

## Assetto economico-finanziario

Il presente capitolo di Osservasalute focalizza l'attenzione sulle dinamiche economico-finanziarie dei Sistemi Sanitari Regionali. In tutti gli indicatori contenuti nel capitolo, così come negli approfondimenti, emerge e si conferma una estrema eterogeneità tra le regioni italiane nelle performance economico-finanziarie dei sistemi sanitari. Spesa sanitaria, avanzi e disavanzi, *rating* assegnati, modalità di allocazione delle risorse, equilibri-squilibri economici delle aziende, evidenziano un panorama che appare in progressiva divaricazione con pochi elementi che testimoniano possibili percorsi di avvicinamento di comportamenti e risultati. Se alcune differenze seguono un chiaro gradiente Nord-Sud (spesa sanitaria rispetto al PIL), per altri (vedi la spesa pro capite) le differenze sostanziali si avvertono tra regioni a statuto speciale e quelle a statuto ordinario.

La spesa sanitaria rispetto al PIL mostra un incremento generale a livello nazionale. Questa crescita dipende solo in parte dal rallentamento della crescita dell'economia nazionale in questi ultimi anni; l'incremento della spesa in termini assoluti incide in maniera significativa sull'indicatore. Nel contesto generale pesa comunque la recessione economica molto più avvertita al Sud del paese che porta le regioni ad "investire" per la sanità quote di PIL significativamente superiori rispetto alle regioni del Nord. La Calabria per soddisfare i LEA spende l'8,77% del suo PIL, mentre la Lombardia può soddisfare le esigenze del sistema investendo il 4,66% della ricchezza prodotta.

L'indicatore di spesa pro capite pur mostrando differenze forti tra le regioni non mostra un gradiente così forte, anche se nel 2006 sono, Calabria e Basilicata ad essere i fanalini di coda del sistema. La differenza si presenta quasi sistematica tra regioni a statuto speciale (con eccezione della Sardegna) e le altre. La spesa pro capite comunque tra il 2001-2006 cresce di quasi il 30% con differenze forti tra regioni: se nel Lazio è cresciuta di quasi il 44% (anche se la crescita rallenta nel 2006), in Abruzzo è scesa del 27% e in Molise del 34%.

Sul fronte dei disavanzi le notizie sono più positive. Infatti anche per effetto di una crescente attenzione sia del livello nazionale che di quello interregionale che dell'opinione pubblica sulle questioni del sistema sanitario, il gap tra finanziamento e spesa tende a ridursi, con eccezioni significative (soprattutto per il Lazio). Alcune regioni, anche del Sud, come la Calabria sono in avanzo, ma confrontando il dato con la spesa pro capite questo avanzo, come accade per la Basilicata e in parte per le Marche, sembrerebbe testimoniare una "sottospesa". Alcune regioni in difficoltà si sono rimboccate le maniche producendo buoni risultati in termini di rientro da situazioni spesso disastrose. Tra queste spiccano la PA di Bolzano e il Molise. Non possiamo dire la stessa cosa per Lazio e Sicilia dove gli incrementi del disavanzo tra il 2003 e il 2006 sono rispettivamente del 159% e del 141%.

L'analisi mette in evidenza che lo squilibrio macroeconomico dipende chiaramente da squilibri "strutturali" ancora presenti sia nelle ASL che nelle AO. Anche se la perdita media delle AO è inferiore rispetto a quella delle ASL questa situazione di squilibrio, a livello aggregato, continua a persistere negli anni presi in considerazione (2001-2005). Solo nelle regioni a statuto speciale (tutte tranne la Sardegna) il dato medio è stato positivo nel 2005 e in alcuni anni precedenti. Solo la Lombardia, tra le regioni a statuto ordinario, mostra una situazione di pareggio sia per le ASL che per le AO. Nel Lazio nel 2005 la perdita delle ASL è stata in media di oltre 160 milioni di euro, il risultato peggiore a livello nazionale. Nell'analisi effettuata da Anessi Pessina sull'equilibrio economico dei sistemi sanitari, sulla banca dati dei bilanci delle Aziende Sanitarie del Ministero della Salute (Modelli CE - Conto Economico), emerge che nessuna regione può vantare aziende con un risultato operativo positivo (MOL o analogo indicatore). Alcune di esse (Lombardia, Puglia e Friuli-Venezia Giulia) si avvicinano all'equilibrio pur non raggiungendolo ancora. Le differenze appaiono quindi forti, differenze che però non sembrano potersi spiegare facilmente ad esempio attraverso un diverso ricorso all'acquisto di prestazioni da terzi (privato accreditato). In sostanza non esisterebbe un equilibrio ottimale tra produzione interna e in convenzione. Il caso del Lazio, ad esempio, dimostra che c'è stato forse un erroneo dimensionamento di tale rapporto con un eccesso di privato o di pubblico. Evidentemente i livelli di efficienza e di efficacia relativi dovrebbero guidare la scelta dell'equilibrato ricorso alla produzione interna (pubblica) e esterna (privata).

Nonostante la complessità delle situazioni regionali sotto il profilo economico-finanziario, le agenzie internazionali di *rating* continuano a vedere una differenza sostanziale tra capacità di credito delle regioni del

Nord rispetto a quelle del Sud. Nell'ultimo anno (tra luglio 2006 a luglio 2007), ad ogni modo, tutto il "sistema Italia" ha peggiorato la sua reputazione nei confronti dei mercati finanziari: tutte le agenzie di *rating* hanno declassato il debito italiano e a livello regionale abbassamenti del *rating* hanno interessato Lombardia, Lazio, Abruzzo, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Liguria, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia. Solo le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno migliorato la propria reputazione finanziaria, che oggi è addirittura superiore a quella nazionale.

Anche quest'anno, come nell'anno 2004, le differenze-similitudini tra regioni sono state analizzate anche sotto il profilo dei modelli di giustizia distributiva implementati attraverso le formule di riparto del fondo sanitario regionale alle ASL e, quindi, alle popolazioni di riferimento. Le regioni, come apparivano nel 2004, pur adottando modalità simili nella definizione delle formule di riparto dei Fondi Sanitari Regionali tra le ASL, si differenziano in quanto utilizzano criteri allocativi diversi che necessariamente incorporano modelli di giustizia distributiva diversa. Mentre alcune regioni adottano criteri vicini ai principi sanciti a livello nazionale dalla legge finanziaria per il 1996, ispirati all'egualitarismo, altre (Piemonte, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Abruzzo, Campania, Basilicata) stanno sperimentando modelli che rispondono a logiche equitative diverse, utilitariste o *walrasiane*.

Lo scenario è quello di un sistema sanitario eterogeneo nella *performance* economico-finanziaria, così come nelle scelte di allocazione delle risorse ma in continua e progressiva trasformazione. Il panorama, però, non sembra mostrare specifici percorsi di convergenza. L'osservazione positiva è che comunque il percorso verso l'equilibrio economico-finanziario è stato intrapreso da molte regioni (con importanti eccezioni, vedi il Lazio). Il punto, ancora una volta, riguarda le modalità del conseguimento del pareggio. Il rischio che ancora si manifesta è che per alcune regioni questo percorso stia avvenendo a discapito della quantità e della qualità dei servizi. La Calabria, ad esempio, che è addirittura in avanzo fin dal 2005, ha una spesa pro capite tra le più basse a livello nazionale nel 2006 (la più bassa nel 2005).

Questo suggerisce un supplemento di attenzione da parte delle istituzioni deputate per evitare che, soprattutto in questa fase, il giusto rigore verso la ricerca degli equilibri economico-finanziari non generi guai peggiori in termini di disgregazione della capacità del sistema di produrre salute. Spetta al Ministero della Salute vigilare e monitorare il difficile percorso di rientro delle regioni in difficoltà con un occhio attento all'efficacia e all'efficienza dei sistemi che sono a servizio della salute dei cittadini.

## Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

**Significato.** Anche in questa edizione del Rapporto Osservasalute affrontiamo in modo congiunto due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e poi rispetto alla popolazione residente nella singola regione.

L'intento è quello di fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse regioni, misurata in relazione ai diversi contesti di riferimento sotto il profilo sia socio-economico che demografico.

### *Spesa sanitaria in rapporto al PIL*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica corrente}}{\text{Denominatore} \quad \text{PIL a prezzi correnti}} \times 100$$

### *Spesa sanitaria pubblica pro capite*

Rappresenta l'ammontare di risorse in termini monetari che sono in media impiegate per ogni individuo di una data regione per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento. In tal senso dovrebbe indicare le risorse impegna-

### *Spesa sanitaria pubblica pro capite*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica corrente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}}$$

**Validità e limiti.** Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una determinata regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito. L'allocazione della spesa pubblica tra i diversi comparti segue criteri differenti dalla semplice disponibilità economica: quindi non è detto che regioni più ricche spenderanno di più rispetto al proprio PIL per l'assistenza. La diversa capacità di razionalizzare la spesa e la diversa propensione a spendere per la sanità piuttosto che per altri comparti influenzerà il valore assunto dall'indicatore nelle diverse regioni.

Nella lettura dei valori che assume l'indicatore a livello regionale e nell'effettuare i confronti tra regioni, è necessario adottare alcune cautele riguardanti sia il numeratore che il denominatore. Per quanto riguarda il

### *Spesa sanitaria in rapporto al PIL*

Il Prodotto Interno Lordo è il valore di mercato di tutti i beni e servizi finali prodotti in una regione in un dato periodo di tempo. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL indica la quota delle risorse che ogni regione destina al mantenimento e alla promozione dello stato di salute della popolazione rispetto a ciò che ha prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

In tal senso dovrebbe indicare il peso economico per la produzione e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi aggiuntivi che la regione vuole garantire ai propri cittadini. A causa della presenza di meccanismi di natura perequativa l'indicatore non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla sanità pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

te mediamente sia per fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia per gli altri servizi che la regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

numeratore le risorse sono espresse in termini monetari e quindi il loro valore è puramente monetario e non rappresenta la quantità di servizi di assistenza erogati, inoltre, l'indicatore non tiene conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle differenti regioni. Il PIL, oltre a non essere un indicatore di benessere, risente sia dei differenti livelli dei prezzi regionali, in genere più bassi al Sud soprattutto per beni e servizi (Istat, Contabilità Nazionale), sia di sottostime, di cui la principale è quella dovuta alla mancata inclusione del prodotto derivante da lavoro nero e dalla così detta economia "sommersa".

Questo indicatore, di ampio utilizzo per confronti tra paesi, appare meno utile per confronti tra regioni, soprattutto in presenza di meccanismi perequativi che ne falsano il significato.

L'indicatore "spesa sanitaria pubblica pro capite" rappresenta una prima approssimazione della disponibilità del settore pubblico a pagare per l'assistenza sanitaria dei propri cittadini residenti. L'indicatore è soggetto ad alcune limitazioni: la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria tra le regioni, dovuto prevalentemente alla composizione per sesso ed età della popolazione di ciascuna regione e al quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, con minori bisogni saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani.

Inoltre la spesa, essendo espressa in termini monetari, non rappresenta il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi in quanto non tiene conto del livello medio dei prezzi al consumo nelle diverse regioni. È noto che il livello dei prezzi nelle regioni meridionali è differente da quello delle regioni settentrionali. Nonostante questa avvertenza è bene comunque ricordare che l'esistenza di contratti nazionali, per quanto riguarda la principale voce di spesa, cioè il personale, riducono la portata di tale limitazione.

Infine, l'indicatore non permette di considerare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni più efficienti, e in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le proprie risorse, saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione. Bisogna, infine, tener presente che i valori della spesa pro capite tendono a rispecchiare i criteri di allocazione delle risorse finanziarie adottati dalle regioni in sede di riparto del Fondo (denominato anche Integrazione a norma del d.l.vo 56/00).

Nonostante ciò l'indicatore ci fornisce una prima approssimazione delle eventuali disparità tra regioni quanto a risorse disponibili per l'assistenza sanitaria alla popolazione.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono specifici benchmark per questi rapporti, quindi il valore di riferimento può essere considerato la media nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

Per quanto riguarda l'indicatore spesa/PIL, notiamo che il valore medio italiano si alza dal 6,07% del 2003 al 6,40% del 2004: ciò testimonia più che un rallentamento del denominatore, dovuto al ristagno dell'economia italiana e del suo PIL, un incremento di spesa sanitaria pubblica. Il rapporto è ampiamente variabile a livello regionale e nel corso del tempo: si passa, per il 2003, dal 4,41% della Lombardia al 9,37% del Molise, nel 2004 il rapporto registra un minimo sempre in Lombardia (4,66%) ed un massimo del 9,89% in Campania.

Tali andamenti, come si è già detto per l'Italia in gene-

rale, sembrano dovuti all'impatto differente che la recessione ha avuto sulla variabile PIL nelle regioni del Nord, meno duramente colpite rispetto alle regioni del Sud, che peggiorano la propria posizione relativa. Inoltre, da un'analisi del tasso di crescita dell'indicatore nel corso del periodo 2000-2004, notiamo che esso è maggiore nella PA di Bolzano (28%), in Sicilia (26%) e nella PA di Trento (20%) che sono regioni o Province Autonome, e in Abruzzo e Molise (23%), di cui l'ultima qualificabile come una regione "piccola". La variazione è negativa in una sola regione, la Calabria, che si vedrà tra breve essere interessata da una sostanziale stagnazione della spesa sanitaria pubblica.

Più articolato deve essere invece il commento riguardo alla spesa sanitaria pubblica pro capite della tabella 2. Vediamo innanzitutto che il valore medio nazionale passa da 1.648 € del 2005 a 1.688 € del 2006, con un incremento del 2,6%: tenuto conto del tasso di inflazione, esso è rimasto sostanzialmente stazionario in valori reali. Anche in questo caso vi è variabilità regionale ma non è chiara la variabilità temporale. Per il 2005 la Calabria è la regione a minore spesa pro capite con 1.423 €, mentre la PA di Bolzano fa registrare la maggiore spesa con 2.059 €: la differenza tra i due valori è pari a 636 €, cioè meno di un terzo della spesa della PA di Bolzano. Per il 2006 la regione a minore spesa è la Basilicata con 1.509 € e quella a maggior spesa sempre la PA di Bolzano con 2.144 €: la differenza tra regioni è sostanzialmente analoga a quella dell'anno prima (635 €). Non è possibile evidenziare una tendenza Nord-Sud, ma sembra emergere una maggiore tendenza alla spesa da parte delle regioni autonome: la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, la PA di Trento, il Friuli-Venezia Giulia, la Sicilia (solo però nel 2006) risultano avere una spesa pro capite superiore alla media; fa eccezione la Sardegna, anch'essa autonoma ma con spesa inferiore alla media. Inoltre, analizzando i dati del 2006, è possibile evidenziare anche una probabile sovraspesa delle piccole regioni, giustificabile con i costi fissi amministrativi e strutturali che gravano di più sulle regioni piccole: alle regioni autonome "piccole" Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, si sommano anche quelle a statuto ordinario Umbria e Molise, con la sola eccezione della Basilicata. La variazione della spesa pro capite nel periodo 2001-2006 è più difficile da analizzare e deve essere letta congiuntamente all'indicatore sul disavanzo pro capite: il valor medio italiano è del 28,95%, ma vi è un'ampia divaricazione tra regioni con elevati tassi di crescita della spesa (massimo nel Lazio con 43,78%, ben 15 punti percentuali sopra la media), e regioni con crescita ridotta (minimo nella PA di Trento con 19,83%). Le regioni che mostrano una dinamica di crescita più elevata nel corso del periodo 2001-2006, sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, il

Friuli-Venezia Giulia, il Lazio, il Molise, la Puglia, la Basilicata e la Sicilia: anche se qualcosa della tipizzazione relativa ai livelli di spesa, in regioni autonome e regioni piccole permane anche nella dinamica, le tendenze sono meno chiare e probabilmente sensibili

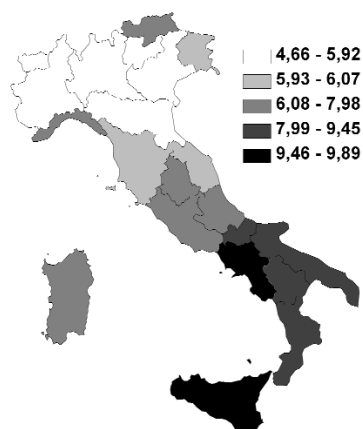
all'anno di riferimento; si consideri, infatti il Lazio, la regione meno virtuosa, che, prendendo in considerazione soltanto gli ultimi due anni (2005-2006) risulterebbe con un tasso di crescita ridotto dell'1,9% (dovuto al cambio di giunta ed al piano di rientro).

**Tabella 1** - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) e variazione percentuale per regione - Anni 2003, 2004

| Regioni               | 2003        | 2004        | Δ % 2000-2004 |
|-----------------------|-------------|-------------|---------------|
| Piemonte              | 5,55        | 5,92        | 12,50         |
| Valle d'Aosta         | 5,38        | 5,70        | 6,95          |
| Lombardia             | 4,41        | 4,66        | 9,11          |
| Bolzano-Bozen         | 6,49        | 6,75        | 27,92         |
| Trento                | 5,24        | 5,55        | 19,62         |
| Veneto                | 5,13        | 5,19        | 6,27          |
| Friuli-Venezia Giulia | 5,75        | 6,05        | 13,89         |
| Liguria               | 6,65        | 7,08        | 12,10         |
| Emilia-Romagna        | 5,13        | 5,45        | 18,68         |
| Toscana               | 5,52        | 5,95        | 13,54         |
| Umbria                | 6,67        | 6,92        | 12,93         |
| Marche                | 5,87        | 6,07        | 3,84          |
| Lazio                 | 5,97        | 6,28        | 19,98         |
| Abruzzo               | 7,95        | 7,87        | 23,40         |
| Molise                | 9,37        | 9,45        | 22,92         |
| Campania              | 9,12        | 9,89        | 14,45         |
| Puglia                | 8,27        | 8,71        | 5,84          |
| Basilicata            | 8,07        | 8,41        | 14,72         |
| Calabria              | 8,69        | 8,77        | -2,18         |
| Sicilia               | 8,73        | 9,53        | 26,15         |
| Sardegna              | 7,80        | 7,98        | 7,56          |
| <b>Italia</b>         | <b>6,07</b> | <b>6,40</b> | <b>13,04</b>  |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Contabilità Nazionale. Anno 2007.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) per regione. Anno 2004

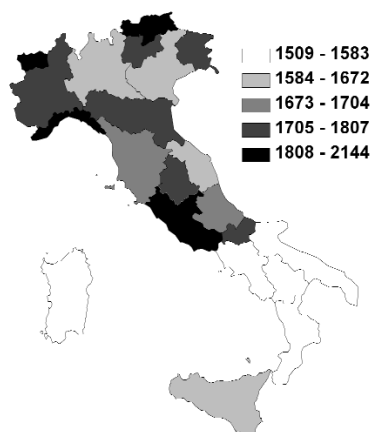


**Tabella 2** - Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €) e variazione percentuale per regione - Anni 2005, 2006

| Regioni               | 2005         | 2006         | Δ % 2001-2006 |
|-----------------------|--------------|--------------|---------------|
| Piemonte              | 1.661        | 1.721        | 29,20         |
| Valle d'Aosta         | 1.829        | 2.003        | 35,34         |
| Lombardia             | 1.573        | 1.635        | 26,25         |
| Bolzano-Bozen         | 2.059        | 2.144        | 28,54         |
| Trento                | 1.722        | 1.807        | 19,83         |
| Veneto                | 1.609        | 1.672        | 25,62         |
| Friuli-Venezia Giulia | 1.650        | 1.747        | 30,86         |
| Liguria               | 1.836        | 1.859        | 28,74         |
| Emilia-Romagna        | 1.699        | 1.757        | 27,69         |
| Toscana               | 1.647        | 1.696        | 24,98         |
| Umbria                | 1.629        | 1.706        | 28,95         |
| Marche                | 1.544        | 1.607        | 21,47         |
| Lazio                 | 1.918        | 1.954        | 43,78         |
| Abruzzo               | 1.729        | 1.704        | 27,07         |
| Molise                | 2.033        | 1.807        | 34,55         |
| Campania              | 1.669        | 1.575        | 23,53         |
| Puglia                | 1.514        | 1.554        | 30,92         |
| Basilicata            | 1.505        | 1.509        | 29,97         |
| Calabria              | 1.423        | 1.517        | 23,43         |
| Sicilia               | 1.561        | 1.672        | 36,05         |
| Sardegna              | 1.626        | 1.583        | 24,25         |
| <b>Italia</b>         | <b>1.648</b> | <b>1.688</b> | <b>28,95</b>  |

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2007.

Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €) per regione. Anno 2006



### Raccomandazioni di Osservasalute

Non sembra emergere, dalla lettura dei dati relativi alla dinamica della spesa pro capite, una tendenza a colmare i *gap* di spesa tra regioni: nonostante ciò sia in parte giustificabile, riflettendo le disparità nei fattori di bisogno certamente non rappresentabili dal semplice indicatore pro capite, dall'altra, tali differenze vanno comunque monitorate. Inoltre sembra che la crescita di spesa regionale non segua percorsi omogenei, sia cioè "a strappi": anche tale fattore va monitorato, soprattutto a livello contabile, per il rischio di anticipazioni o posponimenti di spesa di carattere strategico.

## Disavanzo sanitario pubblico pro capite

**Significato.** Misura la tendenza dei disavanzi, in termine pro capite, della Sanità Pubblica: la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. Quindi la differenza tra le uscite per servizi prestati direttamente o convenzionati e il saldo composto da fonti di entrata autonome (IRAP e Addizionale IRPEF) e perequate tramite il Fondo ex d. l.vo 56/00.

### *Disavanzo sanitario pubblico pro capite*

Numeratore      Spesa sanitaria pubblica - Finanziamento SSN

Denominatore      Popolazione media residente

**Validità e limiti.** L'indicatore fornisce un'informazione approssimativa sulla *performance* regionale: tassi di incremento maggiori della media indicano difficoltà specifiche. L'indicatore, però, non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali nei disavanzi stessi, in quanto il finanziamento è allocato alle regioni secondo un sistema di ponderazioni che solo teoricamente approssima i bisogni reali delle popolazioni regionali.

Inoltre, essendo di natura aggregata, non consente di risalire alle voci di spesa o finanziamento maggiormente responsabili del disavanzo stesso. Nelle regioni o province a statuto speciale, le fonti di finanziamento sono differenti da quelle delle altre regioni, a dinamica differenziata e senza componenti perequative; quindi la lettura dei dati ad esse relativi va effettuata con molta cautela. Può rappresentare lo "sforzo fiscale" aggiuntivo richiesto alle singole regioni, in assenza di modifiche concordate delle allocazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, per ripianare il deficit stesso.

Bisogna considerare, inoltre, che la dinamica del disavanzo è stata influenzata negli anni più recenti da misure "una tantum" quali il fenomeno della "cartolarizzazione" che ha permesso apparenti riduzioni dell'indebitamento contabile: in tali casi una media triennale può dare una migliore idea del sottostante stato strutturale del finanziamento regionale.

Il disavanzo ha inoltre natura tendenzialmente ciclica, in quanto le fonti di entrata risentono della congiuntura economica, mentre le uscite sono in buona misura indipendenti da questa, e quindi la sua lettura deve essere effettuata depurando tale componente o considerando un dato medio pluriennale (anche la Corte dei Conti sembra adottare questo approccio nella sua Relazione Annuale del 2006, ove calcola un disavanzo medio quadriennale per gli anni dal 2002 al 2005). Infine, va rilevato che il dato, proprio per la sua natura "politicalmente sensibile" tende ad essere a volte lacunoso e ritardato, rendendo di fatto difficile una

la sua interpretazione: è per questo motivo che la Legge Finanziaria del 2006, tra le misure di controllo contabile (comma 291), prevede una certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie. Si tenga presente, infatti, che il disavanzo palese è da considerare alla luce degli ulteriori fattori di disavanzo occulto a livello regionale, cioè il ritardato pagamento dei fornitori, o certe tipologie di indebitamento regionale.

sua interpretazione: è per questo motivo che la Legge Finanziaria del 2006, tra le misure di controllo contabile (comma 291), prevede una certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie. Si tenga presente, infatti, che il disavanzo palese è da considerare alla luce degli ulteriori fattori di disavanzo occulto a livello regionale, cioè il ritardato pagamento dei fornitori, o certe tipologie di indebitamento regionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il benchmark sarebbe il pareggio di bilancio, ma per fare un'analisi differenziata tra le regioni siamo costretti ad utilizzare come riferimento il valore medio nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

In primo luogo occorre rilevare che i dati presentati quest'anno non hanno la stessa fonte di quelli utilizzati in anni precedenti dell'Osservasalute (vedi nota alla tabella 1). Sebbene vi sia ancora un sostanziale incremento del disavanzo medio regionale pro capite nel corso del periodo 2003-2006 (valore medio italiano 35 Ä), l'incremento pare in attenuazione: infatti a fronte di un valore medio di 59 Ä per il 2005, si ha, nel 2006, solo un valore di 43 Ä.

La regione più deficitaria nel 2006 è stata il Lazio, con un disavanzo stazionario nel biennio 2005-2006, pari a 272 Ä pro capite, mentre la regione con il maggiore attivo è la Calabria, che presenta attivi di 76 Ä pro capite nel 2005 e 103 Ä pro capite nel 2006.

Venendo allo "sforzo" di rientro del deficit, vediamo che, nel medio periodo, quello della PA di Bolzano risulta essere il più virtuoso, con una riduzione di 107 Ä pro capite, che ha portato il bilancio in attivo, sebbene l'attivo di bilancio si sia ridotto dal 2005 (70 Ä, al 2006 (49 Ä). Lo "sforzo" più importante nel breve periodo, cioè dal 2005 al 2006, è quello del Molise, che vede passare il disavanzo pro capite da 430 Ä a 208 Ä (nel periodo 2003-2006 la diminuzione è contenuta nell'ordine dei 18 Ä pro capite).

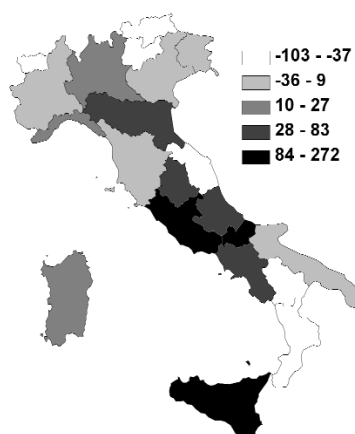
**Tabella 1** - Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in  $\text{\AA}$ ) e variazione assoluta per regione - Anni 2005-2006\*

| Regioni               | 2005      | 2006      | $\Delta$ assoluta 2003-2006 |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Piemonte              | -81       | -30       | -3                          |
| Valle d'Aosta         | -57       | -56       | 1                           |
| Lombardia             | 14        | 21        | 17                          |
| Bolzano-Bozen         | -70       | -49       | -107                        |
| Trento                | -76       | -56       | -21                         |
| Veneto                | 13        | -7        | -29                         |
| Friuli-Venezia Giulia | -68       | -21       | 4                           |
| Liguria               | 119       | 27        | 33                          |
| Emilia-Romagna        | 28        | 46        | 23                          |
| Toscana               | -5        | 9         | 36                          |
| Umbria                | -19       | 47        | -21                         |
| Marche                | -53       | -37       | -37                         |
| Lazio                 | 272       | 272       | 159                         |
| Abruzzo               | 172       | 83        | -68                         |
| Molise                | 430       | 208       | -18                         |
| Campania              | 239       | 52        | 24                          |
| Puglia                | 19        | -2        | 95                          |
| Basilicata            | -39       | -67       | 17                          |
| Calabria              | -76       | -103      | -22                         |
| Sicilia               | 52        | 128       | 141                         |
| Sardegna              | 138       | 12        | -30                         |
| <b>Italia</b>         | <b>59</b> | <b>43</b> | <b>35</b>                   |

\*I dati ottenuti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese del 2007 non sono comparabili con quelli delle precedenti edizioni di Osservasalute, in quanto sono ottenuti da conti SIS e non direttamente dal sito del Ministero della Salute. Inoltre i dati 2006 sono relativi al quarto trimestre.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2007.

**Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in  $\text{\AA}$ ) per regione. Anno 2006**



Possiamo parlare di regioni sostanzialmente in attivo nel Nord (con l'eccezione di Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna), mentre al Centro la sola regione attiva sembra essere le Marche ed al Sud la Basilicata e la Calabria. L'interpretazione di avanzi e disavanzi

va effettuata congiuntamente a quella sulla spesa; per gli attivi di Calabria e Basilicata, ed in minor misura delle Marche, si può affermare che sono associati a sottospesa, cioè un livello di spesa pro capite inferiore a quella osservata a livello nazionale, per gli attivi delle regioni del Nord, il Piemonte e la Valle d'Aosta non presentano sottospesa, mentre le PA di Bolzano e Trento hanno una probabile sovraspesa, cioè una spesa pro capite superiore a quella media nazionale, anche se a dinamica contenuta. Per i disavanzi, essi sono in genere associati a sovraspesa; il Lazio evidenzia una netta sovraspesa, la Campania un deficit che si attenua al calare della spesa, il Molise un deficit elevato da sovraspesa con lento aggiustamento, in Emilia-Romagna un lieve deficit dovuto alla spesa: caso particolare la Sicilia, che ha la maggiore dinamica di incremento del disavanzo dopo il Lazio (141  $\text{\AA}$ ) ma ciò non sembra essere associato ad una sovraspesa, quanto ad altri fattori da chiarire.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, e riguardano la genesi del disavanzo stesso, da sovraspesa, da inefficienze, ecc. Induce a un sostanziale ottimismo la generalizzata riduzione dei deficit e l'incremento degli attivi.



## Variazione utile/perdita d'esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

**Significato.** L'utile (o la perdita) di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di un'Azienda Sanitaria. Per economicità si intende la capacità della struttura aziendale di raggiungere l'equilibrio fra risorse acquisite e costi sostenuti per il soddisfacimento dei bisogni sanitari, necessario a rendere duratura la vita della stessa.

L'assenza di un cliente che paga un prezzo per le prestazioni che riceve fa perdere ai proventi dell'Azienda Sanitaria il tipico significato attribuito ai ricavi di

indicatori di soddisfazione degli acquirenti e quindi di efficacia. La conseguenza è che il risultato di esercizio diventa una misura della sola efficienza della gestione e come tale il suo valore in pareggio o in avanzo rappresenta la condizione necessaria ed irrinunciabile perchè si possano erogare nel tempo prestazioni che impattano positivamente sulla salute.

Due gli indicatori proposti che misurano il valore medio di esercizio ed il valore medio pro capite per tipologia di azienda e per regione.

### *Perdita media o utile medio di esercizio*

|              |   |
|--------------|---|
| Numeratore   | Perdita o utile di esercizio (ASL o AO) |
| Denominatore | Numero di aziende (ASL o AO)            |

### *Perdita o utile di esercizio pro capite*

|              |                                  |
|--------------|----------------------------------|
| Numeratore   | Perdita/utile di esercizio (ASL) |
| Denominatore | Popolazione residente            |

**Validità e limiti.** Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende Sanitarie, Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO), comunicano annualmente alle regioni di propria pertinenza, nonché al Ministero della Salute.

La validità degli indicatori risiede nella loro capacità di valutare l'economicità della gestione delle due tipologie di aziende per regione e per l'intera nazione, e di fornire una indicazione di miglioramento o peggioramento del bilancio regionale e dell'avanzo o disavanzo complessivo del servizio sanitario italiano.

I limiti risiedono principalmente nel fatto che sono indici sintetici che esprimono l'economicità della azienda nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse aree gestionali che la determinano (area caratteristica, finanziaria, etc) e che sono medie semplici e non ponderate, e come tali non tengono in considerazioni variabili che potrebbero condizionarne i valori.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il benchmark è il pareggio di bilancio che esprime la presenza di un equilibrio economico della gestione e soddisfa alla condizione necessaria all'azienda per poter raggiungere le finalità che le sono proprie.

### **Descrizione dei risultati**

L'analisi dei dati aggregati a livello nazionale (tabella 1) evidenzia, nel biennio 2004-2005, valori negativi sia per le ASL che per le AO a denuncia di una scarsa

capacità a raggiungere l'equilibrio economico in entrambi gli anni. Il trend è negativo per le ASL mentre presenta un lieve miglioramento nelle AO nel 2005 rispetto al 2004. Se si estende il numero di anni analizzati al triennio precedente 2001-2003 (Rapporto Osservasalute 2005 e 2006) (grafico 1) si registrano valori sempre negativi per entrambe le tipologie di aziende, ma con andamento diverso: le ASL migliorano dal 2001 al 2003, con perdite medie che passano da -24 milioni di € nel primo anno, a -22,4 nel secondo, a -19 nell'ultimo, per poi peggiorare nel biennio successivo registrando una perdita media di circa -28 milioni nel 2004 e -30 milioni nel 2005; le AO invece migliorano mediamente il proprio deficit dal 2001 al 2002, passando da -8,2 milioni di € a -6,2 milioni di €, per poi aggravare i valori nel 2003 con -13 milioni di € di disavanzo e nel 2004 con -16,7 milioni di €, e risollevarli nel 2005 a -11 milioni circa €.

Nel quinquennio la perdita media nazionale per le AO è sempre inferiore a quella delle ASL.

La distribuzione dei valori medi di esercizio per ASL delle regioni denuncia, nel quinquennio, prevalentemente situazioni di squilibrio economico passando da un deficit massimo di -87,7 milioni nel 2001 a -104,3 nel 2002, a -96,6 nel 2003 per poi peggiorare a -137,7 milioni di € nel 2004, registrato in Campania, a -161,0 milioni di € nel 2005 segnalato in Lazio, ad una perdita minore di -0,4 milioni di € nel 2001, a -0,3 nel 2002, a -0,9 nel 2003, -0,3 nel 2004 in Friuli-Venezia Giulia, a -1,3 milioni di € nel 2005 in Umbria.

Solo le ASL di realtà particolari, come la Provincia

Autonoma di Trento e la Valle d'Aosta, cui regimi statutari e le dimensioni rendono il confronto con le altre aziende nazionali di difficile interpretazione, si mantengono in equilibrio nei cinque anni, con l'eccezione della Valle d'Aosta nel 2001.

Il numero di regioni che presentano deficit sotto la media nazionale sono, in ordine crescente di deficit, 6 nel 2001 (Abruzzo, Sardegna, Veneto, Puglia, Lazio, Campania), 5 nel 2002 (Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Campania, Lazio), 6 nel 2003 (Sardegna, Molise, Abruzzo, Sicilia, Lazio, Campania), 6 nel 2004 (Lombardia, Sardegna, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia, Campania) e 6 nel 2005 (Liguria, Puglia, Sardegna, Abruzzo, Campania, Lazio) e fra di esse alcune non modificano la propria posizione nel quinquennio: si tratta di Lazio, Campania e Sardegna. Nello stesso periodo le ASL che presentano un utile passano da 2 nel 2001 a 3 nel 2002, a 2 nel 2003 e 2004 a 5 nel 2005. Nell'ultimo anno migliorano il proprio bilancio le ASL della Sicilia, Friuli-Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Bolzano, passando da una situazione di deficit ad una di avanzo.

Nei 5 anni i valori medi di esercizio delle ASL delle singole regioni presentano un andamento oscillante con l'unica eccezione della Basilicata la cui perdita media segue una linea crescente e, nonostante il valore medio nazionale peggiori nel biennio 2004-2005, le ASL delle regioni Valle d'Aosta, Umbria, Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche,

Sicilia e le Province Autonome di Bolzano e Trento migliorano il proprio risultato d'esercizio.

Per tener conto della diversa dimensione delle ASL delle regioni è opportuno anche analizzare l'utile/perdita di bilancio pro capite che rappresenta un indicatore più sensibile ai fini del confronto della economicità delle Aziende Sanitarie (tabella 2).

I dati aggregati a livello nazionale denunciano un miglioramento costante nella capacità economica delle aziende come trend dal 2001 al 2003 (-95 Ä nel 2001, -115,41 Ä nel 2003), ma un peggioramento nel 2004 e 2005.

La distribuzione dei valori pro capite medi regionali assegna al Molise il deficit maggiore nel 2004 (-17,32 Ä) e al Lazio nel 2005 (-365,49 Ä). Le stesse regioni presentavano il deficit pro capite peggiore rispettivamente nel 2003 e 2002, mentre nel 2001 era la Campania a denunciare un maggior onere per residenti pari a -199,00 Ä.

Nel quinquennio il numero delle regioni che si presentano con valori medi pro capite sotto la media nazionale, ma 4 di esse, Abruzzo, Campania, Lazio e Sardegna, sono sempre presenti. Nello stesso periodo conferma un peggioramento costante delle perdite pro capite la regione Basilicata, mentre le altre denunciano valori con trend non costante.

I valori dei risultati medi di esercizio delle AO delle regioni si collocano in range che variano nel quinquennio e precisamente: nel 2001 fra -59,3 e 2,0 milioni di

**Tabella 1** - Perdita media o utile medio di esercizio (migliaia di Ä) per regione e tipologia di azienda - Anni 2004-2005

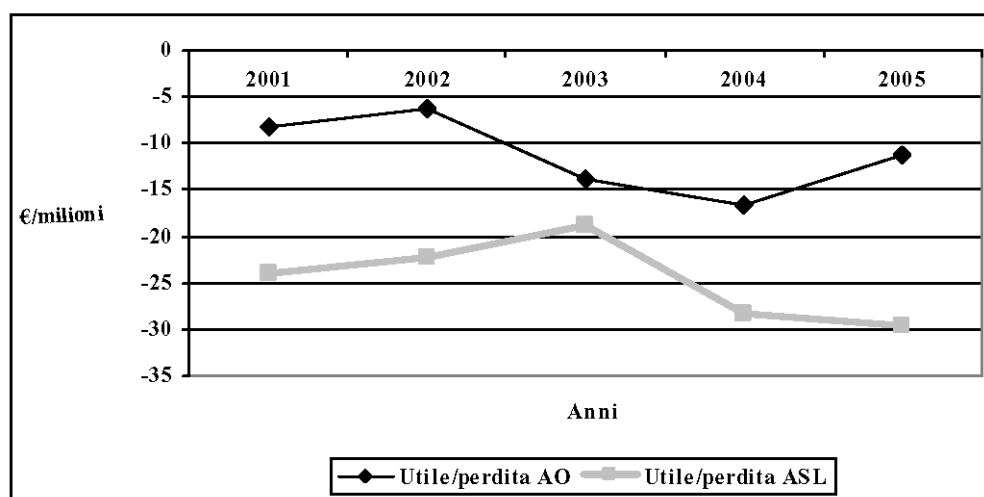
| Regioni               | 2004       |                   |            |                   | 2005       |                |           |                |
|-----------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|----------------|-----------|----------------|
|                       | N          | ASL<br>Ä          | N          | AO<br>Ä           | N          | ASL<br>Ä       | Numero    | AO<br>Ä        |
| Piemonte              | 22         | -15.260,00        | 7          | 1.304,00          | 22         | -21.241        | 8         | -17.967        |
| Valle d'Aosta         | 1          | 823,00            | 0          | 0                 | 1          | 1.500          | 0         | 0              |
| Lombardia             | 15         | -30.968,00        | 29         | -29.851,00        | 15         | 0              | 29        | 0              |
| Bolzano-Bozen         | 4          | -978,00           | 0          | 0                 | 4          | 2.433          | 0         | 0              |
| Trento                | 1          | 45,00             | 0          | 0                 | 1          | 47             | 0         | 0              |
| Veneto                | 22         | -24.532,00        | 2          | -33.609,00        | 21         | -28.833        | 2         | -49.276        |
| Friuli-Venezia Giulia | 6          | -293,00           | 3          | -307,00           | 6          | 2.128          | 5         | 202            |
| Liguria               | 5          | -26.540,00        | 3          | -14.691,00        | 5          | -33.850        | 3         | -19.005        |
| Emilia-Romagna        | 13         | -43.572,00        | 5          | -20.594,00        | 11         | -7.408         | 5         | -7.877         |
| Toscana               | 12         | -20.502,00        | 4          | -14.437,00        | 12         | -4.772         | 4         | -6.481         |
| Umbria                | 4          | -2.508,00         | 2          | -7.960,00         | 4          | -1.277         | 2         | -2.919         |
| Marche                | 14         | -13.844,00        | 4          | -26.740,00        | 14         | -12.269        | 2         | -25.119        |
| Lazio                 | 12         | -74.567,00        | 4          | -76.504,00        | 12         | -160.998       | 5         | 906            |
| Abruzzo               | 6          | -26.124,00        | 0          | 0                 | 6          | -78.876        | 0         | 0              |
| Molise                | 4          | -25.531,00        | 0          | 0                 | 4          | -28.324        | 0         | 0              |
| Campania              | 13         | -137.669,00       | 8          | -27.755,00        | 13         | -148.278       | 8         | -29.533        |
| Puglia                | 12         | -17.618,00        | 6          | -10.498,00        | 12         | -40.450        | 2         | -26.645        |
| Basilicata            | 5          | -6.492,00         | 2          | -4.565,00         | 5          | -7.272         | 2         | -5.171         |
| Calabria              | 11         | -2.142,00         | 4          | 158               | 11         | -12.889        | 3         | -10.107        |
| Sicilia               | 9          | -92.382,00        | 17         | -6.925,00         | 7          | 54             | 16        | 1.048          |
| Sardegna              | 8          | -33.152,00        | 1          | 5.777,00          | 8          | -42.152        | 1         | -37.871        |
| <b>Italia</b>         | <b>199</b> | <b>-28.277,00</b> | <b>101</b> | <b>-16.700,00</b> | <b>194</b> | <b>-29.654</b> | <b>97</b> | <b>-11.229</b> |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

**Tabella 2** - Utile o perdita di esercizio pro capite delle ASL (in Ä) per regione - Anni 2004-2005

| Regioni               | 2004           | 2005           | Δ assoluta   |
|-----------------------|----------------|----------------|--------------|
| Piemonte              | -78,07         | -107,77        | -29,70       |
| Valle d'Aosta         | 6,72           | 12,15          | 5,43         |
| Lombardia             | -49,84         | 0,00           | 49,84        |
| Bolzano-Bozen         | -8,25          | 20,28          | 28,53        |
| Trento                | 0,09           | 0,09           | 0,00         |
| Veneto                | -115,53        | -128,31        | -12,77       |
| Friuli-Venezia Giulia | -1,46          | 10,58          | 12,05        |
| Liguria               | -83,73         | -105,70        | -21,97       |
| Emilia-Romagna        | -116,45        | -19,54         | 96,91        |
| Toscana               | -68,68         | -15,87         | 52,81        |
| Umbria                | -11,75         | -5,92          | 5,84         |
| Marche                | -128,20        | -112,72        | 15,48        |
| Lazio                 | -170,84        | -365,39        | -194,55      |
| Abruzzo               | -121,26        | -363,40        | -242,14      |
| Molise                | -317,32        | -352,47        | -35,15       |
| Campania              | -309,92        | -332,92        | -23,00       |
| Puglia                | -52,14         | -119,27        | -67,12       |
| Basilicata            | -54,40         | -61,08         | -6,68        |
| Calabria              | -11,72         | -70,65         | -58,92       |
| Sicilia               | -166,02        | 0,08           | 166,09       |
| Sardegna              | -161,07        | -204,02        | -42,95       |
| <b>Italia</b>         | <b>-115,41</b> | <b>-119,10</b> | <b>-3,69</b> |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

**Grafico 1** - Perdita media o utile medio di esercizio (valore nazionale in milioni di Ä) per tipologia di azienda - Anni 2001-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

Ä, nel 2002 fra -66,0 e 0,6, nel 2003 fra -80,2 milioni e 0 Ä, nel 2004 fra -76,6 e 5,8 ed infine nel 2005 fra -49,3 e 1 milioni di Ä. Il numero delle AO che presentano deficit superiore alla media nazionale varia da 5 nel 2001 (Campania, Umbria, Veneto, Puglia, Lazio) e nel 2002 (Emilia-Romagna, Campania, Veneto, Puglia, Lazio) a 4 nel 2003 (Puglia, Campania, Veneto, Lazio) per poi risalire a 6 nel 2004 (Emilia-Romagna, Marche, Campania, Lombardia, Veneto, Lazio) e a 7 nel 2005 (Piemonte, Liguria, Marche, Puglia, Campania, Sardegna, Veneto). Le regioni che si presentano con AO in utile sono diverse nel quinquennio sia come

numero che tipologia. Nel 2001 sono mediamente in utile le AO delle regioni Liguria, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia (71 mila, 40 mila e 2,0 milioni di Ä), nel 2002 le AO di Toscana (42 mila Ä), Calabria (89 mila Ä), Piemonte (195 mila Ä) e Friuli-Venezia Giulia (581 mila Ä), nel 2004 quelle di Calabria (158 mila Ä), Piemonte (1,3 milioni di Ä) e Sardegna (5,8 milioni di Ä) e nel 2005 le quelle di Friuli-Venezia Giulia (202 mila Ä), Sicilia (1,0 milione) e Lazio (906 mila Ä). Nel 2003 nessuna regione denuncia un utile medio delle proprie AO. In queste regione con AO in utile, le ASL istituite denunciano generalmente valori negativi come

se vi fosse una eccessiva mobilità passiva verso le aziende ospedaliere.

Anche per le AO il valore medio regionale è oscillante nei cinque anni con le eccezioni di Veneto, Campania e Liguria la cui perdita media è in aumento. In controtendenza al valore medio nazionale, che migliora nel 2004 e 2005, vi sono le AO di regioni come Puglia, Veneto, Campania, Piemonte, Basilicata, Calabria, Sardegna e Liguria che peggiorano la propria posizione contabile.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Quattro sono i punti di attenzione:

1. il primo è inerente a l'indicatore utilizzato. Nonostante i limiti intrinseci, l'indicatore assume una rilevanza in quanto permette di valutare l'economicità della gestione dell'azienda e traccia un bilancio a livello regionale e nazionale divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria;
2. il secondo punto di attenzione è relativo alle conclusioni che si possono trarre dall'indicatore, soprattutto in un'ottica di confronto. Al fine di chiarire il concetto espresso è sufficiente fare riferimento ai dati aggregati a livello nazionale e articolati per tipologia di Azienda Sanitaria. La constatazione che le ASL presentano un deficit sempre maggiore a quello delle AO nel quinquennio non consente di affermare che le prime sono meno efficienti delle seconde senza effettuare ulteriori analisi e considerare altre variabili come ad esempio la loro diversa modalità di finanziamento;
3. il terzo attiene al sistema informativo da cui vengono tratti i dati per valorizzare l'indicatore (il modello CE "Modello di rilevazione del Conto economico delle Aziende ASL e ASO" approvato con DM 16 febbraio 2001) e riguarda la diversa numerosità della risposta da parte delle ASL e ASO delle regioni e la quali-

tà dell'informazione. Analizzando il quinquennio emerge, ad esempio, che il numero di aziende che hanno compilato il modello non è costante nel tempo. I tre punti sopra trattati convertono sulla necessità di utilizzare l'indicatore proposto e di supportare il flusso informativo sottostante migliorandolo nelle sue parti, in modo che possa rispondere alle esigenze delle aziende, della regione e del ministero e potenziarne l'utilizzo al fine di perfezionare la qualità e l'attendibilità dei dati;

4. il quarto punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati di esercizio emersi. Le norme di riordino del sistema sanitario italiano hanno posto il vincolo del pareggio di bilancio alle Aziende Sanitarie e per supportare il suo rispetto hanno attribuito autonomia alle aziende e creato una competizione regolata fra di esse.

La logica delle norme era di promuovere l'efficienza aziendale intesa come condizione necessaria al raggiungimento delle finalità proprie delle aziende e assicurare l'equilibrio economico dei servizi sanitari.

I risultati non sembrano essere quelli voluti e le cause sono probabilmente da ricercarsi negli stessi elementi che dovevano supportarne il conseguimento e che non hanno acquisito le connotazioni sperate, per cui si è verificata: a) scarsa competizione, spesso mortificata dalle modalità di finanziamento adottate dalle regioni; b) autonomia aziendale che non si è tradotta in provvedimenti di programmazione e in iniziative di riorganizzazione, opportuni per il miglioramento dell'uso delle risorse; c) interpretazione del pareggio di bilancio come variabile dipendente dal solo finanziamento. Sembrerebbe quindi necessario, a contesto normativo invariato, investire maggiormente in azioni capaci di supportare e governare l'economicità delle aziende e del sistema, e rimodulare e ridefinire nel suo ammontare il finanziamento per meglio fronteggiare i bisogni di salute.

## L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel periodo 2002-2005

Prof. Eugenio Anessi Pessina

### Contesto

L'equilibrio economico-finanziario, pur non rappresentando l'obiettivo dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), costituisce un vincolo sempre più rilevante. Questo approfondimento analizza i bilanci consolidati dei SSR (meglio, dei sistemi regionali di Aziende Sanitarie pubbliche, visto che le aziende equiparate e quelle private accreditate restano escluse dal perimetro di consolidamento) per il periodo 2002-2005.

### Metodi

L'analisi si fonda sui valori di conto economico a livello regionale per gli esercizi 2002-2005 come raccolti, rettificati e consolidati dal Ministero della Salute attraverso il modello CE (codici 999). Il 2002 è il primo esercizio per cui tutte le regioni hanno fornito dati su base economico-patrimoniale anziché finanziaria. Il 2005 è l'ultimo esercizio disponibile. I valori sono stati elaborati come segue.

Primo, i CE 999 sono stati rettificati sulla base dei valori contenuti nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP 2005 per l'esercizio 2002, RGSEP 2006 per gli esercizi 2003-2005). Più in particolare:

- La voce «A0020 - Contributi in c/esercizio da regione e Provincia Autonoma per quota FSR» è stata sostituita dalle quote di finanziamento attribuite a ciascuna regione con la delibera CIPE, comprese le ulteriori integrazioni a carico del bilancio dello Stato assegnate alle regioni anche dopo la chiusura del periodo di riferimento, ma esclusi i parziali ripiani operati dalle leggi finanziarie dell'ultimo triennio. La sostituzione ha lo scopo di annullare le eterogeneità introdotte dai «diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione in bilancio delle suddette poste adottati da ciascuna regione» e di «uniformare le situazioni economiche territoriali, rendendole confrontabili anche nel tempo» (RGSEP 2006: 308). In particolare, le quote di finanziamento in oggetto sono rappresentate da: (a) «IRAP e addizionale regionale IRPEF» (tabella SA-7); (b) «fabbisogno sanitario ex Dlgs 56/2000 – IVA e accise» (tabella SA-8); (c) «FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato» (tabella SA-13); (d) «partecipazione delle regioni a statuto speciale», determinata come differenza tra quanto riportato nella tabella SA-10 (ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e dal settore privato), che comprende «anche le partecipazioni delle regioni a statuto speciale e delle Province Autonome» (RGSEP 2006: 315) e quanto calcolato come somma delle voci CE «A0030 – Contributi in conto esercizio da enti pubblici per ulteriori trasferimenti» e «A0040 – Contributi in conto esercizio da enti privati» (come nella tabella SA-9).
- Le voci CE relative alla mobilità interregionale (A0090, B0223, B0233, B0270, B0320, B0370, B0420, B0453) sono state sostituite da: (a) «saldo mobilità sanitaria interregionale» (tabella SA-3); (b) «mobilità verso Ospedale Bambino Gesù e SMOM», calcolata come differenza tra il totale dei costi sostenuti dalla regione (tabella SA-2) e la somma delle singole voci di costo (tabella App SA-1).
- Le voci CE relative alla mobilità intraregionale, anche se non nulle, sono state omesse. Tali voci si riferiscono, infatti, a operazioni infragruppo e nel consolidamento regionale dovrebbero annullarsi.

Secondo, i dati sono stati riclassificati secondo lo schema riportato in tabella 1. Lo schema di riclassificazione è stato estesamente commentato in Anessi Pessina (2002; 2005). Di seguito se ne riassumono quindi solo le caratteristiche più significative.

- Lo schema distingue tra le due modalità fondamentali con cui le regioni svolgono la funzione di tutela della salute: produzione diretta di servizi da parte di ASL e AO della regione, oppure affidamento a terzi tramite contratti (principalmente mobilità passiva verso aziende sanitarie private accreditate), convenzioni (principalmente medicina generale e assistenza farmaceutica), mobilità extraregionale.
- Più in generale lo schema evidenzia le cinque principali determinanti dell'equilibrio economico dei SSR: finanziamento attribuito (A); capacità di conseguire proventi aggiuntivi (C); capacità di contenere i costi della produzione diretta (D) e di quella affidata a terzi (B); contributo delle gestioni non caratteristiche (E).
- Va segnalata la distinzione tra risultato netto e risultato di bilancio attraverso un'area di riconciliazione (cfr. per esempio Teodori 2000: 46) che accoglie la «sterilizzazione degli ammortamenti», ossia le quote dei contributi in conto capitale progressivamente stornate a conto economico. Concettualmente, infatti, la sterilizzazione si giustifica solo sottolineando la terzietà della regione rispetto alle aziende sanitarie pubbliche, così da sostenere che l'investimento finanziato dal trasferimento di capitale non è un costo per l'azienda e non deve influenzarne il risultato economico. Questa posizione, comunque indebolita dal progressivo rafforzamento del

ruolo della regione come capogruppo, è evidentemente inapplicabile al bilancio consolidato dei SSR.

- Tra le configurazioni di risultato economico assume rilevanza anche il margine operativo lordo (MOL), sia per l'importanza che il settore pubblico attribuisce alle dinamiche finanziarie (il MOL approssima il flusso di Capitale Circolante Netto generato dalla gestione caratteristica corrente), sia per i limiti di attendibilità e confrontabilità di ammortamenti e accantonamenti.

Terzo, i dati sono stati aggregati sull'intero quadriennio, in modo da rappresentare l'equilibrio economico di medio periodo, al di là di fluttuazioni annuali effettive o derivanti da politiche di bilancio.

Quarto, i conti economici quadriennali così riclassificati sono stati indagati tramite quozienti. Al riguardo, data la frequente indisponibilità o inattendibilità dei valori patrimoniali, una soluzione semplice ma efficace è il riferimento alla popolazione residente. In particolare, il risultato netto pro capite può essere scomposto in due sistemi alternativi di indici. Nel sistema additivo, ogni voce di conto economico è rapportata alla popolazione. Nel sistema moltiplicativo, il risultato netto pro capite è espresso come prodotto di due fattori, rispettivamente rappresentativi della produzione affidata a terzi e di quella svolta internamente (oltre al contributo delle gestioni non caratteristiche, E); ciò permette di evidenziare che i costi per la produzione interna (D) vanno commisurati alle risorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni ( $RPI=A-B+C$ ), ossia che i SSR con maggiori risorse per la produzione interna (grazie all'elevato finanziamento, ai limitati costi per la produzione affidata a terzi, e/o a elevati proventi tipici propri delle Aziende Sanitarie) possono permettersi più elevati costi pro capite di produzione interna senza pregiudicare il proprio equilibrio economico.

#### Sistema additivo

$$\frac{RN}{POP} = \frac{MOL}{POP} - \frac{D3+D4}{POP} + \frac{E}{POP} = \left( \frac{A}{POP} - \frac{B}{POP} + \frac{C}{POP} - \frac{D1+D2}{POP} \right) - \frac{D3+D4}{POP} + \frac{E}{POP}$$

#### Sistema moltiplicativo

$$\frac{RN}{POP} = \frac{RPI}{POP} \cdot \frac{RN}{RPI} = \left( \frac{A}{POP} - \frac{B}{POP} + \frac{C}{POP} \right) \cdot \left( 1 - \frac{D1+D2}{RPI} - \frac{D3+D4}{RPI} + \frac{E}{RPI} \right)$$

Tabella 1 - Conti economici consolidati dei SSR (Ä medi annui pro capite) per regione - Anni 2002-2005

|   | PIE   | VDA   | LOMI  | BZ    | TN    | VEN   | FVG   | LIG   | EMR   | TOS   | UMB   | MAR   | LAZ   | ABR   | MOL   | CAM   | PUG   | BAS   | CAL   | SIC   | SAR   |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <i>A. Finanziamento</i>   | 1.403 | 1.664 | 1.339 | 1.842 | 1.619 | 1.321 | 1.440 | 1.535 | 1.397 | 1.419 | 1.415 | 1.371 | 1.388 | 1.372 | 1.413 | 1.310 | 1.327 | 1.374 | 1.360 | 1.326 | 1.320 |
| attribuito alla regione   | 85    | 85    | 78    | 84    | 95    | 85    | 82    | 78    | 82    | 91    | 85    | 91    | 82    | 91    | 103   | 101   | 83    | 104   | 98    | 91    | 92    |
| B1. Medicina generale   | 174   | 184   | 176   | 151   | 155   | 166   | 187   | 232   | 191   | 187   | 193   | 201   | 255   | 217   | 221   | 216   | 213   | 210   | 227   | 242   | 220   |
| B2. Farmaceutica convenzionata  | 0     | 0     | 30    | 0     | 0     | 0     | 37    | 130   | 6     | 15    | 0     | 8     | 47    | 0     | 0     | 36    | 5     | 0     | 2     | 49    | 12    |
| B3. Ospedaliera da altri sogg. pubbl. reg.                            | 126   | 43    | 193   | 44    | 90    | 97    | 35    | 16    | 101   | 48    | 42    | 48    | 233   | 123   | 127   | 115   | 142   | 9     | 87    | 112   | 57    |
| B4. Ospedaliera da privato  | 31    | 0     | 34    | 0     | 151   | 9     | 27    | 8     | 35    | 14    | 0     | 11    | 8     | 5     | 2     | 1     | 2     | 7     | 0     | 0     | 2     |
| B5. Altra assistenza da altri sogg. pubbl. reg.                       | 136   | 112   | 174   | 183   | 91    | 173   | 104   | 140   | 111   | 103   | 114   | 102   | 195   | 161   | 157   | 180   | 124   | 138   | 123   | 163   | 119   |
| B6. Altra assistenza da privato                                       | 4     | 125   | -45   | -13   | 29    | -24   | -15   | 7     | -64   | -25   | -30   | 26    | 15    | -8    | -1    | 48    | 36    | 92    | 102   | 40    | 32    |
| B7. Saldo mobilità interregionale + obg + smom                        | 557   | 549   | 641   | 449   | 612   | 505   | 458   | 612   | 462   | 432   | 404   | 486   | 835   | 589   | 609   | 696   | 606   | 559   | 639   | 698   | 533   |
| <i>B. Costi prestazioni affidate all'esterno</i>                      | 847   | 1.115 | 698   | 1.393 | 1.007 | 815   | 982   | 923   | 935   | 987   | 1.011 | 885   | 552   | 783   | 804   | 614   | 722   | 815   | 722   | 628   | 787   |
| <b>Finanziamento trattenuto (A-B)</b>                                 | 57    | 62    | 48    | 48    | 56    | 67    | 50    | 53    | 72    | 67    | 46    | 56    | 39    | 38    | 32    | 15    | 23    | 23    | 13    | 18    | 27    |
| C1. Proventi prestazioni sanitarie                                    | 58    | 11    | 31    | 27    | 13    | 56    | 46    | 19    | 34    | 20    | 19    | 13    | 50    | 9     | 14    | 14    | 21    | 11    | 19    | 30    | 17    |
| C2. Altri proventi tipici   | 116   | 72    | 78    | 75    | 69    | 123   | 96    | 72    | 107   | 87    | 65    | 68    | 89    | 47    | 47    | 29    | 44    | 34    | 32    | 49    | 45    |
| <i>C. Altri proventi gestione caratteristica</i>                      | 962   | 1.187 | 777   | 1.468 | 1.075 | 938   | 1.079 | 995   | 1.042 | 1.073 | 1.077 | 953   | 642   | 831   | 851   | 643   | 766   | 849   | 753   | 677   | 832   |
| <b>Risorse per la produzione interna (RPI=A-B+C)</b>                  | 362   | 440   | 281   | 579   | 357   | 385   | 395   | 382   | 410   | 424   | 414   | 353   | 310   | 333   | 341   | 256   | 270   | 315   | 206   | 219   | 311   |
| D1. Costi per beni e servizi  | 614   | 817   | 477   | 844   | 681   | 552   | 613   | 678   | 640   | 652   | 644   | 614   | 512   | 577   | 619   | 513   | 464   | 533   | 573   | 511   | 608   |
| D2. Personale   | 31    | 33    | 28    | 43    | 54    | 37    | 48    | 30    | 42    | 37    | 24    | 36    | 21    | 35    | 20    | 16    | 18    | 30    | 17    | 23    | 35    |
| D3. Ammortamenti  | 30    | 22    | 12    | 65    | 57    | 12    | 49    | 35    | 21    | 13    | 47    | 38    | 7     | 19    | 12    | 22    | 44    | 21    | 18    | 33    | 15    |
| D4. Accantonamenti  | 1.037 | 1.312 | 797   | 1.532 | 1.149 | 987   | 1.106 | 1.125 | 1.114 | 1.126 | 1.129 | 1.040 | 850   | 965   | 992   | 808   | 796   | 899   | 815   | 786   | 969   |
| <i>D. Costi produzione interna</i>                                    |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <b>Risultato operativo gestione caratteristica (RO Ge Ca=A-B+C-D)</b> | -74   | -124  | -20   | -64   | -74   | -49   | -27   | -130  | -72   | -52   | -52   | -87   | -209  | -135  | -141  | -165  | -30   | -50   | -61   | -109  | -137  |
| E1. Risultato Gestione Accessoria                                     | 1     | 1     | 1     | 2     | 0     | 2     | 2     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     | 0     | 1     | 1     | 1     | 0     | 0     | 2     | 1     | -1    |

**Tabella 1 - (segue) Conti economici consolidati dei SSR (Ä medi annui pro capite) per regione - Anni 2002-2005**

|   | PIE        | VDA         | LOMI       | BZ         | TN         | VEN        | VEN        | FVG         | LIG        | EMR        | TOS        | UMB        | MAR         | LAZ         | ABR         | MOL         | CAM        | PUG        | BAS        | CAL         | SIC         | SAR |
|---|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-----|
| E2. Risultato Gestione Finanziaria            | -1         | 0           | -3         | 0          | 0          | -3         | 0          | -2          | -2         | -4         | -3         | -2         | -2          | -8          | -4          | -3          | -8         | -2         | 0          | -4          | -6          | -5  |
| E3. Risultato Gestione Straordinaria          | -1         | 0           | -8         | -1         | 14         | -9         | 1          | -2          | -2         | 3          | -1         | -4         | -5          | -28         | -29         | -84         | -24        | -4         | -17        | -3          | -4          | -27 |
| E4. Risultato Gestione Tributaria             | -2         | 0           | -1         | -3         | -2         | -3         | -4         | -2          | -2         | -1         | -2         | -1         | -2          | -1          | -2          | -4          | -1         | -1         | -2         | -1          | -2          | -2  |
| E. Risultato gestioni extracaratteristiche    | -4         | 1           | -11        | -3         | 12         | -14        | -1         | -6          | -6         | 0          | -4         | -7         | -8          | -37         | -35         | -90         | -32        | -6         | -19        | -6          | -11         | -34 |
| <b>Risultato netto (RN=A-B+C-D+E)</b>         | <b>-79</b> | <b>-124</b> | <b>-32</b> | <b>-67</b> | <b>-62</b> | <b>-62</b> | <b>-29</b> | <b>-136</b> | <b>-73</b> | <b>-56</b> | <b>-59</b> | <b>-94</b> | <b>-246</b> | <b>-169</b> | <b>-232</b> | <b>-196</b> | <b>-35</b> | <b>-69</b> | <b>-67</b> | <b>-120</b> | <b>-171</b> |     |
| F. Sterilizzazione ammortamenti               | 17         | 33          | 24         | 45         | 55         | 4          | 47         | 29          | 18         | 25         | 22         | 30         | 19          | 25          | 10          | 9           | 14         | 25         | 15         | 15          | 17          | 5   |
| <b>Risultato di bilancio (RB=A-B+C-D+E+F)</b> | <b>-62</b> | <b>-91</b>  | <b>-7</b>  | <b>-21</b> | <b>-7</b>  | <b>-58</b> | <b>19</b>  | <b>-107</b> | <b>-55</b> | <b>-31</b> | <b>-37</b> | <b>-64</b> | <b>-227</b> | <b>-144</b> | <b>-222</b> | <b>-187</b> | <b>-21</b> | <b>-44</b> | <b>-52</b> | <b>-103</b> | <b>-166</b> |     |
| <b>MOI=A-B+C-D1-D2 % su RPI</b>               | <b>-13</b> | <b>-70</b>  | <b>19</b>  | <b>45</b>  | <b>36</b>  | <b>1</b>   | <b>70</b>  | <b>-65</b>  | <b>-9</b>  | <b>-2</b>  | <b>19</b>  | <b>-13</b> | <b>-181</b> | <b>-80</b>  | <b>-110</b> | <b>-126</b> | <b>32</b>  | <b>1</b>   | <b>-26</b> | <b>-53</b>  | <b>-87</b>  |     |
| Costi per beni e servizi / RPI                | 38         | 37          | 36         | 39         | 33         | 41         | 37         | 38          | 39         | 39         | 39         | 38         | 37          | 48          | 40          | 40          | 40         | 35         | 37         | 27          | 32          | 37  |
| Personale / RPI                               | 64         | 69          | 61         | 58         | 63         | 59         | 57         | 68          | 61         | 61         | 61         | 60         | 64          | 80          | 69          | 73          | 80         | 61         | 63         | 76          | 76          | 73  |
| Ammortamenti / RPI                            | 3          | 3           | 4          | 3          | 5          | 4          | 4          | 3           | 4          | 4          | 3          | 2          | 4           | 3           | 4           | 2           | 2          | 2          | 3          | 2           | 3           | 4   |
| Accantonamenti / RPI                          | 3          | 2           | 2          | 4          | 5          | 1          | 5          | 4           | 2          | 1          | 4          | 4          | 4           | 1           | 2           | 1           | 3          | 6          | 2          | 2           | 5           | 2   |
| Risultato gestioni extracaratteristiche / RPI | 0          | 0           | -1         | 0          | 1          | -1         | 0          | -1          | -1         | 0          | 0          | -1         | -1          | -6          | -4          | -11         | -5         | -1         | -2         | -1          | -2          | -4  |



**Risultati**

I principali risultati sono riassunti nella tabella 1.

Il finanziamento (A) premia ( $> \text{€ } 1.500$  pro capite medi annui) quattro SSR atipici: PA di Bolzano, Valle d'Aosta e PA di Trento in virtù del loro statuto speciale, Liguria per la particolare struttura demografica. Anche il Friuli-Venezia Giulia beneficia di finanziamenti abbastanza elevati. Tra le regioni a statuto ordinario i maggiori finanziamenti ( $\text{€ } 1.400-1.420$ ) riguardano Toscana, Umbria, Molise e Piemonte. Penalizzate ( $\text{€ } 1.310-1.340$ ) sono invece Lombardia, Puglia, Veneto, Sicilia, Sardegna e Campania.

I costi per prestazioni erogate da terzi (B) sono particolarmente elevati nel Lazio ( $\text{€ } 835$ ) nonché in Sicilia, Campania, Lombardia e Calabria ( $\text{€ } 630-700$ ). La Lombardia è la regione che più ha insistito sulla parificazione e la competizione tra strutture pubbliche e private e quindi si caratterizza per l'elevato costo dell'assistenza ospedaliera e dell'altra assistenza da privato; è inoltre sede di numerosi IRCCS pubblici, che almeno fino al 2004 sono esclusi dall'area di consolidamento e quindi generano elevati costi per assistenza da altri soggetti pubblici; presenta però un saldo positivo di mobilità e costi contenuti per medicina di base e farmaceutica. Lazio, Campania e Calabria sono le regioni che presentano le percentuali più alte ( $\geq 30\%$ ) di posti letto privati accreditati; nel Lazio sono elevati i costi dell'assistenza farmaceutica, dell'assistenza ospedaliera da altri soggetti pubblici e da privati, dell'assistenza non ospedaliera da privato; in Campania quelli della medicina generale e dell'assistenza non ospedaliera da privato, nonché il saldo passivo di mobilità; in Calabria quelli della medicina generale e della farmaceutica convenzionata, nonché di nuovo il saldo passivo di mobilità. Per la Sicilia, infine, è particolarmente costoso il ricorso alla farmaceutica convenzionata e all'assistenza ospedaliera da altri soggetti pubblici. Al contrario, costi per prestazioni di terzi particolarmente contenuti si riscontrano nella PA di Bolzano, in Toscana e in Umbria ( $< \text{€ } 450$ ), nonché nelle Marche, in Emilia-Romagna e nel Friuli-Venezia Giulia ( $\text{€ } 450-490$ ).

I proventi tipici propri delle Aziende Sanitarie (C), pur definiti in un'accezione ampia, hanno un peso relativamente limitato. I valori più elevati ( $\geq \text{€ } 100$ ) si rilevano in Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna, mentre le regioni meridionali si caratterizzano per valori  $< \text{€ } 50$ .

I costi per la produzione interna (D) possono essere analizzati in rapporto sia alla popolazione, sia alle RPI, a seconda che si adotti il sistema additivo di quozienti oppure quello moltiplicativo.

Le regioni che, grazie all'elevato livello di finanziamento, al contenimento dei costi per la produzione di terzi, e/o all'elevato livello dei proventi tipici propri delle Aziende Sanitarie, dispongono di maggiori risorse da destinare alla produzione interna ( $\text{RPI} > \text{€ } 1.000$ ), sono PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, PA di Trento, Toscana, Emilia-Romagna. Queste regioni presentano costi per la produzione interna elevati in termini pro capite ( $> \text{€ } 1.100$ ), ma sufficientemente contenuti ( $\leq 107\%$ ), seppur mai  $< 100\%$ , in rapporto alle RPI. Queste regioni, in altri termini, spendono molto per la produzione interna, ma se lo possono relativamente permettere. Fa eccezione la Valle d'Aosta, che spende per la produzione interna il 110% delle RPI.

Specularmente, le regioni con RPI più contenute (Lombardia, Puglia, Calabria, Sicilia, Campania e Lazio) hanno anche costi per la produzione interna più bassi in termini pro capite ( $\leq \text{€ } 815$ , ad eccezione del Lazio), ma spesso comunque troppo elevati rispetto alle RPI. Più in particolare, sono contenuti rispetto alle RPI i costi della produzione interna di Lombardia e Puglia (103-104%), piuttosto elevati quelli di Calabria e Sicilia (108-116%), estremamente elevati quelli di Campania e Lazio (126-133%), dove il personale già da solo assorbe l'80% delle RPI.

Le gestioni extracaratteristiche (E), infine, hanno un peso solitamente limitato, con un'evidente anomalia nella gestione straordinaria del Molise e saldi negativi comunque elevati ( $> \text{€ } 20$ ) nelle gestioni straordinarie di Lazio, Abruzzo, Campania, Sardegna.

In sintesi, a prescindere dalla configurazione di risultato utilizzata (MOL, Risultato operativo gestione caratteristica, Risultato netto, Risultato di bilancio), i sistemi più vicini all'equilibrio economico sono quelli di Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Puglia. I maggiori disavanzi medi annui pro capite si rilevano invece nelle regioni Lazio, Campania, Molise, Sardegna e Abruzzo. Le PA di Bolzano e Trento presentano livelli molto elevati di ammortamenti e accantonamenti, per cui il risultato economico è particolarmente favorevole se espresso in termini di MOL (che esclude ammortamenti e accantonamenti) o di risultato di bilancio (che sterilizza gli ammortamenti); si ricorda peraltro che, nelle regioni a statuto speciale, il peculiare sistema di finanziamento pregiudica la significatività di molti confronti con le regioni a statuto ordinario.

Tra le regioni con i risultati economici migliori, Lombardia e Puglia presentano livelli di finanziamento tra i più bassi, costi per prestazioni affidate all'esterno tra i più alti (soprattutto in Lombardia), ma costi per personale e per beni e servizi contenuti sia in valore assoluto, sia in rapporto alle RPI. Il Friuli-Venezia Giulia ha comparativamente costi per la produzione interna più elevati, ma anche un finanziamento più alto e costi per prestazioni affidate a terzi decisamente più bassi.

Tra le regioni con i risultati peggiori, Campania e Sardegna hanno finanziamenti pro capite molto bassi; Lazio

e Campania hanno costi per la produzione di terzi molto elevati e costi per la produzione interna non altissimi in termini pro capite (soprattutto in Campania), ma decisamente sovradimensionati rispetto alle risorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni; Abruzzo e Molise hanno performance mediocri su tutti e tre i fronti, ulteriormente aggravate nel caso del Molise dall'elevatissimo disavanzo della gestione straordinaria.

### **Conclusioni**

Dall'analisi svolta si possono trarre tre conclusioni fondamentali.

Primo, le performance economiche dei SSR sono sistematicamente negative, ma fortemente differenziate. Se si fa riferimento al risultato netto, omettendo quindi la sterilizzazione degli ammortamenti, si va dal disavanzo pro capite medio annuo di € 29 del Friuli-Venezia Giulia a quello di € 246 del Lazio; tre regioni presentano disavanzi < € 50, cinque > € 150.

Secondo, esistono forti differenze interregionali nei livelli di finanziamento. Anche trascurando le regioni a statuto speciale, si passa da € 1.310 pro capite medi annui in Campania a € 1.535 in Liguria. L'analisi dei risultati economici pro capite va quindi integrata con un'analisi dei soli costi pro capite (aggregati B e D). Le due prospettive vanno considerate congiuntamente perché la prima è condizionata appunto da differenziali di finanziamento non sempre giustificati e comunque frutto di scelte inevitabilmente soggettive, la seconda non pondera la popolazione regionale e quindi ignora la presenza di livelli differenziati di bisogno. In particolare, si riscontrano costi elevati seppur in presenza di disavanzi contenuti nelle PA di Trento e Bolzano nonché, in misura minore, in Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana. Viceversa, si riscontrano costi relativamente contenuti pur in presenza di disavanzi elevati in Campania, Sicilia e Sardegna.

Terzo, sotto il profilo economico non sembra esistere una combinazione ottimale di produzione interna ed erogazione da parte di terzi tramite contratti e convenzioni. In particolare, le regioni con i più alti costi pro capite per la produzione affidata a terzi coprono l'intero range dei disavanzi: alti per Lazio e Campania, medi per Calabria e Sicilia, bassi in Lombardia. La criticità, per i SSR che si affidano prevalentemente all'attività di terzi, è da un lato saper dimensionare correttamente la propria struttura produttiva interna, dall'altro saper orientare le convenienze e i comportamenti dei soggetti privati verso l'interesse pubblico di tutela della salute.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) Anessi Pessina E. (2002), «L'equilibrio economico delle Aziende Sanitarie pubbliche nel periodo 1998-2000», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, pp. 487-527, Milano, EGEA.

(2) Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, pp. 217-249, Milano, EGEA.

(3) Teodori C. (2000), *L'analisi di bilancio*, Torino, Giappichelli.

## Rating

**Significato.** Il *rating* è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito.

Il *rating* fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli enti emittenti un titolo di debito e riveste una grande importanza per tutti quegli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito. Avere un *rating* assegnato da una agenzia internazionale facilita per gli emittenti il processo di fissazione del prezzo e di collocamento dei titoli emessi. Per questi motivi, i soggetti che desiderano collocare titoli sui mercati finanziari internazionali sono indotti a richiedere una valutazione del loro merito di credito alle agenzie di *rating*, soggetti indipendenti, che basano la loro credibilità sull'affidabilità delle loro analisi e dei loro giudizi. Nel processo di *rating* intervengono il soggetto valutato e la struttura operativa dell'Agenzia (team di analisti preposti ai rapporti con il soggetto valutato, all'analisi e alla valutazione di *rating*).

Il soggetto valutato si impegna a fornire all'Agenzia tutta la documentazione e le informazioni necessarie per l'attribuzione del *rating*. La richiesta di *rating* comporta l'impegno ad accettare il successivo monitoraggio per un periodo prestabilito. L'Agenzia effettua la valutazione secondo le proprie procedure interne e assegna il *rating*.

Questo viene comunicato al soggetto valutato unitamente ad una nota sintetica circa le motivazioni alla base del *rating* assegnato.

Una volta pubblicato il rapporto scatta l'obbligo per l'Agenzia di attuare il monitoraggio successivo per l'aggiornamento periodico del *rating* e l'obbligo per il soggetto valutato di segnalare i fatti rilevanti che si manifestano successivamente, affinché l'Agenzia possa valutare se mettere sotto osservazione ed eventualmente modificare il *rating*.

**Formola.** La scala internazionale che esprime il giudizio sintetico di *rating* è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. In particolare la lettera A ripetuta tre volte esprime il massimo giudizio astrattamente attribuibile ad un ope-

ratore economico ed è quindi espressione della massima qualità creditizia, mentre la lettera C ripetuta tre volte esprime l'esistenza di una considerevole incertezza rispetto al pagamento puntuale dei debiti.

Le agenzie definiscono una graduatoria, diversa per le obbligazioni a breve e a lungo termine, in funzione del grado di solvibilità dell'emittente. Questa graduatoria prevede, per il debito a lungo termine, un massimo di affidabilità AAA (assenza di rischio), sotto tale livello, e anche per ciascuna delle categorie successive (B e C), sono previste sottoclassificazioni in tre gradi diversi (ad es. AAA è seguita da AA e da A) e all'interno di tali sottoclassificazioni sono previste tre ulteriori distinzioni (ad es., la sottocategoria AA è divisa, in ordine discendente, in AA1, AA2, AA3).

I *rating* indicati con la doppia AA, che possono anche essere accompagnati dai segni + (più) o - (meno), vengono così interpretati: "Alta qualità creditizia. I fattori di protezione sono forti. Il rischio è modesto ma può variare leggermente nel tempo a seconda della congiuntura economica". È da osservare inoltre che i *rating* attualmente assegnati vengono definiti internazionali in quanto, con l'introduzione dell'Euro e la contestuale trasformazione della Lira in decimale dell'Euro, non vengono più assegnati *rating* "domestici". La valutazione quindi è valida rispetto a tutti i debiti finanziari denominati in ogni valuta, Euro incluso.

La scala di *rating* non viene utilizzata nella sua completezza in quanto ad ogni operatore non può essere assegnato un *rating* superiore a quello attribuito allo Stato di appartenenza (*national sovereign ceiling*). Così, agli operatori italiani non può essere assegnato un *rating* superiore ad AA-, assegnato all'Italia (*Fitch*).

Mentre l'assegnazione del *rating* ad uno stato sovrano dipende essenzialmente dalla valutazione di due aree di rischio quello politico e quello economico, la valutazione per l'assegnazione del *rating* ad un ente locale (come le regioni) si basa su quattro aree di analisi:

- il sistema politico ed amministrativo dello stato di appartenenza;
- la struttura politico-amministrativa dell'ente;
- la struttura socio-economica del territorio;
- i flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente (struttura entrate ed uscite, situazione creditizia, liquidità, composizione e trend revisionali dell'indebitamento).

Parametro misurato

**Rating assegnato dalle tre principali agenzie internazionali alla Repubblica Italiana e alle regioni italiane. Variazione del rating assegnato alle regioni italiane dalle tre principali agenzie di Rating nell'arco di 12 mesi (Luglio '06 – Luglio '07)**

**Validità e limiti.** La validità dell'indicatore di *rating* è essenzialmente legata alla robustezza del metodo utilizzato dall'agenzia che lo propone e quindi le sue caratteristiche e la sua reputazione sono fondamentali elementi per la validità del *rating* stesso.

Le principali agenzie di *rating* sono una decina e sono dislocate soprattutto negli Stati Uniti e in Giappone. Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Ratings (Rapporto Osservasalute 2005, pagg. 238-239) che forniscono una gamma completa di valutazione, differenziata sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

**Valore di riferimento/Benchmark.** L'unico benchmark che è possibile considerare è quello assegnato all'Italia ovvero A+ (S&P), in quanto massimo "teorico" raggiungibile da parte degli enti locali e quindi della singola regione.

### Descrizione dei risultati

Anche per quest'anno tutte le regioni si sono viste assegnare un *rating* da almeno una delle agenzie considerate. Solo le regioni Lazio, Lombardia e Sicilia hanno *rating* assegnati da tutte e tre le agenzie. L'analisi dei *rating* assegnati alle regioni mostra in primo luogo un chiaro gradiente Nord-Sud. I migliori

*rating*, infatti, sono assegnati alle regioni del Nord. Fanno eccezione in positivo le regioni Sardegna e Basilicata che hanno *rating* assegnati in linea con quelli assegnati alla Repubblica Italiana. Come ormai da diversi anni alcune regioni hanno *rating* assegnati superiori al *national sovereign ceiling* (Repubblica Italiana AA-; Aa2; A+): le PA di Bolzano e Trento hanno una tripla A da Fitch e Moody's e il Friuli-Venezia Giulia ha una doppia A da Fitch superiore all'AA- assegnato alla Repubblica Italiana. Relativamente alle variazioni nel periodo sotto osservazione (luglio 2006–luglio 2007), queste sono avvenute in due fasi successive: le prime nel periodo luglio 2006 e ottobre 2006 e le seconde tra ottobre 2006 e luglio 2007. Nel primo periodo le variazioni sono tutte in peggioramento e coinvolgono le regioni Lombardia, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Questo fenomeno è anche dovuto all'effetto di trascinamento del peggioramento del *rating* assegnato alla Repubblica Italiana nello stesso periodo. Tra ottobre e luglio abbiamo variazioni in positivo per le PA di Bolzano e Trento, Puglia, Calabria, Sardegna e Basilicata. Le variazioni peggiorative riguardano Lazio e Abruzzo, regioni gravate da forti deficit e alle prese con difficili piani di rientro.

**Tabella 1 - Rating assegnati ad enti territoriali italiani per regione - 06 Luglio 2007**

| Regioni                    | Fitch      | Moody's    | S&P       |
|----------------------------|------------|------------|-----------|
| Piemonte                   | AA-        | Aa3        | -         |
| Valle d'Aosta              | -          | -          | A+        |
| Lombardia                  | AA-        | Aa1        | A+        |
| Bolzano-Bozen              | AAA        | Aaa        | -         |
| Trento                     | AAA        | Aaa        | -         |
| Veneto                     | -          | Aa2        | -         |
| Friuli-Venezia Giulia      | AA         | -          | A+        |
| Liguria                    | -          | Aa3        | A+        |
| Emilia-Romagna             | -          | Aa2        | A+        |
| Toscana                    | -          | Aa2        | A+        |
| Umbria                     | -          | Aa3        | A+        |
| Marche                     | -          | Aa3        | A+        |
| Lazio                      | A          | A2         | BBB       |
| Abruzzo                    | -          | A2         | -         |
| Molise                     | -          | A2         | -         |
| Campania                   | -          | A3         | A-        |
| Puglia                     | -          | A1         | -         |
| Basilicata                 | -          | Aa3        | -         |
| Calabria                   | A+         | A1         | -         |
| Sicilia                    | A-         | A1         | A+        |
| Sardegna                   | AA-        | A1         | -         |
| <b>Repubblica Italiana</b> | <b>AA-</b> | <b>Aa2</b> | <b>A+</b> |

Fonte dei dati e anno di riferimento: DEXIA, Crediop. Luglio 2007.

**Tabella 2** - *Variazioni rating - Luglio 2006-Luglio 2007*

| <b>Agenzie di rating</b> | <b>Variazioni Luglio-Ottobre 2006</b>  | <b>Variazioni Ottobre 2006-Luglio 2007</b>  |
|--------------------------|--|---|
| <b>Fitch</b>             | Lombardia (da AA a AA-)  | <i>Bolzano-Trento (da AA+ a AAA)</i>  |
| <b>Moody's</b>           |  | <i>Bolzano-Trento (da Aa1 a Aaa)</i><br>Lazio-Abruzzo (da A1 a A2)<br>Puglia-Calabria-Sardegna (da A2 a A1)<br>Basilicata (da A1 a Aa3) |
| <b>S&amp;P</b>           | Valle d'Aosta-Lombardia-<br>Friuli Venezia Giulia-<br>Liguria-Emilia Romagna-<br>Toscana-Umbria-Marche<br>(da AA- ad A+) | Lazio (da A- a BBB)<br>Abruzzo (da A a -)   |

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni dati DEXIA, Crediop. Luglio 2007.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il *rating* è certamente un indicatore indiretto della salute del sistema sanitario della regione. Certamente però sta ad indicare lo stato di salute del sistema amministrativo e l'equilibrio economico finanziario di una regione. Il giudizio, almeno per quanto riguarda gli enti locali, non sembrerebbe inficiato da manovre tattiche che invece potrebbero interessare altri comparti (vedi le banche) e delle quali si è avuta recente testimonianza (es. caso dei mutui americani). In sostanza il *rating* effettivamente esprime la capaci-

tà di "credito" di una regione e indica la sua stabilità e solidità finanziaria. Le regioni, quindi, nell'impostazione delle proprie politiche sanitarie non possono prescindere dal porre attenzione su quelle variabili che vengono considerate nel processo di assegnazione del *rating*. D'altronde la loro capacità di presentarsi sui mercati finanziari con successo dipende molto da questi indicatori.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) Elaborazioni su dati DEXIA, Crediop, Luglio 2007; Agenzie di *rating* e Ministero dell'Economia.

## Modelli di equità distributiva in base ai meccanismi regionali di allocazione delle risorse

Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Anna Ceccarelli

### Contesto

L'allocazione delle risorse economiche nell'ambito di un territorio nazionale, così come tra le diverse ASL in una regione, deve tendere a garantire a tutti i cittadini una eguale possibilità di accedere ai servizi e di beneficiare delle risorse che il settore pubblico dedica alla sanità.

La legge finanziaria 1997 (L. 662/96) ha introdotto, quale meccanismo di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale<sup>1</sup>, la quota capitaria "pesata", attraverso fattori di ponderazione legati principalmente ai consumi sanitari per età e sesso della popolazione residente e diversificati secondo le funzioni assistenziali o i Livelli Essenziali di Assistenza.

L'art. 8-sexies del d.lgs n. 229/99 conferma implicitamente l'adozione del meccanismo della quota capitaria pesata quale sistema per l'allocazione delle risorse nell'ambito delle regioni. Infatti, tale norma (art 2-sexies, lettera d, del d.lgs. 229/99) stabilisce che le ASL vengano finanziate dalla regione sulla base di una quota capitaria, secondo criteri coerenti con quelli determinati a livello nazionale (in sede di Conferenza Stato-Regioni) per il trasferimento di risorse dal Fondo Sanitario Nazionale (FSN) alle regioni.

Con l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale (d.lgs n. 56/00) alcuni di questi criteri sono stati riproposti nel calcolo della quota del fondo di perequazione previsto dalla l. n. 133/99 e dallo stesso d.lgs. 56/00. Il Legislatore ha quindi esplicitamente indicato la necessità di mantenere una omogeneità di criteri nel trasferimento delle risorse tra i diversi livelli del SSN, pur non vincolando le singole regioni ad applicare i fattori di correzione individuati a livello nazionale. Al Ministero della Salute è comunque riservata l'iniziativa di una proposta, che in molti casi è condivisa dalle regioni (tabella 1).

Le regioni, pertanto, sono chiamate a definire un proprio schema allocativo coerentemente con l'autonomia che gli è stata assegnata attraverso il processo di *devolution*. Assume, quindi, particolare interesse l'analisi delle scelte effettuate dalle regioni sia sotto un profilo tecnico-economico che sotto quello socio-politico. Infatti, con l'adozione di un meccanismo di ponderazione, si realizza un nuovo modello di equità distributiva che tiene conto anche della eterogeneità territoriale rispetto alle risorse necessarie per affrontare i diversi bisogni di assistenza espressi dalla popolazione. A ben vedere, infatti, il meccanismo della quota capitaria pesata, così come è stato attuato nell'ambito del SSN, tende ad allocare le risorse in relazione alla diversa *necessità di "spendere"* per i servizi sanitari piuttosto che in relazione alla diversa *capacità dei cittadini di beneficiare* (in termini di salute ma anche economici) del mantenimento o del recupero della salute conseguibile attraverso le prestazioni ottenute.

**Tabella 1** - Modello allocativo utilizzato per il riparto del fondo nazionale per i servizi sanitari regionali (ex FSN) - Anno 2006

| Livello di assistenza | Quota obiettivo del fondo |                      | Modalità di ripartizione |
|-----------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| Prevenzione           | 5,00%                     |                      | Quota capitaria semplice |
| Distrettuale          | 51,00%                    | Medicina di base PLS | 6,90%*                   |
|                       |                           | Farmaceutica         | 13,00%                   |
|                       |                           | Specialistica        | 13,00%                   |
| Ospedaliera           | 44,00%                    | Altra territoriale   | 18,10%                   |
|                       |                           | 22,00%               |                          |
|                       |                           | 22,00%               | Popolazione assoluta     |

\* Quote indicate nell'Accordo Stato-Regioni; da rivedersi in seguito al popolamento della banca dati Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Presidenza del Consiglio dei Ministri. Atti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. 28/03/2006.

<sup>1</sup> Anche se il Fondo Sanitario Nazionale è stato formalmente abolito dal D.Lgs. 56/00, con questa espressione ci si riferisce al budget del SSN che viene ripartito tra le regioni.

**Metodi**

Si è proceduto ad un'analisi documentale dei provvedimenti adottati dalle singole regioni per il riparto della quota indifferenziata del Fondo Sanitario Regionale (per la quale viene comunemente utilizzato il meccanismo capitarario) per l'anno 2006 o qualora non disponibile per l'anno 2005. La raccolta della documentazione è stata integrata da colloqui diretti con funzionari regionali per eventuali chiarimenti. Le richieste della documentazione, avanzate telefonicamente o via fax, hanno portato alla raccolta delle 21 Delibere di Giunta Regionale e Provinciale per la ripartizione del Fondo (e documentazioni allegate). Il quadro ottenuto è quindi rappresentativo dell'intera realtà nazionale con riferimento all'anno 2006.

Le informazioni ricercate hanno permesso di sintetizzare alcune dimensioni rilevanti dei modelli di allocazione delle risorse adottati dalle regioni, in particolare:

- l'adozione della quota capitaria pesata;
- l'adesione ai criteri di ponderazione della quota capitaria concordati nella Conferenza Stato-Regioni per il riparto del fondo nazionale per i servizi sanitari regionali 2006 (ex FSN);
- l'utilizzo di specifici criteri di ponderazione della quota capitaria (tabella 2).

**Tabella 2 - Classificazione dei criteri di ponderazione della quota capitaria**

| Criteri di ponderazione      | Operazionalizzazione del criterio (indicatori - esempi)                                       |
|------------------------------|---|
| Nessuno                      | - N.A.  |
| Demografico                  | - Densità della popolazione residente<br>- Struttura per età della popolazione                |
| Geografico                   | - % kmq di colline, pianure, montagne, isole, lagune, etc.<br>- % su quote altimetriche       |
| Condizione socio-economica   | - Reddito pro capite<br>- Tasso di disoccupazione<br>- Indice di affollamento degli alloggi   |
| Caratteristiche dell'offerta | - Posti letto disponibili<br>- Presenza di università/IRCCS<br>- "Efficienza" delle strutture |
| Stato di salute              | - SMR per fasce di età<br>- Mortalità infantile e perinatale                                  |

N.A. = non applicabile.

I criteri di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie variano da regione a regione. Solo la Toscana ha codificato i criteri di ripartizione nelle proprie leggi – il che presuppone una certa stabilità nel tempo, pur variando i parametri adottati – mentre le altre regioni li espongono nella delibera annuale della Giunta regionale, riservandosi la facoltà di cambiare l'impostazione secondo le esigenze.

**Risultati**

L'analisi documentale ha portato alla costruzione di una mappa di comportamenti adottati dalle diverse regioni nella formulazione dei criteri per il riparto del Fondo Sanitario Regionale. Le evidenze raccolte sono state sintetizzate in una tabella a doppia entrata nella quale per ogni regione sono stati individuati: la presenza o meno di un rinvio al criterio adottato a livello nazionale; le modalità di strutturazione della ponderazione della quota (unica, per livelli di assistenza, per sottolivelli di assistenza, altro); i criteri di ponderazione adottati sintetizzati nei 5 macro-criteri sopra individuati (tabella 3).

Dai dati emerge che:

- tutte le regioni (eccetto la Valle d'Aosta, la PA di Trento, il Friuli-Venezia Giulia e il Molise) adottano il principio della quota capitaria ponderata, a testimonianza di una piena adesione alle indicazioni nazionali;
- la ponderazione è articolata per funzioni di spesa (Livelli di Assistenza) in tutte le regioni, eccetto in Abruzzo dove è globale (unica); le funzioni di spesa a cui si applicano i pesi variano da un minimo di 5 in Umbria ad un massimo di 11 in Sardegna;
- i pesi sono generalmente costituiti dalla spesa per i consumi sanitari per classi di età;
- il criterio demografico è l'unico utilizzato in tutte le regioni e l'assegnazione dei pesi dipende dalla disponibilità dei dati a livello regionale (in genere dati di consumo per livelli di assistenza). Le classi di età considerate sono 7-8 (con eventuale distinzione tra uomini e donne nella classe 15-44 anni): la metodologia può generare pertanto fino a 70 coefficienti di ponderazione (7 classi di età per 10 funzioni; ogni funzione ha una propria incidenza sul totale);
- altri criteri aggiuntivi possono essere le caratteristiche geomorfologiche del territorio (montagna, piccole isole, ecc.) o le caratteristiche socio-economiche della popolazione residente.

**Tabella 3 - Tavola sinottica generale delle modalità di ponderazione della quota capitaria e strutturazione della quota per regione - Anno 2006**

| Regioni               | Ponderazione quota capitaria | Rinvio al criterio nazionale | Strutturazione della quota  | Criteri di ponderazione  |   |   | Stato di Salute o caratteristiche domanda   |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|---|--|---|---|---|
|                       |                              |                              |   | Demografico  | Geografico                                | Deprivazione sociale  |   |
| Piemonte              | SI                           | NO                           | Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli   | Popolazione residente (prevenzione); classi di età (attività distrettuali territoriali e attività sanitarie ospedaliere);        | Densità abitativa (continuità assist.)    | SI (assistenza psichiatrica; materno-infantile; dipendenze; disabili) | NO  |
| Valle d'Aosta         | NO                           | N.A.                         | Unica (quota capitaria secca) e fondi a destinazione vincolata                              | N.A.   | N.A.                                      | N.A.  | N.A.  |
| Lombardia             | SI                           | NO                           | Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli   | Classi di età; % popolazione residente >65 anni  | Densità abitativa; altimetria             | NO  | Contratti stipulati tra ASL e soggetti erogati per ass. specialistica e ospedaliera |
| Bolzano-Bozen         | SI                           | SI                           | Pesata per livelli assistenziali  | SI (Nazionale)   | NO  | NO  | NO  |
| Trento                | NO                           | N.A.                         | Aggregati economico funzionali rappresentativi dei costi del Servizio Sanitario Provinciale | N.A.   | N.A.                                      | N.A.  | N.A.  |
| Veneto                | SI                           | NO                           | Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli   | Classi di età; popolazione residente   | Differenziata per montagna, isole, laguna | NO  | Localizzazione dotazioni (assistenza riabilitativa residenziale per disabili)       |
| Friuli-Venezia Giulia | NO                           | N.A.                         | Costi storici delle Aziende Sanitarie   | N.A.   | N.A.                                      | N.A.  | N.A.  |
| Liguria               | SI                           | NO                           | Pesata per alcuni livelli assistenziali (spesa farmaceutica)                                | 50% popolazione residente; 50% consumi per classi di età e sesso   | NO  | NO  | NO  |
| Emilia-Romagna        | SI                           | NO                           | Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli   | Popolazione residente integrata con flussi turistici e studenti; classi di età e sesso con diverse modalità per ogni sub-livello | NO  | Incidenza tossicodipendenze   | NO  |
|                       |                              |                              |   |  |   |   | Tasso standardizzato di mortalità   |



**Tabella 3 - (segue) Tavola sinottica generale delle modalità di ponderazione della quota capitaria e strutturazione della quota per regione – Anno 2006**

| Regioni        | Ponderazione quota capitaria | Rinvio al criterio nazionale | Strutturazione della quota  | Criteri di ponderazione  |   |  |   | Stato di Salute o caratteristiche domanda                                   |
|----------------|------------------------------|------------------------------|---|--|---|--|---|---|
|                |                              |                              |   | Demografico  | Geografico  | Deprivazione sociale                                     | Caratteristiche offerta   |   |
| Toscana        | SI                           | NO                           | Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli                           | Popolazione residente suddivisa per classi di età  | Caratteristiche morfologiche territoriali accentramento/rarefazione popolazione   | NO   | Quota pesata in relazione all'efficienza e appropriatezza aziendale | NO  |
| Umbria (2004)  | SI                           | SI                           | Pesata per livelli e sottolivelli + quote finalizzate obiettivi PSN e PSR | SI (Nazionale)   | NO  | NO   | NO  | NO  |
| Marche         | NO                           | N.A.                         | Basata sui costi del Servizio Sanitario Regionale                         | N.A.   | N.A.  | N.A.   | N.A.  | N.A.  |
| Lazio          | SI                           | SI                           | Pesata per livelli assistenziali  | SI (Nazionale)   | NO  | NO   | NO  | NO  |
| Abruzzo        | SI                           | NO                           | Unica   | Classi di età  | Ampiezza e montuosità   | NO   | Posti letto disponibili, risultanze controlli, università           | NO  |
| Molise (2004)* | SI                           | NO                           | Pesata per livelli assistenziali  | Popolazione residente; consumi per classi di età e sesso                                       | Altimetria; densità popolazione sul territorio                                    | NO   | NO  | NO  |
| Campania       | SI                           | NO                           | Mista per livelli assistenziali e sottolivelli                            | Popolazione residente; classi di età per assistenza primaria e specialistica                   | Situazione geomorfologica; densità e dispersione della popolazione sul territorio | Indice di povertà relativa (salute mentale; prevenzione) | Presenza di università e IRCCS                                      | Radice quadrata del tasso di mortalità infantile e perinatale (prevenzione) |
| Puglia         | SI                           | SI                           | Pesata per livelli assistenziali e sottolivelli                           | Classi di età; popolazione residente   | NO  | NO   | NO  | NO  |
| Basilicata     | SI                           | NO                           | Mista per livelli assistenziali e sottolivelli                            | Popolazione residente; consumi per classi di età per ass.za farmaceutica, specialistica e osp. | Densità abitativa   | NO   | Presenza di aziende ospedaliere: numero di posti di emergenza (118) | NO  |

**Tabella 3 - (segue) Tavola sinottica generale delle modalità di ponderazione della quota capitaria e strutturazione della quota per regione- Anno 2006**

| Regioni         | Ponderazione quota capitaria | Rinvio al criterio nazionale | Strutturazione della quota                            | Criteri di ponderazione   |   |                      |                         | Stato di Salute o caratteristiche domanda |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|---|---|---|----------------------|-------------------------|---|
|                 |                              |                              |   | Demografico   | Geografico  | Deprivazione sociale | Caratteristiche offerta |   |
| Calabria (2004) | SI                           | SI                           | Quota pesata per livelli assistenziali e sottolivelli | SI (Nazionale)  | NO  | NO                   | NO                      | NO  |
| Sicilia         | SI                           | NO                           | Pesata per livelli assistenziali                      | Consumi per classi di età e sesso                               | Caratteristiche geomorfologiche del territorio; densità abitativa | NO                   | NO                      | NO  |
| Sardegna        | SI                           | SI                           | Pesata per livelli assistenziali                      | SI (Nazionale)  | NO  | NO                   | NO                      | NO  |
| <b>Italia</b>   | <b>SI</b>                    | <b>N.A.</b>                  | <b>Pesata per livelli assistenziali</b>               | <b>Popolazione residente; consumi per classi di età e sesso</b> | <b>NO</b>   | <b>NO</b>            | <b>NO</b>               | <b>NO</b>                                 |

N.A. = non applicabile.

\*Il modello allocativo si riferisce ad un periodo anteriore alla realizzazione dell'Azienda Sanitaria Regione Molise (ASREM).

### Discussione e Conclusioni

I risultati mostrano che il processo di devoluzione si ripercuote anche nei modelli di giustizia distributiva. Tutte le regioni, in maniera più o meno esplicita, individuano nell'equità distributiva l'obiettivo dell'adozione di un determinato modello di riparto delle risorse sanitarie.

Le regioni sembrano distribuirsi in tre gruppi in relazione ai criteri di pesatura della quota capitaria adottati per la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale (FSR) (tabella 4).

Alcune regioni (PA di Bolzano, Liguria, Umbria, Lazio, Puglia, Calabria e Sardegna), non sembrano ancora aver elaborato un proprio modello allocativo e continuano ad affidarsi al modello nazionale di ponderazione della quota capitaria che si caratterizza per la presenza di criteri di ponderazione basati sulla popolazione residente e sui consumi di prestazioni sanitarie per fasce d'età. Questo modello tende ad assegnare stesse risorse per medesimi bisogni espressi, realizzando un principio egualitaristico di tipo "verticale".

Un secondo gruppo di regioni (Molise e Sicilia), invece, rielabora i criteri nazionali adattando la scelta degli indicatori ma lasciando di fatto inalterato il modello di solidarietà derivante dall'adozione dei criteri nazionali. Queste regioni, infatti, adottano, oltre al criterio demografico (previsto a livello nazionale) un criterio geografico, sostanzialmente basato sulla densità abitativa e sulle caratteristiche geomorfologiche del territorio.

Un terzo gruppo composto da 8 regioni (Piemonte, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Abruzzo, Campania, Basilicata) per diversi motivi e con diverse modulazioni, ha intrapreso strade diverse. Queste regioni hanno modificato il mix di criteri utilizzati per la pesatura della quota capitaria includendovi indicatori relativi alle condizioni socio-economiche della popolazione, alle caratteristiche dell'offerta di prestazioni sanitarie e allo stato di salute della popolazione. Queste regioni, pertanto, tendono a modificare il modello di solidarietà sociale "nazionale". In particolare la Campania, ad esempio, per alcuni livelli assistenziali si affida alle differenze nei livelli reddituali (c.d. indice di povertà relativa) per ridistribuire diritti e servizi verso cittadini economicamente più bisognosi ma non necessariamente più "capaci di beneficiare" dell'assistenza sanitaria.

**Tabella 4 - Distribuzione in gruppi delle regioni in relazione ai criteri di pesatura della quota capitaria adottati per la ripartizione del FSR\***

| Regioni che adottano i criteri nazionali                                      | Regioni che hanno rielaborato i criteri nazionali | Regioni che hanno elaborato modalità alternative  |
|---|---|---|
| Bolzano-Bozen<br>Liguria<br>Umbria<br>Lazio<br>Puglia<br>Calabria<br>Sardegna | Molise<br>Sicilia                                 | Piemonte<br>Veneto<br>Lombardia<br>Emilia-Romagna<br>Toscana<br>Abruzzo<br>Campania<br>Basilicata |

\*Le regioni Marche, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento non sono valutabili in quanto non adottano il meccanismo della quota capitaria quale criterio di ripartizione del FSR (FSP per Trento).