

# Il Sistema Sanitario in controtuce

Rapporto 2010

La sanità come motore di sviluppo in tempi di crisi

Ricerca curata da  
*Fondazione Censis*  
*Cergas-Bocconi*  
*Cer-Nib*  
su progetto  
*Fondazione*  
*Farmafactoring*



FONDAZIONE  
FARMAFACTORING

**FARMAFACTORING** SPA



FONDAZIONE  
FARMAFACTURING

**FARMAFACTURING** SPA

# **IL SISTEMA SANITARIO IN CONTROLUCE RAPPORTO 2010**

LA SANITÀ COME MOTORE DI CRESCITA DELL'ECONOMIA.  
MACRO DETERMINANTI  
E MICRO COMPORTAMENTI

## **SINTESI**

RESIDENZA DI RIPETTA  
ROMA, 20 MAGGIO 2010



# INDICE

## LA SANITÀ COME MOTORE DI CRESCITA DELL'ECONOMIA

<b>Introduzione</b>	<b>2</b>
<b>1. Gli aspetti macro della spesa sanitaria sulla crescita dell'economia</b>	<b>5</b>
1.1. I temi dell'indagine	
1.2. La spesa sanitaria come spesa per investimenti: gli effetti sul sistema economico	
1.3. Evidenze empiriche per l'Italia	
1.4. Gli scenari di spesa in Italia per il periodo 2010-2012	
<b>2. La misurazione delle performance come strumento per indurre sviluppo sociale, economico e sanitario</b>	<b>15</b>
2.1. I temi dell'indagine	
2.2. Metodologia	
2.3. I principali risultati	
2.4. Conclusioni	
<b>3. Sviluppo economico e spesa sanitaria: il punto di vista dei direttori generali delle aziende sanitarie</b>	<b>26</b>
3.1. I temi dell'indagine	
3.2. La sanità conta sempre più nell'economia locale	
3.3. Quali idee perché la sanità sia motore di nuovo benessere	
3.4. Il monitoraggio delle attività delle aziende sanitarie	

## Introduzione

Esistono diversi motivi per ritenere che la spesa sanitaria possa rappresentare un ottimo volano per la crescita di un paese, nel breve come nel lungo periodo.

Un buono stato di salute aumenta il tempo disponibile per lavoro e aumenta la produttività. Inoltre, un migliore stato di salute, aumentando le aspettative di vita, permette di raggiungere a livello aggregato livelli di istruzione della popolazione più elevati, facendo così aumentare lo stock di capitale umano. Va poi considerato il ruolo fondamentale della spesa in ricerca e sviluppo, e come tale settore rappresenti un formidabile volano per l'intera economia oltre ad avere un forte impatto sull'offerta di lavoro.

Inoltre, nel breve periodo ed in particolari regioni, la spesa sanitaria può essere considerata un importante strumento di stabilizzazione del reddito e di opportunità di lavoro, in quanto ad essa è legato un vasto indotto di piccole imprese, che spesso rappresentano una delle poche opportunità di lavoro nelle comunità locali.

Allo stesso tempo, tassi più elevati di crescita economica di una nazione o regione sono fondamentali in quanto permettono di avere maggiori risorse a disposizione per migliorare lo stato di salute della popolazione, innescando così un processo di crescita endogeno.

Sebbene tali argomenti fossero da tempo noti agli addetti ai lavori, e sebbene siano molti gli studi condotti in questo periodo che hanno permesso di avere una migliore comprensione del collegamento tra salute e sviluppo economico, guardare alla spesa sanitaria come spesa per investimenti e, quindi, come una delle principali determinanti della crescita di un paese, è una visione abbastanza recente che si è andata consolidando solo negli ultimi 10-15 anni a livello internazionale.<sup>1</sup> Inoltre, va considerato come tale visione risulti spesso estranea al pensiero di molti *policy makers*, che interpretano la spesa sanitaria per lo più come fonte di “spesa corrente” e quindi di deficit.

Relativamente all'Europa, il processo di convergenza macroeconomica a seguito della creazione della moneta unica ha ulteriormente esacerbato questo modo di pensare e si può dire che dai primi anni '90 il principale obiettivo dei *policy makers* sia stato quello di contenere tale spesa, più che di puntare ai suoi effetti benefici in termini di aumento della produttività, miglioramento del capitale umano e crescita del valore aggiunto.

Nelle pagine che seguono vengono riassunti i principali risultati del lavoro svolto dal Cer-Nib, dal Cergas-Bocconi e dalla Fondazione CENSIS, che cercano di offrire una visione multidisciplinare ed integrata delle relazioni che esistono tra spesa sanitaria, innovazione ed adozione delle tecnologie, stato di salute della popolazione, crescita economica e benessere.

Questi aspetti sono stati analizzati utilizzando due diversi canali:

1. quello delle aziende sanitarie e/o delle aziende ospedaliere;
2. quello dei singoli *decision makers* all'interno delle aziende;

---

<sup>1</sup> Una recente rassegna dei principali studi sull'argomento è contenuta in Suhrcke *et Al.* (2005).

e attraverso questi canali si è cercato di capire se e fino a che punto il loro modello culturale e la struttura di incentivi, impliciti ed espliciti, con la quale giornalmente si confrontano, è tale da fargli intendere la spesa sanitaria come una spesa per investimento.

Relativamente agli aspetti più macroeconomici, da un'attenta analisi econometrica è stato misurato l'impatto che la spesa sanitaria pubblica ha avuto in passato e potrebbe avere in futuro sul livello del PIL dell'Italia. Le stime ottenute indicano una elasticità di lungo periodo pari a 0,26. Ciò vuol dire che se aumenta di un punto percentuale la spesa sanitaria in termini reali, il PIL cresce di 0,26 punti percentuali, un valore peraltro in linea con quelli già trovati in altri paesi del gruppo OCSE.

Inoltre, nel caso di pazienti affetti da patologie croniche viene mostrato come l'utilizzo dei servizi sanitari (farmaci nel caso in questione) e la qualità del sistema sanitario regionale nel suo complesso possano essere dei validi strumenti per intervenire sulla riduzione del numero di giornate perse al lavoro per malattia. Nel caso particolare dell'utilizzo di farmaci, le stime econometriche hanno mostrato che se si riuscisse a ridurre del 10% il numero dei pazienti cronici (limitatamente a quelli che soffrono di problemi cardiovascolari, respiratori, psichici e neurodegenerativi) che ammettono di non seguire un trattamento farmacologico, si potrebbe ottenere una riduzione dei costi per il sistema economico di oltre 150 milioni di euro all'anno.

Spostandosi, invece, sull'analisi a livello di aziende sanitarie e di aziende ospedaliere, si è riusciti a dimostrare come i livelli decisionali regionali riescano, attraverso i meccanismi di misurazione delle *performance* e di responsabilizzazione sui risultati aziendali, ad orientare i comportamenti delle aziende sanitarie per indurre sviluppo sociale, sanitario ed economico. Infatti, a livello locale il sistema sanitario rappresenta un vasto intreccio di attività produttive che vanno ben oltre gli ospedali, le aziende sanitarie, i dottori e le farmacie. Basti infatti pensare a tutto l'indotto che si crea intorno al sistema sanitario nella fornitura di beni e servizi strumentali al funzionamento dello stesso. Quello che in letteratura viene etichettato come "l'industria della salute" comprende un sistema complesso di aree fortemente interconnesse tra di loro.

Altro importante spunto di riflessione è quanto emerso dall'analisi dei punti di vista dei Direttori generali di Aziende ospedaliere e sanitarie locali, raccolti attraverso la somministrazione di questionari, in merito al rapporto tra sanità ed economia, ed al rapporto tra l'attività dell'Azienda sanitaria, di cui sono responsabili, e l'economia del territorio in cui l'azienda è situata.

Un punto questo di grande rilievo perché il gruppo di Direttori generali intervistati, appartenenti in netta maggioranza ad Asl ed Aziende ospedaliere del Centro-Nord, ritiene che per ampliare l'impatto della sanità sull'economia e per massimizzare il potenziale economico della spesa sanitaria, occorra attivare anche strategia di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse, e per poter contribuire positivamente all'economia occorre una maggiore attenzione a tale impatto in fase di programmazione economica e di allocazione delle risorse.

Comunque, già oggi, secondo gli intervistati, la sanità è una componente fondamentale delle economie locali, visto che in molti dei territori analizzati rappresenta una delle principali fonti di occupazione e reddito, e le Aziende sanitarie sono coinvolte, spesso per loro volontà, in contesti istituzionali e sociali di confronto

e iniziativa proprio sul rapporto tra le attività della sanità e i percorsi di crescita delle realtà locali.

Certo, i Direttori generali intervistati sono anche critici circa la capacità manageriale di chi gestisce la committenza pubblica, che deve necessariamente essere innalzata, e sono convinti che molto si potrebbe fare se le imprese operanti nella filiera della salute investissero di più, puntando a diventare più competitive e innovative; tuttavia, ritengono prioritario innalzare ulteriormente tra i soggetti locali la consapevolezza sul contributo che la sanità è in grado di dare al rilancio post crisi, delineando ciò che sarebbe opportuno fare per rendere effettive queste sue potenzialità pro crescita.

Il risultato forte che emerge dalla lettura di questi risultati è che, pur essendoci elementi validi per comprendere che il “sistema sanità” rappresenta un valido volano per la crescita economica, tale visione risulta essere ancora sostanzialmente estranea al pensiero di molti *decision makers* e *policy makers*, che per motivi vari continuano ad interpretare la spesa sanitaria più come “spesa corrente” (e quindi causa di potenziali deficit) che come spesa per investimento capace di generare sviluppo economico. Tutto ciò lo si evince facilmente confrontando i dati delle stime econometriche sul ruolo che la spesa sanitaria ha sul PIL con il sistema di azioni e comportamenti messi in atto a livello delle singole regioni e, più in basso, nei singoli territori; anche a dispetto spesso dell’impegno profuso da tanti Direttori generali di strutture sanitarie nel rendere più evidente il nesso sanità-crescita economica.

# 1. Gli aspetti “macro” della spesa sanitaria sulla crescita economica

## 1.1 I temi dell’indagine

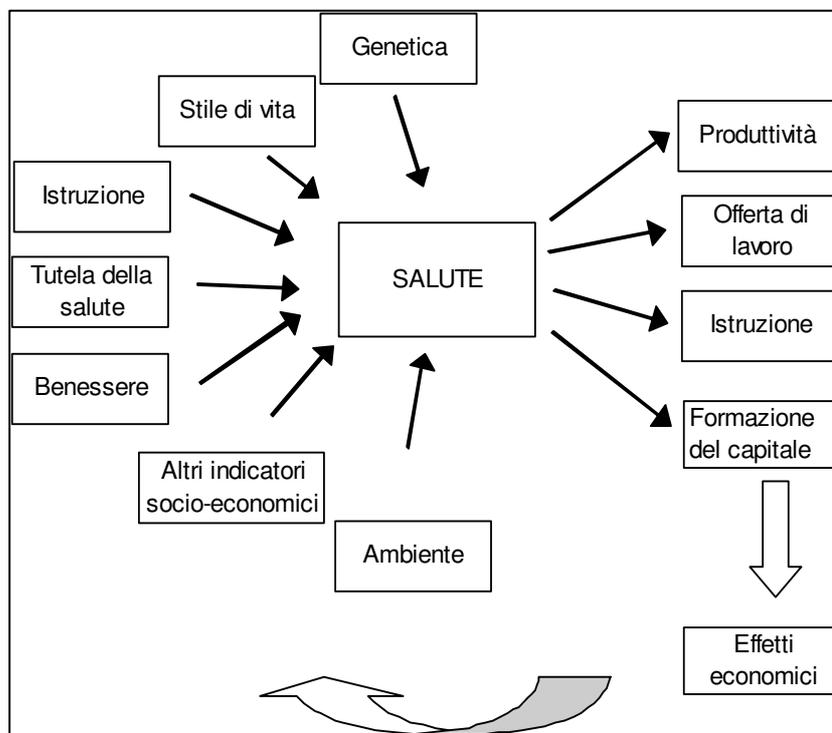
Il primo lavoro che a livello internazionale ha cercato di analizzare su basi scientifiche la relazione tra investimento in salute e crescita economica è il rapporto della *World Health Organization* (WHO) pubblicato nel 1993. Sebbene basato unicamente su economie di paesi in via di sviluppo, uno dei principali risultati di quel lavoro era che maggiori investimenti in salute consentono la riduzione delle perdite della produzione imputabili alla malattia dei lavoratori, assicurano l’uso di risorse naturali precedentemente inaccessibili a causa della malattia, incrementano la partecipazione scolastica dei bambini e la loro capacità di apprendimento con benefici anche per le generazioni future e, infine, rendono disponibile risorse finanziarie altrimenti destinate al trattamento della malattia.

Facendo seguito a quell’esperienza, dopo oltre 10 anni, nel 2005 la DG per la salute e la tutela dei consumatori dell’Unione Europea ha pubblicato un rapporto dal titolo “Il contributo della salute all’economia europea”. Il risultato più importante di tale lavoro consiste nel riconoscere che gli investimenti in salute sono sicuramente una delle principali opzioni da seguire per i *policy makers* se vogliono garantire prospettive di crescita economica prolungata.

Questo importante risultato veniva posto all’attenzione dei *policy makers* dopo che nei principali paesi industrializzati negli ultimi 15 anni erano stati compiuti sforzi notevoli diretti a realizzare riforme sanitarie che riuscissero a contenere i costi, complice anche la realizzazione dell’Unione monetaria europea. Secondo la Direzione per la salute e la tutela dei consumatori dell’UE, in molti paesi il Ministero della salute è uno dei ministeri con minore potere di decisione, a cui viene riconosciuto un ruolo nel contenimento dei costi, ma non nel sostegno della crescita economica nazionale, attraverso l’adozione di politiche che migliorino lo stato di salute della popolazione.

Dalla pubblicazione del Rapporto dell’UE sono passati altri cinque anni, e se a livello di organizzazioni sovranazionali o di istituti di ricerca il ruolo della spesa sanitaria è visto sempre più come di forte impatto sulla crescita economica, a livello di singoli governi la visione che continua a dominare è quella di una voce di spesa corrente che va fortemente controllata. Basandosi su queste premesse, l’obiettivo di questa parte del Rapporto è quello di documentare, in modo quantitativo, e relativamente al caso italiano, il ruolo che la spesa in salute può avere sulla crescita del paese, utilizzando un approccio “macro” ed uno “micro”.

**Figura 1.1 - Le relazioni tra la salute ed il sistema economico**



*Fonte: Subrcke et al. (2005)*

## **1.2 La spesa sanitaria come spesa per investimenti: gli effetti sul sistema economico**

Varie analisi economiche suffragate da evidenze empiriche hanno dimostrato la significativa relazione positiva tra tutela della salute e crescita economica in tutti i sistemi economici. Da un punto di vista teorico il primo contributo utile ad evidenziare e chiarire questo aspetto è stato quello sulla formazione del capitale umano proposto da Becker (1964), che rilevava come l'investimento sulla singola persona in termini di istruzione, formazione e salute aumentasse la capacità produttiva del sistema. In un successivo studio Grossman (1972) considera la salute non solo un bene di consumo che rientra nella funzione di utilità dell'individuo, ma anche un bene capitale poiché consente la riduzione del numero di giorni di assenza dal lavoro per malattia. Alla domanda di salute – come bene di consumo e come bene capitale - gli individui fanno fronte con degli investimenti volti a mantenere o ad incrementare lo stock iniziale di salute che rischia altrimenti di deteriorarsi nel tempo.

La relazione salute e crescita economica è biunivoca. Da una parte infatti, maggiori livelli di ricchezza possono migliorare lo stato della salute mediante effetti diretti - garantendo condizioni materiali che hanno un impatto positivo sullo stato di salute e di sopravvivenza biologica - e indiretti – assicurando la partecipazione

sociale, la possibilità di controllare le circostanze della vita e la sensazione di sicurezza. Il modo migliore per capire quali siano i canali attraverso cui la salute incide sul sistema economico è quello di fare riferimento alla figura 1.1, in cui viene riportato uno schema inizialmente proposto da Bloom *et al.* (2004) e successivamente ripreso da Suhrcke *et al.* (2005). Quello che si nota chiaramente attraverso lo schema è la relazione di causalità simultanea tra salute e sviluppo economico. Inoltre, si evidenzia come lo stato di salute possa avere effetti sul sistema economico attraverso quattro distinti canali: livelli di produttività, offerta di lavoro, livelli di preparazione e di specializzazione, ottenibile attraverso maggiori livelli di istruzione e formazione professionale, e maggiori livelli di risparmio per permettere maggiori investimenti in capitale fisico e umano.

Sono innumerevoli i contributi esistenti in letteratura che hanno portato evidenze a favore della spesa sanitaria come *driver* della crescita. Qui di seguito vengono brevemente sintetizzati i principali contributi in tale direzione.

#### *Effetti di tipo macroeconomico*

Analisi condotte su serie storiche molto lunghe hanno dimostrato che l'attuale benessere delle economie avanzate può essere inteso come il risultato degli sviluppi conseguiti nel corso degli ultimi secoli anche relativamente alle condizioni di salute della popolazione. Tra questi, Fogel (1994) stima che i progressi combinati in termini di salute e alimentazione spiegano oltre il 50% della crescita del PIL pro-capite del Regno Unito nel periodo 1780-1980. Utilizzando dati simili Arora (2001) analizza gli effetti della salute sulla crescita in 10 paesi industrializzati nel corso di 100-125 anni. Secondo l'autore, miglioramenti nelle condizioni di salute, valutati in base all'aspettativa di vita alla nascita, a 5, 10, 15, 20 anni, e all'altezza in età adulta - che possono direttamente determinare incrementi nella produttività del lavoro e, indirettamente, promuovere investimenti in capitale fisico e umano - sono in grado di spiegare il 30-40% della crescita economica, alterandone pertanto in modo permanente il tasso di crescita.

Brinkley (2001) esaminando la relazione salute-crescita negli Stati Uniti conclude che la promozione della tutela della salute rappresenta una condizione determinante per uno sviluppo sostenibile. Tenendo conto del fatto che progressi nelle condizioni di salute sono in grado di spiegare accelerazioni della crescita economica nel corso di un lungo arco temporale, le analisi macroeconomiche hanno indagato sulla possibilità di analizzare differenze attuali nel benessere dei paesi come risultante dei differenziali nello stato di salute della popolazione.

Successivi studi basati su analisi *panel cross-country* hanno confermato il contributo positivo della salute nella crescita economica per cui un incremento di 5 anni nella aspettativa di vita determina un aumento dello 0.3-0.5% nel tasso di crescita annuo del PIL. Ciò rappresenta pertanto una importante spinta allo sviluppo se si considera che nel corso degli ultimi 25 anni, il tasso di crescita medio annuo del PIL mondiale è stato di appena il 2% (Barro, 1996, Zamora, 2000).

**Tabella 1.1. Principali contributi macroeconomici sugli effetti della salute sul benessere economico**

Autori	Indicatore crescita economica	Indicatore condizioni di salute	Paesi e periodo	Coefficiente
Knowles e Owen (1995)	Differenza logaritmica del PIL per occupato tra il 1985 e il 1960	Logaritmo di (80 anni meno l'aspettativa di vita alla nascita)	84 paesi, 1960-1985	0.381
Knowles e Owen (1997)	Differenza logaritmica del PIL per occupato tra il 1985 e il 1960	Logaritmo di (80 anni meno l'aspettativa di vita alla nascita)	77 paesi, 1960-1985	0.582-0.797
Rivera e Currais (1999a)	Differenza logaritmica del PIL per occupato tra il 1990 e il 1960	Logaritmo (quota della spesa sanitaria sul PIL)	Paesi OCSE, 1960-1990	0.22-0.33
Rivera e Currais (1999b)	Differenza logaritmica del PIL per occupato tra il 1990 e il 1960	Logaritmo (quota della spesa sanitaria sul PIL)	Paesi OCSE, 1960-1990	0.21-0.22
Bloom et al. (2001)	Tasso di crescita del PIL pro-capite	Logaritmo (aspettativa di vita alla nascita)	104 paesi, 1960-1990	0.04
Bhargava et al. (2001)	Tasso di crescita del PIL pro-capite	Logaritmo (tasso di sopravvivenza degli adulti)	73-92 paesi, 1965-1990	0.181-0.358
Heshmati (2001)	Differenza logaritmica del PIL per occupato tra il 1990 e il 1970	Logaritmo (spesa sanitaria pro-capite)	Paesi OCSE, 1970-1992	0.175
Webber (2002)	Tasso di crescita del PIL per occupato	Calorie pro-capite acquisite	46 paesi, 1960-1990	0.08-0.22
McDonald e Roberts (2002)	Logaritmo (PIL per occupato)	Logaritmo (80 anni meno l'aspettativa di vita alla nascita)	77 paesi, 1960-1989	0.12
Rivera e Currais (2003)	Differenza logaritmica del PIL per occupato tra il 2000 e il 1960	Logaritmo (quota della spesa sanitaria sul PIL)	Paesi OCSE, 1960-2000	0.18-0.26
Bloom et al. (2004)	Tasso di crescita del PIL pro-capite	Logaritmo (aspettativa di vita alla nascita)	104 paesi, 1960-1990	0.04
Jamison et al. (2004)	Logaritmo (PIL pro-capite)	Logaritmo (tasso di sopravvivenza degli adulti)	53 paesi, 1965-1990	0.50
Weil (2007)	Riduzione proporzionale nella varianza del logaritmo (PIL pro-capite)	Tasso di sopravvivenza degli adulti	92 paesi	0.099

Fonte: Hartwig (2009)

#### *Effetti di tipo microeconomico*

Gli studi microeconomici sugli effetti economici di adeguate politiche di salvaguardia della salute si concentrano sulla valutazione dei meccanismi attraverso cui la salute influenza l'economia, considerando altresì l'errore spesso riportato di auto-valutazione del proprio stato di salute ed il potenziale endogeno di salute. Tali meccanismi si riscontrano sul mercato del lavoro (effetti su salari, ricavi, monte ore lavorative, partecipazione alla forza lavoro, prepensionamento e offerta di lavoro di chi assiste i familiari malati), sull'istruzione (anche se principalmente nei paesi in via di sviluppo) e sul risparmio.

Numerosi studi hanno dimostrato la relazione positiva tra stato di salute e migliori *outcomes* nel mercato del lavoro. L'entità dell'incidenza differisce tra le analisi, anche in relazione alla metodologia adottata, ed il confronto tra realtà nazionali diverse è piuttosto delicato. Qui di seguito vengo riportati a titolo di esempio solo

alcuni dei principali risultati che emergono da una rassegna della letteratura internazionale.

#### *Effetti sui salari*

Contoyannis e Rice (2001) per il Regno Unito trovano che per gli uomini uno stato di salute psicologico critico riduce il salario orario, mentre per le donne una valutazione positiva del proprio stato di salute incrementa il salario orario. Risultati simili emergono dal Giappone dove Fukui e Iwato (2003) stimano per gli anni 1989, 1992 e 1995 una perdita dell'1% del totale dei guadagni per i lavoratori giapponesi determinata da condizioni di salute deteriorate. Lo studio condotto da Hansen (2000) e relativo alla Svezia mostra risultati simili a quelli ottenuti da Contoyannis e Rice (2001) per il Regno Unito, dove una riduzione della "salute psicologica" riduce il salario orario dei lavoratori, mentre la percezione di un buono stato di salute aumenta quello delle lavoratrici. Tale relazione è tanto più consistente per le lavoratrici full-time rispetto a quelle occupate a tempo parziale. Gambin (2005) presenta un interessante studio sui lavoratori di 24-64 anni di 14 stati europei nel periodo 1994-2001. Le differenze risultanti dai segni e dalla significatività tra paesi non consentono conclusioni generali e univoche per quanto concerne il contributo della salute sui livelli salariali. Tuttavia l'autore rileva che la relazione è più significativa per gli uomini rispetto alle donne e le differenze maggiori per sesso si registrano in Francia, Portogallo, Spagna e Regno Unito. I risultati sono comunque fortemente legati all'indicatore di salute considerato per cui risulta per esempio, che gli effetti delle malattie croniche o della disabilità sul salario sono invece più consistenti per le donne rispetto agli uomini.

#### *Effetti sull'offerta di lavoro*

L'impatto più evidente di uno stato carente di salute sull'offerta di lavoro è dato dall'assenteismo per motivi di salute. Nell'EU15, circa il 40% dei lavoratori dichiara di essere stato assente dal lavoro per motivi di salute almeno una volta negli ultimi 12 mesi (*European Commission e Eurostat* (2004)). Tali assenze rappresentano la perdita di 7.3 giorni lavorativi per lavoratore dell'UE per motivi di salute.

L'assenza per malattia ha un costo diretto pari ai benefici per malattia pagati ai lavoratori malati (quando previsti dalla legge) e indiretti in termini di perdita di produttività nei giorni di assenza dal lavoro. E' stato stimato che la perdita di produttività imputabile alle assenze per malattia nel solo Regno Unito e relativamente al 1994 ammonta ad oltre 11 miliardi di sterline. In Portogallo, nel 1993, il 5.5% dei giorni lavorativi nelle 2000 principali imprese del paese sono stati persi a causa di malattie o incidenti. In Belgio, sono stati pagati 2.8 miliardi di euro nel 1995 in assistenza per malattia o in contributi per incidenti lavorativi. Nel 1993, le erogazioni che sono state realizzate per far fronte all'assenza dal lavoro sono state di 30.6 miliardi di euro in Germania e di 15.8 in Olanda (di cui 3.9 miliardi in assegni per assenze da malattia e 11.9 per contributi alla disabilità). L'entità di questi costi è fortemente condizionata dal sistema di sicurezza sociale adottato nel paese.

Gli studi microeconomici che hanno stimato le conseguenze dello stato di salute sull'offerta di lavoro hanno considerato gli effetti in relazione alla partecipazione alla forza lavoro, al prepensionamento e all'offerta di lavoro da parte di coloro che accudiscono il malato. Sebbene esista una estesa letteratura, soprattutto relativa

all'esperienza statunitense, ma recentemente concernente anche l'Europa, che conferma ampiamente come miglioramenti nello stato di salute incrementino la probabilità di partecipare alla forza lavoro, i risultati dei diversi studi non sono per lo più confrontabili anche per il ricorso a indicatori di salute, modelli e tecniche di stima diversi tra loro.

#### *Effetti sull'istruzione*

La teoria del capitale umano evidenzia la relazione positiva tra il livello di istruzione del lavoratore e la sua produttività (e il salario percepito). Buone condizioni di salute promuovono le funzioni cognitive nel bambino e consentono minori assenze per malattie e minori uscite anticipate dalla scuola. Queste relazioni evidenti dal punto di vista teorico e supportate da studi empirici per i paesi in via di sviluppo, sono state l'oggetto di poche analisi relative alle economie avanzate.

Una vasta letteratura ha rilevato una significativa correlazione positiva tra la salute degli adulti e l'istruzione. La maggior parte di questi studi ha attribuito tale correlazione all'impatto dell'istruzione sulle condizioni di salute. In particolare, come sostenuto da Grossman (1972), si assume che l'istruzione incrementi l'efficienza nella produzione di salute (e di altri beni) e che persone più istruite tendono a scegliere livelli sempre più elevati di capitale in salute.

#### *Effetti sul tasso di risparmio*

E' ragionevole considerare che elevati livelli di risparmio sono legati ad aspettative di vita duratura e in salute. Il desiderio di pianificare e quindi risparmiare emerge quando l'individuo che raggiunge l'età della pensione ed esce dal mercato del lavoro presenta un tasso di mortalità sufficientemente basso. Pochi sono tuttavia i contributi empirici relativi ai paesi avanzati.

Smith (1999) per esempio analizza come le persone non tendano ad anticipare eventi relativi alla salute riducendo il consumo corrente o futuro, ma limitando i lasciti ereditari. In particolare, l'autore dimostra che negli Stati Uniti, le persone malate stimano meno probabile la possibilità di lasciare un'eredità di almeno 10.000 dollari rispetto a quelle sane. D'altra parte il risparmio può diminuire quando carenti condizioni di salute costringono all'uscita anticipata dal mercato del lavoro.

### **1.3 Evidenze empiriche per l'Italia**

#### *L'impatto macroeconomico della spesa sanitaria sul PIL*

La stragrande maggioranza dei lavori empirici che hanno cercato di misurare l'effetto che lo stato di salute di una popolazione (diversamente misurato) può avere sulla crescita economica possono essere ricondotti in tre filoni principali. Il primo è quello che comprende i casi studio di tipo storico e solitamente sono poco quantitativi. Il secondo comprende gli studi di tipo "micro" e si basa su analisi a livello di singolo individuo o di famiglia. Infine, la terza categoria è composta da quegli studi di natura tipicamente "macro" basati su dati aggregati per paesi. In quest'ultimo caso i dati possono essere analizzati sotto forma di lunghe serie storiche

per singolo paese o, in alternativa, come dati *cross-section* utilizzando la tecnica delle *Barro regressions*.

Nel caso specifico l'approccio seguito è stato quello "macro", basato su serie storiche lunghe (1860-2007) relative alla sola Italia e desunte da varie fonti raccolte da Atella, Francisci e Vecchi (2010). I dati di base disponibili riguardano il PIL, la spesa sanitaria pubblica e la speranza di vita alla nascita per l'intero periodo considerato. Sono state condotte diverse stime utilizzando tecniche diverse, che hanno comunque verificato la presenza di relazioni di cointegrazione tra le diverse variabili. Sono stati stimati due modelli uni-equazionali ed un modello VAR. Per quanto riguarda i modelli uni-equazionali, seguendo quanto già fatto in letteratura, la variabile dipendente presa in considerazione è il logaritmo del PIL, mentre le variabili di interesse utilizzate come repressori sono state la spesa sanitaria pubblica e la speranza di vita alla nascita rispettivamente, oltre ad una serie di variabili di controllo. Data la presenza di cointegrazione tra le serie in esame, il modello stimato è stato di tipo a correzione dell'errore (ECM).

In entrambi i casi l'elasticità di lungo periodo che ne è derivata è stata pari a 0,26, un valore molto simile a quello trovato in molti altri lavori condotti su dati a livello internazionale.

Per quanto riguarda invece il modello VAR, è stato stimato un modello con 3 equazioni dove il logaritmo del PIL, della spesa pubblica e della speranza di vita all'anno zero sono stati stimati congiuntamente, imponendo restrizioni di cointegrazione. Sono state quindi calcolate le *impulse response function* che hanno chiaramente mostrato come esista una chiara relazione di causalità dalla spesa sanitaria al PIL e dal livello della speranza di vita al PIL. In particolare, nel caso della spesa sanitaria uno *shock* pari ad una deviazione standard nella spesa sanitaria genera nel lungo periodo un aumento permanente del PIL pari ad oltre il 5%, mentre lo stesso shock sull'aspettativa di vita genera un aumento del PIL pari a circa l'8%.

#### *L'impatto microeconomico della spesa in salute sulle giornate di assenza dal lavoro*

La rassegna della letteratura ha dunque evidenziato come la valutazione degli effetti microeconomici della salute offra un ampio ventaglio di possibili indagini econometriche. Nel presente studio l'interesse è stato prevalentemente rivolto a valutare l'effetto della salute sul mercato del lavoro e su come il sistema sanitario possa essere in grado di risolvere tale problema, utilizzando il *dataset* dell'indagine Multiscopo sullo stato di salute delle famiglie dell'ISTAT, per l'anno 2004-2005. Dalle informazioni contenute nel *dataset* è possibile capire il peso che queste patologie hanno sulla popolazione italiana: all'incirca il 24% della popolazione italiana si è dichiarata sofferente di almeno una patologia cronica, con le donne che rappresentano più della metà del totale (13,28% contro 10,69% degli uomini). Oltre l'11% della popolazione è affetta da problemi cardiovascolari, seguita dal 5,75% della popolazione affetta da disturbi psichici e dal 5,54% affetta da problemi respiratori.

In termini di giornate di lavoro perse in un anno a causa delle patologie oggetto di analisi del presente rapporto, la patologia che genera il numero maggiore di assenze dal lavoro è quella cardio-vascolare, con oltre 13 milioni di giornate di lavoro perse, seguita dalle malattie psichiche e da quelle respiratorie, rispettivamente con circa 11 e 10 milioni di giornate perse. I tumori fanno registrare circa 3 milioni di

giornate perse, mentre per le malattie neuro-degenerative se ne contano circa 280.000 (principalmente per il fatto che queste malattie si manifestano in tarda età quando si esce dalla fase lavorativa).

In media, la popolazione tra 25 e 50 anni colpita da tali malattie croniche fa registrare il più alto valore medio come numero di assenze, che però diventano quasi 23 nel caso di individui di età compresa tra 40 e 50 anni affetti da tumore. Limitatamente alle sole fasce di persone di età compresa tra 25 e 65 anni, il valore medio di assenze in un anno è pari a circa 5,3 giornate.

In termini di costo per la collettività, per il periodo dal 2001 al 2009, il valore delle giornate di lavoro perse in un anno a causa delle malattie croniche studiate in questo rapporto, in termini nominali, è salito da 5,1 miliardi di euro a quasi 6,3 miliardi. L'analisi econometrica ha però dimostrato che coloro i quali, soffrendo di patologie croniche, erano in cura con farmaci nelle 4 settimane precedenti l'intervista hanno visto ridurre la probabilità di assenza dal lavoro ed il numero di giornate di assenza dal lavoro in modo considerevole. In particolare, nel caso dei lavoratori dipendenti l'utilizzo di terapia farmacologica non incide più di tanto sulla probabilità di assentarsi per malattia, ma riduce dello 0,26% il numero di giornate di assenza. In altri termini, un aumento dell'1% dei pazienti sottoposti a terapie farmacologiche (tra quelli affetti da patologie croniche) determina una riduzione di circa lo 0,25% del numero di giornate perse. Nel caso dei lavoratori autonomi l'effetto è significativo sia in termini di probabilità di assentarsi (-0,13%), che di numero di giornate perse (-0,16%). Volendo riportare in euro questi effetti è possibile dire che, a prezzi 2009, aumentare del 10% i pazienti trattati con terapia farmacologica (sia dipendenti che autonomi) permette di ridurre in media il costo per l'economia di circa 150 milioni di euro all'anno.

Come ulteriore prova per verificare il ruolo positivo della spesa sanitaria sulla riduzione delle giornate di assenza da lavoro, è stata inclusa nell'analisi anche un indicatore di qualità dei sistemi sanitari regionali. In questo caso, sebbene i segni e la significatività statistica fossero come suggerito dalla teoria, l'effetto sulla probabilità di assentarsi e sul numero di giornate perse rimane molto limitato.

#### **1.4 Gli scenari di spesa in Italia per il periodo 2010-2012**

Il recupero di maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni rimane fondamentale per riequilibrare i conti sanitari regionali, se non si vuole agire solo dal lato del reperimento di maggiori risorse, con il pericolo di portare la pressione fiscale su livelli difficilmente sostenibili, in particolare per quelle regioni che hanno già alzato le aliquote di loro competenza ai livelli massimi, o di porre eccessivi oneri sugli utenti dei servizi. I recenti dati disponibili mostrano come i Piani di rientro abbiano consentito di rallentare significativamente la dinamica dei costi sanitari e migliorare i risultati dei bilanci sanitari regionali, sebbene permangano significative difficoltà per alcune regioni.

Per ricavare utili indicazioni in tal senso abbiamo condotto opportuni esercizi di stima, in cui la dinamica stimata dei costi è stata messa a confronto con quella prevista delle risorse disponibili. La dinamica dei costi sanitari è stata simulata con l'ausilio del modello econometrico SANIMOD. Sono stati definiti, oltre ad uno

scenario tendenziale, due scenari di *policy*, in corrispondenza di diversi effetti dei Piani di Rientro sui costi. In particolare, per la stima dei costi nello scenario con Piani di rientro abbiamo utilizzato due diverse alternative. Una è quella prevista utilizzando le stime di risparmio degli attuali Piani di rientro, correggendo le stime tendenziali per i risparmi generati a partire dal 2006 (una sorta di effetto “annuncio”) e un miglioramento della capacità delle regioni di realizzare la razionalizzazione programmata dei servizi sanitari fino al 2009 (effetto “di apprendimento”), dopo il quale tale capacità rimane stazionaria.

Lo scenario di *policy* alternativo (definito “rinforzato”) è stato ottenuto correggendo ulteriormente i processi di contenimento dei costi, nell’ipotesi che i Piani di rientro riescano pienamente nell’obiettivo di contenimento dei costi (e quindi come se l’effetto “di apprendimento” continuasse). La stima delle risorse disponibili è ricavata sommando al finanziamento statale vigente, al netto delle poste che vanno a finanziare quelle attività non contabilizzate nei costi, le risorse regionali disponibili, ricostruite sulla base delle valutazioni ufficiali disponibili<sup>2</sup>.

I risultati sono presentati nella Tavola 1.2<sup>3</sup>. La stima tendenziale dei costi, così come si ricava dalla simulazione del modello, indica l’esistenza di fattori strutturali che porterebbero ad una crescita molto sostenuta nei prossimi anni, profondamente incompatibile con i livelli di finanziamento (colonna (e)). I risultati ottenuti con l’attuazione delle *policy* mostrano, invece, come i Piani di rientro entrati in vigore a partire dal 2006 consentono di contenere la dinamica della spesa, sebbene non in misura sufficiente a consentire il raggiungimento dell’equilibrio di bilancio (colonna (d)). Inoltre, le ipotesi adottate nella stima dei costi mostrano come uno dei nodi più importanti da scogliere sia proprio la ridefinizione dei Piani di rientro in scadenza nel 2009 (scenario “rinforzato”). Se tale ridefinizione portasse ad un ulteriore miglioramento della capacità delle regioni di procedere verso la razionalizzazione dei rispettivi servizi sanitari, il contenimento dei costi risulterebbe più sostenuto di quello stimato nel nostro esercizio.

---

<sup>2</sup> Oltre alle risorse già indicate (Tavola 2) abbiamo considerato anche le maggiori entrate derivanti dai *ticket* introdotti a partire dal 2007.

<sup>3</sup> I *deficit* effettivi riportati nella tavola sono ottenuti sulla base delle stime dei costi più recenti disponibili (relative al IV trimestre 2009) e dei ricavi quantificati fino al 2008 nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese per il 2008, diffusa a metà dello scorso anno. Eventuali rivisitazioni dei ricavi potrebbero portare ad una variazione dei valori riportati, in particolare per il biennio 2007-2008.

**Tavola 1.2 - Simulazione dei risultati di esercizio del SSN**

(miliardi di Euro)

Anni	Risorse disponibili(*)	Costi effettivi	Stime SANIMOD			Calcolo deficit			
			Scenario "con"	Scenario "con"	Scenario "senza"	Effettivi	"con" Piani Rientro rinforzati	"con" Piani Rientro	"senza" Piani Rientro
			Piani rientro rinforzati	Piani rientro	Piani rientro		(a-c)	(a-d)	(a-e)
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(a-b)				
2002	78,1	81,0	80,0	80,0	80,0	-2,9			
2003	81,4	83,7	84,7	84,7	84,7	-2,3			
2004	86,2	92,0	91,9	91,9	91,9	-5,8			
2005	92,9	98,6	99,5	99,5	99,5	-5,7			
2006	97,8	102,3	101,9	101,9	104,3	-4,5	-4,1	-4,1	-6,5
2007	102,8	105,6	105,4	105,4	110,6	-2,8	-2,6	-2,6	-7,8
2008	105,7	108,7	109,0	109,0	118,1	-3,0	-3,3	-3,3	-12,4
2009	107,5	110,8	110,7	110,7	123,8		-3,2	-3,2	-16,3
2010	110,0		111,0	111,0	127,9		-1,0	-1,0	-17,9
2011	112,4		113,2	115,1	135,8		-0,8	-2,7	-23,3
2012	115,9		117,1	119,8	144,1		-1,2	-3,9	-28,2

(\*) Fino al 2008, Ricavi SSN (RGSEP); 2009-2012, nostre stime (finanziamento statale e risorse regionali, comprensive maggiori entrate da ticket)

Fonte: stime Cer-Nib su dati RGS e SANIMOD.

## 2. La misurazione delle performance come strumento per indurre sviluppo sociale, economico e sanitario

### 2.1 I temi dell'indagine

La ricerca del CERGAS Bocconi ha lo scopo di indagare come i livelli regionali riescano, attraverso i meccanismi di misurazione delle performance e di responsabilizzazione sui risultati aziendali, a orientare i comportamenti delle aziende sanitarie per indurre sviluppo sociale, sanitario ed economico.

Attraverso la sanità, infatti, passa un ingente livello di risorse, che, quando opportunamente veicolate ed indirizzate, riescono a contribuire alla crescita del Paese. Nel corso degli anni, infatti, la spesa sanitaria è cresciuta (sia in termini assoluti che relativi) secondo un trend costante e stabile nella maggior parte dei paesi industrializzati (OECD, 2008; Barro, 1997). La crescita registrata è pari mediamente a circa il 9,5% del PIL per i paesi afferenti all'Unione Europea (OASI, 2008). Non è dunque sorprendente che tale settore di attività, che pesa per circa un decimo della ricchezza prodotta da ciascun paese europeo, abbia attirato tante attenzioni su di se, sia sul piano politico-legislativo che su quello amministrativo. Molti ricercatori hanno focalizzato l'attenzione sulle relazioni intercorrenti tra la quantità di spesa in sanità, sia pubblica che privata, la lunghezza della vita media dei cittadini e la performance economica complessiva del paese di riferimento, partendo dall'assunto fondamentale che il settore sanitario fosse uno tra i determinanti della salute della popolazione e dunque di una migliore performance del sistema-paese (Suhrcke, 2005; van Zon, 2001; Kelemlı Ozcan, 2000). Solo negli anni '90 si è raggiunta la consapevolezza da parte degli economisti, sia da un punto di vista macro- che micro-economico, di quanto fosse importante il contributo del sistema sanitario, e dell'enorme flusso di risorse economiche che attiva, per l'occupazione, la crescita, lo sviluppo e l'innovazione della regione in questione (Potratz, 2007).

E' utile sottolineare che il sistema sanitario abbraccia molto di più di ospedali, aziende sanitarie, dottori e farmacie; quello che in letteratura viene etichettata come "l'industria della salute" comprende un sistema complesso di aree fortemente interconnesse tra di loro. Il modello a "cipolla" elaborato dallo IAT (*Institut Arbeit und Technik*, Germania) è un tentativo di descrivere ed analizzare analiticamente tale settore e le sue correlazioni (Dülberg, 2002; von Bandemer, 1997). Il modello distingue principalmente tre macro-aree:

- Un'area *core*, composta da tutti gli erogatori di prestazioni di carattere prettamente sanitario e socio-sanitario (prevenzione, acuzie, riabilitazione, gestione delle cronicità, sia nel territorio che in ospedale, sicurezza sul luogo di lavoro, etc.). Tale area risponde alle finalità istituzionali prefissate da ciascuna delle aziende sanitarie sul territorio.
- Un'area di indotto diretto, composta dall'industria fornitrice di beni e di servizi. Tale abbraccia l'industria farmaceutica, *bio-tech*, dei dispositivi medici e di rifornimento di beni e di servizi in genere. Appartengono a quest'area anche le forme di cooperazione tra aziende sanitarie ed imprese.
- Un'ultima area periferica di filiera, che racchiude attività come il turismo sanitario, il *fitness*, il *wellness*, i consulti di tipo dietologico, e molti altri servizi connessi. Tale area è attivata direttamente dall'area *core*, quasi a completarla in

modo olistico, tuttavia l'oggetto delle prestazioni non ha un carattere necessariamente sanitario o socio-sanitario (si pensi, ad esempio, all'attività alberghiera per ospitare il turismo sanitario, oppure, più semplicemente, per i familiari che assistono il paziente quotidianamente sul luogo di cura, magari lontano dalla propria abitazione).

L'applicazione di tale modello in un'area particolare della Germania, la Northrhine-Westphalia, ha dimostrato come il 14% della forza lavoro della regione è occupato dall'industria della salute, il che corrisponde di gran lunga al settore con più occupazione sia in termini assoluti che relativi. Inoltre, gli ospedali, come anche altri erogatori di prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali, sono dei "grandi consumatori", nel senso che acquistano e consumano una vastissima gamma e quantità di beni e di servizi; si pensi ad esempio, oltre alle forniture di carattere medico, al cibo, all'energia, o alle manutenzioni infrastrutturali. È possibile, dunque, affermare che i sistemi sanitari non forniscono solamente aiuto in caso di malattia; questi sono parte di un sistema economico-sociale complessivo, all'interno del quale contribuiscono ad attuare considerevoli effetti distributivi e redistributivi, grazie alla loro complessa e dinamica catena del valore, interrelata fortemente con il resto dell'economia. Azionare il motore della sanità equivale ad azionare un'importantissima parte del sistema economico complessivo di ciascun paese, ed abbandonare definitivamente l'idea che l'ospedale (o il mondo sanitario) sia un'isola a se stante, separata dal resto dell'economia.

Alla luce di queste indicazioni, la ricerca mira a dare risposta alle seguenti aree tematiche:

1. Nella predisposizione degli indicatori di misurazione delle *performance*, quanto spazio danno, le diverse regioni, a parametri di *performance*:
  - a. sanitaria (es. miglioramento condizioni di salute), in termini di (i) offerta (dimensionamento, dotazione infrastrutturale), (ii) attività (volumi e tipologia di attività, consumo di prestazioni), profili di domanda, (iv) esito sostanziale, (v) esito percepito (livelli di soddisfazione);
  - b. di integrazione intraaziendale e interorganizzativa (es. integrazione socio-sanitaria, clima interno);
  - c. economico-finanziaria (es. contenimento dei disavanzi, rispetti dei tempi di pagamento);
  - d. di innovazione organizzativa, tecnologica e infrastrutturale (es. introduzione di nuove tecnologie).
2. Quanti di questi indicatori hanno impatto prevalentemente sull'area: *core*, dell'indotto diretto e periferica di filiera.

## 2.2 La metodologia

Dal punto di vista metodologico, è stato necessario individuare un criterio per definire quale set di indicatori analizzare per rispondere alle aree di indagine.

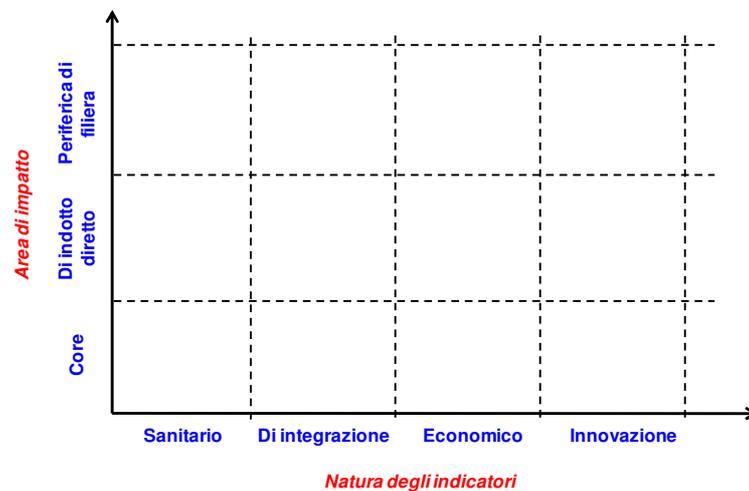
Al fine di recepire le indicazioni della letteratura e di indagare, tra le tante, le misure di performance che davvero sono in grado di orientare i comportamenti delle aziende che operano nel sistema, si è scelto di analizzare gli obiettivi di interesse regionale che ogni anno le regioni assegnano direttamente alle aziende, in genere

ancorandoli agli obiettivi dei direttori generali, al fine di guidarne l'operato ed avere a disposizione uno strumento di valutazione in merito ad una loro riconferma.

Si è scelto, pertanto, di indagare quattro regioni, particolarmente significative per le loro caratteristiche: Lombardia e Toscana, indicate di sovente come punti di riferimento per la sanità di eccellenza, eppure profondamente diverse in termini di impostazione dei rispettivi SSR; Lazio, caratterizzata dal più elevato livello di disavanzo procapite e sottoposta dal 2007 alla procedura del Piano di Rientro (PdR); Puglia, interessata da un incremento del livello di disavanzo sanitario e obbligata a predisporre appropriate misure di contenimento.

L'obiettivo principale della ricerca è dunque quello di *clusterizzare* i quattro profili regionali secondo le classificazioni proposte al punto 1 (indicatori sanitari, sociali, economici, di innovazione) e al punto 2 (impatto su area *core*, dell'indotto diretto e periferica di filiera), come rappresentato in Figura 2.1.

**Figura 2.1 Le dimensioni di analisi dei 4 casi regionali**



Chiaramente non esiste un mix ideale in termini di tipologia di sviluppo da indurre e numerosità delle aree di impatto dei sistemi di misurazione delle performance: da un lato, un'eccessiva focalizzazione del sistema rischia di non cogliere da un lato la multidimensionalità nell'operato delle aziende sanitarie e dall'altro la potenzialità del sistema come motore del cambiamento; dall'altro, un'eccessiva defocalizzazione del set di indicatori, rischia di essere controproducente, assegnando alle aziende sanitarie responsabilità che probabilmente competono ad altri livelli di governo e generando un rischio di *overload* dei sistemi di misurazione delle performance.

Si segnala un aspetto molto significativo: le regioni che sono sottoposte alla procedura del piano di rientro, non avviano processi sistematici di monitoraggio delle performance delle aziende.

Questo non vuol dire che l'azione delle aziende che operano in questi contesti non sia guidata dal livello regionale verso obiettivi condivisi, tuttavia quanto formalmente previsto dai piani di rientro, non è stato sistematicamente operazionalizzato e tradotto per le diverse realtà aziendali, al fine di agevolare la comprensione delle aree di risultato da presidiare e il livello di responsabilizzazione.

## 2.3 I principali risultati

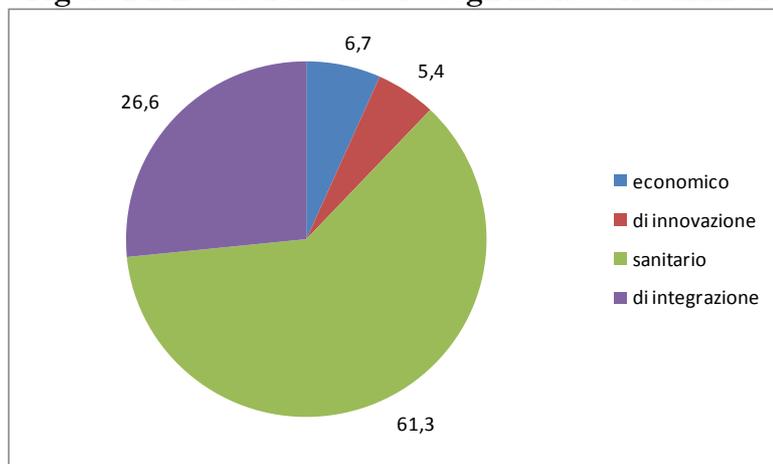
### *La regione Lombardia*

La regione Lombardia adotta un sistema di indicatori distinguendo tra obiettivi di Mandato, di Sviluppo e di Emergenza. Il monitoraggio degli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliere avviene due volte all'anno. L'eventuale erogazione di incentivi a seguito di prestazioni positive avviene successivamente alla chiusura del bilancio consuntivo del 2010.

Tra i 222 indicatori utilizzati, la maggior parte ha un focus sullo sviluppo sanitario. Quasi un terzo degli indicatori incide sulla dimensione sociale, mentre viene lasciato uno spazio molto limitato ad indicatori economici o in grado di indurre innovazione (Figura 2.2).

Tra gli indicatori di sviluppo sanitario si registra una prevalenza molto forte di indicatori destinati a misurare il grado di offerta. In secondo luogo, ma con una incidenza tre volte inferiore, si riscontrano indicatori di attività. Gli indicatori che riguardano il profilo di domanda e l'esito percepito sono residuali.

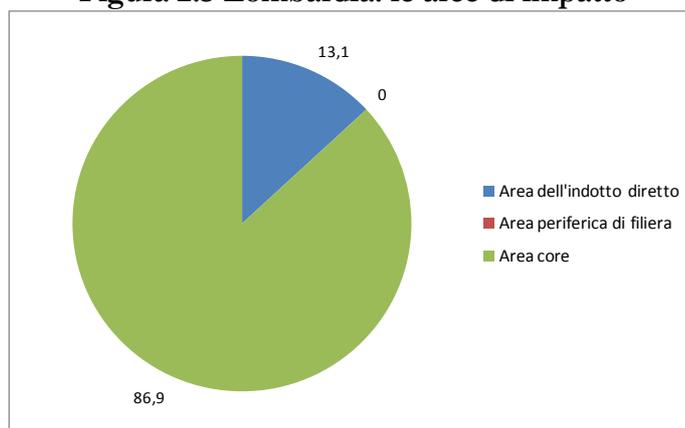
**Figura 2.2 Lombardia: natura degli indicatori utilizzati**



La grande maggioranza degli indicatori utilizzati ha un impatto sulle aziende sanitarie stesse e sull'area *core*. Una percentuale molto minore incide invece sull'area dell'indotto diretto, mentre sono assenti indicatori riferibili all'area periferica di filiera della salute.

Sull'area dell'indotto diretto agiscono una pluralità di indicatori, la maggior parte dei quali di natura economica e sanitaria. Gli indicatori che impattano sull'indotto si concentrano sulle seguenti aree di intervento: (i) razionalizzazione acquisti; (ii) progetto CRS-SISS; (iii) prevenzione negli ambienti di lavoro; (iv) sicurezza alimentare; (v) gestione della politica veterinaria; (vi) razionalizzazione degli acquisti (specialmente nell'area della farmaceutica e della protesica); (vii) *e-procurement*. (Figura 2.3)

**Figura 2.3 Lombardia: le aree di impatto**



Il sistema di performance è molto evoluto e vi è una ampia diffusione di indicatori quantitativi riferiti ad obiettivi generali e specifici. Si rileva, però, una scarsa attenzione per l'area periferica di filiera e i profili di domanda sono raramente considerati mentre gli esiti delle politiche sanitarie, sebbene rappresentati, necessiterebbero di una loro espansione, soprattutto per quanto riguarda l'esito percepito della *performance*.

#### *La regione Toscana*

La regione Toscana adotta un sistema di misurazione delle performance (bersaglio) strutturato su circa 240 indicatori, raggruppati in 6 classi (valutazione salute della popolazione; capacità perseguimento orientamenti regionali; valutazione sanitaria; valutazione esterna; valutazione interna; valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa) e finalizzato alla valutazione delle aziende e del management.

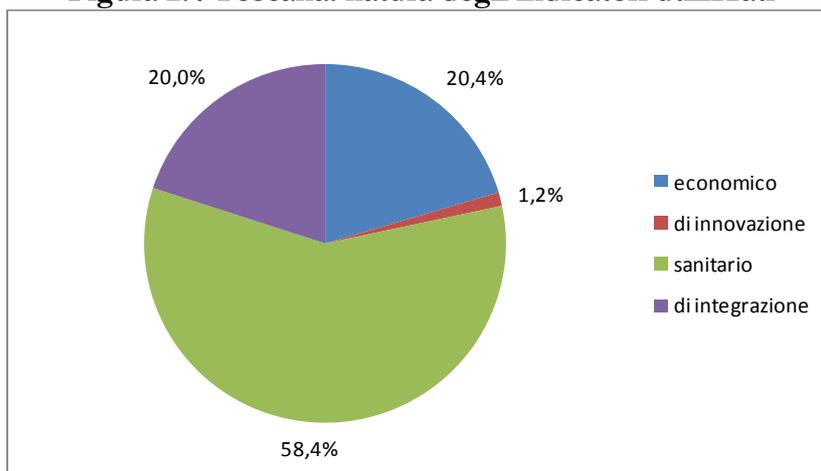
In termini di natura degli indicatori, si rileva che più della metà degli indicatori utilizzati ha un focus sulla dimensione sanitaria, mentre la restante parte si divide quasi equamente tra indicatori di tipo economico e indicatori di integrazione. Uno spazio davvero residuale viene lasciato agli indicatori che presidiano l'area dell'innovazione (Figura 2.4).

Tra gli indicatori sanitari si registra una prevalenza di quelli destinati a misurare l'andamento dell'attività (59,4%), ma si rileva una buona quota di indicatori finalizzati a rilevare l'esito generato dalle prestazioni sanitarie, inteso sia come condizioni di salute della popolazione (13,3%) sia come livello di soddisfazione percepito dagli utenti (7%).

Quanto alle aree di impatto (Figura 2.5), emerge che 1/5 degli indicatori è destinato a produrre i suoi effetti non solo sull'area strettamente sanitaria, ma anche su quella dell'indotto diretto e sull'area periferica di filiera.

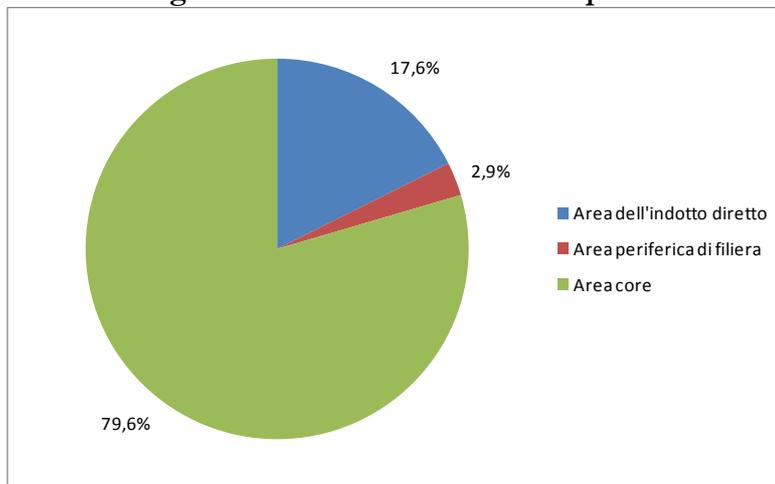
Tra gli indicatori che hanno impatto sull'area periferica di filiera, trovano posto indicatori di sanitari e di integrazione, tipicamente in grado di incidere sull'offerta di servizi *fitness*, *wellness* e sul recupero dalle dipendenze. Tra le misure che hanno impatto sull'area dell'indotto diretto agiscono una pluralità di indicatori:

**Figura 2.4 Toscana: natura degli indicatori utilizzati**



- Gli indicatori economici riguardano prevalentemente la gestione dei flussi finanziari, in termini di (i) riduzione dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori; (ii) indici di rilevanza e onerosità dell'indebitamento bancario;
- Gli indicatori di innovazione riguardano gli investimenti in tecnologia e infrastrutture;
- Gli indicatori a matrice sanitaria ed economico-sanitaria agiscono sulla leva della farmaceutica, in termini di vincoli alle tipologie di farmaci da prescrivere e avvio di sperimentazioni con i fornitori.

**Figura 2.5 Toscana: le aree di impatto**



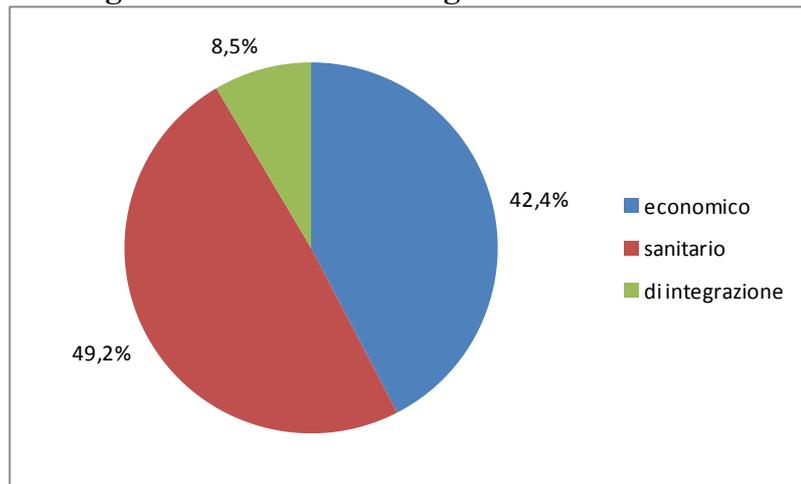
### *La regione Lazio*

La regione Lazio, in virtù degli elevati livelli di disavanzo sanitario, è stata obbligata, nel corso del 2007, a predisporre un piano di rientro. Gli sforzi della regione sono, pertanto focalizzati sul perseguimento degli obiettivi definiti nel PdR, validi in prima istanza per la regione stessa e ai quali tutte le aziende sanitarie

pubbliche sono obbligate ad attenersi, ai quali si affianca un meccanismo di rilevazione sistematica dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie a cura dell'agenzia sanitaria.

In termini di natura degli indicatori, si rileva che quasi la metà dei circa 60 indicatori utilizzati ha un focus sulla dimensione sanitaria, mentre una quota pari al 42,4% è di natura economica. Mancano indicatori di innovazione, mentre l'8,5% delle misure è dedicato a presidiare l'integrazione interaziendale (Figura 2.6).

**Figura 2.6 Lazio: natura degli indicatori utilizzati**

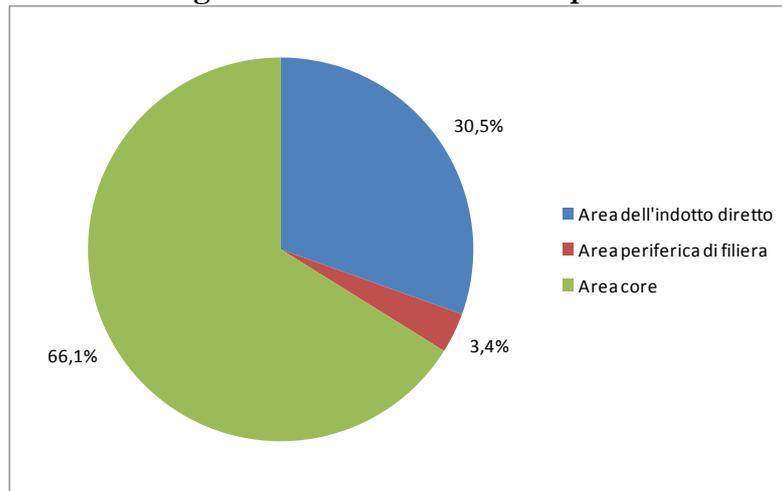


Tra gli indicatori sanitari, quasi la metà è destinata a presidiare e razionalizzare l'offerta di prestazioni sanitarie e il dimensionamento delle diverse strutture; più di 1/3 degli indicatori riguarda misure relative all'attività e più del 13% è finalizzata a presidiare l'esito sostanziale (in termini di stato di salute) prodotto dal SSR.

Passando ad indagare le aree di impatto, si rileva che più dei 2/3 degli indicatori utilizzati ha un impatto, oltre che sulle aziende sanitarie, stesse e sull'area *core*, sull'area dell'indotto diretto e sull'area periferica di filiera della salute (Figura 2.7).

Nello specifico, tra gli indicatori che agiscono sull'area dell'indotto diretto trovano posto un numero rilevante di indicatori finalizzati a contenere la spesa per l'approvvigionamento del SSR, soprattutto con riferimento ai farmaci e ai dispositivi clinici.

**Figura 2.7 Lazio: le aree di impatto**



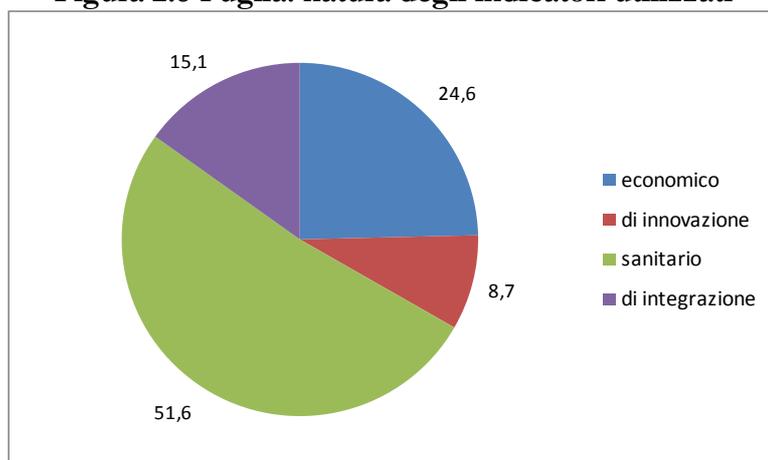
### *La regione Puglia*

La regione Puglia ha manifestato l'esistenza di un disavanzo strutturale più o meno costante a partire dal 2004 parallelamente al mancato rispetto del patto di stabilità per l'anno 2006. Ciò ha comportato l'esigenza di definire un piano per eliminare il disavanzo sanitario, articolato sui temi del contenimento della spesa farmaceutica; della riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, anche mediante attivazione di modelli alternativi di assistenza predisposti a garanzia del miglioramento dei livelli complessivi di appropriatezza del sistema e della riconversione dei piccoli ospedali e l'accorpamento di altri in strutture più moderne ed efficienti.

Se si analizza la natura degli oltre 120 indicatori proposti (Figura 2.8) la maggior parte di essi ha un focus sullo sviluppo sanitario, 1/4 incide sulla dimensione economica, mentre meno rilevanti sono gli indicatori di integrazione e, in percentuale ancora minore, in grado di indurre innovazione. Tra gli indicatori di sviluppo sanitario si registra una prevalenza di indicatori destinati a misurare le attività. Una discreta rilevanza hanno anche gli indicatori di offerta e di esito sostanziale. Hanno natura sostanziale gli indicatori riferibili all'esito percepito e ai profili di domanda.

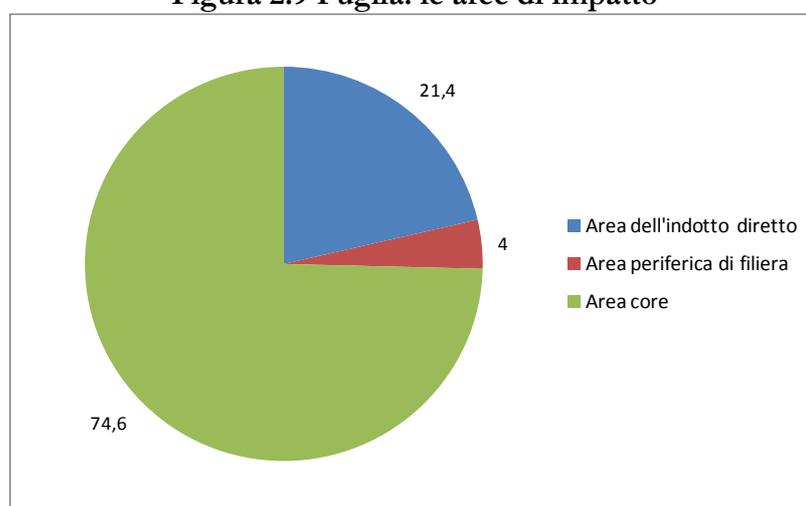
La grande maggioranza degli indicatori utilizzati (Figura 2.9) ha un impatto sulle aziende sanitarie stesse e sull'area *core*. Più di 1/5 degli indicatori influisce sull'area dell'indotto diretto. Sono presenti in misura residuale indicatori riferibili all'area periferica di filiera della salute.

**Figura 2.8 Puglia: natura degli indicatori utilizzati**



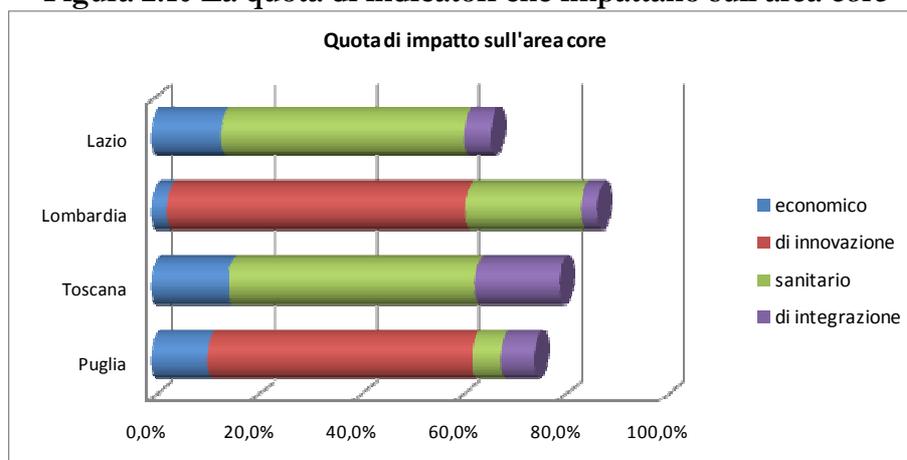
Tra gli indicatori che hanno impatto sull'area periferica di filiera, trovano posto indicatori di sviluppo sanitario e di integrazione sociosanitaria, tipicamente in grado di incidere sul grado di mobilità passiva e sul miglioramento delle prestazioni sanitarie relative alla tutela degli alimenti. Tra gli indicatori che hanno impatto sull'area dell'indotto diretto agiscono una pluralità di indicatori, la maggior parte dei quali agisce sull'area economica. In misura minore (circa la metà di quelli economici) si rilevano indicatori che impattano sull'area sanitaria e, in misura marginale, sociosanitaria.

**Figura 2.9 Puglia: le aree di impatto**



Il sistema di indicatori, sebbene ampio e ben sviluppato, non sempre è adeguatamente operazionalizzato rispetto agli obiettivi generali e specifici delle politiche sanitarie. Inoltre, viene poco presidiata la dimensione dell'innovazione.

**Figura 2.10 La quota di indicatori che impattano sull'area *core***



## 2.4 Conclusioni

Dall'analisi comparativa delle quattro realtà indagate emerge come Lombardia e Toscana, ovvero le regioni che presentano il SSR in equilibrio economico-finanziario, presentano la quota più elevata di indicatori finalizzati ad agire sull'area *core*. Si segnalano, però differenze particolarmente significative tra le due: la Lombardia punta di fatto quasi esclusivamente su indicatori di innovazione, mentre la Toscana su indicatori di natura sanitaria. Anche la regione Puglia fa frequente ricorso ad indicatori di innovazione per governare l'area *core*, ma sono quasi del tutto assenti quelli sanitari, che invece costituiscono il focus nella regione Lazio (Figura 2.10).

Passando ad analizzare come e quanto le quattro regioni agiscono sull'area dell'indotto diretto, emerge come la regione Lazio dedichi quasi un terzo degli indicatori e quasi tutti di natura economica per governare e razionalizzare il rapporto tra le aziende del SSR e i loro fornitori. Si tratta, come detto, di indicatori finalizzati prevalentemente al controllo della spesa, come pure avviene in Puglia. Diverso il caso di Lombardia e Toscana, che agiscono sull'indotto diretto attraverso indicatori di diversa natura e non solo per "bloccare" la spesa, ma anche per introdurre forme di partnership tra il *core* e l'indotto (Figura 2.11).

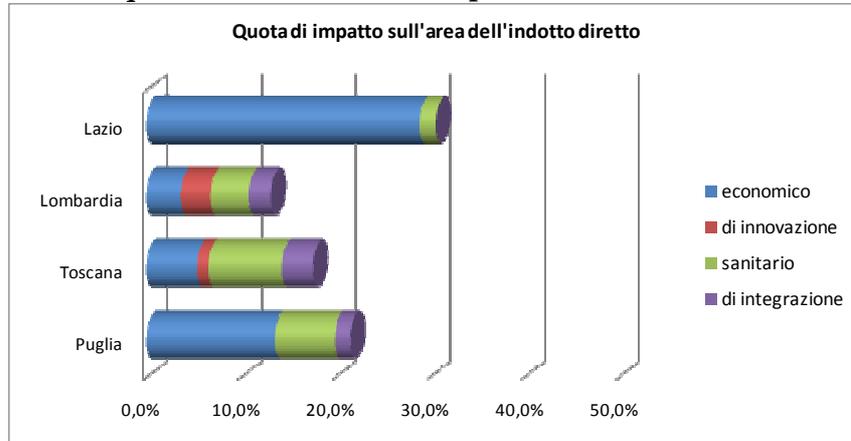
Infine, emerge come le regioni agiscano poco sull'area periferica di filiera: nel caso di Toscana e Puglia ciò avviene attraverso indicatori sanitari, volti a sviluppare l'area del *fitness*, del *wellness* e del benessere in generale, laddove la regione Lazio usa indicatori di integrazione finalizzati ad ottimizzare l'integrazione tra dimensione sanitaria e dimensione sociale, per il ricorso inappropriato a strutture ospedaliere da parte di anziani e disabili (Figura 2.12).

In sintesi, emergono quattro differenti linee di azione:

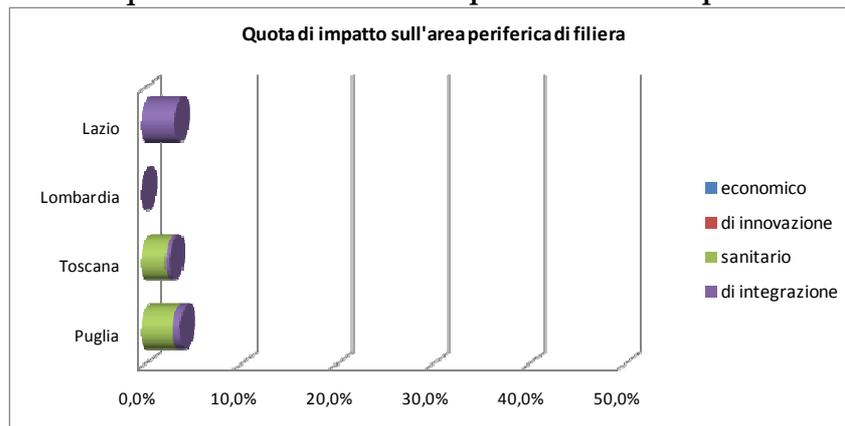
- La Lombardia presenta un sistema articolato, focalizzato sull'innovazione;
- La Toscana presenta un sistema articolato, a largo spettro;
- La Puglia presenta un sistema ampio, diviso tra indicatori economici e di innovazione;

- Il Lazio presenta un sistema selettivo con focus economico e impatto rilevante sull'indotto.

**Figura 2.11 La quota di indicatori che impattano sull'area dell'indotto diretto**



**Figura 2.12 La quota di indicatori che impattano sull'area periferica di filiera**



La sanità viene, dunque, utilizzata come leva per generare anche sviluppo economico e sociale oltre che sanitario nelle 4 regioni indagate? In Toscana e Lombardia gli indicatori di misurazione delle performance coprono prevalentemente l'area *core* e, attraverso questa, agiscono in maniera selettiva sull'indotto e sull'area periferica di filiera. Al contrario, in Puglia e Lazio il governo del sistema sanitario passa in misura rilevante attraverso indicatori di natura economica, che puntano ad una razionalizzazione della spesa, limitando il peso dell'indotto.

### **3. Sviluppo economico e spesa sanitaria: il punto di vista dei direttori generali delle aziende sanitarie**

#### **3.1. I temi dell'indagine**

Per il Rapporto Farmafactoring 2010 la Fondazione CENSIS ha realizzato un'indagine su un set di 60 Direttori generali (Dg) di Aziende sanitarie locali (Asl) e Aziende ospedaliere (Ao) attraverso la somministrazione di un questionario semistrutturato, che ha consentito di:

- valutare il punto di vista dei Dg relativamente al rapporto tra sanità ed economia sia in generale, sia più in specifico a livello locale, ed al rapporto tra l'attività dell'Azienda sanitaria, di cui sono responsabili, e l'economia del territorio in cui l'azienda è situata;
- analizzare diverse dimensioni dell'azione delle Aziende sanitarie, con riferimento al lavoro dei dirigenti, alla gestione delle risorse, alla propensione all'innovazione, sino ai rapporti con i diversi *stakeholders* che operano nelle sanità locali. Per gran parte di questi dati è stato anche possibile effettuare il confronto con i risultati emersi dall'analoga indagine realizzata nel 2009.

La recente crisi ed i propositi di riforma sanitaria, come quello dell'amministrazione americana guidata da Obama, hanno posto nuovamente all'attenzione generale il ruolo dei sistemi sanitari nei Paesi occidentali, non solo per i livelli di tutela che devono garantire, ma anche per l'impatto sulla realtà socioeconomica. La necessità di ampliare i livelli di tutela è stata motivata, infatti, oltre che con argomentazioni etiche, anche con il riferimento all'enorme positivo impatto che la sanità può esercitare sul sistema economico e l'occupazione.

La crisi, quindi, ha creato un contesto socioculturale ed anche politico nuovo per guardare alla sanità in modo diverso, come uno dei filoni di quella economia concreta, dai quali, superata la sbornia dell'iperstrattismo finanziario, è necessario ripartire per creare valore reale e per moltiplicare le opportunità di crescita e occupazionali di un Paese.

Prima di entrare nel merito dei risultati dell'indagine va però sottolineato come quasi tutti i 60 Direttori generali, che hanno scelto di partecipare all'indagine 2010 compilando il questionario, svolgono la propria funzione all'interno di strutture situate nelle regioni del Centro-Nord.

Infatti, solo un numero molto ridotto di Dg delle Aziende sanitarie del meridione ha dato il proprio contributo all'indagine. E questo è un primo, oggettivo, risultato dell'indagine, che segnala un diverso atteggiamento dei responsabili della sanità meridionale e di quelli delle regioni del Centro-Nord, rispetto alle attività di ricerca sociale ed alla messa a disposizione di dati e pareri che possono costituire un utile riferimento per strategie di miglioramento della sanità e, più concretamente, della stessa azione delle figure apicali. Sicuramente un'occasione persa rispetto ad un lavoro di ricerca che, mettendo in comparazione punti di vista e comportamenti di

tutto il Paese, può costituire un valore aggiunto per tutta la comunità, a cominciare da quella parte di essa che nel Servizio sanitario opera.

### **3.2. La sanità conta sempre più nell'economia locale**

Sul tema chiave dell'indagine 2010, la sanità come motore della crescita economica, emerge che, secondo il 55,8% dei Dg intervistati, che, come rilevato, sono in nettissima maggioranza responsabili di Aziende sanitarie del Centro-Nord, nel territorio in cui opera la propria struttura sanitaria non vi sono aziende con un fatturato uguale o superiore ad essa, e per il 58% non vi è altra azienda che garantisca, sempre nel territorio un livello analogo di occupazione (tav. 3.1).

In pratica, per più della metà dei Direttori generali intervistati (come rilevato, in nettissima maggioranza responsabili di Aziende sanitarie del Centro-Nord), l'Asl o l'Azienda ospedaliera è l'azienda più importante per fatturato e occupazione a livello locale. Vi è poi un ulteriore 35% circa di dirigenti intervistati che sottolinea come siano poche le aziende che nel territorio abbiano un fatturato analogo, mentre è il 30% a indicare l'esistenza di poche aziende territoriali con livelli occupazionali analoghi a quelli della propria struttura sanitaria. Dato questo che denota il peso economico che le Aziende sanitarie hanno sull'economia dei territori in cui si collocano e di cui sono una componente fondamentale per reddito e occupazione.

Peraltro, il 49% degli intervistati sottolinea che negli ultimi anni è cresciuto il peso del fatturato della propria struttura sul Prodotto interno lordo (PIL) del territorio di riferimento, mentre il 45% rileva che è cresciuta anche l'incidenza dell'occupazione sull'occupazione locale. In sintesi la sanità nell'economia locale conta molto e, col passare del tempo, tende a contare sempre di più, soprattutto in una fase di crisi che vede aziende di tanti settori in evidenti difficoltà, con processi di riduzione dei fatturati e degli occupati.

Analizzando i dati relativi al personale ed alle imprese fornitrici delle Aziende sanitarie dirette dagli intervistati emerge che:

- nel 52% dei casi il personale proviene in maggioranza dal territorio di appartenenza dell'azienda, nel 28% dal territorio provinciale e nel 18% da quello regionale, mentre è solo il 2% che ha personale proveniente da tutto il territorio nazionale;
- per le imprese fornitrici, invece, il 6,7% dei Direttori indica come territorio di appartenenza al massimo quello provinciale ed il 26,7% quello regionale, mentre il 51% indica quello nazionale ed il 6,7% ha imprese fornitrici appartenenti anche ad altri Paesi.

**Tav. 3.1 – Alcuni indicatori del rapporto tra le Aziende sanitarie e le economie locali**

---

49,1%	L'incidenza del fatturato dell'Azienda sanitaria sul PIL locale è aumentata negli ultimi anni
45,1%	L'incidenza dell'occupazione dell'Azienda sanitaria sull'occupazione locale è aumentata negli ultimi anni
55,8%	L'Azienda sanitaria è l'azienda con il fatturato più elevato nel proprio territorio
58,0%	L'Azienda sanitaria è l'azienda con il maggiore numero di addetti nel proprio territorio
52,0%	Gli addetti dell'Azienda sanitaria risiedono in maggioranza nel territorio di competenza dell'Azienda stessa
32,4%	Le imprese fornitrici dell'Azienda sanitaria appartengono in maggioranza o al territorio regionale o a quello di competenza dell'Azienda stessa
85,2%	L'Azienda sanitaria partecipa a contesti istituzionali o informali di confronto con soggetti del territorio sul rapporto economia-sanità
87,5%	Ritiene utile attivare iniziative di confronto locale
90,9%	Attiva iniziative non strettamente sanitarie in collaborazione con soggetti del territorio
90,9%	Valuta positivamente l'attenzione e le iniziative delle Aziende sanitarie relative all'impatto della sanità sull'economia locale
54,6%	Ritiene vi sia molta o abbastanza consapevolezza a livello locale sul significato economico della sanità

---

(\*) Le percentuali indicano la quota di Aziende sanitarie o la quota di Direttori generali.

Fonte: indagine Censis-Fondazione Farmafactoring, 2010

Come naturale, dell'impatto occupazionale delle attività sanitarie beneficiano i territori prossimi alle Aziende sanitarie, anche se quasi un quarto dei Direttori intervistati parla di un territorio di appartenenza del personale almeno regionale, se non nazionale. Per le imprese fornitrici, invece, è chiaro che il mercato di riferimento è in prevalenza nazionale, cosa quasi inevitabile per rendere possibile la concorrenza, anche se non va sottovalutato come per quasi un terzo dei Direttori generali il territorio di riferimento delle imprese fornitrici sia quello regionale, a ulteriore testimonianza di impatti rilevanti sul territorio di competenza del soggetto istituzionale che sulla sanità esercita il massimo della responsabilità, appunto la Regione.

Di estrema importanza, risultano il radicamento delle Aziende nelle reti di relazioni locali ed il grado di compenetrazione consapevole con gli altri organismi istituzionali e sociali che insistono sul territorio, indici di una vocazione a giocare un

ruolo proattivo, da soggetto consapevole della responsabilità globale che ha per il benessere di un territorio.

Oltre l'85% dei Direttori generali intervistati evidenzia che vi sono contesti istituzionali e informali nei quali la sua Azienda sanitaria si confronta con altri soggetti locali su aspetti che riguardano il rapporto tra sanità ed economia; ad essere coinvolti sono per oltre l'80% degli intervistati i Comuni o le associazioni di comuni, per oltre il 69% i sindacati, per il 43% le associazioni delle categorie professionali, e per il 41% le associazioni di imprese.

Ben l'87,5% degli intervistati ritiene inoltre che sia utile attivare confronti con altri soggetti, e quasi il 91% degli intervistati dichiara di avere avviato negli ultimi anni iniziative non strettamente sanitarie in collaborazione con soggetti del territorio e/o riguardanti il territorio.

A ulteriore riprova dell'attenzione, ed anche della consapevolezza, che gli intervistati hanno rispetto al rapporto tra l'attività della propria Azienda sanitaria e l'economia del territorio, emerge che sempre il 91% giudica favorevolmente la realizzazione di iniziative sull'impatto che la loro attività esercita sull'economia locale, proprio perché la sanità è una componente fondamentale dei sistemi economici locali.

Il campione di intervistati si spacca invece quando si passa ad analizzare se esista consapevolezza a livello locale riguardo al significato economico della sanità, perché è il 54% a ritenere che vi sia molta o abbastanza consapevolezza, contro il 42% circa, che parla di poca consapevolezza, ed un residuale 3,6% che ritiene non vi sia assolutamente consapevolezza di tale importanza.

Secondo i Direttori generali dunque la sanità è sempre più importante per l'economia, l'occupazione e lo sviluppo dei territori, da quelli prossimi alla propria Azienda sino alla dimensione regionale, e tuttavia malgrado l'esistenza di contesti di confronto a livello locale ed anche iniziative delle Aziende sanitarie oltre il proprio specifico ambito, la consapevolezza degli attori locali sulla sanità come motore della crescita locale deve ancora crescere molto.

### **3.3 Quali idee perché la sanità sia motore di nuovo benessere**

La crescita di attenzione mediatica ed anche politica sul nesso sanità-economia è valutata dalla netta maggioranza degli intervistati come positiva. E' infatti oltre l'85% dei Direttori generali a giudicare positivamente la maggiore attenzione prestata al tema dalla pubblica opinione, o perché si tratta di un aspetto importante ma poco considerato o perché troppo spesso la sanità è stata vista come un costo improduttivo. È, inoltre, pressoché la totalità degli intervistati a valutare positivamente la maggiore attenzione che al rapporto sanità-economia viene data dalla politica.

Viene ad esempio considerato importante l'effetto indotto dalle recenti scelte degli Usa in sanità, in termini di richiamo anche sui grandi media dell'importanza che la spesa per la tutela e la cura della salute può avere sull'evoluzione dell'economia e dell'occupazione di un Paese.

Analizzando le opinioni dei Direttori generali sulla situazione italiana, emerge che, allo stato attuale, la sanità italiana non riesce ad esprimere il suo potenziale

completo come motore di crescita dell'economia, vale a dire che non riesce a dispiegare tutto il suo impatto sul PIL e sull'occupazione. E' questa l'opinione di quasi il 76% degli intervistati; inoltre secondo oltre l'87%, per aumentare l'impatto economico della sanità, sarebbe necessario razionalizzare l'uso delle risorse, mentre è il 12,5% a ritenere necessario un incremento della spesa sanitaria.

Un punto questo di grande rilievo perché, mentre viene quasi sempre sottolineato il sottofinanziamento della sanità, il gruppo di Direttori generali intervistati, appartenenti in netta maggioranza ad Asl ed Aziende ospedaliere del Centro-Nord, ritiene che per ampliare l'impatto della sanità sull'economia e per massimizzare il potenziale economico della spesa sanitaria, occorra attivare anche strategie di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse: più efficienza per creare maggiore valore delle risorse utilizzate in sanità, questa l'indicazione dei Direttori generali.

L'indagine ha anche consentito di verificare il punto di vista dei Direttori generali su come si potrebbero ottenere maggiori risultati in termini di contributo al PIL e all'occupazione a partire dalle singole voci che compongono la spesa sanitaria e, per la precisione è emerso che:

- oltre il 59% degli intervistati ritiene che si potrebbe ottenere un impatto economico più alto dalla spesa ospedaliera (la stessa cosa potrebbe accadere secondo il 53% per la farmaceutica) se si procedesse nella direzione di una migliore allocazione e distribuzione delle risorse;
- oltre il 65% degli intervistati ritiene invece che si potrebbe ottenere di più in termini di impatto sull'economia dalla spesa per la prevenzione ed il 63% da quella per il territorio, se solo fossero aumentate le risorse di cui dispongono.

Usare meglio i soldi per ospedali e farmaci, spendere di più per prevenzione e territorio, questa la filosofia di fondo dei Direttori generali per rendere la spesa sanitaria più incisiva sulle dinamiche economiche.

Sempre analizzando le opinioni degli intervistati su come la sanità potrebbe contribuire positivamente all'economia, emerge che occorre una maggiore attenzione a tale impatto in fase di programmazione economica e di allocazione delle risorse (lo afferma il 60% degli intervistati); inoltre è necessario che sia innalzata la capacità manageriale di chi gestisce la committenza pubblica (oltre il 47%), e che le imprese operanti nella filiera della salute investano di più, puntando a diventare più competitive e innovative (29,1%) (tab. 3.2).

Riguardo ai livelli occupazionali in sanità, quasi il 54% dei Direttori generali ritiene che occorra lasciarli inalterati, poiché attualmente adeguati alle esigenze. Semmai si ritiene che occorra aumentare la produttività, mentre è il 28% a ritenere che l'occupazione debba essere aumentata perché, al di là di ogni problema organizzativo, è attualmente insufficiente.

Criticità essenziali per la sanità sono considerati i tempi di pagamento delle imprese indicati dal 60% le procedure di acquisto di nuovi macchinari, strumenti per il 52,7%, e l'inadeguatezza delle risorse disponibili per il 36,4%, che riducono la possibilità di puntare ad una qualità più alta quando si fanno ordinativi. Per l'agenda del che fare, priorità viene considerata l'attivazione di strategie di perequazione tra gli standard di offerta delle varie regioni, innalzando la qualità nelle regioni visibilmente

più arretrate (60%), seguita dal richiamo ad un programma di investimenti nell'edilizia ospedaliera, segnalato da oltre il 49% degli intervistati, e da maggiori investimenti nella ricerca (43,6%).

**Tab. 3.2 - Azioni ritenute necessarie dai Direttori generali affinché la sanità migliori e contribuisca di più anche alla crescita economica (val. %)**

<i>Di cosa c'è bisogno perché la sanità migliori e contribuisca di più anche alla crescita economica?</i>	val. %
Che ci sia maggiore attenzione in fase di programmazione economica (e di allocazione delle risorse) all'impatto della sanità	60,0
Che sia innalzata la capacità manageriale di chi gestisce la committenza pubblica	47,3
Che le imprese operanti nella filiera della salute investano di più, puntando a diventare più competitive e innovative	29,1
Che i costi di produzione (da quello del lavoro a quello degli altri input) delle strutture sanitarie siano più contenuti, pesino meno rispetto al fatturato globale	27,3
Che lo Stato diventi un committente più affidabile, nei controlli delle forniture come nei tempi di pagamento	14,5
Che aumentino le imprese che operano nei vari settori che fanno capo alla filiera della salute, generando più concorrenza	9,1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis-Fondazione Farmafactoring, 2010

I Direttori generali puntano una particolare attenzione, quindi, sulla necessità di forzare le differenze regionali che, allo stato attuale, vedono una eccessiva divaricazione a sfavore di alcune regioni meridionali. In particolare l'idea che trova più consensi tra gli intervistati è quella di fissare dei costi di riferimento a livello nazionale rispetto ai quali imporre a tutti i soggetti della sanità percorsi di adeguamento. L'uso più oculato delle risorse, ed il più razionale impiego delle stesse dovrebbero determinare un adeguamento verso l'alto di tutte le sanità regionali, ed in modo particolare un maggiore rigore nell'azione delle regioni meridionali.

### **3.4. Il monitoraggio delle attività delle aziende sanitarie**

Altro ambito affrontato dall'indagine è quello dell'evoluzione delle varie dimensioni dell'azione delle Aziende sanitarie. Con riferimento alla distribuzione del tempo di lavoro dei Direttori generali in relazione alle varie attività, emerge che, rispetto al recente passato, per il 65% circa degli intervistati è aumentato il tempo dedicato agli incontri e alle riunioni con gli *stakeholders* e per il 63,6% quello dedicato alla gestione del personale. Per la prima attività si segnala una crescita di oltre dieci punti percentuali (53,1% per il 2009), e per la seconda di oltre venti punti (42% per il 2009).

Il 60,4% degli intervistati dichiara inoltre che è aumentato il tempo dedicato all'attività di comunicazione/marketing, il 58,5% che si è maggiormente dedicato alla gestione finanziaria, e per quasi il 57% è aumentata la quantità del proprio tempo di lavoro destinata alla gestione e alla valutazione della qualità; infine, il 55,8% dei Direttori generali ha dedicato più tempo agli incontri e alle riunioni con i sottordinati.

Se dunque nell'indagine condotta lo scorso anno gli intervistati avevano dichiarato di aver destinato più tempo alla gestione finanziaria e all'attività di comunicazione/marketing, quest'anno emerge che i Direttori generali, rispetto al recente passato, hanno destinato più tempo in particolare allo svolgimento di incontri e riunioni con gli *stakeholders* e alla gestione del personale.

Il 24,1% dei Direttori generali di Asl e Aziende ospedaliere dichiara, al contrario, di aver ridotto il tempo dedicato alle attività di partecipazione a convegni, *workshop* e seminari.

Sui mutamenti positivi rilevati nell'esercizio della funzione dirigenziale, considerando la capacità operativa dei Direttori, il 35,2% degli intervistati sostiene che è migliorata la reale capacità di incidere nei diversi ambiti di competenza e il 23% circa dichiara di aver beneficiato di un miglioramento della reale autonomia; il confronto con i dati dell'indagine dello scorso anno mostra che la quota di Direttori generali che ha percepito miglioramenti della propria autonomia rispetto al recente passato è rimasta sostanzialmente stabile, la reale capacità di incidere con la propria azione è migliorata per una quota più bassa di intervistati, mentre si è praticamente dimezzata la quota che registra un miglioramento nella certezza delle risorse (tab. 3.3).

Riguardo alla sfera relazionale dell'attività lavorativa dei Direttori generali, il 71,7% dei Dg intervistati dichiara che sono migliorate le relazioni con i clinici, mentre per il 53,6% un progresso si è registrato nell'ambito dei rapporti con le associazioni dei pazienti, utenti e familiari; per il 52% è migliorata la collaborazione con i tecnici ed esperti, ed infine il 48% circa degli intervistati afferma che sono migliorate le relazioni con i Medici di medicina generale e i professionisti.

Dal confronto risulta che è più alta, rispetto allo scorso anno, la quota che percepisce un miglioramento nei rapporti con i tecnici (dal 19,2% al 52%), in quelli con i clinici (dal 52% al 71,7%) e nella collaborazione con i Medici di medicina generale (Mmg) e i professionisti (passando dal 35,4% del 2009 al 48,1% del 2010).

Nell'ambito dell'operatività e dei rapporti con altri segmenti del sistema sociosanitario, per quasi il 44% degli intervistati è migliorata nell'ultimo anno l'integrazione con il sistema integrato dei servizi sociali, ed è il 34% dei Direttori generali ad indicare un miglioramento nella capacità di operare delle Unità della medicina del territorio. Il confronto con i dati del 2009 segnala valori più alti sia di coloro che percepiscono miglioramenti nell'integrazione con il sistema integrato dei servizi sociali (dal 28% a quasi il 44%), sia della capacità di operare delle Unità della medicina del territorio (dal 28% al 34%), evidenziando come siano in atto processi profondi di mutamento dell'offerta sanitaria, dove il territorio è il cardine di un diverso modo di fare sanità.

**Tab. 3.3 - Miglioramenti avvenuti nell'ultimo anno in vari aspetti dell'attività dei Direttori Generali intervistati: confronto 2009-2010 (val. %)**

	2009	2010
<i>Capacità operativa</i>		
Reale capacità della sua azione di incidere nei diversi ambiti di competenza	39,3	35,2
Reale autonomia	23,0	23,2
Certezza di risorse	11,5	5,5
<i>Relazionalità con i vari attori</i>		
Relazioni con i clinici	52,0	71,7
Rapporti con le associazioni dei pazienti, utenti, familiari	41,2	53,6
Collaborazione con i tecnici ed esperti	19,2	52,0
Rapporti con i medici di medicina generale, professionisti	35,4	48,1
Rapporti con le rappresentanze sindacali del personale	24,0	30,4
Rapporti con i politici	14,0	18,2
<i>Operatività e rapporti con altri segmenti</i>		
Integrazione con il sistema integrato dei servizi sociali	28,0	43,7
Capacità di operare delle unità della medicina del territorio	28,0	34,0
Rapporto con la sanità privata accreditata e classificata	10,2	19,6

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis-Fondazione Farmafactoring, 2010

Inoltre, per il 19,6% è migliorato il rapporto con la sanità privata accreditata e classificata, dato in aumento di quasi dieci punti percentuali rispetto al giudizio in merito espresso dai Direttori generali nel 2009.

E' stato anche possibile verificare con l'indagine l'andamento di alcuni specifici indicatori di attività delle Aziende sanitarie: secondo quasi il 76% dei Direttori intervistati è aumentata l'utenza dei servizi, così come sono aumentati, per il 52,8% le risorse impiegate in attività di promozione della prevenzione, mentre per quasi il 51% degli intervistati è aumentata la richiesta di partecipare ad attività formative da parte del personale.

Il confronto con i dati dello scorso anno evidenzia una crescita rilevante dell'utenza dei servizi sanitari (nell'indagine precedente era il 51,9% dei Dg intervistati ad indicare che l'utenza dei servizi registrava un aumento, ora è quasi il 76%), delle risorse destinate ad attività di prevenzione (passano dal 36% nel 2009 al 52,8% nel 2010 i Direttori generali che condividono questa preoccupazione) e del personale disponibile (si passa dal 9,6% nel 2009 al 23,2% nel 2010).

L'indagine ha permesso anche di verificare come evolve la propensione all'innovazione, distinguendo tra scelte che non implicano risorse aggiuntive e investimenti che, invece, mobilitano nuove risorse. Le principali scelte di carattere innovativo che non implicano costi/spese aggiuntive, hanno riguardato l'organizzazione dei processi interni (76,5%), la gestione del personale (60,8%) ed i rapporti con l'utenza (60,8%); mentre le iniziative di carattere innovativo che hanno comportato investimenti si sono concentrate nei settori delle tecnologie (84%) e dei sistemi informativi interni (72%) (tab. 3.4).

Per oltre l'89% degli intervistati le scelte innovative sono aumentate rispetto al recente passato, mentre per il 70% sono aumentati anche gli investimenti innovativi rispetto agli anni precedenti.

Per quel che concerne le procedure di acquisto in sanità, gli acquisti di beni e servizi nelle Aziende sanitarie vengono compiuti nella maggior parte dei casi, a livello centralizzato; infatti, è l'85,5% dei Direttori generali ad affermare che nell'azienda di appartenenza vengono applicati modelli di acquisto centralizzati, per tecnologie sanitarie, materiali diagnostici, presidi chirurgici, ecc.

Considerando il budget annuale dell'azienda, secondo i valori medi calcolati sulle quote annuali del budget destinate alle singole voci (gestione ordinaria, personale, acquisti di macchinari e tecnologie innovative) ad assorbire più risorse, è la spesa per la gestione ordinaria dell'azienda, il cui valore medio è pari al 53,7%, seguita da quella per l'area del personale (37,5%) e da quella per gli acquisti dei macchinari e delle tecnologie innovative, anche in caso di *leasing* (3,6%). Il valore delle attività esternalizzate è invece pari in media al 16% del budget annuale delle Aziende sanitarie.

**Tab. 3.4 - I settori delle Aziende sanitarie in cui sono stati compiuti scelte e investimenti innovativi (val. %)**

	Scelte (1)	Investimenti (2)
Nell'organizzazione dei processi interni	76,5	10,0
Nella gestione del personale	60,8	20,0
Nei rapporti con l'utenza	60,8	28,0
Nella gestione finanziaria	51,0	10,0
Nella gestione dei rapporti con i professionisti e fornitori esterni	49,0	12,0
Nell'acquisizione di nuove professionalità	45,1	40,0
Nei sistemi informativi interni	35,3	72,0
In tecnologie	33,3	84,0

(1) Iniziative di carattere innovativo che non comportano costi/spese aggiuntive

(2) Iniziative di carattere innovativo che comportano costi/spese aggiuntive

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis - Fondazione Farmafactoring, 2010

Da tenere in attenta considerazione, infine, le valutazioni dei Dg sul rapporto tra Servizio sanitario e offerta privata; dall'indagine emerge un orientamento chiaro dei Direttori generali a valorizzare il privato, ma sottoponendolo a controlli più rigorosi, opinione che rispetto al 2009 è cresciuta di circa dieci punti percentuali, passando dall'80,9% al 90,4%. Al contrario, è la restante quota, pari al 9,6% degli intervistati, a ritenere necessario riportare tutti i servizi all'interno della sfera pubblica. Così come rilevato nell'indagine precedente, non prevale tra i Direttori generali alcuna idea punitiva nei confronti del settore privato, piuttosto è condivisa l'opinione che occorra rendere il privato capace di esercitare il proprio ruolo a pieno titolo nel sistema complessivo dell'offerta sanitaria.

## Bibliografia

- Arora S. (2001), Health, human productivity, and long-term economic growth, *Journal of Economic History*, 61(3).
- Barro R. (1996), Health and economic growth, Harvard University, Cambridge.
- Barro R. (1997), *Determinants of Economic Growth*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Becker G. S. (1964), Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education, The university of Chicago press.
- Bhargava A., Jamison D. T., Lau L., Murray C. (2001), Modeling the effects of health on economic growth, *Journal of Health economics*, Vol. 20, pp. 423-440..
- Bloom D.E., Canning D. (2000), The health and wealth of nations, *Science* 287 (5456), pp. 1207-1208.
- Bloom D. E., Canning D. (2005), Health and economic growth: reconciling the micro and macro evidence, Center on Democracy, Development, and the Rule of Law (CDDRL) WP N. 42, February.
- Bloom D., Canning D., Sevilla J. (2001), The effect of health on economic growth: Theory and evidence, NBER Working Paper 8587, Cambridge: National Bureau of Economic Research ([www.nber.org/papers/w8587](http://www.nber.org/papers/w8587)).
- Bloom D. E., Canning D., Sevilla J. (2004), The effect of health on economic growth: a production function approach, *World development* 32 (1), pp. 1-13.
- Brinkley G. L. (2001), The macroeconomic impact of improving health: investigating the causal direction, unpublished.
- Contoyannis P., Rice N. (2001), The impact of health on wages: evidence from the British household panel survey, *Empirical Economics*, 26, pp.599-622.
- Dülberg A. Fretschner R. Hilbert J. (2002), *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen.
- European Commission e Eurostat (2004), *Work and health in the EU: A statistical portrait: Data 1994-2002, 2003 edition*, European Commission.
- Fogel R. W. (1994), Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy, *The American Economic Review*, 84(3), pp. 369–395.
- Fukui T., Iwamoto Y. (2003), An estimation of earning losses due to health deterioration, *International Forum for macroeconomics issues*, Tokyo.
- Gambin L. (2005), The impact of health on wages in Europe – does gender matter?, HEDG WP 05/03.
- Grossman M. (1972), On the concept of health capital and the demand for health, *Journal of Political Economy*, 80 (2), pp. 223-255.
- Gustman A., Steinmeier T. (1986), A disaggregated, structural analysis of retirement by race, difficulty of work and health, *Review of economics and statistics*, 68, pp. 509-513.
- Hansen J. (2000), The effect of work absence on wages and wages gaps in Sweden, *Journal of Population Economics*, Vol. 13 (1), pp. 45-55.
- Hartwig J. (2009), Is health capital formation good for long-term economic growth? – Panel Granger – causality evidence for OECD countries, *Journal of macroeconomics*.
- Heshmati A. (2001), On the relationship between GDP and health care expenditure in augmented Solow growth model, *Stockholm School of Economics WP in economics and finance*, n. 423.
- Howitt P. (2005), Health, human capital and economic growth: a Schumpeterian perspective, Paper prepared for the Pan American Health Organization.
- Jamison D. T., Lau L. J., Wang J. (2004), Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress, *Disease control priorities project WP N. 10*, July.
- Jommi C, Lecci F. (2008), *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*. Tratto da E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI*.
- Kelemlı Ozcan S., Ryder HE, and Weil DN. (2000), Mortality decline, human capital investment, and economic growth," *Journal of Development Economics*. 62, 1-23.
- Knowles S., Owen P. (1995), Health capital in cross-country variation in income per capita in the Mankin-Romer-Weil model, *Economic Letters*, 48, pp. 99–106.
- Knowles S., Owen P. (1997), Education and health in an effective-labour empirical growth model, *Economic Record*, 73(223), pp. 314–328.

- McDonald S., Roberts J. (2002), Growth and multiple forms of human capital in an augmented Solow model: a panel data investigation, *Economics letters*, 74, pp. 271-276.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2008). *OECD In Figures*.
- Pelkowski J. M., Berger M. C. (2004), The impact of health on employment, wages, and hours worked over life cycle, *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 44, pp. 102-121.
- Potratz W. (2007), The value-adding side of health: how social policy contributes to equality and well-being in a metropolitan area. The example of the Ruhr area., Forest Sciences Center, UBC, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Rivera B., Currais L. (1999a), Economic growth and health: direct impact or reverse causation?, *Applied Economics Letters*, 6, pp. 761-764.
- Rivera B., Currais L. (1999b), Income variation and health expenditure: evidence for OECD countries, *Review of Development Economics*, 3(3), pp. 258-267.
- Smith J. P. (1999), Healthy bodies and thick wallets: The dual relation between health and economic status, *Journal of Economic Perspectives*, 13(2), pp. 145-166.
- Suhrcke M., Urban, D. (2005), The role of cardiovascular disease in economic growth, Venice: WHO European Office for Investment for Health and Development: mimeo.
- Suhrcke M., McKee M., Sauto Arce R., Tsoлова S., Mortensen J. (2005), The contribution of health to the economy in the European Union, Health & Consumer Protection Directorate-General, European Commission, Luxembourg.
- Tompa E. (2002), The impact of health on productivity: empirical evidence and policy implications, Centre for the Study of Living Standards, *Economic Papers* (<http://www.csls.ca/repsp/2/emiletompa.pdf>).
- Van Zon A, and Muysken J. (2001), Health and endogenous growth. *Journal of Health Economics* 20, 169-185.
- Von Bandemer S; Hartmann A, Hilbert J. et al. (1997), Marktbeobachtung und Produktentwicklung: Entwicklungspotentiale der Gesundheitswirtschaft in Bielefeld (WEGE Bielefeld) Bielefeld.
- Weil D. N. (2007), Accounting for the effect of health on economic growth, *The quarterly journal of economics*, Vol. 122(3), pp. 1265-1306.
- Zamora J. (2000), Investment in health and economic growth: a perspective from Latin America and the Caribbean, 35th meeting of the Advisory Committee of Health Research, July, Pan American Health Organization, Division of Health and Human Development, Washington (<http://www.paho.org/English/HDP/HDR/ACHR-00-08.pdf>).





