



ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA - 2001

Prometeo



Indagine sulle realtà territoriali delle Aziende Usl:
stato di salute della popolazione, servizi sanitari,
contesto demografico ed economico

Ilesis

Ricerca e Formazione
per i Sistemi Sanitari



Nebo
Ricerche PA



Prometeo 2001 è realizzato con il contributo di:

UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA

CATEDRA DI IGIENE

DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

DIREZIONE CENTRALE PER LE INDAGINI SULLE ISTITUZIONI SOCIALI

ILESIS

RICERCA E FORMAZIONE PER I SISTEMI SANITARI

NEBO RICERCHE PA

FARMINDUSTRIA

Comitato Promotore

GIUSEPPE CANANZI¹, IVAN CAVICCHI², VIVIANA EGIDI³, CESARE FASSARI⁴, AUGUSTO PANÀ⁵

Gruppo di lavoro

Modello ed elaborazione degli indicatori di epidemiologia dei servizi sanitari, materiali e metodi, classifica sullo stato di salute della popolazione e schede di dimissione ospedaliera

GIUSEPPE CANANZI, coordinamento generale

NATALIA BUZZI⁶, coordinamento tecnico

VITTORIA BURATTA⁷ e ARMANDO MUZZI⁸, supervisione scientifica

LUISA FROVA⁹, SILVIA BRUZZONE⁹, ALESSANDRA BURGIO⁹, RAFFAELLA IACOUCCI¹⁰,

NEBO RICERCHE PA, servizi di elaborazione dati

MICO, realizzazione informatica

Analisi degli indicatori a livello regionale e di Asl, il ruolo del farmaco nella società italiana, integrazione pubblico e privato, confronti internazionali

CESARE FASSARI, coordinamento generale

FEDERICO SPANDONARO¹¹, coordinamento scientifico

ANNARITA BARRELLA¹², CRISTINA GIORDANI¹², LAURA FIORAVANTI¹², LAURA FRANCIA¹²,

AURORA POLACSEK¹², EMANUELA PIERONI¹³

ANDREA MORETTI¹⁴ e LORENZO TERRANOVA¹⁵, consulenza scientifica

ITALPROMO ESIS PUBLISHING, coordinamento editoriale e Cd

¹ Dirigente Ufficio Studi ARAN, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

² Direttore Generale Farminindustria, Docente di Sociologia sanitaria, Università La Sapienza di Roma

³ Direttore Dipartimento Statistiche Sociali Istituto Nazionale di Statistica

⁴ Presidente Ilesis

⁵ Direttore Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

⁶ Coordinatore Gruppo di Ricerca Nebo Ricerche PA, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

⁷ Direttore Centrale Istituto Nazionale di Statistica

⁸ Coordinatore Master in Epidemiologia dei servizi sanitari, Università di Roma Tor Vergata

⁹ Ricercatore Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sanità Assistenza

¹⁰ Collaboratore Cifaps, Università di Roma Tor Vergata

¹¹ Coordinatore Master in Economia e Gestione Sanitaria, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

¹² Collaboratore LARES Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

¹³ Ricercatrice Ilesis

¹⁴ Vice Direttore Generale Farminindustria

¹⁵ Responsabile Ufficio Economia Sanitaria Farminindustria

I dati di base della ricerca sono stati cortesemente messi a disposizione dalle seguenti istituzioni:

ISTAT	contesto demografico, dati di mortalità, dati di attività istituti di cura, occupazione e disoccupazione
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, RGS-Igop	assetti retributivi ed occupazionali del personale Ssn
MINISTERO DELLA SALUTE	schede di dimissione ospedaliera, medicina di base, malattie infettive
INAIL	infortuni sui luoghi di lavoro e rendite
ISTITUTO TAGLIACARNE	valore aggiunto e consumi
ANCITEL	depositi bancari e consumi elettrici

Hanno partecipato alla discussione degli indicatori ()*

Gigliola Forzato, Alessandro Salvati	INAIL - Consulenza statistico-attuariale
Giuseppe Lucibello, Stefano Tomasini	RGS - Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale, Servizio contrattazione, divisione VI

(*) Il lavoro si è concretizzato grazie alla disponibilità dimostrata dalle Istituzioni e dalle persone citate sia nel fornire i dati di base che nel discutere le proposte di indicatori via via presentate. Il gruppo di lavoro di Prometeo si assume ogni responsabilità per i contenuti e le scelte di studio effettuate e per ogni errore eventualmente commesso nella realizzazione della ricerca. Un ampio ringraziamento va alle persone citate per i preziosi suggerimenti formulati, poiché si è trattato di un lavoro complesso e frutto di approfondimenti vasti e diversificati che pertanto non impegnano le Istituzioni che vi hanno collaborato.

6. L'integrazione pubblico-privato

6.1. PREMESSA

L'intervento dello Stato nel settore sanitario è giustificato dall'importanza che assume il "bene" salute, e conseguentemente l'assistenza sanitaria quale strumento indispensabile per il suo mantenimento.

La necessità di garantire l'accesso ai servizi sanitari anche ai soggetti che non dispongono dei mezzi finanziari necessari per acquistarli in un mercato completamente privato, regolato dal meccanismo del prezzo, e la convinzione che l'intervento pubblico avrebbe garantito un'offerta di servizi sanitari più adeguata alle necessità dell'intera collettività, ha determinato l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli anni '90 hanno visto il Ssn, come peraltro i servizi sanitari della gran parte dei Paesi sviluppati, andare in crisi sotto la spinta di numerosi fattori, fra i quali – senza pretesa di esaustività – ricordiamo: invecchiamento demografico, rapido e costoso sviluppo tecnologico, aumento delle aspettative di tutela da parte dei cittadini, sempre più stringenti vincoli di bilancio.

Nel dibattito in corso le modalità di organizzazione dei servizi sanitari sono al centro dell'attenzione, senza peraltro che un modello sembri poter oggettivamente prevalere su un altro: anzi si assiste ad una progressiva convergenza dei modelli: quelli maggiormente "pubblici" cercano di aprirsi al contributo del settore privato e viceversa in quelli più "privatistici" aumenta la quota di intervento pubblico.

In Italia le riforme sembrano per un verso enfatizzare la ricerca di una maggiore efficienza attraverso l'introduzione di strumenti e principi di gestione manageriale nei servizi sanitari, per un altro di razionalizzare il contributo degli erogatori pubblici e privati (accreditati), senza dimenticare l'allargamento delle tipologie di offerta di copertura assistenziale, ottenuto incentivando lo sviluppo di fondi integrativi.

La situazione attuale vede peraltro ancora rischi di duplicazione delle prestazioni garantite dal Ssn e di quelle erogate dal settore mutualistico-assicurativo, che si vorrebbero invece integrative rispetto a quelle offerte dal Ssn.

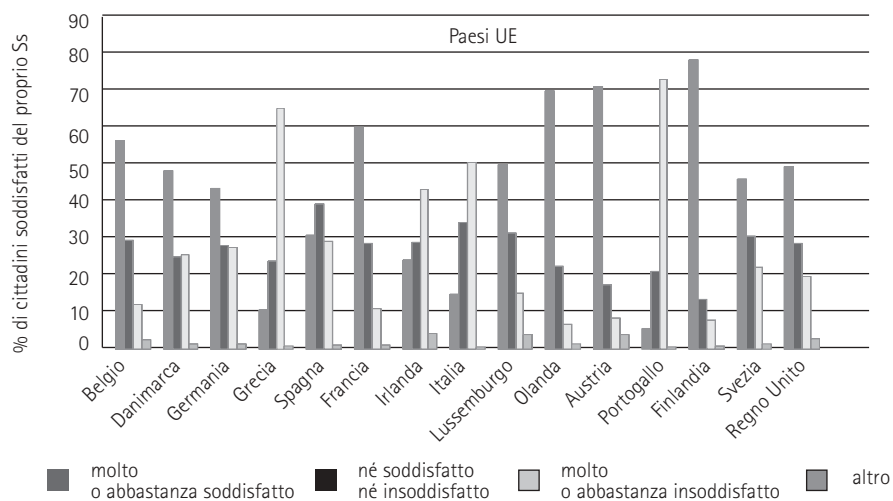
La necessità principale è quindi quella di creare i presupposti per una reale integrazione fra pubblico e privato, capace di promuovere l'ottimale allocazione delle risorse e l'esercizio della libertà di scelta del cittadino, senza generare duplicazioni e iniquità.

Affronteremo nel seguito l'argomento commentando le principali evidenze disponibili sul rapporto fra pubblico e privato nel Ssn italiano.

6.2. BISOGNI E DOMANDA SANITARIA IN ITALIA: STATO DI SALUTE, SODDISFAZIONE E SCELTE COMPORTAMENTALI

L'ultima indagine Eurobarometro della Commissione Europea, datata 1998, indica che la maggior parte dei cittadini europei appare soddisfatta del servizio sanitario del proprio Paese (Grafico 6.2.1.).

GRAFICO 6.2.1. Cittadini soddisfatti del proprio Servizio sanitario in %, 1998.



Fonte: Commissione europea, Indagine Eurobarometro 1998

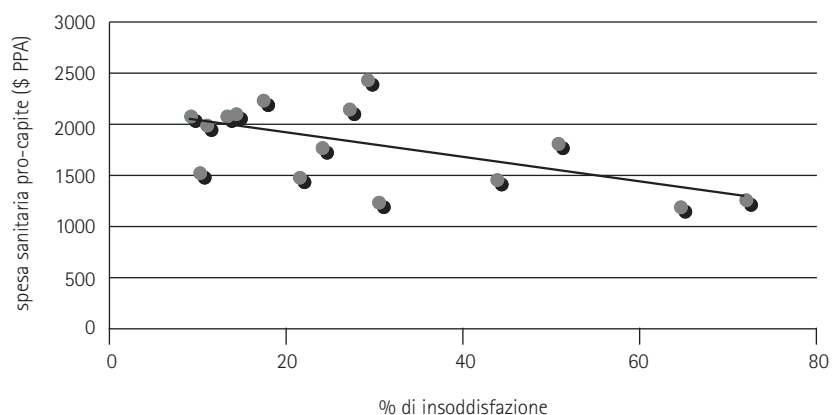
Come si può facilmente osservare dal grafico, la tendenza generale è quella di un discreto livello di soddisfazione dei cittadini riguardo ai servizi sanitari del proprio Paese di appartenenza, anche se si dichiarano “molto o abbastanza soddisfatti” in maniera assolutamente maggioritaria solo gli intervistati di Finlandia (78%), Austria (71%), Olanda (70%), Francia (60%) e Belgio (56%). Di contro l’insoddisfazione prevale decisamente in Portogallo (73% di “insoddisfatti o molto insoddisfatti”), Grecia (65%) e Italia (50%). La maggior percentuale di “incerti”, che non si ritengono “né soddisfatti né insoddisfatti” si registra in Spagna (39%). Se colleghiamo il dato sopraesposto con i livelli di spesa sanitaria nei Paesi europei, sembra emergere una correlazione inversa fra risorse destinate al settore e soddisfazione dei cittadini, seppure con molte eccezioni (Grafico 6.2.2.).

Con riferimento al 1998, i Paesi con la spesa sanitaria pro-capite (espressa in PPA¹) più bassa sono risultati la Grecia (1.167 \$), la Spagna (1.218 \$), il Portogallo (1.237 \$), l’Irlanda (1.436 \$) ed il Regno Unito (1.461 \$). Fra questi, mentre Portogallo e Grecia hanno percentuali significative di insoddisfatti (rispettivamente 72,7% e 64,8%), gli altri hanno percentuali variabili fra 19,5% e 43,1%.

Analizzando i Paesi a più alta spesa pro-capite, in Germania (2.424 \$) si ha un’insoddisfazione del 27,5%, mentre in Olanda (2.070 \$) il livello di insoddisfazione è il più basso in assoluto (6,6%). In Italia, per una spesa pro-capite di 1.783 \$, si arriva invece a oltre il 50,0% di cittadini che si dichiarano insoddisfatti.

1. Parità di Potere di Acquisto

GRAFICO 6.2.2. Relazione tra livello di insoddisfazione (%) e spesa sanitaria pro-capite (\$ PPA), 1998

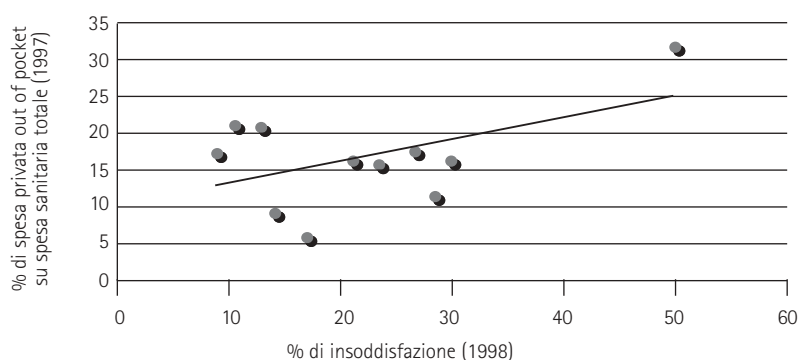


Fonte: elaborazione Prometeo su dati OECD Health Data 2000 e Commissione Europea 1998

Anche correlando l'insoddisfazione con la quota di spesa privata *out of pocket*, calcolata sulla spesa sanitaria totale, l'evidenza che si ottiene non è statisticamente significativa, e mostra una elevata variabilità del dato relativamente ai diversi Paesi presi in considerazione.

Peraltro, in Italia ad un livello piuttosto elevato di insoddisfazione (50,4%) si accompagna una percentuale di spesa privata *out of pocket* su spesa sanitaria totale anch'essa piuttosto alta (97,4%); capita invece che in Austria, a fronte di una percentuale di *out of pocket* del 21,0%, il livello di insoddisfazione espressa sia pari al "solo" 8,3% (Grafico 6.2.3.).

GRAFICO 6.2.3. Relazione tra livello di insoddisfazione (%), e spesa sanitaria privata out of pocket



Fonte: elaborazione su dati OECD Health Data 2000 e Commissione Europea 1998

L'interpretazione di questo dato generale, è ulteriormente complicata dalla forte discrasia che si evidenzia con i dati di soddisfazione riferiti agli utenti dei servizi sanitari.

In Italia, l'Istituto nazionale di statistica (Istat), ha rilevato l'opinione sul servizio ricevuto da parte dei cittadini che hanno usufruito dei servizi ospedalieri, con-

centrando l'attenzione su aspetti quali l'assistenza medica e infermieristica, nonché il comfort alberghiero.

Dalla rilevazione in oggetto emerge che il livello di soddisfazione risulta, in generale, piuttosto elevato; in particolare, l'86,1% dei ricoverati si dichiara "abbastanza o molto soddisfatti" dell'assistenza medica, mentre per l'assistenza infermieristica lo stesso tipo di soddisfazione viene dichiarato dall'83,9% dei pazienti. Il livello di soddisfazione scende al 67,6% con riferimento al vitto, mentre il 74,4% degli intervistati risulta apprezzare i servizi igienici.

Se si analizza il fenomeno a livello di ripartizione geografica, si scopre che nel Mezzogiorno la valutazione è più negativa. In particolare, la percentuale di cittadini ricoverati "molto soddisfatti" dell'assistenza medica ricevuta cala al 23,6%, e di quella infermieristica al 20,3%; nelle Isole abbiamo le percentuali più basse di pazienti "molto soddisfatti" per il vitto (13,3%) e i servizi igienici (13,7%).

Di contro la quota più elevata di utenti soddisfatti per l'assistenza medica si trova nel Nord-Est del nostro Paese (48,1%), cui segue immediatamente il Nord-Ovest (44,6%).

A livello regionale, la percentuale maggiore di pazienti "molto soddisfatti" delle prestazioni mediche ricevute sono le Province autonome di Trento e Bolzano (63,1% e 60,9%), il Friuli-Venezia Giulia (60,3%), Piemonte (49,5%) ed Emilia Romagna (47,5%). Le quote più basse si registrano in Puglia (19,2%), Abruzzo (22,4%) e Sicilia (23,3%). In Sicilia, Puglia e Campania troviamo il minor numero di soddisfatti dei servizi igienici.

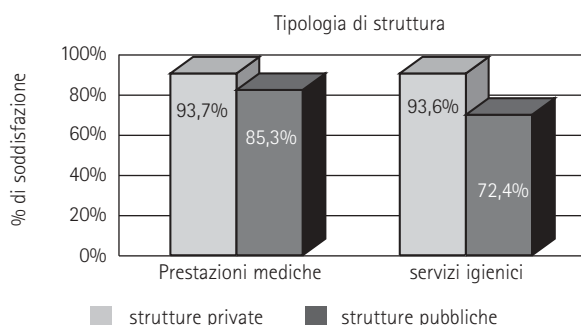
È il caso di mettere in evidenza come siano gli anziani ad avere un giudizio maggiormente positivo per quanto concerne tutti gli aspetti dell'assistenza ricevuta nei presidi ospedalieri: in particolare, l'86,6% di essi è soddisfatto dell'assistenza medica e l'84,8% di quella infermieristica.

Se si mette a confronto il gradimento relativo a strutture pubbliche, accreditate e private ci si accorge che le case di cura private risultano essere più apprezzate per tutti gli aspetti presi in considerazione. In particolare, la maggior differenza tra pubblico e privato si riscontra nel livello di gradimento per i servizi igienici: è soddisfatto ben il 93,6% dei ricoverati in una struttura privata contro il 72,4% dei pazienti di ospedali pubblici.

Il divario si riduce non appena si considerano le prestazioni mediche: l'85,3% di soddisfatti si rimarca tra i ricoverati in ospedali pubblici, a fronte di un 93,7% degli utenti di strutture private (Grafico 6.2.4.).

A livello di soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta, sono invece poco marcate le differenze pubblico/privato.

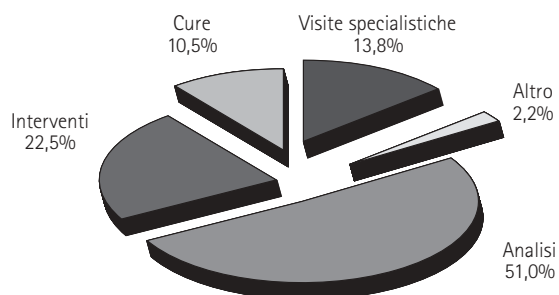
GRAFICO 6.2.4. Livello di gradimento fra strutture pubbliche e strutture private
Settembre/dicembre 2000.



Fonte: Istat

Maggiori informazioni e dettagli sul ricorso a strutture pubbliche, accreditate e private, nonché sul relativo grado di soddisfazione espresso dagli utenti dei servizi del Ssn, si evincono da una indagine promossa dall'Aiop (Associazione Italiana Ospedalità Privata) nel periodo marzo-aprile 2001² (Grafico 6.2.5.). Emerge che il 44,3% della popolazione intervistata ha utilizzato strutture del Ssn (a vario titolo), e di esso la maggior parte ha effettuato analisi (51,0%).

GRAFICO 6.2.5. Analisi, interventi e cure a carico del Ssn, valori % - Marzo/aprile 2001



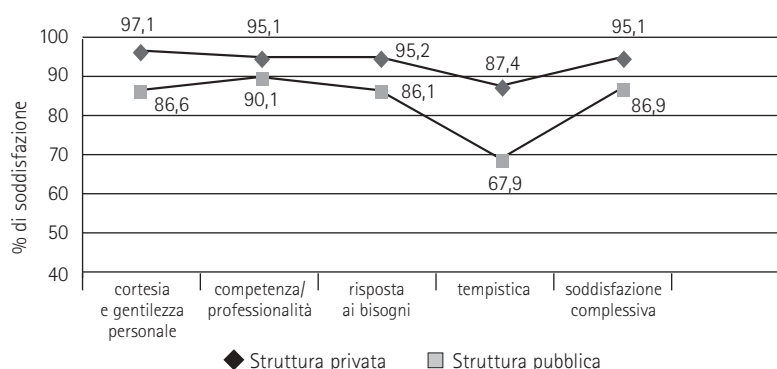
Fonte: Aiop

Per quanto riguarda la scelta della struttura, si evince come si ricorra a quella pubblica essenzialmente per abitudine, per comodità e soprattutto dietro indicazione del medico di famiglia.

Gli Istituti privati vengono invece scelti soprattutto per una migliore tempistica di prenotazione e possibilità di fissare gli appuntamenti e/o le visite; tuttavia, incide significativamente anche la valutazione dei cittadini, i quali ritengono la struttura privata migliore di quella pubblica.

Anche nell'indagine Aiop, emerge che i livelli di soddisfazione degli utenti sono in generale alti. Nel grafico 6.2.6. si evidenzia peraltro come la soddisfazione nei confronti delle strutture private sia, relativamente ai diversi elementi oggetto di analisi, in generale più elevata rispetto alle strutture pubbliche, in modo particolare con riferimento alla tempistica.

GRAFICO 6.2.6. Grado di soddisfazione su alcuni aspetti (% di "molto" e "abbastanza") Marzo/aprile 2001



Fonte: Aiop

2. In particolare, l'aspetto curato dalla ricerca e che a noi interessa in questo contesto è la verifica della tipologia di struttura cui si è fatto ricorso per effettuare analisi, interventi o cure nei 12 mesi precedenti l'intervista, nonché i motivi che hanno portato ad una determinata scelta ed infine il grado di soddisfazione su una serie di elementi precisi, tra cui competenza e professionalità, capacità di rispondere ai propri bisogni, adeguatezza dei servizi, tempistica.

Il fattore “organizzazione” sembra quindi rivestire un ruolo molto importante nella formazione del giudizio espresso dai cittadini.

In particolare, l'Istat³ ha analizzato i livelli di accessibilità alle prestazioni erogate dalle Asl, elaborando un indicatore oggettivo (tempo di attesa allo sportello) ed uno soggettivo (giudizio espresso sulla comodità dell'orario di accoglienza).

Ne è risultato (anno 2000) che il tempo medio richiesto per una prenotazione o per altre attività burocratiche presso una Asl è stimato in circa 20 minuti, con punte di attesa più elevate nel Mezzogiorno⁴. In particolare, nel Nord il 33,0% degli intervistati dichiara di aver aspettato allo sportello non più di 10 minuti, mentre nel Sud la percentuale scende al 19,4% e nelle Isole al 15,8%. Di riflesso, coloro che hanno atteso oltre i 20 minuti sono poco più del 32,0% nel Nord, il 54,4% nelle Isole ed il 46,5% nel Sud.

Per quanto riguarda l'indicatore soggettivo, oltre due terzi delle persone intervistate ritengono comodo l'orario delle Asl, con una prevalenza di soddisfatti ancora nel Nord, anche se il giudizio appare generalmente positivo anche da parte di coloro che risiedono nel Sud e nelle Isole.

Si può dunque ipotizzare che le attese non siano direttamente collegate ad una cattiva organizzazione dell'orario di apertura degli sportelli al pubblico, quanto forse a una carenza di offerta.

Nonostante le valutazioni positive sopra esposte, quasi il 50,0% di quanti si sono recati presso le Asl per prenotazioni e/o altre pratiche burocratiche, riterrebbe opportune delle modifiche organizzative, quali l'introduzione di un orario continuato fino al tardo pomeriggio.

In definitiva, fattori organizzativi e ambientali sembrano avere un rilievo maggiore nello spiegare le forti differenze di *customer satisfaction*, che si evincono dai diversi contesti nei quali sono condotte le indagini; l'insoddisfazione sembra collegata al sistema complessivo, più che ai servizi effettivamente erogati, rendendo complessa l'analisi. Certamente un più attento orientamento alla *customer satisfaction* sembra emergere da parte delle aziende sanitarie private.

Il quadro della domanda può essere integrato dall'analisi dei bisogni della popolazione, con particolare riferimento a quelli percepiti.

Dall'indagine Multiscopo sulle famiglie condotta dall'Istat nel 1999/2000 col contributo del Fondo sanitario nazionale⁵, si possono evincere informazioni sullo stato di salute individuale percepita: deve essere precisato che la salute non è valutabile solo in base alla presenza o all'assenza di malattie o disabilità, ma che si tiene conto anche del benessere o malessere psichico nonché relazionale dell'individuo.

Nel 1999 il 65,7% degli uomini ed il 56,4% delle donne intervistate ha affermato di sentirsi “bene” o “molto bene”, mentre solo il 5,6% degli uomini e l'8,5% delle donne ha dichiarato di stare “male” o “molto male”.

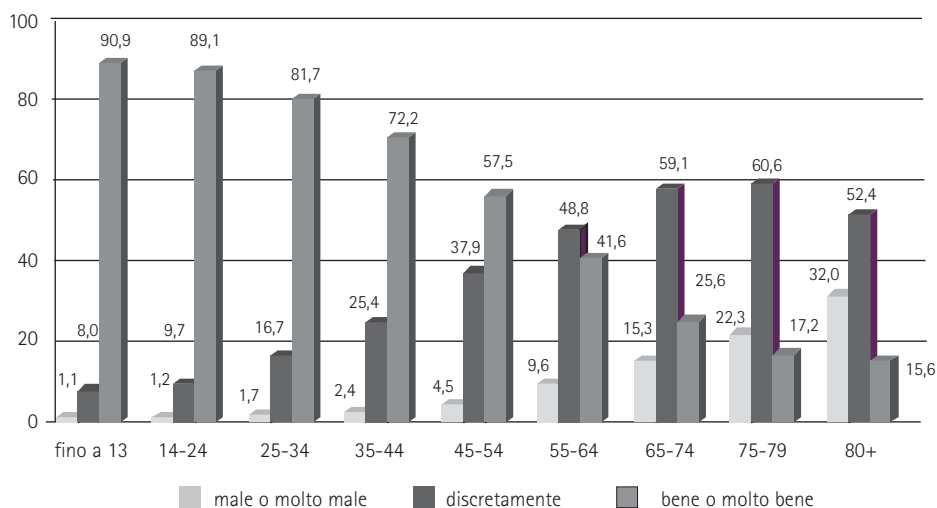
Evidentemente per entrambi i sessi la percezione del proprio stato di salute tende a peggiorare con il crescere dell'età, ma si rileva che dopo i 14 anni le donne indicano uno stato di salute sempre peggiore rispetto a quello dichiarato dagli uomini: in particolare nelle classi di età oltre i 65 anni interviene una maggior presenza di malattie croniche tra le donne (Grafici 6.2.7. e 6.2.8.).

3. Istat, *Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana, 2000 (dati provvisori)*.

4. Il dato si riferisce a quanto dichiarato dalle persone intervistate, e non tiene conto delle differenze nelle modalità di accesso al servizio (scelta di orari con maggiore o minore afflusso).

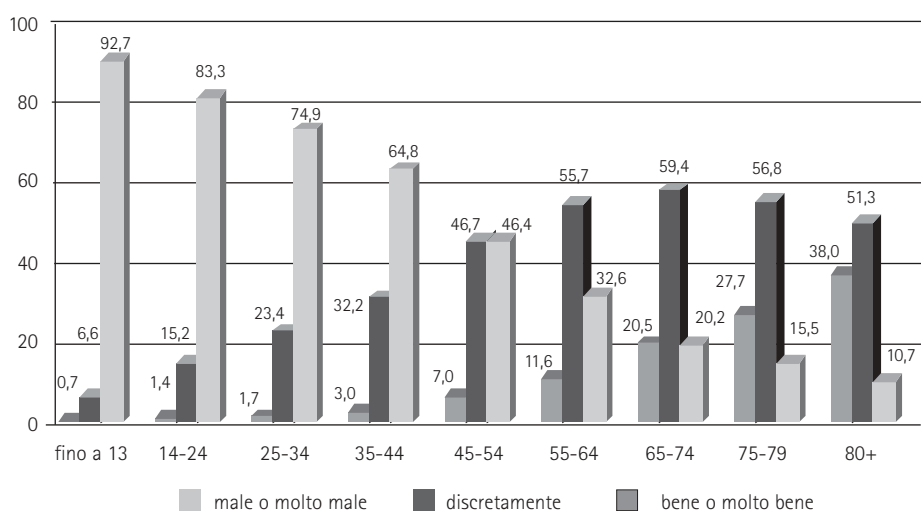
5. Istat, *Indagine multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, 1999-2000*

GRAFICO 6.2.7. Popolazione maschile per classi di età secondo lo stato di salute dichiarato (%)
Settembre/dicembre 1999



Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Le condizioni di salute degli italiani", 1999

GRAFICO 6.2.8. Popolazione femminile per classi di età secondo lo stato di salute dichiarato (%)
Settembre/dicembre 1999



Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Le condizioni di salute degli italiani", 1999

Nella classe d'età compresa tra 65 e 74 anni, gli uomini che stanno "male o molto male" sono il 15,3% contro il 20,5% delle donne, mentre gli intervistati di sesso maschile che dichiarano di stare "bene o molto bene" appartenenti alla suddetta classe di età sono il 25,6%, contro il 20,2% delle signore.

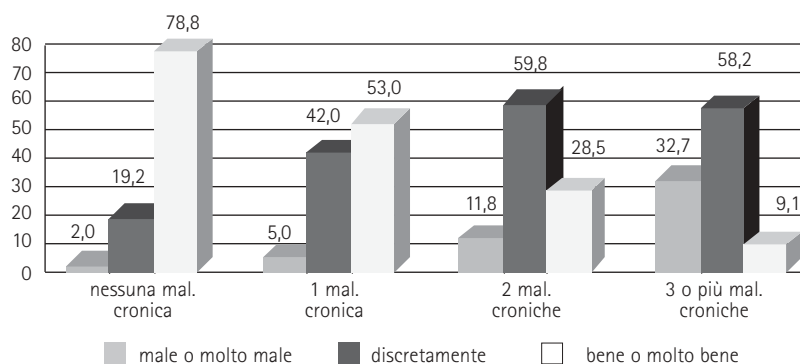
Lo stato di salute percepito dagli ultrasettantenni vede il 32,0% degli uomini contro il 38,0% delle donne che sta "male o molto male", mentre il 15,6% dei primi sta "bene o molto bene", a fronte del 10,7% delle seconde. Il divario tra il sesso maschile e quello femminile si accentua in relazione alla maggior longevità delle donne. In base alla ripartizione geografica, si evidenzia che dichiarano di stare "male o molto male" soprattutto i cittadini dell'Italia Insulare (10,1%) e

Meridionale (8,1%), mentre le percentuali scendono se si considera il Centro (7,4%), il Nord-Ovest (5,8%) ed il Nord-Est (4,9%). Di contro si sentono “bene o molto bene” soprattutto coloro che risiedono nel Nord dell'Italia: nel complesso, il 63,6% del Nord-Est ed il 61,1% nel Nord-Ovest, contro il 58,0% nel Centro, il 58,9% nel Meridione ed il 56,2% delle Isole.

Su un piano maggiormente “oggettivo”, si può analizzare la diffusione delle malattie cronic-degenerative, che l'indagine Multiscopo dell'Istat ha rilevato nel 1999. Oltre il 47,0% della popolazione italiana (con una quota maggiore di donne rispetto agli uomini) ha dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica. Tra le patologie più diffuse, si registrano le artrosi e le artriti, nonché l'ipertensione arteriosa. Tra le donne in particolare si trova l'osteoporosi (ne soffre l'8,1% delle donne contro una percentuale inferiore all'1,0% degli uomini). Sono invece tipicamente maschili bronchite, problemi alla prostata ed ulcera gastrica. Tra i giovanissimi ricorrono invece le malattie allergiche, l'asma bronchiale, e le malattie della pelle.

Evidentemente la presenza di una o più malattie croniche influenza la percezione del proprio stato di salute: l'Istat ha rilevato che fra cittadini che si sentono “bene” o “molto bene” solo il 21,2% ha tale percezione pur in presenza di malattie croniche. Di contro oltre il 58,0% delle persone affette da tre o più malattie croniche dichiara un “discreto” stato di salute (Grafico 6.2.9.).

GRAFICO 6.2.9. Popolazione per numero di malattie croniche secondo lo stato di salute dichiarato (%) - Settembre/dicembre 1999.



Fonte: Elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Le condizioni di salute degli italiani", 1999

L'autovalutazione del proprio stato di salute risulta una importante variabile nel determinare il ricorso ai servizi sanitari. L'Istat⁶ ha rilevato negli ultimi 5 anni una percentuale piuttosto stabile di popolazione che ricorre a strutture ospedaliere pubbliche e ad istituti di cura accreditati e privati (circa il 14,0%). Sono più o meno 2 milioni le persone ricoverate nelle suddette strutture nell'anno 1999, e di queste circa il 39,0% di è costituito da persone anziane.

Per quanto concerne le modalità di accesso⁷ nel 2000, solo il 2,0% circa dei ricoveri in strutture ospedaliere private viene finanziato direttamente dai pazienti

6. Istat, Rapporto annuale, 2000.

(eventualmente con la copertura di un'assicurazione privata); il restante 98,0% si suddivide fra l'85,0% dei ricoveri che ha luogo nelle strutture pubbliche ed un 13,0% in istituti di cura accreditati, con copertura finanziaria garantita dal Ssn (anche se spesso nel privato accreditato restano a carico del paziente alcune spese aggiuntive).

Al sistema privato si ricorre invece più diffusamente per le visite mediche specialistiche (nel 60,0% dei casi a totale carico del paziente), e gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (20,0% risulta essere la quota di casi a totale carico del paziente).

Sembra interessante sottolineare che nel complesso la quota di visite specialistiche totalmente a carico del cittadino è in aumentata nel corso degli anni '90, passando dal 52,2% del 1994 al 59,4% del 1999 (con un a punta del 64,5% nel Nord-Est del Paese). Tale aumento è dovuto in larga parte al maggior ricorso a specifiche tipologie di visite: ad esempio, nel 90,0% dei casi il dentista viene scelto fra gli specialisti privati (spesso per carenza di offerta nel settore pubblico).

Sempre nell'arco temporale degli anni '90, si registra una diminuzione della quota di accertamenti diagnostici a pagamento intero (dal 27,0% al 19,7%), contrattasi soprattutto nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno.

Secondo le indagini Istat il 65,0% ca. delle visite mediche e degli accertamenti diagnostici a pagamento intero deriva peraltro da una precisa scelta dei cittadini, e non è dovuta a situazioni di necessità economica. Concludendo, il rapporto fra cittadini e Ssn sembra segnato da luci ed ombre, evidenziando comportamenti e scelte complessi: sembra peraltro emergere una maggiore attenzione e successo delle strutture private nella soddisfazione dell'utente.

6.3. STRUTTURE ED ATTIVITÀ SANITARIA IN ITALIA

Il sistema sanitario italiano ha fondamenta pubbliche ma con una forte presenza del privato.

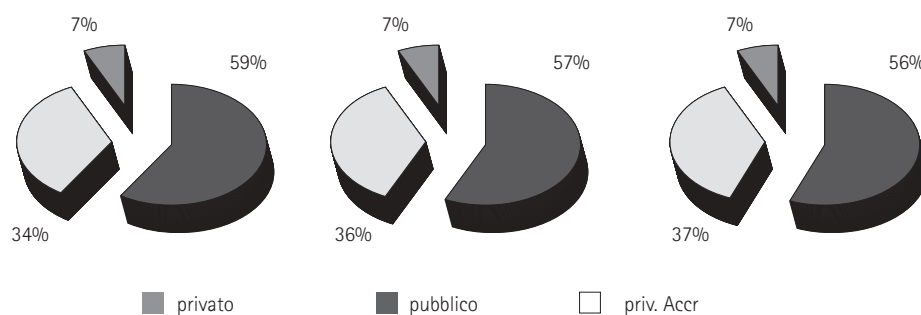
La componente privatistica del Servizio sanitario si è anzi andata accentuando in questi anni come risulta anche dall'evoluzione della tipologia delle strutture di ricovero: in termini percentuali, infatti, nel triennio 1997-99, si evidenzia un incremento della quota di strutture ospedaliere del privato accreditato (dal 34 al 37%) a fronte di una corrispondente diminuzione di quelle pubbliche (dal 59 al 56%); rimane stabile la quota di strutture private non accreditate (7%) (Grafico 6.3.1.).

Si evidenzia, inoltre, una linea di tendenza alla riduzione del numero di strutture di ricovero, determinata dai processi di razionalizzazione, selezione e conversione che hanno caratterizzato la seconda metà degli anni '90: nel periodo 1997-99, assistiamo a una diminuzione delle strutture pubbliche (erano 942 nel 1997 e 813 nel 1999), delle private accreditate (537 nel 1997 e 531 nel 1999), e di quelle private non accreditate (648 nel 1997 e 637 nel 1999).

La riduzione è significativa soprattutto per le strutture pubbliche (-13%), e deriva dalla riconversione e dall'accorpamento di molti ospedali. Il fenomeno coinvolge in grande prevalenza gli ospedali a gestione diretta: erano 707 nel 1997, 617 nel 1998 e 599 nel 1999.

7. Istat, *Relazione dell'intervento del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica presso l'Università di Bologna del 1 dicembre 2000, "Salute e sistema sanitario in Italia negli anni '90"*.

GRAFICO 6.3.1. Percentuale di strutture di ricovero pubbliche, private accreditate e private



Fonte: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle UsI e Aziende Ospedaliere, anni 1997, 1998 e 1999

I cambiamenti più rilevanti, per quanto riguarda l'assetto delle strutture ospedaliere pubbliche, si sono avuti nella regione Lombardia, dove le Aziende Ospedaliere sono aumentate passando dalle 16 del 1997 alle 27 del 1999, riducendosi di conseguenza (-79%) gli Ospedali a gestione diretta (dai 93 del 1997 agli appena 20 del 1999, riduzione, ricordiamo, avvenuta anche per effetto degli accorpamenti).

Un altro fronte di riduzione delle strutture pubbliche è costituito dalla chiusura degli istituti psichiatrici residuali, per effetto della legge Basaglia (legge 180/78), che nel 1999 si erano ridotti a 2 su tutto il territorio nazionale (erano ancora 36 nel 1997).

Da segnalare, invece, la presenza in Toscana, a partire dal 1998, della prima struttura di ricovero pubblica italiana che si fregia della qualifica di "Ente di ricerca". Liguria, Campania, Veneto e Toscana sono le regioni che hanno fatto registrare il maggior numero di accreditamenti delle strutture private.

Una migliore comprensione dell'offerta ospedaliera si ha analizzando i posti letto a disposizione dal Ssn.

Per quanto riguarda l'offerta complessiva di posti letto ricordiamo che il D. Lgs. n. 502/92, la L. n. 382/96 e la L. n. 662/96 confermano lo standard di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti di cui l'1 per 1.000 riservato alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie⁸. Ma ancora nel 1999 la realtà si discostava dai parametri fissati: i posti letto a livello nazionale risultavano infatti 5,3 per 1.000 abitanti e di questi quelli dedicati alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie soltanto lo 0,5. A livello regionale si presentano realtà diverse, che vedono al primo posto per maggiore densità di posti letto il Lazio (6,5 posti letto per 1000 abitanti) e all'ultimo la Campania con appena 4,0 posti letto per 1000 abitanti.

La consistenza dell'offerta, tra pubblico e privato accreditato, nel corso del triennio 1997-99 è comunque diminuita, subendo anche rilevanti modifiche per regime di destinazione (degenza ordinaria o *day hospital*), attribuibili alle politiche di razionalizzazione dell'offerta, favorite dalle innovazioni tecnologiche che consentono oggi di trasformare in regime di *day hospital* interventi per i quali negli scorsi anni era necessario un ricovero in degenza ordinaria.

In particolare il numero totale di posti letto ordinari, che ammontava a 353.073 nel 1997, per l'84,0% pubblici e per il 16,0% privati accreditati, nel 1999 è sceso a 308.588 di cui 83,0% pubblici e 17,0% privati accreditati, con una diminuzione

8. Il D.L. 347/2001 prevede una ulteriore riduzione a 5 posti letto per 1.000 abitanti. 4 per acuti e 1 per riabilitazione e lungodegenza.

del 13,0%. Contemporaneamente i posti letto di *day hospital* e *day surgery* hanno subito un aumento tanto nel pubblico (7,2 nel 1997 e 9,0 nel 1999) che nel privato accreditato e nel settore privato (1,4 nel 1997 e 2,0 nel 1999). Il settore pubblico ha potenziato la propria offerta di posti letto per ospedalizzazione diurna del 4,0% nel triennio (da 21.247 nel 1997 e a 22.485 nel 1999), il privato accreditato del 40,0% circa (819 posti letto nel 1997, 1.191 nel 1999) (Tav. 6.3.1.).

TAVOLA 6.3.1. Percentuale di posti letto pubblici e privati accreditati in regime di day hospital, ordinario e a pagamento - 1997-99

ANNO	POSTI LETTO PUBBLICI				ACCREDITATI		
	DAY HOSPITAL	ORDINARIO	PAGAMENTO	TOTALE	DAY HOSPITAL	ORDINARIO	TOTALE
1997	7,2	91,8	1,0	100	1,4	98,6	100
1998	7,9	91,1	1,0	100	1,5	98,5	100
1999	9,0	90,0	1,0	100	2,0	98,0	100

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - 1999

Delle 69 specialità cliniche codificate, ben 63 sono trattate anche come attività di *day hospital* nelle strutture di ricovero pubbliche, mentre sono solo 27 in quelle private accreditate. Di contro per alcune attività cliniche eseguite in regime di *day hospital*, come l'emodialisi e la neuro-riabilitazione, è maggiore offerta nei reparti delle strutture private accreditate.

Per quanto riguarda la suddivisione dei posti letti per acuti e non acuti, notevoli sono le differenze tra pubblico e privato accreditato (Tav. 6.3.2.).

TAVOLA 6.3.2. Percentuale di posti letto pubblici e privati accreditati per acuti e non acuti 1997-99

ANNO	POSTI LETTO PUBBLICI			ACCREDITATI		
	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE
1997	93,5	6,5	100	70,4	29,6	100
1998	94,0	6,0	100	70,0	30,0	100
1999	94,5	5,5	100	70,7	29,3	100

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - 1999

In quest'ultimo ambito nel triennio 1997-99 la percentuale di posti letto per non acuti si attesta al 29,3 per cento, mentre nel settore pubblico dal 1997 al 1999 diminuisce di un punto percentuale passando da 6,5 a 5,5 nel 1999.

Il numero di dimessi dal "regime ordinario" risulta sempre in calo, come si evince dai dati messi a disposizione dal Ministero della Salute attraverso il "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" che raccoglie le informazioni delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) per il triennio dal 1997 al 1999.

Con l'introduzione dei Drg (*Diagnosi Related Group*), per il sistema di pagamento a prestazione resa, si è imposta una drastica riduzione della durata delle degenze sia nel pubblico che nel privato accreditato.

Tuttavia non si deve dimenticare che la degenza media e la sua riduzione sono funzione della disciplina analizzata. Nei reparti di geriatria e neurologia rimangono le degenze medie più elevate, mentre chirurgia pediatrica e oculistica registrano i valori più bassi sia nel settore pubblico che in quello privato accreditato.

Per le degenze in acuzie sia nelle strutture di ricovero pubbliche che in quelle private accreditate si assiste ad una diminuzione della degenza media. Nel pubblico da 7,6 giorni nel 1997 a 7,1 nel 1999, nel privato da 8,1 a 7,1 giorni nel 1999. Più marcata appare la diminuzione della degenza media per quanto riguarda l'attività di degenza per non acuti, passata da 42,4 giorni nel 1997 a 26,4 nel 1999 nel pubblico e da 46,6 a 36,3 nel privato accreditato. All'interno di queste ultime strutture si registra, per il 1999, il valore più alto del tasso di utilizzo dei posti letto: 91,6% (Tavv. 6.3.3. e 6.3.4.).

TAVOLA 6.3.3. Attività di degenza per acuti(*) delle strutture di ricovero pubbliche e case di cura accreditate - 1995-99

ANNO	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI		RICOVERI		TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x1000 AB)	
	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE
1995	247.336	34.893	7.852.723	897.322	137,1	15,7
1996	249.565	37.336	8.620.365	1.012.301	150,4	17,7
1997	234.150	37.170	8.481.530	1.043.114	147,6	18,2
1998	221.544	37.008	8.260.417	1.104.820	143,5	19,2
1999	208.795	35.221	8.294.652	1.144.487	144,0	19,9

ANNO	GIORNATE DI DEGENZA EFFETTUATE		DEGENZA MEDIA		TASSO DI UTILIZZO (%)		INDICE DI ROTAZIONE	
	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE
1995	65.216.314	9.708.491	8,3	10,8	75,0	79,6	33,0	26,9
1996	67.504.650	9.198.613	7,8	9,1	75,8	71,5	36,0	28,7
1997	63.978.262	8.491.148	7,5	8,1	77,5	67,9	37,9	30,6
1998	61.440.911	8.491.393	7,5	7,7	78,2	65,5	38,0	31,0
1999	58.933.641	8.147.719	7,1	7,1	77,8	65,5	40,0	33,7

(*) sono escluse le discipline: Residuale manicomiale, unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenti, neuro-riabilitazione

Fonte: Ministero della Salute - Attività gestionale ed economiche delle Usl e Aziende Ospedaliere - 1998 e 1999

TAVOLA 6.3.4. Attività di degenza per non acuti(*) delle strutture di ricovero pubbliche e case di cura accreditate - 1995-99

ANNO	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI		RICOVERI		GIORNATE DI DEGENZA EFFETTUATE	
	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE
1995	23.389	12.439	94.505	79.969	7.331.482	3.937.553
1996	24.826	13.420	103.894	91.361	7.321.456	4.390.023
1997	16.292	15.629	109.028	104.621	4.690.450	4.854.395
1998	14.104	15.613	116.393	123.999	3.887.443	4.857.677
1999	12.137	14.620	134.891	124.768	3.561.440	4.526.613

ANNO	DEGENZA MEDIA		TASSO DI UTILIZZO (%)		INDICE DI ROTAZIONE	
	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE	PUBBLICHE	ACCREDITATE
1995	77,6	49,2	90,0	92,5	4,2	6,7
1996	70,5	48,1	87,3	93,0	4,5	7,0
1997	43,0	46,4	85,9	88,4	7,3	7,0
1998	33,4	39,2	85,0	88,5	9,0	8,0
1999	26,4	36,3	83,8	91,6	11,6	9,0

(*) sono considerate le discipline: Residuale manicomiale, unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenti, neuro-riabilitazione

Fonte: Ministero della Salute - Attività gestionale ed economiche delle Usl e Aziende Ospedaliere - 1998 e 1999

Il tasso di utilizzazione dei posti letto di riferimento, individuato al livello del 75,0 per cento è stato in media superato nell'attività di degenza per acuti dalle strutture pubbliche (77,8 per cento nel 1999), mentre non viene raggiunto negli istituti accreditati, che ancora oggi presentano un valore di 65,5 per cento.

Di conseguenza l'indice di rotazione, che esprime il numero dei pazienti che in un anno occupa lo stesso posto letto, cresce nel triennio 1997-99 sia nel pubblico che nel privato accreditato (da 38,8 a 40,0 nel primo e da 30,6 a 33,7 nel secondo).

Si noti ancora che il tasso di ospedalizzazione in degenza ordinaria (programmato dall'art 1 della L. n. 662/96 al valore di 160 ricoveri ogni 1000 abitanti), nel 1999 raggiungeva il valore di 171 ricoveri per 1.000 abitanti.

Ne segue che la riduzione nella durata delle degenze viene in parte compensata dall'incremento dei ricoveri.

Per quanto concerne le emergenze, le risposte assistenziali gravano prevalentemente sulle strutture pubbliche, pur restando disomogenee a livello regionale. In particolare si assiste ad una diminuzione dei "centri" di rianimazione a fronte del quale, però, emerge un aumento del 20% e del 36% rispettivamente nel pubblico e nel privato, delle "unità mobili" di rianimazione (317 nel 1997, 382 nel 1999). In aumento anche il numero di dipartimenti di emergenza (+38%) nel settore pubblico: tra le Regioni molte hanno raddoppiato la propria dotazione rispetto al 1997.

Resta grave la situazione, sia nel pubblico sia nel privato, dei centri trasfusionali e di dialisi dove l'offerta continua a scendere nonostante sia crescente la domanda da parte dei cittadini.

Di contro continuano ad aumentare il numero dei posti in camere iperbariche, per il trattamento di emergenza di intossicazione di monossido di carbonio e delle embolie gassose, nel settore pubblico (+7%) mentre l'offerta privata ha subito nel triennio 1997 al 1999 consistenti oscillazioni. L'Emilia Romagna, dotandosi nel 1998 di 22 posti in camere iperbariche, ha fatto registrare un incremento del 31%, mentre nel 1999 la Lombardia ha ridotto della metà la propria dotazione facendo scendere l'intera offerta del settore privato accreditato del 15%.

In aumento risultano infine i servizi di ospedalizzazione domiciliare, soprattutto da parte dell'operatore pubblico che dal 1997 al 1999 ha incrementato tale servizio del 15% (57 nel 1997, 66 nel 1999).

Per quanto concerne le apparecchiature di diagnosi e cura, sia nel settore pubblico sia nel privato accreditato si assiste ad un rapido incremento.

Molte Regioni hanno aumentato la propria dotazione, con valori compresi fra il 20% ed il 50%, con casi di raddoppio: è il caso, ad esempio, degli apparecchi per l'emodialisi in Emilia Romagna nel triennio 1997-1999, mentre la Valle d'Aosta – che ne era sprovvista sino al 1997 – ne possiede 25 nel 1999.

Passando all'analisi degli organici del Ssn, nel triennio preso in considerazione il personale risulta sempre in calo: è infatti in diminuzione sia il numero dei medici che degli infermieri, sia per posto letto che per 1000 abitanti. Di contro rimane costante il rapporto infermieri per medico, pari a 2,6 in generale e a 2,3 (1997), 2,4 (1999) nelle Aziende Ospedaliere.

Un grave problema è rappresentato dall'offerta di infermieri, che non riesce a soddisfare la domanda da parte delle strutture di ricovero. Malgrado la riqualificazione della professione infermieristica e la costituzione, presso la Facoltà di Medicina, della laurea (di 3 o 5 anni) in Scienze infermieristiche, ancora oggi non si intravede un futuro roseo per i prossimi anni: per soddisfare la propria domanda le strutture sia pubbliche che private sono spesso costrette a rivolgersi ai vicini

ni Paesi europei e non. Tra il 1997 e 1999 il personale delle strutture di ricovero delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere è diminuito del 1,7% passando da 473.060 unità a 464.957. La composizione degli organici, fra ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo ha invece subito solo lievi modificazioni (Tavola 6.3.5.).

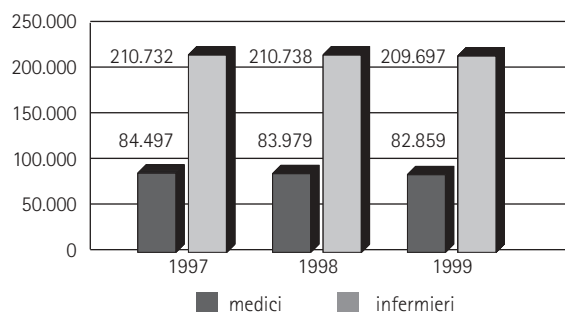
TAVOLA 6.3.5. Personale delle strutture di ricovero: Aziende Usl più Aziende Ospedaliere per ruolo - 1997-99

RUOLO	1997	%	1998	%	1999	%
SANITARIO	333.918	70,6	333.365	70,7	329.182	70,8
PROFESSIONALE	770	0,2	778	0,2	766	0,2
TECNICO	112.898	23,9	109.751	23,3	107.346	23,1
AMMINISTRATIVO	25.474	5,4	27.362	5,8	27.569	5,9
TOTALE	473.060	100	471.256	100	464.957	100

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - 1999

Se si considera il solo personale medico e infermieristico⁹, il trend 1997-99 è negativo (-1,9% per i medici e -0,5% per gli infermieri), con un riassetto fra Aziende sanitarie locali e Aziende Ospedaliere, derivante dall'aumento di queste ultime. Così è in diminuzione il personale dipendente da Aziende sanitarie locali (del -29% per quanto concerne i medici e del -35% per gli infermieri), mentre è in aumento quello dipendente dalle Aziende Ospedaliere (medici +17%, infermieri +26%) (Grafico 6.3.2.).

GRAFICO 6.3.2. Medici e infermieri delle Aziende Usl e delle Aziende Ospedaliere* - 1997-99



*sono compresi anche gli universitari

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute - 1999

Per quanto riguarda l'ospedalità privata, Aiop ed ARIS (le principali associazioni dell'ospedalità privata) registrano al 31 dicembre 2000 81.537 unità di personale, di cui 67.663 non medici e 13.874 medici, di questi circa il 36% è legato da rapporto di lavoro dipendente.

9. Comprensivo di quello universitario

6.4. LA SPESA SANITARIA

Il contenimento della spesa sanitaria pubblica è una delle sfide più urgenti del nostro Paese, che si trova da una parte a dover rispettare i vincoli finanziari derivanti dal rispetto dei parametri economici dell'UE e dall'altra a fare i conti con diversi fattori responsabili della sua crescita quali: l'invecchiamento della popolazione, il progresso scientifico e tecnologico in medicina, l'aumento dei prezzi, la presenza di nuove patologie e di consistenti flussi migratori, la maggiore attenzione prestata alla qualità della vita. L'aumento della speranza di vita, legato soprattutto alle nuove conoscenze mediche, e la caduta dei tassi di natalità favoriscono la crescita della popolazione anziana e quindi dei consumi sanitari. Le nuove patologie sono, spesso conseguenza delle nuove abitudini socio-culturali (abuso di fumo, droghe, alcool, ecc.), mentre i flussi demografici rappresentano un problema sociale che ha effetti sul mondo sanitario, ma da questo non controllabile. La Sanità d'altra parte è uno dei settori più innovativi, nel quale vengono sviluppate e utilizzate nuove tecnologie per la diagnosi e la cura preventiva delle malattie, che però contribuiscono all'aumento della spesa. L'utilizzo di beni e servizi ad alto contenuto tecnologico si riflette, poi, sul più elevato prezzo dei beni di cui si avvale il settore sanitario che comporta un più elevato tasso di inflazione rispetto ad altri settori.

In questo scenario risulta quindi giustificata l'attenzione verso le dinamiche della spesa sanitaria che, con la delega del finanziamento alle Regioni attraverso il D. Lgs. 56/2000, di "istituzione" del federalismo fiscale in Sanità, è destinata a "sfuggire" sempre di più al controllo del livello centrale.

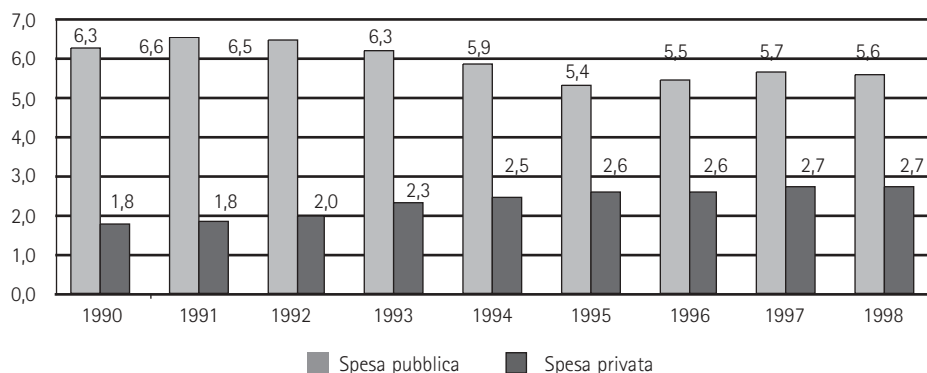
Considerando che un taglio della spesa sanitaria pubblica è in queste condizioni poco realizzabile, anche perché – citando il Ministro della Sanità G. Sirchia – "il sistema sanitario nazionale, universale e solidale è ormai un patrimonio nazionale acquisito", la priorità è migliorare il sistema pubblico razionalizzando la spesa e quindi eliminando gli sprechi e recuperando la cultura della qualità e dell'efficienza.

Allo stesso tempo è necessario provvedere ad un riequilibrio ed una integrazione tra intervento pubblico e privato; la presenza del privato stimolando la competizione può anche determinare una maggiore soddisfazione dell'utente. D'altronde già il D. Lgs. 229/99 specificando gli ambiti di tutela del Ssn, lascia intravedere spazi per un maggiore intervento privato.

La tendenza a ridurre l'intervento pubblico in sanità è evidenziato dall'andamento della spesa sanitaria pubblica in percentuale del Pil che dopo essere cresciuta durante tutti gli anni '80 fino al 1992, è poi diminuita in modo sostanziale a partire dal 1994 a seguito delle politiche di contenimento realizzate, e ha finito per attestarsi al 5,6% del Pil nel 1998 (secondo dati Ocse) e rimanendo sostanzialmente invariata nel 1999 (secondo gli ultimi dati Istat).

Di conseguenza la quota di spesa privata è aumentata notevolmente negli ultimi anni, si è passati dal 1,4% del Pil nel 1980 al 2,7% del Pil nel 1998 (dati Ocse).

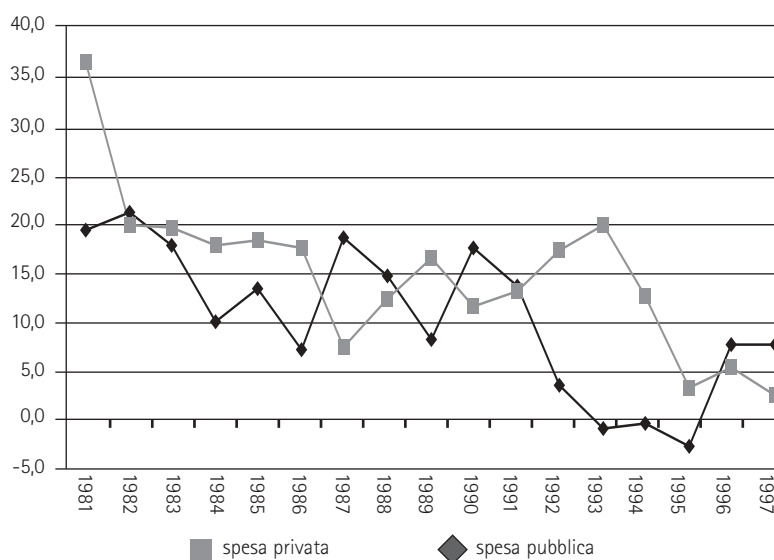
GRAFICO 6.4.1. Spesa sanitaria pubblica e privata in Italia (%Pil)



Fonte: Ocse

La spesa pubblica corrente ha presentato una dinamica di crescita più accentuata rispetto a quella privata fino al 1991 passando dal 19,5% nel 1981 al 13,7% nel 1991. È stata poi la componente privata a far registrare tassi di crescita nominali a due cifre, cui si è contrapposta una spesa pubblica in crescita zero e anche in declino (Grafici 6.4.1. e 6.4.2.).

GRAFICO 6.4.2. Tassi di crescita spesa sanitaria corrente pubblica e privata

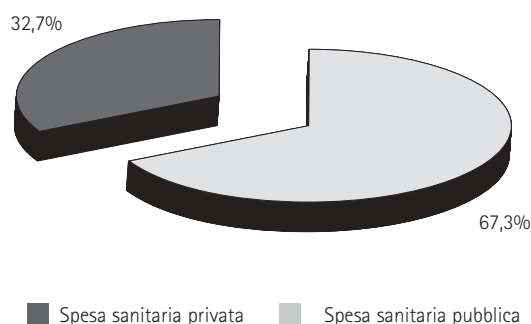


Fonte: Ocse

L'Italia mostra una situazione ancora più peculiare se si analizza il rapporto tra spesa sanitaria pubblica (finanziata dal Ssn) e spesa sanitaria totale, indicatore principale per misurare il grado di copertura pubblica di un sistema sanitario. Questo rapporto in Italia ha avuto una rapida flessione nel periodo 1991-1995 dove la percentuale di copertura della spesa sanitaria da parte del sistema pubblico è passata dal 78% a circa il 67% (secondo dati Ocse), posizionando l'Italia come il Paese con la percentuale più alta di spesa sanitaria pagata privatamente dai cittadini rispetto ai principali Paesi UE. La caduta del grado di copertura pub-

blico del Ssn è stato il risultato di drastici interventi sulla spesa sanitaria pubblica introdotti nel periodo 1992-1995, in particolare: l'introduzione della compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), le misure rivolte a bloccare l'aumento del costo del lavoro e infine la revisione verso il basso dei prezzi dei farmaci. La componente privata della spesa sanitaria ha evidenziato invece un andamento opposto, passando dal 20% negli anni '80 a circa il 33% alla fine degli anni '90 (dati Ocse): un'anomalia per il nostro servizio sanitario che si colloca tra i sistemi pubblici, ma che vede la componente di spesa privata tra le più alte nei Paesi dell'Ocse. Secondo alcuni, l'accelerazione della spesa privata avviene con pesanti duplicazioni, essendo molte delle spese sanitarie private destinate a coprire prestazioni che sono già teoricamente garantite dal Ssn. Se poi si considera che a fronte dell'alta spesa sanitaria privata non si è ancora sviluppata una forte organizzazione mutualistica e assicurativa, il tutto si traduce in un forte esborso diretto da parte del singolo paziente (Grafico 6.4.3.).

GRAFICO 6.4.3. Copertura pubblica del sistema sanitario italiano (1998)



Fonte: Ocse

La spesa sanitaria corrente è passata da 80.262 miliardi nel 1990 a 120.380 miliardi nel 1999 corrispondenti al 5,6% del Pil, collocando l'Italia, tra i Paesi Industrializzati, nella parte bassa della classifica nel rapporto risorse per la Sanità/Pil¹⁰.

La spesa sanitaria in conto capitale e quindi l'ammontare di risorse destinate agli investimenti in nuove strutture, attrezzature e impianti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie, si è attestata su livelli piuttosto modesti nell'ultimo ventennio, anche quando nel periodo 1988-98 furono stanziati 38.000 miliardi per un piano decennale di investimenti. In particolare, tra il 1960 e il 1980 si è passati dal 4% al 7% della spesa sanitaria pubblica, in coincidenza con il forte sviluppo della rete ospedaliera pubblica. Gli investimenti pubblici rappresentano secondo dati OECD solo il 3% della spesa sanitaria pubblica e il 2% di quella totale nel 1998. Gli investimenti privati sono invece pari al 7,3% della spesa sanitaria privata e al 2,4% della spesa sanitaria totale sempre nel 1998.

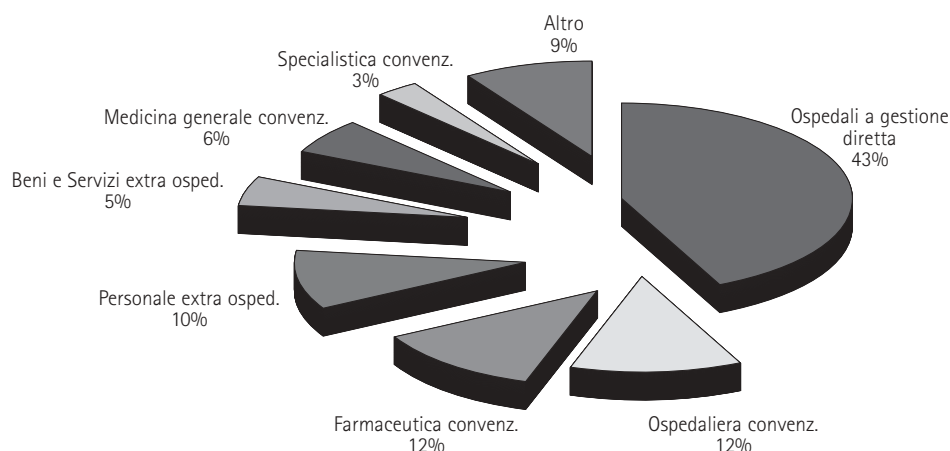
Per quanto riguarda la ripartizione territoriale della spesa sanitaria pubblica, gli ultimi dati definitivi di cui si dispone fanno riferimento al 1998 ed evidenziano una sostanziale diversità in termini di dato pro-capite tra le Regioni centro-set-

¹⁰ Non si dispone ancora di dati aggiornati al 2000 in quanto la Relazione Generale sulla situazione economica del Paese presentata dal Ministro dell'Economia e Finanze al Parlamento nell'anno 2001 non comprende il capitolo dedicato alla Sanità in attesa dei risultati delle verifiche in corso tra Governo e Regioni. La Relazione presenta solo qualche dato provvisorio, in particolare afferma che nel 2000 il comparto sanitario evidenzia un incremento della spesa sanitaria del 6,5%, in forte risalita rispetto all'anno precedente quando il tasso di crescita si era attestato al 3,4% (contro il 6% circa del biennio 1997-1998), anche se la quota sul Pil rimane sostanzialmente invariata e pari al 5,3%.

tentrionali e quelle meridionali-insulari. Dati del Ministero della Sanità evidenziano una spesa pro-capite media pari a lire 2.089.741 nelle Regioni settentrionali e di lire 1.801.033 nelle Regioni meridionali (al lordo della mobilità). La differenza può essere solo parzialmente spiegata considerando la struttura per età della popolazione, dove la percentuale di soggetti ultrasessantacinquenni è superiore nelle Regioni del Centro e del Nord con percentuali che nel 1999 hanno raggiunto rispettivamente il 19,5% e il 19,2% contro una percentuale di anziani pari al 15,5% della popolazione nel Sud. La presenza di una più consistente quota di anziani si riflette ovviamente nella maggiore richiesta di cure ed assistenza, spesso cure di lungo periodo derivanti dallo stato di disabilità, e quindi con un maggiore impatto sulla spesa sanitaria. Inoltre le disparità geografiche sono dovute alla mobilità dei pazienti che dal Sud della penisola spesso si spostano verso nord per ricevere cure mediche e usufruire di servizi ospedalieri e per la maggiore offerta di servizi sanitari al Nord.

Passando ad analizzare la scomposizione funzionale della spesa sanitaria pubblica, si può notare come l'assistenza ospedaliera in strutture pubbliche (stimata come il 75% della spesa per il personale e di quella per beni e servizi) e private convenzionate, assorba nel 1999 circa il 56% della spesa sanitaria pubblica corrente.

GRAFICO 6.4.4. Scomposizione funzionale della spesa sanitaria pubblica corrente (1999)

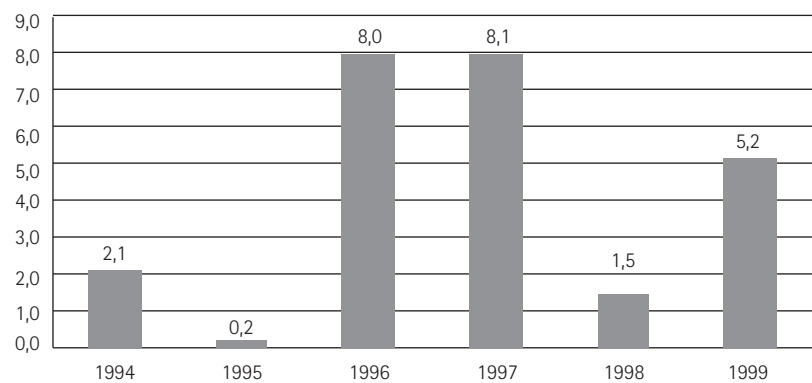


Fonte: elaborazione Prometeo su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, Ministero dell'Economia e Finanze, vari anni

La crescita della spesa ospedaliera è da imputare sia ai presidi in gestione diretta, che alla quota convenzionata che comprende le prestazioni erogate dagli istituti scientifici di ricovero e cura di diritto privato, dagli ospedali ecclesiastici classificati, dalle cliniche ed istituti universitari di ricovero e cura gestiti dalle Università convenzionate e dalle case di cura private convenzionate. Per il 1998 le case di cura accreditate assorbono, secondo dati Aiop, una quota pari all'8,8% della spesa ospedaliera complessiva mentre gli istituti in convenzione obbligatoria contano per l'11,2%. La spesa per posto letto risulterebbe, quindi, di circa 118 milioni l'anno e di 432.000 lire per giornata di degenza (considerando un tasso di utilizzo del 75%), inferiore a quella dei posti letto pubblici che rappresentando l'80% della spesa ospedaliera complessiva registrerebbero una spesa per posto letto di 185 milioni circa all'anno con un costo di 676.000 lire giornaliero. La diversa spesa per posto letto può peraltro dipendere dai diversi case-mix ospedalieri, ovvero dalla diversa complessità della casistica trattata.

La spesa ospedaliera convenzionata ha mostrato una progressiva crescita negli anni, passando da 10.708 miliardi nel 1995 con una percentuale di assorbimento della spesa sanitaria pubblica pari all'11,4%, a 14.776 nel 1999 con una quota di assorbimento della spesa sanitaria pubblica pari al 12,3%. La spesa ospedaliera espone un trend costantemente in crescita e questo costituisce un fattore determinante nell'evoluzione della spesa sanitaria complessiva (Grafico 6.4.5.).

GRAFICO 6.4.5. Tasso annuo di crescita della spesa pubblica per ospedali (%)

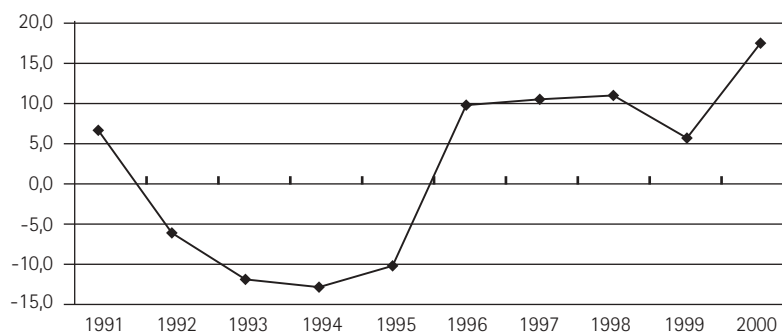


Fonte: elaborazione Prometeo su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, Ministero dell'Economia e Finanze, vari anni

Tra le voci che destano maggiore preoccupazione c'è anche la spesa farmaceutica che, dopo una fase di ridimensionamento iniziata nel 1992 legata ad incisive politiche di contenimento della spesa, dal 1996 evidenzia un andamento incrementale di una certa rilevanza ulteriormente confermato nel 1999, con una spesa pari a 14.373 miliardi (pari al 12% della spesa sanitaria pubblica). Questo andamento risulta ulteriormente confermato nelle prime stime del 2000 con una spesa totale per farmaci pari a 16.949 miliardi, circa il 18,4% in più rispetto al 1999, aumento dovuto in gran parte all'incremento del numero di ricette prescritte (+7% in più rispetto al 1999 secondo dati Federfarma). L'aumento del numero di ricette è imputabile prevalentemente all'inserimento nel prontuario di nuove categorie di farmaci, quali gli antidepressivi diventati a carico del Ssn. L'aumento di spesa nel 2000 è dovuto anche al fatto che sono stati prescritti farmaci mediamente più costosi come dimostra l'aumento del valore medio delle ricette del Ssn pari a 55.399 lire, (+7% rispetto al 1999), incremento che risulta conseguenza anche del processo di adeguamento dei prezzi dei farmaci italiani al prezzo medio europeo, previsto per legge e che nel 2000 ha fatto scattare un ulteriore aumento.

I dati relativi alla scomposizione per fattore produttivo della spesa sanitaria pubblica mostrano come il costo del personale rappresenta la principale fonte di spesa del Ssn, anche se negli ultimi due anni (1998 e 1999) risulta ridimensionata nel confronto con il 1997. I maggiori tassi di crescita si sono realizzati nel triennio 1995-1997, nei quali la spesa è passata da 39.589 miliardi a 47.298 con un peso percentuale sul totale della spesa che ha raggiunto circa il 43%. L'anno 1998 registra invece l'esito positivo delle disposizioni previste dalla legge 662/96 sul blocco delle assunzioni del comparto della sanità e dell'assenza dei rinnovi contrattuali. È sul 2000 che si addensano le maggiori preoccupazioni della Corte dei Conti per gli intervenuti accordi contrattuali 1998-2000 non sostenuti da sicura

GRAFICO 6.4.6. Tasso annuo di crescita della spesa farmaceutica convenzionata (%)



Fonte: ns elaborazione su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, Ministero dell'Economia e Finanze, vari anni

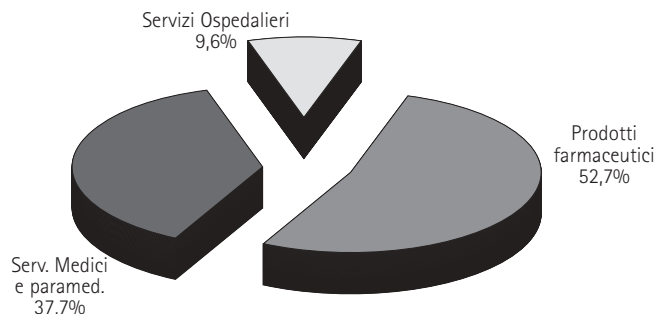
copertura. La retribuzione del personale dipendente del Ssn nonostante sia regolata dalla contrattazione nazionale si presenta fortemente variabile tra le diverse regioni. La retribuzione media mensile dei medici per il 1998 è pari in media a 8,8 milioni di lire a livello nazionale, variabile tra gli 8,0 milioni della Lombardia e i 14,6 milioni della Provincia Autonoma di Bolzano (secondo dati dell'ex Ministero del Tesoro che fanno riferimento al solo personale dipendente delle Aziende Usl). Il restante personale, che comprende gli infermieri, sempre nel 1998 ha una retribuzione media mensile di 3,2 milioni di lire, piuttosto omogenea in tutte le regioni (Grafico 6.4.6.).

Ai 113 mila miliardi di lire di spesa pubblica nel 1999 si sono, come già detto, aggiunti circa 44 mila miliardi di spese private, motivate parzialmente dalla riduzione delle risorse pubbliche destinate a questo settore.

Analizzando quindi i consumi privati delle famiglie possiamo notare che la spesa out of pocket è stata, secondo dati tratti dalla Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, pari a 43.823 miliardi nel 2000, e la quota maggiore di questi consumi è stata la spesa per i prodotti farmaceutici. La spesa privata per farmaci ha registrato i tassi di crescita più elevati negli anni 1994 (+21,50%) e 1995 (+13,24%), in conseguenza delle politiche di contenimento della spesa pubblica che portarono attraverso l'aggravio dei ticket a riversare l'onere sul bilancio delle famiglie. Tale crescita ha subito poi un rallentamento attestandosi ad un +3,6% nel 1999, mentre presenta nel 2000 un andamento nuovamente crescente del 5,8%. Secondo il Rapporto Annuale dell'Istat sulla situazione del Paese nel 2000, le famiglie spendono mensilmente un importo medio di 251.000 lire per beni e servizi sanitari, di cui 130.000 lire per medicinali. La spesa relativa a prestazioni mediche e paramediche ha invece rappresentato il 38,8% della spesa privata nel 1999 e il 37,7% nel 2000, quella per servizi ospedalieri è pari al 9,6% della spesa privata sia nel 1999 che nel 2000. Entrambe queste voci mostrano una crescita accentuata nel biennio 1993-1995 che è andata poi ulteriormente attenuandosi (Grafico 6.4.7.).

Un'anomalia della nostra spesa sanitaria privata è la prevalenza dell'esborso diretto (out of pocket) da parte dei cittadini, rispetto ad altre forme che prevedono un terzo pagante, sia esso un'assicurazione, una mutua o il datore di lavoro. Il mercato assicurativo svolge un ruolo ancora modesto, anche se in forte crescita. I dati dell'Ania (Associazione Nazionale tra le Imprese Assicuratrici) dimostrano come il volume dei premi raccolti dalle imprese operanti nel ramo malattia sia aumentato passando da 2.202 miliardi del 1998 a 2.431 miliardi nel 2000, con un incremento pari al 10% e con una incidenza del 4,5% sui premi complessivi.

GRAFICO 6.4.7. Consumi sanitari delle famiglie 2000 (%)



Fonte: elaborazione Prometeo su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, Ministero dell'Economia e Finanze, 2000

sivi delle assicurazioni danni. A questo incremento si è invece contrapposta una diminuzione del rapporto tra oneri per sinistri e premi di competenza che è passato dall'81,3% del 1998 al 76,2% del 2000, ma che risulta ancora molto alto e determina quindi una gestione deficitaria del ramo malattia. La polizza assicurativa privata garantisce ancora oggi un'assistenza aggiuntiva e sostitutiva rispetto a quella del Ssn, in particolare i rischi assicurati riguardano prevalentemente il ricovero ospedaliero e le spese mediche connesse. La mutualità volontaria, anche ai sensi del D.Lgs. n. 299/1999, ha invece lo scopo di garantire prestazioni integrative rispetto a quelle erogate dal Ssn, offrendo prestazioni più estese rispetto a quelle assicurative, ma è ancora relativamente sviluppata (Tavola 6.4.1.).

Tavola 6.4.1. Fonti di finanziamento della spesa sanitaria privata in %

OUT OF POCKET		ASSICURAZ. - MUTUE		DATORI DI LAVORO	
1980	1997	1980	1992	1980	1992
88,6	97,4	2,5	9,3	8,8	8,6

Fonte: A. Piperno 1997, Mercati assicurativi e istituzioni e WHO