che deve essere riconosciuto è che il cittadino ha diritto di accedere ad un sistema fondato e organizzato sui suoi bisogni, che promuova e tuteli la sua salute secondo i principi di equità, universalità e solidarietà.

Perché questo sia realizzabile è necessario il suo coinvolgimento in almeno quattro momenti chiave: nella definizione dei bisogni di salute e quindi degli obiettivi del S.S.N., nella programmazione delle risorse e delle attività, nella valutazione dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi e nel monitoraggio continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite.

Definizione dei bisogni di salute dei cittadini

Ripartire dai
bisogni del
cittadino per
ridefinire i
contenuti dei
L.E.A.

Per affrontare in modo adeguato i cambiamenti in atto nel contesto di riferimento è essenziale riconsiderare il Servizio Sanitario in una logica più allargata e sistemica.

In particolare, occorre partire dalla individuazione e definizione esatta dei bisogni di salute dei cittadini per decidere quali sono i Livelli Essenziali di Assistenza che il nostro sistema può garantire, secondo i principi fondamentali di equità, solidarietà e universalità.

Programmazione delle risorse e delle attività

Fino ad oggi la programmazione sanitaria si è basata prevalentemente sugli andamenti passati dell'offerta e la conseguenza è stata che le risorse si sono quasi sempre rivelate insufficienti.

Bisogna invertire la rotta. Valutare quali sono gli scenari che ci aspettano e quali gli investimenti che bisogna fare per tutelare e garantire la salute dei cittadini.

Programmare di
più individuando
le priorità e meno
guardando agli
andamenti storici

Naturalmente bisogna fare i conti con le risorse disponibili e quindi individuare le priorità e i L.E.A. coerenti con i nuovi scenari. Ma è anche importante porsi in una logica di programmazione di medio-lungo periodo, 10-15 anni, con obiettivi di breve termine.

In questo processo di razionalizzazione e programmazione il cittadino deve avere, necessariamente, un ruolo centrale perché è contemporaneamente il promotore e l'utente di tutto il sistema.

Valutazione dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi definiti

Per valutare l'effettiva erogazione dei L.E.A. è necessario che i L.E.A. stessi possano essere misurati. Questo però non vuol dire seguire la logica attuale che prevede una mera verifica della quantità di prestazioni erogate.

Vuol dire, piuttosto, individuare criteri omogenei per misurare qualità, quantità, costi e modalità di erogazione dei L.E.A. Valutare i livelli di integrazione dell'assistenza (ospedale-territorio-domicilio), la qualità dell'assistenza erogata e l'accessibilità e l'appropriatezza della prestazione.

È poi necessario che tutti questi dati confluiscono in strumenti in grado di misurare il livello di avanzamento rispetto agli obiettivi stabiliti.

Elaborare un sistema di misurazione dei risultati in ottica di *performance*

Monitoraggio continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite

È necessario che il S.S.N. si doti di criteri di valutazione delle sue *performance* basati sui risultati effettivamente conseguiti in termini di miglioramento della salute dei cittadini.

In particolare, occorre individuare alcuni semplici indicatori di appropriatezza e di esito che consentano di misurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate dalle strutture e dagli operatori sanitari.

Introdurre indicatori di appropriatezza e di esito per misurare il corretto impiego delle risorse

In questo ambito ci sono già, peraltro, alcune esperienze positive di *audit* civico fatte da alcune Regioni che potrebbero essere trasferite su scala nazionale.

Allo stesso modo è indispensabile porre grande attenzione alla corretta utilizzazione delle risorse impiegate rispetto alla prestazione erogata in termini di bilanciamento qualità-costi, che non sempre risulta ottimale e in linea con le effettive esigenze di salute del cittadino.

H.3 L'organizzazione

Ripensare la sanità come sistema integrato

Uno dei problemi più evidenti del S.S.N. è la mancanza di un approccio sistemico che valorizzi la collaborazione e l'integrazione tra le diverse professionalità che operano al suo interno.

Questo problema era già ben chiaro nel 1978 quando vennero istituiti i Dipartimenti ospedalieri che erano stati pensati dal legislatore proprio per integrare le competenze, valorizzare il lavoro di gruppo e facilitare il collegamento fra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.

Valorizzare il collegamento tra ospedale e territorio

Oggi però, a distanza di quasi trent'anni, i Dipartimenti non sono ancora riusciti a decollare ed anche le numerose strutture extra-ospedaliere presentano carenze di ogni tipo. Mancano, ad esempio, di obiettivi e piani di sviluppo, di criteri di eleggibilità per i diversi servizi, di adeguati sistemi di rendicontazione e di efficaci sistemi informativi. Ma soprattutto mancano di un presidio unitario che ne coordini il funzionamento.

L'obiettivo da perseguire dovrebbe essere quindi quello di rendere più incisive e più diffuse nell'intero Paese le norme necessarie alla effettiva operatività dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali, in modo da favorire l'integrazione tra i diversi settori in cui si articolano.

Un esempio da seguire è quello contenuto nel recente disegno di legge sulle "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato" che prevede un quadro organico di iniziative e di interventi di integrazione tra presidi territoriali e strutture ospedaliere finalizzati a fornire alla donna, nell'ambito dei L.E.A., un'appropriata assistenza durante tutto il percorso che va dalla fase preconcezionale alla gravidanza e fino al puerperio.

Riorganizzare la Medicina del Territorio

Sul piano dell'assistenza primaria territoriale sono molte le proposte emerse dal lavoro dei diversi gruppi che hanno partecipato al progetto.

Innanzitutto, l'istituzione di Unità di Assistenza Primaria, ovvero la realizzazione di strutture distribuite sul territorio, sul modello delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), possibilmente attive 24 ore al giorno, in grado di fornire ai cittadini una concreta risposta medico-infermieristica e specialistica ai loro bisogni.

Integrazione dei
servizi socio-
sanitari

Il loro compito primario è quello di assicurare l'interconnessione e l'integrazione di tutti gli interventi socio sanitari. Da quelli di medicina generale a quelli della pediatria di libera scelta, da quelli della continuità assistenziale a quelli della specialistica ambulatoriale interna e, più in generale, a quelli forniti da tutte le professionalità presenti nei servizi sanitari distrettuali e nei servizi sociali.

Ridefinire i compiti del Distretto

Valorizzare il
ruolo dei
Distretti
attraverso nuovi
processi di
funzionamento

Riorganizzare i processi di funzionamento dei Distretti per metterli in condizione di trattare tutte quelle patologie acute che non necessitano di assistenza ospedaliera e di fornire assistenza continuativa ai malati cronici o non autosufficienti.

Questo faciliterebbe peraltro anche un raccordo più efficace tra i servizi socio-sanitari erogati dal Distretto e quelli sociali erogati dal Comune.

In questa prospettiva va previsto anche, eventualmente come compito delle Regioni, il potenziamento della formazione dei direttori di Distretto utilizzando corsi di *management* i cui contenuti sono peraltro già presenti nei corsi di specializzazione universitaria in "medicina di comunità".

Inserire nuove figure professionali

Prevedere la creazione di due nuove figure professionali: il *Care Manager* e il *Case Manager*

Il primo, con il compito di garantire che l'assistenza al paziente si svolga secondo il piano condiviso con il medico e di favorire la migliore adesione del paziente alla terapia, aiutandolo anche, se necessario, a cambiare il suo stile di vita.

Il secondo, con il compito di revisionare e gestire in modo efficace ed efficiente il piano assistenziale e di coordinare tutte le figure professionali coinvolte in questo piano per facilitare il raggiungimento

dell'obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente.

Sviluppare l'informatizzazione

Promuovere un più ampio ed efficace utilizzo delle tecnologie informatiche in tutti i nodi del sistema. I professionisti che operano nei diversi ambiti della sanità, soprattutto quelli dislocati sul territorio, devono potersi scambiare facilmente informazioni tra loro e interagire direttamente con le strutture sanitarie ed ospedaliere cui fanno riferimento.

Utilizzare l'informatica per diffondere il cambiamento

Decidere in base a criteri di appropriatezza

Le decisioni di investimento in apparecchiature e sistemi complessi dovrebbero basarsi in modo prevalente sull'appropriatezza della cura e sull'attenta valutazione dei bisogni della popolazione. Per gli investimenti tecnologici più onerosi è necessario favorire lo sviluppo di centri di alta specialità sulla singola patologia nei quali possano essere concentrati tali investimenti.

Appropriatezza ed efficienza degli investimenti

Sviluppare l'assistenza domiciliare

I livelli di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) vanno graduati in base all'intensità e alla tipologia dei bisogni del cittadino. L'obiettivo da perseguire è quello di evitare lo spreco di risorse per necessità assistenziali limitate e di fornire invece servizi più adeguati per le necessità maggiori.

Adeguare l'assistenza domiciliare alle esigenze dei cittadini

In questa ottica va al pari sostenuta, e in modo concreto, l'assistenza "informale" che ogni giorno viene fornita alle persone "fragili", agli anziani o ai disabili, dai loro familiari, dai parenti e dai volontari.

Istituire dei Punti Unici di Accesso al Servizio Sanitario

Per facilitare il rapporto dei cittadini con il Servizio Sanitario ci dovrebbero essere dei Punti Unici di Accesso ai quali rivolgersi per avere indicazioni chiare su quali sono, nelle diverse circostanze, le strutture più idonee alle quali fare riferimento.

Questi Punti di Accesso dovrebbero avere anche il compito di attivare rapidamente sul territorio le strutture che servono per far fronte alle richieste del cittadino.

Istituire delle Unità di Valutazione Multidimensionali

Per garantire ai cittadini la continuità assistenziale è necessario istituire delle Unità che abbiano il compito di valutare l'evolversi nel tempo delle esigenze e dei bisogni di salute delle persone assistite e che siano in grado di garantire, attraverso una stretta integrazione con i medici e con le altre strutture, la fornitura dei servizi socio-sanitari più adeguati all'evolversi delle necessità.

Realizzare percorsi alternativi al Pronto Soccorso

Per i casi meno urgenti, che oggi gravano pesantemente sul Pronto Soccorso e che rendono difficoltosa la gestione delle vere emergenze, è necessario organizzare dei percorsi alternativi che offrano risposte adeguate al livello di gravità in cui si trova effettivamente il paziente.

Perché questo sia realmente praticabile è del pari indispensabile che l'uso dei codici di criticità venga applicato in modo uniforme da tutti i Pronto Soccorso e che i cittadini siano informati in modo adeguato sui tempi di attesa per i codici di minore urgenza.

Ridisegnare la rete ospedaliera

Se si riuscirà a fare in modo che gran parte dei problemi sanitari dei cittadini siano soddisfatti dalla medicina sul territorio, allora l'ospedale potrà dedicarsi ai suoi compiti primari: l'assistenza degli ammalati e degli infortunati.

Integrare gli ospedali di alta specialità con i presidi ospedalieri territoriali

Occorre favorire la diffusione di pratiche di *day-surgery* e di *day-hospital*

Ripensare l'utilizzo delle strutture ospedaliere periferiche

Ma anche la rete ospedaliera dovrà funzionare in modo integrato. Prevedere cioè, da un lato, ospedali di alta specialità, ad alta intensità di cura e ad alta tecnologia, con funzioni di centri di riferimento per le urgenze, per i trapianti e per patologie di grande rilevanza, e dall'altro presidi ospedalieri territoriali che forniscano servizi di secondo livello e distribuiti in modo corrispondente alle diverse condizioni geografiche e demografiche.

La rete ospedaliera dovrà dare ampio spazio alle attività di *day-surgery*, di *day-hospital* e ambulatoriali, la cui organizzazione dovrà comunque essere in linea con gli obiettivi assegnati dalla programmazione regionale e aziendale ai singoli presidi.

Va anche previsto che alcune strutture ospedaliere periferiche possano essere utilizzate, in tutto o in parte, come Ospedali di Comunità, come RSA, come sedi di UTAP o di altre forme di medicina di gruppo da organizzare sul territorio.

Promuovere la formazione professionale

Programmare l'accesso alle facoltà di medicina

Più formazione per garantire un buon funzionamento del sistema

Attualmente il numero dei medici in Italia è di gran lunga eccedente la media europea. Per ridurre questo numero in un ragionevole arco di tempo è necessaria una rigorosa programmazione del numero di studenti ammessi ai corsi di laurea. Questo anche per garantire ai futuri medici una migliore formazione ed un migliore impiego delle risorse disponibili.

Istituire corsi di formazione in comunicazione

Tutti gli studenti di medicina, alla fine del loro percorso di studi, dovrebbero frequentare un corso obbligatorio di comunicazione focalizzato essenzialmente sul rapporto con il paziente e i suoi familiari.

È indispensabile infatti che i medici e gli altri professionisti della salute imparino a riconoscere i diversi stati d'animo della persona assistita, soprattutto nelle fasi più critiche e delicate, e ad utilizzare le forme e i modi di comunicazione più appropriati alle diverse circostanze ed alle diverse personalità degli interlocutori.

Questo corso dovrebbe essere aperto ed accessibile anche ai professionisti che già operano nel settore della salute.

Sviluppare la formazione del medico di medicina generale

I programmi dei corsi dovrebbero prevedere una migliore integrazione tra la medicina specialistica e quella generale.

Le strutture che erogano la formazione complementare dovrebbero essere utilizzate anche per la formazione continua.

Dovrebbe essere istituito presso l'Università un albo aperto in cui inserire, come professori a contratto, i docenti di medicina generale selezionati in base alle loro esperienze e competenze.

Dovrebbero essere previsti adeguati controlli sulle modalità con cui le Regioni impiegano concretamente i fondi stanziati per la formazione della medicina generale.

Migliorare la formazione del medico ospedaliero

È necessario dare piena attuazione al Decreto Legge del 1999, che recepisce la direttiva comunitaria di riordino della formazione specialistica dei medici nell'ottica di favorire la libera circolazione ed il reciproco riconoscimento dei titoli e dei diplomi in ambito europeo.

Dovrebbe essere consentito l'ingresso diretto del medico neolaureato nel Servizio Sanitario Nazionale attraverso gli "ospedali di insegnamento", come "medico in formazione" garantito da apposito contratto.

Per i medici ospedalieri dovrebbe essere previsto un *iter* formativo che non si esaurisca nel corso di specializzazione ma che sia integrato da esperienze pratiche da fare nel Servizio Sanitario Nazionale e nell'ambito delle iniziative di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Per tali iniziative è necessario coinvolgere in modo integrato, accanto alle Aziende Sanitarie, le Università, le Società Scientifiche, gli Ordini dei Medici, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli organismi privati che rispondono a criteri stabiliti dalle Istituzioni.

Sviluppare la formazione del personale amministrativo che opera nel S.S.N.

Negli ultimi anni il personale amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale è stato obiettivamente trascurato.

A seguito del divieto di assunzione imposto per questa categoria sono diminuiti gli organici. Non

sono previsti passaggi di livello automatici. La laurea e la specializzazione non sono requisiti sufficienti per accedere alla dirigenza come accade invece per le altre professioni sanitarie. Il personale amministrativo è quasi del tutto escluso dai programmi di ECM orientati, in modo quasi esclusivo, alla formazione del personale sanitario.

Vanno quindi previsti programmi di formazione permanente che valorizzino la complementarità tra le due professioni. Introdotti sistemi di valutazione adatti alle specificità del settore. Razionalizzati i processi lavorativi orientandoli alla promozione del lavoro di gruppo.

Introdurre criteri per la determinazione dei livelli di remunerazione del personale

Nuovi sistemi di
valutazione e
remunerazione

Per determinare i livelli di remunerazione del personale, ma anche per l'attribuzione degli incarichi di responsabilità, è indispensabile definire precisi criteri di valutazione che tengano conto delle capacità professionali della persona, del grado di raggiungimento degli obiettivi di salute che gli sono stati assegnati, del livello di soddisfazione delle persone assistite e delle responsabilità già assunte.

Ampliare il ruolo delle Società Scientifiche

Oltre al lavoro istituzionale che già svolgono, le Società Scientifiche potrebbero dare altri importanti contributi al miglior funzionamento del S.S.N..

Ad esempio potrebbero fornire un supporto concreto e autorevole alle attività di formazione degli altri *provider* accreditati nell'ambito del programma di ECM

Censire la diffusione reale sul territorio di specifiche patologie, soprattutto di quelle emergenti, valutare il loro stadio di sviluppo e prevedere i costi che ne possono derivare per il Servizio Sanitario Nazionale.

Definire, a fronte di determinate diagnosi, a quali protocolli standard il sistema debba attenersi, sia in termini di processi diagnostici-terapeutici che per l'organizzazione dei servizi correlati.

Promuovere la formazione e l'informazione medico-scientifica per le figure professionali sanitarie. In particolare le Società Scientifiche dovrebbero favorire la conoscenza delle innovazioni mediche e farmacologiche garantendo il giusto equilibrio fra le diverse posizioni ed esprimendo sempre, in modo chiaro, un parere autorevole.

Sostenere la ricerca scientifica

Ricerca quale
compito istituzionale
del S.S.N.

La ricerca scientifica e tecnologica è un fattore primario di sviluppo della sanità sia perché produce miglioramento della salute dei cittadini, sia perché contribuisce alla crescita complessiva del Sistema Paese.

Il Servizio Sanitario pubblico non può essere considerato soltanto un dispensatore di prestazioni ma deve porre la ricerca al centro delle sue attività istituzionali.

La ricerca ha bisogno di investimenti significativi e questo impone che ci sia una grande chiarezza e trasparenza nei criteri utilizzati per stabilire le priorità e per valutare il carattere realmente innovativo delle novità immesse sul mercato rispetto a quanto già disponibile.

Valorizzare il ruolo del farmaco

Il farmaco è una risorsa strategica per il Servizio Sanitario e come tale deve essere considerato e gestito. Per valorizzare concretamente questo ruolo sono necessari tuttavia alcuni importanti interventi:

- 1- promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni, il corretto uso del farmaco da parte dei cittadini e la prevenzione delle possibili reazioni avverse;
- 2- favorire l'uso di opportuni criteri di valutazione del rapporto costo-efficacia;
- 3- rivedere le politiche di finanziamento della spesa farmaceutica in coerenza con i reali bisogni di salute dei cittadini.

Quest'ultimo punto, in particolare, necessita di una radicale revisione. Il tetto del 13% imposto come vincolo alla spesa farmaceutica rispetto alla spesa sanitaria complessiva è una norma discrezionale che non si basa su criteri obiettivi e di sistema ma solo su criteri meramente statistici.

Non c'è quindi alcuna ragione per escludere che investendo maggiormente nella spesa farmaceutica si possano ridurre altri costi e realizzare alla fine concrete economie sulla spesa complessiva per la sanità.

Una programmazione di medio-lungo termine della spesa farmaceutica può essere ottenuta, ad esempio, attraverso la concertazione tra aziende e Istituzioni al fine di conciliare gestione della spesa e sviluppo industriale in ottica integrata. Si tratta del cosiddetto meccanismo di crescita pianificata della spesa farmaceutica.

Si propone quindi di fare una sperimentazione in alcune Regioni o zone pilota per valutare obiettivamente, in assenza di questo tetto di spesa, quale impatto si può avere, non solo sui consumi farmaceutici, ma anche su tutte le attività e i servizi che erogano le prestazioni garantite dai L.E.A. e, in ultima istanza, sulla salute dei cittadini.

Modernizzare il sistema distributivo

La competenza professionale del farmacista è una risorsa fondamentale per il Servizio Sanitario Nazionale ed ancora più lo sarà in futuro. Ma questo implica che il sistema delle farmacie debba essere maggiormente liberalizzato e debbano essere introdotti nuovi elementi di competizione.

La farmacia tradizionale deve evolvere verso un modello più integrato con gli altri *partner* della salute per essere in grado di fornire al cittadino servizi aggiuntivi a quelli attuali. Servizi la cui tipologia va definita a livello nazionale e sviluppata poi a livello regionale con le modalità più adatte alle diverse realtà territoriali.

Il farmaco è una risorsa del sistema

Il tetto di spesa del 13% non risponde alle esigenze di salute dei cittadini

Crescita pianificata della spesa farmaceutica per realizzare economie sulla spesa sanitaria complessiva

Sperimentazione e su aree test

In tale ambito vanno valutate le ipotesi di una evoluzione del sistema di retribuzione verso un sistema "misto" e la revisione della norma che regola la trasmissione ereditaria della farmacia.

H.4 Il sistema di governo

Adottare il modello dipartimentale

Se si va verso un approccio sistemico alla sanità, allora il criterio guida del Sistema di Governo deve essere, necessariamente, quello di promuovere la collaborazione tra le diverse componenti del sistema. E quindi di adottare, ad ogni livello, il modello dipartimentale che ha proprio lo scopo di favorire l'integrazione delle competenze, la valorizzazione del lavoro di gruppo e il collegamento fra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.

Migliorare la valutazione di efficacia ed efficienza delle prestazioni

Occorre inserire nel Servizio Sanitario degli indicatori legati ad obiettivi di salute, al fine di assicurare il miglior servizio per la persona assistita e di garantire che tutte le scelte che riguardano la salute siano basate sul criterio di appropriatezza.

Tali indicatori, concordati nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, dovrebbero essere di processo, di struttura e di risultato in modo da consentire un monitoraggio continuo dei servizi e delle prestazioni del S.S.N. e garantire al tempo stesso l'uniformità qualitativa dell'offerta sanitaria sul territorio nazionale.

Coinvolgere il cittadino nelle scelte di salute

Per coinvolgere concretamente i cittadini nelle fasi di programmazione, organizzazione e valutazione del Servizio Sanitario Nazionale, va data attuazione a quanto già previsto dal Decreto Ministeriale 502/17 del 1995 riguardo agli indicatori di qualità e alle Carte dei Servizi.

Utilizzare le
valutazioni dei
cittadini per
indirizzare e
valorizzare
comportamenti
virtuosi

In particolare, per quanto riguarda il monitoraggio del sistema, va prevista l'attivazione di un metodo di rilevazione, basato su questionari, che consenta di raccogliere i giudizi dei cittadini sulla qualità delle prestazioni ricevute, sui rapporti con gli operatori sanitari e sull'organizzazione delle strutture utilizzate.

I risultati dei questionari, compilati sia da casa tramite *web* che direttamente presso le strutture sanitarie, potrebbero essere poi utilizzati per definire un piano di incentivi economici da destinare ai soggetti ed alle strutture risultate più virtuose.

Ottenere il consenso del pubblico e degli attori del sistema

Per ottenere condivisione e consenso sulla riprogettazione dell'offerta sanitaria è indispensabile prevedere una attività di comunicazione organizzata e continuativa, sia all'interno che all'esterno del sistema. All'interno, per diffondere la conoscenza dei mutati fabbisogni socio-sanitari della popolazione. All'esterno, per far sapere ai cittadini quali sono i ruoli e le responsabilità dei diversi attori del sistema e qual è l'uso corretto ed appropriato che si deve fare delle risorse disponibili.

In questo ambito è anche importante prevedere l'introduzione di un Codice Etico dell'informazione e della comunicazione in medicina che contempli, per i soggetti che comunicano, il principio di responsabilità etica degli effetti che derivano dalla loro attività comunicativa.

Introdurre un Codice Etico dell'informazione

H.5 Le risorse

Razionalizzare la spesa sanitaria

Razionalizzare la spesa sanitaria significa, anzitutto, individuare le aree di minor efficienza del sistema dalle quali sia possibile liberare risorse. Ad esempio, tutte le duplicazioni di strutture e servizi o le prescrizioni di farmaci, di esami e di ricoveri che non portano alcun reale beneficio al paziente.

Liberare risorse migliorando l'efficienza

Individuare nuove forme di finanziamento

Innanzitutto occorre premettere che solo a fronte di livelli di servizio qualitativamente migliori potrà essere presa in considerazione la possibilità di ricorrere a forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, che non devono comunque mettere in discussione quanto stabilito dall'articolo 32 della Costituzione in tema di tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini.

Per quanto riguarda il reperimento di fonti di finanziamento complementari o aggiuntive della spesa sanitaria si possono formulare diverse ipotesi.

La creazione o il potenziamento di fondi integrativi sanitari da realizzarsi o come assicurazione obbligatoria durante il periodo lavorativo o come *fringe benefits* riconosciuti dall'azienda al lavoratore.

L'introduzione di forme di *co-payment* e/o di tasse di scopo, di modesta entità, ad esempio 0,50 euro per ricetta, finalizzate a sostenere l'innovazione.

Forme di finanziamento alternative e complementari anche per sostenere e favorire l'innovazione

L'introduzione di misure di compartecipazione ai servizi sanitari, modulate in base al reddito, e finalizzate, ad esempio, alle sole spese per la componente non sanitaria delle prestazioni, come l'alloggio o il vitto in caso di degenza.

Introduzione di
polizze
assicurative
regionali per la
riduzione delle
liste di attesa

L'introduzione di apposite polizze di assicurazione stipulate dalle Regioni a beneficio dell'intera popolazione con un premio obbligatorio, di importo modesto, a carico dei cittadini ed eventualmente commisurato al reddito. Il compito di tali assicurazioni sarebbe quello di ridurre il grave problema delle liste di attesa, finanziando, in caso di superamento dei tempi massimi previsti nella polizza, l'erogazione immediata delle prestazioni sanitarie da parte di strutture private.

Si può, infine, prevedere, limitatamente ad alcune particolari tipologie di prestazioni o di situazioni, l'intervento del privato, sia diretto che indiretto attraverso assicurazioni o fondi integrativi.

Potenziare la prevenzione

È indispensabile dare piena attuazione alle priorità indicate nel Piano Nazionale della Prevenzione che per il 2005-2007 prevede di sviluppare la prevenzione della patologia cardiovascolare, delle complicanze del diabete e dell'obesità. Di potenziare gli *screening* oncologici e le vaccinazioni. Di promuovere la prevenzione degli incidenti.

Per sostenere finanziariamente questo Piano sono state allocate risorse pari a 240 milioni di euro ai quali vanno aggiunti ulteriori 200 milioni di euro che le Regioni hanno deciso di mettere a disposizione di questi programmi.

Per maggiore chiarezza va precisato che la prevenzione primaria è focalizzata soprattutto sull'insegnamento dei principi base di igiene, di salute, di un corretto stile di vita e di tutela dell'ambiente. Mentre la prevenzione secondaria è quella che utilizza la profilassi preventiva, lo *screening*, i trattamenti farmacologici e, quando i soggetti sono a rischio, anche tecniche diagnostiche particolarmente avanzate.

La prima è quindi svolta prevalentemente dalle famiglie, dalle scuole, dai *mass-media* e in piccola parte, quella relativa all'ambiente, dalle Istituzioni, centrali e locali. È poco onerosa, ma la sua efficacia si vede solo nel lungo periodo.

La seconda, che è svolta invece dalle Istituzioni sanitarie e da centri spesso molto avanzati, è certamente molto più onerosa ma è anche in grado di rilasciare importanti risultati nel breve-medio periodo. A questo proposito si ricordano, ad esempio, i casi di successo resi possibili dall'applicazione delle nuove tecnologie alla diagnostica in campo oncologico, ed in particolare i risultati positivi che si stanno ottenendo grazie allo *screening* del tumore polmonare, documentati dallo Studio Cosmos.

Facilitare la
prevenzione
farmacologica

In quest'ultimo ambito, meritano una particolare attenzione le difficoltà che oggi si incontrano nel fare prevenzione con i farmaci. I limiti imposti alla spesa farmaceutica rendono infatti poco praticabile questa strada che invece potrebbe dare risultati molto importanti sia in termini di salute che in termini economici. E questa è un'ulteriore buona ragione per cui questi limiti andrebbero rivisti.

I. CONCLUSIONI

Il principale contributo che Meridiano Sanità si propone di apportare con questo lavoro è quello di fornire a tutti gli attori della sanità nel nostro Paese un'analisi di ampio respiro circa le principali criticità esistenti nei diversi snodi del sistema e, di conseguenza, una serie di proposte concrete di intervento, integrative e correttive della realtà in essere.

Un messaggio chiave, emerso con forza dall'intero lavoro, è l'invito ad un generale ripensamento della sanità in una logica nuova, nella quale concetti cardine come l'integrazione ed il virtuoso sfruttamento delle sinergie esistenti e prospettive possano superare una visione statica del sistema, immaginato quale semplice somma algebrica di molteplici silos.

L'interdipendenza tra le sue variabili chiave, siano esse di natura sociale o economica, appare infatti chiara e dovrebbe divenire un *driver* fondamentale per il disegno e la realizzazione di un sistema veramente in grado di porre il cittadino al centro.

Tre appaiono essere, in particolare, i principali assi portanti del sistema sanità in una logica di approccio sinergico ed integrato:

- l'organizzazione;
- il Sistema di Governo;
- le risorse.

L'**organizzazione** generale del S.S.N. rappresenta un nodo strategico i cui livelli di efficacia ed efficienza influenzano in modo significativo il livello di servizio offerto al cittadino.

Alla luce dello scenario attuale e dei nuovi bisogni socio-sanitari della popolazione descritti nel presente rapporto, una struttura organizzativa capace di adattarsi alle reali esigenze del cittadino e di rispondere in modo appropriato ai suoi bisogni, rappresenta una condizione assolutamente necessaria per la generale efficienza ed efficacia del sistema.

Va da sé che la valorizzazione e lo stimolo ad una collaborazione attiva e fattiva tra tutte le diverse professionalità che operano all'interno del S.S.N. rappresentano a tal fine vere e proprie premesse imprescindibili, in grado di permettere al sistema di svolgere la propria fondamentale funzione di tutela della salute pubblica in ottica allargata, a 360 gradi.

Un **Sistema di Governo** in grado di permettere rapidità ed adeguatezza di risposta, flessibilità e vero orientamento ai cittadini, in un contesto di consapevole indirizzo strategico e di pianificazione/intervento coerente con i loro reali bisogni, rappresenta un ulteriore e centrale tratto costitutivo di un S.S.N. realmente in grado di adempiere alla propria missione.

Un'efficiente struttura di *governance* che faccia proprie logiche avanzate di programmazione, di integrazione e di misurazione della *performance* attraverso indicatori di struttura, di processo e di risultato permette di raggiungere quell'efficienza allocativa delle **risorse** (umane e finanziarie) disponibili all'interno del S.S.N. vitale per la massimizzazione dell'adeguatezza del servizio al cittadino.

L'individuazione delle aree di sub-efficienza e il recupero degli sprechi, in particolare, permetterebbero la liberazione e l'indirizzo verso utilizzi più appropriati di un significativo flusso di risorse. Se ad esse si affiancassero flussi di cassa derivanti da nuove forme di finanziamento, aggiuntive ed integrative della componente pubblica, i timori sulla sostenibilità futura di un S.S.N. universalistico, sarebbero molto ridimensionati.

"Il cittadino deve essere al centro del sistema": questa frase ha rappresentato il *fil rouge* che ha guidato l'intero lavoro di analisi, ricerca e formulazione di concrete proposte migliorative svolto da Meridiano Sanità.

Il cittadino diventa il vero fulcro del sistema, e quindi tutte le attività dei vari attori del S.S.N. devono garantirne lo stato di salute ed il benessere.

In quest'ottica, anche il suo ruolo deve essere ripensato: egli non può essere considerato soltanto un fruitore dei servizi, ma un soggetto attivo e partecipe delle decisioni che riguardano la salute, e come tale da coinvolgere concretamente nelle fasi di programmazione, organizzazione e valutazione del sistema sanitario e dell'assistenza socio-sanitaria.

Il cittadino ha infatti diritto di accedere ad un sistema fondato ed effettivamente modellato sulla base dei suoi bisogni, in grado di promuovere e tutelare la salute secondo principi di equità, universalità e solidarietà.

Coinvolgere il
cittadino nei
momenti chiave

Affinché questo sia possibile, tuttavia, appare indispensabile che il cittadino sia coinvolto, in modo più o meno diretto ed esteso, in almeno quattro momenti chiave:

- definizione dei bisogni di salute e quindi degli obiettivi del S.S.N.;
- programmazione delle risorse e delle attività;
- valutazione dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi statuiti;
- monitoraggio continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite.

La definizione dei fabbisogni, attuali e prospettici, in termini di salute e la conseguente programmazione delle attività formulate in una logica cittadino-centrica, in particolare, permettono di raggiungere più elevati livelli di efficienza allocativa delle risorse disponibili.

Adottare tale logica significa, in particolare, avere il coraggio di rivedere meccanismi di programmazione che giungono ad un'allocazione delle risorse basata su meccanismi discrezionali e parziali, o comunque non direttamente collegati ad un'attenta analisi dei fabbisogni e ad una visione d'insieme del mondo della sanità.

Tetto alla spesa
farmaceutica
forte elemento
di rigidità nelle
possibilità di
scelta

È questo il caso, tra gli altri, del tetto del 13% alla spesa farmaceutica, fissato per esigenze di contenimento della spesa, ma che introduce un forte elemento di rigidità nella possibilità di scelta, a livello regionale, dell'ottimale mix allocativo delle risorse disponibili, rischiando di perdere di vista l'obiettivo di garantire la miglior soluzione per la salute del cittadino.

Sviluppare un progetto ampio ed articolato come Meridiano Sanità ha richiesto il lavoro di molte persone e l'investimento di molte energie, sia nella fase di analisi della realtà esistente che in quella

di discussione, di verifica e confronto tra i diversi protagonisti del sistema salute, al fine di individuare i principali "nervi scoperti" e definire proposte di miglioramento.

Trovare le sintesi più condivise e praticabili tra le diverse posizioni rappresentate è stato un lavoro complesso, fatto di molte fasi di riflessione, ma che ha permesso di raggiungere importanti risultati.

Tutto questo impegno merita ora, a nostro avviso, una verifica sperimentale sul campo.

Quello che vorremmo vedere realizzato nei prossimi mesi è l'avvio, ad esempio, di uno o più progetti pilota da sviluppare in collaborazione con le Istituzioni centrali, Regioni, Comuni, Distretti o singole ASL interessate a verificare concretamente, sul loro territorio, l'effetto delle proposte di Meridiano Sanità.

Verifica sul campo
attraverso un
progetto pilota

Tra i temi che potrebbero più facilmente essere tradotti in attività operative c'è, senza dubbio, quello del coinvolgimento concreto e diretto del cittadino nella definizione delle politiche sanitarie regionali.

Si potrebbero, ad esempio, attivare tavoli di discussione e di incontro con le comunità locali per conoscere più da vicino le loro esigenze generali in tema di salute, sia in termini di fabbisogno che di pratico accesso ai servizi sanitari già presenti sul territorio.

Tali incontri, oltre a migliorare e rendere più fluidi i rapporti tra i cittadini e i responsabili delle strutture sanitarie coinvolte nel progetto, faciliterebbero anche la messa a punto di piani sanitari locali più vicini alle reali necessità della popolazione.

Solo attraverso l'azione comune, concreta ed efficace dei diversi portatori di interessi si possono stabilire priorità, prendere decisioni e progettare/realizzare strategie tese al miglioramento della salute a vantaggio della collettività.

Un altro tema di grande interesse sul quale è importante continuare a lavorare è, ad esempio, la definizione e la successiva applicazione, sia pure in via sperimentale, di indicatori che misurino l'efficacia e l'efficienza dei risultati raggiunti da una struttura o da un'organizzazione sanitaria in alcuni specifici settori di sua competenza.

Si potrebbero inoltre identificare le migliori esperienze in Italia di integrazione territoriale e renderle disponibili a tutte le Regioni, sempre con l'obiettivo di migliorare l'efficienza del sistema nel suo complesso ed erogare ai cittadini migliori servizi sanitari. In uno scenario dove la collaborazione tra le varie figure del S.S.N. appare oltremodo necessaria, infatti, creare le basi per un effettivo collegamento a rete, reso possibile anche dall'utilizzo delle moderne tecnologie digitali, appare un significativo punto di forza.

Nulla cambia se non cambiano i comportamenti. Nessun sistema complesso è in grado di cambiare se non si realizzano iniziative di riorientamento culturale indirizzate, *in primis*, agli attori del sistema ovvero medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri, infermieri, direttori di ASL, personale amministrativo, ecc.. Per far ciò occorre investire sulla formazione, ma anche introdurre sistemi premianti in grado di stimolare i comportamenti virtuosi e disincentivare, invece, comportamenti non coerenti con una visione

Investire in
formazione per
cambiare la
cultura e
promuovere i
comportamenti
virtuosi

integrata del S.S.N..

Un secondo cantiere di lavoro riguarda le attività di comunicazione e di educazione alla salute nei confronti dei cittadini.

Una maggiore autonomia decisionale nelle scelte relative alla propria salute pone infatti il cittadino nella necessità di basare le proprie decisioni su informazioni corrette ed in grado di aiutarlo ad orientarsi nel panorama sempre più variegato dell'offerta sanitaria.

Realizzare un
programma
educativo di
divulgazione
sanitaria

Un primo passo in questo senso potrebbe essere rappresentato dalla realizzazione di un programma educativo di divulgazione sanitaria destinato, in modo prioritario, agli studenti delle scuole dell'obbligo^a, ma disponibile anche per tutti i cittadini.

Potrebbe trattarsi, ad esempio, di un programma televisivo sulla salute che sia gradevole, interessante e accessibile a tutti, da trasmettere nelle scuole o su una rete appropriata da individuare.

A questo programma potrebbero poi essere affiancati degli opuscoli illustrati, ispirati ai contenuti del programma stesso e diffusi sia direttamente nelle scuole che come allegati di quotidiani e periodici.

Ma queste sono solo alcune idee preliminari.

Altre certamente ne verranno e si svilupperanno dall'incontro con tutti coloro che vorranno dare il loro contributo, anche di critica severa, al lavoro fin qui svolto da Meridiano Sanità.

Meridiano Sanità mette a disposizione di tutti, a partire dalle Istituzioni, il lavoro realizzato in questi mesi, auspicando un coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti nel proseguire il percorso intrapreso e vincere così la sfida di un S.S.N. integrato e sostenibile, effettivamente costruito con e per il cittadino.

INTRODUZIONE AL PROGETTO MERIDIANO SANITÀ

I Driver del cambiamento e l'impatto sulla sanità

Negli ultimi anni abbiamo assistito a numerosi ed importanti cambiamenti strutturali che hanno avuto impatti significativi sul sistema della sanità in Italia.

Innanzitutto si è verificato un generale miglioramento delle condizioni socio-economiche, riscontrabile nel continuo aumento del Prodotto Interno Lordo (PIL) e, analogamente, del PIL *pro-capite*.

Cambiamenti demografici e invecchiamento della popolazione sono evidenti a tutti e si concretizzano da una parte in un generale allungamento della vita media, dall'altro in un profondo cambiamento del mix demografico, dovuto in larga misura ai fenomeni di immigrazione di massa.

Parallelamente va ricordato un generalizzato cambiamento dell'ambiente circostante per quanto riguarda ad esempio il clima e l'inquinamento.

I cambiamenti strutturali precitati si accompagnano ad una nuova concezione di benessere e a nuovi e diversi stili di vita, caratterizzati dal graduale abbandono di abitudini dannose come il fumo, per citarne una, e dall'adozione di pratiche e attività mirate a migliorare lo stato di benessere dell'individuo (regime alimentare, attività fisica, ecc.).

Non va inoltre dimenticato, in questa analisi, l'impatto dell'innovazione scientifica e tecnologica sulla cura della salute: molte patologie un tempo letali sono oggi curabili. Come ha ricordato Umberto Veronesi *"La medicina oggi cura di più e guarisce di meno"*. Di conseguenza, la domanda di cura assume connotazioni profondamente diverse rispetto al passato.

Al contempo è importante sottolineare l'evoluzione del concetto di prevenzione, vista oggi come pratica essenziale alla salute del cittadino e non come puro costo, e quella del concetto di assistenza domiciliare/assistenza ai malati cronici e alle loro famiglie.

Tutto ciò richiede risposte innovative a livello di efficacia dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, senza tuttavia sottovalutare l'efficienza gestionale, data l'esigenza di arginare la spesa.

Perché la sanità deve cambiare e come

Dati i cambiamenti strutturali, domanda e offerta di sanità hanno subito un progressivo processo di scollamento: a fronte di una domanda sempre più orientata all'efficacia della prestazione, l'offerta ha privilegiato l'intento di massimizzare l'efficienza.

Il cittadino ha espresso la motivazione prevalente di mantenersi in salute il più a lungo possibile e di trovare la forma di assistenza più appropriata rispetto alla patologia (acuti vs. trattamenti riabilitativi, assistenza domiciliare, ecc.), nonché l'esigenza di identificare e conservare un interlocutore di fiducia all'interno del Servizio Sanitario. A fronte di

queste istanze, dal lato dell'offerta si è riscontrata una certa difficoltà di risposta: la tentazione di difendere lo *status quo* (frammentazione e scarsa comunicazione fra sistema ospedaliero, sistema territoriale, sistema farmaco, ipertrofia del sistema ospedaliero, ecc.), l'esigenza sempre più pressante di contenimento della spesa, il processo di riforma in senso federalista che ha apportato ulteriore incertezza in un quadro normativo e regolamentare già fortemente complesso, sono tutti elementi che non hanno favorito la capacità dell'offerta di seguire i cambiamenti della domanda.

Nonostante queste difficoltà, il Servizio Sanitario italiano presenta punti di forza importanti, ad esempio in termini di equità e accessibilità delle prestazioni, capillarità dell'assistenza, efficienza delle prestazioni in termini di rapporto input-output (si veda il Rapporto OMS 2005).

Proprio su questi punti di forza è necessario far leva per far sì che il cittadino riacquisti un ruolo centrale all'interno del sistema, con l'obiettivo di arrivare ad un "nuovo" sistema, caratterizzato da:

- centralità del cittadino;
- riequilibrio e integrazione tra sistema ospedaliero e territoriale;
- ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale nonché degli specialisti e degli appartenenti alle altre professioni sanitarie operanti sul territorio;
- valutazione di efficacia/efficienza a livello di sistema e non del singolo settore, rapportata ai risultati ottenuti nella tutela della salute rispetto alle risorse impiegate;
- sanità vista non solo come problema finanziario, ma come investimento del settore economico dei servizi;
- sostenibilità futura del S.S.N. e dell'assistenza socio-sanitaria.

Un nuovo approccio alla sanità, in particolare, implica un nuovo concetto di **centralità** del cittadino, che si deve sostanziare in una **maggiore partecipazione** e in un **coinvolgimento più attivo** e concreto dei cittadini a tutti i momenti più rilevanti collegati alle scelte/decisioni riguardanti la salute, e alle fasi di programmazione, organizzazione e valutazione del sistema sanitario e dell'assistenza socio-sanitaria.

Obiettivi del Progetto

Meridiano Sanità intende offrire una **piattaforma metodologica** per consentire di attivare un confronto costruttivo e di raccogliere in modo efficace ed efficiente le istanze dei diversi attori che, a vario titolo, possono considerarsi "portatori di interesse" nel complesso mondo della sanità in Italia.

Tali istanze sono state condivise e armonizzate nell'ambito di sette Tavoli Tecnici rappresentativi del "sistema sanità" e hanno portato a delineare alcuni suggerimenti per migliorare, in un'ottica di medio-lungo periodo, il S.S.N..

Metodologia

L'impianto metodologico del progetto Meridiano Sanità si è basato su due "cantieri di lavoro":

- i Tavoli Tecnici, che nel complesso rappresentano più di 10 milioni di cittadini, utenti e operatori della sanità, con l'obiettivo di attivare e coinvolgere con varie modalità gli attori e gli interlocutori chiave della sanità in Italia, per renderli protagonisti del processo di cambiamento;

- *l'Advisory Board*, che ha riunito esperti indipendenti in tema di sanità ed economia, con l'obiettivo di fornire stimoli e contributi ai fini dello sviluppo di un modello di sistema sanitario, risultato dell'analisi e dell'integrazione delle diverse proposte di cambiamento provenienti dai Tavoli Tecnici.

I Tavoli Tecnici

Hanno partecipato al lavoro dei Tavoli Tecnici:

- **Tavolo "Una sanità al servizio dei cittadini"**: Vera Buondonno Lombardi, Presidente e Antonio Papaleo, Vice Presidente Nazionale della FAND - Associazione Nazionale Diabetici; Mariadelaide Franchi, Presidente della Associazione BPCO - Associazione Italiana Pazienti Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva; Raffaele Goretti, Presidente della FAIP - Federazione Italiana Associazioni Paraplegici; Stefano Inglese¹, già Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva; Franca Pellini, Presidente dell'ANED - Associazione Nazionale Emodializzati; Patrizia Spadin, Presidente della AIMA - Associazione Italiana Malati Alzheimer; Gianni Spinella, Presidente di Conacuore;
- **Tavolo della Distribuzione Farmaceutica**: Ornella Barra, *Board Member e Wholesale and Commercial Affairs Director* di Alliance-Boots e Presidente di ADF - Associazione Distributori Farmaceutici; Giovanni Gerosa, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Lecco e Membro del Comitato Centrale FOFI - Federazione Ordini Farmacisti Italia; Paolo Andrea Gradnik, membro del Comitato di Presidenza di Federfarma e Presidente di Federfarma Lombardia; Claudio Jommi, Responsabile Osservatorio Farmaci - CERGAS - Università Bocconi; Andrea Pezzoli e Renato Sicca, membri dell'Autorità Garante della Concorrenza e il Mercato;
- **Tavolo "L'evoluzione delle professioni mediche e infermieristiche nella nuova sanità"**: Michele Arpaia, Presidente del Comitato Solidarietà e Salute; Pierluigi Bartoletti, Segretario Regionale Lazio FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale; Amedeo Bianco, Presidente di FNOMCeO - Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri; Piergiuseppe Conti, Presidente Nazionale della SNAMI - Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani; Cosimo De Matteis, Presidente del CUMI - Confederazione Unitaria Medici Italiani; Annalisa Silvestro, Presidente dell'IPASVI - Infermieri Professionali Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia; Serafino Zucchelli², Segretario Nazionale e Domenico Iscaro, Vice Segretario Nazionale dell'ANAAO - Associazione Nazionale Aiuti Assistenti Ospedalieri;
- **Tavolo dell'Etica e dell'Informazione in Medicina**: Massimo Biondi, Professore di Psichiatria presso l'Università La Sapienza di Roma; Arnaldo D'Amico, Giornalista - La Repubblica; Ignazio Marino, *Director Transplantation and Surgery, Professor of Surgery e Associate Director Transplantation Division in Philadelphia*, Senatore della Repubblica; Carla Massi, Giornalista - Il Messaggero; Sergio Pintor, Direttore dell'Ufficio Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità;
- **Tavolo delle Società Scientifiche**: Eugenio Aguglia, Presidente SIP - Società Italiana di Psichiatria; Antonio Ambrosini, Presidente SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia; Roberto Bernabei, Presidente SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria; Achille Patrizio Caputi, Presidente Eletto SIF - Società Italiana di Farmacologia; Claudio Cordiano, Presidente SIC - Società Italiana di Chirurgia; Claudio Cricelli, Presidente SIMG - Società Italiana di Medicina Generale; Roberto Labianca, già Presidente AIOM - Associazione Italiana Oncologia Medica; Pier Mannuccio Mannucci, Presidente SIMI - Società Italiana Medicina Interna; Giuseppe Saggese, Presidente SIP - Società Italiana di Pediatria;

1 - Attualmente Consigliere del Ministro Livia Turco.

2 - Attualmente Sottosegretario del Ministero della Salute.

- **Tavolo delle Regioni e delle Aziende Sanitarie:** Angelo Carezzi, Direttore CEFASS - Centro Europeo di Formazione per gli Affari Sociali e la Sanità Pubblica e Vice Presidente Nazionale Federsanità, ANCI; Francesco Di Stanislao, Professore di Igiene e Sanità Pubblica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche e Direttore Generale Agenzia Regionale Sanitaria Abruzzo; Nerina Dirindin, Docente di Economia Sanitaria presso la facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Torino e Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale Regione Sardegna; Carlo Lucchina, Direttore Generale Assessorato alla Sanità Regione Lombardia; Mario Morlacco, Direttore Generale ARES Puglia;
- **Tavolo delle Aziende Farmaceutiche:** Karim Bitar, Amministratore Delegato di Eli Lilly; Alberto Chiesi, Presidente e Amministratore Delegato e Cosimo Pulli, Direttore Generale Divisione Farmaceutica Italia di Chiesi Farmaceutici; Filiberto Claroni, *European Vice-President & General Manager* e Gabriele Mazzeletti, *Public Affairs Director* di Bristol-Myers Squibb; Francesco De Santis, Presidente di Italfarmaco; Sergio Maria Liberatore, Amministratore Delegato di Schering; Gianni Marini, Presidente e Amministratore Delegato di Astrazeneca; Maria Pia Ruffilli, *National Regional Health Care Operations Executive Director*, e Gianfranco Conti, *Strategy, Negotiation & Pharmacoeconomics Director* di Pfizer.

I Tavoli Tecnici si sono riuniti cinque volte da settembre dello scorso anno al mese di aprile 2006 e i risultati della loro attività sono stati presentati nel corso di sette *Workshop*, il cui scopo è stato quello di presentare all'opinione pubblica le proposte avanzate dalla specifica categoria di attori della sanità rappresentati.

L'Advisory Board

L'*Advisory Board*, che funziona a geometria variabile in relazione ai temi affrontati, è costituito da:

- Innocenzo Cipolletta (Presidente del Sole 24 Ore, Presidente del Gruppo Ferrovie dello Stato e Presidente dell'Università di Trento);
- Elio Guzzanti (Direttore Scientifico dell'IRCCS OASI di Troina (EN) e già Ministro della Sanità);
- Giacomo Vaciago (Ordinario di Politica Economica e Direttore dell'Istituto di Economia e Finanza presso l'Università Cattolica di Milano);
- Umberto Veronesi (Direttore Scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia e già Ministro della Sanità).

L'*Advisory Board* si è riunito periodicamente per l'intera durata del progetto avviato più di un anno e mezzo fa.

Gli Output del Progetto

Il lavoro svolto dai singoli Tavoli Tecnici è stato raccolto in sette ***Position Paper***, pubblicati da Il Sole 24 Ore Sanità tra il mese di maggio e il mese di giugno 2006.

Meridiano Sanità ha sviluppato inoltre *Paper* di carattere più generale e trasversale, dedicati, ad esempio, alla fotografia del Servizio Sanitario Nazionale e ai confronti con Paesi stranieri rilevanti. Tali documenti sono disponibili sul sito: www.meridianosanita.it.

Oltre ai già menzionati *Workshop*, il **Forum del 5 ottobre 2006** rappresenta un appuntamento di grande importanza ai fini della presentazione dei risultati complessivi dell'iniziativa - ed in particolare delle proposte concrete di Meridiano

Sanità - contenuti e sviluppati nel presente **Rapporto Finale**.

Il percorso si concluderà, infine, con una serie di **Road Show** il cui obiettivo è la presentazione di risultati del progetto Meridiano Sanità ai vari interlocutori e *opinion leader* regionali e locali.

Nel CD-Rom allegato al presente rapporto sono contenuti:

- i 7 *Position Paper* dei 7 Tavoli Tecnici;
- le presentazioni dei relatori ai 7 *Workshop*.

Membri del Gruppo di Lavoro Ambrosetti - The European House:

Elena Aniello – Andrea Beretta Zanoni – Daniela Bianco – Emiliano Briante – Silvia Colombo – Valerio De Molli (Project Leader) – Daniele Ferri – Raimondo Fusco – Michel Greiche – Gian Pietro Leoni – Mauro Maraschi – Chiara Rejna – Marco Visani

PREMESSA

L'obiettivo del presente capitolo consiste nel fornire un quadro dei macro-cambiamenti che hanno avuto, e avranno nell'immediato futuro, un impatto sulla struttura ed il funzionamento dei Sistemi Sanitari dei Paesi occidentali. Lo scopo è definire uno scenario di riferimento all'interno del quale sviluppare un'analisi del settore sanitario che sia il più possibile realistica e tenga conto dell'evoluzione delle variabili rilevanti e della complessità derivata dalla loro interazione reciproca.

Quattro gruppi di fattori influiscono in modo determinante sui Sistemi Sanitari:

- fattori demografici ed epidemiologici;
- fattori economici e sociali;
- fattori tecnologici e scientifici;
- fattori culturali e comportamentali.

L'analisi inizialmente prende in considerazione i fattori demografici ed epidemiologici e il loro possibile sviluppo nei prossimi decenni. L'obiettivo è quello di delineare il contesto di base in cui si innestano, e con il quale interagiscono, le altre tipologie di fattori nel determinare la domanda di salute.

Il resto del capitolo sarà dedicato all'approfondimento degli aspetti economici e sociali, tecnologico-scientifici e culturali-comportamentali. La trattazione di queste tipologie di fattori prenderà le mosse dal contesto delineato dall'analisi sui fattori demografici ed epidemiologici.

Va sottolineato come nella determinazione dello stato attuale e dello sviluppo futuro della domanda di salute, le quattro tipologie di fattori analizzate in questo capitolo interagiscono in modo complementare e dinamico.

1.1 FATTORI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come è cambiato il quadro epidemiologico nel corso degli ultimi 20 anni?
- Quali patologie hanno caratterizzato lo stato di salute degli italiani? Quanti italiani ne hanno sofferto?
- Quali sono le malattie che caratterizzeranno i prossimi 10-15 anni?
- Qual è l'impatto della dinamica demografica e dell'evoluzione del quadro epidemiologico sulla domanda di salute?
- Vista l'evoluzione del quadro epidemiologico italiano, quali dovrebbero essere le priorità del Servizio Sanitario?

1.1.1 Lo sviluppo dei fattori demografici

La struttura e la dinamica demografica della popolazione¹ rappresentano elementi essenziali per la valutazione del livello generale di salute di un Paese e delle sue possibili dinamiche future. L'evoluzione demografica è caratterizzata da dinamiche di lungo periodo che molto raramente sono soggette a brusche inversioni di tendenza da un anno all'altro.

La struttura della popolazione può avere un impatto significativo sul quadro epidemiologico e, di conseguenza, sulla composizione della domanda di salute e sulle prestazioni richieste ad un Sistema Sanitario. Ad esempio, è proprio nella dinamica demografica che vanno ricercate le cause dell'invecchiamento della popolazione, ovvero di quello che oggi è da considerarsi il più importante fenomeno sanitario per le società dei Paesi Occidentali.

L'**invecchiamento della popolazione** rappresenta una questione ineludibile a cui il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) oggi, e sempre più in futuro, dovrà far fronte. Il fenomeno si sostanzia in una crescita del peso percentuale della fascia di popolazione con oltre 65 anni di età rispetto al totale della popolazione stessa ed in particolare rispetto alla fascia compresa tra 0 e 14 anni. Come si evince dalla comparazione riportata nella figura 1, oggi il fenomeno colpisce soprattutto i Paesi industrializzati, ed in particolar modo l'Europa e il Giappone.

L'Italia, in particolare, vanta una percentuale di ultra 65enni che nel 2005 rappresentava circa il 20% dell'intera popolazione, mentre la fascia di giovani tra gli 0 e i 14 anni raggiungeva solo il 14% (figura 2).

Percentuale popolazione over 65 sul totale della popolazione nel 2005

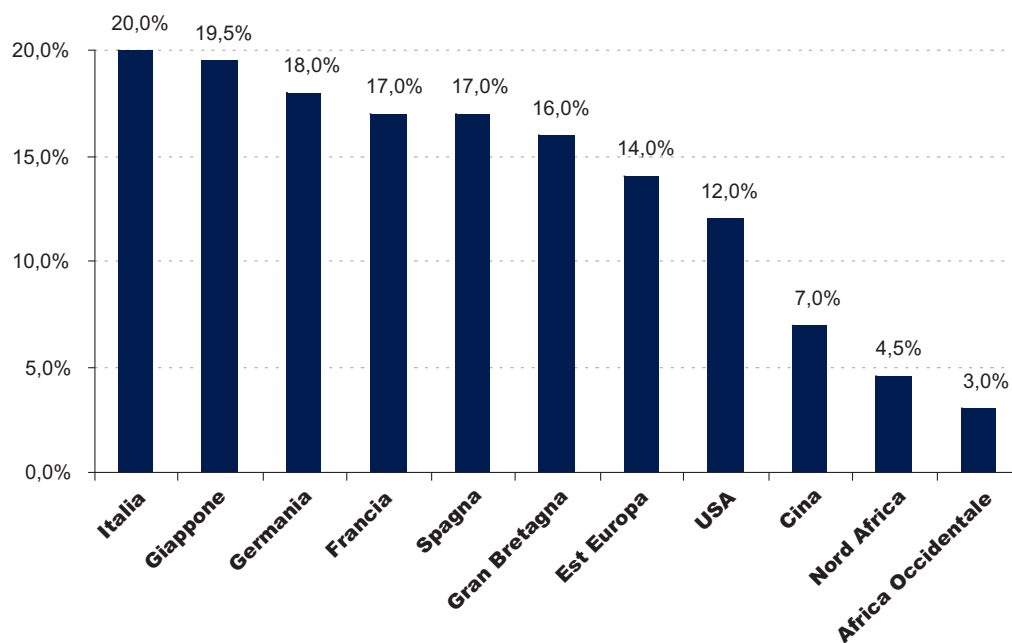


Figura 1. Percentuale di ultra 65enni sul totale della popolazione nel 2005 – Fonte: Gesano, Golini (2006) su dati Onu

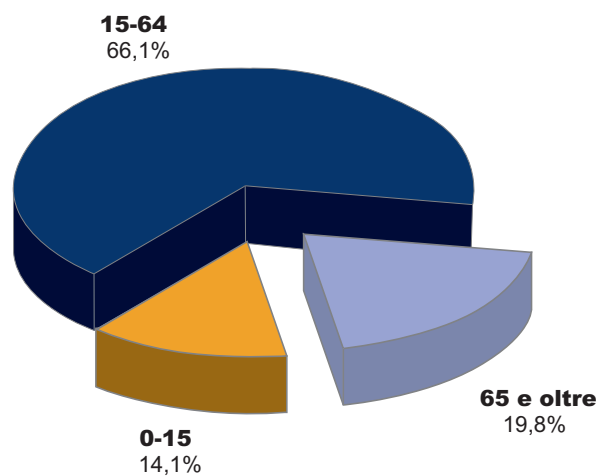


Figura 2. Popolazione in Italia per fasce di età (al 1 gennaio 2006) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati "Previsioni nazionali demografiche", ISTAT (2006)

Dall'analisi di alcuni studi recenti², si osserva come la fascia della popolazione "anziana" con un'età maggiore o uguale a 65 anni, che nel 2005 rappresentava il 19,8% dell'intera popolazione, sia destinata a crescere in modo significativo, fino a raggiungere il 33,6% nel 2050, quando più di un terzo della popolazione italiana avrà più di 65 anni. In termini assoluti questo implica che tra il 2004 e il 2050 il numero di persone di età pari o superiore ai 65 anni passerà da 11,39 milioni a 18,79 milioni³.

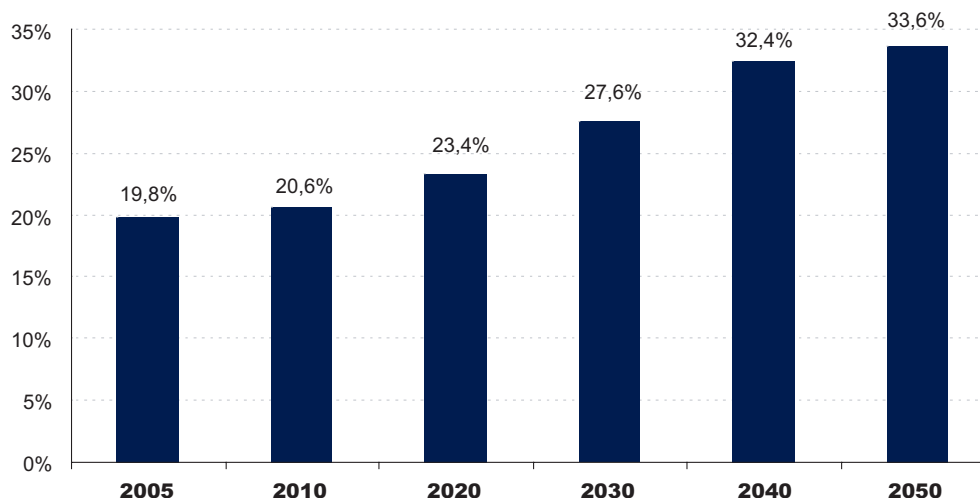


Figura 3. Popolazione anziana (over 65) in Italia, in percentuale del totale – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati "Previsioni nazionali demografiche", ISTAT (2006)

L'invecchiamento della popolazione può essere ricondotto al contemporaneo verificarsi di due dinamiche demografiche:

- da un lato, a livello globale si assiste da decenni ad un generalizzato *trend* di aumento della vita media degli individui;
- dall'altro lato, soprattutto nei Paesi occidentali si è assistito ad una progressiva riduzione della natalità. Di conseguenza, le nuove generazioni di nati sono sempre meno numerose rispetto a quelle precedenti.

La combinazione dei due effetti ed il protrarsi di questi *trend* nei prossimi decenni avranno **un significativo impatto sui rapporti demografici fra le generazioni** (vedi figura seguente).

2 - "Previsioni nazionali demografiche", ISTAT (2006).

3 - Ibidem.

**Numero di figli/nonni
per ogni 100 genitori**

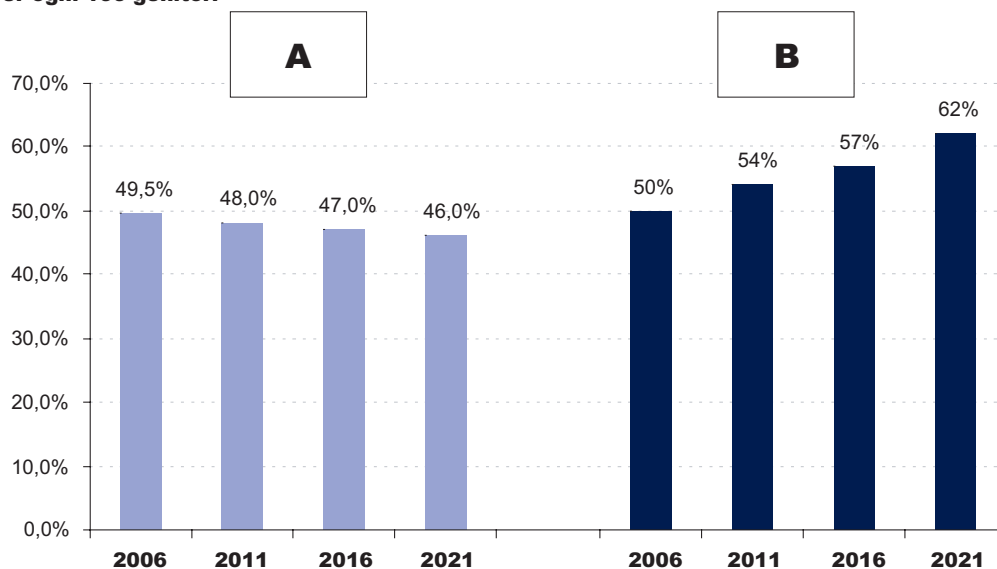


Figura 4. Rapporti demografici fra le generazioni, Italia 2006 – 2021 (senza nuove migrazioni). A – numero di “figli” (0-24 anni) per ogni 100 “genitori” (25-59 anni); B – numero di “nonni” (60+ anni) per ogni 100 “genitori” (25-59 anni) – Fonte: Gesano, Golini (2006), su dati ISTAT

Analizziamo brevemente i due fenomeni sottostanti questa dinamica demografica. In Italia l’**aspettativa di vita alla nascita** si aggirava intorno ai 54 anni nel 1920; chi nasce oggi si prevede possa vivere fino a oltre 80 anni. È inoltre probabile che il *trend* di crescita dell’aspettativa di vita continui anche nei prossimi decenni. Secondo le previsioni Eurostat, in Italia dal 2004 al 2050 l’aspettativa di vita aumenterà raggiungendo rispettivamente 88,8 anni per le donne e 83,6 per gli uomini.

Un *trend* analogo si riscontra nei Paesi membri dell’OCSE. È da notare come i valori assoluti dell’aspettativa di vita per tale gruppo di Paesi siano costantemente inferiori alla realtà italiana. Il fenomeno può essere ricondotto in buona parte alla presenza all’interno dell’Organizzazione di Paesi estremamente eterogenei in termini di progresso e sviluppo economico. Anche per questo motivo, la velocità di aumento dell’aspettativa di vita è più accentuata nel complesso dei Paesi OCSE rispetto all’Italia: se nel nostro Paese cresce dal 2004 al 2050 in media di 5/6 anni, nello stesso periodo l’incremento dell’aspettativa di vita per il complesso dei Paesi OCSE è di 6/7 anni.

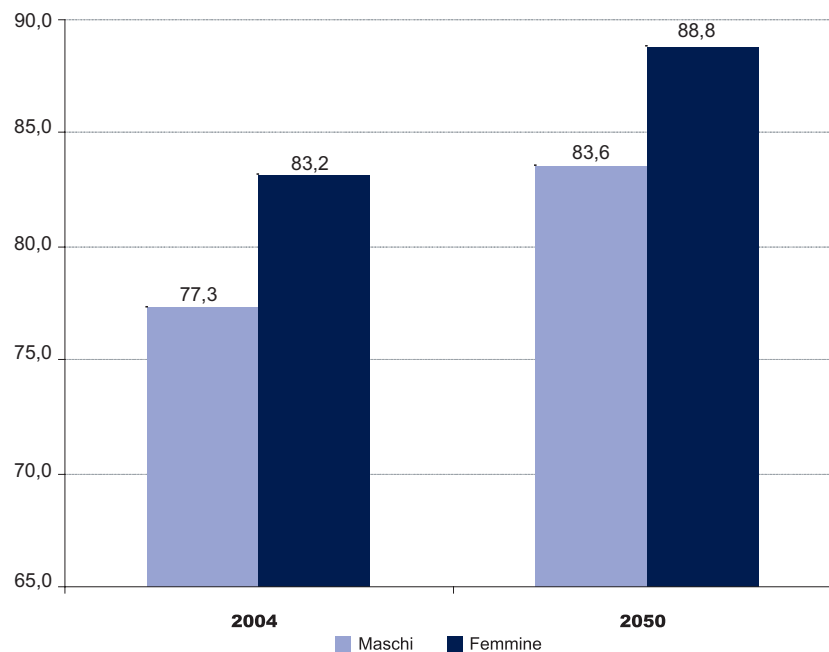


Figura 5. Aspettativa di vita per sesso (2004 – previsioni 2050), Italia – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati Eurostat 2004

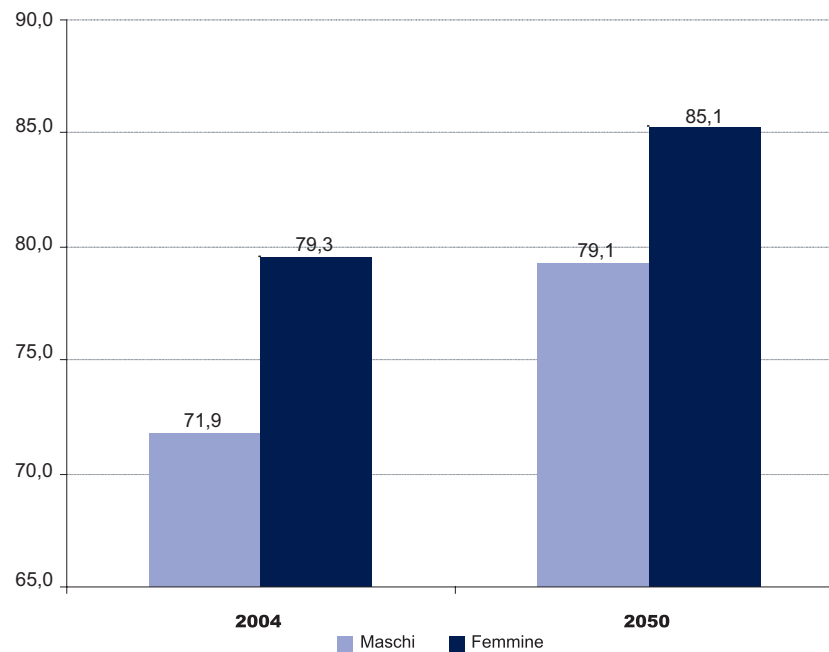


Figura 6. Aspettativa di vita per sesso (2004 – previsioni 2050), Paesi OCSE - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat

Buona parte dell'incremento dell'aspettativa di vita alla nascita è spiegabile analizzando il *trend* della mortalità. I dati relativi alla mortalità complessiva in Italia nel secolo scorso ne registrano una progressiva diminuzione, fatta eccezione per il biennio 1918-1919 caratterizzato dall'epidemia di influenza spagnola. Fino agli anni '70, la diminuzione della mortalità era essenzialmente dovuta a miglioramenti nella cura delle malattie infettive e alla riduzione della mortalità perinatale. Gli andamenti nella mortalità sono ulteriormente migliorati negli ultimi 30 anni, grazie alla diminuzione delle malattie cardio- e cerebro-vascolari e successivamente dei tumori.

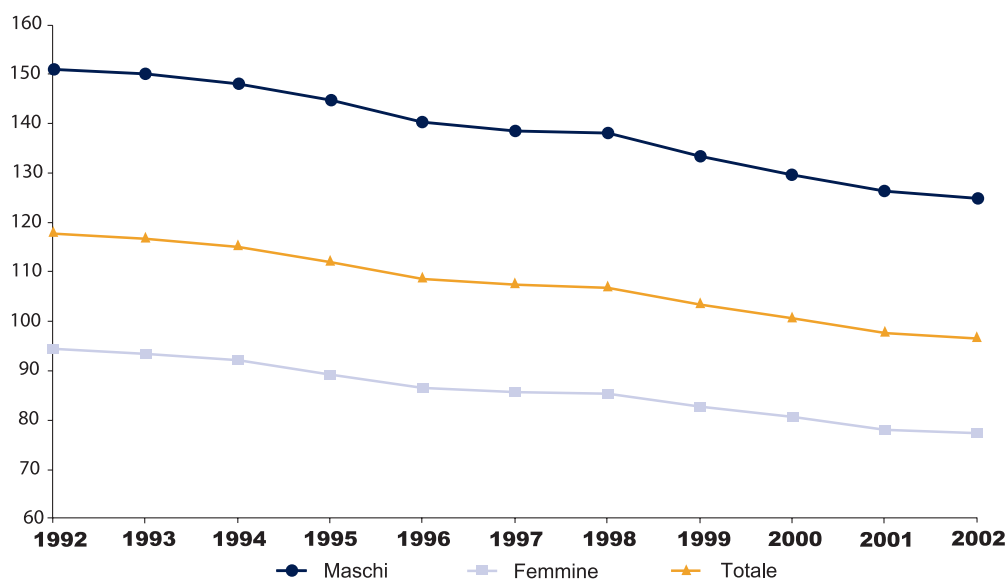


Figura 7. Tassi standardizzati (sulla popolazione italiana) di mortalità (per 10.000), per sesso e totale - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT, 1992-2002

Solo nell'ultimo decennio disponibile, la mortalità totale è passata da un tasso (standardizzato sulla popolazione italiana) di circa 120/10.000 nel 1992, a 100/10.000 nel 2002 (vedi figura precedente). A ciò è corrisposto un aumento dell'attesa di vita alla nascita di circa 4 anni, che ha raggiunto 78 anni per gli uomini e 82 per le donne. Mentre fino a qualche anno fa la mortalità era più elevata al Nord che nelle Regioni meridionali del Paese, il quadro che emerge ora non mostra un chiaro gradiente geografico nella mortalità. Esiste comunque una differenza pari circa al 25-30% tra la Regione a mortalità maggiore in entrambi i sessi (Campania) e quella a mortalità minore (Marche). Globalmente nel 2002 i decessi sono stati 560.390, di cui circa 240.000 per patologie cardio e cerebro-vascolari e 160.000 per tumori.

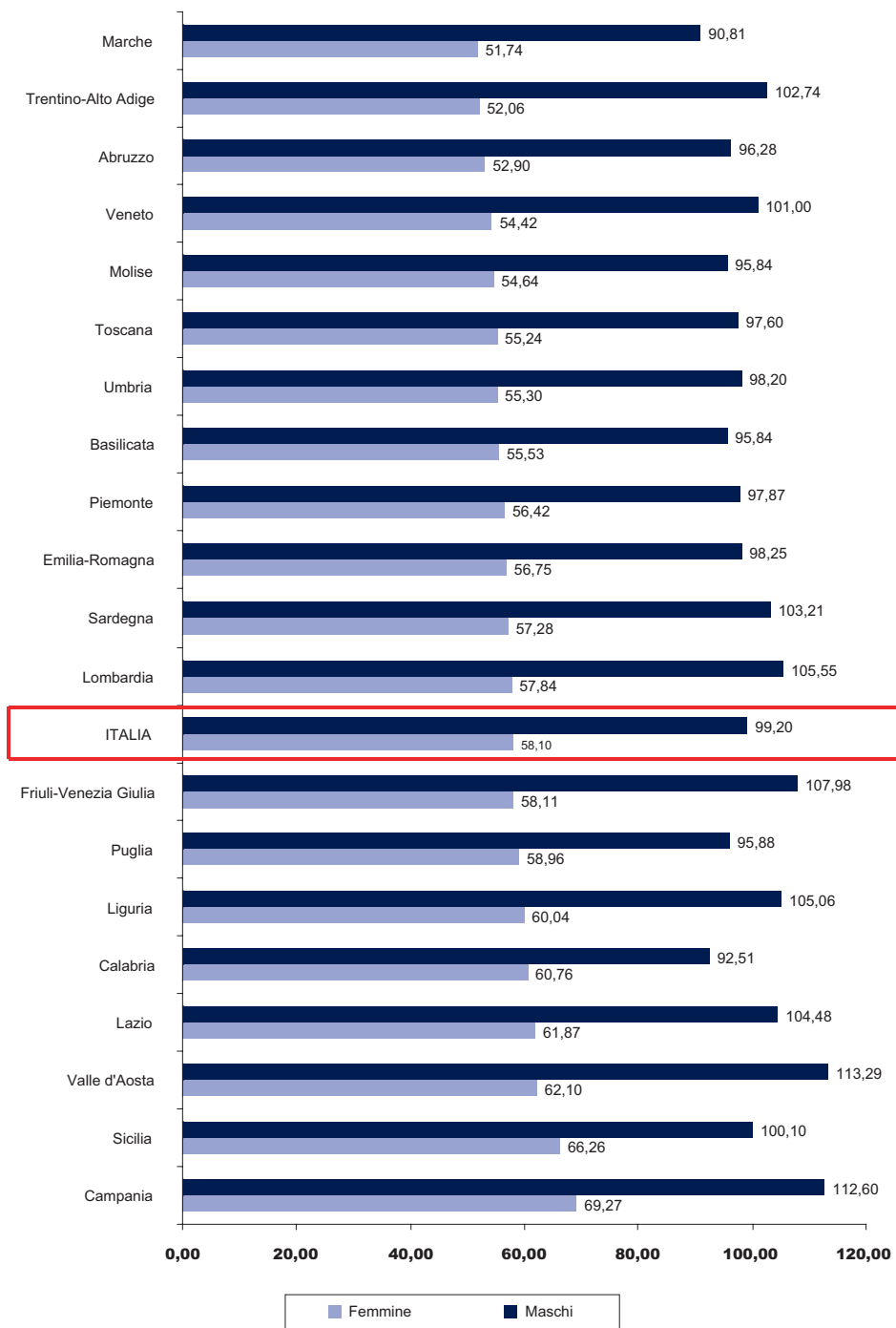


Figura 8. Tassi standardizzati (sulla popolazione mondiale) di mortalità (per 10.000), per Regione di decesso e sesso – Fonte: dati ISTAT 2001

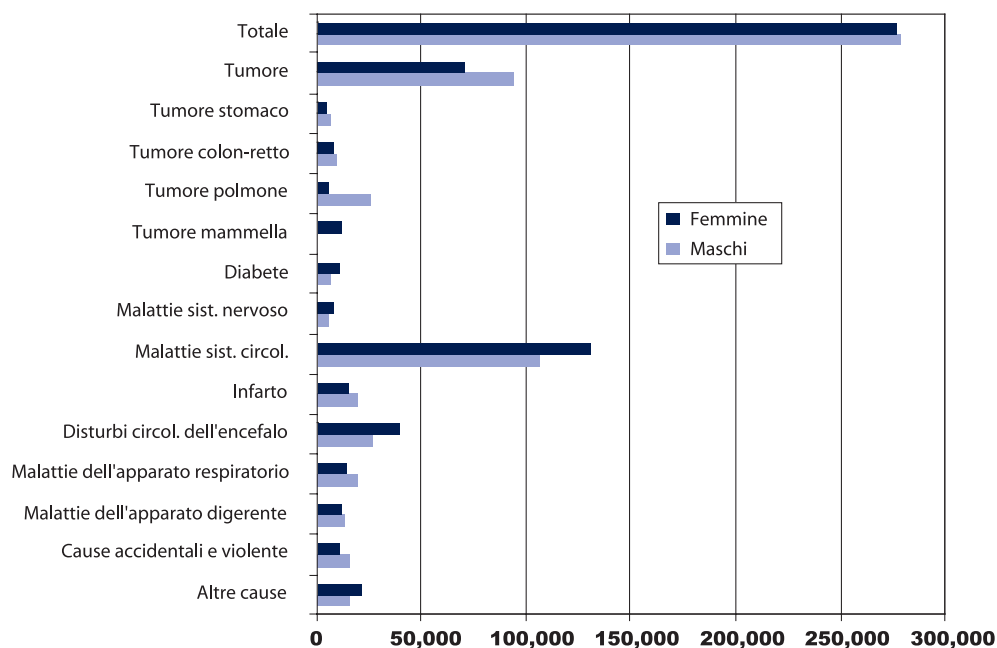


Figura 9. Decessi per sesso e grandi gruppi di cause – Fonte: dati ISTAT 2001

La **denatalità** è il secondo fenomeno che, congiuntamente all'incremento della vita media, contribuisce al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Secondo alcune stime, infatti, tra il 2001 e il 2051 il numero di persone di età compresa tra i 25 e i 64 anni si ridurrà da 32,37 milioni a 23,71 milioni⁴. Analogamente, l'incidenza dei giovani (0-15 anni) sul totale della popolazione in Italia è destinata a diminuire in modo significativo nei prossimi 50 anni.

Rapporto tra giovani e resto della popolazione

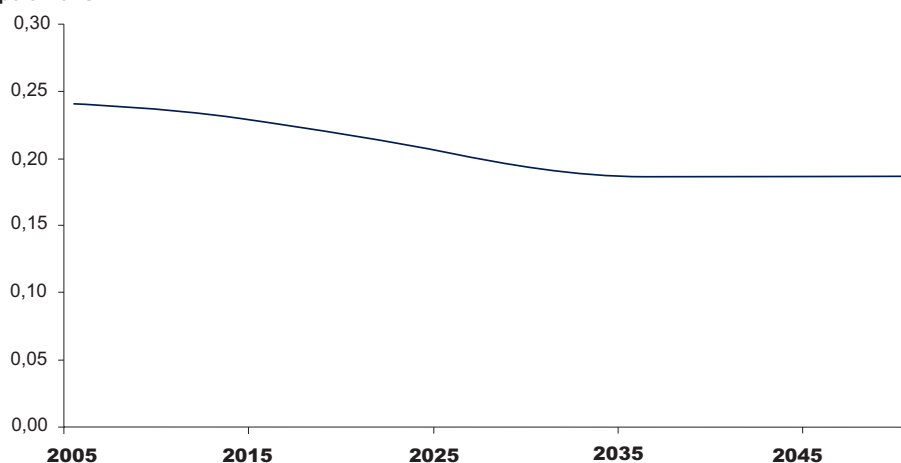


Figura 10. Rapporto tra giovani (0-15 anni) e resto della popolazione in Italia – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

4 - "Previsioni della popolazione", ipotesi centrale, GeoDemo, ISTAT.

Il fenomeno della denatalità determina evidenti ripercussioni sulla sostenibilità finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale (e più in generale del Sistema di Protezione Sociale) dal momento che, in virtù del meccanismo di finanziamento attualmente in vigore, concorre a generare uno sbilanciamento tra chi sosterrà il sistema (pochi) e chi lo utilizzerà (molti).

Il fenomeno dell'aumento dell'età media, e in particolare l'aumento del numero assoluto di persone in età avanzata, comporta tra l'altro un incremento dell'incidenza di alcune tipologie di disturbi, non direttamente riferibili a malattie croniche. È questo il caso, ad esempio, delle **"Adverse Drug Reactions" (ADR)**, ovvero dei disturbi connessi a reazioni avverse alla somministrazione di farmaci. Un'approfondita analisi ha evidenziato che le ADR si collocano tra la quarta e la sesta causa di morte negli Stati Uniti⁵, superando patologie "canonicamente" ritenute più importanti come il diabete. Un'ampia analisi prospettica ha rilevato che il 6,5% dei ricoveri è causato da ADR⁶. Le ADR segnalate dai presidi ospedalieri risultano essere quelle più gravi (hanno infatti richiesto o prolungato il ricovero ospedaliero, causato disabilità permanente o provocato malformazioni)⁷. Recenti studi dimostrano inoltre come, negli ultimi anni, i ricoveri ospedalieri per reazione avversa a farmaci in soggetti di età avanzata siano in forte aumento. Le ADR risultano infatti più frequenti nei soggetti di età superiore ai 60 anni, fetta considerevole della popolazione⁸.

La principale causa dell'aumento di queste patologie può essere individuata nel ricorso a terapie polifarmacologiche negli anziani a causa della presenza di più patologie (comorbidità). In aggiunta, si può ipotizzare che, oltre all'invecchiamento della popolazione e al ricorso a cure polifarmacologiche negli anziani, il *trend* di aumento dei ricoveri ospedalieri per intolleranza a farmaci sia dovuto anche, almeno in parte, a problemi di inappropriata cura.

Nonostante tale rilevanza, questo tema continua tuttavia ad essere un argomento poco affrontato sia dai medici che dalle aziende farmaceutiche, malgrado le *"Adverse Drug Reactions"* incidano non solo sulla salute della popolazione ma anche sulla spesa sanitaria:

- l'*Audit Commission* inglese, ad esempio, ha calcolato che le ADR e gli errori medici hanno un costo annuale per il Servizio Sanitario Nazionale pari a 0,5 miliardi di dollari in termini di prolungamento della degenza ospedaliera⁹;
- un recente studio¹⁰ ha calcolato che nella sola Inghilterra nell'anno 2000 le ADR hanno causato 38.000 ricoveri e probabilmente indotto 1,5 milioni di giornate di degenza aggiuntive, cifra che rappresenta l'equivalente, in termini di spesa annua, di più di 13 ospedali di medie dimensioni (400 letti);
- un'altra ricerca¹¹ ha rilevato che i ricoveri causati da ADR costano più di 466 milioni di sterline all'anno (circa 706 milioni €; 847 milioni \$).

Al mutamento progressivo della struttura demografica si sono inoltre accompagnati cambiamenti importanti del mix demografico, dovuti ai **crescenti fenomeni migratori**. Tralasciando la componente migratoria intranazionale, di particolare rilevanza sono i flussi migratori internazionali; basti osservare, ad esempio, come negli ultimi anni i permessi di soggiorno in Italia sono più che raddoppiati, passando dai 648.935 del 1992 a 1.503.286 del 2003. A ciò si aggiunge una significativa quota di immigrazione clandestina, non intercettata dalle statistiche ufficiali.

5 - Lazarou J et al., "Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients – a meta-analysis of prospective studies", JAMA 1998; 279: 1200-5.

6 - Pirmohamed M et al., "Adverse Drug Reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients", BMJ 2004; 329: 15-9.

7 - Classen DC et al., "Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality", JAMA 1997; 277: 301-6. Bates DW et al., "The cost of adverse drug events in hospitalized patients", JAMA 1997; 277: 307-11.

8 - Bégaud B et al., "Does age increase the risk of adverse drug reactions?", BJCP 2003; 54: 548-52.

9 - Anon. *A spoonful of sugar; medicines management in NHS hospitals*. London: Audit Commission 2001.

10 - Wiffen P et al., "Adverse drug reactions in hospital patients". *Bandolier Extra* 2002;1-15.

11 - Pirmohamed M et al., "Adverse Drug Reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients". BMJ 2004; 329: 15-9.

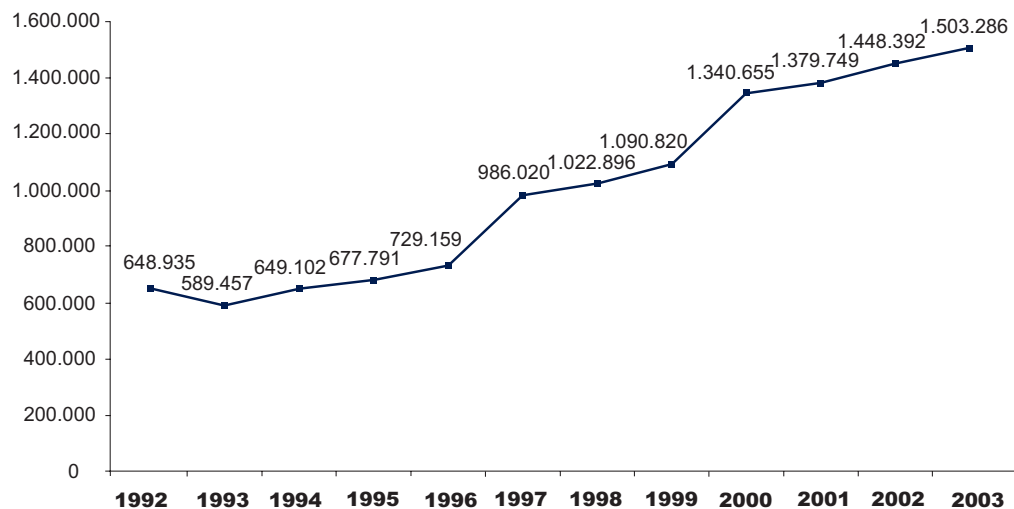


Figura 11. Permessi di soggiorno in Italia – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Il fenomeno dell'immigrazione ha parzialmente attenuato il graduale invecchiamento della popolazione. Tradizionalmente i flussi migratori interessano le fasce di popolazione più giovani, ed in particolare la popolazione in età lavorativa. Inoltre, la maggior parte del flusso migratorio in ingresso proviene da Paesi in via di sviluppo (figura seguente); tali Paesi sono caratterizzati da una maggiore fertilità e, di conseguenza, le relative popolazioni di immigrati contribuiscono ad attenuare il crescente fenomeno della denatalità.

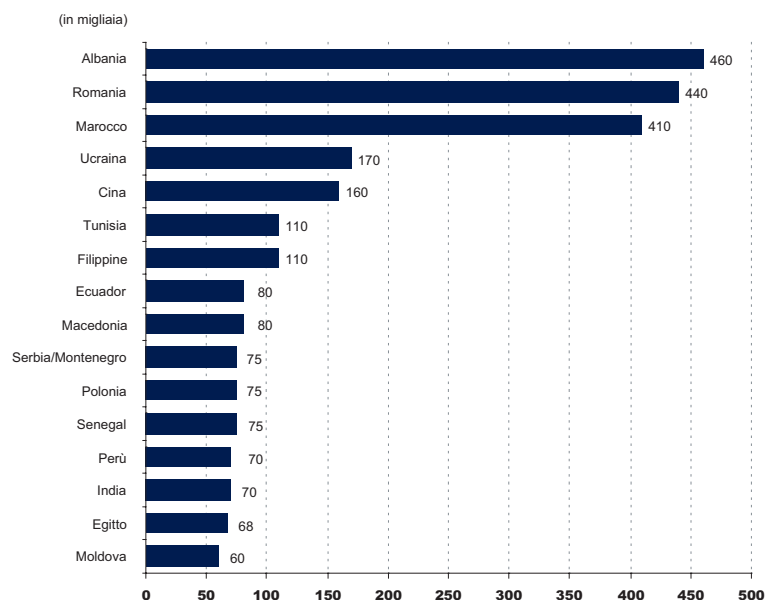


Figura 12. Stranieri presenti in Italia al 1° luglio 2005, Principali nazionalità, in migliaia – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati Fondazione ISMU

Come risultato, le fasce di popolazione maggiormente rappresentate tra gli stranieri residenti in Italia sono i bambini sotto i 6 anni e i giovani-adulti tra i 20 e i 50 anni. Per via della struttura demografica che ne caratterizza i flussi, quindi, nel prossimo futuro il fenomeno dell'immigrazione potrebbe rappresentare un elemento importante per la sostenibilità del Servizio Sanitario e, più in generale, di Protezione Sociale.

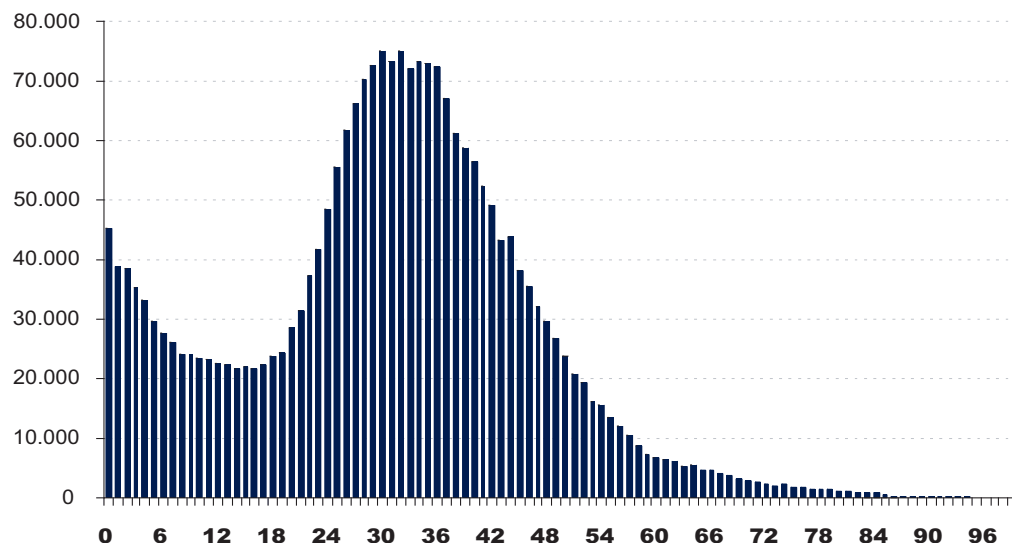


Figura 13. Popolazione straniera residente in Italia al 1° Gennaio 2005 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Tuttavia, il fenomeno dell'immigrazione da Paesi in via di sviluppo ha generato una crescente complessità nella gestione delle dinamiche della salute e delle attività dei Sistemi Sanitari. Tali flussi migratori, infatti, spesso inseriscono all'interno dei Sistemi Sanitari dei Paesi occidentali individui il cui stato generale di salute è peggiore rispetto a quello della popolazione residente. Il principio di equità proprio di ogni Sistema Sanitario e la necessità di garantire adeguati livelli di salute pubblica giustificano gli interventi sanitari volti a migliorare il livello di salute della popolazione di immigrati. Tali interventi, però, inducono inevitabilmente una crescita della spesa sanitaria nazionale.

1.1.2 Il quadro delle principali patologie e cause di morte

Il presente paragrafo intende fornire un quadro dell'evoluzione e delle implicazioni sul Servizio Sanitario delle principali patologie e cause di mortalità. I risultati riportati di seguito emergono da uno studio condotto insieme al Prof. Carlo La Vecchia dell'Istituto "Mario Negri" di Milano.

Lo studio riassume le tendenze negli ultimi decenni della mortalità per patologie cardio e cerebro-vascolari e per tumori e fornisce un quadro delle ragionevoli previsioni per il prossimo futuro. Un accenno viene fatto anche ad altre patologie selezionate che, pur non essendo tra le principali cause di mortalità, hanno comunque un impatto considerevole sulla salute degli italiani e di conseguenza sul Servizio Sanitario.

In particolare l'analisi si concentra su:

- malattie cardio e cerebro-vascolari;
- tumori;
- diabete e patologie metaboliche;
- demenze;
- incidenti e violenze.

Le morti cardio e cerebro-vascolari

La mortalità per infarto miocardico acuto e altre malattie ischemiche del cuore ha raggiunto un picco in Italia nella seconda metà degli anni '70, attorno a 120/100.000 uomini e 65/100.000 donne (tassi standardizzati sulla popolazione mondiale). Nei successivi 30 anni essa è più che dimezzata negli uomini, e diminuita di circa il 60% nelle donne. Ciò ha consentito di evitare in Italia oltre 30.000 decessi ogni anno per malattie ischemiche del cuore, e quindi verosimilmente oltre 100.000 infarti. La mortalità per malattie cerebro-vascolari (ictus) è diminuita almeno dal secondo dopoguerra in poi ed è oggi, in entrambi i sessi, meno di un quarto rispetto a quella registrata negli anni '50. Cionondimeno, le malattie cardio e cerebro-vascolari rappresentano ancora la prima causa di morte in Italia, con circa 240.000 morti per anno, anche se mediamente oggi si muore per queste malattie in età molto più avanzata che in passato, rispecchiando un miglioramento dello stato generale di salute della popolazione.

La diminuzione delle malattie cardio e cerebro-vascolari ha rappresentato in ogni caso il maggior successo in termini di morbilità e mortalità evitata in Italia, come peraltro in tutti i Paesi occidentali. Tale diminuzione è principalmente dovuta al controllo ed alla prevenzione dei fattori di rischio, anche se hanno avuto un ruolo non marginale i miglioramenti nella gestione di queste patologie e nelle terapie.

Nella popolazione italiana si è stimato che il fumo di sigarette e l'ipercolesterolemia spiegano rispettivamente il 50% e il 49% di tutti i casi di infarto¹². I restanti fattori di rischio sono rispettivamente: l'obesità per il 17%, la storia familiare per il 14%, l'ipertensione per il 12% e il diabete per il 6%. Nell'insieme, questi fattori giungono a spiegare circa l'85% di tutti i casi di infarto registrati nella popolazione italiana. Il rischio attribuibile al fumo di sigarette è più elevato negli uomini che nelle donne e, soprattutto, i rischi attribuibili per tutti i fattori considerati sono considerevolmente più alti in giovane età, giungendo a spiegare il 97% di tutti i casi di infarto miocardico acuto al di sotto dei 50 anni. È quindi chiaro che, anche solo intervenendo su alcuni semplici e ben identificati fattori di rischio, è possibile spiegare – e quindi, almeno in linea di principio, prevenire – la maggior parte dei casi di infarto in Italia. Evidentemente, solo alcuni fattori di rischio, tra i quali vanno menzionati il tabacco e l'obesità, sono modificabili. L'ipertensione arteriosa può venir controllata con opportune terapie, mentre l'ipercolesterolemia può venir modificata con la dieta e soprattutto attraverso trattamenti farmacologici (statine).

Queste linee di ragionamento si possono applicare anche alle malattie cerebro-vascolari, per le quali tuttavia l'elemento chiave è dato dal controllo dell'ipertensione, che è molto migliorato e si è ampiamente diffuso nel corso degli ultimi decenni. Anche in questo caso, ulteriori progressi sono comunque possibili.

Per ciò che concerne le terapie per l'infarto miocardico (e anche per gli ictus ischemici) si sono verificati progressi sostanziali con l'introduzione di varie metodiche di trombolisi, oltre che di controllo delle aritmie.

12 - E' da notare che il rischio attribuibile a due fattori combinati è in genere inferiore alla somma dei rischi attribuibili a ciascun fattore.

Le previsioni a medio termine (per i prossimi 10-15 anni) sono di continua diminuzione del tasso di mortalità per malattie cardio e cerebro-vascolari. La quantificazione di questi possibili ulteriori progressi diventa tuttavia sempre più incerta con l'aumento della prospettiva temporale. In ogni caso, le patologie vascolari continueranno a rappresentare la prima causa di morte, anche se tenderanno a divenire sempre più rare nella mezza età e a colpire sempre più gli anziani. Ciò avrà come conseguenza una diminuzione del loro impatto – se non a livello sanitario – a livello economico e sociale.

I tumori

Nel 2002 i decessi per tumore in Italia sono stati 164.000, circa il 30% delle cause di decesso della popolazione italiana. Il numero di nuovi casi si aggira verosimilmente attorno a 350.000, con un margine di errore di 50.000 casi in eccesso o in difetto. Il numero di soggetti che ha avuto un tumore in Italia è quantificabile invece in circa 1.000.000 di persone.

In Italia - come in diversi Paesi dell'Unione Europea - **la mortalità per tumore**, dopo essere aumentata durante tutto il secolo scorso, ha raggiunto un picco alla fine degli anni '80 e **ha mostrato una considerevole diminuzione negli ultimi due decenni in entrambi i sessi**. Ciò ha consentito di evitare circa 15.000 decessi all'anno.

Questa diminuzione è dovuta ad un calo della mortalità per tumore del polmone nei maschi (dal picco di 52 morti per 100.000 abitanti, nel 1988, a 42 nel 2002). Questo andamento è stato tuttavia meno favorevole nelle regioni del Sud d'Italia. Questa tendenza riflette essenzialmente il decrescere del consumo di tabacco – cui è attribuibile l'80-90% dei tumori polmonari negli uomini e il 60-70% nelle donne, e circa il 30% di tutte le morti per tumore – negli uomini a partire dalla metà degli anni '80. Nel corso degli ultimi 25 anni, la prevalenza del fumo di sigarette negli uomini è infatti scesa in Italia dal 54% al 30%, ossia i fumatori tra i maschi adulti sono scesi da più di uno su due a meno di uno su tre.

È inoltre diminuita la mortalità per i tumori del colon-retto (-15% nell'ultimo decennio), del pancreas (-3%), della prostata e della vescica (-15%). Per quest'ultimo tumore, gli andamenti favorevoli sono attribuibili alla riduzione del consumo di tabacco negli uomini, ma anche ad una minore esposizione a sostanze cancerogene sul luogo di lavoro.

La diminuzione della mortalità per carcinoma dello stomaco è continuata dagli anni '50 in poi (-30% solo nell'ultima decade), nonostante questo tumore sia ancora, per numero di decessi, il quarto a livello italiano.

I tumori della testa e collo e dell'esofago sono aumentati fino alla fine degli anni '80, per poi diminuire negli ultimi anni (-10%). Per questi ultimi tumori riveste un ruolo importante il consumo di alcool, in combinazione a quello di tabacco, cui sono attribuibili il 75-90% dei casi. Ancor più che per il tabacco, comunque, il consumo di alcool si è ridotto in Italia negli ultimi decenni ed è ora meno della metà di quello del 1980.

Nelle donne - contrariamente a ciò che è stato osservato negli uomini - la mortalità per il carcinoma del polmone è continuata ad aumentare anche negli ultimi anni (+15%), fino a raggiungere nel 2002 un tasso standardizzato di circa 11/100.000 donne. La diffusione di fumo di sigarette tra le donne italiane è stata infatti relativamente recente rispetto agli uomini (a partire dagli anni '70) ed inoltre l'età media di inizio del fumo è stata piuttosto elevata, quantomeno nelle generazioni nate fino agli anni '50. La prevalenza globale di fumatrici è rimasta pressoché costante intorno al 20-25% dal 1980 in poi. In Italia, come nel complesso dell'Unione Europea, quindi, il tumore del polmone sta avvicinandosi a quello del colon-retto come seconda causa di morte tumorale. I tassi di mortalità per le neoplasie

polmonari nelle donne sono, tuttavia, ancora del 50% inferiori rispetto a quelli delle neoplasie mammarie e restano relativamente bassi rispetto a quelli raggiunti dalle donne negli Stati Uniti. Questi dati sottolineano quindi l'importanza d'interventi integrati ed efficaci, miranti a ridurre l'abitudine al fumo nelle donne. Ciò potrà evitare che i tassi di mortalità femminile per carcinoma polmonare raggiungano i livelli estremamente elevati registrati negli Stati Uniti e in alcuni Paesi del Nord Europa (Danimarca, Gran Bretagna).

Tendenze favorevoli si sono registrate negli ultimi anni, per le donne, nella mortalità per i tumori della mammella (-10%) e del colon-retto (-20%) ed è continuata la riduzione della mortalità per il carcinoma del collo dell'utero e dello stomaco (rispettivamente -25% e -30%, solo nell'ultimo decennio).

Oltre alla mortalità per carcinoma al polmone nelle donne, solo la mortalità per linfomi non-Hodgkin e mielomi multipli sono ancora in ascesa in entrambi i sessi.

Alcune diminuzioni osservate nella mortalità per tumore, compreso il calo della mortalità per le leucemie e per il cancro della mammella, appaiono particolarmente evidenti nella popolazione di mezza età, e sono parzialmente o largamente dovute a progressi terapeutici. La riduzione della mortalità per il tumore della mammella è in parte attribuibile allo *screening* o alla diagnosi precoce. Una diagnosi precoce ha anche contribuito al persistente declino della mortalità per il tumore della cervice uterina. I miglioramenti nelle tecnologie alimentari e nella varietà della dieta (ad es. la migliore conservazione dei cibi, una maggiore disponibilità di frutta e verdura e prodotti freschi per tutto l'anno) potrebbero, invece, essere alla base degli andamenti favorevoli del tumore gastrico e, probabilmente, anche di quello colon-rettale le cui diminuzioni, iniziate alla fine degli anni '70, sono maggiormente evidenti nelle femmine rispetto ai maschi. Vi sono infatti indicazioni che frutta e verdura abbiano un effetto protettivo soprattutto sui tumori delle vie digerenti e respiratorie. Il miglioramento del controllo delle acque, e quindi la diminuzione della prevalenza dell'infezione dall'*Helicobacter pylori*, ha contribuito alla diminuzione del tumore gastrico.

E' anche interessante notare che la mortalità per alcune neoplasie che mostravano una tendenza ad aumentare fino alla metà degli anni '80, ha teso a livellarsi negli ultimi anni. Queste includono, tra gli altri, i tumori del pancreas in entrambi i sessi, della prostata e dell'ovaio, soprattutto nella mezza età, il che riflette gli andamenti più favorevoli nelle coorti di nascita più giovani. Per il tumore della prostata, gli andamenti favorevoli sono in parte determinati dalla diffusione di nuovi trattamenti chirurgici e terapie mediche (antiandrogeni), mentre è troppo presto per osservare un possibile impatto della diffusione del test del PSA (*prostate specific antigen*). Per il tumore dell'ovaio, gli andamenti favorevoli nelle donne giovani e di mezza età sono legati in parte all'uso, nelle generazioni nate dopo il 1930, dei contraccettivi orali.

Nonostante le persistenti diminuzioni, dal momento che il tumore dello stomaco oggi è molto più raro che in passato, il suo impatto favorevole sulla mortalità totale per tumori è destinato a diminuire nei prossimi decenni.

Per mantenere l'obiettivo di una diminuzione attorno al 15% dei tassi di mortalità per tumore tra il 2000 e il 2015, sarà quindi necessario continuare e migliorare la diminuzione del consumo di tabacco e alcool, evitare la diffusione dell'obesità, e ottimizzare le procedure di diagnosi precoce e i trattamenti¹³. Tale diminuzione è in linea con le proiezioni europee (figura successiva), e implicherebbe una stabilizzazione nel numero assoluto di tumori e dei decessi per tumore in Italia nei prossimi anni, con le relative implicazioni sulla situazione sanitaria, sebbene non implichi necessariamente un livellamento nelle spese oncologiche. Ogni proiezione a più lungo termine è troppo incerta, per avere valore pratico.

13 - Come risulta dal Codice Europeo per il Controllo del Cancro, promosso dalla Commissione Europea nel Giugno 2003.

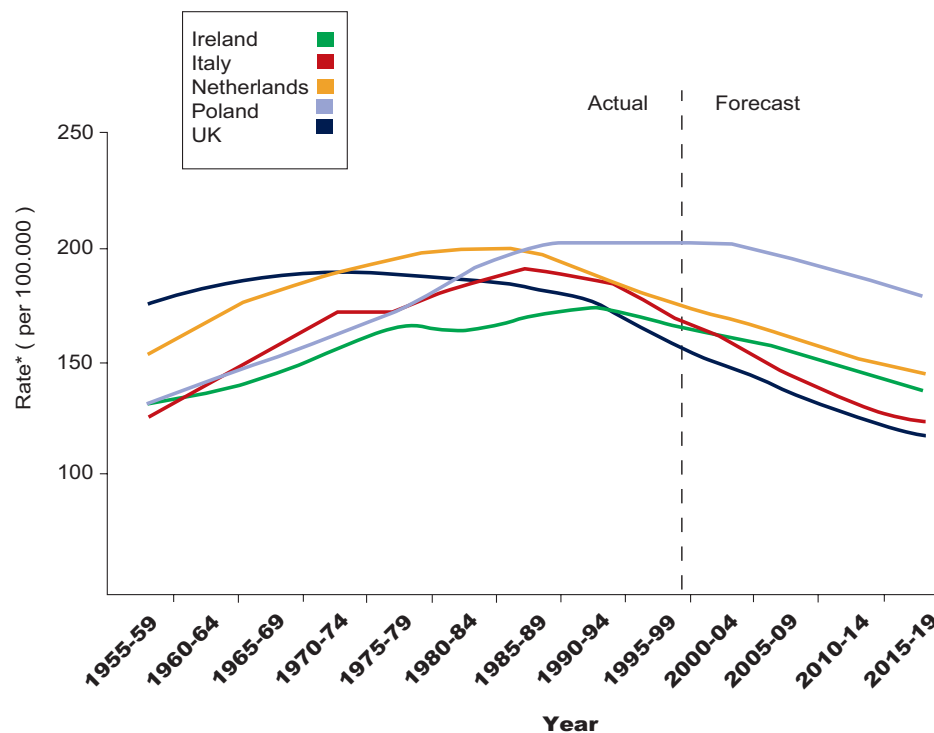


Figura 14. Mortalità per tumore (tassi standardizzati per la popolazione mondiale per 100.000) in selezionati paesi europei - Fonte: Quinn et al., *Ann Oncol* 2003;14:1148-52.

Il diabete e le patologie metaboliche

Nel nostro Paese il diabete rappresenta uno dei maggiori oneri sanitari poiché colpisce circa 2.000.000 di persone, numero destinato ad aumentare a 5.000.000 entro il 2050. Ogni anno si registrano 100.00 nuovi casi, ed è direttamente o indirettamente associato ad almeno 20.000 morti l'anno.

Il diabete di tipo II (non-insulino-dipendente) caratteristico dell'età adulta e senile, associato a sovrappeso e ad ampia diffusione nella popolazione, è sicuramente quello di maggior rilevanza sociale e in termini di salute pubblica. In Italia questo tipo di diabete è diagnosticato nel 70% dei casi ed il costo medio totale di un paziente è di circa 3.000 euro l'anno. I costi si dividono in "costi diretti" (relativi alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario), in "costi indiretti" (riferibili alla perdita di produttività causata da disabilità temporanea o permanente) e in "costi intangibili" (legati all'alterazione della qualità di vita - depressione, ansia, ecc.). I costi connessi alla malattia salgono in maniera esponenziale con l'associazione di una o più complicanze.

È stato stimato che **la gestione del diabete e di tutte le complicanze ad esso associate** (insufficienza renale, insufficienza cardio-respiratoria, lesioni neuropatiche e vascolari delle estremità inferiori) **incida su circa il 7% della spesa sanitaria nazionale.**

Il sovrappeso e l'obesità costituiscono un rilevante problema di salute, in quanto sono le principali cause di diabete e

di altre malattie metaboliche (quali l'iperuricemia o gotta). In Italia all'inizio degli anni 2000, è stato stimato che circa il 30% della popolazione adulta era sovrappeso (il 38% degli uomini e il 25% delle donne) e circa l'8% è obeso (il 7% degli uomini e il 9% delle donne). La percentuale di persone sovrappeso o obese era circa del 32% nel Nord, 44% nel Centro e 47% nel Sud d'Italia. Nella fascia di età tra i 18-24 anni la percentuale di sovrappeso/obesità era circa del 14% (il 21% degli uomini e l'8% delle donne). Il sovrappeso è aumentato dagli inizi degli anni '80 all'inizio degli anni '90 e si è successivamente stabilizzato. La prevalenza dell'obesità è rimasta invece costante intorno all'8-9% della popolazione italiana negli ultimi 20 anni. Sebbene le tendenze in Italia siano più favorevoli rispetto ad altri paesi sviluppati, circa 15 milioni di adulti italiani sono oggi sovrappeso e 4 milioni obesi.

Il sovrappeso e l'obesità sono associati, oltre che a diabete e altre malattie metaboliche, a varie patologie cardiovascolari, dell'apparato muscolo-scheletrico, del fegato e/o colecisti, all'ipertensione e a diversi tumori, tra cui i carcinomi del colon, dell'endometrio e della colecisti, l'adenocarcinoma dell'esofago ed il carcinoma del rene, nonché il tumore della mammella nelle donne in post-menopausa.

Riducendo sovrappeso e obesità, ogni anno in Italia potrebbero essere evitate diverse migliaia di morti per tumori. Agire su questo fattore di rischio avrebbe, inoltre, ripercussioni ben più importanti su altre patologie, in particolare il diabete, le malattie digerenti e cardio-vascolari, evitando senza dubbio decine di migliaia di morti e un consistente - sebbene difficilmente stimabile - onere sanitario e sociale.

Le demenze

La demenza - o *deficit* cognitivo generalizzato accompagnato in generale da disturbi dell'umore, del comportamento e della personalità - ha acquisito un'importanza sempre più vasta come problema sanitario e sociale nel corso degli ultimi decenni. Ciò è dovuto principalmente all'invecchiamento della popolazione e quindi, alla progressiva maggior proporzione di anziani, anche se modificazioni nel tessuto sociale (minori dimensioni delle famiglie) e miglioramenti diagnostici hanno contribuito ad aumentare la rilevanza e la percezione del problema. Non vi è evidenza, tuttavia, che l'incidenza e la prevalenza della demenza siano in aumento, dopo aver tenuto conto della modificata struttura per età della popolazione.

Ogni stima di incidenza e prevalenza della demenza è imprecisa e ha ampi margini di errore. Si afferma in genere che circa l'1% delle persone di 60 anni sia affetto da demenza e la frequenza raddoppi approssimativamente ogni quinquennio di età. Di conseguenza, oltre un terzo dei soggetti tra gli 85 e i 90 anni sarebbe affetto da demenza. In termini di numeri assoluti, ciò equivale a stimare in oltre mezzo milione le persone affette da demenza in Italia, una cifra che potrà triplicare nei prossimi 50 anni per il solo effetto dell'invecchiamento della popolazione e in assenza di terapie efficaci.

Le demenze includono sia patologie degenerative primarie (principalmente il morbo di Alzheimer, 50-70% di tutte le demenze) sia secondarie ad altre patologie come l'AIDS, ma soprattutto a patologia vascolare (circa il 30% delle demenze). Sebbene il morbo di Alzheimer - su cui la ricerca si è principalmente concentrata - sia spesso associato a fattori famigliari e genetici, le complicanze di patologie vascolari, cui sia il morbo di Alzheimer che altri tipi di demenze si associano, implicano che il controllo dei principali fattori di rischio per patologie cerebro-vascolari (quali ipercolesterolemia, diabete, fumo di sigarette, obesità e soprattutto ipertensione) potrebbe condurre ad una sostanziale diminuzione della prevalenza clinica delle demenze.

Incidenti e violenze

I decessi per incidenti e violenze in Italia sono circa 30.000 all'anno. Alcuni tipi di incidenti – quali gli incidenti stradali e gli incidenti sul lavoro – hanno fatto registrare diminuzioni di oltre il 50% nel corso degli ultimi decenni. Ad esempio, il picco di mortalità per incidenti stradali è stato registrato in Italia nel 1963 (quando il parco macchine era di 20 volte inferiore a quello attuale), con oltre 11.000 morti, che oggi sono scesi a circa 7.000, con una diminuzione di oltre il 60% del tasso di mortalità per abitante e di oltre 10 volte per chilometro percorso. Analoghe diminuzioni sono state registrate per gli incidenti sul lavoro. Gli incidenti stradali rimangono comunque un problema di considerevole importanza, essendo responsabili di circa il 40% dei decessi nella fascia di popolazione tra i 15 e i 24 anni. Un ulteriore progresso nel controllo di queste cause di mortalità è non solo possibile ma anche probabile ed auspicabile nei prossimi decenni.

La mortalità per omicidi nel dopoguerra in Italia è stata tra le più basse al mondo e non ha mostrato variazioni sostanziali.

Vi sono state invece considerevoli variazioni nella mortalità per suicidi, soprattutto nei maschi e nelle fasce di età più giovani (15-29 anni), per i quali, dopo un incremento delle morti per suicidio fino alla metà degli anni '90, si sta ora osservando un'inversione di tendenza. Non è nota la causa degli andamenti relativamente favorevoli osservati nel corso degli ultimi anni, anche se essi possono essere almeno in parte attribuiti a migliorate terapie di patologie psichiatriche, inclusa in particolare la depressione. Vi è variabilità geografica, con una mortalità per suicidi più elevata al Nord, seguito dal Centro e poi il Sud e le Isole. Tuttavia, parte di questa variabilità geografica può essere determinata da una differenza nella certificazione dei suicidi, che sono meno socialmente accettati nel Sud d'Italia. Ogni previsione sugli andamenti a medio termine per i suicidi è in ogni caso molto insidiosa.

Le **patologie psichiatriche** – ed in particolare la depressione maggiore – sono una causa rilevante ma difficilmente quantificabile dei suicidi. Esse **inoltre implicano oneri sociali enormi, in termini di vita produttiva persa** (secondo il *Global Burden of Disease* sarebbero nel mondo la prima causa di vita produttiva persa), ma hanno costi sanitari diretti relativamente limitati e non sono stati pertanto considerati nella presente revisione.

1.1.3 Bisogni sanitari legati al quadro epidemiologico e impatto sul sistema

Sebbene i dati di mortalità siano gli indicatori più solidi e facilmente reperibili da parecchio tempo, la programmazione sanitaria non si può fondare solo su di essi per determinare i reali bisogni di salute degli italiani e disegnare un'adeguata offerta sanitaria. La disponibilità negli ultimi anni di una serie di informazioni sulle principali prestazioni sanitarie erogate (tra cui schede di dimissione ospedaliera, prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, ecc.) fornisce nuovi strumenti per effettuare una valutazione delle risorse sanitarie utilizzate e indirettamente dei bisogni.

In un'analisi condotta in Lombardia per valutare il bisogno di assistenza sanitaria nell'anno 2002 è emerso che circa il 18% della popolazione non ha utilizzato prestazioni sanitarie, il 58% non affetto dalle patologie croniche ha assorbito circa il 30% delle risorse sanitarie, mentre **i pazienti cronici, che costituiscono circa il 25% della popolazione, hanno assorbito circa il 70% della spesa sanitaria**. Tra i pazienti cronici, una quota rilevante era rappresentata dai cardiopatici (13%), seguiti da pazienti con diabete (3,2%) e pazienti neoplastici (2,5%), cui si attribuiva rispettivamente il 27%, l'8% e il 13% delle risorse sanitarie della regione.

Questa analisi ha così messo in luce un'immagine dei bisogni sanitari differente da quella fornita dall'analisi della mortalità e ha disegnato una situazione in cui si distinguono altre **caratteristiche della domanda**. Se infatti, analizzando la sola mortalità, le patologie cardio e cerebro-vascolari rappresentano oltre il 40% dei decessi e i tumori circa il 30%, da questo studio si è evidenziato come **alle patologie cardio-vascolari si attribuiscono meno del 30% delle risorse sanitarie e ai tumori meno del 15%**.

Patologia	% Assistiti	Età Media	Spesa pro-capite (€)	Spesa Totale (1.000 €)	% Spesa
Cardiovascolopatia	13,0	64,9	1.615	1.544.647	27
Diabete	3,2	65,5	1.974	458.840	8
Neoplasia	2,5	62,9	4.096	767.848	13
Gastropatia	1,5	52,2	1.452	155.141	3
Broncopneumopatia	1,3	39,9	1.233	177.913	2
... ..					
HIV-AIDS	0,2	40,1	7.851	94.915	2
Trapiantati	0,05	48,8	20.670	71.581	1
... ..					
Non cronici	57,9	35,6	408	1.713.324	30
Non utenti	17,5	35,5	-	-	-

Figura 15. Frequenza percentuale, età media, spesa *pro-capite*, spesa totale, e incidenza percentuale della spesa, per alcune selezionate patologie - Fonte: Dati Regione Lombardia, 2002

Quanto alle linee di tendenza nel futuro prevedibile, è verosimile che la mortalità continuerà a diminuire, portando un ulteriore aumento degli anziani nella popolazione e consentendo di conseguenza un **incremento della domanda di assistenza sanitaria per molte patologie croniche**, pur in presenza di un miglioramento complessivo delle condizioni di salute degli italiani.

A sostanziali modifiche intercorrenti nella struttura demografica della popolazione si accompagnano di fatto rilevanti cambiamenti nella morbilità. L'innalzamento progressivo dell'età della popolazione evidenzia infatti crescenti necessità che in passato non esistevano, legate alla complessità, cronicità, disabilità e criticità delle malattie (es. malati terminali). Si tratta di nuove esigenze che costringono ad affrontare il problema in modo concreto fin da subito. In particolare, secondo la *World Health Organization*, l'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle principali determinanti dell'incremento dell'incidenza delle **malattie croniche** sul totale delle patologie¹⁴. Il fenomeno dell'invecchiamento indurrà inevitabilmente ad una maggiore domanda di **assistenza "socio-sanitaria"**, in cui i confini tra l'aspetto sociale e quello sanitario non sempre sono chiaramente definibili. Basti pensare che, ad oggi, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale non è stato determinato il contenuto della cosiddetta "assistenza domiciliare", rendendo impossibile l'individuazione delle prestazioni e dei servizi che la compongono.

14 - "Chronic Diseases and their Common Risk Factors", World Health Organization, 2005.

L'età avanzata incide sensibilmente sulla capacità della persona di svolgere in autonomia le comuni attività quotidiane. Si prendano in considerazione, ad esempio, le **Activities of Daily Living (ADL)**¹⁵, ovvero tutte quelle attività che si possono considerare essenziali per la conduzione di una normale vita quotidiana. La percentuale di persone che accusano una o più difficoltà nello svolgimento di ADL cresce esponenzialmente per entrambi i sessi col passaggio a gruppi di età progressivamente più anziani.

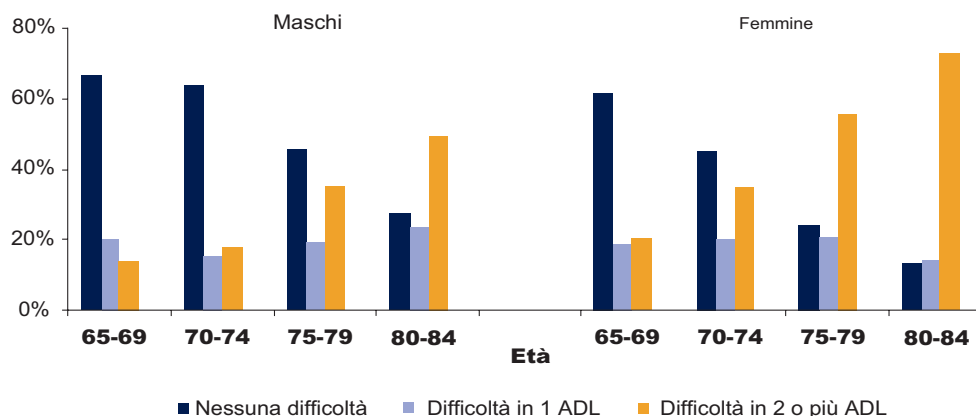


Figura 16. Impatto dell'invecchiamento sulla capacità di svolgere *Activities of Daily Living (ADL)* – Fonte: Presentazione del Prof. Roberto Bernabei (Presidente, SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) durante la Riunione del 10 gennaio 2006 del "Tavolo Tecnico delle Società Scientifiche", nell'ambito del progetto "Meridiano Sanità"

Oggi in Italia il 36% della popolazione è affetto da almeno una malattia cronica, con evidenti disomogeneità a livello regionale e con punte del 43% circa in Calabria e Liguria. L'invecchiamento della popolazione è naturalmente destinato a far crescere tale fenomeno.

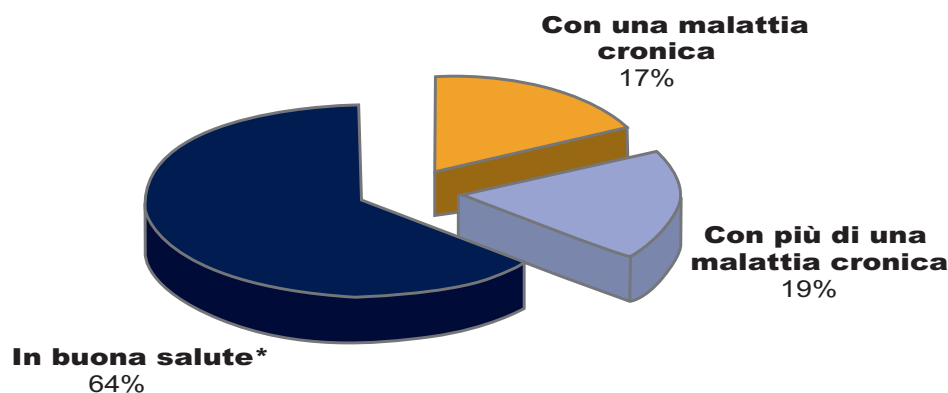


Figura 17. Stato di salute in Italia (* Il dato si riferisce alle persone in buone salute senza alcuna malattia cronica) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2002

¹⁵ - Le ADL comprendono sette tipi di attività: lavarsi/fare una doccia, vestirsi, mangiare, coricarsi e sedersi, camminare, uscire di casa, usare il bagno.

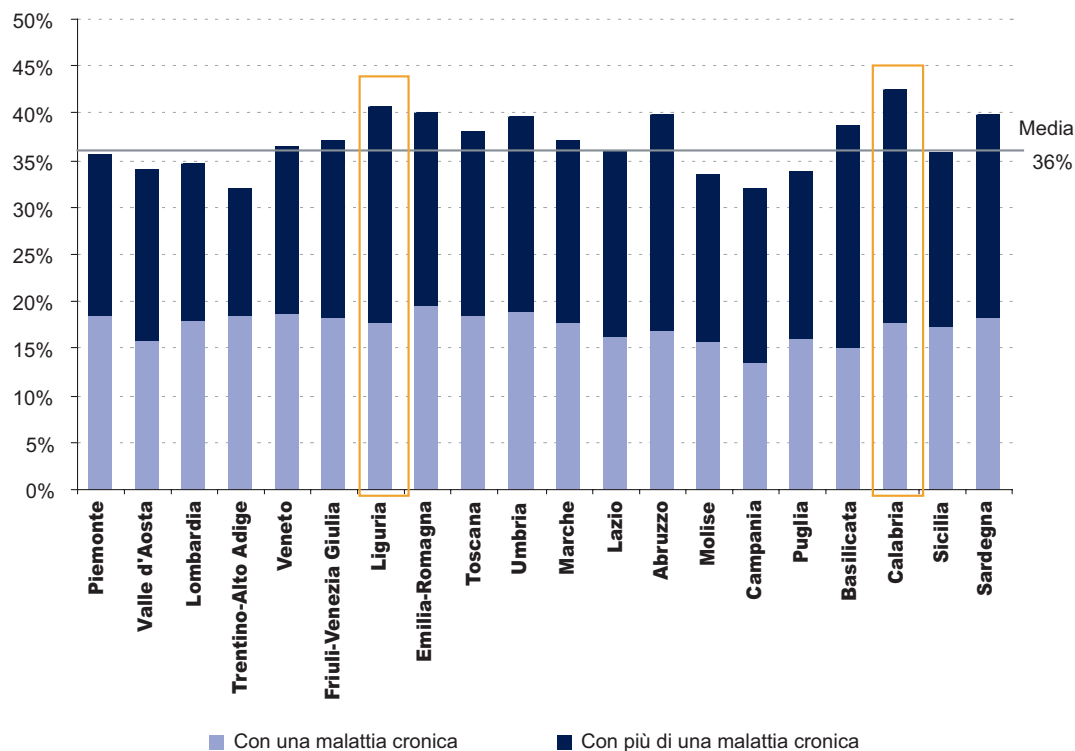


Figura 18. Incidenza delle malattie croniche in Italia, per Regione – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2002

I progressi medico-scientifici degli ultimi anni hanno fatto sì che oggi tra i malati cronici, una parte significativa - circa il 48% - goda di una buona condizione di salute.

Si deve inoltre tenere in conto che all'interno della realtà italiana la domanda sanitaria legata all'invecchiamento della popolazione si riflette per lo più in una forte richiesta di assistenza ospedaliera, derivata in buona parte dalla scarsità di alternative extraospedaliere. Il sistema italiano soffre ancora della mancanza di informazioni puntuali in grado di rendere possibile la valutazione delle attività extraospedaliere¹⁶. Unico aspetto dell'assistenza extraospedaliera sufficientemente documentato è costituito dall'assistenza farmaceutica, che tra il 1995 ed il 2004 ha visto significativamente rallentare il proprio tasso di crescita, in un contesto di invecchiamento della popolazione ed in un quadro di forte crescita delle patologie croniche. Lo sviluppo di un'adeguata rete territoriale di servizi di assistenza socio-sanitari contribuirebbe significativamente ad un miglioramento della qualità della vita dei malati cronici.

16 - Cfr. Guzzanti, Elio et al. (1999), *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore.

ANNI Classi d'età	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Diabete	Iperensione	Bronchite	Artrosi, artrite	Osteo- porosi	Malattie del Cuore	Malattie Allergiche	Disturbi Nervosi	Ulcera gastrica e duo- denale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
2000	36,1	18,7	3,8	12,1	6,4	19,0	6,4	3,9	8,1	4,3	3,6	32,7
2001	35,7	18,6	3,9	11,7	6,3	19,1	6,3	3,7	8,2	4,0	3,2	33,6
2002	36,2	18,9	3,8	12,5	6,4	19,0	6,6	3,7	8,4	3,9	3,2	34,9
2003	35,9	19,4	3,9	12,9	6,4	18,9	6,8	3,9	8,5	4,1	3,3	34,9

Figura 19. Stato di salute in Italia, per patologia cronica, e consumo di farmaci - *Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT, Annuario statistico 2005*

Tra gli obiettivi futuri del Servizio Sanitario dovrà pertanto necessariamente esservi quello di far ulteriormente crescere la quota di malati cronici che vivono in buona salute, poiché essa costituirà una importante leva per il governo della spesa, non solo sanitaria ma della protezione sociale in generale.

Tale obiettivo sarà perseguibile solo in un quadro di crescenti investimenti, da un lato, per lo sviluppo dell'assistenza e dell'integrazione socio-sanitaria e, dall'altro lato, per la ricerca scientifica, sanitaria e farmaceutica.

1.2 FATTORI ECONOMICI E SOCIALI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Qual è la relazione tra sviluppo economico e stato di salute di un Paese?
- Quali sono le previsioni sulle principali dimensioni economiche? Quali sono le principali dimensioni sociali?
- Qual è l'impatto dello sviluppo economico sui fattori ambientali che contribuiscono a determinare lo stato di salute di un Paese?

1.2.1 Le principali dimensioni dello sviluppo economico e sociale

Con riferimento alle principali dimensioni macroeconomiche, l'Italia si colloca nel gruppo dei Paesi industrializzati. Nel 2004, il PIL *pro-capite* italiano ha raggiunto il livello di 27.699 USD, appena inferiore al valore registrato dall'insieme dei Paesi OCSE di 28.486 USD¹⁷.

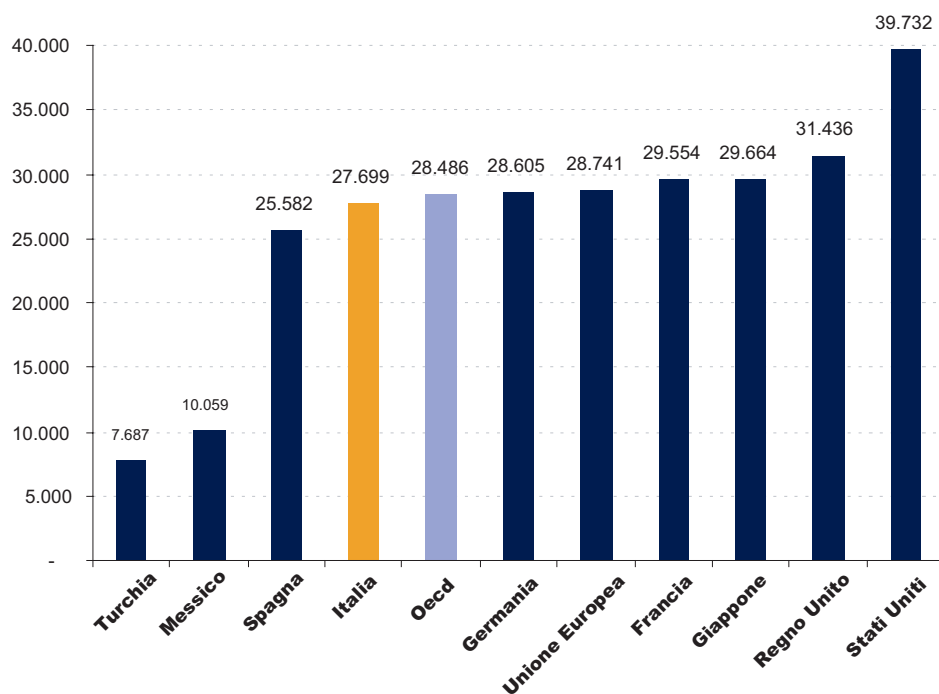


Figura 20. PIL *pro-capite* nel 2004, confronto tra Paesi OCSE (Dollari statunitensi a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto) –
Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Factbook 2006

17 - Dati OECD Factbook 2006. Il PIL *pro-capite* è calcolato in dollari statunitensi, a prezzi correnti e parità di potere d'acquisto.

Negli ultimi anni, tuttavia, in Italia la crescita del PIL *pro-capite* è stata inferiore rispetto alla media dei Paesi OCSE: ad esempio, nel 2004 l'Italia ha registrato una crescita del PIL *pro-capite* pari a 1,35% mentre la media OCSE è stata del 2,60%¹⁸. Le stime per il 2006 ed il 2007 elaborate dalla Commissione Europea prevedono un *trend* di crescita sugli stessi livelli dell'anno precedente (rispettivamente a 1,5% e 1,4%) ma al di sotto della media dell'Unione Europea (2,1% e 2,4%).

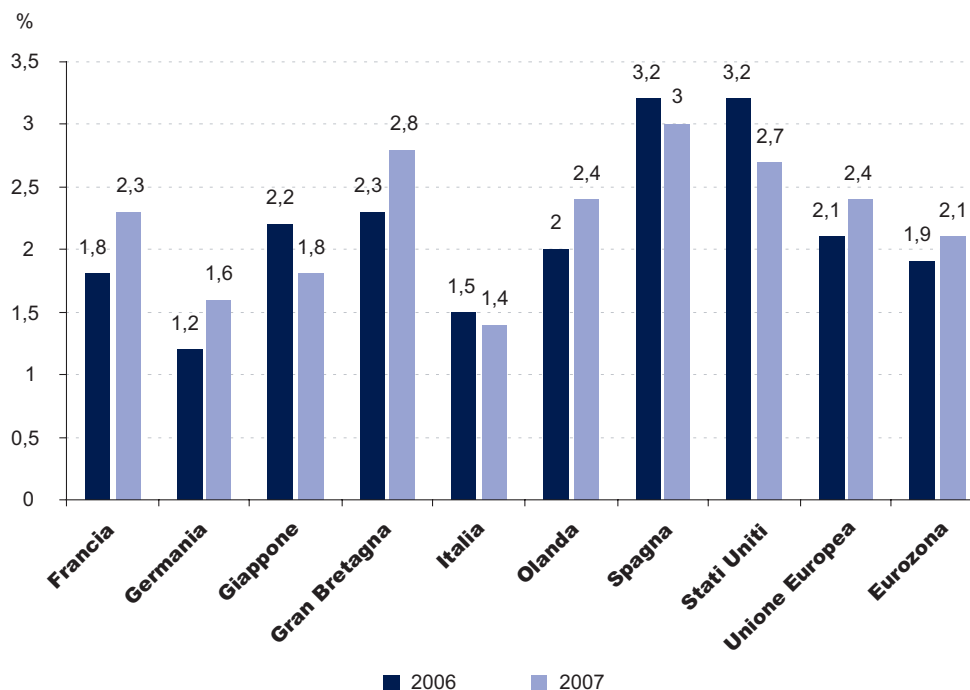


Figura 21. Previsione di crescita del PIL (2006 e 2007), valori in percentuale – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati European Commission, Economic Forecasts, autunno 2005

La relazione tra il livello di benessere economico di un Paese e lo stato generale di salute della popolazione che vi risiede è nota da tempo. Le popolazioni povere e malnutrite sono soggette a un maggior rischio di morbilità e sono caratterizzate da un più elevato livello di mortalità nel momento in cui si ammalano. Il legame veniva sottolineato dalla *World Health Organization* già nel 1978, nel preambolo della Dichiarazione di Alma-Ata:

*“Economic and social development (...) is of basic importance to the fullest attainment of health for all (...). The promotion and the protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace”*¹⁹

I dati dimostrano come i Paesi con un più elevato livello di reddito *pro-capite* vantano una maggiore aspettativa di vita. In altre parole, lo sviluppo economico del Paese di residenza può essere considerato come uno dei driver fondamentali per l'aumento dell'aspettativa di vita degli individui alla nascita.

18 - Ibidem

19 - World Health Organization, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata (USSR), 6-12 settembre 1978.

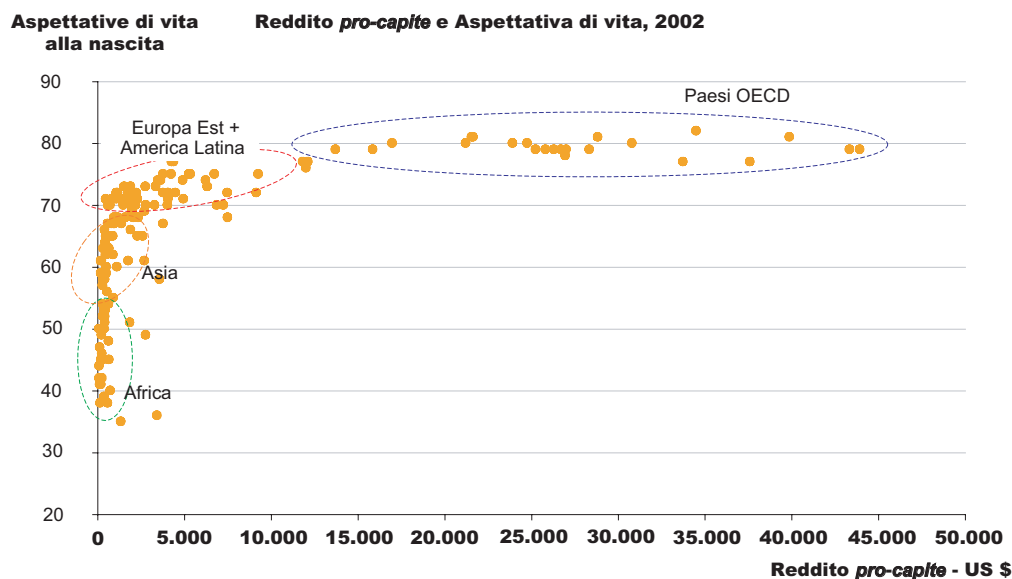


Figura 22. Reddito *pro-capite* e aspettativa di vita alla nascita nel 2002 – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati World Health Organization

Il reddito nazionale ha perciò un impatto significativo sul Sistema Sanitario di un Paese. Un impatto diretto è determinato dalla disponibilità di adeguate risorse finanziarie da destinare al sistema stesso. Una prima stima di tale impatto deriva dal confronto tra la ricchezza di un Paese e le risorse dedicate al settore sanitario.

Di particolare interesse è la comparazione tra l'andamento del PIL e le disponibilità finanziarie messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). La figura successiva riporta il Prodotto Interno Lordo, le disponibilità finanziarie per il S.S.N. e la spesa del S.S.N. stesso. La tabella è stata presentata all'interno del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Si vince immediatamente come in Italia, negli ultimi 5 anni, il tasso di crescita della spesa sanitaria e del finanziamento a favore del S.S.N. sia stato sensibilmente maggiore di quello del PIL.

	2001	2002	2003	2004	2005 (§)
PIL reale	1,8%	0,4%	0,3%	1,2%	0,0%
PIL a prezzi correnti	4,5%	3,4%	3,2%	3,9%	4,6%
Spesa effettiva del SSN	8,3%	4,7%	2,9%	7,5%	5,8%
Costo effettivo del SSN		4,8%	2,7%	7,0%	4,0%
Finanziamento (fabbisogno) previsto per il SNN (*)	8,2%	6,1%	3,9%	4,9%	7,0%

Figura 23. Raffronto tra Prodotto Interno Lordo, disponibilità finanziarie per il S.S.N. e spesa del S.S.N. (variazioni percentuali annue) – Fonte: Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

(*) Nel triennio 2001-2003 non sono stati considerati ulteriori 1.450 milioni previsti dalla norma di ripiano

(§) I valori 2005 sono stimati tranne il finanziamento (fabbisogno), che è quello stabilito dalla legge 311/2004 (finanziaria 2004)

In realtà, la relazione tra sviluppo economico e sociale, da un lato, e stato di salute della popolazione, dall'altro, è di tipo biunivoco:

- un maggior reddito consente un maggior investimento in salute e quindi un aumento nell'aspettativa di vita;
- il miglioramento del livello generale di salute, soprattutto della popolazione attiva, contribuisce ad aumentarne la produttività e ciò consente di incrementare la ricchezza del Paese.

La correlazione tra l'aspettativa di vita ed il reddito *pro-capite* è risultata significativa durante tutto il XX secolo. Per ogni trentennio, tuttavia, la linea di tendenza determinata da questa relazione si è progressivamente spostata verso l'alto e a destra (vedi figura seguente), mostrando l'effetto del "circolo virtuoso" che si instaura tra sviluppo economico (aumento del PIL *pro-capite*) e stato di salute (incremento dell'aspettativa di vita alla nascita). Un'analisi dettagliata dell'evoluzione di tale correlazione mostra come la maggior parte dei miglioramenti in termini di "salute" siano stati ottenuti nella prima metà del secolo (come si evince dalla diversa intensità dei successivi aumenti nell'aspettativa di vita rilevati precedentemente). Tali miglioramenti sono direttamente correlati alla istituzione di Sistemi Sanitari Nazionali. Ad esempio, durante la fine dell'Ottocento l'Italia vide la nascita delle società operaie di mutuo soccorso (1886) e delle istituzioni pubbliche di beneficenza (1890). Attraverso queste ultime, in particolare, venne istituito il cosiddetto "domicilio di soccorso", ovvero l'assunzione da parte dei Comuni dell'onere di ricovero per i bisognosi. Contemporaneamente, la Germania di Bismarck istituiva un sistema sanitario basato su assicurazioni sociali obbligatorie.

In aggiunta agli interventi di politica sanitaria, il progresso economico – attraverso la ricerca scientifica – ha consentito di sviluppare conoscenze mediche e tecnologiche in grado di agire significativamente sulla tutela della salute e indirettamente, e in "modo circolare", sulla generazione ulteriore di ricchezza.

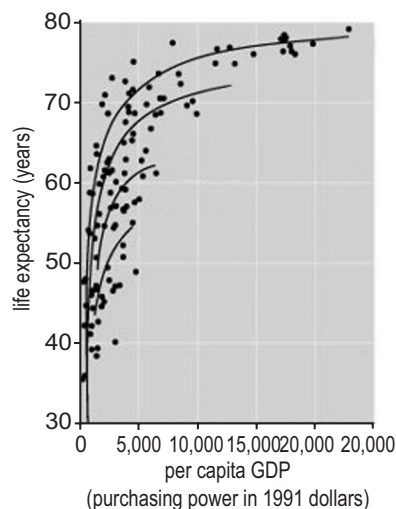


Figura 24. Relazione tra aspettativa di vita e reddito *pro-capite* – Fonte: World Bank, *Investing in Health, Development Report 1993*

Da un punto di vista indiretto, inoltre, lo sviluppo economico di un Paese contribuisce al miglioramento dello stato generale di salute attraverso la promozione di un maggior sviluppo sociale della popolazione residente.

Un indice dello sviluppo sociale indotto da una crescita del reddito del Paese è dato dal livello di scolarizzazione della popolazione residente. Nei Paesi caratterizzati da un maggiore reddito *pro-capite* si evidenzia in media un più elevato tasso di scolarizzazione per tutti i livelli di educazione. È ancora più interessante sottolineare come la differenza nel tasso di scolarizzazione tra Paesi “ricchi” e “poveri” cresca sensibilmente al crescere del livello di istruzione indagato. A livello di educazione primaria il tasso di scolarizzazione²⁰ risulta infatti abbastanza simile tra i diversi gruppi di Paesi – addirittura l’America Latina mostra un livello sensibilmente elevato se paragonato a quello dei Paesi OCSE e dell’Unione Europea. La differenza nel tasso di scolarizzazione tra Paesi “ricchi” e “poveri” si inizia invece a delineare se si considera l’educazione secondaria e diventa decisamente marcato quando si passa ad analizzare quella terziaria. In quest’ultimo caso, ad esempio, l’Africa Sub-Sahariana mostra un tasso di scolarizzazione di appena 5 punti contro un livello dei Paesi più sviluppati (Paesi OCSE ed Unione Europea) intorno ai 60 punti.

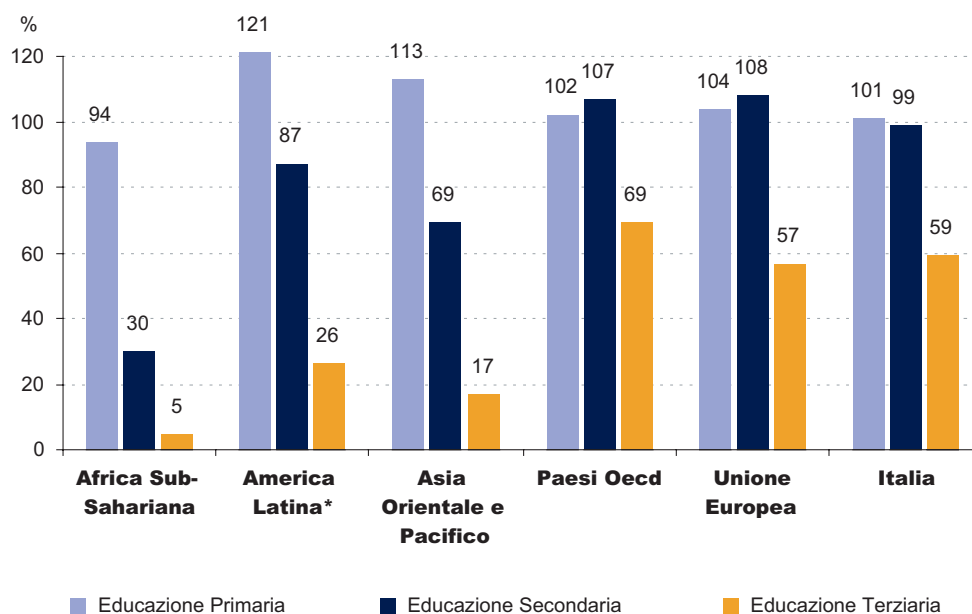


Figura 25. Tasso lordo di scolarizzazione per tipo di educazione (Anno 2003) * Per l’America Latina il dato si riferisce al 2002 –
Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati World Bank, World Development Indicators, 2005

La relazione tra sviluppo economico – mostrato dal reddito *pro-capite* – e livello di scolarizzazione – determinato in base all’aspettativa media di vita scolastica per educazione primaria e secondaria – mostra una relazione direttamente proporzionale, del tutto simile a quella tra benessere economico e stato di salute della popolazione.

20 - Il “tasso lordo di scolarizzazione” definisce il rapporto tra il numero totale di iscritti, senza tener conto dell’età, e la popolazione della fascia di età che ufficialmente corrisponde ad ogni livello di educazione.

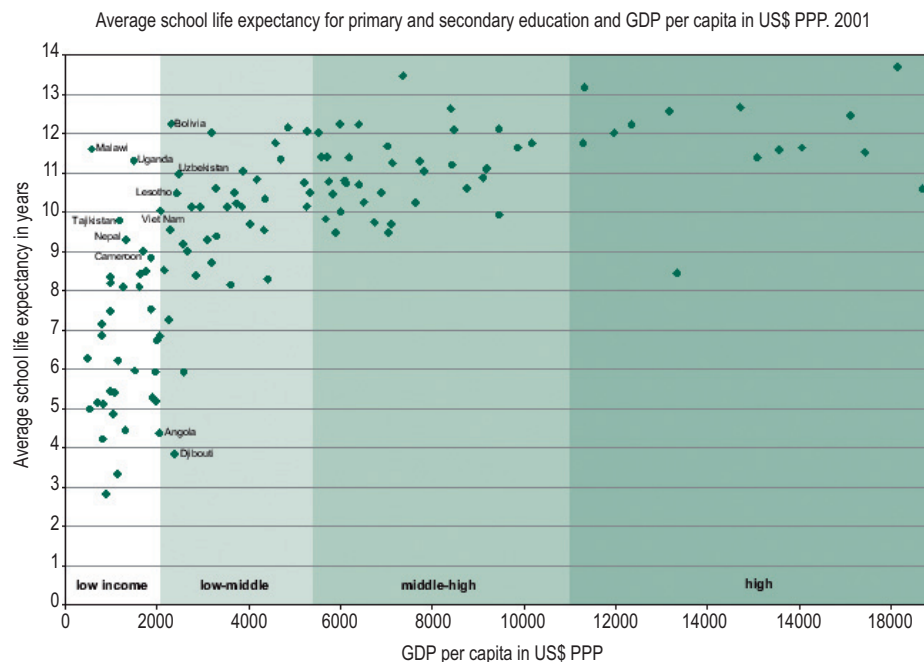


Figura 26. Relazione tra aspettativa media di vita scolastica per educazione primaria e secondaria (in anni) e PIL *pro-capite* (USD - Parità di Potere d'Acquisto, 2001) Nota: Non sono visibili i Paesi che hanno un PIL *pro-capite* superiore ai 19.000 USD a parità di potere d'acquisto – Fonte: UNESCO Institute for statistics, *Global Education Digest 2004*

1.2.2 Sviluppo economico e impatti ambientali

Lo sviluppo economico dei Paesi occidentali ha contemporaneamente generato una serie di fenomeni che per le loro caratteristiche impongono ai rispettivi Sistemi Sanitari Nazionali complessità e sfide crescenti. Una delle tematiche che negli ultimi anni ha maggiormente catturato l'attenzione dell'opinione pubblica e dell'azione dei governi nazionali riguarda l'**impatto dello sviluppo economico sull'ambiente** e le sue **conseguenze sullo stato di salute** della popolazione mondiale.

La sostenuta crescita dell'economia mondiale, combinata ad un altrettanto sostenuto incremento della domanda di beni, ha accelerato lo sfruttamento delle principali risorse naturali presenti sul nostro pianeta e ha fatto crescere l'attenzione posta sulla loro limitatezza. Basti pensare alla progressiva distruzione di buona parte degli *habitat* naturali, come, ad esempio, le foreste. Negli ultimi 15 anni, la percentuale di terre emerse coperte da foreste si è mantenuta costante a livello mondiale (intorno al 30%²¹). Tuttavia, si riscontrano notevoli differenze tra diversi Paesi ed aree geografiche sia per quanto riguarda la percentuale di territorio nazionale coperto da foreste che per l'evoluzione nel tempo della loro estensione.

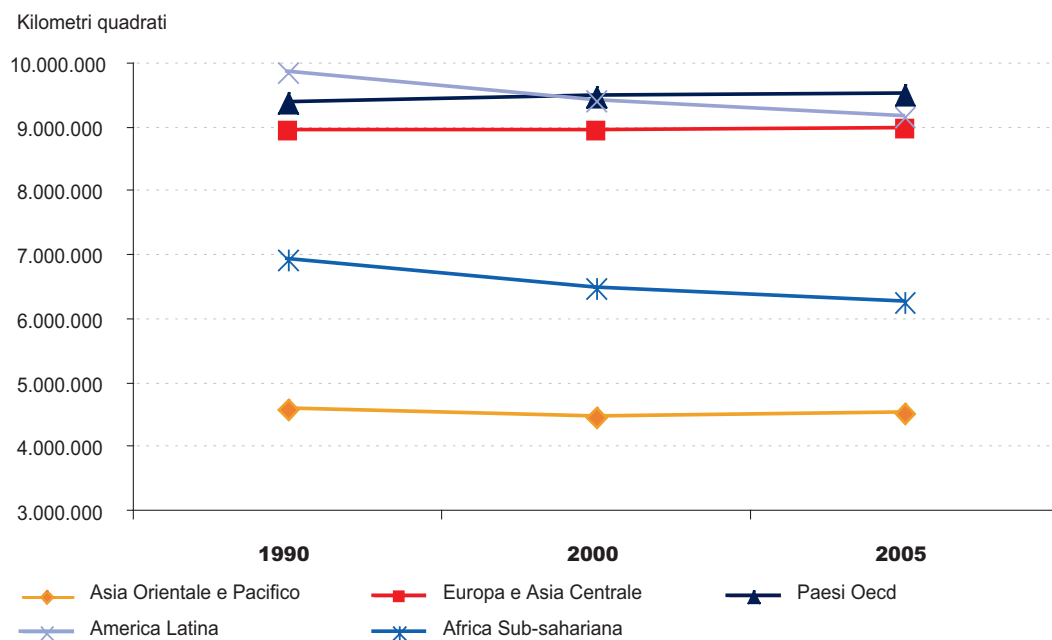


Figura 27. Superficie ricoperta da foreste, per aree geografiche (in chilometri quadrati) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati World Bank, World Development Indicators 2005

Mentre i Paesi che si collocano nella fascia equatoriale (ad esempio i Paesi dell’America Latina e dell’Africa Sub-Sahariana) mostrano un *trend* di progressiva riduzione delle risorse forestali, buona parte dei Paesi avanzati – come i Paesi europei e quelli appartenenti all’OCSE – è riuscita a favorire un incremento della quota di terre coperte da foreste grazie alle politiche attive di riforestazione poste in essere dai rispettivi governi.

In aggiunta allo sfruttamento delle risorse naturali, il sostenuto sviluppo economico ha contribuito ad una sempre maggiore **produzione di materiali di scarto** derivante dalle attività umane, comprese sostanze tossiche per le quali deve essere disposto un adeguato processo di smaltimento. Le emissioni tossiche, in particolare, contribuiscono al deterioramento della qualità dell’aria e delle acque e, di conseguenza, risultano in un fattore significativo per la determinazione del livello generale di salute della popolazione.

Il diossido di carbonio (CO₂) è il più importante tra i gas responsabili dell’effetto serra. Le emissioni globali di CO₂ sono cresciute del 77% dal 1971 al 2003; secondo le previsioni OCSE²², il *trend* di crescita continuerà anche nei prossimi decenni con un incremento stimato di circa il 50% nel periodo 2003-2030.

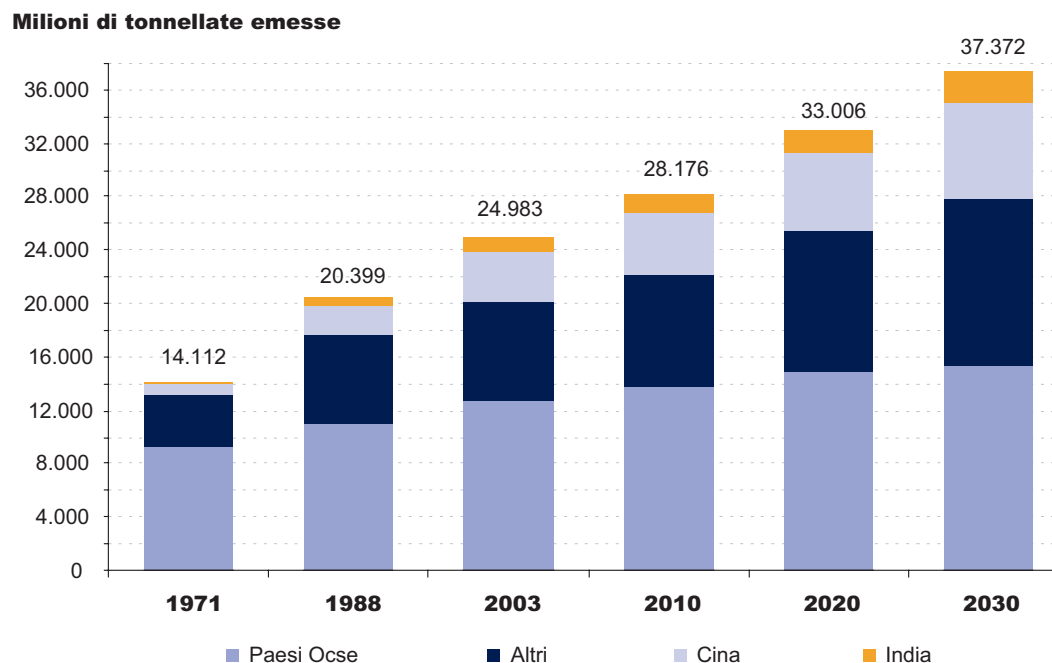


Figura 28. Emissioni di diossido di carbonio (CO₂), in milioni di tonnellate – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - *The European House* su dati *OECD Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics*

La crescita globale è dovuta in buona parte al consistente aumento di emissioni di gas da parte dei Paesi in via di sviluppo. Se, infatti, nel 1971 i Paesi OCSE erano responsabili del 66% delle emissioni globali, nel 2003 la quota ad essi attribuibile si è ridotta a poco più della metà (51% circa) ed è previsto che entro il 2030 si riduca di un ulteriore 10% (vedi figura 29). Dall'altro lato, le emissioni della Cina hanno subito una crescita esponenziale passando dagli 800 milioni di tonnellate del 1971 agli oltre 3,7 miliardi, con la previsione di un raddoppio per il 2030.

Le leve in grado di attenuare l'impatto dello sviluppo economico sull'ambiente non rientrano completamente ed esclusivamente nell'ambito di intervento dei Sistemi Sanitari Nazionali. Buona parte del deterioramento causato dalle emissioni tossiche può ad esempio essere controllato e significativamente ridotto dall'utilizzo di avanzate tecnologie e tecniche di smaltimento, oppure dalla scelta di fonti energetiche meno inquinanti.

La relazione tra sviluppo economico e ambiente non è necessariamente di *trade-off*; al contrario, viene spesso rappresentata come una classica relazione a "U rovesciata"²³. In altre parole, al crescere della ricchezza/benessere di un Paese l'inquinamento dapprima aumenta, ma successivamente inizia a decrescere – ad esempio, per il passaggio a forme di produzione più immateriali, per il progresso tecnologico, per la crescente sensibilità dell'opinione pubblica verso la qualità e la protezione ambientale.

23 - Vedi, ad esempio, la letteratura sulle "curve di Kuznets ambientali".

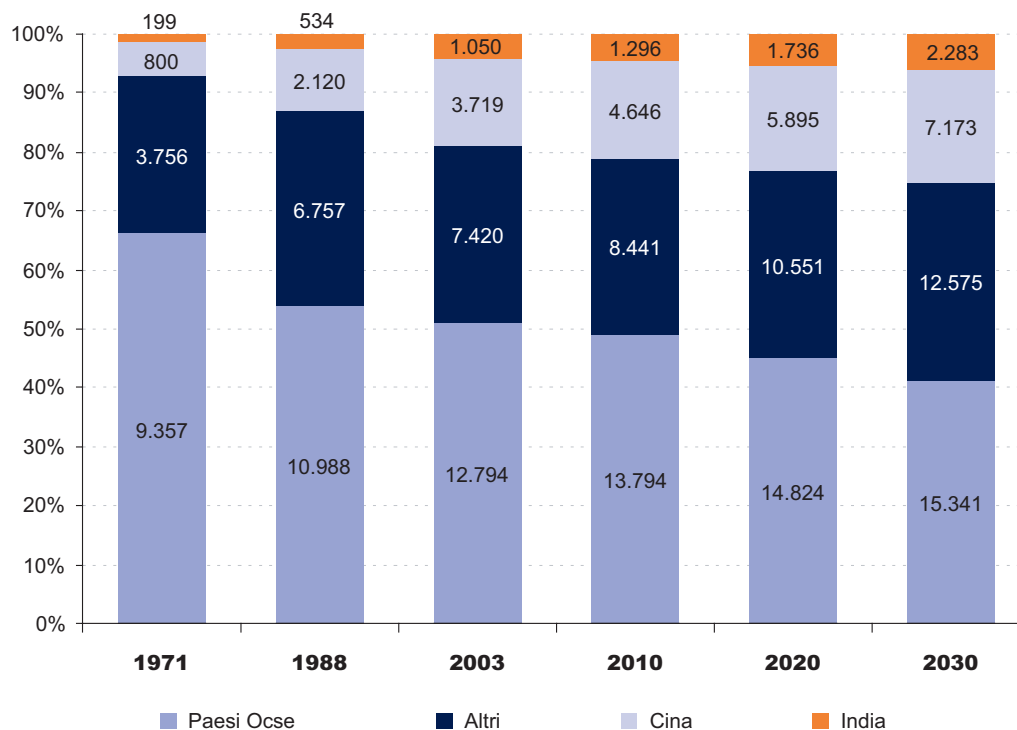


Figura 29. Quota di emissioni globali di diossido di carbonio (CO₂), in percentuale e in valore assoluto (milioni di tonnellate) -
Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OCSE Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics

In conclusione, se è vero che lo sviluppo economico ha avuto un impatto negativo su molti fattori ambientali – aumento delle emissioni tossiche e riduzione delle risorse naturali, quelle forestali *in primis* – si deve anche sottolineare che un maggiore benessere economico potrebbe essere promotore indiretto di una maggiore sensibilità verso queste tematiche. Di conseguenza, nel prossimo futuro una maggiore sensibilizzazione verso le tematiche ambientali potrebbe promuovere azioni volte ad attenuare l'impatto ambientale dello sviluppo economico, sia attraverso la promozione di nuove soluzioni tecniche e tecnologiche sia attraverso mirati interventi regolamentari e accordi internazionali.

1.3 FATTORI TECNOLOGICI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Perché i cambiamenti tecnologici in corso stanno imponendo la necessità di ripensare i Sistemi Sanitari dei Paesi occidentali?
- Quali impatti potranno generare sui Sistemi Sanitari i futuri sviluppi della medicina (medicina biomolecolare, genomica, ecc.)?

1.3.1 L'innovazione tecnologica in medicina nella seconda metà del '900: principali innovazioni e implicazioni

Parte dell'incremento delle aspettative di vita può essere senza dubbio attribuito alle scoperte che nel corso del '900 sono state effettuate in ambito farmaceutico. La più importante è legata allo sviluppo di farmaci in grado di impedire di contrarre malattie infettive su base virale e di combattere le infezioni batteriche: vaccini e antibiotici.

Le vaccinazioni di massa, di fatto, hanno assicurato una crescente garanzia di non ammalarsi.

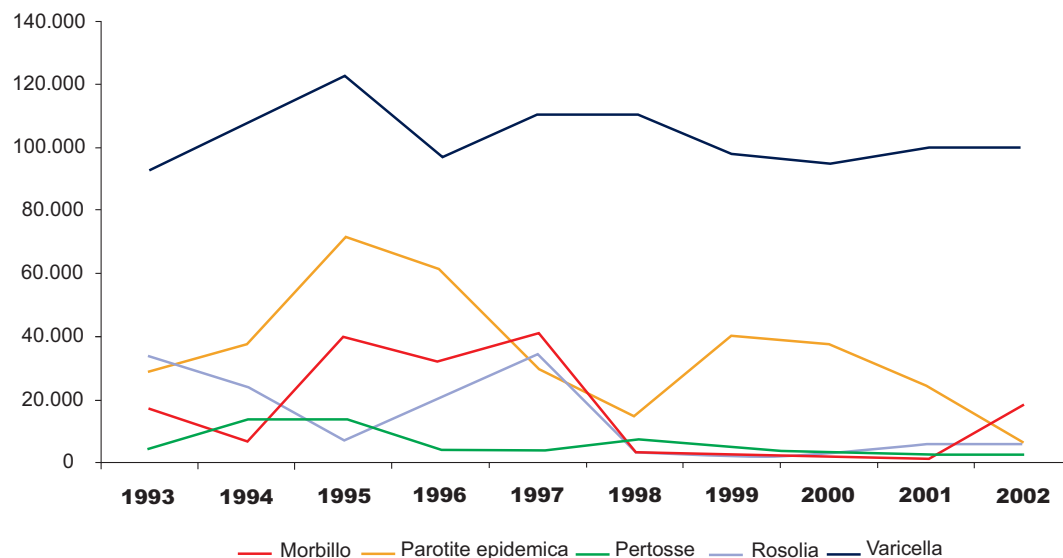


Figura 30. Malattie soggette a vaccinazioni (numeri di casi) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Significativi successi sono stati ottenuti anche verso altri tipi di malattie diverse da quelle su base infettiva. A titolo

esemplificativo si registra che nell'arco di circa 30 anni, fra il 1965 e 1996, la scoperta di farmaci che abbassano la pressione arteriosa (per esempio beta-bloccanti e ACE-inibitori) ha contribuito alla riduzione della mortalità per le patologie cardiovascolari del 74%. Nello stesso periodo, la mortalità per ulcera gastrica e duodenale si è ridotta al 72%, successo cui hanno contribuito farmaci antiulcera più efficaci (come gli H2-antagonisti e gli inibitori della pompa protonica), che hanno capacità protettive nei confronti dei tessuti gastrici²⁴.

I progressi della medicina e le diverse attitudini nei confronti dell'accesso alla cura hanno di fatto equiparato i 50enni del dopo-guerra e i 70enni di oggi in termini di stato complessivo di salute. Affinché questo *trend* possa manifestarsi anche in futuro, sono di estrema importanza e centralità lo sviluppo di programmi di educazione sanitaria e la promozione di stili di vita salutari, come ad esempio la lotta all'obesità.

1.3.2 Le nuove frontiere della scienza e della medicina

Nel prossimo futuro, la medicina sarà soggetta ad una serie di rivoluzioni che ritrovano le proprie radici nella ricerca scientifico-tecnologica degli ultimi anni:

- la rivoluzione biomolecolare;
- la rivoluzione della diagnostica per immagini;
- la rivoluzione trapiantologia;
- la rivoluzione della rigenerazione dei tessuti (*stem-cells*);
- la rivoluzione etico-umanistica.

Di queste, le prime due in particolare già ad oggi si prevede avranno un impatto determinante sul Servizio Sanitario Nazionale e, specialmente, sull'organizzazione dell'area diagnostica e terapeutica.

La **rivoluzione biomolecolare** si fonda sull'analisi genetica, sulla possibilità di individuare la probabilità di sviluppo di patologie specifiche (*risk assessment*), sullo sviluppo di "farmaci intelligenti" in grado di curare, se non addirittura di prevenire, malattie specifiche, e sulla genetica preimpianto. Lo scopo è quello di attuare un approccio che potremmo definire di medicina predittiva.

Di particolare interesse sono i riflessi applicativi della genetica molecolare. Lo sviluppo dell'epidemiologia genetica e la possibilità di identificare gruppi di popolazione a rischio daranno un significativo impulso alle pratiche della prevenzione e dell'anticipazione diagnostica.

Anche la genomica, cioè lo studio dei rapporti tra i geni ed il contesto ambientale, rivestirà un ruolo sempre più centrale nell'individuare perché alcune popolazioni si ammalano diversamente da altre. Studi di questo tipo, ad esempio, aiuterebbero a capire perché la Sicilia sia la Regione che in Italia è al primo posto per i tassi standardizzati di mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo ed al secondo posto per le malattie del sistema circolatorio.

I riflessi applicativi della rivoluzione biomolecolare hanno un impatto significativo sul modello di esercizio della medicina. Nell'approccio attuale, definibile con l'espressione "*Late Disease*", l'accertamento avviene in seguito al manifestarsi della malattia e la diagnosi viene effettuata con riferimento ai sintomi rilevati; il trattamento prevede la somministrazione della dose media per il paziente medio del farmaco individuato per il tipo di patologia diagnosticata. I tassi di successo nella cura del paziente con questa modalità sono spesso bassi, mentre i costi diretti ed indiretti

24 - "L'innovazione tecnologica come motore di crescita e sviluppo", ricerca realizzata da Ambrosetti - The European House per conto di Finmeccanica e StMicroelectronics, 2004.

risultano in genere piuttosto elevati. La rivoluzione biomolecolare potrebbe spingere verso l'approccio "Early Health", che si fonda invece sulla prassi della **prevenzione** e della **previsione**. Il cittadino viene sottoposto ad una diagnosi preventiva del rischio legato alle diverse patologie, sulla base di analisi effettuate a livello cellulare e grazie alle più innovative tecniche di *screening*. La conoscenza della predisposizione genetica e la valutazione precoce dell'appartenenza ad un segmento di rischio legato a determinate patologie consente lo sviluppo di trattamenti terapeutici e farmaceutici "semi-personalizzati".

L'approccio "Early Health" consentirebbe quindi:

- un miglioramento nei risultati, in termini di salute del paziente e di sicurezza dei trattamenti;
- una riduzione dei costi diretti del Servizio Sanitario;
- una riduzione dei costi indiretti, tramite un aumento della qualità della vita del paziente nel periodo successivo alla malattia e la possibilità di un più certo e tempestivo reintegro nel contesto socio-economico.

Ad esempio, una simulazione dell'applicazione di tale approccio al contesto delle malattie cardiovascolari, presentata nel corso di una delle riunioni dell'*Advisory Board* del progetto "Meridiano Sanità" da Giuseppe Recchi (Presidente di General Electric Italia), evidenzia come le spese sanitarie complessive per la cura di tali patologie passerebbero dagli 11,7 miliardi di dollari attuali²⁵ ai 9,6 miliardi di dollari prevedibili nel caso di approccio "Early Health"; al tempo stesso, il secondo approccio porterebbe ad un aumento del tasso di sopravvivenza dal 43% attuale all'85%.

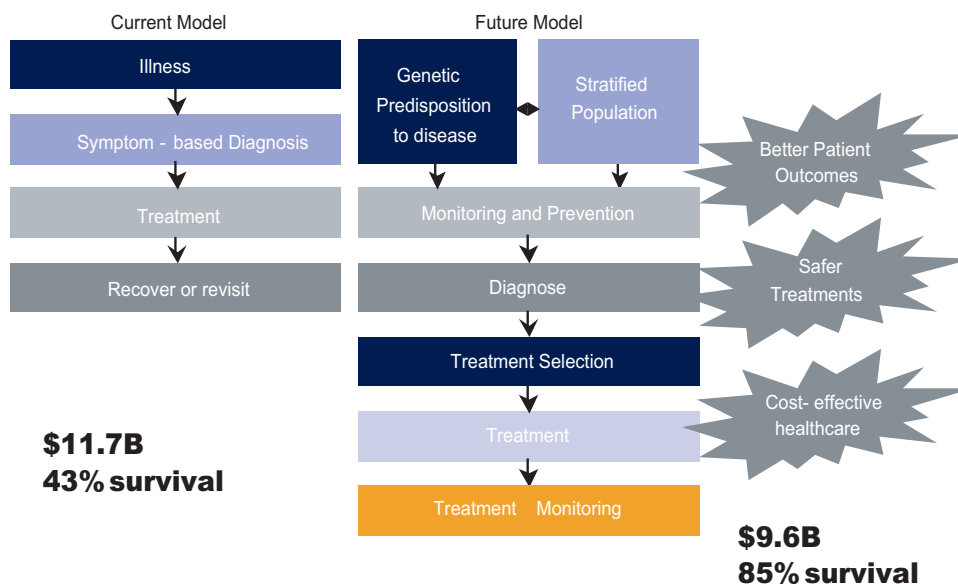


Figura 31. L'evoluzione della pratica medica: l'approccio "Early Health" – Fonte: Relazione di Giuseppe Recchi, Presidente di GE Italia; Advisory Board del progetto "Meridiano Sanità" del 19 gennaio 2006

La seconda rivoluzione che comporterà un impatto significativo sui Sistemi Sanitari del futuro riguarda lo **sviluppo della diagnostica per immagini**. La diffusione di tale tecnica porterà ad un'ulteriore intensificazione dei controlli preventivi della popolazione e potrebbe anche avere un enorme impatto sui modelli di localizzazione dei centri

diagnostici sul territorio. Le attività di diagnosi, rese possibili dalle tecnologie più moderne, verranno sempre più svolte da centri diagnostici specializzati distribuiti capillarmente sul territorio e consentiranno un aumento delle capacità diagnostiche dei medici di medicina generale, promuovendone l'aggregazione in studi associati.

In sintesi, l'impatto delle principali rivoluzioni scientifiche sui Sistemi Sanitari si sostanzierà nel passaggio ad un approccio alla medicina di tipo "preventivo" piuttosto che "curativo" e nella conseguente separazione, per alcune patologie come ad esempio quelle oncologiche, tra medicina diagnostica e medicina terapeutica. La prima si svolgerà prevalentemente in centri capillarmente diffusi sul territorio; mentre la seconda porterà alla creazione di centri ospedalieri tecnologicamente avanzati. In questo contesto, il nuovo ospedale dovrà necessariamente essere diverso dal modello oggi prevalente e favorire ricoveri brevi, attraverso il ricorso alle terapie in *day-hospital* ed alla chirurgia in *day-surgery*. Le degenze ospedaliere progressivamente più brevi porteranno ad una drastica riduzione dei posti letto per acuti; dall'altro lato, però, necessiteranno dell'affiancamento di strutture residenziali destinate ad accogliere il paziente immediatamente dopo la fase acuta.

Gli impatti organizzativi di un simile modello potrebbero essere di due tipi:

- la creazione di ospedali "di alta tecnologia", che richiedono investimenti molto elevati, in particolare per le attrezzature diagnostiche, e che è ragionevole pensare si organizzino in raggruppamenti di strutture adiacenti²⁶;
- per le patologie più frequenti non di "alta specialità", che tuttavia richiedono in molte circostanze un ricovero ospedaliero, oltre agli ospedali altamente specializzati occorrerà prevedere una migliore organizzazione clinica e tecnologica dell'attuale sistema di assistenza ospedaliera ed extraospedaliera.

26 - Un esempio è rappresentato dal Progetto CERBA (Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata), che prevede lo sviluppo di un complesso sanitario integrato suddiviso in sette aree specifiche per patologia: Oncologia; Neuroscienze; Neonatologia; Cardiologia; Laboratori di ricerca sperimentale; Edifici universitari; *Low care*, alberghi e residenze, centro congressi.

1.4 FATTORI CULTURALI E COMPORTAMENTALI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come è cambiata la concezione dei cittadini del concetto di salute rispetto all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978?
- Qual è il limite della responsabilità delle istituzioni nazionali e quindi qual è la definizione del "Servizio Sanitario" di un Paese?

1.4.1 L'evoluzione dal concetto di "salute" a quello di "benessere"

Il **concetto di salute** si è profondamente modificato negli ultimi 60 anni. Se prima della II Guerra Mondiale i cittadini "speravano" di poter essere curati, oggi – almeno nei Paesi occidentali – si "aspettano" di essere curati e guariti nella fase acuta della malattia. Ancora più significativa è la crescente richiesta dei cittadini che i Sistemi Sanitari non si preoccupino solo di curare la malattia ma garantiscano loro uno stato di benessere più elevato e prolungato nel tempo.

A partire dalla metà del secolo scorso, il diffuso interesse dei cittadini ha stimolato la formalizzazione del concetto di salute da parte di istituzioni nazionali ed internazionali. Nel luglio 1946, il Preambolo dell'Atto Costitutivo della *World Health Organization* attestava che:

*"La Salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste solo nell'assenza di malattia e di infermità."*²⁷

Il concetto di salute non si riferisce più solo ad un ambito esclusivamente individuale in quanto diritto fondamentale della persona, ma viene considerato come un bene collettivo. La duplice essenza del concetto di salute è bene delineata dalla Costituzione Italiana, all'articolo 32:

"La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

La definizione data al concetto di salute è un punto di partenza essenziale per la determinazione degli obiettivi che un Sistema Sanitario si deve prefiggere e, di conseguenza, per l'individuazione del suo raggio di azione.

Secondo la *World Health Organization*, l'efficacia di un Sistema Sanitario deve poggiare sul perseguimento di tre obiettivi fondamentali:

- migliorare la salute (*health*) della popolazione ed eliminare le disuguaglianze esistenti;
- assicurare giustizia ed equità (*fairness contribution*) nei contributi individuali alla sanità (tassazione e spesa privata);

- garantire la capacità di risposta (*responsiveness*) del Sistema alle legittime aspettative della popolazione in merito alla salute.

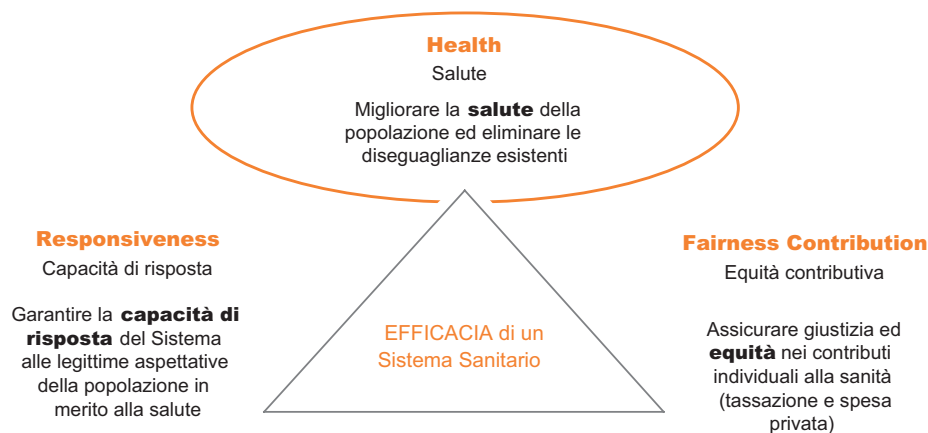


Figura 32. Obiettivi di un Sistema Sanitario per la WHO – Fonte: World Health Organization, HSPA

Per rendere effettivo il perseguimento di tali obiettivi, è necessario definire il “perimetro” del Sistema Sanitario Nazionale. In altre parole, occorre individuare fin dove arrivano le responsabilità degli Stati nei confronti dei cittadini in materia sanitaria e quali sono i compiti che rientrano direttamente ed esclusivamente sotto la competenza del Sistema Sanitario. Come abbiamo già accennato, negli ultimi decenni il concetto di salute si è spostato sempre più da “cura della malattia” a “garanzia di *well-being*”. La richiesta di benessere è sempre più influenzata da fattori che molto spesso esulano l’ambito di azione dei Sistemi Sanitari e, infine, si sovrappone ad aspetti “voluttuari” (come la pratica di sport) che, in senso lato, migliorano la percezione da parte degli individui del proprio stato di benessere. Al tempo stesso, come efficientemente espresso in numerosi studi²⁸, le aspettative dei cittadini verso tutto ciò che ritengono possa migliorare le proprie condizioni di salute sono in genere molto più ampie del bisogno effettivo.



Figura 33. Il concetto di salute ed il perimetro del Sistema Sanitario – Fonte: World Health Organization, HSPA – Rielaborazione Ambrosetti - The European House

28 - Cfr. Guzzanti, Elio et al. (1999), *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore.

La domanda di salute dunque va ben oltre i servizi sanitari alla persona, garantiti dall'assistenza primaria e secondaria. Oggi, il concetto di salute comprende sicuramente servizi non personali come la prevenzione, la regolamentazione del settore alimentare, la dissuasione verso comportamenti non salutari - quali il consumo di alcool e di tabacco - e, in generale, l'informazione e l'educazione dei cittadini; ma il raggio d'azione dei Sistemi Sanitari si estende fino ad iniziative intersettoriali da attuare in collaborazione con altri organi dello Stato, come le politiche tese a ridurre il numero di incidenti stradali, le azioni di controllo igienico (ad esempio attraverso la depurazione delle acque reflue), la legislazione a tutela dell'ambiente. Il raggio d'azione del singolo Sistema Sanitario esclude certamente fattori non controllabili come il clima, ma anche i comportamenti "voluttuari" dei singoli individui, come la dieta o la pratica di uno sport.

1.4.2 I comportamenti voluttuari e gli stili di vita

Sebbene non rientrino compiutamente nel perimetro di attività di un Sistema Sanitario, i comportamenti voluttuari e gli stili di vita della popolazione determinano un miglioramento nella condizione e nella percezione di benessere psico-fisico dell'individuo.

Ad esempio, sono numerose le evidenze scientifiche che dimostrano gli effetti benefici sulla salute di un'attività fisica anche moderata ma costante (in particolar modo nei confronti di patologie cardio e cerebro-vascolari e di malattie metaboliche come il diabete). Il semplice camminare ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno per più giorni la settimana è associato ad una significativa riduzione dell'incidenza della mortalità per malattie cardiovascolari.

In Italia solo il 20% della popolazione con più di 3 anni di età pratica sport in modo continuativo, mentre il 41% degli italiani intervistati dichiara di non praticare alcuna attività fisica (figura 34). Tra i due estremi si posiziona la fetta di popolazione che non pratica sport, ma che comunque dichiara di impegnarsi in qualche attività fisica; dall'osservazione della tendenza del periodo 1997-2002, si osserva tuttavia come questa fascia sia l'unica in costante diminuzione. Con riferimento alla pratica di un'attività fisica, perciò, gli italiani sembrano tendere ad una polarizzazione tra chi pratica sport, in modo continuativo o saltuario (nel complesso passati da poco meno del 27% a quasi il 30% della popolazione), e chi invece non si impegna in alcuna attività fisica.

In conclusione, negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della proporzione di Italiani che conducono una "vita sedentaria", nonostante le evidenze degli effetti benefici dell'attività fisica sia sullo stato di salute che sulla percezione di benessere psico-fisico.

La problematica dell'attività fisica è profondamente connessa a quella di una corretta alimentazione per la promozione della salute. Ad esempio, è ormai condivisa l'opinione dell'importanza del consumo di frutta e verdura in quanto ricche di vitamine e sali minerali, indispensabili al nostro organismo. In tutta la frutta e la verdura di stagione sono contenuti fattori protettivi contro diverse patologie disabilitanti come i tumori o diverse patologie del sistema cardiovascolare. Basti pensare alle fibre contenute in tutti i vegetali che favoriscono la funzione intestinale e svolgono una funzione protettiva nei confronti dei tumori del colon-retto; oppure alla vitamina C, che impedisce l'attivazione di molte sostanze cancerogene ed è presente in natura negli agrumi e anche in tutta la frutta e la verdura cruda.

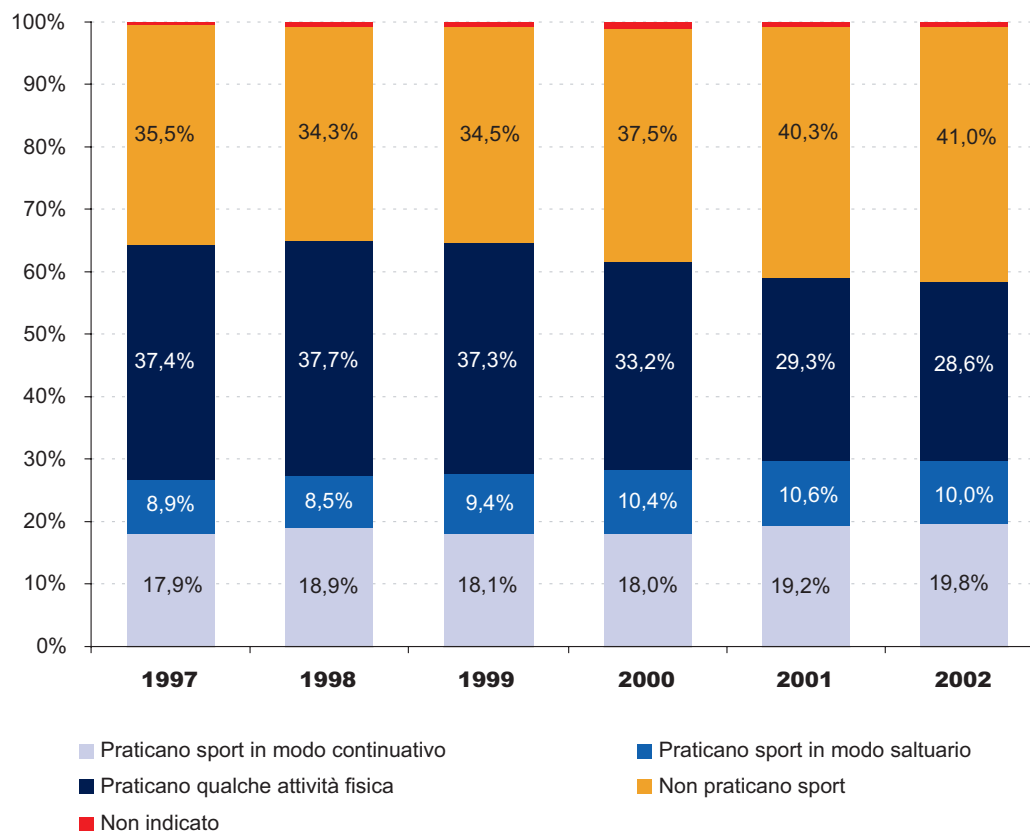


Figura 34. Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti, in percentuale – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Il fumo di tabacco è un altro importante fattore di rischio per lo sviluppo di patologie croniche ed invalidanti, prime fra tutte le neoplasie, malattie non neoplastiche del sistema respiratorio e molte patologie del sistema vascolare. L'impatto del fumo sullo stato di salute della popolazione è ancora più significativo se si tengono in considerazione gli effetti del fumo passivo anche su soggetti non fumatori. Il fumo passivo, infatti, è considerato il più importante inquinante in ambiente domestico; basti pensare che la quantità di particelle tossiche presenti in un'area riservata a fumatori può arrivare fino a 25 volte le quantità registrate in aree per non fumatori. In mezzo secolo, in Italia la prevalenza totale di fumatori sulle popolazioni di 15 anni e più è considerevolmente diminuita. Il confronto tra i risultati dei sondaggi svolti da DOXA dal dopoguerra ad oggi mostra una riduzione dal 35,4% del 1957 al 26,2% del 2004. Il trend è però la risultante di due fenomeni opposti che vedono, da un lato, la netta riduzione del numero di maschi fumatori e, dall'altro, un incremento della prevalenza di fumatori tra la popolazione femminile.

**Percentuale di
Popolazione over 15**

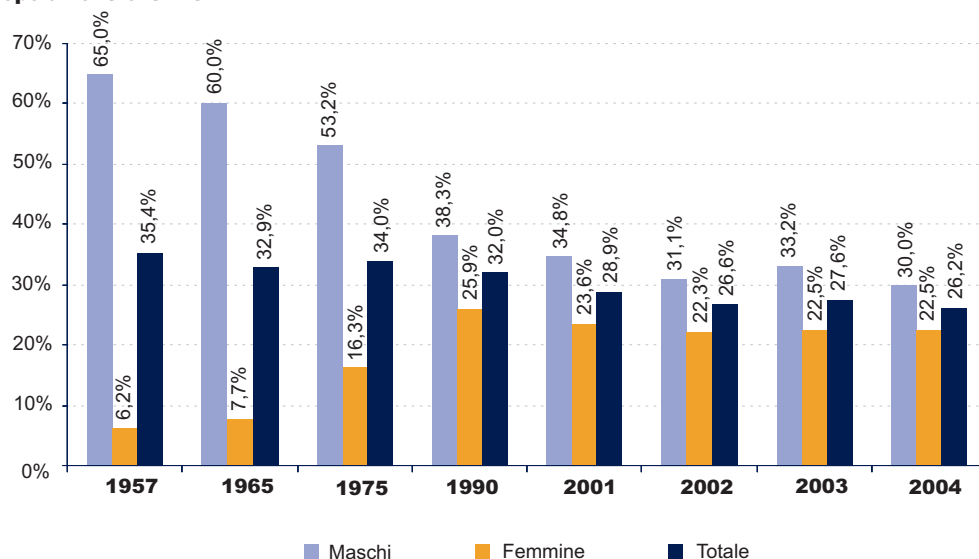


Figura 35. Prevalenza del fumo di sigarette fra il 1957 e 2004 – Fonte: DOXA, Indagine condotta su un campione rappresentativ della popolazione italiana

**Percentuale della
popolazione over 15 anni**

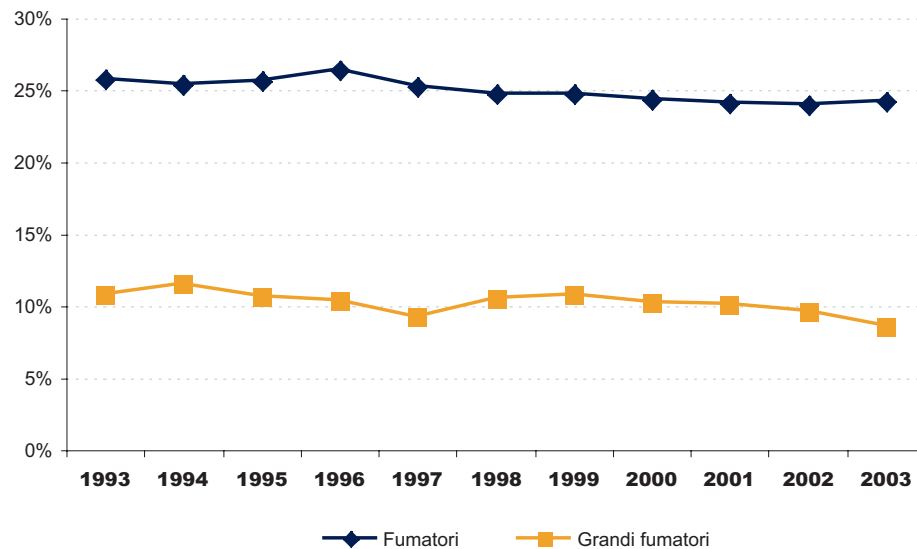


Figura 36. Prevalenza di Fumatori e Grandi Fumatori nella popolazione con 15 anni e più – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati SISTAN, Dicembre 2005

La tendenza degli ultimi anni è stata di una sostanziale stabilizzazione nella prevalenza di fumatori. I dati forniti dal Sistema Statistico Nazionale (SISTAN) evidenziano come nel periodo 1993-2003 si è registrata una leggera diminuzione nella prevalenza tra la popolazione di 15 anni e più sia di fumatori (da 25,75% a 24,22%) che di grandi fumatori, ovvero di persone che fumano più di 25 sigarette al giorno (da 10,83% a 8,65%). Il trend si è accompagnato anche a una riduzione nel numero medio di sigarette fumate giornalmente.

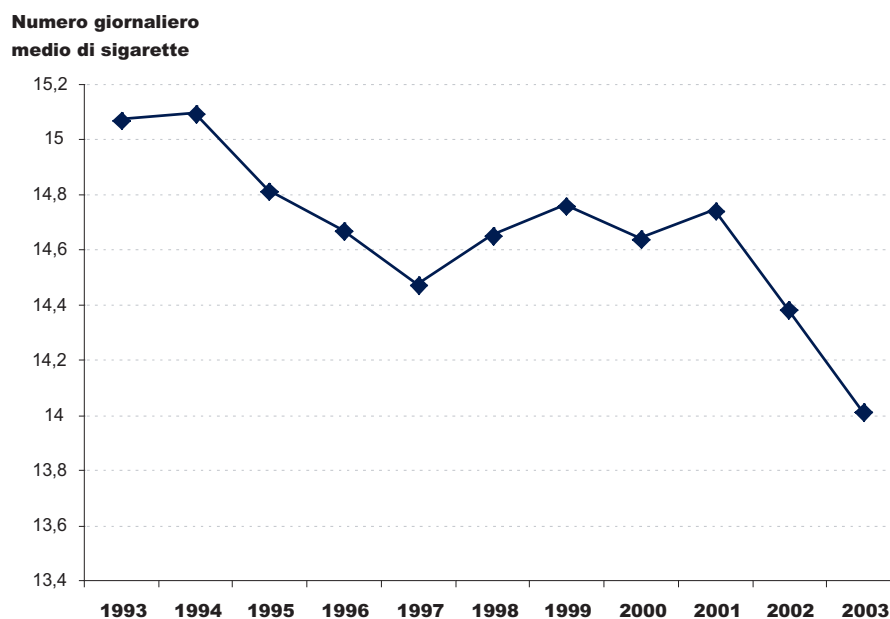


Figura 37. Consumo giornaliero medio di sigarette – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati SISTAN

1.4.3 Il ruolo dell'informazione e la cultura della salute

La declinazione della salute come diritto fondamentale e l'instaurarsi ed il progressivo svilupparsi del circolo virtuoso tra sviluppo economico e maggiore aspettativa di vita hanno indotto nei cittadini una maggiore consapevolezza circa il significato ed il diritto alla salute. I cittadini sono diventati sempre più attenti e sensibili ai temi della salute e del benessere e hanno sviluppato un atteggiamento proattivo nei confronti non solo del processo di promozione e cura della salute, ma anche della definizione del concetto di salute stesso.

La **maggiore consapevolezza** e **volontà partecipativa** si sono tradotte in un incremento della domanda di informazione in tema di salute, visto come un aspetto essenziale della possibilità stessa del cittadino di aumentare le proprie capacità di autodeterminazione. La possibilità di un'effettiva partecipazione dipende principalmente dalla capacità dei cittadini di comprendere, decidere ed esercitare un ruolo attivo nell'ambito della medicina-salute. In ultima analisi, un cittadino sufficientemente informato e competente in materia potrebbe essere promotore di una maggiore razionalizzazione ed una migliore formalizzazione dei propri bisogni e delle proprie aspettative.

Negli anni, il tema dell'informazione sulla salute si è dimostrato estremamente sensibile. Le notizie riguardanti la salute

e la medicina non sempre sono valutate in modo razionale, come sarebbe auspicabile in riferimento ad un campo così complesso e delicato. Le persone che manifestano una maggiore propensione ad assimilare una notizia in tema di salute spesso sono caratterizzate da un basso livello di capacità critica. Queste persone sono maggiormente suscettibili di interpretazioni di tipo emozionale, che possono indurre una distorsione del significato, della portata e dei limiti di quanto viene comunicato.

La sempre maggiore fruibilità e pervasività dei mezzi di comunicazione e la conseguente rapidità di diffusione dell'informazione nel mondo globalizzato di oggi amplificano il valore strategico di una corretta informazione. Una notizia falsa e tendenziosa può diffondersi in pochi giorni in tutto il mondo, con la possibilità che questo provochi contraccolpi emotivi su scala mondiale e reazioni a catena.

Di pari passo allo sviluppo della domanda di informazione sulla salute si è assistito ad un aumento nella complessità della relativa offerta. Ad un primo livello di analisi, come evidenzia un'indagine promossa dal "Forum per la ricerca Biomedica"²⁹, si può distinguere tra:

- **comunicazione con fini sociali**, che intendono soprattutto divulgare informazioni che rispondano in modo etico a bisogni collettivi e di utilità sociale in funzione del raggiungimento del benessere comune;
- **comunicazione di mercato**, il cui intento principale è di far conoscere prodotti e servizi ed in cui l'efficacia della comunicazione viene valutata in funzione delle scelte in seguito effettuate dai cittadini.

Il primo tipo di comunicazione si dovrebbe concretizzare nella trattazione di tematiche normativo-prescrittive, nella divulgazione scientifica, ma anche nella comunicazione istituzionale delle campagne di pubblicità sociale e finalizzate alla promozione della salute. Sempre più spesso, tuttavia, si assiste ad una comunicazione, che non è necessariamente definibile "di mercato", imperniata sulla banalizzazione di tematiche complesse, sulla diffusione di stereotipi e sulla spettacolarizzazione della medicina.

Ancora più gravi sono i casi in cui una cattiva informazione è indotta intenzionalmente da strumentalizzazioni di temi complessi e di grande impatto emotivo. Queste situazioni sono aggravate se si considera il contesto appena delineato, ovvero la maggior sensibilizzazione dei cittadini in tema di salute e il basso livello di criticità delle persone a maggior propensione di assimilazione. La conseguenza è un sempre più diffuso comportamento di non accettazione della malattia e di un facile ricorso a soluzioni miracolistiche. Ancora più preoccupante, sulla scia di questo atteggiamento dell'opinione pubblica, anche coloro che hanno una responsabilità politica e/o gestionale sono a volte indotti a cedere a soluzioni non sostenute da evidenze scientifiche.

La richiesta di una maggiore informazione deve essere inquadrata in un più ampio *trend* di cambiamenti culturali che investono il rapporto dei cittadini con la salute. Il tratto più netto e diffuso di tale evoluzione è rappresentato dalla **crescente autodeterminazione dei pazienti**, che si esplicita non solo nella richiesta e ricerca di maggiori informazioni per la salute, ma si concretizza anche nei consumi di servizi sanitari e nella relazione medico-paziente.

Negli anni si è affermato un modello di **rapporto medico-paziente** sempre più **fondato sulla collaborazione reciproca in vista della salute**. Tale relazione implica un buon livello di comunicazione in entrambe le direzioni (medico-paziente e paziente-medico) e si fonda su un rapporto di fiducia e di reciproco rispetto. Viene invece costantemente meno la concezione di una relazione asimmetrica e caratterizzata dalla subordinazione del paziente al sapere ed all'autorevolezza del medico. Il paziente diventa sempre più proattivo nel suo rapporto con il medico, promuovendo

29 - Forum per la Ricerca Biomedica, *Comunicare la Salute: i media e le patologie ad alto impatto sociale*, Roma, 25 maggio 2004.

domande e discussioni che lo rendano consapevole e partecipe della propria situazione e gli consentano di arrivare ad una "scelta condivisa" sulle strategie terapeutiche da perseguire.

L'evoluzione culturale in atto ha portato all'emergere della figura di un "**challenging patient**" sempre meno condiscendente nei confronti del proprio medico e sempre più disposto a consultare più medici per la stessa malattia; ad abbandonare il medico che non riscuote più la sua fiducia; a ricercare in maniera diretta le informazioni; fino ad arrivare al caso limite dell'autoprescrizione della terapia.

Questo atteggiamento estremo messo in atto dal "**challenging patient**" ha promosso lo sviluppo di **forme di "autodeterminazione terapeutica"**. Il paziente, configurandosi come consumatore-utente, è sempre più esigente ed attento alla dimensione della qualità della salute, e si muove sul mercato seguendo percorsi di cura non predeterminati. Nel concreto, questo atteggiamento si traduce non solo nella scelta di rivolgersi indifferentemente, e spesso congiuntamente, al comparto pubblico e a quello privato, ma anche in una più marcata apertura alla sperimentazione di nuovi strumenti terapeutici e in un crescente interesse verso forme di "**medicines non convenzionali**". Basti pensare al successo che forme di cure come l'omeopatia, l'agopuntura, le medicine orientali hanno riscosso negli ultimi anni.

Allo stesso tempo, la maggiore attenzione per la qualità della vita si esplicita nel passaggio da un approccio di cura della malattia successiva al suo manifestarsi ad un atteggiamento di promozione della salute attraverso **comportamenti di prevenzione** attuati *a priori*. Questo approccio si concretizza sia attraverso una maggiore attenzione verso stili di vita considerati salutari (si pensi al crescente numero di persone che si impegnano in diete alimentari, attività sportive, utilizzo di integratori, tecniche di rilassamento) sia attraverso controlli medici periodici (come gli esami di laboratorio, i *check-up* totali, le visite mediche).

Analogamente all'informazione, anche la **prevenzione** riveste dunque un ruolo chiave nel processo volto a garantire la centralità del cittadino, in una logica trasversale rispetto a tutte le patologie. Nonostante l'importanza del tema, il nostro Paese registra tuttavia livelli di investimenti in prevenzione ancora piuttosto contenuti. Un confronto internazionale, ad esempio, pone **l'Italia agli ultimi posti negli investimenti in prevenzione sanitaria**: 0,6% rispetto alla media OCSE che è pari al 2,9%.

Secondo altri studi la percentuale della spesa sanitaria destinata alla prevenzione, intesa in un'accezione più ampia³⁰, risulta più elevata: 3,9% del 2002, pari a circa 3 mld €. Ad ogni modo, nonostante il dato più confortante, è necessario un impegno maggiore del nostro Paese in tal senso, come contributo concreto per far fronte alla crescente domanda di salute dei cittadini.

I cambiamenti nell'approccio alla salute e la domanda di informazione sono temi di estrema delicatezza per l'elevato valore strategico che la "cultura sanitaria" dei cittadini riveste nel processo di definizione del concetto di salute e della conseguente formazione di aspettative nei confronti di un Sistema Sanitario.

I cambiamenti culturali oggi in atto avranno un impatto importante soprattutto sull'estensione che il concetto di salute assume per i cittadini. La crescente domanda di maggiore consapevolezza e autodeterminazione e la ricerca di comportamenti di prevenzione testimoniano come nel futuro la salute sarà sempre meno identificata con l'assenza della malattia. Un tale cambiamento avrà un impatto significativo anche sulla sanità. In proporzione, si assisterà ad una diminuzione della richiesta di servizi sanitari connessi alla terapia ed alla cura della malattia ed **un incremento della domanda di benessere psico-fisico e di una maggiore longevità vissuta in buona salute.**

30 - L'accezione di prevenzione qui utilizzata corrisponde al primo LEA, definito "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", che comprende: attività di igiene e sanità pubblica; igiene degli alimenti e della nutrizione; prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria; attività di prevenzione rivolte alla persona; servizio medico legale.

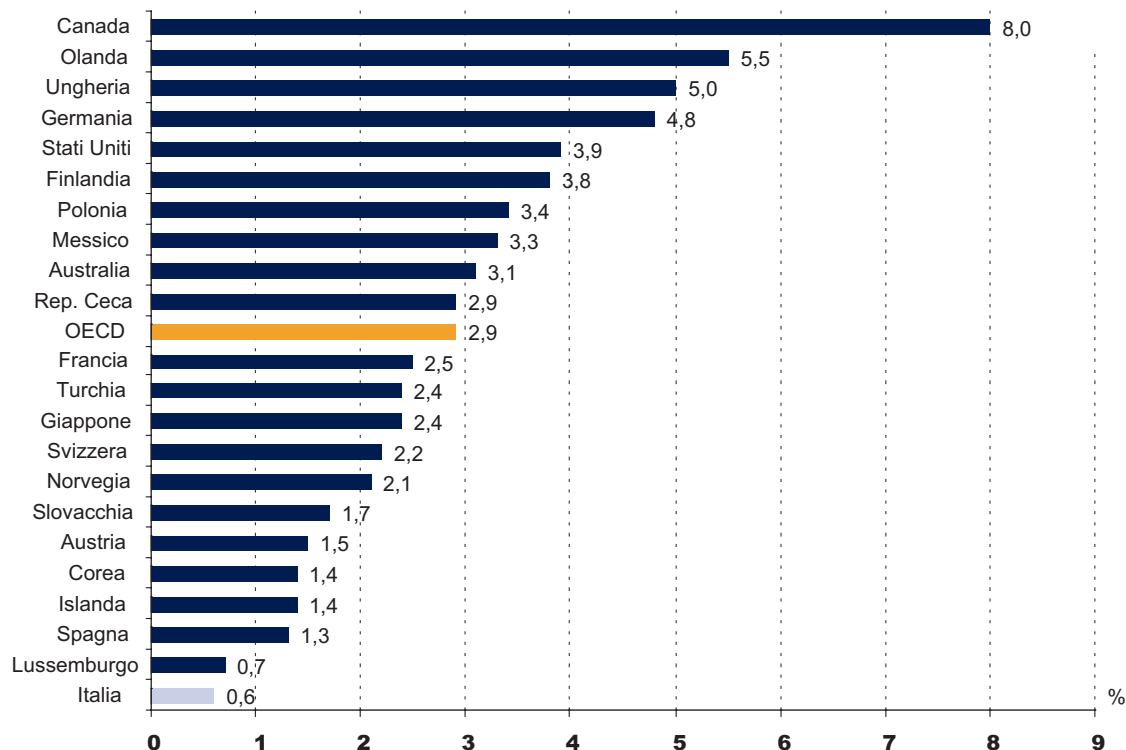


Figura 38. Quota percentuale della spesa sanitaria destinata alla prevenzione – Fonte: OECD Health Data 2005

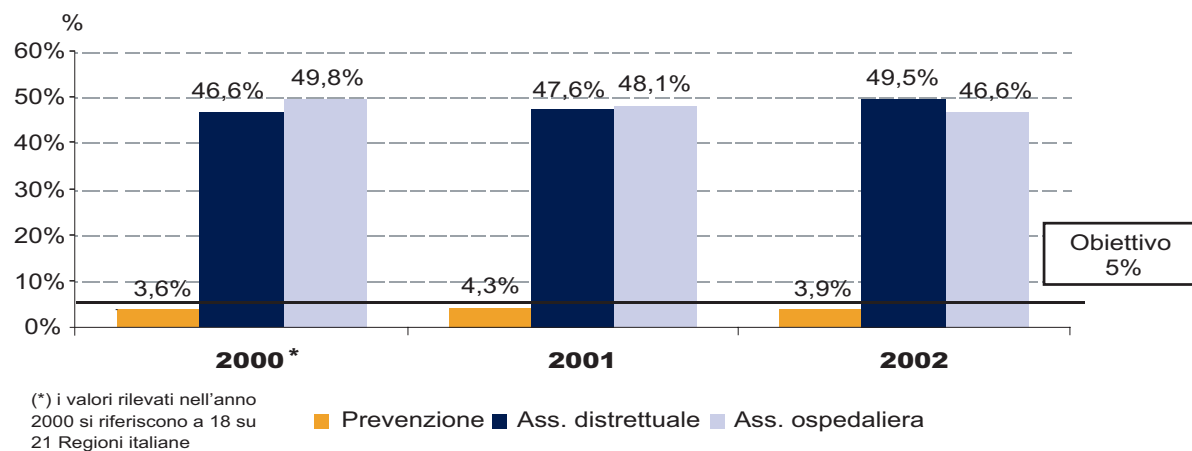


Figura 39. Quota % della spesa sanitaria destinata alla prevenzione in Italia, 2000-2002 – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House da Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), Rivista Monitor#10, 2006

2.1 LA STRUTTURA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA: ATTORI E RUOLI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come è strutturato oggi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) in Italia?
- Quali sono gli attori? Che ruolo svolgono?
- Come si articola la presenza sul territorio dei diversi soggetti?
- Da che cosa sono governati i rapporti?
- Come si finanzia il sistema?
- Come vengono allocate le risorse?
- Come si relaziona la componente sanitaria con quella di protezione sociale?

2.1.1 Organizzazione del Servizio Sanitario in Italia: dal ministero al cittadino il ruolo dei diversi soggetti coinvolti

L'obiettivo del presente capitolo è fornire un quadro di sintesi dei principali fenomeni e delle "dimensioni" del Servizio Sanitario Nazionale, per provare successivamente a leggerle secondo un "nuovo schema di riferimento". La prima parte dell'analisi si concentra sull'evoluzione del sistema della sanità in Italia, nei suoi aspetti fondamentali, dall'istituzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale, fino a giungere all'attuale modello organizzativo e di funzionamento.

Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) viene ufficialmente istituito con la legge n. 833 del 1978, che sancisce principi e logiche di funzionamento precise:

- viene introdotta una copertura sanitaria "universale", indipendente dal reddito, e superato il sistema mutualistico precedente, in cui la copertura variava da una mutua all'altra;
- viene istituito il Fondo Sanitario Nazionale, che costituisce lo strumento di finanziamento del Sistema e il cui ammontare viene definito sulla base delle indicazioni di fabbisogno contenute nel Piano Sanitario Nazionale (P.S.N.). Il Piano Sanitario Nazionale fornisce anche i criteri di ripartizione delle risorse tra le singole Regioni;
- vengono introdotte le corresponsabilità delle Regioni e dei Comuni nella gestione della sanità;
- vengono istituite le Unità Sanitarie Locali (Ussl), che sostituiscono gli Enti ospedalieri, con l'obiettivo di gestire l'ospedale e i servizi sul territorio, quali, ad esempio, i servizi di medicina del lavoro, i servizi di controllo ambientale nonché i primi tentativi di agenzie regionali per la protezione dell'ambiente. La 833 prevede, per la prima volta nel Paese, che il Servizio Sanitario si occupi anche di prevenzione, cura e riabilitazione, superando una visione del servizio basato quasi esclusivamente sulla struttura ospedaliera;
- si stabilisce di lasciare aperto un *mix* tra pubblico e privato nella erogazione dei servizi. Le strutture private possono erogare servizi sanitari al posto del "pubblico" purché siano convenzionate;

- viene inoltre introdotto il ticket sui farmaci.

Tra il 1992 e il 1993, crescenti esigenze di controllo dei costi inducono la prima riforma del Servizio Sanitario rispetto all'assetto dato dalla legge n. 833 nel 1978. La Riforma, nota come "Riforma De Lorenzo-Garavaglia"³¹, introduce alcuni elementi di novità:

- la definizione del Fondo Sanitario Nazionale non avviene più in funzione delle indicazioni del Piano Sanitario, ma in coerenza - e subordinatamente - con l'entità del finanziamento assicurato al S.S.N. dalla legge finanziaria;
- l'introduzione di logiche "aziendalistiche" nella gestione della sanità con la costituzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), cioè aziende a tutela della salute con finalità pubbliche. Con il passaggio da Unità Sanitaria Locale ad ASL cambia il tipo di conduzione della sanità. Si crea una netta divisione fra programmazione sanitaria e gestione della sanità. Le ASL, condotte da manager, vengono infatti gestite con criteri aziendali;
- il trasferimento delle competenze gestionali a livello regionale. Alle Giunte Regionali vengono demandati compiti di governo dell'azienda sanitaria per quanto riguarda l'attività di programmazione. La gestione operativa è invece affidata ai manager dell'azienda, i quali sono nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità, in base a graduatorie di merito. Il ruolo dei Comuni nella fase programmatica viene ridimensionato;
- viene introdotto il sistema dell'"accreditamento", con l'obiettivo di introdurre competizione all'interno del sistema pubblico.

Nel 1999 la "Riforma Bindi"³², interviene nuovamente sull'assetto di funzionamento del sistema, introducendo ulteriori elementi innovativi:

- viene introdotta la "Libertà di cura". I pazienti possono scegliere dove curarsi, selezionando tra le strutture e i professionisti "accreditati" presso il S.S.N.;
- si autorizza la costituzione dei "Fondi integrativi". I Sindacati, le aziende, le associazioni, le Regioni e gli enti locali possono istituire fondi integrativi per rimborsi di cure odontoiatriche, prestazioni termali, terapie non convenzionali, ticket di esami e visite specialistiche, prestazioni in libera professione entro la struttura ospedaliera nell'ambito di un sistema di regole predeterminate ma anche prestazioni di assistenza domiciliare e ricoveri in residenze assistenziali;
- si ridefiniscono i meccanismi di finanziamento degli Ospedali. Le strutture pubbliche e private hanno un finanziamento a doppio binario: le tariffe, per ricoveri ospedalieri, analisi ed esami; i costi, per le prestazioni extra (prevenzione, malattie rare, trapianti, emergenze). Le ASL restano aziende pubbliche, ma devono organizzarsi secondo criteri imprenditoriali. I direttori vengono valutati ogni anno sulla base dei risultati ottenuti;
- si richiede ai medici di scegliere tra rapporto di lavoro esclusivo e libera professione fuori dal servizio sanitario. La riforma privilegia il rapporto di lavoro esclusivo con il pubblico, prevedendo incentivi per i medici che compiono questa scelta. Con il nuovo sistema solo chi opera in rapporto esclusivo col Servizio Sanitario può dirigere distretti, dipartimenti, reparti e unità operative. L'esclusività è obbligatoria per gli assunti dal 31 dicembre '98;
- viene eliminata la figura del primario a vita. Viene introdotta la regola secondo la quale per poter mantenere l'incarico di primario, ogni 5 anni il primario in carica dovrà superare una verifica interna. I medici di famiglia possono esercitare la libera professione, ma con l'obbligo di comunicare luogo e orario dell'attività privata;
- viene istituita una commissione nazionale per la certificazione della qualità dei servizi. I soggetti che forniscono

31 - D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. e Decreto Legge 03.02.1993, n. 29 "Razionalizzazione della organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego" a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n.421.

32 - D. Lgs. 19.06.1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale", a norma dell'art. 1 della legge 30.11.1998, n. 419 (Riforma Bindi).

assistenza sanitaria vengono autorizzati dalle Regioni che li classifica in base a criteri di tecnologia e professionalità.

Sul piano finanziario tra il 1999 e il 2000, successivamente all'introduzione delle disposizioni in tema di federalismo³³ fiscale, si è assistito alla sostanziale eliminazione del Fondo Sanitario Nazionale e alla sua sostituzione con entrate regionali (IRAP, addizionale IRPEF, compartecipazione all'IVA e alle accise sulle benzine). Le disposizioni in materia di federalismo fiscale hanno quindi abolito i trasferimenti a favore delle Regioni destinati al finanziamento della spesa sanitaria corrente, tuttavia nei confronti delle Regioni con ridotte capacità fiscali opera il "Fondo perequativo nazionale", alimentato con parte del gettito della compartecipazione all'IVA da utilizzarsi fino al 2013 per la realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale.

Il federalismo fiscale ha imposto alle Regioni la responsabilità diretta del rispetto del Patto di Stabilità in cambio dell'autonomia gestionale ed organizzativa in ambito sanitario e con la legge 405/2001 sono stati introdotti i vincoli cui le Regioni devono attenersi, il sistema però non prevede sanzioni in caso di mancato rispetto, ad eccezione dello sfondamento del tetto del 13% della spesa farmaceutica.

L'elemento unificante, grazie al quale il S.S.N., di impronta federalista, mantiene il suo carattere "nazionale", è rappresentato dai livelli essenziali di assistenza (LEA)³⁴. Si tratta di livelli "essenziali" in quanto puntano a rispondere in modo uniforme e appropriato, clinicamente efficace ed economicamente conveniente, alle necessità assistenziali dei cittadini. Il S.S.N. pubblico deve infatti occuparsi di fornire prestazioni e servizi effettivamente necessari e garantire ciò che serve. Questo non significa garantire il "minimo" o il "sufficiente", ma ciò che è "essenziale" e pertanto "indispensabile" al fine di garantire la salute e curare una malattia.

La struttura del S.S.N. in Italia, esemplificata nella figura seguente, appare oggi piuttosto complessa e articolata. Al vertice della struttura si colloca il Ministero della Salute, con funzioni prevalentemente di indirizzo e di raccolta e redistribuzione dei fondi destinati a finanziare il S.S.N., attraverso la tassazione e i contributi sociali.

Il decreto legislativo 229³⁵ ha rafforzato l'autonomia delle Regioni, cui compete la responsabilità di gestire e organizzare l'offerta dei servizi, con un ruolo attivo nella definizione con il governo del Piano Sanitario Nazionale e del fabbisogno complessivo del S.S.N., nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni. Sono le Regioni (e le Province Autonome) quindi a gestire la salute sul territorio con piena autonomia organizzativa, di programmazione e di erogazione dei servizi sanitari. Il P.S.N. rappresenta dunque lo strumento che coordina e armonizza i diversi Servizi Sanitari delle Regioni.

I poteri delle Regioni sono in parte bilanciati da nuove responsabilità degli enti locali, chiamati a partecipare ai diversi livelli della programmazione. Si tratta di fatto di una modalità attraverso cui è possibile da una parte rispettare l'autonomia della Regione e il suo ruolo primario nell'organizzazione e nella gestione dei servizi, dall'altra garantire ai Comuni il diritto di concorrere alla definizione degli obiettivi e delle attività, fino alla valutazione dei risultati delle aziende sanitarie.

33 - D. Lgs. 56/2000 sul federalismo fiscale. Individua le nuove fonti di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero IRAP e Addizionale Irpef e compartecipazione regionale all'IVA e alle accise sulle benzine.

34 - D. Presidente consiglio dei Ministri 29.11.2001. I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) definiscono le prestazioni necessarie, efficaci e appropriate da assicurare a tutti i cittadini in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. A seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, sono definiti dallo Stato, al fine di garantire l'uniformità dei diritti. Vengono definiti contestualmente alle risorse finanziarie assegnate alla sanità nel rispetto delle compatibilità definite nel Documento di programmazione economico-finanziaria.

35 - "... emerge un modello di azienda con molte potenzialità anche se ancora condizionato in modo rilevante dai vincoli posti da parte dei livelli di governo superiori (Stato e Regione). Dal punto di vista organizzativo si sposta l'attenzione dalla dimensione istituzionale a quella del governo delle singole aziende e viene riconosciuta l'importanza delle scelte effettuate a livello locale nel governo delle stesse...".

In particolare, il presidio della salute e l'erogazione dei servizi sanitari ai cittadini sul territorio, vengono garantiti da parte delle Regioni (e delle Province Autonome) a due livelli:

- **Aziende Sanitarie Locali (ASL):** responsabili dell'assistenza distrettuale e della prevenzione mediante i presidi ospedalieri e i distretti sanitari di base a cui fanno capo l'assistenza primaria³⁶ (erogata da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale e presidi specialistici ambulatoriali) e altri presidi socio-sanitari (quali ADI, RSA, dipartimenti di salute mentale, servizi pubblici per le tossicodipendenze, servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura, consultori). Nell'ambito delle ASL, l'assistenza viene garantita anche attraverso strutture e case di cura convenzionate;
- **Aziende Ospedaliere:** attraverso i presidi ospedalieri.

L'eccezione a tale struttura è rappresentata dal modello lombardo, in cui tutte le prestazioni ospedaliere erogate dalle aziende ospedaliere pubbliche o private sono pagate dalle ASL.



Figura 40. Struttura del Servizio Sanitario Nazionale in Italia – Fonte: Ambrosetti - The European House

2.1.2 Quadro normativo e meccanismi di funzionamento

La determinazione degli importi e le logiche di attribuzione dei fondi nel S.S.N. seguono una programmazione che delinea un percorso "circolare". In questa logica, il Piano Sanitario Nazionale, pur non essendo più lo strumento di definizione dei fabbisogni finanziari, rimane lo strumento attraverso il quale perseguire "l'armonizzazione" del Servizio Sanitario Nazionale. Esso è elaborato con il concorso delle Regioni, mentre i singoli Piani Regionali sono sottoposti alla verifica del Ministero della Salute che ne valuta la coerenza con gli indirizzi nazionali. Questo approccio "circolare" consente di fatto alle Regioni di partecipare alla programmazione nazionale e di formulare un parere non più, come avveniva in passato, dopo la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale, ma fin dalla fase iniziale di definizione del fabbisogno e degli obiettivi. Il Piano Sanitario Nazionale diviene pertanto il principale strumento non solo di

armonizzazione ma anche di raccordo delle politiche regionali per la salute.

Il processo che porta alla definizione degli importi e delle logiche di attribuzione dei fondi (vedi figura seguente) prende avvio con la Legge Finanziaria, che definisce l'ammontare delle risorse disponibili a sostegno della sanità. Successivamente il Ministero dell'Economia, rispetto alle fonti di finanziamento disponibili, stima il gettito di add.le Irpef, Irap e la quota di compartecipazione IVA e accise. Sulla base delle indicazioni del Ministero dell'Economia e della Direzione Qualità del Ministero della Salute, che elabora l'ipotesi di allocazione dei fondi sulla base dei LEA³⁷, viene formulata la proposta del Ministero della Salute rispetto all'ammontare delle risorse disponibili e alla relativa allocazione dei fondi alle Regioni. La proposta del Ministero subisce in seguito vari aggiustamenti e modifiche sulla base del confronto e delle indicazioni delle Regioni, fino a giungere ad un accordo in Conferenza Stato-Regioni sulla proposta del Ministero della Salute. Solo a questo punto la proposta, nata dall'accordo in Conferenza Stato/Regioni, passa di competenza al CIPE (aprile) - Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica - che approva in via definitiva la delibera di ripartizione dei fondi alle Regioni.

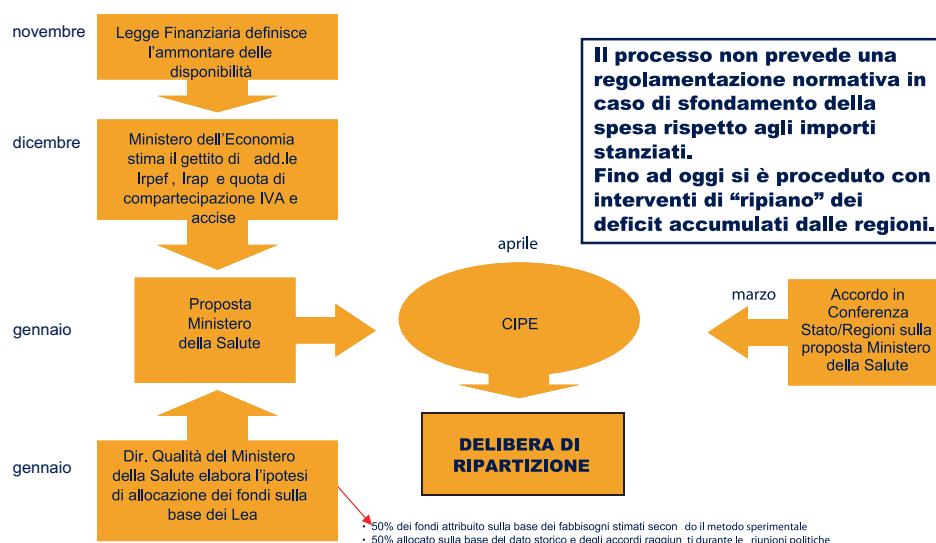


Figura 41. La determinazione degli importi e le logiche di attribuzione dei fondi – Fonte: Ambrosetti - The European House

La redistribuzione delle risorse – di cui meno della metà incassata direttamente dalle Regioni – avviene dunque nella sostanza in ambito Conferenza Stato-Regioni secondo criteri definiti sia su base capitaria (quota LEA) sia su base parametrica rispetto ai fabbisogni degli anni precedenti. I LEA – approvati nel 2001 durante la seduta della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2001 – definiscono le prestazioni che dovranno essere rese sul territorio nazionale a tutti i cittadini, tuttavia, in virtù dell'autonomia decisionale delle Regioni, i LEA possono variare tra una Regione e l'altra.

Il modello di definizione e re-distribuzione delle risorse, sopra descritto, evidenzia tuttavia alcuni limiti e criticità, rispetto ai quali occorrerebbe una riflessione attenta. Esso è infatti caratterizzato da:

- un elevato tasso di conflittualità tra Regioni e tra Stato e Regioni;
- un continuo e costante processo di "negoiazione";

37 - Il 50% dei fondi è attribuito sulla base dei fabbisogni stimati secondo il metodo sperimentale, il restante 50% è allocato sulla base del dato storico e degli accordi raggiunti durante le riunioni politiche.

- il rischio di prevalenza di motivazioni "politiche" rispetto all'ottimale re-distribuzione delle risorse;
- la focalizzazione sullo sviluppo di "competenze di eccellenza" è disincentivata dalla "corsa" all'attribuzione dei fondi.

Occorre infine sottolineare che il processo non prevede una regolamentazione normativa in caso di sfondamento della spesa rispetto agli importi stanziati. Tali deficit accumulati dalle Regioni, fino ad oggi, sono stati sanati grazie a specifici interventi di "ripiano". È dunque opportuno un concreto ripensamento di tali logiche, per giungere ad un "nuovo" modello di sanità più efficace ed efficiente.

2.1.3 Le fonti di finanziamento e i meccanismi di destinazione/allocazione delle risorse

Le fonti di finanziamento consentono di stabilire le risorse disponibili a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale e possono essere sinteticamente ricondotte a due tipologie:

- risorse incassate direttamente dalle Regioni: Irap e addizionale Irpef, ricavi e entrate proprie varie, ricavi straordinari;
- risorse ridistribuite dallo Stato: IVA e accise (D. Lgs. 56/00), Fondo Sanitario Nazionale e ulteriori trasferimenti da pubblico e privato.

È interessante a questo proposito un approfondimento circa l'ammontare e la composizione percentuale delle fonti sopra citate nella definizione delle risorse disponibili per il S.S.N.. Dall'analisi dei dati forniti dal Ministero dell'Economia e delle Finanze³⁸, a titolo di esempio, emerge che nel 2004 l'ammontare complessivo delle risorse disponibili a copertura del S.S.N. (pari a 85.901 ml €) è stato finanziato come segue:

- Irap e addizionale Irpef: 34.765 ml € (40%);
- ricavi ed entrate proprie varie: 3.257 ml € (4%);
- ricavi straordinari: 606 ml € (0,7%);
- IVA e accise: 36.063 ml € (41%);
- Fondo Sanitario Nazionale e ulteriori trasferimenti da pubblico e privato: 5.295 ml € (6,3%).

Le Regioni dipendono per oltre il 47% circa del proprio fabbisogno dai trasferimenti statali. Il ritardo con cui gli stanziamenti entrano nella effettiva disponibilità delle Regioni incide profondamente sulla sostenibilità dei sistemi locali, in particolar modo per le Regioni del Sud economicamente più deboli.

Rispetto alle varie fonti di finanziamento l'Irap rappresenta da sola il 36% della copertura complessiva dei fabbisogni del S.S.N.. Al contempo, l'Irap costituisce la principale voce di finanziamento diretto delle Regioni e rappresenta il 77,1% delle loro entrate, seguita dalla addizionale Irpef (13,6%), dai ricavi propri (9,1%) e dai ricavi straordinari (0,2%)³⁹.

La sostituzione di questa fonte di finanziamento con una indiretta – in caso di modifica o eliminazione dell'imposta – inciderebbe quindi pesantemente sulla sostenibilità finanziaria dei sistemi locali, ciò per effetto dei tempi necessari al trasferimento dei fondi dallo Stato alle Regioni.

IVA e accise, che finanziano il 41% della copertura complessiva dei fabbisogni del S.S.N., sono invece incassate a livello centrale. A questo proposito si osserva che oltre il 50% circa degli importi del gettito IVA del 2001 proviene da 5 Regioni: Lombardia (18,6%), Lazio (10,1%), Emilia-Romagna (8,4%), Veneto (8,9%), Piemonte (8,2%)⁴⁰.

38 - Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione Generale Situazione Economica del Paese, 2001-2004.

39 - Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione Generale Situazione Economica del Paese, 2001-2004.

40 - ISTAT e "La regionalizzazione delle entrate erariali" del Ministero dell'Economia 2004.

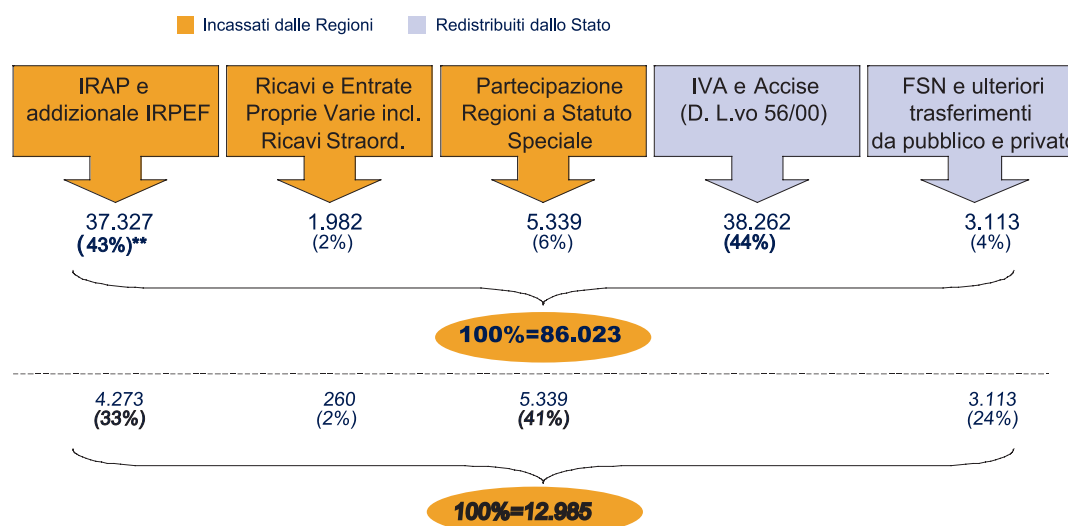
Il processo che prevede la successiva redistribuzione degli importi incassati del gettito IVA opera su base capitaria ed effettua la ponderazione sulla base dei fattori socio-demografici della Regione. Questo tipo di ponderazione, che attribuisce un peso maggiore al fattore demografico, penalizza tuttavia le Regioni del Sud, che hanno una popolazione mediamente più giovane.

Per ovviare a tale problema, durante la Conferenza Stato-Regioni del marzo 2005, le Regioni del Sud hanno chiesto di correggere i parametri di ponderazione introducendo anche le variabili socio-economiche, nonché di considerare il peso degli immigrati residenti regolari (*Legge Bossi-Fini*).

Le logiche di finanziamento del S.S.N., basate su una logica di federalismo fiscale⁴¹, devono fare i conti anche con le peculiarità specifiche del nostro Paese e la presenza di Regioni a Statuto Speciale, dotate di Finanza propria coordinata con quella dello Stato.

Ad esse sono devolute quote fisse dei proventi dello Stato riscossi sul territorio della Regione stessa. Pertanto esse non partecipano all'integrazione delle risorse a norma del D. Lgs. 56/00. Tali peculiarità delle Regioni a Statuto Speciale si riscontrano pertanto nella diversa composizione percentuale delle fonti di finanziamento a sostegno del S.S.N.. Mentre su base nazionale le Regioni dipendono per oltre il 47% del proprio fabbisogno da risorse che vengono redistribute dallo Stato, le Regioni a Statuto Speciale ne incassano direttamente il 76%.

Dati in Milioni di Euro



*Esclude 2.127 MIO € destinati al rinnovo del contratto, alla CRI, Medicina Penitenziaria, Istituti Zooprofilattici

** L'IRAP rappresenta il 37% della copertura complessiva

Fonte: Intesa sulla proposta del Ministro della Salute di ripartizione tra le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sulle disponibilità finanziarie destinate al SSN per l'anno 2005

Figura 42. Le fonti di finanziamento del S.S.N. (esempio 2005) – Fonte: Ambrosetti - The European House

41 - Sul piano finanziario, successivamente all'introduzione delle disposizioni in tema di federalismo fiscale, si è assistito all'eliminazione del Fondo Sanitario Nazionale e alla sua sostituzione con le entrate regionali (Irap, addizionale Irpef, compartecipazione all'IVA e alle accise sulle benzine).

Tuttavia mentre Valle D'Aosta, Trentino Alto-Adige e Friuli Venezia Giulia "provvedono con risorse proprie al finanziamento del loro Servizio Sanitario"⁴², Sicilia e Sardegna ricevono "anticipazioni nella misura pari al 95% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni"⁴³. In altre parole, mentre le Regioni a Statuto Speciale del Nord (al pari delle province autonome di Trento e Bolzano), attraverso il finanziamento diretto, coprono interamente i fabbisogni del proprio Servizio Sanitario, la Sicilia e la Sardegna dipendono ancora in modo significativo dai trasferimenti del Fondo Sanitario Nazionale.

Regione	Ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle regioni a statuto speciale	IRAP + Addizionale IRPEF	FSN	Totale Disponibilità per Fabbisogno	Quota di Finanziamento Diretto
Valle D'Aosta	4	84	95		184	100%
Bolzano	17	223	425		665	100%
Trento	17	323	372		712	100%
Friuli Venezia Giulia	47	959	845		1.851	100%
Sicilia	128	3.067	1.823	2.199	7.217	70%
Sardegna	46	684		914	2.357	61%
Totale Regioni a Statuto Speciale	259	5.340	4.273	3.113	12.986	76%

Figura 43. Finanziamento delle Regioni a Statuto Speciale e delle Province Autonome di TN e BZ (esempio 2005) – Fonte: Intesa sulla proposta del Ministero della Salute di ripartizione tra le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sulle disponibilità finanziarie destinate al S.S.N. per l'anno 2005

2.2 I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Quanto costa oggi la sanità?
- Quali sono le voci che la compongono?
- Quanto incide la sanità sulla spesa per la protezione sociale?
- Quale è stata la dinamica complessiva della spesa sanitaria negli ultimi anni?
- Che dinamica hanno avuto le singole componenti?

2.2.1 La spesa sanitaria (pubblica e privata) in Italia: dinamiche e articolazione per destinazione

La voce "Sanità" rappresenta il 23,7% della spesa complessiva per prestazioni di protezione sociale in Italia (pari a 348 mld € nel 2004), seguita dalla "Assistenza" con il 7,6%. Nel nostro Paese la "Previdenza", con il 68,7%, rappresenta invece la componente principale dell'intera spesa per la protezione sociale⁴⁴.

L'assistenza sanitaria è il sistema che comprende sia i beni sia i servizi atti a soddisfare i bisogni di salute degli individui. Nello specifico, la spesa sanitaria è data dalla somma dei consumi sanitari delle famiglie (che includono i beni e i servizi o acquistati direttamente o dispensati dal S.S.N.), e quindi dell'intera collettività. La spesa sanitaria va dunque distinta in:

- **Spesa pubblica:** sostenuta dal S.S.N.;
- **Spesa privata:** rappresentata dagli acquisti fatti dalle famiglie direttamente sul mercato.

Per avere un'idea più precisa delle dimensioni in gioco, la spesa sanitaria può essere calcolata (e confrontata) come percentuale della ricchezza totale del Paese stesso, ovvero come quota del Prodotto Interno Lordo (PIL).

La spesa sanitaria pubblica italiana (dati 2004) ammonta a circa 88,5 mld € ed assorbe il 6,5% del PIL. La sua principale componente è costituita dalla spesa per l'Assistenza Ospedaliera Pubblica, che assorbe il 2,8% del PIL (pari al 42% circa della spesa sanitaria), seguita dalla spesa farmaceutica che assorbe lo 0,9% del PIL (pari al 13,5% della spesa sanitaria) e dagli altri servizi sanitari con lo 0,8% del PIL (pari all'11,6% della spesa complessiva).

Negli ultimi anni i frequenti cambiamenti di indirizzo politico hanno cercato di ridurre i costi del sistema senza però tenere in effettivo conto i cambiamenti sociali, culturali, demografici e scientifici in atto, descritti nel capitolo precedente. L'invecchiamento della popolazione, i bassi tassi di natalità che da decenni caratterizzano il nostro Paese con la conseguente diminuzione della quota attiva della popolazione, combinati con i flussi migratori dai Paesi del Terzo Mondo, ma anche l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, hanno infatti generato una crescente

domanda di servizi sanitari, che ha determinato un progressivo e inarrestabile aumento della spesa sanitaria.

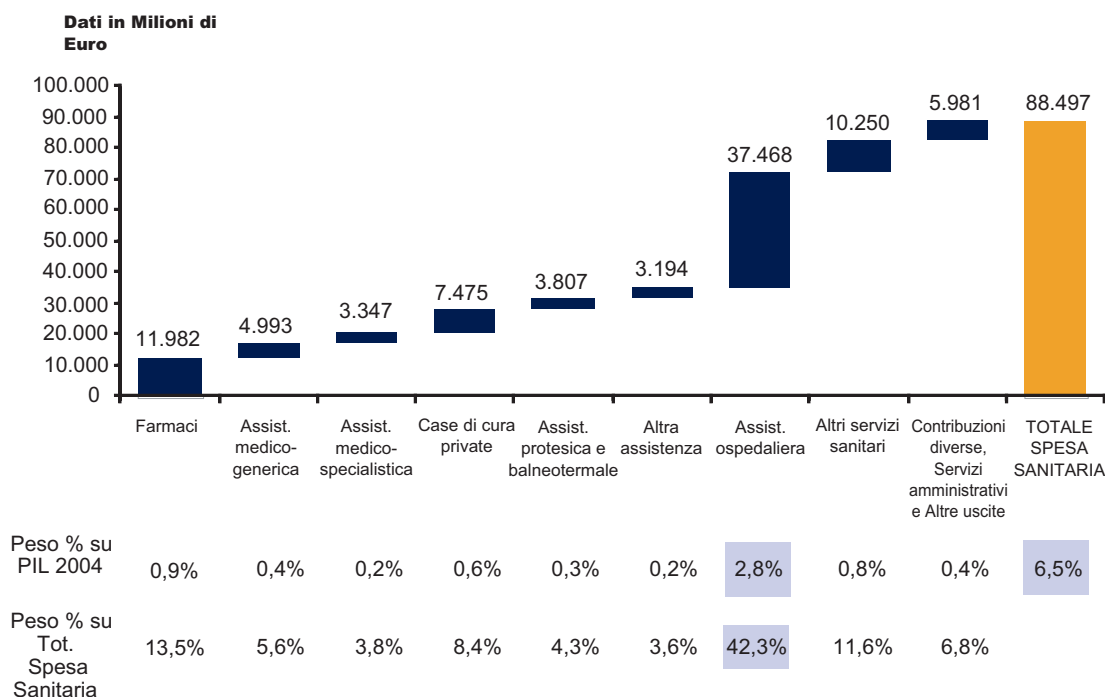


Figura 44. La ripartizione della Spesa Sanitaria Pubblica nel 2004 – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione Generale Situazione Economica del Paese, 2004*

Negli anni dal 1996 al 2004 la spesa sanitaria pubblica è cresciuta complessivamente di 36,8 mld € (passando dai 51,7 mld € del 1996 agli 88,5 mld € del 2004), registrando un tasso di crescita medio annuo (CAGR⁴⁵) del 7% circa (passando dal 5,3% al 6,5% di incidenza sul PIL), rispetto ad un incremento medio annuo del PIL (nominale) pari al 4,07%.

In aggiunta alla quota pubblica, le dinamiche della spesa sanitaria devono considerare anche la componente privata. Includendo la spesa privata, pari a circa 25 mld € nel 2005, la spesa sanitaria complessiva ammonta a oltre 118 mld €.

Negli ultimi anni, la spesa sanitaria privata, che è cresciuta complessivamente meno rispetto a quella pubblica (+3,5% medio 1995-2004), ha mostrato tuttavia una tendenza ad accelerare nel periodo 2000-2005. Nel quinquennio 2000-2005 la crescita media annuale per la spesa sanitaria privata è stata infatti del 4,7%, mantenendo comunque un incremento più contenuto rispetto al 5,6% della componente pubblica.

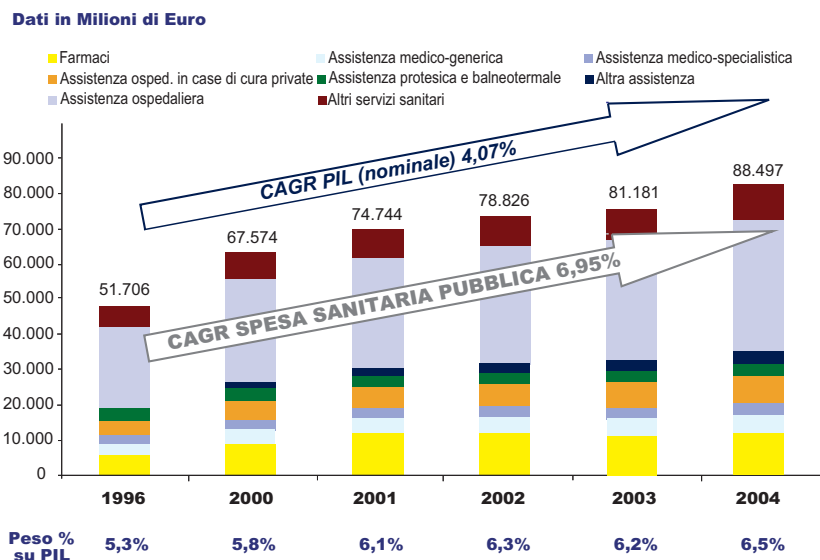


Figura 45. Evoluzione della Spesa Sanitaria Pubblica (dati in milioni di euro) – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione sulla Situazione Economica del Paese, 1999-2004

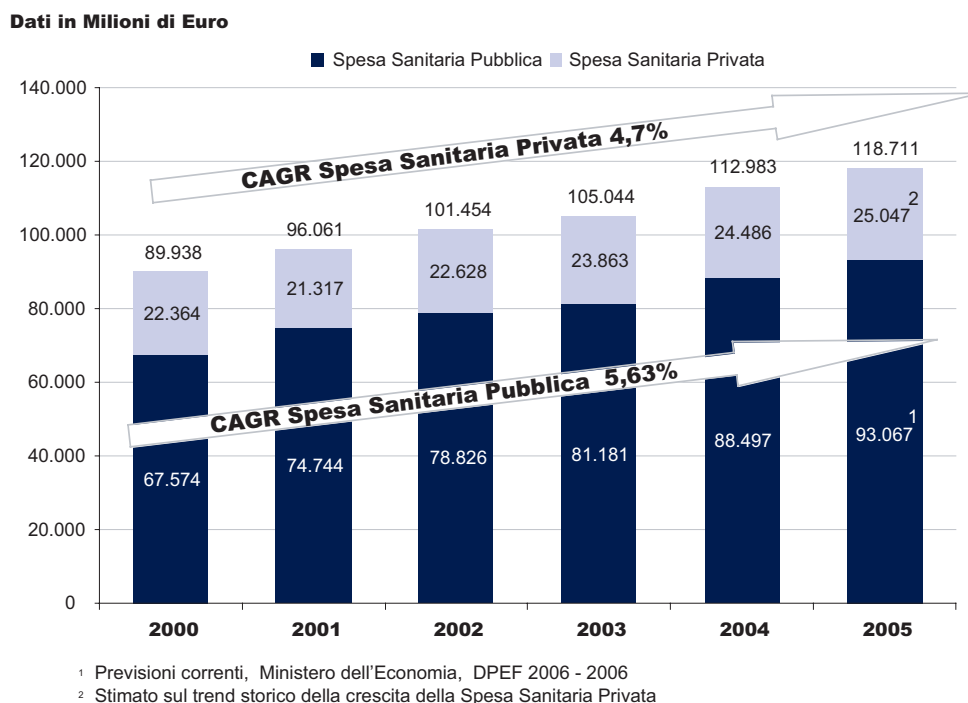


Figura 46. Spesa Sanitaria Pubblica e Privata – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione Generale Situazione Economica del Paese, 1999-2004 e indagine ISTAT "I consumi delle famiglie"

Tuttavia analizzando gli andamenti delle specifiche componenti di spesa, emerge negli ultimi anni la tendenza ad una sempre maggiore incidenza della spesa farmaceutica privata sulla spesa sanitaria privata. Ciò avviene in contrapposizione alle dinamiche della spesa farmaceutica pubblica e deriva dai meccanismi in atto finalizzati alla compressione della spesa in ambito pubblico. La spesa farmaceutica privata che nell'arco di tempo 1996-2000 è rimasta quasi stabile, ha infatti subito un'accelerazione dal 2000, registrando una crescita media annua del 7% circa.

Ne consegue il diverso peso della componente di spesa "Farmaci" tra pubblico e privato. Nel 2004, ad esempio, i farmaci incidevano sulla spesa sanitaria privata per il 27,5%, contro il 13,5% della spesa pubblica. I cittadini tendono quindi a spendere in farmaci più che in altre categorie di spesa sanitaria. Come già anticipato, ciò avviene anche per effetto dei limiti imposti alla crescita della spesa farmaceutica convenzionata.

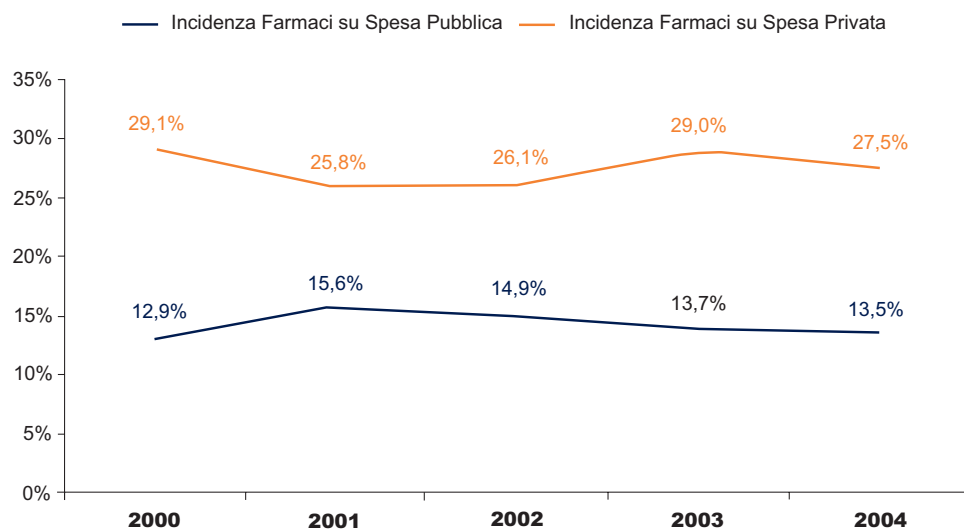


Figura 47. L'incidenza dei farmaci sulla Spesa Sanitaria Pubblica e Privata – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione Generale Situazione Economica del Potere, 1999-2004* e dati Farmindustria

I consumi sanitari delle famiglie, e quindi la spesa sanitaria complessiva, essendo strettamente correlati alle condizioni sociali, economiche e politiche di un territorio (ad esempio l'età media della popolazione, lo stato patologico, le condizioni di reddito, ecc.), presentano un andamento variabile rispetto al Paese considerato.

Il confronto con i principali Paesi europei, pur limitatamente al solo dato di incidenza della spesa sanitaria sul PIL e alla sua ripartizione Pubblico/Privato, senza considerare gli aspetti legati all'efficacia della performance dei Sistemi Sanitari Nazionali, mostra che l'Italia, al pari degli altri Paesi europei, presenta una componente pubblica superiore a quella privata e che in termini di incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (6,3% del PIL nel 2002) essa è sostanzialmente allineata alla media europea (6,5% del PIL), dalla quale invece si discostano fortemente Danimarca (7,3%), Germania (8,6%), Francia (7,4%) e Svezia (7,9%). Rispetto a queste proporzioni, tra i Paesi industrializzati si differenziano nettamente gli Stati Uniti, in cui la spesa per la sanità incide per il 14,6% sul PIL, con un comparto privato di molto superiore (8% del PIL) e con una componente pubblica (6,6% del PIL) tuttavia analoga a quella mediamente presente in Europa.

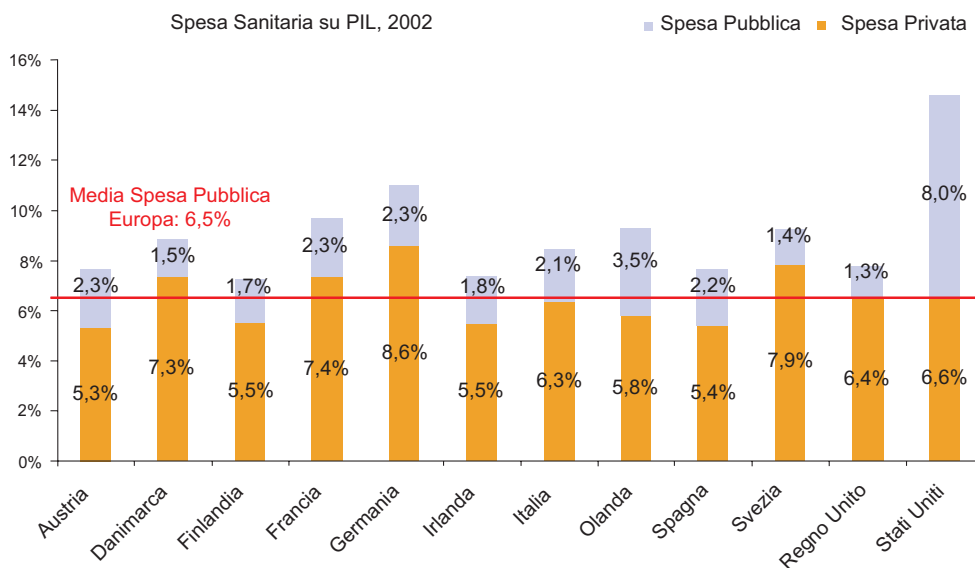


Figura 48. I confronti internazionali – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD

Nel nostro Paese, caratterizzato dalla libertà d'accesso alle prestazioni del S.S.N., indipendentemente da stato sociale, reddito, religione, ecc., lo Stato interviene al fine di garantire una redistribuzione delle risorse che favorisca un accesso più ampio ed equo possibile al soddisfacimento del bisogno di salute del cittadino.

Tuttavia, il problema della difficile sostenibilità del sistema degli ultimi anni, dovuta alla crescente domanda di assistenza sanitaria nel contesto economico e di *welfare* corrente, rende necessaria una maggior focalizzazione da parte del nostro Paese (e delle istituzioni dei Paesi avanzati) sulle politiche di controllo della spesa sanitaria. Questo spiega l'adozione, non senza difficoltà e con esiti non sempre positivi, di politiche restrittive per controllare la spesa sanitaria tanto dal lato della domanda (es. compartecipazione alla spesa e ticket), quanto dal lato dell'offerta (riduzione del numero e del prezzo delle prestazioni).

2.2.2 Individuazione dei diversi trend tra i componenti della spesa sanitaria in Italia

Negli anni dal 1996 al 2004 le varie componenti della spesa sanitaria pubblica hanno registrato tassi di crescita differenti e non sono cresciute in modo omogeneo rispetto alla media (CAGR della spesa sanitaria pubblica pari al 7% circa).

La spesa farmaceutica, ad esempio, nel periodo 1996-2004 è cresciuta ad un tasso medio annuo del 10,3%, mentre la spesa per l'assistenza ospedaliera e l'assistenza medico-generica hanno segnato una crescita attorno al 6% e in linea con la media.

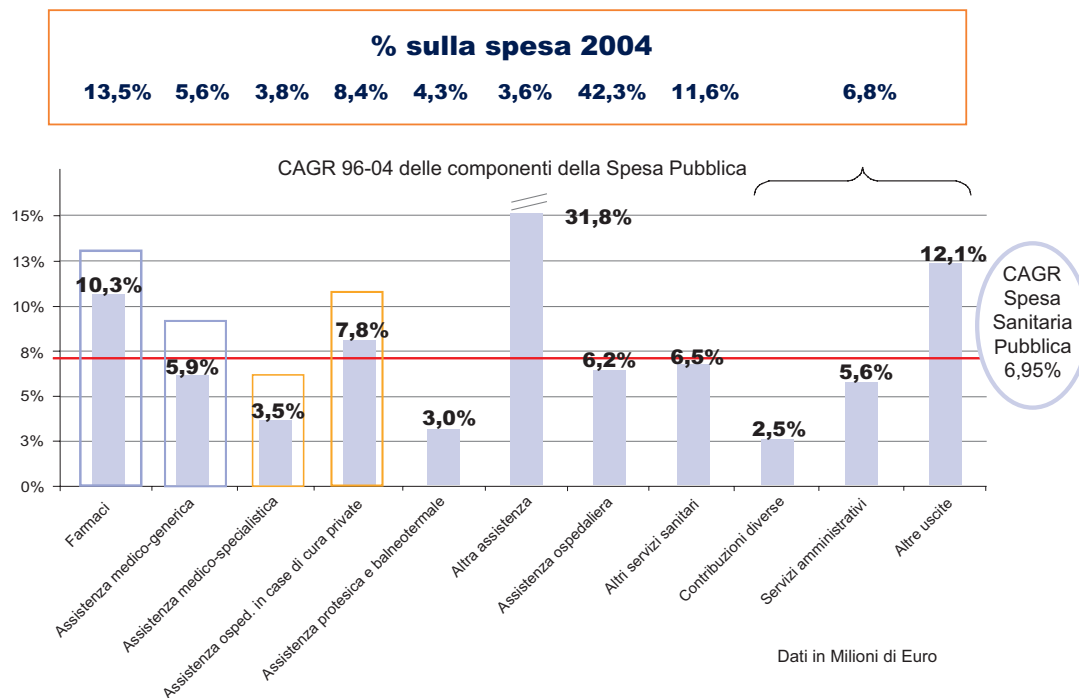


Figura 49. La crescita delle varie componenti della spesa pubblica dal 1996 al 2004 – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione Generale Situazione Economica del Paese, 1999-2004*

Tra il 2001 e il 2004, l'entrata in vigore del Patto di Stabilità interno ha determinato una decelerazione della crescita della spesa sanitaria pubblica, che è passata dal 7% del periodo 1996-2004 al 5,8% del 2001-2004. Come esemplificato nella figura seguente, è interessante osservare che le singole componenti di spesa hanno contribuito in maniera diversa a tale rallentamento.

In particolare se si escludono voci residuali quali "Altra assistenza", la spesa per i farmaci, che è la componente che nel periodo 1996-2004 è maggiormente cresciuta, è anche quella che ha registrato i minori tassi di crescita tra il 2001 e il 2004 (<1% annuo).

Tuttavia, se da una parte si riscontra un fortissimo cambiamento di indirizzo sulla spesa farmaceutica (<1%) e sull'assistenza medico-generica (3,5%), la spesa per assistenza ospedaliera ha mantenuto invece il medesimo tasso di crescita del periodo precedente (circa il 6%) e altre componenti di spesa hanno registrato accelerazioni ancora più significative (ad esempio la spesa per assistenza medico-specialistica con una crescita del 7,2% e l'assistenza ospedaliera presso case di cura private con l'8,9%).

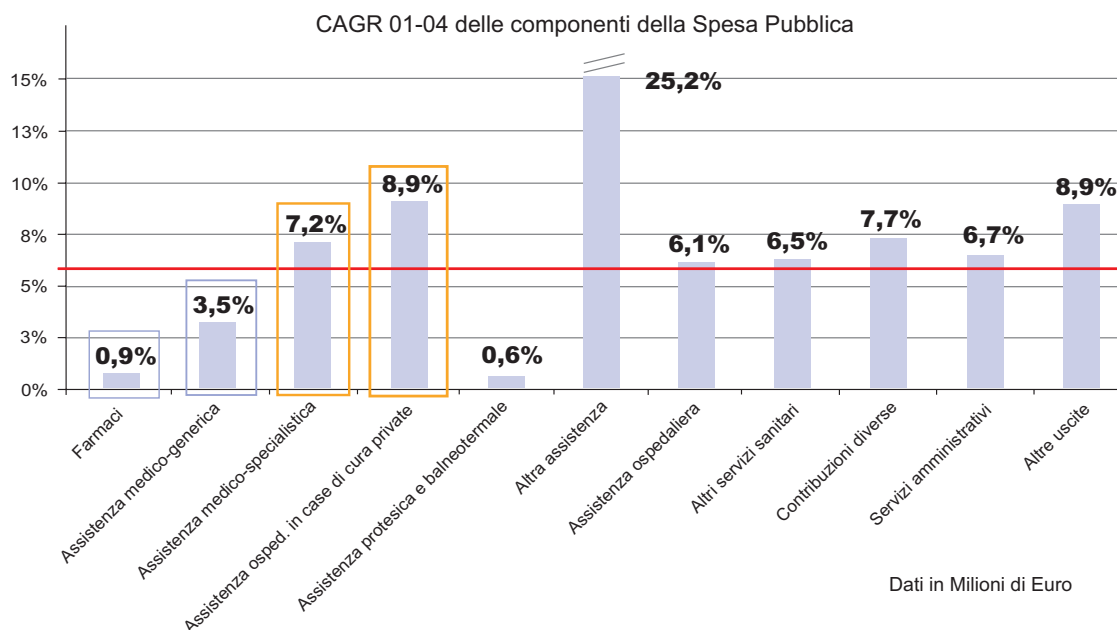


Figura 50. La crescita delle varie componenti dal 2001 al 2004 – Fonte: Elaborazioni Ambrosetti - The European House su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione Generale Situazione Economica del Paese, 1999-2004*

Alla luce del quadro finora delineato si può quindi affermare che il S.S.N., gravato da una spesa sanitaria in continua crescita, presenta diverse aree di ottimizzazione e miglioramento nell'ottica della definizione di un "nuovo" modello di sanità efficace ed efficiente con al centro il cittadino. L'obiettivo non è tanto quello di ridurre la spesa sanitaria, ma piuttosto di riqualificarla al meglio, puntando ad un ottimale utilizzo delle risorse disponibili, evitando inutili sprechi.

Del resto è quanto emerge con chiarezza anche dalla relazione del Procuratore Generale Vincenzo Apicella sul Rendiconto Generale 2004 della Corte dei Conti (24 giugno 2005): "... La spesa sanitaria segna di anno in anno sempre maggiori livelli. Per l'anno in corso, senza un notevole recupero di efficienza, si prevede un deficit di almeno 2 miliardi e mezzo di euro, dovuto anche all'assistenza gratuita, pur se umanamente giustificata, agli immigrati. In definitiva, nonostante gli sforzi fatti, la sanità delle cosiddette tre "T" (tetti di spesa, tagli e ticket) non ha dato i risultati sperati. A maggior ragione appare improponibile ritenere che il sistema possa essere governato solo da criteri aziendalistici e dall'esigenza di far quadrare i conti, perché all'apice della sua attività deve restare la centralità della persona malata. Il problema che si ripropone, dunque, ancora una volta non è tanto quello di ridurre la spesa, ma di riqualificarla, operando un più proficuo utilizzo di risorse oggi spesso male impiegate. Mi riferisco ad una migliore utilizzazione dei macchinari di diagnosi e cura, ad un maggiore controllo dei tempi di degenza, ad un uso più razionale del ricorso a medicinali, all'eliminazione di sprechi, in definitiva ad una più puntuale organizzazione dei mezzi materiali e di quelli professionali ...".

2.3 L'IMPATTO DEI CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI SUL SERVIZIO SANITARIO ATTUALE: UN POSSIBILE MODELLO DI ANALISI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come agiscono i cambiamenti in atto sui costi del Sistema?
- Come incidono i cambiamenti demografici sulla spesa sanitaria in termini di contenuti e in termini di costo?
- Qual è il limite di sostenibilità economica del Sistema?

2.3.1 L'Impatto dei cambiamenti demografici sul Servizio Sanitario attuale in termini di evoluzione della domanda e di evoluzione dei costi

Come già evidenziato nel capitolo 1, viviamo in un'epoca di forte cambiamento, caratterizzata da continue e profonde trasformazioni, spesso repentine e difficilmente prevedibili. Semplificando, quattro sembrano essere i principali "motori" del cambiamento⁴⁶, con forti relazioni incrociate anche di causa-effetto:

- mutamento progressivo della struttura demografica (in termini di graduale invecchiamento della popolazione) e del relativo mix (legato ai crescenti fenomeni di immigrazione);
- continui sviluppi scientifici e tecnologici (spesso rivoluzionari);
- accelerazione con progressiva riduzione dei "cicli di vita" di qualunque elemento: dai prodotti alle idee, ai progetti, alle competenze, alle conoscenze;
- globalizzazione: anche se le caratteristiche della globalizzazione potranno cambiare, sembra difficile che "l'arena competitiva", oggi di respiro mondiale, possa restringersi di nuovo.

I quattro "motori" citati hanno originato ed originano un'epoca di discontinuità: la probabilità, per qualsiasi impresa o istituzione, che il futuro possa essere uguale al passato è nulla. Per i Gruppi/Imprese, per qualsiasi altra Istituzione con finalità pratiche, così come per l'intero Servizio Sanitario Nazionale, il futuro non soltanto è diverso dal passato, ma risulta sempre più difficilmente prevedibile.

Come già evidenziato, la domanda di salute che i cittadini indirizzano alle istituzioni nazionali ha dinamiche simili in tutti i Paesi industrializzati: i cittadini non si accontentano più di essere curati nella fase acuta della malattia, per il trattamento della quale i Sistemi Sanitari sono ormai mediamente efficienti, ma chiedono che gli Stati si organizzino per garantire più a lungo e meglio lo stato di benessere.

Alla luce delle dinamiche in atto, lo scenario con il quale i Governi Nazionali – ed inevitabilmente le organizzazioni sovranazionali quali l'Unione europea – dovranno confrontarsi imporrà importanti riflessioni sulla revisione dei modelli di funzionamento attuali. Questo perché da un lato la domanda tenderà a crescere per effetto di fenomeni culturali,

46 - Rapporto Ambrosetti - The European House (2005), "Suggerimenti per la competitività dell'Unione europea (e dell'Italia)".

sociali e demografici; dall'altro, si imporrà la necessità di contenere una dinamica della spesa sanitaria inevitabilmente in crescita. Attualmente, la spesa sanitaria nei principali Paesi industrializzati assorbe complessivamente oltre il 7% del PIL, mentre la spesa sanitaria pro-capite supera i 2.000 \$ PPP⁴⁷, anche nei Sistemi Sanitari Nazionali a maggiore vocazione universalistica e quindi con un più significativo intervento pubblico.

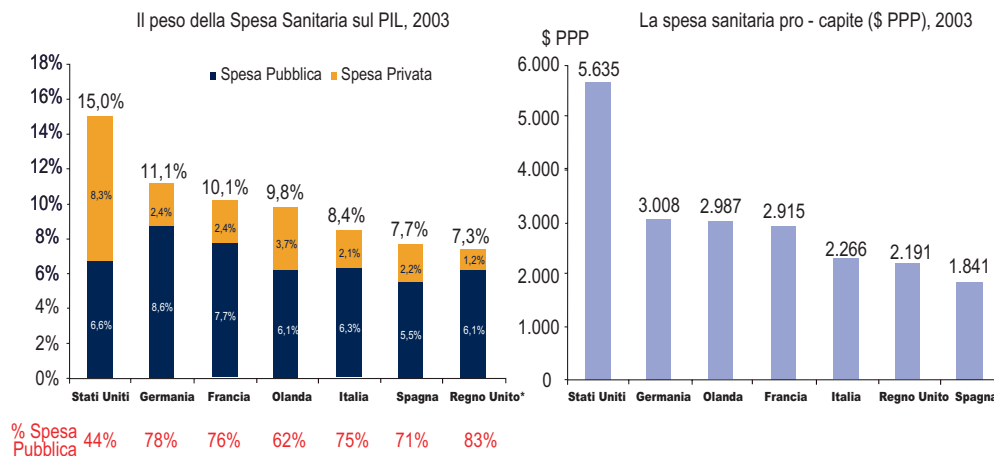


Figura 51. Spesa sanitaria pubblica e privata nei principali Paesi Industrializzati – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2005

Alla luce dello scenario delineato diviene pertanto fondamentale comprendere e valutare il possibile impatto sul Servizio Sanitario attuale di questi fenomeni, ed in particolare dei cambiamenti demografici in atto, in termini di evoluzione della domanda e di evoluzione dei costi, al fine di garantire nel tempo un'offerta sanitaria adeguata alle nuove esigenze di salute.

Recenti studi condotti in sede UE⁴⁸ hanno sviluppato un possibile modello interpretativo (esemplificato nella figura seguente), che tenta **di prevedere la spesa sanitaria nei prossimi anni in funzione di tali cambiamenti demografici e dello stato di salute del Paese**. In particolare, le simulazioni condotte in merito all'impatto delle dinamiche descritte mostrano che il miglioramento della salute dei cittadini – quindi l'investimento nel Servizio Sanitario, anche attraverso il cambiamento dei comportamenti – rappresenta una leva importante e strategica anche per governare la spesa sanitaria.

Il fattore portante del modello è rappresentato dalla spesa sanitaria "tendenziale" del Paese, determinata sulla base di due variabili chiave:

- il Mix demografico: che tiene conto di diversi aspetti, tra cui l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, la diminuzione del tasso di natalità, i flussi migratori;
- la Spesa pro-capite per fascia di età rettificata: calcolata sulla base della spesa pro-capite per fascia di età dei viventi e della spesa pro-capite per fascia di età dei deceduti (*mortality cost*).

La spesa sanitaria "tendenziale", così determinata, viene in seguito rettificata attraverso un indice di stato di salute del Paese - che tiene conto del possibile mantenimento, peggioramento o miglioramento degli attuali livelli di morbilità - ai fini della previsione della nuova spesa sanitaria.

47 - La Purchasing Power Parity (Parità del Potere d'Acquisto) è la teoria economica in base alla quale il prezzo di uno stesso bene in due diverse nazioni espresso nella stessa valuta deve essere identico.

48 - ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes).

Il modello interpretativo descritto conferma pertanto come il miglioramento dello stato di salute del Paese operi da “ammortizzatore” rispetto alle dinamiche di crescita della spesa sanitaria, favorendone il contenimento.



Figura 52. Come prevedere l’impatto del cambiamento della domanda nei prossimi anni? – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su studi ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes)

Il modello di analisi elaborato dall’ENEPRI individua alcuni possibili scenari nell’evoluzione della spesa sanitaria in funzione della domanda, ed in particolare dell’aspettativa di vita delle persone e dello stato di salute del Paese.

La mappa che si viene a creare individua quattro diversi scenari rispetto alla situazione di base (*Base Case*):

- Caso 1: allungamento dell’aspettativa di vita in condizioni migliorative dello stato di salute generale della popolazione (**living longer in better health**);
- Caso 2: aumento dell’aspettativa di vita a parità di condizioni di salute generali (**living longer**);
- Caso 3: aumento dell’aspettativa di vita in condizioni peggiorative dello stato di salute generale della popolazione (**living longer in worse health**);
- Caso 4: miglioramento dello stato di salute della popolazione a parità di aspettativa di vita (**living in better health**).

Gli scenari descritti, per effetto delle diverse ipotesi di sviluppo demografico e di assetto generale dello stato di salute dei cittadini, implicano **livelli di spesa differenziati**. Ciò che emerge è che, benché alcuni degli scenari descritti siano puramente teorici, in un quadro di complessivo invecchiamento della popolazione solo un Servizio Sanitario in grado di intervenire per il costante miglioramento dello stato di salute e di benessere della popolazione può consentire di “governare” la crescita dei costi legati all’inevitabile aumento della domanda.

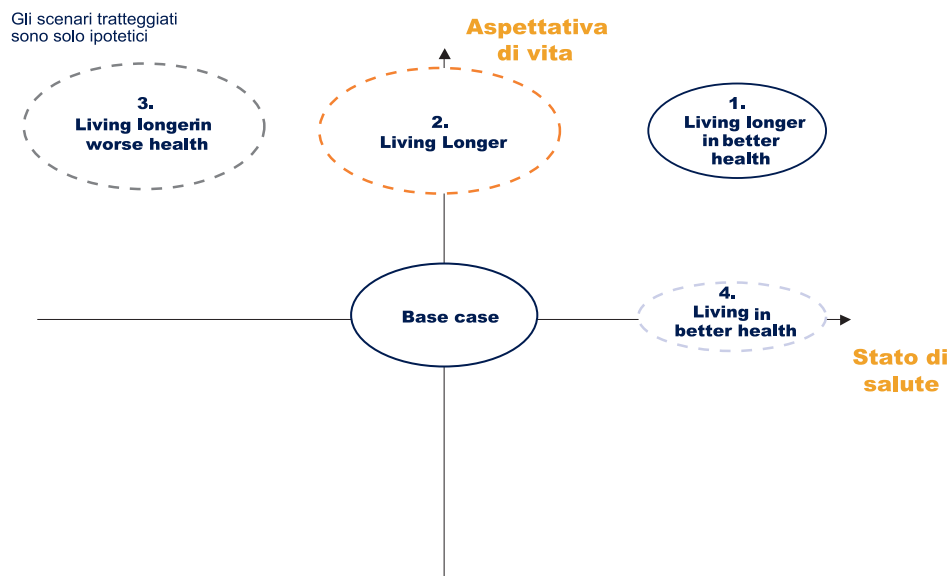


Figura 53. Gli scenari possibili nell'evoluzione della spesa sanitaria in funzione della domanda – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su studi ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes)

La simulazione dell'evoluzione della spesa sanitaria in rapporto al PIL, sulla base degli scenari individuati, potrebbe avere un impatto "esplosivo" nei prossimi 50 anni, mettendo in gravi difficoltà la sostenibilità dell'intero Servizio Sanitario.

Ne deriva (figura 54) che mentre gli scenari legati rispettivamente al Caso 2 (*living longer*) e al Caso 3 (*living longer in worse health*) richiederebbero un peso dei costi sanitari sul PIL superiore al 9% (rispettivamente 9,5% e 10,1%), gli scenari che considerano l'impatto dell'investimento in miglioramento dello stato di salute della popolazione offrirebbero l'opportunità di un "contenimento" del tasso di incidenza attorno all'8%, e ciò rispetto anche alla simulazione dell'evoluzione della spesa nel caso base che ipotizza, in caso di crescita "inerziale", un'incidenza della spesa sanitaria pubblica del 9% .

Il modello presentato conferma dunque l'ipotesi iniziale: **l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita, se non accompagnate da un intervento di miglioramento della salute, possono avere un impatto gigantesco sulla crescita dei costi.**

Un ottimale funzionamento del Servizio Sanitario e dell'offerta sanitaria, che consenta alle persone di "vivere più a lungo in condizioni di salute migliori", determina ricadute importanti non solo in termini dei notevoli benefici per la "qualità della vita" di ciascun individuo, ma anche in termini economici, in quanto favorisce l'aumento di produttività del lavoro e in ultima analisi la riduzione dei costi sanitari.

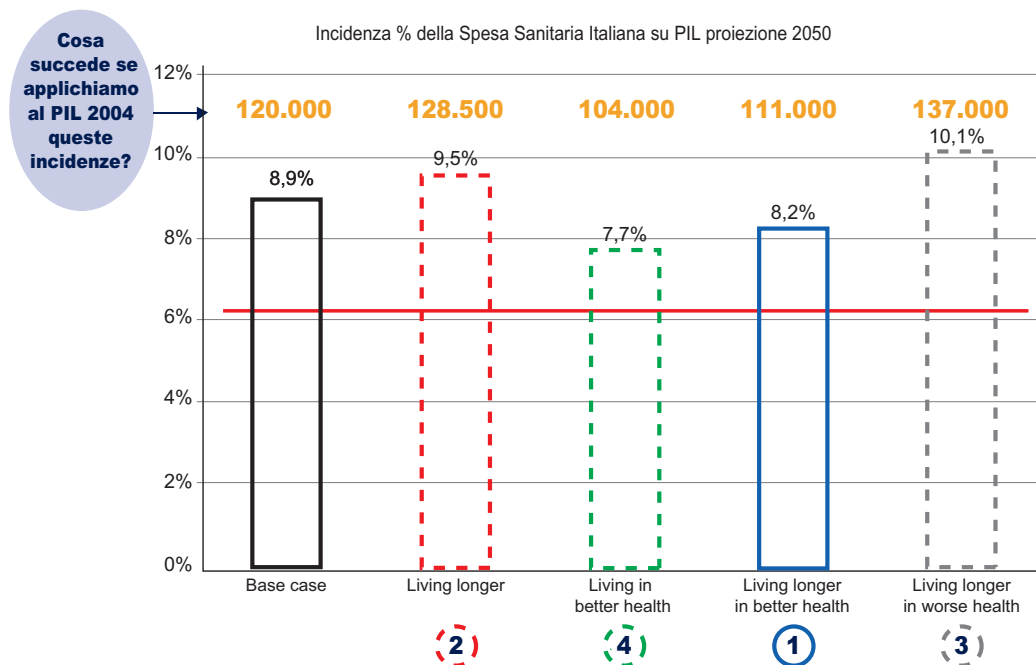


Figura 54. Simulazione dell'evoluzione della spesa sanitaria sul PIL – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House da studi ENEPRI (European Network of Economy Policy Research Institutes)

Esistono infatti diverse modalità con cui la salute può avere impatto sulla produttività⁴⁹:

- condizioni (fisiche e mentali) migliori della forza di lavoro;
- una più lunga aspettativa di durata della vita che genera maggiori decisioni di investimento in istruzione;
- maggior motivazione a risparmiare per la pensione, creando un maggior accumulo di capitali.

La salute dei cittadini è dunque direttamente legata al benessere delle persone e, indirettamente, allo sviluppo e alla crescita economica di un Paese. Esiste infatti una correlazione tra i miglioramenti nel campo della salute - in termini di allungamento della durata della vita - e lo sviluppo di un Paese, misurabile soprattutto in crescita del PIL e miglioramento complessivo della qualità della vita. Miglioramenti nella salute contribuiscono a contenere la crescita tendenziale della spesa sanitaria e sociale dei Paesi, soprattutto in riferimento ad alcune patologie (quali ad esempio diabete, alzheimer, cancro, parkinson) che interesseranno sempre più una grande porzione della popolazione, con gravi costi anche per la società, e a massimizzare il contributo umano alle attività economiche. A titolo di esempio, i costi del cancro sull'economia americana nel 2002 hanno raggiunto circa 171 mld € (di cui costi diretti per 61 mld € e costi indiretti pari a 110 mld €) e causato perdita di produttività dovuta alla malattia e alla morte prematura⁵⁰.

L'analisi dell'esperienza storica, nonché le previsioni derivanti dallo sviluppo di modelli macroeconomici, dimostrano dunque che la sostenibilità futura dei costi dei Sistemi Sanitari potrebbe dipendere in buona parte dalla capacità di utilizzare la richiesta di miglioramento dello stato di Salute della popolazione quale leva di governo della spesa. Ad esempio, l'applicazione delle innovazioni scientifiche e tecnologiche per passare da una "medicina curativa" ad una "medicina predittiva", o *early medicine*, consentirà di **ridurre i costi per il Sistema attraverso una maggiore**

49 - Tompa Emile (2002), *The Impact of Health on Productivity: Empirical Evidence and Policy Implications*.

50 - Rielaborazioni Ambrosetti - The European House da *Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress*, July 2003 e da *America's Health Care Economy*, Milken Institute, August 2003; *Endogenous Lifetime and Economic Growth*, S. Chakraborty, Università di Oregon.

tempestività ed efficacia dell'intervento medico. La possibilità di migliorare lo stato di salute di soggetti affetti da patologie croniche e un'organizzazione del sistema in grado di affrontare i problemi legati alla non autosufficienza significherà attutirne l'impatto in termini di bisogni di assistenza sanitaria e sociale.

La **salute** rappresenta pertanto un **patrimonio fondamentale per la società**, ed è necessario investirci in modo serio e programmato. Dato il contesto di riferimento delineato, occorre infine sottolineare un ulteriore aspetto importante di cui tener conto. Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana porta con sé valenze tanto positive da valorizzare al meglio, quanto rischi concreti da evitare. Se da una parte questo processo spinge le aziende sanitarie (e più in generale le Regioni) a ragionare sempre più secondo logiche di funzionamento tipicamente aziendali di efficacia ed efficienza, dall'altra è evidente il rischio per le aziende di essere gestite con criteri stringenti di risparmio/economicità, a scapito di un'offerta sanitaria realmente adeguata ai bisogni di salute dei cittadini.

In questa logica, le Regioni e le aziende sanitarie devono quindi attrezzarsi coerentemente, impegnandosi a:

- analizzare le caratteristiche del bisogno di salute della popolazione del territorio di riferimento, della domanda sanitaria e del comportamento degli utenti, cercando di interpretare al meglio i cambiamenti in atto e le dinamiche future;
- verificare il proprio livello di efficacia attuale;
- innovare e gestire in modo ottimale (efficace ed efficiente) i propri servizi.

L'analisi delle caratteristiche dei bisogni e della domanda è determinata sulla base di numerose variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), che impattano diversamente rispetto alle Regioni e all'interno delle stesse. Le dinamiche relative a queste variabili, che rivelano realtà molto differenziate tra le Regioni italiane, rappresentano alcuni dei fattori più significativi ai fini della determinazione delle previsioni della propensione al consumo sanitario e conseguentemente della spesa sanitaria. Le differenze e le peculiarità territoriali rispetto a queste variabili, possono infatti aiutare a spiegare il differente ricorso ai servizi socio-sanitari da parte dei cittadini.

È importante quindi che le Regioni e le aziende sanitarie sviluppino modelli e strumenti adeguati per l'individuazione e l'analisi dei bisogni, integrando aspetti demografici, epidemiologici, sociali ed economici, al fine di definire un'offerta ottimale di servizi per i cittadini nel territorio di riferimento. Un primo passo in tal senso consiste, ad esempio, nel valutare l'attuale capacità di risposta ai bisogni, individuando opportuni indicatori dei livelli di efficacia raggiunti (in termini di rapporto tra *output/outcome*).

2.4 L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA E L'IMPATTO DELL'INVESTIMENTO IN PREVENZIONE: IL MODELLO PREVISIONALE DI MERIDIANO SANITÀ: IL MODELLO PREVISIONALE DELLA SPESA SANITARIA

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Quali sono i driver del consumo di prestazioni sanitarie?
- Quale metodologia seguire per stimare l'impatto dei driver sul valore della spesa sanitaria pubblica?
- Quali saranno le dinamiche della spesa sanitaria pubblica nei prossimi 50 anni, in valore assoluto ed in rapporto alla ricchezza nazionale?
- Qual è l'impatto dei singoli driver?

Il primo obiettivo del seguente paragrafo è di individuare i principali *driver* della "domanda di salute" allo scopo di comprendere come si evolveranno in futuro e che impatti avranno sulle dinamiche della spesa sanitaria e sulla sostenibilità del sistema. I principali *driver* individuati costituiranno gli *input* per la proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050.

2.4.1 I *driver* della spesa sanitaria

Il consumo di prestazioni sanitarie deriva principalmente dall'interazione di **due componenti**:

- la prima di **tipo demografico**, ovvero connessa al numero e alla struttura per sesso e per età della popolazione;
- la seconda di **tipo economico**, imputabile, in linea generale, alla propensione individuale al consumo di beni sanitari e, quindi, legata in primo luogo al reddito disponibile per i singoli individui.

L'evoluzione del **numero** e della **struttura demografica della popolazione** sarà soggetta a significativi cambiamenti nei prossimi decenni. La maggior parte dei Paesi industrializzati – e tra questi l'Italia in particolar modo – sarà caratterizzata dal progressivo invecchiamento della popolazione. Tale fenomeno avrà un profondo impatto sulla componente demografica dell'evoluzione dei consumi di prestazioni sanitarie.

Il profilo per età e per sesso della domanda di prestazioni costituisce perciò uno dei parametri fondamentali per la comprensione dell'evoluzione della spesa sanitaria. In conclusione, l'integrazione tra la struttura per età e sesso della popolazione, da un lato, e la domanda di prestazioni, dall'altro, consente di dimensionare l'impatto dell'effetto demografico sulla dinamica della spesa sanitaria.

Il **reddito** costituisce senza dubbio il principale *driver* non demografico della crescita della spesa. Pur escludendo qualsiasi altra variazione nello scenario di contesto, il valore della spesa sanitaria cresce al semplice crescere del reddito disponibile.

Si ipotizzi che le preferenze di consumo della popolazione siano costanti: in altre parole, all'aumentare del reddito disponibile ogni individuo continui a destinare la medesima porzione del proprio reddito disponibile alla spesa per prestazioni sanitarie rispetto alla quota che riserva agli altri consumi. Restando invariata la quota di reddito destinata alle prestazioni sanitarie, il valore assoluto della spesa per le stesse prestazioni varierà comunque in linea con la variazione del reddito disponibile.

L'ipotesi di un'invarianza nelle preferenze di consumo della popolazione risulta nei fatti fortemente irrealistica. In primo luogo, le prestazioni sanitarie sono storicamente un bene elastico rispetto al reddito: ovvero un incremento del reddito disponibile comporta un incremento più che proporzionale nella spesa per prestazioni sanitarie. La salute è generalmente considerata un "bene superiore"; di conseguenza, ad ogni ipotetico incremento dell'1% nel reddito disponibile gli individui sono propensi ad incrementare i consumi sanitari in misura maggiore all'1%.

In secondo luogo, le preferenze aggregate di consumo per prestazioni sanitarie possono, nel tempo, essere soggette a variazioni in conseguenza delle variazioni nella struttura demografica della popolazione, nello stato generale di salute oppure nelle caratteristiche delle condizioni di contesto.

In realtà, storicamente l'evoluzione della spesa sanitaria non può essere spiegata esclusivamente dalle due componenti appena descritte. Una parte residuale dell'evoluzione deriva da "**componenti esogene**" rispetto alla formazione della spesa sanitaria stessa.

Il principale di tali fattori è rappresentato dalle scoperte scientifiche e dalle evoluzioni tecnologiche e dal loro impatto sull'efficacia e sui costi delle prestazioni sanitarie. Il progresso delle aspettative di vita e dello stato di salute non deriva solo da miglioramenti nello stile di vita della popolazione, ma è anche il frutto di evoluzioni nella terapia e nella tecnologia. L'impatto dell'evoluzione scientifico-tecnologica sulla spesa sanitaria può essere duplice. Da un lato, infatti, si devono considerare l'affinamento e la standardizzazione delle tecniche e la diffusione di strumentazioni come fattori in grado di abbattere i costi delle singole prestazioni sanitarie, migliorandone l'efficacia (*cost reducing technical change*); dall'altro, invece, le scoperte scientifiche e la diffusione di tecnologie innovative in grado di far avanzare la frontiera della possibilità di intervento potrebbero comportare un incremento della spesa sanitaria (*cost augmenting technical change*).

L'ammontare e la composizione della spesa sanitaria, sia pubblica che privata, possono anche essere sostanzialmente modificate dalle **scelte politiche** sia in tema di organizzazione delle modalità di fornitura delle prestazioni sanitarie, che di contenimento della spesa sanitaria.

Le "componenti esogene" hanno delle caratteristiche che le differenziano sensibilmente dalle altre componenti considerate:

- la non prevedibilità della loro manifestazione;
- la discrezionalità degli interventi, con particolare riferimento a quelli legati alle logiche di politica economica e sociale;
- l'elevato grado di discontinuità indotto, che rende difficile quantificarne gli effetti.

In considerazione di queste peculiarità, le "componenti esogene" non saranno considerate come *input* del modello previsionale. Si reputa invece più corretto simulare separatamente l'impatto che alcune di tali componenti possono avere sulla proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050.

2.4.2 Note metodologiche per la costruzione di un modello previsionale della spesa sanitaria

La dinamica della spesa sanitaria pubblica nei prossimi anni è diretta conseguenza dell'evoluzione dei *driver* descritti nel paragrafo precedente e della loro interazione reciproca.

Allo scopo di meglio determinare l'impatto di alcune componenti della spesa sanitaria, *in primis* l'evoluzione demografica e le variazioni nella domanda di prestazioni sanitarie da questa indotte, la spesa sanitaria pubblica è stata scomposta sia per fascia di età e sesso che per tipologia di prestazioni⁵¹.

I profili per età e per sesso del consumo sanitario costituiscono uno dei parametri fondamentali per la stima dell'evoluzione della spesa sanitaria. Osservando il grafico riportato sotto, è intuitivo comprendere come la spesa sanitaria *pro-capite* tende a crescere esponenzialmente con la fascia di età. A partire dai 50 anni, si nota inoltre una significativa differenza tra i due sessi nel livello di spesa sanitaria *pro-capite*.

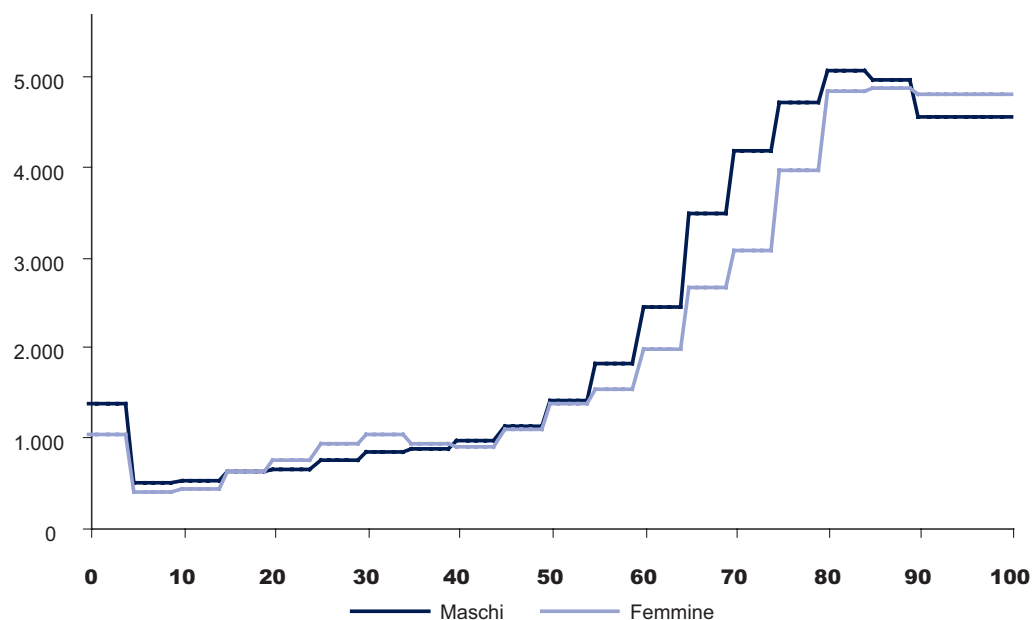


Figura 55. La scomposizione della spesa sanitaria pubblica per sesso e fasce di età, valori 2005 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su Ragioneria Generale dello Stato

Le differenze tra sessi e fasce di età risultano ancora più significative se si scompone la **spesa sanitaria pubblica per tipologia di prestazioni**. A livello macro⁵², la spesa sanitaria pubblica può essere distinta tra due tipologie di prestazioni:

- prestazioni sanitarie per servizi curativi e di riabilitazione finalizzata all'assistenza puntuale per la cura delle acuzie (*Acute Care*): tra queste, ad esempio, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza specialistica e l'assistenza farmaceutica;

51 - La scomposizione per età, sesso e prestazioni riprende l'approccio seguito in Ragioneria Generale dello Stato (2005), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario".

52 - In allegato, è disponibile una scomposizione più dettagliata della spesa sanitaria pubblica per sesso, fascia di età e prestazioni sanitarie.

- prestazioni sanitarie per servizi di assistenza continua alle disabilità ed alle cronicità (*Long Term Care*⁵³): tra queste, ad esempio, assistenza sanitaria territoriale per non autosufficienti e l'assistenza residenziale e semiresidenziale per i malati cronici.

Come si evince dalla comparazione tra i grafici riportati nella figura sottostante, esistono significative differenze nei consumi delle due tipologie di prestazioni sia con riferimento al sesso che alla fascia di età.

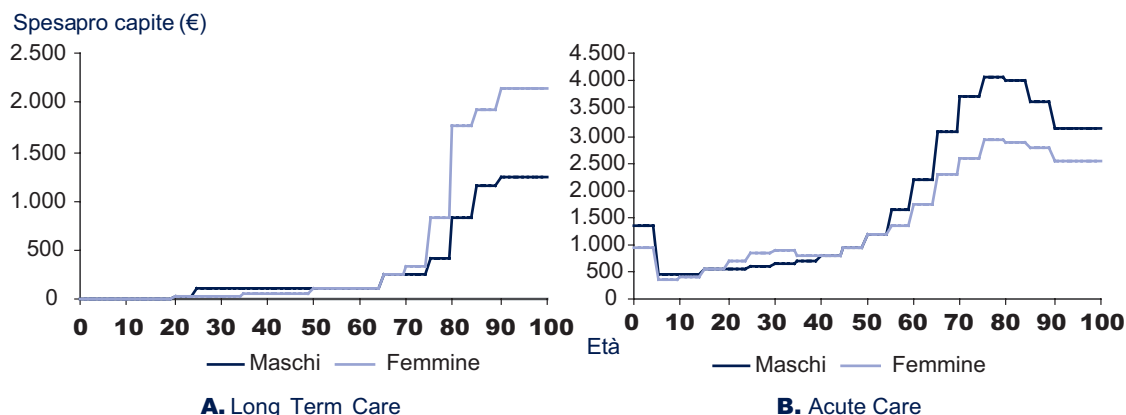


Figura 56. Scomposizione della spesa sanitaria pubblica per sesso, fascia di età e macro tipologia di prestazioni, valori 2005 -
Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su Ragioneria Generale dello Stato

La costruzione di un modello di proiezione della spesa sanitaria pubblica nei prossimi decenni deve tenere in considerazione non solo l'evoluzione delle singole variabili precitate, ma anche le loro interazioni reciproche. A questo scopo, e per meglio dare evidenza del contributo delle singole variabili, si è scelto di adottare un **approccio modulare** alla proiezione della spesa sanitaria pubblica, che tenga in considerazione i principali *driver*.

Punto di partenza del modello è la spesa sanitaria pubblica al 2005 scomposta per sesso, fascia di età e tipologia di prestazioni. A partire da questa scomposizione sono state successivamente elaborate le proiezioni della spesa fino al 2050. I **driver della spesa sanitaria** inseriti nel modello sono:

- A - la crescita della spesa sanitaria come conseguenza di una crescita del reddito disponibile;
- B - la variazione della numerosità della popolazione;
- C - la variazione del *mix* demografico, con riferimento alla scomposizione sia per sesso che per fasce di età;
- D - la considerazione dell'elasticità della spesa sanitaria *pro-capite* rispetto ad una variazione nel reddito disponibile.

Per le variabili demografiche, si è seguita l'ipotesi centrale delle proiezioni elaborate dall'ISTAT in "Previsioni nazionali della popolazione per età e sesso – Anni 2005-2050". L'evoluzione del reddito disponibile è stimata sulla base della proiezione del PIL reale fornita dalla Ragioneria Generale dello Stato su base decennale.

53 - L'aggregato *Long Term Care* è stato definito sulla base del sistema classificatorio *System of Health Accounts (SHA)* dell'OCSE. In base a tale definizione, la scomposizione tra *Acute Care* e *Long Term Care* costituisce una classificazione complementare ed esaustiva della spesa sanitaria.

2.4.3 Le risultanze del modello

La **spesa sanitaria pubblica nel 2005** ha superato i 93 miliardi di euro⁵⁴ ed ha assorbito il **6,7% del PIL nazionale**. Dalla scomposizione della spesa per sesso, si evince una lieve prevalenza della quota di spesa sanitaria pubblica destinata alla popolazione femminile, pari al 3,5% del PIL contro il 3,2% imputabile alla componente maschile. Questa differenza è dovuta a una maggiore numerosità delle donne sia tra la popolazione in generale che nella fascia *over 65* (ovvero la fascia di popolazione caratterizzata da una spesa *pro-capite* più elevata). La scomposizione della spesa per fascia di età evidenzia invece come la popolazione *over 65*, che conta per quasi un quinto della popolazione italiana, assorbe oltre il 48% della spesa sanitaria pubblica.

La **proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050** si è concentrata sulla stima dell'impatto della componente demografica ed economica. Le variazioni demografiche e la crescita del reddito disponibile impattano per circa 158 miliardi di euro sui conti della sanità rispetto alla spesa sanitaria nel 2005. Alla fine del periodo, la spesa sanitaria pubblica si attesta su un valore superiore ai 251 miliardi di euro, **pari al 9,7% del PIL 2050**.

La crescita del rapporto non è omogenea negli anni. Come si evince dal grafico riportato in figura 57, la maggior parte della crescita si concentra nei primi decenni del periodo considerato, mentre il rapporto tende a stabilizzarsi nell'ultimo decennio. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, infatti, si manifesta con maggiore intensità tra il 2010 ed il 2030, periodo durante il quale la quota di *over 65* sul totale della popolazione passa dal 21% al 32%⁵⁵.

Nella figura 58, **la crescita della spesa sanitaria pubblica è scomposta tra i fenomeni sottostanti**. Sopra ogni colonna, sono indicati i valori assoluti della variazione della spesa sanitaria pubblica relativa ad ognuna delle variabili considerate. I *box* blu scuri in basso indicano il valore percentuale del rapporto spesa pubblica su PIL al 2005 ed al 2050; mentre i *box* azzurri intermedi mostrano il contributo di ogni fenomeno considerato alla crescita del rapporto spesa sanitaria su PIL 2050.

Prendendo a riferimento i valori assoluti della spesa sanitaria pubblica, i maggiori incrementi sono dovuti a:

- crescita della spesa sanitaria determinata dalla crescita del PIL, a parità di struttura della domanda di consumi sanitari;
- variazione del *mix* demografico, che impatta direttamente sulla struttura della domanda di prestazioni sanitarie.

Il primo di tali fenomeni, tuttavia, non ha alcun effetto sul rapporto spesa sanitaria su PIL: per la stima del relativo impatto, infatti, si è ipotizzato un tasso di crescita della spesa sanitaria pari al tasso di crescita medio annuo del PIL. Di conseguenza, il maggior impatto sul rapporto spesa sanitaria su PIL (pari al 2,4% del PIL 2050) è determinato dalla crescita della spesa sanitaria indotta dalla variazione del *mix* demografico.

54 - Cfr. DPEF 2006-2009, Previsioni correnti, Ministero dell'Economia.

55 - Per un maggior dettaglio sull'evoluzione della popolazione per fasce di età e sul *trend* di crescita della fascia *over 65* vedi i grafici in allegato.

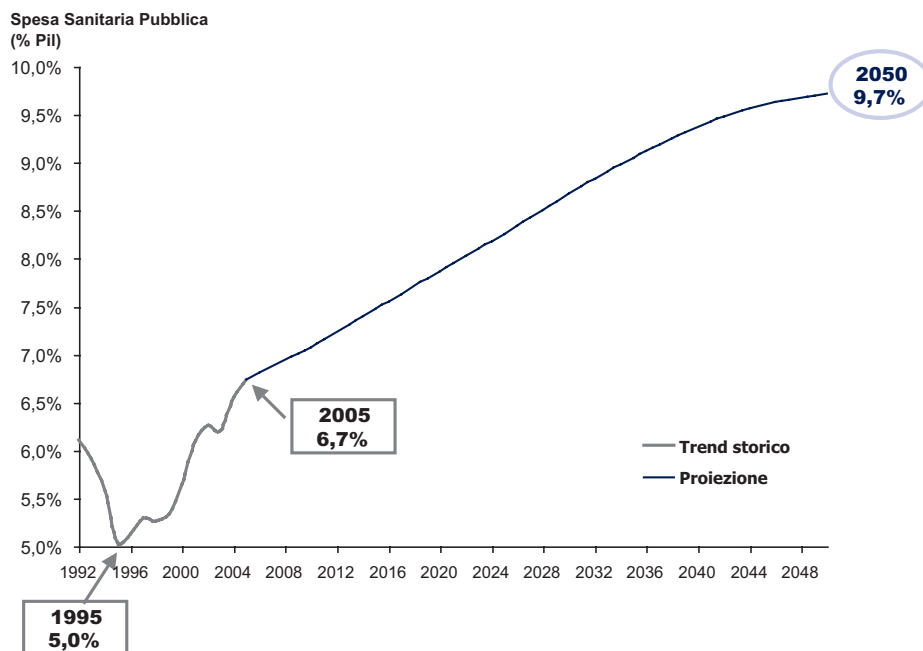


Figura 57. Evoluzione del rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL nel periodo 1992-2005 e proiezione al 2050 - Fonte: Dati ISTAT ed Elaborazione Ambrosetti - The European House

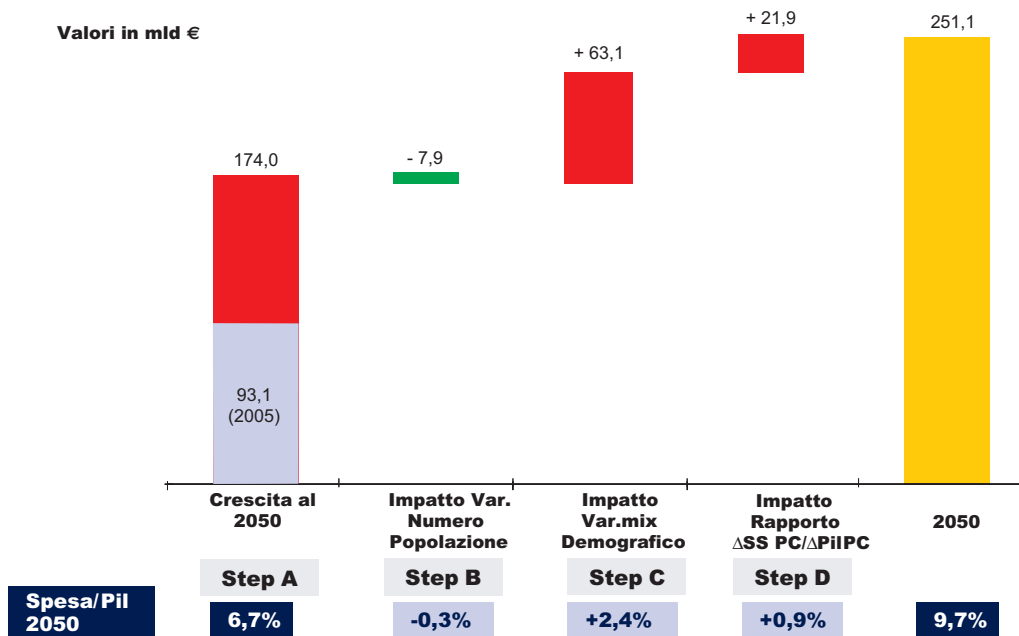


Figura 58. Scomposizione della crescita della spesa sanitaria pubblica in valore assoluto (valori in Mld €) e in percentuale del PIL. - Fonte: Elaborazione Ambrosetti - The European House

2.4.4 Il focus sui driver della crescita della spesa sanitaria

Per proiettare la spesa sanitaria pubblica al 2050 stimiamo in primo luogo l'**impatto della crescita del reddito disponibile** (*Step A*), assumendo che la popolazione rimanga invariata sia nel numero che nella composizione⁵⁶. Pur rimanendo invariata la percentuale di reddito destinata alla spesa per consumi sanitari, il valore assoluto della spesa stessa aumenta all'aumentare del valore assoluto del reddito complessivo destinato ai consumi.

Per stimare tale impatto, si ipotizza che la spesa sanitaria pubblica cresca allo stesso tasso medio annuo a cui cresce il PIL reale. Prendendo a riferimento le proiezioni della Ragioneria Generale dello Stato (tabella riportata in figura 59), si stima che per il periodo 2005-2050 il tasso medio annuo di crescita del PIL reale e, di conseguenza, della spesa sanitaria pubblica sia pari all'1,4%. In base a questo scenario, nel 2050 la spesa sanitaria pubblica sfiorerà i 174 miliardi di euro, con un incremento di quasi 81 miliardi di euro rispetto alla spesa sanitaria del 2005. L'impatto della spesa sanitaria pubblica sul PIL rimarrà, per definizione, invariato al 6,7% dal momento che sia il numeratore (spesa sanitaria) sia il denominatore (PIL) crescono allo stesso tasso medio annuo.

	2010	2020	2030	2040	2050
Cagr % PIL	1,4%	1,8%	1,4%	1,1%	1,3%

Figura 59. Evoluzione del PIL reale, percentuale di variazione media annua nel decennio precedente. - Fonte: Ragioneria Generale dello Stato (2005)

Un impatto di uguale dimensione è dato dalla **componente demografica** (*Step B e C*), che nel complesso determina un incremento della spesa sanitaria pubblica di oltre 55 miliardi di euro rispetto allo *Step* precedente. In effetti, l'impatto della componente demografica è la risultante di due fenomeni contrapposti.

Le proiezioni demografiche al 2050 prevedono una **diminuzione della popolazione residente** in Italia, come si evince dai grafici riportati nella figura seguente. La diminuzione della popolazione (*Step B*), e quindi del numero delle persone potenzialmente assistite dal Servizio Sanitario Nazionale, determina una riduzione della spesa sanitaria pubblica a parità dei livelli di spesa *pro-capite* e delle ipotesi sul tasso di crescita della spesa stessa. La diminuzione della popolazione comporta una riduzione della spesa sanitaria di 7,9 miliardi di euro rispetto allo *Step A*.

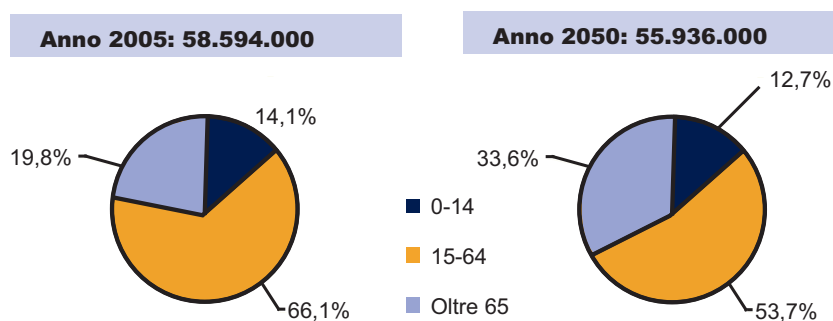


Figura 60. Composizione della popolazione italiana per fasce di età (2005 e 2050) - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su Previsioni nazionali demografiche, ISTAT (2006)

⁵⁶ - L'invarianza nella numerosità e nella composizione della popolazione assicura la costanza nella struttura dei consumi sanitari, a meno di variazioni nei gusti individuali non determinabili *a priori*.

Contemporaneamente, però, si verifica una significativa **variazione nella composizione della popolazione** (*Step C*). In primo luogo, la diminuzione della popolazione non avviene in modo proporzionale tra i due sessi, ma la diminuzione della componente femminile è più accentuata. Se nel 2004 la popolazione femminile è, seppure lievemente, maggioritaria, nel 2050 le due componenti saranno praticamente di pari dimensione (27,4 milioni di uomini contro 28,5 milioni di donne).

Inoltre, la composizione della popolazione per fasce di età varia sensibilmente. **La popolazione over 65 aumenta a un tasso medio annuo dell'1,1%** e la sua crescita non è controbilanciata da un'eguale crescita nelle altre fasce della popolazione e soprattutto nei tassi di natalità. In conseguenza, la percentuale degli *over 65* sul totale della popolazione passa dal 19,8% del 2005 a quasi il 34% nel 2050 (figura 60). Tale crescita si intreccia con il livello della spesa sanitaria *pro-capite* che proprio per questa fascia di età raggiunge il livello massimo. Questa interazione determina una esplosione della spesa sanitaria pubblica pari a oltre 63 miliardi di euro rispetto allo *Step B*.

Sommando l'impatto della crescita del reddito disponibile e della variazione nel numero e nella composizione della popolazione, la spesa sanitaria pubblica cresce a un tasso medio annuo del 2% tra il 2005 ed il 2050, fino a raggiungere un valore pari all'8,9% del PIL al termine del periodo.

Fin qui si è ipotizzato che la crescita della spesa sanitaria *pro-capite* per le singole fasce di età seguisse la dinamica del PIL *pro-capite*; in altre parole, si è ipotizzato che una crescita di un punto percentuale nel reddito disponibile comporti una crescita della spesa per consumi sanitari della medesima entità. L'analisi condotta su un *panel* di 9 Paesi⁵⁷ ha evidenziato come storicamente la crescita del PIL *pro-capite* e quella della spesa sanitaria *pro-capite* mostrino un andamento parallelo.

Un'analisi di maggiore dettaglio ha permesso di stimare il rapporto tra variazione annua della spesa sanitaria *pro-capite* e variazione annua del PIL *pro-capite*. La figura 61 mostra l'evoluzione di tale rapporto. La linea grigia dà evidenza della media delle rilevazioni storiche dei 9 Paesi: il rapporto tra variazione della spesa sanitaria *pro-capite* e la variazione del PIL *pro-capite* è sempre stato maggiore dell'unità. In altre parole, **la spesa sanitaria *pro-capite* storicamente varia in modo più che proporzionale ad ogni variazione nel reddito disponibile.**

Come si evince dalla linea di tendenza blu, tuttavia, il valore del rapporto mostra un andamento decrescente negli anni: **all'aumentare del PIL *pro-capite* la spesa sanitaria *pro-capite* cresce più che proporzionalmente, ma con un trend decrescente.**

57 - Lo studio ha preso in considerazione l'evoluzione del PIL *pro capite* e della spesa sanitaria pubblica *pro capite* di Austria, Canada, Francia, Germania, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti. L'analisi è stata svolta sulla base dei dati *OECD Health Data 2005*. Ulteriori dettagli sull'analisi sono disponibili in allegato.

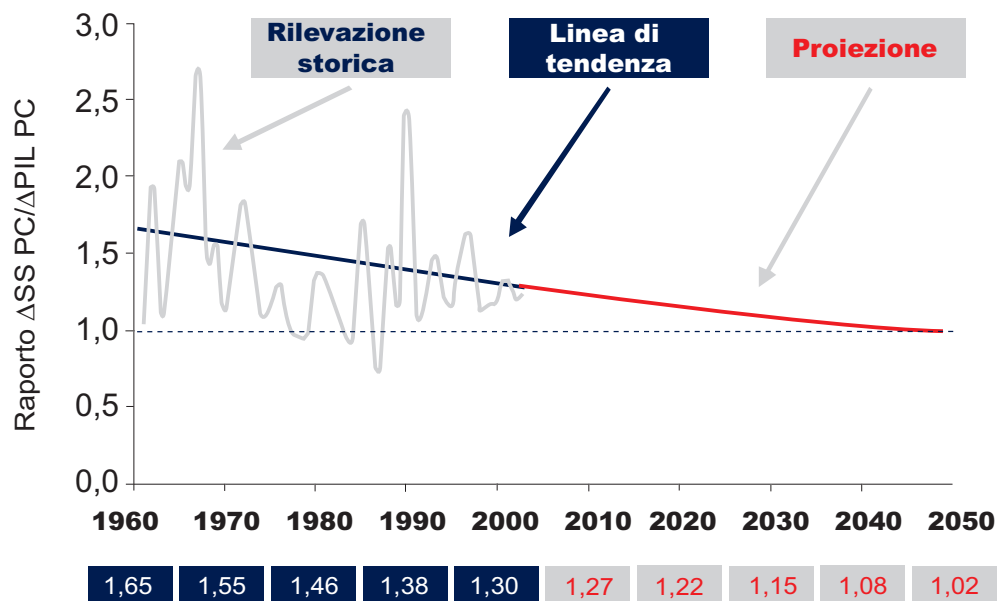


Figura 61. Evoluzione del rapporto tra variazione annua della spesa sanitaria pro-capite (SS PC) e variazione annua del PIL pro-capite (PIL PC)⁵⁸ - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2005

Nel 2003, ultimo anno per cui i dati sono disponibili, il rapporto tra variazione della spesa sanitaria *pro-capite* e variazione del PIL *pro-capite* è stato poco inferiore a 1,30. Partendo da tale valore ed ipotizzando un'evoluzione simile a quella descritta dalla linea di tendenza delle rilevazioni storiche degli ultimi 40 anni, si sono stimati i valori decennali del rapporto nel periodo 2004-2050. La tabella in basso riassume l'andamento decennale del tasso di crescita del PIL *pro-capite*, del rapporto tra variazione della spesa sanitaria *pro-capite* e PIL *pro-capite* e la conseguente stima della crescita della spesa sanitaria *pro-capite*.

	2010	2020	2030	2040	2050
Crescita PIL PC	1,2%	1,8%	1,5%	1,3%	1,5%
SS PC / PIL PC	1,27	1,22	1,15	1,08	1,02
Crescita Spesa PC	1,6%	2,2%	1,8%	1,4%	1,6%

Figura 62. Andamento del tasso medio annuo di crescita del PIL pro-capite (PIL PC), del rapporto tra variazione della spesa sanitaria pro-capite (SS PC) e PIL pro-capite (PIL PC) e del tasso di crescita della spesa sanitaria pro-capite - Fonte: Elaborazione Ambrosetti - The European House

Inserendo i dati riportati sopra nella proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050 (*Step D*) si evidenzia l'impatto che **l'elasticità stimata della spesa sanitaria pro-capite rispetto al reddito disponibile** ha sull'evoluzione della spesa sanitaria pubblica. In particolare, introducendo nel modello l'elasticità stimata della spesa sanitaria *pro-capite* si produce una crescita della spesa sanitaria pubblica al 2050 di quasi 22 miliardi di euro superiore rispetto allo *Step* precedente.

L'impatto dell'investimento in prevenzione

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come si può stimare l'impatto di scelte di politica sanitaria sull'evoluzione della spesa sanitaria pubblica?
- Qual è l'impatto di un incremento strutturale delle risorse destinate alla prevenzione?

L'impatto delle variabili economiche e demografiche appena analizzate può essere limitato dalla definizione di accurate politiche in ambito sanitario. In tal caso, l'approccio seguito non deve necessariamente andare verso la definizione di politiche di contenimento della spesa *tout court*, ma un identico risultato può essere raggiunto tramite la destinazione di maggiori risorse verso investimenti in prestazioni sanitarie che assicurino una maggiore efficacia e/o efficienza dell'offerta di sanità. Un esempio è dato da un incremento degli investimenti in prevenzione.

Il presente paragrafo ha lo scopo di stimolare la riflessione sui benefici di un incremento delle risorse destinate alla prevenzione in termini di minore spesa sanitaria pubblica⁵⁹. Nella prima parte del paragrafo, si stimerà l'entità del beneficio e il ritardo nella sua manifestazione sulla base delle evidenze empiriche riscontrate a livello internazionale⁶⁰; successivamente, si applicheranno i valori stimati alla proiezione al 2050 per valutarne l'impatto sulla spesa sanitaria pubblica.

2.4.5 La stima dell'impatto di un incremento delle spese in prevenzione

Storicamente, in Italia la spesa in prevenzione ha assorbito una quota marginale della spesa sanitaria pubblica: nel 2003 è stata pari allo 0,6% della spesa sanitaria pubblica⁶¹ (si veda la figura 63). I dati presentati in figura, come quelli utilizzati a supporto di tutto il presente paragrafo, sono elaborati dall'OCSE. La classificazione dell'OCSE⁶² include nella voce di spesa per prevenzione servizi forniti allo scopo di migliorare lo stato di salute generale della popolazione, distinguendoli dai servizi di tipo curativo. Tipici servizi di prevenzione sono le campagne ed i programmi di vaccinazione. La stessa OCSE sottolinea però che nella classificazione non sono ricompresi tutti gli ambiti attinenti alla salute pubblica in senso ampio, come la protezione ambientale. Altre fonti, partendo da una definizione più ampia dei servizi sanitari di prevenzione, arrivano a un valore più elevato⁶³. L'utilizzo di dati OCSE si è reso necessario dal momento che il tipo di analisi svolta richiede un **elevato grado di comparabilità internazionale dei dati**.

Il criterio classificatorio adottato dall'OCSE si basa sulla definizione della prevenzione come distinta dai servizi sanitari di tipo curativo. Per stimare il beneficio dell'investimento in prevenzione, si è perciò analizzata la correlazione tra spesa in prevenzione e spesa per prestazioni terapeutiche e riabilitative (vedi figura 64).

59 - A questi si devono aggiungere i benefici derivanti da un miglioramento nello stato di salute degli individui.

60 - L'analisi ha preso in considerazione 5 Paesi appartenenti all'OCSE: Canada, Francia, Olanda, Spagna e Stati Uniti.

61 - Cfr. OECD Health Data 2005.

62 - Cfr. OECD (2000), *A system of health accounts*.

63 - Cfr. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), Rivista Monitor #10, 2006.

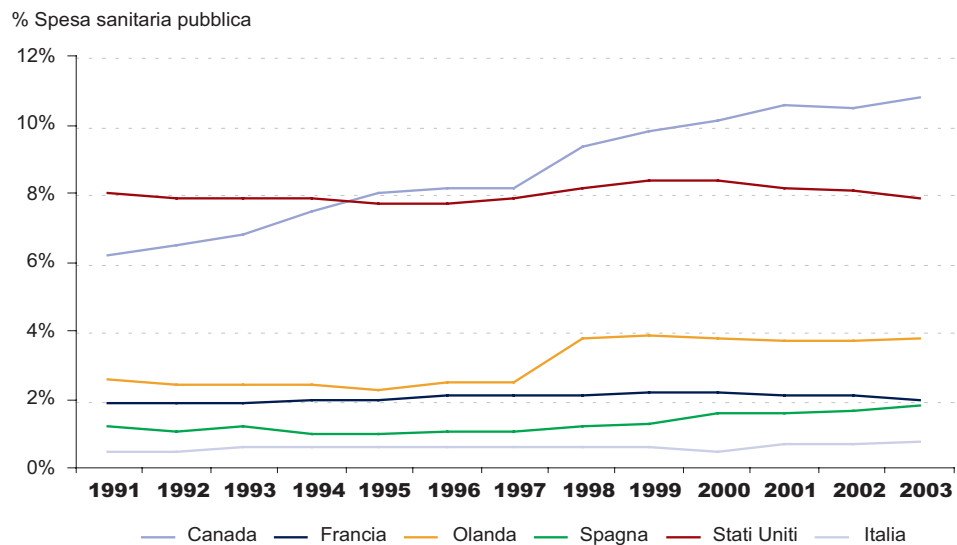


Figura 63. Spesa sanitaria in prevenzione, in percentuale su spesa sanitaria pubblica - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2005

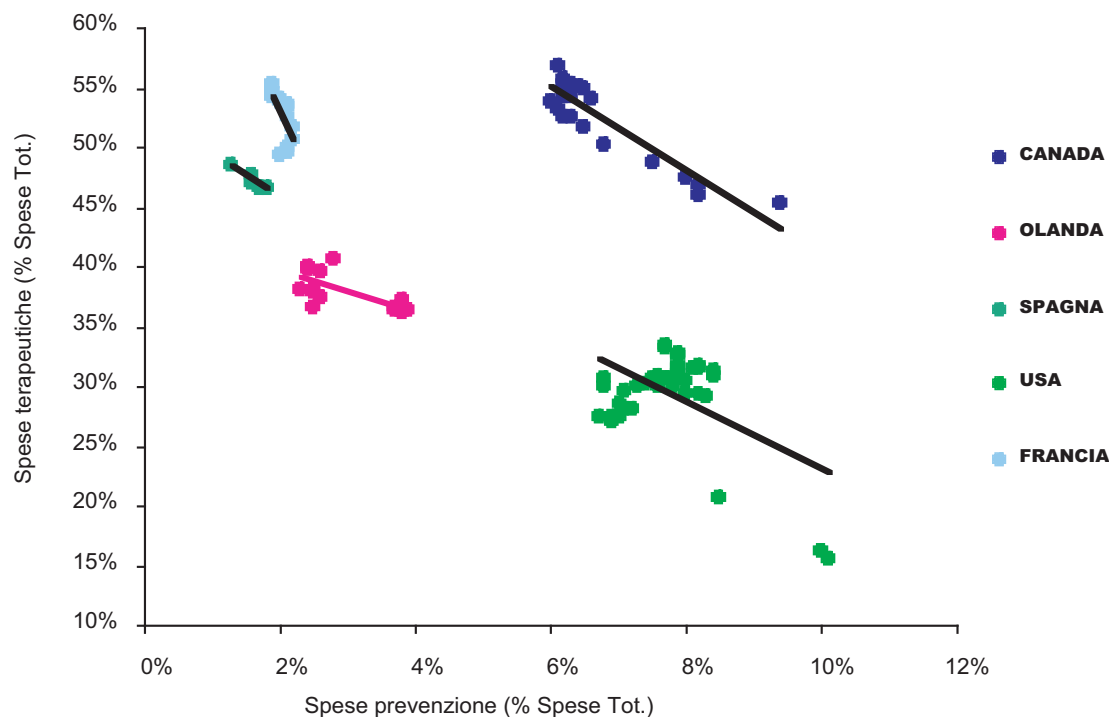


Figura 64. Correlazione tra spesa in prevenzione e spese terapeutiche⁶⁴ - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2005

64 - L'Italia è stata esclusa dall'analisi perchè i dati a disposizione non consentivano una elevata significatività statistica.

Dall'analisi delle serie storiche, si evince una **relazione inversa tra incremento della spesa in prevenzione e la spesa per prestazioni curative e riabilitative** negli anni successivi. In particolare un incremento dell'1% nel rapporto spesa in prevenzione su spesa sanitaria pubblica è correlato ad una diminuzione del 3% nella percentuale di spesa destinata alle prestazioni curative e riabilitative. Prendendo in considerazione differenti orizzonti temporali di manifestazione del beneficio, la migliore correlazione statistica tra variazione della percentuale di spesa in prevenzione e variazione della spesa per prestazioni terapeutico-riabilitative si manifesta entro un periodo di 10 anni.

In conclusione, l'analisi delle serie storiche fa emergere **un moltiplicatore** per le spese in prestazioni di tipo terapeutico-riabilitativo **pari a -3 volte l'investimento in prevenzione** effettuato e la massima manifestazione del beneficio **entro un periodo di 10 anni**.

2.4.6 L'impatto dell'investimento in prevenzione sulla proiezione della spesa sanitaria al 2050

I risultati dell'analisi svolta sulle serie storiche a livello internazionale sono stati quindi applicati alla proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050 stimata nel paragrafo precedente. Si ricorda che per effetto della componente demografica ed economica, la spesa sanitaria pubblica al 2050 era stimata in oltre 251 miliardi di euro, pari al 9,7% del PIL 2050.

Per la stima dell'impatto di un incremento dell'investimento in prevenzione si sono definite le seguenti **ipotesi**:

- un moltiplicatore per le spese in prestazioni terapeutico-riabilitativo pari a -3 volte l'investimento in prevenzione effettuato;
- una manifestazione del beneficio entro un periodo di 10 anni;
- l'impatto del beneficio come diminuzione delle spese per *Acute Care* ospedaliera⁶⁵;
- la costanza del moltiplicatore rispetto al valore assoluto dell'investimento in prevenzione⁶⁶.

Il livello e le modalità dell'investimento in prevenzione costituiscono scelte di natura arbitraria. Come caso base, si è ipotizzato un **incremento strutturale del rapporto spesa in prevenzione su spesa sanitaria pubblica pari all'1% ogni 10 anni**. Nella figura 65, sono sintetizzati l'andamento dell'investimento in prevenzione e il suo impatto sulla spesa sanitaria per prestazioni terapeutico-riabilitative.

65 - L'ipotesi che il beneficio della prevenzione si manifesti come diminuzione delle spese per una qualsiasi altra tipologia di prestazioni definita nell'ambito del modello previsionale non impatta sul valore totale del beneficio, ma sulla ripartizione della spesa sanitaria tra tipologie di prestazioni.

66 - L'assunto può essere considerato ragionevole se si considera il contenuto livello dell'investimento in prevenzione e la sua bassa incidenza sulla spesa sanitaria pubblica. Per valori più consistenti dell'investimento in prevenzione e/o della sua incidenza sulla spesa sanitaria pubblica è plausibile ritenere che il *trend* del beneficio manifesti un andamento decrescente al crescere del valore dell'investimento.

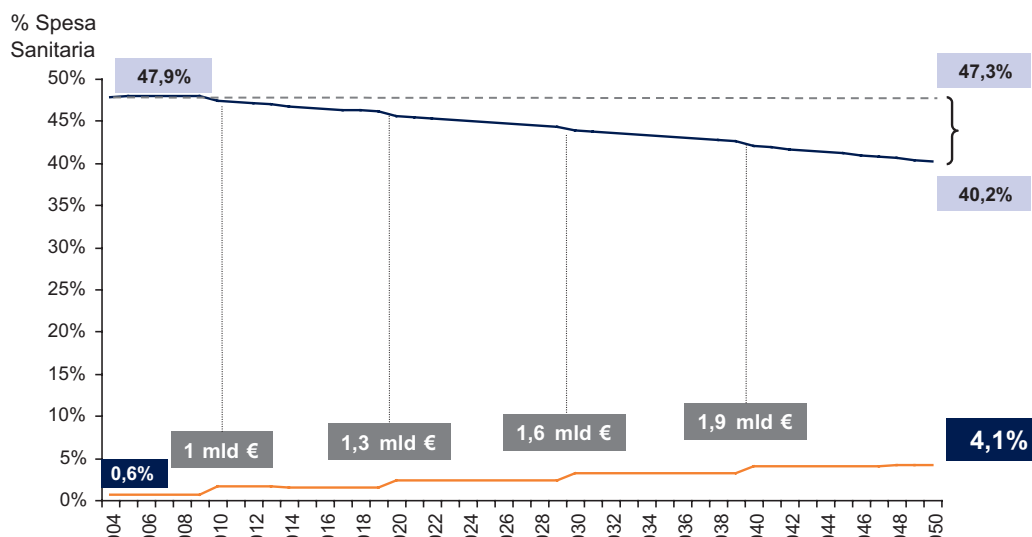


Figura 65. Andamento dell'investimento in prevenzione ed impatto sulla spesa per prestazioni terapeutico-riabilitative - Fonte: Elaborazione Ambrosetti - The European House

La linea rossa mostra l'andamento della spesa in prevenzione; i "gradini" a intervalli decennali costituiscono gli incrementi strutturali dell'1% nel rapporto spesa in prevenzione su spesa sanitaria pubblica (i box grigi sopra ogni gradino mostrano il valore assoluto dell'incremento strutturale relativo all'anno dell'intervento). In seguito agli incrementi strutturali decennali ed applicando il medesimo tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pubblica, nel 2050 la spesa in prevenzione assorbirà 9,5 miliardi di euro e conterà per il 4,1% della spesa sanitaria pubblica.

Nel medio-lungo periodo, l'incremento strutturale della spesa in prevenzione comporta una riduzione dell'incidenza della spesa per *Acute Care* ospedaliera sul totale della spesa sanitaria. Nel 2005, le prestazioni ospedaliere assorbono il 47,9% della spesa sanitaria pubblica. In assenza dell'"effetto prevenzione", per il periodo 2005-2050 si prevede una loro lieve riduzione fino ad assorbire il 47,3% della spesa sanitaria (linea blu tratteggiata). Come conseguenza dell'investimento in prevenzione, si prevede una netta riduzione della spesa per prestazioni ospedaliere, che nel 2050 assorbiranno il 40,2% della spesa sanitaria pubblica (linea blu continua).

Al 2050, la decisione di incrementare strutturalmente l'investimento in prevenzione assorbirà risorse per 8,1 miliardi di euro⁶⁷ ma genererà un beneficio in termini di minori spese per prestazioni terapeutico-riabilitative pari a 24,6 miliardi di euro. Il beneficio netto al 2050 di un incremento strutturale dell'1% nel rapporto spese in prevenzione su spesa sanitaria pubblica è stimato in 16,5 miliardi di euro, pari a una riduzione di 0,6 punti percentuali nel rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL, che scenderebbe così al 9,1% (come si evince dalla figura 66).

La decisione relativa all'entità dell'incremento strutturale in prevenzione è per definizione arbitraria. Per valori contenuti dell'investimento in prevenzione e/o della incidenza delle spese in prevenzione sul totale della spesa sanitaria pubblica, ad un incremento dell'entità dell'investimento corrisponderà un aumento proporzionale del beneficio netto derivante dall'investimento. In allegato è presente una *sensitivity analysis* relativa all'impatto che differenti entità dell'investimento in prevenzione hanno sulla spesa sanitaria pubblica, in valore assoluto ed in rapporto al PIL; si è

67 - La differenza tra la spesa in prevenzione al 2050 (9,5 miliardi di euro) e le risorse derivanti dall'investimento strutturale (8,1 miliardi di euro) rappresenta la proiezione al 2050 della spesa in prevenzione già in essere per l'anno 2005.

inoltre effettuata una *sensitivity analysis* relativa a differenti orizzonti temporali entro cui è previsto il manifestarsi del beneficio dell'investimento in prevenzione.

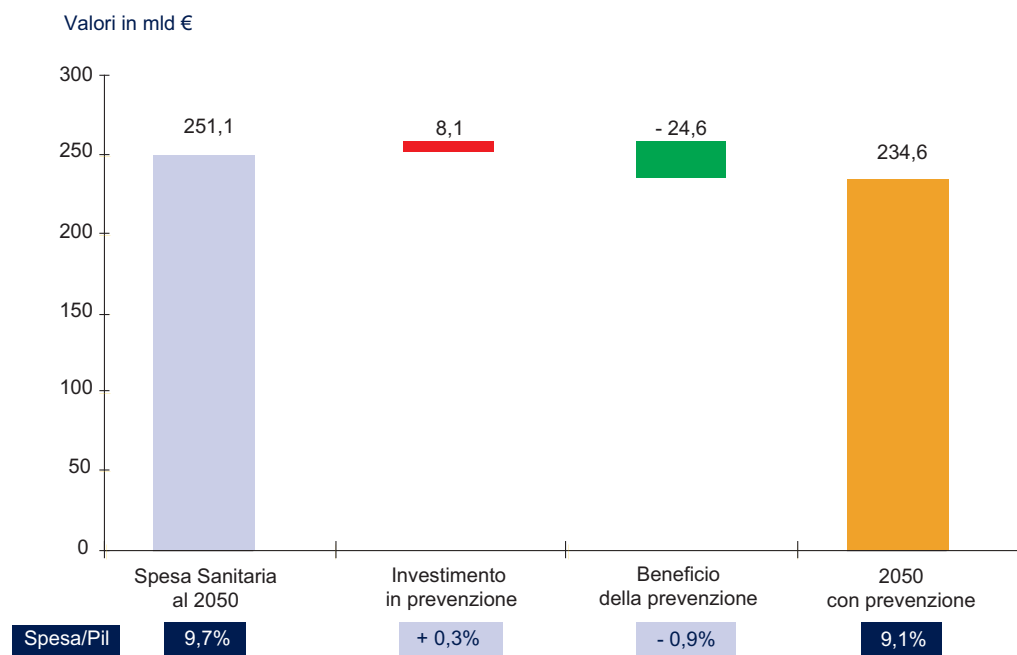


Figura 66. Scomposizione dell'impatto di un incremento strutturale della spesa per prevenzione sulla spesa sanitaria totale in valore assoluto (valori in Mld €) e in percentuale del PIL. - Fonte: Elaborazione Ambrosetti - The European House

2.5 LE DINAMICHE LOCALI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come si distribuisce la spesa sanitaria tra le Regioni?
- È equa l'attuale ripartizione delle risorse?
- La qualità del servizio è omogenea su base nazionale?
- Quali sono le logiche che sottintendono alla distribuzione delle risorse?
- Se la domanda cambia, come fanno le strutture territoriali a fronteggiarla?

2.5.1 Analisi comparata della spesa sanitaria delle Regioni: dinamiche evolutive e mobilità interregionale

Il panorama sanitario regionale si mostra ancora estremamente disomogeneo, sia in termini di spesa e di costi sia in termini di qualità dei servizi erogati ai cittadini. Spostando il focus dell'analisi del Servizio Sanitario da un ambito nazionale ad uno regionale è interessante innanzitutto osservare come i livelli di spesa sanitaria a livello regionale risultino estremamente variabili. La spesa pro-capite, (figura 67) evidenzia livelli mediamente più elevati nelle Regioni del Centro-Nord (la punta massima è della Provincia Autonoma di Bolzano con 1.985 €), mentre tutte le Regioni del Sud, curiosamente in compagnia del Piemonte, registrano livelli di spesa inferiori alla media nazionale (la punta minima è della Calabria con 1.305 €; la media nazionale è 1.536 €) e ciò, presumibilmente, non solo in ragione dei fattori demografici.

Tali differenze tra Regioni risultano ancor più evidenti analizzando gli scostamenti della spesa sanitaria pro-capite rispetto alla media nazionale (2004). L'analisi mostra e conferma la presenza di forti scostamenti, in termini percentuali, dalla media nazionale e con le Regioni del Sud generalmente sotto la media nazionale. La Calabria registra lo scostamento maggiore, con un -15% rispetto alla media nazionale (figura 68).

Negli ultimi anni (2001-2004) si è assistito inoltre ad una diversa evoluzione della spesa sanitaria a livello regionale, accompagnata da diversi tassi di crescita della spesa tra le Regioni (figura 69). Nel periodo 2001-2004, il Friuli-Venezia Giulia ha registrato il tasso di crescita medio annuo maggiore (+6,8%), mentre decisamente più contenuta è stata la crescita della spesa sanitaria della Calabria (+1,2%). La Lombardia, al pari di alcune Regioni del Sud, evidenzia una crescita contenuta (+4%), di poco inferiore alla media nazionale (+4,8%).

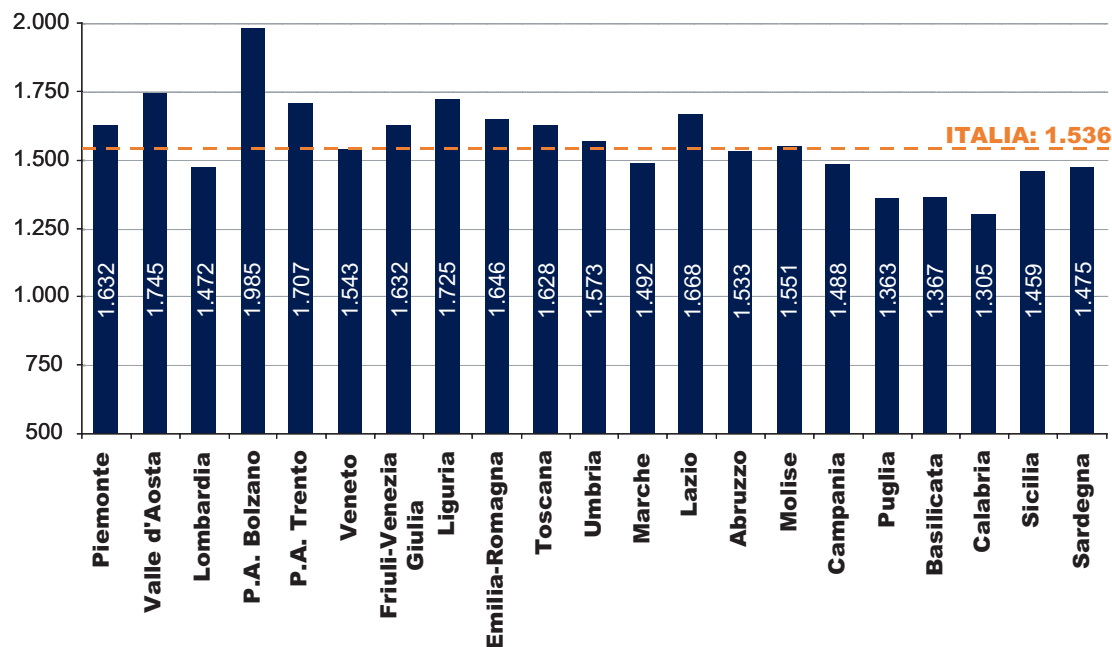


Figura 67. La spesa sanitaria per abitante (in euro) delle Regioni - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e ISTAT, 2004

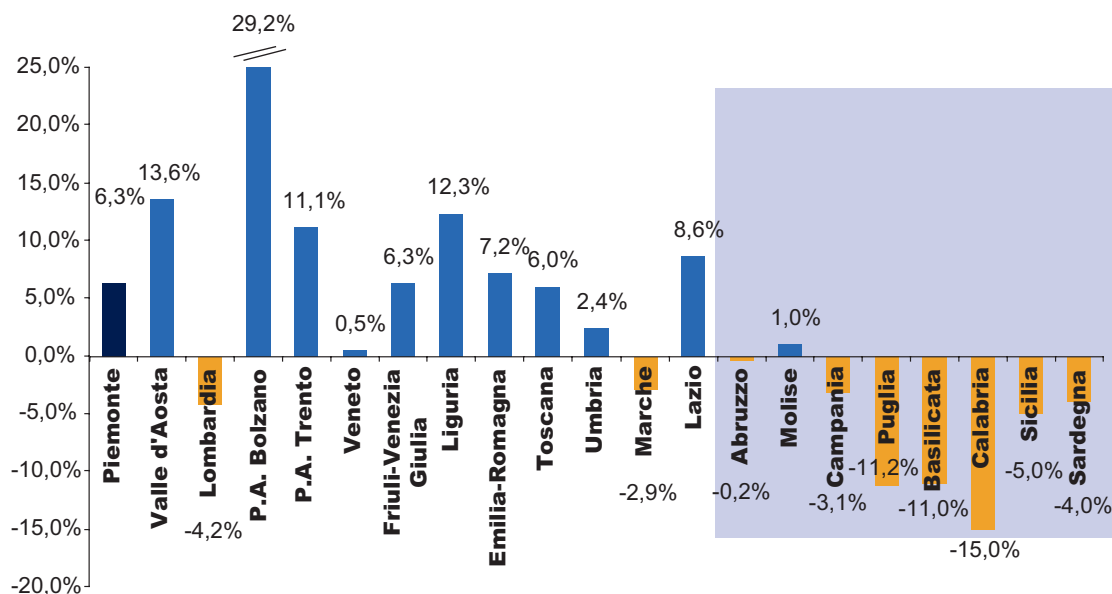


Figura 68. La spesa sanitaria per abitante delle Regioni: scostamento percentuale dalla media nazionale (2004) - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e ISTAT, 2004

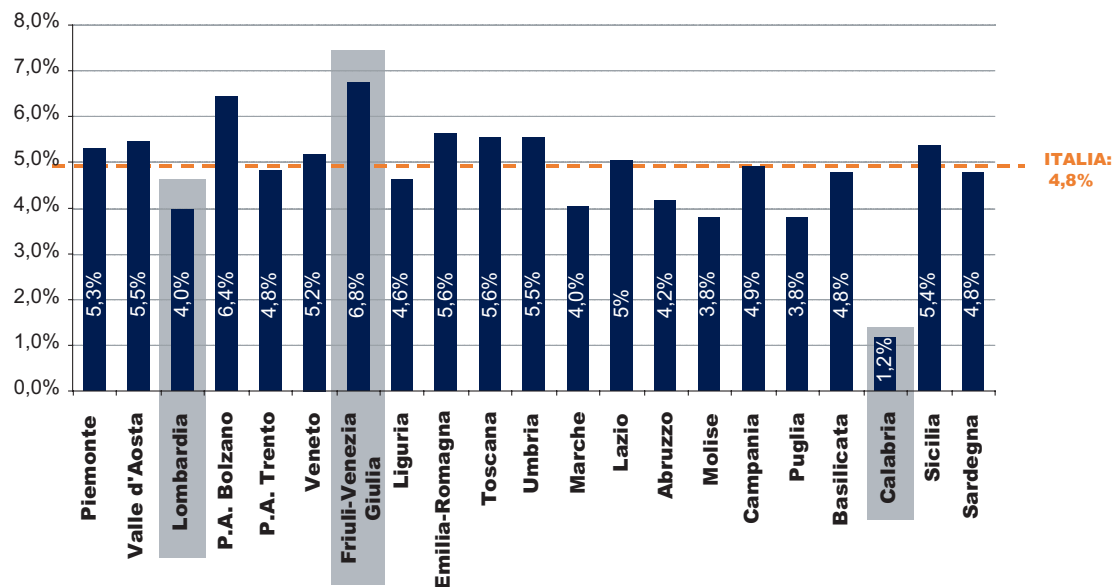


Figura 69. Evoluzione della spesa sanitaria delle Regioni (2001-2004) – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, RGSEP 2004

Allo stesso modo, anche i disavanzi (avanzi) della spesa sanitaria, al netto dei saldi di mobilità sanitaria infraregionale, presentano forti disomogeneità tra Regioni. In particolare, Puglia (62 ml €) e Calabria (53 ml €) sono le uniche Regioni del Sud in avanzo, mentre altre Regioni del Sud evidenziano pesanti disavanzi, quali ad esempio: Campania (902 ml €), Lazio (460 ml €) e Sicilia (432 ml €). Tra le Regioni del Nord il Piemonte evidenzia il disavanzo maggiore (288 ml €), seguito dalla Toscana (276 ml €) e dalla Emilia Romagna (205 ml €).

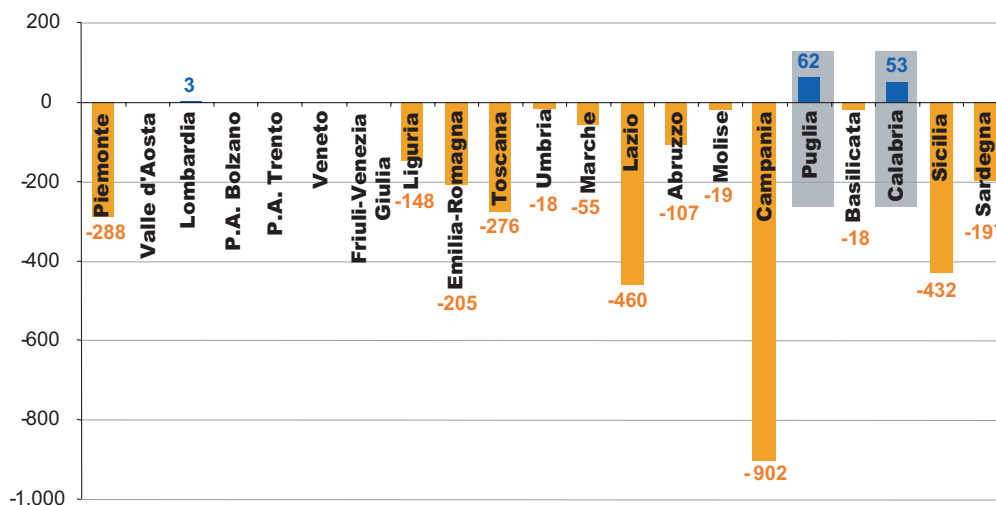


Figura 70. Disavanzi (Avanzi) della spesa sanitaria delle Regioni (milioni di euro) – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, RGSEP 2004

Se si calcola poi il disavanzo (avanzo) pro-capite⁶⁸, al netto dei saldi di mobilità sanitaria infraregionale, la differenza di Regioni quali Puglia (avanzo di 15 €) e Calabria (avanzo di 26 €) rispetto alle altre Regioni – specie quelle del Sud – appare ancora più evidente. Campania e Sardegna evidenziano il disavanzo pro-capite più elevato, rispettivamente pari a 157 € e 120 €. Tra le Regioni del Nord, Liguria e Piemonte, con un disavanzo rispettivamente pari a 94 € e 68 €, mostrano i valori più elevati.

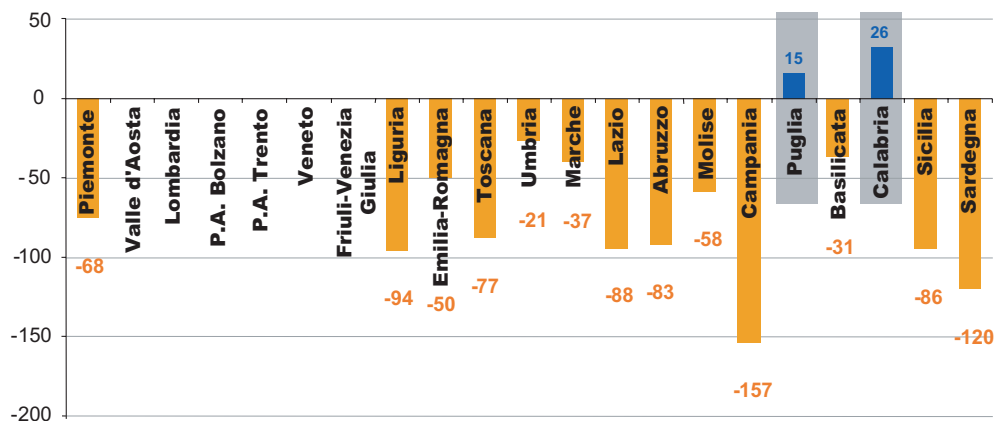


Figura 71. Disavanzi (Avanzi) pro-capite al netto dei saldi di mobilità sanitaria infraregionale, 2004 (euro) – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, RGSEP 2004

Occorre tuttavia tener conto di un possibile fattore di distorsione dei dati nelle comparazioni interregionali. Vi è infatti una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci di tipo economico, quali plus o minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze, rimanenze e accantonamenti. Nello specifico, gli eventuali accantonamenti per la copertura degli oneri aggiuntivi per il rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) possono impattare in modo significativo sulla consistenza dei disavanzi. È il caso ad esempio del Piemonte, che presenta un saldo delle voci economiche (inclusi gli accantonamenti) particolarmente elevato. Secondo una stima recentemente effettuata, scorporando questo saldo e quello per l'attività intra-muraria, il disavanzo (ovvero il differenziale tra spesa e finanziamento) si ridurrebbe del 35%⁶⁹.

Analogamente alla spesa sanitaria (a livello regionale), anche la spesa farmaceutica convenzionata pro-capite è molto differenziata tra le Regioni. Anche in questo caso, le differenze tra Nord e Sud del Paese sono evidenti (figura 72). Il Lazio, con 270 €, presenta il valore massimo di spesa farmaceutica convenzionata pro-capite, nettamente superiore alla media nazionale (209 €), mentre la Provincia Autonoma di Bolzano raggiunge il valore minimo (156 €). A questo proposito è interessante osservare come Calabria e Puglia, che sono le Regioni con la minore spesa sanitaria pro-capite nonché le uniche Regioni del Sud ad aver registrato nel 2004 un avanzo, sono invece sopra la media nazionale per quanto attiene alla spesa farmaceutica convenzionata.

Le diverse politiche di contenimento della spesa sanitaria rappresentano un ulteriore fattore di differenziazione a livello regionale e consentono di spiegare in parte l'evoluzione e le diverse "velocità" di crescita della spesa farmaceutica convenzionata negli ultimi anni (2001-2004). A titolo di esempio, alcune delle Regioni che hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci sul territorio alternative a quella convenzionata (es. Toscana e Umbria) hanno registrato una maggiore accelerazione del trend di crescita della spesa per beni e servizi e una crescita più contenuta della spesa

68 - In base alle leggi 724/1994 e 662/1996 le Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e Bolzano, provvedono alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali.

69 - Eugenio Anessi Pessina e Elena Cantù, "Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia", CERGAS, 2004.

farmaceutica convenzionata. Allo stesso modo, le Regioni che hanno reintrodotta compartecipazioni alla spesa sull'assistenza farmaceutica (ad es. Piemonte e Liguria) o hanno adottato altre misure di contenimento della spesa, hanno registrato tassi di crescita più contenuti della spesa farmaceutica convenzionata. Nel caso del Piemonte, in un quadro apparentemente inefficiente, si è registrata la maggior riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (pari a un -2,2% medio annuo) nel periodo 2001-2004.

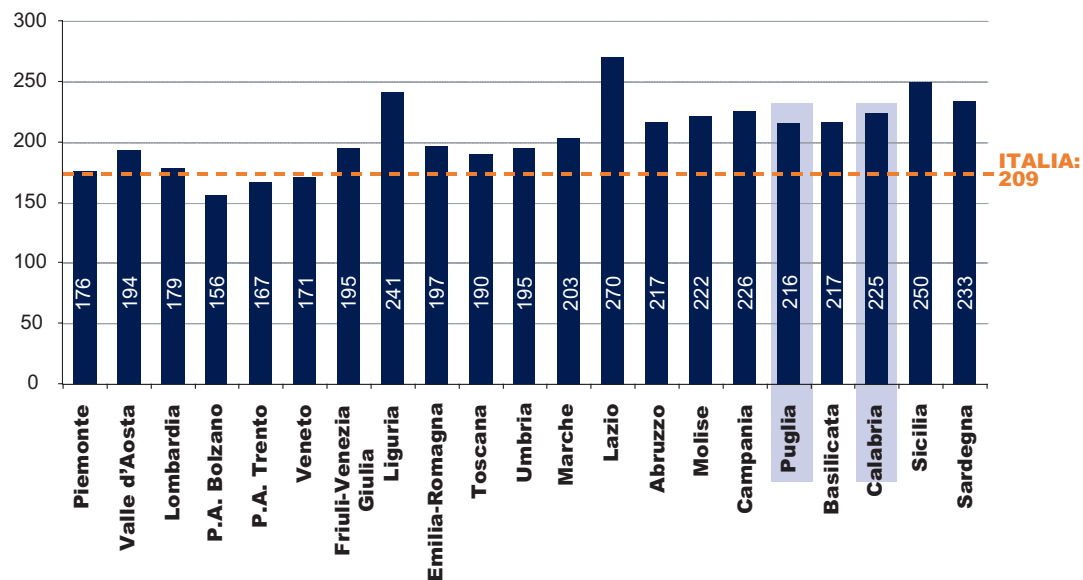


Figura 72. Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite 2004 (euro) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e ISTAT, 2004

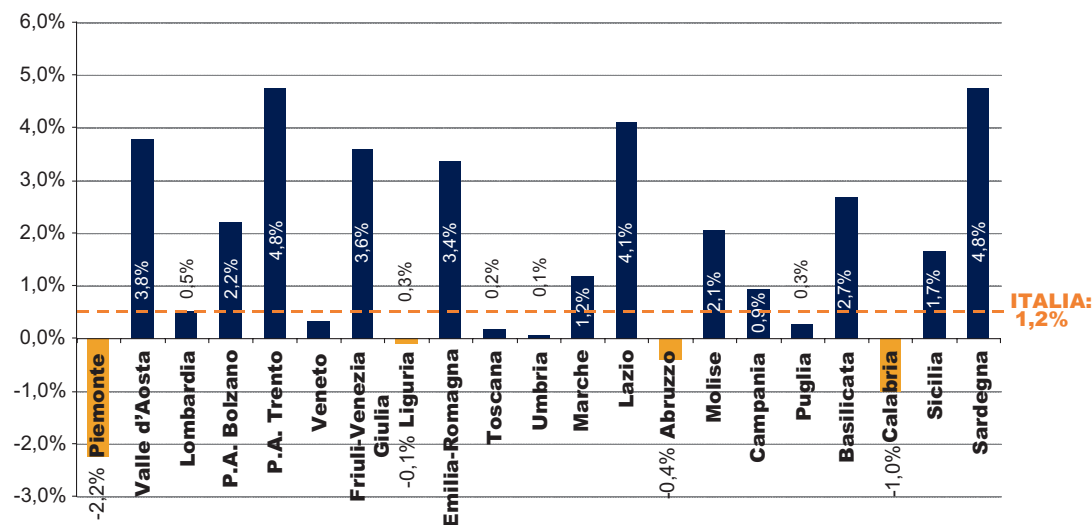


Figura 73. Tasso di incremento medio annuo della spesa farmaceutica convenzionata (periodo 2001 - 2004) – Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, RGSEP 2004

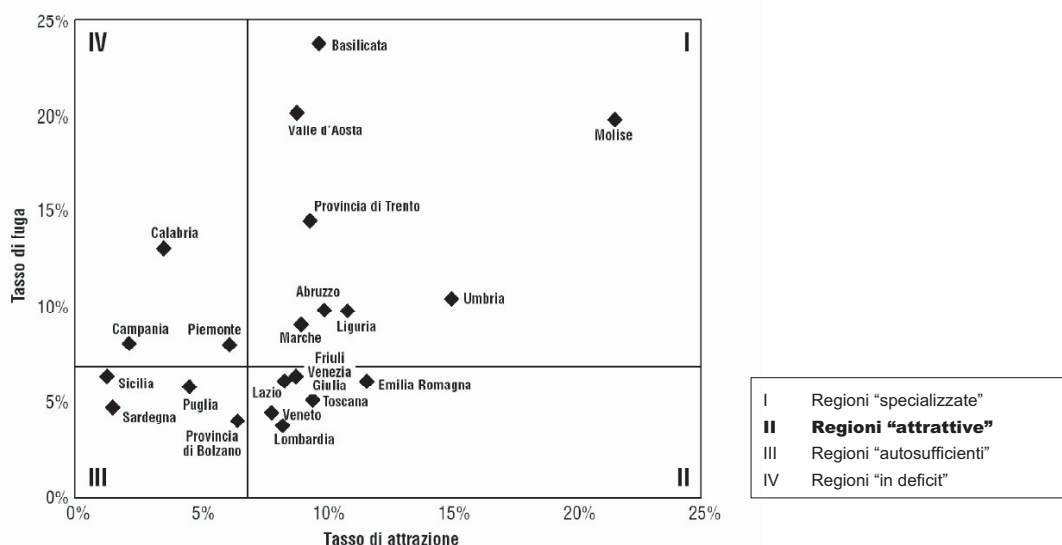
Un ulteriore aspetto di differenziazione tra le Regioni (e i relativi Servizi Sanitari) è legato ai flussi di mobilità e attrattività interregionali. Il fenomeno della migrazione sanitaria, intesa come il ricovero in una struttura ospedaliera localizzata in un'altra Regione rispetto a quella di residenza, può essere dovuto a molteplici motivazioni:

- ragioni sanitarie effettive: presenza di centri di alta specialità, centri specializzati per la cura di malattie rare, ecc.;
- inadeguata presenza e distribuzione capillare sul territorio dei servizi diagnostico-terapeutici;
- disinformazione;
- differenze reali o percepite rispetto alla qualità dei servizi e delle cure offerte presso determinate strutture rispetto a quanto offerto dalle strutture regionali;
- ecc..

L'analisi dei flussi di mobilità interregionale può essere dunque impiegata al fine di valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o Regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti un indice rappresentativo della reputazione delle stesse.

Nella figura seguente viene esemplificata un'analisi sintetica dei flussi di mobilità e attrattività interregionale⁷⁰. Nella matrice vengono riportate, in modo sintetico, le informazioni di mobilità (rispetto al 2002) relative ai ricoveri ordinari per acuti rispetto a due variabili che consentono di definire il relativo posizionamento delle Regioni:

- **Tasso di fuga**: numero di ricoveri dei residenti in strutture fuori Regione sul totale dei ricoveri della Regione;
- **Tasso di attrazione**: numero di ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della Regione.



¹Tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione

²Tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri dei residenti della regione

Figura 74. Posizionamento delle Regioni in base al tasso di attrazione¹ e fuga² (2002) – Fonte: CERGAS – Rapporto OASI 2004

La combinazione di queste due variabili con i valori della media nazionale consente di individuare quattro quadranti all'interno della matrice, rispetto ai quali classificare il posizionamento delle Regioni in:

- **Regioni "attrattive"** (es. Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Lazio, ecc.): con elevata mobilità in entrata e contenuta mobilità in uscita (si tratta tendenzialmente di Regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità);
- **Regioni "in deficit"** (Calabria, Campania e Piemonte): con una notevole mobilità in uscita e limitata mobilità in entrata (si tratta in genere di Regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità);
- **Regioni "specializzate"** (es. Molise, Umbria, Liguria, Abruzzo, ecc.): con una forte mobilità in uscita e in entrata (si tratta tendenzialmente di Regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica delle Regioni confinanti o dalla necessità di trovare fuori Regione le specialità che le strutture regionali non offrono, ma che al contempo riescono ad attrarre pazienti dalle Regioni confinanti per determinate specialità e cure sanitarie);
- **Regioni "autosufficienti"** (es. Sicilia, Sardegna, Puglia, ecc.): con bassa mobilità in entrata e in uscita.

L'analisi dei flussi interregionali, che può considerarsi indicativa della qualità percepita dal cittadino, evidenzia che i Servizi Sanitari delle Regioni del Sud sono valutati meno "affidabili" dai cittadini e porta all'attenzione ancora una volta la Calabria, come Regione con un tasso di fuga tra i più elevati a livello nazionale. Il Piemonte, tra le Regioni del Nord, è quella che mostra – almeno ad una prima analisi "quantitativa" – gli indicatori peggiori sia in termini di efficienza di costi (spesa sanitaria pro-capite +6% rispetto alla media, 68 € di disavanzo pro-capite) che di qualità percepita dai cittadini (con un tasso di fuga dei pazienti superiore alla media nazionale).

Rispetto al 2001, la mobilità fuori Regione appare sostanzialmente invariata (pari al 6,9% dei ricoveri complessivi di pazienti italiani sia nel 2001 che nel 2002). A livello regionale solo Abruzzo, Sicilia e Sardegna sono state in grado di ridurre più dello 0,5% il loro tasso di fuga, a differenza di quanto si registra in Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e, in particolare, nella Provincia di Trento (in cui il tasso di fuga dal 14,5% è salito al 16,3%)⁷¹.

Con riferimento al tasso di attrazione si registrano gli incrementi più significativi soprattutto nelle Regioni di piccole dimensioni (Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo e Molise), a differenza di quanto avviene nel Lazio, dove si evidenzia una riduzione del tasso di più di mezzo punto percentuale.

2

3.1 GLI INDICATORI DI PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI: IL FRAMEWORK DELLA WHO E ALCUNE ESPERIENZE NAZIONALI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come può essere definito e quali sono gli obiettivi finali di un sistema sanitario in un Paese?
- Come raggiungere tali obiettivi?
- Quali indicatori utilizzare per misurare l'efficacia dei sistemi sanitari?
- Quali indicatori utilizzare per misurare l'equità dei sistemi sanitari?
- Quali indicatori utilizzare per misurare l'efficienza dei sistemi sanitari?
- Quali indicatori utilizzare per misurare la sostenibilità dei sistemi sanitari?

3.1.1 Gli obiettivi di un sistema sanitario secondo la WHO

La *World Health Organization*⁷² ha definito il sistema sanitario come "l'insieme di tutti gli attori, le istituzioni e le risorse che svolgono azioni il cui intento primario è quello di migliorare la salute", essendo la salute definita come lo "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste solo nell'assenza di malattie e di infermità"⁷³.

Come già accennato nel capitolo 1 del presente rapporto, la WHO ha stabilito che i sistemi sanitari devono perseguire tre fondamentali obiettivi:

- migliorare lo stato di salute dei cittadini;
- rispondere alle loro aspettative in tema di salute e di assistenza sanitaria (reattività o capacità di risposta – *responsiveness*);
- fornire meccanismi di protezione finanziaria per contrastare i costi della perdita di salute (equità contributiva – *fairness contribution*), facendo in modo che anche i cittadini meno abbienti abbiano la possibilità di accedere alle cure sanitarie.

L'efficacia di un sistema sanitario può quindi essere misurata come capacità di raggiungere questi tre obiettivi. Il livello di raggiungimento (*attainment*) è misurabile attraverso una serie di indicatori identificati dalla stessa WHO.

3.1.2 Le funzioni / leve di un sistema sanitario

L'identificazione dei tre obiettivi, tuttavia, non è sufficiente a spiegare i diversi livelli di *performance* dei sistemi sanitari, né suggerisce quali siano le azioni necessarie a migliorarne l'efficienza.

72 - *The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*, 2000; *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*, 2003.

73 - Si veda anche il capitolo 1, paragrafo 4.

A tal fine occorre considerare in che modo un sistema sanitario persegue i propri obiettivi, ovvero come gestisce le sue quattro leve/funzioni principali:

- Finanziamento (*financing*);
- Risorse – Investimenti / Formazione (*resource generation*);
- Amministrazione / Supervisione (*stewardship*);
- Fornitura di servizi sanitari (*provision*).

Il sistema sanitario deve assicurare anzitutto il reperimento delle risorse necessarie per il suo funzionamento ed una corretta allocazione delle risorse stesse.

Le risorse umane e fisiche quali servizi, attrezzature e conoscenza, gli investimenti strutturali (ospedali, case di cura) e la formazione sono elementi necessari per la fornitura di servizi sanitari. Questi elementi sono erogati da un gruppo eterogeneo di organizzazioni che comprendono università ed altri istituti scolastici, centri di ricerca ed aziende che producono tecnologie specifiche.

Il sistema sanitario deve avere una struttura di governo e controllo che ne garantisca il funzionamento in modo efficace ed efficiente.

In ultima analisi la finalità operativa di un sistema sanitario è la fornitura dei servizi sanitari ai cittadini. Questi si dividono in *individual health services* – erogati direttamente ad un individuo e di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico o rieducativo – e in *community health services* – che si rivolgono alla collettività (azioni di educazione sanitaria) o all’ambiente (azioni di risanamento).

La figura seguente mostra, in una visione d’insieme, le quattro principali funzioni che un sistema sanitario adempie e gli obiettivi/risultati che ne derivano.

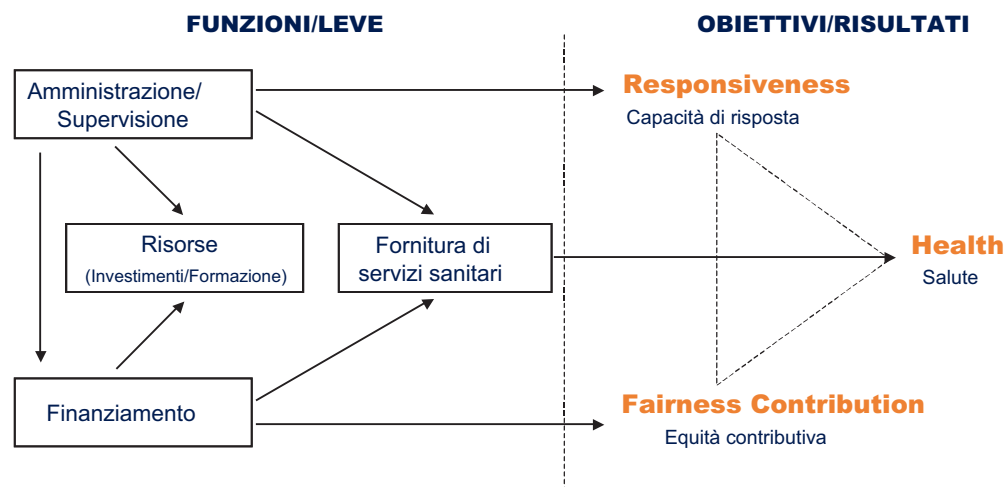


Figura 75. Dalle funzioni/leve agli obiettivi/risultati di un sistema sanitario - Fonte: WHO

3.1.3 Il modello elaborato dalla WHO: *Health System Performance Assessment*

Chiarendo e quantificando gli obiettivi dei sistemi sanitari e correlandoli alle funzioni essenziali, lo schema elaborato dalla WHO intende aiutare i Paesi a misurare la propria *performance*, comprendere i fattori che vi contribuiscono e migliorarli per rispondere più adeguatamente ai bisogni ed alle aspettative della popolazione che servono e che rappresentano.

Secondo la WHO infatti, accertare se e quanto un sistema sanitario funziona (ovvero se fa ciò che ci si attende da esso) obbliga a prendere in considerazione due complesse questioni. La prima è come **misurare i risultati ottenuti**, vale a dire determinare cosa si è realizzato (*attainment*) rispetto agli obiettivi di:

- miglioramento della salute;
- risposta alle aspettative;
- equità di contribuzione finanziaria.

La seconda è come confrontare i risultati ottenuti con ciò che il sistema dovrebbe essere in grado di raggiungere e cioè i migliori risultati possibili in relazione alle risorse effettivamente disponibili (*performance*).

Per questo la WHO ha sviluppato e affinato una serie di **indicatori** e ha proposto e testato degli **strumenti di misurazione** con il fine di valutare i sistemi sanitari di tutti i Paesi che ne fanno parte, raccogliere e gestire informazioni utili ai *decision maker*, permettere la condivisione della conoscenza tra i vari Paesi per stimolare processi di *cross fertilization* e gestire il miglioramento continuo dei sistemi attraverso valutazioni periodiche.

Il lavoro realizzato tra il 1998 e il 2003 ha il merito di fornire una visione complessiva ed articolata del ruolo dei sistemi sanitari nei vari Paesi e rappresenta il primo tentativo di analisi di tutti i sistemi sanitari mondiali, ma non è esente da limiti e ha sollevato numerose critiche da parte di politici e studiosi del settore (in particolare riguardo all'elaborazione delle classifiche dei Paesi).

Infatti l'obiettivo di rendere confrontabili sistemi sanitari estremamente eterogenei tra loro, adottati da Paesi molto diversi per tasso di sviluppo, livello di modernizzazione, alfabetizzazione, ecc., è tutt'altro che semplice, se non impossibile, da realizzare e a volte può apparire inappropriato (si pensi ad esempio al confronto di Paesi come gli Stati Uniti e l'Uganda).

L'eccessiva ambizione e complessità del lavoro si sostanzia anche nella difficoltà di reperire le informazioni necessarie per l'utilizzo degli strumenti di valutazione e diagnosi predisposti e nei costi ingenti da affrontare per replicare nel tempo l'analisi (ad esempio per predisporre le indagini che hanno determinato gli indicatori qualitativi).

Il tempo necessario per la realizzazione delle analisi, infine, è così elevato che i risultati ottenuti mostrano una valutazione dei sistemi sanitari relativa ad alcuni anni precedenti la situazione presente.

In ogni caso deve essere riconosciuto alla WHO il merito di aver stimolato a livello internazionale la riflessione sulla necessità di individuare degli strumenti oggettivi per la misurazione della *performance* dei sistemi sanitari.

3.1.4 Quali indicatori utilizzare per valutare un sistema sanitario?

La WHO non è l'unica organizzazione che ha cercato di valutare complessivamente, su base comparativa, i diversi sistemi sanitari. Esistono infatti *framework* diversi che si propongono di misurare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari, alcuni dei quali sono stati elaborati in ambito nazionale (ad esempio Australia, Canada, Regno Unito e Stati Uniti), altri da Enti ed Istituzioni sovra-nazionali (è il caso dell'Unione Europea e dell'OECD).

Di seguito si riportano alcuni esempi di indicatori utilizzati da diverse fonti sovra-nazionali per valutare i principali aspetti dei sistemi sanitari: l'efficacia, l'equità, l'efficienza e la sostenibilità.

UNIONE EUROPEA					
	System of Health Account (SHA)	Eurostat NewCronos	European Community Health Indicators Project (ECHI)	OECD Health Data	WHO Database
Health outcome		Aspettativa di vita Mortalità infantile	Aspettativa di vita Mortalità infantile	Aspettativa di vita Mortalità infantile	Aspettativa di vita Mortalità infantile
		Indici di mortalità per causa	Anni di vita potenzialmente persi	Anni di vita potenzialmente persi	Anni di vita potenzialmente persi
		Incidenza delle malattie infettive	Incidenza di alcune malattie	Incidenza di cancro e AIDS	Incidenza di alcune malattie
		HALE (*)	HALE (*)	Salute percepita	HALE (*)
		Fattori di rischio	Fattori di rischio evitabili	HALE	Fattori di rischio
Qualità del processo di cura		Misure preventive (check-up, controlli periodici per tumori al seno, etc.)	Prevenzione (vaccinazione, controlli per tumori)		% di bambini vaccinati per alcune malattie infettive
			Liste d'attesa / tempo di attesa appropriato		
Responsiveness		Soddisfazione	Percezione		World Health Survey
			Lamentele		

(*) Health Adjusted Life Expectancy

Figura 76. Alcuni indicatori utilizzati per valutare l'efficacia dei sistemi sanitari - Fonte: Eurostat

UNIONE EUROPEA					
	System of Health Account (SHA)	Eurostat NewCronos	European Community Health Indicators Project (ECHI)	OECD Health Data	WHO Database
Equità del finanziamento	% spesa diretta privata su spesa totale		Copertura assicurativa secondo stato socio-economico	% spesa diretta privata su spesa totale	
	% assicurazione privata su spesa totale		Distribuzione delle spese per salute per famiglia	% assicurazione privata su spesa totale	
				% popolazione coperta per cura primaria/secondaria	
Equità dell'accesso alle cure	Consumo di health care per famiglia (da standardizzare)	Visite mediche, permanenza in ospedale, numero di medici, etc. secondo gruppi sociali o zone geografiche	Prevenzione per regioni		
			Utilizzo di farmaci per regione		
			Liste d'attesa per regione		
Ineguaglianze		Percezione di salute	Ineguaglianze nella mortalità		Fairness in Financial Contribution
			Salute percepita		

Figura 77. Alcuni indicatori utilizzati per valutare l'equità dei sistemi sanitari - Fonte: Eurostat

UNIONE EUROPEA					
	System of Health Account (SHA)	Eurostat NewCronos	European Community Health Indicators Project (ECHI)	OECD Health Data	WHO Database
Efficienza	Spesa totale	Misure dell'efficacia legata alla spesa	Misure dell'efficacia legata alla spesa	Misure dell'efficacia legata alla spesa	Misure dell'efficacia legata alla spesa
	Spesa per funzione/fornitore			Permanenza media per tipologia di malattia	
Produttività	Numeratore: Spesa a prezzi costanti	Numeratore: indice ponderato output (gg di permanenza e num. visite mediche)	Numeratore: numero di gg permanenza, DRG, numero di pazienti gestiti	% di day hospital rispetto al totale di trattamenti ospedalieri per alcune tipologie di interventi	
	Denominatore: Totale occupati a tempo (FTE)	Denominatore: personale dedicato alla sanità	Denominatore: personale dedicato alla sanità		
	Breakdown della produttività per funzione				

Figura 78. Alcuni indicatori utilizzati per valutare l'efficienza dei sistemi sanitari - Fonte: Eurostat

UNIONE EUROPEA					
	System of Health Account (SHA)	Eurostat NewCronos	European Community Health Indicators Project (ECHI)	OECD Health Data	WHO Database
Dimensione della spesa in Sanità	Spesa totale		Spesa totale su PIL	Spesa Sanitaria su PIL, e spese generali del governo	Spesa Sanitaria pubblica su PIL
	Spesa regionale		Spesa Sanitaria ripartita in pubblica, assicurazione sociale e privata		
Dimensione della Spesa Pubblica in Sanità	Spesa pubblica in Sanità per funzione su Spesa Sanitaria Totale			Spesa pubblica totale in Sanità	Spesa pubblica totale in Sanità su Spesa Sanitaria totale
				Spesa pubblica corrente in Sanità	
Sostenibilità fiscale	Spesa per classi di età		% spesa 0-65 anni	spesa >65 su 0-64	
			% spesa 0-65 anni	spesa >75 su 0-64	
			% spesa 0-65 anni	spesa 65-74 su < 65	

Figura 79. Alcuni indicatori utilizzati per valutare la sostenibilità dei sistemi sanitari - *Fonte: Eurostat*

Ognuna delle Organizzazioni considerate ha selezionato e sviluppato una base di indicatori con l'obiettivo di rendere il più oggettiva possibile la valutazione dei sistemi sanitari. Tuttavia si può notare che non sempre c'è accordo e convergenza nella scelta degli indicatori idonei a misurare i medesimi aspetti ed una possibile critica all'oggettività di tali valutazioni riguarda il fatto che, esistendo un numero di possibili indicatori molto elevato, la scelta degli stessi potrebbe essere guidata a priori da ciò che si desidera dimostrare.

La scelta di un insieme di indicatori valido e completo e l'implementazione di un sistema di valutazione oggettivo non dovrebbe pertanto prescindere dalle seguenti linee guida:

- scelta di un numero ragionevole di indicatori;
- replicabilità nel tempo delle valutazioni;
- disponibilità, affidabilità e confrontabilità del dato;
- visione sistemica nella selezione degli indicatori;
- considerazione del rischio insito nella ponderazione di indicatori di base per la costruzione di indici di sintesi generali.

3.1.5 I sistemi di valutazione nazionali: le esperienze di alcuni Paesi

Per completare l'analisi sugli indicatori è utile riassumere brevemente gli approcci realizzati a livello nazionale da tre Paesi: Regno Unito, Canada, Australia. Insieme agli Stati Uniti, i Paesi considerati costituiscono esempi significativi di diverse tipologie di sistemi sanitari. Risultano inoltre essere tra i Paesi maggiormente impegnati nello sviluppo di sistemi di valutazione e di indicatori di *performance* e nell'utilizzo dei risultati di tali analisi per promuovere il miglioramento dei rispettivi sistemi sanitari.

Regno Unito

Un accordo tra il Ministero del Tesoro e il *Department of Health* ha portato alla creazione del “*NHS Performance Assessment Framework*” (PAF), con lo scopo di promuovere miglioramenti in diverse aree del sistema sanitario. Basandosi sul *balanced scorecard approach*, il PAF si caratterizza come un sistema unificato di misurazione, valutazione ed incentivazione, integrando quattro differenti prospettive: il miglioramento continuo, il giudizio degli utenti, il punto di vista del management interno e la prospettiva finanziaria dal punto di vista dei contribuenti. Per analizzare in maniera globale il sistema sanitario, sono state individuate sei aree di *performance*:

- **miglioramento nel livello generale della salute;**
- **accesso imparziale** ai servizi offerti dal sistema sanitario;
- **effettiva fornitura di adeguati servizi sanitari;**
- **efficienza** nell'utilizzo delle risorse finalizzata alla creazione di valore, soprattutto tramite la minimizzazione degli sprechi;
- **valutazioni individuali di pazienti/operatori** sulla qualità dei servizi prestati;
- contributo dei servizi sanitari al **miglioramento del livello generale di salute.**

I principali indicatori. Ognuna delle sei aree della *performance* sopra individuate viene valutata in base a uno specifico gruppo di indicatori. Per esempio, per la valutazione della “**Effettiva fornitura di adeguati servizi sanitari**” viene utilizzato un gruppo composto da nove differenti tipi di indicatori:

- prevenzione delle malattie e promozione della salute (es.: percentuale di popolazione vaccinata su un predefinito target di riferimento);
- diagnosi tempestiva del cancro (es.: percentuale di popolazione che ha effettuato analisi specifiche su due target di riferimento, 50-64 anni e 25-64 anni);
- ricorso inappropriato ad interventi chirurgici;
- tassi di interventi chirurgici “elettivi” (es.: interventi all'anca o al ginocchio per persone di 65 anni o più; interventi alla cataratta);
- tassi di ricovero di malati acuti (es.: infezioni al rene o all'apparato urinario);
- tassi di ricovero per malati cronici (es.: asma; diabete; epilessia);
- casi di malattie mentali curati attraverso l'assistenza primaria;
- sistema di prescrizione efficiente, dal punto di vista dei costi;
- tasso di dimissioni dall'ospedale (es.: tasso di dimissioni verso il luogo abituale di residenza entro 56 giorni dal ricovero per attacco cardiaco di persone con 50 anni o più).

Per fare un altro esempio, la serie di indicatori atti alla valutazione del “Contributo dei servizi sanitari al miglioramento della salute” si focalizza sull'analisi di fattori nei confronti dei quali la fornitura di adeguati servizi sanitari ha un impatto significativo; tra questi: il tasso di mortalità infantile o perinatale e il tasso di incidenza delle malattie infettive. Una categoria particolare è costituita dagli indicatori che misurano “la mortalità evitabile” con riferimento a malattie per le quali una diagnosi precoce e/o tempestiva ed adeguate cure mediche sono in grado di incrementare significativamente il tasso di sopravvivenza. Tra questi indicatori, i più utilizzati sono: il tasso di sopravvivenza nei malati di cancro, il tasso di sopravvivenza per dializzati e trapiantati, il tasso di ri-ricovero dei casi di emergenza

nell'arco di 28 giorni, il numero di test per diagnosticare il cancro al seno e al cervello.

Le variabili monitorate attraverso gli indicatori devono risultare **specifiche, misurabili, facilmente ottenibili, rilevanti e limitate nel tempo** e devono essere correlate agli obiettivi ed alle priorità nazionali e locali del NHS. La maggior parte delle misure monitorate è costituita da **indicatori di outcome**. In misura notevolmente inferiore sono utilizzati anche **indicatori di processo**, correlati ai servizi forniti e/o alle attività realizzate, mentre manca quasi completamente qualsiasi analisi effettuata attraverso indicatori di struttura.

Utilizzo del sistema di indicatori. Il *National Service Frameworks* ha lo scopo di individuare le variabili da monitorare, definire a livello nazionale gli standard verso cui confrontare gli indicatori analizzati, costruire modelli per specifiche terapie e/o servizi e gestire programmi di supporto all'implementazione. La pubblicazione delle analisi condotte tramite il monitoraggio degli indicatori è accompagnata da relazioni esplicitamente indirizzate ai manager del NHS. Inoltre, le analisi degli indicatori alimentano un **sistema di rating** (*Performance Star Ratings System* o PSRS) attraverso cui le strutture sanitarie ed i fornitori di servizi vengono raggruppati in base al proprio livello di *performance*. Le organizzazioni che presentino *performance* negative sono soggette ad ispezioni bi-annuali, invece del consueto arco quadriennale, con lo scopo di promuovere in maniera tempestiva i necessari interventi correttivi. Inoltre, vengono sviluppati **programmi di incentivazione di tipo finanziario e non**, per incoraggiare e premiare le *performance* più positive.

Stato di implementazione. Lo sviluppo di specifici gruppi di indicatori per le diverse tipologie di servizi sanitari offerti è stato dilazionato nel tempo. L'implementazione dell'attuale sistema è avvenuta in anni successivi, in coincidenza della pubblicazione di differenti report sul livello di prestazioni erogate dal NHS, a cominciare dal "*Performance Ratings for NHS Trusts*" pubblicato nel 2001. Attualmente il sistema di valutazione britannico prevede: 45 indicatori per valutare le organizzazioni per la cura di malattie gravi e i servizi sanitari specialistici, 13 indicatori per gli interventi di soccorso in ambulanza, 28 indicatori per le cliniche per malattie mentali e 46 indicatori per gli enti di assistenza primaria.

Canada

Il sistema di valutazione della *performance* è parte del "*Canadian Health Information Roadmap Initiative Indicators Framework*" e si concretizza nella realizzazione e pubblicazione di analisi comparative su quattro livelli:

- il **livello generale di salute** della popolazione;
- le **componenti non mediche** del livello generale di salute;
- la **performance del sistema sanitario** nel determinare il livello generale di salute;
- le **caratteristiche del sistema sanitario** e delle "comunità di cura".

All'interno di questa struttura, vengono analizzate otto dimensioni:

- **accettabilità** delle cure e dei servizi forniti rispetto agli *stakeholders*;
- **accessibilità** dei servizi;
- **appropriatezza** dei servizi forniti rispetto ai bisogni degli utenti;
- **competenza** degli operatori sanitari con riferimento alla fornitura di servizi;
- **continuità** come fornitura di servizi senza interruzioni ed in modo coordinato;
- **efficacia** di cure, servizi e interventi nell'ottenere i risultati desiderati;

- **efficienza** come capacità di raggiungere i risultati desiderati minimizzando i costi delle risorse utilizzate;
- **sicurezza** come capacità di minimizzare i potenziali rischi connessi alle cure, agli interventi o all'ambiente in cui queste vengono effettuate.

Le principali indicatori. Un gruppo di indicatori viene analizzato per tutte le otto dimensioni sopra descritte (tranne che per l'accettabilità, la competenza e la continuità). Per fare qualche esempio, alcuni degli indicatori utilizzati per misurare i risultati ottenuti in termini di salute sono costruiti su variabili quali il tasso di mortalità infantile e pre-natale, un basso peso alla nascita, l'incidenza di malattie infettive.

Il gruppo di indicatori più significativo è quello che è stato costruito allo scopo di determinare il tasso di mortalità "evitabile" sulla base delle condizioni presenti; di questo insieme fanno parte indicatori che analizzano variabili quali il tasso di sopravvivenza per malati di cancro oppure per persone dializzate o trapiantate, i nuovi casi di tubercolosi registrati in un anno, il tasso (aggiustato per età) delle morti dovute a malattie ipertensive che colpiscono le persone tra i 50 e i 64 anni. Per quanto riguarda, invece, la capacità del sistema sanitario di rispondere adeguatamente alle necessità degli utenti vengono qualitativamente analizzate variabili quali la soddisfazione percepita dai pazienti.

Utilizzo del sistema di indicatori. I principali indicatori del sistema sono stati costruiti sulla base di obiettivi e strategie definiti a livello nazionale, con lo scopo di favorirne la diffusione lungo tutto il sistema sanitario. Per aumentare la significatività delle informazioni, gli indicatori di *performance* sono affiancati da analisi periodiche svolte a livello nazionale con lo scopo di ottenere indicazioni su aspettative, priorità, livello di soddisfazione e, in generale, opinioni degli utenti.

Gli indicatori di *performance* sono considerati lo strumento principale per monitorare, valutare e promuovere il miglioramento nei processi e nei risultati, e di conseguenza nella qualità dei servizi sanitari. Sono state individuate due strategie partendo dalle quali definire le azioni da implementare:

- **miglioramento continuo nel livello di qualità dei servizi forniti**, inteso come una filosofia di management che metta al centro delle decisioni strategiche l'utente ed il processo di gestione e fornitura dei servizi sanitari;
- **processo di certificazione ed accreditamento** gestito da un'organizzazione non-governativa, il *Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)*, con lo scopo di stimolare l'integrazione nella struttura degli indicatori e migliorare la qualità complessiva del sistema, favorendo al contempo le analisi di *benchmarking* e l'identificazione e la diffusione delle *best practice*.

In aggiunta, i programmi governativi hanno l'obiettivo di porre i pazienti al centro del processo di miglioramento delle *performance* attraverso azioni quali consultazioni, sondaggi, programmi di educazione sanitaria ed iniziative sanitarie a livello di comunità.

Australia

Il sistema di valutazione australiano si ispira a quello canadese, prendendo esplicitamente in considerazione le variabili di contesto che possono influenzare i contributi del sistema sanitario ma non le caratteristiche del sistema stesso e della popolazione. Il sistema si compone di tre livelli di analisi:

- il **livello generale** di salute della popolazione;

- le **determinanti del livello generale** di salute;
- le **prestazioni** del sistema sanitario.

Ognuno dei tre livelli viene a sua volta analizzato sotto tre aspetti, che servono ad inquadrare come le informazioni debbano essere lette ed analizzate: l'equità; il livello generale delle prestazioni; le aree dove concentrare i processi di miglioramento. Più in dettaglio, la valutazione delle prestazioni del sistema sanitario si compone di nove dimensioni di analisi, ovvero:

- **efficacia**: cioè la capacità dei servizi di raggiungere i risultati desiderati;
- **appropriatezza**: cioè la adeguatezza di terapie, interventi e servizi forniti in riferimento alle esigenze degli utenti e agli standard definiti;
- **efficienza**: cioè la capacità di raggiungere i risultati desiderati minimizzando i costi delle risorse utilizzate;
- **capacità di risposta**: cioè la fornitura di servizi che siano orientati al cliente e che garantiscano quindi il rispetto per la dignità e per la *privacy*, la puntualità, ecc.;
- **accessibilità**: cioè la possibilità per gli utenti di usufruire dei servizi sanitari al posto giusto e nel momento giusto;
- **continuità**: cioè l'abilità di fornire nel tempo cure e servizi senza interruzioni ed in modo coordinato;
- **competenza**: cioè la capacità di fornire servizi sanitari adeguati al livello delle conoscenze disponibili;
- **sostenibilità**: cioè la capacità del sistema di erogare prestazioni adeguate nel tempo e di essere innovativo e rispondente alle esigenze nascenti;
- **sicurezza**: cioè la capacità di annullare o limitare a un livello accettabile i rischi attuali o potenziali insiti nella fornitura di servizi sanitari.

I principali indicatori. La maggior parte degli indicatori di *performance* fa riferimento alla **prevenzione** e alla **diagnosi precoce**. Ad esempio, accanto ad indicatori che sono costruiti su variabili quali il tasso di mortalità infantile o perinatale ed il tasso di incidenza di malattie infettive, vengono analizzati aspetti quali programmi di educazione per promuovere la prevenzione dall'HIV, la vaccinazione contro il morbillo entro i 14 anni di età, i controlli per individuare i tumori al seno e la capacità di diagnosi di tumori di piccole dimensioni.

Da un punto di vista operativo, gli indicatori di *performance* vengono costruiti e sviluppati in conformità con le tipologie di dati esistenti e nell'ottica di una loro successiva incorporazione all'interno del *National Health Data Dictionary*. I criteri di selezione applicati richiedono che gli indicatori risultino misurabili per diverse popolazioni; comprensibili dalle persone che li dovranno utilizzare ed implementare; capaci di stimolare l'azione a livello nazionale, statale e locale, sia individualmente che collettivamente; rilevanti al fine della definizione delle politiche e della loro implementazione; archiviabili e trasferibili a costi limitati.

Utilizzo del sistema di indicatori. All'interno del sistema sanitario australiano sono stati individuati diversi strumenti finalizzati a promuovere il miglioramento della qualità, tra cui, ad esempio: un sistema di valutazione delle prestazioni e di rilascio di **accreditamenti** da parte di organizzazioni non governative; lo sviluppo di **sistemi informativi** che consentano una circolazione veloce e attendibile dei dati; lo sviluppo di *team* di professionisti per la fornitura di servizi sanitari. Il sistema di indicatori di *performance* è stato quindi sviluppato come parte integrante di una più complessa agenda nazionale per la valutazione del sistema sanitario.

Per favorire tale processo di miglioramento, vengono stimolate analisi comparative a vari livelli geografici e con

riferimento a specifiche aree di intervento. La pubblicazione periodica della valutazione delle prestazioni e della loro comparazione è vista come un importante strumento per promuovere la diffusione delle *best practice* lungo tutto il sistema sanitario. L'**analisi di benchmarking** viene svolta non solo a livello intra-nazionale tra le diverse componenti del sistema sanitario australiano, ma anche a livello internazionale per stimolare il miglioramento del sistema nel suo complesso.

Il sistema di valutazione contribuisce ad alimentare un altro importante strumento per promuovere il miglioramento della *performance*: l'esistenza di "fondi di miglioramento" a favore delle varie istituzioni e una serie di incentivi fiscali a livello nazionale e locale concessi ai prestatori di servizi sanitari.

Stato di implementazione. Nel 2000, il *National Health Performance Committee* (NHPC) ha iniziato uno studio del nuovo sistema di valutazione della *performance* del sistema sanitario australiano, prendendo a riferimento la struttura del modello canadese. Nel 2003, il sistema di valutazione, strutturato in tre livelli, era complessivamente costituito da 40 indicatori, di cui 25 relativi alla dimensione della *performance* del sistema sanitario. Nello stesso anno, è stato istituito l'*Health System Performance Indicator Committee*, con lo scopo di revisionare il sistema di indicatori esistenti a livello statale, nazionale e internazionale e sviluppare un gruppo minimo di indicatori che può essere utilizzato a livello statale e locale.

Valutazione dei sistemi presentati e considerazioni generali

Un sistema di valutazione efficace ed esaustivo dovrebbe basarsi su tre tipi di indicatori in maniera coordinata: di struttura, di processo e risultato. Se si fa ampio ricorso a due tipologie (**indicatori di risultato e di processo**), la definizione di indicatori di struttura è pressoché assente nei sistemi di valutazione dei Paesi analizzati (a parziale eccezione del Canada in cui vengono valutate alcune variabili relative alle caratteristiche dei servizi sanitari). Con riferimento alla definizione dei singoli indicatori, dalle esperienze riportate risulta che i parametri debbano essere **specifici, misurabili**, facilmente ottenibili e **rilevanti**, osservabili in un lasso di tempo, archiviabili e trasferibili a costi limitati e correlati agli obiettivi nazionali e locali.

Un *framework* di valutazione della *performance* che soddisfi i requisiti sopra indicati rappresenta uno strumento essenziale per incentivare e governare il cambiamento. Esso consente, ad esempio attraverso la leva del riconoscimento degli **incentivi** (anche di natura finanziaria), la diffusione di comportamenti e pratiche virtuose.

3.2 ALCUNI INDICATORI: BENCHMARK DEI PAESI ANALIZZATI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come varia l'aspettativa di vita nei Paesi *benchmark*?
- Quali sono le caratteristiche della spesa sanitaria dei sistemi dei Paesi analizzati?
- Quanto pesa il livello di occupazione in sanità nei diversi casi?
- Come si differenziano i sistemi sanitari dei Paesi *benchmark* riguardo la disponibilità di risorse?

In questo capitolo viene presentata l'analisi di un piccolo insieme di indicatori, utilizzati anche dalle tre principali Organizzazioni sovra-nazionali che si occupano di valutare i sistemi sanitari (UE, WHO e OECD), con l'obiettivo di effettuare un primo confronto tra il S.S.N. italiano e i sistemi sanitari di sei Paesi *benchmark* (Germania, Regno Unito, Stati Uniti, Francia, Olanda e Spagna).

3.2.1 L'aspettativa di vita in salute

L'aspettativa di vita rappresenta un semplice indicatore dell'efficacia di un sistema sanitario. A questo può essere affiancato un indicatore più complesso, denominato HALE (*Health Adjusted Life Expectancy*), che misura il numero atteso di anni di vita in piena salute⁷⁴.

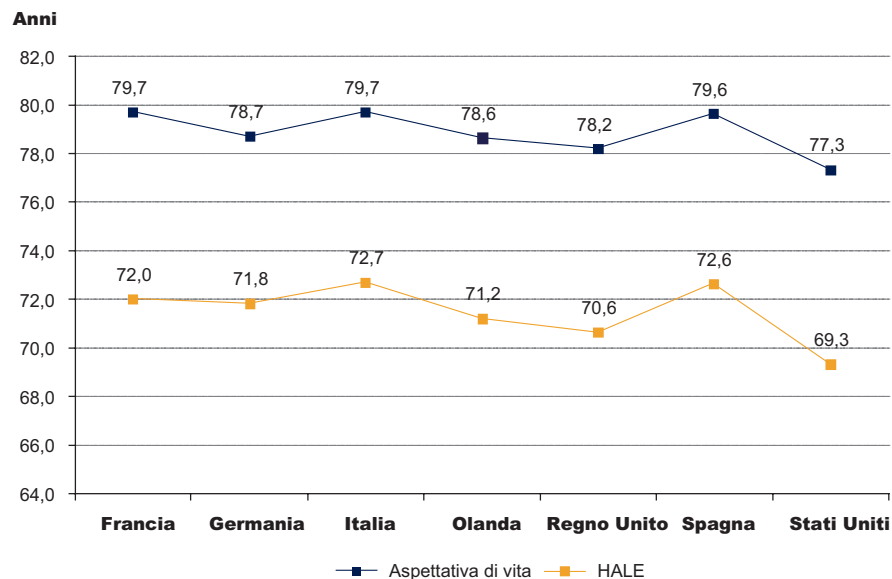


Figura 80. Aspettativa di vita e HALE, 2002 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati WHO

⁷⁴ - Questo indicatore ha ricevuto numerose critiche, in particolare riguardo la complessità e la scarsa oggettività del metodo di calcolo utilizzato e alla valutazione dello stato di disabilità. In ogni caso è comunemente utilizzato nelle statistiche comparative.

In Francia, Italia e Spagna si registra l'aspettativa di vita più alta, mentre gli Stati Uniti, tra i Paesi analizzati, mostrano il valore più basso. I livelli di aspettativa di vita in piena salute nei diversi Paesi suggeriscono una certa correlazione con l'aspettativa di vita generale, ma si possono notare delle discrepanze considerando la differenza tra i valori dei due indicatori. Questa è più bassa in Germania, Italia, Spagna (7 anni circa) e più alta per gli Stati Uniti (8 anni), Francia (7,7) e Regno Unito (7,6).

Questi indicatori, tuttavia, non sono sufficienti ad esprimere un giudizio sull'efficacia dei sistemi sanitari dei diversi Paesi poiché sull'aspettativa di vita incidono variabili non controllate a livello di sistema sanitario. L'elevata aspettativa di vita fatta registrare da Francia, Italia e Spagna, infatti, può dipendere anche da fattori esterni al sistema sanitario. Al contrario, gli Stati Uniti non hanno un'alta aspettativa media di vita anche a causa delle disomogeneità sociali ed etniche che ne caratterizzano la popolazione.

3.2.2 La spesa sanitaria pubblica e privata

Il peso della spesa sanitaria sul Prodotto Interno Lordo varia fortemente tra i Paesi analizzati, che adottano modelli di sistema sanitario molto diversi (si veda il paragrafo 3.3). La spesa pubblica supera quella privata in tutti i Paesi europei, seppur in modo più o meno marcato. Negli Stati Uniti, invece, risulta maggiore la spesa privata, anche se quella pubblica conserva un ruolo tutt'altro che marginale (se alla quota ufficiale di spesa pubblica – 45% della spesa totale – si aggiungono anche le spese indirette sotto forma di vantaggio concesse al settore privato, come ad esempio le esenzioni fiscali ai *community hospital* o il finanziamento attraverso i DRG di *Medicare* di parte degli stipendi degli specializzandi, si ottiene un valore ancora superiore).

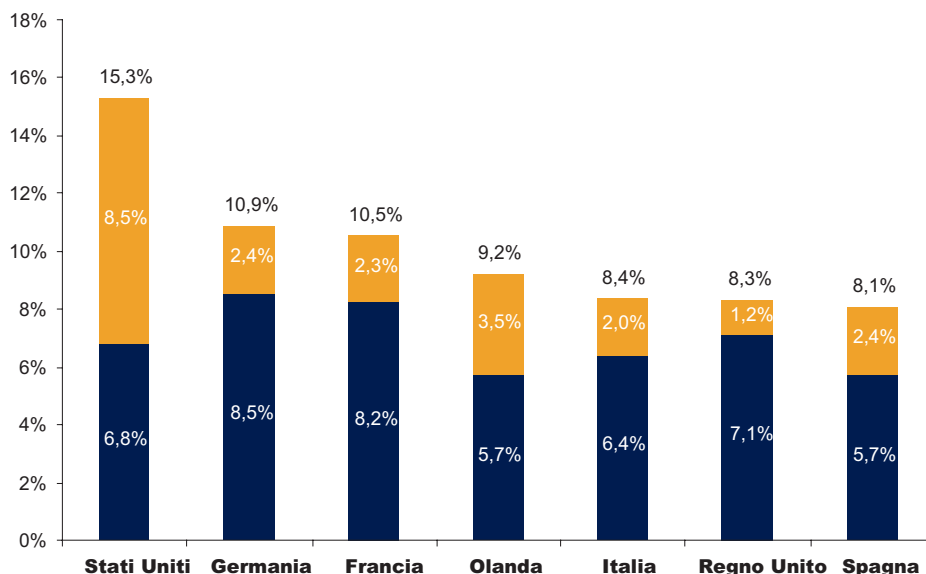


Figura 81. Il peso della spesa sanitaria sul PIL, 2004 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati: OECD Health Data 2006

Anche in termini di spesa *pro-capite* (misurata a parità di potere d'acquisto espresso in dollari) le differenze sono piuttosto marcate, non solo confrontando la spesa degli Stati Uniti con gli altri Paesi, ma anche osservando le differenze tra gli Stati europei. Il dato relativo agli Stati Uniti, tuttavia, deve essere valutato considerando la forte eterogeneità della popolazione americana rispetto alla situazione in Europa. A titolo di esempio si ricorda che oggi già 4 dei 50 Stati americani hanno una popolazione composta in maggioranza da *latinos* anziché da bianchi.

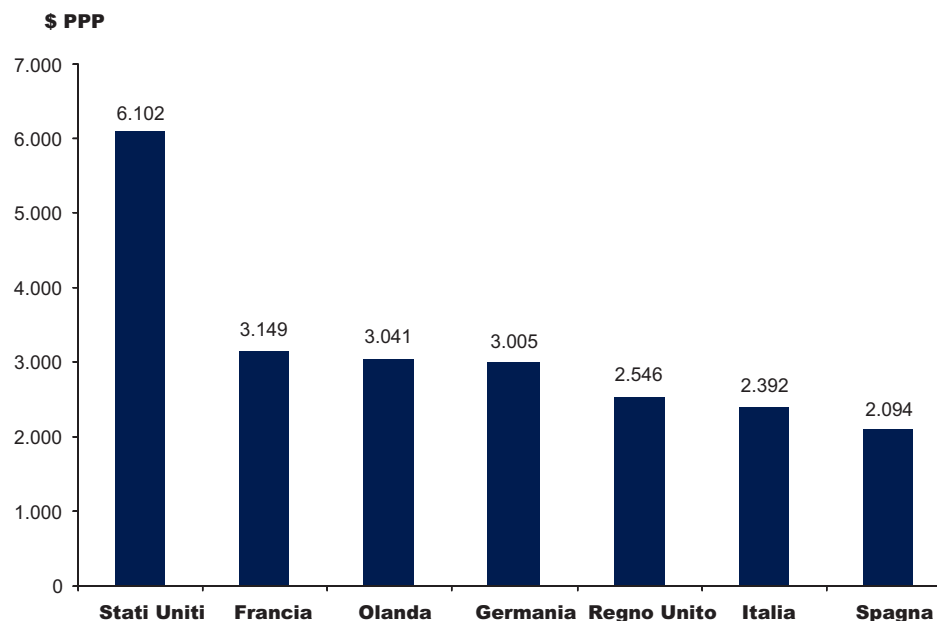


Figura 82. La spesa sanitaria pro capite (\$ PPP), 2004 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2006

Si può osservare inoltre che gli Stati Uniti, che fanno registrare di gran lunga il più elevato livello di spesa *pro-capite*, sono il Paese che presenta il maggiore livello di partecipazione privata alla spesa sanitaria.

Mettendo in relazione l'aspettativa di vita e la spesa sanitaria *pro-capite* (figura seguente) si può notare come Spagna, Italia e Francia siano i Paesi con i sistemi più efficaci nel garantire un'elevata aspettativa di vita, ottenuta però con diversi livelli di spesa (efficienza). A parità di *outcome* raggiunto la Spagna presenta infatti un livello di spesa *pro-capite* inferiore a quello di Italia e Francia. Germania ed Olanda mostrano un livello di spesa *pro-capite* simile a quello della Francia, ma risultano essere meno efficaci nel garantire ai propri cittadini un'elevata aspettativa di vita. Gli Stati Uniti, infine, nonostante l'impiego di ingenti risorse finanziarie, ottengono una bassa aspettativa di vita della popolazione.

Il grafico successivo, infine, mostra i livelli di spesa in farmaci da parte del settore pubblico: anche in questo caso le differenze tra i diversi Paesi appaiono piuttosto marcate.

Si può notare come la Spagna, che destina quasi un quarto della propria spesa sanitaria pubblica all'acquisto di prodotti farmaceutici, risulti essere il Paese con la minore spesa *pro-capite* e la maggiore aspettativa di vita tra quelli analizzati.

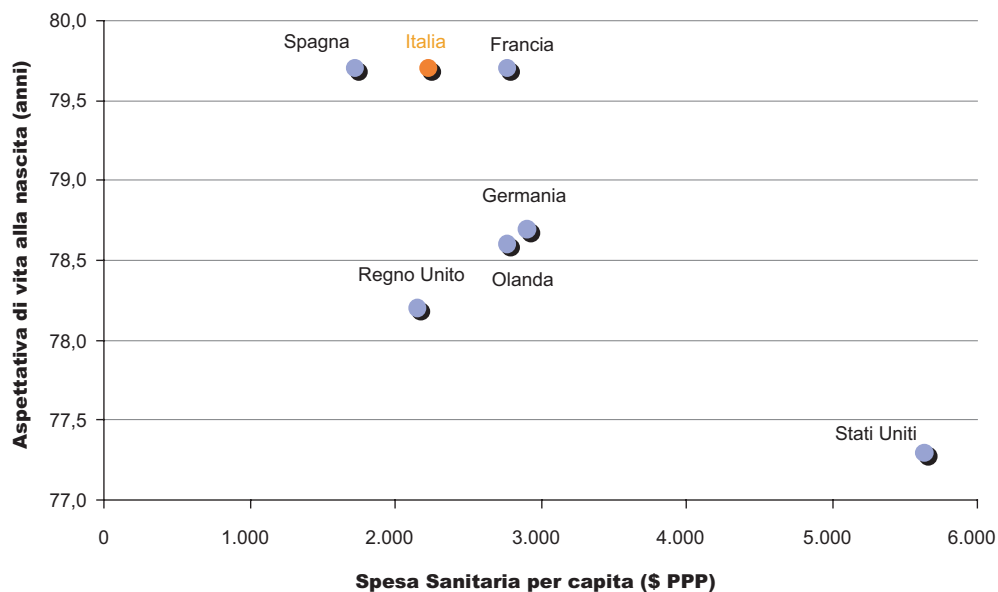


Figura 83. Correlazione tra spesa pro capite e aspettativa, media 2001-2003 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati WHO e OECD Health Data 2006

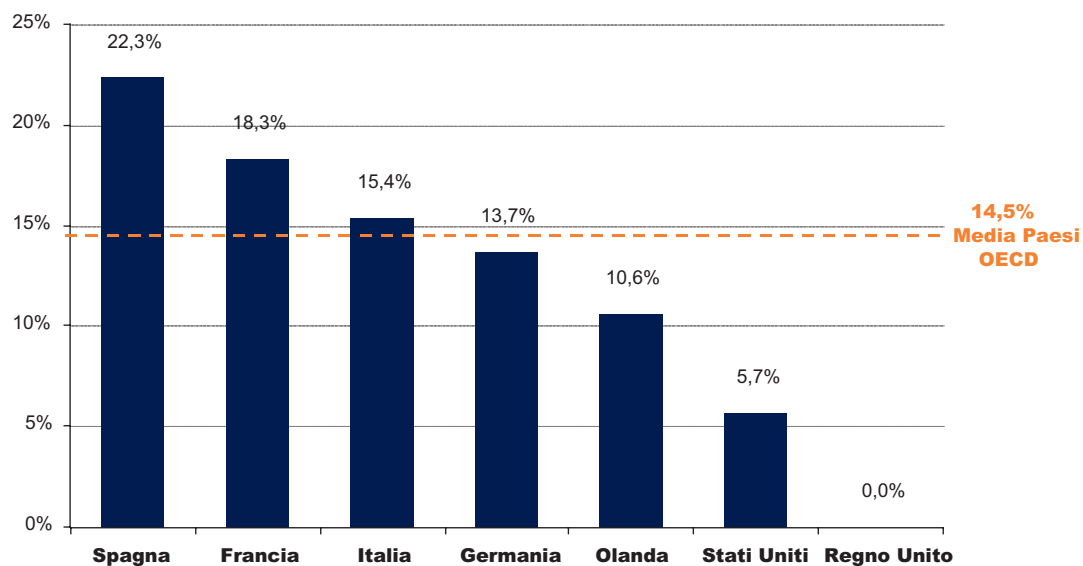


Figura 84. Spesa pubblica in farmaci su spesa sanitaria pubblica, media 2001-2003 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2006

3.2.3 Gli occupati e la disponibilità di figure professionali nella sanità

Dall'analisi del numero di occupati e del tipo di figure professionali impiegate nella sanità, nonostante le differenze dovute alle diverse strutture dei sistemi sanitari, appare evidente che questo settore riveste un ruolo primario nel sistema occupazionale di tutti i Paesi analizzati.

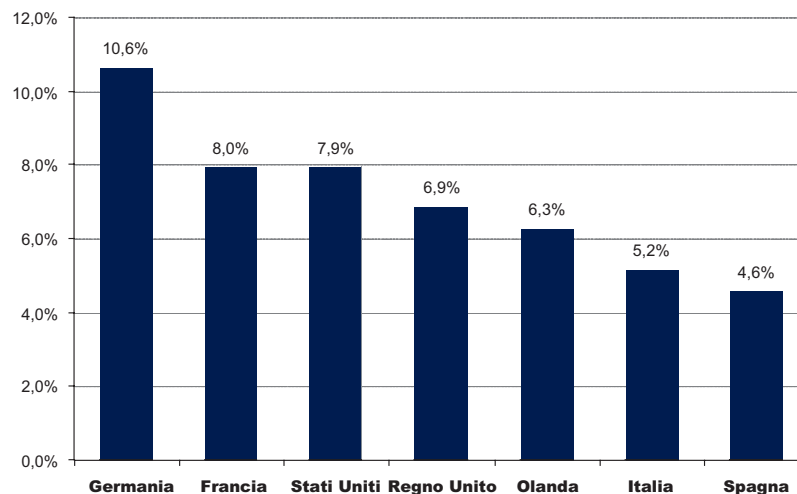


Figura 85. Percentuale di occupati in sanità sul totale degli occupati, 2003 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2006

Osservando i dati relativi al numero di medici ed infermieri, la situazione dell'Italia appare piuttosto anomala se confrontata con gli altri Stati: nel nostro Paese si trovano simultaneamente il numero più alto di medici (4,2) e il numero più basso di infermieri (5,4) ogni mille abitanti. Tale situazione peculiare sarà approfondita più oltre nel presente rapporto.

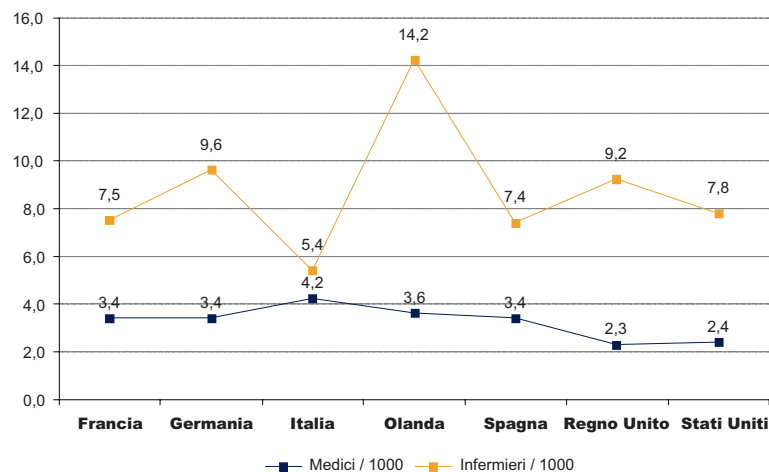


Figura 86. Numero di medici e di infermieri ogni mille abitanti, 2004 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2006

3.2.4 Le risorse a disposizione

Un ultimo aspetto che consente di cogliere le differenze tra i sistemi sanitari dei vari Paesi riguarda la dotazione di risorse infrastrutturali, ad esempio il numero di posti letto ospedalieri, e la dotazione tecnologica, come il numero di dispositivi per la TAC e risonanza magnetica. Ancora una volta osservando i dati si può concludere che tra i Paesi analizzati esistono notevoli differenze: il numero di posti letto ospedalieri ogni mille abitanti varia da circa 3 negli Stati Uniti a quasi 9 in Germania.

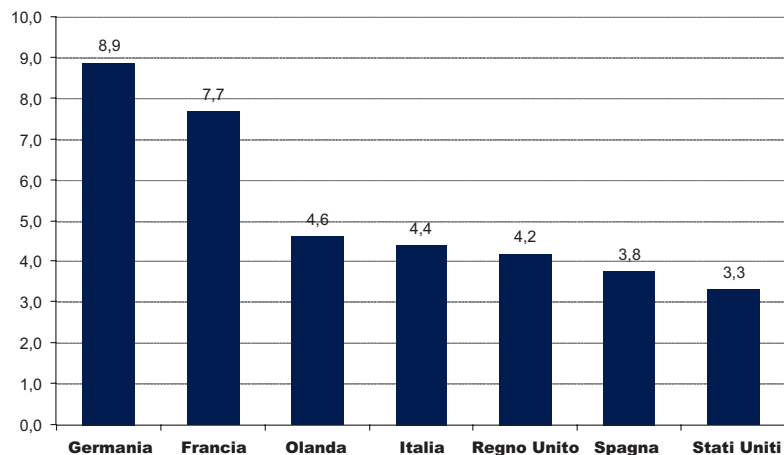


Figura 87. Numero di posti letto ospedalieri ogni mille abitanti, 2003 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2006

Tra i Paesi con una maggiore dotazione tecnologica in materia di TAC e risonanza magnetica emerge l'Italia, con una dotazione nettamente superiore rispetto agli altri Paesi analizzati per entrambe le tecnologie.

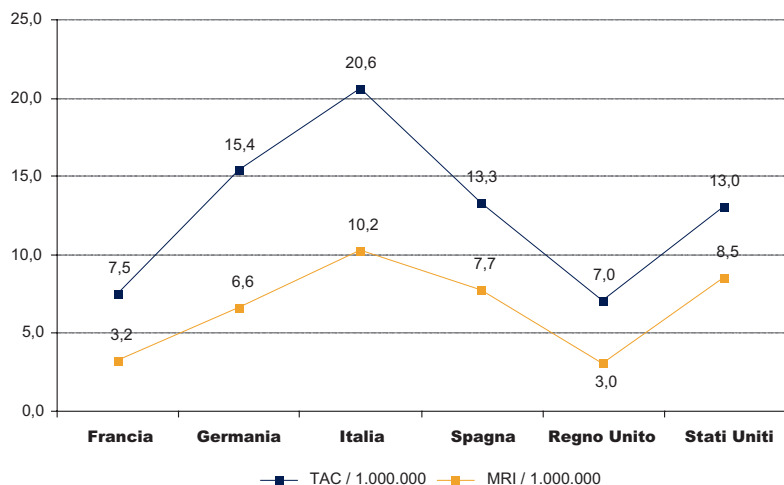


Figura 88. Numero di apparati TAC e risonanza magnetica per milione di abitanti, 2004 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2006

3.3 LE TIPOLOGIE IDENTIFICABILI DI SISTEMI SANITARI

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Quali sono i principali sistemi teorici di sistema sanitario?
- Quali sono le caratteristiche di questi sistemi e come sono organizzati?
- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di ciascun sistema teorico?
- Come sono realmente configurati i sistemi sanitari nelle diverse realtà nazionali?

I sistemi sanitari dei Paesi europei si sono evoluti storicamente a partire da due principali modelli di base di *welfare*: il sistema continentale "Bismarck" e il sistema anglosassone "Beveridge". Osservando alcune dimensioni fondamentali dei sistemi sanitari, come le modalità di finanziamento dell'assistenza e di allocazione delle risorse o la rilevanza dell'intervento pubblico, è possibile classificare i sistemi adottati nei vari Paesi rispetto a questi due sistemi. Un terzo sistema, che può essere definito "Sistema Misto", viene adottato negli Stati Uniti.

3.3.1 Il sistema Bismarck

Il sistema Bismarck prende il nome dal cancelliere tedesco Otto von Bismarck che, nel 1883, introdusse in Germania un sistema obbligatorio di sicurezza sociale basato sull'appartenenza alle diverse categorie professionali.

Tale sistema è incentrato su sistemi di assicurazione sociale obbligatoria⁷⁵ in cui l'assistenza sanitaria viene finanziata attraverso i contributi obbligatori versati sia dai lavoratori che dai datori di lavoro. I sistemi sanitari basati su questo sistema, che prendono il nome di **sistemi "mutualistici"**, si avvalgono di fondi e di casse malattia organizzate per settori o per categorie contrattuali, regolamentati a livello statale, finanziati prevalentemente attraverso i contributi di malattia e gestiti da Enti *non profit*. I diversi fondi malattia sono caratterizzati da aliquote contributive, livelli di copertura e modalità di erogazione delle prestazioni anche molto diversi tra loro. Il sistema si basa sulla libera contrattazione tra le organizzazioni mutualistiche e le strutture sanitarie erogatrici dei servizi (pubbliche o private). Il Governo, attraverso il Ministero della Salute, si occupa della regolamentazione e della programmazione sanitaria e della fase di controllo, verificando l'esito delle prestazioni assistenziali effettuate.

Nella figura seguente è schematizzata la struttura del sistema Bismarck.

⁷⁵ - I più abbienti non sono obbligati ad iscriversi ai fondi malattia, ma possono optare per un'assicurazione privata. L'assicurazione sanitaria copre anche le famiglie degli assicurati.



Figura 89. Schema del sistema Bismarck

La separazione dei fondi destinati al finanziamento della sanità dalle altre entrate pubbliche (e di conseguenza la trasparenza del finanziamento stesso) e la gestione indipendente, seppur regolata, dei fondi raccolti, rappresentano i maggiori vantaggi di questo sistema. Inoltre generalmente è prevista per il cittadino una certa libertà di scelta dell'assicurazione.

Tra gli svantaggi, invece, occorre considerare che il sistema richiede una forte regolamentazione e che alcune categorie di lavoratori (liberi professionisti, atipici) e di persone (disoccupati, pensionati) risultano escluse dal sistema contributivo e quindi dal diritto all'assistenza sanitaria, il che richiede la predisposizione di meccanismi correttivi *ad hoc*.

I sistemi sanitari di Francia, Germania e Olanda, seppur con diverse varianti, rappresentano esempi in cui questo sistema trova applicazione.

3.3.2 Il sistema Beveridge

Il sistema Beveridge, o **sistema universalistico**, prende il nome da Lord Beveridge, a cui nel 1941 fu dato l'incarico di stilare un programma di *welfare* nel Regno Unito. Egli teorizzò un sistema che garantisse ai cittadini una copertura sanitaria pressoché totale (*Welfare State*), i cui principi furono sanciti nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (*NHS Act* del 1946) che divenne operativo nel 1948.

In questo sistema il finanziamento è prevalentemente di tipo pubblico e deriva dalla tassazione generale. Il sistema è molto centralizzato, con una forte presenza del Ministero della Salute, che ha la responsabilità della programmazione, della gestione e del controllo dell'assistenza sanitaria, oltre che del finanziamento del sistema. Le strutture sanitarie sono in maggioranza di proprietà pubblica⁷⁶ ed erogano in forma gratuita o semi-gratuita tutte le prestazioni ritenute efficaci. Nel sistema Beveridge l'accesso ai servizi è libero ed universale: il Servizio Sanitario Nazionale (*National Health Service*) riconosce a tutti i cittadini il diritto alla tutela della salute senza alcuna discriminazione (tipologia di lavoro o reddito).

Nella figura seguente è schematizzata la struttura del sistema Beveridge.

76 - Negli ultimi anni, nei Paesi che hanno adottato sistemi sanitari basati sul modello Beveridge, si è cercato di stimolare la concorrenza nella fornitura di servizi sanitari permettendo ad Enti Privati l'ingresso nel settore.



Figura 90. Schema del sistema Beveridge

Tra i vantaggi di questo sistema si possono annoverare l'ampiezza della base contributiva (l'intero reddito) per il finanziamento del sistema, la possibilità di sfruttare il *trade-off* con altre aree di gestione pubblica nella scelta dell'allocazione delle risorse, la relativa semplicità di amministrazione e la promozione dei principi di solidarietà e copertura universale.

Tra gli svantaggi, invece, occorre tenere in considerazione possibili difficoltà nel garantire l'equità delle contribuzioni, possibili distorsioni nella tassazione dovute alla necessità di reperire risorse sufficienti al finanziamento del sistema, il fatto che l'allocazione delle risorse sia soggetta a negoziazione politica (possibili inefficienze) e la necessità di un forte controllo a livello di regolamentazione.

Rappresentano esempi di questo sistema i sistemi sanitari britannico, italiano e spagnolo.

3.3.3 Il Sistema Misto

Questo sistema caratterizza il sistema sanitario degli Stati Uniti e si basa sull'assicurazione volontaria e sul pagamento diretto delle spese sanitarie da parte dei cittadini. Il "bene salute", infatti, è considerato come bene di consumo al pari di altri servizi e lo Stato non interviene nel finanziamento dell'assistenza sanitaria (ad eccezione di specifici programmi assicurativi statali destinati a categorie di persone disagiate – *Medicare* e *Medicaid*).

Il sistema misto è finanziato attraverso i premi pagati da coloro che scelgono liberamente di sottoscrivere una polizza assicurativa. I premi sono commisurati al rischio al quale è esposto ogni singolo individuo e variano sensibilmente con l'età o con lo stato di salute dell'assicurato.

Questo sistema garantisce la protezione a tutti coloro che sono disposti a pagare in base alla propria propensione al rischio, mentre sono esclusi tutti coloro che non hanno la possibilità di sopportare la spesa di una polizza privata: non si realizza, pertanto, alcuna forma di solidarietà.

L'intervento dello Stato è limitato a compiti di regolamentazione (ad esempio concessione di licenze ed autorizzazioni nell'erogazione di prestazioni in materia di assistenza sanitaria) e la totalità dei meccanismi di programmazione, finanziamento, gestione e controllo è rimessa alla libera negoziazione e contrattazione tra soggetti utenti e strutture produttrici (prevalentemente private).

La figura seguente mostra l'organizzazione del sistema sanitario americano, il cui funzionamento verrà approfondito nel paragrafo successivo.



Figura 91. Schema del sistema sanitario americano (Sistema Misto)

Il Sistema Misto ha il vantaggio di consentire piena libertà di scelta ai cittadini e, grazie al forte sviluppo del mercato assicurativo sanitario, esiste la possibilità di coprirsi da qualsiasi tipologia di rischio.

D'altro canto, a causa della natura stessa del sistema, si possono verificare distorsioni ed inefficienze nel mercato assicurativo, come la selezione avversa tra assicurati e assicurazioni e la riduzione del potere negoziale dei cittadini per l'eccessiva frammentazione della raccolta di fondi. Infine, il sistema necessita di una forte regolamentazione a garanzia dell'efficacia e dell'equità (soprattutto per i soggetti maggiormente a rischio).

La configurazione dei sistemi sanitari sperimentati nelle diverse realtà nazionali, benché possa essere fatta risalire, a livello di impianto, ad uno tre sistemi teorici descritti, presenta una crescente commistione di elementi propri degli altri sistemi, delineandosi, in pratica, dei sistemi "misti". Ciascun tipo di sistema, infatti, non è riuscito nel tempo a contenere la sempre crescente domanda di servizi e a gestire l'aumento dei costi ad essa associati. Per far fronte a questo problema i diversi Paesi hanno intrapreso la via di continue riforme sanitarie, volte soprattutto a migliorare l'allocazione delle risorse finanziarie e l'efficienza dei sistemi, introducendo elementi esterni ai rispettivi sistemi originali (è il caso, ad esempio, dell'introduzione di forme di assistenza sanitaria privata in Italia e nel Regno Unito e del finanziamento di parte delle spese sanitarie attraverso la tassazione generale in Germania e in Francia).

Chiarito che non esiste un unico, ideale sistema vincente di sanità, tuttavia, un'analisi comparata del funzionamento e dei programmi di riforma dei sistemi sanitari di Paesi diversi può essere utile per fornire idee, sfide ed ispirazione per approntare miglioramenti al Servizio Sanitario Nazionale.

3.4 LA SITUAZIONE ATTUALE DEI SISTEMI SANITARI NEI PAESI ANALIZZATI

3.4.1 Germania (sistema Bismarck)

La struttura del sistema sanitario tedesco rispecchia la complessa organizzazione politico/amministrativa della Germania, ovvero la relazione esistente tra i *Länder* e il Governo federale. A differenza di altri Paesi, in Germania non si parla di “decentralizzazione” del sistema sanitario, in quanto la politica sanitaria non nasce a livello nazionale per poi essere delegata ai *Länder*, ma al contrario parte da questi ultimi e trova successivamente a livello federale un necessario coordinamento in termini di obiettivi ed indirizzi.

L'elemento centrale del sistema tedesco è la presenza di un **sistema di assicurazioni obbligatorie**, finanziate con contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro in base al reddito. Tutti i cittadini, con poche eccezioni, devono essere assicurati da un fondo (cassa) malattia. Questa impostazione è un tratto caratteristico del sistema definito da Bismarck.

L'**Assicurazione Sanitaria Obbligatoria generale** (GKV) è destinata a tutti i cittadini il cui reddito risulta inferiore ad un certo valore prefissato. Dal 1995 ad essa si è affiancata un'assicurazione *long term care*/cronicità, anch'essa obbligatoria. I cittadini con un reddito superiore alla soglia prevista sono esonerati dall'obbligo di iscrizione ai fondi malattia e possono optare per una copertura assicurativa privata (PKV). Alcune categorie di persone (ad esempio funzionari pubblici, militari, giudici, ecc.) dispongono invece di un'assicurazione governativa particolare. Esistono infine polizze private supplementari che chiunque può sottoscrivere per integrare le prestazioni escluse dall'assistenza mutualistica⁷⁷.

Le competenze pubbliche in materia sanitaria sono divise tra lo Stato Federale (Ministero della Salute), che ha il compito di fissare le leggi e le norme generali di funzionamento del sistema e di vigilare sulle gestioni assicurative, e i singoli *Länder* ai quali sono affidate la programmazione e la responsabilità della sanità sul territorio, la pianificazione delle strutture ospedaliere, i rapporti con i medici e le loro associazioni e i programmi di prevenzione e promozione della salute. Il Governo Federale e i *Länder*, tuttavia, non intervengono direttamente nella gestione sanitaria, affidata invece ai fondi malattia, alle associazioni dei Medici e alle associazioni regionali ospedaliere.

I fondi malattia sono enti di diritto pubblico, *non-profit*, con capacità giuridica e amministrazione autonoma. I fondi, ripartiti su base regionale o professionale, forniscono copertura assicurativa sanitaria ai propri iscritti, finanziandosi attraverso i contributi versati dagli iscritti e dai datori di lavoro⁷⁸ e pagando le prestazioni sanitarie ai soggetti erogatori (associazioni dei Medici e Ospedali), contrattandone condizioni e prezzo.

Tradizionalmente l'accesso alle casse malattia è stato vincolato all'appartenenza professionale o alla localizzazione territoriale, mentre a partire dalla metà degli anni '90 è stata introdotta maggiore **libertà di scelta** da parte dei cittadini,

77 - L'88% circa della popolazione è coperta dal sistema sanitario generale tramite le casse malattia, il 10% ricorre ad assicurazioni private e il 2% circa gode dell'assistenza gratuita fornita dallo Stato. Solo una piccolissima parte della popolazione risulta non assicurata.

78 - I contributi sono calcolati in percentuale del reddito. Fino al 2006 sono stati pagati in parti uguali da impiegato e datore di lavoro, mentre oggi il contributo a carico degli assicurati è cresciuto al 54%, nell'ambito della riforma volta all'aumento della compartecipazione dei cittadini alle spese sanitarie.

con l'obiettivo di aumentare la concorrenza tra i fondi⁷⁹.

Nel 2004 è stata istituita la **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** (Commissione Federale Paritetica), organo che riunisce i diversi comitati ed associazioni già esistenti, con l'obiettivo di **rafforzare il coordinamento** dei processi decisionali dei vari attori del sistema sanitario. Si tratta del principale organo decisionale del sistema. La *G-BA* comprende rappresentanti dei fondi malattia, rappresentanti dei fornitori dei servizi sanitari (medici, dentisti, ospedali, ecc.) e rappresentanti indipendenti ed è diretta da un presidente neutrale. La *G-BA* concorre a definire i contenuti della copertura sanitaria obbligatoria, determina le condizioni in base alle quali certi servizi possono essere forniti e si occupa degli aspetti legati all'innovazione del sistema sanitario.

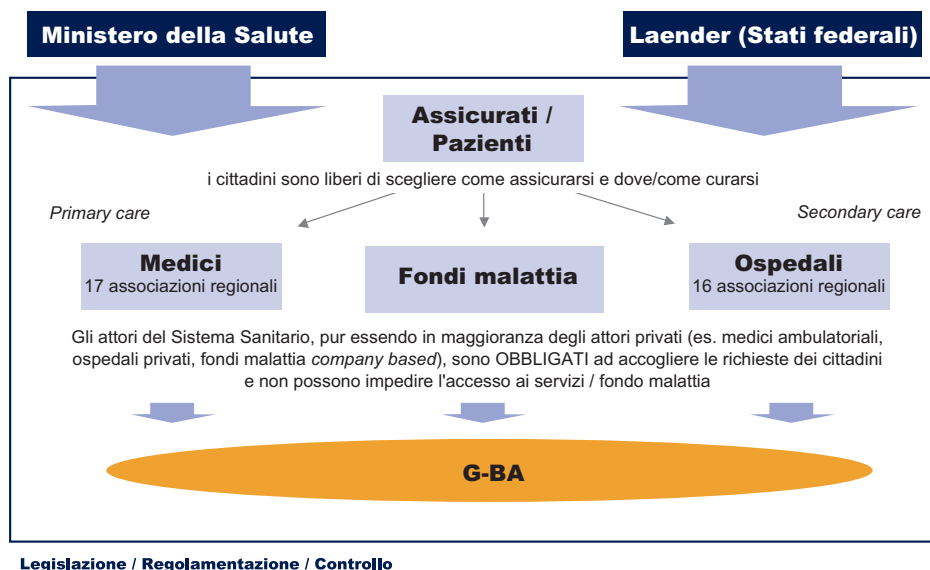


Figura 92. La struttura organizzativa del sistema sanitario tedesco

A livello di fornitura delle prestazioni sanitarie e dell'assistenza medica, una peculiarità del sistema tedesco è rappresentata dalla netta **separazione tra servizi sanitari pubblici, cure ambulatoriali primarie e secondarie e cure ospedaliere**.

I primi (prevenzione, igiene ambientale, supervisione locale) sono erogati da circa 350 uffici gestiti prevalentemente dalle comunità locali.

Per quanto riguarda le cure ambulatoriali l'accesso degli assicurati ai medici di medicina generale (51%) e specialisti (49%) è libero, mentre esistono dei limiti per quanto riguarda la scelta dell'ospedale, in quanto sono i medici e la mutua di appartenenza ad indirizzare il paziente verso un particolare centro di cura.

La professione medica è altamente strutturata e organizzata per associazioni, che contrattano con i fondi malattia un *budget* (solitamente a livello regionale) definito sulla base del numero degli assicurati⁸⁰ e distribuiscono i fondi ottenuti ai medici attraverso un meccanismo a punteggio, che tiene conto delle diverse visite e prestazioni effettuate.

79 - Questi interventi hanno provocato una progressiva diminuzione del numero di fondi e fenomeni di concentrazione. Attualmente ne esistono poco meno di 300.

80 - Non esistendo nel sistema tedesco un attore che si occupa di regolare gli accessi ai servizi, i *Länder* tendono ad introdurre dei tetti di spesa, che vincolano la contrattazione tra casse malattia e associazioni di medici nella definizione del *budget*.

Le strutture ospedaliere si dividono in istituti pubblici (45%), ospedali privati *non-profit* (35%) ed ospedali privati con fine di lucro (20%). Rispetto ad altri Paesi europei il sistema tedesco si caratterizza per l'importanza della copertura ospedaliera, riscontrabile osservando gli alti valori relativi al numero di posti letto ospedalieri (8,9 per mille abitanti nel 2003), la durata media della degenza per acuti (9,1 giorni) e il personale ospedaliero impiegato. Questo fattore, insieme al meccanismo di finanziamento delle spese di gestione a *budget* complessivo, ha inciso notevolmente sull'alto livello delle spese sanitarie. Per far fronte a questo problema, a partire dal 2003, i fondi malattia possono negoziare con gli ospedali secondo un nuovo sistema, basato sul rimborso delle prestazioni effettivamente erogate e valorizzate secondo la loro classificazione diagnostica (**DRG**). Il passaggio al sistema DRG sta avvenendo in modo graduale e si concluderà entro il 2007, quando tutti gli ospedali saranno interamente finanziati attraverso i DRG. Le spese per investimenti (costruzione di nuove strutture o acquisto di attrezzature), invece, sono finanziate dai *Länder*, che predispongono dei piani specifici riguardo la programmazione del numero di posti letto e dei reparti specializzati necessari in una determinata area.

Il maggior problema del sistema sanitario tedesco, da diversi anni, è quello dell'elevato livello della **spesa sanitaria**, la più alta tra i Paesi europei analizzati. Negli ultimi dieci anni si sono succedute riforme tendenti ad arginare il problema, ma i risultati in merito al contenimento dei costi sono stati ad oggi piuttosto modesti.

La riforma approvata nel 2003 prevede un piano di decisioni economico-finanziarie scadenziato nel tempo, che incidono soprattutto sui meccanismi di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, la limitazione di benefici e il restringimento delle condizioni di accesso ai servizi, con il fine di contenere maggiormente i costi. La riforma prevede inoltre alcuni interventi sui meccanismi di funzionamento del sistema, tra cui i più importanti sono l'introduzione del già citato sistema di rimborso a DRG per gli ospedali, l'istituzione di un Centro Tedesco per la Qualità in Medicina per garantire l'informazione agli utenti in relazione alla reale efficacia delle cure, l'introduzione di una carta elettronica per gli utenti e la presa di iniziative tendenti ad attribuire ai medici di medicina generale la funzione di regolatori di accesso al sistema.

La riforma sembra aver già prodotto dei risultati positivi riguardo la sostenibilità finanziaria del sistema tedesco, avendo portato negli ultimi due anni ad un sensibile miglioramento del bilancio dei fondi malattia. L'indebitamento dei fondi, infatti, che ammontava a circa 6 miliardi di euro nel 2003, è stato azzerato grazie a bilanci positivi fatti registrare nel 2004 e nel 2005.

Un'ulteriore problema che può essere rilevato è quello della diffusa **manca di efficienza**, causata dalle numerose e diffuse normative e regolamentazioni nazionali e regionali e dall'elevata frammentazione del sistema. A questo proposito il dibattito attivo in Germania riguarda la necessità di introdurre o meno forme di maggior contrattazione, se non meccanismi di "quasi mercato", a livello di gestione ed erogazione dei servizi. Il Governo⁸¹ ha recentemente affermato di essere interessato a valutare i migliori approcci e le strategie attuate a livello internazionale, come le esperienze americane di *managed care* (con particolare riguardo alle soluzioni adottate per l'assistenza ai malati cronici e i programmi di *disease management*), per apportare ulteriori riforme al sistema sanitario tedesco.

Nel luglio 2006 il Governo di Grande Coalizione presieduto dal Cancelliere Angela Merkel ha varato una nuova riforma del sistema sanitario tedesco. La riforma prevede un aumento dei contributi sanitari di mezzo punto percentuale (dal 2007 i contributi sanitari obbligatori ammontano al 14,5% dello stipendio) e la creazione di un **fondo comune** in cui verranno versati tutti i contributi e dal quale le 252 casse pubbliche potranno attingere per pagare gli onorari dei

81 - Attraverso il discorso del Ministro della Salute Ulla Schmidt alla conferenza "The American Model and Europe: Past, Present and Future", organizzata dalla Friedrich Ebert Foundation a Washington il 27 gennaio 2006.

medici e le spese per farmaci. L'aspetto più rilevante della riforma riguarda **l'impiego del gettito fiscale** (non è prevista però al momento l'introduzione di nuove tasse) **per il finanziamento della copertura sanitaria**, in particolare di quella dei più giovani. Per la prima volta, infatti, il sistema non sarà finanziato esclusivamente dai contributi, ma il nuovo fondo comune riceverà risorse prelevate dalle imposte (si prevede un finanziamento di 1,5 miliardi di euro nel 2008 e di 3 miliardi di euro nel 2009). Infine, la riforma stabilisce che le casse mutue private dovranno d'ora in avanti assicurare chiunque ne faccia richiesta.

La riforma del 2006 sarà completata entro la fine dell'anno con misure volte ad intensificare il processo di liberalizzazione della professione medica e l'introduzione di un sistema di distribuzione dei farmaci più economico.

3.4.2 Regno Unito (sistema Beveridge)

Il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) è un **sistema pubblico a copertura universale**, che si finanzia principalmente attraverso la tassazione generale. La maggior parte delle strutture che erogano i servizi e le organizzazioni che programmano e assicurano l'intermediazione tra cittadini e strutture sanitarie sono pubbliche. Le decisioni sono prese a livello centrale, ma sono presenti forme di autonomia nella gestione dei servizi sanitari e nella contrattazione tra i diversi attori.

L'odierna configurazione del sistema riflette ancora, in buona parte, la riforma introdotta dal Governo liberista di Margaret Thatcher alla fine degli anni '80, attuata per affrontare le inefficienze del precedente sistema, basato su una pesante struttura gerarchico/piramidale. Il concetto ispiratore della riforma fu quello di introdurre nel settore sanitario dei meccanismi operativi che garantissero i benefici del libero scambio e della libertà di scelta, sia dal lato della domanda che dell'offerta, prevedendo nel contempo delle restrizioni ad una concorrenza eccessiva e non regolamentata (*managed competition*).

In particolare risalgono a questa riforma i principi che caratterizzano il NHS britannico: la **distinzione tra erogatori ed acquirenti di prestazioni sanitarie**, l'**autonomia** della proprietà e gestione **degli ospedali (Trust)** e il **ruolo centrale di gestione della salute dei medici di medicina generale**.

La successiva riforma laburista del Governo Blair, attuata a partire dal 1997, ha mantenuto i meccanismi di base del sistema, attenuando solo in parte la concorrenza tra gli attori del sistema ed intervenendo principalmente sul miglioramento dell'organizzazione e della **qualità dell'assistenza di base** e sulla **riduzione delle disuguaglianze** in alcune zone e fasce della popolazione.

Lo schema dell'organizzazione del NHS è riportato nella figura seguente.

A livello di Governo il *Department of Health*, guidato da un Ministro Segretario di Stato per la Salute, stabilisce l'indirizzo strategico del sistema, determina gli standard nazionali riguardo le cure in aree prioritarie (come tumori, malattie cardiovascolari e malattie mentali) e assicura l'adeguato finanziamento del sistema attraverso l'allocatione delle entrate statali.

Le *Strategic Health Authorities* hanno il compito di tradurre sul territorio le decisioni e le impostazioni assunte a livello centrale, si rapportano con le strutture/organizzazioni mediche ed ospedaliere e preparano i piani di sviluppo dei servizi sanitari, assicurando che essi riflettano le priorità stabilite a livello nazionale.

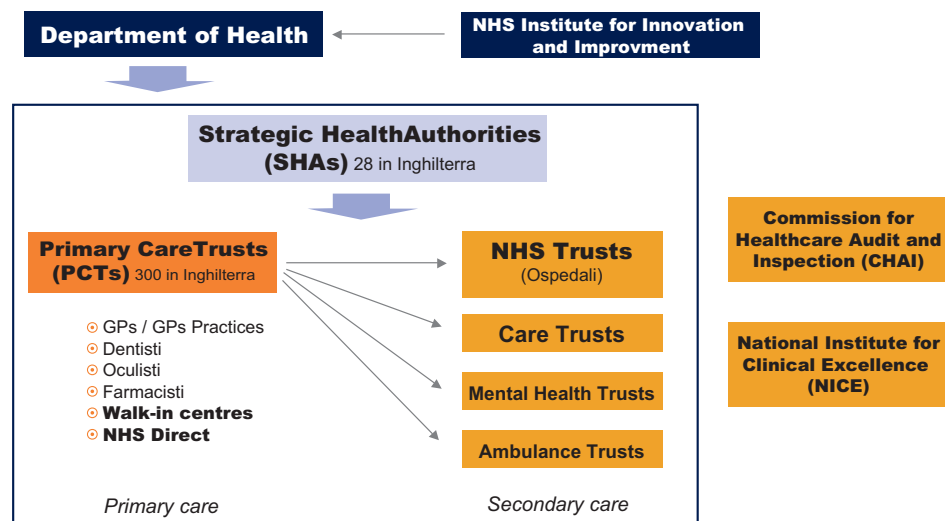


Figura 93. La struttura organizzativa del sistema sanitario del Regno Unito

L'assistenza di base è fornita dai **medici di medicina generale (General Practitioners - GPs)**, liberi professionisti dotati di elevata autonomia decisionale, che operano singolarmente o in studi associati (ambulatori) e progressivamente si stanno organizzando in **Primary Care Trust (PCTs)**, che dispongono di bilanci commisurati alle cure e ai ricoveri decisi per i propri assistiti. Queste organizzazioni sono il vero braccio operativo del NHS, poiché gestiscono in pratica l'80% circa del *budget* totale. Esse hanno il compito di valutare i fabbisogni sanitari della comunità locale e stabilire le risorse adeguate a soddisfare la domanda di assistenza sanitaria. Inoltre devono garantire l'accesso ai servizi sanitari a chiunque ne abbia necessità ed assicurare che i servizi vengano offerti in modo efficace⁸².

I GPs rappresentano il **filtro centrale e il contatto obbligato** dei cittadini con il sistema sanitario. Il loro ruolo (*gatekeeping*) è quello di garantire l'accesso appropriato alle prestazioni (assistenza farmaceutica, prestazioni specialistiche e cure ospedaliere), con una forte responsabilizzazione da una parte a fornire soltanto le cure effettivamente necessarie e, dall'altra, a soddisfare gli utenti con una buona qualità del servizio. Essi contrattano con gli ospedali il ricovero dei loro assistiti, instaurandosi tra le due parti un rapporto di quasi-mercato. Lo stesso vale per la relazione tra cittadini e medici, in quanto i primi sono liberi di scegliere tra medici e studi diversi, valutando la qualità delle cure offerte.

Recentemente il Governo Blair ha dato maggiore importanza alla *primary care*, nel tentativo di incrementare i percorsi di cura extra-ospedalieri, con la finalità di curare meglio la salute, ridurre le liste di attesa ed utilizzare in modo più appropriato le strutture ospedaliere. Oltre ai medici di medicina generale, infatti, sono stati attivati altri canali di accesso, con lo scopo di rendere disponibile una prima valutazione "filtro" ed indirizzare in modo opportuno i pazienti alle successive forme di assistenza. Si tratta dei **Walk-in Centres** e del **NHS Direct**.

I **Walk-in Centres** sono centri aperti ogni giorno, per l'accesso ai quali non occorre appuntamento, che offrono, mediante personale infermieristico specializzato, valutazioni e assistenza per malattie e lesioni non gravi, informazioni sul NHS e consigli vari sulla prevenzione. Solitamente sono situati in punti di grande affluenza, come aeroporti,

stazioni, centri commerciali, ecc..

NHS Direct è un servizio telefonico attivo 24 ore su 24, a cui rispondono infermieri professionisti che offrono informazioni, consigli e valutazioni in materia di salute, con il fine di fornire indicazioni sulle strutture sanitarie a cui rivolgersi.

Per ridurre il problema delle **liste di attesa**, in particolare, il Governo Blair ha recentemente introdotto due nuovi strumenti: gli *"Independent treatment centre"*, centri privati specializzati prevalentemente in prestazioni ortopediche e oftalmologiche, che si sono impegnati a garantire al NHS 1,7 milioni di prestazioni nei prossimi 5 anni, e il monitoraggio dei pazienti in *stand by* (ogni mese il Ministero pubblica tempi e numeri dei cittadini ancora in lista di attesa), che permette di stabilire obiettivi concreti da raggiungere (il prossimo obiettivo, da raggiungere entro il 2008, è quello di non far trascorrere più di 18 settimane tra la visita del medico di medicina generale e la prescrizione richiesta)⁸³.

Le **strutture ospedaliere** sono controllate e gestite dai **Trust**, vere e proprie aziende dotate di un *Chief Executive* e di un *Board of Justice*. I *Trust* sono organizzazioni *non-profit*, regolate per legge, che devono rispettare condizioni di economicità⁸⁴ tipiche delle aziende. La gestione degli ospedali, inoltre, è andata sempre più organizzandosi in modo manageriale, mediante l'affiancamento ai responsabili clinici di esperti di organizzazione, finanza e gestione.

Le entrate degli ospedali sono legate alle prestazioni erogate e provengono dai **contratti** stipulati con le *Health Authorities*, con i PCTs e i pazienti privati e le loro assicurazioni⁸⁵.

Riguardo al dimensionamento delle strutture ospedaliere, il Regno Unito presenta un basso numero di posti letto (che si sono ridotti notevolmente tra gli anni '80 e il 2000, passando da circa 355 mila a poco più di 180 mila) rispetto agli altri Paesi europei: 4,2 posti letto per mille abitanti rispetto a circa il doppio di Germania e Francia. Questo aspetto ha contribuito a mantenere sotto controllo le spese sanitarie, ma ha accentuato nel tempo il problema delle liste di attesa. Per far fronte a questo problema, a partire dal *NHS Action Plan* del 2000 sono stati predisposti **piani di investimento** straordinari per l'ammmodernamento e lo sviluppo delle strutture ospedaliere, con azioni mirate in alcune aree e settori. È da sottolineare che i piani di investimento prevedono un forte coinvolgimento di partner privati. L'implementazione dei piani ha fatto segnare un'inversione della tendenza della riduzione del numero dei posti letto, che tra il 1999/2000 e il 2002/2003 sono aumentati di 1.600 unità. Si rileva infine che il sistema sanitario inglese dispone di un numero molto elevato di posti letto dedicati alla *intermediate care*.

Al contrario delle strutture ospedaliere per acuti, quelle residenziali e assistenziali per anziani e malati cronici (*intermediate care*, appunto) sono in maggioranza private. I servizi per l'assistenza residenziale e di lunga degenza vengono quindi acquistati in buona parte dal NHS presso strutture private.

Una recente indagine sulle persone ricoverate in ospedale con frequenza ha messo in luce che in Inghilterra sono circa mezzo milione le persone che nell'arco di un anno hanno registrato almeno tre accessi in ospedale, attraverso il pronto soccorso. Alcuni elementi riscontrati da questa indagine fanno pensare che questo numero possa essere ridotto drasticamente investendo maggiormente sul territorio: si tratta infatti per il 48% di pazienti anziani e quasi la metà degli accessi rientrano in una lista di patologie che, se trattate con un'adeguata assistenza territoriale, non

83 - Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità n. 9, del 7-13 marzo 2006

84 - Ai *Trust* è richiesto di raggiungere il pareggio di bilancio, ottenere un ritorno sul capitale investito del 6% e mantenere il finanziamento esterno entro un valore prefissato.

85 - Le assicurazioni private riguardano principalmente forme di assicurazione integrativa per servizi non coperti, o coperti solo parzialmente, dal NHS (servizi dentistici, oculistici, ecc.), e per le cure in strutture private. Attualmente meno del 15% della popolazione dispone di un'assicurazione privata.

necessitano di ricovero. La proposta è quella di istituire delle “*community matron*”, gruppi di infermieri e operatori sanitari, che in contatto con i medici di medicina generale ed i servizi sociali, assistano i pazienti cronici e sviluppino progetti per la gestione della malattia. Un’esperienza di *community matron* in Cornovaglia ha permesso di ridurre del 47% gli accessi in ospedale⁸⁶.

Si è detto che la riforma Blair si è concentrata principalmente sul rafforzamento del sistema di cure primarie, sulla modernizzazione e il potenziamento delle strutture e delle tecnologie sanitarie e sulla riduzione delle disuguaglianze. Inoltre è stato creato un istituto nazionale rivolto alla valutazione e alla ricerca clinica (*National Institute for Clinical Excellence, NICE*), una commissione rivolta al controllo della qualità delle cure a livello locale (*Commission for Healthcare Audit and Inspection, CHAI*) e un Istituto per l’Innovazione con lo scopo di identificare le *best practice* e promuovere l’introduzione delle tecnologie più efficaci. Lo scopo del NICE, in particolare, è quello di analizzare protocolli, linee guida, farmaci e tecnologie, valutandoli per qualità e reale efficacia, al fine di rendere disponibili i risultati per l’intero sistema sanitario e soprattutto informare i cittadini circa le cure realmente efficaci per la sua salute.

Infine nel 2003 è stata attivata la *Commission for Patient and Public Involvement in Health (CPPIH)*, un organismo pubblico indipendente che ha lo scopo di rendere possibile e concreto il **coinvolgimento dei cittadini** e di organizzazioni *non-profit* nel funzionamento del servizio sanitario, mediante l’organizzazione di Forum ai quali possono partecipare cittadini, pazienti e organizzazioni.

In generale, una pregevole caratteristica di tutte le riforme fin qui attuate o programmate dal governo Blair è quella di seguire una precisa metodologia che prevede la **definizione degli obiettivi** e degli **indicatori** atti a misurarli e la fissazione di **valori quantitativi** da raggiungere entro un **arco temporale definito**.

3.4.3 Stati Uniti (sistema misto)

Il sistema sanitario statunitense si presenta estremamente atipico se confrontato con quello degli altri maggiori Paesi industrializzati, tanto da poterlo definire un “non sistema”. Come osservato nel paragrafo 3.2, sia la spesa sanitaria *pro capite* che in relazione al PIL risultano ampiamente più alte rispetto agli altri Paesi (Figure 81 e 82). A fronte di questa spesa, tuttavia, il sistema sanitario americano non sembra ottenere elevati livelli medi di efficacia (si è già detto della bassa aspettativa di vita e anche i tassi di mortalità sono superiori a quelli dell’Europa occidentale). A questo fenomeno si aggiunge il fatto che nel sistema americano si riscontrano problemi di accesso alle prestazioni sanitarie per una parte consistente e crescente della popolazione: **il 15,6% dell’intera popolazione infatti risulta essere privo di copertura assicurativa sanitaria**⁸⁷.

D’altra parte però gli Stati Uniti conservano importanti elementi di eccellenza per quanto riguarda la qualità e l’aggiornamento delle tecnologie medicali, la formazione medica e la ricerca, la quasi totale assenza di liste di attesa, l’ampia libertà di scelta per il cittadino e la generale flessibilità del sistema.

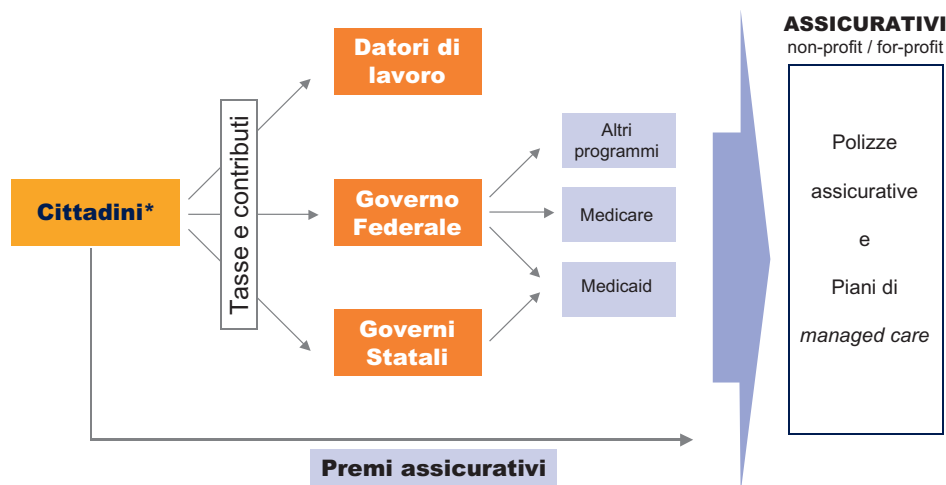
Il funzionamento del sistema sanitario degli Stati Uniti si fonda sull’assicurazione privata: circa i tre quarti dei cittadini si tutelano dal rischio malattia ricorrendo a polizze assicurative private, nella maggioranza dei casi stipulate e

86 - Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità n. 8, del 28 febbraio – 6 marzo 2006.

87 - “US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States – Section 3 Health and Nutrition”, 2006.

finanziate dai datori di lavoro⁸⁸. Il peso del settore privato nel sistema è predominante, essendo gestiti privatamente la maggioranza dei piani di assicurazione e delle strutture sanitarie.

Il **settore pubblico**, tuttavia, gioca anch'esso un **ruolo rilevante** all'interno della struttura organizzativa e nel finanziamento dell'intero sistema.



(*) Le cure sanitarie per i cittadini sprovvisti di copertura assicurativa sono finanziate con pagamenti out-of-pocket o da enti caritatevoli

Figura 94. La struttura organizzativa del sistema sanitario degli Stati Uniti

Esistono infatti due principali⁸⁹ **programmi assicurativi pubblici**: *Medicare*, assicurazione federale che garantisce a tutti gli anziani (65 anni di età e oltre) e ad alcune categorie di disabili, sia pur con delle limitazioni, una copertura sanitaria indipendente dal livello di reddito, e *Medicaid*, assicurazione statale (ovvero gestita dai singoli Stati, con contributi federali) di assistenza sociale volta a proteggere alcune categorie di cittadini meno abbienti, secondo precisi criteri di eleggibilità⁹⁰. Il Governo Federale inoltre rappresenta la principale fonte di finanziamento della ricerca pubblica e della formazione degli specializzandi, mentre i singoli Stati hanno il compito di regolamentare l'attività delle compagnie di assicurazione e delle strutture erogatrici di servizi sanitari.

Insieme alla crescita del numero di persone non assicurate o sotto-assicurate, l'altro grande problema del sistema sanitario americano riguarda l'**aumento del costo delle cure**. Negli anni '90, per far fronte a questo problema, sono intervenuti notevoli cambiamenti nel *delivery system* della sanità.

88 - La recente crescita dei costi delle assicurazioni ha portato molte imprese a ridurre, o addirittura a negare, il *benefit* sanitario ai propri dipendenti. Questo fenomeno, insieme ad altri fattori tra i quali la diffusione del lavoro precario, il restringimento dei criteri di eleggibilità per accedere ai programmi di assicurazione pubblica e la diffusione di criteri di selezione sulla base del rischio di malattia (*cream skimming*), è causa della crescita del numero di persone prive di assicurazione sanitaria o comunque sotto-assicurate. Diversi studi americani hanno dimostrato che l'assenza di copertura assicurativa determina peggiori condizioni di salute per i cittadini che ne sono privi, ma anche instabilità finanziaria per le famiglie e per il sistema sanitario pubblico. Il *Committee on the Consequences of Uninsurance* ha stimato il costo causato al sistema economico dalla mancanza di una copertura assicurativa universale in un valore annuo compreso tra 65 e 130 miliardi di dollari.

89 - Tra i programmi di assicurazione pubblica "minori" riveste una certa importanza lo *State Children's Health Insurance Program - SCHIP*, introdotto dall'Amministrazione Clinton e destinato a rafforzare la protezione della popolazione infantile.

90 - <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>

La maggioranza delle imprese e delle istituzioni ha infatti ridotto il ricorso alle forme tradizionali di assicurazione⁹¹ rivolgendosi maggiormente agli assicuratori della *managed care*.

Le *Managed Care Organization* (MCO)⁹², limitando le proprie reti di fornitori (medici e ospedali) o addirittura integrando la funzione assicurativa e l'erogazione dei servizi (è il caso delle *Health Maintenance Organizations* – HMO), sono in grado di negoziare notevoli sconti sui prezzi. Tra gli strumenti utilizzati da queste organizzazioni per il contenimento dei costi e la ricerca della massima efficacia ed efficienza delle prestazioni, ci sono ad esempio delle forme di controllo sull'utilizzo dei servizi ospedalieri e di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri, l'introduzione della richiesta di autorizzazione da parte dei pazienti al medico di medicina generale per poter accedere a cure di tipo specialistico (*gatekeeping*) e la stesura di liste e prontuari di farmaci.

Un caso di particolare successo di HMO è rappresentato da **Kaiser Permanente**, organizzazione *non profit* operante principalmente in California, il cui modello organizzativo (che sarà approfondito nel paragrafo 3.5) è in grado di offrire ai propri assicurati un **livello di cure estremamente avanzato** dal punto di vista tecnologico e una serie di **servizi territoriali ad alto grado di integrazione tra cure primarie e secondarie**, riservando particolare attenzione ai temi della **prevenzione** e dell'**educazione del paziente**.

Dopo un periodo di contenimento, attualmente i costi sanitari del sistema USA sono tornati a crescere a tassi molto elevati, anche perché le limitazioni introdotte dalle MCO riguardo l'utilizzazione dei servizi (che avevano ridotto la libertà di scelta dei cittadini), si sono progressivamente ammorbidite. Per far fronte alla richiesta delle imprese di polizze meno costose gli assicuratori stanno da una parte aumentando la responsabilità finanziaria dei pazienti (franchigie più alte, aumento della partecipazione ai costi – cosiddetta assistenza sanitaria "guidata dal consumatore") e dall'altra facendo leva sulla diffusione di pratiche di medicina "*evidence based*" tra i medici per ottenere forti risparmi senza ridurre la qualità dell'assistenza⁹³.

Nell'affrontare il problema dell'accesso alle cure sanitarie si riscontra negli Stati Uniti un acceso dibattito a livello politico-istituzionale, che vede le posizioni contrapposte dei democratici, propensi ad un cambiamento sostanziale di alcune regole generali al fine di assicurare l'universalità della copertura sanitaria, e dei repubblicani, ostili invece all'introduzione di forme di assicurazione obbligatoria e non propensi a riforme limitanti i classici meccanismi di mercato e la libertà dei cittadini.

Un esempio dell'impostazione repubblicana è dato dalla **riforma** Bush del 2003 riguardante il programma **Medicare** (*Medicare Modernization Act*). L'intervento si è reso necessario per la crescita del numero di anziani sprovvisti di copertura privata per la spesa farmaceutica, a causa dell'aumento del prezzo dei farmaci e la contestuale crescita dei prezzi delle polizze. La riforma ha risposto a questa situazione estendendo i benefici del programma *Medicare* alla

91 - Polizze che funzionano secondo il principio indennitario: le compagnie provvedono a rimborsare i propri clienti ogni volta che essi consumano prestazioni sanitarie; il cliente è libero di scegliere qualunque medico o struttura sanitaria nel quale farsi assistere.

92 - I soggetti che si iscrivono ad una MCO contrattano la fornitura di una pluralità di servizi sanitari a fronte di un pagamento anticipato di un premio periodico. La MCO si impegna a fornire i servizi pattuiti imponendo la possibilità di ricorrere solamente a determinati medici e operatori sanitari alle sue dipendenze o con essa convenzionati.

93 - La medicina basata sull'evidenza si propone di confrontare tra loro i diversi risultati della ricerca clinica, puntando soprattutto a verificare l'efficacia degli interventi sanitari e sull'utilizzo da parte dei medici delle migliori evidenze disponibili al momento, basate su prove scientifiche, quando si prendono decisioni riguardanti l'assistenza di un paziente. Questo strumento risulta essere pertanto di grande utilità nell'assunzione delle decisioni cliniche quotidiane. *L'Institute of Medicine* inoltre sottolinea l'importanza che l'EBM si fondi non solo sui *trials* ma anche sulle capacità e le competenze acquisite dall'esperienza di cura insieme al paziente.

copertura (parziale) della spesa farmaceutica per gli anziani, attraverso sconti, sussidi, l'introduzione di un nuovo piano assicurativo agevolato dedicato alla copertura delle spese farmaceutiche, incentivi all'utilizzo di farmaci generici, ecc.. La riforma comporta un notevole aumento della spesa pubblica, già sottoposta a pressioni⁹⁴, ma si è preferito intervenire in questo modo piuttosto che estendere la presenza dello Stato e creare vincoli che si teme limitino la libertà di scelta dell'individuo.

È interessante segnalare, infine, l'iniziativa dello Stato del Massachusetts, il primo Stato degli USA che ha approvato un **piano di copertura assicurativa universale**⁹⁵. Infatti, un nuovo piano di assistenza sanitaria, la cui proposta di legge sostenuta dal Governatore repubblicano Romney è in fase di discussione, intende giungere, entro il luglio del 2007, alla copertura sanitaria del 95% delle 550 mila persone oggi senza assicurazione medica (in maggioranza persone a basso reddito, lavoratori *part-time* o stagionali, bambini e adolescenti), su una popolazione di 6,4 milioni di persone. Tra le varie misure, il programma prevede l'introduzione di incentivi fiscali per incoraggiare le compagnie di assicurazione ad offrire polizze a basso costo e le aziende ad assicurare i propri dipendenti; l'imposizione di sanzioni pecuniarie per i residenti che, pur disponendo di un reddito adeguato, continueranno ad astenersi dal sottoscrivere l'assicurazione; l'aumento dei redditi minimi per poter usufruire di un programma agevolato; la possibilità di sottoscrivere assicurazioni collettive per i datori di lavoro con almeno 10 dipendenti. Il programma, che dovrebbe costare non più 1,2 miliardi di dollari nel triennio 2006-2008, sarà coperto soprattutto dal finanziamento federale e il costo aggiuntivo a carico dello Stato sarà pari a circa 125 milioni di dollari. Il piano sanitario del Massachusetts potrebbe diventare un punto di riferimento anche per altri Stati federali.

3.4.4 Francia (sistema Bismarck)

Il sistema sanitario francese è basato sull'**assicurazione sanitaria obbligatoria**, che fa parte della *Sécurité Sociale*, il sistema di protezione sociale pubblico stabilito nel 1945 sulla base del sistema Bismarck. Negli ultimi anni tuttavia, mediante le riforme avvenute nel 1996 (riforma Juppé) e nel 2004 (Douste-Blazy), il sistema sanitario francese ha assunto anche alcuni tratti tipici dei servizi sanitari nazionali, come la forte ingerenza dello Stato nel finanziamento, la gestione e l'organizzazione del sistema.

Lo schema organizzativo del sistema sanitario francese è illustrato nella figura 95.

Le **regole generali di funzionamento** del sistema e l'attribuzione delle competenze e delle funzioni ai diversi attori sono definite **a livello centrale** dal Parlamento e dal Governo, coadiuvati da una serie di comitati, istituti e agenzie che forniscono analisi, valutazioni e proposte relative al sistema sanitario. In particolare la Direzione Generale della Sanità si occupa degli aspetti più generali, mentre la Direzione Ospedali e Servizi e la Direzione Sicurezza Sociale sono responsabili rispettivamente delle norme e della programmazione del settore ospedaliero e della vigilanza sul sistema assicurativo. Prerogativa del Governo centrale è anche l'approvazione dell'**ONDAM**, documento che definisce ogni anno l'ammontare complessivo delle spese destinate alla sanità tramite il sistema assicurativo obbligatorio.

94 - Per questa riforma si stima un impatto sulla spesa sanitaria di circa 400 miliardi di dollari in dieci anni e la sostenibilità del programma *Medicare* risulta già essere a rischio nel medio/lungo termine, soprattutto a causa dell'aumento del rapporto tra pensionati e lavoratori.

95 - Fonte: Il Sole 24 Ore, giovedì 6 aprile 2006.

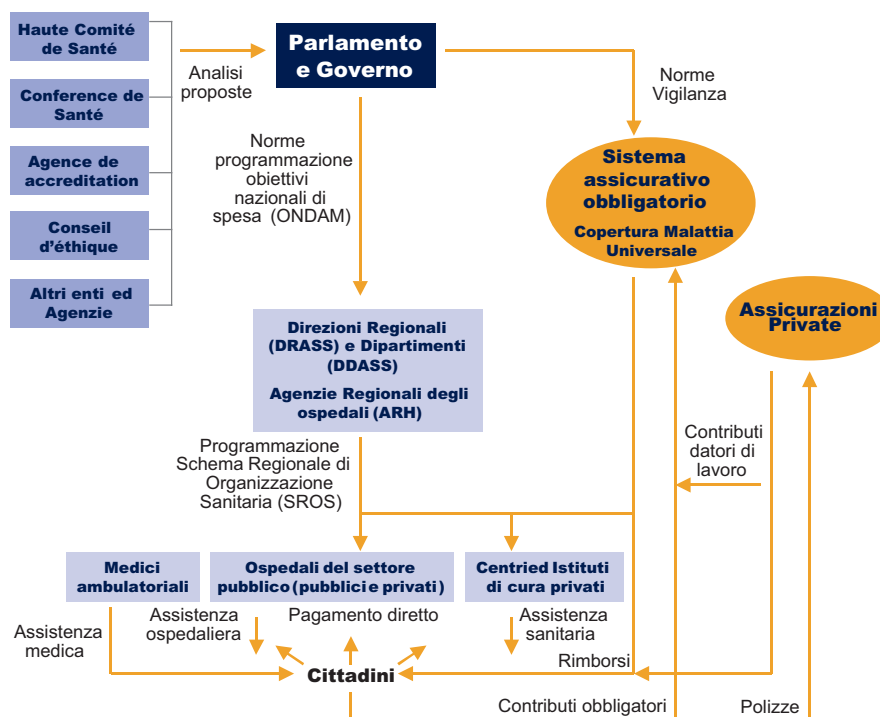


Figura 95. La struttura organizzativa del sistema sanitario francese. Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House da M. Crivellini, "Sanità e Salute: un conflitto di interesse", Franco Angeli 2004

Con la riforma del 1996 lo Stato, riducendo gli oneri mutualistici a carico di imprese e dipendenti, finanzia, attraverso la fiscalità generale e le imposte indirette circa la metà della spesa sanitaria. Attraverso questo provvedimento il Governo può esercitare un'influenza maggiore sul *budget* generale della sanità e sull'organizzazione dei servizi sanitari e quindi controllare il livello della spesa sanitaria.

Le norme e le decisioni di programmazione generale vengono trasferite ed attuate a livello regionale tramite le Direzioni Regionali degli Affari Sanitari e Sociali (DRASS) **e a livello territoriale** dalle Direzioni Dipartimentali degli Affari Sanitari e Sociali (DDASS).

A livello regionale viene redatto lo Schema Regionale di Organizzazione Sanitaria, il principale strumento di programmazione sanitaria che determina l'evoluzione e il dimensionamento dell'offerta dei servizi. Con la riforma del 1996, inoltre, è stato riorganizzato il sistema ospedaliero attraverso l'istituzione di 22 **Agenzie Regionali di Ospedalizzazione** (ARH) che hanno la funzione di attuare a livello regionale la politica ospedaliera definita dal Governo.

Le DDASS sono responsabili dei servizi e della promozione della salute a livello locale.

Il **sistema assicurativo** svolge la funzione di intermediazione economico-finanziaria tra utenti e fornitori di servizi sanitari: da una parte raccoglie le risorse finanziarie, dall'altra finanzia le strutture e gli operatori sanitari. Il sistema assicurativo può essere suddiviso in tre parti: sistema assicurativo obbligatorio su base professionale, copertura delle malattie universale (*Couverture Maladie Universelle* – CMU) e assicurazione integrativa.

Il **sistema assicurativo obbligatorio su base professionale** è il tradizionale sistema di copertura sanitaria che copre la quasi totalità della popolazione. Gli attori principali del sistema sono le Casse Malattia (*Mutuelles*) alle quali accedono per legge le varie categorie di occupati e le loro famiglie. Il sistema è alimentato dai contributi obbligatori, fissati per legge e versati dai lavoratori e dai datori di lavoro e copre la maggior parte dei servizi sanitari. Una caratteristica del sistema francese è che **le Casse Malattia non hanno responsabilità gestionali** (accordate invece, ad esempio, ai fondi malattia nel sistema tedesco). La responsabilità per la gestione operativa e finanziaria delle assicurazioni sanitarie (ad esempio la fissazione dei prezzi dei servizi), infatti, avviene a livello statale.

Dalla copertura assicurativa offerta dal sistema obbligatorio rimane esclusa la copertura del **ticket modérateur**⁹⁶, ovvero la compartecipazione alla spesa prevista in vario modo e ammontare per molti dei servizi sanitari, come farmaci, degenza ospedaliera e visite mediche. Il meccanismo assicurativo francese, infatti, prevede che gli assicurati paghino le prestazioni ricevute e vengano successivamente rimborsati dalla loro assicurazione per una quota che sconta il *ticket modérateur*. La **compartecipazione alla spesa** da parte degli assicurati è uno dei cardini del sistema francese, il cui controllo delle spese è basato più sulla responsabilità dell'utente che su meccanismi di filtro all'accesso dei servizi o su interazioni competitive tra i diversi attori del sistema come avviene in altri Paesi.

Per la copertura delle prestazioni escluse dall'assicurazione obbligatoria sono piuttosto diffuse (86% della popolazione) le **assicurazioni complementari integrative volontarie**, gestite privatamente da mutue, compagnie assicurative private e istituti di previdenza.

Il sistema assicurativo obbligatorio, come detto, copre la maggior parte della popolazione, ma essendo basato sull'appartenenza professionale e non sulla residenza **non garantisce una copertura universale**. Per questo nel 2000 è stata introdotta la CMU, la copertura sanitaria destinata a coloro che risiedono in Francia ma non accedono al regime obbligatorio su base professionale. La CMU (*CMU de base*) è gratuita per i cittadini con un reddito inferiore ad una soglia prefissata, mentre chi eccede tale soglia è tenuto ad una compartecipazione percentuale. La CMU prevede anche un'assicurazione complementare gratuita per i cittadini che dispongono di un reddito mensile inferiore ad una certa soglia e per alcune categorie di persone disagiate.

L'assistenza medica, sia generica che specialistica, è fornita da **medici singoli o associati** che sono **liberi professionisti**. Essi non svolgono il ruolo di regolatori di accesso al sistema e gli utenti sono liberi di rivolgersi di volta in volta a chi desiderano. Inoltre, non esistono regole per la loro distribuzione sul territorio (anche per questo in Francia esistono delle disparità a livello geografico in termini di distribuzione del numero di medici), ma sono stati definiti dei **vincoli di accesso alle iscrizioni alle facoltà di Medicina**. La Francia, infatti, è uno dei pochi Paesi in cui viene effettivamente praticata la **programmazione del numero complessivo dei medici**. Attraverso l'istituzione del "numero chiuso" sulle iscrizioni alla facoltà di medicina avvenuta circa dieci anni fa, si stima che a partire dal 2007 il numero di medici inizierà a diminuire, in quanto le nuove immissioni saranno inferiori alle cessazioni di attività. Negli anni successivi l'andamento del numero di medici in attività sarà determinato dalle scelte operate sul numero chiuso effettuate in questi e nei prossimi anni. Infine, tutti i medici sono tenuti a seguire dei percorsi di formazione e di aggiornamento continuo, sottoposti a verifica ogni cinque anni.

Le **strutture ospedaliere** francesi possono essere classificate in base all'**appartenenza al settore pubblico o al settore privato**. Al primo appartengono sia gli ospedali pubblici, sia le strutture private che decidono di operare secondo le regole e le condizioni del settore pubblico. Essi devono garantire l'accoglienza a tutti gli utenti e, in diversa misura a

96 - A parte alcune categorie di persone con un basso reddito o con particolari condizioni di salute, tutti gli assicurati sono tenuti ad una quota di compartecipazione alla spesa che varia da circa il 25% per i servizi ambulatoriali, all'11% per le cure ospedaliere, fino a percentuali del 40% per altri servizi sanitari.

seconda che si tratti di ospedali Generali, Regionali o Locali, assicurare le emergenze, la ricerca medica, l'insegnamento universitario e post universitario, la formazione medica e l'educazione sanitaria. Su un totale di circa 471.500 posti letto totali nel 2001, quasi 310 mila erano pubblici e 160 mila privati.

Il finanziamento degli ospedali appartenenti al settore pubblico, mediante l'ultima recente riforma, è passato da contratti pluriennali basati sulle dotazioni globali delle strutture (costi storici) ad un tipo di finanziamento misto che tiene conto anche del volume e della natura dei servizi effettivamente erogati, ovvero ad un finanziamento basato sul meccanismo del **rimborso a prestazione** (*Groupes Homogenes de Maladies – GHM*). Le cliniche private che non appartengono al settore pubblico non sono obbligate a garantire le condizioni sopra citate e sono solitamente strutture più piccole e snelle specializzate in particolari settori.

Le condizioni di salute della popolazione francese, e quindi, in una certa misura, i risultati ottenuti dal sistema sanitario, appaiono essere molto buone. Nel 2000 il sistema sanitario francese è risultato al primo posto nel *ranking* della WHO, in particolare grazie all'elevato livello di salute raggiunto dalla popolazione, il facile accesso alle cure sanitarie, l'assenza di liste d'attesa e l'universalità della copertura sanitaria. Il problema al centro del dibattito, però, è quello del **controllo della spesa**. La Francia, infatti, è fra i Paesi europei che spendono di più in sanità sia in termini di spesa sul PIL che in valore assoluto *pro-capite*.

Nel tentativo di contenere i costi sanitari, nel 2004 è intervenuta un'ulteriore riforma (Douste-Blazy) che accentua i tratti centralistici delle precedenti ed introduce alcune importanti novità, tra cui spicca per importanza la **"maîtrise médicalisée"**. Si tratta di una sorta di *managed care* sul modello di quelle adottate negli Stati Uniti, da realizzarsi con diversi strumenti quali l'introduzione di un Dossier Medico Personale informatizzato per ogni utente, la creazione dell'Alta Autorità per la Salute e l'istituzione della figura del Medico Curante. Attraverso questi strumenti **la riforma persegue gli obiettivi di controllo sulle prescrizioni, sviluppo delle tecnologie informatiche, valutazione dell'appropriatezza ed enfasi sulla qualità delle cure e promozione e diffusione di raccomandazioni e linee guida.**

L'aspetto di maggior innovazione del sistema francese è forse riscontrabile nell'introduzione, per il prossimo futuro, della figura del **Medico Curante** (*Médecin traitant*), scelto liberamente dal paziente, che avrà la funzione di **gatekeeper**. Egli avrà un ruolo centrale nell'orientare e seguire il paziente lungo il percorso di cura, coordinando il suo dossier medico personale e indirizzandolo verso i professionisti più adatti a trattare la sua situazione specifica.

3.4.5 Olanda (sistema Bismarck)

In Olanda il sistema sanitario può essere definito come un **sistema assicurativo "misto" pubblico/privato**, in quanto caratterizzato dalla combinazione di un sistema di sicurezza sociale pubblico, che si fonda sul principio della **solidarietà** (per cui l'aliquota contributiva è determinata in funzione del reddito e non in funzione dei rischi sanitari dell'assicurato), ed un modello di assicurazione privata volontaria. L'assistenza sanitaria pubblica risulta essere estesa a circa il 70% della popolazione. Di conseguenza la diffusione di coperture sanitarie private è piuttosto elevata, risultando seconda soltanto a quella degli Stati Uniti.

La storia del sistema sanitario olandese è caratterizzata dai continui dibattiti sulle possibili riforme della sua organizzazione e dei suoi meccanismi di funzionamento, cosicché risulta essere piuttosto complesso ed in continua evoluzione.

Il sistema delle assicurazioni sanitarie è suddiviso in tre comparti fortemente regolamentati a livello di Governo centrale/Ministero della Salute e sottoposti a supervisione/monitoraggio da appositi enti statali.

Il primo comparto assicurativo, stabilito dal *General Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)*, assicura a tutti gli abitanti (assicurazione universale e obbligatoria) copertura sanitaria contro le **spese mediche eccezionali e di lunga durata** (in particolare malattie croniche, handicap e assistenza domiciliare agli anziani). L'AWBZ viene finanziato da contributi pagati in percentuale del reddito da lavoro e, in misura minore, da fondi governativi ed assorbe circa il 40% della spesa sanitaria totale.

Il secondo comparto riguarda la **copertura delle normali spese sanitarie curative di breve periodo (cure primarie e secondarie)** e prevede tre diversi schemi assicurativi⁹⁷:

- al primo schema, attraverso l'*Health Insurance Act (ZFW)*, accedono obbligatoriamente le persone con reddito inferiore ad una certa soglia e quelle sussidiate dalla previdenza sociale. I fondi malattia coinvolti (circa 20) forniscono assicurazioni a circa i due terzi degli olandesi, che pagano un premio in larga parte commisurato al proprio reddito;
- le varie categorie di dipendenti pubblici (5% circa della popolazione) accedono ad uno schema assicurativo specifico ed hanno alcuni fondi malattia dedicati;
- le persone che non possiedono i requisiti per rientrare nei due schemi precedenti (cittadini a medio ed alto reddito) possono assicurarsi volontariamente attraverso piani assicurativi sanitari privati, regolati dall'*Access to Health Insurance Act (WTZ)*. In aggiunta ad un premio essi devono pagare anche un contributo di solidarietà alle assicurazioni pubbliche (*MOOZ Act*).

Il terzo comparto comprende **assicurazioni supplementari volontarie private** che coprono le spese per le cure escluse dai precedenti schemi assicurativi. Questi piani sono offerti sia dai fondi malattia che dagli assicuratori privati e possono variare notevolmente per contenuti e premi versati.

Negli ultimi anni sono emerse alcune problematiche e criticità legate a questo tipo di impostazione, che possono essere ricondotte in gran parte alla forte regolamentazione pubblica del sistema. Si osservano, infatti, una scarsa focalizzazione sulla domanda di cure sanitarie (con un conseguente sbilanciamento tra la domanda e l'offerta e l'inasprimento del problema delle liste di attesa), bassi livelli di efficienza nell'erogazione dei servizi e spazi limitati per l'imprenditorialità, la flessibilità e l'innovazione nel settore sanitario. L'organizzazione del secondo comparto, ed in particolare il dualismo tra i fondi malattia e le assicurazioni private, comporta alcune criticità in materia di equità e di libertà di scelta, tra cui l'elevato costo delle coperture private, lo scarso interscambio di consumatori fra pubblico e privato e la mancanza di concorrenza sul mercato delle coperture private.

Per questi motivi, durante l'ultimo decennio, il dibattito sui possibili interventi migliorativi del sistema e le riforme effettivamente realizzate si è focalizzato sulla modifica del tradizionale modello di coordinamento e pianificazione fortemente centralizzato e sul tentativo di ridisegnare i meccanismi interni del sistema, al fine di **creare un regime di mercato regolamentato (quasi mercato)**, che permetta una maggiore e migliore competizione tra i diversi attori del sistema.

Progressivamente si sta verificando in Olanda il trasferimento di alcune responsabilità (ad esempio l'acquisto dei servizi sanitari) dal Governo al settore privato, così come un graduale trasferimento di competenze dal livello centrale a quello provinciale/locale.

97 - L'organizzazione del secondo comparto è stata modificata dalla riforma del sistema di assicurazione sanitaria, in vigore dal 1 gennaio 2006.

Dopo anni di dibattiti e proposte, a partire dal 1 gennaio 2006 è entrato in vigore il nuovo sistema di assicurazione sanitaria (*Health Insurance Act*)⁹⁸. L'obiettivo è quello di **garantire l'accesso di tutti i cittadini alle cure sanitarie ordinarie, allargare la libertà di scelta degli assicurati e migliorare l'efficacia, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del sistema**, mediante l'attivazione di meccanismi di concorrenza.

La riforma si sostanzia in particolare nell'introduzione di **un'unica assicurazione standard per le cure sanitarie**. Ogni cittadino è **obbligato** a sottoscrivere un'assicurazione sanitaria per le cure ordinarie presso una compagnia di assicurazione, venendo meno la tradizionale distinzione del secondo comparto tra fondi malattia obbligatori e assicurazioni volontarie private. Le compagnie di assicurazione sono enti privati, che possono operare per fare profitti e possono distribuire dividendi agli azionisti, ma devono accettare obbligatoriamente tutti i cittadini residenti nella propria area di attività.

Il Ministero della Salute definisce per legge il contenuto minimo dei pacchetti assicurativi, secondo criteri di efficacia dimostrata, efficienza e sostenibilità finanziaria, ma gli assicuratori possono **diversificare la propria offerta** integrando il contenuto della copertura ed offrendo tipologie di polizze diverse.

Per ogni assicurato gli assicuratori ricevono dal Fondo Sanitario Centrale (*Risk Equalization Fund*) una quota capitaria differenziata in base alle caratteristiche del soggetto. Il fondo è finanziato con contributi in percentuale del reddito, versati dai datori di lavoro. Una quota (premio) nominale viene versata invece direttamente dall'assicurato. Essa è definita liberamente dagli assicuratori, ma a parità di polizza il premio da pagare deve essere uguale per tutti gli assicurati. Infine, gli assicurati hanno diritto annualmente ad un rimborso variabile sul premio pagato nel caso in cui non consumino servizi sanitari o non superino una certa soglia di spesa.

Il nuovo sistema potrà contare su **meccanismi di controllo e supervisione più snelli**, garantiti da poche organizzazioni tra cui l'*Health Care Authority*, che avrà un ruolo centrale.

Con l'introduzione di questo modello i cittadini dovrebbero essere incentivati a scegliere il proprio assicuratore con attenzione, valutando il **rapporto qualità/prezzo** dei servizi forniti. Gli assicuratori pertanto competono tra loro riguardo il livello dei premi nominali e la qualità delle cure fornite. Gli erogatori di prestazioni sanitarie, a loro volta, dovrebbero essere **incentivati a contenere i costi**, dato che anche gli assicuratori sceglieranno i propri fornitori in base al rapporto qualità/prezzo.

98 - Il processo di riforma del sistema delle assicurazioni sanitarie vede due passaggi fondamentali nel 1987 (piano Dekker) e nel 1990 (piano Simons). I due piani, molto simili, prevedevano in particolare di estendere l'assicurazione obbligatoria a tutta la popolazione, introducendo uno schema assicurativo nazionale ed eliminando la distinzione tra rischi eccezionali e non, e di equiparare i fondi malattia e le assicurazioni private, in modo da farli entrare in competizione e trasformarli in intermediari attivi tra i soggetti assicurati e gli erogatori. Queste proposte non si sono trasformate in effettive riforme, ma hanno contribuito ad alimentare il dibattito, poi sfociato nella riforma del 2006.

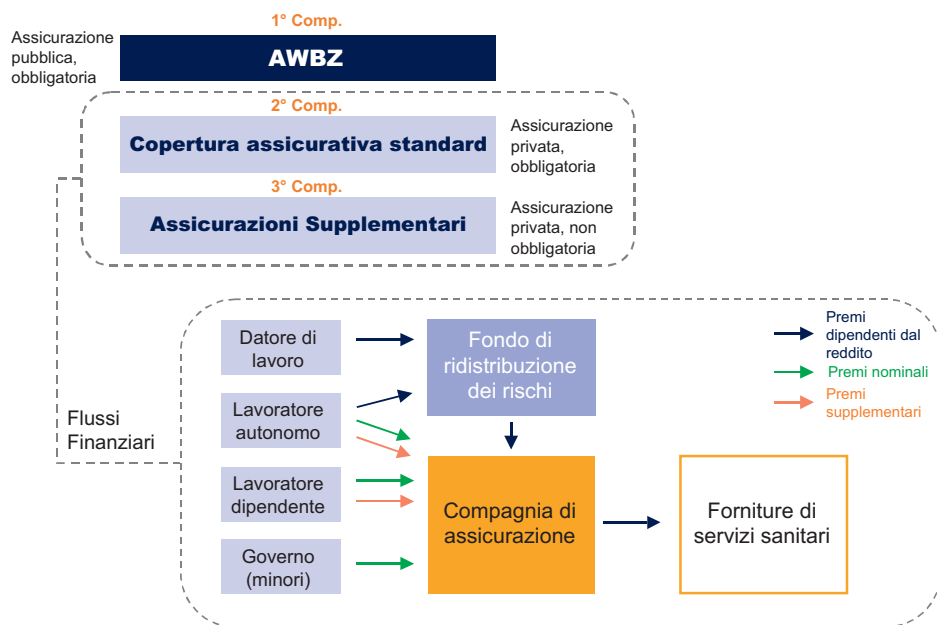


Figura 96. Il sistema assicurativo sanitario olandese

Con l'introduzione della riforma delle assicurazioni sanitarie, per garantire ai cittadini la corretta informazione necessaria per la scelta degli assicuratori a cui rivolgersi, è in programma la realizzazione di un sistema di *reporting* per facilitare il confronto tra le varie compagnie di assicurazione.

L'Olanda dispone di un **sistema di cure primarie** ben sviluppato e di buon livello qualitativo⁹⁹, fornito in prevalenza dai medici di medicina generale. La maggior parte dei medici di medicina generale gestisce autonomamente un proprio studio medico, anche se negli ultimi anni sta crescendo il numero di ambulatori e *health centers* in cui operano medici coadiuvati da altre figure professionali sanitarie (fisioterapisti, dentisti, ostetriche) e che forniscono cure domiciliari. Gli assicurati sono liberi di scegliere il medico presso cui registrarsi.

I medici di medicina generale ricevono dai fondi malattia un compenso calcolato in modo proporzionale al numero di pazienti in cura, mentre vengono rimborsati in base alle prestazioni offerte (*fee-for-service*) dalle assicurazioni private.

Il medico di medicina generale svolge il **ruolo di gatekeeper** verso le cure specialistiche e ospedaliere. Gli assicurati necessitano infatti dell'autorizzazione del medico di medicina generale per accedere al sistema di cure secondarie (visite specialistiche o ricoveri ospedalieri), rimanendo comunque liberi di scegliere lo specialista o l'ospedale a cui rivolgersi. L'approccio dei medici di medicina generale nel rapporto con i pazienti è basato su lunghi colloqui e **le capacità di comunicazione sono parte integrante del programma di formazione medica**.

Un altro aspetto rilevante del sistema di cure primarie è il **basso grado di prescrizioni mediche** (circa i 2/3 dei contatti medico-paziente sfociano in una prescrizione, rispetto a percentuali del 75%-95% che si riscontrano negli altri Paesi europei). Le prescrizioni di farmaci in particolare risultano essere molto selettive.

99 - Il buon funzionamento del sistema è testimoniato dal fatto che la maggior parte dei problemi di salute sono trattati direttamente a livello ambulatoriale dai medici di medicina generale e la percentuale dei pazienti indirizzati a cure specialistiche è relativamente bassa.

Il ruolo di *gatekeeper* del medico di medicina generale si sta dimostrando efficiente nell'ottimizzare l'accesso al sistema di cure secondarie e nel limitare la prescrizione di medicinali, con impatti positivi sul contenimento della spesa.

Grazie all'universalità dell'assicurazione che copre i rischi sanitari straordinari (primo comparto) e lo sviluppato sistema di cure primarie affidate ai medici di medicina generale, l'Olanda può vantare **il più alto tasso di cure residenziali agli anziani in Europa**, realizzato con una partecipazione ai costi tutto sommato modesta da parte degli stessi utenti anziani.

Le **cure secondarie sono fornite principalmente dai medici specialisti all'interno degli ospedali** e nelle strutture ambulatoriali di cui quasi tutti gli ospedali dispongono. Più del 90% degli ospedali sono **strutture private** (principalmente di proprietà di associazioni *non-profit*), i rimanenti sono ospedali universitari pubblici. Il sistema di finanziamento degli ospedali in vigore dal 2005 prevede il **rimborso basato sui DRG**.

A differenza di altri Paesi, gli **specialisti che forniscono cure ambulatoriali e ospedaliere** non sono dipendenti delle strutture ospedaliere, ma **lavoratori autonomi** (90%) e sono pagati in base alle prestazioni offerte. Soltanto il restante 10% è remunerato dagli ospedali in cui presta servizio, indipendentemente dalle prestazioni offerte.

Il numero di posti letto ospedalieri si è ridotto di circa un terzo a partire dagli anni '80, anche grazie ad accorpamenti e fusioni tra ospedali. A partire dalla fine degli anni '90, tuttavia, si è evidenziato il problema relativo alla lunghezza delle **liste d'attesa**, affrontato dal Governo offrendo incentivi economici alle strutture che si dimostrano più virtuose nel ridurre.

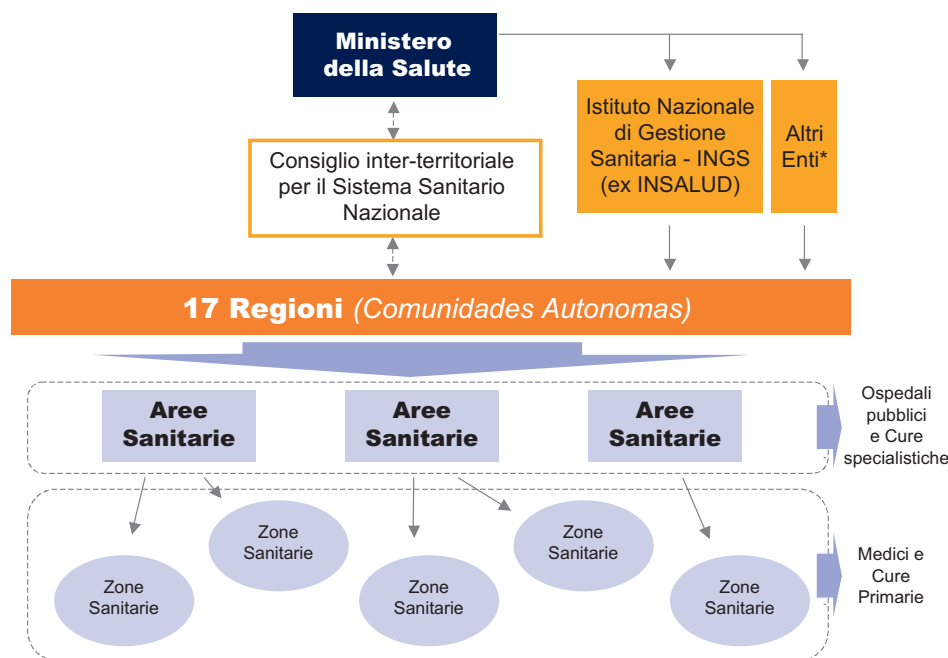
3.4.6 Spagna (sistema Beveridge)

Il Sistema Sanitario Spagnolo (*Sistema Nacional de Salud, SNS*), introdotto nel 1986, è un sistema prevalentemente **pubblico e universale**. Il finanziamento, infatti, avviene per mezzo della tassazione generale e regionale¹⁰⁰ e le strutture che erogano i servizi sanitari sono in buona parte pubbliche. La copertura sanitaria è prevalentemente gratuita ed è garantita a tutta la popolazione¹⁰¹.

Durante gli ultimi vent'anni si è completato il processo di *devolution* delle competenze e delle funzioni in materia sanitaria dal Governo Centrale alle 17 Regioni (*Comunidades Autonomas - CA*), così che attualmente il sistema sanitario spagnolo risulta totalmente **decentralizzato** (figura seguente). Per alcuni anni, fino al 2002 precisamente, la sanità è stata gestita a livello centrale, attraverso l'Istituto Nazionale di Sanità (INSALUD), nelle dieci Regioni Ordinarie, e a livello regionale nelle sette Regioni a Statuto Speciale. Il trasferimento delle competenze in materia sanitaria, così come l'ampliamento dell'autonomia finanziaria delle Regioni, è stato quindi un processo progressivo, che può essere definito "*devolution* asimmetrica".

100 - Al contrario, prima della riforma del 1986 che ha portato all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, la sanità era finanziata attraverso i contributi sociali obbligatori, versati in parte dal lavoratore e in parte dal datore di lavoro.

101 - Soltanto una piccola parte della popolazione (0,5% circa), composta da cittadini con reddito molto elevato ed immigrati non regolari, risulta esclusa dall'assistenza sanitaria pubblica.



(*) Vari Istituti e Centri nazionali, tra cui l'Istituto di Informazione Sanitaria e l'Istituto Sanitario Carlos III

Figura 97. La struttura organizzativa del sistema sanitario spagnolo

Al Governo Centrale, mediante l'azione del Ministero della Salute, competono la legislazione di base del sistema sanitario, la definizione degli standard quantitativi e qualitativi minimi per l'erogazione dei servizi sanitari e le attività di coordinamento e vigilanza, finalizzate ad assicurare che i piani strategici elaborati dalle Regioni siano coerenti con gli obiettivi e le priorità nazionali. Dal Ministero della Sanità dipende l'Istituto Nazionale di Gestione Sanitaria¹⁰², a cui competono le materie esclusive dello Stato, come la legislazione sui prodotti farmaceutici, ed altri enti pubblici con compiti essenzialmente legati alla ricerca, l'informazione e la consulenza sanitaria.

Alle Regioni spetta invece l'effettiva gestione della sanità sul territorio, avendo ogni CA pieni poteri di programmazione sanitaria e di organizzazione e gestione dei servizi sul territorio. In Spagna, pertanto, esistono **17 sistemi sanitari regionali** più o meno differenziati.

Lo scambio di informazioni, il coordinamento e la mediazione tra il Ministero della Salute e le Regioni sono assicurati dal **Consiglio Inter-territoriale per il Sistema Sanitario Nazionale**, organo presieduto dal Ministro della Salute e composto da un consigliere per ogni Regione e un ugual numero di rappresentanti dell'amministrazione centrale. Inoltre, per garantire il coordinamento e la cooperazione tra i differenti servizi regionali di salute e definire standard quantitativi e qualitativi minimi da rispettare nell'erogazione dei servizi sanitari, è stata emanata nel 2003 un'apposita legge (**Ley de Cohesión y Calidad**).

L'attività di programmazione e gestione sanitaria sul territorio da parte delle Regioni è organizzata nelle **Aree Sanitarie** (*Areas de Salud*), che rappresentano il nucleo del sistema sanitario spagnolo, e nelle **Zone Sanitarie** (*Zonas Basica de Salud*).

102 - Questo istituto sostituisce dal 2002 l'INSALUD, organo che era preposto alla gestione del servizio sanitario nelle 10 regioni ordinarie. L'INGS attualmente mantiene la gestione sanitaria diretta delle sole città autonome di Ceuta e Melilla (Marocco).

Le *Areas de Salud*, presidi territoriali che coprono una popolazione compresa tra i 200 e i 250 mila abitanti, sono responsabili dell'organizzazione dei programmi sanitari e della gestione delle strutture (ospedali e centri sanitari) presenti sul proprio territorio e sono gestite da "area manager" che rispondono alla Regione di appartenenza.

Ciascuna Area Sanitaria è poi suddivisa in Zone Sanitarie, unità minime del sistema di cure primarie, che coprono aree con una popolazione variabile tra i 5 e i 25 mila abitanti¹⁰³. In ogni *Zona Basica de Salud* è presente un centro sanitario in cui operano *team* composti da medici di medicina generale, pediatri, personale paramedico e infermieri. Questi gruppi di professionisti dedicati alle cure primarie sono responsabili verso gli area manager e la Regione.

L'assistenza di base (*atención primaria*) è quindi fornita tramite un sistema integrato e pubblico, con propri centri e staff dedicati, gestito e organizzato a livello territoriale. Questa impostazione risale alla Legge Generale sulla Salute del 1986, che ha rafforzato il ruolo della *primary care* e del medico di medicina generale¹⁰⁴. In precedenza il medico di medicina generale esercitava la libera professione in autonomia, mentre attualmente la legge prevede che egli lavori a tempo pieno, coadiuvato da un *team* multidisciplinare di professionisti, all'interno di un centro sanitario di proprietà pubblica dal quale è stipendiato. Il medico di medicina generale assume il **ruolo di *gatekeeper*** verso il sistema di cure secondarie, in quanto rappresenta il primo contatto del paziente con il sistema sanitario e ha il compito di indirizzare il paziente, quando necessario, presso uno specialista ambulatoriale prima e una struttura ospedaliera poi (*Three-stage gatekeeping system*)¹⁰⁵. I *team* dedicati alla *primary care*, inoltre, hanno compiti che vanno oltre la cura dei pazienti, includendo responsabilità di prevenzione, promozione ed educazione sanitaria, trattamenti di riabilitazione e *follow-up*. I pazienti sono liberi di scegliere il proprio medico, ma all'interno della propria Area.

Le **cure specialistiche** sono fornite all'interno di ospedali e centri ambulatoriali di medicina specialistica, la cui organizzazione e gestione avviene a livello di Aree di Salute. Le strutture ospedaliere sono in prevalenza di proprietà pubblica e gli operatori sanitari che vi lavorano sono dipendenti pubblici. Recentemente si osserva la crescita del peso delle strutture private, convenzionate con il pubblico, in risposta al problema delle **liste di attesa** e del sovraffollamento delle strutture¹⁰⁶. A fianco del sistema ospedaliero esiste un'estesa rete di centri ambulatoriali per le cure specialistiche, in cui operano a rotazione i medici che lavorano negli ospedali.

Il **finanziamento** delle Regioni avviene mediante due diverse fonti¹⁰⁷: il trasferimento di risorse provenienti da fondi generali statali e la riscossione diretta di alcune tipologie (e percentuali) di tributi. I fondi generali principali sono il Fondo di Sufficienza (distribuito alle Regioni per il 75% in base alla popolazione, per il 24,5% in base alla percentuale di abitanti sopra i 65 anni di età e per il restante 0,5% in base a particolari condizioni geografiche, come l'insularità) e i fondi di Coesione e di Compensazione, che tengono conto dei soggetti con condizioni di disabilità permanente, delle compensazioni di flussi di pazienti tra le Regioni e del numero di immigrati. È in atto la tendenza a responsabilizzare le Regioni nella gestione delle risorse, fornendo anche maggiore libertà di riallocazione delle stesse tra i diversi settori.

La **spesa sanitaria** in Spagna si attesta su livelli più bassi della media europea, soprattutto grazie ad una struttura del sistema pubblico piuttosto snella. A fronte di una spesa tutto sommato contenuta, sia gli indicatori di salute (come

103 - Nella definizione delle Aree e delle Zone di Salute sono stati valutati fattori demografici, socio-economici, culturali, epidemiologici, al fine di allocare e organizzare le risorse in modo efficiente e bilanciato rispetto la domanda di cure sanitarie.

104 - **Negli anni '80 la Medicina Generale è stata riconosciuta come specializzazione accademica**, il che ha portato a maggiori standard professionali e maggiore identità tra i "medici di famiglia".

105 - Anche i farmaci sono prescritti obbligatoriamente dal medico, e vengono rimborsati per il 60% del costo.

106 - In effetti il sistema ospedaliero spagnolo è caratterizzato storicamente da un certo sottodimensionamento rispetto alle medie europee. Al contrario il numero di medici risulta essere piuttosto alto.

107 - Si tratta del *Regimen Comun* di finanziamento, valido per tutte le regioni con l'esclusione della Navarra e i Paesi Baschi, che godono di una maggiore autonomia fiscale (*Regimen Foral*).

la mortalità e l'aspettativa di vita), sia la soddisfazione generale dei cittadini verso il sistema mostrano valori positivi e in miglioramento, segno che il processo di *devolution* sembra aver portato risultati positivi.

In particolare un recente studio¹⁰⁸ che ha esaminato le differenze regionali, l'efficienza e il livello di equità dei servizi nel sistema sanitario spagnolo durante il processo di decentramento conclude che **sensibili miglioramenti di efficienza sono stati ottenuti senza eccessivi squilibri regionali dei livelli di finanziamento e senza una riduzione di efficacia del sistema.**

Il sistema sanitario spagnolo dovrà comunque affrontare alcune importanti sfide nel prossimo futuro, tra cui la distribuzione sul territorio dei servizi sanitari, il consolidamento dei meccanismi di finanziamento della spesa, il problema delle liste di attesa, l'espansione e l'integrazione all'interno del sistema delle cure sociali (assistenza domiciliare, cure di lungo termine, riabilitazione e assistenza ai malati psichiatrici). In particolare, recentemente, si sta manifestando una situazione di difficoltà relativa all'*atención primaria* dovuta ad una mancanza di adeguati incentivi.

Degna di nota è una misura riguardante la cura delle **persone non autosufficienti**, che verrà probabilmente introdotta a partire dal 2007. Recentemente infatti il Governo ha approvato il progetto della "*Ley de dependencia*", che punta a garantire l'assistenza a tutte le persone che non sono in grado di badare a se stesse, per età o per incapacità dovuta a malattia¹⁰⁹. Se verrà approvata anche dal Parlamento, questa nuova legge assicurerà servizi pubblici di cura attraverso centri di assistenza, aiuto a domicilio e tele assistenza, con la compartecipazione ai costi da parte del cittadino, a seconda delle sue possibilità finanziarie. Sono previsti anche centri idonei di valutazione e di coordinamento dell'assistenza ed un aiuto economico alle persone che assistono un familiare non autosufficiente. Beneficeranno della legge soprattutto le persone con più di 65 anni e quelle affette da disabilità, ma anche bambini da 0 a 3 anni e malati psichici, secondo una classificazione che va dalla "dipendenza moderata" a "grande dipendenza". La legge sarà applicata gradualmente: tra il 2007 ed il 2009 si prevede che saranno assistite circa 600.000 persone, per arrivare a garantire la copertura totale della domanda nel 2015.

Nella figura seguente sono riassunte in ottica comparativa le caratteristiche principali dei sistemi sanitari dei sei Paesi analizzati.

PAESI	Sistema	Struttura prevalente di finanziamento	Copertura	Decentramento	Organizzazione prevalente dei servizi		MMG	
					primary care	secondary care	organizzazione prevalente	gatekeeping
Germania	Bismarck	Contributivo / Assicurazione sociale	quasi universale	si	privato	pubblico / privato	autonoma	no
Regno Unito	Beveridge	SSN / Fiscalità generale	universale	no	pubblico	pubblico	PCTs	si
Stati Uniti	Sistema Misto	Contributivo / Assicurazione Privata	non universale	si	privato	privato	HMO	si
Francia	Bismarck	Contributivo / Assicurazione sociale ¹	universale	no	privato	pubblico	autonoma	no ²
Olanda	Bismarck	Contributivo / Assicurazione sociale e privata	quasi universale	no	privato	privato	autonoma	si
Spagna	Beveridge	SSN / Fiscalità generale	universale	si	pubblico	pubblico	centri sanitari	si

Figura 98. Le principali caratteristiche dei sistemi sanitari analizzati

108 - Lopez Casasnovas, Guillem, "*Diversity and regional inequalities: Assessing the outcomes of the Spanish system of health care services*", Universitat Pompeu Fabra.

109 - Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità n. 17, del 2-8 maggio 2006.

3.5 CASI DI ECCELLENZA INTERNAZIONALI

L'analisi dei sistemi sanitari scelti come *benchmark* ha evidenziato la recente tendenza di tutti i Paesi ad intervenire con riforme più o meno radicali sul finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del settore sanitario, per affrontare le criticità emergenti legate all'aumento della spesa sanitaria, all'invecchiamento della popolazione e alla crescente domanda di cure di qualità da parte dei cittadini.

Delle riforme sanitarie adottate dai diversi Paesi analizzati in precedenza, due esperienze meritano un ulteriore approfondimento, in quanto rappresentano delle innovazioni organizzativo/gestionali interessanti in ottica di un possibile intervento migliorativo del Servizio Sanitario Nazionale italiano. Si tratta dei **Primary Care Trust** inglesi e di **Kaiser Permanente** negli Stati Uniti, che rappresentano una possibile modalità di risposta alle esigenze di assistenza primaria (e nel caso statunitense non solo) dei cittadini.

3.5.1 I Primary Care Trust

Per comprendere pienamente il ruolo e l'importanza dei *Primary Care Trust* (PCTs) inglesi, è necessario inquadrarli correttamente all'interno del *National Health Service* (si veda paragrafo 3.4.2, Figura 93).

Essi dipendono dalle *Strategic Health Authorities*, e raccolgono nel proprio ambito tutte specialità di *primary care*, quali ad esempio i medici di base, i pediatri, i dentisti e gli oculisti, nonché farmacisti e strutture organizzative periferiche.

In Inghilterra vi è una netta separazione tra le attività di *primary care*, svolte nell'ambito dei PCTs, e le attività di *secondary care*, cui si accede solo attraverso una prescrizione dei professionisti della *primary care*.

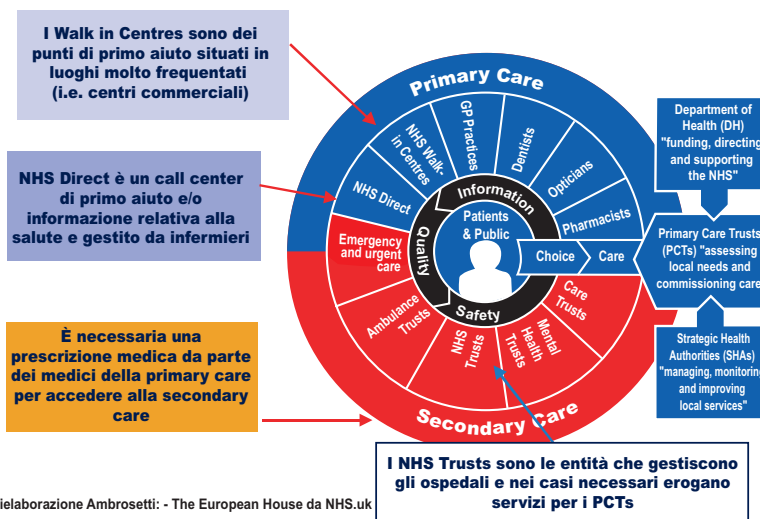


Figura 99. Primary e Secondary Care

I medici generici (GPs) si prendono cura della salute dei cittadini residenti nella loro comunità locale. Nella maggioranza dei casi (94%¹¹⁰) essi operano in piccoli gruppi che comprendono anche infermieri e altro personale sanitario, oltre a risorse impiegate nel supporto amministrativo.

Istituiti con l'*Health Act* del 1999, essi rappresentano l'evoluzione degli iniziali *Primary Care Groups*, non più esistenti dal 2004, che erano a loro volta entità non autonome facenti parte delle *Health Authorities* e destinate a coprire i bisogni di *primary care* di piccole comunità, tra i 5 e i 35 mila assistiti.

I PCTs sono entità legali a sé stanti che dipendono e sono soggette al controllo delle *Health Authorities* e del Segretario di Stato. Essi sono caratterizzati da un elevato grado di flessibilità e libertà e sono responsabili di garantire la salute e le cure necessarie alla popolazione locale.

I PCTs valutano le necessità sanitarie della comunità locale e stabiliscono le risorse (medici, strutture ambulatoriali, ospedali, ecc.) adeguate a soddisfare i bisogni di circa 180.000 residenti. Inoltre garantiscono l'accesso ai servizi sanitari a chiunque ne abbia necessità e assicurano che i servizi vengano effettivamente erogati in modo efficace.

Dallo scorso anno i PCTs sono entrati a far parte della *Crime and Disorder Reduction Partnership*, una *partnership* costituita tra polizia, autorità locali, *probation service*, autorità sanitarie, volontariato e popolazione locale e finalizzata a ridurre il crimine in una determinata area, con il compito di supporto nella fase di *audit* e di formulazione ed applicazione delle strategie.

Esistono due tipi di PCTs: i PCTs di livello 3 e i PCTs di livello 4, che si differenziano per l'ampiezza delle funzioni ad essi attribuite. I livelli 1 e 2 erano costituiti dai *Primary Care Groups*, che come ricordato in precedenza sono stati aboliti nel 2004.

Le funzioni dei PCTs (figura seguente) si differenziano in base al livello cui appartengono. Funzioni comuni ai PCTs di livello 3 e 4 sono:

- il miglioramento dello stato di salute della comunità, assicurando che una vasta gamma di servizi sanitari siano resi disponibili per la popolazione ed erogati con qualità, efficacia ed efficienza ed operando in stretto collegamento con pazienti, operatori sanitari e partner locali;
- lo sviluppo di servizi di *primary health*, costituiti dai servizi sanitari forniti al primo contatto con il mondo sanitario, come ad esempio visite mediche, dentistiche o oculistiche, visite in farmacia, *walk in centres* e *NHC Direct*, e di *community health*, vale a dire di servizi rivolti sia alla collettività, con azioni di educazione sanitaria, sia all'ambiente, con azioni di risanamento.

I PCTs di livello 3, inoltre, hanno il compito di indirizzare il paziente a servizi di *secondary care*; i PCTs di livello 4 possono anche erogare tali servizi per i propri assistiti e per gli assistiti di altri PCTs. Per svolgere questa attività i PCTs possono pertanto dotarsi di **infrastrutture proprie**.

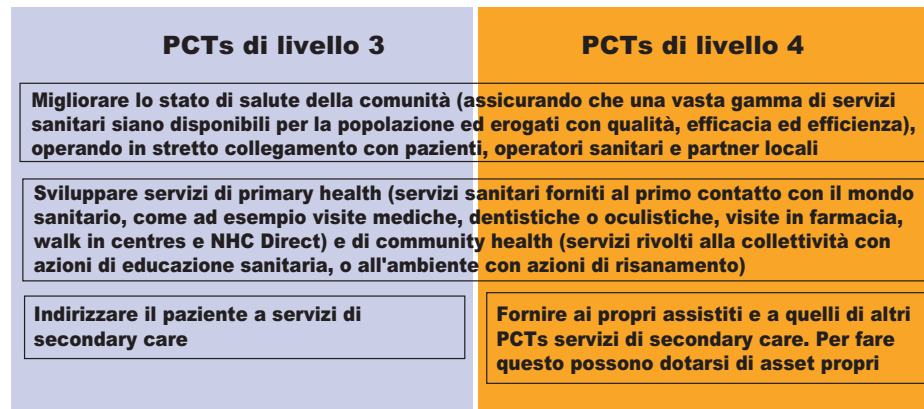


Figura 100. Funzioni dei PCTs

Finanziamento dei PCTs

Il finanziamento della spesa sanitaria pubblica e quindi dei PCTs è assicurato dal sistema di tassazione generale. Il processo di finanziamento è illustrato nella figura successiva.

I fondi vengono innanzitutto allocati al *Department of Health*, che definisce gli stanziamenti disponibili da assegnare ai *NHS Regional Offices*. Questi a loro volta traducono sul territorio le decisioni e le impostazioni prese a livello nazionale e ripartiscono le risorse tra le varie *Strategic Health Authorities*, che effettuano il riparto delle risorse ai PCTs in funzione del numero di assistiti e delle funzioni assegnate ad ognuno di essi.



Figura 101. Finanziamento dei PCTs

Sono però i PCTs a gestire in piena autonomia le risorse loro destinate, allocando le risorse alle strutture di cui sono responsabili, le quali a loro volta acquistano direttamente servizi ospedalieri e di comunità, ivi incluse le prescrizioni, nonché l'investimento in infrastrutture per la pratica dei GPs.

Nella gestione del *budget*, pur potendo contare su ampissimi livelli di autonomia, i PCTs devono rispettare il vincolo di cassa e sono soggetti al pagamento del costo finanziario del capitale.

Principi di Governance

Nello svolgere i compiti loro assegnati, i PCTs devono rispettare e far equilibrare i seguenti principi:

- professionisti della *primary care* nei posti di comando;
- trasparenza;
- coinvolgimento pubblico;
- integrità.

Per assicurare l'equilibrio di questi elementi è previsto che i PCTs siano sottoposti al controllo di un *board* composto per la maggioranza da membri "esterni" (assimilabili agli amministratori indipendenti dei Consigli di Amministrazione delle Aziende) con un Esecutivo composto per la maggioranza da membri appartenenti al mondo della *primary* e della *community care*, i quali hanno il compito di apportare competenze specifiche. Nel *board* dei PCTs di livello 4, che si occupano anche di commissionare e/o erogare servizi di *secondary care* al cittadino, è richiesta anche la rappresentanza degli infermieri e delle altre figure professionali operanti nei PCTs (dentisti, oculisti, ecc.). Il presidio centrale sui PCTs è garantito in via mediata dal fatto che la nomina di presidente e membri esterni del *Board* è prerogativa del Segretario di Stato. I membri del *Board* così designati scelgono a loro volta il *Chief Executive* e il *Financial Director*.

PCTs e governo clinico

Una peculiarità dei PCTs è costituita dalla rilevanza della "*clinical governance*", intesa come un modello attraverso il quale le organizzazioni del NHS sono responsabili per il continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e per la salvaguardia di alti livelli di cura, attraverso la creazione di un ambiente dove si sviluppi l'eccellenza nell'assistenza clinica.

In accordo con quanto afferma il Prof. Elio Guzzanti¹¹¹, il governo clinico si sostanzia in:

- miglioramento delle attività clinico-assistenziali, organizzative e gestionali;
- pratica dell'*audit* clinico, periodico e formalizzato, per la verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti;
- identificazione e prevenzione delle cause di rischi clinici ed eventi avversi;
- formazione continua "attiva" multidisciplinare e interprofessionale;
- adozione di linee guida e percorsi assistenziali integrati, coordinati ed appropriati;
- rispetto e sostegno alla persona assistita e ai familiari.

Efficacia dei PCTs: Risultati dal Survey of Patients 2005

Dal 2003 la *Healthcare Commission* effettua un sondaggio tra gli assistiti dei PCTs per verificare la qualità e l'efficacia dei servizi forniti ai cittadini. Il quadro che ne emerge è di generale soddisfazione. In base all'ultima ricerca svolta (2005), emerge che, sul totale degli intervistati l'89% ha visitato il proprio centro medico nel corso dei precedenti 12 mesi. L'accesso è stato per la maggior parte degli intervistati facile, anche se il 44% di essi ha dichiarato di aver avuto difficoltà a contattare il centro medico telefonicamente.

Dalla ricerca emerge, a vantaggio dei cittadini, la rapidità di accesso ai servizi. Il 74% degli utenti del centro medico ha infatti ottenuto l'appuntamento entro 48 ore dalla richiesta e di questi il 38% il giorno stesso.

Inoltre, il 70% di chi ha fatto una visita dichiara di aver fiducia assoluta nel proprio medico ed il 69% si è sentito completamente coinvolto nelle decisioni che lo hanno riguardato.

Infine è rilevante sottolineare che dalla ricerca emerge che il 92% degli intervistati ritiene di essere stato trattato con assoluto rispetto e dignità, il 75% di aver ricevuto dal medico risposte completamente chiare mentre il 73% si dichiara completamente soddisfatto.

Conclusioni: benefici e svantaggi legati ai PCTs

Sul lato dei benefici ottenuti attraverso l'impiego dei PCTs, oltre alla generale percezione positiva da parte degli utenti, c'è da segnalare innanzitutto una decisa integrazione dei servizi sul territorio, grazie anche all'integrazione tra *community based services* e servizi sociali, unita ad un miglior accesso ai servizi, ciò grazie alla presenza altamente capillare sul territorio dei PCTs (esistono oltre 300 PCTs in Inghilterra).

I PCTs garantiscono inoltre un miglior supporto alla professionalità medica e al personale medico ed una forte vicinanza ai pazienti ed alle comunità locali nel momento in cui vengono prese le decisioni.

Sul piano degli svantaggi, anche se sarebbe più corretto parlare di punti di debolezza, si registra il fatto che si tratta di strutture ancora "giovani", che necessitano di altro tempo per entrare completamente a regime e in particolare per imparare ad usare correttamente le informazioni che raccolgono nel loro ambito di attività.

La vicinanza al territorio rischia però di essere in parte vanificata a causa della carenza di personale, che può causare lunghe attese e rendere difficile per alcuni pazienti ottenere l'assegnazione (registrazione) di un GP. Non sempre, inoltre, il processo di indirizzo ed erogazione verso servizi ospedalieri o di *secondary care* è effettuato utilizzando tutte le informazioni necessarie.

Quello che però sembra essere, ad oggi, il maggior punto di debolezza dei PCTs, è che non si sono ancora registrati miglioramenti significativi né per quanto riguarda la degenza media (6,9 gg nel 1998 vs. 6,7 gg nel 2003), né riguardo al numero di posti letto per acuti (2,9 su 1000 abitanti nel 2000 vs. 2,8 nel 2003).

Per completezza, va sottolineato infine che negli ultimi mesi si discute sull'opportunità di ridurre il numero dei PCTs in Inghilterra dagli attuali 300 a 100-150, al fine di ampliare il bacino di utenza e per consentire una gestione manageriale più forte, in grado di assicurare la *mission* dei PCTs in modo più incisivo di quanto finora avvenuto.

3.5.2 Il Kaiser Permanente

All'interno del sistema americano (si veda paragrafo 3.4.3, Figura 94) un ruolo chiave è ricoperto dal comparto assicurativo ed in particolare dai piani di *Managed Care*, nati per arginare la tendenza all'aumento continuo della spesa e per favorire la razionalizzazione del sistema.

Le "*Managed Care Organizations*" (MCO) rivestono un ruolo prioritario nella prevenzione e nel favorire soluzioni diagnostico-terapeutiche di carattere ambulatoriale e cure domiciliari e in *day-hospital* quali alternative all'ospedalizzazione. Esse infatti forniscono piani assicurativi che prevedono la fornitura di determinati servizi sanitari ai pazienti secondo criteri di efficacia ed efficienza. La loro caratteristica fondamentale è quella di ricondurre erogazione e finanziamento all'interno di un unico centro di responsabilità economica e amministrativa, superando la suddivisione dei compiti.

I soggetti che si iscrivono ad una MCO contrattano la fornitura di una pluralità di servizi sanitari a fronte del pagamento anticipato di un premio periodico. La MCO si impegna a fornire i servizi pattuiti imponendo la possibilità di ricorrere solamente a determinati medici e operatori sanitari alle sue dipendenze o ad essa convenzionati.

All'interno delle MCO una menzione a parte meritano le HMO, ovvero *Health Maintenance Organization*, e tra queste il *Kaiser Permanente*, che rappresenta negli Stati Uniti un "frammento" del sistema di eccellente livello di qualità del servizio, associato ad un modello economicamente efficiente.

Il *Kaiser Permanente* (KP) è una HMO *non-profit* che agisce come assicuratore (*Kaiser Foundation Health Plans*), come erogatore di servizi ospedalieri (*Kaiser Foundation Hospitals*) e come produttore dei servizi di base (*Permanente Medical Groups*), integrando tutte e tre queste funzioni.

È stato fondato nel 1945 ed opera in 9 Stati (principalmente in California) e nel *District of Columbia*.

È la più grande HMO americana, impiega 134 mila persone, 11 mila medici, gestisce 30 strutture e 431 uffici medici ed assiste in totale circa 8,2 milioni di persone, con un giro di affari di circa 28 miliardi di dollari.

L'assistenza di base primaria è garantita da medici (*primary care physician*) che operano all'interno di strutture dedicate (*primary care facilities*), contraendo un rapporto professionale esclusivo con l'organizzazione della quale sono anche spesso *shareholders*.

I medici operano in *team* con altri professionisti sanitari, come infermieri, terapisti di riabilitazione, ecc.; le strutture sono dotate di laboratorio, radiologia e farmacia e spesso di servizi di fisioterapia, salute mentale ed altre specialità e sono aperte di notte e nei giorni festivi per le emergenze.

Caratteristiche e funzioni del KP

Il modello si basa sulla premessa che la più costosa componente del sistema sanitario – i posti letto ospedalieri – debba essere utilizzata il più efficacemente possibile: si tende quindi a ridurre allo stretto necessario la fase di ospedalizzazione, privilegiando il trattamento delle patologie al di fuori dell'ospedale tramite l'adozione di percorsi assistenziali e l'utilizzo di apposite strutture finalizzate al recupero funzionale dei pazienti.

Grazie all'adozione di questo modello si è registrato un notevole decremento nell'occupazione di letti per acuti e una marcata riduzione dei tempi di degenza (3,9 gg in KP California vs. 5,8 gg medi negli USA¹¹²).

La riduzione dell'ospedalizzazione ottenuta dal *Kaiser Permanente* si basa sull'applicazione di alcuni principi, chiamati *Kaiser Principles*¹¹³. Essi sono: l'uso esteso della *intermediate care*, il lavoro attento su situazioni che possono essere migliorate (come le malattie croniche), l'importanza data alla responsabilità del paziente, la convinzione che un ricovero non programmato è un fallimento per il sistema, l'integrazione come elemento fondamentale per il successo, la criticità assegnata ai sistemi di condivisione delle informazioni e la pianificazione delle dimissioni prima del ricovero.

L'organizzazione dispone di un efficiente sistema informativo (*Health Connect*) e di strumenti informatici, come ad esempio la cartella clinica telematica (*electronic medical record*), che consentono una continua e più efficiente relazione tra medico e paziente.

L'approccio gestionale seguito è tipicamente selettivo, nel senso che gli assicurati possono rivolgersi esclusivamente

112 - OECD Health Report 2005 e "Getting more for their dollar" di Feachem, Sekhri e White, BMJ n°324 (7330), 19/01/02.

113 - Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati NHS Modernization Agency, PEC Paper n° 2 "Learning from Kaiser Permanente".

ad una lista ristretta di fornitori di cure, legati contrattualmente al KP.

Coerentemente con la missione del *Kaiser Permanente* ("Caring for the communities we serve and making them better places to live and work"), le sue funzioni principali sono quelle di prevenzione, assistenza prenatale, vaccinazione, medicina di urgenza, *screening* diagnostici, servizi medici, generali e specialistici, ed assistenza ospedaliera, servizi di farmacia, attività di ricerca a supporto di quanto esposto.

In quanto associazione *non-profit*, il KP svolge anche alcuni servizi per la comunità, quali ad esempio l'assistenza alla popolazione priva di assicurazione, con particolare attenzione ai bambini, e la concessione di *benefits* ai bisognosi, l'educazione sanitaria a partire dalle scuole, la formazione professionale, lo sviluppo e la diffusione di nuovi metodi di assistenza e di cura a beneficio dell'intera comunità.

Il Finanziamento del KP

Il KP, come tutte le HMO, è finanziato principalmente attraverso dei premi (quota fissa periodica, indipendente dall'effettivo utilizzo dei servizi) che gli assicurati versano in via anticipata.

La sottoscrizione della polizza è priva di vincoli rescissori, cioè l'organizzazione si trova ad operare in regime di concorrenza, all'interno di una determinata area geografica, con il fine di fornire la risposta più adeguata alla domanda di servizi dell'utenza, mentre quest'ultima è libera di recedere dal contratto in qualsiasi momento.

Una caratteristica essenziale è l'assunzione del rischio finanziario legato all'erogazione sanitaria non solo da parte dell'organizzazione, ma anche dei medici convenzionati, che sono al tempo stesso azionisti o *partner* e dipendenti del KP.

Di seguito è ripreso uno schema di conto economico del KP per l'esercizio 2004¹¹⁴, che evidenzia le principali voci di ricavo e di costo:

ENTRATE	Premi dei partecipanti	\$ 19.991	71,0%
	Medicare	\$ 6.241	22,3%
	Altre entrate (copays, importi deducibili, fees e altro)	\$ 1.872	6,7%
	TOTALE ENTRATE OPERATIVE	\$ 28.024	100%
COSTI	Servizi medici	\$ 13.178	47%
	Servizi ospedalieri	\$ 7.484	26,7%
	Farmacie ambulatoriali e Servizi ottici	\$ 3.119	11,1%
	Altri costi di assistenza	\$ 1.873	6,7%
	Amministrazione dell'Health Plan	\$ 909	3,2%
	Svalutazioni e disinvestimenti	\$ (13)	0%
	TOTALE COSTI OPERATIVI	\$ 26.550	94,7%
	UTILE	UTILE OPERATIVO	\$ 1.474
Entrate e costi non operativi	\$ 137	0,4%	
UTILE NETTO	\$ 1.611	5,7%	

Figura 102. Kaiser Principles

114 - Rielaborazione Ambrosetti - The European House da Kaiser Permanente's 2004 financial statement.

Filosofia di governo del sistema nei PCTs e nel KP

Se nei *Primary Care Trusts* la filosofia di governo è rappresentata dalla *Clinical Governance*, con l'accezione espressa nel capitolo precedente, il *Kaiser Permanente* è guidato da un forte *Quality Commitment*, che si sostanzia innanzitutto nell'impegno a fornire ai propri membri servizi sanitari di qualità ed efficaci ed efficienti.

La sicurezza dei pazienti è una delle priorità del KP ed è una delle componenti dei programmi di miglioramento della qualità. Questo obiettivo è perseguito attraverso un approccio di *team*, la massima qualità dei medici e la ricerca e l'uso di un sistema avanzato di ICT, e soprattutto dell'**electronic medical record**, che integra l'insieme delle informazioni e dei dati necessari per l'assistenza.

Tornando al confronto con i PCTs, si può affermare che i due modelli hanno una forte vicinanza nella filosofia di governo per quanto attiene agli aspetti della qualità della cura.

Valutazione del KP da parte degli utenti

Per comprendere se e come il *Kaiser Permanente* è apprezzato dai suoi utenti, abbiamo utilizzato i risultati di due ricerche che, in vario modo, contribuiscono a delinearne alcune caratteristiche di gradimento.

La prima ricerca presa in considerazione è stata realizzata dal *Kaiser Permanente* della California nel 2001¹¹⁵ e da essa si evince che l'82% degli utenti intervistati si è dichiarato soddisfatto del servizio, il 91% è soddisfatto delle capacità dei medici, mentre il 92% ha dichiarato di essere intenzionato a rinnovare la sua adesione al *Kaiser Permanente* anche per l'anno successivo.

L'altra ricerca considerata non ha come oggetto specifico il *Kaiser Permanente*, ma in qualche modo aiuta a capire come esso venga percepito dai propri utenti. Helen Halpin Schaufler, una ricercatrice dell'Università di Berkley¹¹⁶, ha rilevato – nell'ambito della propria ricerca sui problemi sperimentati dagli utenti dei piani di *managed care* – che gli utenti del *Kaiser Permanente* presentano un minor numero di reclami rispetto agli utenti delle altre due organizzazioni considerate (solo il 34% degli utenti del KP intervistati aveva sporto un reclamo contro il 43% ed il 46% di reclami delle altre due organizzazioni considerate).

Benefici e svantaggi legati al KP

I benefici per gli utenti del KP, anche grazie al fatto che si tratta di una realtà consolidata, sono molto evidenti. Innanzitutto concilia un robusto ed efficiente sistema di cure primarie con una forte integrazione fra cure primarie ed assistenza ospedaliera. Consente inoltre di trattare i pazienti con i più efficienti sistemi di cura, grazie alla ricerca avanzata effettuata, razionalizzando in particolare il ricorso all'ospedalizzazione. È, infine, un sistema molto flessibile, in quanto offre agli utenti la possibilità di scegliere fra molteplici soluzioni alternative.

Tra i punti deboli va registrato il fatto fondamentale che il *Kaiser Permanente* è un sistema privato, i cui benefici sono fruibili completamente solo da chi può sottoscrivere la polizza; inoltre occorrerebbe verificare la possibilità di replicare il modello, che oggi è tarato su un numero di soggetti comunque limitato, su un'intera popolazione.

115 - KP California Satisfaction Tracking and Reporting Member Survey 2001.

116 - Journal Medical Care - dec. 2000.

3.5.3 Un confronto tra PCTs e Kaiser Permanente (2000)

Confrontare due sistemi così differenti tra loro è sicuramente un esercizio difficoltoso, in quanto si tratta di due realtà non immediatamente confrontabili sia per la dimensione, sia per i sistemi in cui sono inserite.

Tuttavia, confrontando una serie di caratteristiche proprie dei due sistemi¹¹⁷, il *British Medical Journal* ha paragonato il *National Health Service* (UK), di cui i PCTs fanno parte, e il *Kaiser Permanente*, esprimendo un giudizio finale favorevole all'organizzazione americana che, seppure con un costo *pro-capite* superiore a quello inglese (1.951 \$ vs. 1.764 \$), registra una serie di *performance* nettamente migliori rispetto al NHS.

	UK NHS	KP California
<p>Costi pro capite</p> <p>N° assistiti</p> <p>Costo pro-capite</p>	<p>60 ml</p> <p>1764 \$</p>	<p>6 ml</p> <p>1951 \$</p>
<p>Uso dei posti letto</p> <p>Durata media di un ricovero per acuti</p> <p>Giorni letto per acuti per 1.000 per anno</p>	<p>5 gg</p> <p>1.000</p>	<p>3,9 gg</p> <p>270</p>
<p><i>Responsiveness della Primary Care</i></p> <p>Tempo necessario per essere visitati da un medico</p> <p>Prescrizioni ripetibili senza ricorrere al medico</p>	<p>3 gg</p> <p>dal 2004</p>	<p>Casi urgenti: 1 g.</p> <p>da prima del 2004</p>

Figura 103. Confronto tra NHS e KP

117 - Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati "Getting more for their dollar" di Feachem, Sekhri e White, BMJ n°324 (7330), 19/01/02.

PREMESSA

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Qual è l'incidenza della spesa sanitaria sull'economia, in Italia e nelle altre principali economie mondiali?
- Qual è la relazione tra ricchezza e spesa sanitaria, espresse in termini *pro-capite*?
- Appaiono giustificati i continui richiami ad una spesa sanitaria fuori controllo in Italia, in termini assoluti e/o tendenziali, in una logica comparata a livello internazionale?
- Quali possono essere considerati i motivi di preoccupazione per la spesa sanitaria nel nostro Paese?

Tutti i Paesi sviluppati impiegano un ammontare considerevole di risorse (PIL) ed una quota rilevante del bilancio pubblico per i sistemi sanitari.

Prendendo come riferimento i principali Paesi OCSE, la **spesa sanitaria** nel 2003 ha raggiunto un **valore medio pari al 9,3% del PIL**, con l'Italia che si è mantenuta al di sotto di tale media spendendo per la sanità una quota pari all'8,4% del PIL.

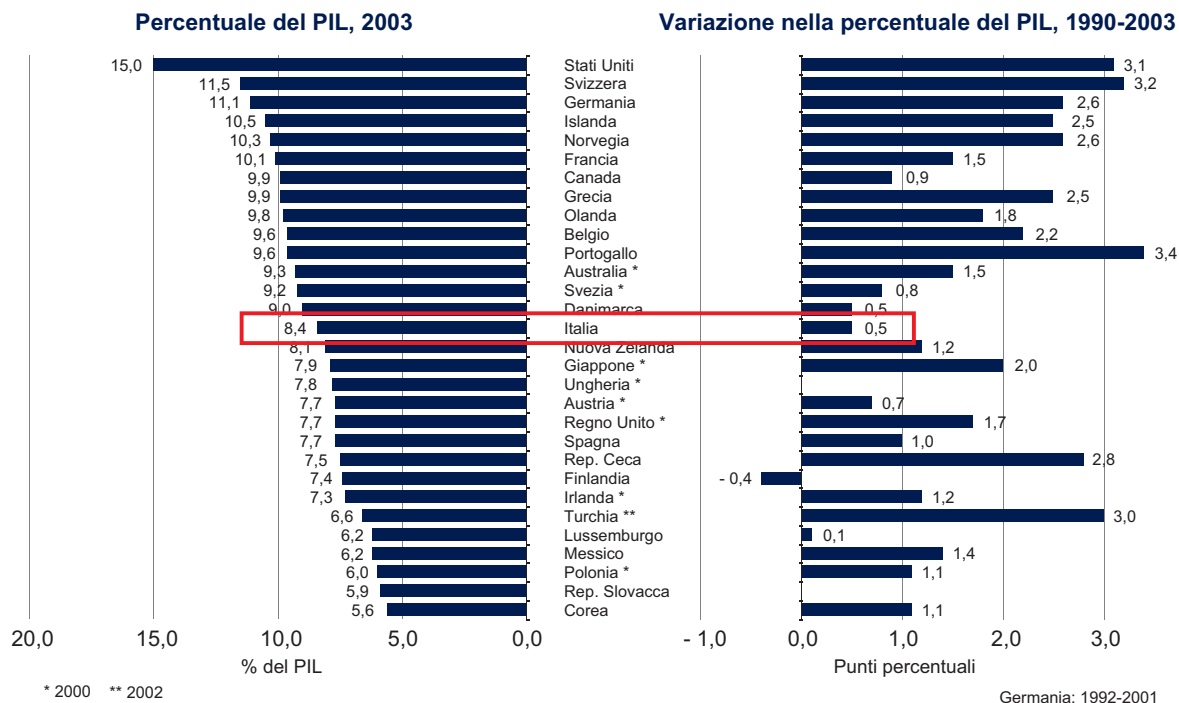


Figura 104. Spesa sanitaria in percentuale del PIL (2003) e sua variazione (1990 vs. 2003) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OCSE, Health Data 2005 – giugno 2005

Si noti che sussistono differenze marcate tra le quote registrate nei vari Paesi: si va dal 15,0% degli USA al 5,6% della Corea, con uno scarto tra i due Paesi di 9,4 punti percentuali. Per inciso, tali differenze rimangono sostanzialmente stabili negli ultimi 15 anni, a dimostrazione di un consolidamento degli approcci alla sanità nei vari Paesi.

Volendo analizzare la questione della spesa sanitaria in un'altra prospettiva, la figura seguente fornisce un'utile indicazione della **relazione fra spesa sanitaria e risorse dei Paesi**.

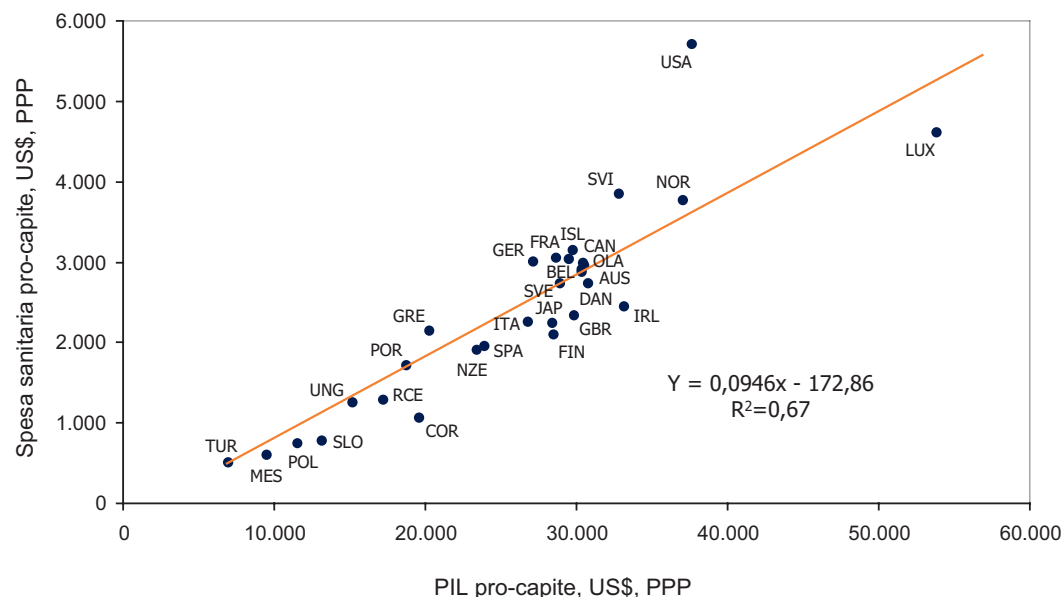


Figura 105. Spesa sanitaria *pro-capite* e reddito *pro-capite*, 2003 – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OCSE, Health Data 2005 – giugno 2005

La rappresentazione grafica evidenzia una **chiara relazione positiva tra PIL *pro-capite* e spesa sanitaria *pro-capite***; con limitate eccezioni, i valori si allineano infatti in modo crescente.

L'Italia si colloca in una posizione intermedia, e molto vicina alla retta che rappresenta statisticamente i valori attesi. L'interpretazione possibile è che la spesa sanitaria sia sostanzialmente **in linea con il livello economico del Paese**¹¹⁸.

Una prima, immediata considerazione è che **i livelli di spesa non possono con facilità giustificare l'allarme che invece è sempre presente nel nostro Paese in relazione agli oneri della sanità**.

È peraltro lecito attribuire l'allarme alla **dinamica** della spesa piuttosto che ai suoi **valori assoluti**. Anche in questo caso è, però, utile qualche maggiore approfondimento statistico.

Stando ai dati disponibili, negli ultimi dieci anni nella maggior parte dei Paesi OCSE la spesa sanitaria è cresciuta più del PIL, sebbene il *trend* abbia subito un forte rallentamento negli ultimi cinque anni. Questa evidenza sembra giustificare l'apprensione sulle dinamiche della spesa sanitaria, da un lato, e testimoniare un certo successo delle politiche riformatrici degli anni '90, dall'altro.

118 - Tali dati non tengono conto del debito sommerso, ovvero del debito degli enti locali nei confronti di imprese sanitarie, in quanto non contabilizzato a livello nazionale: di conseguenza, la spesa sanitaria nazionale può risultare nei fatti leggermente superiore a quella rilevata dall'ISTAT ogni anno.

Tra i principali fattori che determinano questa **rapida crescita della spesa**, la letteratura economica cita lo **sviluppo delle tecnologie** nel settore sanitario, il **progressivo invecchiamento** della popolazione e la **continua crescita delle sue aspettative** individuali in termini di salute.

Anche secondo questa prospettiva, tuttavia, il nostro Paese non sembra avere una dinamica particolarmente preoccupante: anzi, come si desume dai dati OCSE illustrati nella figura 104 (parte destra della figura), dal 1990 al 2003 **l'Italia registra una variazione dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari a solo +0,5%**. Praticamente tutti gli altri Paesi (tranne Danimarca, Finlandia e Lussemburgo) hanno registrato una crescita decisamente superiore, con un picco massimo del +3,4% registrato dal Portogallo. Solo la Finlandia ha contratto l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, in controtendenza con il resto dei Paesi OCSE.

La preoccupazione dei *policy maker* relativamente al problema della **sostenibilità dei sistemi sanitari** è stata altresì giustificata dalla **rilevante quota della spesa sanitaria a carico delle risorse pubbliche**, che esercita una forte pressione sui budget pubblici.

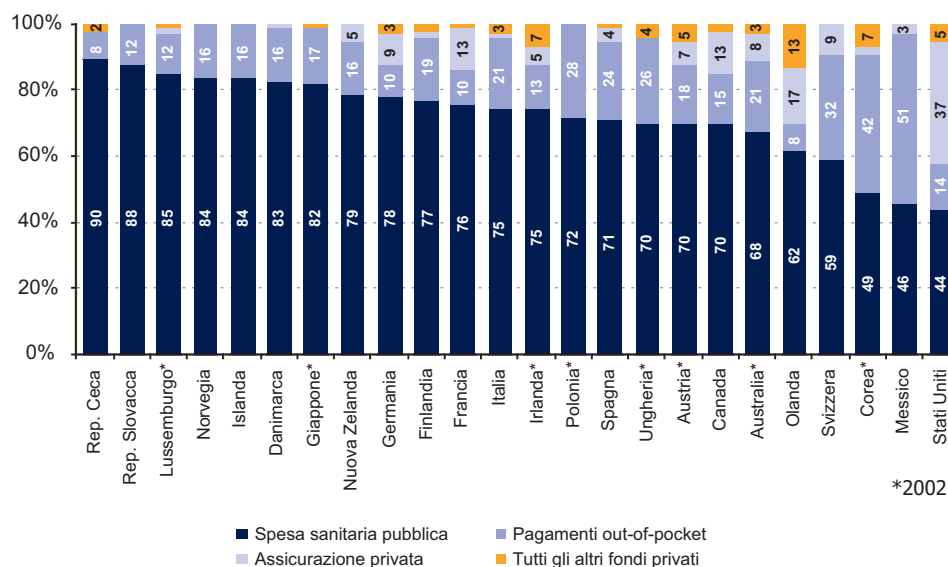


Figura 106. Spesa sanitaria per fonte di finanziamento, 2003 – Fonte: *Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OCSE, Health Data 2005 – giugno 2005*

Come emerge chiaramente dalla figura precedente, **in Italia le risorse pubbliche fanno fronte al 75,1% del totale della spesa**: un livello alto, ma superato da almeno altri dieci Paesi OCSE, quali ad esempio Lussemburgo (85,0%), Norvegia e Islanda (84,0%), Danimarca (83,0%), fino ad arrivare alla Francia (76,0%). La Repubblica Ceca raggiunge addirittura il 90,0% e la Repubblica Slovacca l'88,0%.

Sotto il 50,0% troviamo solo gli Stati Uniti (dove la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 44,0% di quella totale), il Messico (46,0%) e la Corea (49,0%).

Sulla base di quanto illustrato, i **motivi di preoccupazione relativi alla spesa sanitaria nel nostro Paese non sono quindi riconducibili immediatamente ad un problema di livello o trend di spesa**.

Ci sembra invece di poter trovare un argomento sostenibile, in primo luogo, nella **sostanziale "incapacità" del sistema di governare la spesa**, con la conseguente formazione di annuali disavanzi, e una gestione finanziaria complessa sia sul versante dell'attribuzione della responsabilità dei disavanzi, sia su quello dei relativi ripiani.

In secondo luogo, ma in modo non meno importante, possiamo ritenere che venga percepito come **non ottimale il livello di efficienza economica complessiva del sistema**: in una logica di *value for money*, ciò che conta è infatti non tanto il livello di spesa quanto la sua congruità con i livelli di servizio erogati.

In quest'ottica, trova quindi un primo motivo di interesse una riflessione complessiva sull'**apporto economico (e in generale sociale) che il settore sanitario comporta**. In altri termini si tratta di ribaltare, o quanto meno accompagnare, alla visione della sanità come fattore critico di efficienza, il tema della **sanità come elemento di beneficio da far comprendere alla collettività**: prospettiva che il progetto Meridiano Sanità ha adottato come proprio principio guida.

In modo alternativo, si può presentare il tema pensando di "ribaltare" la chiave di lettura della figura 105: la relazione fra prodotto e spesa sanitaria può infatti essere pensata in termini di **contributo della spesa sanitaria allo sviluppo economico del Paese**.

4.1 SALUTE E CRESCITA ECONOMICA

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Esiste una relazione virtuosa tra livello di salute e crescita economica nazionale?
- Su quali macro-determinanti dello sviluppo economico impattano migliori condizioni di salute?
E in che modo si riflettono in migliori condizioni per la crescita?
- Come si inseriscono gli investimenti in salute nell'ambito della strategia di sviluppo di lungo periodo tracciata dall'Unione Europea? Qual è la posizione della Commissione Europea in proposito?

Secondo la teoria neo-classica, la crescita economica dipende da tre fattori: lo *stock* di lavoro, lo *stock* di capitale e la produttività, che viene di norma ricondotta al progresso tecnologico e considerata esogena rispetto al sistema.

Fin dai primi anni '60, tuttavia, ricerche empiriche hanno dimostrato che la crescita degli *stock* di capitale fisico e di lavoro spiega solo in parte lo sviluppo economico osservato in molti Paesi: ciò induce a ritenere **la produttività una variabile endogena** al sistema e non dipendente in modo esclusivo dal progresso tecnologico ma, in ottica più allargata, dallo *stock* di competenze e conoscenze disponibili, acquisite ed utilizzate dalla popolazione¹¹⁹.

Data la centralità del capitale umano, sia in termini di *stock* di lavoro (variabile quantitativa) sia in termini di livello di istruzione e formazione (variabile qualitativa), nel processo di crescita economica, è dunque possibile ipotizzare l'esistenza di uno stretto legame tra stato di salute della popolazione e sviluppo economico.

Seppur la relazione virtuosa esistente tra aumento di benessere/ricchezza nazionale e generale miglioramento delle condizioni di salute della popolazione sia riconosciuta da lungo tempo, solo di recente si è iniziato ad approfondire il potenziale contributo apportato da migliori condizioni di salute alla crescita economica di un Paese.

Gli studi relativi a questa tematica si sono per lo più concentrati sulla situazione in essere nei Paesi in via di sviluppo¹²⁰, mentre le medesime dinamiche nell'ambito dei Paesi a più alto reddito sono state analizzate con una minore intensità.

L'Unione Europea, tuttavia, crede fortemente nell'esistenza di una positiva e diretta relazione tra salute e crescita economica anche nei Paesi più ricchi: pur riconoscendo che le logiche di fondo e i ritorni marginali degli investimenti in salute differiscono tra Paesi sviluppati e Paesi in via di sviluppo, l'UE ritiene che **"significativi miglioramenti in termini economici possono essere perseguiti migliorando il generale livello di salute non solo nei Paesi a basso reddito, ma anche nelle economie sviluppate"**¹²¹.

119 - È questo, in estrema sintesi, uno dei principali messaggi della "Teoria del Capitale Umano" (TCU). Per approfondimenti, si vedano in particolare G.S. Becker (*Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education*, 1964) e M. Grossman (*On the concept of health capital and the demand for health*, 1972).

120 - *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Commission on Macroeconomics and Health, WHO, 2001.

121 - *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, Directorate General Health & Consumer Protection, European Commission, August 2005.

Nei prossimi paragrafi si illustreranno alcune evidenze dell'influenza esercitata dallo stato di salute della popolazione su tre delle principali macro-determinanti dello sviluppo economico:

- la forza lavoro;
- le competenze/conoscenze possedute dal capitale umano (formazione);
- le dinamiche di risparmio ed investimento.

4.1.1 Salute e forza lavoro

La relazione tra salute e forza lavoro è di facile comprensione: un più alto livello generale di salute della popolazione comporta un aumento dell'offerta di lavoro nazionale, sostanzialmente dovuto:

- alla riduzione del numero di ore o giornate non lavorate a causa di problemi di salute;
- all'aumento della popolazione potenzialmente attiva, derivante dalla riduzione dell'incidenza di malattie croniche debilitanti o altre disabilità (aumento del tasso di partecipazione al lavoro);
- all'effetto "calmiere" esercitato sulle decisioni individuali di pensionamento anticipato.

A livello internazionale, le assenze dal posto di lavoro dovute a problemi di salute sono di norma utilizzate come indicatore standard, seppur imperfetto, dell'impatto delle cattive condizioni di salute sull'offerta di lavoro.

Il fenomeno assume in Europa dimensioni rilevanti: secondo un'indagine condotta nel 2000, ad esempio, nell'**EU-15** circa **il 40% dei lavoratori afferma di essere stato assente dal lavoro per almeno un giorno negli ultimi 12 mesi a causa di problemi di salute**¹²². In media, queste assenze comportano una **perdita di 7,3 giorni lavorativi per lavoratore all'anno**.

La perdita netta apportata al sistema da tali assenze è principalmente dovuta a due determinanti: la generale riduzione di produttività a livello di sistema economico nel suo complesso e l'ammontare dei trasferimenti monetari erogati a favore dei lavoratori malati, laddove previsti.

Entrambe queste variabili assumono dimensioni significative in ambito europeo. Ad esempio, è stato calcolato che il costo derivante dalla perdita di produttività connessa ad assenze dal lavoro per causa di malattia ha raggiunto, nel 1994, oltre 11 miliardi di sterline nel Regno Unito. Parallelamente, nel 1993 i costi derivanti da pagamenti a copertura di assenze dal lavoro hanno raggiunto 30,6 miliardi di euro in Germania e 15,8 miliardi di euro in Olanda.

È dunque chiaro come **un più alto livello di salute della popolazione si ripercuota in una maggiore produttività aggregata nazionale ed in significativi risparmi in termini di trasferimenti assistenziali**.

Come accennato in precedenza, inoltre, un miglioramento delle condizioni generali di salute non solo esercita positivi impatti in termini di riduzione delle occasioni di temporanea inabilità al lavoro, ma può comportare anche un significativo ampliamento della popolazione attiva: numerosi studi sembrano infatti dimostrare l'esistenza di una correlazione tra livello di salute e tasso nazionale di partecipazione al lavoro.

Uno studio basato su dati irlandesi, ad esempio, ha evidenziato come la probabilità che individui sofferenti di malattie croniche o di disabilità tali da ostacolare "severamente" lo svolgimento delle attività quotidiane avessero una

122 - "Third European Survey on Working Conditions", Commissione Europea ed Eurostat, 2004.

probabilità di impiego molto inferiore a quella di individui non sofferenti di tali patologie (-61% per gli uomini; -52% per le donne). Anche la presenza di malattie croniche tali da ostacolare “solo parzialmente” lo svolgimento delle attività quotidiane ha un impatto negativo sulla probabilità di impiego: -29% per gli uomini e -22% per le donne, rispetto ad un campione di popolazione non affetta da tali disturbi¹²³.

La relazione inversa esistente tra sofferenza da malattie croniche disabilitanti o altre disabilità e probabilità di impiego è confermata anche da vari altri studi condotti in diversi Paesi europei¹²⁴.

Alcuni studiosi sottolineano come, a causa della difficoltà di riuscire ad isolare appieno le interconnessioni endogene esistenti tra stato di salute e partecipazione al lavoro, analisi empiriche quali quelle citate possano potenzialmente giungere ad una rappresentazione astratta non perfettamente aderente alla realtà.

Altri studi e ricerche, tuttavia, pervengono ai medesimi risultati partendo da logiche e presupposti di analisi differenti. È questo il caso, ad esempio, di uno studio focalizzato sull’analisi dell’impatto degli “*shock* di salute” subiti da lavoratori sul loro impiego, condotto su dati riferiti alla Germania Occidentale tra il 1984 e il 1994¹²⁵.

Dopo aver definito lo “*shock* di salute” come una variazione di almeno 5 punti tra un anno e il successivo in termini di stato generale di salute di una persona, misurato in una scala da 0 a 10, lo studio mostra, tra le altre, le seguenti evidenze:

- il 13% di coloro che hanno subito uno *shock* di salute in un determinato periodo non sono più occupati a tempo pieno nel periodo successivo (contro il 5,3% del campione generale);
- tale percentuale sale al 17,5% nel caso di *shock* di salute della durata di due anni;
- l’impatto del peggioramento delle condizioni di salute sul tasso di impiego è molto più significativo per le donne, il 20,5% delle quali lascia l’impiego a tempo pieno dopo aver subito un improvviso *shock* di salute;
- a livello di campione generale, l’aver sofferto di *shock* negativi di salute aumenta significativamente le probabilità di passare ad un lavoro part-time (+60%), di restare disoccupati (+90%) o addirittura di lasciare la forza lavoro (+200%).

Malattie croniche, disabilità e malattie acute influenzano dunque in modo significativo sia le possibilità di impiego di un soggetto sia, in ottica allargata, l’ampiezza della forza lavoro disponibile.

Le condizioni di salute esercitano inoltre un impatto sulla forza lavoro nazionale anche attraverso la loro **influenza sulle scelte individuali di pensionamento anticipato**.

Esistono anche in questo caso numerose evidenze empiriche. Negli Stati Uniti, ad esempio, è stato stimato che i soggetti con un pessimo stato di salute sono 10 volte più propensi a ritirarsi dall’attività lavorativa prima di aver maturato i requisiti per il pensionamento rispetto a soggetti in condizioni simili ma con uno stato di salute nella media¹²⁶.

Anche in ambito europeo esistono vari studi che dimostrano come lo stato di salute sia, soprattutto tra i soggetti maschi, un importante fattore decisionale nell’ambito delle scelte di pensionamento.

123 - “*Disability and Labour Market Participation*”, B. Gannon e B. Nolan, HRB Working Paper, Giugno 2003.

124 - Si vedano, ad esempio, Lindholm et al. (“*Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among Swedes*”, 2001) per la Svezia o Pagán e Marchante (“*Análisis de las diferencias salariales por discapacidad en España: el caso de los varones*”, 2004) per la Spagna.

125 - “*Income and employment effects of health shocks – a case for the German welfare state*”, R. T. Riphahn, IZA Discussion Paper N. 10, Giugno 1998.

126 - “*Health, economic resources and the work decisions of older men*”, J. Bound, T. Stinebrickner e T. Waidmann, 2003.

Tra questi, un lavoro di ricerca¹²⁷ condotto su dati ECHP riferiti al biennio 1994/1995 ha permesso di sottolineare che, se a livello individuale esiste un significativo legame tra salute e decisione di pensionamento, tale relazione è ancora più forte nel caso in cui si analizzino le scelte di coppia. L'aver sofferto di seri problemi di salute¹²⁸, infatti:

- aumenta del 289% la probabilità che il marito scelga il pensionamento nel caso in cui la moglie sia a sua volta disoccupata o comunque non partecipi al mercato del lavoro, e del 1.375% nel caso in cui la moglie sia attivamente occupata;
- aumenta del 324% la probabilità che la moglie scelga il pensionamento nel caso in cui il marito non sia più, a sua volta, al lavoro e del 58% nel caso in cui il marito sia invece occupato.

Va infine sottolineato come molto spesso il peggioramento delle condizioni di salute di un soggetto non impatti solo sulla sua offerta di lavoro, ma anche su quella dei suoi familiari.

In particolare, le evidenze empiriche attualmente disponibili indicano che i soggetti maschi tendono a ridurre sensibilmente la propria offerta di lavoro nel caso di problemi di salute delle loro mogli e che, per converso, le mogli tendono ad aumentare la propria offerta di lavoro nel caso di problemi di salute del marito. Questa discrasia sembra essere fondamentalmente dovuta ad una differente ripartizione dei ruoli nella coppia prima dell'evento modificatore la salute di uno dei coniugi.

Le dinamiche in base alle quali lo stato di salute di una persona modifica l'offerta di lavoro di un'altra non sono tuttavia limitate al rapporto di coppia: simulazioni condotte negli Stati Uniti, ad esempio, sembrano mostrare che prendersi cura di un genitore anziano comporta una riduzione dell'offerta di lavoro personale nell'ordine del 18-22%, sia per gli uomini che per le donne.

4.1.2 Salute e formazione

La Teoria del Capitale Umano (TCU) sottolinea l'esistenza di un **forte legame tra investimenti in capitale umano e produttività aggregata**: la formazione, lo sviluppo e la diffusione di conoscenze e competenze tra la popolazione rappresentano uno dei principali *driver* di sviluppo dei livelli di produttività, specialmente nel medio/lungo termine.

A partire dai contributi elaborati da Grossman¹²⁹, lo "stato di salute" è stato incluso nella TCU con la duplice accezione di "bene di consumo" e di "bene capitale": da un lato, infatti, un buon stato di salute è desiderato dall'individuo ed entra nella sua funzione di utilità e, dall'altro, migliori livelli di salute riducono i giorni di malattia, aumentando in tal modo il tempo che l'individuo può dedicare ad attività economiche o non economiche.

Questa seconda affermazione permette di comprendere il ruolo, l'importanza e l'impatto esercitato dalla salute sull'efficacia degli interventi formativi: individui sani dispongono di un maggiore *stock* di tempo libero da malattia e, dunque, hanno maggiori possibilità di partecipare attivamente a programmi di formazione (cicli di studi pre-inserimento nel mondo del lavoro e/o interventi di formazione continua erogati dopo l'entrata sul mercato).

La TCU postula che soggetti con più alti livelli di istruzione sono più produttivi ed ottengono, in prospettiva, retribuzioni più elevate per il loro lavoro.

127 - "Health status and retirement decisions for older European couples", S. Jiménez-Martín, J. M. Labeaga e M. Martínez Granado, 1999.

128 - Lo studio considera seri problemi di salute il soffrire di una patologia cronica, essere stati ricoverati in ospedale nell'anno precedente o sottoporsi a visite più di cinque volte all'anno.

129 - "On the concept of health capital and the demand for health", M. Grossman, Journal of Political Economy, 1972.

Un buon stato di salute in età scolare aumenta le possibilità e le abilità cognitive dell'alunno e riduce sensibilmente i tassi di assenza da scuola e di abbandono. Di conseguenza, **bambini più sani hanno maggiori possibilità di raggiungere alti livelli di istruzione ed essere maggiormente produttivi in futuro**¹³⁰.

In aggiunta, soggetti con un miglior stato di salute e con un'aspettativa di vita più lunga sono maggiormente propensi ad investire e partecipare in programmi di formazione, in quanto potranno goderne i benefici per un periodo di tempo più lungo rispetto a soggetti affetti da patologie e con un'aspettativa di vita inferiore¹³¹.

A livello empirico, esiste una vasta letteratura in merito alla **correlazione tra stato di salute e livello di istruzione scolastica raggiunto**.

Uno studio condotto negli Stati Uniti, ad esempio, ha evidenziato che bambini affetti da problemi di salute hanno una probabilità di accedere ai cicli scolastici più bassa del 5-6% rispetto a quelli in buono stato di salute; nel caso in cui i problemi di salute siano invece moderati o significativi, tale percentuale aumenta rispettivamente del 19% e del 25%¹³².

Uno studio più recente condotto nel Regno Unito¹³³, e focalizzato sulla stima della correlazione esistente tra condizioni di salute e numero di O-Level Examination (OLE) superati, ha invece evidenziato che:

- bambini con un basso peso alla nascita superano in media 0,5 OLE in meno rispetto al dato medio;
- bambini la cui madre sia una forte fumatrice ed abbia continuato a fumare durante la gravidanza superano in media 0,4 OLE in meno rispetto al dato medio;
- ogni malattia cronica presente all'età di 7 anni è associata con una riduzione media di 0,3 OLE rispetto al dato medio; nel caso in cui la malattia cronica sia ancora presente all'età di 16 anni, il numero di OLE in meno superati rispetto al campione sale a 0,5;
- le condizioni emozionali e mentali dei bambini in età scolare sono fortemente correlate con i livelli di istruzione scolastica raggiunti.

Esistono inoltre vari studi che indagano la relazione esistente tra stato di salute e sviluppo cognitivo dell'individuo.

Uno studio¹³⁴ condotto su dati della *Health Examination Survey* facenti riferimento a bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 anni nel periodo 1963-1965, ad esempio, ha individuato una forte correlazione tra due indicatori di sviluppo cognitivo (il quoziente intellettivo e la *performance* scolastica) e vari indicatori connessi allo stato di salute:

- basso peso alla nascita (correlazione negativa);
- allattamento al seno (correlazione positiva);
- significative anomalie in termini di salute, come ad esempio malattie cardio-vascolari, disturbi neurologici o muscolari, ecc. (correlazione negativa);
- altezza (correlazione positiva);
- numero di denti persi (negativa).

La *performance* scolastica è inoltre risultata essere fortemente (e negativamente) correlata con problemi di udito o con uno stato di salute generale deficitario.

130 - *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, Directorate General Health & Consumer Protection, European Commission, August 2005.

131 - *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, Directorate General Health & Consumer Protection, European Commission, August 2005.

132 - *Health status and schooling decisions of young men*, T. J. Perri, Economics of Education Review, 1984.

133 - *The lasting impact of childhood health and circumstance*, A. Case, A. Fertig e C. Paxson, Journal of Health Economics, 2004.

134 - *The relationship between children's health and intellectual development*, L. N. Edwards e M. Grossman, NBER Working Paper N. 213, 1980.

Il quoziente di intelligenza, invece, è risultato correlato all'età della madre alla nascita. In particolare, assumendo come dato medio il QI di bambini nati da madri di età compresa tra 20 e 35 anni:

- il QI di bambini nati da madri di età fino a 20 anni è risultato inferiore alla media;
- il QI di bambini nati da madri di età superiore a 35 anni è invece risultato superiore alla media.

4.1.3 Salute e dinamiche di risparmio / investimento

Lo stato di salute della popolazione incide, in via indiretta, non solo sull'offerta di lavoro o sui livelli di produttività del lavoro, ma anche sul **processo di creazione di risparmio** e, dunque, sull'accantonamento di risorse destinate all'investimento produttivo.

È infatti altamente plausibile che la **propensione al risparmio aumenti con la prospettiva di una vita più sana e più duratura**: la necessità di risparmiare per finanziare i consumi una volta usciti dal ciclo produttivo nasce infatti nel momento in cui i tassi di mortalità sono sufficientemente bassi da rendere il pensionamento una prospettiva realistica¹³⁵.

In aggiunta, va sottolineato come sia la propensione al risparmio che lo *stock* di risparmio accumulato si riducano notevolmente in presenza di modificazioni peggiorative dello stato di salute personale o di un congiunto, principalmente a causa della riduzione del reddito corrente dovuta allo stato di malattia (riduzione dell'offerta di lavoro) ed alla necessità di finanziare spese mediche aggiuntive.

Le famiglie possono certo cercare di anticipare le potenziali esigenze finanziarie che potrebbero sorgere in futuro a seguito di modifiche non prevedibili dello stato di salute di uno o più dei loro componenti¹³⁶.

In questo caso, la principale leva a loro disposizione appare essere la contrazione dei consumi attuali e futuri a favore di un più alto tasso di risparmio: in una tal situazione, dunque, non verrebbero a ridursi le risorse disponibili nel sistema economico per l'investimento, ma si verificherebbe una contrazione dei consumi finali interni, volano dei cicli economici espansivi.

A livello di letteratura internazionale, purtroppo, non esistono ancora sufficienti evidenze empiriche sulla relazione tra salute e risparmio¹³⁷.

4.1.4 Investimento in salute: alcune riflessioni a carattere europeo

Lo stato di salute, individuale e della popolazione nel suo complesso, influenza in modo diretto o mediato le tre determinanti della crescita economica: *stock* di lavoro, *stock* di capitale, produttività.

Interventi volti a salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute della popolazione appaiono dunque perfettamente coerenti con una strategia di sviluppo della competitività territoriale e della performance economica in generale: le risorse finanziarie stanziare a tal proposito devono dunque essere considerate veri investimenti sul futuro e non mere voci di spesa da contenere.

135 - "The Contribution of Health to the Economy in the European Union", Directorate General Health & Consumer Protection, European Commission, August 2005.

136 - Tali esigenze finanziarie, infatti, potrebbero non essere coperte in toto da trasferimenti pubblici (*welfare*) o privati (assicurazioni).

137 - Si veda, a titolo di esempio J. P. Smith ("Healthy bodies and thick wallets: The dual relation between health and economic status", 1999).

L'Unione Europea ritiene che la salvaguardia ed il miglioramento della salute dei cittadini sia uno dei punti chiave del percorso di avvicinamento all'ambizioso traguardo di divenire *"l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo, in grado di realizzare una crescita economica sostenibile con nuovi e migliori posti di lavoro e una maggiore coesione sociale"*¹³⁸.

Gli investimenti in capitale umano, infatti, rappresentano una condizione necessaria, seppur non sufficiente, per il miglioramento del livello di competitività internazionale dell'Europa. Essi dovrebbero sostanziarsi non solo in **interventi a favore della ricerca e sviluppo, ma anche in investimenti finalizzati all'incremento dei livelli di salute e di istruzione dei cittadini europei**.

Tale visione appare in linea con quanto affermato dall'*High Level Group on the Lisbon Strategy for Growth and Employment*, che nel suo report 2004¹³⁹ ha sottolineato come:

- l'Europa necessita di incrementare il livello di efficienza ed efficacia dei propri investimenti in capitale umano, in quanto i livelli di produttività e di competitività dell'economia europea dipendono direttamente dalla presenza di una forza lavoro istruita e competente, in grado di affrontare la sfida del cambiamento;
- **la salute e la sanità giocano un ruolo chiave nel generare coesione sociale, forza lavoro produttiva, opportunità di impiego e crescita economica.**

La sanità rappresenta dunque una variabile strategica per il futuro dell'Europa, data la relazione biunivoca esistente tra salute e crescita economica.

Il settore della sanità, tuttavia, non è rilevante solo in ottica prospettica: già oggi, infatti, vanta un peso considerevole sull'economia, sia in termini di valore aggiunto prodotto che in termini occupazionali, a livello nazionale ed europeo.

Nei paragrafi seguenti si proverà a delineare quali siano le linee ragionamento possibili per pervenire ad un dimensionamento economico (ma forse sarebbe meglio dire "sociale") del settore della sanità in Italia.

138 - Lisbon Agenda, 2000.

139 - *"Facing the Challenge", Report from the High Level Group on the Lisbon Strategy for Growth and Employment*, Commissione Europea, 2004.

4.2 IL “VALORE ECONOMICO” DELLA SANITÀ

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come è possibile calcolare il “valore economico” della sanità?
- Quali sono i principali approcci desumibili dalla letteratura internazionale in materia?

In ottica di *value for money*, la spesa sanitaria, ovviamente nella misura in cui risulti efficiente ed efficace, soddisfa direttamente bisogni meritori ed ha allo stesso tempo un **valore sociale**, che travalica la mera somma dei benefici individuali.

La valutazione dei benefici complessivi del sistema sanitario, individuali e collettivi, è peraltro operazione non semplice, tanto da un punto di vista teorico, quanto nella sua pratica quantificazione.

La teoria suggerisce alcuni approcci, tutti meritevoli di attenzione e non mutuamente esclusivi, che possono rappresentare la base metodologica per studi di benessere sociale.

Senza pretesa di esaustività, di seguito si descrivono alcuni spunti teorici, utilizzabili per impostare una valutazione economica complessiva del settore sanitario.

4.2.1 La domanda sanitaria come domanda “derivata”

Secondo questa visione, in caso di malattia un individuo esprime una domanda di assistenza sanitaria non solo per recuperare la salute (utilità diretta), ma anche perché la malattia implica di non poter godere dell'utilità di altri beni.

In questa ottica una quantificazione dei benefici sanitari limitata alla valorizzazione delle prestazioni erogate sottostimerebbe il valore economico del settore. Una stima del valore economico della sanità che voglia tenere conto di questa osservazione è ovviamente difficile, rischiando di dover abbracciare ogni attività umana.

Potrebbe essere eventualmente interessante approfondire la possibilità di utilizzare strumenti indiretti di valutazione: ad esempio utilizzando il concetto di “*Burden of Disease*”¹⁴⁰. Gli anni di vita pesati per la loro qualità potrebbero dare un'idea (ovviamente con le dovute precauzioni) del “risultato” del settore sanitario.

140 - Metodologia che si propone di misurare l'impatto delle patologie (*Burden of Disease*) in termini di mortalità e disabilità. La metodologia di calcolo del *Burden of Disease* (BOD) è una metodologia estremamente complessa. Prevede la creazione di un *database* quanto più possibile dettagliato sull'epidemiologia descrittiva delle più importanti condizioni patologiche che provocano morte e disabilità nell'area di interesse. Partendo dai dati di tale *database*, ed usando i dati disponibili nella letteratura e le opinioni di qualificati esperti delle singole patologie, attraverso opportune tecniche statistiche vengono stimate alcune caratteristiche relative alle patologie, quali ad esempio incidenza e prevalenza. Presupposto di tutta la metodologia è la possibilità di valutare gli stati di salute, nel senso di assegnare loro delle valutazioni numeriche o “pesi” (o in alternativa di ricorrere a valutazioni dei pesi già effettuate da altri), che misurino il grado relativo della qualità della vita nella condizione patologica. Fonte: “*Stima dell'impatto delle patologie in termini di mortalità e disabilità*”, Sergio Mariotti, 2002.

4.2.2 La salute come bene di investimento

Come accennato, secondo Grossman la salute è assimilabile ad un bene di investimento: aumentando il proprio *stock* di salute un individuo vede diminuire il tempo perduto a causa delle malattie, e può quindi decidere di dedicare tale tempo "risparmiato" alla produzione di attività di mercato e non di mercato.

L'assistenza sanitaria, "ripristinando" lo *stock* del bene durevole "salute" produrrebbe quindi un risultato teoricamente misurabile in giorni in buona salute per periodo di tempo.

Sempre in questo filone di pensiero possiamo pensare all'assistenza sanitaria come mezzo necessario per creare condizioni favorevoli alla creazione di "capitale umano", come già evidenziato in precedenza; la maggiore difficoltà appare quella di distinguere il nesso causale fra salute e, ad esempio, educazione, *versus* quello inverso fra educazione, stili di vita, accesso alle cure e quindi salute.

4.2.3 Valore sociale dei sistemi sanitari

I sistemi sanitari, quanto meno nella loro componente pubblica, possono inoltre essere considerati quali importanti fattori di coesione sociale.

La difficoltà maggiore in questo caso appare essere quella di separare il contributo specifico della sanità da quello derivante dalle altre aree di intervento pubblico.

4.2.4 Salute e produttività

In ottica più pragmatica, ma certamente più limitata, possiamo osservare che del sistema sanitario è teoricamente possibile misurare il contributo in termini di contenimento delle giornate perse dai lavoratori per malattia.

Una diminuzione (o contrazione) degli stati morbili riduce quindi la perdita di produzione e i costi connessi. Su questo approccio pesano rilevanti obiezioni di principio, quali quelle connesse all'esistenza - o meno - di una situazione di pieno impiego, e anche complicazioni derivanti dalla presenza di un sistema di sicurezza sociale che internalizzi tali costi.

4.2.5 Il valore aggiunto generato dal settore

Sebbene gli approcci citati appaiano essere quelli che più complessivamente colgono il contributo del settore sanitario allo sviluppo della società, tutti soffrono, quanto meno, di notevoli difficoltà di misurazione.

Un metodo alternativo, e peraltro più circoscritto, per ottenere un tale risultato è quello di agire sul versante della **misurazione del valore aggiunto generato dal settore**: la *ratio* è quella di **misurare la dimensione effettiva della "filiera" sanitaria**.

Ovviamente tale esercizio risulta interessante quanto più è condotto non solo sull'insieme del settore, ma anche sul suo indotto: le industrie della filiera "strettamente" sanitaria generano infatti una domanda di beni intermedi prodotti da altri settori.

Può essere inoltre interessante concentrare l'attenzione su specifici aspetti, tra i quali si citano senza pretesa di esaustività: l'impulso in termini di attività di ricerca e sviluppo, oppure il contributo in termini occupazionali.

Infine si ritiene importante citare l'opportunità di considerare come le aziende produttrici di beni e servizi sanitari, come anche i beneficiari dell'assistenza all'atto del consumo, siano in effetti soggetti a tassazione (l'IVA pagata sull'acquisto di medicinali rifeanzia, in parte, il S.S.N.), così che in qualche modo provvedono almeno parzialmente a "finanziare se stessi". Inoltre, le dinamiche relative al margine di distribuzione imposto e lo sconto obbligatorio che vanno a insistere sulle stesse voci sembrano generare problemi di contabilizzazione. Ancora, l'IRAP sul personale del settore pubblico (quello afferente al S.S.N. in particolare) finanzia, in parte, lo stesso personale. Molte possono essere, dunque, le linee di ricerca alternative; fra queste, appare particolarmente rilevante, per le implicazioni a livello sistemico, quella di fornire una misura dei costi del sistema al netto dei contributi al finanziamento del Paese.

4.3 IL VALORE AGGIUNTO: NOTA METODOLOGICA

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Cos'è il valore aggiunto?
- Quali sono le sue principali componenti?
- Come si perviene ad una sua valorizzazione?

Tra i molteplici approcci teorici possibili per la stima del valore economico dell'Industria della Salute in Italia, brevemente passati in rassegna nel paragrafo precedente, Meridiano Sanità ha scelto di adottare quello basato sul **valore aggiunto** generato, direttamente e/o indirettamente, dal settore.

Questo approccio presenta minori difficoltà di inquadramento teorico e permette di ottenere una fotografia più oggettiva dell'apporto della sanità al Sistema Italia, individuandone di fatto una sorta di **limite inferiore**. L'approccio focalizzato sull'analisi del valore aggiunto, infatti, permette di fotografare solo le dinamiche economiche di interscambio, tralasciando le positive ricadute originate dal settore in termini sociali, in termini di maggior forza lavoro per altri settori, ecc..

Obiettivo di questo paragrafo è quello di impostare un ragionamento utile a pervenire ad una corretta **quantificazione del valore aggiunto del settore sanitario**, delineando i principali tratti dei due metodi adottati da Meridiano Sanità per addivenire ad una ragionevole stima del valore economico della sanità in Italia.

4.3.1 Il valore aggiunto: definizione e modalità di calcolo

Ragionando da un punto di vista statistico-economico (e seguendo le definizioni utilizzate dall'ISTAT), il valore aggiunto è l'aggregato che consente di apprezzare la crescita del sistema economico in termini di nuovi beni e servizi messi a disposizione della comunità per impieghi finali.

È quindi la risultante della differenza tra il valore della produzione di beni e servizi conseguita dalle singole branche produttive ed il valore dei beni e servizi intermedi dalle stesse consumati (materie prime e ausiliarie impiegate e servizi forniti da altre unità produttive).

In termini pratici, il valore aggiunto corrisponde alla somma delle retribuzioni dei fattori produttivi e degli ammortamenti.

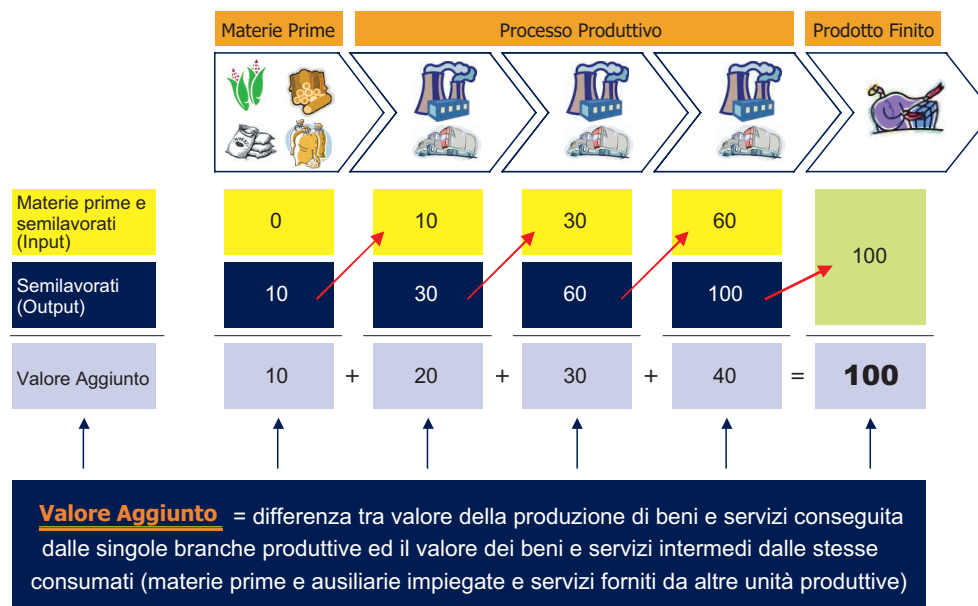


Figura 107. Il valore aggiunto: una rappresentazione numerica

Per effettuare il calcolo, si può procedere in questo modo:

- **Valore aggiunto ai prezzi di base:** effettuando il saldo tra la produzione e i consumi intermedi, in cui la produzione è valutata al netto delle imposte sui prodotti e al lordo dei contributi ai prodotti. Si ricorda che la produzione valutata ai prezzi di base si differenzia da quella valutata al costo dei fattori: quest'ultima è infatti al netto di tutte le imposte (sia quelle sui prodotti, sia le altre imposte sulla produzione) ed al lordo di tutti i contributi (sia i contributi commisurati al valore dei beni prodotti, sia gli altri contributi alla produzione);
- **Valore aggiunto ai prezzi di mercato:** ovvero il valore aggiunto ai prezzi di base aumentato delle imposte sui prodotti, IVA esclusa, e al netto dei contributi ai prodotti.

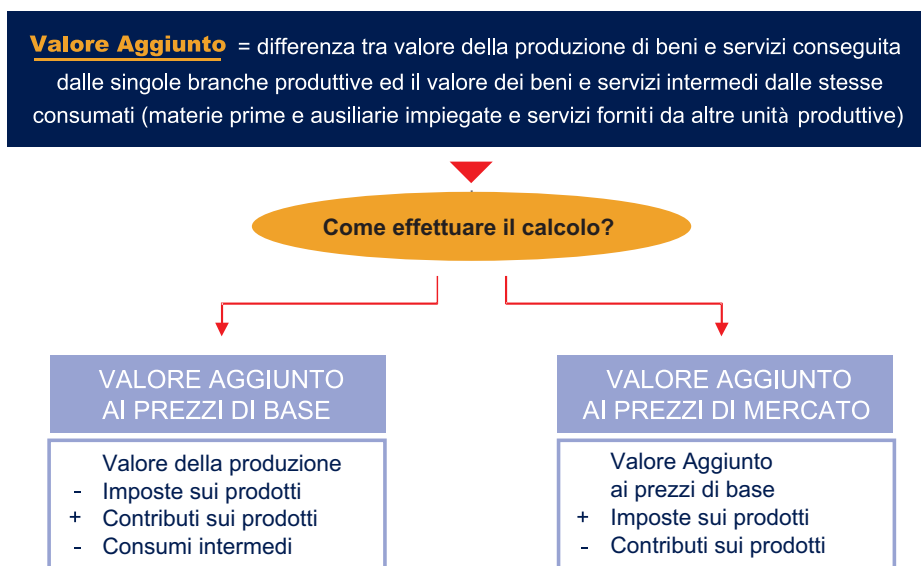


Figura 108. Valore aggiunto ai prezzi di base e valore aggiunto ai prezzi di mercato: modalità di calcolo

4.3.2 Due possibili metodi di stima del valore aggiunto dell'Industria della Salute in Italia

Per giungere ad una stima della valorizzazione economica della sanità in Italia sulla base del valore aggiunto da questa generato, è possibile adottare una duplice prospettiva di analisi.

Da un lato, infatti, è possibile adottare un approccio **"indiretto"**, concentrando l'attenzione sul lato degli impieghi¹⁴¹. In questo caso, si tratterà di sommare i consumi finali (delle famiglie e collettivi), gli investimenti fissi lordi e le esportazioni nette per ottenere una stima del dimensionamento economico della sanità in Italia.

Dall'altro lato, invece, è possibile seguire un approccio **"diretto"** che, a partire dai dati delle matrici input/output pubblicate dall'ISTAT, permetta di stimare il valore aggiunto complessivo del settore, considerando anche l'indotto da questi generato.

Entrambi questi metodi, e le risultanze derivanti dalla loro applicazione, verranno illustrati in dettaglio nei prossimi paragrafi.

Si sottolinea fin da ora che, a causa del diverso *focus* dell'analisi (il metodo diretto valorizza anche l'indotto generato dal settore), i risultati dei due approcci sono differenti e possono essere interpretati come i **limiti, rispettivamente inferiore (metodo "indiretto") e superiore (metodo "diretto")**, della stima della valorizzazione economica dell'Industria della Salute in Italia.

141 - Questo approccio è reso possibile dall'uguaglianza fra il Prodotto Interno Lordo (PIL) e la somma del valore aggiunto, dell'IVA e delle imposte indirette sulle importazioni.

4.4 LA STIMA DEL "VALORE ECONOMICO DELLA SANITÀ": IL METODO "INDIRETTO"

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- A quanto ammonta la valorizzazione delle determinanti del valore aggiunto della sanità in Italia, secondo gli ultimi dati disponibili?
 - Consumi finali privati delle famiglie nel settore sanitario
 - Spesa sanitaria delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni senza scopo di lucro (consumi collettivi)
 - Investimenti fissi lordi nel settore sanitario, pubblici e privati
 - Bilancia commerciale della sanità (dinamiche di import-export)
- A quanto ammonta, in aggregato, il valore aggiunto della sanità in Italia e qual è la sua incidenza sul PIL secondo il metodo indiretto?

Il metodo di stima del valore aggiunto della sanità in Italia che presenta le minori difficoltà metodologiche appare essere quello "indiretto", facente leva sugli aggregati calcolati dall'ISTAT sul lato degli impieghi.

Tale metodo permette di giungere ad una stima del valore economico della sanità in Italia sommando le componenti della **domanda globale per beni e servizi prodotti per l'interno**, che trascurando per comodità la variazione delle scorte, è costituita da quattro componenti:

- **C**: spesa per consumo delle famiglie (consumi finali interni privati);
- **G**: spesa pubblica, ossia spesa delle Amministrazioni Pubbliche e degli Enti privati senza fine di lucro (consumi collettivi);
- **I**: spese per investimenti (delle imprese e delle famiglie) fissi lordi (l'ammortamento non è dedotto dagli investimenti);
- **XN**: esportazioni nette (differenza tra esportazioni e importazioni).

Nei prossimi paragrafi si analizzerà ogni singola voce, evidenziandone la consistenza per il settore sanitario (nel suo complesso) e/o le difficoltà di rilevazione. Si è utilizzato nei limiti del possibile l'anno 2004, che risulta l'ultimo disponibile in via definitiva.

Prima di presentarne le risultanze, si sottolinea nuovamente come il metodo "indiretto" limiti il proprio raggio di azione ai contributi forniti dal settore analizzato alla formazione del PIL nazionale: per una stima allargata anche al contributo fornito dal suo indotto è necessario ricorrere al metodo "diretto", fondato sull'analisi delle tavole input/output ed illustrato nel paragrafo 4.5 e seguenti.

4.4.1 I consumi finali privati e pubblici in sanità

Stando ai dati diffusi dall'ISTAT, il valore aggregato dei consumi finali nel settore sanitario per l'anno 2004 ammonta a **111.405,00 milioni di euro**, pari a circa il **10% dei consumi nazionali**.

Tale dato può essere scomposto in due determinanti:

- spesa privata in sanità, sostenuta da famiglie residenti;
- spesa pubblica in sanità, sostenuta dalle Amministrazioni Pubbliche e dalle Istituzioni senza scopo di lucro.

	Totale	Sanità	%
PIL	1.351.328,00	112.766,90	8,34%
Valore Aggiunto	1.305.648,00(*)		
Consumi nazionali	1.072.633,00	111.405,00	10,39%
Spesa famiglie residenti	806.554,00	24.036,00	2,98%
Spesa AP(^) e ISP(^)	266.079,00	87.369,00	32,84%
Investimenti fissi lordi	262.909,00	3.363,60	1,28%
AP		2.498,00	
Altri		865,6	

Figura 109. Conto economico delle risorse e degli impieghi, 2004 (milioni di euro) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

(*) Valore 2004 dopo correzioni effettuate sul 2004 nel 2005

(^) Amministrazioni Pubbliche

(^) Istituzioni senza scopo di lucro

Come si evince dalla figura precedente, il **valore dei consumi finali privati delle famiglie nel settore sanitario** ammonta, per l'anno 2004, a **24.036 milioni di euro**.

La spesa complessiva delle famiglie residenti a livello nazionale, deducibile dal conto economico delle risorse e degli impieghi, ammonta invece, sempre per l'anno 2004, a 806.554 milioni di euro.

Possiamo quindi dedurre che **la sanità rappresentava nel 2004 circa il 3% dei consumi finali delle famiglie**.

Questa voce sembra sostanzialmente esaustiva dei consumi delle famiglie, essendo il frutto di una indagine campionaria, in via di principio esente da problemi connessi con il sommerso.

Secondo il metodo di rilevazione adottato dall'ISTAT, che raccoglie il dato *out of pocket*, ovvero che rimane in carico alla famiglia, a questi valori andrebbe sommato l'ammontare dei premi pagati alle assicurazioni per la malattia: la principale difficoltà risulta quella di distinguere la malattia dalle polizze infortuni e le diarie.

Dal punto di vista della spesa sanitaria aggregata¹⁴² sostenuta dalle Amministrazioni Pubbliche e dalle Istituzioni senza scopo di lucro, si rileva come il Ministero della Salute riporti un dato complessivo di spesa pari, nel 2004, a 87.958 milioni di euro.

Secondo l'ISTAT, invece, **la spesa delle Amministrazioni Pubbliche nella sanità ammonta nel 2004, escludendo gli investimenti fissi lordi, a 87.369 milioni di euro**, di cui 1.091 milioni di euro attribuibili alle Amministrazioni Centrali, 86.153 milioni di euro agli Enti locali e 125 milioni di euro agli Enti di Previdenza.

In termini di **incidenza sul totale dei consumi collettivi, la sanità assorbe circa un terzo del totale (32,8%)**.

Evidentemente i consumi collettivi riferibili al settore sanitario sono sia quelli degli Enti locali (Regioni e quindi ASL e Aziende Ospedaliere), sia quelli derivanti dal funzionamento degli organi centrali quali il Ministero della Salute, ecc..

In via di principio, quindi, la spesa complessiva rilevata dall'ISTAT dovrebbe essere maggiore di quella rilevata dal Ministero della Salute, che si limita ad ASL e Aziende Ospedaliere. La differenza positiva mostrata è quindi dovuta agli investimenti fissi lordi, oltre che a eventuali differenze di calcolo.

Approfondimenti ulteriori sarebbero necessari per comprendere se vengono correttamente computate nel settore sanitario le spese di altri enti quali l'Istituto Superiore di Sanità o l'ISPESL (quest'ultimo almeno in quota parte), e i fondi gestiti da altre Amministrazioni, quali il fondo per l'assistenza agli immigrati clandestini gestito dal Ministero per l'Interno.

4.4.2 Gli investimenti fissi lordi

Gli investimenti fissi lordi sono costituiti dalle acquisizioni (al netto delle cessioni) di capitale fisso effettuate dai produttori residenti, a cui si aggiungono gli incrementi di valore dei beni materiali non prodotti (Sistema Europeo dei Conti, SEC). Il capitale fisso consiste di beni materiali e immateriali destinati ad essere utilizzati nei processi produttivi per un periodo superiore ad un anno.

In questo caso dobbiamo osservare che oltre al settore pubblico è necessario considerare gli investimenti del settore privato. Per ottenere una stima degli investimenti attribuibili al settore sanitario sarebbe evidentemente necessario conoscere la quota relativa di contributo delle singole industrie al settore.

Avendo scelto di non effettuare in questa fase il calcolo sulle matrici input/output, ci si è concentrati sul dato per i settori a "vocazione esclusiva" (il farmaceutico) o "quasi esclusiva" (bio-elettromedicale).

Secondo i dati ISTAT per il 2004, gli **investimenti fissi lordi nel settore sanitario sono pari a 2.498 milioni di euro**.

Per quanto concerne il **settore farmaceutico**, secondo Farindustria gli investimenti fissi lordi dell'industria farmaceutica italiana raggiungono, sempre per il 2004, un valore pari a **865,6 milioni di euro**.

Per il settore elettromedicale non si è invece riusciti ad ottenere un dato ufficiale.

Gli investimenti fissi lordi nazionali per il 2004 raggiungono invece, sempre secondo le stime dell'ISTAT, 262.909 milioni di euro.

Quindi **il dato raccolto per il settore sanitario** (in modo frammentario e incompleto, e quindi sottostimato) **ammonta a circa l'1,3% del totale degli investimenti**, stima che per i motivi precitati non esitiamo a definire prudenziale.

4.4.3 L'import-export

Ci si concentra in questo caso sul saldo relativo all'industria farmaceutica, considerando il saldo del settore privato di difficile determinazione e quello del settore pubblico certamente trascurabile o probabilmente negativo.

Per quanto concerne il **saldo estero relativo all'industria farmaceutica**, esso è **negativo** per il 2004, e ammonta a **1.823,7 milioni di euro**; **negativi sono anche i valori del saldo esportazioni relativo al settore elettromedicale**: stando ai dati diffusi dall'Associazione Elettromedicali ammonta a **178 milioni di euro** per il 2004.

Come si può osservare nella figura seguente, il saldo import/export del settore farmaceutico negli ultimi tre anni (2002-2004) ha registrato un *trend* fortemente negativo, dopo essere stato invece attivo nel 2000 (+561,1 milioni di euro) e nel 2001 (+399,5 milioni di euro).

Questo dato comprende sia i medicinali e gli "altri prodotti" (sieri, vaccini, etc.), sia le sostanze di base; stando ai dati diffusi da Farmindustria, incide negativamente sul computo finale il saldo import/export degli "altri prodotti" (sempre negativo dal 1990 al 2004) e delle sostanze di base (sempre negativo anch'esso nel periodo di tempo considerato, tranne che nel triennio 1994-1996).

Se si considerasse la bilancia commerciale relativa ai soli medicinali, dunque, si avrebbe un saldo positivo a partire dal 1995 (+ 90 milioni di euro) fino al 2004 (+ 541 milioni di euro).

Anni	Export				Bilancia commerciale			
	Medicinali	Altri prodotti	Sostanze di base	Totale	Medicinali	Altri prodotti	Sostanze di base	Totale
1990	448	55	544	1.047	-388	-323	-166	-877
1991	528	56	745	1.329	-388	-192	-333	-913
1992	904	64	910	1.878	-280	-253	-298	-831
1993	1.106	86	1.287	2.479	-191	-308	-62	-561
1994	1.290	104	1.446	2.840	-165	-331	83	-413
1995	1.841	136	1.702	3.679	90	-401	107	-204
1996	2.165	152	1.690	4.007	100	-404	79	-225
1997	2.748	165	1.613	4.526	285	-486	-115	-316
1998	3.221	182	1.557	4.960	150	-484	-204	-538
1999	4.077	215	1.634	5.926	267	-510	-271	-514
2000	5.612	256	1.793	7.661	1.164	-566	-37	561
2001	6.544	519	1.877	8.940	1.042	-489	-154	399
2002	7.920	501	1.719	10.140	1.515	-771	-884	-140
2003	7.342	545	1.853	9.740	763	-907	-883	-1.027
2004	7.394	548	1.584	9.526	541	-1.279	-1.086	-1.824

Figura 110. Interscambio commerciale del settore farmaceutico, 1990-2004 (milioni di euro) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su Indicatori Farmaceutici 2005, Farmindustria

4.4.4 Riepilogo

Sintetizzando **alla sanità è possibile attribuire consumi finali** (delle famiglie e delle Amministrazioni Pubbliche.) **per 111.405 milioni di euro, investimenti fissi lordi per 3.363,6 milioni di euro, ed importazioni nette per 2.001,7 milioni di euro**¹⁴³.

Per un **totale di 112.766,9 milioni di euro** nel 2004, **pari all'8,3% del PIL** dello stesso anno¹⁴⁴.

Tale risultato può essere interpretato come il limite inferiore della valorizzazione economica della sanità in Italia, non comprendendo di fatto il valore aggiunto generato a seguito di fenomeni di attivazione di altre produzioni (indotto), i cui dati non sono reperibili nella contabilità nazionale così come esaminata.

Si noti che se ci limitiamo ai consumi la quota di PIL assorbita è pari all'8,2% che, considerando gli investimenti, sale all'8,5% del PIL: per confronto, l'OCSE attribuisce all'Italia una quota di PIL destinata alla sanità dell'8,4%.

Si noti inoltre che il dato complessivo risente dell'effetto negativo degli scambi commerciali in campo farmaceutico e elettromedicale.

Evidentemente **il Paese non potrebbe che beneficiare di una più attenta politica industriale, che incentivi la localizzazione sul territorio italiano delle produzioni.**

143 - Per i motivi più volte ricordati si tratta di stime prudenziali.

144 - Da poco sono state diffuse le revisioni del dato relativo al PIL, che hanno visto leggermente aumentare la stima precedente, raggiungendo quota 1.388.870 milioni di euro; per il 2005 le stime indicano un valore pari a 1.417.241 milioni di euro correnti.

4.5 LA STIMA DEL “VALORE ECONOMICO DELLA SANITÀ”: IL METODO “DIRETTO”

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Cosa sono le tavole input/output?
- A quanto ammonta, in aggregato, il valore aggiunto della sanità in Italia e qual è la sua incidenza sul PIL secondo il metodo diretto?
- A quanto ammonta, in aggregato, il valore aggiunto indotto generato dalla sanità in Italia?
- Come si posiziona l'Industria della Salute in Italia rispetto agli altri settori economici, in termini di valore aggiunto prodotto e di capacità di attivazione (stimolo all'indotto)?

Il metodo “diretto” si focalizza sull'analisi delle interdipendenze settoriali, ossia sullo studio delle relazioni che sussistono tra i diversi comparti economici al fine di fornire una valutazione empirica dei flussi di beni e servizi che intercorrono a livello di settori produttivi, evidenziandone i legami di interdipendenza.

A differenza della contabilità nazionale che è interessata agli output economici finali, l'analisi delle interdipendenze è rivolta ai risultati economici che si ottengono nei settori che producono beni e servizi intermedi il cui valore, essendo incorporato nei beni finali, non è considerato dalla contabilità nazionale. In particolare, gli effetti conseguenti ad una variazione della domanda di un settore si propagano in tutti gli altri settori, e la loro entità è funzione del grado di interdipendenza tra gli stessi.

Lo strumento di analisi più importante è la **tavola input/output** (o tavola delle interdipendenze settoriali). Essa vede il sistema economico nazionale diviso in settori (o branche), e misura/prevede gli scambi tra un settore ed un altro, ossia i flussi intermedi, sulla base di coefficienti tecnici.

Le tavole sono dunque uno strumento prezioso che consente di **stimare le ripercussioni sul livello di produzione e sui fabbisogni delle singole branche provocate da variazioni della domanda finale** (consumi, investimenti, esportazioni): ciò permette di effettuare analisi prospettiche e di supportare decisioni di politica economica o di programmazione.

La base del metodo “diretto” è proprio costituita da elaborazioni sulle recenti tavole input/output (che si riferiscono all'anno 2003) rilasciate dall'ISTAT il 31 marzo 2006 .

Prima di illustrare la metodologia di analisi seguita, è utile delineare il campo di indagine, ossia è necessario individuare i settori che erogano beni e servizi di natura sanitaria e che quindi costituiscono una buona *proxy* dell'Industria della Salute. In particolare, i settori di interesse sono:

- Sanità ed Assistenza Sociale;
- Prodotti Farmaceutici;
- Apparecchi Medicali e Strumenti di Precisione.

L'ISTAT individua 59 branche che rappresentano l'economia del Sistema Italia. Rispetto alle tavole precedentemente realizzate (Tei92, risalenti al 1992) che includevano 92 settori, molte branche sono state aggregate. Ad esempio, non si riscontrano più né la branca "Prodotti Farmaceutici" (inclusa nel settore "Prodotti Chimici e Fibre Artificiali") né il settore "Apparecchi Medicali" (incluso nella branca "Apparecchi Medicali, di Precisione, Strumenti Ottici ed Orologi").

È stato quindi necessario fare ipotesi sul peso relativo (al 2003) del settore "Prodotti Farmaceutici" sul settore "Prodotti Chimici e Fibre Artificiali" e sul peso relativo (al 2003) del settore "Apparecchi Medicali e Strumenti di Precisione" rispetto al settore "Apparecchi Medicali, di Precisione, Strumenti Ottici ed Orologi". In particolare, **l'assunto di fondo è che i pesi relativi di queste branche siano rimasti invariati rispetto al 1992**. Data la rilevanza dell'ipotesi, è stata prevista una *Sensitivity Analysis* volta a valutare quale sarebbe stato il valore generato dall'Industria della Salute assumendo pesi differenti per i settori appena menzionati.

Rispetto alle Tei92, le nuove tavole ISTAT presentano ulteriori differenze: sono rappresentate infatti sia le branche (l'oggetto dell'analisi) che le famiglie di prodotti (le due aggregazioni non sono necessariamente corrispondenti in quanto uno stesso prodotto potrebbe essere realizzato da differenti branche). Tale aspetto deve essere tenuto in considerazione, in quanto le tavole 2003 espongono alcune grandezze (ad esempio i margini di commercio e trasporto, le imposte ed i consumi ecc.) solo a livello di famiglia di prodotti. L'ipotesi sottesa all'analisi è che, per tali grandezze, vi sia piena corrispondenza tra branche e prodotti.

Dal punto di vista del processo metodologico, una volta individuati i settori di interesse, le tavole mettono a disposizione il valore della produzione ed il valore aggiunto (a prezzi di mercato) per ciascun settore. Inoltre, sono disponibili i fabbisogni di input intermedi in forma di costi sostenuti (che in sintesi rappresentano la produzione attivata negli altri settori) da ogni branca. Questa vista è estremamente importante poiché consente di capire che, a fronte di un certo livello di consumi, i settori sono chiamati a fornire beni / servizi per erogare i quali "attivano" a loro volta produzioni intermedie (i settori fornitori). Tale processo può essere realizzato in modo iterativo al fine di catturare la produzione a sua volta "attivata" dal valore aggiunto indotto.

L'analisi è stata realizzata sia per i settori costituenti l'Industria della Salute che per le altre branche, in modo da realizzare un'analisi di *benchmark* tra le diverse attività economiche finalizzata all'individuazione dei settori che "pesano" di più sull'economia del Sistema Italia e di quelli che generano i maggiori livelli di indotto. Scopo dell'analisi di *benchmark* è quello di valutare il posizionamento relativo dell'Industria della Salute rispetto agli altri settori economici in Italia.

Per testare la ragionevolezza dell'output ottenuto dall'analisi condotta sulle tavole 2003, il medesimo processo di analisi è stato condotto anche a partire dalle tavole 1992, simulando un aggiornamento dei principali *driver* economici al 2004.

4.5.1 Il valore generato dall'Industria della Salute nel 2003

L'analisi condotta parte dall'apprezzamento del valore direttamente generato dai 3 settori individuati. In particolare, a fronte di consumi in sanità (sia pubblici che privati) nell'anno 2003 pari a circa **105 miliardi di euro** si evidenzia:

- per il settore Prodotti Farmaceutici un valore della produzione ed un valore aggiunto pari rispettivamente a circa **43,5 e 21,9 miliardi di euro**;

- per il settore Apparecchi Medicali e Strumenti di Precisione un valore della produzione ed un valore aggiunto pari rispettivamente a circa **13,7 e 7,1 miliardi di euro**;
- per il settore Sanità ed Assistenza Sociale un valore della produzione ed un valore aggiunto pari rispettivamente a circa **98,6 e 64,9 miliardi di euro**.

Complessivamente, **l'Industria della Salute evidenzia un valore della produzione pari a circa 155,7 miliardi di euro ed un valore aggiunto diretto pari a circa 94,0 miliardi di euro, corrispondente al 7,2% del PIL 2003** (pari a circa 1.309 miliardi di euro).

	VALORE DELLA PRODUZIONE	VALORE AGGIUNTO	VALORE AGGIUNTO / PIL
Prodotti farmaceutici	43.471	21.922	1,7%
Apparecchi medicali e strumenti di precisione	13.692	7.108	0,5%
Sanità ed assistenza sociale	98.561	64.923	5,0%
TOTALE	155.724	93.953	7,2%

Figura 111. Sintesi del valore della produzione e del valore aggiunto diretto sviluppati dai settori dell'Industria della Salute nel 2003 (milioni di euro) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

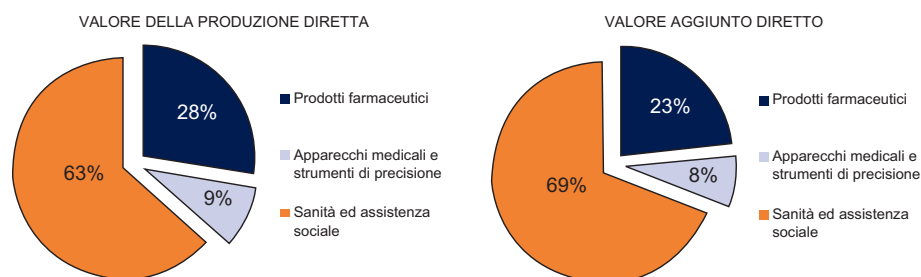


Figura 112. Contribuzione dei settori dell'Industria della Salute al valore della produzione ed al valore aggiunto diretto complessivi, 2003 – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Una volta individuato il valore aggiunto direttamente generato dall'Industria della Salute, è necessario procedere alla stima del valore aggiunto indotto, funzione dell'interdipendenza dei tre settori individuati rispetto alle altre branche dell'economia italiana.

Come anticipato, il valore aggiunto indotto è stato calcolato applicando un margine medio (specifico per ogni branca) al valore della produzione dei settori economici analizzati.

Questa operazione è stata ripetuta iterativamente in modo da catturare la produzione a sua volta "attivata" dal valore aggiunto indotto.

Le principali evidenze dell'analisi sono riportate nella figura successiva. Si sottolineano in particolare i seguenti spunti di interesse:

- Prodotti farmaceutici: a fronte di una produzione diretta di circa 43,5 miliardi di euro, gli altri settori dell'economia nazionale sono chiamati a fornire circa 44,7 miliardi di euro di beni e servizi intermedi che si traducono in circa **24,1 miliardi di euro** di valore aggiunto indotto;
- Apparecchi Medicali e Strumenti di Precisione: a fronte di una produzione diretta di circa 13,7 miliardi di euro, gli altri settori dell'economia nazionale sono chiamati a fornire circa 11,3 miliardi di euro di beni e servizi intermedi che si traducono in circa **5,4 miliardi di euro** di valore aggiunto indotto;
- Sanità ed Assistenza Sociale: a fronte di una produzione diretta di circa 98,6 miliardi di euro, gli altri settori dell'economia nazionale sono chiamati a fornire circa 58,0 miliardi di euro di beni e servizi intermedi che si traducono in circa **32,1 miliardi di euro** di valore aggiunto indotto.

Il valore aggiunto indotto complessivo dell'Industria della Salute ammonta a circa 61,6 miliardi di euro e rappresenta circa il 4,7% del PIL 2003.

	VALORE DELLA PRODUZIONE DIRETTA	VALORE DELLA PRODUZIONE INDOTTA	PRODUZ. INDOTTA / PRODUZ. DIRETTA	VALORE AGGIUNTO INDOTTO	VALORE AGGIUNTO INDOTTO / PIL
Prodotti farmaceutici	43.471	44.699	103%	24.144	1,8%
Apparecchi medicali e strumenti di precisione	13.692	11.339	83%	5.384	0,4%
Sanità ed assistenza sociale	98.561	57.951	59%	32.119	2,5%
TOTALE	155.724	113.989	73%	61.647	4,5%

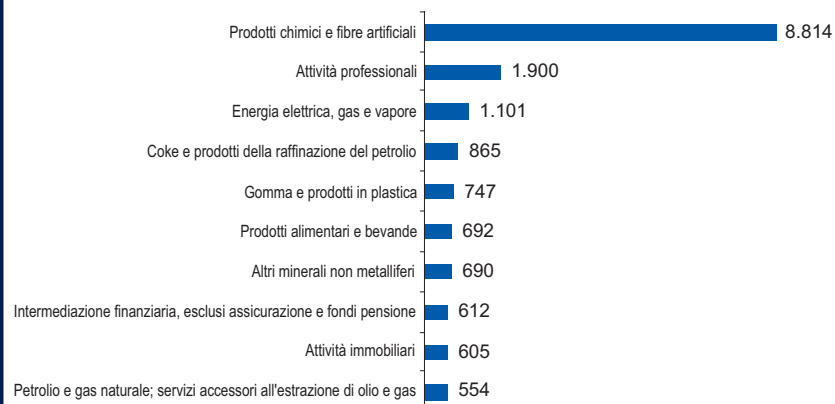
Figura 113. Sintesi del valore aggiunto indotto dai settori dell'Industria della Salute nel 2003 (milioni di euro) – *Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT*

Appare a questo punto di interesse individuare quali siano i principali settori attivati (in termini di valore aggiunto indotto) dalle branche che costituiscono l'Industria della Salute.

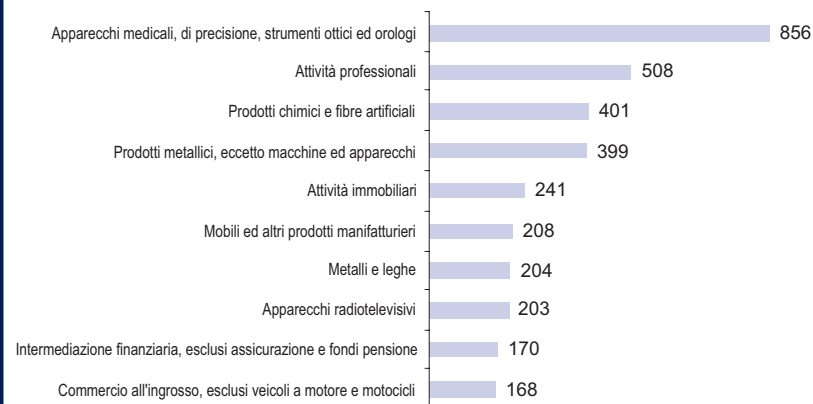
Una prima immediata considerazione è che i principali settori coinvolti siano proprio quelli afferenti all'attività economica analizzata: le imprese di un certo settore, per realizzare la propria produzione di beni e servizi, fanno riferimento a fornitori di beni intermedi che appartengono alla medesima branca del sistema economico. Se si osservano i contenuti della figura successiva è infatti possibile evincere che:

- per il settore Prodotti Farmaceutici, la branca "Prodotti Chimici e Fibre Artificiali" (che include il settore farmaceutico) genera un indotto pari a circa **8,8 miliardi di euro** (corrispondente al 37% del valore aggiunto indotto complessivo);
- per il settore Apparecchi Medicali e Strumenti di Precisione, la branca omonima genera un indotto pari a circa **0,9 miliardi di euro** (corrispondente al 16% del valore aggiunto indotto complessivo);
- per il settore Sanità e Servizi Sociali, la branca omonima genera un indotto pari a circa **4,6 miliardi di euro** (corrispondente al 14% del valore aggiunto indotto complessivo).

**Settore
Prodotti
Farmaceutici**



**Settore
Apparecchi
Medicali e
Strumenti di
Precisione**



**Settore
Sanità e
Servizi
Sociali**

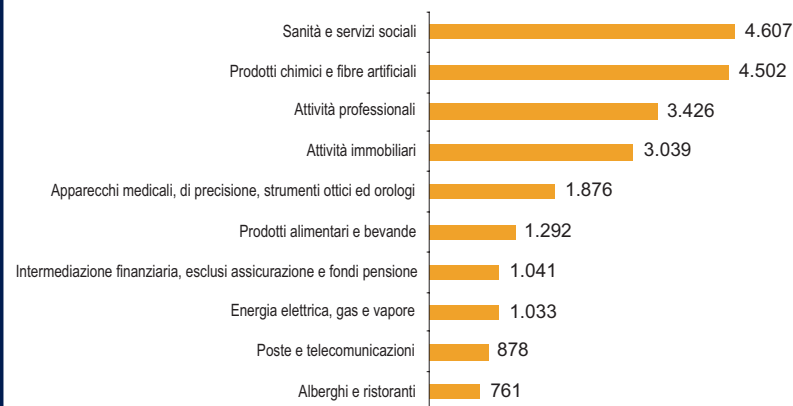


Figura 114. Valore aggiunto indotto generato dai principali settori attivati dalle branche dell'Industria della Salute nel 2003 (milioni di euro) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Si sottolinea inoltre come i primi dieci settori attivati da ciascuna branca dell'Industria della Salute, riportati nella figura precedente, spieghino gran parte (69% per il settore Prodotti Farmaceutici, 62% per il settore Apparecchi Medicali e Strumenti di Precisione, 70% per il settore Sanità ed Assistenza Sociale) del valore aggiunto indotto generato: ciò sta ad indicare che le tipologie di fornitori di beni e servizi intermedi sono concentrati in poche branche.

Una volta stimato il valore aggiunto diretto ed indotto dell'Industria della Salute è possibile comprenderne il peso relativo rispetto all'economia del Sistema Italia.

	VALORE AGGIUNTO DIRETTO	VALORE AGGIUNTO INDOTTO	VALORE AGGIUNTO INDOTTO/DIRETTO	VALORE AGGIUNTO TOTALE	VALORE AGGIUNTO / PIL
Prodotti farmaceutici	21.922	24.144	110%	46.066	3,5%
Apparecchi medicali e strumenti di precisione	7.108	5.384	76%	12.492	1,0%
Sanità ed assistenza sociale	64.923	32.119	49%	97.042	7,4%
TOTALE	93.953	61.647	66%	155.600	11,9%

Figura 115. Valore aggiunto diretto, indotto e complessivo dell'Industria della Salute nel 2003 (milioni di euro) – *Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT*

Il valore aggiunto complessivo dell'Industria della Salute è pari a circa 155,6 miliardi di euro, pari all'11,9% del PIL italiano dell'anno 2003.

È interessante notare il rapporto tra valore aggiunto indotto e diretto: nel caso dell'Industria della Salute questo valore è pari al **66%**. Questa grandezza sta a significare che, **per ogni euro di valore aggiunto diretto, l'Industria della Salute, attivando i settori interdipendenti, genera un valore indotto pari a circa 0,66 euro.**

In particolare, è possibile osservare che la maggiore attività indotta proviene dai settori industriali (farmaceutica e apparecchi) rispetto a quella derivante dai servizi sanitari.

Nelle note metodologiche era stato chiarito come l'aggregazione di alcuni settori in branche più ampie avesse imposto di fare un'ipotesi sul peso dei settori d'interesse (nella fattispecie Prodotti Farmaceutici e Apparecchi Medicali / Strumenti di precisione) nelle rispettive branche allargate.

In particolare, l'assunzione fatta è che il peso relativo fosse identico a quello riscontrato nelle tavole 1992 (in cui questi settori erano separati). In particolare:

- il peso relativo del settore farmaceutico rispetto a quello composto da "Chimica Primaria, Chimica Secondaria, Prodotti Farmaceutici, Fibre tessili artificiali" (che costituiscono l'attuale branca allargata Prodotti Chimici e Fibre Artificiali) era pari a circa 46%;
- il peso relativo del settore "Apparecchi Medicali e Strumenti di Precisione" rispetto a quello composto da "Apparecchi Medicali e Strumenti di Precisione e Strumenti Ottici, Apparecchi Fotografici e Orologi" (che costituiscono l'attuale branca allargata "Apparecchi Medicali, di Precisione, Strumenti Ottici ed Orologi") era pari a circa 71%.

A fronte di queste ipotesi, è stata realizzata una *Sensitivity Analysis* volta a catturare la variazione del valore aggiunto complessivo dell'Industria della Salute e del relativo peso sul PIL 2003 rispetto a diverse ipotesi di peso dei settori d'interesse all'interno delle branche allargate esaminate.

L'analisi evidenzia che, anche in ipotesi quasi "estreme", il valore dell'Industria della Salute si colloca in un intervallo ragionevole (da -2% a +9% rispetto al caso base evidenziato in giallo).

Valore Aggiunto dell'Industria della Salute		Valore produzione Farma / Valore produzione Prodotti chimici e fibre artificiali			
		40%	46%	60%	70%
Valore produzione Apparecchi medicali / Valore produzione Apparecchi medicali, di precisione, strumenti ottici ed orologi	60%	151.767	154.478	161.373	166.176
	71%	152.889	155.600	162.494	167.297
	80%	153.763	156.474	163.369	168.171
	90%	154.761	157.471	164.366	169.169

Valore Aggiunto dell'Industria della Salute / PIL 2003		Valore produzione Farma / Valore produzione Prodotti chimici e fibre artificiali			
		40%	46%	60%	70%
Valore produzione Apparecchi medicali / Valore produzione Apparecchi medicali, di precisione, strumenti ottici ed orologi	60%	11,6%	11,8%	12,3%	12,7%
	71%	11,7%	11,9%	12,4%	12,8%
	80%	11,7%	12,0%	12,5%	12,8%
	90%	11,8%	12,0%	12,6%	12,9%

Figura 116. *Sensitivity Analysis* del valore aggiunto complessivo dell'Industria della Salute (milioni di euro) e del relativo peso percentuale sul PIL sulla base di diverse ipotesi sul peso dei settori d'interesse rispetto alle branche allargate. In giallo è evidenziato il caso base – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

4.5.2 Benchmarking settoriale

Il valore generato dall'Industria della Salute appare estremamente significativo, specie se allargato al suo indotto.

È tuttavia lecito domandarsi quale sia il suo posizionamento relativo nei confronti degli altri importanti settori economici del Sistema Italia.

A questo proposito, il medesimo processo di analisi illustrato nel paragrafo precedente in riferimento alla sanità è stato condotto anche in riferimento ad un campione di 20 branche del sistema economico nazionale (le maggiori per dimensione di valore aggiunto complessivo) su un totale di 59 disponibili.

Le risultanze di quest'analisi di *benchmark* sono riportate nella figura seguente e mostrano come il valore generato dall'Industria della Salute sia di fatto uno dei più significativi per il sistema economico italiano.

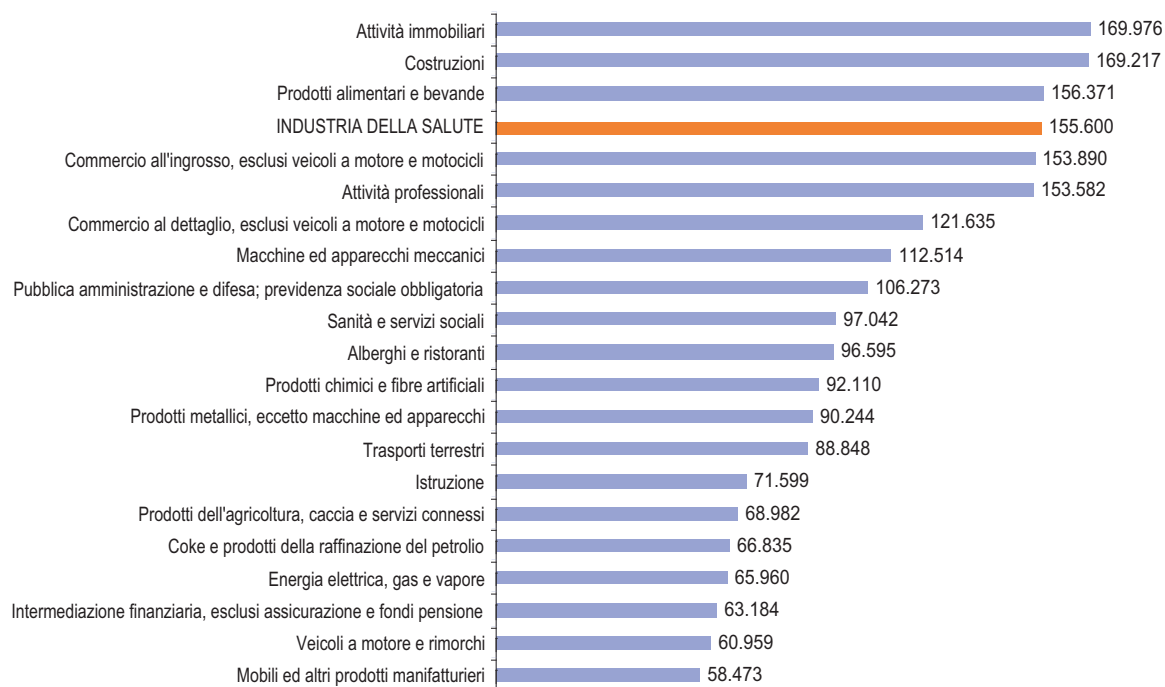


Figura 117. Il valore aggiunto complessivo (diretto ed indotto) generato nel 2003 dai settori considerati (milioni di euro) – *Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT*

Al pari della dimensione assoluta del valore aggiunto (diretto ed indotto) generato dal settore, appare di grande interesse anche il rapporto esistente tra valore aggiunto diretto ed indiretto. Tale grandezza fornisce infatti una stima di quanti euro di indotto vengono generati per ogni euro di valore aggiunto diretto: in sintesi, rappresenta la "capacità di attivazione" di un settore ed è intrinsecamente legata alle interdipendenze tra le branche di attività.

	VALORE AGGIUNTO DIRETTO	VALORE AGGIUNTO INDOTTO	VALORE AGGIUNTO INDOTTO / DIRETTO	VALORE AGGIUNTO TOTALE
Macchine ed apparecchi meccanici	48.358	64.157	133%	112.514
Commercio all'ingrosso, esclusi veicoli a motore e motocicli	67.135	86.755	129%	153.890
Commercio al dettaglio, esclusi veicoli a motore e motocicli	55.811	65.824	118%	121.635
Costruzioni	78.965	90.252	114%	169.217
Prodotti metallici, eccetto macchine ed apparecchi	42.868	47.377	111%	90.244
Prodotti chimici e fibre artificiali	43.833	48.277	110%	92.110
Trasporti terrestri	42.785	46.062	108%	88.848
Energia elettrica, gas e vapore	32.478	33.482	103%	65.960
Veicoli a motore e rimorchi	30.112	30.847	102%	60.959
Alberghi e ristoranti	48.900	47.695	98%	96.595
Prodotti alimentari e bevande	81.099	75.272	93%	156.371
Mobili ed altri prodotti manifatturieri	32.669	25.805	79%	58.473
Attività professionali	91.386	62.196	68%	153.582
Coke e prodotti della raffinazione del petrolio	43.061	23.774	55%	66.835
Intermediazione finanziaria, esclusi assicurazione e fondi pensione	41.294	21.890	53%	63.184
Sanità e servizi sociali	64.923	32.119	49%	97.042
Pubblica amministrazione e difesa; previdenza sociale obbligatoria	75.698	30.575	40%	106.273
Prodotti dell'agricoltura, caccia e servizi connessi	51.583	17.399	34%	68.982
Istruzione	60.768	10.831	18%	71.599
Attività immobiliari	151.662	18.315	12%	169.976
Apparecchi medicali e strumenti di precisione	7.108	5.384	76%	12.492
Prodotti farmaceutici	21.922	24.144	110%	46.066
Sanità e servizi sociali	64.923	32.119	49%	97.042
TOTALE INDUSTRIA DELLA SALUTE	93.953	61.647	66%	155.600

Figura 118. Valore aggiunto diretto, indotto e complessivo per settore (milioni di euro) e coefficiente di attivazione (valore indotto/diretto): i 20 settori a maggior valore aggiunto complessivo – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Nella figura precedente sono rappresentati, oltre alle informazioni sul valore generato, i rapporti tra valore indotto e diretto per ogni branca. La media del *panel* di settori è pari a circa **81%** ed è leggermente superiore a quella registrata per l'Industria della Salute (**66%**) che quindi ha una capacità di attivazione delle altre economie più bassa rispetto a quella mediamente osservata.

Questo coefficiente è strettamente legato al tipo di attività svolta dal settore e dal livello di integrazione verticale delle imprese che ne fanno parte: un settore con elevato *outsourcing* presenterà, verosimilmente, una capacità di attivazione maggiore rispetto a quella di un settore che sopporta molti "costi interni".

Date queste evidenze, l'Industria della Salute rappresenta uno dei settori trainanti della crescita della ricchezza del Paese: oltre a presentare un livello assoluto di valore aggiunto estremamente significativo, essa mostra una discreta capacità di attivazione di terze economie.

4.5.3 Simulazione del valore dell'Industria della Salute al 2004

Le evidenze presentate nei precedenti paragrafi fanno riferimento al 2003, anno cui si riferiscono i più recenti dati delle matrici input/output pubblicate dall'ISTAT.

Nel 2004, tuttavia, i consumi in sanità sono aumentati del 7,5% circa rispetto al 2003, passando da 105 miliardi di euro a 113 miliardi di euro.

A fronte di questa dinamica, si è ritenuto opportuno procedere alla stima, sulla base dei coefficienti emersi dall'analisi relativa al 2003, dell'incidenza del valore aggiunto prodotto dall'Industria della Salute sul valore aggiunto nazionale anche per l'anno 2004.

	2003	2004
Prodotti Interno Lordo	1.309.371	1.351.328
Consumi Sanitari (pubblici e privati)	105.044	112.983
Produzione Diretta	155.724	167.494
Valore Aggiunto Diretto	93.953	101.053
Valore Aggiunto Indotto	61.647	66.306
Valore Aggiunto Totale	155.600	167.360
Valore Aggiunto Totale / PIL	11,9%	12,4%

Figura 119. Simulazione del valore dell'Industria della Salute al 2004 (milioni di euro) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Tenendo conto del fatto che il PIL italiano è cresciuto di circa il **3%** tra il 2003 ed il 2004, in base ai coefficienti stimati sui valori 2003, il valore aggiunto complessivo dell'Industria della Salute è stimabile in circa **167,4 miliardi di euro** nel 2004, corrispondente a circa il **12,4% del PIL** del medesimo anno.

4.5.4 Riepilogo

L'analisi realizzata consente di apprezzare come l'Industria della Salute sia non solo un baluardo a salvaguardia di un bene primario come la salute dei cittadini, ma anche un settore decisamente trainante dell'economia italiana: proprio per questo motivo è più assimilabile ad un investimento che ad un costo in senso stretto del termine.

Secondo le risultanze del metodo "diretto", ovvero attraverso lo studio e la valorizzazione delle relazioni intra ed intersettoriali derivanti dall'analisi delle tavole di input/output, è possibile affermare che nel 2003 il valore aggiunto

prodotto dall'Industria della Salute in Italia abbia raggiunto l'**11,9%** del PIL, attestandosi ad un livello complessivo di circa **155,6 miliardi di euro**.

Elaborazioni circa l'evoluzione delle dinamiche analizzate hanno inoltre indicato come nel 2004 tale incidenza sia addirittura aumentata, arrivando al **12,4%** del PIL con una dimensione assoluta pari a circa **167,4 miliardi di euro**.

È interessante notare come tali risultanze siano sostanzialmente allineate a quelle cui è pervenuta Confindustria, che in un recente studio è arrivata a stimare nell'11% circa il contributo complessivo della sanità al PIL nazionale nel 2003.

Va inoltre sottolineato il significativo rapporto esistente tra valore aggiunto diretto ed indotto generati dalla sanità in Italia: a fronte di un dato medio nazionale pari a 0,6 (ogni euro di valore aggiunto diretto genera in media 0,6 euro di valore aggiunto indotto), l'Industria della Salute presenta un coefficiente medio pari a **0,66**, con una punta di **1,10** per i **prodotti farmaceutici**.

Anche sulla base di questo profilo di analisi, dunque, **l'Industria della Salute si presenta come un settore strategico non solo per il benessere di tutti i cittadini, ma anche per l'incremento della ricchezza del Sistema Italia.**

4.6 GLI OCCUPATI DEL SETTORE

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Come pervenire ad una stima degli occupati nel settore sanitario in Italia?
- Quali sono le principali categorie di addetti da considerare?
- Quanti sono gli occupati nel settore sanitario in Italia e qual è la loro incidenza sul totale degli occupati nazionali?

Per ottenere una stima della percentuale di occupati attribuibili alla sanità, è opportuno lavorare per sommatorie successive, così da evidenziare le singole fonti di occupazione.

Partendo dalle unità di personale afferenti al S.S.N., comprensive di quelle impiegate nelle strutture accreditate, è poi necessario aggiungere gli occupati delle case di cura private e degli ambulatori non accreditati, gli addetti dell'industria farmaceutica, quelli impiegati nel settore bio-elettromedicale, quota parte degli addetti in altre industrie che producono beni consumati in sanità, ma anche le altre unità di personale della Pubblica Amministrazione attribuibili al settore sanitario, quali Ministero della Salute, Assessorati alla Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Agenzie Regionali, ARPA, ed eventualmente anche ISPEL.

Bisogna inoltre considerare il personale che lavora in convenzione con il S.S.N. (medici di medicina generale e specialistici), oltre a quello delle farmacie e della distribuzione dei farmaci.

A questo conteggio va aggiunto il contributo che viene dato al settore sanitario dai volontari che operano nel settore socio-sanitario, eventualmente dalle badanti, senza poi considerare il lavoro sommerso.

Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute, nel 2004 il personale occupato nelle **Aziende Sanitarie Locali** italiane è pari a 428.782 unità, comprendendo sia il personale dipendente, considerando anche le qualifiche atipiche, sia il personale contrattista o equiparato. Di questi, 1.523 sono unità di personale universitario.

Sempre secondo i dati del Ministero, le **persone occupate nelle strutture di ricovero e cura pubbliche** sono 557.435. Di queste unità, che comunque non comprendono quelle in rapporto libero professionale, fanno parte quelle operanti nelle aziende ospedaliere propriamente intese, quelle degli Istituti di ricovero e cura gestiti direttamente dalle ASL e delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche. Di queste ultime fanno parte i Policlinici universitari, gli IRCCS, gli Ospedali classificati, gli Istituti di cura qualificati Presidio ASL e gli Enti di ricerca.

ASL	428.782
Strutture di ricovero e cura pubbliche	557.435
di cui Aziende Ospedaliere	225.681
di cui Istituti di ricovero e cura gestiti direttamente da ASL	251.107
di cui Strutture di ricovero equiparate alle pubbliche	80.647
di cui policlinici universitari	23.545
di cui IRCCS	32.547
di cui ospedali classificati	19.340
di cui istituti di cura privati qualificati presidio ASL	4.658
di cui enti di ricerca	557
Case di cura e Centri riabilitazione privati accreditati	71.500
Case di cura e Centri riabilitazione privati non accreditati	12.639
Aziende aderenti Associazione Elettromedicali	5.448
Ministero Salute	2.230
Assessorati, ISS, AIFA, ISPESL, etc.	20.000
Medici e pediatri di base	54.469
Farmacie	68.000
Ambulatori privati	
Industria farmaceutica	73.550
di cui Ricerca farmaceutica	4.314
Volontari nei Presidi Residenziali	21.961
Cooperative sociali che svolgono attività finalizzate all'offerta di servizi socio-sanitari e educativi (2001)	130.522
STIMA (Parziale) TOTALE OCCUPATI SANITA'	1.446.536

Figura 120. Stima delle unità di personale del settore socio-sanitario, 2004 – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati Ministero della Salute, ISTAT, Farminindustria, AIOP, Associazione Elettromedicali e altri

Stando invece ai dati dell'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata), secondo una stima effettuata in proporzione ai posti letto disponibili, nel 2002 nelle strutture AIOP e ARIS (esclusi gli ospedali classificati, contemplati invece nei calcoli del personale S.S.N. del Ministero) ci sono circa 71.500 persone (medici dipendenti, medici a rapporto professionale e personale non medico) che lavorano presso **Case di cura e Centri di riabilitazione privati accreditati**, mentre risultano essere 12.639 quelli che lavorano presso **Case di cura e Centri di riabilitazione privati non accreditati**.

Secondo Farminindustria, nel 2004 gli **addetti dell'industria farmaceutica** sono pari a 73.550 unità, di cui 4.314 appartenenti al settore della ricerca e sviluppo (R&S).

Per quanto riguarda il **settore elettromedicale**, si è proceduto ad effettuare una stima del personale dipendente delle Aziende appartenenti all'Associazione Elettromedicale, sulla base dei dati diffusi dalla medesima Associazione. Presumibilmente, si tratta di circa 5.400 unità di personale.

Si consideri ancora che sono 2.230 gli **occupati del Ministero della Salute**, comprendendo gli Uffici periferici, tutte le qualifiche ed anche il personale non dirigenziale con contratto a tempo determinato.

A questi dati sugli organi centrali, vanno aggiunti quelli degli **Assessorati, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'ISPESL** ecc., stimabili in circa altre 20.000 unità circa.

Ancora, si può prendere in considerazione il numero di **farmacisti** che operano nelle farmacie comunali e in quelle private. Secondo il Ministero della Salute, in Italia ci sono 16.910 farmacie, per un totale di 68.000 addetti (stime di settore).

I **medici di base** (medicina generale + pediatri) che lavorano in convenzione con il S.S.N. sono oltre 54.000.

Spostando l'attenzione nel settore socio-sanitario, non si può non tenere conto del mondo del **volontariato** e delle attività legate al **non-profit**. Secondo l'ISTAT, nel 2003 erano 21.961 i volontari operanti a vario titolo nei Presidi residenziali italiani.

Volendo poi prendere in considerazione coloro che operano nelle **cooperative sociali** e che svolgono dunque attività finalizzate all'offerta di servizi socio-sanitari ed educativi, secondo l'ISTAT nel 2001 hanno lavorato nelle suddette cooperative 130.522 persone, considerando sia i dipendenti a tempo pieno e quelli part-time, che i collaboratori ed i lavoratori interinali.

La raccolta di dati è anche in questo caso sottostimata: basti pensare a medici e infermieri che esercitano solo la libera professione, alle badanti, al "lavoro nero", agli occupati delle industrie dell'indotto.

Questa prima lista di addetti assomma comunque a **oltre 1.400.000 persone**.

L'ISTAT nei suoi Conti Regionali fornisce un dato relativo agli occupati (diretti) nel settore "sanità e altri servizi sociali", pari a 1.377.100 unità.

Considerando che gli occupati nazionali totali nel 2003 sono 22.462.000, si può affermare che in base alle stime effettuate **la percentuale di occupati attribuibile alla sanità è di oltre il 6%**.

Va segnalato, in chiusura, come tale percentuale appaia inferiore alla media europea, così come rilevata da Eurostat. L'Istituto di Statistica europeo segnala infatti che, nel secondo trimestre 2003, **in media l'8,8% degli occupati diretti a livello nazionale nell'UE-15 erano impiegati nel settore "sanità ed altri servizi sociali"**. Tale dato sale al 9,3% se si considera l'EU-25.

4.7 LA SPESA IN RICERCA E SVILUPPO DEL SETTORE

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- A quanto ammontano gli investimenti in Ricerca e Sviluppo sostenuti dall'Industria della Salute in Italia?
- Quanto investe l'Industria della Salute in R&S ogni 1.000 euro di produzione?
- Quanto incidono gli investimenti in R&S sostenuti dall'Industria della Salute sul totale degli investimenti in R&S effettuati dal totale dell'Industria manifatturiera italiana?

Le precedenti evidenze hanno dimostrato che l'Industria della Salute costituisce un settore trainante per il Paese, con positivi effetti sia in termini di contribuzione al Prodotto Interno Lordo che in termini occupazionali.

È innegabile, tuttavia, che l'Industria della Salute possa vantare anche un elevato contenuto tecnologico. Questa dimensione rafforza ulteriormente il livello di importanza strategica del settore, importanza che dunque affonda le sue radici in un triplice bacino: contributi in termini economici, contributi in termini sociali, contributi in termini di progresso tecnologico.

Adottando le spese in Ricerca e Sviluppo quale indicatore di *proxy* del sostegno al progresso tecnologico del Paese, il positivo contributo dell'Industria della Salute appare, sulla base dei dati disponibili, evidente.

Confindustria¹⁴⁵, ad esempio, ha recentemente stimato che per **ogni mille euro di produzione, l'Industria della Salute¹⁴⁶ spende circa 30 euro per la ricerca**, contro i 6 euro spesi mediamente dall'industria manifatturiera.

Secondo la stessa fonte, l'Industria della Salute nel **2003** ha speso per la Ricerca e Sviluppo *intra-muros* quasi 826 milioni di euro, corrispondenti al **14,9% delle spese totali per la ricerca dell'industria manifatturiera**. Nel triennio **2001-2003**, inoltre, il settore ha attivato mediamente un volume addizionale di spese in Ricerca e Sviluppo indotte superiore ai 905 milioni di euro, pari a **circa il 25% delle spese in Ricerca e Sviluppo indotte nel complesso dalle attività manifatturiere**.

Stime conservative condotte nell'ambito del progetto Meridiano Sanità confermano la significatività dell'Industria della Salute quale primario *player* delle dinamiche di investimento in R&S in Italia. A partire dai dati forniti dall'ISTAT, infatti, è stato calcolato che nel **2003** il settore¹⁴⁷ ha realizzato **investimenti diretti in R&S *intra-muros* non inferiori a 750 milioni di euro**, una *performance* seconda solo a quelle fatte registrare dagli aggregati "apparecchi radiotelevisivi e comunicazioni" e "macchine ed apparecchi meccanici".

145 - "Il Contributo della filiera della salute al prodotto nazionale", Confindustria, Marzo 2006

146 - La filiera analizzata nello studio di Confindustria comprende le seguenti attività: fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali; fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista; commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, strumenti e apparecchi sanitari; commercio al dettaglio di farmaci, medicinali, apparecchi e materiale terapeutico; servizi ospedalieri; prestazioni ambulatoriali.

147 - Inteso come unione di due macro-aggregati di rilevazione statistica: "Fabbricazione di prodotti farmaceutici, di prodotti chimici e botanici per usi medicinali" e "Fabbricazione di apparecchi medicali, di apparecchi di precisione, di strumenti ottici e di orologi", quest'ultimo solo per la quota relativa agli apparecchi medicali ed agli strumenti precisione.

Va infine sottolineato il significativo contributo apportato dall'industria farmaceutica alle dinamiche di attivazione della spesa in Ricerca e Sviluppo nell'ambito dell'Industria della Salute e, in ottica più allargata, a livello nazionale.

Farmindustria¹⁴⁸, infatti, stima che nel **2005** il livello di spesa in R&S *intra-muros* delle **imprese farmaceutiche** in Italia abbia raggiunto quota **775 milioni di euro**, pari al **9,4%** della spesa in R&S complessivamente sviluppata dal settore manifatturiero nazionale.

Di particolare interesse appare inoltre non solo la dimensione assoluta degli investimenti realizzati dall'industria farmaceutica, ma anche il loro *trend* di forte crescita: la stessa fonte, infatti, riporta come il totale degli investimenti in Ricerca e Sviluppo dell'industria farmaceutica sia **creciuto ad un tasso medio annuo dell'8,5% nel triennio 2003-2005**.

4.8 CONSIDERAZIONI DI SINTESI

La valutazione del “valore economico” della sanità è operazione tutt’altro che agevole, per ragioni tanto teoriche, che di pratica disponibilità di dati.

Stime di larga massa sul contributo della sanità all’economia italiana sono di relativamente facile realizzazione, mentre la valutazione del valore aggiunto diretto e indotto appare delicata.

Meridiano Sanità ha inteso contribuire direttamente a questo filone di ricerca, sviluppando due approcci complementari alla stima della valorizzazione economica dell’Industria della Salute in Italia a partire dall’analisi delle dinamiche di valore aggiunto rilevate dall’ISTAT.

Le risultanze di tale duplice analisi appaiono di estremo interesse: a seconda che nelle elaborazioni si includa o meno il valore aggiunto generato da fenomeni di indotto, infatti, il valore economico della sanità in Italia nel 2004 oscilla tra un **minimo di 112,8 miliardi di euro (8,3% del PIL)** ed un **massimo di 167,4 miliardi di euro (12,4% del PIL)**.

La validità di tali elaborazioni è indirettamente confermata da recenti lavori di Confindustria, che stimano un valore della sanità in Italia pari a circa l’11% del PIL.

Tali risultanze di sintesi appaiono particolarmente significative: l’Industria della Salute rappresenta un comparto di estrema importanza per le dinamiche di creazione di valore aggiunto a livello nazionale.

Questa affermazione appare veritiera non solo in riferimento all’Italia, ma anche a **livello europeo**. Infatti, considerando i 15 Stati membri dell’UE prima dell’allargamento del maggio 2004, il **settore sanità** raggiunge un peso complessivo diretto pari al **7% del PIL**: si pensi che il settore dei servizi finanziari o il *retail* raggiungono invece il 5% del PIL europeo (ci si riferisce sempre all’UE-15).¹⁴⁹

Il “valore economico” del settore travalica però l’elemento quantitativo rappresentato dal valore aggiunto. Valutazioni su singoli aspetti, sebbene parziali, possono aggiungere ulteriori e strategici elementi di riflessione: gli addetti occupati, il contributo alla Ricerca e Sviluppo, la stima del beneficio sociale, tanto in termini di vita attiva e produttiva garantita alla popolazione, sia in termini di contributo alla coesione sociale, rappresentano tutte informazioni capaci di aggiungere dimensioni al “valore economico” della sanità.

Dal punto di vista delle dinamiche occupazionali, ad esempio, va sottolineato come l’Industria della Salute **assorba in Italia più del 6% degli occupati complessivi** e che il corrispondente dato a livello di Unione Europea risulti addirittura più elevato: considerando i 25 Paesi membri, infatti, circa il **9% degli occupati dell’Unione lavora nel comparto della sanità e dei servizi sociali**¹⁵⁰.

149 - “The Contribution of Health to the Economy in the European Union”, Directorate General Health & Consumer Protection, European Commission, August 2005.

150 - “The Contribution of Health to the Economy in the European Union”, Directorate General Health & Consumer Protection, European Commission, August 2005.

Come già richiamato nel corrispondente paragrafo, inoltre, anche il contributo fornito dal settore alle dinamiche di Ricerca e Sviluppo appare significativo: **ogni mille euro di produzione, l'Industria della Salute¹⁵¹ ne investe circa 30 in ricerca**, contro i 6 euro spesi mediamente dall'industria manifatturiera nel suo complesso.

In termini assoluti, secondo Confindustria, il comparto sanità ha contribuito agli investimenti in Ricerca e Sviluppo italiani per più di 820 milioni di euro nel 2003.

Altrettanto strategico appare l'**apporto del settore alla qualità della vita**: l'importanza è confermata quantitativamente, seppure in modo indiretto, dal dato sui **consumi sanitari**, che in totale **rappresentano oltre il 10% dei consumi nazionali**.

Infine non andrebbe sottovalutato l'aspetto relativo al **contributo alla coesione sociale**, la cui importanza (indipendentemente dalle scelte fatte) è indirettamente confermata dall'attenzione che tutti i Governi dedicano al settore.

Un ulteriore elemento sensibile appare poi essere quello dell'interscambio commerciale con l'estero: per ragioni demografiche (il rapido invecchiamento, praticamente il più rapido nel mondo) e per ragioni istituzionali (la presenza di un servizio sanitario pubblico nazionale universalistico) **il nostro Paese dovrebbe candidarsi per essere un laboratorio privilegiato di sperimentazione in sanità**, mentre i dati confermano un elevato rischio di forte dipendenza dall'estero.

Le dimensioni produttive del settore e i contributi alla Ricerca e Sviluppo, come anche le condizioni che non permettono un maggiore affrancamento dall'estero, giustificano infine un **maggiore impegno nel sostenere l'esigenza di politiche sanitarie sul versante delle politiche industriali**.

In estrema sintesi, l'analisi riportata nel presente capitolo dimostra, ancora una volta, il **contributo determinante** fornito dalla sanità allo sviluppo del Paese, contributo che può diventare ancora più significativo in futuro, a patto che non venga più concepita come un costo da tagliare ma come un'area di investimento strategico, anche per i capitali privati.

Per favorire questo tipo di "prospettiva", può risultare utile cercare di comprendere in modo più preciso quale sia stato, negli ultimi anni, il contributo della sanità alla crescita reale del Paese: il prossimo paragrafo è dedicato a rispondere a questo interrogativo.

151 - La filiera analizzata nello studio di Confindustria comprende le seguenti attività: fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali; fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista; commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, strumenti e apparecchi sanitari; commercio al dettaglio di farmaci, medicinali, apparecchi e materiale terapeutico; servizi ospedalieri; prestazioni ambulatoriali.

4.9 UNA DIVERSA CHIAVE DI LETTURA: CRESCITA DEL PIL REALE E SPESA SANITARIA

Tutte le economie perseguono obiettivi di crescita reale; tali obiettivi risultano ancor più sensibili nell'ambito di economie, come quella italiana, che negli ultimi anni hanno presentato un *deficit* strutturale di crescita.

I singoli settori contribuiscono in modo diversificato al raggiungimento di tali obiettivi macro-economici. È quindi interessante indagare quale sia stato il **contributo della sanità alla crescita reale dell'Italia** negli ultimi anni.

Evidentemente, adottando questo approccio, si sconta un'**ipotesi di fondo** che è necessario esplicitare: l'idea è che la spesa sanitaria non necessariamente comporti un effetto di spiazzamento degli impieghi "virtuosi", in particolare degli investimenti, come sembra implicito in alcune argomentazioni. Riteniamo anzi che possa parimenti spiazzare i consumi finali, in molti casi meno meritori di quelli sanitari: in termini maggiormente discorsivi se, ad esempio, la crescita del consumo sanitario dovesse sostituirsi a consumi legati a stili di vita dannosi, e non a investimenti in infrastrutture, dovremmo dedurne di avere ottenuto un netto vantaggio sociale.

Dobbiamo altresì avvertire che sono numerosi i settori che contribuiscono alla crescita reale del PIL: in particolare il settore dei servizi, che complessivamente compensa l'arretramento relativo del settore manifatturiero.

Anno	Spesa pubblica	Spesa privata	Spesa totale	Tasso di crescita
1995	47.431	17.299	64.730	-
1996	49.366	17.661	67.027	3,55%
1997	49.829	18.204	68.033	1,50%
1998	50.998	18.550	69.547	2,22%
1999	52.421	18.565	70.986	2,07%
2000	54.759	18.673	73.432	3,45%
2001	60.090	18.491	78.581	7,01%
2002	63.183	18.834	82.016	4,37%
2003	64.628	19.279	83.906	2,30%

Figura 121. Evoluzione della spesa sanitaria in termini reali tra il 1995 ed il 2003 (milioni di euro lire 1995) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Con i *caveat* esplicitati, possiamo osservare che la **crescita reale della spesa sanitaria**, secondo le stime fornite dall'ISTAT¹⁵², risulta nel periodo 1995-2003 piuttosto elevata: la spesa è infatti cresciuta ad un tasso medio annuo pari

al 3,3%, con un minimo dell'1,5% nel 1997 e un massimo del 7% nel 2001 (figura precedente).

Nello stesso periodo, il PIL reale è cresciuto in media solo dell'1,5% all'anno.

Anno	PIL reale	Tasso di crescita
1995	923.052	-
1996	933.142	1,09%
1997	952.050	2,03%
1998	969.130	1,79%
1999	985.253	1,66%
2000	1.015.077	3,03%
2001	1.032.985	1,76%
2002	1.036.701	0,36%
2003	1.039.367	0,26%

Figura 122. Evoluzione del PIL in termini reali tra il 1995 ed il 2003 (milioni di euro lire 1995) – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Dato un differenziale di crescita così marcato, appare lecito domandarsi quale sia effettivamente stato il contributo della spesa sanitaria al generale incremento del PIL in termini reali negli ultimi anni.

Per rispondere a questo interrogativo, è necessario calcolare l'incremento reale del PIL al netto della quota di incremento reale attribuibile al settore sanitario.

Più in esplicito, è necessario esaminare le dinamiche di crescita di un "PIL ipotetico", ottenuto sottraendo al PIL reale l'incremento dello stesso attribuibile alla spesa sanitaria

$$PIL_IP(t) = PIL(t) - SAN(t) + SAN(t-1)$$

e confrontarle con il tasso di crescita del PIL reale nel periodo di analisi.

Un breve esempio numerico può aiutare a comprendere meglio il ragionamento.

Nel 2000 il PIL reale è cresciuto, secondo l'ISTAT, del 3,03% rispetto al 1999. Scorporando dalla crescita del PIL reale (29.824 milioni di euro lire 1995) la quota apportata dall'aumento della spesa sanitaria (2.446 milioni di euro lire 1995), il tasso di crescita si riduce al 2,78%.

Date le ipotesi ricordate a monte, possiamo dunque stimare che nel 2000 la crescita della spesa sanitaria abbia determinato un aumento del PIL reale pari allo 0,25% su base annua, ovvero abbia spiegato circa l'8,20%¹⁵³ della crescita totale del PIL reale rispetto al 1999.

Anno	PIL reale	Tasso crescita PIL reale	PIL ipotetico	Tasso crescita PIL ipotetico	Contributo al PIL reale	Tasso di crescita reale attribuibile alla Spesa Sanitaria
1995	923.052	-	923.052	-	-	-
1996	933.142	1,09%	930.845	0,84%	0,25%	22,77%
1997	952.050	2,03%	951.044	1,92%	0,11%	5,32%
1998	969.130	1,79%	967.616	1,64%	0,16%	8,86%
1999	985.253	1,66%	983.814	1,52%	0,15%	8,92%
2000	1.015.077	3,03%	1.012.631	2,78%	0,25%	8,20%
2001	1.032.985	1,76%	1.027.836	1,26%	0,51%	28,75%
2002	1.036.701	0,36%	1.033.266	0,03%	0,33%	92,45%
2003	1.039.367	0,26%	1.037.477	0,07%	0,18%	70,89%

Figura 123. Contributo della spesa sanitaria pubblica e privata alla crescita del PIL reale – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

Dai dati presentati, si può facilmente osservare che, nell’arco temporale analizzato ed in corrispondenza degli anni nei quali il PIL reale presenta dinamiche di sviluppo limitate, il contributo della sanità alla sua crescita arriva a superare il 20%.

In particolare, negli anni 2002 e 2003, caratterizzati da una sostanziale stagnazione del PIL, **l’apporto della sanità alla crescita reale del PIL supera il 70%** e raggiunge addirittura il 90%.

Depurata della componente di crescita dovuta alla spesa sanitaria, infatti, la crescita del PIL reale passerebbe dallo 0,36% allo 0,03% nel 2002 e dallo 0,26% allo 0,07% nel 2003.

Questo angolo visuale conferma ancor di più la necessità di un ripensamento delle politiche sanitarie, per lo più legate al mero dato contabile che le vede crescere più del PIL: la sanità dovrebbe essere interpretata alla stregua di un buon investimento, non come un mero costo a carico della collettività.

5.1 LE PROPOSTE DI MERIDIANO SANITÀ

I QUESITI DI RIFERIMENTO:

- Quale è la missione del S.S.N. che propone Meridiano Sanità nell'ottica di una evoluzione dell'attuale modello di sanità in Italia?
- Quali sono i principali ambiti di intervento per l'adeguamento / ottimizzazione del S.S.N. che Meridiano sanità propone?

Le evidenze emerse attraverso le analisi e gli studi condotti da Meridiano Sanità portano all'individuazione di uno scenario complesso e in continua evoluzione, caratterizzato da mutamenti socio-demografici, da un progressivo invecchiamento della popolazione, da nuove esigenze del cittadino come persona e come potenziale assistito del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), da un incremento delle cronicità e delle disabilità, accanto alle patologie acute e accidentali, da un continuo progresso scientifico e tecnologico.

E' evidente dunque la necessità e l'urgenza di **"adeguare" il sistema sanitario** rispetto ai mutamenti di scenario precipitati. Se da una parte si condivide il fatto che il S.S.N. sia un buon sistema, dall'altra si ritengono necessari alcuni interventi per restare al passo con la realtà che sta mutando rapidamente. Negli anni il nostro S.S.N. si è dimostrato solidale ed efficace ed ha portato importanti risultati in termini di salute. Nonostante tali indubbi punti di forza, il sistema presenta tuttavia altrettanto innegabili problemi di efficienza, ma anche di sostenibilità, che destano parecchie preoccupazioni e che necessitano di importanti innovazioni e proposte migliorative per poter far fronte allo scenario sopra descritto da cui discendono le nuove esigenze della domanda e le possibili modalità per soddisfarla. In tutto questo l'**appropriatezza**, intesa come la misura della adeguatezza delle attività intraprese per erogare le prestazioni necessarie nelle singole circostanze in base a criteri di efficacia ed efficienza, coniugando l'aspetto sanitario anche a quello economico, rappresenta il principio guida fondamentale, che deve muovere gli attori della sanità e tutte le scelte relative.

Occorre infatti una forte presa di coscienza sul fatto che la situazione attuale, in tema di sanità, presenta alcune gravi lacune: forti disomogeneità territoriali, difficoltà ad individuare le prestazioni garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) e le modalità per la loro erogazione, scarsa soddisfazione da parte degli utenti rispetto alle prestazioni erogate (pur riconoscendo professionalità elevate e aree di eccellenza nel nostro Paese), eccessivo appesantimento amministrativo-burocratico che si traduce in un vincolo all'efficienza, scarsa attenzione alla medicina del territorio pur individuata come essenziale sin dalla legge n. 833 del 1978 che ha istituito il S.S.N., difficoltà ad ottimizzare la dimensione organizzativa delle diverse componenti del S.S.N., anche per il mutare della normativa in particolare nel settore ospedaliero, ma anche un persistente disequilibrio tra risorse disponibili e necessarie, e questo solo per citare le questioni di maggior rilievo.

Considerato tale scenario, Meridiano Sanità ha deciso di offrire una **piattaforma metodologica** per consentire di attivare un confronto costruttivo e di raccogliere in modo efficace ed efficiente le istanze dei diversi attori che, a vario titolo, possono considerarsi "portatori di interessi" nel complesso mondo della sanità in Italia. Tali istanze sono state condivise e armonizzate nell'ambito di sette Tavoli Tecnici rappresentativi del "sistema sanità" e hanno portato a delineare alcuni suggerimenti per migliorare, in un'ottica di medio-lungo periodo, il S.S.N.. Il tutto sulla base di alcuni "pilastri" imprescindibili affrontati e condivisi da tutti i Tavoli Tecnici, che possono essere così delineati:

- centralità del cittadino;
- riequilibrio e integrazione tra sistema ospedaliero e territoriale;
- ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale nonché degli specialisti e degli appartenenti alle altre professioni sanitarie operanti sul territorio;
- valutazione di efficacia/efficienza a livello di sistema e non del singolo settore, rapportata ai risultati ottenuti nella tutela della salute rispetto alle risorse impiegate;
- sanità vista non solo come problema finanziario, ma come investimento del settore economico dei servizi;
- sostenibilità futura del S.S.N. e dell'assistenza socio-sanitaria.

Un nuovo approccio alla sanità, in particolare, implica un nuovo concetto di **centralità** del cittadino, che si deve sostanziare in una **maggiore partecipazione** e in un **coinvolgimento più attivo** e concreto dei cittadini a tutti i momenti più rilevanti collegati alle scelte/decisioni riguardanti la salute, e alle fasi di programmazione, organizzazione e valutazione del sistema sanitario e dell'assistenza socio-sanitaria.

Il cittadino, anche quale potenziale persona assistita dal S.S.N., deve diventare attore e protagonista del sistema e non solo destinatario dei servizi offerti, e deve rappresentare il cardine attorno al quale disegnare l'intero sistema sanitario e le sue componenti. Le proposte di cambiamento/miglioramento devono quindi partire dai bisogni di salute del cittadino, che è parte attiva del sistema e che interpreta il proprio diritto alla tutela della salute come espressione del proprio diritto di cittadinanza. Il cittadino è altresì "contraente" in quanto vera e propria controparte delle strutture sanitarie in un rapporto di tipo contrattuale che ha per oggetto la fornitura di prestazioni e servizi sanitari. Ciò significa anche maggior responsabilizzazione del cittadino stesso, che con i suoi comportamenti è il principale artefice della promozione della propria salute e, in buona parte, anche di quella della comunità alla quale appartiene.

Le proposte che si presenteranno in questo Capitolo tengono conto del fatto che i sistemi complessi, e i sistemi sanitari ne sono il paradigma, funzionano attraverso un'organizzazione (persone, strutture e meccanismi operativi) che ha bisogno di risorse, per essere implementata e sostenuta nel tempo, e di sistemi di governo in grado di determinare obiettivi, regole, sistemi di valutazione e di incentivazione. Le proposte elaborate dall'*Advisory Board* e dai sette Tavoli Tecnici saranno di seguito esaminate secondo uno schema interpretativo che è riconducibile a tre principali ambiti di intervento (Figura 124):

- **Organizzazione** (in termini di visione della sanità come sistema, di principi di riorganizzazione delle attività e dei servizi che erogano le prestazioni garantite dai L.E.A.; di formazione, iniziale e continua, degli appartenenti alle professioni operanti nel S.S.N., così da renderli consapevoli e responsabili dello svolgimento dei loro compiti; di maggiore e migliore utilizzo delle tecnologie informatiche; di valorizzazione del ruolo del farmaco e di modernizzazione del sistema distributivo);
- **Sistema di Governo** (in termini di logiche di programmazione ma anche e soprattutto di coinvolgimento attivo, al

fianco delle istituzioni, dei professionisti e dei cittadini, affinché le prestazioni erogate rispondano a criteri di qualità espressi attraverso indicatori di struttura, processo e risultato);

- **Risorse** (in termini di razionalizzazione della spesa sanitaria, di recupero degli sprechi e di ipotesi di nuove forme di finanziamento, tra le quali i fondi integrativi sanitari, il fondo per la non autosufficienza, ecc.).

- Visione della sanità come sistema
- Valorizzazione del lavoro di squadra tra le professioni e dell'integrazione tra le attività e i servizi che erogano le prestazioni relative ai L.E.A.
- Organizzazione su nuove basi della medicina del territorio
- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera (ospedali di alta specialità vs. presidi ospedalieri territoriali)
- Diffusione della tecnologia a tutti i livelli (ICT e diagnostica)
- Formazione, iniziale e continua, e responsabilizzazione delle professioni del S.S.N.
- Ruolo del farmaco e modernizzazione del sistema distributivo
- ...



- Razionalizzazione della spesa sanitaria e ipotesi di nuove forme di finanziamento (es. compartecipazione, contributi a sostegno dei costi alberghieri della degenza, assicurazioni, ecc.)
- Recupero degli sprechi
- Fondi integrativi sanitari
- Fondo per la non autosufficienza
- Maggiori investimenti in prevenzione
-

- Logiche di programmazione, di integrazione, di governo clinico
- Adozione a tutti i livelli del modello dipartimentale
- Sistemi di misurazione delle prestazioni attraverso indicatori di struttura, di processo e di risultato
- Coinvolgimento attivo dei cittadini
- ...

Figura 124. La nostra ipotesi di nuova sanità: schema interpretativo – Fonte: Ambrosetti - The European House

5.2 LA PROPOSTA DI MISSIONE DEL S.S.N.

“Coerentemente con l’art. 32 della Costituzione Italiana, la ragione di esistere del Servizio Sanitario Nazionale è la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, secondo modalità che assicurano l’uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Tale obiettivo viene perseguito in maniera unitaria dalle varie parti che compongono il sistema, che si contraddistingue per le sue caratteristiche di universalità, dignità e centralità del cittadino quale potenziale o attuale persona assistita, nonché dalla responsabilità individuale di tutti coloro che del sistema fanno parte.

Il Servizio Sanitario fornisce prestazioni efficaci, appropriate e di qualità e garantisce accesso alle prestazioni innovative per tutti coloro che ne abbiano bisogno, attraverso le valutazioni clinico-scientifiche e gli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Nazionale che ne consentono l’inclusione nei L.E.A.”.

5.3 ORGANIZZAZIONE

Principali carenze riscontrate:

- mancanza di approccio sistemico: tende a prevalere la logica del singolo settore
- il sistema è focalizzato sulle patologie acute, accanto alle quali occorre considerare anche la cronicità e la non autosufficienza
- gli ospedali sono ancora gravati da compiti che dovrebbero essere svolti dalla nuova organizzazione della medicina territoriale
- mancanza di integrazione e scarsa abitudine al lavoro di squadra tra le varie figure professionali, il che rende difficile non solo l’adozione di protocolli e linee guida e la valutazione delle prestazioni erogate, ma anche la didattica e la ricerca
- mancanza di figure professionali adeguate alle nuove esigenze della domanda
- squilibrio tra il numero di medici e quello degli infermieri e delle altre figure professionali
- scarso utilizzo delle tecnologie informatiche, in particolare per quanto riguarda gli aspetti clinico-assistenziali e di formazione continua
- educazione medica continua non ancora focalizzata sui temi essenziali, di fatto poco interattiva e non praticata fondamentalmente “sul campo”, cioè nel contesto delle strutture e dei servizi ospedalieri e territoriali
- non ottimale gestione del sistema di emergenza-urgenza
- scarsa attenzione alla ricerca scientifica
- squilibri di sistema indotti dal tetto alla spesa farmaceutica convenzionata
- distribuzione farmaceutica da modernizzare
- ...

5.3.1 Visione della sanità come sistema

- Occorre interpretare la sanità in una logica di **sistema**, evitando che artificiose barriere culturali, geografiche e funzionali ostacolino una maggiore e più concreta integrazione, orizzontale e verticale, tra le diverse componenti del S.S.N. ed impediscano alla persona assistita di ottenere le prestazioni necessarie tempestivamente e con adeguati livelli di qualità. Il tutto nel rispetto anche di una logica di controllo dei risultati conseguiti, senza tuttavia perseguire una visione meramente economicistica, che non tenga conto dei bisogni di salute.
- Il nuovo modello di sanità deve, ad esempio, promuovere la capacità di **collaborare** fattivamente tra le diverse professionalità che operano nel S.S.N. in contrapposizione all'attuale logica, spesso addirittura antagonista, che contraddistingue le diverse categorie professionali, negli ospedali e nel territorio.
- A tale proposito, la già citata legge n. 833 del 1978 stabilisce l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in **Dipartimenti** per l'integrazione delle competenze e la valorizzazione del lavoro di gruppo, ma anche ai fini del collegamento fra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.
- A tal fine viene richiamata la avvenuta istituzione dei Dipartimenti per la prevenzione e per il trattamento delle **malattie mentali**, da svolgere di norma nei presidi e servizi territoriali, salvo il caso di alterazioni psichiche gravi che richiedono la degenza ospedaliera.
- A distanza di quasi trent'anni, però, i Dipartimenti ospedalieri stentano ancora a decollare, mentre le difficoltà legate alla realizzazione di un'efficace integrazione tra ospedale e territorio sono ascrivibili anche alla mancanza di presidio e gestione unitaria delle **molteplici strutture extra-ospedaliere**, rispetto alle quali si riscontrano carenze in termini di obiettivi e piani di sviluppo, di sistemi informativi, di criteri di eleggibilità per i diversi servizi, di disponibilità di dati/indicatori, di coordinamento, di rendicontazione adeguata, di impossibilità di istituire percorsi di carriera incentivanti.
- Occorre quindi rendere più incisive e più diffuse nell'intero Paese le norme necessarie alla effettiva operatività dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali, così da consentire **l'integrazione** tra le parti e far sì che essa non sia solo declamata ma anche praticata.
- Va ad esempio in questa direzione il Disegno di Legge approvato dal Consiglio dei Ministri del 14 luglio 2006 "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato". Si tratta di un quadro organico di iniziative e di interventi che intende promuovere, tra l'altro, un'**appropriata assistenza all'intero percorso-nascita da parte del S.S.N.** nell'ambito dei L.E.A., in particolare offrendo un'adeguata assistenza preventiva per la salute preconcezionale e la continuità assistenziale della gravidanza fino al puerperio, garantendo una maggiore integrazione tra presidi territoriali e strutture ospedaliere, alle quali ultime si richiede un migliore controllo del dolore nel travaglio-parto, anche con il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale.
- L'area della salute mentale rappresenta un'importante banco di prova per la sfida dell'integrazione assistenziale. Per quanto riguarda in particolare la prevenzione e il trattamento dei **disturbi mentali**, va considerato che, come ricorda l'ISTAT¹⁵⁴, negli ultimi anni i dati statistici di morbilità e mortalità indicano una crescente diffusione di disturbi mentali nei Paesi industrializzati e una altrettanto crescente importanza di tali disturbi nelle cause di disabilità¹⁵⁵. Per tali motivi, nella "Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa" (Helsinki 2005), i Ministri della Salute di 52 Paesi membri della regione europea e dell'OMS hanno definito un piano di azione e stabilito delle priorità.

154 - "L'ospedalizzazione dei pazienti affetti da disturbi psichici 1999-2002", ISTAT, 2006.

155 - Per quanto riguarda l'Italia, senza entrare nel dettaglio dei dati ISTAT, emerge comunque da questi ultimi che nei casi di ricovero ospedaliero di pazienti affetti da disturbi psichici tra il 1999 e il 2002 si evidenzia un significativo aumento di quelli per la malattia di Alzheimer, che sono passati, per le donne, da 3.327 a 6.724, e per gli uomini, da 1.747 a 3.401. Si tratta di un problema che fa riflettere, considerato che tale malattia colpisce oggi in Italia circa 500.000 persone che vivono nella più totale dipendenza dalla famiglia, perché le istituzioni nel loro complesso sono ancora drammaticamente insufficienti e le domande dei malati e delle famiglie non trovano risposte.

5.3.2 Organizzazione su nuove basi della medicina del territorio

- È opportuno prevedere una modifica dei principali contenuti delle **convenzioni dei liberi professionisti** che operano sul territorio in regime di convenzione con il S.S.N., perché non appaiono oggi del tutto coerenti con l'esigenza di una nuova presenza sul territorio, soprattutto in termini di obiettivi, ma anche sotto forma di impegno orario.
- **L'assistenza primaria territoriale** necessita di una sostanziale riorganizzazione sulla base delle reali esigenze dei cittadini. Ciò richiede che le figure coinvolte (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale e di guardia medica, specialisti, ecc.) dispongano di adeguate risorse umane e tecniche, ma anche di strutture specifiche. In particolare, ove necessario, è possibile creare unità di assistenza primaria (sulla base del modello delle UTAP¹⁵⁶) che devono assicurare, in un ambito territoriale di riferimento, l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte della medicina generale, della pediatria di libera scelta, della continuità assistenziale, della specialistica ambulatoriale interna e di altre professionalità presenti nel territorio individuato, appartenenti ai servizi sanitari distrettuali e ai servizi sociali. Tali forme di associazionismo sul territorio garantiscono pertanto una concreta risposta medico-infermieristica e specialistica, auspicabilmente h 24, e un'offerta adeguata di servizi alle persone da assistere.
- È necessario, al contempo, ridefinire i compiti del **Distretto**, anche nell'ottica di una reingegnerizzazione dei processi, sia per il trattamento di tutte le patologie acute che non necessitano di assistenza ospedaliera, ma anche e soprattutto per l'assistenza continuativa di persone con malattie croniche e/o non autosufficienti, al fine di assicurare un'adeguata cornice organizzativa e l'effettivo coinvolgimento/coordinamento delle diverse strutture e dei servizi socio-sanitari (erogati dal Distretto) e sociali (erogati dai Comuni). Il Distretto rappresenta infatti la sede principale dell'integrazione dei servizi socio-sanitari sul territorio, come prevede la Legge n. 328/2000: "nella determinazione degli ambiti territoriali, le Regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i Distretti Sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie". Negli ultimi anni il Distretto ha registrato un significativo processo di razionalizzazione, che ha portato ad una riduzione del numero complessivo di Distretti e ad un conseguente incremento della dimensione media, come dimostrano alcuni dati¹⁵⁷:
 - nel 1994: il Distretto socio-sanitario era ancora in fase di istituzione in molte realtà;
 - nel 1999: in Italia esistevano 943 Distretti con una popolazione oscillante tra 2.000 e 280.000 abitanti; oltre la metà aveva una popolazione inferiore a 60.000 abitanti;
 - nel 2003: in Italia esistevano 862 Distretti, di cui circa il 20% aventi più di 100.000 abitanti ed il 40% con meno di 50.000 (la media nazionale era 66.000); tutte le ASL avevano istituito i Distretti; per molte Regioni (Piemonte, Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio, Calabria, Sicilia, Sardegna) il numero di Distretti coincideva con il numero delle vecchie USL.

156 - Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), previste dalla Conferenza Stato Regioni del 29 luglio 2004, sono strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse ai bisogni di salute delle persone. Le UTAP prevedono l'associazione di più medici convenzionati e rappresentano un passaggio sperimentale verso modelli ottimali e più moderni di gestione del territorio. È il caso, ad esempio, di alcuni modelli organizzativi della medicina convenzionata sperimentati in alcune Regioni, quali ad esempio le UCP (Unità di Cure Primarie) in Toscana o gli NCP (Nuclei di Cure Primarie) in Emilia Romagna. In ogni caso, Meridiano Sanità valuta in modo estremamente positivo la proposta avanzata dal Ministro della Salute di presentare ai cittadini le unità di assistenza primaria utilizzando una denominazione più immediata e familiare, che rievochi il concetto della casa comune della salute.

157 - Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati del 4° Congresso nazionale CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto), Roma 1-3 dicembre 2005.

- Si propone di istituire **due nuovi ruoli organizzativi** nel S.S.N. e conseguentemente due nuove figure professionali, importanti per la continuità assistenziale e l'assistenza sul territorio: il *Care Manager* e il *Case Manager*¹⁵⁸. Una modalità operativa per sviluppare queste professionalità potrebbe essere quella di inserire nel piano di studio degli infermieri un semestre di pratica come *Care/Case Manager*.
- Al fine di garantire una reale integrazione socio-sanitaria, è importante che il Ministero della Salute lavori in stretta collaborazione con i Ministeri che si occupano di Sociale, Famiglia, Ricerca, Istruzione.
- È necessario aumentare la dotazione di specialisti geriatri nel territorio e potenziare (ad esempio da parte delle Regioni) la formazione dei Direttori di Distretto attraverso specifici corsi di *management*, i cui contenuti potrebbero trovare utile riferimento nella specializzazione in "medicina di comunità"¹⁵⁹.
- È opportuno incentivare l'**utilizzo delle tecnologie informatiche** (ad esempio favorendo la diffusione della cartella clinica elettronica), al fine di mettere in condizione i professionisti operanti in ogni ambito della sanità, in particolare sul territorio, di interfacciarsi ed interagire maggiormente con le altre strutture sanitarie ed ospedaliere. Bisogna porre enfasi sul concetto di appropriatezza della cura e sull'attenta valutazione dei bisogni della popolazione quali *driver* per le decisioni di investimento in apparecchiature e sistemi complessi e favorire lo sviluppo di centri di alta specialità sulla singola patologia nei quali possano essere concentrati gli investimenti tecnologici più onerosi.
- È opportuno prevedere livelli differenziati di **Assistenza Domiciliare Integrata** (ADI), graduati sulla base dell'intensità e della tipologia di bisogni del soggetto. Una tale soluzione permetterebbe di soddisfare in modo più adeguato i bisogni della persona assistita, non sprecando risorse quando le sue necessità assistenziali sono limitate e fornendo un servizio più efficace ed appropriato quando le stesse sono invece più pronunciate rispetto alla media. Allo stesso modo va sostenuta in modo concreto l'assistenza "informale" (erogata da familiari, parenti, volontari, ecc.) all'interno della rete di figure e servizi socio-sanitari erogabili sul territorio, quale risposta ai bisogni di *Long-Term Care* per le persone "fragili", gli anziani, i disabili e le persone con disturbi mentali, ma anche e soprattutto per le persone non autosufficienti, a qualsiasi fascia d'età appartengano.
- Occorre favorire, tra l'altro, l'istituzione di **Punti Unici di Accesso ai servizi socio-sanitari**, in grado di fornire un'attivazione pronta del territorio a fronte di qualsiasi richiesta, diretta o mediata (dal medico di medicina generale, dall'ospedale, dai servizi sociali, ecc.) di servizi socio-sanitari, al fine di indirizzare in modo chiaro il cittadino all'interno del sistema. Altrettanto importante è l'istituzione di Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM), ovvero "soggetti" aventi la responsabilità di intercettare e valutare costantemente le esigenze e i bisogni di salute della persona assistita nel tempo, con l'obiettivo di predisporre un corretto percorso di cura e garantire un'offerta integrata di tipo socio-sanitario adeguata, grazie alla stretta integrazione "a rete" con i medici di medicina generale e le strutture presenti sul territorio (ADI, RSA, ospedali, ecc.).
- Nell'ambito del sistema di emergenza – urgenza è necessaria l'applicazione uniforme nei Pronto Soccorso dei **codici**

158 - Il *Care Manager* può essere definito come una figura professionale, spesso un infermiere, formata appositamente per questo nuovo ruolo, che in collaborazione con il medico e lo specialista garantisce lo svolgimento del processo assistenziale secondo il piano condiviso con il medico di medicina generale e/o lo specialista, responsabilizzando ed educando il paziente per ottenere la consapevole adesione alle terapie prescritte e il cambiamento dello stile di vita necessario per la malattia da cui è affetto. Opera con i pazienti in prima persona o per telefono, per monitorarne le condizioni, fornire tutti i consigli necessari e favorire una migliore auto-gestione. Il *Case Manager* è uno specialista, non necessariamente riconducibile ad un preciso gruppo professionale, con spiccate capacità di comunicazione e di collaborazione. L'obiettivo di questa figura è quello di pianificare, coordinare, gestire e revisionare in modo efficace ed efficiente il piano assistenziale delle singole persone attraverso il coordinamento di tutti gli attori chiamati in causa, con il fine ultimo di migliorare la sua qualità della vita.

159 - Tale specializzazione è compresa nell'area medica nel decreto MIUR 1 agosto 2005 "Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria".

“di criticità” già previsti dalla normativa vigente¹⁶⁰, con l’attivazione di sistemi informativi all’utenza dei tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde) e con l’allestimento di percorsi alternativi al Pronto Soccorso, al fine di garantire una migliore gestione dei casi urgenti e un auspicabile contenimento del numero dei “codici bianchi”. Allo stesso modo è importante prevedere una più ampia attivazione per l’Osservazione e Breve Degenza (OBD) e/o la Medicina d’Urgenza, già operanti da anni in Italia e disciplinate da specifiche disposizioni¹⁶¹ e ora rese significative dal riconoscimento di una specifica specializzazione universitaria: il Decreto MIUR del 17 febbraio 2006 ha infatti aggiunto alle specializzazioni la “Medicina di Emergenza-Urgenza”.

5.3.3 La rete ospedaliera

- In una sanità in cui molti problemi assistenziali dei cittadini possono essere soddisfatti attraverso un nuovo modello operativo della medicina sul territorio, l’ospedale deve dedicarsi all’assistenza degli ammalati e degli infortunati in fase di acuzie attraverso una rete di presidi e servizi organizzati per rispondere sia alle situazioni di emergenza sia alle richieste di elezione. È quindi indispensabile la definizione di una rete ospedaliera che operi come un sistema integrato che coinvolga più punti e nodi.
- Questi sono costituiti da un lato da **ospedali di alta specialità**, ad alta intensità di cura e ad alta tecnologia, con il ruolo di centri di riferimento per le urgenze, per i trapianti, ecc., ma anche per singole patologie di grande rilevanza, e sono spesso caratterizzati anche da specifici compiti di formazione e ricerca.
- Dall’altro lato è necessario che la rete comprenda presidi ospedalieri territoriali per fornire **servizi di secondo livello**, perché non è possibile ignorare che l’articolazione locale del sistema sanitario (e anche ospedaliero) non può non essere influenzata dalle caratteristiche proprie del territorio in cui si innesta, in particolare per la configurazione geografica e demografica.
- Nel costituire e articolare la rete ospedaliera occorre tenere presente quanto disposto dall’Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dalla Legge 266 del 2005 (Legge Finanziaria per il 2006). In particolare, l’Accordo prevede uno **standard di posti letto ospedalieri** accreditati non superiore a 4,5 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, e un **tasso di ospedalizzazione**, in regime di ricovero ordinario e in regime diurno, entro 180 per mille abitanti residenti. La Legge Finanziaria per il 2006 prevede una rimodulazione delle prestazioni comprese nei L.E.A. finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l’offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, a decrementare l’offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero.
- Nei diversi punti e nodi della rete sarà dato, quindi, ampio sviluppo ad attività di *day-surgery*, *day-hospital* e ambulatoriali, le cui caratteristiche strutturali e tecnologiche saranno coerenti con gli obiettivi assegnati dalla programmazione regionale e aziendale ai singoli presidi. Una parte delle strutture ospedaliere periferiche potrà essere parzialmente o totalmente utilizzata come Ospedale di Comunità, RSA, od essere sede di UTAP o di altre forme di medicina di gruppo da organizzare sul territorio.

160 - Il Decreto del Ministero della Sanità del 25 maggio 1992 “*Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza*” così definisce la criticità dei singoli eventi:
- ROSSO, molto critico, richiede un intervento di emergenza
- GIALLLO, mediamente critico, richiede un intervento indifferibile
- VERDE, poco critico, richiede un intervento differibile
- BIANCO, non critico, l’intervento non richiede di essere effettuato in tempi brevi.

161 - Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria.

- Alcuni elementi portanti definiscono il modello di riferimento delle strutture di ricovero ospedaliero con applicazioni flessibili in relazione agli obiettivi assegnati alle singole strutture:
 - umanizzazione;
 - urbanità;
 - aspetti sociali-socialità;
 - organizzazione;
 - interazione con la medicina del territorio;
 - appropriatezza;
 - affidabilità;
 - innovazione;
 - ricerca;
 - insegnamento e formazione.

5.3.4 Le professioni del S.S.N.: formazione e responsabilizzazione

- Attivare interventi mirati a **ridurre il numero di medici in esubero** rispetto alle necessità del sistema. A tendere, ragionevolmente nell'arco dei prossimi 10 anni, il numero di medici in rapporto al numero di cittadini in Italia dovrebbe convergere verso la media europea. Una possibile modalità potrebbe essere rappresentata da una seria programmazione del numero di studenti ammessi ai corsi di laurea, anche per garantire un migliore impiego delle risorse disponibili, una migliore formazione e una selezione più rigorosa dei futuri medici.
- È necessario un **ridimensionamento degli aspetti più burocratici** delle attività dei medici, per far posto alle specifiche professionalità.
- Sviluppare una cultura del **lavoro di squadra** fra tutti gli appartenenti alle professioni sanitarie, finalizzata alla miglior gestione della persona assistita non rispetto al singolo bisogno, ma alla totalità delle sue necessità assistenziali di tipo socio-sanitario.
- Introdurre e/o potenziare il ricorso a precisi **criteri di merito** (in funzione ad esempio delle capacità professionali possedute dal soggetto, del raggiungimento degli obiettivi di salute sulla popolazione assistita, delle responsabilità assunte, del livello di soddisfazione delle persone assistite, ecc.) per la determinazione dei livelli di remunerazione del personale sanitario, ma anche per l'attribuzione degli incarichi di responsabilità, oltre che per la remunerazione delle altre figure professionali.
- Istituire un **corso obbligatorio di comunicazione**, mirato espressamente alla comunicazione con le persone da assistere e i loro familiari, per gli studenti della facoltà di medicina alla fine del percorso di studi (5°-6° anno accademico), ma anche per gli appartenenti alle altre professioni sanitarie. Per meglio comprendere la crucialità di tale aspetto, è opportuno ricordare innanzitutto che la persona che riceve l'informazione sulla sua diagnosi di malattia è colpita emozionalmente. Il suo stato cambia, spesso in modo drammatico, poiché si genera una frattura fra la sua situazione prima e dopo la comunicazione della diagnosi. La relazione con il medico, e più in generale con il personale sanitario, dovrebbe facilitare il passaggio dalla fase pre alla fase post diagnosi in un contesto di relazione terapeutica, che è anzitutto una relazione di dipendenza fra il "competente" e il "non competente". Chiarito

tale contesto, è indispensabile che i medici e gli altri professionisti imparino a riconoscere i diversi stati d'animo che possono essere suscitati dalla relazione con la persona assistita; a individuare le reazioni emozionali nel colloquio a seconda dei contenuti che emergono e delle personalità; a gestire le frasi e le parole, cosa dire e cosa non dire; a riconoscere i diversi tipi di rapporto e di comunicazione con i diversi tipi di interlocutore; a gestire comunicazioni difficili in casi critici. Ad oggi, medici, infermieri, ecc. imparano a comunicare con il paziente prevalentemente attraverso meccanismi emulativi, posti in essere rispetto ai propri "maestri" di riferimento. Si ritiene necessario che all'aspirante medico, infermiere, ecc. si insegnino, con rigore scientifico, le tecniche e le modalità attraverso cui comunicare con la persona assistita e i suoi familiari, adottando un approccio istituzionalizzato.

- Per ciò che attiene in particolare la **formazione dei medici di medicina generale** è necessario:
 - selezionare docenti e tutor di medicina generale, in base all'esperienza e alle competenze maturate e istituire un albo aperto per i docenti di medicina generale (professori a contratto) presso l'Università;
 - rivedere i programmi dei corsi per avere un approccio integrato della medicina specialistica e generale;
 - rivedere le modalità di erogazione e di programmazione della formazione complementare e impiegare i poli per la formazione complementare anche per l'erogazione della formazione continua;
 - effettuare un maggior controllo sulle modalità di impiego da parte delle Regioni dei fondi stanziati per la formazione della medicina generale.
- Per ciò che attiene invece la **formazione specialistica** del medico ospedaliero è opportuno:
 - attuare pienamente il D. Lgs. n. 368 del 1999, che recepisce la direttiva comunitaria che ha riordinato in modo organico la formazione specialistica dei medici, ai fini della libera circolazione e del reciproco riconoscimento dei titoli e dei diplomi;
 - consentire l'ingresso diretto del medico neolaureato nel S.S.N. attraverso gli "ospedali di insegnamento", come "medico in formazione" garantito da apposito contratto;
 - prevedere un iter formativo che non si esaurisca nel corso di specializzazione ma che sia integrato da esperienze pratiche adeguate da completare nel S.S.N. anche nell'ambito delle iniziative di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.)¹⁶²;
 - per quanto riguarda le iniziative di E.C.M., accanto alle aziende sanitarie occorre coinvolgere in modo integrato le Università, le Società Scientifiche, gli Ordini dei Medici, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli organismi privati che rispondono a criteri stabiliti dalle istituzioni.
- Non bisogna però dimenticare il **personale amministrativo che opera all'interno del S.S.N.**, che negli ultimi anni ha subito un progressivo impoverimento degli organici, con scarsa possibilità di *turn over* dovuto al divieto di assunzione in questa categoria. Inoltre, gli ultimi contratti collettivi nazionali non hanno contribuito a valorizzare questa categoria: non sono stati codificati passaggi di livello automatici e con l'introduzione dei "passaggi orizzontali" si è favorito l'accesso a funzioni amministrative di personale tecnico/sanitario. Inoltre, se per le professioni sanitarie chi possiede laurea e specializzazione può accedere direttamente alla dirigenza, per il personale tecnico-amministrativo gli stessi requisiti non sono sufficienti. Infine, anche il sistema di E.C.M. investe prioritariamente sulla formazione del personale sanitario. Tutto ciò contribuisce ad aumentare il divario già esistente, nelle aziende sanitarie, tra personale sanitario e amministrativo, a discapito della seconda categoria. Come porre

162 - Si tratta del programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.). Comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da chiunque lo desideri (si tratti di una Società Scientifica o di una Società professionale, di una Azienda Ospedaliera, o di una Struttura specificamente dedicata alla Formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità, ovvero di tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella sanità, sia privata che pubblica.

rimedio a questa situazione? Ad esempio, incentivando il gioco di squadra e valorizzando la complementarità tra le due professioni, attraverso programmi mirati di formazione permanente, l'introduzione di sistemi di valutazione, la razionalizzazione dei processi finalizzata alla promozione del lavoro in *team*¹⁶³.

5.3.5 Ampliamento del ruolo delle Società Scientifiche e loro responsabilizzazione

- Nel rispetto di quanto stabilito a livello normativo, prevedere, tra le finalità istituzionali delle Società Scientifiche, anche attività volte a:
 - favorire la **collaborazione** con gli altri *provider* accreditati nell'ambito del programma di E.C.M. (Regioni, ASL, IRCCS - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Università) e fornire loro supporto concreto e autorevole alle attività di formazione;
 - censire la diffusione reale sul territorio della specifica patologia, soprattutto di quelle emergenti (ad esempio la sindrome metabolica), attraverso indagini epidemiologiche *ad hoc*, volte anche a determinarne il relativo stadio di sviluppo. Valutare conseguentemente i relativi costi (costo sociale della patologia e impatto sul S.S.N.);
 - **standardizzare i processi diagnostici-terapeutici** e l'organizzazione dei servizi (ad esempio definendo protocolli standard di cura del paziente, a cui il sistema debba attenersi, a fronte di determinate diagnosi);
 - valorizzare il ruolo delle Società Scientifiche come **promotori di formazione e di informazione** medico-scientifica per le figure professionali sanitarie. Presentare, ad esempio, le notizie relative ad innovazioni in campo medico e farmacologico garantendo equilibrio fra le posizioni contrapposte e riportare sempre il punto di vista della Società Scientifica di riferimento.

5.3.6 La ricerca scientifica

- La ricerca scientifica e tecnologica rappresenta un fattore fondamentale di sviluppo della sanità in termini sia di miglioramento della salute sia di crescita complessiva del Sistema Paese. Non è immaginabile che il S.S.N. continui ad essere considerato solo come un dispensatore di prestazioni. La **ricerca di soluzioni nuove**, tanto sul terreno specifico della tutela della salute che su quello dell'innovazione della dimensione organizzativa, rappresenta un elemento imprescindibile delle attività istituzionali di un sistema sanitario pubblico.
- L'innovazione e la ricerca scientifica e tecnologica hanno bisogno di investimenti significativi e di maggiore chiarezza tanto per quanto attiene alla **individuazione delle priorità** e alla **valorizzazione delle risorse disponibili**, evitando gli sprechi e garantendo maggiore trasparenza al sistema, che per quanto riguarda la chiarezza di posizione, valutazione e giudizio sul **carattere effettivamente innovativo delle novità immesse sul mercato**, sulla loro efficacia e sulla competitività in termini di rapporto costi-benefici rispetto a quanto già disponibile.
- Come previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, è necessario tra l'altro prevedere l'**integrazione** delle attività degli IRCCS, delle aziende sanitarie (soprattutto quelle ospedaliero-universitarie), con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate per accedere a processi di finanziamento europei ed internazionali. Inoltre, va sviluppata all'interno delle Regioni e delle aziende sanitarie la **capacità di gestire la ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del S.S.N.**, nonché le **sinergie tra S.S.N. e industria della salute** (farmaceutica, biotecnologica, biomedicale, diagnostica, ecc.).

rimedio a questa situazione? Ad esempio, incentivando il gioco di squadra e valorizzando la complementarità tra le due professioni, attraverso programmi mirati di formazione permanente, l'introduzione di sistemi di valutazione, la razionalizzazione dei processi finalizzata alla promozione del lavoro in *team*¹⁶³.

5.3.5 Ampliamento del ruolo delle Società Scientifiche e loro responsabilizzazione

- Nel rispetto di quanto stabilito a livello normativo, prevedere, tra le finalità istituzionali delle Società Scientifiche, anche attività volte a:
 - favorire la **collaborazione** con gli altri *provider* accreditati nell'ambito del programma di E.C.M. (Regioni, ASL, IRCCS - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Università) e fornire loro supporto concreto e autorevole alle attività di formazione;
 - censire la diffusione reale sul territorio della specifica patologia, soprattutto di quelle emergenti (ad esempio la sindrome metabolica), attraverso indagini epidemiologiche *ad hoc*, volte anche a determinarne il relativo stadio di sviluppo. Valutare conseguentemente i relativi costi (costo sociale della patologia e impatto sul S.S.N.);
 - **standardizzare i processi diagnostici-terapeutici** e l'organizzazione dei servizi (ad esempio definendo protocolli standard di cura del paziente, a cui il sistema debba attenersi, a fronte di determinate diagnosi);
 - valorizzare il ruolo delle Società Scientifiche come **promotori di formazione e di informazione** medico-scientifica per le figure professionali sanitarie. Presentare, ad esempio, le notizie relative ad innovazioni in campo medico e farmacologico garantendo equilibrio fra le posizioni contrapposte e riportare sempre il punto di vista della Società Scientifica di riferimento.

5.3.6 La ricerca scientifica

- La ricerca scientifica e tecnologica rappresenta un fattore fondamentale di sviluppo della sanità in termini sia di miglioramento della salute sia di crescita complessiva del Sistema Paese. Non è immaginabile che il S.S.N. continui ad essere considerato solo come un dispensatore di prestazioni. La **ricerca di soluzioni nuove**, tanto sul terreno specifico della tutela della salute che su quello dell'innovazione della dimensione organizzativa, rappresenta un elemento imprescindibile delle attività istituzionali di un sistema sanitario pubblico.
- L'innovazione e la ricerca scientifica e tecnologica hanno bisogno di investimenti significativi e di maggiore chiarezza tanto per quanto attiene alla **individuazione delle priorità** e alla **valorizzazione delle risorse disponibili**, evitando gli sprechi e garantendo maggiore trasparenza al sistema, che per quanto riguarda la chiarezza di posizione, valutazione e giudizio sul **carattere effettivamente innovativo delle novità immesse sul mercato**, sulla loro efficacia e sulla competitività in termini di rapporto costi-benefici rispetto a quanto già disponibile.
- Come previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, è necessario tra l'altro prevedere l'**integrazione** delle attività degli IRCCS, delle aziende sanitarie (soprattutto quelle ospedaliero-universitarie), con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate per accedere a processi di finanziamento europei ed internazionali. Inoltre, va sviluppata all'interno delle Regioni e delle aziende sanitarie la **capacità di gestire la ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del S.S.N.**, nonché le **sinergie tra S.S.N. e industria della salute** (farmaceutica, biotecnologica, biomedicale, diagnostica, ecc.).

163 - Il Sole 24 Ore Sanità, "Amministrativi a caccia di un ruolo in azienda", 1-7 agosto 2006.

5.3.7 Ruolo del farmaco e modernizzazione del sistema distributivo

- "Il **farmaco**, pur in un contesto di spesa programmata, può diventare **elemento di sviluppo dell'intero sistema** e uno degli strumenti di traino per il miglioramento della sanità e delle politiche di *welfare*¹⁶⁴. Le parole del Ministro Turco rispecchiano la posizione di Meridiano Sanità nei confronti del farmaco, che rappresenta certamente una risorsa strategica per il sistema sanitario. Naturalmente, la visione del farmaco e del suo ruolo a tutela della salute umana devono essere modernizzati e tener conto di importanti fattori. Fra questi è necessario considerare ad esempio: l'appropriatezza delle prescrizioni, il corretto uso da parte della persona assistita, la prevenzione delle possibili reazioni avverse in particolare in presenza di più patologie, le valutazioni di costo-efficacia, la presenza di una rete di distribuzione adeguata alle esigenze nazionali e locali, la politica di finanziamento da parte del S.S.N. coerente con i bisogni di salute.
- In particolare, il **teito del 13% alla spesa farmaceutica** si configura come discrezionale e non rispondente ai bisogni di salute delle persone assistite e necessita pertanto di una revisione. Nell'ambito di questa revisione deve trovar spazio una riflessione approfondita sulle possibili forme di responsabilizzazione da parte della persona assistita, ma anche e soprattutto su una nuova organizzazione dei servizi, che, contraendo le spese di altri settori, possa consentire una maggiore spesa farmaceutica qualora questa si dimostrasse clinicamente necessaria e anche economicamente conveniente nel medio periodo.

La negoziazione di portafoglio potrebbe inquadarsi all'interno di un sistema, concertato tra aziende e Istituzioni, che garantisca una programmazione a medio – lungo termine della spesa farmaceutica. A tale proposito, diversi autorevoli esperti hanno parlato di meccanismo di crescita pianificata della spesa farmaceutica.

Sulla base di alcune variabili quali la spesa farmaceutica corrente, il tasso di innovazione tecnologica, il tasso di crescita degli investimenti in ricerca e sviluppo, ecc., verrebbe identificato un tasso di crescita "fisiologico" della spesa farmaceutica pubblica.

Rispetto a questo valore, il Governo in funzione degli obiettivi di finanza pubblica e di crescita attesa del PIL, dovrebbe concordare con le aziende un tasso di crescita pianificata che possa conciliare gestione della spesa e sviluppo industriale in una visione integrata.

Eventuali scostamenti delle singole aziende rispetto al tasso di crescita pianificata potrebbero essere gestiti in maniera flessibile dalle aziende per compensare gli sfondamenti.

In tale contesto, come sottolineato recentemente dal Direttore Generale dell'AIFA, Nello Martini, la necessità di "coniugare governo della spesa e sviluppo" implica che si inizi a considerare il farmaco anche come strumento di sviluppo e non soltanto come un costo, ipotizzando **negoziati non per singolo prodotto ma di portafoglio**, al netto dei farmaci innovativi (che sarebbero oggetto di negoziati *ad hoc* restando esclusi dal portafoglio totale per due anni, per entrarvi successivamente).

- Per definire, in un'ipotesi di assenza del tetto, quale debba essere il livello appropriato di spesa farmaceutica, si suggerisce di effettuare una **sperimentazione preliminare** presso una o più Regioni o Comuni o ASL, non limitatamente ai farmaci ma estesa a tutte le attività e i servizi che erogano le prestazioni garantite dai L.E.A.

- Per quanto concerne il sistema distributivo, Meridiano Sanità propone inoltre l'evoluzione e la modernizzazione della farmacia tradizionale¹⁶⁵ verso un **modello più integrato** con gli altri partner della salute ed in grado di offrire servizi aggiuntivi al consumatore/cittadino, servizi che vanno previsti a livello nazionale e la cui scelta di implementazione va lasciata a livello regionale. In tale ambito si inseriscono le ipotesi di una evoluzione del sistema di retribuzione verso un sistema "misto" e la revisione della norma che regola la trasmissione ereditaria della farmacia.
- La competenza specifica del farmacista è una risorsa fondamentale per il sistema e ancor più lo sarà in futuro. Occorre pertanto preservare questa componente del sistema. In parallelo è necessario però che il sistema delle farmacie sia maggiormente liberalizzato e che siano introdotti degli elementi di competizione. Una conseguenza di ciò potrebbe essere l'abbandono della pianta organica, cui si può porre rimedio mantenendo in vita il sistema degli incentivi alle cosiddette "farmacie rurali".

Occorre che le farmacie tornino a vendere i farmaci e rinuncino a voler essere dei rivenditori di prodotti che poco hanno a che fare con i medicinali.

¹⁶⁵ - Quanto ipotizzato e' stato in parte recepito dal cosiddetto decreto Bersani *"Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e contrasto all'evasione fiscale"* del 30/06/2006, relativo alla liberalizzazione della vendita dei medicinali da banco (cioè quelli non soggetti a prescrizione medica) negli esercizi commerciali, con superficie dedicata e con un farmacista.

5.4 SISTEMA DI GOVERNO

Principali carenze riscontrate:

- utilizzo improprio delle risorse
- mancanza di un approccio sistemico e scarsa incentivazione del lavoro in *equipe*
- necessità di definire obiettivi e indicatori
- scarso ed inefficace coinvolgimento dei cittadini
- mancanza di un codice etico dell'informazione e comunicazione in medicina
- ...

- E' innanzitutto indispensabile **combattere gli sprechi, le inefficienze, le duplicazioni e le sovrapposizioni** nell'erogazione delle prestazioni del S.S.N..

5.4.1 Adozione a tutti i livelli del modello dipartimentale

- Come già anticipato, l'adozione di un approccio sistemico alla sanità deve accompagnarsi ad un sistema di governo che incentivi la capacità di **collaborare** fattivamente tra le diverse professionalità che operano nel S.S.N.. Si suggerisce pertanto l'adozione a tutti i livelli del **modello dipartimentale**, che ha tra i suoi obiettivi l'integrazione delle competenze e la valorizzazione del lavoro di gruppo, ma anche il collegamento fra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri in una logica di *disease management*.

5.4.2 Utilizzo di indicatori di struttura, di processo e di risultato, per valutare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate dal S.S.N.

- Occorre inserire nel sistema sanitario indicatori legati ad **obiettivi di salute**, al fine di assicurare il miglior servizio per la persona assistita e di garantire che tutte le scelte che riguardano la salute siano basate sul criterio di appropriatezza. A tal fine, l'utilizzazione di indicatori di processo, di struttura e di risultato consente di misurare la qualità del sistema sanitario e realizzare un monitoraggio continuo dei servizi e delle prestazioni del S.S.N.. Tali indicatori, concordati a livello della Conferenza Stato-Regioni per valutare gli standard relativi alle prestazioni contenute nei L.E.A., devono essere la guida per lo svolgimento delle varie attività a livello regionale, nonché per la verifica istituzionale della effettiva erogazione e della qualità delle prestazioni contenute nei L.E.A. nei diversi ambiti del territorio nazionale, così da costituire una garanzia per i cittadini di **uniformità qualitativa** dell'offerta sanitaria in ogni realtà regionale.

5.4.3 Coinvolgimento del cittadino/persona assistita nelle scelte di salute

- Un nuovo approccio alla sanità deve partire, in primo luogo, dal modo di considerare il cittadino. Non più soltanto destinatario di servizi ma soggetto attivo e partecipe delle decisioni che riguardano la salute.
- Quello che deve essere riconosciuto è che il cittadino ha diritto di accedere ad un sistema fondato e organizzato sui suoi bisogni, che promuova e tuteli la sua salute secondo i principi di equità, universalità e solidarietà.

Perché questo sia realizzabile è necessario il suo coinvolgimento in almeno quattro momenti chiave: nella **definizione dei bisogni di salute** e quindi degli obiettivi del S.S.N., nella **programmazione delle risorse e delle attività**, nella **valutazione dei risultati ottenuti** rispetto agli obiettivi e nel **monitoraggio continuo** della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite.

- Si propone l'effettiva ed omogenea attuazione sul territorio nazionale di quanto previsto dal Decreto Ministeriale 502/17 del 24 luglio 1995¹⁶⁶ sugli indicatori di qualità e dalle Carte dei Servizi¹⁶⁷ in tema di procedure di **feedback**. Si tratta di implementare un sistema di raccolta dei giudizi e delle valutazioni da parte della persona assistita dal S.S.N. sulla qualità delle prestazioni ricevute, sulle relazioni intercorse con gli operatori sanitari e sugli aspetti organizzativi relativi alle strutture utilizzate. Si tratta di un apposito questionario, da compilare tramite *web* da casa o direttamente presso le strutture sanitarie con il supporto di personale dedicato, realizzato e gestito ai diversi livelli istituzionali, ai cui risultati è possibile anche agganciare un sistema di incentivi economici sotto forma di extra-risorse da distribuire ai soggetti/strutture più virtuosi.
- Nella stessa direzione si segnala la proposta recentemente avanzata dal Ministro Turco relativa all'adozione, a partire dall'autunno, della cosiddetta "Cartella Clinica del Cittadino", che consentirà alle persone assistite di esprimere la propria valutazione. Tale valutazione servirà a migliorare i servizi erogati dalle strutture sanitarie, ma anche a giudicare chi le guida.
- E' necessario ottenere condivisione e consenso sulla riprogettazione dell'offerta sanitaria complessiva lungo tutta la rete di strutture, funzioni ospedaliere e territoriali, grazie ad un'**analisi condivisa del processo assistenziale** e ad una capillare diffusione della conoscenza dei mutati fabbisogni socio-sanitari della popolazione. Stimolare, in particolare, un processo di **cambiamento culturale dei cittadini** ai fini del riequilibrio verso il territorio, educandoli ad un utilizzo corretto delle risorse del S.S.N., prevenendo fenomeni di abuso e/o di spreco (non solo in riferimento ai farmaci, ma agli esami diagnostici non necessari, ecc.).
- In coerenza con quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, va previsto un ruolo attivo delle **organizzazioni dei cittadini**. E' importante prevedere tale ruolo anche a livello nazionale sia in fase di programmazione che in fase di monitoraggio. A questo proposito, considerato che il Decreto del 17 giugno 2006 ha istituito il "Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria" (SiVeAs)¹⁶⁸, sembrerebbe opportuno che nell'ambito di tale sistema trovino anche una rappresentanza ufficiale i cittadini e le associazioni che li rappresentano.

166 - Decreto Ministeriale del 24 luglio 1995, "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale" (ex art. 10 D. Lgs. 592/92 e successive modifiche e integrazioni).

167 - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 2005, "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari".

168 - Tenuto conto che alla lettera C dell'articolo 1 vengono attribuite a detto sistema anche le "attività relative al sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, afferente al Ministero della Salute, teso alla verifica del raggiungimento in ciascuna Regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal S.S.N., ai fini della verifica dell'erogazione dei servizi ai cittadini ... per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza".

- Utilizzare qualsiasi mezzo (in primo luogo i *mass media*) idoneo a **comunicare ai cittadini** ruoli e responsabilità delle diverse categorie di attori del S.S.N.. Lo scopo del coinvolgimento è infatti erogare cure efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse. Ciò è favorito dal processo di *empowerment* del cittadino/persona assistita e dei suoi familiari. L'*empowerment* si ottiene quando la persona assistita dispone della conoscenza e della consapevolezza necessaria per influenzare il proprio e l'altrui comportamento, con la finalità ultima di migliorare la qualità della propria vita¹⁶⁹.
- Definire un Codice Etico dell'informazione e della comunicazione in medicina ed estendere anche all'ambito dell'informazione medica il principio etico di responsabilità degli effetti del proprio operato.
- Istituire la figura di un "addetto stampa" qualificato da parte delle Società Scientifiche e istituire un Garante scientifico per le comunicazioni del Ministero della Salute.

5.5. RISORSE

Principali carenze riscontrate:

- squilibrio persistente tra finanziamento e spesa del S.S.N.
- non sufficiente attenzione al tema dell'appropriatezza delle prestazioni erogate
- impiego spesso non ottimale delle risorse
- per la non-autosufficienza è necessario pensare a specifici modelli organizzativi e finanziari
- assenza di forme di compartecipazione
- investimenti in prevenzione da potenziare
- ...

5.5.1 Razionalizzazione della spesa sanitaria e ipotesi di nuove forme di finanziamento

- È necessario porre l'**appropriatezza della prestazione erogata** al centro dell'intero sistema di offerta sanitaria, al fine di impiegare nel modo più efficace ed efficiente le risorse disponibili. Evidenziare, a monte del processo di riorganizzazione, le sacche di sub-ottimizzazione dalle quali è possibile liberare importanti risorse (derivanti da sprechi, duplicazioni di strutture e servizi, ecc.), per destinarle ad altre aree di effettivo bisogno. Si tratta ad esempio di razionalizzare le risorse e responsabilizzare tutti i soggetti rispetto a prestazioni realmente necessarie.
- L'esigenza di favorire il riequilibrio tra ospedale e territorio, ed assicurare l'integrazione tra i due settori, evidenzia la necessità prima ricordata di ridisegnare la rete ospedaliera e di organizzare nuovi modelli di esercizio della medicina del territorio, per assicurare un'adeguata risposta ai bisogni di salute dei cittadini. Occorre per altro tenere in debito conto la variabile temporale, vale a dire il **potenziale incremento della spesa** nel periodo che intercorre tra la riconfigurazione della rete ospedaliera e la attivazione del nuovo modello territoriale. Il problema non è solamente di tipo finanziario, ma anche di riorientamento culturale e professionale, ad esempio per quanto riguarda il chiamare gli infermieri oggi presenti nelle strutture ospedaliere a svolgere la propria attività professionale nel territorio.
- Stante la normativa vigente, il S.S.N. potrà essere finanziariamente sostenibile nel prossimo futuro solo se si interverrà - grazie a **fondi strutturali specifici**, che non gravino sulle risorse destinate al sistema - sulla tutela della non autosufficienza (valutando ad esempio l'istituzione di un fondo *ad hoc* per la non autosufficienza), sulla creazione/potenziamento di fondi integrativi sanitari (ad es. mediante assicurazione obbligatoria durante il periodo lavorativo o in qualità di *fringe benefit* riconosciuti al lavoratore da parte dell'azienda) e sul sostegno mirato alle Regioni in difficoltà.
- È opportuno prendere in considerazione l'ipotesi di un intervento del privato, direttamente o per il tramite di **assicurazioni e fondi sanitari**, ma in una logica selettiva, limitatamente ad alcune particolari tipologie di prestazioni

o situazioni. Si può ipotizzare il ricorso a forme di *co-payment* e/o l'introduzione di una tassa di scopo per l'innovazione (ad esempio 0,50 euro per ricetta). Si raccomanda lo sviluppo di casi applicativi pilota in una o più Regioni, o Comuni, o ASL.

- Introdurre **misure di compartecipazione ai servizi sanitari sulla base del reddito**, ad esempio, per la componente non sanitaria delle prestazioni, come l'alloggio o il vitto in caso di degenza.
- **Solo a fronte di livelli di servizio qualitativamente migliori potrà essere presa in considerazione la possibilità di ricorrere a forme di compartecipazione** alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, che non devono comunque mettere in discussione quanto stabilito dall'articolo 32 della Costituzione in tema di tutela del diritto della salute per tutti i cittadini.
- Per quanto concerne il *co-payment*, in particolare, è utile ricordare che mentre in Italia i farmaci della fascia "A" sono quasi completamente gratuiti (salvo che nelle Regioni che hanno reintrodotta il ticket), nei Paesi OECD l'applicazione del *co-payment* è diffusa e prende spesso la forma di percentuale del prezzo. Molti Paesi (ad esempio Francia, Germania, Spagna e Svezia) hanno introdotto la rimborsabilità di tutti i farmaci, indipendentemente dall'obbligo di prescrizione, riducendo in questo modo la dicotomia fra farmaci completamente gratuiti e farmaci completamente a carico del privato. Mantenere una quota di compartecipazione su tutti i farmaci - opportunamente bilanciata con esenzioni e abbattimenti - consente di incrementare la **responsabilizzazione individuale**¹⁷⁰ verso l'appropriatezza del consumo, allocare le risorse in modo più efficiente e rendere più sostenibile quindi l'accesso ai farmaci. Al contrario, le misure tampone adottate negli ultimi anni (revisione del Prontuario, abbattimento dei prezzi, ecc.) per contenere la spesa producono, nel medio-lungo termine, l'impoverimento del numero e della varietà dei farmaci rimborsati, spostando di fatto il consumo verso la fascia "C", interamente a carico del cittadino e dunque minando i principi di universalità ed equità¹⁷¹.
- Il problema delle **liste di attesa**, che affligge particolarmente le persone assistite, potrebbe essere affrontato introducendo a livello regionale apposite **polizze di assicurazione** stipulate dalle Regioni a beneficio dell'intera popolazione residente e alle quali i cittadini sarebbero chiamati a compartecipare pagando un premio obbligatorio, ma di importo modesto, eventualmente commisurato al reddito. Tali assicurazioni finanzierebbero l'erogazione immediata alla persona assistita delle necessarie prestazioni sanitarie (da parte di strutture private), dopo che sia trascorso un tempo massimo di attesa stabilito dalla polizza stessa.

5.5.2 Investimenti in prevenzione da potenziare

- Alcuni studi recentemente condotti hanno dimostrato come quasi il 75% delle malattie siano determinate, o co-determinate, da comportamenti/stili di vita sbagliati. Occorre quindi **agire sui comportamenti e sugli stili di vita** degli individui con una **prevenzione mirata** per cercare di contenere e, per quanto possibile, ridurre l'insorgere nel tempo delle patologie e dei costi ad esse associate.
- La gran parte delle attività di prevenzione fanno parte del primo L.E.A. **"Assistenza sanitaria collettiva in ambiente**

170 - In termini generali il *co-payment* potrebbe rappresentare un'utile integrazione alla fiscalità generale, con l'ulteriore funzione di modificare i comportamenti in quanto strumento che agisce *ex-ante* (a differenza delle maggiorazioni IRE-Irap che intervengono *ex-post*). Inoltre, se opportunamente modulato sulla base delle caratteristiche soggettive, il *co-payment* potrebbe contribuire al simultaneo raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità e di equità, conferendo maggior selettività al S.S.N.. Si veda Fabio Pammolli e Nicola Salerno, Il Sole 24 Ore 15 ottobre 2006.

171 - Si veda "Le potenzialità "neglette" del *co-payment* in farmaceutica tra stabilizzazione della spesa e nuovo universalismo", di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno, CERM, 24 agosto 2006 e Quaderno CERM n. 3-04 "Strumenti di regolazione del mercato farmaceutico: un'analisi ragionata".

di vita e di lavoro¹⁷². Esse si possono distinguere in:

- attività di **Prevenzione primaria**: riguardano sia gli stili di vita corretti, sia la rimozione dall'ambiente dei fattori inquinanti dannosi per la salute (sia *ex-ante*, attraverso azioni normative, sia *ex-post*, con interventi di bonifica e ripristino). E' la prevenzione fatta prevalentemente dalle famiglie, dalle scuole, dai *mass-media* rispetto all'insegnamento dei principi base dell'igiene, della salute e di un corretto stile di vita (non fumare, praticare attività fisica, limitare il consumo di grassi e di alcolici, ecc.), e dalle istituzioni, centrali e locali, rispetto alla tutela ambientale. Tale prevenzione ha una grande utilità per il benessere delle persone, un costo unitario non elevato ed è possibile perseguirla quotidianamente. Naturalmente, si tratta di interventi che dispiegano i propri effetti nel medio-lungo termine e in tale prospettiva temporale vanno valutati per apprezzarne la valenza;
 - attività di **Prevenzione secondaria**: prevedono l'impiego di tecniche di profilassi preventiva, *screening*, trattamento farmacologico se necessario, fino all'utilizzo degli strumenti diagnostici tecnicamente più avanzati. La diagnostica avanzata, presentando un costo unitario di intervento elevato, è rivolta prevalentemente ai soggetti a rischio. È una prevenzione mirata, che comporta spesso costi significativi per il sistema sanitario in termini di risorse economiche/umane investite, ma che al contempo può comportare significativi vantaggi in termini di costi/benefici. A questo proposito si ricordano, ad esempio, i casi di successo resi possibili dall'applicazione delle nuove tecnologie alla diagnostica in campo oncologico, ed in particolare i risultati positivi di uno studio (Studio Cosmos¹⁷³) che si stanno ottenendo grazie allo *screening* del tumore polmonare.
- Accanto a quanto previsto dell'assistenza collettiva, è necessario specificare la presenza di attività di prevenzione, soprattutto secondaria, anche nell'ambito del secondo L.E.A. "**Assistenza distrettuale**"¹⁷⁴.
 - E' necessario attuare pienamente il **Piano Nazionale della Prevenzione**. Il Piano Nazionale di Prevenzione attiva 2005-2007 è stato stabilito in virtù dell'intesa tra Stato e Regioni stipulata il 23 marzo 2005 ed identifica quattro ambiti di azione:
 - la prevenzione della patologia cardiovascolare (incluse la prevenzione delle complicanze del diabete e dell'obesità);
 - gli *screening* oncologici;
 - le vaccinazioni;
 - la prevenzione degli incidenti.

Per ciascuna di queste priorità, il Piano indica alcuni obiettivi specifici. Ad esempio, per quanto riguarda il cancro:

- attuazione dello *screening* per il cancro della cervice uterina;
- attuazione dello *screening* per il cancro della mammella;
- attuazione dello *screening* per il cancro del colon-retto.

Sul Piano Nazionale della Prevenzione si concentrano risorse pari a 240 milioni di euro, che le Regioni accettano di vincolare sulla quota del riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662. Tale quota corrisponde al 25% della quota delle risorse spettante a ciascuna Regione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano.

172 - Che include, tra l'altro: la profilassi delle malattie infettive e parassitarie; la tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro; la tutela igienico sanitaria degli alimenti; la sorveglianza e prevenzione nutrizionale; le attività di prevenzione rivolte alla persona quali le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e i programmi di diagnosi precoce.

173 - Si tratta di un programma di *screening* del tumore polmonare, che ha interessato 5.189 fumatori, sottoposti a TAC spirale annualmente. Il programma ha prodotto risultati decisamente confortanti: su 54 carcinomi scoperti (1% del campione di riferimento) nel primo anno, ben 47 (pari all'87%) sono risultati operabili.

174 - Che include, tra l'altro, la diagnostica strumentale e di laboratorio nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Oltre a tali risorse le Regioni condividono di mettere a disposizione risorse ulteriori per un ammontare di 200 milioni di euro, attingendo alla quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

- Realizzare **azioni di sensibilizzazione partendo dalle scuole** con lo scopo di comunicare come tutelare e mantenere la propria salute e come usufruire del S.S.N., al fine di realizzare un percorso di formazione alla salute di lungo periodo e a tutti i livelli scolastici e misurare l'efficacia degli interventi di promozione alla salute.
- Il **farmaco** rappresenta una risorsa importante per qualsiasi programma di prevenzione. La prevenzione infatti va interpretata come fonte di risparmi per il S.S.N. e va vista come investimento all'interno della quale riqualificare anche il ruolo del farmaco come presidio economico. La logica conseguente all'introduzione del tetto per la spesa farmaceutica è antitetica al farmaco quale strumento "economico" per una prevenzione articolata e globale.

CONCLUSIONI

Il principale contributo che Meridiano Sanità si propone di apportare con questo lavoro è quello di fornire a tutti gli attori della sanità nel nostro Paese un'analisi di ampio respiro circa le principali criticità esistenti nei diversi snodi del sistema e, di conseguenza, una serie di proposte concrete di intervento, integrative e correttive della realtà in essere.

Un messaggio chiave, emerso con forza dall'intero lavoro, è l'invito ad un generale ripensamento della sanità in una logica nuova, nella quale concetti cardine come l'integrazione ed il virtuoso sfruttamento delle sinergie esistenti e prospettive possano superare una visione statica del sistema, immaginato quale semplice somma algebrica di molteplici silos.

L'interdipendenza tra le sue variabili chiave, siano esse di natura sociale o economica, appare infatti chiara e dovrebbe divenire un *driver* fondamentale per il disegno e la realizzazione di un sistema veramente in grado di porre il cittadino al centro.

Tre appaiono essere, in particolare, i principali assi portanti del sistema sanità in una logica di approccio sinergico ed integrato:

- l'organizzazione;
- il Sistema di Governo;
- le risorse.

L'**organizzazione** generale del S.S.N. rappresenta un nodo strategico i cui livelli di efficacia ed efficienza influenzano in modo significativo il livello di servizio offerto al cittadino.

Alla luce dello scenario attuale e dei nuovi bisogni socio-sanitari della popolazione descritti nel presente rapporto, una struttura organizzativa capace di adattarsi alle reali esigenze del cittadino e di rispondere in modo appropriato ai suoi bisogni, rappresenta una condizione assolutamente necessaria per la generale efficienza ed efficacia del sistema.

Va da sé che la valorizzazione e lo stimolo ad una collaborazione attiva e fattiva tra tutte le diverse professionalità che operano all'interno del S.S.N. rappresentano a tal fine vere e proprie premesse imprescindibili, in grado di permettere al sistema di svolgere la propria fondamentale funzione di tutela della salute pubblica in ottica allargata, a 360 gradi.

Un **Sistema di Governo** in grado di permettere rapidità ed adeguatezza di risposta, flessibilità e vero orientamento ai cittadini, in un contesto di consapevole indirizzo strategico e di pianificazione/intervento coerente con i loro reali bisogni, rappresenta un ulteriore e centrale tratto costitutivo di un S.S.N. realmente in grado di adempiere alla propria missione.

Un'efficiente struttura di *governance* che faccia proprie logiche avanzate di programmazione, di integrazione e di misurazione della *performance* attraverso indicatori di struttura, di processo e di risultato permette di raggiungere quell'efficienza allocativa delle **risorse** (umane e finanziarie) disponibili all'interno del S.S.N. vitale per la massimizzazione dell'adeguatezza del servizio al cittadino.

L'individuazione delle aree di sub-efficienza e il recupero degli sprechi, in particolare, permetterebbero la liberazione e l'indirizzo verso utilizzi più appropriati di un significativo flusso di risorse. Se ad esse si affiancassero flussi di cassa derivanti da nuove forme di finanziamento, aggiuntive ed integrative della componente pubblica, i timori sulla sostenibilità futura di un S.S.N. universalistico, sarebbero molto ridimensionati.

"Il cittadino deve essere al centro del sistema": questa frase ha rappresentato il *fil rouge* che ha guidato l'intero lavoro di analisi, ricerca e formulazione di concrete proposte migliorative svolto da Meridiano Sanità.

Il cittadino diventa il vero fulcro del sistema, e quindi tutte le attività dei vari attori del S.S.N. devono garantirne lo stato di salute ed il benessere.

In quest'ottica, anche il suo ruolo deve essere ripensato: egli non può essere considerato soltanto un fruitore dei servizi, ma un soggetto attivo e partecipe delle decisioni che riguardano la salute, e come tale da coinvolgere concretamente nelle fasi di programmazione, organizzazione e valutazione del sistema sanitario e dell'assistenza socio-sanitaria.

Il cittadino ha infatti diritto di accedere ad un sistema fondato ed effettivamente modellato sulla base dei suoi bisogni, in grado di promuovere e tutelare la salute secondo principi di equità, universalità e solidarietà.

Affinché questo sia possibile, tuttavia, appare indispensabile che il cittadino sia coinvolto, in modo più o meno diretto ed esteso, in almeno quattro momenti chiave:

- definizione dei bisogni di salute e quindi degli obiettivi del S.S.N.;
- programmazione delle risorse e delle attività;
- valutazione dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi statuiti;
- monitoraggio continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite.

La definizione dei fabbisogni, attuali e prospettici, in termini di salute e la conseguente programmazione delle attività formulate in una logica cittadino-centrica, in particolare, permettono di raggiungere più elevati livelli di efficienza allocativa delle risorse disponibili.

Adottare tale logica significa, in particolare, avere il coraggio di rivedere meccanismi di programmazione che giungono ad un'allocazione delle risorse basata su meccanismi discrezionali e parziali, o comunque non direttamente collegati ad un'attenta analisi dei fabbisogni e ad una visione d'insieme del mondo della sanità.

È questo il caso, tra gli altri, del tetto del 13% alla spesa farmaceutica, fissato per esigenze di contenimento della spesa, ma che introduce un forte elemento di rigidità nella possibilità di scelta, a livello regionale, dell'ottimale mix allocativo delle risorse disponibili, rischiando di perdere di vista l'obiettivo di garantire la miglior soluzione per la salute del cittadino.

Sviluppare un progetto ampio ed articolato come Meridiano Sanità ha richiesto il lavoro di molte persone e l'investimento di molte energie, sia nella fase di analisi della realtà esistente che in quella di discussione, di verifica e confronto tra i diversi protagonisti del sistema salute, al fine di individuare i principali "nervi scoperti" e definire proposte di miglioramento.

Trovare le sintesi più condivise e praticabili tra le diverse posizioni rappresentate è stato un lavoro complesso, fatto di molte fasi di riflessione, ma che ha permesso di raggiungere importanti risultati.

Tutto questo impegno merita ora, a nostro avviso, una verifica sperimentale sul campo.

Quello che vorremmo vedere realizzato nei prossimi mesi è l'avvio, ad esempio, di uno o più progetti pilota da sviluppare in collaborazione con le Istituzioni centrali, Regioni, Comuni, Distretti o singole ASL interessate a verificare concretamente, sul loro territorio, l'effetto delle proposte di Meridiano Sanità.

Tra i temi che potrebbero più facilmente essere tradotti in attività operative c'è, senza dubbio, quello del coinvolgimento concreto e diretto del cittadino nella definizione delle politiche sanitarie regionali.

Si potrebbero, ad esempio, attivare tavoli di discussione e di incontro con le comunità locali per conoscere più da vicino le loro esigenze generali in tema di salute, sia in termini di fabbisogno che di pratico accesso ai servizi sanitari già presenti sul territorio.

Tali incontri, oltre a migliorare e rendere più fluidi i rapporti tra i cittadini e i responsabili delle strutture sanitarie coinvolte nel progetto, faciliterebbero anche la messa a punto di piani sanitari locali più vicini alle reali necessità della popolazione.

Solo attraverso l'azione comune, concreta ed efficace dei diversi portatori di interessi si possono stabilire priorità, prendere decisioni e progettare/realizzare strategie tese al miglioramento della salute a vantaggio della collettività.

Un altro tema di grande interesse sul quale è importante continuare a lavorare è, ad esempio, la definizione e la successiva applicazione, sia pure in via sperimentale, di indicatori che misurino l'efficacia e l'efficienza dei risultati raggiunti da una struttura o da un'organizzazione sanitaria in alcuni specifici settori di sua competenza.

Si potrebbero inoltre identificare le migliori esperienze in Italia di integrazione territoriale e renderle disponibili a tutte le Regioni, sempre con l'obiettivo di migliorare l'efficienza del sistema nel suo complesso ed erogare ai cittadini migliori servizi sanitari. In uno scenario dove la collaborazione tra le varie figure del S.S.N. appare oltremodo necessaria, infatti, creare le basi per un effettivo collegamento a rete, reso possibile anche dall'utilizzo delle moderne tecnologie digitali, appare un significativo punto di forza.

Nulla cambia se non cambiano i comportamenti. Nessun sistema complesso è in grado di cambiare se non si realizzano iniziative di riorientamento culturale indirizzate, *in primis*, agli attori del sistema ovvero medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri, infermieri, direttori di ASL, personale amministrativo, ecc.. Per far ciò occorre investire sulla formazione, ma anche introdurre sistemi premianti in grado di stimolare i comportamenti virtuosi e disincentivare, invece, comportamenti non coerenti con una visione integrata del S.S.N..

Un secondo cantiere di lavoro riguarda le attività di comunicazione e di educazione alla salute nei confronti dei cittadini.

Una maggiore autonomia decisionale nelle scelte relative alla propria salute pone infatti il cittadino nella necessità di basare le proprie decisioni su informazioni corrette ed in grado di aiutarlo ad orientarsi nel panorama sempre più variegato dell'offerta sanitaria.

Un primo passo in questo senso potrebbe essere rappresentato dalla realizzazione di un programma educativo di divulgazione sanitaria destinato, in modo prioritario, agli studenti delle scuole dell'obbligo¹⁷⁵, ma disponibile anche per tutti i cittadini.

175 - Il Prof. Giacomo Vaciago ha tracciato, nel corso dei lavori, un interessante parallelismo tra mondo della sanità e mondo dell'istruzione. Vedi Allegato 2.

Potrebbe trattarsi, ad esempio, di un programma televisivo sulla salute che sia gradevole, interessante e accessibile a tutti, da trasmettere nelle scuole o su una rete appropriata da individuare.

A questo programma potrebbero poi essere affiancati degli opuscoli illustrati, ispirati ai contenuti del programma stesso e diffusi sia direttamente nelle scuole che come allegati di quotidiani e periodici.

Ma queste sono solo alcune idee preliminari.

Altre certamente ne verranno e si svilupperanno dall'incontro con tutti coloro che vorranno dare il loro contributo, anche di critica severa, al lavoro fin qui svolto da Meridiano Sanità.

Meridiano Sanità mette a disposizione di tutti, a partire dalle Istituzioni, il lavoro realizzato in questi mesi, auspicando un coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti nel proseguire il percorso intrapreso e vincere così la sfida di un S.S.N. integrato e sostenibile, effettivamente costruito con e per il cittadino.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), Rivista Monitor#10, 2006

"America's Health Care Economy", Milken Institute, August 2003

"Amministrativi a caccia di un ruolo in azienda", Il Sole 24 Ore Sanità, 1-7 agosto 2006

Anell Anders e Willis Michael, "International comparison of health care systems using resource profiles", Bulletin of the World Health Organization, 2000

Annuario statistico, ISTAT, 2005

Anon, "A spoonful of sugar; medicines management in NHS hospitals", London: Audit Commission 2001

"Aspettativa di vita per sesso (2004 – previsioni 2050), Paesi OCSE" Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat

Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria

Barrella A. e Rebba V., "Accordi Regionali nella Medicina di Famiglia", Venezia, 4 febbraio 2006, 3° Seminario Nazionale Pfizer

Bates DW et al., "The cost of adverse drug events in hospitalized patients", JAMA 1997; 277: 307-11

Becker, G.S., "Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education", 1964

Bégaud B et al., "Does age increase the risk of adverse drug reactions?", BJCP 2003; 54: 548-52

Bernabei, Roberto (Presidente, SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria), presentazione durante la riunione del "Tavolo Tecnico delle Società Scientifiche", nell'ambito del progetto "Meridiano Sanità", Roma, 10 gennaio 2006

Bound J., Stinebrickner T. e Waidmann T., "Health, economic resources and the work decisions of older men", 2003

Case A., Fertig A. e Paxson C., "The lasting impact of childhood health and circumstance", Journal of Health Economics, 2004

Chakraborty S., "Endogenous Lifetime and Economic Growth", Università di Oregon

"Challenging Health Care. System Sustainability. Understanding Health System Performance of Leading Countries", The Conference Board of Canada, July 2004

"Chronic Diseases and their Common Risk Factors", World Health Organization, 2005

Classen D.C. et al., "Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality", JAMA 1997; 277: 301-6

Codice Europeo per il Controllo del Cancro, promosso dalla Commissione Europea, giugno 2003

- Colsen P. J. A. e Casparie A. F., "Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis", Medisch Contact, 1995
- "4° Congresso nazionale CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto)", Roma, 1-3 dicembre 2005
- "Constitution of the World Health Organization", adottata dalla International Health Conference, New York, 22 luglio 1946
- "Conti economici regionali – Anni 1980-2004", ISTAT, 20 dicembre 2005
- Crane Robert M., "Introduction to Kaiser Permanente"
- Crivellini M., "Sanità e Salute: un conflitto di interesse", Franco Angeli, 2004
- Cutler David M., "Issues in the American Health Care System", Harvard University
- Database Eurostat
- "Decessi per sesso e grandi gruppi di cause", ISTAT, 2001
- Decreto Bersani, "Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e contrasto all'evasione fiscale", 30/06/2006
- Decreto del Ministro della Sanità, "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del S.S.N.", 24 luglio 1995
- Decreto del Ministero della Sanità, "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza", 25 maggio 1992
- Decreto Legge 03.02.1993, n. 29, "Razionalizzazione della organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego", a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- D. Lgs. 30.12.1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria", a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- D. Lgs. 19.06.1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale", a norma dell'art. 1 della legge 30.11.1998, n. 419 (Riforma Bindi)
- D. Lgs. 18.02.2000, n. 56, "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133"
- Decreto MIUR, 17 febbraio 2006
- Decreto MIUR, "Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria", 1 agosto 2005
- Discorso del Ministro della Salute Ulla Schmidt alla conferenza "The American Model and Europe: Past, Present and Future", organizzata dalla Friedrich Ebert Foundation a Washington il 27 gennaio 2006
- Donebian A., "The definition of quality and approaches to its assessment", Health Administrative Press: Ann Arbor, 1980
- "DPEF 2006-2009, Previsioni correnti", Ministero dell'Economia
- "Economic, Environmental and Social Statistics", OECD Factbook 2006

Edwards L. N. e Grossman M., "The relationship between children's health and intellectual development", NBER Working Paper N. 213, 1980

"European Cardiovascular Disease Statistics", 2005 edition CVD 2003

"European Competitiveness Report 2004", European Commission

"Facing the Challenge", Report from the High Level Group on the Lisbon Strategy for Growth and Employment, Commissione Europea, 2004

Factbook 2006, OECD

Feachem et al., "Getting more for their dollar", BMJ n. 324 (7330), 19/01/02

"Forum per la Ricerca Biomedica, Comunicare la Salute: i media e le patologie ad alto impatto sociale", Roma, 25 maggio 2004

"Frequenza percentuale, età media, spesa pro-capite, spesa totale, e incidenza percentuale della spesa, per alcune selezionate patologie", Regione Lombardia, 2002

Gannon B. e Nolan B., "Disability and Labour Market Participation", HRB Working Paper, giugno 2003

Garcia-Milà Teresa e Puig-Junoy Jaume, "Spanish Health Care Decentralization", Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

"Getting the most out of public sector decentralisation in Spain", Economics Department Working Paper No. 436, OECD, 2005

Global Education Digest 2004, UNESCO Institute for statistics

Golini, Antonio, Gesano - su dati ONU, 2006

Grossman, M., "On the concept of health capital and the demand for health", Journal of Political Economy, 1972

Guzzanti, Elio et al., "Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza", Il Pensiero Scientifico Editore, 1999

"Health Care System in Transition - France", European Observatory on Health Care Systems

"Health Care System in Transition - Germany", European Observatory on Health Care Systems

"Health Care System in Transition - Netherlands", European Observatory on Health Care Systems

"Health Care System in Transition - Spain", European Observatory on Health Care Systems

"Health Care System in Transition - United Kingdom", European Observatory on Health Care Systems

"Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress", Milken Institute, July 2003

"Il Contributo della filiera della salute al prodotto nazionale", Confindustria, marzo 2006

Il Sole 24 Ore Sanità n. 8, del 28 febbraio – 6 marzo 2006

- Il Sole 24 Ore Sanità n. 9, del 7-13 marzo 2006
- Il Sole 24 Ore Sanità n. 17, del 2-8 maggio 2006
- Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", ISTAT, 2002
- "Indicatori Farmaceutici" 2006", Centro Studi Farminindustria, giugno 2006
- "Indicatori farmaceutici" 2005, Centro Studi Farminindustria, 2005
- "Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2003", Ministerio de Sanidad y Consumo
- Intesa sulla proposta del Ministero della Salute di ripartizione tra le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sulle disponibilità finanziarie destinate al S.S.N. per l'anno 2005
- "International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata (USSR)", World Health Organization, 6-12 settembre 1978
- Intervento del Ministro della Salute, On. Livia Turco, all'Assemblea di Farminindustria - 22 giugno 2006, www.salute.gov.it
- "Investing in Health, Development Report", World Bank, 1993
- Jiménez-Martín S., Labeaga J. M. e Martínez Granado M., "Health status and retirement decisions for older European couples", 1999
- "La regionalizzazione delle entrate erariali", Ministero dell'Economia, 2004
- La Vecchia, Carlo e Bosetti, Cristina, "I cambiamenti del quadro epidemiologico", Milano, 14 febbraio 2006
- Lazarou J. et al., "Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients – a meta-analysis of prospective studies", JAMA 1998; 279: 1200-5
- "Learning from Kaiser Permanente", NHS Modernization Agency, PEC Paper n° 2
- Legge 23 dicembre 1994, n. 724 e Legge 23 dicembre 1996, n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"
- "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario", Ragioneria Generale dello Stato, 2005
- Lindholm et al., "Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among Swedes", 2001
- "L'innovazione tecnologica come motore di crescita e sviluppo", ricerca realizzata da Ambrosetti per conto di Finmeccanica e StMicroelectronics, 2004
- Lisbon Agenda, 2000
- Lopez Casasnovas, Guillem et al., "Diversity and regional inequalities: Assessing the outcomes of the Spanish system of health care services", Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
- "L'ospedalizzazione dei pazienti affetti da disturbi psichici 1999-2002", ISTAT, 2006
- Maciocco Gavino, Ombroni Laura e Roti Lorenzo, "La nuova riforma sanitaria in Francia. La maîtrise médicalisée", Toscana Medica n. 2/05

- "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development", Commission on Macroeconomics and Health, WHO, 2001
- "Malattie soggette a vaccinazioni (numeri di casi)", ISTAT
- Mariotti, Sergio, "Stima dell'impatto delle patologie in termini di mortalità e disabilità", 2002
- Mestre-Ferrandiz, Jorge, "The Spanish health system: Reforms, problems and solutions", CNE 2003
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, RGSEP, 2004
- Moeller J., Sontang A. K., "Assessing the Performance of Health Systems – Contributions Made by the WHO", Business Briefing: Global Healthcare 2002
- Mossialos E., "Funding health care: options for Europe", European Observatory on Health Care Systems Series, 2002
- Murray Christopher J. L. e Evans David B., "Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism", World Health Organization, 2003
- Musgrove P., "Health insurance: the influence of the Beveridge Report", Bulletin of the World Health Organization, 2000
- "Nuove norme in materia di assistenza farmaceutica e per lo sviluppo del settore" (Turco, Battaglia, Labate, Cialente, Galeazzi, Magnolfi, Petrella, Bolognesi, Canotti, Giacco, Lucà, Bogi, Di Girolamo, Mascioni, Bettoni, Longhi, Tonini), Proposta di legge n. 5582, art. 12, febbraio 2005
- "OECD Health Data 2005: Statistics and Indicators for 30 Countries"
- "OECD Health Data 2006: Statistics and Indicators for 30 Countries"
- Pagán e Marchante, "Análisis de las diferencias salariales por discapacidad en Espana: el caso de los varones", 2004
- Pammolli F. e Salerno N. C., "Gli andamenti della spesa sanitaria: l'Italia in una sintetica comparazione internazionale su dati OCSE", Quaderni CERM, 1/04
- Pammolli F. e Salerno N. C., "Le potenzialità "neglette" del co-payment in farmaceutica tra stabilizzazione della spesa e nuovo universalismo", CERM, 24 agosto 2006
- Pellikaan Frank e Westerhout Ed, "Alternative Scenarios For Health, Life Expectancy And Social Expenditure", ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes) Research Reports, 2005
- "Per un Europa della Sanità: una panoramica delle differenze tra i sistemi sanitari dei 15 Paesi membri da superare per approdare ad un autentico federalismo europeo a tutela della salute", Avvenire Medico, 02/03
- "Permessi di soggiorno in Italia", ISTAT, 2006
- Perri, T. J., "Health status and schooling decisions of young men", Economics of Education Review, 1984
- Pessina Eugenio Anessi e Cantù Elena, "Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia", CERGAS, 2004
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, Ministero della Salute
- Pirmohamed M. et al., "Adverse Drug Reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients", BMJ 2004; 329: 15-9

- "Popolazione straniera residente in Italia al 1° Gennaio 2005", ISTAT
- "Prevalenza del fumo di sigarette fra il 1957 e 2004", DOXA, Indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana
- "Prevalenza di Fumatori e Grandi Fumatori nella popolazione con 15 anni e più", SISTAN, dicembre 2005
- "Previsione di crescita del PIL (2006 e 2007)", European Commission, Economic Forecasts, autunno 2005
- "Previsioni della popolazione", Ipotesi centrale, GeoDemo, ISTAT
- "Previsioni nazionali demografiche", ISTAT, 2006
- Quinn et al., Ann Oncol, "Mortalità per tumore (tassi standardizzati per la popolazione mondiale per 100.000) in selezionati Paesi europei", 2003;14:1148-52
- Recchi, Giuseppe (Presidente di GE Italia), "L'evoluzione della pratica medica: l'approccio "Early Health""; riunione dell'Advisory Board del progetto "Meridiano Sanità", 19 gennaio 2006
- "Reddito pro-capite e aspettativa di vita alla nascita nel 2002", World Health Organization
- Reinhardt Uwe E., "The United States Health-Care System: Recent History and Prospects", 2001
- "Relazione Generale Situazione Economica del Paese, 2001-2004", Ministero dell'Economia e delle Finanze
- "Relazione sulla Situazione Economica del Paese, 1999-2004", Ministero dell'Economia e delle Finanze
- Rico A., Costa-Font J., "Power rather than path dependency? The dynamics of institutional change under health care federalism", Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 30, Nos. 1-2 2005
- Riphahn, R. T., "Income and employment effects of health shocks – a case for the German welfare state", IZA Discussion Paper N. 10, giugno 1998
- Romanow Roy J., "Building on Values. The Future of Health Care in Canada", November 2002
- Smith, J. P., "Healthy bodies and thick wallets: The dual relation between health and economic status", 1999
- "Stranieri presenti in Italia al 1° luglio 2005, Principali nazionalità", Fondazione ISMU
- "Strategic plan 2005/2008", UK Healthcare Commission
- "Strumenti di regolazione del mercato farmaceutico: un'analisi ragionata", Quaderno CERM n. 3-04
- "Suggerimenti per la competitività dell'Unione europea (e dell'Italia)", Rapporto Ambrosetti - The European House, 2005
- "System of Health Accounts (SHA)", OCSE, 2000
- "Tassi standardizzati (sulla popolazione italiana) di mortalità (per 10.000), per sesso e totale", ISTAT, 1992-2002
- "Tassi standardizzati (sulla popolazione mondiale) di mortalità (per 10.000), per Regione di decesso e sesso", ISTAT, 2001
- "The Contribution of Health to the Economy in the European Union", Directorate General Health & Consumer Protection, European Commission, agosto 2005

- "The Dutch Health Care System in Transit! Finally?", IAAHS, Dresden 28 April 2004
- "The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations", World Health Organization, 2005
- "The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?", The University of Maine, 2001
- "The U.S. health system: an assessment and prospective directions for reform", Economics Department Working Paper No. 350, OECD, 2003
- "The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance", 2000
- "Third European Survey on Working Conditions", Commissione Europea ed Eurostat, 2004
- Tomba, Emile, "The Impact of Health on Productivity: Empirical Evidence and Policy Implications", 2002
- "US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States – Section 3 Health and Nutrition", 2006
- Verhoeks G. C., "More Value for Less Money. Reform Health Care in the Netherlands", The Edmund Burke Foundation, Brussels, 2004
- Vineis Paolo e Dirindin Nerina, "In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica", Gli struzzi, 2004
- Wanless D., "Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. Final Report", april 2002
- Wiffen P. et al., "Adverse drug reactions in hospital patients". *Bandolier Extra* 2002;1-15
- "World Development Indicators 2005", World Bank
- World Health Organization, HSPA

Allegato 1 - Modello previsionale della spesa sanitaria ed impatto dell'investimento in prevenzione

Scomposizione della spesa sanitaria pubblica per prestazioni al 2005

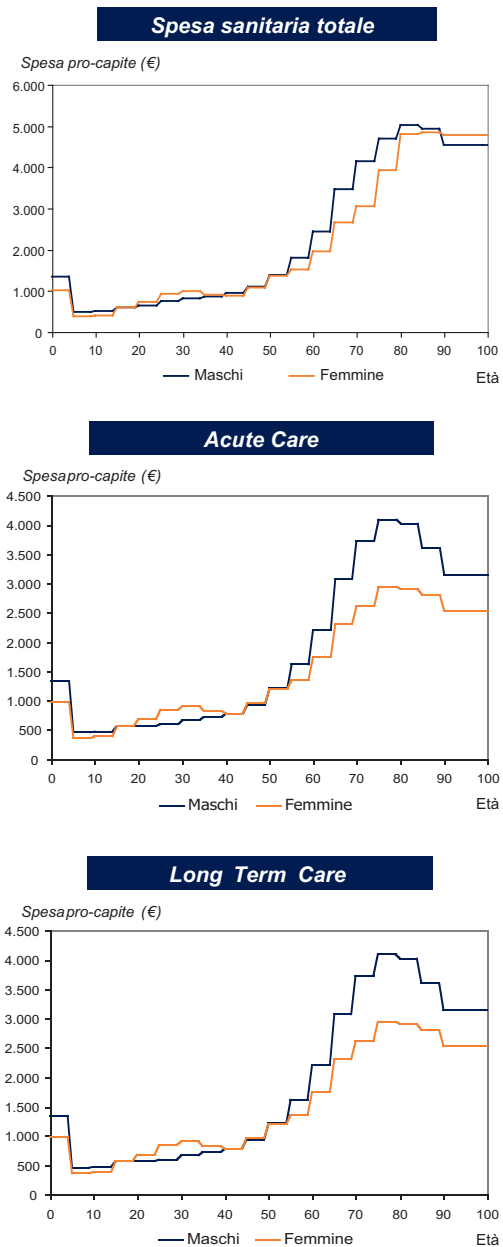


Figura 125. Scomposizione della spesa sanitaria pubblica per sesso, fascia di età e macro tipologia di prestazioni, valori 2005 -
 Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su Ragioneria Generale dello Stato

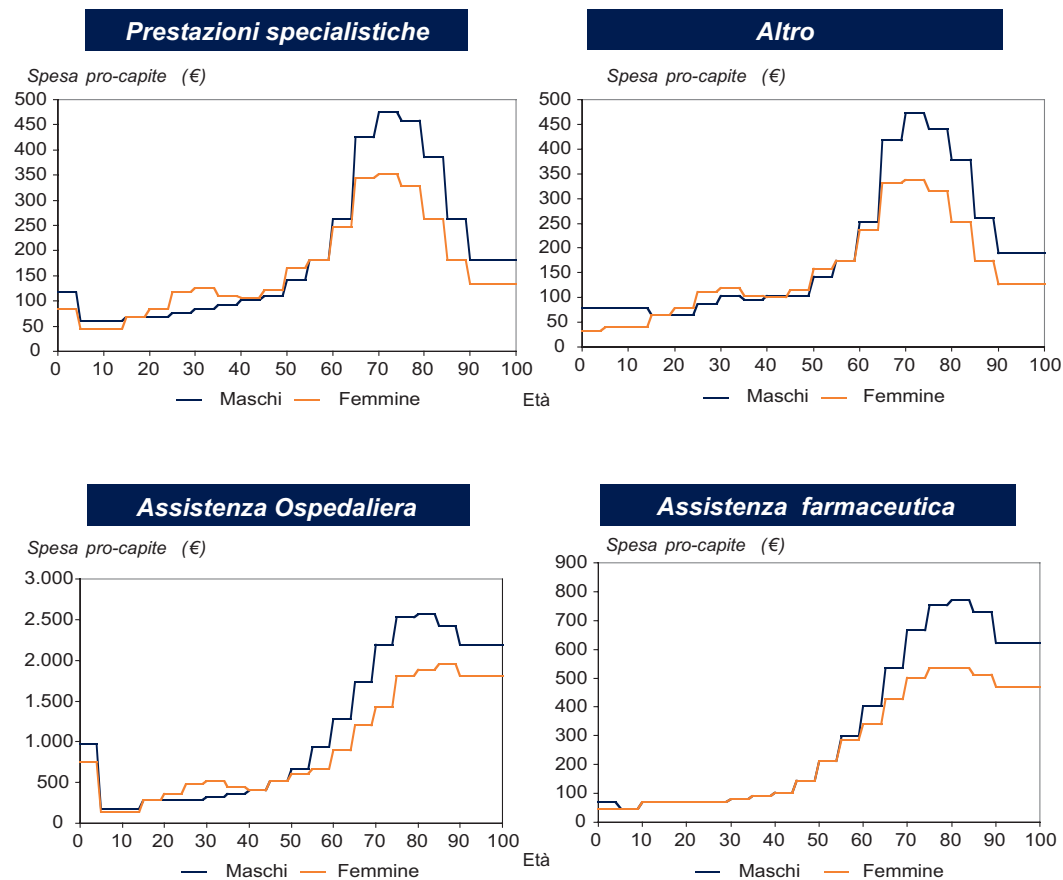


Figura 126. Scomposizione della spesa sanitaria per *Acute Care* per sesso, fascia di età e tipologia di prestazioni, valori 2005 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su Ragioneria Generale dello Stato

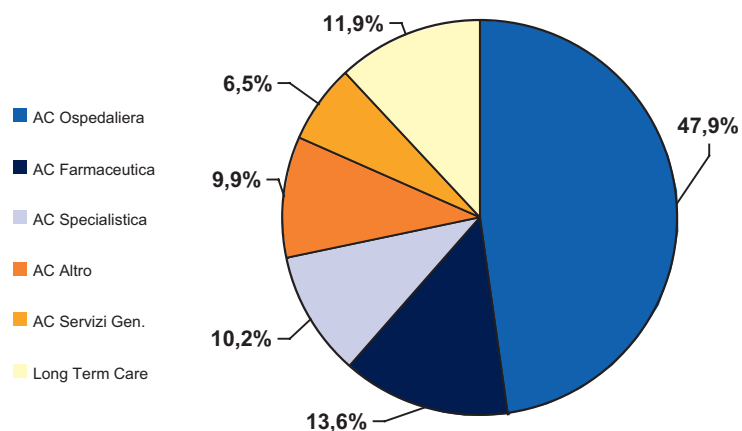


Figura 127. Scomposizione della spesa sanitaria pubblica per tipologia di prestazioni¹⁷⁶, valori 2005 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati ISTAT

176 - Per la voce "AC Servizi Generali" si è ipotizzata una distribuzione uniforme per sesso e fasce di età. Si è perciò ritenuto non necessario presentare un grafico, che sarebbe costituito da due linee rette sovrapposte.

Evoluzione della composizione della popolazione per fasce di età (2005-2050) e trend di crescita della popolazione over 65

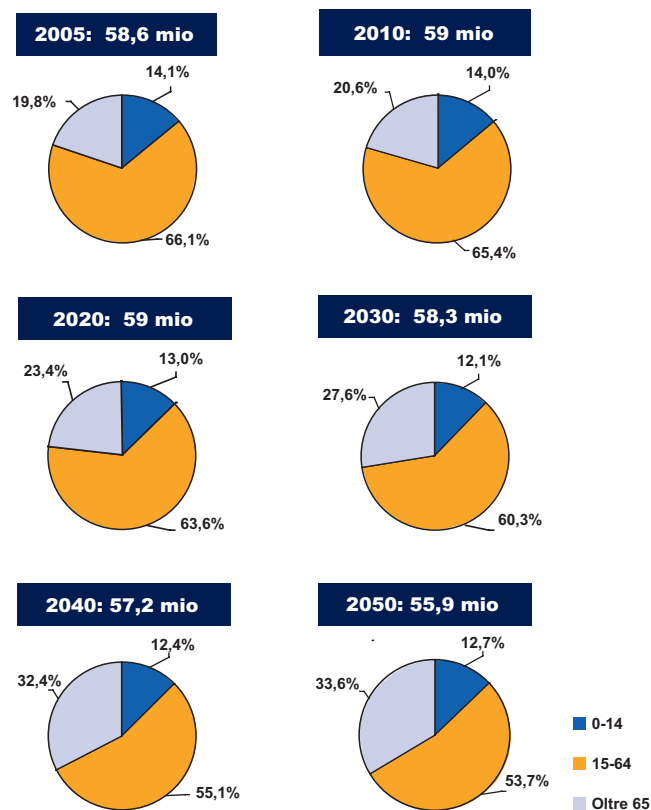


Figura 128. Evoluzione del valore assoluto della popolazione (box grigi) e della composizione per fasce di età, nel periodo 2005-2050 per decenni - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su "Previsioni della popolazione", Ipotesi Centrale, GeoDemo, ISTAT

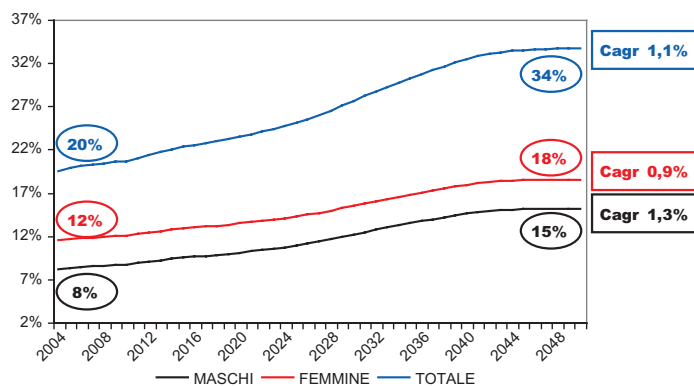
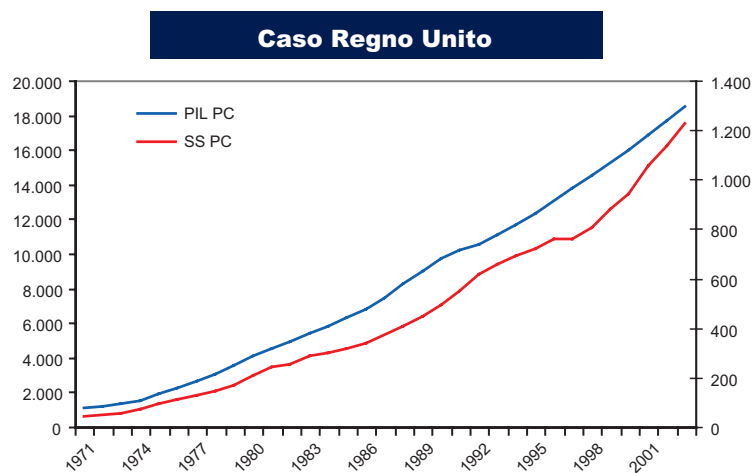
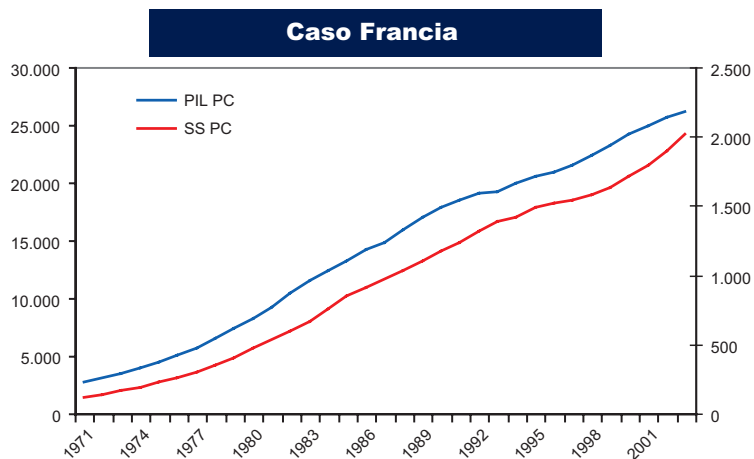


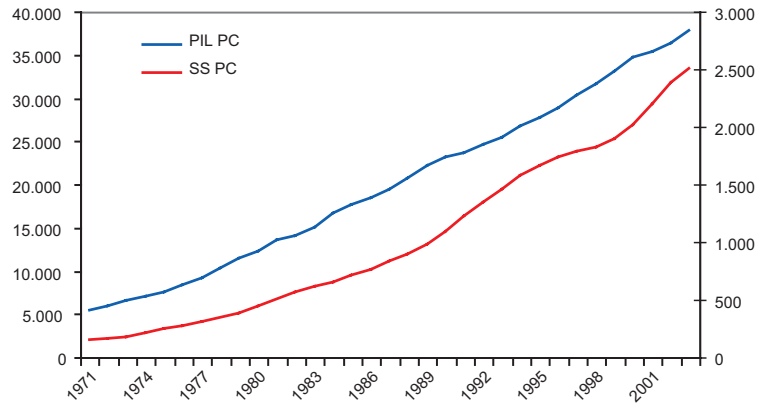
Figura 129. Trend di crescita della popolazione over 65 per sesso, nel periodo 2005-2050 - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su "Previsioni della popolazione", Ipotesi Centrale, GeoDemo, ISTAT

Analisi della relazione tra spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite

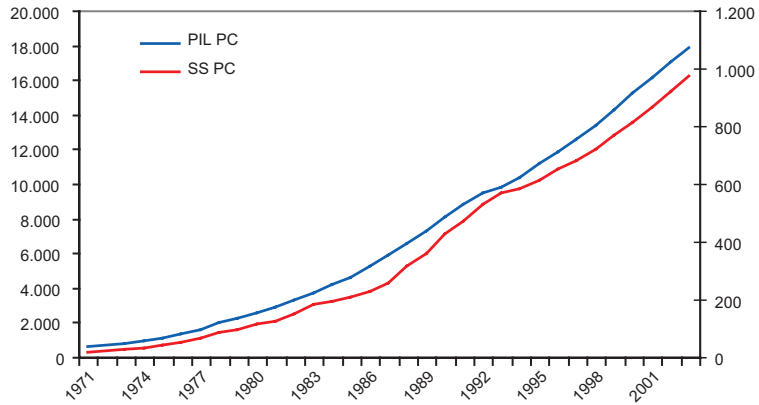
I grafici successivi mostrano l'evoluzione di Prodotto Interno Lordo *pro-capite* e spesa sanitaria *pro-capite* per un *panel* di 9 Paesi nel periodo 1971-2003. L'analisi dei grafici evidenzia come storicamente la crescita del PIL *pro-capite* e quella della spesa sanitaria *pro-capite* abbiano un andamento parallelo.



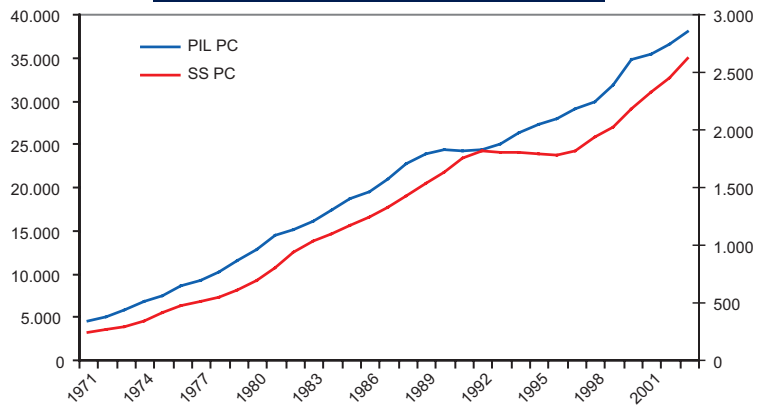
Caso Stati Uniti



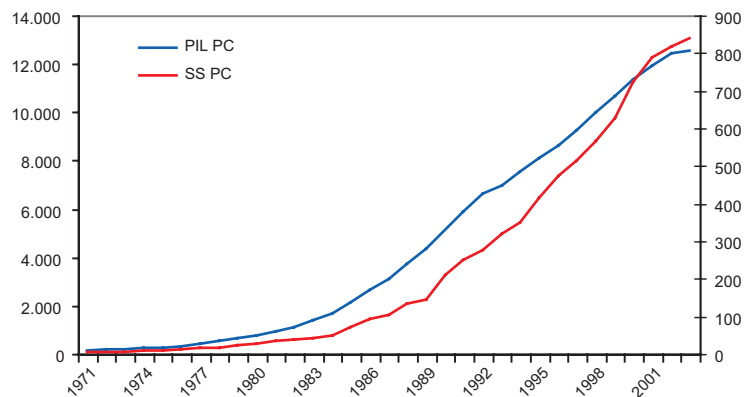
Caso Spagna



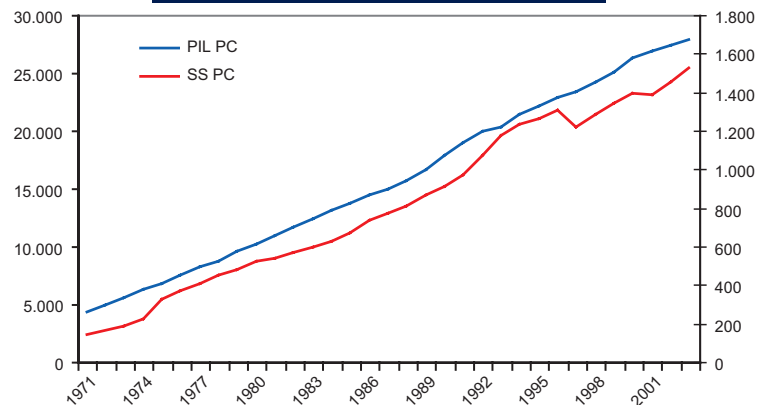
Caso Canada



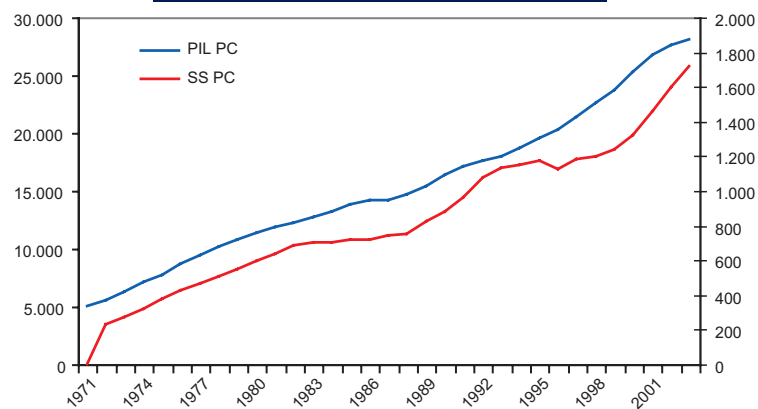
Caso Portogallo



Caso Austria



Caso Olanda



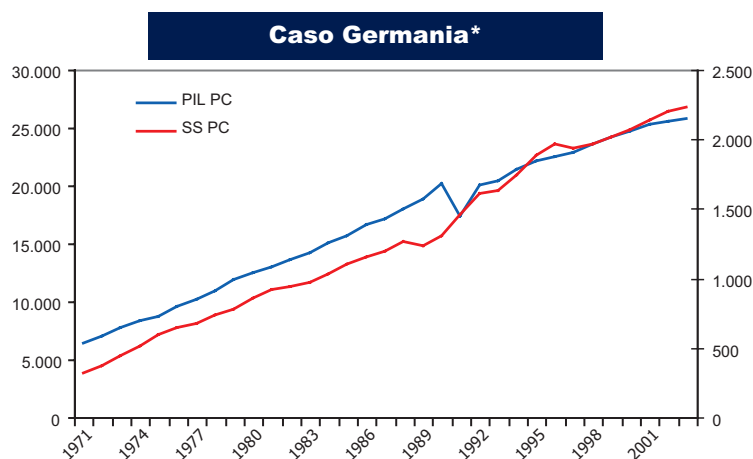


Figura 130. Andamento del Prodotto Interno Lordo *pro-capite* (scala asse sinistro) e Spesa sanitaria *pro-capite* (scala asse destro) nel periodo 1971-2003, valori in Euro – Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2005

(*) Per la Germania, la brusca diminuzione del PIL *pro-capite* registrata a cavallo del 1990-1991 è dovuta agli effetti dell'unificazione tra la Repubblica Federale di Germania (Germania Ovest) e la Repubblica Democratica Tedesca (Germania Est), quest'ultima caratterizzata da un livello di PIL *pro-capite* sensibilmente inferiore rispetto alla parte Occidentale.

Un'analisi di dettaglio delle rilevazioni storiche ha mostrato come storicamente, in media il rapporto tra variazione della Spesa Sanitaria *pro-capite* e variazione del PIL *pro-capite* è stato maggiore di 1, ma con un *trend* decrescente.

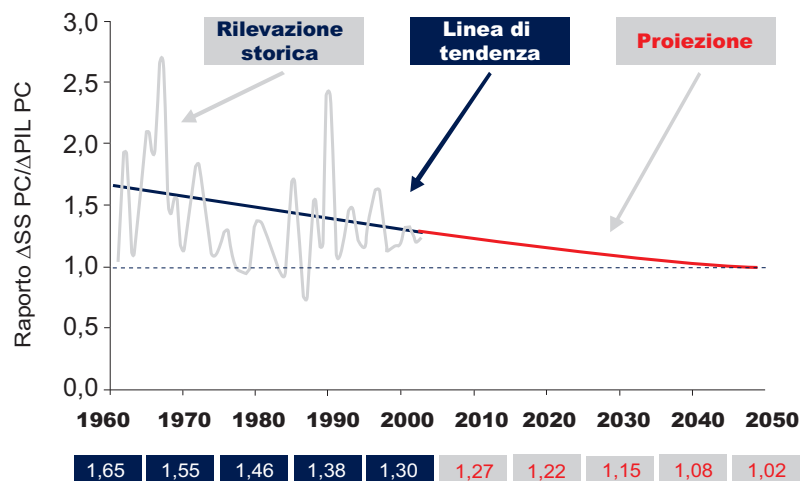


Figura 131. Evoluzione del rapporto tra variazione annua della spesa sanitaria *pro-capite* (SS PC) e variazione annua del PIL *pro-capite* (PIL PC) Sotto l'asse delle ascisse, sono indicati i valori decennali del rapporto in corrispondenza degli anni di riferimento - Fonte: Rielaborazione Ambrosetti - The European House su dati OECD Health Data 2005

Analisi di sensitività relativa all'impatto di diverse entità di un incremento della spesa in prevenzione sul valore della spesa sanitaria pubblica

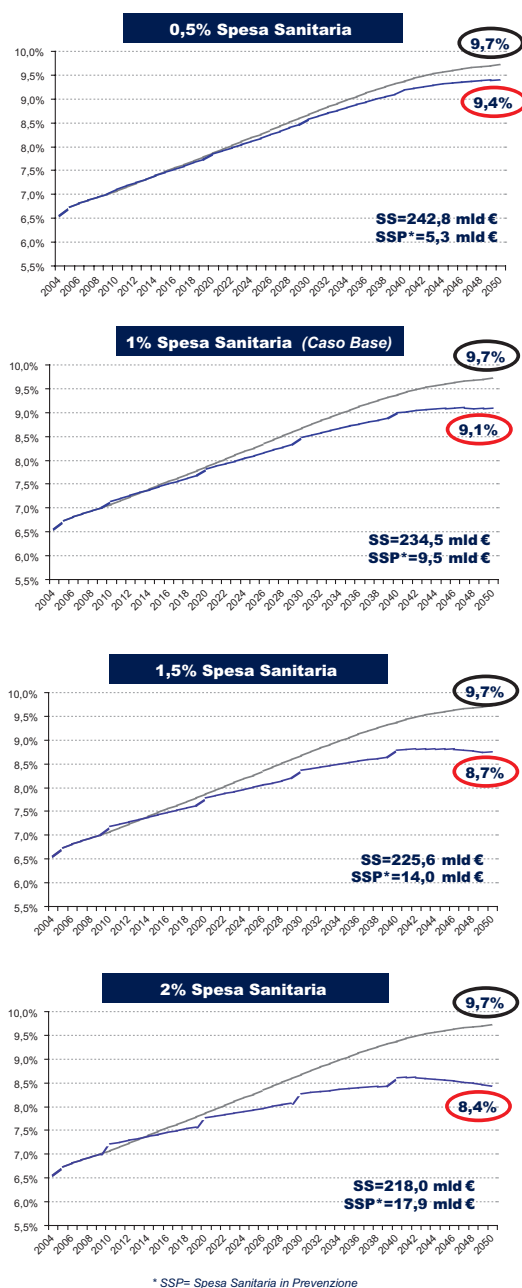


Figura 132. Rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL in relazione all'entità dell'incremento strutturale delle spese in prevenzione¹⁷⁷ (stima al 2050) - Fonte: Elaborazione Ambrosetti - The European House

177 - Le linee grigie mostrano l'andamento del rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL in assenza della decisione di incremento della spesa in prevenzione. Le linee blu mostrano l'andamento del rapporto in relazione a un incremento nell'investimento in prevenzione di una data entità. In ogni grafico è indicato il valore della spesa sanitaria pubblica (SS), il valore della spesa in prevenzione (SSP) ed il rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL relativa al 2050 relativo ad ogni scenario (percentuale nei cerchi rossi).

Analisi di sensitività relativa a differenti delay temporali entro cui si manifesta il beneficio di un incremento della spesa per prevenzione

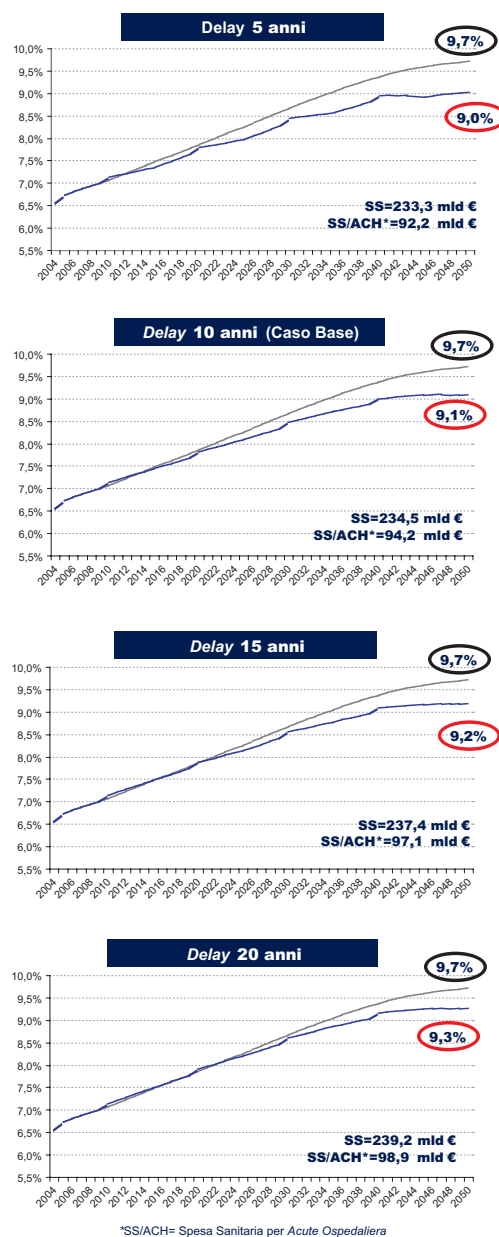


Figura 133. Rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL in relazione all'orizzonte temporale entro cui si manifesta il beneficio dell'incremento delle spese in prevenzione¹⁷⁸ (stima al 2050) - Fonte: Elaborazione Ambrosetti - The European House

178 - Le linee grigie mostrano l'andamento del rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL in assenza della decisione di incremento della spesa in prevenzione. Le linee blu mostrano l'andamento del rapporto in relazione a differenti orizzonti temporali di manifestazione del beneficio dell'investimento in prevenzione. In ogni grafico è indicato il valore della spesa sanitaria pubblica (SS), il valore della spesa per *Acute Care* ospedaliera (SS/ACH), verso la quale è ipotizzato si manifesti il beneficio della prevenzione ed il rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL relativo al 2050 relativo ad ogni scenario (percentuale nei cerchi rossi).

Allegato 2 - Sanità e scuola: al servizio del capitale umano prevenzione

SANITÀ E SCUOLA: AL SERVIZIO DEL CAPITALE UMANO¹⁷⁹

La riflessione svolta sui punti di forza e di debolezza della sanità in Italia è stata basata su due dati di fatto abbastanza semplici: 1) la spesa per la salute in Italia non è maggiore di quanto avvenga nella media dei Paesi sviluppati; 2) i risultati in termini di indicatori di salute, e più in generale di qualità della vita, sono in media buoni.

C'è qui un'evidente analogia con quanto comunemente si scopre riguardo al nostro sistema scolastico. L'analogia inizia con il fatto che ambedue questi grandi servizi – sanità e scuola – si occupano del nostro "capitale umano", al fine di migliorarlo. L'analogia prosegue con il fatto che in Italia ambedue sono sostanzialmente servizi pubblici, e del settore pubblico condividono qualità e problemi. La qualità principale sta nell'universalità del servizio e quindi nell'integrazione sociale (ciascuno è parte della stessa comunità civile) che ciò determina. I problemi derivano da una bias a favore dei partecipanti al sistema dal lato dell'offerta – insegnanti nel caso della scuola, medici nel caso della sanità – la cui protezione "sindacale" è ben maggiore di quanto avvenga nei confronti dei partecipanti dal lato della domanda: rispettivamente gli studenti e i pazienti.

Le analogie potrebbero continuare e, a ben guardare, sono almeno in parte costituzionalmente fondate: si confrontino l'art. 32 Cost. per ciò che riguarda salute/sanità con gli artt. 33 e 34 per quanto riguarda istruzione/scuola (non a caso si tratta di articoli limitrofi!). In ambedue i casi, è da tempo in discussione – e qualche timida riforma è già andata in quella direzione – una riorganizzazione delle responsabilità e delle competenze dei diversi livelli di governo: lo Stato, la Regione, la singola unità che eroga il servizio sia essa l'istituzione scolastica in un caso o l'ospedale nell'altro. C'è consenso – ma ciò non si è ancora pienamente realizzato, pur essendo nell'attuale nostro "federalismo", di cui all'art. 117 Cost. – sul fatto che allo Stato dovrebbero competere solo le norme generali, cioè i principi fondamentali e il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni (nel caso della scuola, è lo stesso art. 34 Cost. a individuare otto anni di istruzione inferiore "obbligatoria e gratuita"). Il resto va ripartito tra Regioni e cittadini-utenti in base a criteri di efficienza e di equità. Dalla Costituzione è chiaro: cure gratuite agli indigenti (art. 32 Cost.); ma anche un concorso alla spesa pubblica in ragione della propria capacità contributiva (art. 53).

Ormai da anni, il problema è: conviene mantenere l'attuale modello che ha di fatto esteso a tutti i cittadini-contribuenti ciò che era assicurato solo agli indigenti, cioè cure gratuite? E' lo stesso problema che mutatis mutandi si pone per la scuola: solo l'istruzione inferiore, per almeno 8 anni, è definita come gratuita. Il modello oggi prevalente secondo il quale è invece gratuito (cioè finanziato dal contribuente, ma non dal cittadino-utente) l'intero servizio offerto è inevitabilmente privo di contrappeso dal lato della domanda: la funzione di produzione rifletterà solo le preferenze e le scelte che si manifestano dal lato dell'offerta. Ed anche le invocazioni rivolte a mantenere sempre il cittadino-utente al centro della mission di questo essenziale servizio pubblico rischiano di suonare retoriche e/o paternalistiche se non sono basate su una espressione delle preferenze del cittadino, rappresentate nel modo più efficace possibile che si ha con una sua diretta partecipazione alla spesa sanitaria che lo riguarda.

E' in effetti abbastanza paradossale che non possa essere facilmente soddisfatto l'interesse di ciascuno di noi ad ottenere che i servizi al proprio capitale umano - rivolti alla sua istruzione od alla sua salute - siano della qualità desiderata. Senza peraltro arrivare alla stravagante situazione americana che è sì caratterizzata da un'elevata competizione che garantisce qualità alla sanità, ma nel contesto di una società dove l'ossessione alla competizione nuoce alla salute!!

D'altra parte, il recupero dell'efficienza e della qualità anche nei punti dove oggi è più carente non potrà aversi se non è "guidata" dalla domanda del cittadino. Dobbiamo rivalutare da un lato la capacità degli organi di governo (Ministero della Sanità) di gestire un sistema di indicatori della qualità dei servizi sanitari offerti dai diversi sistemi regionali, anche introducendo meccanismi in grado di stimolare la loro competizione. E dall'altro lato accompagnare ciò con la diretta partecipazione del cittadino. Il risultato atteso non essendo la riduzione di ciò che in media si spende per la salute in Italia, che non è in sé eccessivo, ma la correzione di tanti sprechi ed inefficienze, che sono ingiusti nei confronti dei pazienti che ne sono colpiti, più ancora che nei confronti di chi sostiene l'onere finanziario di tutto ciò.

Nella sanità, come nella scuola, alcuni sono danneggiati più di altri dalle inefficienze esistenti; e soprattutto sono scarse le risorse rivolte alla ricerca ed al progresso tecnologico con un evidente sacrificio scaricato sulle nuove generazioni.

Allegato 3 - I tavoli tecnici di Meridiano Sanità

IL TAVOLO “UNA SANITÀ AL SERVIZIO DEI CITTADINI”

Le Associazioni partecipanti al Tavolo rappresentano alcune fra le principali patologie oggi presenti in Italia. Di seguito, una breve descrizione introduttiva relativa a tali patologie.

ALZHEIMER

La malattia di Alzheimer colpisce oggi in Italia circa 500.000 persone. Cancella la personalità e l'intelligenza, annulla la memoria e con essa ogni conoscenza, ogni relazione, ogni affetto. Si calcola che ne sia colpito tra il 6% e il 10% della popolazione italiana sopra i 65 anni di età e si arrivi al 20% per quella sopra gli 80. Questo comporta di fatto che migliaia di anziani vivano nella più totale dipendenza dalla famiglia: dipendenza pratica, economica, affettiva, psicologica. Per il nucleo familiare è un peso devastante. Non esiste, del resto, alcun servizio specializzato nella Sanità Pubblica in grado di tentare una risposta adeguata alle disperate domande delle famiglie colpite. La Sanità Pubblica e le istituzioni nel loro complesso sono ancora drammaticamente insufficienti e le domande dei malati e delle famiglie non trovano risposte.

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

La BPCO colpisce circa il 4,5% della popolazione ed è la quinta causa di malattie croniche in Italia (ISTAT). Secondo l'OMS nel 2020 rappresenterà la terza causa di morte in molti Paesi. Alcuni dati consentono di inquadrare meglio la patologia in Italia: 18.000 decessi all'anno, 130.000 ricoveri annui con 11 giorni di degenza media del paziente presso strutture sanitarie, il 75% delle persone che presentano sintomi compatibili con questa patologia non ha una diagnosi adeguata.

DIABETE

In Italia sono circa 3 milioni i pazienti diabetici conclamati: il 10% con diabete tipo 1 (insulino-dipendenti) e il restante 90% con diabete tipo 2 (forme più subdole di diabete, che possono portare a dialisi, malattie cardiovascolari, cecità, ecc.). Il diabete colpisce prevalentemente la fascia d'età intorno ai 60-65 anni: il 12% circa della popolazione di questa fascia presenta una patologia conclamata. I ricoveri urgenti per questo tipo di patologie nelle strutture ospedaliere sono 70.000 all'anno. Il 6,7% circa della Spesa Sanitaria Nazionale è destinata alla cura di questa patologia e i costi (diretti ed indiretti) per le cure sono stimati pari a circa 5.500 milioni di euro.

EMODIALISI

Attualmente in Italia si contano circa 46.000 pazienti in dialisi, di cui circa il 90% con dialisi di tipo extra-corporeo (depurazione del sangue attraverso l'utilizzo di macchinari *ad hoc*) e il 10% di tipo peritoneale (effettuata a domicilio). Ogni anno si registrano circa 6.800-7.200 nuovi casi, che interessano qualunque fascia d'età. L'età media

dei pazienti è intorno ai 60 anni. Oggi si contano 947 strutture per dialisi in Italia tra pubblico e privato e si registra una crescente presenza di strutture private. Per quanto riguarda i trapianti, l'Italia si colloca al settimo posto rispetto ai principali Paesi europei, anche se in posizione arretrata rispetto a Paesi all'avanguardia come il Portogallo. Nel 2004 sono stati effettuati 1.740 trapianti di rene, mentre le liste d'attesa risultano ancora piuttosto lunghe (circa 7.000 persone attendono attualmente un trapianto).

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Secondo la Società Europea di Cardiologia, in Europa quattro persone su dieci muoiono prima dei 74 anni per una malattia cardiovascolare e nei Paesi occidentali una morte su due è legata ad un problema del cuore. Vi sono oltre tre milioni di pazienti cardiovascolari nella fascia di età compresa fra i 35 e i 75 anni: si tratta del 10% della popolazione malata entro questa fascia di età. Oltre i 75 anni la percentuale raddoppia. Il costo annuo dei ricoveri in Italia per queste patologie è di 855 milioni di euro. Su un totale di 1,2 milioni di ricoveri (le malattie cardiovascolari sono la prima causa di ricovero ospedaliero in Italia), nel 2000 i pazienti con scompenso cardiaco sono stati 127 mila (per un costo sociale di 214 milioni di euro), 77 mila quelli con angina instabile (con una spesa di 214 milioni di euro), 71 mila i ricoveri per infarto (270 milioni di euro). Sette italiani su 10 oltre i 14 anni dichiarano comportamenti associati al rischio cardiovascolare.

PARAPLEGIA

La FAIP (Federazione Italiana Associazioni Paraplegici) raccoglie 24 Associazioni regionali che si occupano di promuovere e tutelare i diritti delle persone con lesione al midollo spinale che in Italia si stimano essere circa 75.000.

Ogni anno in Italia circa 1.400-1.800 persone diventano para o tetraplegiche. Sul territorio nazionale non esistono strutture sufficienti a rispondere ai bisogni di questa complessa patologia. Nel sud del Paese, in particolare, non esistono strutture dedicate di adeguata qualità scientifica, organizzativa e professionale.

A fronte di un fabbisogno di circa 2.000 posti letto ne sono offerti in strutture qualificate circa 500.

Chi non trova spazio nelle Unità Spinali Unipolari è costretto ad essere ricoverato in strutture che non garantiscono lo stesso trattamento unipolare assicurato nei centri specializzati.

IL TAVOLO DELLA DISTRIBUZIONE FARMACEUTICA

ANTITRUST

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nota anche come Autorità Antitrust, è una "Autorità indipendente" istituita dalla legge n. 287 del 10 ottobre 1990. L'Autorità è un organo collegiale, tra le cui funzioni rientra quella di tutela della concorrenza, nell'ambito della quale all'Autorità sono stati attribuiti alcuni poteri volti a sollecitare, anche nell'attività legislativa e regolamentare, un'adeguata considerazione delle esigenze della concorrenza e del mercato.

Da sempre l'Antitrust è attenta a ciò che accade nei settori più importanti per il Paese e in quest'ambito si inserisce l'attività di monitoraggio e indagine sulla distribuzione del farmaco in Italia.

ASSOCIAZIONE DISTRIBUTORI FARMACEUTICI

L'Associazione, che ha carattere di rappresentanza imprenditoriale, riunisce 84 aziende, che realizzano 12 miliardi di euro, pari a circa l'85% del fatturato farmaceutico in Italia, e si propone di provvedere alla tutela delle aziende associate e più in generale alla valorizzazione del ruolo sociale ed economico della Distribuzione Intermedia Farmaceutica.

La sua missione è quella di operare per la corretta e completa diffusione del farmaco su tutto il territorio, assicurando alle aziende produttrici la presenza dei loro prodotti in tutte le farmacie del territorio e garantendo massimi livelli di qualità di conservazione e distribuzione, nel pieno ed assoluto rispetto delle leggi che regolano il settore. Favorisce con le sue attività ed i suoi servizi la relazione migliore tra produttore, farmacia e cittadino. È un servizio pubblico essenziale per la farmacia e la collettività, riconosciuto come tale in ambito istituzionale.

FEDERFARMA

Federfarma è la Federazione nazionale che rappresenta le circa 16.000 farmacie private convenzionate con il S.S.N. E' nata nel 1969 e tra i suoi compiti principali annovera la rappresentanza delle farmacie private nei confronti degli organismi politici, tecnici ed amministrativi, del S.S.N., di istituzioni, enti, aziende produttrici e distributori intermedi; la stipula a livello nazionale della convenzione farmaceutica; la sottoscrizione del contratto collettivo nazionale di lavoro per i 35.000 dipendenti delle farmacie private; la trasmissione alle farmacie delle comunicazioni, diramate dalle autorità sanitarie, riguardanti il servizio farmaceutico, consentendo il ritiro dal commercio dei farmaci pericolosi entro 24 ore; la trasmissione al Ministero della Sanità di tutti i dati delle ricette del S.S.N. raccolti dalle farmacie; la gestione di una Banca Dati sul farmaco e sul parafarmaco; l'organizzazione, tramite le farmacie, di campagne di informazione socio-sanitarie e altre attività connesse all'esercizio della professione.

FOFI

La Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani è un ente pubblico chiamato a coordinare l'attività degli Ordini e a rappresentare a livello nazionale la professione del farmacista. Essa si presenta quindi, al tempo stesso, quale "organo di autogoverno" dei farmacisti, dei quali garantisce e cura la professionalità nel rapporto con gli utenti, ed "ente esponentiale" dei farmacisti dei quali è chiamata a tutelare funzioni e prerogative e a sostenere aspettative ed esigenze di realizzazione.

A tale scopo FOFI sovrintende e tutela la professione del farmacista nell'interesse della collettività nazionale, è centro propulsivo per la crescita culturale e lo sviluppo professionale del farmacista, costituisce un tramite istituzionale tra la professione del farmacista e le pubbliche amministrazioni.

OSSERVATORIO FARMACI CERGAS UNIVERSITÀ BOCCONI

L'Osservatorio Farmaci è nato nel 1997 con l'obiettivo di raccogliere, sistematizzare ed analizzare criticamente i dati

qualitativi sulle politiche pubbliche ed i sistemi di gestione dell'assistenza farmaceutica; i dati quantitativi sul *trend* della spesa farmaceutica pubblica e privata a livello internazionale, nazionale e regionale; gli effetti delle politiche e dei sistemi di gestione dell'assistenza farmaceutica sul *trend* della spesa.

L'Osservatorio Farmaci produce due Rapporti all'anno sul *trend* della spesa farmaceutica, un Rapporto annuale sul ruolo delle Regioni nel governo dell'assistenza farmaceutica e diverse monografie annuali su tematiche di *policy* e di *management* dell'assistenza farmaceutica.

L'Osservatorio fa parte di CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale), centro attivo dal 1978 presso l'Università Bocconi.

IL TAVOLO "L'EVOLUZIONE DELLE PROFESSIONI MEDICHE E INFERMIERISTICHE NELLA NUOVA SANITÀ"

COMITATO SOLIDARIETÀ E SALUTE

Comitato per il sostegno e il rilancio del S.S.N., è nato nel 2000 per iniziativa di tre grandi sindacati medici autonomi: Fimmg, Anaaò e Sumai. Ad oggi hanno aderito al Comitato: la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici, il Collegio Nazionale degli Infermieri (Ipasvi), il Sindacato Nazionale dei dirigenti ospedalieri (Snabi sds), il Sindacato dei veterinari dipendenti pubblici (Civemp), l'Associazione Podologi, il Comitato diritti dei Cittadini (Codici), il Tribunale dei diritti del malato (Tdm) oltre a numerosi Deputati e Senatori. Il Comitato Solidarietà e Salute si pone lo scopo di diffondere la cultura di un Servizio Sanitario basato sull'universalità, sulla solidarietà e finanziato attraverso la fiscalità generale.

FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)

È l'organizzazione sindacale e l'associazione professionale nazionale dei Medici di Medicina Generale di assistenza primaria, dei medici comunque convenzionati e dipendenti operanti nel territorio, in ambito extraospedaliero, e di tutti i medici del sistema integrato dell'emergenza sanitaria. La FIMMG rappresenta i medici dell'assistenza primaria ed è inoltre articolata in diversi settori che rappresentano i comparti funzionali in cui operano i medici nel territorio sia nell'ambito del S.S.N., sia in quello di altre forme organizzate di erogazione dell'assistenza sanitaria. I Settori nei quali è articolata la FIMMG sono i seguenti: medici della continuità assistenziale; medici di emergenza sanitaria; medici della dirigenza medica territoriale e delle attività territoriali programmate; medici in corso di formazione in medicina generale e in possesso dell'attestato specifico in medicina generale ai sensi del D.L. 256/91, purché non abbiano alcun rapporto di lavoro dipendente o convenzionato con il S.S.N. o con altri organismi pubblici e privati. La FIMMG rappresenta circa 25.000 medici di medicina generale.

SNAMI (Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani)

È una associazione sindacale autonoma, apartitica, polisettoriale, non riconosciuta, senza fini di lucro e ha come scopo fondamentale la salvaguardia della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale del medico. SNAMI

rappresenta i seguenti settori: medici di medicina generale di assistenza primaria (medici di famiglia), dirigenza medica (nei sottosectori dipendenza in azienda, sul territorio, all'università), continuità assistenziale (Guardia Medica), emergenza territoriale (118), medicina dei servizi (medicina scolastica, etc.), liberi professionisti, SNAMI esperienza (medici pensionati). L'obiettivo è di tutelare la professionalità di tutti i settori con pari dignità normativa ed economica. SNAMI, firmatario di contratti, convenzioni e accordi nazionali, regionali e aziendali, diffuso su tutto il territorio nazionale, è presente in 80 province ed ha il suo vertice politico a Milano. Raggruppa circa 8.600 iscritti.

FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri)

È un Ente di Diritto Pubblico ausiliario dello Stato che riunisce e coordina gli Ordini professionali provinciali italiani e collabora con le Istituzioni per risolvere i problemi sanitari del Paese. Raggruppa circa 350.000 iscritti.

CUMI-AISS (Confederazione Unitaria Medici Italiani – Associazione Italiana Medici Specialisti in formazione e Specialisti)

Rappresenta tutti i settori del mondo medico: dipendenti, pediatri, medici di famiglia, medici in formazione e medici addetti ai servizi, alla guardia medica e all'emergenza. Il sindacato ha lo scopo prevalente di tutelare gli interessi degli iscritti in relazione alla dignità, gli aspetti economici normativi e previdenziali del rapporto di lavoro; la sicurezza sul posto di lavoro; il riconoscimento in ambito comunitario dei titoli rilasciati dalle scuole italiane di formazione e di specializzazione; la collocazione in tutti gli ambiti lavorativi sanitari. Conta circa 4.000 iscritti.

ANAAO-ASSOMED (Associazione Nazionale Aiuti Assistenti Ospedalieri – Associazione Medici Dirigenti)

Si ispira al principio costituzionale della tutela della salute individuale e collettiva da conseguire mediante l'erogazione, omogenea sul territorio nazionale, di servizi sanitari qualificati, efficienti ed efficaci, promuovendo l'evoluzione e la valorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, tutelando ad ogni livello il ruolo dirigente e l'autonomia professionale dei medici che in esse operano. Raggruppa circa 20.000 iscritti.

IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia)

È l'organismo che ha la rappresentanza nazionale degli infermieri italiani. La Federazione nazionale coordina i Collegi provinciali, che tra i loro compiti istituzionali hanno quello della tenuta degli Albi dei professionisti. Per esercitare la propria attività l'infermiere ha l'obbligo di esservi iscritto. Raggruppa 344.000 tra infermieri, assistenti sanitari e vigilatrici di infanzia.

Nel complesso, le associazioni aderenti al Tavolo rappresentano circa 750.000 professionisti della sanità.

TAVOLO DELL'ETICA E DELL'INFORMAZIONE IN MEDICINA

Data la composizione e i temi oggetto di discussione, questo Tavolo ha una forte valenza trasversale.

IL TAVOLO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SIP (Società Italiana di Psichiatria)

La Società Italiana di Psichiatria (SIP) discende dalla Società Freniatrica Italiana che fu fondata nel 1873 da Andrea Verga. La SIP ha lo scopo di promuovere ogni attività a vantaggio e tutela della salute mentale e di favorire lo sviluppo e la diffusione delle conoscenze sui disturbi mentali e sul loro trattamento. La Società conta circa 3.000/3.500 iscritti. In Italia sono oltre 500.000 le persone con esperienza di disturbi mentali gravi. Il 18% della popolazione ha sofferto almeno una volta nella vita di un disturbo mentale (Fonte: *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders - ESEMeD*)

SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia)

La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia (conta circa 6.000 iscritti), costituitasi il 22 novembre 1892 ed eretta in Ente morale, assume la denominazione di Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia - Federazione italiana (S.I.G.O.) e persegue tra i suoi scopi:

- promuovere e favorire gli studi in tutti i campi della ginecologia e dell'ostetricia ed in ogni altro settore ad essi collegabile, indicando periodicamente congressi, simposi e convegni internazionali e nazionali, di interesse generale o settoriale e corsi di aggiornamento;
- sviluppare e migliorare lo scambio di informazioni nelle discipline ginecologiche ed ostetriche favorendo la cooperazione nelle ricerche per nuove conoscenze in questi campi;
- promuovere e favorire la ricerca e l'insegnamento della materia in campo medico, paramedico e sociale, difendendo l'autonomia e l'unitarietà della disciplina in ogni suo aspetto scientifico e didattico;
- favorire, con i mezzi che le sono propri, il raggiungimento di un più elevato livello di salute della donna, finalizzando a ciò le sue attività per l'intero fenomeno riproduttivo umano, inclusa la fisiopatologia embrio-fetale.

SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria)

L'Associazione, che rientra nel novero delle Società Scientifiche medico-chirurgiche, si propone di tutelare i diritti e la dignità delle persone anziane specie se disabili e fragili. A tal fine l'Associazione ritiene che lo studio dell'invecchiamento (gerontologia) sia indispensabile per una corretta applicazione degli interventi clinico-terapeutici ed assistenziali propri della specialità "geriatria"; che l'analisi e l'intervento globale dei bisogni socio-sanitari dell'anziano si fondano sui principi della valutazione multidimensionale geriatrica (VMG); che debba essere assolutamente favorita la partecipazione alle attività societarie delle diverse componenti professionali (sanitarie e non) che concorrono alla VMG ed alla assistenza dell'anziano. La Società raggruppa circa 2.600 iscritti.

SIF (Società Italiana di Farmacologia)

La Società Italiana di Farmacologia è nata nel 1939 per iniziativa del prof. Pietro Di Mattei, Ordinario di Farmacologia all'Università di Roma, e di un piccolo numero di colleghi. Ha la specifica finalità di promuovere e diffondere in Italia

e all'Estero gli studi farmacologici e le loro applicazioni.

La società, che conta circa 1.200 iscritti, promuove la formazione di giovani ricercatori in discipline farmacologiche sia sperimentali che cliniche e svolge educazione continua in medicina per gli operatori della sanità nazionale ed internazionale, conformemente a quanto previsto per i Corsi E.C.M. dalle normative ministeriali nazionali ed internazionali.

SIC (Società Italiana di Chirurgia)

La Società Italiana di Chirurgia, costituita il 3 Aprile 1882, è una istituzione culturale, apolitica, il cui scopo è quello di favorire il progresso dell'arte e della scienza chirurgica, di facilitare lo scambio delle idee tra i chirurghi, coordinandone il lavoro, di tutelare il prestigio e gli interessi legittimi dei cultori della chirurgia. Per perseguire i suoi scopi la società, che conta circa 5.300 iscritti:

- tiene adunanze ordinarie e straordinarie;
- pubblica annualmente il risultato dei suoi studi nell'Archivio e negli atti della Società Italiana di Chirurgia;
- facilita, coi modi che ritiene più opportuni e a titolo di incoraggiamento, le imprese scientifiche rivolte a scopi didattici o all'incremento della chirurgia.

SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)

La Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), che raggruppa circa 6.000 iscritti, è un'associazione autonoma e indipendente, fondata nel 1982, nata per promuovere, valorizzare e sostenere il ruolo professionale dei medici di medicina generale, sia nella sanità italiana che nelle organizzazioni sanitarie europee e extraeuropee. In tutta Italia si contano più di 100 sezioni provinciali e subprovinciali coordinate a livello regionale. L'associazione, che si propone alle istituzioni pubbliche e private quale referente scientifico-professionale della medicina generale, presta particolare attenzione alle attività di formazione, di ricerca e di sviluppo professionale continuo, anche attraverso l'accreditamento dei propri soci. Tra i suoi obiettivi c'è anche l'istituzione di un dipartimento di insegnamento della medicina generale nelle facoltà mediche italiane, gestito da medici generali.

AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica)

L'Associazione Italiana Oncologia Medica è stata fondata il 7 novembre 1973 da 21 soci fondatori e raggruppa oggi circa 1.900 iscritti. L'Associazione ha lo scopo, tra l'altro, di riunire i cultori dell'Oncologia Medica al fine di promuoverne il progresso nel campo clinico, sperimentale, e socio-assistenziale, di favorire i rapporti tra gli oncologi medici, i Medici di Medicina Generale e gli specialisti di altre discipline, di stabilire relazioni scientifiche e di collaborazione con analoghe Associazioni italiane ed estere, ed altre società e organismi scientifici, nonché di partecipare e collaborare con organismi istituzionali nazionali, regionali e locali, compresi il Ministero della Salute, le Regioni, le Aziende Sanitarie, ed ogni altro organismo e istituzione sanitaria pubblica.

La Fondazione AIOM rappresenta i massimi *Opinion Leader* ed esperti del settore, attiva e promuove studi di ricerca traslazionale, è a fianco dei pazienti, informa i cittadini sulle principali novità, fornendo strumenti per combattere la battaglia

contro il cancro. La Fondazione AIOM è a fianco dei pazienti: nasce infatti con l'obiettivo collegare il mondo dell'oncologia con i pazienti per consegnare loro, nel più breve tempo possibile, i risultati delle cure più moderne. La Fondazione AIOM intende divenire il punto di riferimento nazionale per l'opinione pubblica e per le istituzioni sul problema dei tumori, non dal punto di vista della ricerca pura, di base e prettamente clinica ma su tutti i temi che portano un beneficio immediato o il più rapidamente possibile alle persone colpite e a tutti i cittadini in termini di prevenzione primaria.

SIMI (Società Italiana Medicina Interna)

E' costituita, con Atto Notarile del 30 maggio 1974, una Associazione Nazionale fra medici e cultori di Medicina Interna sotto la denominazione "Società Italiana di Medicina Interna", fondata nel 1887. La Società, che raccoglie circa 2.400 iscritti, si pone come scopo statutario l'adozione, attraverso programmi annuali, di attività formativa E.C.M., di una serie di iniziative scientifiche, culturali, pratiche e sociali proprie della medicina interna, l'assegnazione di borse di studio a giovani ricercatori meritevoli, nonché la promozione ed il finanziamento di ricerche scientifiche.

SIP (Società Italiana di Pediatria)

La Società Italiana di Pediatria, che raggruppa circa 8.000 iscritti, ha lo scopo di promuovere gli studi pediatrici e la loro diffusione, nonché le iniziative atte a tutelare la salute fisica e mentale e l'inserimento sociale del bambino e dell'adolescente. La SIP, inoltre, si impegna a garantire l'autonomia ed a difendere l'integrità della pediatria, intesa come insegnamento e come metodologia assistenziale. La Società ha tra i suoi soci medici specialisti pediatri operanti in ambito universitario, ospedaliero e nella pediatria del territorio. Alla SIP fanno capo 20 sezioni regionali, 13 Società Scientifiche affiliate e 17 gruppi studio permanenti. Ciascuna società affiliata e ciascun gruppo di studio si dedica a specifiche specializzazioni e tematiche di interesse medico e sociale.

IL TAVOLO DELLE REGIONI E DELLE AZIENDE SANITARIE

La spesa pubblica totale delle Regioni rappresentate nel Tavolo è di 39,27 mld di euro, pari al 44,4% della spesa sanitaria pubblica totale nazionale.

IL TAVOLO DELLE AZIENDE FARMACEUTICHE

ASTRAZENECA

Nata dalla fusione di Astra AB e Zeneca Group PLC, AstraZeneca ha una presenza sul mercato ed una forza tali da poter mettere a disposizione dei pazienti una importante gamma di farmaci innovativi, in importanti aree terapeutiche: gastrointestinale, cardiovascolare, oncologica, respiratoria, neuroscienze, controllo del dolore e infezione.

L'attenzione costante all'innovazione, sostenuta da una forte base di ricerca, è dimostrata dai forti investimenti a supporto: nel 2005 sono stati investiti in attività di Ricerca & Sviluppo 3,5 miliardi di US\$, (vale a dire oltre 14 milioni di dollari per ogni giorno lavorativo).

AstraZeneca impiega in Italia oltre 2.000 persone di cui 500 operano in uno stabilimento produttivo, centro di eccellenza che esporta in tutto il mondo.

BRACCO IMAGING

Fondata nel 1927 dalla famiglia che le ha dato il nome e la guida da tre generazioni, Bracco è oggi un gruppo integrato internazionale, *leader* mondiale nelle soluzioni globali per la diagnostica per immagini.

Nata come azienda farmaceutica, nei decenni l'azienda ha intensificato il suo impegno nella ricerca innovativa e specializzata negli agenti di contrasto per la diagnostica medica, che ha portato negli anni 70 allo sviluppo del primo mezzo di contrasto non-ionico pronto.

Le tre linee di prodotti di Bracco Imaging sono Radiologica, Risonanza Magnetica, e Ultrasuoni; utilizzano mezzi di contrasto su oltre 160 milioni di pazienti e sono commercializzati in oltre 120 paesi di tutto il mondo.

BRISTOL-MYERS SQUIBB

Bristol-Myers Squibb è tra i primi dieci gruppi farmaceutici nel mondo, con un fatturato complessivo di 19,4 miliardi di dollari, 43 mila dipendenti e un investimento in ricerca e sviluppo di oltre 2,5 miliardi di dollari. L'Europa rappresenta, al di fuori degli Usa, il mercato più importante e strategico per il gruppo.

L'Italia, con il suo fatturato di 630 milioni di Euro, un terzo dei quali destinati alle esportazioni, è uno dei più importanti poli di Bristol Myers-Squibb fuori dagli Stati Uniti. E' *leader* nell'area oncologica ed è tra le prime aziende nei settori cardiovascolare, antinfettivo, AIDS e terapia del dolore.

CHIESI FARMACEUTICI

Chiesi Farmaceutici è una società farmaceutica europea, con sede a Parma, specializzata nella ricerca, sviluppo e commercializzazione di prodotti terapeutici etici. La società fu costituita nel 1935 ed attualmente fattura oltre 500 milioni di euro e impiega più di 2700 persone a livello mondiale. Ha filiali in Italia, Francia, Regno Unito, Spagna, Grecia, Austria, Germania, Ungheria, Bulgaria, Repubblica Ceca, Slovenia, Slovacchia, Polonia, Pakistan, Brasile e Stati Uniti.

Le aree terapeutiche di maggior impegno per Chiesi sono quattro: respiratoria, cardiovascolare, muscolo-scheletrica/infiammazione, neonatologia.

ELI LILLY

Eli Lilly è una società farmaceutica che opera a livello internazionale ed impiega 42.000 persone in tutto il mondo commercializzando i suoi prodotti in 159 mercati. Lilly ha importanti impianti produttivi in 13 Paesi e laboratori di ricerca in 9; svolge sperimentazioni cliniche in oltre 60 Paesi.

L'attività dell'affiliata italiana è iniziata oltre 40 anni fa, con la produzione di capsule di gelatina. Attualmente è impegnata nella realizzazione del più grande stabilimento per la produzione di farmaci *biotech* in Italia.

Lilly Italia impiega circa 1100 dipendenti e nell'ultimo decennio ha ottenuto un incremento dei suoi risultati scientifici, produttivi e finanziari. Nel 2004, Lilly è risultata al 6° posto per numero di studi clinici realizzati e al 1° per il rapporto tra studi clinici realizzati e fatturato.

ITALFARMACO

Italfarmaco è uno dei più importanti gruppi farmaceutici italiani, fondato nel 1938, ed opera sia nel settore farmaceutico che in quello chimico.

Oggi il gruppo Italfarmaco è presente con la sua attività di vendita di prodotti etici in Italia, Francia, Spagna, Portogallo, Grecia e Russia dove impiega più di 1500 persone con un fatturato annuo complessivo superiore a 380 milioni di euro.

I prodotti, sempre ad elevato contenuto terapeutico, sono principalmente orientati alle aree cardiovascolare, immunoncologica, ginecologica, dermatologica, ortopedica e neurologica.

PFIZER

Pfizer è l'azienda farmaceutica leader del mercato mondiale sia dal punto di vista del fatturato che degli investimenti in ricerca. Con 80 sedi nel mondo, 120.000 dipendenti e centri di ricerca in varie nazioni, Pfizer raggiunge con i propri prodotti più di 150 Paesi.

Pfizer è *leader* anche sul mercato italiano, dove è presente dal 1955 ed oggi impiega circa 3.000 dipendenti. Nel complesso, il gruppo di ricerca italiano partecipa a circa il 60% dei progetti di ricerca condotti da Pfizer nel mondo.

SCHERING

Schering S.p.A. è la filiale italiana di Schering AG, gruppo farmaceutico con sede a Berlino operante da oltre 150 anni nel campo della salute e presente a livello mondiale con 150 filiali. Schering è impegnata nella ricerca, sviluppo, produzione e commercializzazione di farmaci di elevato valore clinico che aprono nuove prospettive in campo medico attraverso una sempre più profonda integrazione tra diagnosi precoce, prevenzione e terapia. Schering a livello mondiale investe circa il 20% del fatturato in ricerca e sviluppo di nuovi prodotti.

Schering in Italia è oggi presente nelle aree terapeutiche ginecologia e uro-andrologia, oncologia, diagnostica per immagini, terapeutici specialistici (sclerosi multipla e morbo di parkinson).

Schering S.p.A., che rappresenta una delle più importanti filiali nell'universo Schering AG, commercializza in Italia pressoché l'intera gamma dei prodotti Schering AG ed ha conseguito nell'anno 2005 ricavi complessivi pari a € 307,5 milioni. Schering S.p.A., che si colloca fra le prime venti società farmaceutiche in Italia per fatturato, rappresenta una realtà di primaria importanza ed è, da sempre, attenta alla divulgazione di una vera e propria cultura della salute.









MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

