

Aspetti economico-organizzativi del SSN e dei SSR

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta sempre più configurandosi come una “federazione” di Sistemi Sanitari Regionali (SSR). Il processo di *devolution* e l’effetto delle normative sul federalismo fiscale ci hanno riconsegnato un sistema sanitario articolato e differenziato tra regioni sia sotto il profilo organizzativo che economico-finanziario.

L’autonomia fiscale e finanziaria delle regioni in campo sanitario, rendono sempre più rilevante il controllo degli equilibri tra fabbisogno, quote di riparto disponibili e spesa. In questa prospettiva l’osservazione dell’evoluzione dei “disavanzi” regionali appare rilevante per comprendere il percorso delle regioni verso un equilibrio economico strutturale che dovrebbe garantire il funzionamento del sistema “federato”. L’auspicio della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni, era proprio quello di indurre sempre maggiori incentivi all’adozione di quelle soluzioni strutturali in grado di riportare in equilibrio economico-finanziario i sistemi sanitari regionali. Questa richiesta di rigore è stata accompagnata con un progressivo ampliamento delle risorse disponibili per il riparto tra le regioni. La maggior parte delle regioni sembrano aver affrontato la sfida e si sono indirizzate verso programmi di riforma strutturale dei sistemi. Il dato relativo all’evoluzione dei disavanzi delle regioni non può essere letto, a nostro avviso, se non in maniera congiunta con un altro fenomeno: il ricorso ai mercati finanziari attraverso operazioni di cartolarizzazione, che possono incidere sui dati contabili senza, però, incidere sull’equilibrio “reale” del sistema. Il rinvio al futuro di debiti nei confronti del sistema di produzione dovrebbe essere accompagnato, infatti, ad un corrispondente sforzo per il riequilibrio strutturale del sistema sanitario. Il rimborso dei debiti, infatti, non potrà che essere assicurato attraverso una accensione di ulteriori debiti (spirale “negativa”), o con un avanzo di gestione negli anni a venire, da realizzare grazie a coraggiose operazioni di riforma “strutturale” dei sistemi d’offerta, accompagnate da corrette politiche di “governo”, sia del lato della domanda che dell’offerta dei servizi sanitari, unitamente al ricorso al cittadino per ulteriori fondi di finanziamento (es. *ticket*, modifica delle addizionali Irpef, ecc.). Alla luce di queste considerazioni, è apparso importante introdurre tra gli indicatori anche quello relativo al *rating*, che le Agenzie Internazionali riconoscono alle singole regioni, in quanto indicatore sintetico della condizione economico-finanziaria e della capacità “politica” e “amministrativa” dimostrata dall’ente negli ambiti di competenza (sanità, prima fra tutti). Questa fotografia dei flussi finanziari fondamentali deve essere necessariamente letta alla luce di alcune scelte di organizzazione del sistema che caratterizzano la politica sanitaria delle regioni. Tra queste quella relativa al ruolo del settore pubblico e di quello privato sia nell’ambito del finanziamento del sistema che in quello della proprietà e del governo dei fattori della produzione (offerta di servizi). Prendendo in considerazione queste dimensioni è stata disegnata una “mappa” in cui le regioni si differenziano per il livello di integrazione del sistema di offerta in mano pubblica e per la loro diversa disponibilità a richiamare il settore privato come “finanziatore” dell’assistenza sanitaria erogata, indipendentemente dalla prima scelta, da parte dell’operatore pubblico o di quello privato.

Nell’ambito delle scelte organizzative, quelle che riguardano le tecnologie biomediche si caratterizzano in quanto ampiamente responsabili del livello di appropriatezza dell’intero sistema. Le tecnologie oggi richiamano ingenti risorse economico-finanziarie e risultano sempre più critiche nei processi di assistenza. La tecnologia rappresenta per gli utenti del sistema un indicatore della capacità “tecnica” e della qualità del sistema stesso; l’accessibilità ai servizi innovativi è spesso una chiave per il “successo” del sistema sanitario nei confronti dei cittadini. La scelta relativa all’allocazione delle risorse nelle tecnologie risulta quindi una scelta cruciale per tutti i sistemi sanitari. In mancanza di un “sistema nazionale” di *Health Technology Assessment- HTA* le regioni affrontano in maniera differenziata tale questione e spesso in maniera poco strutturata. L’ultima sezione del capitolo accoglie alcuni indicatori relativi alla distribuzione di “alte” tecnologie biomediche nelle regioni e una mappatura della diffusione nel SSN delle pratiche di *HTA* nelle aziende sanitarie italiane tratto da alcune evidenze prodotte nell’ambito del *Network Italiano di Health Technology Assessment*.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. Misura la tendenza dei disavanzi pro capite della sanità pubblica: la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. Quindi la differenza tra il saldo composto da fonti di entrata autonome (IRAP e Addizionale IRPEF) e perequate tramite il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e le uscite per servizi prestati diret-

tamente o convenzionati.

È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indicano la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica - Finanziamento SSN
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'informazione approssimativa sulla *performance* regionale: tassi di incremento maggiori della media indicano difficoltà specifiche. Non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali nei disavanzi stessi, sia perché comprende una parte di finanziamento ottenuta in base ad una formula perequativa "teorica", sia perché l'obbligo di fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) comporta probabilmente una spesa regionale differenziata e non pienamente riflessa nella formula allocativa del finanziamento. Inoltre, essendo di natura aggregata, non consente di risalire alle voci di spesa o di finanziamento maggiormente responsabili del disavanzo. Nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome le fonti di finanziamento sono differenti da quelle a statuto ordinario, sono a dinamica differenziata e senza componenti perequative; quindi la lettura dei loro dati va effettuata con molta cautela.

Tale indicatore può rappresentare lo "sforzo fiscale" aggiuntivo richiesto alle singole regioni, in assenza di modifiche concordate delle allocazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, per ripianare il deficit. Infine, bisogna considerare che la dinamica del disavanzo è stata influenzata negli anni più recenti dal fenomeno della cartolarizzazione che ha permesso apparenti riduzioni dell'indebitamento contabile (Box "Cartolarizzazione").

Valori di riferimento. Il riferimento utilizzabile è avere un disavanzo uguale a 0.

Descrizione dei risultati

I dati nuovi forniti, rispetto alla passata edizione di Osservasalute (Rapporto Osservasalute 2004- pag. 290-291), riguardano l'anno 2003 (è un dato provvisorio, cfr. nota in tabella 1).

I disavanzi pro capite dal 2001 al 2003 sono diminuiti in tutte le regioni.

Le regioni in cui è diminuito notevolmente il disavan-

zo sono, in ordine decrescente, Calabria, Veneto, Marche, Basilicata, Puglia, Lazio e Sardegna (tabella 1 e grafico 1).

Il grafico 2 mostra chiaramente la tendenza del disavanzo in questi tre anni di riferimento (2001-2003) e le differenze rispetto alle aree geografiche regionali: nel 2002 le regioni del Centro sono abbastanza stabili, a differenza dei dati per le regioni del Nord che hanno dei picchi dovuti ai dati di Bolzano, Trento, Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia. Per il Sud la variazione maggiore è avvenuta soprattutto in Sicilia, Sardegna e Calabria.

Per quanto riguarda le cartolarizzazioni alcune regioni, come Lazio e Sicilia, ne hanno fatto consistente uso ed è evidente dal trend del disavanzo, soprattutto nel 2003. Per quanto riguarda le operazioni della regione Lazio (a fronte di trasferimenti futuri dallo Stato per ripiani di disavanzi) con emissione di titoli da parte di Cartesio s.r.l del 2001 e quelle originanti da SAN.IM (a fronte dell'acquisto di ospedali da parte di SAN.IM e successiva rilocalizzazione alle ASL cedenti, avendo sempre Cartesio come emittitore) del 2003 hanno portato incassi di 500 milioni di € nel 2001 e di 1 miliardo e 242 milioni di € nel 2003. L'operazione di cartolarizzazione in regione Lazio sembra essere un'efficiente soluzione finanziaria, consentendo alle imprese fornitrici di vendere pro soluto tutti i crediti per fatture emesse verso le Aziende Sanitarie della regione fino a dicembre 2003 (per un ammontare complessivo di circa 500 milioni di €), a condizioni competitive rispetto ad alternativi e più tradizionali strumenti di monetizzazione dei crediti; alla regione ha consentito di ammorbidire l'impatto dei debiti accumulati sul fabbisogno di cassa, contenendone il costo finanziario.

Raccomandazioni di Osservasalute

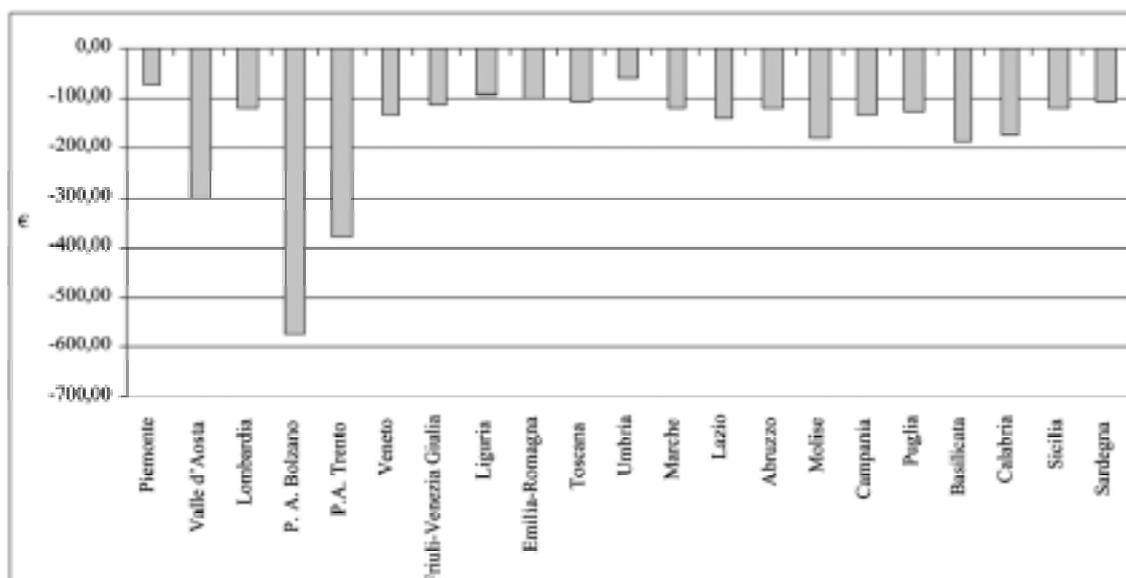
È necessario sottolineare che per aggiustamenti reali si intendono misure a favore dell'efficienza che possono anche essere ottenute con azioni di natura finan-

Tabella 1 - Disavanzo sanitario pubblico pro capite (valori in €) - Anni 2001-2003

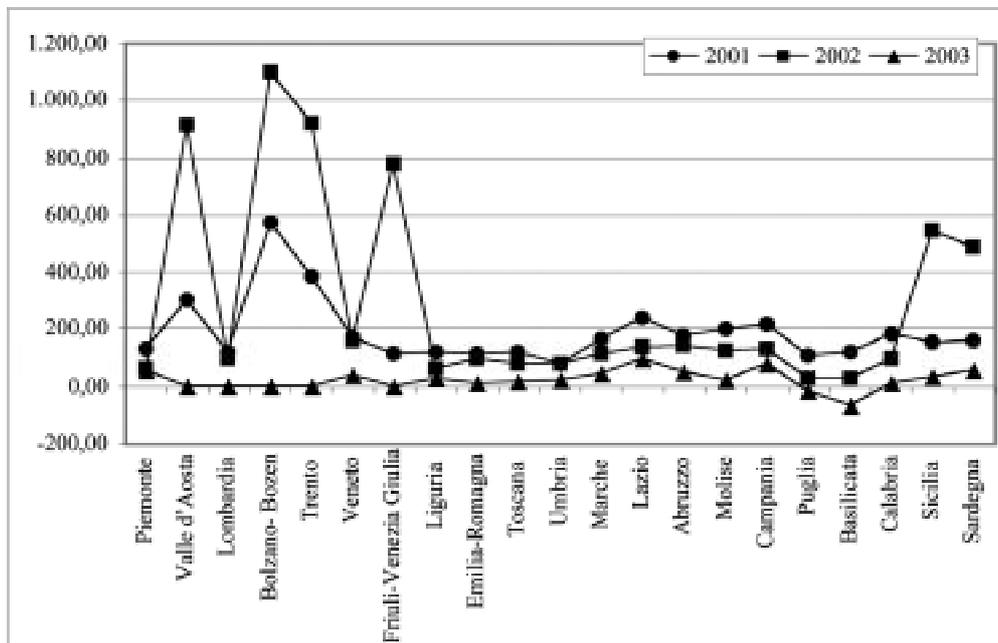
Regioni	2001	2002	2003	Variatione assoluta 2001-2003
Piemonte	129,00	63,00	54,61	-74,39
Valle d'Aosta	297,00	913,00	0,00	-297,00
Lombardia	119,00	95,00	0,15	-118,85
Bolzano- Bozen	572,00	1.099,00	0,00	-572,00
Trento	381,00	917,00	0,00	-381,00
Veneto	166,00	157,00	36,94	-129,06
Friuli-Venezia Giulia	110,00	773,00	0,00	-110,00
Liguria	120,00	62,00	29,37	-90,63
Emilia-Romagna	110,00	95,00	10,96	-99,04
Toscana	118,00	80,00	12,60	-105,40
Umbria	80,00	80,00	18,76	-61,24
Marche	163,00	111,00	44,47	-118,53
Lazio	235,00	133,00	96,16	-138,84
Abruzzo	173,00	140,00	52,18	-120,82
Molise	199,00	124,00	18,83	-180,17
Campania	214,00	127,00	79,06	-134,94
Puglia	107,00	28,00	-19,33	-126,33
Basilicata	118,00	24,00	-67,45	-185,45
Calabria	179,00	95,00	10,18	-168,82
Sicilia	151,00	544,00	34,97	-116,03
Sardegna	157,00	488,00	54,20	-102,80

Nota: i dati al 2003 sono ancora provvisori. Altri dati provvisori del 2004 mostrano che per alcune regioni, che sembrerebbero in pareggio, esistono ancora disavanzi.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2005.

Grafico 1 - Variazione assoluta del disavanzo sanitario pubblico pro capite. Valori in €. Anni 2001-2003

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, Direzione generale per la Programmazione 2005.

Grafico 2 - Disavanzo sanitario pubblico pro capite (valori in €) - Anni 2001-2003

ziaria: ad esempio uno dei motivi di grande preoccupazione è il ritardato pagamento dei fornitori da parte dell'acquirente pubblico, fattore di contenimento dei deficit correnti e di esplosione di quelli futuri.

Rating e operazioni di cartolarizzazione dei crediti

Significato. Il *rating* è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito.

Il *rating*, quindi, assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti quegli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito. Avere un *rating* assegnato da una Agenzia Internazionale facilita per gli emittenti il processo di fissazione del prezzo e di collocamento dei titoli emessi. Per questi motivi, i soggetti che desiderano collocare titoli sui mercati finanziari internazionali sono indotti a richiedere una valutazione del loro merito di credito alle Agenzie di *rating*, soggetti indipendenti, che basano la loro credibilità sull'affidabilità delle loro analisi e dei loro giudizi. Nel processo di *rating* intervengono il soggetto valutato e la struttura operativa dell'Agenzia (team di analisti preposti ai rapporti con il soggetto valutato, all'analisi e alla valutazione di *rating*).

Il soggetto valutato si impegna a fornire all'Agenzia tutta la documentazione e le informazioni necessarie per l'attribuzione del *rating*. La richiesta di *rating* comporta l'impegno ad accettare il successivo monitoraggio per un periodo prestabilito. L'Agenzia effettua la valutazione secondo le proprie procedure interne e assegna il *rating*. Questo viene comunicato al soggetto valutato unitamente ad una nota sintetica circa le motivazioni alla base.

Una volta pubblicato il rapporto scatta l'obbligo per l'Agenzia di attuare il monitoraggio successivo per l'aggiornamento periodico del *rating* e l'obbligo per il soggetto valutato di segnalare i fatti rilevanti che si manifestano successivamente, affinché l'Agenzia possa valutare se mettere sotto osservazione ed eventualmente modificare il *rating*.

Formula. La scala internazionale che esprime il giudizio sintetico di *rating* è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso (tabella 1a e 1b).

In particolare la lettera A ripetuta tre volte esprime il massimo giudizio astrattamente attribuibile ad un operatore economico ed è quindi espressione della massima qualità creditizia, mentre la lettera C ripetuta tre volte esprime l'esistenza di una considerevole incertezza rispetto al pagamento puntuale dei debiti. Le agenzie definiscono una graduatoria, diversa per le obbligazioni a breve e a lungo termine, in funzione

del grado di solvibilità dell'emittente. Questa graduatoria prevede, per il debito a lungo termine, un massimo di affidabilità AAA (assenza di rischio), sotto tale livello, e anche per ciascuna delle categorie successive (B e C), sono previste sottoclassificazioni in tre gradi diversi (ad es. AAA è seguita da AA e da A) e all'interno di tali sottoclassificazioni sono previste tre ulteriori distinzioni (ad es., la sottocategoria AA è divisa, in ordine discendente, in AA1, AA2, AA3).

I *rating* indicati con la doppia AA, che possono anche essere accompagnati dai segni + (più) o - (meno), vengono così interpretati: "Alta qualità creditizia. I fattori di protezione sono forti. Il rischio è modesto ma può variare leggermente nel tempo a seconda della congiuntura economica". E' da osservare inoltre che i *rating* attualmente assegnati vengono definiti internazionali in quanto, con l'introduzione dell'Euro e la contestuale trasformazione della Lira in decimale dell'Euro, non vengono più assegnati *rating* "domestici". La valutazione quindi è valida rispetto a tutti i debiti finanziari denominati in ogni valuta, Euro incluso.

La scala di *rating* non viene utilizzata nella sua completezza in quanto ad ogni operatore non può essere assegnato un *rating* superiore a quello attribuito allo Stato di appartenenza. Così, agli operatori italiani non può essere assegnato un *rating* superiore ad AA, assegnato all'Italia.

Mentre l'assegnazione del *rating* ad uno Stato dipende essenzialmente dalla valutazione di due aree di rischio, quello politico e quello economico, la valutazione per l'assegnazione del *rating* ad un ente locale (come la regione) si basa su quattro aree di analisi:

- il sistema politico ed amministrativo dello stato di appartenenza;
- la struttura politico-amministrativa dell'ente;
- la struttura socio-economica del territorio;
- i flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente (struttura entrate ed uscite, situazione creditizia, liquidità, composizione e trend revisionali dell'indebitamento).

Validità e limiti. La validità dell'indicatore di *rating* è essenzialmente legata alla robustezza del metodo utilizzato dall'Agenzia che lo propone e quindi le sue caratteristiche e la sua reputazione sono fondamentali elementi per la validità del *rating* stesso.

Le principali Agenzie di *rating* sono una decina e sono dislocate soprattutto negli Stati Uniti e in Giappone. Le tre maggiori agenzie sono *Standard and Poor's (S&P)*, *Moody's* e *Fitch Ratings* che forniscono una gamma completa di valutazione, differenziata sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Benchmark. Per le regioni italiane l'unico benchmark che è possibile considerare è quello assegnato all'Italia ovvero AA (*Fitch*), in quanto massimo raggiungibile da parte della singola regione.

Descrizione dei risultati

La tabella 2 mostra il diverso atteggiamento valutativo dimostrato dalle tre principali agenzie di rating internazionali. *Moody's* riconosce alla regione Lombardia un *rating* pari a Aa1, migliore della Aa2 assegnato allo Stato (*Sovereign Ceiling Transcendent*). Ben dieci regioni italiane (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche) vengono invece considerate dalle diverse Agenzie di *rating* allo stesso livello di affidabilità cre-

ditizia dell'Italia, ma non è infrequente il fenomeno dello *split rating*, rappresentato da quelle situazioni in cui le Agenzie attribuiscono valutazioni sostanzialmente differenti allo stesso ente, evidente indicatore delle diverse logiche applicate.

Mentre la regione con *rating* più alto è la Lombardia, quella con il più basso è la Campania (A3 – *Moody's*). L'assegnazione dei *rating* mette in evidenza la presenza di un significativo gradiente Nord-Sud.

Infatti le doppie A scompaiono dalle valutazioni delle Agenzie di *rating* dalla regione Lazio in giù, a testimonianza di valutazioni meno positive riguardo la struttura politico-amministrativa dell'ente, la struttura socio-economica del territorio e, in particolare, dei flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente.

Tabella 1a - Scale di rating per titoli a medio e lungo termine

		<i>Fitch Ratings</i>	<i>Standard&Poor's</i>
		<i>Investment grade</i>	
AAA		rischio di credito estremamente basso	capacità di rimborso del debito molto alta
AA	AA+ AA AA-	rischio di credito molto basso; capacità di rimborso solida	capacità di rimborso del debito molto alta, di poco inferiore a AA
A	A+ A A-	aspettativa bassa di rischio di credito; adeguata capacità di rimborso	elevata capacità di rimborso del debito ma influenzabile da eventuali cambiamenti della situazione economica e finanziaria
BBB	BB+ BB BB-	capacità di rimborso adeguata ma soggetta a cambiamenti collegati al ciclo economico	adeguata capacità di rimborso del debito, con più alta probabilità di indebolimento in presenza di condizioni economiche e finanziarie sfavorevoli
		<i>Speculative grade</i>	
BB	BB+ BB BB-	possibilità di rischio di credito soprattutto se la situazione economica non è favorevole	nel breve periodo non esiste capacità di insolvenza, la quale tuttavia dipende da eventuali mutamenti a livello economico e finanziario
B	B+ B B-	significativo rischio di credito pur essendoci un lieve margine di garanzia	condizioni economiche e finanziarie avverse potrebbero quasi annullare la capacità di rimborso
CCC, CC e C		forte possibilità di insolvenza	CC indica un alto grado di speculazione; C riservato ai titoli per cui non sono stati pagati interessi
DDD, DD e D		titoli altamente speculativi	D per titoli di stato di insolvenza (S&P)

I segni + e - possono essere aggiunti ai *rating* compresi tra AA e B, per indicare la posizione relativa del titolo all'interno della classe di *rating*.

Tabella 1b - Scale di rating per titoli a medio e lungo termine

		<i>Moody's Investment grade</i>
Aaa		bassissimo grado di rischio dell'investimento
Aaa	Aa1 Aa2 Aa3	bassissimo grado di rischio dell'investimento ma con garanzie per il pagamento degli interessi inferiore a quelle della classe superiore
A	A1 A2 A3	adeguati elementi di garanzia per il pagamento degli interessi e del capitale alla scadenza, che però, possono deteriorarsi nel futuro
Ba	Ba1 Ba2 Ba3	copertura degli interessi e del capitale insoddisfazione, titoli con caratteristiche leggermente speculative
B	B1 B2 B3	investimento non sicuro; poche garanzie di pagamento quota interesse e quota capitale
Caa	Caa1 Caa2 Caa3	possibili condizioni di insolvenza
Ca e C		scarsissima possibilità di pagamento degli interessi e di rimborso della quota capitale

Ai rating compresi tra Aa e Caa è aggiunto un numero (1,2 o 3) per indicare il posizionamento, rispettivamente, superiore, mediano e inferiore rispetto alla categoria di appartenenza.

Fonte dei dati e anno di riferimento: DEXIA Crediop, *Public Finance*, Approfondimenti e ricerche sulla finanza pubblica, n.2 ottobre 2002.

Tabella 2 - Rating assegnati ad enti territoriali italiani (aggiornati al 11 novembre 2005)

Regioni	<i>Fitch</i>	<i>Moody's</i>	<i>S&P</i>
Piemonte	AA-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	AA-
Lombardia	AA	Aa1	AA-
Bolzano-Bozen	AA+	Aa1	-
Trento	AA+	Aa1	-
Veneto	-	Aa2	-
Friuli-Venezia Giulia	AA	-	AA-
Liguria	-	Aa3	AA-
Emilia-Romagna	-	Aa2	AA-
Toscana	-	Aa2	AA-
Umbria	AA	Aa3	AA-
Marche	-	Aa3	AA-
Lazio	A	A1	A
Abruzzo	-	A1	A
Molise	-	A2	-
Campania	-	A3	A-
Puglia	-	A2	-
Basilicata	-	A1	-
Calabria	A+	A2	-
Sicilia	-	A1	A+
Sardegna	-	A2	-

Repubblica Italiana

AA

Aa2

AA-

Fonte dei dati e anno di riferimento: DEXIA, Crediop, novembre 2005. www.dexia-crediop.it/contentfiles/rating.pdf

Confronto internazionale

L'Italia, tra i paesi europei, ha il maggior numero di *rating* assegnati ad enti territoriali (totale = 75): 24 alle province, 30 ai comuni e 21 alle regioni (e province autonome).

Nel 1996 solo una regione e tre comuni avevano un *rating* assegnato; nel 2000 le regioni con un *rating* assegnato erano 13. Oggi tutte le regioni italiane hanno almeno un *rating* assegnato da una delle tre principali agenzie mondiali.

Questo fenomeno, in progressiva crescita, certamente testimonia la rilevanza del fenomeno della devoluzione delle competenze verso gli enti locali nel nostro paese. Allo stesso tempo, però, può essere associato da un lato alla crescita delle competenze e della dimestichezza degli enti locali in campo finanziario, dall'altro ad una esigenza di accedere a fonti di finanziamento di deficit di bilancio crescenti.

Raccomandazioni di Osservasalute

Non esistono specifiche raccomandazioni emergenti dall'osservazione di questo indicatore, se non in generale, di affrontare in maniera strutturale e sistematica le riforme sanitarie per dare stabilità politica al sistema e per migliorare lo stato dell'amministrazione dell'ente quale condizione per l'avvicinamento dell'ente al valore di *rating* nazionale.

Riferimenti Bibliografici

DEXIA, Crediop, Agosto 2005; Agenzie di rating e Ministero dell'Economia.

Cartolarizzazioni

Prof. Americo Cicchetti , Dott. Marco Santarcangelo

La cartolarizzazione (*securitisation*) è un' operazione finanziaria che trova fondamento nella Legge n. 130/99, che prevede la cessione a titolo oneroso di crediti pecuniari presenti o futuri da parte di un soggetto *Originator* (originario proprietario del credito) ad una società acquirente (definita società veicolo) la quale finanzia l'acquisto di crediti (*asset* patrimoniali) mediante un' emissione di titoli di debito (obbligazioni). La forma più elementare di *securitisation* è quella che prevede la cessione dei crediti direttamente legati ad un *pool* di *asset* omogeneo (es. mutui immobiliari). In Italia le operazioni di cartolarizzazione hanno fatto la loro comparsa nel settore pubblico a partire dal 1999 e oggi lo Stato, gli enti centrali e gli enti territoriali rappresentano il principale mercato per le banche che operano in questo settore. La prima operazione di cartolarizzazione in qualche modo legata al settore della sanità ed operata da un ente territoriale è stata effettuata dalla regione Lazio (nel 2001), attraverso la Cartesio s.r.l. (società veicolo), mediante la quale sono stati ceduti i futuri trasferimenti a copertura del deficit sanitario, dovuti dallo Stato alla regione stessa. In una successiva operazione (nel 2003) la regione Lazio ha invece venduto, ad una società posseduta al 100% dalla regione stessa (SAN.IM S.p.A.), 56 ospedali delle ASL la SAN.IM S.p.A., a sua volta, ha stipulato contratti di locazione finanziaria (*leasing*) con le ASL cedenti ed i crediti derivanti dai contratti di locazione sono stati ceduti a Cartesio s.r.l. (società veicolo), che ha finanziato l'acquisto di questo portafoglio crediti con una emissione di titoli obbligazionari il cui servizio (per capitale e interessi) è assicurato dai flussi dei canoni di *leasing*.

Nel 2004 invece GEPRA Lazio, società detenuta al 100% dalla regione Lazio, ha organizzato la cartolarizzazione delle quote di un fondo immobiliare chiuso con l'obiettivo di dismettere il patrimonio non strumentale delle ASL del Lazio. Le singole ASL hanno pertanto ceduto a GEPRA gli immobili di loro proprietà affinché quest'ultima effettuasse una gestione aggregata di tale portafoglio costituendo in tal modo un fondo immobiliare chiuso. Attraverso un veicolo le quote di tale fondo sono state successivamente cartolarizzate ed i titoli emessi (150 milioni di €), rimborsati con i flussi provenienti dalla vendita degli immobili. Il filone decisamente più fertile e più interessante degli ultimi anni è però quello in cui l'ente territoriale non si pone come *originator*, ma interviene nell'operazione come coordinatore (in quanto debitore ultimo). Sono queste operazioni, dette *multi-originator*, per cui diversi fornitori (normalmente appartenenti alla stessa associazione) decidono di cedere al veicolo, in blocco, i loro crediti nei confronti delle ASL. Tali crediti, singolarmente di ammontare irrisorio, aggregati tra loro consentono di raggiungere la massa critica necessaria per poter sfruttare i vantaggi di una cartolarizzazione. In queste operazioni l'ente territoriale, che ottiene così il risultato di dilazionare il pagamento del proprio debito, soddisfacendo immediatamente (seppur per un ammontare più basso) i fornitori, riconosce i debiti delle singole ASL, obbligandosi spontaneamente a rimborsarli mediante un piano di rimborso negoziato con l'associazione dei fornitori stessi. Questo è il caso dell'operazione "Atlantide" promossa da Assobiomedica nel 2004 ed "Atlantide due" realizzata invece nel 2005, ma anche di *Kimono Finance* e dei Crediti Sanitari Regione Sicilia. Mentre le cartolarizzazioni consentono normalmente di collocare i titoli emessi per l'acquisto dei crediti presso una pluralità di investitori istituzionali, lo stesso risultato può essere conseguito in modo diverso nel caso in cui si riesca a trovare un investitore unico pronto a rilevare l'intero portafoglio di crediti. E' per questo che a fianco alle operazioni di cartolarizzazione è opportuno annoverare un numero ben più ampio di operazioni di cessione di crediti pro soluto, di cui risulta impossibile fornire in questa sede un elenco completo, promosse da gruppi di fornitori dei SSR e realizzate con la collaborazione di alcune regioni (es. Campania per la monetizzazione dei crediti degli associati AIOP nell'anno 2005).

Tabella 1 - Principali operazioni di cartolarizzazione nel settore sanitario

Anno	Emittente	Ammontare (€)	Regione (Originator)
2001	Cartesio S.r.l.	1.000.000.000,00	Lazio
2003	Cartesio S.r.l. (Originator SAN.IM)	1.242.000.000,00	Lazio
2003	Crediti Sanitari Regione Sicilia - Società per la cartolarizzazione a.r.l.	654.940.000,00	Sicilia
2004	Atlantide Finance S.r.l.	518.100.000,00	Lazio
2004	GEPRA Lazio plc	150.000.000,00	Lazio
2004	FL Finance S.r.l.	193.260.000,00	Lazio
2005	Atlantide Finance S.r.l. Series 2005-1	640.600.000,00	Lazio
2005	Kimono Finance	115.550.000,00	Lazio
2005	Kimono II Finance	100.000.000,00	Lazio
2005	Cartesio S.r.l. - Serie 2005 -1	336.670.000,00	Abruzzo

Entrate proprie sanitarie regionali

Significato. Mostra l'andamento, nel tempo, della parte di entrate di ogni regione, indipendente dai meccanismi perequativi¹, comprendente le voci IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive), addizionale IRPEF (Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche), altre entrate proprie. Evidenzia l'evoluzione dell'autosufficienza finanziaria regionale, dovuta pre-

valentemente ad un alto valore aggiunto e reddito regionale. Un valore in diminuzione rappresenta inoltre la progressiva difficoltà (potenziale) delle varie regioni nell'assolvere ai propri obblighi di fornitura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), qualora in un sistema federalista venissero a mancare gli elementi di solidarietà tra regioni.

Percentuale di entrate proprie sanitarie

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Entrate proprie sanitarie (IRAP, addizionale IRPEF, altre entrate proprie tra cui i ticket)

Denominatore: Totale entrate per il finanziamento della sanità pubblica

Validità e limiti. Può variare nel corso del tempo soprattutto perché varia il numeratore, che pur basato su normativa a livello centrale riguardo alle aliquote delle imposte, può però essere modificata dalle singole regioni (addizionale IRPEF, ticket). Il denominatore segue, invece, coefficienti prestabiliti, derogabili solo mediante contrattazione con il livello centrale.

Pur rappresentando il grado di autofinanziamento incondizionato delle regioni, è comunque un indicatore di difficile interpretazione: stesse tendenze possono dipendere da comportamenti molto differenziati da parte degli operatori regionali, quanto a rigore nella spesa e sforzo di finanziamento.

Valori di riferimento. Il riferimento utilizzabile è il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Tra il 2001 e il 2003 la percentuale di entrate proprie è rimasta stabile a livello nazionale (al 39%). Il valore è comunque molto variabile tra le regioni: nel 2003 il Veneto è in grado di autofinanziare il 72% della spesa attesa, mentre la Sicilia può coprire solo il 15%. Al Nord varia dal 36% della Liguria al 72% del Veneto, al Centro dal 25% della regione Lazio al 55% della Toscana.

Al Sud dal 15% della Sicilia al 43% della Basilicata.

Tabella 1 - Percentuale di entrate proprie per regione – Anni 2000-2003

Regioni	2001	2002	2003	Variazione punti percentuali 2001-2003
Piemonte	44	45	50	6
Valle d'Aosta	44	44	49	5
Lombardia	46	47	46	0
Bolzano-Bozen	71	65	69	-2
Trento	49	53	52	3
Veneto	70	70	72	2
Friuli-Venezia Giulia	58	64	63	5
Liguria	35	35	36	1
Emilia-Romagna	67	66	70	3
Toscana	52	60	55	3
Umbria	50	48	49	-1
Marche	46	48	50	4
Lazio	26	23	25	-1
Abruzzo	32	33	33	1
Molise	30	33	31	1
Campania	19	16	16	-3
Puglia	22	21	18	-4
Basilicata	21	17	43	22
Calabria	19	19	16	-3
Sicilia	22	14	15	-7
Sardegna	24	28	27	3
Italia	39	39	39	0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Direzione generale per la programmazione. Anno 2005.

¹ La perequazione tra regioni, effettuata tramite il Fondo perequativo, consiste in una redistribuzione di risorse basata sui tre criteri del bisogno, della capacità fiscale e della dimensione regionale.

Percentuale di entrate proprie per regione. Anno 2003

Continua quindi la tendenza, riportata anche nei Rapporti Osservasalute del 2003 e del 2004 (rispettivamente pag. 104-105 e pag 286-287), per cui il gradiente Nord – Sud risulta evidente. Il grado di autofinanziamento delle regioni del Sud è peggiorato negli ultimi quattro anni (2000-2003) soprattutto in Sicilia, Campania, Puglia e Calabria. La Basilicata, invece, spicca tra le regioni del Sud per la ripresa di ben 26 punti percentuali nel 2003, rispetto al 2002.

Raccomandazioni di Osservasalute

E' auspicabile il raggiungimento di un livello di auto-sufficienza omogeneo , purché ciò non comporti elevate differenziazioni tra le singole realtà regionali. Il problema del federalismo e quindi la maggior autonomia delle regioni, comporta l'accentuarsi di questi problemi e solo il fondo perequativo dovrebbe essere in grado di ripianare le differenze.

Composizione della spesa sanitaria per macro categorie

Significato. Gli indicatori misurano la composizione della spesa sanitaria regionale per macro categorie: la spesa pubblica per servizi forniti direttamente, finanziata e fornita dal settore pubblico, la spesa pubblica per servizi in convenzione, finanziata dall'operatore pubblico e fornita da erogatori privati, infine la spesa privata, finanziata privatamente dalle famiglie. La spesa sanitaria per i servizi forniti direttamente, include i servizi ospedalieri e i servizi medici ambulatoriali, erogati direttamente dalle strutture pubbliche (ASL e AO).

La spesa sanitaria per i servizi forniti in regime di convenzione include i servizi erogati da strutture pri-

vate in convenzione.

La spesa sanitaria privata, sostenuta dalle famiglie per i servizi sanitari al netto dei contributi del SSN include la spesa per medicinali acquistati direttamente, consultazioni specialistiche, cure odontoiatriche, analisi cliniche ed esami radiologici.

L'analisi di questi tre indicatori dà come risultato un'informazione sul peso del rapporto pubblico-privato in sanità, sia dal punto di vista del finanziamento che da quello della fornitura, per i sistemi sanitari di ciascuna regione italiana. E' inoltre possibile calcolare la quota di finanziamento pubblico e di mercato pubblico.

Percentuale della spesa per servizi forniti direttamente

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica per servizi forniti direttamente}}{\text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}} \times 100$$

Denominatore

Percentuale della spesa per servizi forniti in regime di convenzione

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica per servizi in regime di convenzione}}{\text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}} \times 100$$

Denominatore

Percentuale della spesa sanitaria delle famiglie

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria delle famiglie}}{\text{Spesa sanitaria totale corrente}} \times 100$$

Denominatore

Quota di finanziamento pubblico

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}}{\text{Spesa sanitaria totale corrente}}$$

Denominatore

Quota di mercato pubblico

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica per servizi forniti direttamente}}{\text{Spesa sanitaria totale corrente}}$$

Denominatore

Validità e limiti. Gli indicatori rappresentano il fenomeno della pervasività dell'intervento pubblico diretto rispetto ai servizi forniti in regime di convenzione e alla parte di spesa a carico del privato (famiglie). Risente dell'anzianità della popolazione regionale e della mobilità territoriale.

Valori di riferimento. Il valore di riferimento è il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Gli indicatori forniscono principalmente due tipi di informazione: l'entità del finanziamento pubblico e l'entità della presenza sul mercato di operatori pubblici.

Nella tabella 1 sono riportate le composizioni percentuali delle spese per servizi forniti direttamente, per altre spese e per servizi in convenzione (rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica corrente) e nella

Tabella 1 - Percentuale della spesa sanitaria pubblica per funzione economica e percentuale della spesa sanitaria privata delle famiglie per regione - Anno 2002*

Regioni	Servizi sanitari forniti direttamente	Servizi sanitari in regime di convenzione	Altre spese
Piemonte	55,34	38,34	6,32
Valle d'Aosta	66,32	25,91	7,77
Lombardia	50,09	44,38	5,54
Trentino-Alto Adige	63,88	28,86	7,26
Veneto	55,94	37,26	6,80
Friuli-Venezia Giulia	64,55	29,04	6,41
Liguria	62,15	31,54	6,31
Emilia-Romagna	59,31	33,95	6,74
Toscana	61,29	31,71	7,01
Umbria	61,91	31,25	6,84
Marche	61,17	32,25	6,58
Lazio	47,76	47,37	4,86
Abruzzo	51,57	42,41	6,02
Molise	53,76	39,60	6,64
Campania	47,68	47,37	4,95
Puglia	49,02	45,58	5,40
Basilicata	56,02	37,75	6,22
Calabria	52,78	41,57	5,64
Sicilia	50,25	44,41	5,34
Sardegna	58,27	35,01	6,72
Italia	53,65	40,44	5,91

Altre spese = Servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione, contribuzioni diverse.

(*) I dati sono elaborati secondo il sistema dei conti nazionali SEC95.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Contabilità Nazionale. Anno 2005.

Tabella 2 - Percentuale della spesa sanitaria privata delle famiglie. Anno 2002*

Regioni	Spesa sanitaria delle famiglie
Piemonte	26,01
Valle d'Aosta	21,64
Lombardia	25,95
Trentino-Alto Adige	20,71
Veneto	24,85
Friuli-Venezia Giulia	25,74
Liguria	22,53
Emilia-Romagna	26,45
Toscana	22,75
Umbria	18,82
Marche	22,35
Lazio	22,64
Abruzzo	17,63
Molise	18,84
Campania	17,90
Puglia	19,49
Basilicata	16,28
Calabria	19,65
Sicilia	17,31
Sardegna	17,43
Italia	22,42

(*) I dati sono elaborati secondo il sistema dei conti nazionali SEC95.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Contabilità Nazionale, Anno 2005.

tabella 2 la composizione della spesa sanitaria privata delle famiglie (rispetto alla spesa sanitaria totale). La Valle d'Aosta ed il Friuli-Venezia Giulia sono le

regioni che più hanno spinto la produzione pubblica con una percentuale di servizi sanitari forniti direttamente (rispettivamente del 66,32% e 64,55%).

Le regioni con una spesa minore sono Campania (47,68 %), Lazio (47,76 %) e Puglia (49,02%). Queste tre regioni sono poi quelle che hanno i valori massimi (in media superiori al valore nazionale di 6 punti percentuali) per la spesa in servizi sanitari in regime di convenzione.

La spesa per servizi forniti direttamente per il Centro e per il Nord è superiore, rispettivamente di 5 e di 6 punti percentuali, rispetto a quella delle regioni del Sud. Tra le regioni del Centro unica eccezione è la regione Lazio, che presenta un'elevata spesa in regime di convenzione. Mentre tra le regioni del Sud la Sardegna e la Basilicata sono in controtendenza.

Il gradiente Nord-Sud è evidente soprattutto nelle differenze percentuali di spesa in regime di convenzione, dove il Sud riporta valori prossimi al 45% (5 punti sopra la media nazionale), il Centro al 39% e il Nord al 38%.

La regione Emilia-Romagna (26,45%), la Lombardia (25,95%) e il Friuli-Venezia Giulia (25,74%) spendono una maggiore quota della spesa sanitaria attraverso il privato (le famiglie).

Inoltre è possibile classificare le regioni a seconda della loro scelta, sia dal lato del finanziamento pubblico che dal lato del mercato pubblico, individuando quattro gruppi di regioni (grafico 1): ciò viene fatto

utilizzando la percentuale della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale (quota di finanziamento pubblico) e la percentuale della spesa pubblica per servizi forniti direttamente sulla spesa sanitaria totale (quota di mercato pubblico).

Gruppo 1: regioni che delegano maggiormente al privato, sia la fornitura che il finanziamento dei servizi sanitari (quota di finanziamento pubblico sul totale della spesa sanitaria e quota di servizi sanitari forniti direttamente sul totale della spesa sanitaria minori della media).

Gruppo 2: regioni che delegano al privato il finanziamento, ma che producono direttamente gran parte dei servizi finanziati pubblicamente (finanziamento pubblico minore della media e fornitura pubblica diretta maggiore della media).

Gruppo 3: regioni in cui il ruolo del settore pubblico è preponderante sia dal lato del finanziamento che da quello della fornitura (finanziamento e fornitura pubblica diretta entrambi maggiori della media).

Gruppo 4: regioni che vedono il ruolo del settore pubblico come quello di tutela e quindi finanziano gran parte dei servizi, anche se non entrano direttamente nella fornitura degli stessi (finanziamento pubblico

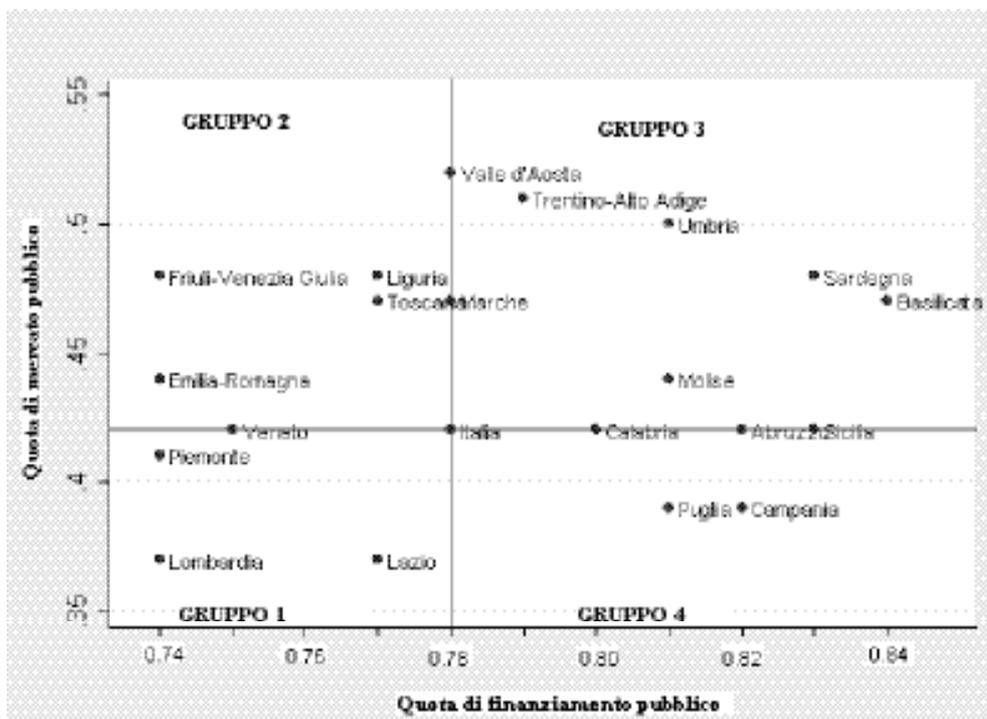
maggiore della media e fornitura pubblica diretta minore della media)

Fanno parte del Gruppo 1 (grafico 1) il Piemonte, la Lombardia e il Lazio. Nel Gruppo 2 troviamo principalmente le regioni del Centro-Nord: Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana. Mentre nel Gruppo 4 ci sono solo la Campania e la Puglia. Tutte le altre regioni fanno parte del Gruppo 3, cioè con peso pubblico considerevole (importante la presenza, in questo gruppo, delle regioni a statuto speciale e delle province autonome).

Raccomandazioni di Osservasalute

Le evidenze presenti nella letteratura internazionale mostrano che regioni con diffusa produzione pubblica hanno un maggior potere di contenimento dei costi e che i risultati della soddisfazione dell'utente non sono univoci. Le regioni con struttura produttiva troppo privatistica corrono il rischio di vedere aumentare i costi in futuro senza essere certi di una contropartita in termini di soddisfazione dell'utente.

Grafico 1 - Gruppi di regioni in base alla quota di finanziamento pubblico e di mercato pubblico - Anno 2002



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat, Contabilità Nazionale. Anno 2005.

Modalità di utilizzo del *ticket* farmaceutico

Significato. Il *ticket* farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente è chiamato a pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

Alcuni pazienti possono essere esenti dal pagamento del *ticket* per motivi economici (pazienti a basso reddito), oppure per patologia. L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del *ticket* farmaceutico, evidenziandone anche alcune caratteristiche (ad es. il costo per ricetta e per confezione, l'esistenza di specifiche esenzioni), stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso vizata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

Validità e limiti. L'indicatore va letto accanto alla manovra della compartecipazione all'IRPEF regionale (Rapporto Osservasalute 2004, pag. 288-9). Il *ticket* farmaceutico è di natura qualitativa, in quanto non evidenzia i risultati quantitativi della manovra stessa,

(che sono evidenziabili, ad esempio, come rapporto tra *ticket* e spesa lorda) e come si presenta la dinamica della spesa farmaceutica. Inoltre, l'effetto deterrente sui consumi farmaceutici si ha in primo luogo nell'anno di introduzione della normativa sul *ticket*, quindi effetti aggiuntivi in anni successivi sono improbabili.

Il *ticket* è un prelievo che ha natura principalmente regressiva, se non compensato da idonee esenzioni per reddito.

Benchmark. Non ci sono valori di riferimento.

Descrizione dei risultati

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica, erano, a tutto il 2004, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli-Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il *ticket* la Sardegna

Tabella 1 - Spesa lorda farmaceutica pro capite e *ticket* farmaceutico regionale

Regioni	Spesa lorda farmaceutica pro capite	Compartecipazione	Descrizione <i>ticket</i> farmaceutico				
			min	max	esenzione tot/parz per patologia	esenzione in base al reddito	normativa di riferimento
Piemonte	208,84	X	2 € per confezione	4€ per ricetta	si	si	settembre-05
Valle d'Aosta	204,21						
Lombardia	213,75	X	2 € per confezione	4 € per ricetta	si	si	ottobre-04
Bolzano-Bozen	181,03	X	2 € per confezione	4€ per ricetta	si	si	luglio-02
Trento	174,24						
Veneto	198,87	X	2 € per confezione	4€ per ricetta	si	si	aprile-04
Friuli-Venezia Giulia	210,51						
Liguria	285,42	X	2 € per confezione	4€ per ricetta	si	si	gennaio-05
Emilia-Romagna	213,67						
Toscana	205,84						
Umbria	211,00						
Marche	219,46						
Lazio	305,07	X	1 € per confezione (d'importo > 5€)	1 € per confezione (d'importo > 5€)	si	si	febbraio-02
Abruzzo	232,22						
Molise	247,07	X	1 € per confezione (d'importo > 5€)	3 € per ricetta (d'importo > 5€)	no	si	dicembre-03
Campania	236,15						
Puglia	248,71	X	2 € per confezione	5,5 € per ricetta	si	si	gennaio-05
Basilicata	221,66						
Calabria	252,02						
Sicilia	287,52	X	2 € per confezione	4 € per ricetta	no	si	agosto-05
Sardegna	246,88						

Piemonte = abolizione per farmaci a brevetto scaduto.

Calabria = abolizione del *ticket* dal 01/09/2005.

Puglia = dal 01/10/05 nuove esenzioni.

I dati di spesa lorda pro capite sono del 2004. OsMed. Anno 2005.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Relazione sullo Stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui L.E.A., Roma, 15 aprile 2003. Aggiornato allo 05/09/2005.

ad aprile 2004 e la Calabria a settembre 2005. La differenza nell'applicazione del *ticket*, in termini di spesa farmaceutica pro capite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica (ad esempio favorendo la scelta di farmaci privi di brevetto o diminuendo il costo dei farmaci).

Dalla tabella 1 emerge che nelle regioni del Nord che applicano il *ticket*, l'importo è di 2 € a confezione e 4 € a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno *ticket* per confezione e ricetta più bassi.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si suggerisce la massima attenzione alla graduazione delle esenzioni, sia per patologia che per reddito, al fine di tutelare le fasce deboli della popolazione. Per ottenere la riduzione della spesa farmaceutica, riducendola al fabbisogno reale dell'utente, il *ticket* non sembra lo strumento più adatto, lo possono essere piuttosto politiche di incentivazione di un uso razionale ed appropriato e l'incentivazione dell'uso dei farmaci equivalenti ("generici").

Apparecchiature PET

Significato. La Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) è una metodica medico-nucleare che si basa sull'impiego di traccianti marcati con isotopi positron-emittenti prodotti da ciclotroni compatti ad uso medico. E' considerata una tecnologia ancora emergente in quanto in fase di diffusione, sia in termini di adozione di apparecchiature da parte delle organizzazioni sanitarie, sia in termini di ampliamento delle indicazioni cliniche per le quali il suo utilizzo è considerato appropriato. La PET permette una diagnostica per immagini non invasiva grazie allo studio di processi metabolici negli organismi viventi e delle alterazioni generate in presenza di specifiche patologie. La PET, rispetto a tecnologie come la TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) e la RMN (Risonanza Magnetica), che visualizzano la struttura anatomica, fornisce immagini e permette di quantificare funzioni biochimiche o fisiologiche. L'utilità della PET è legata al fatto che le alterazioni funzionali, causate da

patologie, possono precedere l'insorgenza di alterazioni strutturali.

La PET permette di distinguere tra tessuti maligni e benigni, in quanto l'alterazione funzionale dell'attività metabolica, è più precoce rispetto alle alterazioni anatomiche morfologiche tipiche dello stadio maligno. Questa capacità offre quindi uno strumento di diagnosi precoce, prima che si manifestino le metastasi. Il recente *Dossier* n. 81 pubblicato dalla regione Emilia-Romagna (Agenzia Sanitaria Regionale), "Indicazioni all'utilizzo della Fdg-PET in oncologia", ha messo in evidenza che la disponibilità di una PET assicurerebbe una maggiore sensibilità e precisione diagnostica in caso di pazienti oncologici.

La computazione di questo indicatore vuole evidenziare la diversa diffusione di una tecnologia in fase emergente e quindi può rappresentare una indicazione, seppur generica, del grado di aggiornamento tecnologico delle diverse regioni.

Tasso di PET

Numeratore Numero di PET nelle strutture pubbliche ospedaliere

 x 1.000.000
Denominatore Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore è evidentemente un indicatore di *stock* e non considera in alcun modo l'effettiva produttività delle macchine così come il livello di appropriatezza nel loro utilizzo.

Benchmark. La stima del numero di PET necessarie in riferimento ad una data popolazione dipende sostanzialmente dalle applicazioni cliniche che si possono ipotizzare. Il fatto che negli ultimi anni queste stiano rapidamente ampliando rende più difficile il corretto dimensionamento del numero di PET necessarie.

L'osservazione della distribuzione della tecnologia PET a livello europeo può comunque fornire indicazioni per l'individuazione di un benchmark.

Il benchmark di riferimento risulterebbe il Belgio, che nel 2000 aveva installato circa 1 PET per ogni 500.000 abitanti. Ad oggi nessun altro paese ha installato un numero così elevato di PET per abitante, tuttavia in tutti i paesi si sta realizzando un aumento dell'offerta di tali prestazioni. La tabella 1 evidenzia il numero totale di PET per milione di abitanti in alcuni paesi della Unione Europea. Non è tuttavia stato valutato se la disponibilità di PET in Belgio sia ottimale.

Descrizione dei Risultati

La tabella 2 mostra un evidente gradiente Nord-Sud nella distribuzione delle PET. La prima PET fu instal-

lata in Lombardia nel 1995 nell'Istituto Europeo dei Tumori. Il numero di PET è passato da 25 nell'anno 2000 a 33 nell'anno 2003. Il numero è rimasto invariato dal 2002 al 2003.

Tabella 1 - PET (numero e tasso per milione di abitanti) in alcuni paesi. Anno 2002

Paesi	Numero	Tasso
Belgio	19	1,88
Austria	8	1,05
Germania	82	1,00
Svizzera	7	0,96
Danimarca	4	0,75
Svezia	6	0,67
Italia	25	0,44
Spagna	16	0,40
Finlandia	2	0,38
Olanda	5	0,32
Regno Unito	16	0,27
Francia	13	0,22
Grecia	1	0,17
Portogallo	1	0,10
Totale	211	0,47

Fonte dei dati e anno di riferimento: Conseil National des Etablissements Hospitaliers. La Libre Belgique, April 18, 2000". Aggiornati al 2002.

L'analisi del fabbisogno delle PET nella regione Lazio

Dott. Marco Marchetti, Dott.ssa Rossella Di Bidino, Dott. Marco Oradei, Ing. Lorenzo Leogrando

Nella fase di studio per la valutazione multidimensionale dell'adozione della tecnologia PET e ciclotrone per la produzione di Fluoro-Desossiglucosio (FDG) presso il Policlinico Universitario "A.Gemelli", l'Unità di Valutazione delle Tecnologie della Direzione Sanitaria ha effettuato un'analisi per il dimensionamento della tecnologia PET nella regione Lazio. Si è contestualizzato il modello matematico di Bedford et. al. 2004¹, che si articola in due parti:

- la prima parte del modello è focalizzata sull'utilizzo della PET per il tumore al polmone. Il modello è un albero decisionale nel quale la PET compare in tre diversi momenti del percorso diagnostico-terapeutico con tre diverse finalità: la diagnosi, la stadiazione del tumore e l'identificazione di un'eventuale ricorrenza. L'obiettivo in questa fase del modello è di quantificare gli esami PET eseguiti nelle varie fasi del percorso terapeutico;
- la seconda parte del modello, generalizza il dato ottenuto per il tumore del polmone a tutte le altre applicazioni della PET, adottando un rapporto, contestualizzato alla realtà inglese, tra PET effettuate in un anno per tumore al polmone e altri esami PET pari a 0,25 ed una produttività annua per tomografo pari a 2500 esami PET.

Per le stime relative alla regione Lazio si è considerata la popolazione regionale al 1° gennaio 2003 ed il tasso di incidenza nazionale del tumore del polmone (Globocan 2000). Si è inoltre effettuata un'indagine sulle dimissioni ospedaliere della regione Lazio nel 2003 (dati regione Lazio 2003 EPICS), identificando i codici diagnostici ICD-9-CM per area di applicazione. Poiché non necessariamente tutti i ricoveri considerati possono associarsi ad un esame PET, per effettuare una correzione di questo fenomeno è stato utilizzato il rapporto esami PET/casi incidenti. Il rapporto esami PET/casi incidenti applicato è stato di 0,785 (Bedford et. Al.) per i tumori al polmone, mentre di 0,667 (Notiziario di Medicina Nucleare²) per tutte le altre casistiche di ricoveri considerate (sia tumorali che non).

A seguito della casistica ospedaliera della regione Lazio, in cui potenzialmente si rende necessario eseguire almeno un esame PET durante il percorso di cura, si è ritenuto di correggere il rapporto tra esami PET per tumore al polmone ed altri esami PET, riducendolo a 0,15 rispetto allo 0,25 utilizzato nella realtà inglese. Nella tabella seguente sono illustrati i risultati ottenuti dall'applicazione di tale modello:

	Numero di PET
Bedford et al. - Italia	47,0
Bedford et.al. - applicazione alla regione Lazio	6,5
Un tomografo ogni 500.000 abitanti – applicazione alla regione Lazio*	10,4

* Max identità PET/abitanti in Europa.

Il valore fornito dal modello Bedford, per la regione Lazio, è inferiore rispetto a quello ottenibile applicando il rapporto tra popolazione e PET installate in una paese come il Belgio, paese europeo con il maggior numero di PET per abitante (un tomografo ogni 500.000 abitanti). Il valore di 10.4 PET per la regione Lazio, che si ottiene applicando tale rapporto, deve essere quindi inteso come un "limite massimo" del numero necessario di PET.

Si ritiene che il modello Bedford et.al, contestualizzato alla regione Lazio, non sottostimi il fabbisogno di impianti PET per i seguenti motivi:

- si è adottato un tasso di incidenza per tumore al polmone aggiornato e comunque superiore agli altri rinvenuti in letteratura;
- esistono esperienze, anche italiane, di una produttività annua di un tomografo PET superiore ai 2500 esami PET stimati nel modello di Bedford.
- il rapporto esami PET per tumore al polmone su esami PET totali, contestualizzato alla casistica della regione Lazio (0,15), è comunque accettabile e, soprattutto nel confronto con il dato inglese, la sua applicazione non si traduce in una sottostima del fabbisogno di PET. Il modello rappresenta una delle poche metodologie per stimare il fabbisogno di PET in una determinata area.

(1) Bedford M, Maisey MN. Requirements for clinical PET: comparisons within Europe. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging 2004; 31 (2):208-221

(2) Bruno, Biggi, Monetti. La PET clinica in Italia. Notiziario di Medicina Nucleare Dicembre 2001; 2:45-49

Apparecchiature PET, TRM e TAC

Significato. La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione delle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente. I pazienti chiedono di poter accedere tempestivamente alle innovazioni tecnologiche, così come i medici sono naturalmente propensi a promuovere tale innovazione. In questo contesto i sistemi di regolazione dei mercati e dei sistemi sanitari sono chiamati a vigilare sulla sicurezza della nuova tecnologia per i pazienti ma anche a valutare il rapporto costo-efficacia dell'investimento in una nuova soluzione diagnostico-terapeutica. Le prospettive dei diversi attori del sistema, circa cosa debba essere considerato appropriato nel campo della tecnologia biomedica, non sono omogenee e il giudizio finale sull'appropriatezza di un'innovazione tecnologica non è semplice da formulare. Alla luce di queste premesse, possiamo considerare l'investimento nella tecnologia biomedica un indicatore certamente significativo della capacità "produttiva" di un sistema sanitario in una regione. Il sistema di indicatori proposti intende fornire un panorama delle dotazioni tecnologiche dei sistemi sanitari delle regioni italiane, focalizzando l'attenzione su tre

apparecchiature diagnostiche elettromedicali: la PET (tomografia ad emissione di positroni), la TRM (tomografia a risonanza magnetica) e la TAC (tomografia assiale computerizzata). Queste tecnologie si caratterizzano per le numerose indicazioni cliniche secondo cui il loro utilizzo è considerato unanimemente appropriato, per la rilevanza del loro costo unitario di investimento e di gestione, per l'impatto che hanno sul processo assistenziale e sull'organizzazione in senso più ampio.

Formula. Ai fini della computazione di un indicatore in grado di cogliere in maniera sintetica il peso delle tecnologie biomediche nelle diverse realtà territoriali, abbiamo prima di tutto valutato il peso relativo delle diverse tecnologie considerate rispetto al numero complessivo di macchine installate dei tre tipi. Ai fini del calcolo di un indice di peso tecnologico grezzo (Indice di tecnologicizzazione, Tg) abbiamo valutato il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT) disponibile presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Per dare conto della densità della tecnologia, rispetto alla popolazione delle diverse regioni, è stato computato un indice corretto (Tc) per la popolazione residente. L'indice così ottenuto permette di valutare l'evoluzione del peso della

Peso relativo delle apparecchiature PET, TRM e TAC

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Numero di apparecchiature di tipo } x}{\text{Denominatore} = \text{Numero totale di apparecchiature (PET, TRM e TAC)}}$$

Indice di tecnologicizzazione grezzo (Tg)

$$Tg = \frac{\sum (N_a \cdot P_{r_a})}{\sum P_{m_a}}$$

dove N_a = numero di apparecchiature di tipo a; P_{r_a} = peso relativo apparecchiature di tipo a; P_{m_a} = prezzo medio apparecchiature di tipo a

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione (Tc)

$$\text{Numeratore} = \frac{Tg}{\text{Denominatore} = \text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione e normalizzato (Tcn)

$$\text{Numeratore} = \frac{Tc \text{ regione}}{\text{Denominatore} = Tc \text{ Italia}} \times 100$$

tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003). L'indice, a questo punto è stato normalizzato (Tcn) e la variabilità regionale riferita ad un valore nazionale pari a 100.

Validità e limiti. Gli indicatori si riferiscono a diversi obiettivi informativi. Gli indicatori riportati in tabella 1 forniscono un' indicazione circa la diversa distribuzione delle tre tipologie tecnologiche nelle diverse regioni italiane nei due anni di riferimento fornendo anche una indicazione di trend. Gli indicatori riportati nella tabella 2 permettono, inoltre, un primo confronto interno relativamente al peso che le tre tecnologie biomediche hanno nelle diverse regioni. Questi indicatori permettono una valutazione, seppur iniziale, dei trend. L'indicatore riportato nella tabella 2, pur favorendo la lettura delle variabilità interregionali, non permette di apprezzare alcuna dinamica temporale. I diversi indicatori sono influenzati dall'adozione dei prezzi come modalità di pesatura. Il peso assegnato alle diverse tecnologie ha un' origine e un significato prettamente economico (e non necessariamente di complessità tecnico-ingegneristica della macchina). La conseguenza è che il significato delle eventuali variabilità interregionali è da correlarsi al diverso impegno economico delle regioni nell'investimento in tecnologie biomediche. Una avvertenza di carattere generale deve essere comunque esplicitata: gli indici non tengono conto dei diversi livelli di appropriatezza dell'acquisizione delle tecnologie. Valori alti dei diversi indici potrebbero significare un

migliore accesso dei cittadini ai servizi, ma non necessariamente implicare che i servizi siano forniti con la tecnologia più appropriata. Quindi, se in alcuni casi il valore dell'indice potrebbe significare un impegno della regione nell'erogare servizi, in altri casi, potrebbe nascondere sprechi e/o una cattiva allocazione delle risorse finanziarie.

Valori di riferimento. Non esistono specifici benchmark per questi indicatori. I confronti internazionali e i valori medi nazionali rappresentano i confronti più utili.

Descrizione dei risultati

Relativamente agli indicatori contenuti nella tabella 1 si evidenzia una diversa diffusione delle tre tecnologie in riferimento anche alle loro caratteristiche tecniche e alla dimensione dei bacini d'utenza considerati in relazione alle indicazioni considerate appropriate. E' evidente la limitata diffusione della PET rispetto alle altre tecnologie; la maggiore diffusione della TAC rispetto alla RMN soprattutto nelle regioni del Centro-Sud del paese. La tabella 1 mostra un' iniziale tendenza alla sostituzione delle TAC con RMN al Centro-Nord, mentre questo trend non è visibile al Sud, dove almeno per alcune regioni come la Calabria, tra il 2002 e il 2003 è aumentata la rilevanza della TAC rispetto a quella della RMN.

La tabella 2 mostra che il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003, da 1,56 a 1,61, ma tale aumento non è stato generalizzato in tutte le

Tabella 1 - Peso relativo delle apparecchiature per tipo di apparecchiatura e regione - Anni 2002-2003

Regioni	PET		TAC		TRM	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Piemonte	0,01	0,02	0,58	0,68	0,41	0,30
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,50	0,25	0,50	0,75
Lombardia	0,05	0,04	0,69	0,66	0,26	0,30
Bolzano-Bozen	0,00	0,00	0,67	0,57	0,33	0,43
Trento	0,00	0,00	0,71	0,63	0,29	0,38
Veneto	0,03	0,03	0,66	0,65	0,31	0,32
Friuli-Venezia Giulia	0,06	0,05	0,67	0,65	0,28	0,30
Liguria	0,03	0,03	0,63	0,63	0,34	0,34
Emilia-Romagna	0,04	0,03	0,71	0,68	0,25	0,28
Toscana	0,04	0,03	0,69	0,69	0,27	0,28
Umbria	0,00	0,00	0,75	0,75	0,25	0,25
Marche	0,05	0,04	0,56	0,53	0,40	0,43
Lazio	0,00	0,00	0,69	0,66	0,31	0,34
Abruzzo	0,00	0,00	0,66	0,66	0,34	0,34
Molise	0,00	0,00	0,75	0,71	0,25	0,29
Campania	0,01	0,01	0,79	0,78	0,20	0,21
Puglia	0,00	0,00	0,70	0,69	0,30	0,31
Basilicata	0,00	0,00	0,88	0,90	0,13	0,10
Calabria	0,00	0,00	0,79	0,81	0,21	0,19
Sicilia	0,01	0,01	0,75	0,79	0,24	0,21
Sardegna	0,00	0,00	0,71	0,65	0,29	0,35
Italia	0,02	0,02	0,69	0,69	0,29	0,29

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica. Annuario Statistico del SSN. Anni 2002/03.

Tabella 2 - *Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione (Tc) per 100.000 abitanti e indice di tecnologicizzazione normalizzato (Tcn) - Anni 2000-2003*

Regioni	Tc		Tcn	
	2002	2003	2002	2003
Piemonte	1,77	1,71	112	106
Valle d'Aosta	1,66	2,06	105	128
Lombardia	1,63	1,65	104	102
Bolzano-Bozen	1,43	1,52	91	95
Trento	0,86	0,87	55	54
Veneto	1,36	1,35	86	84
Friuli-Venezia Giulia	1,59	1,59	101	98
Liguria	1,04	1,25	66	77
Emilia-Romagna	1,62	1,58	103	98
Toscana	1,35	1,41	85	87
Umbria	1,81	1,78	114	111
Marche	1,37	1,46	87	91
Lazio	1,97	2,00	125	124
Abruzzo	1,78	1,76	113	110
Molise	2,34	2,58	148	160
Campania	1,43	1,48	90	92
Puglia	1,38	1,40	87	87
Basilicata	1,05	1,37	66	85
Calabria	2,23	2,17	141	135
Sicilia	1,50	1,67	95	104
Sardegna	1,72	1,69	109	105
Italia	1,56	1,61	100	100

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica. Annuario Statistico del SSN. Anni 2002/03.

regioni. Infatti accanto a regioni che hanno sostanzialmente mantenuto il valore dell'indice (es. Lombardia, Trento, Veneto, Lazio), alcune regioni hanno aumentato significativamente questo indice come nel caso della Valle d'Aosta (nel 2002 1,66, nel 2003 2,06), della Liguria (nel 2002 1,04, nel 2003 1,25) e del Molise (nel 2002 2,34, nel 2003 2,58).

Da una lettura complessiva degli indicatori della tabella 2 è evidente che mentre nel caso della Liguria l'aumento potrebbe essere spiegabile da un ritardo tecnologico, dettato da un indice medio pari a 66 nel 2002 (rispetto al valore medio Italia, 100); questo viceversa non sembra essere spiegabile per Molise e Valle d'Aosta dove l'indice era già ampiamente al di sopra del valore nazionale di riferimento (Molise: 148 nel 2002 e 160 nel 2003; Valle d'Aosta: 105 nel 2002 e 128 nel 2003). Alcune regioni vedono ridurre (sempre in modo poco significativo) il valore dell'indice tra il 2002 e il 2003 (Piemonte, Emilia-Romagna, Umbria, Calabria, Abruzzo).

Nove regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria e Sardegna), in entrambi gli anni sono al di sopra della media. Il valore massimo è registrato per la regione Molise nel 2003 con un indice pari a 60 punti in più rispetto al valore medio nazionale (160). Regioni come Lazio (125 nel 2002, 124 nel 2003), Calabria (141 nel 2002, 135 nel 2003), Valle d'Aosta (105 nel 2002 e 128 nel 2003) e Umbria (114 nel 2002, 111 nel 2003) mostrano i valori più alti di tecnologicizzazio-

ne. Questa situazione, in alcuni casi, potrebbe essere correlata alla volontà o alla necessità di offrire servizi e tecnologie anche in bacini di utenza regionali molto piccoli. Alternativamente questo è spiegabile dalla situazione oro-geografica che non favorisce la mobilità dei pazienti. In dieci regioni (P. A. Bolzano, P. A. Trento, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia) l'indice è inferiore a 100 con valori particolarmente bassi nella P. A. di Trento, in Liguria e Basilicata. Da questo panorama le regioni che rispecchiano più da vicino il *pattern* nazionale sono il Friuli-Venezia Giulia e la Lombardia.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le tecnologie biomediche e l'innovazione tecnologica, nel settore sanitario, incidono in modo rilevante nel determinare l'efficacia dei servizi e la crescita della spesa per assistenza sanitaria.

Appare cruciale per le singole regioni dotarsi di competenze e strutture in grado di implementare una funzione di *Health Technology Assessment* (HTA), capace di fornire alla sfera politica evidenze che permettano di decidere circa l'allocazione delle risorse nelle tecnologie sanitarie, fondando tali decisioni su indicazioni prodotte attraverso un metodo scientifico accettato a livello internazionale.

Rimandiamo al Box successivo per un approfondimento sul panorama dell'attività di HTA nelle aziende del SSN.

Network Italiano di Health Technology Assessment

Dott.ssa Marina Cerbo, Prof. Americo Cicchetti, Dott. Paolo Morgese

Il progetto del Network Italiano di HTA parte dall'analisi delle diverse esperienze internazionali e nazionali per favorire la diffusione, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, di modelli organizzativi a supporto della realizzazione della valutazione della tecnologia in ambito clinico". Nato nel 2003 come progetto di ricerca "Promozione di un Network per la diffusione di Health Technology Assessment per la gestione delle tecnologie nelle Aziende Sanitarie", il Network rientra tra i "programmi speciali" (Art. 12 bis, comma 6, del D. Lgs 502/92 e s.m.i). Il progetto è coordinato dall'Unità di Valutazione delle Tecnologie della Direzione Sanitaria del Policlinico "Agostino Gemelli" e dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica. Fanno parte del Network italiano l'Assessorato alla Sanità della Regione Molise, il Policlinico "Agostino Gemelli", l'USSLL 17 Monselice della regione Veneto, l'IRCSS Policlinico "S. Matteo" di Pavia, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, la Sezione di Epidemiologia e Sanità Pubblica, il Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti, il Dipartimento delle Tecnologie Biomediche dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Sezione Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo), l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, Opera Padre Pio e la Direzione Generale Sanità della regione Lombardia. Obiettivo del progetto è di proporre una base di discussione per l'identificazione di requisiti comuni minimi strutturali, organizzativi e funzionali per l'avvio routinario di attività di HTA a livello regionale e aziendale nell'ambito del SSN. L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali – afferente al Network – ha condotto la rilevazione delle attività di HTA in Italia attraverso questionari inviati agli Assessorati regionali alla sanità (Referenti selezionati attraverso il circuito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie) e alle aziende sanitarie (ASL e AO), raggiungendo una copertura pari al 51% delle aziende.

Tabella 1 - Tasso di risposta delle regioni, ASL, Aziende Ospedaliere

	Regioni	ASL	AO
Questionari inviati	19	185	96
Questionari ricevuti	8	87	57
Tasso risposta	42%	47%	59%

Tabella 2 - ASL e Aziende Ospedaliere che hanno dichiarato di svolgere attività di TA

	ASL	AO
Totale ricevuti	87	57
Numero	61	45
% su rispondenti	70,11%	78,95%

Nelle risposte si osserva una prevalenza dell'area Centro-Nord, seppur con diversa distribuzione di Aziende sanitarie rispondenti nell'ambito di ciascuna regione. La maggioranza delle aziende, effettua valutazioni sulle apparecchiature elettromedicali, una percentuale inferiore sui dispositivi medici e sulle terapie farmacologiche e ancora inferiori sono le percentuali di aziende che effettuano valutazioni sulle procedure e sui sistemi, sia di supporto che di organizzazione e gestione.

Tabella 3 - ASL e Aziende Ospedaliere per oggetto di valutazione (Valori percentuali)

	ASL	AO
Terapie farmacologiche	37,70	48,89
Apparecchiature elettromedicali	91,80	97,78
Procedure mediche e chirurgiche	31,15	35,56
Sistemi di supporto	14,75	17,78
Sistemi di organizzazione e gestione	37,70	33,33
Altri dispositivi medici	47,54	33,33

Nell'ambito delle apparecchiature elettromedicali e dei dispositivi medici più del 68% delle aziende sanitarie dichiara di valutare tutte le apparecchiature, mentre circa il 25% dichiara di limitare la valutazione alle sole grandi apparecchiature; mentre per quanto riguarda i dispositivi medici, circa il 31% delle ASL dichiara di

valutare tutti i dispositivi. Solo alcune aziende dichiarano di valutare i dispositivi di nuova introduzione. Le tipologie di valutazione prevalenti sia nelle ASL che nelle AO sono quella tecnico-ingegneristica e quella economica, seguite da quella relativa all'impatto organizzativo e dalla valutazione clinico-epidemiologico-statistica; rara è la valutazione degli aspetti etici. Più frequentemente le aziende effettuano contemporaneamente valutazioni di tipo tecnico-ingegneristico ed economico e valutazioni di tipo tecnico-ingegneristico, economico e di impatto organizzativo, in coerenza con la prevalenza delle valutazioni su apparecchiature elettromedicali.

Tabella 4 - ASL e Aziende Ospedaliere per tipo di valutazione effettuata (Valori percentuali)

	ASL	AO
Clinica, epidemiologico-statistica	59,02	48,89
Tecnico/Ingegneristica	88,52	91,11
Economica	91,80	84,44
Impatto organizzativo	65,57	71,11
Aspetti etici	21,31	28,89

Nell'ambito delle Aziende le strutture organizzative coinvolte nell'attività di valutazione, sono prevalentemente rappresentate dalle Direzioni sanitarie e, in particolare nelle Aziende Ospedaliere, dalle Unità operative dedicate e dai Servizi di Ingegneria clinica, di Fisica, di Farmacia.

Tabella 5 - ASL e Aziende Ospedaliere per strutture organizzative aziendali coinvolte. (Valori percentuali)

	ASL	AO
Direzione Generale	18,03	13,33
Direzione Sanitaria	63,93	73,33
Direzione Amministrativa	29,51	17,78
Istituti specifici	27,87	40,00
Altro	Fisica – Farmacia – I.C. Servizio Tecnologie Biomediche Dipartimenti – Distretti	Fisica – Farmacia – I.C. Servizio Tecnologie Biomediche

Conclusioni

Lo scenario che emerge è quello di una notevole variabilità organizzativa, spesso caratterizzata anche dalla dispersione delle attività in più unità operative della medesima azienda. La prevalenza delle valutazioni su apparecchiature e dispositivi più che su procedure mediche e chirurgiche, nonché delle valutazioni tecnico-ingegneristiche ed economiche su quelle clinico-epidemiologiche, riflette la prevalente finalizzazione delle attività al controllo dei costi. A ciò potrebbe essere correlato anche il dato riferito alla valenza vincolante nei confronti della Direzione aziendale delle valutazioni effettuate che è pari al 62,7% dei casi nelle ASL e al 46,7% nelle Aziende Ospedaliere. Raramente si osservano procedure standardizzate e produzione di *report* e Linee Guida.

La Governance delle strutture sanitarie

Dott. Carlo Favaretti, Dott. Paolo De Pieri

Anche se i termini "governo", "government" e "governance" rimandano tutti alla stessa radice etimologica, è indubbio che il termine inglese *governance* ha una gamma di significati che il corrispondente italiano non possiede. La *governance* è un insieme coordinato e condiviso di strategie, regole, accordi, procedure e comportamenti che definisce chi assume le decisioni, in quali ambiti, come queste decisioni vengono prese e il modo in cui chi decide rende conto del suo operato.

In organizzazioni complesse come quelle sanitarie il processo decisionale avviene in modo formale e informale e le decisioni organizzative e cliniche, a qualsiasi livello, scaturiscono dalla continua interazione tra le diverse parti interessate: i pazienti, i professionisti, i finanziatori, i fornitori e la comunità. Ciascuna di esse partecipa alla *governance* del sistema con specifiche esigenze e aspettative, diverse scale di priorità, differenti capacità operative e di percezione dei risultati ottenuti.

È oggi di gran moda parlare di *governance* clinica: secondo la definizione più usata, è un sistema per mezzo del quale le organizzazioni sanitarie rendono conto del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard assistenziali, attraverso la creazione di un contesto nel quale l'eccellenza clinica deve prosperare.

La *governance* clinica non è quindi "il governo sui clinici" né il "governo da parte dei clinici" e neppure può essere ricondotta a una semplice redistribuzione di potere tra i clinici e il direttore generale nelle aziende sanitarie pubbliche italiane. È in realtà il terreno sul quale i clinici e gli amministratori devono mettere a frutto le loro specifiche competenze professionali (possibilmente basate su prove di efficacia clinica e organizzativa), sviluppare i rispettivi ambiti di autonomia e rendere conto delle loro scelte a tutte le altre parti interessate.

Tuttavia la *governance* clinica non basta e bisogna ormai puntare alla *governance* integrata delle strutture sanitarie, che tiene insieme e mette in rete i diversi sistemi settoriali di *governance* (clinica, finanziaria, strutturale, dell'informazione, ecc.), con l'obiettivo di riallineare tra di loro i diversi processi che ne stanno alla base (la pianificazione strategica, il budget, gli investimenti, la gestione delle tecnologie sanitarie, la formazione, l'erogazione dei LEA, ecc.).

Uno strumento manageriale sperimentato da alcune aziende sanitarie e che si è rivelato utile per sviluppare sistemi di *governance* integrata è il "Modello EFQM per l'Eccellenza", che viene definita come "l'eccezionale capacità di gestire una organizzazione e di conseguire dei risultati". Il Modello è sintetizzato da un grafico che illustra i criteri che devono essere considerati per migliorare le organizzazioni e i loro risultati: i fattori (leadership, politiche e strategie, gestione del personale, partnership e risorse, processi) e i risultati (relativi ai clienti, risultati relativi al personale, risultati relativi alla società e risultati chiave di performance). Di particolare rilievo è il sottostante reticolo non deterministico che lega i criteri tra di loro e che rappresenta, in un certo senso, la trama e l'ordito su cui lavorare per ottenere l'integrazione necessaria.

Sulla base del Modello EFQM, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento ha progressivamente sviluppato dal 2000 un proprio sistema di *governance* integrata, integrando in questo disegno anche gli altri strumenti di gestione della qualità quali i programmi di autorizzazione e accreditamento istituzionali, le norme ISO 9000 e il programma per gli ospedali della *Joint Commission International*. Attualmente l'Azienda ha ottenuto il primo livello di riconoscimento dell'EFQM ("Committed to excellence in Europe") e l'accreditamento JCI per l'ospedale S. Chiara che è la struttura aziendale più importante.