



LA SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

*Il ruolo dei farmaci come strumento
per il controllo della spesa sanitaria*

RAPPORTO DI SINTESI

Febbraio 2010

Da anni il sistema sanitario pubblico italiano è interessato da un intenso processo di risanamento finanziario con l'obiettivo di recuperare l'equilibrio di gestione e contribuire alla stabilizzazione dei conti pubblici. Nell'ultimo biennio, tale impegno è stato coronato da un parziale successo anche grazie ad una maggiore responsabilizzazione delle Regioni ed all'adesione ai Piani di rientro di quelle con i risultati di esercizio peggiori, che hanno concorso a rallentare la dinamica della spesa ed a limitare sostanzialmente i disavanzi di bilancio di alcune Regioni (quelle che hanno aderito ai Piani di rientro, la Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Trento e quelle meridionali). La stessa esigenza si riproporrà con maggiore forza negli anni a venire quando il SSN dovrà far fronte alle sfide poste dai cambiamenti demografici in atto e dal progresso tecnologico che richiederanno di recuperare nuove e maggiori risorse.

L'analisi condotta ha permesso di stimare a livello regionale l'andamento dei deficit fino al 2050. Dal lato della spesa, secondo le simulazioni effettuate con il modello SANIMOD la spesa sanitaria pubblica italiana, in rapporto al Pil, crescerà dal 6,9% del 2008 fino all'8,7% del Pil nel 2030 per poi ridursi al 6,6% nel 2050. Tali stime sono state ottenute a partire dalla stima della spesa aggregata nazionale e tenendo conto della dinamica delle strutture demografiche, per età e sesso, delle Regioni prevista dall'Istat, ponderata per la frequenza dei consumi sanitari, per età e sesso, nelle singole Regioni ricavata dall'indagine MULTISCOPO.

Inoltre, attraverso l'elaborazione e l'utilizzo di un modello di previsione macroeconomico di lungo periodo, abbiamo stimato la dinamica delle entrate regionali deputate, secondo la normativa vigente, al finanziamento del fabbisogno sanitario destinato ai livelli essenziali di assistenza (LEA), che rappresenta circa il 98% del finanziamento statale del SSN.

Sulla base dei risultati ottenuti è possibile affermare che in aggregato i deficit che si origineranno saranno crescenti fino al 2035 per poi ridursi. L'approfondimento delle differenti dinamiche regionali sottostanti ha invece

portato ad evidenziare risultati diversificati. Nei grafici 1 e 2 è riportata l'evoluzione della spesa e delle risorse disponibili per i servizi sanitari rispettivamente per le Regioni non sottoposte a Piani di rientro ("senza") e per quelle che vi hanno aderito ("con"): le simulazioni mostrano che, mentre le prime raggiungono un avanzo di bilancio prima del 2050, le altre rimangono in disavanzo anche a quella data. I risultati di esercizio delle due ripartizioni considerate e quello stimato a livello nazionale sono riportati nella tavola 1. In particolare, tra le Regioni "senza" Piani di rientro stimiamo al 2050 un avanzo di bilancio per il Piemonte, la Lombardia, il Friuli, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche e un sostanziale pareggio per il Veneto. In tutte le Regioni "con" Piani di rientro, invece, il saldo di bilancio rimarrebbe nel 2050 ancora negativo, anche se inferiore a quello degli anni precedenti.

Grafico 1 - Previsioni del finanziamento del SSN e della spesa sanitaria (2007-2050)
REGIONI SENZA PIANI DI RIENTRO
(valori in milioni di euro)

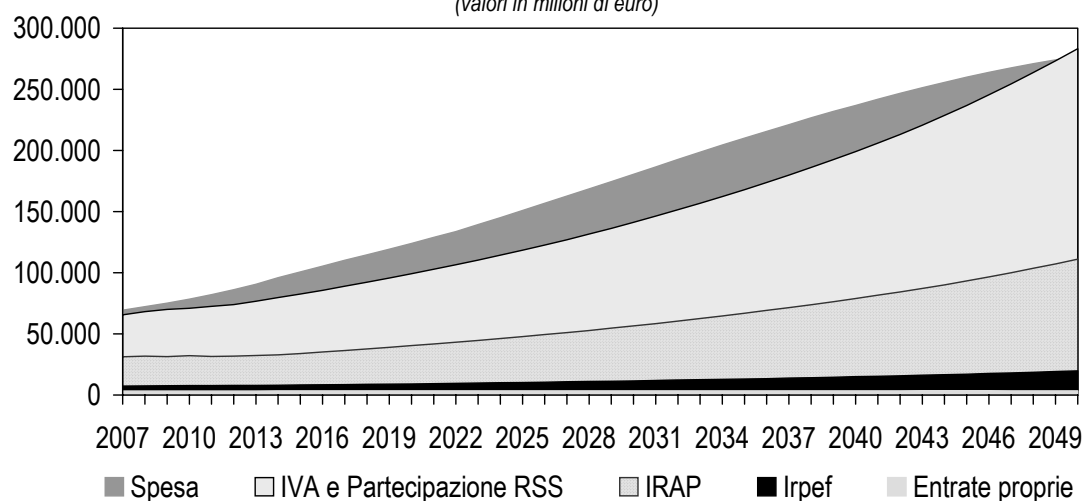
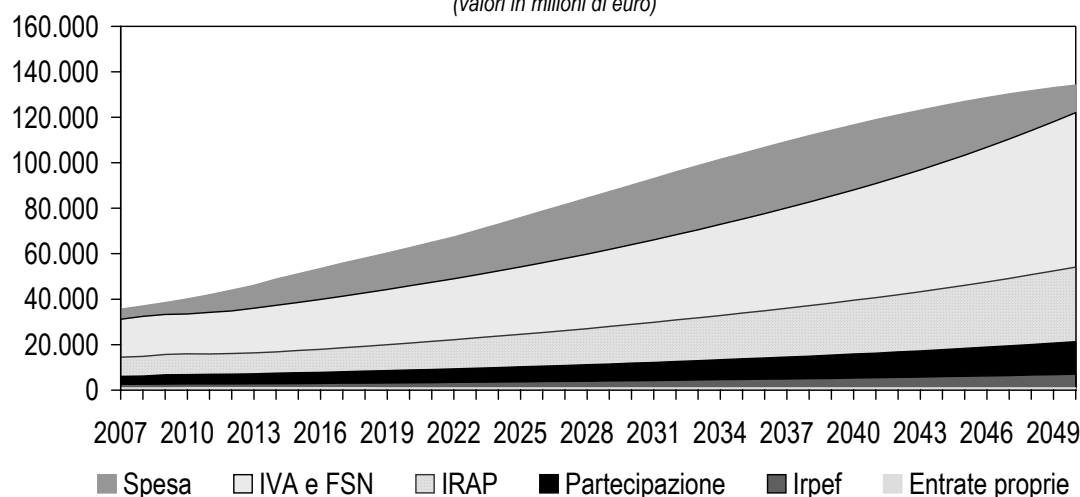


Grafico 2 - Previsioni del finanziamento del SSN e della spesa sanitaria (2007-2050)**REGIONI CON PIANI DI RIENTRO***(valori in milioni di euro)***Tavola 1 – Risultati di esercizio regionali***(valori in miliardi di euro)*

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Regioni con PdR	-6,5	-12,6	-16,8	-21,7	-26,2	-29,0	-28,6	-23,5	-12,1
Regioni senza PdR	-7,4	-18,1	-24,8	-32,5	-39,2	-42,1	-37,8	-23,0	6,4
Italia	-13,9	-30,7	-41,6	-54,2	-65,3	-71,1	-66,4	-46,5	-5,8

Fonte: Elaborazioni Cer su dati vari

Il risultato a livello nazionale riflette la dinamica del finanziamento riservata ai LEA, stimata fino al 2011 sulla base della legislazione vigente e in seguito ipotizzata in linea con il Pil, e la dinamica stimata dei costi sanitari. Le differenze regionali riflettono, a loro volta, le differenti dinamiche demografiche, le cui stime evidenziano una riduzione della quota di popolazione sul totale per le regioni con Piani di rientro e una diversa ricomposizione per classi di età. Ciò si traduce, date le procedure di riparto regionale del finanziamento statale adottate nell'esercizio, in una ricomposizione del

fabbisogno sanitario complessivo “sfavorevole” per le regioni con Piani di rientro. Tale riduzione risulta essere solo parzialmente compensata dalla riduzione dei costi sanitari di queste regioni, con il risultato di una permanenza dei deficit anche al 2050, sebbene su livelli inferiori agli anni precedenti.

Un miglioramento dei saldi di bilancio potrebbe essere raggiunto attraverso una più efficiente attività di *procurement*. L’indagine condotta si è concentrata su definite voci di spesa, in particolare l’acquisto di beni, sanitari e non, e di servizi non sanitari, di manutenzione di immobili e apparecchiature e del cosiddetto godimento di beni di terzi. Sulla base dei consolidati regionali dei conti CE relativi al 2006 abbiamo condotto una prima esplorazione dei vantaggi potenzialmente conseguibili. Concentrandoci su definite voci di costo, l’acquisto di beni, sanitari e non, e di definiti servizi (quelli non sanitari, di manutenzione di immobili e apparecchiature e relativi al godimento di beni di terzi), astraendo da considerazioni sui volumi e qualità, per l’indisponibilità dei dati relativi, e sulle specificità organizzative regionali, abbiamo provato a stimare i vantaggi che le regioni con i più alti costi per volume di attività (giornate di degenza) conseguirebbero se si posizionassero sui livelli medi nazionali.

A livello complessivo i costi considerati assommano nel 2006 a circa 17,8 miliardi di euro, pari al 16,8% di quelli complessivi. Nella tavola 2 abbiamo riportato i costi per giornata di degenza delle funzioni considerate nel 2006, distinguendo anche le Regioni che hanno aderito ai piani di rientro da quelle che non ne hanno sottoscritto.

I risultati ottenuti mostrano come i costi per l’acquisto dei servizi siano caratterizzati da una più elevata variabilità tra i due gruppi di regioni, rispetto a quella che si registra per l’acquisto di beni (cfr. la parte inferiore della tavola 2). Sebbene sarebbe necessario un maggiore approfondimento, in prima approssimazione ci sembra che tale differenza possa essere attribuita ad un maggior ricorso da parte delle strutture sanitarie agli acquisti centralizzati nel caso dei beni, rispetto a quanto si verifica per i servizi, con l’effetto di contenere per i primi i costi sostenuti e ridurre la variabilità tra le regioni. Nella stessa direzione agisce anche la maggiore eterogeneità dei servizi rispetto ai beni, che contribuisce a rendere più difficile nel loro caso l’azione di controllo sull’appropriatezza ed efficienza degli acquisti effettuati.

Tavola 2 - I costi regionali per l'acquisto di beni e servizi (2006)

	Valore unitario (euro/anno) (*)		
	Beni	Servizi	Totale
R. "senza" Piani di Rientro	242,7	158,7	401,4
R. "con" Piani di Rientro	234,5	183,4	417,9
Totale	240,4	165,6	406,0
	In percentuale del totale nazionale (Italia=100)		
	Beni	Servizi	Totale
R. "senza" Piani di Rientro	101,0	95,8	98,9
R. "con" Piani di Rientro	97,5	110,8	102,9
Totale	100,0	100,0	100,0

(*) Valore unitario per giornata di ricovero

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Ministero della salute

La tavola 3 riporta i risparmi che le ripartizioni territoriali considerate conseguirebbero se ciascuna regione riuscisse a collocarsi sul costo medio nazionale. Risulterebbero nel complesso circa 1,4 miliardi di euro di risparmio potenziale. Il risparmio potenziale a disposizione delle Regioni senza Piani di Rientro deriverebbe principalmente da una razionalizzazione degli acquisti di beni (che consentirebbe di guadagnare il 71% dei risparmi potenziali complessivi per tale gruppo); viceversa per le Regioni con Piani di rientro il risparmio deriverebbe quasi completamente dagli acquisti dei servizi considerati (l'83,6% di quelli complessivi). Considerando i risultati pro-capite, i risparmi potenziali disponibili nelle Regioni "con" piani di rientro risultano superiori a quelli delle altre (+45%).

Tavola 3 - I risparmi potenziali

(valori in milioni di euro)

	Acquisto di beni			Acquisto di servizi				Risparmi potenziali totali	Risparmi pro-capite (euro)
	Sanitari	Non sanitari	Totale	Non sanitari	Manutenzione	Godimento beni terzi	Totale		
R. "senza" Piani di Rientro	470,33	94,729	565,06	121,7	57,1	53,0	231,8	796,8	20,2
R. "con" Piani di Rientro	92,5	0,4	92,9	358,7	15,5	98,7	472,8	565,7	29,2
Totale	562,9	95,1	658,0	480,4	72,5	151,7	704,6	1.362,6	23,2

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Ministero della salute

Abbiamo quindi messo a confronto i risparmi potenziali con i risultati di bilancio regionali, ricavati dai conti CE utilizzati¹ (che differiscono da quelli presentati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze²). I saldi potenziali riportati nella tavola 4 sono quelli che risulterebbero ove i risparmi calcolati fossero effettivamente conseguiti.

Tavola 4 – Effetti sul risultato di esercizio

(valori in milioni di euro)

	Risparmi (a)	Saldo di esercizio 2006 (b)	Saldo di esercizio 2006 potenziale (c)=(a)-(b)
R. "senza" Piani di Rientro	796,8	-957,0	-160,2
R. "con" Piani di Rientro	565,7	-3.800,9	-3.235,2
Totale	1.362,6	-4.757,9	-3.395,3

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Ministero della salute

Tavola 5 – Gli effetti dei risparmi di spesa sui risultati di esercizio regionali

(valori in miliardi di euro)

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Regioni con PdR	0,6	0,8	1,0	1,2	1,4	1,7	1,9	2,1	2,2
Regioni senza PdR	0,9	1,1	1,4	1,7	2,0	2,3	2,6	2,8	3,0
Italia	1,5	1,9	2,4	2,9	3,4	4,0	4,5	4,9	5,2

Fonte: Elaborazioni Cer su dati vari

Mantenendo costante l'incidenza dei risparmi sui costi complessivi stimata per il 2006, abbiamo provato a simulare i miglioramenti dei bilanci sanitari nel lungo periodo, i cui risultati sono riportati nella tavola 5.

¹ Tra i ricavi abbiamo incluso oltre al totale del valore della produzione (che nei conti CE corrisponde alla voce A9999) anche gli interessi attivi, i proventi finanziari e quelli straordinari. I costi complessivi comprendono quelli sostenuti per la mobilità sanitaria interregionale.

² Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione generale sulla situazione economica del Paese (2007)*, Roma, 2008 e Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione generale sulla situazione economica del Paese (2008)*, Roma, 2009.

La sfida che le Regioni devono raccogliere è costituita dalla definizione di politiche sanitarie “dinamicamente efficienti”, che in un’ottica di lungo periodo considerino le relazioni esistenti tra le diverse componenti della spesa sanitaria e tra queste e l’intero sistema economico, e portino a realizzare interventi che garantiscano una maggiore efficienza del sistema di cure del SSN (e per tale via un contenimento della dinamica dei costi) senza pregiudicare la qualità e l’efficacia dell’assistenza offerta.

Nell’ambito di tale impostazione e sulla scorta della metodologia già sviluppata in un recente studio, il CER ha stimato i benefici economici diretti ed indiretti che un adeguato e appropriato utilizzo dei farmaci apporta, in termini di contenimento della spesa per altre forme di assistenza, sanitaria e non, e di maggiore partecipazione all’attività economica (mediante una riduzione delle giornate di assenza dal lavoro).

La stima ha considerato le patologie più significative per le conseguenze che hanno sui tassi di mortalità e disabilità complessivi, vale a dire le malattie cardio-vascolari, le affezioni delle vie respiratorie (in particolare, la bronchite cronica e l’asma), le malattie neuro-degenerative e i disturbi psichici.

I maggiori costi che le Regioni sosterebbero in assenza di adeguate terapie sono stati quindi stimati utilizzando i risultati di specifici studi riferiti ad esperienze di assistenza del nostro paese, riproporzionando i risultati (e integrandoli con dati delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO), per i costi dell’assistenza ospedaliera e di spesa farmaceutica), sulla base delle condizioni demografiche ed epidemiologiche regionali, ricavate dall’indagine MULTISCOPO dell’Istat più recente disponibile (relativa al 2005).

I benefici stimati, aggregati per ripartizione geografica, sono riportati nella successiva tavola 6.

Tavola 6 - Riepilogo dei maggiori costi evitati grazie alla disponibilità di farmaci per area geografica*(Milioni di euro)*

	Cardiovascolari	Bronchite cronica e asma	Depressione - Alzheimer	Totale	Risparmi potenziali sui costi totali (in %)
Totale costi sanitari evitati					
Italia Nord-Occidentale	1.139,4	127,7	623,5	1.890,6	32,1
Italia Nord-Orientale	837,5	86,0	445,5	1.369,1	32,1
Italia Centrale	753,1	79,8	509,2	1.342,2	33,0
Italia Meridionale	781,7	95,4	427,0	1.304,1	32,1
Italia Insulare	416,4	44,8	249,6	710,8	32,5
ITALIA	3.928,1	433,7	2.254,9	6.616,8	32,3
Totale costi non sanitari evitati					
Italia Nord-Occidentale	1.169,8	35,5	234,1	1.439,4	30,6
Italia Nord-Orientale	859,9	23,9	173,0	1.056,8	30,5
Italia Centrale	773,2	22,2	215,4	1.010,9	27,2
Italia Meridionale	802,6	26,5	191,5	1.020,6	28,8
Italia Insulare	427,5	12,5	90,2	530,2	30,0
ITALIA	4.033,0	120,6	904,2	5.057,8	29,4
Totale costi evitati					
Italia Nord-Occidentale	2.309,2	163,2	857,6	3.330,0	31,5
Italia Nord-Orientale	1.697,4	110,0	618,5	2.425,9	31,4
Italia Centrale	1.526,4	102,0	724,6	2.353,0	30,2
Italia Meridionale	1.584,3	121,9	618,5	2.324,7	30,6
Italia Insulare	843,9	57,3	339,8	1.241,0	31,4
ITALIA	7.961,1	554,3	3.159,1	11.674,6	31,0

Fonte: Nostre elaborazioni su dati vari

Nel complesso è possibile osservare un beneficio in termini di mancati costi diretti e indiretti di quasi 12 miliardi di euro annui, di cui il 56,7% di mancati costi sanitari. Il 68,2% dei minori costi complessivi è imputabile alle malattie cardiovascolari. Si tratta di un importo significativo, che sottostima i benefici potenziali, per la mancata e/o parziale considerazione di quelli associati a patologie di cui non si dispone di dati certi e riferiti al contesto italiano.

A livello regionale, i benefici resi disponibili dall'utilizzo dei farmaci si distribuiscono secondo le stime riportate nella tavola 7: la Lombardia è la regione che beneficia, in percentuale del totale, dei risparmi più consistenti, seguita dal Veneto e dal Lazio.

Tavola 7 - Spesa farmaceutica pubblica lorda per le patologie considerate e costi evitati grazie alla disponibilità di farmaci per regione

(milioni di euro)

	Spesa farmaceutica pubblica lorda (*)	Costi sanitari evitati	Costi non sanitari evitati	Costi totali evitati
Piemonte e Valle d'Aosta	466,8	544,7	395,5	940,2
Lombardia	923,2	1.109,6	863,2	1.972,8
Trentino Alto Adige	80,5	97,3	83,0	180,3
Veneto	464,9	586,9	449,0	1.035,9
Friuli Venezia Giulia	127,5	154,1	126,5	280,6
Liguria	196,9	236,4	180,6	417,0
Emilia Romagna	447,6	530,8	398,3	929,1
Toscana	368,8	430,8	343,5	774,2
Umbria	92,4	128,7	98,3	226,9
Marche	166,0	196,6	140,2	336,8
Lazio	661,6	586,1	429,0	1.015,1
Abruzzo	145,2	137,7	109,4	247,1
Molise	34,1	35,0	30,8	65,8
Campania	605,2	490,6	403,6	894,2
Puglia	455,9	377,0	268,0	644,9
Basilicata	60,5	57,0	51,4	108,4
Calabria	228,7	206,8	157,4	364,2
Sicilia	571,5	521,6	398,0	919,6
Sardegna	185,0	189,2	132,2	321,4
ITALIA	6.282,4	6.616,8	5.057,8	11.674,6

(*) La spesa è relativa ai farmaci utilizzati per le patologie cardiovascolari e respiratorie, la depressione e l'Alzheimer

Fonte: Nostre elaborazioni su dati vari

In conclusione, la prospettiva indagata permette di comprendere come la spesa farmaceutica contribuisca alla sostenibilità economico-finanziaria del SSN, evitando al contempo possibilità di razionamento della domanda di assistenza, i cui effetti colpirebbero la parte meno abbiente della popolazione.