Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE

L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN ITALIA: RAPPORTO OASI 2012

A cura di Eugenio Anessi Pessina, Elena Cantù, Francesca Ferré e Alberto Ricci

EXECUTIVE SUMMARY

Introduzione

Il rinnovamento dei sistemi sanitari continua a essere un importante oggetto di dibattito politico e scientifico, a livello nazionale e internazionale. Continua, infatti, la ricerca di soluzioni che soddisfino finalità almeno in parte contraddittorie: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta. Con l'istituzione, nel 1998, dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI), il CERGAS dell'Università Bocconi ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana, prendendo spunto da due presupposti:

- il dibattito non può limitarsi alle «ricette», agli aspetti di principio, ai presunti punti di forza e di debolezza di alternativi modelli «ideali» o comunque di alternative formule e architetture istituzionali; deve estendersi all'osservazione della realtà, ai risultati effettivi e concreti che le «ricette», di volta in volta formulate o rivisitate, sono in grado di produrre;
- la responsabilità di un centro di ricerca è immettere nel sistema e nel dibattito politico, istituzionale e sociale dosi massicce di conoscenze per incidere sulle tre determinanti del cambiamento, ossia sapere, volere e potere.

A quest'ultimo riguardo va segnalato il sito del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it), che presenta i principali dati relativi al SSN e permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, organizzati sia per anno che per temi.

Come impostazione metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale. Pare quindi opportuno richiamare 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 complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende e mettendole in grado di migliorare i propri risultati, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Anche nella definizione delle politiche pubbliche non bisogna imporre comportamenti uniformi: bisogna invece creare le condizioni e fornire gli incentivi perché 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». È invece un approccio logico che richiede a ogni istituto, quindi anche alle aziende sanitarie, di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri portatori di interessi (*stakeholder*) utilizzando al meglio le risorse disponibili. L'aziendalizzazione richiede quindi alle aziende sanitarie di ricercare continuamente modalità alternative di acquisizione e di impiego delle risorse per non dover ridurre i bisogni soddisfatti e, anzi, per poterli ampliare; richiede inoltre di verificare continuamente che i bisogni a cui vengono destinate le risorse siano quelli più rilevanti.
- La teoria aziendale si fonda su alcune proposizioni generali che valgono per tutte le classi di aziende, ma che vanno poi declinate in concetti e strumenti propri delle singole classi. Logiche e metodi sviluppati nel tradizionale contesto d'impresa non possono quindi essere acriticamente trasferiti alle aziende sanitarie.

Fatte queste premesse, il § 2 sintetizza metodi e contenuti dei singoli capitoli del Rapporto OASI 2012. I due successivi paragrafi presentano invece le principali caratteristiche del SSN e dei SSR: in particolare, il § 3 illustra gli assetti di sistema, mentre il § 4 riassume risorse strutturali, servizi erogati, livelli di finanziamento e di spesa. Il § 5, infine, offre una lettura interpretativa dell'evoluzione del SSN rispetto ad alcuni temi chiave.

Metodi e contenuti

Il Rapporto OASI 2012 si articola in quattro parti: il quadro di riferimento, i sistemi sanitari regionali, l'assetto istituzionale e le combinazioni economiche, l'organizzazione e la rilevazione. La Tabella 1 presenta sinteticamente autori, metodi e contenuti dei singoli capitoli.

Tabella 1. Autori, metodi e contenuti del Rapporto OASI 2012

	Autori	Titolo	Contenuto	Metodi	Oggetto di analisi
I. Il quadro di riferimento					
1	Anessi Pessina e Cantù	Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati			
2	Ferré e Ricci	La struttura dell'SSN	Risorse (es. personale, posti letto), output (es. numero di prestazioni) e outcome (es. grado di soddisfazione dei pazienti) delle aziende sanitarie	Elaborazione di dati OCSE, dati ministeriali, dati raccolti con schede inviate a tutte le regioni, altre fonti informative rilevanti	Tutte le regioni e aziende. Confronto con paesi UE e principali paesi extra-UE
3	Armeni e Ferré	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione	Spesa sanitaria pubblica e privata a livello internazionale, nazionale, regionale. Disavanzi a livello nazionale e regionale, con relative misure di copertura	Elaborazioni su database OCSE, Relazione generale sulla situazione economica del paese	Tutte le regioni. Confronto con paesi UE e principali paesi extra-UE
4	Longo, Larenza, Fosti e Rotolo	Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?	Descrizione del sistema di offerta socio-sanitaria ed evidenziazione dei principali fabbisogni di policy	Analisi documentale; Focus group con i Direttori Sociali delle ASL dell'Emilia Romagna	Dati a livello nazionale, con approfondimento sulle scelte di policy in Emilia-Romagna
5	Cavazza e De Pietro	Assetto istituzionale e scelte di gestione in sei fondi sanitari	Approfondimento sulle caratteristiche dei fondi sanitari integrativi (organi, modello di funzionamento, membri, prestazioni coperte, valutazioni su regole attuali e scenari futuri)	Studio di casi	6 fondi sanitari e 2 aziende che forniscono ai fondi servizi assicurativi e amministrativi
II. I sistemi sanitari regionali					
6	Cuccurullo	Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di rientro	Strumenti strategici impiegati nell'ambito dei PdR e relative finalità; fattori che orientano la scelta e l'impiego degli strumenti	Analisi documentale; survey condotta in tre aule di partecipanti a sessioni di formazione in management sanitario in Sicilia, Lazio e Campania (88 partecipanti); Interviste strutturate a 43 attori chiave nelle regioni in PdR	Regioni in PdR
7	Fattore e Ferré	I tempi di attesa per le prestazioni del SSN: stato dell'arte e alcune riflessioni	Presenza e caratteristiche (tipologia di prestazioni, frequenza e modalità di rilevazione ecc.) dei dati sui tempi d'attesa pubblicati sui siti web delle Regioni	Analisi dei siti web regionali	Tutte le Regioni
8	Brusoni, Trinchero, Marazzi e Partenza	Gestione, ritenzione e assicurazione del rischio: alla ricerca di una prospettiva integrata	Prospettiva delle aziende assicurative verso il settore sanitario; evoluzione dei criteri di interpretazione della responsabilità civile sanitaria; sviluppo di metodologie e strumenti di clinical risk management all'interno delle aziende sanitarie	Elaborazione di dati ANIA; analisi documentale della normativa regionale in tema di gestione del rischio di responsabilità civile per danni a terzi	Tutte le Regioni, con approfondimento su quelle che hanno emanato normative in materia di gestione del rischio di responsabilità civile per danni a terzi (PIE, LOM, FVG, LIG, TOS, SIC)
9	Carbone, Corsalini, Longo e Ricci	Scenari per lo sviluppo dei servizi territoriali: confronto tra modelli regionali di presa in carico della cronicità	Modelli regionali innovativi di presa in carico della cronicità	Analisi di documentazione grigia regionale; interviste semistrutturate a referenti istituzionali delle regioni analizzate e a rappresentanti di ASL e MMG	Tre Regioni (LOM, EMR, TOS)

10	Fosti, Larenza e Rotolo	La programmazione sociale e socio sanitaria nelle reti interistituzionali: il caso Regione Lombardia	Obiettivi, logiche, strumenti e caratteristiche della programmazione socio-sanitaria in Lombardia	Analisi documentale sui flussi finanziari; questionario ai 97 Uffici di Piano; focus group	Uffici di Piano della Regione Lombardia
III. Assetti istituzionali e combinazioni economiche					
11	Vecchi e Cusumano	Il Partenariato Pubblico Privato "*light*" e "*limited profit*" al crocevia tra sostenibilità, bancabilità e vincoli finanziari	Rappresentazione delle principali operazioni di PPP per il finanziamento degli investimenti sanitari; percezione delle principali criticità da parte dei soggetti coinvolti; tendenze in atto nelle operazioni di PPP	Analisi documentale (triangolazione di varie fonti); questionario online (44 rispondenti)	Tutte le regioni e le aziende che hanno finanziato investimenti tramite PPP
12	Cappellaro, Longo e Ricci	Le Sperimentazioni Gestionali nel SSN: rilevazione nazionale e analisi dei modelli emergenti	Stato dell'arte dell'implementazione delle sperimentazioni gestionali; ruolo delle politiche regionali; caratteristiche dei "modelli di successo"	Analisi documentale (triangolazione di varie fonti); focus group e interviste con referenti regionali; survey analitica descrittiva inviata a tutte le SG identificate (tasso di risposta 88%)	Tutti i casi di SG autorizzati dal 1995 al 2011
13	Giusepi, Lega e Villa	Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto	Ruoli che la funzione "gestione operativa" può assumere all'interno dell'azienda sanitaria; cambiamenti di struttura organizzativa e di sistemi operativi che possono favorirne sviluppo e consolidamento	Analisi di casi	Tre casi: AO Mantova, AOU Pisa, Istituto Clinico Humanitas di Rozzano
14	Del Vecchio, Rappini e Mallarini	Le sperimentazioni cliniche nelle Aziende Sanitarie	Posizionamento del nostro Paese nella competizione internazionale sulle sperimentazioni cliniche for profit e condizioni che possono garantire un miglioramento nella gestione e nella governance aziendale delle sperimentazioni cliniche	Analisi di dati provenienti da varie fonti sulle sperimentazioni cliniche e analisi di casi	Tre casi, due aziendali (INT di Milano e IRST di Mendola) e un caso regionale (regione Toscana)
IV. L'organizzazione e la rilevazione					
15	Lega	Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale	L'ospedale per intensità di cura: fabbisogni da soddisfare; soluzioni organizzative; ruolo delle unità organizzative e dei dipartimenti	Analisi critica nella prospettiva economico-aziendale, con riferimenti a casi nazionali e internazionali	
16	Prenestini	Esplorare le culture organizzative delle Aziende Sanitarie Pubbliche: analisi e confronto in cinque SSR	Cultura organizzativa dominante nelle percezioni del senior management delle aziende sanitarie pubbliche	Questionario a DG e componenti del Collegio di Direzione (tasso di risposta: 50% delle aziende; 521 persone rispondenti)	Aziende di cinque regioni (PIE, LOM, VEN, EMR, TOS)
17	Barbieri, Girosante e Valotti	La valutazione dei medici: un modello attuativo	Caratteristiche di un possibile modello multidimensionale di valutazione dei medici	Analisi di un caso	Istituto Clinico Humanitas di Rozzano
18	De Pietro e Sartirana	Le metriche di misurazione del personale	Esistenza di strumenti di reporting sul personale (demografia, processi interni, formazione e ricerca, aspetti economico-finanziari)	Interviste telefoniche semistrutturate ai direttori del personale delle AO lombarde	18 AO e 1 IRCCS pubblico
19	Francesconi, Lecci e Vendramini	I sistemi di P&C negli ospedali per intensità di cura: un'analisi empirica	Necessità (e difficoltà) di allineamento tra sistemi di P&C e modello dell'ospedale per intensità di cura	Analisi di casi	Tre casi: AO Como; AO Legnano; ASL Bologna (Presidio ospedaliero di Porretta)

Assetti di 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. Più specificamente, le regioni devono:

- Stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica (le aziende del gruppo).
- Ridisegnare il proprio apparato amministrativo, anche attraverso l'eventuale istituzione di un'Agenzia Sanitaria Regionale (sono 13 le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale).

- Tracciare le politiche e le regole complessive del sistema attraverso la definizione dei PSR, dei sistemi di programmazione e controllo di gruppo, dei sistemi di finanziamento della spesa corrente e degli investimenti, dei sistemi di accreditamento istituzionale e di controllo.
- Tracciare le politiche di governo in specifici ambiti di attività (medicina generale, assistenza farmaceutica ecc.).
- Definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi ecc.).
- Progettare norme generali per l'organizzazione, il funzionamento e la contabilità delle aziende.

Con riferimento alle aziende del gruppo, la Tabella 2 sintetizza l'evoluzione di ASL e AO dalla riforma del 1992 ad oggi, nonché le principali caratteristiche dimensionali di tali aziende nelle diverse regioni, evidenziando in particolare: (i) la stabilità nel numero delle ASL (145), che sempre più spesso hanno un ambito di riferimento provinciale, se non addirittura regionale (le ASL sub-provinciali rimangono esclusivamente nelle grandi aree metropolitane, in Veneto, in Umbria e in Friuli VG; anche queste due ultime regioni stanno peraltro valutando proposte di accorpamento delle ASL); (ii) le dimensioni medie delle ASL, che risultano ancora molto differenziate tra le regioni, nonostante i recenti accorpamenti; (iii) l'eterogeneità interregionale per numero e dimensione media delle AO, che condiziona tra l'altro il numero dei presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e quindi l'estensione dei meccanismi di «quasi mercato». La Tabella 3 presenta tutte le principali innovazioni istituzionali in termini di accorpamento e/o scorporo di ASL e AO dal 2002 al 2012.

Oltre a modifiche nel numero di ASL e AO, le regioni sempre più spesso hanno avviato ulteriori iniziative di «ingegneria istituzionale», prevedendo (i) ambiti di programmazione sovra-aziendale o (ii) la costituzione di aree vaste o macro-aree per l'accentramento e il coordinamento dei processi di acquisto e di altre funzioni amministrative (gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative e organizzazione dei centri di prenotazione), rispondendo così a esigenze di reintegrazione e/o riconnessione delle aziende. Le scelte regionali nella gestione degli acquisti e di altre funzioni amministrative possono essere ricondotte a quattro modelli principali: cooperazione istituzionale, aree vaste, enti pubblici giuridicamente autonomi e azienda unica. La Figura 1 fornisce una rappresentazione grafica degli attuali assetti di accentramento degli acquisti presenti nei vari SSR.

Con riferimento invece al sistema di deleghe per il governo economico delle aziende, il Rapporto propone come ogni anno i dati sulla durata in carica dei Direttori Generali (DG). Qui si confermano le difficoltà legate alla breve durata effettiva del mandato (nel periodo 1996-2012 la media nazionale è stata di 3 anni e 8 mesi, con forti differenze interregionali: Figura 2) e all'occasionalità della nomina (quasi il 52% delle persone che hanno ricoperto l'incarico di DG sono rimaste in carica, in una o più aziende della stessa regione, per un massimo di tre anni: Figura 3).

Tabella 2. Evoluzione nel numero di ASL e AO e loro dimensioni medie (2012)

Regione	ASL							AO					
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2012	Popolazione media 2011	N. medio pre-sidi a gest. diretta* 2011	PL utilizzati medi per pre-sidio a gest. diretta 2009	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/12**	N. medio stabilimenti AO*** 2011	PL utilizzati medi per AO 2009	PL utilizzati medi per stabilimento AO 2009
Piemonte	63	22	22	13	340.967	3,8	305	7	7	8	1,9	606	303
Valle d'Aosta	1	1	1	1	127.065	1,0	401	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	649.512	0,1	311	16	27	29	3,3	721	218
PA Bolzano	4	4	4	1	498.857	7,0	240	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	519.800	9,0	222	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	232.645	2,5	540	2	2	2	1,5	1.389	926
Friuli VG	12	6	6	6	205.156	1,3	106	3	3	3	2,3	782	391
Liguria	20	5	5	5	323.013	3,8	565	3	3	-	-	1.285	1.285
Emilia R.	41	13	13	11	394.362	5,0	418	5	5	5	1,0	969	969
Toscana	40	12	12	12	308.985	3,7	202	4	4	4	1,0	772	772
Umbria	12	5	4	4	223.556	4,5	134	2	2	2	1,0	615	410
Marche	24	13	13	1	1.569.578	27,0	114	3	4	2	2,5	605	302
Lazio	51	12	12	12	468.893	4,0	118	3	3	5	1,6	718	399
Abruzzo	15	6	6	4	333.669	4,5	169	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	320.795	6,0	188	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	830.423	7,0	136	7	8	7	2,1	457	415
Puglia	55	12	12	6	679.950	7,3	260	4	6	2	1,5	1.011	1.011
Basilicata	7	5	5	2	295.301	6,0	140	1	1	1	2,0	674	337
Calabria	31	11	11	5	482.090	5,8	75	4	4	4	2,3	413	179
Sicilia	62	9	9	9	559.755	6,0	78	16	17	5	2,4	1.031	344
Sardegna	22	8	8	8	208.875	3,5	127	1	1	1	1,0	478	478
ITALIA	**659**	**228**	**197**	**145**	**414.104**	**4,0**	**189**	**81**	**97**	**80**	**2,4**	**729**	**317**

* Si considerano i presidi a gestione diretta ASL individuati dall'indirizzario del Ministero della Salute. Si utilizza, quindi, la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92). (**) Per AO si intende la somma della Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. (***) Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti di Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliero-Universitarie.

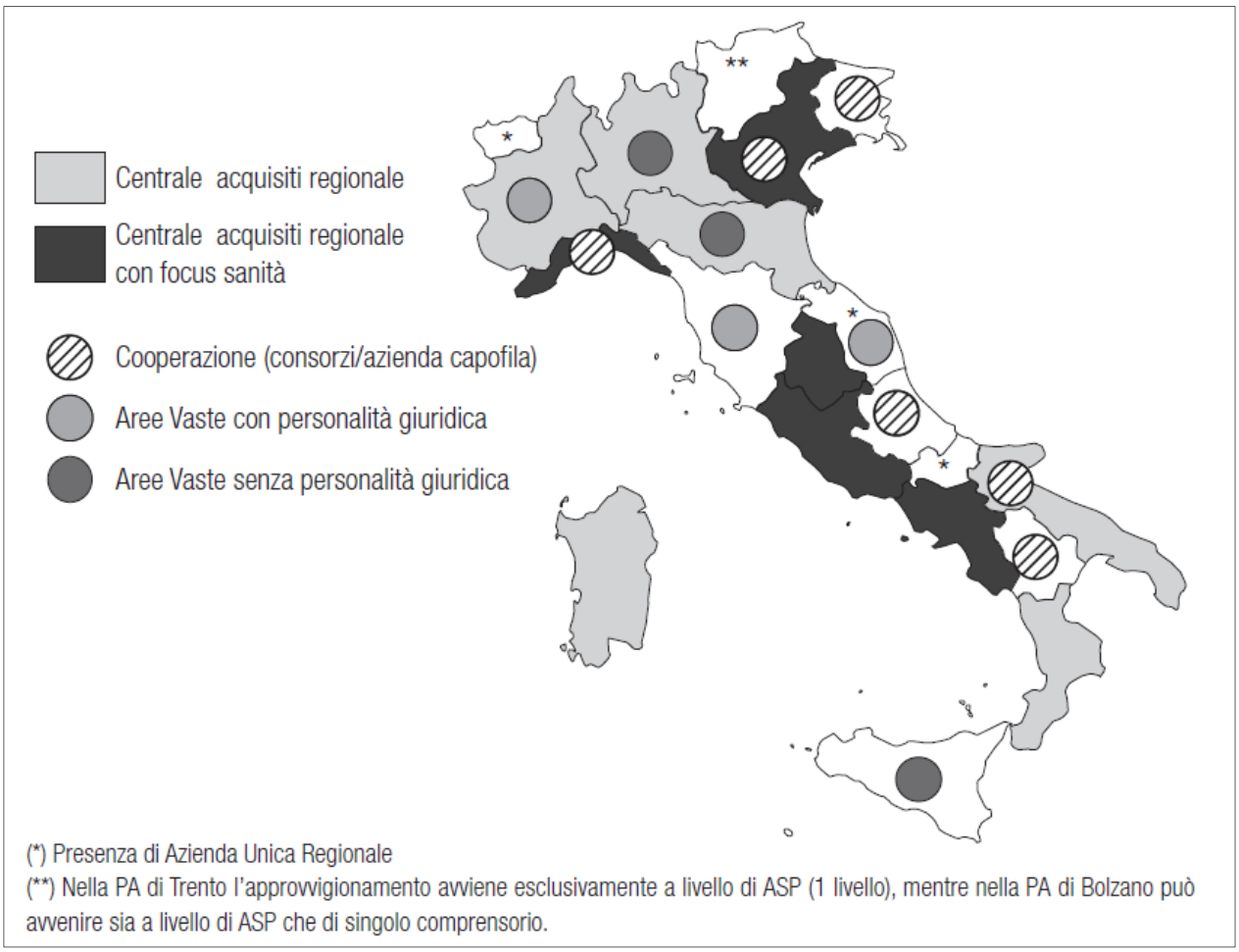
Fonte: Elaborazioni OASI su dati indirizzario Ministero della Salute 31/10/2011

Tabella 3. Accorpamenti e scorpori di ASL e AO (2002-2012)

Regione	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO
Piemonte	(2004) Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (2006) Fusione in 7 ASL di 16 delle 22 ASL esistenti: ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO3 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO4 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL
Lombardia	(2002) Costituzione di due AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (2003) Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio
PA di Bolzano	(2007) Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige
Liguria	(2008) Soppressione dell'AO Ospedale S. Corona e dell'AO Villa Scassi, con riaccorpamento nelle ASL di competenza (2012) Accorpamento dell'Ospedale S. Martino di Genova e dell'IST - Istituto nazionale per la ricerca sul cancro - e relativo riconoscimento della nuova struttura come IRCCS pubblico
Emilia-Romagna	(2003) Accorpamento di tre ASL nell'Azienda USL di Bologna
Marche	(2003) Riassetto dell'SSR: costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL e fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera) (2009) Accorpamento strutture ospedaliere San Salvatore di Pesaro e Santa Croce di Fano nella nuova Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord
Abruzzo	(2010) Accorpamento dell'ASL di Avezzano-Sulmona con l'ASL dell'Aquila (2010) Accorpamento dell'ASL di Chieti con l'ASL di Lanciano-Vasto
Molise	(2005) Creazione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana
Campania	(2008) Creazione di 4 ASL provinciali (Avellino, Benevento, Caserta e Salerno), in virtù della fusione delle rispettive ASL sub provinciali, e di 3 ASL nella Provincia di Napoli: Napoli 1, Napoli 2 (accorpamento delle ASL NA2 e NA 3) e Napoli 3 (accorpamento delle ASL NA4 e NA 5) (2011) Costituzione per accorpamento dell'AO di rilievo nazionale Monaldi – Cotugno – CTO
Puglia	(2002) Soppressione di 4 AO con riaccorpamento nelle ASL (2006) Cambiamento di denominazione dell'ASL BA/1 che diviene ASL BAT/1 (Barletta-Andria-Trani) (2006) Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 12 ASL esistenti: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2
Basilicata	(2008) Riassetto del SSR: creazione di due ASL provinciali
Calabria	(2007) Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 11 ASL esistenti: ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento (completato nel 2012) delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria (2012) Completamento dell'accorpamento dell'ASL Locri nell'ASL Reggio Calabria
Sicilia	(2009) Riassetto del SSR attraverso la definizione di 9 Aziende Sanitarie Provinciali, 3 AO di riferimento regionale e 2 Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (ARNAS)

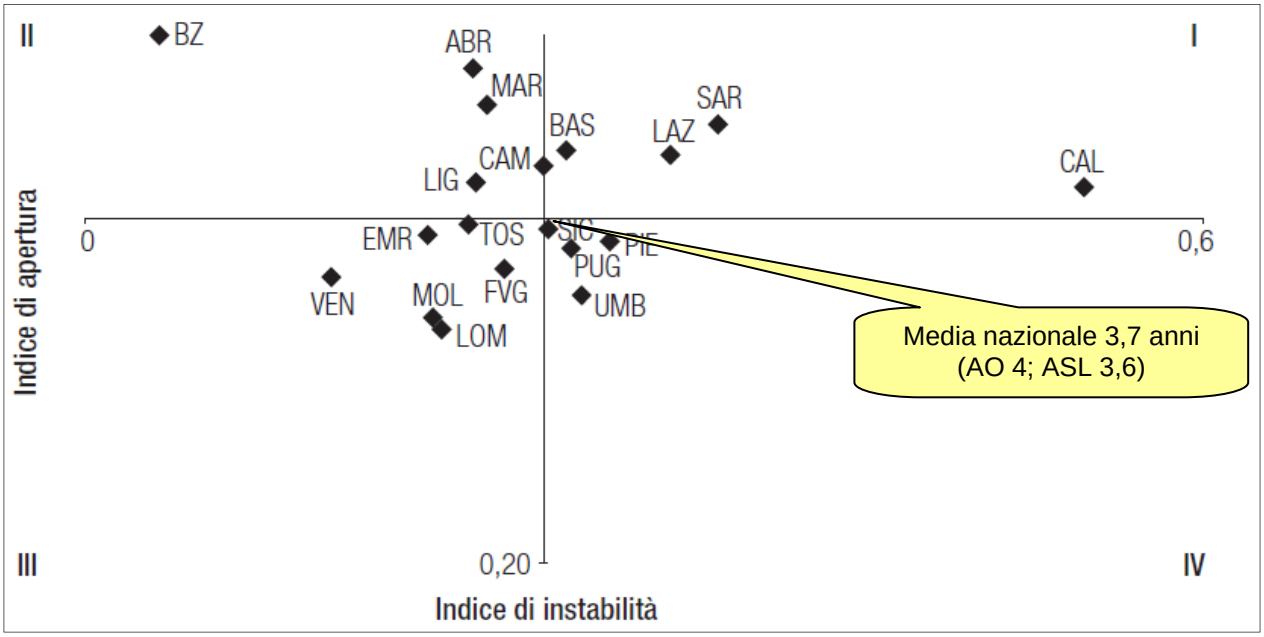
Fonte: Elaborazioni OASI 2012

Figura 1. L'accentramento degli acquisti (2012)



Fonte: Elaborazioni OASI 2012

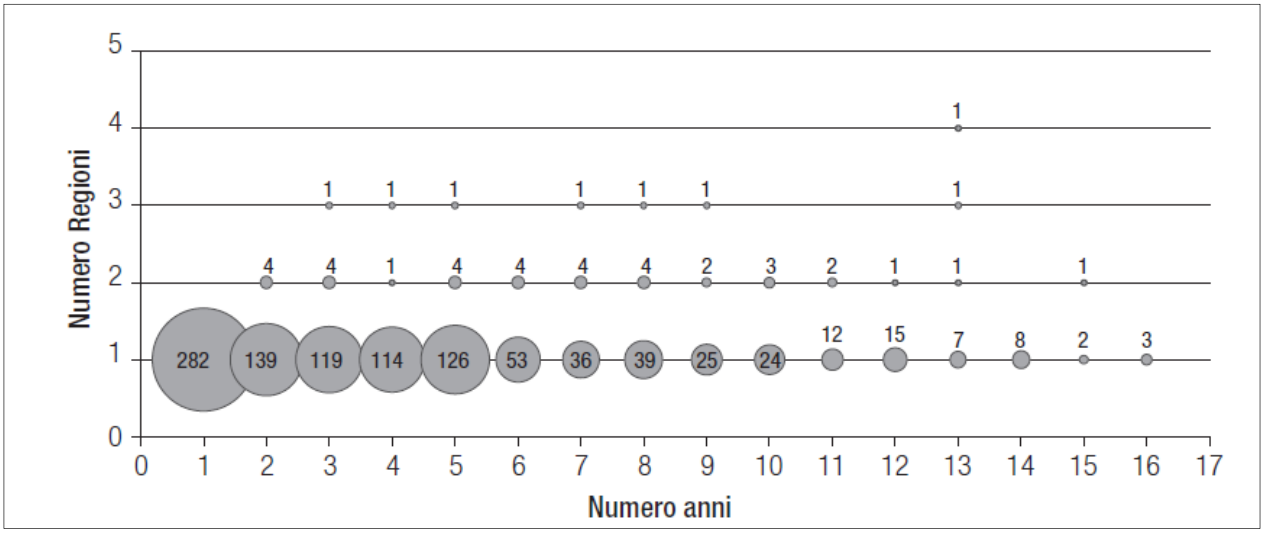
Figura 2. Turnover dei Direttori Generali: indici di instabilità e apertura e durata media in carica (1996-2012)



Nota: L'indice di instabilità regionale misura la propensione del sistema a cambiare i propri DG ed è calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella Regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili (ossia un nuovo DG in ogni azienda ogni anno). L'indice di apertura del sistema regionale misura la propensione del SSR ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare i DG fra le proprie aziende. E' dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della Regione nel periodo 1996-2012 e il numero massimo di aziende presenti nella Regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della Regione nel periodo considerato.

Fonte: Elaborazioni OASI 2012

Figura 3. Distribuzione dei DG per numero di anni e di regioni in cui hanno ricoperto la carica nel periodo 1996-2012 (n = 1.047)



Fonte: Elaborazioni OASI 2012

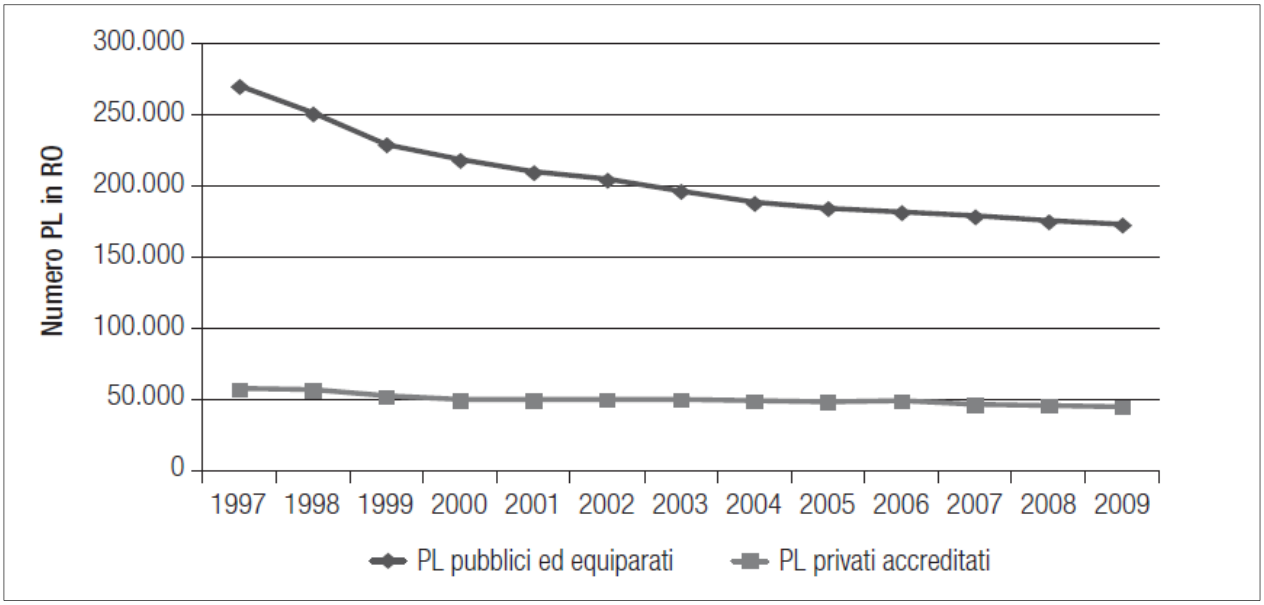
Risorse strutturali, servizi erogati, livelli di spesa

L'analisi delle **STRUTTURE OSPEDALIERE** del SSN ha evidenziato i seguenti aspetti.

Il numero di strutture di ricovero pubbliche (AO, presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali) ed equiparate[1] (IRCCS, AOU integrate con il SSN, ospedali classificati o assimilati, istituti qualificati presidio dell'ASL, enti di ricerca), rispetto agli anni Novanta, si è fortemente e costantemente ridotto: da 942 nel 1997 a 638 nel 2009[2]. Il numero delle strutture private (Case di cura) accreditate è rimasto invece costante nel periodo 1997-2005 (circa 550), per poi registrare un lieve aumento nel 2006 (563) e una diminuzione tra 2008 e 2009 (534).

Anche i posti letto per degenza ordinaria (pubblici, equiparati e privati accreditati, per acuti e non) si sono significativamente ridotti, passando da circa 328.000 nel 1997 a 217.831 nel 2009 (Figura 4). Il decremento è stato sistematico nelle strutture pubbliche ed equiparate, mentre i posti letto privati accreditati, pur ridottisi complessivamente del 22,1% nel periodo 1997-2009, mostrano nel corso degli anni un andamento variabile (crescente nel periodo 2000-2003 e nel 2006; decrescente negli altri anni). E' invece cresciuto notevolmente il numero di posti letto in *day hospital* (pubblici, equiparati e privati accreditati, per acuti e non), passato da poco più di 22.000 nel 1997 a 30.895 nel 2009. Da segnalare che, per la prima volta, tra 2008 e 2009 si è registrato un calo della dotazione di posti letto in regime diurno (pari al 2,3%, -728 unità).

Figura 4. Trend di riduzione dei posti letto in regime ordinario - pubblici ed equiparati vs Case di cura private accreditate (1997-2009)



Anno	*1997*	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
PL pubblici ed equiparati	270.878	251.505	229.773	218.744	210.110	204.804	196.911	188.426	184.787	181.920	178.972	175.458	173.189
PL privati accreditati	57.298	56.380	52.150	49.631	49.704	49.876	50.060	49.002	48.140	48.894	46.454	45.718	44.642

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Nel 2009, la dotazione media nazionale di posti letto – in regime di degenza ordinaria e diurna – era pari a 3,6 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti. A livello di media nazionale, ciò ha consentito di rispettare lo *standard* di 4,5 posti letto complessivi previsto dall'Intesa Stato-Regioni del

[1] Nella sezione del Rapporto dedicata alla dotazione delle strutture ospedaliere, è stata mantenuta la suddivisione tra strutture pubbliche, equiparate e private accreditate, in modo da assicurare la coerenza con le serie storiche disponibili (flussi ministeriali HSP 12 *ex* DM 05/12/2006). Nella sezione sulle attività, invece, è stata adottata la suddivisione del Rapporto SDO 2010 che classifica le strutture secondo il criterio della natura giuridica della proprietà e, solo secondariamente, dei rapporti con il SSN (strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate).

[2] Va peraltro segnalato come tale riduzione non corrisponda interamente al numero di strutture dismesse o convertite in strutture extraospedaliere, perché riflette anche l'accorpamento funzionale di più stabilimenti in un unico presidio, così come la trasformazione o aggregazione di presidi a gestione diretta in AO, soprattutto in Lombardia.

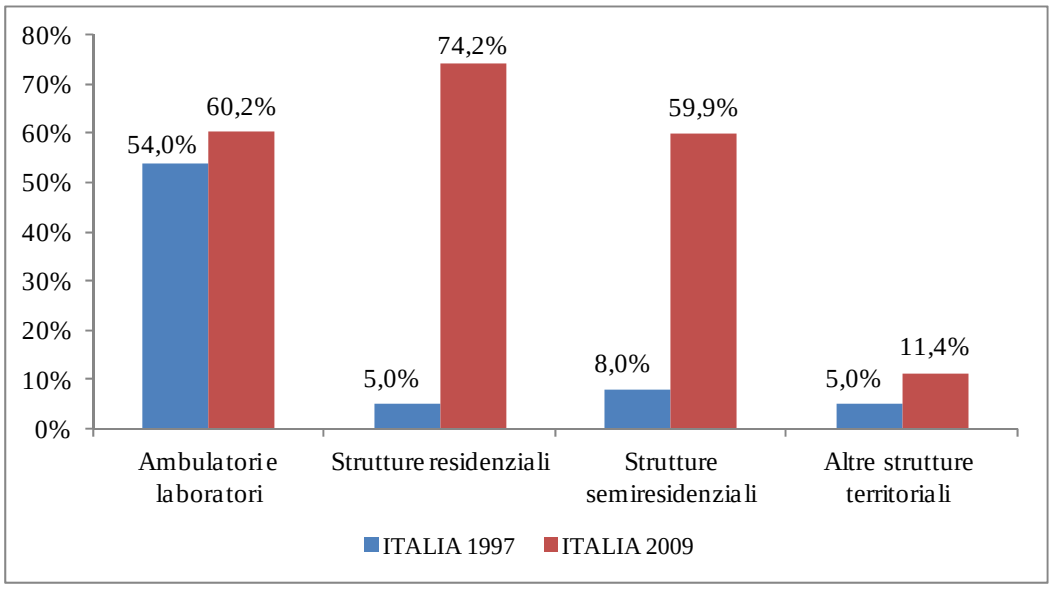
23/03/2005. Quattro regioni registravano tuttavia una dotazione ancora superiore a quanto consentito (Molise, Lazio, PA di Trento ed Emilia Romagna). Da segnalare che la dotazione-obiettivo è stata ulteriormente ridotta negli ultimi anni. In particolare, il D.L. 95 del 06/07/2012[3] ha stabilito un limite di 3,7 PL ogni mille abitanti, di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza. Viene inoltre indicato che le eventuali riduzioni dovranno essere a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota pari ad almeno il 50%.

Nel 2009, a livello nazionale, la percentuale media di posti letto in Case di cura private accreditate era pari al 19,8%. A livello regionale, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (32%), Campania (30,9%) e Lazio (26,3%). Tale quota è, al contrario, molto bassa in Liguria (4,4%), Basilicata (5,8%), Veneto (6,4%) e Umbria (8,1%). L'offerta privata accreditata è concentrata per il 39% al Nord, per il 39% al Sud e solo per il 21% nelle regioni del Centro[4]. Dal 1998 ad oggi la quota del privato accreditato sul totale dei PL è aumentata di circa 2 punti percentuali.

Sempre dal punto di vista della dotazione di servizi ospedalieri, infine, si nota come il servizio di Pronto Soccorso (PS) sia svolto in maniera largamente prevalente dalle strutture pubbliche: queste ultime sono dotate di un PS nell'80,7% dei casi, contro il 6,9% dei privati accreditati.

Per quanto riguarda l'**ASSISTENZA TERRITORIALE**, a livello nazionale, il periodo 1997-2009 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+45,7%) e per il sempre maggiore apporto del privato accreditato (Figura 5). Entrambi i fenomeni sono particolarmente spiccati per le strutture semiresidenziali (incremento del 198,1% nel periodo 1997-2009; peso delle strutture private accreditate pari al 59,9% nel 2009) e residenziali (incremento del 214%; peso delle strutture private accreditate pari al 74,2%). L'offerta di servizi ambulatoriali e di laboratorio è distribuita abbastanza uniformemente tra pubblico e privato, pur con una certa prevalenza di quest'ultimo (60,2%), mentre la categoria «Altre Strutture Territoriali»[5] è costituita per l'88,6% da strutture pubbliche. Ancora una volta esistono peraltro forti differenze interregionali. Per quanto riguarda l'offerta semiresidenziale e residenziale (in gran parte destinata agli anziani), la percentuale di privato accreditato registra valori più elevati nel Nord Italia, nonché in Abruzzo, Molise, Sardegna e Puglia.

Figura 5. Incidenza del privato accreditato sul numero di strutture di assistenza territoriale (1997; 2009)



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

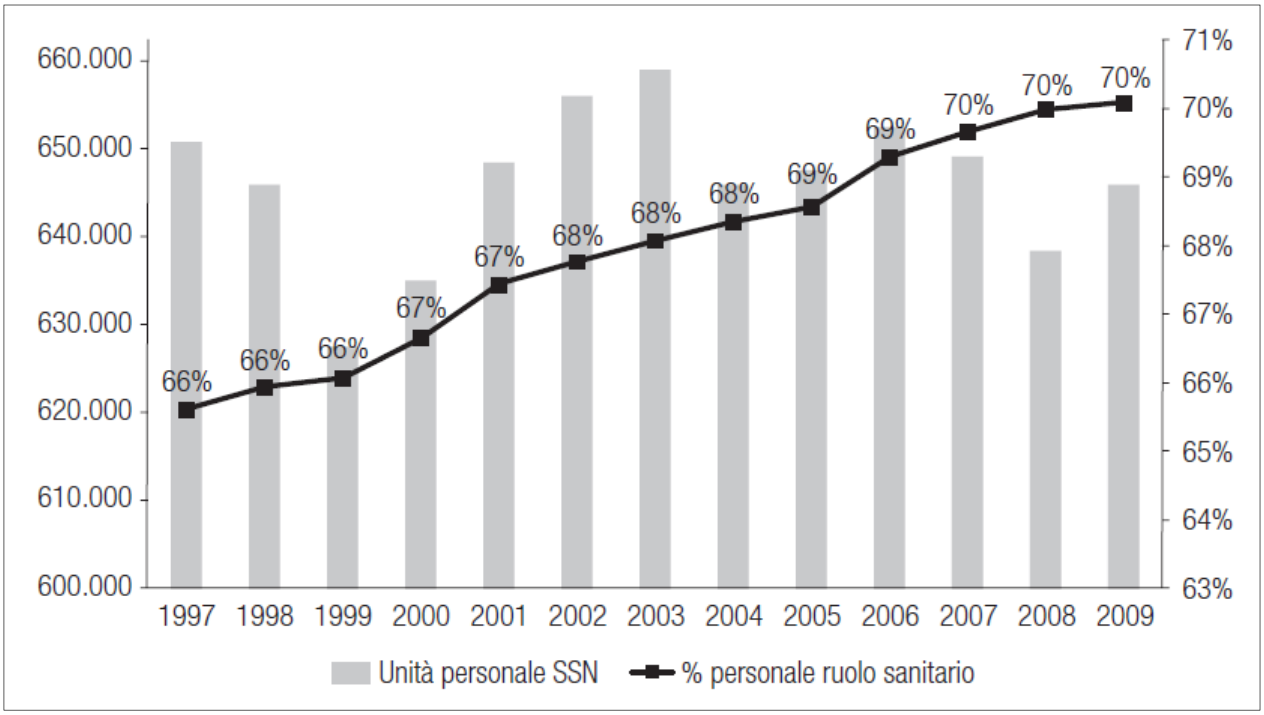
Il **PERSONALE DIPENDENTE DEL SSN**[6] è complessivamente diminuito dello 0,7% nel periodo 1997-2009 (Figura 6). Il dato presenta un andamento piuttosto variabile, dovuto ai periodici blocchi delle assunzioni. Da segnalare un aumento di oltre settemila unità tra 2008 e 2009, con un'inversione di tendenza rispetto alla riduzione degli organici iniziata nel 2006. L'aumento della spesa per il personale è stato co-

[3] "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati", art. 15, c. 13. Il Decreto è stato convertito in Legge il 07/08/2012.
[4] Il Centro include Lazio, Marche, Toscana e Umbria, mentre il Sud comprende le Isole.
[5] Tale categoria include: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.
[6] E' incluso il personale dipendente delle ASL, delle AO e delle AO integrate con l'Università.

munque inferiore all'aumento complessivo della spesa sanitaria corrente, tanto che l'incidenza percentuale della prima sulla seconda è passata dal 43,3% del 1997 al 32,5% del 2011. Si nota, inoltre, un aumento di percentuale del ruolo sanitario sul totale dei dipendenti SSN (passato dal 66% del 1997 al 70,2% del 2009), prevalentemente dovuto alla componente medica.

Relativamente alla **MEDICINA GENERALE**, infine, nel periodo 1997-2009 il numero dei MMG a livello nazionale è rimasto sostanzialmente stabile (-2,8%), mentre sono aumentati i PLS (+14,8%). Nel 2009, il carico potenziale (basato sulla popolazione assistibile) ed effettivo (basato sul numero di scelte) dei MMG era rispettivamente pari a 1.129 e 1.134 persone. Il divario era invece molto più significativo per i PLS (1.022 assistibili contro 857 scelte), a indicare che per molti bambini viene scelto un MMG anziché un PLS.

Figura 6. Numero di dipendenti del SSN e incidenza del personale del ruolo sanitario (1997-2009)



Passando dall'esame delle risorse strutturali a quello dei servizi erogati, le prestazioni di **RICOVERO** rilevate dal Ministero evidenziano:

- Un aumento dei casi trattati fino al 2002[7] (ad eccezione del 2000, in cui i ricoveri si sono ridotti circa dello 0,4%), una sostanziale stabilità nel periodo 2003-'06 (con variazioni comprese tra -1 e +1,5%), una forte riduzione nel 2007 (-4%), nel 2008 (-2%), nel 2009 (-2,6%) e nel 2010 (-3,2%). Analizzando più dettagliatamente la variazione dei ricoveri tra il 2009 e il 2010, si rileva per gli acuti una riduzione sia dei ricoveri in regime ordinario (210.504 casi in meno), sia di quelli in DH (162.278 casi in meno). Un lieve aumento si è registrato per i ricoveri in riabilitazione (906, considerando i ricoveri ordinari e in DH) e lungodegenza (2.215).
- Nel 2010, 11.294.892 dimissioni complessive (in strutture pubbliche, equiparate, private accreditate e non; in regime ordinario e in DH; per acuti, riabilitazione e lungodegenza).
- Sempre nel 2010, un tasso di ospedalizzazione per acuti medio nazionale pari a 164,63 ricoveri per mille abitanti (115,81 in ricovero ordinario e 45,18 in *day hospital*), in linea con l'obiettivo previsto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005[8], e poco distante dallo standard previsto dal D.L. 95/2012 che fissa un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per 1.000 abitanti di cui il 25% erogati in *day hospital*, da raggiungere entro il 30 novembre 2012.

[7] Si noti peraltro che tale aumento è parzialmente condizionato dalla progressiva estensione della copertura della rilevazione degli istituti esistenti.

[8] L'Intesa richiedeva il mantenimento di tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno, di norma pari al 20%.

- Una degenza media per acuti in regime ordinario che si è progressivamente ridotta fino al 2002 (da 7,1 del 1998 a 6,7 nel 2002), per poi stabilizzarsi a 6,7. Mediamente, le strutture private hanno una degenza media inferiore alle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,4 rispetto a 7,1 giorni), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (28,1 rispetto a 25,5) e maggiori per la lungodegenza (34,7 rispetto a 28,1).
- Di conseguenza, una riduzione delle giornate di degenza, piuttosto rapida (2-4% l'anno) nel periodo 1998-2000, più contenuta (1-2%) a partire dal 2001. Nel 2010 sono state rilevate 70.607.472 giornate di degenza, con un decremento del 2% rispetto al 2009.
- Un costante incremento della complessità della casistica trattata, valutata considerando il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di DRG omologhi (valore medio nazionale del 2010 pari a 30,9%, in lievissimo aumento rispetto al 30,5% del 2009). Anche il peso medio nazionale dei ricoveri per acuti in RO ha registrato un aumento dall'1,06 nel 2009 all'1,08 nel 2010. Nella maggioranza delle regioni settentrionali (tranne le PA di Bolzano e Trento) e centrali (tranne l'Umbria) l'indice di *case mix* è superiore ad 1 – indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana.
- Un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinica, per quanto espresso dai seguenti indicatori: (i) la percentuale di dimissioni di pazienti con DRG medico da parte di reparti chirurgici (dal 45% del 1998 al 33,2% del 2010); (ii) la percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario su scala nazionale (da 12,8% del 1998 al 11,2% del 2010), benché su scala regionale si evidenzi una forte variabilità; (iii) l'incidenza dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza (come individuati dal Decreto sui LEA)[9] su totale dei ricoveri ordinari per acuti, pari al 16% del totale, con un massimo rappresentato dal Molise (23%) e un minimo dal Piemonte (9%). Un altro dato importante sull'appropriatezza dei ricoveri è rappresentato dal numero dei ricoveri ordinari ripetuti. Nel corso del 2010 i tassi di riammissione entro 30 giorni erano elevati nelle discipline di ematologia (47%), psichiatria (34%) e emodialisi (32%). Va però segnalato il peggioramento diffuso di un altro indicatore: la percentuale di parti cesarei (dal 31% del 1998 al 38% del 2010). Sempre in riferimento alle nascite, si registra come il 29% dei punti nascita (pubblici e privati accreditati) risulti sotto soglia (< 500 parti/anno).

Con riferimento all'attività di **ASSISTENZA TERRITORIALE**, va innanzi tutto ricordato che si dispone di dati sistematici solo a partire dal 2004. A questo si aggiunge una forte disomogeneità nella definizione e classificazione dei dati e delle informazioni, che dovrebbe essere superata con lo sviluppo del nuovo SIS e il relativo potenziamento dei flussi informativi, anche attraverso un lavoro di omogeneizzazione e condivisione delle classificazioni dei dati. Le rilevazioni più complete riguardano le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2009 ne sono state erogate oltre un miliardo, con la predominanza delle attività di laboratorio (85,1% del totale), seguite dalla riabilitativa (quasi il 6%) e dalla diagnostica strumentale e per immagini (quasi il 5%); tutte le altre prestazioni, prevalentemente visite specialistiche, rappresentano il 4,3%. Un'altra tipologia di attività erogata a livello territoriale è l'assistenza domiciliare integrata (ADI). Nel 2009 sono stati mediamente trattati in ADI 888 pazienti ogni 100.000 abitanti, ma la differenziazione regionale (anche a causa della già citata eterogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di: (i) numero di casi trattati, con un intervallo compreso tra i 166 casi per 100.000 abitanti della Valle D'Aosta e i 2.073 dell'Emilia Romagna, (ii) tipologia di pazienti trattati, anziani nel 92% dei casi in Liguria e solo nel 55% dei casi in PA Trento; (iii) intensità di assistenza erogata, ovvero 56 ore per caso trattato nel Molise e 6 ore in Friuli VG.

Un aspetto importante da valutare nell'ambito delle cure e servizi territoriali è il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura *proxy* è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma, insufficienza cardiaca cronica negli anziani, che dovrebbero essere gestite sul territorio. Nel 2010 diabete ed asma hanno registrato bassi accessi ai servizi di ricovero (in media 22 e 11 ricoveri ogni 100.000 abitanti), anche se le differenze interregionali sono marcate; al contrario, l'insufficienza cardiaca cronica (broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO) negli anziani è ancora molto spesso curata in ambito ospedaliero: in media 1.286 ricoveri ogni 100.000 abitanti.

Tra le attività territoriali, le aziende sanitarie organizzano ed erogano le attività di prevenzione collettiva e mirata tramite i 143 Dipartimenti per la prevenzione distribuiti a livello nazionale[10], in accordo con le priorità contenute nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Per garantire un'assistenza medica

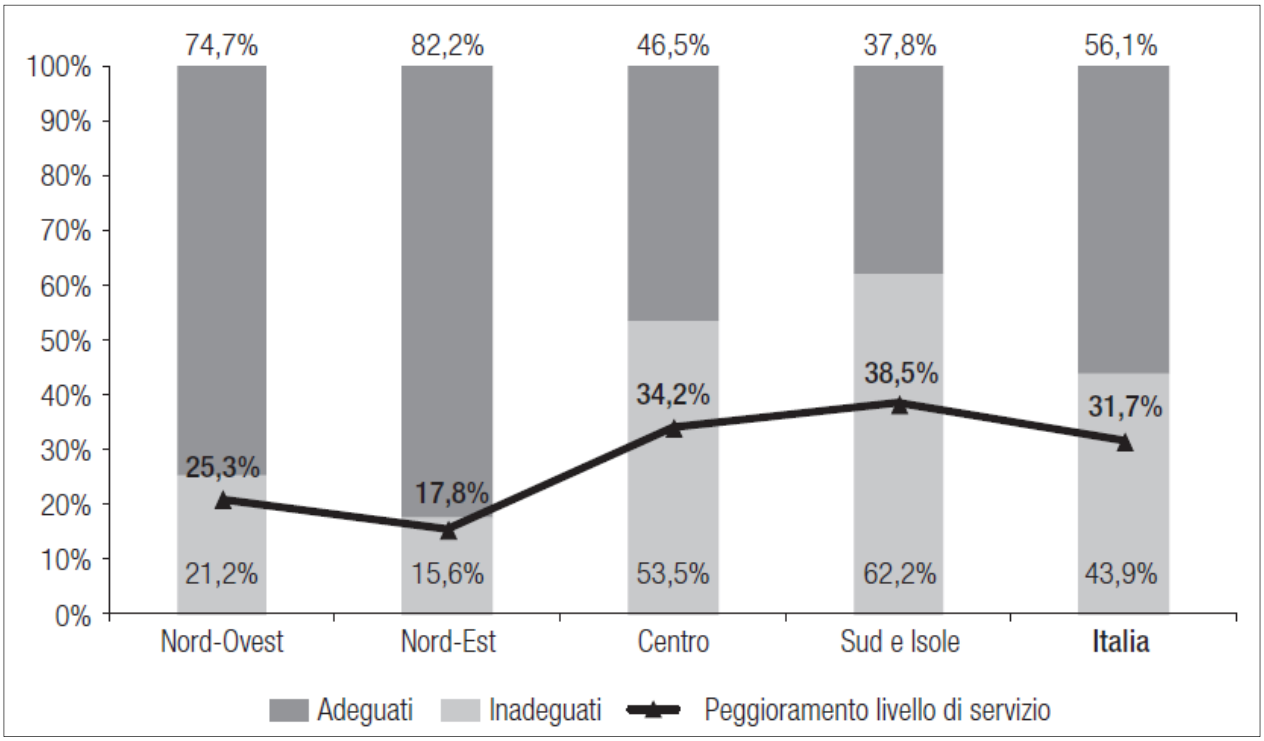
[9] Si fa riferimento ai 108 DRG LEA previsti nel Patto per la Salute 2010-2012 (Allegato A e B).
[10] Dato che corrisponde alle ASL con servizi attivi, Ministero della Salute, 2009.

di base continuativa, inoltre, forniscono ai cittadini la possibilità di rivolgersi alla guardia medica. Nel 2009 si contano 2.984 punti di guardia medica sul territorio nazionale, distribuiti prevalentemente al Sud (63,3% del totale), con una media di 21 medici titolari ogni 100.000 abitanti.

Le valutazioni relative ai **BISOGNI** e al loro **GRADO DI SODDISFACIMENTO** sono chiaramente più complesse. Rispetto ai confronti internazionali la popolazione italiana gode di buona salute: l'Italia ha una speranza di vita alla nascita tra le più elevate al mondo, pari nel 2011 a 79,4 anni per gli uomini e 84,5 per le donne. Parte delle sostanziali modifiche osservate nella salute degli italiani è legata alle migliorate condizioni economiche e socio-culturali, ma un ruolo importante è stato anche svolto dal SSN, in termini per esempio di campagne di vaccinazione contro le malattie infettive, offerta di servizi di emergenza e urgenza, attività di prevenzione. Il buon livello di salute trova almeno parziale riscontro nel grado di soddisfazione dei cittadini, che ritengono i servizi tendenzialmente adeguati (56,1% del totale – dati CENSIS - FbM 2012), pur con differenze significative sia tra tipologie di prestazioni, sia soprattutto tra aree geografiche (Figura 7). Da notare come elevate percentuali di coloro che lamentano un peggioramento del servizio nell'ultimo anno riguardino le aree geografiche con i minori livelli di soddisfazione; ciò indica le difficoltà nel colmare il divario in termini di qualità percepita tra le diverse aree del Paese.

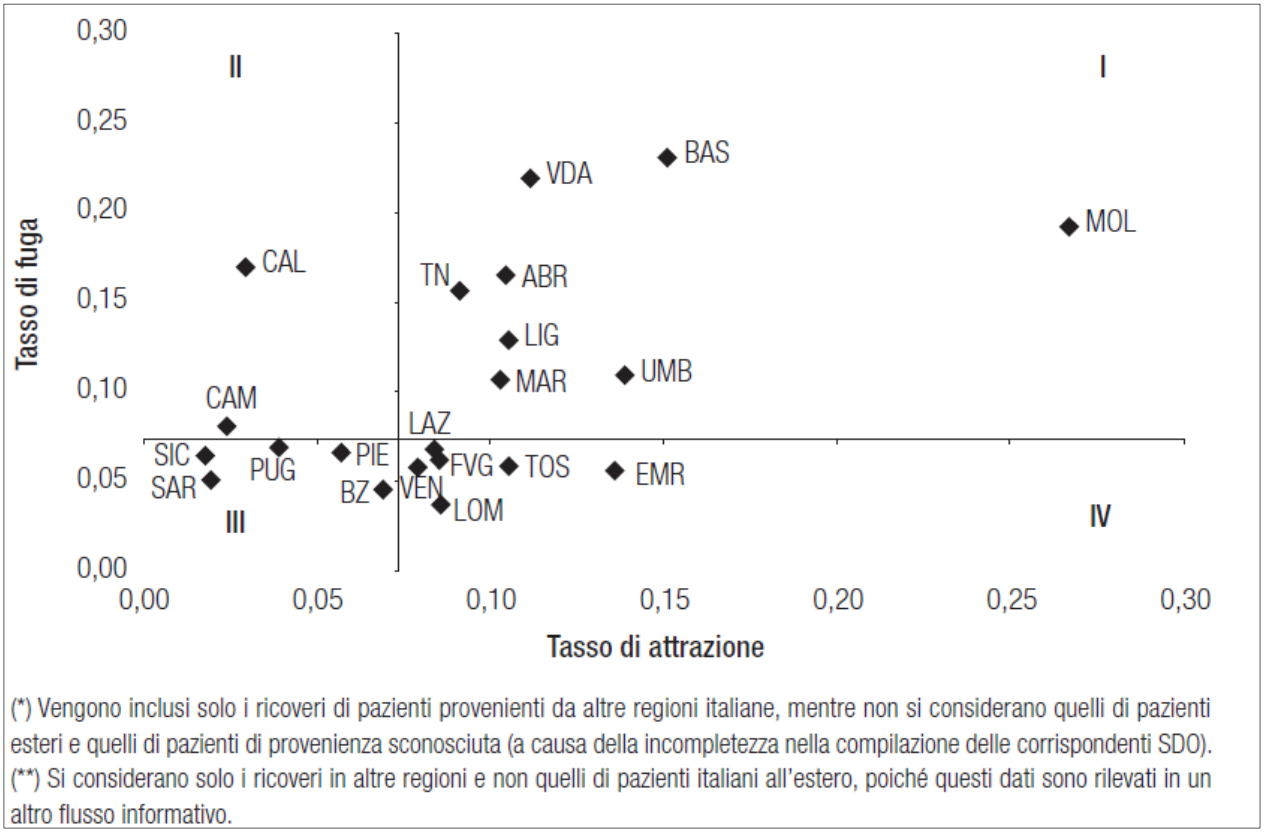
I diversi livelli di soddisfazione aiutano anche a comprendere i flussi interregionali di mobilità dei pazienti. Al riguardo, la Figura 8 classifica le regioni in funzione dei loro tassi di fuga (ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri dei residenti della regione) e di attrazione (ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione) in confronto al dato medio nazionale (rappresentato dagli assi cartesiani).

Figura 7. Giudizio globale sui servizi offerti dal SSN, per macroarea geografica (%) (2012)



Fonte: Elaborazione OASI su dati CENSIS – Fbm

Figura 8. Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**), ricoveri ordinari per acuti (2010)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO Ministero della Salute

Un ultimo tema di particolare rilevanza è quello della **SPESA**. Secondo i confronti internazionali, la spesa sanitaria italiana risulta del 21% inferiore al dato complessivo UE-15[11] come risultato di un tasso di crescita medio, tra il 1990 e il 2010, di 1,4 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici Paesi. Questo vale sia per la spesa pro-capite 2010, totale (2.964 $PPA[12] contro 3.765 della media UE-15) e pubblica (2.292 $PPA contro 2.920), sia per l'incidenza sul PIL della spesa, totale (9,3% contro 10,7% nel 2010) e pubblica (7,4% contro 8,2). La copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia risulta allineata al valore UE-15 (77,5% nel 2010), ma ancora inferiore a quella di alcuni Paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN), quali Regno Unito e Danimarca.

La spesa sanitaria corrente a carico del SSN è cresciuta nel 2011 del 0,9% rispetto al 2010, un aumento contenuto rispetto all'anno precedente (+1,4%) a conferma di un deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni (dal 2001 al 2010 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica è stato del 4,1%, a fronte di un 8,1% nel periodo 1995-2001). Sottraendo gli ammortamenti (1,494 miliardi di euro), che erano stati esclusi negli esercizi precedenti e riportando i dati a coerenza di voci, l'incremento di spesa nel 2011 risulta ancora inferiore e specificamente pari allo 0,056% rispetto al 2010.

La spesa sanitaria privata corrente continua a mantenere tassi di crescita bassi. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra invece dal 2003 al 2010 un aumento contenuto, con tendenza decrescente e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica. Nel 2011, la spesa privata corrente è addirittura diminuita dell'1%.

Il finanziamento corrente (incluse le entrate proprie riscosse dagli enti del SSN e le integrazioni regionali), pari a 106,453 miliardi di Euro nel 2011 e il rapporto tra ricavi netti e PIL si attesta al 7,0% come già registrato nel 2009 e nel 2010. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a li-

[11] Con riferimento a questo valore, si segnala che nel Rapporto OASI 2011, con dati al 2009, l'Italia risultava spendere il 19% in meno della media UE-15. L'apparente variazione significativa rispetto al dato fornito nel presente Rapporto è dovuta in gran parte all'effetto del *reworking* operato dall'OCSE sulla serie storica. Infatti, ricalcolando, sulla serie aggiornata, il dato 2009, la spesa totale italiana risulterebbe inferiore del 21% (e non più del 19%) rispetto alla media europea. Inoltre, è da rilevare come Lussemburgo e Olanda non concorrono alla formazione della media UE-15 del 2010: il confronto internazionale sconta, pertanto, anche l'effetto del ribilanciamento della ponderazione.

[12] Parità di Potere d'Acquisto.

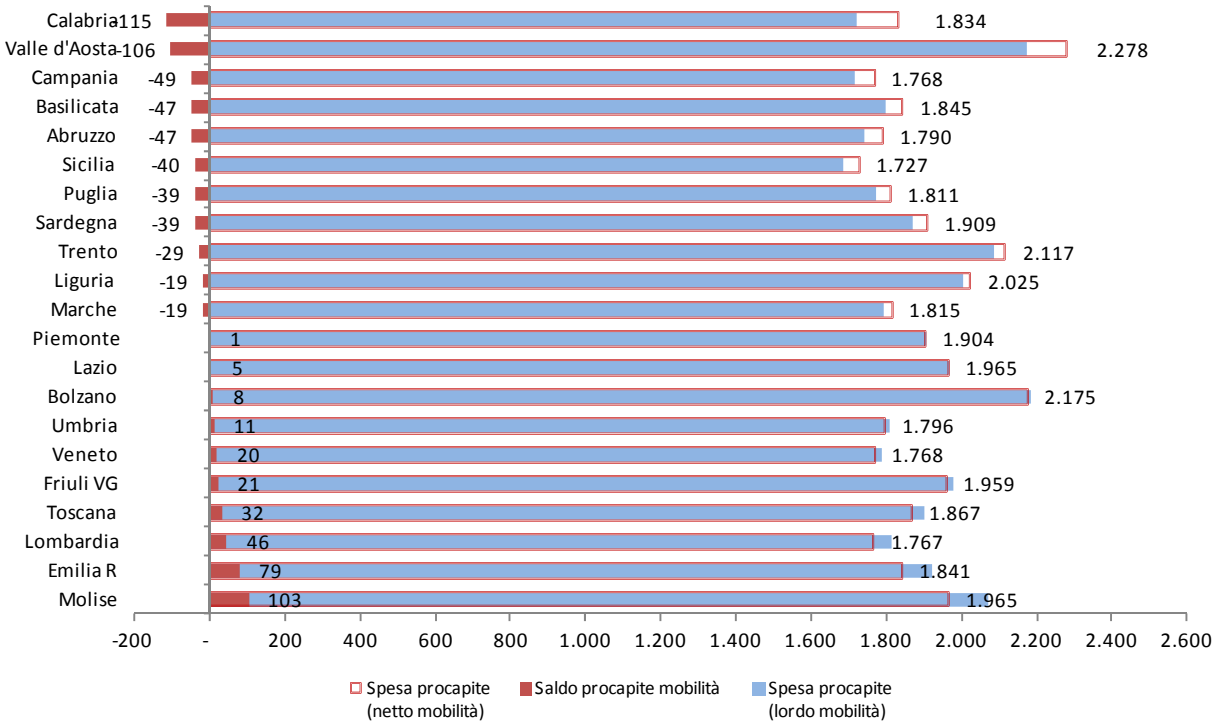
vello nazionale, rispetto al 2010, è stato dell'1,8%, mentre il finanziamento medio procapite nazionale è pari a 1.803 euro. Essendo tale incremento superiore rispetto all'aumento della spesa (0,9%), si è ridotto il disavanzo da 2,3 a circa 1,78 miliardi di euro (in percentuale del finanziamento si passa dal 2,2% al 1,7%).

Considerando il periodo 2001-2011, il disavanzo complessivo cumulato ammonta a 40,061 miliardi di euro, di cui 30,493 miliardi (corrispondenti al 76,1% del disavanzo cumulato) sono rimasti a carico dei bilanci regionali, mentre la parte rimanente è stata coperta da assegnazioni dello Stato.

A livello regionale, il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente nel 2011 presenta notevoli differenze tra le regioni, con variazioni percentuali rispetto al 2010 che vanno dal +6,7% della PA di Trento al -2,1% della Puglia. 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 la pubblica amministrazione centrale (+0,2% contro una media del 2,4%).

Nelle regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica procapite al lordo della mobilità è più elevata della media nazionale con la sola eccezione di Veneto, Umbria, Marche; al Sud, fatta eccezione per il Molise e la Sardegna, la spesa è, invece inferiore alla media nazionale. La variabilità interregionale si è leggermente accentuata (+1,1 punti percentuali rispetto al 2010, anno in cui la variabilità aveva ricominciato a crescere), mentre risultava particolarmente ridotta nel 2009. Se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità, il posizionamento relativo delle regioni si modifica però in modo significativo. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa procapite) in tutte le regioni del Sud (escluso il Molise). Nella Figura 9 è riportata, per ogni regione, la spesa sanitaria pubblica procapite al lordo della mobilità, il saldo procapite della mobilità e la spesa sanitaria pubblica procapite al netto della mobilità. E' da notare come per alcune regioni il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio per la Calabria (in negativo) e per il Molise (in positivo).

Figura 9. Spesa sanitaria pubblica procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale procapite (2010)



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

Esistono sostanziali divergenze nei livelli di equilibrio/disequilibrio economico-finanziario delle singole regioni (Tabella 4). Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 39% di quello complessivo a livello nazionale. La situazione è peggiorata nel tempo: l'incidenza delle due regioni sul disavanzo annuale complessivo nazionale è aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, arrivando ad attestarsi al 62% nel 2005; tra il 2006 e il 2010 è oscillata tra il 65 e il 68%, per poi tornare nel

2011 ai livelli del 2005 (63%). Le due regioni continuano a generare il 57,4% del disavanzo cumulato 2001-2011. E' sempre il Lazio che fa registrare il dato di disavanzo cumulato procapite (2001-2011) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania. Le regioni che nel periodo 2001-2011 hanno accumulato i disavanzi più contenuti sono il Friuli Venezia Giulia (che presenta anzi un avanzo pro capite cumulato di 152 euro), la Lombardia (con un disavanzo procapite cumulato pari a 38 euro) e l'Emilia Romagna (che presenta un valore di disavanzo procapite cumulato pari a 91 euro).

I dati appena presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziate dal livello centrale dal 2005 e consentono di apprezzare quanto le regioni siano in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario. La penultima colonna della Tabella 4 mostra la quota di disavanzo lasciata a carico del bilancio delle singole regioni.

Tabella 4. Disavanzi sanitari per regione (milioni di Euro) e disavanzi procapite (2001-2011)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2001-2011	2001-2011 Procapite
Piemonte	210	40	100	671	- 1	7	- 31	- 5	- 17	- 2	- 4	969	217
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	13	1	5	- 1	122	949
Lombardia	281	323	- 64	- 131	14	4	- 10	- 4	- 2	- 20	- 18	373	38
Bolzano	297	71	25	- 25	- 28	- 25	- 22	- 15	- 37	- 8	- 5	227	447
Trento	- 4	- 1	5	9	3	14	8	10	12	12	- 3	67	126
Veneto	304	204	145	- 6	114	- 71	- 75	- 68	27	- 13	- 10	552	112
Friuli VG	18	- 34	- 19	- 9	- 27	- 18	- 39	- 22	- 17	- 13	- 7	- 188	- 152
Liguria	77	44	48	329	254	100	142	110	105	90	144	1.443	892
Emilia R	16	50	40	380	16	38	- 26	- 27	- 22	- 28	- 35	403	91
Toscana	88	44	- 20	240	15	121	- 42	3	7	17	- 13	460	123
Umbria	7	10	46	52	8	41	- 7	- 9	- 5	- 8	- 11	124	137
Marche	125	98	71	163	18	39	- 15	- 37	- 17	3	- 2	448	286
Lazio	987	574	711	1.669	1.737	1.971	1.635	1.665	1.396	1.025	872	14.241	2.486
Abruzzo	76	136	216	104	241	140	151	123	95	5	- 26	1.262	940
Molise	37	19	73	44	139	59	67	70	64	58	39	668	2.090
Campania	629	638	556	1.182	1.793	761	864	815	789	479	254	8.759	1.501
Puglia	166	4	- 109	- 42	412	170	313	358	302	323	119	2.017	493
Basilicata	28	1	19	31	43	22	18	29	21	29	36	277	471
Calabria	226	148	57	128	79	35	170	202	232	68	130	1.475	733
Sicilia	415	342	267	748	563	932	574	262	200	31	99	4.433	878
Sardegna	106	175	143	240	327	130	22	183	230	153	220	1.929	1.151
Totale	**4.122**	**2.891**	**2.323**	**5.790**	**5.735**	**4.483**	**3.709**	**3.658**	**3.364**	**2.206**	**1.779**	**40.061**	**661**

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari
Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011)

Per le regioni, i disavanzi sanitari hanno una straordinaria rilevanza, non solo perché devono essere coperti, ma anche perché l'accesso a finanziamenti integrativi rispetto a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni (da cui è nata la L. 405/2001) è stato subordinato all'adozione di iniziative di copertura dei disavanzi stessi (L. 112/2002). Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee.

Un primo gruppo di misure fa riferimento alla leva fiscale (addizionale IRPEF, addizionale IRAP, bollo auto e motocicli). Al 20 luglio 2012, le addizionali regionali IRPEF erano presenti in 13 regioni (erano 12 nel 2011 e, in corso d'anno, la Puglia con l'entrata nel Piano di Rientro ha provveduto all'innalzamento dell'aliquota). Le regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria e Marche), insieme alla Puglia, hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia), insieme al Lazio, per un'aliquota proporzionale. Quanto all'IRAP, nel corso degli anni, tutte le regioni hanno deliberato diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se, contemporaneamente, sono state previste delle agevolazioni a favore di particolari categorie di soggetti. Inoltre, le regioni possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto (L.296/2006) e motocicli (L.286/2006).

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi fa riferimento alle compartecipazioni alla spesa sanitaria. Oltre al ticket sul pronto soccorso, che la L. 296/2006 ha previsto per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero classificate con codice "bianco" (ovvero non urgenti), le politiche di compartecipazione si sono focalizzate sui farmaci[13]. Più in generale, l'assistenza farmaceutica convenzionata è stata uno dei target preferenziali per le azioni di copertura dei disavanzi, sia perché due misure esplicitamente previste dalla L. 405/2001 vi fanno riferimento (compartecipazioni alla spesa e interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), sia perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza

[13] E' da sottolineare come il D.L. 98/2011 abbia reintrodotto in tutte le regioni, come misura generale di contenimento della spesa sanitaria, il "superticket" sulla specialistica, una quota fissa di 10 euro per ricetta a carico dei soggetti non esenti sull'assistenza specialistica, in aggiunta al ticket già in vigore.

farmaceutica. Nel 2011 i tetti di spesa territoriale e ospedaliera sono stati fissati rispettivamente al 13,3% e al 2,4% delle assegnazioni regionali.

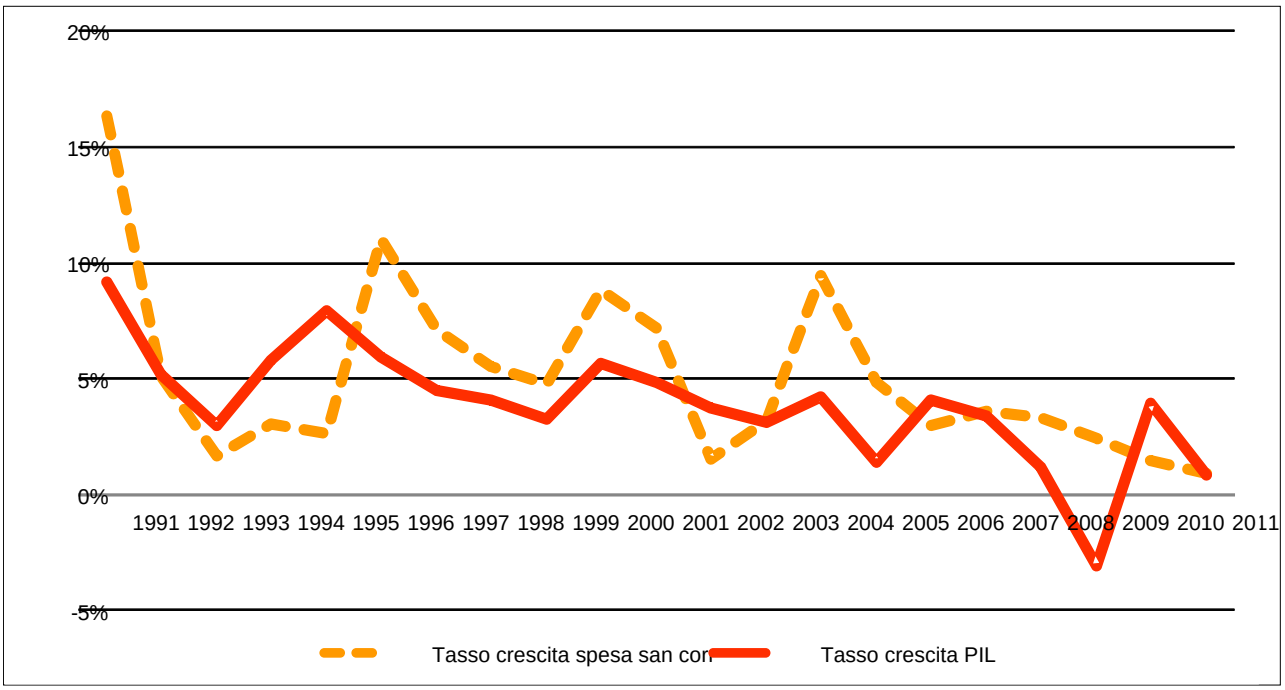
Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi la cartolarizzazione dei crediti finalizzata a recuperare liquidità e le operazioni di cessione crediti finalizzate a rilevare debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori (esempi di questo genere sono presenti in Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia).

Lettura interpretativa dell'evoluzione del SSN

Le iniziative di *spending review* avviate dal governo negli ultimi mesi hanno ulteriormente focalizzato l'attenzione sulla necessità di contenimento della spesa pubblica complessivamente intesa e, al suo interno, della spesa sanitaria.

Come già sottolineato, tuttavia, i dati presentati nel Rapporto (cap. 3) evidenziano come la spesa del SSN sia già sistematicamente inferiore alle medie europee e presenti trend temporali caratterizzati da tassi di crescita molto bassi e disavanzi sempre più contenuti. Gli ulteriori sacrifici richiesti alla sanità pubblica trovano origine altrove: nell'elevato debito pubblico da un lato (la spesa pubblica annuale per interessi passivi potrebbe coprire i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale), nell'incapacità del sistema economico di crescere dall'altro (tanto che l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur più contenuto che in altri Paesi, è stato negli ultimi vent'anni quasi sempre superiore a quello del PIL: Figura 10).

Figura 10. Tassi di crescita annuale della spesa sanitaria pubblica corrente e del PIL (1991-2011)



Fonte: Elaborazioni su dati RGSEP (2011) e ISTAT (2012)

La scarsità di risorse, in altri termini, non è responsabilità del SSN, ma si ripercuote inevitabilmente sul SSN stesso. Chiedere ulteriori sacrifici a un sistema già «parsimonioso», d'altra parte, rischia di aggravare ulteriormente il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese. Le risorse, in altri termini, sono sempre più insufficienti, con il rischio concreto di intaccare ulteriormente una copertura pubblica già incompleta. Al riguardo, si possono citare alcuni dati: il ricorso alle visite a pagamento (secondo l'indagine multiscopo ISTAT, il 55% delle persone che ricevono una visita specialistica coprono completamente a proprie spese il costo della prestazione, con punte massime del 92% per l'odontoiatria e del 69% per ginecologia e ostetricia); l'acquisto privato dei farmaci (il 20% della spesa per farmaci rimborsabili è sostenuta dai cittadini attraverso le compartecipazioni o l'acquisto privato); la forte incidenza dell'autoproduzione familiare per i servizi socio-sanitari (il numero stimato di badanti è addirittura superiore al numero dei dipendenti del SSN, cfr. capp. 4 e 10).

A fronte di questa situazione, dal Rapporto emergono tre possibili direttrici di intervento: (i) la ricerca di maggiore efficienza; (ii) la definizione di priorità, con l'adozione di esplicite scelte di razionamento; (iii) la ricerca di risorse aggiuntive.

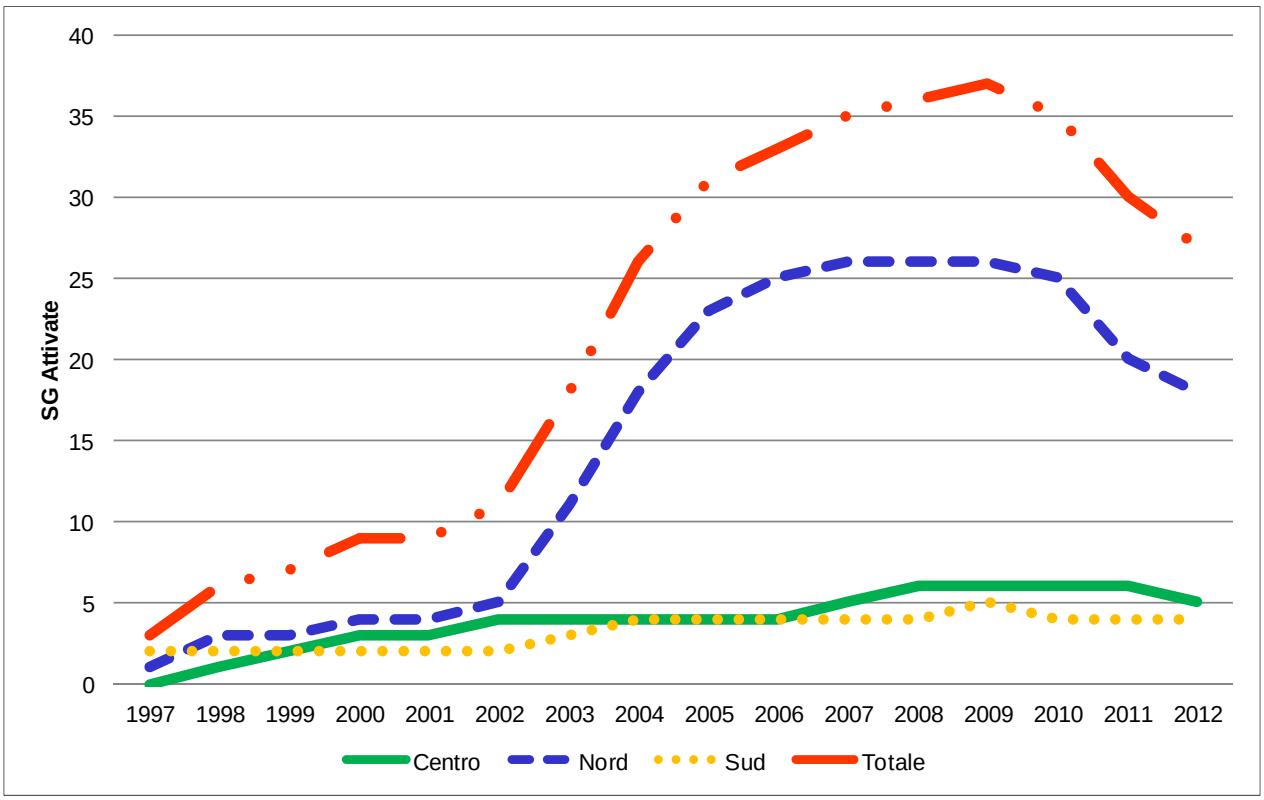
La ricerca dell'efficienza può essere perseguita con diverse modalità. La più immediata è quella del cd «efficientamento»: si riducono gli input; si mantengono sostanzialmente inalterati il mix atteso dei servizi e le caratteristiche dei processi aziendali; si spera così di indurre le aziende a «efficientare» l'utilizzo di ciascun fattore produttivo, migliorando il rapporto output/input, senza ridurre i volumi di servizi offerti, fermo restando che l'obiettivo preminente è il contenimento della spesa. Si tratta dell'approccio che prevale nella *spending review* nonché nei principali provvedimenti che regolano il rapporto tra Stato e regioni (es. de-finanziamento del SSN rispetto al fabbisogno tendenziale; riduzione dei posti letto, dei prezzi di acquisto per beni, servizi appaltati e prestazioni sanitarie, dei tetti su farmaceutica e dispositivi medici). Significativo, al riguardo, è anche l'ulteriore inasprimento dei vincoli finanziari imposti alle regioni tramite gli obblighi: (i) di copertura delle quote di perdita future, ma anche pregresse, derivanti dagli ammortamenti non sterilizzati (che in passato venivano esclusi dal computo dei disavanzi); (ii) di ammortamento per intero nell'esercizio di acquisizione dei cespiti finanziati con risorse correnti (D.lgs. 118/2011 art. 29).

Lo stesso approccio prevale anche nei Piani di Rientro (cap. 6). Sebbene negli ultimi anni vi sia stata una maggiore attenzione verso la rimozione delle cause strutturali dei disavanzi (es. caratteristiche delle relazioni pubblico-privato, debolezza delle cure primarie e dell'area dell'emergenza) e verso l'adozione di strumenti manageriali più innovativi (es. reingegnerizzazione dei processi, sistemi di gestione del cambiamento, piani strategici, linee guida, *knowledge management*), continuano a prevalere le misure di *cost-cutting* (es. blocco del *turnover*, accorpamento delle aziende e delle funzioni), che peraltro, almeno sul lato della spesa, sembra stiano producendo gli effetti auspicati.

La politica dei «tagli lineari» sui singoli fattori produttivi, tuttavia, ignora il fatto che, in molte regioni, i margini per un ulteriore «efficientamento» sono molto limitati, perché grandi sforzi di miglioramento del rapporto output / input sono già stati compiuti negli anni passati. Le politiche del governo centrale, in altri termini, sembrano trascurare quanto profonda sia ormai la differenziazione interregionale; sembrano inoltre spesso tarate prevalentemente su peculiarità e criticità delle regioni sotto Piano di Rientro, anche perché queste rappresentano ormai quasi la metà del Paese, destano le maggiori preoccupazioni, richiedono un più diretto coinvolgimento del livello centrale e quindi inevitabilmente ne condizionano maggiormente le percezioni e le scelte. Più in generale, l'automatismo del «fare lo stesso con meno» non è per nulla scontato e c'è il serio rischio che, alla riduzione degli input, faccia seguito una proporzionale riduzione degli output e quindi della capacità di soddisfare i bisogni.

Una modalità frequentemente evocata per perseguire l'efficientamento è stata il ricorso al privato, con cui peraltro si sono perseguite anche altre finalità: la tempestività di approntamento dell'offerta, la flessibilità, l'esternalizzazione di alcuni problemi gestionali (es. assenteismo), l'acquisizione di *know-how*, fino all'aggiramento di alcuni vincoli di sistema pubblico (soprattutto per personale e acquisti). Il ricorso al privato si è manifestato in varie forme: riconoscendo un ruolo crescente e un ampio spazio di sviluppo agli erogatori privati accreditati (soprattutto nell'assistenza territoriale); utilizzando forme di partenariato pubblico-privato (*project finance* e sperimentazioni gestionali, capp. 11 e 12; cfr. Figura 11); ricorrendo a soluzioni di *outsourcing*. Queste scelte hanno però spesso sottovalutato alcuni costi e rischi che caratterizzano il rapporto con il privato, che raramente ha la semplicità e l'eleganza teorica del puro «scambio di mercato», anche perché nei fatti genera in molti casi un «ingresso del privato» nel funzionamento dell'azienda sanitaria e quindi una compenetrazione nei confini aziendali di attori pubblici e privati. Per esempio: il pubblico deve sviluppare capacità di committenza e predisporre adeguati incentivi per esercitarla; il privato finisce spesso per incorporare logiche e modalità di funzionamento tipiche del pubblico, anche per la confusione del quadro normativo; la compresenza di soggetti pubblici e privati nello svolgimento delle attività (es. lavoro interinale del comparto) richiede lo sviluppo di apposite funzioni e modalità di coordinamento.

Figura 11. Sperimentazioni gestionali attive (1997-2012)

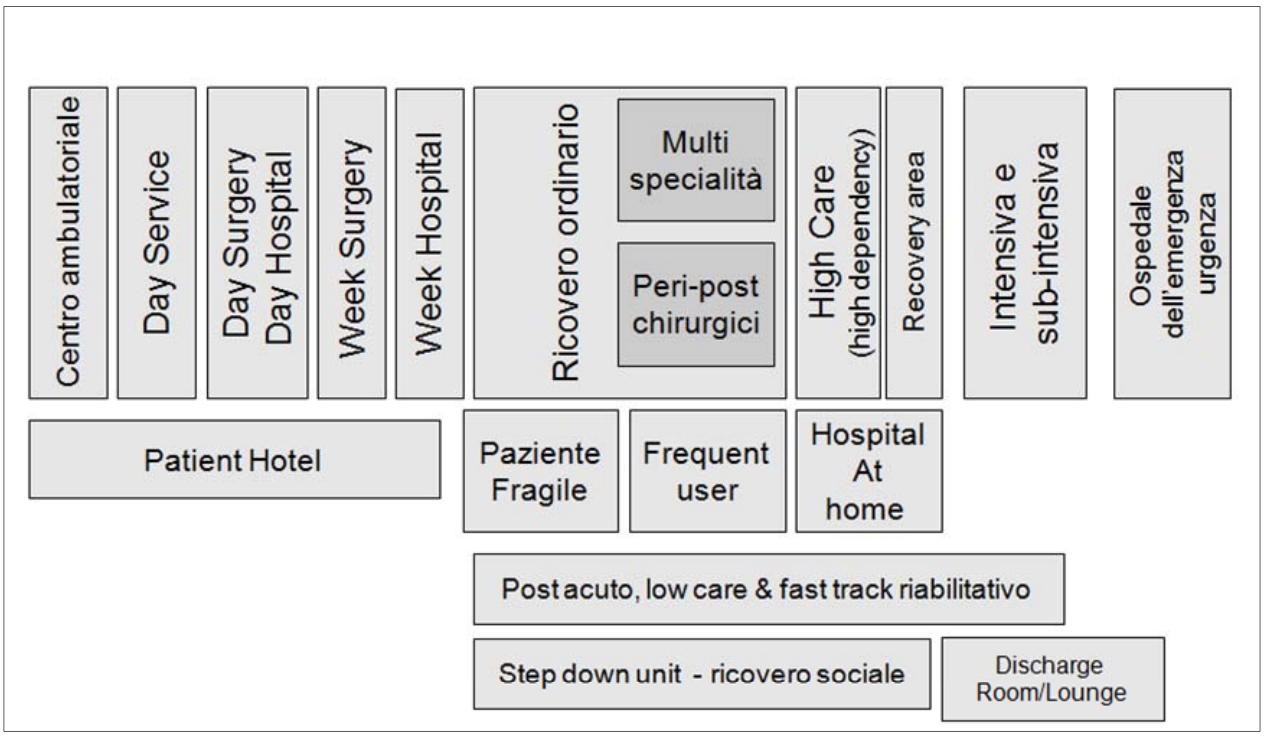


Fonte: Elaborazione OASI 2012

Se, quindi, l'efficientamento inteso in senso tradizionale ha esaurito almeno in molti contesti le proprie potenzialità, l'unico modo per conseguire benefici apprezzabili in termini di efficienza, ma anche di qualità e appropriatezza dei servizi, diventa la ricerca di innovazioni di «prodotto» e di «processo», cioè di soluzioni che garantiscano una maggiore integrazione delle risorse, degli interventi, delle professionalità, delle unità organizzative, delle stesse aziende. Tali innovazioni, peraltro, sono rese necessarie anche dalla modificazione dei bisogni (per esempio, il 38,6% dei residenti in Italia soffre di almeno una malattia cronica) e sono favorite dallo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie (per esempio, l'evoluzione delle tecnologie informatiche offre grandi potenzialità di condivisione delle informazioni e di integrazione delle attività).

Le innovazioni di prodotto e di processo combinano variamente elementi di *asset management*, *disease management* e *knowledge management*, ridefinendone modalità e responsabilità. Ne rappresentano degli esempi: l'introduzione di modelli assistenziali basati sulla logica della «presa in carico» del paziente cronico (cap. 9); lo sviluppo di una funzione di *operations management* cui affidare la gestione delle piattaforme produttive e la riorganizzazione dei flussi dei beni e dei pazienti (cap. 13); la riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura (cap. 15: cfr. Figura 12); l'introduzione di modelli organizzativi che garantiscano l'integrazione tra ricerca e assistenza; lo sviluppo di reti interaziendali per patologia; la creazione di forme di associazionismo che coinvolgano medici di medicina generale, infermieri e/o specialisti; la implementazione di soluzioni per garantire l'integrazione ospedale-territorio, di tipo strutturale (es. strutture intermedie dotate di letti, come gli *hospice* o gli ospedali di comunità) o processuale/funzionale (es. uso della dimissione protetta e di modalità di *case management*, creazione di percorsi riabilitativi o terapeutici individuali, assistenza domiciliare multi-disciplinare).

Figura 12. Organizzazione dell'ospedale per aree modulate per intensità delle cure e complessità assistenziale



Fonte: Elaborazione OASI 2012

Si tratta, evidentemente, di innovazioni che mettono radicalmente in discussione gli assetti e i ruoli esistenti, molto più di quanto abbia fatto, per esempio, l'introduzione del modello dipartimentale. Infatti, non basta più ricercare l'efficienza nelle singole attività, né cercare sinergie tra le strutture esistenti, e nemmeno saper interagire con altre aziende pubbliche e private dai confini chiaramente perimetrati. È invece necessario identificare e avviare iniziative innovative che mettono in discussione poteri, responsabilità, comportamenti e rapporti consolidati e che spesso rendono fluidi e destrutturati i confini aziendali.

L'idea di poter governare dal centro una trasformazione così significativa del SSN, seppur giustificata dagli scandali che negli ultimi mesi hanno investito il livello regionale, è illusoria. Le trasformazioni, infatti, non possono essere disegnate *ex-ante* e in modo uniforme a livello regionale e tanto meno centrale, per poi essere imposte alle aziende. Stato e regione certamente possono (anzi, devono) garantire la progettazione di massima e agevolare lo sviluppo di capacità e incentivi; le innovazioni vanno poi però sviluppate sul campo dalle persone più direttamente coinvolte nei processi operativi aziendali, per renderle coerenti con le specificità di azienda e di ambiente. Ciò pone al management delle aziende sanitarie una sfida particolarmente impegnativa, tra l'altro in un momento in cui il processo di aziendalizzazione è, almeno parzialmente, delegittimato e frequentemente utilizzato come «capro espiatorio» cui imputare le difficoltà del SSN. Per essere affrontata, questa sfida richiederà tra l'altro un vero rafforzamento della responsabilità delle aziende sulle proprie *performance* economiche e di salute nonché, all'interno delle aziende stesse, un rafforzamento altrettanto vero dei sistemi operativi di gestione del personale, oggi spesso carenti (cap. 18), soprattutto sotto il profilo della valutazione (cap. 17), anche per la predominanza di culture organizzative tuttora permeate dal modello burocratico (cap. 16). Anche i sistemi di programmazione e controllo, da cui trent'anni fa è partita l'aziendalizzazione, dovranno essere riformulati: rispecchiando e rafforzando gli aspetti tradizionali, infatti, rischiano paradossalmente di diventare un forte ostacolo all'innovazione (cap. 19). Nel contempo, sarà necessario anche un forte sostegno centrale e regionale all'innovazione delle aziende, che su temi così critici e complessi non possono certo continuare ad essere «lasciate sole».

Più significativo è il ruolo del management, peraltro, più ampie sono destinate a diventare le differenziazioni interaziendali. Tali differenziazioni, inoltre, saranno presumibilmente più ampie tra regioni diverse che tra aziende della stessa regione, visto il ruolo determinante che le regioni (per ora) hanno nella scelta dei *top manager*, nella loro remunerazione, nella definizione dei loro ambiti di autonomia e di responsabilità, nel supporto allo sviluppo di competenze e capacità all'interno delle aziende. La criticità dei criteri di selezione e valutazione del management trova riconoscimento anche nel recente decreto Balduzzi, così come nell'attuale dibattito all'interno del NHS inglese sul rapporto tra politica e gestione.

Nemmeno il ricorso alle innovazioni di prodotto e di processo, tuttavia, potrebbe bastare per mantenere i livelli essenziali di assistenza attualmente dichiarati. Potrebbe, cioè, diventare necessario chiarire in modo più esplicito i livelli di assistenza che il SSN potrà continuare effettivamente a garantire su base universalistica. In caso contrario, il rischio è che si estendano forme di razionamento implicite e non governate, prevalentemente attraverso compartecipazioni alla spesa e lunghi tempi d'attesa (cap. 7). Questa prospettiva segnala la necessità di mettere a punto idonei meccanismi di definizione delle priorità e, nel contempo, di predisporre sistemi di monitoraggio attendibili e confrontabili sull'effettiva erogazione dei LEA, compresi i tempi di accesso alle prestazioni.

Alternativamente (o, forse, congiuntamente), è opportuno attivare risorse aggiuntive. Nel Rapporto di quest'anno, in continuità con i precedenti, si identificano almeno tre ambiti che presentano significative potenzialità: attività a pagamento, assistenza socio-sanitaria e fondi integrativi.

L'attività a pagamento rappresenta potenzialmente una fonte aggiuntiva di proventi per le aziende sanitarie pubbliche. Ha inoltre forte impatto sui sistemi di motivazione e incentivazione del personale, dal momento che la retribuzione derivante da attività libero-professionale rappresenta per molti professionisti una rilevante integrazione alla retribuzione contrattuale. Molte aziende sanitarie pubbliche, tuttavia, si fermano a una visione dell'*intramoenia* come mero diritto da garantire ai professionisti, anche per l'oggettiva difficoltà di avviare e gestire proattivamente un'area a pagamento aziendale senza pregiudicare l'attività istituzionale SSN e contraddire le finalità dell'azienda. Anche le sperimentazioni cliniche (cap. 14), che dovrebbero rappresentare una modalità di mantenimento e sviluppo dell'eccellenza e delle competenze professionali del personale, vengono spesso ritenute attività marginali, o comunque appannaggio dei singoli ricercatori o unità operative. Le aziende e le regioni, cioè, raramente esercitano un'azione propositiva, appaiono spesso disorganizzate, non promuovono né facilitano una cultura della ricerca.

Assistenza socio-sanitaria (capp. 4 e 10) e fondi integrativi (cap. 5) sono accomunati da una certa irrazionalità nell'utilizzo delle risorse. Secondo le stime più recenti, in particolare, le risorse pubbliche impiegate per l'assistenza sociosanitaria per invalidità e non autosufficienza ammonterebbero a circa 49 miliardi, prevalentemente (34 miliardi) erogati dall'INPS alle famiglie in forma di indennità, pensioni, assegni e rendite concesse per invalidità di diversa natura e inabilità (Tabella 5). Alla frammentazione delle risorse si associa una frammentazione degli interventi (dall'autoproduzione familiare ai servizi erogati da un arcipelago di produttori di piccole dimensioni, specializzati su singoli segmenti di bisogno e di attività), non collocati in un quadro di programmazione integrata e non gestiti con logiche di *governance* unitaria, con evidenti diseconomie di scala e di raggio d'azione. Quanto ai fondi integrativi, i dati a disposizione sono ancora pochi e scarsamente attendibili. Colpisce però come, malgrado la numerosità degli iscritti ai fondi, la quasi totalità della spesa privata in Italia risulti ancora pagata *out of pocket* e non tramite forme di assicurazione. Critica, inoltre, è la tipologia di prestazioni attualmente coperte dai fondi, che non sono né complementari né supplementari rispetto al SSN, bensì prevalentemente duplicative rispetto a quanto già garantito dal sistema sanitario pubblico, con una recente apertura (indotta dalla normativa) verso la copertura delle prestazioni odontoiatriche, ma una persistente (e comprensibile, nell'attuale contesto demografico e regolatorio) riluttanza ad avventurarsi nel mondo della non-autosufficienza.

In conclusione, dal Rapporto OASI di quest'anno emerge un quadro fortemente critico, caratterizzato da risorse insufficienti rispetto alle aspettative, da una delegittimazione degli attori chiave (regioni e management), da *stakeholder* che non sembrano percepire appieno l'urgenza di intervenire. Una maggiore consapevolezza permetterebbe invece di cogliere l'«occasione» della crisi (*Never waste a good crisis)* per adottare cambiamenti incisivi che in altre fasi sarebbero molto difficili da attuare.

Tabella 5. Spesa per prestazioni di invalidità, non autosufficienza ed altre sanitarie extra SSN, 2009 (milioni di euro)

Assegno di invalidità	2.873,00
Pensione di inabilità	988,00
Pensione di invalidità ante 222/84	8.572,00
Rendite dirette Inail	3.502,00
Altro Inail	537,00
Totale	**16.472,00**
Pensioni di guerra	**869,00**

Invalidità civili (pensione e/o indennità)	15.105,00
Ciechi	1.170,00
Sordomuti	179,00
Totale	**16.454,00**
Permessi legge 104	398,00
Congedo straordinario assistenza disabili	102,00
Totale	**500,00**
Detrazione, premi invalidità, morte, etc.	934,00
Detrazione spese accomp. Disabili	68,00
Detrazione assistenza non autosuff.	31,00
Deduzione spese mediche invalidi permanenti	75,00
Totale	**1.108,00**
Componente sociosanitaria FSN	
Assistenza protesica	143,00
Assistenza ospedaliera lungodegenti	638,00
Assistenza ospedaliera riabilitazioni	1.997,00
Ambulatoriale e domiciliare	
Assistenza programmata a domicilio	1.155,00
Assistenza riabilitativa ai disabili	846,00
Assistenza agli anziani	291,00
Assistenza ai malati terminali	50,00
Territoriale semiresidenziale	
Assistenza riabilitativa ai disabili	669,00
Assistenza agli anziani	29,00
Assistenza ai malati terminali	29,00
Territoriale residenziale	
Assistenza riabilitativa ai disabili	1.198,00
Assistenza agli anziani	2.659,00
Assistenza ai malati terminali	158,00
Fondo non autosufficienze	400,00
Prepens. Per motivi sanitari	1.362,00
Totale	**11.624,00**
Copertura figurativa INPS	
Permessi legge 104	89,00
Congedo straordinario assistenza disabili	34,00
Totale	**123,00**
Totale invalidità e non autosufficienza	**47.150,00**

Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali (versione provvisoria)