Commento al Rapporto CEIS – Sanità 2008 "La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale".

DI LEONILDA BUGLIARI ARMENIO

SOMMARIO: 1. Premessa. 2. Elementi rilevanti del Rapporto. 3. Breve analisi dei principali contenuti.

1. *Premessa*.

E' stato presentato, recentemente, il Rapporto del Centro di Studi Economici ed Internazionali (CEIS) Sanità 2008 dal titolo "*La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo*". Si tratta di un corposo volume, composto da undici capitoli di argomenti corredati da grafici e tabelle illustrative, frutto dello studio e della ricerca della Facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata. Il lavoro ha il fine e l'ambizione di fornire un supporto scientifico e tecnico alle scelte di politica sanitaria delle Istituzioni Pubbliche e Private, incentrandosi su tematiche cruciali per il disegno di attuazione del Federalismo fiscale in un quadro di mantenimento di un adeguato livello di solidarietà all'interno del sistema di tutela pubblica. Il Rapporto, giunto alla sua VI edizione, ha mantenuto la natura tipica dell'elaborato adatto, nella sua forma, alla fruizione anche da parte di un pubblico più vasto di quello dei soli ricercatori.

2. *Elementi rilevanti del Rapporto*.

IL VI Rapporto CEIS rileva che la spesa sanitaria italiana continua a crescere, e più rapidamente del PIL. Al punto che nel 2010 la forbice tra finanziamento statale e spesa rischia di aprire una voragine da 10 miliardi. Tale Gap dovrebbe essere colmato dalle Regioni attraverso misure che recuperino l'efficienza o inaspriscono la compartecipazione dei cittadini oppure attraverso il taglio dei servizi. Secondo il Rapporto già oggi gli italiani pagano di tasca propria un gran numero di prestazioni sanitarie, che influiscono pesantemente sulla gestione economica della famiglia. Sono, infatti, 349.180 famiglie italiane (un numero pari a circa l'1,5% del totale delle famiglie) che nel 2006 si sono impoverite a causa di spese sanitarie impreviste delle quali si sono dovute far carico con risorse proprie; a queste si aggiungono 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei) che sono state soggette a "spese catastrofiche", per effetto dell'incidenza sui loro bilanci delle spese sanitarie *out of pocket*.

Il Federalismo, secondo il CEIS senza un assetto istituzionale appropriato e un ridimensionamento ben calibrato del modello di compartecipazione, rischia di aumentare le differenze già evidenti tra servizi sanitari regionali. In realtà, anche

allo stato attuale è difficile parlare di equità e uniformità: a partire dalla spesa sanitaria, le Regioni registrano dati fortemente diversificati, che confermano la netta divisione tra il Nord e il Sud dell'Italia.
Se la media nazionale pro-capite è di 1.744 euro, classificando le Regioni si nota che il Trentino Alto Adige, il Lazio e la Valle d'Aosta hanno una spesa superiore a 1.970 euro pro-capite, mentre in Basilicata e Calabria la cifra scende a meno di 1.600 euro. Anche per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, il Rapporto rileva che nonostante vi sia una sostanziale omogeneità nei ticket applicati nelle Regioni italiane, questo non garantisce equità, perché l'adozione di nomenclatori tariffari differenti comporta una diversa incidenza di costi sui pazienti. Quindi, iniquità non solo tra Regioni, ma anche tra fasce delle popolazione e si confermano i più fragili gli anziani, insieme ai nuclei con tre o più figli.

3. *Breve analisi dei principali contenuti*.
Il Rapporto passa in rassegna i diversi sistemi di assistenza: ospedaliera, emergenza, residenziale, farmaceutica, specialistica, sociosanitaria e domiciliare, coniugando aspetti economico-statistici a questioni regolatorie.
Nello specifico:
I - Il sistema di finanziamento.
Il rapporto affronta in primo luogo le modalità di finanziamento del sistema di tutela pubblica. Lo Stato finanzia la copertura sanitaria della popolazione attraverso la fiscalità generale. Il finanziamento ha un ruolo fondamentale nella determinazione del risultato di esercizio del Servizio sanitario nazionale (SSN); l'eventuale disavanzo può dipendere sia da inefficienza dal lato della spesa che da una sottostima del finanziamento. Il finanziamento pubblico rappresenta la scelta prevalente all'interno dell'area dei Paesi dell'*Organisation for economic co-operation and development* (OECD): su trenta Paesi ben sedici hanno una quota di "spesa pubblica" superiore al 75%. In particolare, raggiungono o superano l'80% Danimarca, Francia, Giappone, Islanda, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Repubblica Ceca e Svezia.
Negli altri Paesi, ad eccezione di Corea (55%), Messico (44%) e Stati Uniti (46%) tale quota non scende comunque al disotto del 60%. Il nostro Paese ha sempre superato la media OECD/2006: 73,4%, 77,2% nel 2007.
Nel periodo 1980-2006 si è comunque osservato una diminuzione dell'intervento pubblico nei Paesi tradizionali con quota pubblica "elevata" (Canada, Danimarca, Nuova Zelanda, Polonia, Repubblica Ceca, Spagna e Svezia) e viceversa una crescita nei Paesi con quota pubblica meno rilevante (Australia, Austria, Corea, Giappone, Svizzera e Turchia). Per quanto riguarda il nostro Paese, la spesa pubblica nel periodo 1990-2000 è diminuita di circa 7 punti percentuali per poi registrare un trend di crescita dal 2000 al 2006 di quasi 5 punti percentuali. Il finanziamento del SSN in percentuale al PIL in valori percentuali è passato

dal 4,62% del 1984-1985 al 6,55% del 2007. Particolarmente interessanti le tabelle relative al finanziamento pro-capite regionale, al finanziamento delle Regioni in rapporto alla popolazione anziana (over 65), quello sul finanziamento per ripartizione geografica e PIL ed infine i risultati di esercizio delle Regioni dal 2003 al 2007 in valori assoluti e pro-capite.

II - Il sistema dell'assistenza ospedaliera.

Il Rapporto traccia le linee del sistema dell'assistenza ospedaliera. Si rileva la riduzione degli istituti di ricovero, soprattutto pubblici, del 7,9% nel periodo 2000-2006 a causa della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. Analogamente la dotazione complessiva di posti letto si riduce del 10,8% nello stesso periodo con variazione percentuale nel 2006, rispetto all'anno precedente, dello 0,5% e una variazione media annua pari a 2,1% nel periodo 2000-2005. Il tasso di ricovero è pari a 140 ricoveri per 1.000 abitanti residenti; tra le Regioni Centro Settentrionali presentano un tasso superiore rispetto alla media solo la Provincia Autonoma di Bolzano (+15,4%) e il Lazio (14,1%). Le Regioni meridionali invece, malgrado un'età media inferiore, sono caratterizzate da livelli di ospedalizzazione superiori alla media. L'unica Regione a presentare un tasso di ricovero significativamente minore del livello nazionale è la Basilicata (-16,5%). Seguono statistiche regionali sui c.d. ricoveri "inappropriati" (peggiori nel Sud, migliori nel Nord) e la media delle tariffe regionali di degenza. Le Regioni con livelli tariffari più bassi sono il Veneto (-11,3%), l'Abruzzo (-11,8), e le Marche (-15,4%). Mostrano tariffe più elevate il Friuli (+33,7%), l'Umbria (+27,2%), e la Provincia Autonoma di Trento (+21,9%). L'assistenza ospedaliera nel 2006 è stata erogata tramite 1.217 istituti di cura di cui circa il 54% pubblici e la parte restante privati accreditati. Le Regioni Piemonte, (43) Lombardia (73) Emilia, (46) Lazio, (85) Campania, (69) Calabria, (39) e Sicilia, (61) sono quelle in cui è maggiore la presenza di privato accreditato. Il Lazio con 51 Ospedali a gestione diretta è la Regione con più Ospedali in assoluto seguito dalla Sicilia (48), Campania (39), Calabria e Toscana (32).

Nel 2006 si sono registrate complessivamente 230.814 degenze ordinarie di cui 78,8% negli istituti pubblici e 21,2% in istituti accreditati; 30.751 ricoveri in day hospital di cui l'89,3% in strutture pubbliche e 10,7% in strutture private per un totale di 263.908 posti letto di cui l'80,2% in istituti pubblici e il 19,8% in istituti accreditati. La Regione che presenta il tasso di ricovero totale più alto è la Liguria, per la quale si registrano 105,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti, mentre il minor ricorso al day-hospital si verifica in Friuli (39,1 ricoveri per 1.000 abitanti); nello specifico nell'età iniziale è pari a 77,2, diminuisce nelle fasce di età adolescenziale (47,2) ed aumenta progressivamente al crescere dell'età sino a raggiungere il massimo nella fascia 65-74 anni (112,4 ricoveri ogni mille abitanti).

La degenza media dei ricoveri ordinari è pari a 6,7 giornate per ricovero. I valori più elevati si registrano generalmente nelle Regioni Settentrionali; Valle

d'Aosta (8.4), Piemonte (8.1), Veneto (7.9). Le Regioni con degenza minore sono invece la Campania, la Sicilia e l'Abruzzo che presentano medie inferiori ai 6 giorni di degenza per ricovero. E' importante precisare, però, che in alcune Regioni meridionali il dato relativo all'ospedalizzazione è compensato dalla minore degenza media. Per quanto riguarda la spesa (valore della produzione), i dati disponibili sono fermi al 2005 il cui valore assoluto è stato ottenuto con le tariffe nazionali relative al 1977. Il valore della produzione nazionale per ricoveri ordinari in acuzie nel 2005 è dunque di poco inferiore a 27 miliardi di euro. Le Regioni che presentano un valore più alto sono la Lombardia (4 miliardi e 660 milioni), il Lazio (2 miliardi e 412 milioni), la Campania (2 miliardi e 412 milioni) e la Sicilia (2 miliardi e 159 milioni) che insieme sommano il 44,5% del valore della produzione del Paese.

III - Il sistema dell'emergenza sanitaria.

Sostanziali differenze regionali si registrano anche nel settore dell'emergenza sanitaria. Lombardia e Lazio sono le Regioni per le quali si evince una maggior coerenza e razionalità tra l'offerta (misurata in numero di strutture) e domanda (in termini di complessità degli accessi).

In generale, la complessità degli accessi che si rileva, sembra infine mediamente bassa rispetto alla complessità organizzativa che caratterizza l'emergenza: solo il 16% degli accessi genera ricovero e il tasso di decessi fra i pazienti che accedono al Pronto Soccorso è meno del 0,1%.

IV - Il sistema dell'assistenza residenziale.

L'analisi evidenzia come negli ultimi anni si sia assistito ad una crescente attenzione verso l'assistenza di tipo residenziale non ospedaliera. Tuttavia emerge una forte eterogeneità definitoria con significati e ruoli assegnati alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) molto differenti da Regione a Regione; tale differenziazione ed indeterminatezza porta in talune Regioni ad una ridefinizione delle RSA scindendone l'universo sulla base non solo delle tipologie di utenza (RSA, RSA demenze, nuclei Alzheimer) ma anche, introducendo nuove tipologie di strutture più o meno temporanee in relazione al gradiente assistenziale fornito, si pensi ad esempio alle Residenze Sanitarie Flessibili (RSF), alle Residenze Sanitarie a Sede Ospedaliera (RSAO) o alle RSA medicalizzate (RSA-M). L'emergere di tali sottotipologie mostra di fatto la necessità di classificare l'utenza sulla base del livello di assistenza sanitaria fornita calcolato su parametri il più possibile oggettivi.

V - Il sistema dell'assistenza farmaceutica.

Il primo aspetto da rilevare è il numero elevatissimo di interventi regolatori volti a contenere la spesa farmaceutica, che dal 1995 al 2001 aveva fatto registrare un aumento di spesa farmaceutica totale (pubblica e privata) a valori nominali di quasi il 75%.

L'attività politica pubblica di contenimento dei costi farmaceutici a livello nazionale, diversamente dal passato, non si è limitata ad interventi regolatori sul prezzo del farmaco ma è intervenuta anche con azioni sulla quantità del venduto. In una logica

di tipo federalista anche le Regioni sono a loro volta intervenute, sia attraverso i classici interventi di compartecipazione dei cittadini alla spesa, sia sperimentando interventi alternativi quali il mantenimento od implementazione della distribuzione "in nome e per conto", l'utilizzo di limiti prescrittivi di alcune categorie di farmaci (ad es. prezzi di riferimento degli inibitori di pompa e quota minima di farmaci equivalenti). Tutti questi interventi, in misura diversa, hanno fatto registrare nel 2007 una diminuzione del 2,6% della spesa farmaceutica territoriale complessiva (una diminuzione provocata dalla diminuzione della spesa pubblica farmaceutica del 5,4% e da un aumento della spesa privata farmaceutica del 4%) rispetto all'anno precedente (nel 2006 già si era registrata una diminuzione del 1%).
Il ricorso ai farmaci equivalenti ha raggiunto a livello regionale il 20,3% della spesa farmaceutica a carico del SSN (+48,18% rispetto al 2006) e il 30,7% delle quantità consumate (+21,34% rispetto al 2006).
Correlando la spesa farmaceutica pro-capite pesata netta con la quota di generici sulla spesa netta si possono individuare quattro situazioni regionali diverse: le Regioni che hanno una spesa pro-capite elevata e un elevata quota di generici (Abruzzo, Liguria, Puglia, Sardegna, Sicilia); le Regioni con una spesa pro-capite bassa e una quota di generici elevata (Basilicata, Marche, Umbria, Emilia Romagna e Toscana); le Regioni che hanno sia una spesa pro-capite bassa, sia una quota di generici bassa (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Molise, Piemonte); infine, le Regioni che hanno una spesa pro-capite elevata e una quota di generici bassa (Lombardia, Calabria, Lazio, Campania).
Anche se quasi tutte le Regioni hanno rispettato il tetto programmato per la spesa territoriale (tranne: il Lazio che presenta la spesa più alta d'Italia con il 14,9%, la Calabria con il 14,5% e la Sicilia con il 14,5%), molte sono ancora oltre il tetto complessivo del 16%.
La spesa delle strutture sanitarie, attendendosi in media nelle Regioni italiane al 4,3% della spesa totale, ha contribuito allo sforamento del tetto del 16% in 10 Regioni (Lazio 17,7%, Sicilia 17,1%, Sardegna 17,0%, Calabria 16,8%, Abruzzo 16,6%, Puglia 16,5%, Campania 16,4%, Umbria, Toscana, Liguria 16,1%).
VI - Il sistema di assistenza specialistica.
Per quanto riguarda il sistema di assistenza specialistica si rileva una evidente correlazione tra spesa specialistica totale pro-capite e PIL pro-capite, e tuttavia non si riscontra una correlazione tra la quota di visite totalmente a pagamento e PIL pro-capite. Questo indica che il ricorso a visite specialistiche private non dipende dal reddito del cittadino, ma presumibilmente è una necessità dovuta alle liste di attesa o alla qualità delle prestazioni e dei servizi.
Secondo le stime, la spesa sanitaria specialistica totale è intorno ai 12 miliardi di euro, imputabile per il 70% circa alle strutture pubbliche e per il resto a quelle private accreditate, nonostante queste ultime costituiscano circa la metà delle strutture totali. Le Regioni Valle d'Aosta e Liguria si stima spendano oltre 300,00

euro pro-capite di specialistica pubblica e privata; ultime in graduatoria Sicilia, Sardegna e Abruzzo con una spesa pro-capite inferiore a 140,00 euro;

VII - L'integrazione sociosanitaria.

La legge 8 novembre 2000, n. 328 di riforma del Welfare e le successive norme contenute nella legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 di riforma del Titolo V della Costituzione, hanno innovato radicalmente il concetto e l'organizzazione dei servizi socioassistenziali in Italia puntando su principi di sussidiarietà, partecipazione, integrazione sociosanitaria, adeguatezza.

Il contributo del Rapporto all'integrazione sociosanitaria si inserisce nel dibattito attuale che vede impegnato il mondo scientifico intorno alla necessità di sviluppare un sistema di Welfare che si basi sul principio dell'integrazione sociosanitaria, ossia sul coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale volto al superamento dei servizi settoriali attraverso l'integrazione delle politiche sociali, sanitarie e socioassistenziali. In particolare, il Rapporto analizza lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sanitari e sociosanitari mediante la descrizione delle prestazioni sociosanitarie, dei livelli su cui si realizza l'integrazione e dei differenti percorsi adottati dalle Regioni per il governo delle politiche sociali.

VIII - Il sistema dell'assistenza domiciliare.

Cresce l'attenzione verso i servizi sociosanitari e i modelli di assistenza domiciliare. Alla elevata variabilità della percentuale di over 65 che ogni Regione prende in carico domiciliarmente, si aggiunge quella dell'intensità assistenziale (quantità di ore annue mediamente erogate per abitante anziano preso in carico), ma senza una significativa correlazione fra le due variabili.

Nel 2006 ad ogni paziente anziano assistito in ADI sono state dedicate, in media, 24 ore annue. Tuttavia il dato passa dalle 183 ore della Valle d'Aosta, alle 71 della Sardegna, fino a Veneto e Molise che rimangono sotto le 15 ore.

Su 180 Asl presenti sul territorio nazionale nel 2006 ce ne sono 7 (due in Sicilia e Calabria, una nel Lazio, Puglia ed Umbria) che ancora non offrono il servizio di ADI, sebbene questo tipo di prestazione rientri nei Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio.

IX - La spesa sanitaria.

L'Italia, per quanto riguarda la spesa sanitaria, può definirsi un Paese virtuoso, registrando una spesa inferiore alla media e una crescita contenuta. Analizzando la composizione della spesa, emerge come la maggior parte delle Regioni del Nord e il Lazio registrino una spesa pro-capite, sia pubblica che privata, superiore alla media. In Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Veneto c'è una spesa pubblica pro-capite inferiore alla media italiana e una spesa privata superiore. Abruzzo e Molise sono le uniche due Regioni con una spesa pubblica superiore alla media e una spesa privata inferiore. La maggior parte delle Regioni del Sud e del Centro fanno osservare una spesa pubblica e privata pro-capite inferiori alla media. Come era lecito aspettarsi, quindi, nelle Regioni Meridionali, dotate di minor reddito pro-capite la spesa privata

è inferiore. Tranne che in Abruzzo e Molise (Regioni soggette a piano di rientro) nelle quali anche la spesa pubblica è inferiore alla media. Solo Friuli Venezia Giulia, Veneto e Lombardia fra le Regioni del Nord, hanno una spesa pubblica inferiore alla media. La variabilità della spesa pubblica risulta superiore di quella privata.
Classificando le Regioni secondo la spesa pubblica corretta per la popolazione pesata, ai primi posti in graduatoria troviamo Trentino Alto Adige, Lazio e Valle d'Aosta con una spesa superiore del 18%, 14% e 13% sopra la media. Le Regioni, invece, con spesa pro-capite per popolazione pesata inferiore sono Basilicata, Calabria e Sardegna con valori inferiori alla media del 9,4%, 8,5% e 6,8%.
X - L'equità nel SSN.
Il Rapporto dedica un capitolo alle misure dell'equità misurata nel cosiddetto *burden space* ossia quell'insieme di misure proposte dalla *World Health Organization* (WHO) che tengono conto del peso delle spese per consumi sanitari effettivamente lasciato direttamente a carico delle famiglie.
Nell'analisi condotta si è scelto di privilegiare le misure di impoverimento e "catastroficità" ed in particolare l'impoverimento che appare una misura particolarmente versatile ed in grado di dare interessanti indicazioni di policy.
Nel 2006 in Italia risultano impoverite 349.180 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); se si utilizzano le soglie epurate della componente sanitaria il numero di nuclei impoveriti risulta invece pari a 299.923 (circa l'1,3% del totale). Nel 2005 erano risultati invece impoveriti 345.363 nuclei (sempre pari all'1,5% del totale) ovvero 310.822 nuclei applicando le soglie al netto della componente di spesa *out of pocket*. Quindi una sostanziale stabilità del fenomeno, e di conseguenza sembra confermarsi l'incapacità delle politiche sanitarie in atto di ridurre significativamente l'entità del problema.
Risultano invece soggette a spese catastrofiche 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei). Tale percentuale nel 2005 era del 4,1%: si è quindi assistito ad un calo degli episodi di catastroficità.
È stata confermata anche nel 2006 l'estrema fragilità di quei nuclei caratterizzati dalla presenza di uno o più anziani che, pur essendo circa un quarto del totale costituiscono circa la metà dell'impoverimento complessivo.
XI - L'impatto del sistema sanitario sull'economia.
Nel 1996 l'incidenza sul PIL del cosiddetto indotto della filiera della salute risultava pari al 4,9%, nel 2004 si attestava al 5,6 (stimati in euro 73,5 miliardi) in valutazione a prezzi costanti. Nel periodo 1996-2004, la produzione e il valore aggiunto della filiera si sono accresciuti ad un tasso medio annuo del 4% circa.
L'attività produttiva farmaceutica mondiale in termini di valore (519,5 miliardi di euro) è cresciuta del 6,4% rispetto al 2006. L'industria farmaceutica italiana ha registrato nel 2007 un fatturato *ex-factory* totale (farmacia+ospedali) di 16,7 miliardi di euro (+1,4% rispetto al 2006), pari al 3,2% del mercato mondiale. Si attesta così al sesto posto nel *ranking* mondiale. Tuttavia l'aumento del +1,4%

risulta inferiore alla media del +5% dei principali Paesi produttori di farmaci (USA, Giappone, Germania, Francia e Regno Unito) e provoca una perdita di quota di mercato dello 0,2% rispetto all'anno precedente.
L'Italia ha una bilancia commerciale positiva (+1,2 miliardi) se si considera il solo commercio di medicinali (confezionati e non) e negativa (-2,6 miliardi) nel caso del commercio totale del settore farmaceutico (commercio dei medicinali, materie prime farmaceutiche e altri prodotti finiti).
La spesa italiana in Ricerca e Sviluppo (R&S) è stata, nel 2007, di 1.170 milioni di euro, pari al 14% della spesa totale in R&S del settore manifatturiero e al 10,4% del settore industriale italiano. Si registrano investimenti fissi lordi nel settore farmaceutico di 1.075 milioni di euro (+3,9% rispetto al 2006); un valore aggiunto di 6.853 milioni di euro (+0,5% rispetto al 2006); e un investimento per occupato di 14.930 euro (il doppio rispetto alla media dell'industria italiana).
A livello internazionale, si valuta che nel 2005 la spesa per dispositivi sia stata di circa euro 188 miliardi e il valore della produzione pari a euro 145 miliardi. Gli USA rappresentano il Paese con la quota di spesa (42%) e di valore della produzione (51%) maggiore, seguono i Paesi dell'Unione Europea con una quota di spesa del 34% e un valore della produzione pari al 30%. L'l'Italia ha un 11% di quota di spesa e un 12% di valore della produzione.
In Europa, la spesa per dispositivi medici nel 2005 rappresenta il 6,3% della spesa sanitaria totale.
L'Italia si trova al di sotto della media europea con una incidenza sulla spesa sanitaria totale del 5,6% e al decimo posto se si considera la spesa pro-capite per dispositivi medici (122 euro). Le Regioni che hanno presentato una spesa pubblica pro-capite più alta, nel 2007, sono il Friuli Venezia Giulia (146 euro), le Marche (125 euro) e la Liguria (106 euro). Le Regioni che presentano una spesa pubblica pro-capite più bassa sono la Calabria (23 euro), la Lombardia (31 euro) e la Basilicata (38 euro).
La quota di spesa pubblica pro-capite regionale per dispositivi medici non sembra correlata al numero di ricoveri chirurgici pro-capite (Ordinari e in Day Hospital). Non sembra, quindi, esserci una chiara relazione fra volumi e costi: le differenze possono quindi essere attribuite tanto a diverse registrazioni contabili, quanto a diverse efficienza negli acquisti.