

Associazione Torino-Europa

Ermanno Marocco

La Sanità in Piemonte

Associazione Torino-Europa, Via Bertolotti 7, 10121 Torino, www.torinoeuropa.eu

Indice

Parte I

Introduzione	Pag. 3
Che cos'è la salute	Pag. 4
I costi della sanità pubblica	Pag. 5
La spesa sanitaria pubblica e la ripartizione dei costi	Pag. 8
Gli addetti	Pag. 10
Dati socio-economici. Il Piemonte	Pag. 11
La spesa sanitaria delle famiglie	Pag. 15
Le previsioni di crescita della spesa sanitaria	Pag. 16
La filiera della salute	Pag. 17

Parte II

Alcune considerazioni preliminari	Pag. 19
La sanità in Italia	Pag. 21
La sanità in Piemonte	Pag. 23
Modelli organizzativi e attività delle aziende ospedaliere	Pag. 24
Il sistema informativo	Pag. 26
La riorganizzazione del ruolo e delle funzioni della medicina generale	Pag. 27
La rete ospedaliera	Pag. 28
Conclusioni	Pag. 29
Fonti	Pag. 31

La presente ricerca ha l'obiettivo di descrivere, attraverso la lettura e l'interpretazione di dati e documenti esistenti, il settore sanitario e d'individuare gli elementi che potrebbero favorirne il miglioramento, soprattutto rispetto all'organizzazione di alcuni processi.

S'intende con questo lavoro proseguire nel solco ormai tracciato che fa dell'Associazione Torino-Europa un laboratorio d'idee e di proposte tangibili per Torino e per il Piemonte.

La Sanità rappresenta per tutte le regioni italiane un tema assai scottante, sia perché assorbe la maggior parte delle risorse dei bilanci regionali, sia perché racchiude indubbiamente interrogativi etico-politici, ed economici, che toccano profondamente il rapporto tra Stato e individuo.

Il lavoro ha affrontato solo alcuni aspetti di quest'ampia tematica e l'attenzione è focalizzata sul Piemonte, con particolare attenzione a Torino. In sintesi si è cercato di evidenziare come la Sanità piemontese possa essere valorizzata e l'importanza della razionalizzazione dei processi organizzativi sull'idoneità delle attuali strutture e infrastrutture sanitarie.

A completamento dell'analisi dei dati Ermanno Marocco ha incontrato alcuni esperti, operatori e dirigenti della Sanità piemontese, per approfondire alcuni degli aspetti qui trattati.

I contributi dei partecipanti agli incontri del relativo Seminario, rivolto al "gruppo giovani" dell'Associazione Torino-Europa e svoltosi nel corso del 2008, sono stati qui considerati.

Il documento conclusivo è stato redatto da Ermanno Marocco, coordinatore del Seminario, con la collaborazione di Elena Castelli.

Si ringraziano per la fattiva cooperazione PierLuigi Zoccatelli e tutti i collaboratori dell'Associazione Torino-Europa che hanno partecipato al lavoro di ricerca e al Seminario.

Parte I

Introduzione

In Italia il “diritto alla salute” è sancito dalla Costituzione; l’articolo 32 recita infatti: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*”.

Nel 1978, con la Legge 833 del 21 dicembre, è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di un sistema pubblico di carattere universalistico e solidaristico, che garantisce cioè l’assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro; assicura un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure ed economicità nell’impiego delle risorse. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell’ambito delle strutture pubbliche e private accreditate. Tutte le strutture che operano nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale o per conto di esso devono possedere specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti per legge.

Il Servizio Sanitario Nazionale è finanziato attraverso la fiscalità generale. Le Aziende sanitarie locali dispongono anche di entrate dirette derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento.

Dal 1978 a oggi si è cercato di attendere sempre più alle indicazioni costituzionali portando a compimento la regionalizzazione del servizio (Costituzione, art. 117: “*Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato*”) e l’aziendalizzazione delle strutture.

In base al *principio di sussidiarietà* costituzionale, il servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo:

- lo Stato, ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie e stabilisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- le Regioni, hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Le Regioni hanno competenza *esclusiva* nella regolamentazione e organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere.

Dalla fine degli anni 1990, si è assistito all’attribuzione alle amministrazioni regionali e locali di un ampio ventaglio di competenze e responsabilità in materia sanitaria.

Nella letteratura si trovano tesi contrastanti rispetto all'efficacia del decentramento nei sistemi sanitari. Si può dire però che due sistemi sanitari europei – quello francese e quello britannico, fortemente accentrati – assorbono un volume minore di risorse e assicurano una migliore tutela della salute rispetto a quanto accade nella sanità tedesca, il cui punto debole è rappresentato dalla disomogeneità e dalla duplicazione delle prestazioni fra i diversi Länder.

La disomogeneità delle strutture e della qualità organizzativa a livello regionale è un fattore che si riscontra anche in Italia. I dati dell'AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria, indagine ottobre 2007) confermano l'esistenza di un divario profondo fra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud – compreso il Lazio – le quali, peraltro, nonostante l'inefficienza, hanno una spesa sanitaria pubblica uguale o superiore alla media nazionale. Queste differenze che spingono i cittadini a *migrazioni sanitarie* da una regione a un'altra, mostrano che vi possono essere dei margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie; le migliori pratiche potrebbero essere opportunamente codificate ed esportate.

Che cos'è la salute

La domanda non è oziosa: stabilire il significato del termine permette di comprendere meglio da cosa è costituito l'ambito che stiamo descrivendo.

Partiamo dalla definizione classica, quella data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La salute è “*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità*”.

Anche se questa definizione risale al 1948, essa ha incontrato molte difficoltà a diffondersi o meglio a tradursi in politiche di salute che coprano il suo intero significato. Fino ad oggi, infatti, la maggior parte degli interventi per migliorare la salute si è concentrata principalmente sul benessere fisico, ma la nostra salute dipende da diversi fattori che, in modo diretto o indiretto, possono proteggerci dalle malattie o al contrario causarle.

Per l'OMS, quindi, occuparsi di salute non vuol dire solo curare i malati, ma realizzare una politica che *promuova* la salute. Nei documenti dell'OMS si parla infatti di “*Responsabilità multisettoriale per la salute*”¹ (Salute 21, marzo 1999), ed entro il 2020 l'OMS auspica che tutti i settori della società riconoscano e accettino le loro responsabilità nel campo della salute; in questo gli enti e le

¹ Salute 21 è la risposta che l'Ufficio Regionale dell'OMS ha dato all'esigenza di una salute globale, e fornisce una struttura e rappresenta un'ispirazione per la costruzione degli obiettivi nel singolo Paese e nei livelli locali. Ci sono due obiettivi principali: promuovere e proteggere la salute delle persone durante le loro vite; e ridurre l'incidenza delle malattie e delle infermità principali ed alleviare la sofferenza che causano. Tre valori di base formano il fondamento etico di Salute 21: salute come diritto fondamentale dell'uomo; equità nella salute e solidarietà nell'azione fra e all'interno di tutti i Paesi e i loro abitanti; partecipazione e responsabilità degli individui, dei gruppi, delle istituzioni e delle comunità per uno sviluppo continuo della salute.

organizzazioni pubbliche – i Comuni soprattutto – dovranno avere un ruolo preminente.

La salute dei cittadini è quindi un bene complesso garantito dagli Stati attraverso scelte politico-amministrative che determinano la quantità di risorse pubbliche da destinare al settore e le modalità di spesa (che cosa deve essere garantito, come, a chi).

I costi della sanità pubblica

In Italia e in Europa i costi della Sanità sono sostenuti quasi esclusivamente dalla collettività attraverso le tasse; il *budget* destinato al settore si esprime in percentuale del prodotto interno lordo.

Nella sezione “Dati economico finanziari del Servizio Sanitario Nazionale” del sito del Ministero della Salute, si legge: “*Il rapporto tra spesa del SSN e PIL si attesta al 6,7% [il dato è riferito al marzo 2007] con un decremento di 0,1 punti percentuali rispetto all’anno precedente e con un incremento di 0,6 punti percentuali rispetto al 2001*”.

L’incremento percentuale della spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale nel 2007 (primo trimestre), rispetto al 2005, è pari al 2,5%, mentre a livello territoriale si rilevano situazioni assai differenziate: si riscontrano riduzioni per Molise, Campania e Sardegna, mentre i maggiori incrementi si rilevano per Valle d’Aosta, Sicilia, Calabria e Friuli Venezia Giulia.

In cifre significa che nel 2007 lo Stato ha stanziato per il Servizio Sanitario Nazionale 93,173 miliardi incrementando di circa 2 miliardi la spesa effettuata nel 2006.

La spesa media pro-capite nazionale è di 1.696 euro, mentre il valore medio riferito alle regioni e alle province autonome è di 1.688 euro. A livello territoriale si riscontra un’ampia variabilità, con il valore minimo di 1.509 euro della Basilicata e il valore massimo pari a 2.144 euro della Provincia Autonoma di Bolzano.

La tabella seguente mostra il *trend* della spesa negli anni dal 2002 al 2005.

Spesa del Servizio Sanitario Nazionale (2002-2005)

Anni	Ammontare Spesa SSN (Miliardi di Euro)	Variazione % della Spesa SSN rispetto all'anno precedente	Spesa pro-capite* (Euro)	PIL (Miliardi di Euro)	Rapporto % Spesa SSN/PIL	Variazione % del rapporto Spesa SSN/PIL rispetto anno precedente
2002	79,549	4,67	1.381	1.295,226	6,14	-1,53
2003	82,220	3,36	1.427	1.335,354	6,16	0,25
2004	90,510	10,08	1.556	1.388,870	6,52	5,84
2005	95,242	5,23	1.629	1.417,241	6,72	3,12

* La spesa pro-capite è calcolata con riferimento alla popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - ISTAT - popolazione residente.

A livello europeo, e negli altri Paesi dell'area OCSE², la percentuale della spesa sanitaria sul PIL è cresciuta più che in Italia. In Germania ha raggiunto, alla fine del 2006, l'8,6%, in Svezia il 7,9%, in Francia il 7,4%, mentre per l'Italia le variazioni sono state pressoché inesistenti: la percentuale della spesa per il Servizio Sanitario Nazionale sul PIL ha toccato il valore minimo di 5,2% nel 1995 ed è risalita soprattutto negli ultimi anni, tornando all'attuale 6,7%.

I dati relativi alla percentuale del PIL destinata alla Sanità pubblica suddivisi per regione (l'anno di riferimento è il 2004) mostrano il Piemonte e le altre regioni del Centro-Nord in linea con la media nazionale.

Spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al PIL (2004)

² Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico; i Paesi membri fondatori sono: Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Paesi Bassi, Portogallo, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia. A cui si sono aggiunti: Giappone, Finlandia, Australia, Nuova Zelanda, Messico, Repubblica Ceca, Ungheria, Polonia, Corea, Repubblica Slovacca. Oggi l'OCSE sta rafforzando le relazioni con cinque Paesi a economia in rapida trasformazione – Brasile, Russia, India, Cina e Sudafrica – che grazie alla globalizzazione interagiscono fortemente con l'economia mondiale.

Aree	Dati in %
Piemonte	5,93
Valle d'Aosta	5,68
Lombardia	4,69
Trentino A.A.	6,13
Veneto	5,19
Friuli V.G.	6,13
Liguria	7,09
Emilia Romagna	5,46
Toscana	5,97
Umbria	6,91
Marche	6,1
Lazio	6,25
Abruzzo	8,05
Molise	9,43
Campania	10,05
Puglia	8,74
Basilicata	8,51
Calabria	8,82
Sicilia	9,61
Sardegna	8,23
ITALIA	6,44

Fonte: Dati ISTAT

La tabella seguente riporta invece la spesa sanitaria pubblica, in valore assoluto e pro-capite, in Italia e nelle regioni del Centro-Nord.

Spesa corrente Servizio Sanitario Nazionale (2002-2005)

	VALORI IN EURO							
	2002		2003		2004		2005	
	SPESA SSN VAL. ASS. (MLN)	SPESA SSN PRO CAPITE	SPESA SSN VAL. ASS. (MLN)	SPESA SSN PRO CAPITE	SPESA SSN VAL. ASS. (MLN)	SPESA SSN PRO CAPITE	SPESA SSN VAL. ASS. (MLN)	SPESA SSN PRO CAPITE
Piemonte	5.851	1.373	6.146	1.446	7.111	1.654	7.081	1.635
Lombardia	12.711	1.394	12.716	1.386	13.397	1.437	14.765	1.572
Veneto	6.277	1.377	6.530	1.416	6.966	1.491	7.596	1.616
Friuli-Venezia Giulia	1.670	1.403	1.732	1.449	1.885	1.569	1.997	1.658
Liguria	2.404	1.506	2.471	1.569	2.694	1.700	2.918	1.833
Emilia-Romagna	5.871	1.461	6.111	1.507	6.710	1.630	7.000	1.686
Toscana	5.000	1.416	5.131	1.449	5.672	1.583	5.891	1.637
Italia	79.143	1.374	81.793	1.420	89.900	1.545	94.610	1.618

Fonte: Relazione annuale sulla situazione economica, sociale e territoriale del Piemonte – 2006, Ires Piemonte.

Questi dati – tratti dal Rapporto Sanità della Relazione Annuale sulla Situazione Economica del Paese, curata dai ricercatori IRES Piemonte nel 2006 – attestano il Piemonte su un livello di spesa pro-capite leggermente al di sopra del valore medio nazionale. Si tratta, se si eccettuano la Lombardia e il Veneto, di una situazione comune al gruppo di regioni medio-grandi del Centro-Nord (si discosta dal gruppo la Liguria, con valori di spesa pro-capite decisamente superiori al valore medio nazionale).

La spesa sanitaria pubblica e la ripartizione dei costi

Le componenti della spesa sanitaria pubblica possono essere così suddivise: personale, medicina di base – medici di medicina generale e pediatri di libera scelta –, acquisto di beni e servizi, farmaceutica convenzionata, specialistica convenzionata, altre prestazioni (la voce è comprensiva della spesa per prestazioni di assistenza riabilitativa extra ospedaliera per disabilità fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa).

La tabella seguente evidenzia i rapporti tra queste voci di spesa a livello nazionale dal 2001 al 2005.

Incidenza delle singole funzioni sul totale della spesa corrente (Italia)

Funzione di spesa	2001	2002	2003	2004	2005
Personale	35,38	34,96	34,46	33,82	34,22
Beni e Servizi	21,12	22,01	23,22	23,80	25,69
Medicina di base	5,94	5,83	5,91	5,75	6,13
Farmaceutica	15,38	14,97	13,80	13,87	12,82
Ospedaliera Convenzionata	10,58	10,31	10,31	10,47	8,78
Specialistica Convenzionata	3,27	3,38	3,54	3,55	3,48
Altre Prestazioni	7,88	8,28	8,51	8,49	8,56
Oneri finanziari	0,35	0,24	0,25	0,25	0,33
Totale Spesa	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2006

Come si può vedere, il personale è la voce con il peso percentuale maggiore, anche se va evidenziato come il peso relativo rispetto al totale della spesa è diminuito, dal 2001 al 2005, dal 35,38% al 34,22%.

L'altra grande fetta della spesa è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi dove invece, nel *trend* preso in esame, si evidenzia un incremento notevole, dal 21,12% del 2001 al 25,69% del 2005; in valore assoluto la spesa per questa voce nel 2006 si avvicina a 20 miliardi di euro, un aumento di dimensioni davvero ragguardevoli.

In Piemonte la situazione è simile a quella descritta dalla media italiana. La maggior parte dei costi della Sanità sono assorbiti dal personale, cui seguono, in percentuale, i costi per l'acquisto di beni e servizi che hanno un'incidenza rilevante nel sistema generale.

Incidenza delle singole funzioni sul totale della spesa corrente e spesa in valore assoluto (Piemonte 2006)

COSTI - consuntivo 2006		
	Dati in %	mln di Euro
Personale	36	2.739
Beni e servizi	24	1.836
Servizi sanitari in convenzione:		
- Medicina di base	5	429
- Farmaceutica	11	804
- Assistenza specialistica ambulatoriale	3	197
- Assistenza riabilitativa	1	112
- Assistenza integrativa e protesica	2	178
- altra assistenza territoriale	6	450
- assistenza ospedaliera	7	495
Altre spese	5	357
TOTALE	100	7.597

Fonte: Piano socio-sanitario regionale. 2007-2010 – Regione Piemonte, Ottobre 2007

Se si osserva la distribuzione nella struttura dei costi – per circa due terzi connessi alla produzione diretta di servizi, poco più di un terzo per servizi convenzionati – è evidente l'incidenza rilevante che l'acquisto di beni e servizi connessi alla produzione diretta ha nel sistema generale – quasi un quarto dei costi complessivi –; l'incidenza del costo del personale – sebbene sia come nel resto dell'Italia, piuttosto alta – è di per sé poco significativa poiché è allineata ad altri settori di terziario qualificato.

La Sanità pubblica piemontese appare quindi come un settore di grande rilevanza per l'economia regionale, il cui valore è di circa 7 miliardi di euro di spesa, cui vanno aggiunti i circa 120 milioni di euro all'anno di spesa regionale per i servizi socio-assistenziali.

In Italia, e in parte in Europa, quello della Sanità è un settore dominato dalla spesa pubblica, con una struttura professionale degli addetti e con costi non dissimile da altri settori della produzione di servizi avanzati, ma con una tendenza alla crescita non ancora troppo controllata e con una difficoltà crescente a intercettare la domanda crescente di qualificazione e personalizzazione dei servizi per la salute.

Gli addetti

Il numero totale dei dipendenti a carico del Servizio Sanitario Nazionale era, in Italia, di 635.000 unità nel 2000 ed è passato a 648.000 unità nel 2006. Come abbiamo visto precedentemente il costo del personale rappresenta un terzo del bilancio complessivo.

Se si osserva la distribuzione delle figure professionali si nota che dal 2000 al 2006 il numero di medici e odontoiatri è cresciuto di circa 10 punti percentuali, mentre il personale infermieristico, sempre nel periodo preso in esame, è rimasto sostanzialmente stabile.

Il rapporto tra medici e infermieri in Italia è di 2,4, il più basso dei Paesi europei, a esclusione del Portogallo. Questo costituisce uno dei principali punti critici del sistema sanitario italiano, in netto contrasto con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che sottolinea da sempre la necessità di controllare la quantità dei medici e di favorire la formazione di personale paramedico.

Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per ruoli (2000-2006)

RUOLI	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	Valori assoluti						
Sanitario	423.339	437.431	444.703	448.754	446.374	444.120	443.970
Professionale	1.451	1.501	1.551	1.598	1.593	1.597	1.600
Tecnico	140.660	139.029	136.857	133.705	128.980	125.093	125.050
Amministrativo	69.183	70.288	72.708	74.792	75.574	76.555	76.530
Altri ruoli	449	384	369	328	377	354	350
Totale dipendenti	635.082	648.633	656.188	659.177	652.898	647.719	647.500
- Medici	96.313	99.698	102.798	104.704	103.995	105.652	105.620
- Infermieri	251.343	259.972	262.800	262.807	260.538	252.506	252.420
	Numeri indici (Anno 2000=100)						
Sanitario	100,0	103,3	105,0	106,0	105,4	104,9	104,9
Professionale	100,0	103,4	106,9	110,1	109,8	110,1	110,3
Tecnico	100,0	98,8	97,3	95,1	91,7	88,9	88,9
Amministrativo	100,0	101,6	105,1	108,1	109,2	110,7	110,6
Altri ruoli	100,0	85,5	82,2	73,1	84,0	78,8	78,0
Totale dipendenti	100,0	102,1	103,3	103,8	102,8	102,0	102,0
- Medici	100,0	103,5	106,7	108,7	108,0	109,7	109,7
- Infermieri	100,0	103,4	104,6	104,6	103,7	100,5	100,4

Fonte: Elaborazione e stima Confindustria su dati ISTAT, Ministero della Salute (tratto dal documento "L'andamento della filiera della salute nel periodo 2004-2006", Roma dicembre 2007).

In Piemonte il personale del Servizio Sanitario Nazionale è composto da circa 55.000 addetti cui vanno aggiunti i circa 20.000 lavoratori del settore socio-assistenziale (dati 2006).

Dipendenti della Sanità pubblica in Piemonte

Medici	8.252	15%
Laureati non medici ^(a)	1.588	3%
Direttivi	363	1%
Inf. Profess.	20.669	37%
Tecnici	5.757	11%
Altro e Generico	18.019	33%
Totale 2004	54.648	100%

(a) architetti, avvocati, biologi, chimici, farmacisti, fisici, ingegneri, psicologi, sociologi, statistici, veterinari

Assistenti sociali	940	4,8
Educatori professionali	3.203	16,4
Adest-oss	14.820	75,8
Animatori	588	3,0
	19.551	100,0

Fonte: Piano socio-sanitario regionale. 2007-2010 – Regione Piemonte, ottobre 2007

La struttura professionale del sistema Sanità in Piemonte presenta un livello apprezzabile di personale laureato, ma ha anche oltre il 70% dei profili attestati a livelli tecnici o competenze di carattere generico. Tale struttura suggerirebbe un intervento di riassetto del sistema delle competenze finalizzato a una maggiore stratificazione, sia per quanto riguarda l'introduzione di figure nella fascia alta a integrazione dell'organizzazione clinica e a cerniera tra clinica e territorio, sia rispetto a una migliore utilizzazione del personale non medico.

La distribuzione delle figure professionali mette in evidenza una necessità di riorganizzazione delle strutture attuali sulla base sia dei nuovi bisogni che emergono in relazione al mutamento demografico – innalzamento dell'età media della popolazione, immigrazione, ecc. – sia rispetto all'aumento della capacità di cura.

Dati socio-economici. Il Piemonte

In Italia vi è un modello istituzionale uniforme e linee guida nazionali che indirizzano le scelte delle regioni, ma i sistemi sanitari regionali sono molto condizionati dal contesto socio-economico.

Il presente paragrafo si propone di fornire una sintetica disamina degli aspetti demografici e socio-economici che connotano la popolazione piemontese. È ormai ben noto, infatti, che le caratteristiche socio-economiche della popolazione includono importanti determinanti di cattiva o di buona salute dell'individuo e ne orientano la domanda d'assistenza.

I meccanismi attraverso cui tali determinanti manifestano i propri effetti sulla mortalità e sulla morbosità di una popolazione possono essere molteplici. Le condizioni sociali familiari influenzano la salute del nascituro fin dal concepimento; altri fattori eziopatogenetici si manifestano nelle condizioni di vita e di lavoro, tramite l'adozione di stili di vita insalubri, la presenza di fattori materiali che minacciano igiene e sicurezza e di fattori psicosociali, cioè meccanismi d'induzione dello *stress* cronico correlati alla posizione sociale, l'instabilità professionale; infine circostanze di natura socio-economica sembrano opporsi a un accesso tempestivo alle cure.

Tra i fattori demografici, i mutamenti nella struttura per età e le migrazioni della popolazione, oltre che esercitare un'influenza diretta sui bisogni di salute e di assistenza, possono avere a loro volta importanti ripercussioni sull'organizzazione di un sistema sociale territoriale.

Sappiamo che l'andamento dei consumi sanitari rispetto all'età forma una curva detta a *J*. La spesa è più alta per la fascia d'età 0-4 anni, decresce nelle fasce successive, per risalire nelle fasce d'età più avanzate (55-60) e raggiunge il valore massimo intorno alla fascia 75-80. L'analisi della struttura demografica della popolazione, insieme all'analisi di variabili epidemiologiche, sono alcuni degli indicatori che permettono di descrivere i nuovi bisogni dei cittadini.

Popolazione del Piemonte suddivisa per fasce d'età (2006)

Età	Popolazione	
	maschi	femmine
Da 0 a 4	95.450	90.547
Da 5 a 9	93.551	88.248
Da 10 a 14	90.769	85.937
Da 15 a 19	92.981	86.965
Da 20 a 24	99.020	95.055
Da 25 a 29	122.845	119.444
Da 30 a 34	164.396	158.124
Da 35 a 39	180.643	173.710
Da 40 a 44	179.712	175.814
Da 45 a 49	157.928	156.093
Da 50 a 54	145.493	146.437
Da 55 a 59	148.866	153.885
Da 60 a 64	127.655	135.007
Da 65 a 69	132.783	147.071
Da 70 a 74	108.368	131.302
Da 75 a 79	85.982	121.307
Da 80 a 84	53.654	94.771
Da 85 a 89	20.701	46.943
Oltre 90	10.525	34.846
Totale	2.111.322	2.241.506

Fonte: Dati ISTAT

In Piemonte, dove risiede poco più del 7% della popolazione italiana, l'indice d'invecchiamento – il rapporto tra gli ultra sessantacinquenni e il totale della popolazione – è cresciuto, dal 2001 al 2006, dal 21,3% al 22,4% – nel resto dell'Italia dal 18,7% al 19,8% –: è quindi una regione più vecchia della media delle regioni italiane.

Oltre all'indice d'invecchiamento è importante esaminare l'indice di vecchiaia che mette in rapporto la popolazione anziana con quella infantile. Quando l'indice è elevato significa che vi è un basso *ricambio* di popolazione: dal 2001 al 2008 in Piemonte l'indice di vecchiaia è passato da 176 a 181.

Altra variabile importante è l'indice di dipendenza globale che mette in relazione le classi di età più bisognose di cure – bambini e anziani – con la popolazione in età lavorativa (30-59 anni) che normalmente si fa carico delle fasce d'età più bisognose. Nel 2006 il Piemonte ha superato il valore medio nazionale.

Invece il rapporto tra quarta e terza età mette in evidenza la popolazione con più di settantacinque anni e con un bisogno di cura elevato, con la fascia che va dai sessanta ai settantaquattro anni, potenzialmente ancora in grado di contribuire alla cura. In questo caso il Piemonte è in una situazione avvantaggiata rispetto alla media nazionale.

L'utilizzo d'indicatori che consentono di tenere conto congiuntamente delle due dinamiche demografiche, l'aumento della vita media degli individui da un lato e la progressiva riduzione della natalità dall'altro, può aiutarci ad acquisire elementi utili ad analizzare i bisogni e le potenzialità di sostegno delle diverse fasce di età.

Indicatori demografici della popolazione piemontese

	PIEMONTE		ITALIA	
	2001	2006	2001	2006
% su Italia	7,4	7,4	-	-
Indice di invecchiamento ¹	21,3	22,4	18,7	19,8
Indice di vecchiaia ²	175,9	180,7	131,4	140,7
Indice di dipendenza globale ³	76,9	77,9	77,5	76,9
Rapporto tra quarta e terza età ⁴	80,5	86,9	81,2	88,5

¹ % pop. > 65 anni / pop. residente.

² % pop. > 65 anni / pop. < 15anni.

³ % pop. < 15 + pop. > 65 anni / pop. 30-59 anni.

⁴ % pop. > 75 anni / pop. 65-74 anni.

Fonte: per il Piemonte, Banca dati demografico evolutiva; per l'Italia, ISTAT

Gli indicatori demografici riportati nella precedente tabella fotografano una società che *invecchia* e quindi è maggiormente propensa ad ammalarsi. Nelle società occidentali contemporanee il rischio della tenuta dei sistemi sanitari pubblici è strettamente legato all'invecchiamento crescente della popolazione; in Piemonte questo dato è fortunatamente bilanciato da un miglioramento delle

condizioni di salute della popolazione anziana: gli ultra sessantacinquenni senza malattie croniche rappresentano il 22% della popolazione a fronte di un valore medio nazionale che si colloca attorno al 18%.

È comunque indubbio che, anche se – statisticamente parlando – i *grandi anziani* piemontesi hanno una salute migliore rispetto alla media nazionale la Sanità piemontese dovrà prendere maggiormente in considerazione i bisogni relativi alla classe d'età oltre i settantacinque anni, creando servizi *ad hoc* e potenziando tutti quegli aspetti legati all'assistenza. L'organizzazione della Sanità attualmente è focalizzata sulle patologie acute, con un'offerta sanitaria sbilanciata sull'ospedale. Il progressivo invecchiamento della popolazione porta a un aumento delle condizioni di disabilità e di cronicità con una richiesta sempre più ampia e articolata di servizi di lungo-degenza extra ospedaliera e assistenza domiciliare.

Tra i grandi vincoli strutturali che penalizzano il sistema Paese Italia nel confronto con i *partner* dell'Unione europea – vecchi e nuovi – quello demografico è certamente uno dei più gravosi. L'Italia è il Paese più *vecchio* demograficamente del mondo. Influiscono su questo i bassi livelli di fecondità, associati a livelli di sopravvivenza tra i più elevati.

La simulazione su base nazionale che nel 2005 ha rilasciato l'Istat fornisce un quadro aggiornato delle dinamiche demografiche prospettive.

I dati riportati si riferiscono al territorio nazionale, ma tutto fa pensare che indicatori simili funzionino anche per il Piemonte.

Indicatori di struttura della popolazione italiana (1990-2050)

Anno	Struttura per età della popolazione				Indici di struttura		
	%0-14	%15-64	%65+	%85+	Vecchiaia	Dipendenza strutturale	Dipendenza anziani
1990	16,8	68,5	14,7	1,2	88	46	22
2005	14,2	66,4	19,5	2,0	138	51	29
2010	14,0	65,5	20,5	2,8	146	53	31
2020	13,2	63,7	23,2	3,9	176	57	36
2030	12,2	60,8	27,0	4,7	222	64	44
2040	12,4	55,6	32,0	5,8	259	80	58
2050	12,7	53,7	33,6	7,8	264	86	63

Fonte: Previsioni demografiche nazionali Eurostat 2005

Dopo l'invecchiamento della popolazione, quello dell'immigrazione rappresenta il secondo cambiamento demografico significativo, meritevole di attenzione dal punto di vista della domanda di salute espressa, sia per le dimensioni che ha assunto il fenomeno, sia per le peculiarità che la popolazione immigrata presenta (composizione per età e per genere differente dalla popolazione autoctona, esposizione a fattori di rischio differenti come per esempio condizioni abitative e alimentari spesso inadeguate, minore sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro).

A livello regionale gli stranieri rappresentano il 5% della popolazione, a Torino sono il 7,5%; a questi va aggiunto circa un 30% di stranieri temporaneamente presenti.

La domanda espressa da questa parte di popolazione per molte prestazioni sanitarie è meno che proporzionale. Nel 2004 il rischio relativo di ricovero ospedaliero, standardizzato per classe di età, per gli stranieri residenti a Torino era quasi uguale a quello degli italiani. Si evidenziano però patologie per le quali gli immigrati, a parità di struttura per età, hanno maggiore probabilità di essere ricoverati: gravidanze, parti, interruzioni volontarie di gravidanza, malattie infettive e parassitarie, malattie del sangue (quali anemie, traumatismi). Mentre le aree dell'oncologia, della dermatologia e della psichiatria risultano meno investite dalla domanda di salute espressa dai cittadini stranieri.

Se ripercorriamo le diverse fasi dell'età della persona possiamo individuare, all'interno di ognuna, differenze e similitudini tra italiani e immigrati per quanto riguarda la realtà piemontese.

- *Nascita*: l'incidenza di prematuri e gravemente immaturi è del 5% tra gli italiani e del 6% tra gli stranieri regolari, del 7,7% tra gli stranieri temporaneamente presenti.
- *Infanzia*: non vi sono particolari differenze statistiche tra i ricoveri ospedalieri di bambini italiani e stranieri, se si eccettuano i ricoveri per otite e bronchite – più del 7% per i bambini stranieri e meno del 4% per gli italiani – che indicano problemi legati alle condizioni abitative insalubri e alla difficoltà di accedere all'assistenza primaria.
- *Età adulti maschi*: le principali cause di ricovero per i maschi immigrati adulti sono traumi e malattie infettive.
- *Età adulti femmine*: le principali cause di ricovero sono rappresentate da gravidanza, parto, puerperio.
- *Senescenza*: per ora rappresentano una quota esigua nell'insieme dei ricoveri; le cause sono del tutto simili a quelle dei ricoveri degli anziani italiani (problemi cardio-respiratori, patologie neoplastiche, ecc.). È molto probabile che nel tempo il loro numero sia destinato a crescere a seguito dell'invecchiamento dei soggetti arrivati da giovani e anche per via dei ricongiungimenti familiari.

La spesa sanitaria delle famiglie

La spesa sanitaria complessiva è composta dalla spesa pubblica, sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale più la spesa privata, rappresentata dagli acquisti fatti direttamente dai cittadini.

In Piemonte abbiamo visto che la spesa pubblica è coerente con la spesa media procapite delle regioni del Centro-Nord. Per quanto riguarda la spesa sanitaria

dei singoli cittadini assistiamo a un tasso di crescita, negli anni dal 2002 al 2005, superiore a quello medio nazionale. Per esempio, nel 2003 la percentuale media nazionale per quanto riguarda la spesa sanitaria dei cittadini era del 22,7% mentre in Piemonte del 26%. Si può dire che circa un quarto della spesa sanitaria piemontese complessiva sia sostenuto dalle famiglie.

Questo dato può essere parzialmente spiegato dando ai beni e servizi sanitari connotazione di beni superiori il cui consumo aumenta all'aumentare del reddito (vi è una relazione positiva tra spesa sanitaria procapite e reddito procapite).

A livello nazionale negli anni dal 2000 al 2006 la spesa sanitaria delle famiglie è lievitata del 12,8% – prezzi correnti – e 10,7% – prezzi costanti –, una crescita pari a 2,7 punti percentuali del PIL, mostrando una crescita moderata, in linea con il tendenziale ristagno del reddito disponibile.

Il 47% di questa somma – sempre a livello nazionale – è destinato all'acquisto di prodotti medicinali, articoli sanitari, apparecchi terapeutici; il 36% a visite mediche e accertamenti diagnostici, il 16,7% alle prestazioni ospedaliere di riabilitazione.

La differenza tra la spesa pubblica e quella privata è un fenomeno che riguarda, con diverse intensità, tutti i Paesi europei.

Le previsioni di crescita della spesa sanitaria

Considerando solo le variabili demografiche cui si è accennato precedentemente, ipotizzando immutati nel tempo i costi medi dei servizi e il tasso di utilizzo dei servizi sanitari, l'incremento della spesa sanitaria sarà nei prossimi anni più veloce sia dell'incremento della popolazione, sia di quello del PIL, creando problemi preoccupanti rispetto alla sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici così come li conosciamo oggi.

In Piemonte, per esempio, si può parlare di incrementi del 3,9% tra il 2001 e il 2010 (stime formulate con modello IRES, 2003). Anche se si tratta di previsioni meccanicistiche, che non tengono conto del fatto che sono diversi i fattori che incidono sulla dinamica della spesa sanitaria, sia dal lato della domanda, sia dal lato dell'offerta di servizi, e che quindi l'incremento può essere in parte aggiustato utilizzando variabili e indicatori più sofisticati e precisi, sono stime che obbligano a una seria riflessione su ciò che occorre fare per contenere la spesa senza diminuire, per numero e qualità, i servizi e le prestazioni offerti. Questi scenari imporranno seri limiti al finanziamento della spesa sanitaria pubblica e comporteranno problemi di sostenibilità finanziaria per i bilanci delle regioni.

Alla base dell'espansione della spesa – in Europa è passata da una media del 6% del reddito prodotto nel 1990 a una media del 7,5% nel 2004 – vi sono essenzialmente tre fattori.

- (a) L'invecchiamento della popolazione accompagnato da un incremento dei casi di disabilità e dalle patologie cronico-degenerative. Di fronte al cambiamento della domanda l'Italia è estremamente vulnerabile sotto due aspetti: la mancanza di alternative valide al ricovero ospedaliero per le degente di lungo periodo e per i ritardi accumulati nell'integrazione degli interventi socio-sanitari con gli interventi sanitari. In Italia le prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche e accreditate assorbono il 52% delle risorse del Servizio sanitario nazionale, mentre gli interventi sul territorio – assistenza ambulatoriale, residenziale, semi-residenziale, domiciliare – non arrivano al 13%. Questo fa sì che, in Italia, solo il 2,9% della popolazione anziana usufruisca di assistenza domiciliare, mentre nel Regno Unito l'assistenza è il 17%, in Germania 9,6% e in Francia 8%.
- (b) È rappresentato dai progressi della ricerca scientifica che hanno ampliato la possibilità di interventi medici. È probabile che l'iniziale aumento dei costi, se accompagnato da modificazioni nell'organizzazione e nella gestione di alcuni servizi, nel lungo termine si traduca in risparmio. In effetti gran parte delle innovazioni riguardano il settore della prevenzione piuttosto che quello della cura ed è altamente probabile che con l'aumento della prevenzione vi sia un sensibile miglioramento dello stato generale di salute e quindi nel tempo un risparmio sulle cure da erogare.
- (c) Il fattore che maggiormente contribuisce all'aumento dei costi è costituito dal graduale miglioramento delle condizioni di vita della popolazione. Secondo una ricerca OCSE, a un incremento dell'1% del reddito pro-capite corrisponde una crescita della spesa sanitaria compresa tra l'1 e l'1,3%: la domanda di beni e servizi per la salute tende a crescere in misura più che proporzionale rispetto allo sviluppo economico e sociale delle nazioni.

La filiera della salute

Fino ad ora si è parlato di spesa, ma è bene ricordare che parlando di Sanità si parla di una filiera composta da industria, commercio e servizi, che rappresenta, per esempio quanto a numero di addetti, la quarta impresa italiana (superata solo dal settore manifatturiero e da banche e assicurazioni).

La spesa sanitaria italiana complessiva – spesa pubblica e spesa a carico delle famiglie – pari a circa 133,2 miliardi di euro, genera oltre 3 milioni di posti di lavoro, il che vuol dire che per ogni milione di euro spesi si creano 23 posti di lavoro. In altri settori i parametri sono più bassi: tessile e abbigliamento creano 18 posti di lavoro per ogni milione di spesa, mentre l'indice nel settore meccanico è di 14 posti sempre ogni milione di euro spesi.

Occupati nelle attività della filiera della salute. Valori assoluti in migliaia (2004-2006)

Settori di attività economica	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Var.% 2006/2004
INDUSTRIA	145,2	143,6	149,6	3,0
- Fabbricazione di prodotti farmaceutici	68,7	67,9	69,2	0,7
- Fabbricazione di dispositivi medici	76,5	75,7	80,4	5,1
COMMERCIO	120,4	121,5	123,0	2,2
- Commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici e dispositivi medici	38,9	39,7	40,5	4,1
- Commercio al dettaglio di prodotti farmaceutici e dispositivi medici	81,5	81,8	82,5	1,2
ATTIVITÀ PROFESSIONALI	19,1	20,4	21,0	9,9
- Ricerca scientifica nel campo della medicina	19,1	20,4	21,0	9,9
SERVIZI ASSISTENZIALI	1.180,2	1.196,8	1.220,0	3,4
- ASL e AO	652,9	647,7	647,5	-0,8
- Altri comparti	527,3	549,1	572,5	8,6
TOTALE FILIERA	1.464,9	1.482,3	1.513,6	3,3
INTERA ECONOMIA NAZIONALE	24.256,1	24.332,6	24.754,3	2,1
<i>Incidenza percentuale</i>	<i>6,0</i>	<i>6,1</i>	<i>6,1</i>	<i>—</i>

Fonte: Elaborazione e stima Confindustria su dati ISTAT, Ministero della Salute (tratto dal documento "L'andamento della filiera della salute nel periodo 2004-2006", Roma dicembre 2007)

La spesa sanitaria non è quindi una spesa improduttiva. Il rapporto presentato da Confindustria – la ricerca è stata condotta nel 2005 da Nicola Quirino, professore ordinario di finanza pubblica presso l'Università LUISS di Roma; lo studio è stato ulteriormente aggiornato nel 2006 – dimostra che le risorse investite in Sanità hanno un'alta fecondità; tra il 1996 e il 2004 produzione e valore aggiunto dell'*azienda salute* hanno registrato tassi di crescita superiori a quelli del complesso delle attività produttive.

A tutti gli effetti comincia a farsi strada l'idea che la spesa sanitaria non è un costo ma un investimento; il ruolo della tutela della salute non è solo sociale ma anche economico.

Le attività che la *filiera della salute* raggruppa partecipano in misura notevole alla formazione della ricchezza nazionale ed esercitano un effetto di trascinamento sul resto dell'economia, assorbono una quota elevata dell'occupazione totale e investono nella ricerca scientifica e nell'innovazione tecnologica.

Si può dire che essa, la filiera della salute, agisca sui processi di sviluppo sia indirettamente – creando un ambiente favorevole alla crescita della produttività sul lavoro – sia direttamente, attraverso l'impiego di risorse nel proprio ciclo produttivo e la creazione di valore aggiunto.

Parte II

Alcune considerazioni preliminari

La ricerca *La Sanità in Piemonte* svolta dall'Associazione Torino-Europa si è posta l'obiettivo di analizzare la situazione della filiera salute nella nostra regione, di individuarne criticità e di suggerire alcune proposte per il suo miglioramento.

Perseguire lo stato di benessere fisico, mentale e sociale per i cittadini è uno degli obiettivi primari per le società occidentali. È condizione per lo sviluppo produttivo e per l'efficienza del sistema sociale. La salute dei cittadini rappresenta un bene per gli uomini, ma anche una condizione per il buon funzionamento della società.

La Sanità piemontese, pur presentando buoni livelli di cura e garantendo in molti casi alti livelli di eccellenza, presenta forti disomogeneità e carenze strutturali che rischiano di abbassare i livelli dell'assistenza che sarebbe possibile garantire sulla base delle competenze esistenti.

Punto di partenza del nostro lavoro è stata la lettura del *Piano socio-sanitario regionale 2007-2010* della Regione Piemonte, degli articoli comparsi su quotidiani e sui periodici nel periodo dall'autunno 2007 all'estate 2008 compresa. Si sono inoltre svolti incontri e colloqui informali con alcuni dirigenti del Servizio sanitario regionale del Piemonte e con alcuni esponenti politici di questa Regione.

È emerso un quadro della Sanità che può essere così sintetizzato:

- la regione Piemonte oggi è in grado di assicurare un buon livello di assistenza sanitaria nonostante abbia un mediocre sistema organizzativo e infrastrutturale;
- le carenze organizzative e infrastrutturali erodono risorse in modo improprio e tendono a ridurre i livelli della qualità assistenziale;
- l'attuale sistema organizzativo e l'odierno patrimonio di infrastrutture non saranno in grado di assicurare i livelli di assistenza sanitaria necessari a una popolazione che richiederà un'assistenza diversa, sempre più basata sulla prevenzione, su cure e competenze specialistiche, sulla possibilità di assicurare continuità assistenziale.

Il *Piano socio-sanitario regionale 2007-2010*, approvato dalla Regione Piemonte nell'ottobre del 2007, affronta in modo approfondito tutti i temi dello sviluppo della Sanità piemontese ed è articolato in cinque capitoli:

1. opportunità di crescita, governo delle risorse, innovazioni;
2. governo del servizio sanitario regionale;
3. promozione della salute e prevenzione;
4. integrazione socio-sanitaria e cure primarie;
5. la rete ospedaliera del Piemonte.

È una disamina attenta e completa di ciò che un sistema sanitario regionale deve attuare in ottemperanza con le linee guida definite dal *Piano sanitario nazionale*, coerente con i nuovi protocolli di cura, con le nuove esigenze della popolazione, con i progressi della medicina, con il passaggio graduale verso una medicina organizzata territorialmente attraverso i Gruppi di cure primarie e le Case della salute.

Per ogni ambito vengono descritti i principi guida, elencate e descritte le modalità organizzative, le modalità di interazione con l'intero sistema assistenziale, le criticità, i nodi più difficili da sciogliere.

Il Piano propone un cambiamento radicale e profondo dell'attuale sistema e di fatto programma azioni che realisticamente potranno essere pienamente compiute in un arco temporale molto lungo, con grandi investimenti e con cambiamenti organizzativi che sicuramente vedranno le parti coinvolte non completamente d'accordo o addirittura contrarie per la difesa di rendite di posizione acquisite. In alcuni casi si tratta di compiere delle vere e proprie *rivoluzioni* culturali, per esempio per quanto riguarda il disegno del nuovo ruolo – sia dal punto di vista organizzativo sia strutturale – dei Medici di Medicina Generale.

Si presenta come uno strumento completo e ambizioso, appropriato e lungimirante, ma è carente nella parte di attuazione, nell'indicazione dei mezzi e delle risorse finanziarie, dei tempi di realizzazione e nella valutazione dei nodi più critici e quindi nell'individuazione delle priorità.

È sicuramente un buon progetto generale. Manca, quasi del tutto, quello che gli architetti definiscono il *progetto esecutivo*.

La Sanità piemontese deve predisporre ad affrontare una stagione di cambiamenti che saranno, per certi versi, radicali, come del resto accadrà in gran parte delle regioni italiane.

Crescono i costi e la complessità dei processi di cura, si sviluppano nuove tecnologie e l'informatizzazione diffusa è la condizione per lo sviluppo di nuove forme organizzative e assistenziali; tra queste la telemedicina tenderà ad avere un ruolo sempre più importante. Inoltre i cittadini/utenti hanno forti aspettative e pretendono cure efficaci, tempestive, assistenza adeguata. Contemporaneamente si rende necessaria una semplificazione dei processi, una riduzione dei costi, una

sempre più marcata programmazione, una responsabilizzazione di tutti i settori preposti ai processi di cura.

La Sanità è uno dei comparti più rilevanti delle società moderna, una delle prime industrie in assoluto. Deve però rispondere a criteri sociali e in Italia attraverso, come del resto tutto il sistema Paese, un forte momento di crisi.

La sanità in Italia

Progettare interventi volti al miglioramento e all'adeguamento alle nuove esigenze nel settore della Sanità, impone una valutazione sui *trend* di aumento della spesa sanitaria in relazione all'aumento della domanda e delle aspettative della popolazione (come analizzato nella prima parte del lavoro).

È utile ricordare che l'incidenza diretta e indotta sul prodotto interno lordo della filiera della salute è stato del 12,4% nel 2006, in aumento rispetto all'11,1% del 2004, e che gli occupati sono oltre un milione e mezzo, circa 100.000 unità in più rispetto al 2004. L'industria della salute spende per la ricerca 30 euro per ogni mille euro di produzione, contro gli appena 6 euro della media dell'industria manifatturiera.

Le prospettive di andamento della spesa sanitaria hanno un incremento costante: nel periodo 2000-2005 l'incremento medio annuo della spesa sanitaria pubblica ha superato di oltre cinque punti percentuali il tasso d'inflazione programmata e complessivamente i costi del servizio nazionale sono cresciuti quasi del 50% negli ultimi sei anni fino ad arrivare a una spesa di quasi 100 miliardi nel 2006 (6,7% del prodotto lordo). Nel 2008 la spesa complessiva prospettata dalle regioni sarà pari a circa 108 miliardi, a fronte di circa 100 miliardi di entrate.

Secondo il già citato documento della Confindustria – Nicola Quirino, *L'andamento della filiera della salute nel periodo 2004-2006*, Roma dicembre 2007 – la spesa sanitaria ha avuto un periodo di contenimento del ritmo di crescita nella prima parte degli anni 1990, dovuto alle manovre di finanza pubblica necessarie per la partecipazione del nostro Paese al sistema della moneta unica europea. In quel periodo si è operato per una limitazione del ritmo di crescita del costo del lavoro con il blocco del *turnover*. Sono state inoltre avviate politiche di razionalizzazione delle attività degli istituti di cura attraverso il potenziamento dei servizi di *day hospital* e di *day surgery* che ha portato a una diminuzione dei ricoveri e a una diminuzione dei posti letto (dalle 410.026 unità del 1990 si è passati ai 280.438 del 1999). A queste vanno aggiunte altre manovre di razionalizzazione della spesa quali: il fissare i tetti di spesa massima per i medici di base; l'inasprimento dei *ticket* sui medicinali e sugli accertamenti diagnostici; la disposizione di misure volte ad assicurare maggiori livelli di efficienza, quali per esempio la chiusura o la riconversione di piccoli ospedali, l'aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali.

A partire dal 2000 la spesa sanitaria pubblica ha ricominciato a salire, secondo il documento di Confindustria, in concomitanza con l'attribuzione alle amministrazioni regionali e locali di un ampio ventaglio di competenze e responsabilità in materia di tutela della salute³.

Negli ultimi sei anni i costi del nostro servizio Sanitario Nazionale sono cresciuti del 49,6% e “... si può quindi affermare che le politiche di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale concordate tra i diversi livelli di governo hanno incorporato un rigore finanziario che, a consuntivo, si è rivelato completamente irrealistico” (Nicola Quirino, *L'andamento della filiera della salute nel periodo 2004-2006*, Roma dicembre 2007, p. 8).

La spesa è ancora destinata a salire nei prossimi anni per una serie di fattori che, sempre il documento di Confindustria riassume in tre principali motivi: l'invecchiamento della popolazione; i progressi della ricerca scientifica; il graduale miglioramento del tenore di vita.

L'invecchiamento della popolazione significherà un incremento dei casi di disabilità e delle patologie cronico-degenerative e quindi il conseguente aumento della domanda di assistenza continuativa. La popolazione anziana in Italia, cioè le persone con almeno 65 anni di età, erano 11 milioni nel 2006 – 19,8% sulla popolazione totale – e saranno 13 milioni e mezzo nel 2020 (23,2%) e quasi 19 milioni nel 2050 (33,6%).

Qui si evidenzia un vero nodo critico: oggi questa assistenza è in gran parte fornita dalle strutture ospedaliere con un aumento improprio dei costi, e quindi nei prossimi anni occorrerà investire molto per realizzare le strutture necessarie per un'assistenza domiciliare integrata.

I progressi della ricerca scientifica a loro volta faranno lievitare la spesa in quanto amplieranno le possibilità di intervento medico, attraverso l'adozione di cure più efficaci ma anche molto più costose e complesse, permetteranno di trattare un numero crescente di patologie comprese quelle precedentemente considerate non curabili. Viceversa i progressi scientifici potranno essere orientati verso la prevenzione, con un conseguente risparmio di sofferenze, riduzione dei ricoveri, minore consumo di farmaci. Ovviamente la spesa per la prevenzione va considerata come un investimento a medio e lungo termine: inizialmente farà lievitare ulteriormente i costi, ma nel tempo potrebbe creare risparmi.

L'ultimo dei fattori che contribuisce all'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria è il miglioramento del tenore di vita della popolazione che tende di per sé a far crescere in misura più che proporzionale la domanda di beni e servizi per la tutela della salute.

In sintesi nei prossimi anni assisteremo a un progressivo aumento della domanda di prevenzione, cure complesse, assistenza continuativa e domiciliare. Aumenterà la possibilità di curare patologie gravi e di aumentare sensibilmente le aspettative di vita. Le cure, sempre più specialistiche, richiederanno livelli

³ Si rimanda all'introduzione di questa ricerca per una riflessione sugli effetti del decentramento nel settore sanità.

organizzativi, tecnologie, competenze sempre più alte, complesse, interdisciplinari, costose. Di conseguenza, per garantire i livelli di assistenza attuali, per migliorarli, per adeguarli al progresso scientifico, per rispondere alla nuova domanda occorre un intervento radicale di razionalizzazione dei processi organizzativi, di sviluppo tecnologico ed edilizio dei luoghi di cura, la realizzazione di una rete capillare di assistenza e cure primarie a livello territoriale, un cambiamento culturale nel rapporto paziente-medico e tra medicina generalista e medicina specialistica. Gli investimenti saranno ingenti e ineludibili.

La spesa sanitaria quindi continuerà a salire sia per le voci tradizionali – spese per il personale, gli acquisti di beni e servizi intermedi, gli interventi di adeguamento delle strutture ospedaliere – sia per gli investimenti necessari per adeguare le strutture obsolete e per la nuova organizzazione territoriale delle cure e dell'assistenza.

La sanità in Piemonte

I processi evolutivi della Sanità prima descritti in ambito nazionale valgono anche per la Sanità piemontese. Una Sanità che attualmente eroga un buon servizio attraverso un sistema da più parti considerato inefficiente. Lo stesso *Piano socio-sanitario regionale 2007-2010* lo mette più volte in evidenza, descrivendo puntualmente le molte criticità, i nodi da superare, le scelte progettuali e programmatiche caratterizzanti l'articolazione dei servizi: l'assegnazione di una forte priorità per lo sviluppo di tutta l'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie; l'organizzazione della rete ospedaliera per livelli di competenza e specializzazione; il governo e la gestione del sistema sanitario sobrio, in grado di aumentare la soddisfazione degli assistiti e contenere la spesa.

Il punto nodale da affrontare è questo: quali priorità dovrà affrontare la Sanità piemontese per poter continuare a garantire ai cittadini gli attuali livelli di assistenza, per poterli migliorare, per poter affrontare le nuove richieste riguardo all'assistenza e alla cura che oggi sono *in nuce* e nei prossimi anni si paleseranno? Quali sono gli interventi prioritari, in quanto tempo potranno essere realizzati, con quali risorse, quali sono le strozzature organizzative e le resistenze che impediscono la piena attuazione dei programmi adottati e da adottare?

Quali sono gli interventi che potrebbero in tempi brevi garantire una maggiore efficienza del sistema e migliorare la qualità delle prestazioni ?

Quali sono le risorse che il sistema sanitario può *creare-reperire-recuperare* per la realizzazione di un piano di interventi così radicale?

Le criticità maggiori, che nel tempo tenderanno ad aumentare e non a risolversi, se non prontamente affrontate, riguardano due macro-aree di intervento: i modelli organizzativi e la rete ospedaliera e della medicina territoriale.

I modelli organizzativi sono relativi a:

- riordino delle attività delle aziende ospedaliere;
- il sistema informativo;
- la riorganizzazione del ruolo e delle funzioni della Medicina generale e della sua funzione di *porta d'ingresso* del sistema sanitario.

La rete ospedaliera riguarda:

- l'adeguamento delle attuali strutture e la loro sostituzione con complessi moderni.

Modelli organizzativi e attività delle aziende ospedaliere

Le aziende ospedaliere sono impegnate in un processo di riorganizzazione aziendale al fine di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, razionalizzare i costi, perseguire l'appropriatezza terapeutica e la buona presa in carico del paziente, garantire la continuità assistenziale.

Per i cittadini-utenti significa ricevere la garanzia di cure appropriate ed efficaci, la tempestività delle stesse, la semplificazione all'accesso, la riduzione dei tempi di prenotazione. E possibilmente anche un livello di accoglienza e degenza più adeguato ai canoni attuali e più funzionale alle cure.

L'azienda ospedaliera è una struttura complessa, in grado di erogare centinaia di migliaia di prestazioni ogni anno, che ha bisogno di professionalità diverse, non solo sanitarie, per poter funzionare ottimamente.

I punti critici attuali, messi in evidenza anche dal *Piano socio-sanitario*, sono relativi alla funzionalità delle strutture edili, alle risorse umane e quindi al riordino delle dotazioni organiche, alle loro competenze, allo snellimento delle strutture interne, all'eventuale esternalizzazione di alcune funzioni. I nodi più critici in genere sono relativi alle dotazioni organiche e ai modelli organizzativi finora adottati.

Nonostante queste criticità complessivamente le cure erogate sono considerate di qualità, con punte di eccellenza a livello nazionale – emergenza-pronto soccorso, trapianti e prelievi, traumatologia, rete oncologica –, ma con un livello di accoglienza e di servizi legati alla degenza considerati spesso inadeguati e che, a volte, sono l'unica vera ragione di insoddisfazione (insieme con i tempi di attesa per le analisi e per alcuni interventi terapeutici).

L'azienda ospedaliera, in questo momento, rappresenta uno dei punti più critici del sistema sanitario, quello dove sarebbe necessario intervenire con maggior

radicalità. E, contemporaneamente, è il punto dove si possono conseguire risultati di efficienza ed efficacia in tempi relativamente brevi e con costi iniziali contenuti e successivi significativi risparmi.

Si tratta però di intervenire celermente con processi di riorganizzazione radicale in grado di ottimizzare le risorse esistenti, riequilibrare ruoli e funzioni, semplificare le strutture interne (dipartimenti), eliminare le duplicazioni e le sovrapposizioni.

L'Azienda ospedaliera San Giovanni Battista sta realizzando, nel triennio 2008-2010, un Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico finanziario (PRR). Il Piano prevede un processo di *snellimento organizzativo* che porterà da 16 a 10 i Dipartimenti sanitari, dalle attuali 107 a 85-90 le Strutture Complesse con l'obiettivo di aumentare "... *la condivisione delle risorse, ... in quei contesti organizzativi nei quali appare più evidente la moltiplicazione di percorsi diagnostico-terapeutici paralleli (o addirittura divergenti) e comunque non integrati*". Contemporaneamente si sta operando per un profondo adeguamento delle modalità di gestione delle attività amministrative, tecniche e professionali: "... *la necessità di un costante e rigoroso controllo dei livelli della spesa sanitaria impone l'adozione di tutte le tecniche possibili che consentano di snellire e razionalizzare le procedure gestionali secondo criteri di efficacia ed efficienza e che pongano grande attenzione anche al raggiungimento di risultati in campo economico e finanziario attraverso processi quali la programmazione, il controllo di gestione e il monitoraggio dell'andamento generale dell'organizzazione*" (Azienda sanitaria ospedaliera San Giovanni Battista, *Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario [PRR] 2008-2010*, Torino 2008).

L'Azienda ospedaliera San Giovanni Battista propone una gestione fortemente decentrata per dipartimenti ai quali vengono affidati ambiti di competenza relativi "... *alla gestione delle risorse umane, al fine di razionalizzare l'utilizzo e sopperire ai problemi derivanti dalla carenza di personale e di risorse, economiche; all'analisi e verifica della gestione dei flussi informativi, al fine di razionalizzare e rendere più efficiente l'erogazione delle prestazioni; alla gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici...*" (Azienda sanitaria ospedaliera San Giovanni Battista *Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario [PRR] 2008-2010*, Torino 2008).

Un aspetto critico del sistema sanitario piemontese, la gestione e l'organizzazione dei nosocomi, potrebbe essere riformato, anche in tempi brevi, con gran beneficio in termini di prestazioni sanitarie e di significative economie creando un modello organizzativo di riferimento per tutte le strutture ospedaliere.

Proposta

Programmare un percorso di riorganizzazione di tutti i nosocomi piemontesi mettendo in comune le migliori esperienze e i processi in atto in tutte le aziende ospedaliere piemontesi, utilizzare esperienze di altre strutture ospedaliere italiane attraverso una valutazione comparativa e *sul campo* delle componenti organizzative e gestionali, sperimentare nuovi concetti di gestione complessiva del nosocomio che distingua le prestazioni sanitarie, molto complesse e ad alta intensità, dalla gestione dell'accoglienza e della degenza coinvolgendo in questo caso competenze specifiche e consolidate nel settore *alberghiero*; procedere a una nuova valutazione dei livelli di produttività di tutto il personale, puntando a un aumento del tempo realmente dedicato alle attività professionali, favorendo il riequilibrio tra personale medico e infermieristico, immettendo nuove professionalità e specializzazioni, favorendo il lavoro interdisciplinare, sviluppando le attività di formazione e riqualificazione professionale e scientifica.

Occorre verificare la possibilità di mettere in comune alcune attività gestionali: l'acquisto di beni e medicinali, la gestione energetica, sicuramente l'unificazione dei sistemi informativi.

Il sistema informativo

La razionalizzazione dei processi organizzativi e di interazione tra medicina generale e specialistica, la continuità assistenziale, la presa in carico del paziente, la centralizzazione degli acquisti, l'accessibilità dei servizi – sistema di prenotazione in rete –, la medicina a distanza si basano su un sistema informativo unificato in grado di far dialogare tra di loro tutti i punti del sistema sanitario. Oggi, in Piemonte questo sistema è estremamente lacunoso e incompleto: “... *nel corso dell'ultimo decennio si è registrata una notevole diffusione di sistemi e applicazioni, evoluzione caratterizzata da scarso governo dell'architettura, più centrata su una logica di semplice informatizzazione delle funzioni singole che non sull'integrazione del sistema complessivo. Ciò determina allo stato attuale un basso livello di interoperabilità, inefficienza, un a ridotta flessibilità e adattabilità, costi di gestione alti, presumibilmente replicati e ingovernabili*” (Assessorato alla Sanità, *Piano socio-sanitario regionale 2007-2010*, Regione Piemonte, ottobre 2007, p. 15).

Proposta

Avviare con grande celerità un programma di unificazione a livello regionale del sistema informativo in grado di far realmente dialogare tutti i punti del sistema. È un'operazione difficile, ricca di imprevisti e di nodi da sciogliere, ma

imprescindibile per il successo di ogni azione di modernizzazione del sistema sanitario e condizione primaria per conseguire alcune significative economie di scala – acquisto di beni –, per favorire la piena integrazione tra medicina generale e medicina specialistica, per rendere efficiente l'azione dei Gruppi di cure primarie, per sviluppare la telemedicina.

La riorganizzazione del ruolo e delle funzioni della medicina generale

La medicina generale assumerà un ruolo sempre più fondamentale per un servizio sanitario che deve garantire prevenzione, cure complesse, assistenza continuativa. Il medico di famiglia già oggi deve indirizzare i propri pazienti verso la struttura e i trattamenti terapeutici più appropriati accompagnandoli in ogni azione terapeutica, deve rispondere appieno alla funzione di *porta d'ingresso* del servizio sanitario e deve contribuire all'erogazione delle cure primarie. Da medico che risponde alla domanda di cure deve trasformarsi in un professionista in grado di occuparsi della salute del cittadino, deve poter attuare piani e strategie per lavorare sulla prevenzione e per dare risposte, oltre che all'individuo anche alla collettività.

Per svolgere appieno queste nuove funzioni il medico di famiglia dovrà lavorare sempre di più in equipe attraverso i Gruppi di cure primarie (GCP), caratterizzati da presenze pluriprofessionali, dalla condivisione delle impostazioni di lavoro, da relazioni operative strutturate con gli altri livelli del sistema sanitario territoriale ed ospedaliero.

I GCP dovrebbero operare in strutture ambulatoriali e avvalersi di un sistema informativo in grado di farli dialogare facilmente con tutto il sistema sanitario. Dovrebbe essere inoltre sviluppata celermente la possibilità di assistere e curare attraverso la telemedicina.

Proposta

Organizzare l'assistenza territoriale attraverso i Gruppi di cure primarie, in grado secondo il *Piano socio-sanitario regionale* di assistere 10-15.000 abitanti in un territorio ben definito, rappresenta una sfida culturale e organizzativa di grande impegno.

Oggi solo il 10% dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta lavora in rete e in gruppo, mentre un altro 60% lavora in associazione, una forma meno coinvolgente e più lontana dal modello dei GCP. Per conseguire questo risultato occorre predisporre un piano specifico, in grado di coinvolgere culturalmente e scientificamente i medici e le loro organizzazioni, è necessario investire per realizzare gli ambulatori e dotarli delle attrezzature necessarie, occorre stabilire tempi e tappe del processo di riorganizzazione. Sarà un

processo non immediato, ma proprio per questa ragione occorre definire al più presto il suo piano particolareggiato e quantificare le risorse necessarie.

La rete ospedaliera

Attualmente parte degli ospedali piemontesi sono collocati in edifici vetusti, energeticamente inefficienti, bisognosi di continui interventi per la manutenzione ordinaria, straordinaria, adeguamenti normativi.

La disposizione degli spazi architettonici – pensati, disegnati, costruiti decine e decine di anni fa – rende arduo l’obiettivo corretto del *Piano socio-sanitario* di “... *superamento degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline e con un orientamento all’organizzazione in dipartimenti ed aree assistenziali comuni. La struttura del nuovo ospedale che viene così disegnato supera il concetto del reparto tradizionale, inteso come spazio fisico (...). I percorsi di diagnosi e cura del malato devono seguire percorsi integrati, organizzati ‘orizzontalmente’ che intersecano le diverse aree. Pertanto degenze, sale operatorie, laboratori, ambulatori, servizi diagnostici dovranno essere il più possibile centralizzati ed utilizzabili dalle molteplici professionalità...*” (Assessorato alla Sanità, *Piano socio-sanitario regionale 2007-2010*, Regione Piemonte, ottobre 2007, pp. 147-148).

Gli interventi attuali di adeguamento e riorganizzazione sono previsti all’interno dei vecchi edifici, con costi e vincoli notevoli. Basti pensare agli interventi pensati per l’ASO San Giovanni Battista che nei prossimi dieci anni prevedono una spesa di 270 milioni di euro. Particolarmente critica è la situazione della rete ospedaliera metropolitana, dove si concentrano ospedali con quaranta, sessanta, ottant’anni di attività. La strategia adottata dal *Piano socio-sanitario regionale* è di realizzare alcuni nuovi nosocomi – Novara, Alessandria, Vercelli, nuovo Maria Vittoria e nuovo ospedale nella zona Nord-Ovest di Torino – e di intervenire sull’adeguamento di quelli esistenti. Tale strategia pone alcuni interrogativi, specialmente per l’area metropolitana torinese e induce ad alcune riflessioni.

Quanto costa mettere a norma gli edifici attuali e ristrutturarli e quanto costa costruire nuovi edifici già disegnati per le nuove esigenze organizzative? L’ipotesi più coerente con l’obiettivo della qualità del servizio e dell’efficienza dei costi e dell’organizzazione sarebbe quella di procedere a un programma edilizio straordinario per la realizzazione di nuovi nosocomi nell’area metropolitana torinese in coerenza con la complessa riorganizzazione sanitaria territoriale prevista. Un programma che preveda anche l’eventuale progressivo abbandono delle vecchie strutture o il loro drastico ridimensionamento. Operazione oggi difficile da realizzare in quanto in questi edifici sono previsti molti interventi di ammodernamento – 200 milioni di euro nei prossimi tre anni – o ne sono stati realizzati recentemente. Addirittura alcuni nosocomi stanno

utilizzando oggi fondi stanziati quindici anni fa o addirittura risalenti ancora al 1988 a seguito della riforma sanitaria firmata da Donat-Cattin.

Il programma dovrebbe mettere a confronto i costi tra le due soluzioni – ristrutturazioni o nuove edificazioni –, i risparmi generati dai nuovi nosocomi nella gestione ordinaria, i vantaggi per l'organizzazione sanitaria.

Le risorse economiche necessarie per un programma straordinario potrebbero essere reperite attraverso la valorizzazione delle aree immobiliari liberate dalle vecchie costruzioni – di grande pregio – e dall'eventuale ricorso al *project financing*, formula che potrebbe dare anche dei vantaggi sul piano della gestione degli edifici e dei servizi generali.

D'altra parte si può leggere anche nel *Piano socio-sanitario regionale* che “... *il patrimonio immobiliare destinato ad attività sanitaria è obsoleto e generatore di costi aggiuntivi il cui recupero è uno dei fattori che dovrebbero consentire di rispettare i parametri generali dati*” (Assessorato alla Sanità, *Piano socio-sanitario regionale 2007-2010*, Regione Piemonte, ottobre 2007, p. 11).

La sfida attuale è progettare strutture ospedaliere e di cura che serviranno nel 2020. In questa progettazione occorre tenere conto della struttura urbanistica e della composizione sociale delle città che saranno completamente diverse da quelle in cui viviamo oggi.

Conclusioni

La Sanità in Piemonte ha di fronte un compito molto complesso: riuscire a garantire agli abitanti della regione un sistema di prevenzione e cure appropriato per le esigenze attuali e nel contempo flessibile per poter rispondere alle esigenze future.

Occorre comunque partire dal presupposto che il sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è il fiore all'occhiello della nostra società anche se oggi l'Italia – ma questo vale anche per gli altri Paesi europei – non ha più la sicurezza finanziaria per sostenere un Servizio così impostato; per questo è necessario studiare soluzioni che permettano di ridurre le spese per fornire i servizi.

In Piemonte il livello delle cure è considerato adeguato, ma il sistema che lo eroga appare a volte inefficiente, spesso distante da livelli di eccellenza organizzativi e amministrativi realizzati altrove.

E qui incontriamo uno dei nodi più critici: la qualità dell'assistenza sanitaria non può essere disgiunta dalla qualità complessiva dei servizi, pena l'aumento dei costi sia a livello generale sia per le singole unità di prestazione. La qualità dell'assistenza sanitaria deve essere considerata in modo non disgiunto dalla qualità complessiva dei servizi; qualità della cura e qualità del servizio devono essere considerati insieme, perché curare bene all'interno di una pessima organizzazione fa lievitare notevolmente i costi.

Un altro elemento negativo è dato dall'alta mobilità passiva che vi è in Piemonte – è maggiore il numero di abitanti del Piemonte che si fanno curare in altre regioni di coloro che giungono in Piemonte da altre regioni per motivi di cura –, l'unica regione del Nord che ha un saldo negativo.

Il *Piano socio-sanitario regionale 2007-2008* ha proposto un programma probabilmente coerente alle necessità di riforma del sistema sanitario piemontese, ma – come già ricordato – mancano le indicazioni delle priorità, dei tempi e delle risorse necessari per la sua attuazione.

Ricordiamo alcune di queste priorità:

- dotare la Sanità piemontese di una rete ospedaliera moderna ospitata in edifici in grado di ottimizzare costi e sistemi organizzativi;
- creare un modello organizzativo di riferimento per le aziende ospedaliere;
- unificare e rendere disponibile il sistema informativo;
- sviluppare la medicina territoriale;
- realizzare economie di scala per gli acquisti di beni e servizi.

Appare evidente che la realizzazione di un programma riformatore così impegnativo può essere affrontato solo in tempi medio-lunghi e con risorse ingenti, e deve quindi superare i limiti di una legislatura e predisporre azioni con una visione di lungo periodo.

Contemporaneamente è necessario prendere decisioni celeri in grado di avviare i processi riorganizzativi.

Per gestire un processo così complesso, ma adeguato alla gravità dei compiti e delle responsabilità, si rende necessario un cambiamento nel rapporto tra le parti politiche oggi contrapposte e, di conseguenza, la ricerca di un terreno di intesa sugli interventi strutturali in grado di determinare una svolta nel sistema sanitario della regione.

Per rispondere alla crisi attuale sarà quindi necessario avviare la costruzione di un linguaggio comune tra forze politiche sul tema Sanità e, soprattutto, svincolare la Sanità dalla politica partitica costruendo un piano trasversale il cui adempimento deve proseguire indipendentemente dai cambi di legislatura.

Fonti

Assessorato alla Sanità, *Piano socio-sanitario regionale 2007-2010*, Regione Piemonte, ottobre 2007.

Vittorio Ferrero - Simone Pellegrino - Santino Piazza - Stefano Piperno - Gilberto Turati, *Il modello IRES nell'ambito dei modelli di previsione della spesa sanitaria. Analisi dei limiti e proposte di miglioramento*, IRES 2007.

AA.VV., *Relazione annuale sulla situazione economica, sociale e territoriale del Piemonte*, IRES 2006.

Interventi al Seminario di studio 30 marzo 2007 Roma, *Il divario nord-sud e il federalismo fiscale in Sanità*, a cura di AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria), citato in *L'organizzazione sanitaria e il divario tra le regioni italiane*, <www.superando.it>.

Ministero della Salute, *Dati economico finanziari del Servizio Sanitario Nazionale*, marzo 2007, <www.ministerosalute.it>.

Ministero della Salute, *Sistema Informativo Sanitario*, a cura di ISTAT.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2006.

Nicola Quirino, *L'andamento della filiera della salute nel periodo 2004-2006*, Roma dicembre 2007, Confindustria.

Eurostat, *Previsioni demografiche nazionali*, 2005.

Azienda sanitaria ospedaliera San Giovanni Battista, *Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (PRR) 2008-2010*, Torino 2008.