

## **Centro Cergas - Università Bocconi di Milano - Rapporto OASI 2009**

(Alcuni spunti di riflessione - a cura di Imma La Torre)

### **A. La spesa sanitaria e i disavanzi sanitari**

Secondo i confronti internazionali, la spesa sanitaria italiana risulta essere inferiore di 1,2 punti percentuale rispetto alla media dei 15 Paesi (negli ultimi sette anni la differenza è stata pari a 1,7 punti percentuali). Ciò vale sia per la spesa pro-capite, **totale** (2.686\$PPA<sup>1</sup> contro 3.124 nel 2007) e **pubblica** (2.054\$PPA contro 2.173 nel 2006), sia per l'**incidenza sul PIL** della spesa stessa, **totale** (8,7% contro 9,3% nel 2007) e **pubblica** (6,9% contro 7,0% nel 2006).

La **spesa sanitaria corrente a carico del Ssn** ha subito nel 2008 rispetto al 2007 una **crescita modesta**, pari al 2,9%, confermando così il **deciso rallentamento del trend di crescita** degli ultimi anni (dal 2001 al 2008 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica è stato del 4,6% a fronte di un 8,1% nel periodo 1995-2001).

Anche la **spesa sanitaria privata corrente continua a mantenere tassi di crescita bassi**. Il suo trend mostra, dal 2003 al 2008, un aumento contenuto, con tendenza decrescente e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica.

Il finanziamento corrente (incluse le entrate proprie riscosse dagli enti del Ssn e le integrazioni regionali) è, nel 2008, pari a **103,447** miliardi di euro, con una crescita superiore all'economia nel suo complesso e un'incidenza sul PIL del 6,6%.

L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del Ssn a livello nazionale, rispetto al 2007, è stato del 3,5%, a fronte di un aumento della spesa del 2,9%. Ciò ha consentito una riduzione del disavanzo da 3,6 a 3,2 miliardi di euro.

**I disavanzi sanitari regionali.** Il disavanzo complessivo cumulato, dal 2001 al 2008, ammonta a 32,2 miliardi di euro e la quota ancora a carico delle Regioni (ovvero il disavanzo complessivo al netto delle assegnazioni dello Stato a parziale copertura dello stesso) è pari a 22,6 miliardi, corrispondenti al 70,3% del disavanzo cumulato.

---

<sup>1</sup> Parità di Potere d'Acquisto

**Il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente nel 2008, a livello regionale, presenta significative differenze tra le Regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2007 che vanno dal +8,0% del Friuli Venezia Giulia al 0,2% della Campania.**

E' interessante osservare come il tasso di crescita della spesa risulti mediamente più basso nelle Regioni che hanno stipulato un Piano di Rientro (PdR) con l'amministrazione centrale. Infatti, la crescita media nelle Regioni con PdR è stata pari all'1,0%, contro una crescita media nelle altre Regioni pari a +3,9%.

**La spesa sanitaria pubblica pro-capite, rispetto alla media nazionale, è più elevata nelle Regioni del Centro-Nord, con la sola eccezione di Lombardia, Veneto, Marche ed Umbria. Al Sud, con esclusione del Molise, la spesa è invece inferiore alla media nazionale.** La differenza interregionale si riduce, anche se in misura poco significativa, se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità sanitaria, ossia il dato di spesa sanitaria riferito alla popolazione residente. Di fatti, **il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle Regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Piemonte, Valle D'Aosta, PA di Trento, Liguria, Marche) e negativo in tutte le Regioni del Sud (escluso il Molise).**

Ci sono sostanziali divergenze nei livelli di equilibrio/disequilibrio economico-finanziario delle Singole Regioni (*vedi tabella 1. allegata sui disavanzi sanitari*). **L'incidenza di Lazio e Campania sul disavanzo annuale complessivo nazionale è aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, per attestarsi al 62% nel 2005 e ridursi leggermente nel 2006, per aumentare di nuovo nel 2007 al 68%. Nel 2008 le due Regioni, rappresentano il 67% del disavanzo totale, nonché il 55% del disavanzo cumulato, nonostante la Campania abbia quasi dimezzato il proprio deficit rispetto al 2007.**

Rispetto al disavanzo cumulato pro-capite è la Regione Lazio che ha il dato più alto, seguita dal Molise e dalla Campania.

**Le Regioni che nel 2008 presentano una situazione di equilibrio di lungo periodo sono la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia (che presenta un avanzo pro-capite cumulato di 112 euro) e la PA di Trento.**

Da sottolineare che i dati presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata, nell'ultimo triennio, dal livello nazionale e, quindi, consentono di verificare quanto le Regioni siano in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario.

I disavanzi sanitari, per le regioni hanno una straordinaria rilevanza, non solo perché devono essere coperti, ma anche perché l'accesso ai finanziamenti integrativi è stato vincolato, dagli Accordi vigenti, all'adozione di interventi mirati alla copertura dei disavanzi stessi. In tale direzione le strategie adottate dalle Regioni sono state molto eterogenee. Nello specifico:

1. **un primo gruppo di misure** fa riferimento alla leva fiscale: addizionale IRPEF, addizionale IRAP, bollo auto;
  - a. **le addizionali IRPEF** sono state introdotte da 14 Regioni. Le Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia R., Umbria, Marche) e la Puglia hanno optato per **un'aliquota progressiva**, mentre le Regioni Meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia) e il Lazio per un'**aliquota proporzionale**;
  - b. **le addizionali IRAP** sono state utilizzate da Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia R., Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia, che, nel corso degli anni, hanno deliberato diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (generalmente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se, contestualmente sono state previste una serie di agevolazioni a favore di particolari categorie di soggetti.
  
2. **Un secondo gruppo di interventi** di copertura dei disavanzi fa riferimento alla compartecipazione (ticket) alla spesa sanitaria. Oltre al ticket sul pronto soccorso applicato per le prestazioni classificate con codice "bianco" (prestazioni non urgenti), le misure di compartecipazione si sono focalizzate, principalmente, sull'assistenza farmaceutica.

## **B. L'Aziendalizzazione della sanità**

La riorganizzazione e l'aggiornamento dei sistemi sanitari continua ad essere oggetto di dibattito politico e scientifico, sia a livello nazionale che internazionale. Sostanzialmente il dibattito mira a individuare soluzioni, spesso contraddittorie, in direzione di: *efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta.*

Il Rapporto OASI, nella sua analisi, supera questa impostazione e si concentra su due presupposti:

1. non è costruttivo limitarsi alle "ricette", agli aspetti di principio, ai presunti punti di forza e di debolezza di alternativi modelli "ideali", ma è necessario soffermarsi ad una attenta osservazione della realtà, ai risultati effettivi e concreti che le "ricette" di volta in volta formulate sono in grado di produrre.
2. la responsabilità di un centro di ricerca sta nella capacità di introdurre nel sistema e nel dibattito politico, istituzionale e sociale dosi massicce di conoscenze al fine di incidere sulle tre determinanti del cambiamento, ossia *sapere, volere e potere*.

Secondo questa impostazione il Rapporto indaga il sistema sanitario con un approccio economico-aziendale. Al fine di una maggiore comprensione, il Rapporto, richiama alcuni elementi distintivi di tale approccio:

- la pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro è composto da aziende sia pubbliche che private) è definita non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Dal punto di vista interpretativo la funzionalità complessiva del sistema dipende quindi dai livelli di funzionalità di ciascuna azienda e dall'interazione tra le diverse aziende. Dal punto di vista normativo, analogamente, la funzionalità del sistema si può migliorare modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Nella definizione delle politiche pubbliche non bisogna imporre comportamenti uniformi, ma è necessario creare le condizioni e fornire gli incentivi affinché le singole aziende migliorino le proprie modalità di funzionamento.
- L'aziendalizzazione non va intesa come negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, né come minimizzazione dei costi, né tanto meno come massimizzazione dei profitti. E' invece un approccio logico che richiede alle aziende sanitarie di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri portatori di interessi (pazienti, operatori, fornitori, finanziatori) utilizzando al meglio le risorse disponibili. A tal fine le aziende devono ricercare continuamente modalità alternative di acquisizione e di impiego delle risorse per poter ampliare la copertura dei bisogni, anziché ridurre i bisogni soddisfatti. Il tutto all'interno di una continua verifica per accertare che i bisogni a cui vengono destinate le risorse siano quelli più rilevanti.

Fatte queste importanti premesse il Rapporto continua la sua analisi in merito alle principali caratteristiche del Ssn e dei Ssr.

## **I principali risultati: assetti del sistema**

In un sistema sanitario sempre più regionalizzato, gli assetti di sistema si possono descrivere a partire dai principali strumenti di governo di cui le Regioni dispongono in quanto 'capogruppo' del Ssr. In questo contesto le Regioni devono stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche, dotando le aziende di autonomia giuridica ed economica.

Il Rapporto sottolinea come, a fronte di una forte attenzione verso le iniziative di "ingegneria istituzionale", sia poco significativo descrivere l'assetto dei Ssr in termini delle loro "classiche" aziende pubbliche (ASL e AO), equiparate, private accreditate. Ciò nonostante il Rapporto contiene alcune tabelle che, in dettaglio, presentano l'evoluzione di ASL e AO dai primi anni novanta ad oggi con le principali caratteristiche dimensionali di tali aziende nelle diverse Regioni. In sintesi:

- Attualmente le ASL sono 148 e, quasi sempre, hanno un ambito di riferimento provinciale, in alcuni casi addirittura regionale. Le ASL sub-provinciali rimangono esclusivamente nelle grandi aree metropolitane e in Veneto, Friuli- Venezia Giulia, Umbria e Abruzzo. Le dimensioni medie delle ASL, nonostante i recenti accorpamenti, risultano ancora molto differenziati tra le Regioni. Le AO a livello interregionale sono differenziate sia per numero che per dimensione media. Le tabelle evidenziano (*vedi tabella 2. allegata*) una serie di innovazioni istituzionali intervenute durante questi anni che, oltre ad includere gli accorpamenti e lo scorporo di ASL e AO, sottolineano la creazione di nuovi soggetti giuridici (es. accorpamenti di ospedali e poi integrati con l'Università), nonché gli interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende (programmazione, contrattazione, coordinamento a livello di "area vasta"). Queste modifiche agli assetti istituzionali, secondo il Rapporto, sembrano rispondere a esigenze di reintegrazione e/o riconnessione delle aziende pubbliche. Ciò è confermato anche dalla progressiva affermazione delle logiche di rete: si diffondono le reti regionali per patologia; si sviluppa la specializzazione differenziata tra stabilimenti ospedalieri coordinati tra loro; si integrano processi ospedalieri e territoriali.

## **I principali risultati: risorse strutturali, servizi erogati, livelli di spesa**

- a. **Strutture ospedaliere.** Il numero di strutture di ricovero pubbliche (AO, presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali) ed equiparate (IRCCS, policlinici universitari a gestione diretta, ospedali

classificati o assimilati, istituti qualificati presidio dell'ASL, enti di ricerca) rispetto agli anni Novanta si è notevolmente e costantemente ridotto: da 1068 nel 1995 a 657 nel 2007.<sup>2</sup> Il numero delle strutture private accreditate è rimasto invece sostanzialmente invariato dal 1995 al 2005 (circa 550), per poi registrare un lieve aumento nel 2006 (563) e una diminuzione nel 2007 (542).

- b. Posti letto.** Il numero dei posti letto (p.l.) per degenza ordinaria (pubblici e privati accreditati, per acuti e non) hanno subito una significativa riduzione, passando da circa 357.000 nel 1995 a poco più di 228.000 nel 2007. Il decremento è stato sistematico nelle strutture pubbliche ed equiparate, mentre nelle strutture accreditate si è verificato un percorso altalenante con una riduzione complessiva del 13%, con periodi di crescita ed altri di decremento. Un aumento significativo ha riguardato il numero dei p.l. in Day Hospital che è passato da circa 15.000 nel 1995 a circa 31.000 nel 2007. La riduzione dei p.l. è stata particolarmente significativa nei presidi a gestione diretta ASL. Per quanto riguarda la dotazione media nazionale dei p.l. in regime di degenza sia ordinaria che diurna, nel 2007 era pari al 3,8 x1000 abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti. Dato in linea con il nuovo standard di 4,5 p.l. complessivi, ma che non rispetta la ripartizione tra acuti (3,5) e non acuti. Ciò è dovuto alla mancanza di idonee azioni di riconversione dei p.l. per acuti in posti letto per riabilitazione e lungodegenza.
- c. Distribuzione p.l.** A livello regionale la distribuzione dei p.l. è molto differenziata, con 5 Regioni al di sopra dello standard complessivo (Molise, Lazio, Trento, Abruzzo, Emilia R.). Se si prende a riferimento la ripartizione tra tipologie di ricovero, solo tre Regioni (Campania, Umbria, Piemonte) presentano una dotazione di p.l. per acuti conforme o inferiore allo standard (3,5). Solo una Regione (Molise) ha una dotazione, significativamente, superiore a tale limite (5,2). In merito ai p.l. per la riabilitazione e la lungodegenza tutte le Regioni, con esclusione di Trento e del Lazio, hanno un'offerta ancora sottodimensionata.
- d. P.l. strutture accreditate.** Nel 2007, la percentuale dei p.l. in strutture private accreditate a livello nazionale era in media pari al 19,2%. Da considerare che il privato accreditato, in alcune Regioni, costituisce una quota molto rilevante dell'offerta: Calabria 37,1%; Campania 30,1%; Lazio

---

<sup>2</sup> Va considerato che tale riduzione non dipende solo da interventi di dismissione o di conversione in strutture extraospedaliere, ma anche da operazioni di accorpamenti funzionali di più ospedali in un unico presidio.

28,3%. Al contrario tale quota è molto bassa in: Liguria (2,4%); Basilicata (2,5%); Veneto (6,4%); Umbria (8,1%). E' assente in Valle D'Aosta.

- e. Assistenza territoriale.** Il periodo 1997-2007 ha visto un incremento delle strutture territoriali del 28%, con una forte presenza del privato accreditato. In tale periodo le strutture semiresidenziali sono aumentate del 171%, con una incidenza del privato accreditato del 57% nel 2007; le strutture residenziali sono incrementate del 180% con un peso del privato accreditato del 73%. Si tratta di servizi prevalentemente rivolti agli anziani. L'offerta dei servizi ambulatoriali e di laboratorio è distribuita abbastanza equamente tra pubblico e privato, con una prevalenza di quest'ultimo (60%). Per quanto riguarda "altre strutture territoriali"<sup>3</sup> l'offerta è garantita da strutture pubbliche per il 89%. Ovviamente tali dati sono molto differenziati tra le varie Regioni.
- f. Personale dipendente.** Nel periodo 1998-2008 il personale dipendente è aumentato complessivamente dell'1%. L'aumento della spesa per il personale è stato comunque inferiore all'aumento complessivo della spesa sanitaria corrente, con una incidenza del 43,3% nel 1997, diminuita al 33% nel 2008.
- g. Medicina generale.** Il numero dei MMG e dei PLS, nel periodo 1997-2007, a livello nazionale, è rimasto sostanzialmente stabile. Nel 2007, il carico potenziale (riferito alla popolazione assistibile) ed effettivo (riferito al numero di scelte) dei MMG era rispettivamente di 1.094 e 1.114 persone. Mentre per i PLS su 1010 assistibili, l'effettivo era 827 scelte. Ciò evidenzia che per molti bambini viene scelto un MMG anziché un PLS.
- h. Assistenza e prestazioni territoriali.** I dati sistematici relativi a questa tipologia di assistenza sono disponibili solo a partire dal 2004. Le rilevazioni più complete riguardano le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2006 sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni, con una media regionale per abitante che va dalle 16 prestazioni dell'Umbria alle quasi 25 di Veneto e Liguria, per una media nazionale di circa 22. Una forte differenziazione regionale riguarda l'assistenza domiciliare integrata. Nel 2006 sono stati mediamente trattati in ADI 774 pazienti ogni 100.000 abitanti. Qualche dato regionale: 53 casi per 100.000

---

<sup>3</sup> Tale voce comprende: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materni infantili, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

abitanti in Valle D'Aosta contro i 2095 del Molise e i 2163 del Friuli Venezia Giulia. Si tratta di anziani nel 94,5% dei casi trattati in Liguria e solo nel 57% dei casi in Molise. Anche l'intensità di assistenza erogata è differenziata: si passa dalle 183 ore per caso trattato in Valle D'Aosta alle 8 ore del Molise.

- i. **Valutazioni sullo stato di salute degli italiani.** L'Italia ha una speranza di vita alla nascita tra le più elevate al mondo (nel 2006, 81,2 anni). Certamente hanno contribuito le migliorate condizioni economiche e socio-culturali, ma un ruolo importante è stato svolto dal Ssn. Ne sono un esempio le campagne di vaccinazione contro le malattie infettive, l'offerta di servizi di emergenza ed urgenza, le attività di prevenzione per ridurre l'incidenza dei tumori. Riguardo al grado di soddisfazione dei cittadini, circa il 51% esprime un giudizio soddisfacente sul Ssn. Tale dato è molto differenziato tra le diverse aree del Paese: nelle Regioni del Nord si registra un grado di soddisfacimento pari al 74%, mentre al Sud gli insoddisfatti sono circa il 78%. Tali differenti gradi di soddisfazione aiutano a comprendere i flussi interregionali di mobilità sanitaria. Infatti la relazione tra mobilità e qualità percepita è confermata anche dalle rilevazioni dell'ISTAT, da cui emerge che, nel 2005, il 59,5% dei ricoveri fuori Regione è da attribuire alla maggiore fiducia nella competenza dei medici della struttura scelta.