

non tanto al mero contenimento dei costi, quanto all'aumento della produttività e al perseguimento di fini strategici di efficacia, attraverso una maggiore organicità e sistematicità dell'intera organizzazione, la cura della qualità dei processi e l'eliminazione degli inutili dispendi, nella considerazione che essi, stornando mezzi essenziali, privano di trattamenti e cure chi ne ha reale necessità, poiché le risorse sono scarse e le finalità alternative.

1.2. *Anziani e cronici: il caso della Liguria.*

Il progresso della medicina garantisce la sopravvivenza da malattie in precedenza letali; tuttavia raramente assicura la completa guarigione, aumentando la consistenza della fascia di soggetti che richiedono cure continue e complesse per periodi di lunga durata se non per il resto della vita.

Questi effetti sono piuttosto evidenti se si osservano i dati relativi alle malattie neoplastiche. Tra il 1990 e il 2007 il periodo di permanenza in vita dei malati di cancro in Italia è aumentato del 14 per cento per gli uomini e del 9 per cento per le donne. Questo importante miglioramento permane anche a distanza di 10 e 15 anni dalla diagnosi. La sopravvivenza relativa media a 5 anni dalla diagnosi per i soggetti diagnosticati nel 1997-1999 è del 49 per cento fra gli uomini e del 62 per cento fra le donne. Questo valore per i casi diagnosticati nel 1985-87 era 34 per cento e 51 per cento (AIRTUM Report 2007). Se consideriamo che un uomo ogni due e una donna ogni tre nel corso della propria vita hanno la probabilità di sviluppare un tumore⁽¹⁾, deve inferirsi che tra i residenti in Italia ci sia oltre un milione di persone che hanno avuto una diagnosi di tumore nei cinque anni precedenti e sono ancora in vita, a cui devono aggiungersi i pazienti cronici sopravvissuti alla fase acuta di altre malattie.

Inoltre, secondo i dati ISTAT più recenti (2011) ben il 28,9 per cento della popolazione – oltre 17 milioni di persone, quasi un italiano su tre – è affetto da una malattia cronica (diabete, ipertensione, osteoporosi, artrosi-artrite, malattie del cuore, malattie allergiche, disturbi nervosi). Il dato è assai preoccupante: se lo sviluppo della medicina ha allungato la vita dei malati cronici, ciò tuttavia non si traduce necessariamente in un miglioramento del loro stato di salute.

Nel 2011 l'indice di vecchiaia ISTAT per l'Italia dice che ci sono 144,5 anziani ogni 100 giovani⁽²⁾. Gli ultrasessantacinquenni, pertanto, costituiscono almeno un quinto (il 20,3 per cento) della popolazione, quindi circa dodici milioni. D'altra parte la speranza di vita è pari a 79,4 anni per i maschi e a 84,5 anni per le femmine (dati ISTAT 2011). Per converso, il numero di nati in rapporto alla popolazione residente diminuisce costantemente, attestandosi a 9,1 per ogni 1000.

Ciò comporta che le stime in relazione all'età della popolazione disegnino un quadro poco rassicurante. Nel 2065 l'aspettativa di vita

(1) Il rischio di insorgenza di un tumore (tutte le sedi, tranne cute ma compreso il melanoma) prima degli 85 anni è pari a 52,9 per cento per i maschi e al 36,3 per cento per le femmine (rischio cumulativo, AIRTUM, Report 2007).

(2) L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione, ed è costituito dal rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Fonte: ISTAT, *Italia in cifre 2012*.

arriverà a 87,7 anni per gli uomini e 91,5 per le donne, e, a fronte di una consistenza numerica generale pressappoco simile, l'indice di vecchiaia previsto sarà di 257,9 anziani ogni 100 giovani, e l'incidenza percentuale della popolazione anziana sarà quasi raddoppiata.

Anche le previsioni dell'Unione europea non sono confortanti: entro il 2050 nell'eurozona il numero di persone con più di 65 anni sarà cresciuto del 70 per cento. La fascia di età degli ultraottantenni crescerà del 170 per cento⁽³⁾. L'Unione dedica una particolare attenzione al problema dell'invecchiamento della popolazione. Il 2012 è stato infatti intitolato « anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni », e gran parte delle risorse del VII Programma quadro sono state dedicate al problema dell'*aging*.

L'aumento della generale aspettativa di vita e la diminuzione delle nascite comportano quindi la circostanza che la gran parte della popolazione diviene anziana, e pertanto più vulnerabile alle malattie, e alle malattie croniche. Inoltre, le cause di disabilità più frequenti, in questo mutato scenario, dipendono da malattie a esito non mortale, usuali nella terza età. L'invecchiamento progressivo della popolazione genera comunque la crescita esponenziale del bisogno di servizi sanitari e socio-sanitari, legata alla complessità crescente delle patologie e dei fattori di co-morbilità che accompagnano i processi degenerativi e di cronicizzazione della malattia, e la necessità di progettare e rendere disponibili adeguati percorsi di riabilitazione e strumenti di reinserimento sociale dell'individuo. Possiamo stimare che anziani, cronici e inguaribili rappresentino oltre la metà della popolazione, e i principali fruitori dei servizi sanitari.

Tale riflessione scaturisce da quanto rappresentato dalla Commissione nella relazione alla Camera sullo stato della sanità in Liguria, il cui elevato tasso di invecchiamento della popolazione è di per sé tipicamente accompagnato da una crescente incidenza di malattie che interessano l'apparato cardiovascolare, neurologico, muscolo-scheletrico, molto spesso correlata anche a patologie oncologiche, che, come ben noto, esercitano una forte pressione economica sul sistema sanitario: le malattie croniche incidono sulla sanità in termini di spesa proprio per la lunga durata e per i costi delle cure, spesso riconducibili a patologie connesse alla disabilità, sia essa fisica che psichica.

Le azioni delle ASL liguri sono pertanto guidate quindi dall'esigenza di assicurare ai disabili accesso e inserimento all'assistenza di lunga durata e ai servizi di sostegno, quale priorità assoluta. Ciò anche al fine di ridurre al minimo le conseguenze economiche e sociali, facilmente derivabili da tale condizione.

Le emergenze sopra esposte, accanto alle strutture ospedaliere ed ai servizi domiciliari, trovano in parte soluzione nelle strutture residenziali che accolgono anziani non autosufficienti ed offrono loro

(3) Proiezioni demografiche Eurostat in occasione della Giornata internazionale delle persone anziane, 29 settembre 2006, in Commissione delle Comunità europee, *Libro Bianco Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013*, (<http://ec.europa.eu/health/ph-overview/Documents/strategy-wp-it.pdf>).

servizi, tuttavia non sempre adeguati alla complessità dei loro bisogni: come accertato dalla Commissione nella realtà ligure, gli interventi di assistenza domiciliare, ad esempio, per quanto rilevanti, non consentono di coprire la domanda di assistenza.

Analogamente, apposite strutture, anch'esse a regime residenziale e semiresidenziale, offrono accoglienza ai disabili adulti e minori, ai malati psichici ed ai pazienti legati al mondo della tossicodipendenza, supportando in questo modo le famiglie nella difficile gestione di tali pazienti.

L'Organizzazione mondiale della sanità nel rapporto *Preventing chronic diseases: a vital investment*⁽⁴⁾ sostiene che un'azione globale sulla prevenzione delle malattie croniche potrebbe salvare la vita a 36 milioni di persone che rischiano altrimenti la morte entro il 2015. Il Comitato regionale per l'Europa dell'OMS nel rapporto « Guadagnare salute ». La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche⁽⁵⁾ sostiene che « in Europa gran parte del carico globale di malattia è dovuto alle patologie croniche [...] La Strategia europea contro le malattie croniche propone un approccio globale e integrato per affrontarle nel loro complesso: promuove a livello di popolazione programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie; individua i gruppi ad alto rischio; ottimizza la copertura della popolazione in termini di cure efficaci, cercando di integrare politiche di intervento e azioni in modo da ridurre al minimo le disuguaglianze. Il traguardo finale di questa strategia è evitare le morti premature e ridurre in modo significativo il carico di malattia, migliorando la qualità della vita e rendendo più omogenee le aspettative di vita fra gli Stati membri. Gli obiettivi specifici della strategia sono interventi integrati sui fattori di rischio e i determinanti di salute, nello sforzo di consolidare i sistemi sanitari nella prevenzione e nel controllo delle malattie ».

Oltre quindi a esigenze di carattere strutturale, etico e finanziario, la maggior cura dei pazienti cronici costituisce un impegno internazionale preciso, assunto dal nostro Paese all'interno della generale strategia dell'OMS: « Passo dopo passo, ciascun Paese deve innanzitutto valutare gli approcci correnti, quindi ridefinirli per rafforzare gli interventi di sanità pubblica e affrontare le malattie croniche nel modo più completo e integrato possibile ».

Sebbene il piano sanitario nazionale 2011-2013 registri i relativi cambiamenti della domanda di salute, la situazione attuale sembra assai lontana, anche in prospettiva, dal garantire risposte adeguate. Attualmente, infatti, le risorse destinate all'assistenza a lungo termine sono inferiori all'1 per cento del PIL, e, secondo le proiezioni della Ragioneria generale dello Stato, nel 2030 non supereranno comunque l'1 per cento. Destinare la maggior parte delle risorse di assistenza agli acuti nasconde la convinzione che sia preferibile ed eticamente corretto veicolarle verso chi si reputa possa guarire, piuttosto che prendersi

(4) <http://www.who.int/chp/chronic-disease-report/contents/Italian%20full%20report.pdf>.

(5) <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>.

cura di chi non può farlo; ma tale disposizione nasconde l'incapacità del sistema di farsi carico degli inguaribili, di insegnargli stili di vita e percorsi umani che allevino la loro sofferenza, li dirigano verso il miglior equilibrio psicofisico possibile, anche nella malattia, e li aiutino a reinserirsi il più possibile nella rete di relazioni all'interno delle quali si svolgeva la loro vita attiva. Ma, anche in un'ottica più tradizionale, diretta alla migliore utilizzazione delle scarse risorse, è evidente che investire sull'assistenza sanitaria di anziani e cronici impedisce che essi si trasformino in pazienti acuti, bisognosi di cure tempestive e costose, mentre un imperativo etico impone di risparmiare loro sofferenze inutili e disabilità.

Ancora paradigmatica, in questo senso, è la situazione riscontrata dalla Commissione in Liguria, la cui configurazione geografica ha sempre reso problematica un'armoniosa distribuzione dei servizi, aggravata, come detto, dalla prevalente presenza di una popolazione anziana che presenta bisogni sanitari importanti, legati alla cronicità delle malattie ed alla conseguente disabilità. Qui, non potendo contare su grandi centri urbani, tranne la città di Genova, le prestazioni sanitarie vengono distribuite a livello comunale con strutture sparse sul territorio e con un'organizzazione apparentemente frammentaria e disomogenea.

A fronte di ciò, negli ultimi cinque anni la Regione Liguria ha attivato importanti interventi di razionalizzazione, che hanno condotto all'accorpamento di diverse strutture ospedaliere e rilanciato la centralità del territorio, quale sede privilegiata e deputata a farsi carico dei problemi sanitari.

Il modello sanitario attuato in Liguria non è infatti quello della esternalizzazione, ma dell'integrazione ospedale/territorio: il processo di contenimento dei costi ha comunque consentito di mantenere un adeguato standard di servizi rispetto alle esigenze della popolazione. Infatti, pur in presenza di considerevoli risparmi, è stato garantito un sufficiente livello di qualità clinica su tutta la Regione, anche se diversificato da azienda ad azienda.

Le aziende sanitarie liguri si trovano ora a dare attuazione a quanto previsto dalla deliberazione del Consiglio regionale n. 23 del 4 agosto 2011 che, nell'ambito di un ulteriore adeguamento della rete e dell'offerta ospedaliera agli standard normativi di cui al patto per la salute 2010-2012, ha emanato linee guida di razionalizzazione della rete di cura e di assistenza.

Sulla base di tali indicazioni, le varie aziende sanitarie hanno elaborato le loro proposte di riorganizzazione e rimodulato le loro esigenze, con proposte organizzative articolate anche per « aree ottimali » aggregate in relazione alla loro collocazione geografica.

L'analisi del sistema sanitario ligure evidenzia poi, nel modello organizzativo territoriale, un processo di riorganizzazione delle funzioni di assistenza distrettuale, che prevede la realizzazione del cosiddetto « distretto forte », dove troveranno collocazione, esclusivamente funzionale, le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e SERT e, con riferimento ai soli servizi alla persona, quelle del dipartimento di prevenzione. Ai distretti dovrebbero essere attribuite risorse e personale adeguato e, conseguentemente, la gestione diretta dei servizi.

1.3. *Il Chronic Care Model.*

Il *Chronic Care Model* (CCM)⁽⁶⁾ è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato presso il *McColl Institute for Healthcare Innovation*, in California. Il modello suggerisce un approccio « proattivo » tra il personale sanitario e i pazienti stessi, che vengono integrati nel processo assistenziale. Ciò richiede tuttavia una serie di cambiamenti dei sistemi sanitari, utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici.

Il modello è stato incluso nel piano sanitario regionale 2008-2010 della Regione Toscana⁽⁷⁾, con l'obiettivo di passare da un modello di « medicina d'attesa », ove il bisogno si trasforma in domanda, a una « sanità d'iniziativa », proattivamente dedicata all'utente, attraverso la creazione di percorsi specifici per patologie croniche quali scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva, la cui cura assorbe rilevanti risorse. Solo mediante l'integrazione di tali percorsi nell'organizzazione della rete ospedaliera è possibile ridurre il numero dei cronici costretti a ricorrere a cure intense.

Secondo l'organizzazione proposta dal CCM, per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità, coinvolgendo nei percorsi terapeutici i gruppi di volontariato, stimolando la creazione di gruppi di auto-aiuto e di centri per anziani autogestiti.

Inoltre, gli erogatori e i finanziatori dell'assistenza sanitaria dovrebbero riorganizzare le proprie priorità, dirigendosi verso una nuova gestione delle malattie croniche che introduca decise innovazioni nei processi assistenziali e premi la qualità dell'assistenza.

Un elemento essenziale deve essere il supporto all'auto-cura: nelle malattie croniche è il paziente che deve divenire il protagonista attivo dei processi assistenziali. La maggior parte dei pazienti, infatti, è in grado di gestire in larga parte la propria malattia cronica, svincolandosi dalla dipendenza dai servizi sanitari, se adeguatamente formato e correttamente indirizzato verso una gestione attiva della propria patologia.

Ma è l'intera struttura del team assistenziale che deve essere ripensata, separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata dei pazienti cronici. Il medico di medicina generale deve essere dedicato soprattutto alla cura degli acuti, e deve occuparsi dei cronici solo in caso di complicazioni. È l'infermiere che deve essere la chiave di volta del sistema, supportando l'auto-cura del paziente, gestendo la programmazione dei trattamenti e del *follow-up* dei pazienti. Nel paziente cronico i tempi di intervento assumono significati diversi e meno pregnanti rispetto alla cura degli acuti. Ciò permette di gestire le patologie mediante interventi programmati, che, salvo complicazioni, non sono contraddistinti dal carattere dell'urgenza. La visita programmata, pertanto, è uno degli aspetti più significativi del sistema.

(6) Vedi, tra gli altri, Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH: *Evidence on the chronic care model in the new millennium*. Health Affairs 2009; 28: 75-85. Cfr. anche il sito <http://www.improvingchroniccare.org>.

(7) Sullo sviluppo del sistema CCM nella Regione Toscana v. <http://www.epicentro.iss.it/igea/igea/VI/Roti.pdf>.

Tale assetto appare coerente con le politiche comunitarie, che prevedono un forte incremento dell'assistenza domiciliare del malato, riservando alla rete di assistenza ospedaliera il trattamento degli eventuali acuti e l'attività dell'alta specialistica medica e diagnostica.

È bene chiarire che l'assistenza e la programmazione devono essere basate su linee-guida chiare, basate sull'evidenza, che definiscano gli standard di assistenza ottimale per i pazienti cronici.

Il sistema non può funzionare in maniera ottimale se non è gestito mediante un'infrastruttura informatica, che supporti i team delle cure primarie e li aiuti ad attenersi alle linee-guida, che costituisca uno strumento di circolazione delle informazioni e di feedback per i medici, e che infine funzioni come registro di patologia, al fine di pianificare la cura individuale del paziente, aiutandolo inoltre a garantire il rispetto della programmazione dell'auto-cura.

Il sistema, ormai largamente sperimentato in molti Paesi, deve essere implementato in tutti i servizi sanitari regionali attraverso strumenti di propulsione e incentivo, mentre la redazione delle linee-guida e delle direttive di sviluppo e di organizzazione spetta alla funzione di indirizzo e coordinamento del Ministero della salute.

1.4. *Il grande comprimario: la prevenzione.*

Il piano nazionale della prevenzione, promosso da intese tra Stato e regioni, ha la finalità di coordinare le politiche generali di promozione della salute, e l'ultimo, relativo agli anni 2010-2012, appare ben formulato. L'attenzione verso la medicina predittiva, la previsione generale di programmi di prevenzione collettiva sulla riduzione dei rischi diffusi nella popolazione generale, di programmi di promozione della salute o di sanità pubblica, l'introduzione di politiche favorevoli alla salute e di interventi di tipo regolatorio, dimostrano un approccio proattivo e potenzialmente efficace alla prevenzione universale, così come la previsione di programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie o alla diagnosi precoce, o ancora all'introduzione nella pratica clinica della valutazione del rischio individuale, testimoniano attenzione anche a strumenti più specifici e a interventi maggiormente diretti. Anche l'articolazione multilivello, e l'impegno da parte delle regioni a redigere e attuare i piani regionali, mediante i quali dare esecuzione ai contenuti del piano nazionale, appaiono come strumenti positivi e potenzialmente idonei a perseguire gli scopi prefissati.

Tuttavia, nel riparto relativo al finanziamento annuale per i livelli essenziali di assistenza, è significativo rilevare che le risorse destinate alla prevenzione sono determinate nel 5 per cento del totale. Sotto il profilo dell'attuazione del piano nazionale, inoltre, nonostante la redazione dei piani regionali, non sembra che tutte le regioni abbiano utilizzato le risorse stanziare per la prevenzione, e i risultati generali, con alcune eccezioni, non appaiono di rilievo. Coerentemente, gli effetti generali della prevenzione sulla popolazione stentano a mostrarsi. La mortalità per tumore, per esempio, negli ultimi anni risulta in costante aumento, e la mortalità per malattie infettive negli ultimi dieci anni è praticamente triplicata mentre solo la mortalità in relazione alle malattie cardiocircolatorie appare in costante diminu-

zione, soprattutto a causa del progresso scientifico nelle cure e della diffusione dell'assistenza specialistica, con la nascita dei reparti di emodinamica.

Il fatto che alla prevenzione siano dedicate solo risorse marginali dà conto di come il sistema della salute italiano sia dedicato all'eradicazione della malattia, e non alla promozione della salute. Se infatti il sistema sanitario fosse davvero orientato verso la salute noi dedicheremmo a essa la nostra attenzione: investiremmo le nostre risorse, formeremmo gli studenti, costruiremmo le nostre infrastrutture e misureremmo i nostri progressi in termini di salute, non di malattia, e in termini di cure evitate anziché di cure somministrate. In questo si può dire che, in Italia, le parole della Carta di Ottawa per la promozione della salute siano in gran parte disattese.

Proprio l'attenzione verso la malattia, anziché verso la salute e la sua promozione, determina l'idea che alla prevenzione debbano essere dedicate risorse ulteriori, poiché distoglierle dalla cura degli acuti viene visto come eticamente inammissibile. Ciò genera un circolo vizioso, dal momento che la mancanza di prevenzione aumenta la morbilità, e quindi il numero degli acuti, le risorse necessarie a curarli, le sofferenze e i costi umani ed economici complessivi.

Il meccanismo è evidente con riferimento, per esempio, agli screening per la diagnosi precoce del cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto, tra i principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. Il tumore alla mammella, in particolare, è quello di maggiore prevalenza e incidenza: ogni 100.000 abitanti, 1.869 casi (pari a 522.235 in totale) e 136 nuovi casi l'anno, mentre per il tumore al colon retto i dati sono 564 casi (pari a 296.687 in totale) e 88 nuovi casi l'anno⁽⁸⁾; il tumore alla cervice si caratterizza invece per la particolarità di poter essere facilmente evitato con uno screening tempestivo. I tre tumori sono stati oggetto di attenzione già con il piano nazionale della prevenzione 2005-2007, che ha determinato la produzione di raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione. La storia naturale di questi tumori può essere modificata dagli screening, che in alcuni casi riescono a evitare l'insorgenza del tumore, in altri possono comunque salvare la vita del paziente. In ogni caso, la diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi, con costi umani e impiego di risorse limitati.

La campagna di screening dei tre tumori, tuttavia, sebbene avviata ormai oltre sei anni fa, è lungi dall'essere sviluppata organicamente su tutto il territorio nazionale, e riduce la mortalità specifica e i costi sociali solo nei territori ove viene eseguita correntemente. Infatti, secondo i dati OCSE, per il 2010 solo il 40 per cento delle donne italiane tra i 20 e i 69 anni è stato sottoposto a screening per il cancro alla cervice, e solo Ungheria, Repubblica Slovacca e Turchia tra i Paesi OCSE hanno risultati peggiori, mentre la media comunitaria è di oltre

(8) Incidenza: età 0-84 anni, anno 2010 (stime), fonte *I tumori in Italia*, www.tumori.net. Prevalenza al 1° gennaio 200, fonte *Rapporto AIRTUM 2010. La prevalenza dei tumori in Italia*.

il 62 per cento⁽⁹⁾. Migliore la situazione dello screening per il cancro al seno, che vede eseguita la mammografia su quasi il 60 per cento (59,2 per cento) delle donne tra i 50 e i 69 anni, allineando l'Italia alla media UE (56,5 per cento)⁽¹⁰⁾. Addirittura non disponibili i dati italiani sullo screening per il cancro del colon retto, il che dimostra come il programma sia ancora ben lungi dall'essere correttamente implementato.

I costi sociali delle malattie tumorali sono difficilmente calcolabili, ma certamente relevantissimi⁽¹¹⁾. Non di meno, a prescindere da questi, il costo diretto del trattamento dei malati oncologici è comunque elevato. Con riferimento ai costi che ricadono direttamente nella spesa sanitaria pubblica, la stima del costo annuale del trattamento dei nuovi casi di tumore è pari a oltre 8,3 miliardi di euro, con un impatto che può essere considerato pari a 0,5 punti di PIL circa⁽¹²⁾. Il costo unitario medio di uno screening tumorale programmato con riferimento al tumore della mammella è pari a 55 euro, e il costo generale, spalmato su 20 anni, di un percorso completo di screening è di 550 euro per individuo, mentre il costo unitario medio dello screening organizzato per il tumore del colon retto e per il tumore della cervice è di circa 30 euro⁽¹³⁾. Il costo medio complessivo per il trattamento di un paziente oncologico è pari a circa 25,8 mila euro⁽¹⁴⁾, valore che tuttavia può essere assai ridotto in caso di diagnosi precoce. Il tumore della mammella, come abbiamo visto, colpisce l'1,86 per cento della popolazione, e gli screening vengono condotti su quella parte della popolazione che ha maggiori possibilità di contrarre la malattia. I tumori purtroppo sono la principale causa di morte negli uomini (quasi il 35 per cento) e la seconda nelle donne (oltre il 25 per cento)⁽¹⁵⁾. Deve concludersi che la percentuale di malattie evitate e di diagnosi precoci con uno screening programmato a livello territoriale è assai rilevante, a fronte di un costo molto basso. Gli screening oncologici pertanto sono un rilevante strumento di risparmio economico per i sistemi sanitari, che deve essere promosso e incentivato anche al fine di economizzare le risorse.

In generale, tutte le politiche di prevenzione correttamente progettate e condotte, sono un complesso investimento per la salute, che ha come risultato una riduzione della mortalità, della morbosità

(9) OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.

(10) *Ibidem*.

(11) In Svezia, il peso economico per la società attribuibile al solo carcinoma alla mammella è risultato pari a circa 320 milioni di Euro nel 2002, equivalente a circa 1,4 per cento della spesa totale sanitaria del paese (Lidgren M, Wilking N, Jonsson B. *Cost of breast cancer in Sweden in 2002*. Eur J Health Econ 2007; 8:5-15. In Germania, invece, il costo sociale del carcinoma alla mammella è risultato essere pari a 2,05 miliardi di Euro nel 2002, corrispondente a circa l'1 per cento della spesa sanitaria totale del paese, comprendente però sia i costi direttamente imputabili alla patologia, pari al 44 per cento del totale, sia a quelli indiretti, pari al rimanente 56 per cento sul totale (Statistisches Bundesamt Deutschland: *Krankheitskosten 2002*, Wiesbaden, 2004).

(12) Dati relativi al 2009, fonte: *Secondo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*.

(13) Fonte: Istituto per la prevenzione oncologica-ISPO. A tali costi devono aggiungersi i costi strutturali, stimati intorno al 25 per cento.

(14) Dati relativi al 2009, fonte: *Secondo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*.

(15) Fonte ISTAT, *Indagine sulle cause di morte*, anno 2009, dato ultimo disponibile.

e dei costi diretti e indiretti della salute. La prevenzione è una disposizione attiva verso le esigenze dell'individuo e della popolazione, utile a promuovere il benessere del singolo e la qualità della vita della società. Essa rappresenta, come correttamente individua l'ultimo piano nazionale, lo strumento adeguato a prendersi cura dei malati cronici e degli anziani, promuovendo misure, comportamenti e stili di vita utili a ridurre il numero di soggetti deboli che necessitano di cure intensive o che divengono disabili.

La prevenzione non può essere tuttavia orientata esclusivamente verso le patologie specifiche, ma deve essere tale da incoraggiare attività e modelli in grado di migliorare la qualità della vita. Nel nostro Paese assistiamo infatti al perdurare di modelli e di stili di vita che coadiuvano l'insorgere di patologie invalidanti: un'alimentazione ricca di grassi prevalentemente saturi, sale e calorie; il consumo in eccesso di alcool; l'uso di droghe; l'inattività fisica, il fumo. Secondo i dati ISTAT più aggiornati, il 22,3 per cento della popolazione adulta fuma, il 10,3 per cento è obeso, circa la metà non consuma abitualmente ortaggi e verdure, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol riguardano 8 milioni e 179 mila persone, mentre il numero dei consumatori di droga si attesterebbe sui 2 milioni e 327 mila persone⁽¹⁶⁾. Per esempio, le stime epidemiologiche ci dicono che se eliminassimo completamente il fumo di sigaretta la percentuale di malattie croniche (cardiovascolari e oncologiche) calerebbe del 40 per cento⁽¹⁷⁾; benché la percentuale di fumatori in Italia si sia ridotta, a causa degli interventi normativi successivi nel tempo, è necessario individuare strumenti efficaci al fine di ridurre l'abitudine al fumo, per esempio meglio operando sull'opinione pubblica e sui giovani attraverso i media. Se comportamenti e stili di vita nocivi non sono sempre capaci di generare patologie mortali, determinano tuttavia sempre alterazioni dello stato di salute (cardiovascolari, metaboliche, respiratorie, osteoarticolari) tali da produrre dei malati cronici, ossia soggetti costantemente bisognosi di attenzioni terapeutiche, anche in considerazione del fatto che la stessa patologia cronica può essere causa a sua volta di malattie ulteriormente disabilitanti, e a maggior costo sociale, oltre a influire negativamente sulla qualità dell'invecchiamento.

In relazione a quanto già esposto sull'andamento demografico del Paese e sull'incidenza degli anziani e degli individui affetti da una patologia cronica sulla popolazione, destinare mezzi più adeguati e la massima attenzione a piani e campagne di promozione della salute rappresenta un'esigenza indifferibile e un imperativo etico, al fine di garantire la sostenibilità futura del servizio sanitario nazionale e di ridurre morti, sofferenze e costi umani evitabili.

1.5. *Prospettive di cambiamento del sistema della salute: partecipazione dei cittadini alla spesa e integrazione con la sanità privata.*

Dalla metà del XX secolo l'attenzione dello Stato verso la salute dei cittadini assume un valore di garanzia nei confronti dell'individuo in quanto tale. Con il piano *Beveridge* al concetto di individuo in

(16) Fonte: *Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012.*

(17) Fonte: Istituto per la prevenzione oncologica-ISPO.

buona salute al servizio dello Stato si sostituisce il concetto di Stato al servizio dell'individuo in buona salute. A partire da questo momento l'insieme delle condizioni che permettono di garantire la salute degli individui comportano una spesa rilevante del bilancio degli stati, e il reperimento delle risorse per garantire livelli di assistenza sempre più elevati comincia a costituire un importante problema, mentre contemporaneamente la salute e la sua garanzia cominciano ad assumere un rilevante significato politico. Viene così realizzato lo Stato sociale, che viene realizzato in diverse gradazioni di assistenza e servizio e diviene un tratto distintivo delle democrazie europee.

Tuttavia, il *welfare state* è attualmente un modello in crisi sia in Italia, sia negli altri Paesi europei. Come si è detto, a causa delle aumentate esigenze di cura e dell'aumento dei costi specifici, la spesa sanitaria è dappertutto in costante e severo incremento, anche a causa della rilevante quantità di malati cronici, costantemente bisognosi di costose attenzioni terapeutiche, e di soggetti comunque deboli, che necessitano di cure, di pensioni e di assistenza sociale. Inoltre, l'immigrazione in Occidente allarga la platea degli utenti dei servizi sociali e sanitari. Studi dell'Unione europea stimano che, nel 2050, secondo i trend di crescita attuali la spesa sociale costituirebbe quasi un terzo del PIL⁽¹⁸⁾, a fronte di una rilevante diminuzione della popolazione attiva.

Cosa succede quando non è più possibile sostenere finanziariamente un simile livello, o per mancanza di risorse, o perché esso diviene sempre più caro? Inoltre, poiché il mantenimento del Welfare State richiede una crescita economica costante, cosa succede se, per un qualsiasi motivo, non si riesce a realizzare per un lungo lasso di tempo una crescita economica sufficiente?

La risposta sembra essere chiara. Democrazie occidentali da alcuni anni stanno vivendo un periodo di chiara recessione, e il processo di riduzione dello Stato sociale, ove esso era stato realizzato, è già in atto in misura variabile: sono stati gradualmente introdotti strumenti di partecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, che gravano sugli utenti; ridotti gli ammortizzatori sociali e le garanzie relative; riformate le pensioni, aumentando la forbice tra contributi e prestazioni; riformata l'assistenza, rendendo più difficile e selettivo l'accesso.

Anche in Italia i segni di cedimento del sistema sociale, e di quello della cura della salute in particolare, sono di tutta evidenza. Secondo l'ISTAT, tra il 2007 e il 2011, a causa degli effetti della crisi economica, il PIL in volume è diminuito in tutte le aree del Paese. Per il Centro-Nord, la riduzione media annua è stata di circa l'1 per cento, mentre più marcata appare la contrazione nel Mezzogiorno (-1,7 per cento), dove i risultati peggiori riguardano Molise (-3,0 per cento) e Campania (-2,2 per cento). Nel

(18) Commissione delle Comunità europee, Direzione Generale per gli Affari Economici e Finanziari – Comitato di Politica Economica, *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, Economia europea, Rapporto speciale n. 1/2006, <http://europa.eu/epc/pdf/ageingannex-en.pdf>.

Nord è il Piemonte ad avere la performance più negativa (-1,5 per cento). Il PIL per il 2012 è previsto in calo assoluto del 2,4 per cento, e le proiezioni per il 2013 prevedono un calo composito dello 0,5 per cento.

Appare quindi evidente che, anche a parità di percentuale di incidenza sul PIL, i prossimi anni saranno caratterizzati da una costante e progressiva diminuzione dei servizi sociali a carico dello Stato. Gran parte dei servizi sanitari regionali sono sottoposti a piani di rientro, con una rilevante riduzione delle risorse dedicate, che si traduce giocoforza nella riduzione dei servizi resi.

Il carattere universalistico e gratuito del servizio sanitario nazionale ha comportato una sanità privata complementare a quella pubblica. Se è vero che lo Stato deve farsi carico della strategicità del sistema, e che ciò comporta dei costi che non possono essere valutati qualitativamente secondo la logica del profitto, è altrettanto vero che, al di fuori dei servizi strategici è necessario che sanità pubblica e privata agiscano in concorrenza, al fine di ridurre i costi, aumentare l'efficienza e migliorare l'efficacia.

Ciò non accade in Italia, ove i privati tendono a fornire servizi sanitari solo nella misura in cui essi non vengano erogati dal settore pubblico, o quando le inefficienze di questo ultimo sono tali da vulnerare, in potenza, il diritto alla salute. Il cittadino che, a causa delle lunghe liste di attesa presso le strutture pubbliche, si trova a dover attendere molti mesi per un accertamento diagnostico che considera urgente, si rivolge al settore privato per ottenerlo rapidamente. Se ciò, da un lato, non incentiva l'operatore pubblico a riqualificare i propri servizi e ad aumentare l'offerta, poiché la sua azione non è finalizzata al profitto e alla massimizzazione dell'offerta, dall'altro determina la circostanza che pubblico e privato forniscano il medesimo servizio, ma senza reale concorrenza, muovendosi ognuno all'interno del proprio dominio riservato, causato l'uno dall'incapacità dell'altro di rispondere adeguatamente all'offerta di salute della popolazione.

Identiche considerazioni possono farsi con riferimento ai servizi *intra moenia*: l'utente è costretto a ricorrervi soprattutto a causa della tempestività della loro erogazione; ciò può determinare l'evidente paradosso secondo il quale le strutture non sono incentivate ad aumentare l'efficienza nell'erogazione dei servizi a carico del servizio sanitario nazionale, poiché ciò può ridurre la quota di servizi erogati a pagamento, e quindi può tradursi in mancate entrate per i professionisti coinvolti e per le strutture medesime. Così l'*intra moenia* finisce a volte per costituire paradossalmente l'unica possibilità di essere curati tempestivamente dai medesimi professionisti del servizio sanitario nazionale.

Anche il sistema delle assicurazioni sanitarie private è caratterizzato in Italia da un'insopprimibile natura complementare rispetto al sistema pubblico. Ciò è palese innanzitutto considerando che tali strumenti di garanzia non hanno normalmente una portata universale, ossia non coprono da tutti i rischi e non forniscono tutte le connesse prestazioni, ma solo specifici eventi (infortunio, patologia invalidante, ricoveri, interventi chirurgici o parto), la cui copertura viene ritenuta attuarialmente più conveniente. Inoltre, tutte prevedono la possibilità che il contraente si rivolga al servizio sanitario nazionale per farsi curare, fornendo in tal caso delle garanzie supplementari (diaria, sostegno al supporto dei parenti, rimborso dei trasferimenti, etc.), o addirittura, nel caso del rimborso per sottolimiti, rimborsando

all'assicurato una cifra forfetaria per le prestazioni fornitegli, a pagamento da una struttura privata ma gratuitamente dal servizio sanitario nazionale. In questo caso, quando sia stato curato presso strutture pubbliche o convenzionate, il cittadino si vede fornire una prestazione economica a risarcimento di una spesa che non ha sostenuto, ma che è stata invece sostenuta per lui dalla collettività. Ognun vede il paradosso di tale sistema: lo Stato si fa carico della tutela della salute del singolo e sostiene tutte le spese relative; il cittadino, assicurato privatamente, non solo è il destinatario delle cure, ma riceve il corrispettivo di quanto lo Stato ha pagato per lui pur non avendo dovuto sborsare nulla. Il contenuto del contratto di assicurazione sanitaria dovrebbe essere quello di risarcire l'assicurato delle spese affrontate per la cura della propria salute, e non dovrebbe invece remunerare l'alea di una patologia.

Il primo passo verso la riforma del sistema dovrebbe essere quello di orientare le assicurazioni sanitarie private ad assumere una natura sostitutiva e non complementare della garanzia fornita dallo Stato. Ciò al fine di sollevare lo Stato dalla necessità di dedicare risorse nella cura di coloro i quali scelgono una garanzia privata, che deve essere alternativa alla garanzia pubblica. Nel caso in cui l'assicurato decida di rivolgersi a una struttura pubblica per ottenere trattamenti e cure, a questa l'impresa assicuratrice dovrebbe versare importo del risarcimento, secondo le attività effettivamente svolte, i servizi prestati e i limiti definiti, tal quale si trattasse di una struttura privata.

Se posta come alternativa all'offerta pubblica, l'offerta di servizi privati dovrebbe essere qualificata nella sua complessità, prevedendo tutte le possibili prestazioni erogate dal sistema pubblico. Infatti attualmente le assicurazioni, di natura complementare, tendono a fornire servizi segmentati, orientati verso il massimo profitto, e quindi diretti alla copertura dei rischi meno probabili ma qualitativamente più rilevanti.

Occorre considerare che analisi di tipo attuariale tendono a escludere dalla garanzia delle assicurazioni private pazienti cronici, o gli effetti di malattie croniche. È evidente che, fino a quando le compagnie private potranno scegliere di apprestare garanzia ai soli clienti migliori, ossia quelli con minore rischio attuariale di risarcimento, lo Stato dovrà prendersi cura dei soggetti più deboli. Ma ciò deve essere considerato come relativo alle finalità strategiche proprie dell'azione dello Stato nella cura della salute, pertanto connesso al suo ruolo.

Il capitolo seguente è dedicato agli esiti di un'indagine statistica che la Commissione ha condotto nello scorcio conclusivo della legislatura proprio in materia di coperture assicurative di enti e aziende del servizio sanitario nazionale. Analoga attività di elaborazione statistica, illustrata nel capitolo successivo, è stata intrapresa sulla procreazione medicalmente assistita, i cui risultati possono essere letti anche alla luce delle suesposte considerazioni in merito al rapporto tra sanità pubblica e sanità privata.

2. COPERTURE ASSICURATIVE PRESSO LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE

2.1. *Premessa.*

La Commissione nell'ambito delle competenze definite dalla deliberazione istitutiva del 5 novembre 2008, ha intrapreso, negli ultimi sei mesi della legislatura, una specifica inchiesta sulle coperture assicurative presso le aziende sanitarie ed ospedaliere. L'indagine è stata effettuata mediante l'invio di specifici questionari e di seguito vengono analizzati i dati forniti in sede di risposta.

In particolare, scopo dell'inchiesta consisteva nell'accertare il costo sostenuto dalle strutture sanitarie per la copertura dei rischi connessi ad errori sanitari, verificare l'ammontare delle somme corrisposte ai pazienti a titolo di risarcimento e conoscere le modalità adottate per l'affidamento del servizio di assicurazione⁽¹⁹⁾.

Il quadro di riferimento dei dati totali nel contesto del quale si è svolta l'indagine statistica risulta dall'annuario statistico del Ministero della salute, che per l'anno 2009 riporta che i medici in strutture pubbliche ed equiparate sono 99.854, le ASL sono 148, le strutture di ricovero pubbliche 638 e le case di cura 603, mentre i posti letto pubblici risultano 202.845, gli accreditati 48.178 e quelli effettivamente utilizzati 212.144.

Il quadro di riferimento dell'attività condotta si è basato su tipologie di criticità segnalate alla Commissione o comunque riportate da organi di informazione quali: casi in cui presso le aziende si lavora senza copertura assicurativa; casi in cui l'assicurazione ha « esaurito

(19) È noto che in un'indagine statistica gli errori presenti in un insieme di dati raccolti possono essere dovuti ad una qualunque delle fasi di acquisizione e messa a punto delle informazioni (raccolta, revisione, codificazione, registrazione). Per questo motivo, mentre tradizionalmente il processo di controllo e correzione avveniva in un momento successivo alla fase di registrazione dei dati, la tendenza attuale è quella di tentare, quando possibile, il controllo dei dati il più possibile vicino alla fase di raccolta delle informazioni presso le unità rilevate, in modo da rendere più facile il reperimento di informazioni corrette dove si verificano situazioni non compatibili o anomale. Sono state sviluppate tecnologie per l'integrazione del controllo e correzione dei dati con le fasi di intervista o di registrazione, in modo da eliminare, o in ogni caso minimizzare, la parte di errori attribuibile ad errori di compilazione o registrazione dei modelli (che rappresentano generalmente la parte più consistente del totale degli errori). Alcune tipologie di errori vengono corrette contemporaneamente alla fase di richiesta dati, quando possibile, producendo una migliore qualità finale dei dati ed un risparmio nei tempi e nei costi connessi alle fasi successive di controllo dei dati.

In generale, una variabile rilevata in una unità statistica è affetta da errore quando il suo valore non corrisponde al valore vero che essa presenta in quella unità. È evidente che la presenza di errori, di qualunque natura, può provocare distorsioni nella distribuzione delle variabili considerate, nelle stime finali dei dati e in tutte le analisi statistiche effettuate sui dati non corretti.

Se tutti coloro che erano parte dell'insieme di coloro che avrebbero dovuto dare risposte avessero ricevuto il questionario ed avessero dato la loro risposta (definito « popolazione » in termini statistici), l'operazione di raccolta dati si poteva definire « censimento », ma così non è stato e pertanto non è possibile nemmeno dire che è stato effettuato un campionamento statistico, che ha modalità operative sue particolari. Pertanto possiamo definire l'indagine statistica soddisfacente, in quanto la risposta è buona sul totale di quelli che avrebbero dovuto rispondere.

il massimale » e la ASL dovrà difendersi da sola; nuove modalità assicurative per la responsabilità civile verso terzi, secondo un modello che prevede l'autogestione interna alle aziende dei sinistri al di sotto dei 500 mila euro e l'accensione di polizze con compagnie assicurative per quelli superiori, i cosiddetti « danni catastrofali ». In diversi casi si è riscontrato che i grandi gruppi assicurativi « abbandonano » gli ospedali e le ASL italiane, ritenute un mercato non conveniente e troppo rischioso per l'eccessivo costo delle coperture assicurative, con conseguente inespugnabilità delle gare pubbliche per l'affidamento del servizio, in conseguenza della mancanza di offerte.

2.2. Numero e distribuzione territoriale dei questionari ritornati.

Sono pervenuti, in risposta all'indagine relativa ai costi assicurativi delle aziende sanitarie, ospedaliere, universitarie ed IRCCS un numero totale di questionari pari a 169, la cui distribuzione per area geografica e regione di appartenenza è evidenziata nella tabella 1, sia in valori assoluti che percentuali.

Non vi sono risposte dal Veneto, dalla Sardegna e dalla Provincia autonoma di Bolzano, quindi la risposta in termini statistici risulta rappresentativa a livello nazionale, ma non a livello territoriale (area di appartenenza) e regionale, in quanto si sarebbe dovuto avere una buona numerosità sia in termini di regioni nelle aree che di aziende nelle regioni.

Il nord-ovest è presente con 58 questionari (pari al 34,3 per cento del totale) di cui 48 provenienti dalla Lombardia, il Sud e le isole con 47 (16 e 14 rispettivamente dalla Campania e dalla Sicilia) pari al 27,8 per cento, mentre dalle regioni del centro sono pervenuti 37 questionari (il 21,9 per cento del totale) di cui 15 dal Lazio e 16 dalla Toscana.

Tabella 1 : Distribuzione dei questionari secondo l'area geografica e la regione di appartenenza, totale unità

Area	Regione	Totale	%
Nord-Ovest	Liguria	9	5,3%
	Lombardia	48	28,4%
	Valle d'Aosta	1	0,6%
Nord-Ovest Totale*		58	34,3%
Nord-Est	Emilia Romagna	17	10,1%
	Friuli V. Giulia	9	5,3%
	Trento	1	0,6%
Nord-Est Totale		27	16,0%
Centro	Lazio	15	8,9%
	Marche	2	1,2%
	Toscana	16	9,5%
	Umbria	4	2,4%
Centro Totale		37	21,9%
Sud e isole	Abruzzo	5	3,0%
	Basilicata	2	1,2%
	Calabria	8	4,7%
	Campania	16	9,5%
	Molise	1	0,6%
	Puglia	1	0,6%
	Sicilia	14	8,3%
Sud e isole Totale		47	27,8%
Totale complessivo		169	100,0%

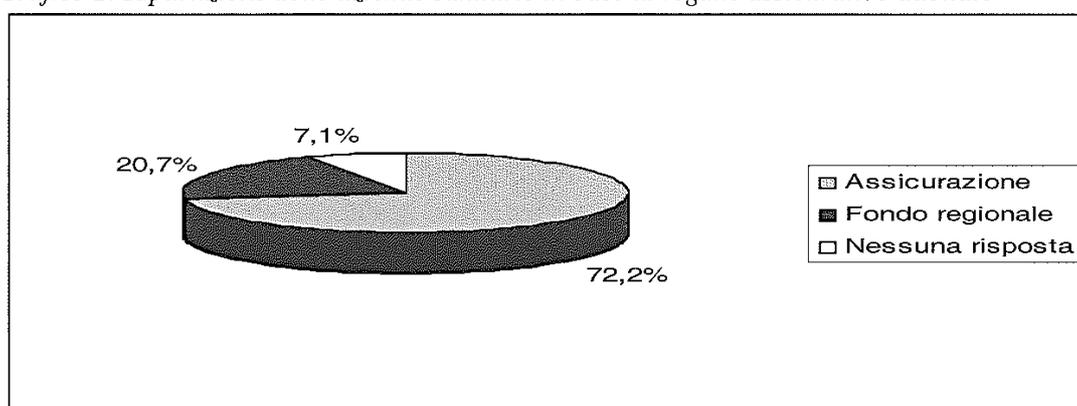
* Il Piemonte non risulta rappresentato in quanto i relativi questionari sono stati trasmessi dalla Regione successivamente all'elaborazione statistica dei dati.

2.3. *Numero e distribuzione delle aziende sanitarie in base al regime assicurativo vigente (assicurazione o fondo regionale).*

Delle 169 aziende sanitarie, ospedaliere, universitarie e IRCCS che hanno risposto all'indagine, 35 di esse (pari al 20,7 per cento) si affidano ai fondi regionali per la copertura assicurativa, mentre 122 aziende (il 72,2 per cento) si affidano alle compagnie assicurative (tabella 2).

Non hanno risposto alla domanda 12 aziende, pari al 7,1 per cento della totalità.

Grafico 1: Ripartizione delle aziende sanitarie in base al regime assicurativo adottato



Le strutture che si avvalgono del Fondo Regionale sono concentrate in sole quattro regioni:

la Toscana con 16 aziende sanitarie (il 45,7 per cento del complesso dei centri che usufruiscono del fondo regionale)

il Friuli Venezia Giulia con 9 centri (pari al 25,7 per cento)

la Liguria anch'essa con 9 aziende (25,7 per cento)

la Basilicata con un'azienda sanitaria (2,9 per cento).

Tranne la Basilicata, in cui abbiamo un'azienda che adotta il fondo regionale e un'altra che si avvale dell'assicurazione, nelle altre tre regioni (Toscana, Liguria e Friuli Venezia Giulia) tutte le aziende che hanno risposto utilizzano lo stesso regime assicurativo (fondo regionale).

Tabella 2 : Distribuzione delle aziende sanitarie in base al regime assicurativo e all'area geografica di appartenenza (valori %)

Area	Regione	Regime			
		Ass.	FR	NR	Totale
Nord-Ovest	Liguria	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Lombardia	95,8%	0,0%	4,2%	100,0%
	Valle d'Aosta	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Nord-Ovest Totale		81,0%	15,5%	3,4%	100,0%
Nord-Est	Emilia Romagna	94,1%	0,0%	5,9%	100,0%
	Friuli V. Giulia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Trento	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Nord-Est Totale		63,0%	33,3%	3,7%	100,0%
Centro	Lazio	86,7%	0,0%	13,3%	100,0%
	Marche	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Toscana	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Umbria	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Centro Totale		51,4%	43,2%	5,4%	100,0%
Sud e isole	Abruzzo	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	Basilicata	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Calabria	75,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	Campania	81,3%	0,0%	18,8%	100,0%
	Molise	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Puglia	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Sicilia	92,9%	0,0%	7,1%	100,0%
Sud e isole Totale		83,0%	2,1%	14,9%	100,0%
Totale		72,2%	20,7%	7,1%	100,0%

Note: Ass.= assicurazioni, FR= fondo regionale, NR = nessuna risposta

Tabella 3 : Distribuzione delle aziende sanitarie e ospedaliere in base al regime assicurativo e all'area geografica di appartenenza

Area	Regione	Regime							
		Ass	FR	NR	Totale	Ass	FR	NR	Totale
Nord-Est	Emilia Romagna	16		1	17	10,7%	0,0%	16,7%	8,9%
	Friuli V. Giulia		9		9	1,6%	0,0%	0,0%	1,2%
	Trento	1			1	0,0%	45,7%	0,0%	9,5%
Nord-Est Totale		17	9	1	27	3,3%	0,0%	0,0%	2,4%
Nord-Ovest	Liguria		9		9	15,6%	45,7%	16,7%	21,9%
	Lombardia	46		2	48	13,1%	0,0%	8,3%	10,1%
	Valle d'Aosta	1			1	0,0%	25,7%	0,0%	5,3%
Nord-Ovest Totale		47	9	2	58	0,8%	0,0%	0,0%	0,6%
Centro	Lazio	13		2	15	13,9%	25,7%	8,3%	16,0%
	Marche	2			2	0,0%	25,7%	0,0%	5,3%
	Toscana		16		16	37,7%	0,0%	16,7%	28,4%
	Umbria	4			4	0,8%	0,0%	0,0%	0,6%
Centro Totale		19	16	2	37	38,5%	25,7%	16,7%	34,3%
Sud e isole	Abruzzo	4		1	5	3,3%	0,0%	8,3%	3,0%
	Basilicata	1	1		2	0,8%	2,9%	0,0%	1,2%
	Calabria	6		2	8	4,9%	0,0%	16,7%	4,7%
	Campania	13		3	16	10,7%	0,0%	25,0%	9,5%
	Molise	1			1	0,8%	0,0%	0,0%	0,6%
	Puglia	1			1	0,8%	0,0%	0,0%	0,6%
	Sicilia	13		1	14	10,7%	0,0%	8,3%	8,3%
Sud e isole Totale		39	1	7	47	32,0%	2,9%	58,3%	27,8%
Totale		122	35	12	169	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Note: Ass.= assicurazioni, FR= fondo regionale, NR = nessuna risposta