

Analisi dei dati economici e finanziari dei Sistemi Sanitari Regionali

Il Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modifiche indica quali principali fonti di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale:

- il Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente, alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato e annualmente determinato dalla Legge Finanziaria. Le quote del Fondo di parte corrente assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono nel Fondo comune regionale ex art. 8 della l. n. 281/1970 e successivamente erano ripartite tra le regioni per finanziare le attività sanitarie;
- il Fondo Sanitario Nazionale in conto capitale, che assicurava anche quote di finanziamento destinate al riequilibrio a favore delle regioni svantaggiate;
- i contributi sanitari;
- le entrate proprie (es. i ticket sanitari, le prestazioni a pagamento, le entrate derivanti dalla gestione del patrimonio da reddito, ecc.);
- la possibilità di ricorrere in via marginale all'indebitamento.

Il federalismo fiscale in sanità muove i primi passi nel Documento di Programmazione Economica-Finanziaria 1999-2001 che prevede l'accelerazione del processo volto a riallineare le responsabilità a proposito del prelievo fiscale con quelle relative all'erogazione della spesa.

L'obiettivo è orientare le regioni a concorrere al processo di risanamento della finanza pubblica attraverso una completa responsabilizzazione delle stesse rispetto al finanziamento della spesa da loro generata.

In primo luogo, il provvedimento in materia, prevede la soppressione dei trasferimenti statali alle regioni a statuto ordinario (abolizione del Fondo sanitario nazionale, ex D.lg. n. 56/00) e la loro sostituzione con una compartecipazione delle regioni al gettito IVA, IRPEF ed IRAP. Il meccanismo garantisce a ciascuna regione entrate invariate rispetto ai precedenti trasferimenti statali, ma solo fino al primo anno, successivamente, le entrate si discosteranno dal dato storico fino a restarne completamente svincolate; ciò avverrà a partire dal 2013, quando le regioni potranno contare su un ammontare di risorse commisurate alle funzioni che devono svolgere.

In secondo luogo, il decreto sancisce la nascita di un fondo perequativo nazionale destinato alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale e che consente alle regioni con minore capacità fiscale di ridurre le differenze tra il proprio gettito pro capite e quello medio delle altre regioni.

In terzo luogo, il decreto stabilisce che le entrate delle regioni a statuto ordinario non siano più soggette ad obbligo di destinazione, ma servano complessivamente a finanziare la totalità delle funzioni trasferite.

Il decreto 56/2000 prevede che i fondi tradizionalmente destinati alla sanità non siano più ad essa riservati, ma possano essere destinati a qualsiasi altro settore d'intervento. Il finanziamento per la sanità entra in competizione con gli altri settori di intervento, l'ammontare complessivo di risorse che le singole regioni saranno in grado di destinare alla sanità sarà molto differente e il problema del sottofinanziamento è superato attraverso la responsabilizzazione delle regioni ai disavanzi sanitari che ciascuna di esse genera.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Definisce l'ammontare delle risorse finanziarie disponibili in media per ogni individuo in una determinata regione per far fronte alle spese sanitarie di un dato anno. In tal senso dovrebbe indicare le risorse disponibili mediamente sia per fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia gli altri servizi che la regione ritiene di essere in grado di garantire alla popolazione locale.

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente regionale
Denominatore	Popolazione residente per regione

Validità e limiti. Le risorse assegnate al singolo cittadino sono espresse in termini monetari e, quindi, non rappresentano il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi, in quanto legate alla struttura dei prezzi nei diversi ambiti territoriali. Il livello dei prezzi nelle regioni meridionali è notoriamente differente da quello delle regioni settentrionali anche se per alcuni importanti fattori della produzione (vedi il personale) la portata di tale argomentazione è comunque limitata dall'esistenza di contratti nazionali.

L'indice, inoltre, non tiene conto del differente livello di bisogno di cure sanitarie nelle differenti regioni, dovuto prevalentemente alla composizione per sesso ed età delle regioni stesse: a parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e quindi con minori bisogni saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani.

Infine, tutti i casi di inefficienza che conducono a maggiore spesa rappresentano esborse in eccesso rispetto al valore dei servizi forniti: se le regioni meridionali sono più inefficienti sarebbe necessaria una ulteriore correzione.

Nonostante ciò l'indicatore fornisce un'idea di prima approssimazione delle eventuali disparità tra regioni quanto a risorse disponibili.

Benchmark. Non esiste un livello fisiologico di spesa pro capite, quindi il valore di riferimento deve essere considerato quello medio nazionale.

Descrizione dei Risultati

L'indicatore mostra che, generalmente, le regioni Meridionali hanno a disposizione un ammontare di risorse monetarie pro capite inferiore a quello medio italiano, mentre le regioni Settentrionali e Centrali hanno in media risorse pro capite maggiori della media. Nell'ultimo anno disponibile (2003) la dispersione tra regioni dell'ammontare pro capite in valori assoluti (minimo Basilicata 1.194 €; massimo P. A. di Bolzano 1905 €), è nell'ordine dei 711 €, in altre parole il 49% dell'ammontare medio di spesa pro capite italiano. Tale dispersione negli ultimi quattro anni si è ampliata. In termini assoluti si è passati da un minimo di 372 € nel 2001 al massimo di 711€ del 2003. La deviazione standard è passata da un valore di 120 sui valori del 2000 a 160 nel 2003.

Tabella 1 - *Spesa sanitaria pubblica pro capite in € - Anni 2000-2003*

Regione	2000	2001	2002	2003	Variazione 2000-2003	Variazione % 2000-2003
Piemonte	1.288	1.406	1.364	1.457	169	13
Valle d'Aosta	1.406	1.607	1.578	1.621	215	15
Lombardia	1.177	1.295	1.393	1.400	223	19
Prov. Aut .Bolzano	1.570	-	1.850	1.905	335	21
Prov. Aut .Trento	1.308	1.557	1.577	1.681	373	29
Veneto	1.237	1.345	1.382	1.434	197	16
Friuli-Venezia Giulia	1.200	1.368	1.405	1.479	279	23
Liguria	1.336	1.464	1.483	1.523	187	14
Emilia-Romagna	1.274	1.371	1.464	1.516	242	19
Toscana	1.227	1.388	1.420	1.457	230	19
Umbria	1.231	1.330	1.413	1.474	243	20
Marche	1.214	1.359	1.386	1.417	203	17
Lazio	1.266	1.387	1.391	1.428	162	13
Abruzzo	1.227	1.366	1.420	1.414	187	15
Molise	1.135	-	1.374	1.379	244	21
Campania	1.135	1.330	1.306	1.324	189	17
Puglia	1.099	1.235	1.232	1.262	163	15
Basilicata	1.163	1.259	1.203	1.194	31	3
Calabria	1.093	1.340	1.251	1.241	148	14
Sicilia	1.015	-	1.230	1.285	270	27
Sardegna	1.133	1.357	1.338	1.329	196	17
Italia	1.225	1.376	1.403	1.439	214	17
<i>Deviazione standard</i>	<i>120</i>	<i>92</i>	<i>143</i>	<i>160</i>		

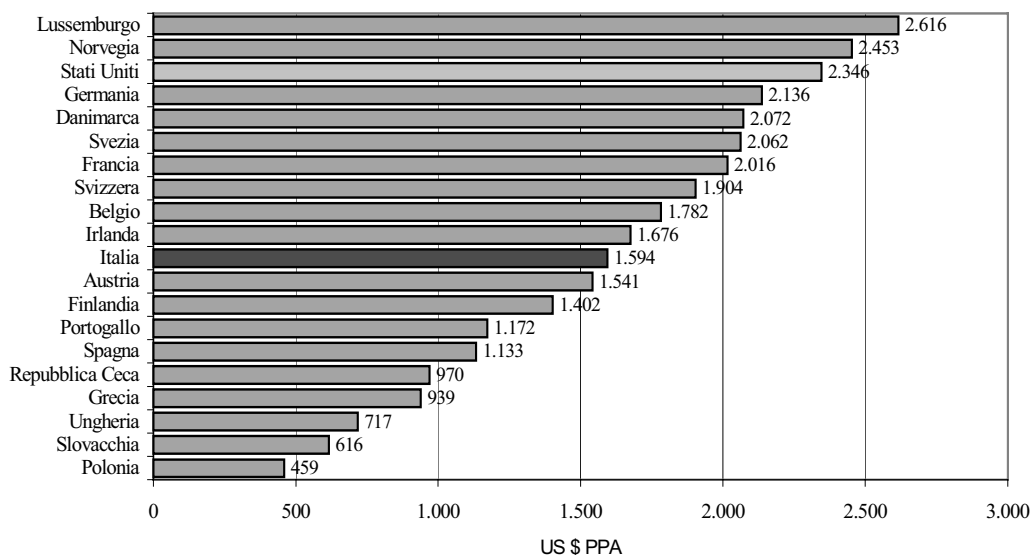
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Direzione Generale per la Programmazione, 2004.

Confronti internazionali

I diversi paesi dedicano all'assistenza sanitaria pubblica quote molto diverse del reddito prodotto nel 2002. Il grafico che segue permette di apprezzare le differenze nella spesa sanitaria pubblica pro capite di diversi paesi appartenenti all'area economica europea e agli Stati Uniti. Al primo posto abbiamo il Lussemburgo, che dedica 2.616 \$ pro capite per l'assistenza sanitaria pubblica, e la Polonia all'ultimo posto con 459 \$ pro capite.

L'Italia si pone in una posizione intermedia, ma tra i grandi paesi europei è comunque quello che dedica meno risorse per l'assistenza sanitaria in rapporto alla popolazione residente.

Interessante è il dato degli Stati Uniti, dove nonostante la sanità sia finanziata maggiormente attraverso il mercato privato delle assicurazioni la quota pubblica non è così irrilevante (circa il 40% della spesa sanitaria totale).

Grafico 1 - *Spesa sanitaria pubblica corrente pro capite US \$ PPA (2002)*

Note. PPA= parità del potere d'acquisto.

I paesi rappresentati (ad eccezione degli Stati Uniti) appartengono all'Area Economica Europea (EFTA). Dati non disponibili per Islanda, Olanda, Regno Unito e Turchia.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Eco-Salute OCSE, I edizione, Anno 2004.

Raccomandazioni di Osservasalute

Si ritiene che, una volta corretti i differenziali di composizione demografica e di livelli dei prezzi vi sia una più che sufficiente omogeneità a livello territoriale. L'obiettivo dovrà essere quello di mantenere tale distribuzione a seguito dell'introduzione delle riforme federaliste.

Analisi della composizione della spesa sanitaria per macroaggregati

Significato. L'indicatore vuole mostrare la distribuzione delle risorse allocate e spese secondo macroaree significative in base a quanto risulta dai flussi informativi del Ministero della Salute. Tale articolazione della spesa rispecchia le aggregazioni per grandi capitoli di spesa secondo la contabilità finanziaria pubblica.

Spesa per il personale: riguarda la spesa sostenuta direttamente dalle ASL e dalle Aziende Ospedaliere (e Universitarie) pubbliche per il personale sanitario, infermieristico, tecnico e amministrativo. In questa voce non sono stati ancora ricompresi gli oneri aggiuntivi di competenza del 2003 relativi al rinnovo dei contratti che non sono ancora perfezionati, salvo casi particolari di chi ha accantonato una parte dell'importo presunto, come il Piemonte (Fonte: Ministero della Salute).

Beni e Servizi: la voce spesa per beni e servizi ricomprende diversi aggregati di capitoli di spesa; gli acquisti di beni, manutenzioni e riparazioni, il godimento beni di terzi (es. leasing, etc.), servizi appaltati (es. lavanderia, pulizia, mensa, gestione tecnologie); spese amministrative e generali, intesa come aggregazione residuale, imposte e tasse dove prevale la componente dell'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) pubblica.

Medicina generale convenzionata: tale voce di spesa contiene gli importi destinati alle convenzioni con i Medici di Medicina di Base, che comprendono anche quelle con i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziali notturna e festiva.

Assistenza farmaceutica convenzionata: tale voce di spesa è costituita da un unico capitolo nel quale vengono conteggiate le spese sostenute per il rimborso dei farmaci distribuiti ai cittadini muniti di prescrizione dalle farmacie. Non comprendono quindi i farmaci acquistati dalle aziende sanitarie (es. farmaceutica ospedaliera).

Assistenza specialistica in convenzione: è rappresentata dalle spese per prestazioni di assistenza specialistica acquistate da convenzionati SUMAI (Sindacato Unico di Medicina Ambulatoriale Italiana), da operatori pubblici negli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), nei Policlinici e da operatori privati accreditati.

Assistenza ospedaliera in convenzione: tale voce descrive la spesa derivante dai servizi che le aziende sanitarie pubbliche acquistano da IRCCS, Policlinici, ospedali classificati e case di cura private accreditate.

Altre prestazioni: la voce deriva dalla somma dei capitoli di spesa riferiti all'assistenza integrativa, alla riabilitazione, all'assistenza protesica, alle cure termali, all'assistenza agli anziani (nelle Residenze Sanitarie Assistite), ai disabili, alle comunità terapeutiche e ai trasporti sanitari.

Parametro misurato	Composizione percentuale della spesa sanitaria pubblica	
Numeratore	$\frac{\text{Spesa sanitaria pubblica per macroaree}}{\text{Spesa sanitaria pubblica totale}}$	x 100
Denominatore		

Validità e limiti. L'indicatore può essere considerato valido e relativamente stabile nel tempo nella sua computazione. L'indicatore è derivato da una riclassificazione dei diversi capitoli di spesa nella contabilità finanziaria delle ASL e delle altre aziende dei Servizi Sanitari Regionali. Variando il meccanismo di riclassificazione l'indicatore potrebbe subire oscillazioni di significato nel tempo; fondamentale, quindi, appare la continuità nella definizione del meccanismo di riclassificazione della spesa.

L'indicatore permette di apprezzare la diversa propensione delle regioni a ricorrere ad

attività in convenzione rispetto ad attività direttamente gestite. Fornisce, inoltre, una chiara visione delle diverse politiche regionali rispetto al personale di assistenza e non, e ai beni e servizi.

La sua struttura assicura una visione della spesa per funzione, ma non permette una corretta valutazione delle differenze di spese per natura delle stesse che comunque risultano apprezzabili in altri indicatori presentati nell'ambito di questa stessa sezione.

Un tradizionale limite di questo indicatore sta nella omogeneità dell'interpretazione data dalle singole aziende nelle diverse regioni delle voci di spesa da ricomprendere nei diversi capitoli di spesa. Nel tempo, per la verità, questa possibile diversità nell'interpretazione della corretta allocazione delle spese nei diversi capitoli dovrebbe essersi ridotta per effetto della continua informazione diffusa da parte del Ministero della Salute in materia assegnando crescente robustezza ai dati.

Benchmark. Il valore di riferimento più significativo è quello medio nazionale.

Non è possibile adottare come *benchmark* il valore espresso dai documenti di programmazione nazionale e regionale in quanto adottano una diversa articolazione per livelli di assistenza (livello ospedaliero, livello distrettuale e livello della prevenzione). In considerazione delle tradizionali modalità di rendicontazione delle regioni al Ministero della Salute l'analisi della spesa per livello di assistenza non può che derivare da riclassificazioni spesso laboriose.

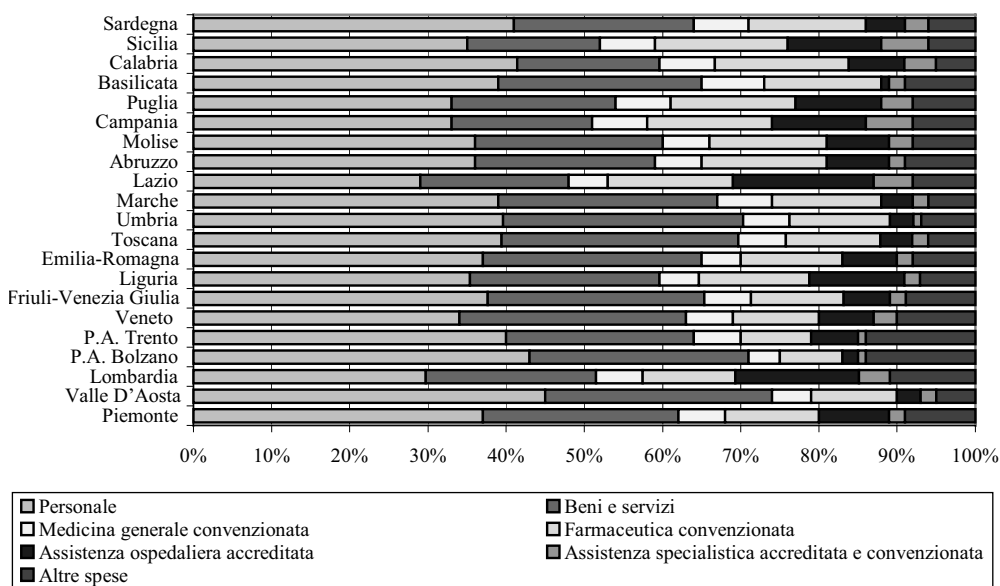
Tabella 1 - *Analisi della composizione della spesa sanitaria per macroaggregati - Valori percentuali - Anno 2003*

Regione	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Assistenza ospedaliera accreditata	Assistenza specialistica accreditata e convenzionata	Altre spese	Totale
Piemonte	37	25	6	12	9	2	9	100
Valle d'Aosta	45	29	5	11	3	2	5	100
Lombardia	30	22	6	12	16	4	11	100
Prov. Aut. Bolzano	43	28	4	8	2	1	14	100
Prov. Aut. Trento	40	24	6	9	6	1	14	100
Veneto	34	29	6	11	7	3	10	100
Friuli-Venezia Giulia	38	28	6	12	6	2	9	100
Liguria	35	24	5	14	12	2	7	100
Emilia-Romagna	37	28	5	13	7	2	8	100
Toscana	39	30	6	12	4	2	6	100
Umbria	40	31	6	13	3	1	7	100
Marche	39	28	7	14	4	2	6	100
Lazio	29	19	5	16	18	5	8	100
Abruzzo	36	23	6	16	8	2	9	100
Molise	36	24	6	15	8	3	8	100
Campania	33	18	7	16	12	6	8	100
Puglia	33	21	7	16	11	4	8	100
Basilicata	39	26	8	15	1	2	9	100
Calabria	41	18	7	17	7	4	5	100
Sicilia	35	17	7	17	12	6	6	100
Sardegna	41	23	7	15	5	3	6	100
Italia	35	23	6	14	10	3	8	100

Nota. Non sono inclusi nel calcolo le voci di spesa: interessi passivi e oneri finanziari, saldo voci economiche e saldo intramoenia.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Programmazione Sanitaria e Qualità, Dati economici-finanziari, Anno 2003.

Grafico 1 - Analisi della composizione della spesa sanitaria per macroaggregati - Anno 2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Programmazione Sanitaria e Qualità, Dati economici-finanziari, Anno 2003.

Descrizione dei Risultati

Ogni regione in relazione alle politiche sanitarie adottate negli anni, alle infrastrutture disponibili, alle modalità organizzative e di gestione dei processi assistenziali, mostra una diversa distribuzione della spesa tra attività in convenzione con soggetti pubblici (es. IRCCS o Aziende Ospedaliere Universitarie), privati accreditati e spesa direttamente gestita (es. il personale, i beni e i servizi).

L'analisi dei dati mette in evidenza una significativa variabilità in tutte le voci che compongono l'indicatore. La porzione più significativa della spesa a livello nazionale è registrata per il personale che assorbe il 35% della spesa complessiva. Questo valore è comunque del tutto indicativo in quanto la variabilità regionale è particolarmente significativa sia in termini di minimo (Lazio, 29%) e massimo (Valle d'Aosta, 45%) che di varianza della popolazione. Estrema variabilità è anche osservabile nella distribuzione della spesa per beni e servizi con un minimo in Sicilia (17%) e un massimo in Umbria (31%). La massima variabilità, in termini almeno di valori estremi, è quella osservata nella quota di spesa che le regioni registrano per acquistare prestazioni di assistenza ospedaliera (Basilicata, 1% e Lazio, 18%).

Anche per i beni e servizi la variabilità è significativa con un minimo speso in Sicilia (17%) e il massimo registrato in Umbria (31%).

L'indicatore che, almeno nei dati estremi, mostra la maggiore variabilità riguarda la quota di spesa dedicata all'acquisto di prestazioni in ricovero ordinario e di *day hospital* presso strutture accreditate private, IRCCS e policlinici. L'indice varia tra l'1% della Basilicata al 18% del Lazio.

L'aggregato di spesa che mostra la variabilità minima è l'assistenza di base convenzionata. La spesa è compresa tra il 4% di Bolzano e l'8% della Basilicata. 19 regioni su 21, ad ogni modo, destinano a questa voce una quota tra il 5% e il 7% della propria spesa.

L'assistenza farmaceutica convenzionata è l'unico aggregato di spesa che mostra un chiaro gradiente Nord-Sud: la quota varia dall'8% di Bolzano al 17% di Calabria e Sicilia. Anche le altre due voci residuali mostrano significativi livelli di variabilità interregionale.

Raccomandazioni di Osservasalute

Al di là delle raccomandazioni relative alla necessità di adottare meccanismi di monitoraggio per la corretta interpretazione delle politiche di registrazione delle spese nei diversi capitoli e nei diversi aggregati a livello di azienda sanitaria, certamente l'estrema variabilità soprattutto in alcuni macroaggregati di spesa meriterebbe un crescente monitoraggio (es. spesa farmaceutica convenzionata).

Per altri aggregati, come l'assistenza ospedaliera in convenzione, la variabilità è da considerarsi in parte fisiologica, ovvero legata alle caratteristiche strutturali della rete ospedaliera che nel tempo ha definito un determinato mix tra posti letto pubblici e privati.

Quota di Servizi Sanitari forniti direttamente rispetto alla spesa sanitaria pubblica corrente totale

Significato. L'indicatore rappresenta la quota delle risorse che le diverse regioni impiegano per la produzione o fornitura diretta di servizi sanitari, rispetto al totale della spesa pubblica.

Tale indice è una misura del livello di integrazione organizzativa (in senso verticale) del sistema sanitario per singola regione.

Quanto più è alta questa quota tanto maggiore sarà il ricorso a modalità gerarchiche per il coordinamento organizzativo del sistema sanitario.

Le regioni che mostrano un valore basso dell'indicatore, invece, ricorrono più ampiamente al mercato e quindi al meccanismo contrattuale per il coordinamento delle attività economiche nell'ambito del sistema.

Le strutture ospedaliere private accreditate, ma anche i contratti con i medici di famiglia o gli specialisti SUMAI (Sindacato Unico di Medicina Ambulatoriale Italiana), definiscono la quota di spesa governata attraverso meccanismi contrattuali.

Un minore livello di integrazione organizzativa implica, quindi, anche un maggiore ruolo del privato nella produzione di assistenza sanitaria nell'ambito del sistema.

Numeratore	Spesa per servizi forniti direttamente dall'operatore pubblico	
Denominatore	Spesa sanitaria pubblica totale corrente	x 100

Validità e limiti. L'indice è sostanzialmente indipendente dai metodi di rilevazione e quindi ben rappresenta il fenomeno della pervasività dell'intervento pubblico diretto rispetto ai servizi forniti in regime di convenzione o accreditamento, con le connesse implicazioni sociali ed ideologiche.

Se tale quota viene poi moltiplicata per la quota del finanziamento pubblico sulla totale spesa sanitaria pubblica e privata, si ottiene il valore della produzione pubblica pura, rispetto alla produzione privata.

Esso però risente di caratteristiche della popolazione regionale, quali l'anzianità, che influenzano in modo differente singole componenti della domanda (ad es. i farmaci che non sono mai forniti direttamente se non all'interno degli ospedali) e risente inoltre della mobilità territoriale.

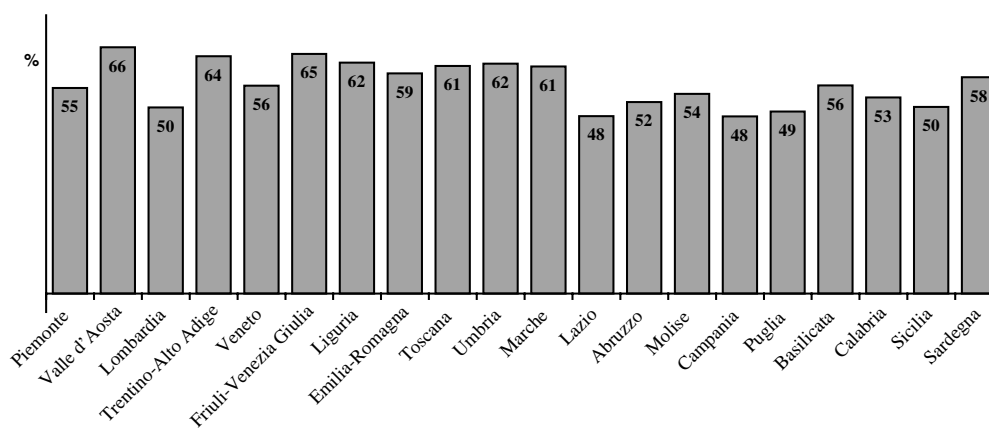
Benchmark. Il valore di riferimento è quello medio nazionale.

Tabella 1 - *Quota di servizi sanitari forniti direttamente rispetto alla spesa sanitaria pubblica corrente totale (valori percentuali). Anni 2000-2002*

Regione	Servizi sanitari forniti direttamente/spesa tot. corrente -2000	Servizi sanitari forniti direttamente/spesa tot. corrente -2001	Servizi sanitari forniti direttamente/spesa tot. corrente -2002	trend 2000- 2002
Piemonte	60	58	55	-5
Valle d' Aosta	67	66	66	0
Lombardia	56	51	50	-6
Trentino-Alto Adige	65	68	64	-1
Veneto	59	56	56	-3
Friuli-Venezia Giulia	65	65	65	0
Liguria	64	63	62	-2
Emilia-Romagna	62	60	59	-3
Toscana	62	61	61	-1
Umbria	64	61	62	-2
Marche	62	62	61	-1
Lazio	49	48	48	-1
Abruzzo	59	51	52	-7
Molise	61	56	54	-7
Campania	48	46	48	0
Puglia	54	48	49	-5
Basilicata	61	57	56	-5
Calabria	55	51	53	-2
Sicilia	53	50	50	-3
Sardegna	61	57	58	-3
<i>Nord</i>	60	57	56	-4
<i>Centro</i>	56	55	55	-1
<i>Meridione</i>	53	48	50	-3
<i>Isole</i>	55	52	52	-3
<i>Sud</i>	53	50	51	-3
Italia	57	54	54	-3

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Contabilità nazionale, 2000-2002.

Grafico 1 - *Quota di servizi sanitari forniti direttamente rispetto alla spesa sanitaria pubblica corrente totale (valori percentuali) - Anno 2002*



Descrizione dei Risultati

La variabilità sembra crescere nel tempo. Nell'anno 2002 si va da un massimo del 66% della Valle d'Aosta, ad un minimo del 48% della Campania e del Lazio.

Tra il 2000 e il 2002 la forbice sembra essersi ampliata tra i valori minimi e massimi dell'indicatore: in termini generali la quota fornita direttamente dall'operatore pubblico si è contratta (-3%) e queste contrazioni sono maggiormente avvertite in Abruzzo e Molise (-7%).

È possibile individuare un gradiente Nord-Sud con il primo che, sia per la migliore organizzazione del settore pubblico che per la più elevata soddisfazione degli utenti per i servizi dello stesso, ha generalmente una maggiore presenza di intervento pubblico rispetto al secondo. Sono eccezioni, al Nord, la Lombardia e parzialmente il Veneto e il Piemonte.

Al Sud mostrano un livello di integrazione organizzativa le regioni poco popolate come il Molise, la Basilicata e la Sardegna. Le altre, invece, tendono a ricorrere al meccanismo contrattuale in maniera più massiccia.

Al Centro osserviamo una prevalenza di elevata integrazione produttiva, con la rilevante eccezione del Lazio.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indice non ha un valore indipendente da giudizi di valore ed ideologici: posizioni liberiste preferiranno un indice dal valore inferiore, posizioni collettiviste viceversa.

Ad ogni modo è possibile far riferimento agli assunti della teoria economica istituzionale. In un sistema di scambi economici complessi, come si configura il Sistema Sanitario Nazionale, l'equilibrio tra l'utilizzo del mercato e quindi del prezzo come meccanismi di coordinamento dello scambio economico e la gerarchia (e quindi l'autorità di un sistema organizzativo integrato) dipende dal confronto tra i costi d'uso del mercato (es. costi per la negoziazione dei contratti e per il controllo del servizio) e i costi di coordinamento (es. costi per il personale addetto alla programmazione e al controllo del sistema).

Le evidenze presenti nella letteratura internazionale, di ricerca sui servizi sanitari, mostrano che regioni con diffusa produzione pubblica hanno un maggior potere di contenimento dei costi e che i risultati della soddisfazione dei cittadini non sono univoci: le regioni con struttura produttiva troppo privatistica corrono il rischio di vedere aumentare i costi in futuro senza essere certi di una contropartita in termini di soddisfazione.

Analisi della tendenza della quota di entrate proprie sanitarie regionali

Significato. L'indicatore vuole evidenziare l'andamento nel tempo della parte di entrate di ogni regione indipendente dai meccanismi perequativi¹ tra regioni, comprendente le voci IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive), Addizionale IRPEF (Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche), Entrate proprie.

Esso quindi evidenzia l'evoluzione della sostanziale autosufficienza finanziaria regionale, dovuta prevalentemente ad un alto valore aggiunto e reddito regionale. Un valore in diminuzione rappresenta inoltre la progressiva difficoltà (potenziale) delle varie regioni nell'assolvere ai propri obblighi di fornitura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), qualora in un sistema federalista venissero a mancare gli elementi di solidarietà tra regioni.

Numeratore	Entrate proprie (IRAP, Addizionale IRPEF, Altre entrate proprie tra cui i ticket) sanitarie regionali
Denominatore	Totale entrate per il finanziamento della sanità pubblica regionale

Validità e limiti. L'indice può variare, nel corso del tempo soprattutto perché varia il numeratore, che pur basato su normativa a livello centrale riguardo alle aliquote delle imposte, può però essere (ed è stata ripetutamente) ritoccata dalle singole regioni (addizionale IRPEF, ticket). L'indice segue invece a denominatore coefficienti prestabiliti, derogabili solo mediante contrattazione con il livello centrale. Rappresentando il grado di autofinanziamento incondizionato delle regioni, è comunque un indicatore di non facile interpretazione, perché stesse tendenze possono dipendere da comportamenti molto differenziati da parte degli operatori regionali, quanto a rigore nella spesa e sforzo di finanziamento.

Benchmark. Il riferimento utilizzabile è il valore medio nazionale.

Descrizione dei Risultati

La quota di autofinanziamento media italiana è scesa dal 65% del 1998, fino al 44% del 2000, per poi risalire nel 2001 al 53%, includendo nella media anche le regioni e province autonome completamente autofinanziate.

La variabilità tra le regioni è elevatissima, con gradiente Nord-Sud (Osservasalute 2003), le tendenze invece non sono altrettanto omogenee, pur se risulta evidente un sostanziale peggioramento della capacità di autofinanziamento del Sud. La Basilicata ha visto crollare nel 2001 la quota di entrate proprie al 19% di quanto riscosso nel 1998, mentre la Lombardia è quella che più mantiene la capacità autonoma di spesa, con il 95% del dato 1998.

Il dato di tendenza, come già detto per i disavanzi, riflette soprattutto l'andamento del ticket sui farmaci, venuto a mancare nel 2000 e non prontamente ripristinato dalle singole regioni. Negli anni successivi, numerosi aggiustamenti sulle aliquote IRPEF, hanno ulteriormente differenziato le singole politiche regionali.

Raccomandazioni di Osservasalute

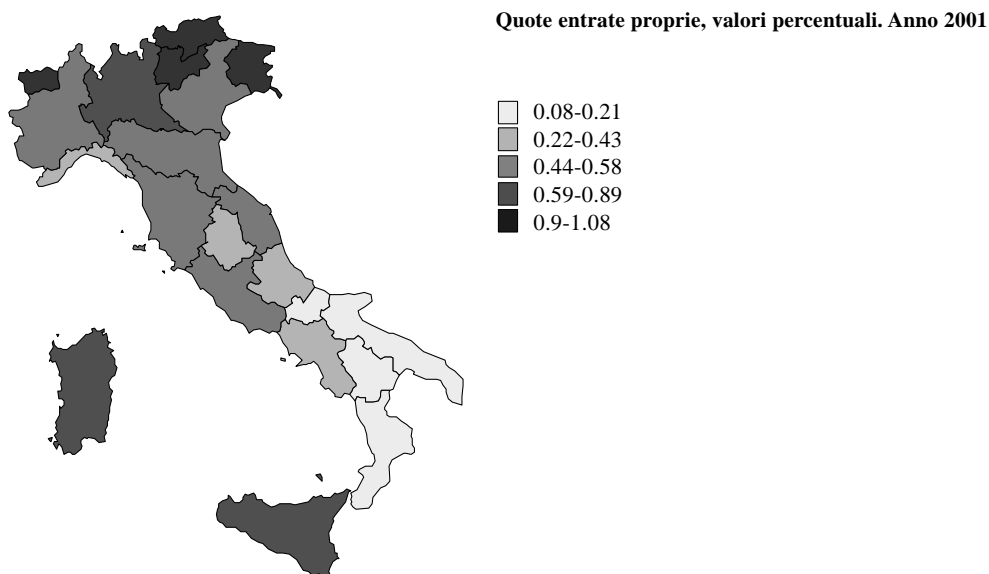
Teoricamente auspicabile è il raggiungimento di un progressivo maggior livello di autosufficienza, purché ciò non comporti elevate differenziazioni tra singole realtà regionali.

¹ La perequazione tra regioni, effettuata tramite il Fondo perequativo, consiste in una redistribuzione di risorse tra regioni basata sui tre criteri del bisogno, della capacità fiscale e della dimensione regionale.

Tabella 1 - Entrate per il finanziamento della sanità pubblica regionale, valori percentuali - Anni 1998-2001

Regione	Quota entrate proprie 1998	Quota entrate proprie 1999	Quota entrate proprie 2000	Quota entrate proprie 2001
Piemonte	0,65	0,46	0,57	0,55
Valle d'Aosta	1,05	1,03	0,54	1,08
Lombardia	0,77	0,56	0,72	0,73
Prov. Aut. Bolzano	0,99	0,99	0,49	0,99
Prov. Aut. Trento	1,00	1,01	0,55	1,01
Veneto	0,71	0,46	0,57	0,58
Friuli-Venezia Giulia	0,99	0,98	0,57	0,99
Liguria	0,53	0,32	0,41	0,36
Emilia-Romagna	0,69	0,48	0,59	0,58
Toscana	0,60	0,36	0,49	0,47
Umbria	0,47	0,30	0,38	0,35
Marche	0,68	0,37	0,49	0,45
Lazio	0,66	0,47	0,60	0,58
Abruzzo	0,46	0,34	0,34	0,30
Molise	0,39	0,27	0,30	0,13
Campania	0,36	0,24	0,27	0,22
Puglia	0,39	0,24	0,27	0,21
Basilicata	0,44	0,25	0,27	0,08
Calabria	0,34	0,25	0,24	0,09
Sicilia	0,78	0,64	0,27	0,71
Sardegna	0,70	0,56	0,33	0,63
Italia	0,65	0,50	0,44	0,53

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Anni 1998-2001.



Compartecipazione all'IRPEF (Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche) regionale

Significato. L'indicatore evidenzia la struttura delle aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF. Esso pertanto vuole misurare il grado di sfruttamento di questo meccanismo a disposizione della regione per il riequilibrio del deficit di gestione imputabile a responsabilità della regione stessa; valori della aliquota addizionale superiori a quello base dello 0,9% indicano che le opportunità future di utilizzo dello strumento sono limitate. Inoltre, laddove le aliquote siano differenziate per fasce di reddito, si evidenzia il desiderio regionale di introdurre una struttura progressiva, tesa ad imporre un carico percentualmente maggiore del riequilibrio sui gruppi a più alto reddito.

Validità e limiti. L'indicatore rappresenta sforzi passati e minori opportunità future. Esso non evidenzia i risultati quantitativi della manovra stessa, esprimibili come gettito dell'addizionale IRPEF rispetto alle altre fonti di entrata o in procapite. Inoltre, laddove le aliquote siano differenziate, non vi è una indicazione dell'incidenza effettiva ma di quella teorica.

Benchmark. Il valore di riferimento è quello minimo nazionale dello 0,9%.

Descrizione dei Risultati

Piemonte, Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Puglia e Calabria sono le regioni ad essersi allontanate dallo standard di riferimento nazionale. Le scelte di maggiore progressività sono state effettuate dalle Marche che hanno graduato l'addizionale con quattro aliquote, di cui la maggiore addirittura pari al 4%. La regione che sembra invece avere penalizzato maggiormente i redditi bassi è la Calabria, in quanto applica la stessa aliquota maggiorata dell'1,4% a tutti i contribuenti, ricchi e poveri.

L'applicazione, inoltre, è stata diversificata nelle modalità: le regioni che hanno scelto gli scaglioni (Lombardia, Veneto, Marche) mostrano di credere in una maggiore gradualità del prelievo, mentre Piemonte ed Umbria hanno interpretato il limite di reddito come spartiacque tra ricchi e poveri, cui si applicano aliquote diverse, ma sull'intero importo dei propri redditi.

La lettura dei risultati sembra confermare che il maggior ricorso alla leva dell'addizionale IRPEF sia dovuto più a difficoltà di bilancio che a motivi di ordine ideologico; Calabria, Puglia, Piemonte e Lombardia sono infatti regioni che hanno anche fatto ricorso pesantemente al ticket, mentre il Veneto ne ha utilizzato una forma addolcita. È però vero che tra le regioni più riluttanti all'utilizzo della leva ticket sono presenti l'Umbria e le Marche e che soprattutto queste ultime sembrano avere utilizzato l'addizionale IRPEF in modo estremamente progressivo.

Raccomandazioni di Osservasalute

Tra i metodi di applicazione dell'addizionale sembra più corretto quello che utilizza scaglioni, anziché quello basato sull'importo intero.

Tabella 1 - *Compartecipazione all'IRPEF regionale - Anno 2003*

Regione	Aliquota %	Limiti di reddito (€)	Scaglioni	Importo intero	Aliquota agevolata
Piemonte	0,90	Fino a 10.329,14	No	Sì	
	1,40	Oltre 10.329,14			
Valle d'Aosta	0,90	Qualunque reddito			
Lombardia	1,20	Fino a 15.493,71	Sì	No	0,9% in determinate condizioni
	1,30	Da 15.493,71 a 30.987,41			
	1,40	Oltre 30.987,41			
Prov. Aut. Bolzano	0,90	Qualunque reddito			
Prov. Aut. Trento	0,90	Qualunque reddito			
Veneto	1,20	Fino a 15.000,00	Sì	No	0,9% in determinate condizioni (reddito, disabilità)
	1,30	Da 15.000,00 a 29.000,00			
	1,40	Oltre 29.000,00			
Friuli-Venezia Giulia	0,90	Qualunque reddito			
Liguria	0,90	Qualunque reddito			
Emilia-Romagna	0,90	Qualunque reddito			
Toscana	0,90	Qualunque reddito			
Umbria	0,90	Fino a 15.000,00	No	Sì	
	1,10	Oltre 15.000,00			
Marche	0,90	Fino a 15.493,71	Sì	No	
	1,91	Da 15.493,71 a 30.987,41			
	3,60	Da 30.987,41 a 69.721,68			
	4,00	Oltre 69.721,68			
Lazio	0,90	Qualunque reddito			
Abruzzo	0,90	Qualunque reddito			
Molise	0,90	Qualunque reddito			
Campania	0,90	Qualunque reddito			
Puglia	1,20	Qualunque reddito			0,9% in determinate condizioni (terremotati)
Basilicata	0,90	Qualunque reddito			
Calabria	1,40	Qualunque reddito			
Sicilia	0,90	Qualunque reddito			
Sardegna	0,90	Qualunque reddito			

Nota. L'indicazione *sì*, relativa agli scaglioni, si applica solo sui redditi compresi tra i limiti indicati, l'indicazione *sì*, per l'importo intero, indica che l'aliquota si applica a tutto il reddito, non soltanto a quello che supera il limite di reddito.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia, Agenzia delle Entrate, Modello Unico 2004.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore vuole misurare la tendenza dei disavanzi, in termine pro capite, nella sanità pubblica. Esso misura la differenza tra quanto ricevuto come finanziamento pro capite e quanto invece speso, sempre in termini pro capite. Esso è dato dal saldo tra fonti di entrata autonome (IRAP e Addizionale IRPEF) e perequate tramite il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), e uscite per servizi prestati direttamente o convenzionati.

È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: ove tali disavanzi vadano strutturalmente accentuandosi nel tempo, suona un campanello d'allarme per la gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale regionale.

Parametro misurato	Disavanzo sanitario pubblico pro capite
Formula	Spesa sanitaria pubblica pro capite - Finanziamento SSN pro capite

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'idea di prima approssimazione sulla *performance* regionale: tassi di incremento maggiori della media indicano difficoltà specifiche della singola regione. L'indicatore, però, non può essere utilizzato direttamente come misura delle «responsabilità» regionali nei disavanzi stessi, sia perché comprende una parte di finanziamento ottenuta in base ad una formula perequativa «teorica», sia perché l'obbligo di fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), comporta probabilmente una spesa regionale differenziata e non pienamente riflessa nella formula allocativa del finanziamento. 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 cautela.

Infine, esso 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.

Benchmark. Il riferimento è il valore medio nazionale.

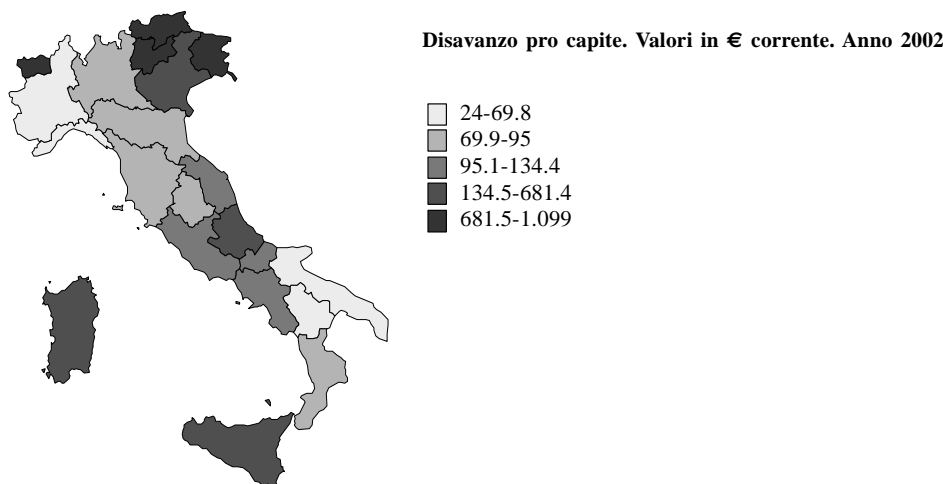


Tabella 1 - *Tendenza del disavanzo pro capite. Valori in € correnti - Anni 1998-2002*

Regione	1998	1999	2000	2001	2002	Variazione 2002-1998
Piemonte	91	36	122	203	63	-28
Valle d'Aosta	-92	-83	-45	424	913	1.005
Lombardia	75	40	34	119	95	20
Prov. Aut. Bolzano	-6	-8	-7	-	1.099	1.105
Prov. Aut. Trento	-73	-111	4	430	917	990
Veneto	22	52	73	180	157	135
Friuli-Venezia Giulia	-15	-18	8	143	773	788
Liguria	-17	29	56	140	62	79
Emilia-Romagna	40	14	31	105	95	55
Toscana	13	52	22	149	80	67
Umbria	25	32	24	87	80	55
Marche	35	101	109	199	111	76
Lazio	160	145	171	263	133	-27
Abruzzo	4	5	57	198	140	136
Molise	0	-27	45	-	124	124
Campania	91	74	129	269	127	36
Puglia	1	57	82	155	28	27
Basilicata	0	34	54	216	24	24
Calabria	59	57	91	290	95	36
Sicilia	-14	59	-16	-	544	558
Sardegna	19	79	102	267	488	469
Italia	20	29	55	213	293	272,86

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute, Direzione generale per la Programmazione 2004, Anni 1998-2002.

Descrizione dei Risultati

I dati mostrano un generalizzato peggioramento della situazione dal 1998 fino al 2002, indizio del cronico problema di sottofinanziamento della sanità italiana, con forse una ripresa nel 2003 (dati stimati e non riportati in tabella); viene inoltre evidenziata una tendenza differenziata tra regioni nel peggioramento stesso. Particolarmente deficitarie appaiono la Val D'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano con aumenti, in valore assoluto, del disavanzo di 1.005 € e di 1.105 € rispettivamente.

Contenuto appare invece il finanziamento aggiuntivo richiesto ai cittadini della Lombardia 20 €, mentre nel Piemonte e nel Lazio si nota addirittura un decremento del deficit pro capite di -28 € e -27 €.

C'è da rilevare, però, che tali deficit possono già celare manovre di aggiustamento effettuate su base regionale, sia per quanto riguarda i ticket che per altre fonti di entrata. In linea di massima, non è possibile evincere una tipicità geografica, nel senso che le regioni del Sud, probabilmente, non hanno disavanzi in media maggiori di quelli delle regioni del Nord.

Raccomandazioni di Osservasalute

Eliminare il disavanzo strutturale, senza però spingere al massimo il riequilibrio di pura natura finanziaria (ticket e addizionale IRPEF), facendo piuttosto leva su aggiustamenti reali (efficienza).

Project Finance: interventi di edilizia sanitaria

Significato. La spesa per investimenti rappresenta un indicatore importante per valutare la capacità di un sistema sanitario di ammodernare costantemente le proprie dotazioni strutturali, impiantistiche e tecnologiche.

L'evoluzione nei bisogni della salute, che costantemente si manifesta, genera la necessità di rivedere tali dotazioni anche in considerazione degli avanzamenti tecnologici che determinano sempre nuove opportunità diagnostiche e di trattamento.

Gli investimenti in edilizia, impiantistica e tecnologia sanitaria sono quindi indispensabili per combattere l'obsolescenza del capitale investito.

Tradizionalmente la responsabilità per tali investimenti era centralizzata presso il Ministero della Salute e l'onere di tali investimenti ricadeva sul settore pubblico. L'art. 20 della Legge finanziaria del 1989 (l. n. 67/88) rappresenta l'ultimo importante stanziamento per edilizia sanitaria che, ancora oggi, dopo oltre 15 anni, non è stato ancora totalmente utilizzato. Parallelamente nuove forme di intervento per investimenti sono state sperimentate grazie alla finanza di progetto (*project finance* - PF) e alle diverse modalità di partenariato pubblico privato (*Public-Private Partnership*).

La tabella che segue compara i dati dell'Osservatorio sul *Project Finance* di Finlombarda e del Ministero della Salute riguardanti da un lato gli investimenti in PF avviati (e in corso di aggiudicazione), dall'altro lo stato dei finanziamenti del programma art. 20, l. 67/1988.

Parametro misurato Percentuale di copertura degli investimenti da PF

Numeratore	Importo progetti aggiudicati + in attesa di aggiudicazione	x 100
Denominatore	Totale importi disponibili	

Validità e limiti. Sia per quanto riguarda gli stanziamenti pubblici sia per i progetti di PF la situazione è in continua evoluzione in ragione della conclusione degli *iter* burocratici relativi all'attivazione dei finanziamenti.

L'indicatore ha quindi una validità limitata nel tempo. Dalla tabella non è possibile avere una lettura globale dello sforzo finanziario che il sistema sanitario devolve all'ammortamento dell'obsolescenza, in quanto altre fonti di finanziamento rilevanti non sono considerate in questo schema (es. normative specifiche per i grandi centri urbani, etc.).

Benchmark. I riferimenti sono valori medi nazionali.

Tabella 1 - Finanziamenti in sanità - Anno 2002-2004

Regione	Finanziamenti ex art. 20 l. 67/1988					TOTALE IMPORTI DISPONIBILI (A+B+C)	% coperta da PF ((A+B) /F)
	Importo progetti aggiudicati (valore in €)	Importo progetti in attesa di aggiudicazione (valore in €)	Somma assegnata alla Regione	Importo accordo di cui Stato (%)	Importo accordo di cui Regione (%)		
Piemonte	31.200.000	146.550.000	984.908.612,95	60,77	39,23	1.162.658.613	15
Valle d'Aosta			37.077.990,16	73,71	26,29	37.077.990	0
Lombardia	61.841.340	127.937.427	718.984.955,61	84,81	15,19	908.763.723	21
Prov. Aut. Bolzano			81.866.800,08	73,69	26,31	81.866.800	0
Prov. Aut. Trento			83.282.806,63	61,02	38,98	83.282.807	0
Veneto	302.126.441	24.316.537	723.128.489,31	64,94	35,06	1.049.571.467	31
Friuli-Venezia Giulia			198.103.570,27	91,64	8,36	198.103.570	0
Liguria		151.594.000	235.669.612,19	71,53	28,47	387.263.612	39
Emilia-Romagna	10.245.105	32.863.401	695.463.442,60	67,18	32,82	738.571.949	6
Toscana		370.000.000	465.447.484,08	74,84	25,16	835.447.484	44
Umbria		66.952.972	47.761.934,03	80,58	19,42	114.714.906	58
Marche		30.824.171	234.484.033,73	77,61	22,39	265.308.205	12
Lazio			795.531.723,64	95	5	795.531.724	0
Abruzzo		8.000.000				8.000.000	100
Molise						0	
Campania	113.145.787	195.320.836	1.168.693.578,78	95	5	1.477.160.202	21
Puglia						0	
Basilicata	3.356.930		152.010.824,94	82,08	17,92	155.367.755	2
Calabria						0	
Sicilia		146.792.065	1.162.817.685,55			1.309.609.751	11
Sardegna	60.609.526	35.000.000	352.572.302,20	95	5	448.181.828	21
Italia	582.525.129	1.189.601.409	8.137.805.846,75			9.909.932.385	18

Nota. Attualmente esistono 38 progetti in attesa di aggiudicazione.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Osservatorio PF Sanità-Finlombardia. Dal 2002 al 2004 e Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione Sanitaria.

Descrizione dei Risultati

Dai dati appare rilevante il ruolo che la finanza di progetto e quindi l'investimento privato sta svolgendo nella spesa per investimenti nel settore sanitario italiano. Il 18% degli investimenti i cui progetti sono stati aggiudicati (o sono in attesa di aggiudicazione) derivano da finanza di progetto.

Tra regioni la variabilità appare molto significativa: alcune di esse, come il Veneto, che si sono mostrate attive sia sul fronte pubblico (attivazione progetti ex art. 20) che su quello del PF, hanno una quota di finanziamento privato che supera il 30% dell'impegno complessivo. Vasta parte dei PF in Veneto sono già stati aggiudicati.

Attive anche sul fronte del PF sono la Campania, la Lombardia e la Sardegna.

La Toscana ha progetti di PF significativi in corso di aggiudicazione dopo aver sfruttato con efficacia le opportunità date dall'art. 20.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il mantenimento dello *stock* di capitale disponibile è un elemento fondamentale per assicurare un'assistenza sanitaria continuamente all'avanguardia in grado di dare soddisfazione ai bisogni espressi dalla popolazione.

Per questo l'attenzione per la spesa per investimenti non dovrebbe essere inferiore rispetto all'attenzione posta sulla spesa corrente.

La regolazione dei flussi finanziari per l'aggiornamento e l'ammodernamento del sistema dovrebbe divenire una primaria preoccupazione delle amministrazioni regionali e di quelle centrali.

A questo scopo la promozione di modalità «snelle» per attivare capitali privati a fianco a quelli pubblici appare assolutamente essenziale.

Analisi dell'impatto economico dei 17 DRG chirurgici a rischio di inapproprietezza (sui 43 DRG)

Significato. Le tabelle riportate in questa sezione riportano indicatori tesi a fornire una valutazione dell'impatto economico derivante dal trasferimento dei casi afferenti ai 17 DRG chirurgici presenti nella lista dei 43 DRG ad elevato rischio di inapproprietezza da un regime ordinario ad un regime di *day surgery*.

L'impatto economico è misurato prendendo in considerazione i possibili minori costi sostenuti dalle organizzazioni sanitarie per l'erogazione delle medesime prestazioni in due diversi regimi di assistenza.

L'analisi dei costi delle prestazioni nei due regimi e, di conseguenza, la valutazione dell'impatto economico avrebbe richiesto un'analisi di dettaglio dei singoli casi nei due regimi.

In mancanza di un'analisi dei costi di dettaglio ci siamo affidati al valore tariffario assegnato per ogni DRG nei due diversi regimi di assistenza da parte del Ministero della Salute attraverso il D.M. 30.06.1997.

Per ognuno dei 17 DRG chirurgici inclusi nella lista dei 43 DRG ad elevato rischio di inapproprietezza sono stati calcolati due parametri adottando la seguente metodologia.

Parametri misurati e Formule:

I FASE:

1. Rilevazione n. casi in degenza ordinaria (DO) e in day hospital (DH);
2. Calcolo della percentuale di DH sul totale dei casi trattati;
3. Costi sostenuti in DH = numero di casi in DH * tariffa nazionale;
4. Costi sostenuti in DO = numero di casi in DO * tariffa nazionale;
5. Remunerazione caso in DO – remunerazione caso in DH = differenza di remunerazione;
6. **Impatto economico effettivo-minori costi** = n. casi di DH * differenza di remunerazione.

II FASE:

1. Individuazione di un *benchmark* regionale = il valore della percentuale di DH sul totale dei casi trattati (%DH) più elevato;
2. Il valore del *benchmark* regionale * numero totale dei casi trattati = n. casi in DH che dovrebbe avere la regione confrontata (a);
3. (a) - n. casi in DH realmente effettuati nella Regione = numero casi in DH mancanti per raggiungere il *benchmark*;
4. **Impatto economico potenziale-minori costi** = n. casi in DH mancanti * differenza di remunerazione.

III FASE:

1. Allineamento di tutte le regioni: accorpamento dati per tutti i 17 DRG.
-

Validità e limiti. I due parametri così calcolati hanno un valore indicativo nella prospettiva della singola struttura sanitaria e non dell'intera regione.

L'adozione della tariffa nazionale come *driver* per il calcolo dell'impatto economico implica che tale impatto è definito in termini di potenziali minori costi sostenibili dalle singole aziende sanitarie per l'erogazione dell'assistenza in un regime diurno.

Le analisi di costo svolte (compresa quella che ha portato nel 1997 a determinare il tariffa-

rio nazionale) hanno evidenziato che i minori costi dell'assistenza in regime diurno derivano essenzialmente dalla riduzione dei costi diretti e generali legati alla permanenza in degenza e non da altri fattori (ad es. il consumo di alcuni materiali o l'uso della tecnologia). È altrettanto evidente che in termini di spesa la situazione è ben diversa. Infatti, indipendentemente dal costo sostenuto dalle aziende in quelle regioni che hanno adottato tariffari che tendono a premiare, e quindi a remunerare in maniera più ricca i trasferimenti in *day surgery*, la crescita dei trasferimenti di casistica a tale livello di assistenza implica una crescita della spesa e non una sua riduzione.

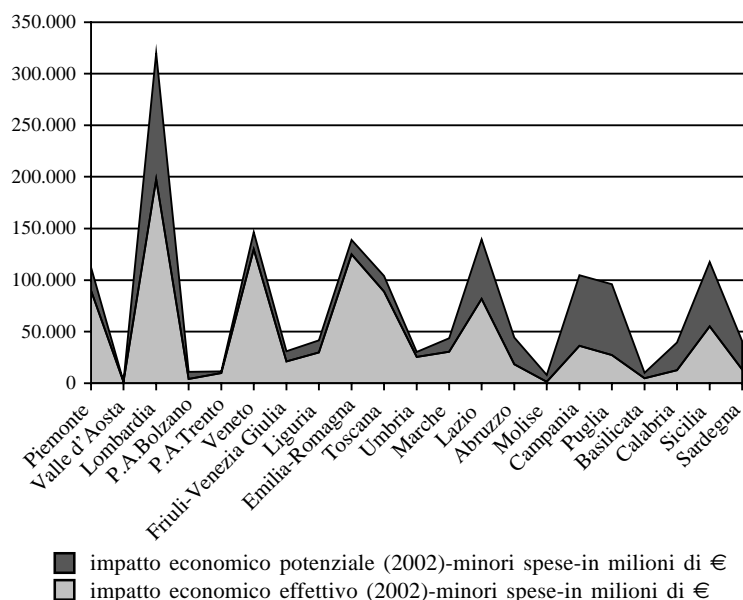
Benchmark. È certamente possibile individuare un *benchmark* per le percentuali di casi trattati in *day surgery* rispetto ai casi totali per ciascuno dei 17 DRG considerati. In questo studio il *benchmark* è definito dalla quota di casi trattati in *day surgery* più alta tra quelle registrate nelle diverse regioni.

Tabella 1 - *Analisi dell'impatto economico dei 17 DRG chirurgici a rischio di inappropriatazza (sui 43 DRG) - Anno 2002*

Regione	Numero ricoveri ordinari	Numero ricoveri in day hospital	Totale ricoveri	% D.H.	Impatto economico effettivo-minori costi in milioni di €	Impatto economico potenziale-minori costi in milioni di €
Piemonte	43.524	65.853	109.377	60	89.824	22.532
Valle d'Aosta	941	1.576	2.517	63	1.301	367
Lombardia	154.466	123.140	277.606	44	197.628	122.254
P.A.Bolzano	8.412	3.076	11.488	27	4.164	6.767
P.A.Trento	3.829	7.431	11.260	66	9.816	1.552
Veneto	43.327	92.499	135.826	68	129.774	16.575
Friuli-Venezia Giulia	17.226	14.628	31.854	46	21.042	9.902
Liguria	15.365	25.429	40.794	62	29.823	11.608
Emilia-Romagna	38.697	86.648	125.345	69	124.897	13.938
Toscana	35.136	62.232	97.368	64	89.037	15.132
Umbria	8.113	19.155	27.268	70	25.488	4.742
Marche	20.426	22.580	43.006	53	30.427	13.038
Lazio	79.825	60.563	140.388	43	81.828	57.629
Abruzzo	28.854	12.258	41.112	30	18.298	25.941
Molise	7.476	1.063	8.539	12	1.317	6.804
Campania	80.750	29.163	109.913	27	36.215	68.449
Puglia	71.750	20.798	92.548	22	27.326	68.642
Basilicata	5.946	5.015	10.961	46	4.773	5.299
Calabria	33.373	9.952	43.325	23	12.538	26.941
Sicilia	75.131	44.593	119.724	37	55.002	62.567
Sardegna	30.515	7.422	37.937	20	13.299	27.530
Italia	803.082	715.074	1.518.156	47	1.003.816	588.208

Fonte dei dati e anno di riferimento: Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Istituto di Igiene, elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute, 2002 e sul tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti ordinario e diurno ex D.M. 30.06.1997, espresso in euro erogate in regime di ricovero.

Grafico 1 - *Analisi dell'impatto economico dei 17 DRG chirurgici a rischio di inappropriatazza (sui 43 DRG) - Anno 2002*



Descrizione dei Risultati

La percentuale di casi trattati in *day surgery* per i 17 DRG chirurgici ad elevato rischio di inappropriatazza è estremamente variabile tra le regioni.

Si passa dal 12% della regione Molise al 69% della regione Emilia Romagna.

L'impatto economico in termini di minori costi è molto variabile anche perché bisogna considerare le diverse dimensioni della regione di riferimento.

Si è voluto comunque proporre una valutazione in termini assoluti dell'impatto economico per apprezzare la sua rilevanza in termini complessivi.

L'indicatore «impatto economico – minori costi», certamente grezzo, stima un valore di oltre un miliardo di euro ottenibile da un completamento del trasferimento in *day surgery* di tale casistica (1.003.816.000 €).

Considerando che la regione più virtuosa in Italia, per ognuno dei 17 DRG, possa rappresentare un *benchmark* e quindi il valore di percentuale di casi trattati in *day surgery* da essa raggiunto possa rappresentare un indice di trasferimento effettivamente raggiungibile e quindi fisiologico per il nostro sistema, l'impatto economico potenziale è comunque ragguardevole ed è stimato in 588 milioni di €.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sembrebbe opportuno che le regioni si confrontassero non solo su temi quali il finanziamento e l'allocazione delle risorse, ma anche in tema di politiche sanitarie e di modalità di organizzazione dell'assistenza per permettere un trasferimento più efficace delle *best practices*.

Il lodevole sforzo compiuto dalla Conferenza Stato-Regioni e dal Ministero della Salute, in questo ambito, potrebbe essere certamente favorito dalla costituzione di tavoli tecnici permanenti su temi specifici di carattere organizzativo e gestionale per promuovere tale condivisione.

Soglia di ammissibilità di alcuni dei DRG a rischio di inapproprietezza

Significato. Per soglia di ammissibilità si intende la quota di casi che, nell'ambito dei 17 DRG chirurgici selezionati tra i 43 considerati ad alto rischio di inapproprietezza utilizzati anche nell'indicatore precedente, possono essere trattati in ricovero ordinario a giudizio delle singole amministrazioni regionali.

Lo scopo di tale indicatore è quello di evidenziare la differenza tra le soglie di ammissibilità individuate da ogni regione (tramite delibere).

Validità e limiti. L'indicatore rappresenta le diverse politiche adottate a livello regionale ed è da considerare variabile nel tempo in relazione alle diverse scelte operate dalle regioni.

Tali scelte sono correlate alle politiche di trasformazione della rete ospedaliera e quindi alla progressiva attivazione di strutture di offerta in grado di assicurare sul territorio la possibilità di trattare la casistica in regime diurno con un sufficiente grado di sicurezza e di professionalità.

Benchmark. Non è possibile definire un benchmark.

Descrizione dei Risultati

Le politiche adottate dalle diverse regioni in tema di definizione della soglia di ammissibilità mostrano una estrema variabilità.

Per il DRG 06 la soglia di ammissibilità in regime ordinario è fissata dalla regione Calabria allo 0,66% del totale della casistica trattata. Il valore scelto dal Piemonte, invece, è pari al 50%.

Ciò che comunque colpisce in termini generali è l'assoluta mancanza di uniformità dei valori della soglia di ammissibilità tra questi DRG; inoltre è inesistente qualsiasi correlazione tra la percentuale di casi trattati in *day hospital* effettivamente registrata e i valori soglia definiti dalle politiche regionali.

Interessanti appaiono anche i confronti tra i valori di trasferimento della casistica da ricovero ordinario a diurno, anche se si tratta di dati che si riferiscono al momento contingente, diversamente dalle soglie che sono definite con l'idea di raggiungerle nel medio-lungo periodo.

Per il DRG 39 a fronte di una media nazionale del 57,51% esistono situazioni sostanzialmente diverse tra regioni che hanno pressoché trasferito tutta la casistica in ricovero diurno (es. Emilia Romagna, 95%) e regioni che hanno appena iniziato a governare tale processo con risultati iniziali (es. Sardegna, 10,01%).

Raccomandazioni di Osservasalute

La differenza nella definizione delle soglie di ammissibilità, e in particolar modo nel metodo di calcolo, è in parte spiegabile dalle differenze negli assetti del sistema d'offerta e in parte dalle scelte di razionalizzazione della rete ospedaliera.

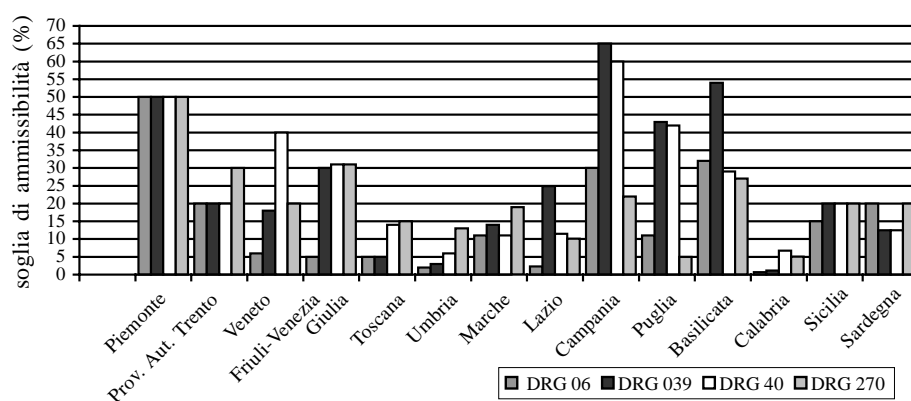
È comunque plausibile che tale variabilità abbia un limite fisiologico legato ad aspetti di natura tecnico-assistenziale comuni a tutte le regioni italiane anche in considerazione di una relativa omogeneità nel quadro epidemiologico complessivo.

A questo proposito si registra ancora una volta l'esigenza di una maggiore condivisione e coordinamento tra le regioni.

Tabella 1 - Soglia regionale di ammissibilità in ricovero ordinario dei DRGs² più frequenti tra i 17 DRGs chirurgici (dei 43 DRGs a rischio di inappropriately) - Percentuale dei ricoveri in regime ordinario sul totale dei ricoveri - Anno 2002

Regione	DRG 06 Soglia %	DRG 039 Soglia %	DRG 40 Soglia %	DRG 270 Soglia %
Piemonte	50,00	50,00	50,00	50,00
Valle d'Aosta*				
Lombardia*			10,00	10,00
Prov. Aut. Bolzano*				
Prov. Aut. Trento	20,00	20,00	20,00	30,00
Veneto	6,00	18,00	40,00	20,00
Friuli-Venezia Giulia	5,00	30,00	31,00	31,00
Liguria*				
Emilia-Romagna*				
Toscana	5,00	5,00	14,00	15,00
Umbria	2,00	3,00	6,00	13,00
Marche	11,00	14,00	11,00	19,00
Lazio	2,30	24,90	11,50	10,10
Abruzzo*				
Molise*				
Campania	30,00	65,00	60,00	22,00
Puglia	11,00	43,00	42,00	5,00
Basilicata	32,00	54,00	29,00	27,00
Calabria	0,66	1,15	6,75	5,07
Sicilia	15,00	20,00	20,00	20,00
Sardegna	20,00	12,50	12,50	20,00
Italia	12,66	24,04	23,58	17,81

* Valori non disponibili, non calcolabili o non paragonabili.



Fonte dei dati e anno di riferimento: Relazione sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al punto 15 dell'accordo 8 agosto 2001, Allegato 3-tab.C, Roma 15 aprile 2003 - Soglie di ammissibilità in ricovero ordinario per le prestazioni elencate nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001.

² Descrizione DRGs: 06 Decompressione tunnel carpale; 039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia; 40 Interventi extraoculari eccetto orbita età>17; 270 Altri interventi pelle, sottocute, mammella senza cc.

Modelli di solidarietà sociale in base ai meccanismi regionali di allocazione delle risorse

Significato. L'indicatore mostra le diverse modalità di ponderazione della quota capitaria adottate dalle regioni per l'allocazione delle risorse alle ASL e valuta le implicazioni che queste scelte hanno sui modelli di solidarietà sociale e sui principi di equità che si vengono effettivamente a realizzare. L'attenzione è posta sugli effetti redistributivi generati dall'applicazione di una determinata formula piuttosto che di un'altra. Obiettivo della comparazione è la valutazione delle implicazioni che le scelte allocative hanno relativamente ai modelli di solidarietà sociale e ai principi di equità che si vengono effettivamente a realizzare.

La scelta di un determinato *mix* di criteri di ponderazione (demografici, socio-economici, geografici, basati sullo stato di salute o sull'offerta disponibile), denotano scelte allocative con implicazioni sul modello di solidarietà che si intende realizzare. L'adozione di criteri basati sul consumo delle risorse per fasce di età e sesso, realizza un principio solidale di carattere egualitarista in quanto cerca di assegnare stesse risorse per stessi bisogni mostrati dalle popolazioni.

Tenere conto della capacità di beneficiare da parte delle persone attraverso adeguati criteri di ponderazione implicherebbe la scelta di un approccio chiaramente utilitarista. La considerazione dello stato di salute di partenza della popolazione (es. attraverso l'introduzione di indicatori di salute come il tasso standardizzato di mortalità) sembrerebbe coerente con la soluzione equitativa proposta da Rawls³.

Validità e limiti. L'indicatore permette di sintetizzare alcune dimensioni rilevanti dei modelli di allocazione delle risorse adottati dalle regioni italiane, in particolare:

- l'adozione della ponderazione della quota capitaria;
- l'adesione ai criteri nazionali previsti dalla legge n. 662/96 e di criteri di ponderazione della quota capitaria;
- l'utilizzo di specifici criteri di ponderazione della quota capitaria.

Non è apprezzabile, invece, la proporzione dei fondi che le regioni allocano alle ASL attraverso il meccanismo capitario e, quindi, la completa articolazione delle modalità allocative. È possibile apprezzare, invece, la diversità delle politiche allocative tra le diverse regioni e la variabilità rispetto allo standard nazionale espresso dalla citata legge.

³ Teoria di J. Rawls: assumendo come ipotesi che le utilità di individui diversi possano essere confrontate, il filosofo americano J. Rawls sostiene che tutti i valori sociali (libertà, opportunità di lavoro e di carriera, reddito e ricchezza) devono essere distribuiti in misura eguale tra tutti gli individui a meno che una distribuzione diseguale di questi valori non avvantaggi coloro che stanno peggio.

Il benessere sociale dipende solo dall'utilità dell'individuo più povero, quindi ci sono dei pesi diversi alle utilità dei singoli.

Ad esempio, misure di politica economica che aumentino di poco il benessere del gruppo più povero della società e di molto il benessere del gruppo più ricco accrescerebbero la disuguaglianza, però farebbero aumentare il benessere sociale, poiché in ogni caso migliorerebbero la situazione dei più poveri.

Benchmark. Modello allocativo previsto dalla legge n. 662/96:

Livello	Sotto livello	Criterio adottato
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro		Quota capitaria per popolazione assistita ponderata con radice cubica del tasso standardizzato di mortalità
Assistenza distrettuale		
	Medicina generale e pediatria, guardia medica e altra assistenza	Quota capitaria per popolazione assistita e quota capitaria per popolazione ponderata con l'indice di densità abitativa
	Assistenza farmaceutica territoriale	Quota capitaria per popolazione ponderata in base ai consumi di farmaci per classi di età e sesso
	Assistenza specialistica ambulatoriale	Quota capitaria per popolazione ponderata in base ai consumi di prestazioni per classi di età e sesso
	Assistenza socio-sanitaria integrata	Quota capitaria per popolazione ponderata in base ai consumi di prestazioni per classi di età e sesso
Assistenza ospedaliera		Quota capitaria per popolazione ponderata in base ai consumi di ricoveri per classi di età e sesso corretti con la radice cubica del tasso standardizzato di mortalità

Descrizione dei Risultati

I risultati mostrano che il processo di devoluzione è iniziato anche per i modelli di solidarietà sociale.

Le regioni sembrano distribuirsi in tre gruppi relativamente omogenei in relazione ai criteri di pesatura della quota capitaria adottati per la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale (FSR) (vedi tavola 1).

Alcune regioni, infatti, non sembrano ancora aver elaborato un proprio modello allocativo e continuano ad affidarsi al modello nazionale che si caratterizza per la presenza di criteri di ponderazione basati sulla distribuzione per età della popolazione, sui consumi sanitari per classe di età e su un indicatore di mortalità (la radice cubica del tasso standardizzato di mortalità).

Questo modello ha una duplice caratterizzazione in termini di «solidarietà»: tende ad assegnare stesse risorse per medesimi bisogni espressi (seppur nel passato), realizzando un principio egualitaristico di tipo «verticale»; cerca di ricomporre le differenze in termini di stato di salute premiando finanziariamente le ASL dove l'indicatore di salute prescelto risulta più basso. Il principio egualitarista risulta integrato da quello «di differenza» elaborato da Rawls e ampiamente dibattuto in letteratura.

Un secondo gruppo di regioni, 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.

Un terzo gruppo composto da Abruzzo, Campania, Toscana, 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 e, consapevolmente o inconsapevolmente, tendono a modificare il modello di solidarietà sociale «nazionale».

In particolare la Campania, ad esempio, per alcuni livelli non considera rilevante lo stato di salute iniziale della popolazione. Si affida, invece, alle differenze nei livelli reddituali per redistribuire diritti e servizi verso cittadini economicamente più bisognosi ma non necessariamente più «capaci di beneficiare».

L'Abruzzo, invece, utilizza ampiamente una ripartizione in relazione alla disponibilità dell'offerta e alla distribuzione della popolazione nei diversi territori. Per quanto attiene al primo indicatore una tale redistribuzione non permette di tener conto, in alcun modo, delle reali differenze in termini di salute e, ove esistano squilibri, anche nella struttura dell'offerta dei servizi, tende a perpetuare le differenze.

Tutte le regioni, in genere, in maniera più o meno esplicita, individuano nell'equità distributiva l'obiettivo dell'adozione di un determinato modello di riparto, evidentemente in relazione all'idea di «giustizia distributiva» che si sono fatti. L'Emilia Romagna esplicita quest'esigenza: «Obiettivo del modello è l'equità distributiva; il suo metodo è la trasparenza dei criteri empirici utilizzati per determinare la quota capitaria ponderata di finanziamento per ciascuna ASL».

La Toscana e il Piemonte, inserendo tra i criteri di ripartizione anche una componente legata ai livelli di efficienza e appropriatezza raggiunti dalle diverse ASL, individua di fatto un ulteriore obiettivo delle loro formule di riparto che hanno carattere «premiante» e «motivazionale» per le direzioni delle ASL.

Tavola 1 - *Distribuzione in gruppi delle regioni in relazione ai criteri di pesatura della quota capitaria adottati per la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale*

<i>Regioni che adottano i criteri nazionali (ex l. n. 662/96)</i>	<i>Regioni che hanno rielaborato i criteri nazionali</i>	<i>Regioni che hanno elaborato modalità alternative</i>
Piemonte	Lombardia	Toscana
Lazio	Prov. Aut. Bolzano	Abruzzo
Molise	Veneto	Campania
Calabria	Friuli-Venezia Giulia	
Sicilia	Liguria	
Sardegna	Emilia-Romagna	
	Umbria	
	Marche	
	Puglia	
	Basilicata	

Tavola 2 - Tavola Sinottica generale delle modalità di ponderazione della quota capitaria e strutturazione della quota - Anno 2003

Regione	Pond.ne quota capitaria	Rinvio al criterio naz.le*	Strutt.ne della quota	Criteri di ponderazione					Stato di salute o caratteristiche domanda
				Demografico	Geografico	Depriv.ne sociale	Caratt.che offerta		
Piemonte	SI	SI	Pesata per livelli ass.li e sottolivelli	Popolazione residente (prevenzione); classi di età (attività distrettuali territoriali ed attività sanitarie ospedaliere)	NO	NO	NO	NO	n.d.
Valle d'Aosta	SI	n.d.	Unica e fondi a desti.ne vincolata	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	SI	SI	Pesata per livelli ass.li e sottolivelli	SI (naz.le)	NO	NO	NO	NO	SI (naz.le)
Prov. Bolzano	SI	n.d.	"	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Prov. Trento	SI	n.d.	"	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	SI	SI	"	SI (naz.le)	Differenziata per montagna, isole, laguna	NO	NO	NO	SI (naz.le)
Friuli Venezia Giulia	SI	NO	"	Classi di età	NO	NO	Domanda assistenza (consumi) nei tre liv.	Tasso standardizzato di mortalità per la popolazione 0-75	
Liguria	SI	SI	"	SI (naz.le)	NO	NO	NO	Tasso di mortalità infantile e perinatale (ass.san.Collectiva)	

(segue)

Regione	Pond.ne quota capitaria	Rinvio al criterio naz.le*	Criteri di ponderazione				Stato di salute o caratteristiche domanda		
			Strutt.ne della quota	Demografico	Geografico	Depriv.ne sociale		Caratt.che offerta	
Emilia Romagna	SI	NO	"	Classi di età e sesso con diverse modalità per ogni sub-livello	NO	Incidenza tossicodip.nze	NO	Tasso standardizzato di mortalità per la popolazione 0-75 (rad. cubica)	
Toscana	SI	NO	Pesata per livelli ass.li e sottolivelli (per il 90%)	Densità abitativa centri (3% quota)	Pianura, collina, montagna, isole (7% quota)	NO	NO	Quota pesata in relazione all'efficienza e appropriatezza aziendale	
Umbria	SI	SI	Pesata per livelli e sottolivelli + quote finalizzate obiettivi PSN e PSR	SI (naz.le)	NO	NO	NO	SI (naz.le)	
Marche	SI	SI	Pesata per livelli ass.li e sottolivelli	Classi di età (ass.za ospedaliera) Dispersione territ. (ADI)	NO	NO	NO	Indice complessità strutturale (Ass. Osp.); UO convenzionate con università	
Lazio	SI	SI	Pesata per livelli assistenziali	SI (naz.le)	NO	NO	NO	SI (naz.le)	
Abruzzo	SI	NO	Unica	Classi di età	Ampiezza e montuosità	NO	NO	NO	Posti letto disponibili, risultanze controlli, università

(segue)

Regione	Pond.ne quota capitaria	Rinvio al criterio naz.le*	Criteri di ponderazione				Stato di salute o caratteristiche domanda	
			Strutt.ne della quota	Demografico	Geografico	Depriv.ne sociale		Caratt.che offerta
Molise	SI	SI	Pesata per livelli assistenziali	SI (naz.le)	NO	NO	NO	SI (naz.le)
Campania	SI	NO	Mista per livelli assistenziali e sottolivelli	Classi età per ass. distrettuale, specialistica + 0,6% (densità popolazione)	1,4% (pianura, collina, montagna, isola)	Ripartizione in relazione al reddito preoccupate per farmaceutica e salute mentale	Presenza di università e Irccs	NO
Puglia	SI	NO	Mista per livelli assistenziali e sottolivelli	Classi di età per la sola assistenza farmaceutica; Densità e per Med. Gen.	quote altimetriche per la medicina generale		NO	NO
Basilicata	SI	SI	Mista per livelli assistenziali e sottolivelli	Consumi per classi di età per ass.za farmaceutica, specialistica e osp. densità per Med. Gen.			NO	NO
Calabria	SI	SI	Pesata per livelli ass.li e sottolivelli	SI (naz.le)	NO	NO	NO	SI (naz.le)
Sicilia	SI	SI	Pesata per livelli ass.li	SI (naz.le)	NO	NO	NO	SI (naz.le)
Sardegna	SI	NO	Pesata per livelli ass.li	Classi di età	NO	NO	NO	NO

* I pesi sono stabiliti sulla base: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali (l. n. 662/1996 - Finanziaria 1997). n.d.= non disponibile

Fonte dei dati e anno di riferimento: Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - Laboratorio di Economia Sanitaria, 2004.

Raccomandazioni di Osservasalute

I processi di allocazione delle risorse sono valutabili in relazione alla loro capacità di generare efficienza nell'ambito del sistema sanitario e per le implicazioni che generano sull'equità del sistema stesso.

La scelta del regolatore, in questo caso, è una scelta nell'ambito di un *trade-off* tra efficienza ed equità raggiungibili mediante un modello di allocazione.

Ogni regione è quindi in primo luogo chiamata a governare tale *trade-off* e a trovare una propria collocazione nel rapporto tra efficienza allocativa ed equità; sul fronte dell'equità allocativa è chiamata non solo a scegliere il livello di equità che vuole raggiungere ma, soprattutto, il modello che intende implementare.

La devoluzione porta con sé un potenziale di estrema differenziazione tra le scelte regionali su questo punto; ma se la differenziazione sul fronte dell'organizzazione del sistema sanitario può rappresentare un'efficace risposta a diverse condizioni demografiche, epidemiologiche, geografiche e di struttura d'offerta, non è altrettanto chiaro il vantaggio derivante da una differenziazione dei modelli di solidarietà sociale attuati nelle diverse regioni.

Il rischio che si ravvede nel processo di devoluzione applicato alle questioni equitative è che l'affermarsi di diversi modelli di solidarietà sociale finisca per generare un impatto nel sistema di valori delle diverse popolazioni italiane inducendo una separazione lì dove, invece, ci sarebbe bisogno di condivisione e unità.

Le politiche regionali sulla salute degli immigrati

Significato. I profondi cambiamenti, avvenuti nell'ambito delle normative nazionali sull'immigrazione, hanno imposto un processo di revisione delle norme regionali che ha iniziato a produrre, solo lentamente, mutamenti significativi nelle politiche di accesso e fruibilità dei servizi sanitari dei cittadini immigrati a livello locale. In particolare il Decreto Legislativo n. 286 del 1998, in ambito sanitario ha cercato di superare un'ottica di emergenza garantendo la certezza del diritto e di inclusione ordinaria nel sistema di tutela sanitaria per avere politiche organiche e programmatiche.

Nel gennaio 2001 è stato elaborato dal Consiglio Nazionale Economia e Lavoro (CNEL), all'interno del gruppo salute dell'Organismo nazionale per le politiche d'integrazione degli immigrati e delle loro famiglie, un documento dal titolo «riorientamento dei servizi sanitari». In esso vengono analizzati gli ambiti di criticità per l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini immigrati e vengono indicate le seguenti priorità di politica aziendale: formazione del personale; lettura della domanda; lettura dei bisogni; organizzazione dei servizi; flessibilità dell'offerta; lavoro multidisciplinare e lavoro di rete. Alcune di queste priorità sono state individuate come indicatori per l'analisi delle politiche sanitarie locali per gli immigrati.

Si è analizzata la normativa regionale per la promozione della salute degli immigrati al fine di comprendere il percorso normativo sviluppato da ogni regione per adeguarsi ai cambiamenti nazionali e per rendere fruibili tali percorsi.

Validità e limiti. Le politiche sull'immigrazione e sui livelli assistenziali, pur essendo decise a livello nazionale, hanno una specifica implementazione locale: in particolare le politiche per l'integrazione e sull'accessibilità/fruibilità dei servizi sanitari, e più complessivamente sulla tutela della salute, passano attraverso scelte regionali. Analizzare gli atti che le rendono operative può tracciare un quadro dell'attenzione locale a tali problematiche; tuttavia, l'esperienza ci indica come anche in presenza di politiche «sensibili» possano esserci realtà completamente lontane dai livelli di attenzione programmate in ambito regionale, come è possibile, raramente, il contrario.

Benchmark. Normativa nazionale. La legge nazionale (Testo Unico sull'immigrazione - D.lg. n. 286/98) si sofferma su tre tipologie d'assistenza per i cittadini stranieri:

- stranieri regolarmente soggiornanti (assistenza per gli stranieri iscritti al SSN art. 34 T.U.);
- stranieri irregolari (assistenza per gli stranieri non iscritti al SSN art. 35 T.U.);
- stranieri che entrano in Italia per cure mediche (ingresso e soggiorno per cure mediche art. 36 T.U.).

Descrizione dei Risultati

Riportiamo una tabella riassuntiva ed una comparativa interregionale per permettere una rapida lettura dei risultati ottenuti.

La tabella riassuntiva (tab.1) fornisce una visione d'insieme sul quadro normativo e più strettamente operativo delle regioni italiane sulla tutela della salute degli stranieri. Dalla sua analisi è possibile evincere che diverse regioni, pur non avendo emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione, hanno cominciato a recepire le nuove direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, seppure con tempi e modalità diverse, concretizzatesi in Delibere e Circolari Regionali, ambiti specifici nei Piani Sanitari Regionali e nei Piani per la Politica Immigratoria.

Alla luce del passaggio avvenuto a livello nazionale da un'ottica d'emergenza alla promozione di interventi organici e programmatici lo studio dei Piani Sanitari Regionali, che si caratterizzano per la loro valenza programmatica, si è rivelato particolarmente interessante.

Tabella 1 - *Tabella riassuntiva delle normative regionali, con specifica attenzione alle indicazioni di programmazione e progettualità specifica sulla salute degli stranieri - Anni 1988/1999/2003*

Regione	L. regionale dal 1988		Piano sanitario regionale		Altri atti specifici 1999/2003		
	Riferimento	Politica sanitaria attiva	Anni di validità	Programmazione specifica	Informativa	Progettualità	Atti per cure mediche in Italia
Piemonte	n. 64/89	x	1997-1999	x	x	x	-
Valle d'Aosta	n. 51/95	-	2002-2004	x	x	x	-
Lombardia	n. 38/88	x	2002-2004	x	x	x	-
Prov. Aut. Bolzano	-	-	2000-2002	-	x	x	x
Prov. Aut. Trento	L.P. n. 13/90	x	2000-2002	x	x	-	x
Veneto	n. 9/90	x	2003-2005	x	x	x	x
Friuli-Venezia Giulia	n. 46/90	x	2000-2002	x	x	x	x
Liguria	n. 7/90	x	2003-2005	x	x	x	-
Emilia-Romagna	n. 5/04	x	1999/2001	x	x	x	x
Toscana	n. 22/90	x	2002-2004	x	x	x	x
Umbria	n. 18/90	x	2003-2005	x	x	x	x
Marche	n. 2/98	x	2003-2006	x	x	x	x
Lazio	n. 17/90	x	2002-2004	x	x	x	x
Abruzzo	n. 10/90	o	1999-2001	o	-	-	-
Molise	-	-	1997-1999	-	-	-	-
Campania	n. 33/94	x	2002-2004	x	x	x	-
Puglia	n. 26/00	-	2002-2004	x	x	-	-
Basilicata	n. 21/96	x	1997-1999	-	-	-	x
Calabria	n. 17/90	o	2004-2006	o	-	-	-
Sicilia	n. 55/80	-	2000-2002	o	x	-	x
Sardegna	n. 46/90	x	-	-	-	-	-

O = cenni; X = tema affrontato; - = tema non affrontato.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Caritas Roma, Osservatorio politiche regionali immigrazione e salute, 2003.

La tabella comparativa interregionale (tab. 2) consente di soffermare l'attenzione sugli indicatori più strettamente concernenti la politica sanitaria a favore degli immigrati.

Si è valutata la previsione di iniziative e percorsi specifici su:

Formazione del personale: scenari socio-sanitari, immigrazione in Italia e locale, relazione transculturale, profilo sanitario, aree critiche per la salute e normative specifiche;

Monitoraggio della domanda di salute: monitorare la domanda, in base all'offerta, di servizi e di prestazioni sanitarie utilizzando i flussi ordinari, rendendo possibile riconoscere il cittadino straniero, ed anche eventuali ricerche ad hoc;

Organizzazione dei servizi: riorganizzare i servizi sanitari ponendo attenzione verso l'utenza straniera (mediazione, modulistica multilingue, ...), attraverso un adeguato orientamento sanitario e dove necessario promuovere un'offerta attiva per quei gruppi di popolazione che non utilizzano adeguatamente le strutture sanitarie;

Lavoro di rete: ogni volta che si opera con un'utenza che esce dagli *standard* e dai canoni abituali si sente ancora di più l'esigenza di un lavoro di rete che vede impegnati diversi attori: attori intra ed extra aziendali, istituzionali, volontariato, associazionismo d'italiani e d'immigrati, privato sociale;

Stranieri temporaneamente presenti (STP): rilascio dei tesserini STP e attivazioni di ambulatori per la medicina di I livello.

Tabella 2 - Tabella comparativa sulle politiche interregionali di salvaguardia della salute degli stranieri

Regione	Formazione del personale	Monitoraggio della domanda di salute	Organizzazione dei servizi sanitari	Lavoro di rete (Collaborazioni con il privato sociale)	Interventi per STP (Stranieri temporaneamente presenti)
Piemonte	x	x	x	x	x
Valle d'Aosta	x	x	x	x	x
Lombardia	x	x	x	x	x
Prov. Aut. Bolzano	-	-	x	x	x
Prov. Aut. Trento	x	-	x	x	x
Veneto	x	x	x	x	x
Friuli-Venezia Giulia	x	x	x	x	x
Liguria	x	x	x	x	x
Emilia-Romagna	x	x	x	x	x
Toscana	x	x	x	x	x
Umbria	x	x	x	x	x
Marche	x	x	x	x	x
Lazio	x	x	x	x	x
Abruzzo	-	-	-	x	x
Molise	-	-	-	-	-
Campania	x	x	x	x	x
Puglia	-	x	x	x	x
Basilicata	x	-	-	-	-
Calabria	-	-	-	-	-
Sicilia	x	x	x	x	x
Sardegna	-	-	-	-	x

Fonte dei dati e anno di riferimento: Caritas Roma, Osservatorio politiche regionali immigrazione e salute, 2003.

Al momento non è ancora possibile valutare l'impatto delle scelte regionali sulla condizione di salute degli immigrati; l'esperienza personale ci indica come da una parte realtà locali con più alta pressione immigratoria si siano attivate in genere tempestivamente ma come i percorsi maggiormente innovativi e particolarmente attenti nascano da realtà meno pressate da urgenze ed emergenze. Desti a qualche preoccupazione il ritardo di alcune regioni rispetto ad altre nell'implementare localmente scelte ed indicazioni nazionali nel garantire dei livelli assistenziali soprattutto nei confronti degli immigrati irregolari e clandestini.

In particolare abbiamo analizzato il seguente materiale: leggi regionali sull'immigrazione ed eventuali modifiche ed integrazioni; Delibere Regionali di Giunta e di Consiglio; Circolari e Note regionali; Progetti regionali specifici; Piani sanitari regionali prodotti dalle regioni italiane dal 1988 all'inizio del 2004.

Riportiamo, infine, le risorse destinate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) per le cure essenziali agli immigrati irregolari e clandestini, risorse aggiuntive rispetto al fondo sanitario regionale.

Tabella 3 - *Risorse destinate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) per le cure essenziali agli immigrati irregolari e clandestini - Risorse aggiuntive rispetto al FSR*

Regione	Delibera 30.1.1997 Anno 1996	Delibera 5.8.1998 Anno 1997	Delibera 21.4.1999 Anno 1998	Delibera 15.2.2000 Anno 1999	Delibera 21.12.2001 Anno 2000	Delibera 25.7.2003 Anno 2001	Delibera 25.7.2003 Anno 2002
Piemonte	2.313	2.382	2.469	2.450	3.253	3.342	3.342
Lombardia	6.634	6.896	7.121	8.176	7.229	7.759	7.759
Veneto	2.153	2.276	2.319	2.303	1.998	2.448	2.448
Friuli-Venezia Giulia	232	0	0	0	0	0	0
Liguria	680	665	671	735	1.144	1.091	1.091
Emilia-Romagna	1.753	1.732	1.968	1.855	3.247	2.625	2.625
Toscana	2.028	2.488	1.965	2.139	3.274	2.802	2.802
Umbria	351	380	449	545	724	714	714
Marche	377	399	449	463	499	460	460
Lazio	6.817	6.370	6.285	6.282	5.392	5.655	5.655
Abruzzo	399	428	487	498	449	266	266
Molise	32	33	48	49	48	33	33
Campania	3.779	3.402	2.896	2.364	1.625	2.015	2.015
Puglia	1.063	1.191	1.299	1.162	760	778	778
Basilicata	102	103	124	120	116	63	63
Calabria	674	830	872	531	460	337	337
Sicilia	1.368	1.195	1.323	1.079	640	436	436
Sardegna	232	218	242	237	127	161	161
Italia	30.987	30.987	30.987	30.987	*30.987	30.987	30.987

Note: * Dati alterato dagli arrotondamenti effettuati; negli ultimi anni il Friuli Venezia Giulia ha provveduto autonomamente al finanziamento.

La delibera CIPE 5.12.2003, riferita all'anno 2003, riconferma gli stessi importi previsti dalla delibera 25.7.2003.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborato su dati CIPE, 1997/2003

Raccomandazioni di Osservasalute

La tutela della salute dei cittadini stranieri necessita di politiche attive nell'accoglienza, nell'inserimento sociale, nella garanzia dei diritti primari, nella partecipazione. La politica migratoria pur essendo di pertinenza nazionale, assume un ruolo cruciale a livello locale in particolare per gli aspetti legati all'integrazione ed all'inserimento degli stranieri. In ambito sanitario politiche di accesso e fruibilità nei confronti di una popolazione che mostra situazioni di svantaggio rispetto a quella autoctona, sono doverose e necessarie al fine di garantire a tutti i cittadini pari opportunità di cure e di benessere. L'istituzione di uno specifico tavolo di collegamento tra le regioni e le province autonome, consentirebbe, in questa fase di consolidamento del fenomeno ma con caratteristiche ancora estremamente dinamiche e diversificate, una condivisione di percorsi normativi atti ad implementare l'accessibilità alle strutture ed uno scambio di esperienze positive, che consentirebbero di rispondere prontamente alle esigenze che questa popolazione sollecita.