

Assetto economico-finanziario

Con l'approvazione della Legge delega sul federalismo fiscale (L. 42/09) si è aperta una nuova fase del processo di devoluzione. Dopo una prima fase di "regionalizzazione a Costituzione invariata" (1992-2001) e una seconda fase di "transizione federalista" (2001-2008), si dovrebbe finalmente aprire una terza fase di "federalismo maturo".

Al riguardo, è bene innanzi tutto ricordare che la Costituzione (art. 117) inserisce la "tutela della salute" tra le materie di legislazione concorrente, per le quali la potestà legislativa spetta alle regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Lo Stato mantiene, comunque, la legislazione esclusiva sulla "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", quindi, su quelli che in sanità sono noti come "Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)". Sotto il profilo economico-finanziario il problema è, dunque, quello di conciliare l'autonomia e la responsabilità regionale con l'esigenza di assicurare a tutte le Regioni le risorse finanziarie necessarie a coprire i rispettivi fabbisogni essenziali di spesa. Già la Costituzione (art. 119), del resto, prevede l'istituzione di "un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante".

La perequazione interregionale nei livelli di spesa, peraltro, è un obiettivo già in larga parte raggiunto nei trent'anni di vita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Indubbiamente, differenziali nella spesa pro capite continuano a persistere. Tali differenziali, però, non mostrano un evidente gradiente Nord-Sud: livelli di spesa pro capite superiori a 1.850 € si ritrovano, oltre che nelle regioni a statuto speciale e nelle Province Autonome, anche in Liguria, Emilia-Romagna, Lazio e Molise; livelli inferiori alla media nazionale (1.787 €) caratterizzano le altre regioni del Sud, ma anche Lombardia, Veneto, Umbria e Marche. I differenziali, inoltre, sono di difficile valutazione perché, almeno in parte, derivano non da sprechi e inefficienze (per esempio, consumo inappropriato di prestazioni, elevati costi unitari), né dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli essenziali (che sarebbe inopportuno porre a carico dell'intera collettività nazionale), bensì da differenziali nei livelli di bisogno, legittimi, ma impossibili da quantificare oggettivamente. Per evidenziare quest'ultimo aspetto il Rapporto Osservasalute propone, accanto alla spesa pro capite pura, un indicatore di spesa pro capite ponderata sulla base dei pesi impliciti nelle delibere del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) di riparto.

Quando si parla di tematiche economico-finanziarie, inoltre, non va mai dimenticato che il nostro Paese si caratterizza, nei confronti internazionali, per livelli di spesa relativamente bassi. In rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL), per esempio, la spesa sanitaria pubblica corrente italiana è aumentata significativamente tra il 2001 e il 2006, passando dal 5,95% al 6,79%. I valori restano però allineati alla media OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) e anzi inferiori a quelli di Germania, Francia, USA e, limitatamente al 2006, anche Regno Unito.

Quali sono, allora, le principali criticità del SSN, sotto il profilo economico-finanziario?

Un primo elemento critico è indubbiamente l'entità del debito pubblico. La recente crisi finanziaria comporterà naturalmente una profonda revisione dei dati. Nel frattempo, però, il nostro Paese è tra i pochi al mondo a registrare un debito pubblico superiore al PIL, mentre le percentuali per Francia e Germania sono intorno al 65-70%, per il Regno Unito al 50% e per la Spagna al 40%. Si conferma così il paradosso della politica sanitaria italiana, perennemente dominata dalle esigenze di contenimento della spesa sanitaria non tanto per l'entità della spesa stessa, quanto per la difficilissima situazione complessiva della finanza pubblica.

Una seconda criticità è l'evidente difficoltà di rispettare i tetti di spesa. Il SSN è sistematicamente in disavanzo (54 € pro capite nel 2008, 550 € al lordo dei ripiani nel periodo 2001-2008), anche se negli ultimi anni gli squilibri si sono ridotti (i disavanzi pro capite 2005, 2006 e 2007 sono stati rispettivamente pari a 98 €, 76 € e 61 €). Poche aziende raggiungono il pareggio economico. Solo recentemente alcune regioni sembrano aver trovato un equilibrio sufficientemente stabile. Visti i livelli complessivamente contenuti di spesa, non si può dire che la prassi dei *soft budget constraint* (ipotesi di forte contenimento *ex ante*, aspettative di ripiano *in itinere*, effettivi

ripiani *ex post*) abbia causato l'“esplosione” della spesa stessa. Certo, però, ne ha risentito la programmazione e, quindi, in molti casi, l'efficacia e l'efficienza della gestione.

In terzo luogo, vanno ovviamente ricordate le forti differenziazioni interregionali. Tra il 2002 e il 2008, la spesa sanitaria pro capite è aumentata mediamente del 4,48% annuo, ma la crescita è stata superiore al 5,5% in Puglia, Lazio, Basilicata e soprattutto Molise. Inferiore, invece, al 4% in Sardegna, Lombardia, Umbria, Abruzzo, Province Autonome di Trento e Bolzano e Marche. Al lordo dei provvedimenti di ripiano, tre regioni (Lazio, Campania, Sicilia) da sole spiegano il 68% del disavanzo accumulato nel periodo 2001-2008. In termini pro capite, disavanzi amplissimi caratterizzano anche il Molise. Generalmente, tra l'altro, le regioni in disavanzo sono anche quelle con i risultati di *output* e *outcome* più modesti. Tra le cause dei disavanzi, un ruolo significativo ha spesso l'incapacità di trovare un'armonica ed efficiente combinazione tra pubblico, privato *non-profit* e privato *for-profit*, per esempio dimensionando correttamente la capacità produttiva pubblica, nonché dotandosi della volontà politica e delle capacità tecniche necessarie per guidare l'operato degli erogatori privati verso gli obiettivi perseguiti dalla collettività regionale. Il SSN sta affrontando con vigore il tema della rendicontazione e del successivo contenimento dei disavanzi, imponendo ad alcune regioni pressanti piani di rientro. I piani sono stati adottati e sistematicamente monitorati. Al rispetto dei piani è stato anche subordinato il parziale ripiano dei disavanzi regionali da parte dello Stato. Resta da valutare la capacità dei piani stessi di incidere selettivamente su inefficienza e inappropriata, senza intaccare ulteriormente il livello dei servizi offerti ai cittadini.

Le differenze interregionali, infine, pongono con forza il problema della sostenibilità della perequazione. La relativa omogeneità interregionale nella spesa pro capite, infatti, ha come inevitabile rovescio una forte differenziazione nel rapporto spesa/PIL poichè i numeratori sono relativamente omogenei tra le regioni, ma i denominatori restano molto differenziati. Alcune regioni (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, ma soprattutto Lombardia) finiscono, quindi, per poter destinare al proprio Servizio Sanitario Regionale (SSR) meno del 6% del PIL regionale, mentre altre regioni (Campania e Sicilia) possono destinare alla sanità risorse finanziarie che eccedono il 10% del proprio PIL. In un contesto di federalismo maturo, ciò può diventare difficilmente sostenibile. Al riguardo, la Legge n. 42/09 propone una soluzione ragionevole: il diritto di ciascuna regione al finanziamento integrale dei LEA sul proprio territorio, a prescindere dalla propria capacità fiscale, purché senza inefficienze sul fronte del prelievo tributario (aliquote e basi imponibili uniformi) e dell'erogazione dei servizi (costi e fabbisogni standard). Oltre alle difficoltà concettuali insite nel riferimento ai “costi standard”, tuttavia, la legge presenta almeno tre forti rischi. Il primo rischio è la *paralysis by analysis*: se davvero si volesse, per ogni livello e tipologia di bisogni effettivi, determinare quantità e *mix* di prestazioni standard, da ottenersi attraverso quantità e *mix* standard di fattori produttivi, valorizzati a prezzi standard, dove “standard” non vuole peraltro necessariamente dire “uniforme in tutto il Paese” (si potrebbe per esempio voler tener conto della presenza di ineliminabili economie/diseconomie di scala nella produzione dei servizi, oppure dei differenziali nel livello dei prezzi tra diverse aree geografiche), si finirebbe inevitabilmente per prorogare *sine die* l'assetto attuale. Il secondo rischio è che si focalizzi interamente l'attenzione sui criteri di finanziamento e di perequazione *ex ante*, ignorando la necessità che le regioni sviluppino autonome capacità di governo e di gestione dei propri SSR, in modo da utilizzare al meglio le risorse disponibili, garantendo ai propri cittadini i LEA senza generare disavanzi. Malgrado i persistenti e innegabili vincoli normativi, infatti, molte variabili chiave restano sotto il controllo delle singole regioni e aziende sanitarie; il loro efficace utilizzo dipende, dunque, seppur non esclusivamente, dalle capacità gestionali e professionali interne a regioni ed aziende; il divario tra le regioni più “forti” e quelle più “deboli”, in termini di competenze, professionalità, strumenti manageriali adottati ed effettivamente utilizzati, è indubbiamente elevato e si sta probabilmente ampliando. Il terzo rischio, infine, deriva dall'implicita convinzione che la sola responsabilizzazione finanziaria sia sufficiente ad avviare processi di miglioramento e di accumulo progressivo di *know how* nelle regioni in difficoltà. La L. 42/09, infatti, sembra fare esclusivo affidamento sulla volontà politica, prefigurando sistemi di premi e soprattutto di penalizzazioni, sebbene la possibilità di comminare sanzioni trovi un limite invalicabile nella garanzia dei LEA. Accanto alla volontà politica occorrono, però, anche le capacità tecniche. Al riguardo, un elemento qualificante del federalismo è la possibilità di sperimentare “in parallelo” e “su scala locale” soluzioni diverse, ma anche di confrontarle, valutarle e, se opportuno, estenderle ad altri contesti. Il SSN dovrà, quindi, rapidamente sviluppare sistemi di *benchmarking* interregionale, nonché politiche capaci di trasferire competenze e professionalità dai contesti più avanzati al resto del Paese.

Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo e spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Per garantire la continuità con i precedenti Rapporti Osservasalute, in questa edizione vengono trattati in modo congiunto due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto sia al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e sia rispetto alla popolazione residente. 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 realtà regionali, misurata in relazione ai diversi contesti di riferimento sotto il profilo sia socio-economico che demografico.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo

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

Spesa sanitaria in rapporto al PIL

Il Prodotto Interno Lordo è il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale in un certo intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali.

Il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e il PIL indica la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione rispetto a quan-

to prodotto complessivamente nel periodo di riferimento. Quindi, l'indicatore offre una *proxy* della misura del 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 suoi cittadini ed esprime (in assenza di trasferimenti) la sua propensione a spendere per l'assistenza sanitaria in relazione alle proprie risorse in termini di reddito.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Spesa sanitaria pubblica pro capite

L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie disponibili in media 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 impegnate 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.

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori utilizzati nei confronti internazionali, mentre è raramente usato per confronti tra regioni (vedi paragrafo successivo). Certamente, soprattutto ai fini dei confronti internazionali, l'indicatore andrebbe integrato della componente privata della spesa sanitaria.

Si tratta di un indicatore grezzo che non consente di trarre indicazioni di politica sanitaria né di misurare il

grado di benessere della collettività e, a causa della presenza di meccanismi di natura perequativa, 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.

I suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa complessiva dei servizi sanitari erogati, non palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle diverse regioni, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse. In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni.

Infine, nella lettura dell'indicatore non va dimenticato che per l'attuale sistema di finanziamento del sistema sanitario una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni. Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la regione si assumerebbe se si assumesse *in toto* l'onere del finanziamento.

Il secondo indicatore, "spesa sanitaria pubblica pro capite", ha la validità di fornire una prima indicazione della quantità di risorse monetarie che il settore pubblico destina all'assistenza sanitaria dei propri residenti e di consentire una valutazione delle eventuali disparità tra le regioni.

Per contro tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni, dovuto prevalentemente alla diversa composizione della popolazione per età, sesso e 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. Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare 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 risorse, saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

L'indicatore, infine, esprime la spesa per ciascun cittadino in termini monetari e, quindi, risente del diverso livello dei prezzi nei differenti ambiti territoriali.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali e, per il dato nazionale, quelli medi dei Paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico).

Descrizione dei risultati

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL a livello nazionale denuncia una crescita dal 2001 al 2006, passando dal 5,95% al 6,79% (Tabella 1). I valori sono allineati alla media OCSE, anche se negli anni sono sempre inferiori a quelli di Paesi come Germania, Francia, Norvegia, Danimarca, USA e, solo nel 2006, Regno Unito.

A livello regionale l'indicatore, nel 2006, mostra delle significative differenze, oscillando da un minimo di 4,97% della Lombardia ad un massimo di 10,58% della Sicilia, registrando così un divario che supera i 5 punti percentuali.

Si osserva un gradiente Nord-Sud, con il Nord che denuncia una percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente media rispetto al PIL pari al 5,56%, il

Centro pari al 6,61% e il Mezzogiorno (Sud ed Isole) pari al 9,73%.

Le regioni del Nord spendono per l'assistenza sanitaria meno del 7,5% del reddito prodotto internamente, con la punta minima della Lombardia con il 4,97%. Le regioni del Sud, al contrario, destinano alla sanità più dell'8,5% con la punta massima della Sicilia pari al 10,58% circa. Le regioni del Centro si pongono in una situazione intermedia con la percentuale di spesa sul PIL che si colloca nel *range* (6,14-7,23%), rispettivamente della Toscana e dell'Umbria.

Il gradiente permane, anche se si analizzano i dati del 2005 e del 2001.

Rispetto al 2005, nel 2006, 13 regioni registrano un incremento del valore dell'indicatore, mentre 7 registrano un decremento. Le regioni del Centro presentano tutte un incremento della spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al PIL. Quelle del Nord hanno un comportamento disomogeneo con Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia e Liguria che riducono le percentuali, mentre le rimanenti realtà la aumentano. Fra queste ultime il Piemonte si presenta con la crescita più alta pari al 3% circa. Anche le regioni del Sud presentano un andamento discordante, con Sardegna, Calabria, Campania e Molise che riducono la spesa. La riduzione più significativa è del Molise che si attesta sul 10% circa.

Allargando lo spazio temporale al 2001 ed analizzando i cambiamenti intervenuti nel 2006, tutte le regioni registrano, a valori correnti, un incremento del valore dell'indicatore con delle variazioni regionali che oscillano da un minimo dell'1,61% della Calabria ad un massimo del 28,97% della Sicilia. Volendo calcolare il tasso di crescita medio del rapporto per ciascuna regione fra il 2001 e il 2006, a prescindere da quelle che siano state le effettive oscillazioni nell'arco di tempo considerato, emerge quanto indicato nella Tabella 1. Il tasso di crescita composto si presenta con valori diversi a seconda delle regioni e delinea una curva crescente che registra il suo punto di inizio ed il suo apice nelle regioni del Sud e, precisamente, nella Calabria (meno dello 0,32% all'anno) e nella Sicilia (5,22% all'anno).

Delle 18 regioni rimaste, 6 denunciano un tasso di crescita inferiore al 2% (Friuli-Venezia Giulia, Campania, Liguria, Valle d'Aosta, Sardegna e Toscana), 7 si presentano con valori che si collocano nel *range* 2-3% (Marche, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Puglia, Veneto, Molise ed Emilia-Romagna), 5 nel *range* 3-4% (Abruzzo, Basilicata, Umbria, Piemonte e Lazio).

A livello nazionale il tasso di crescita composto è del 2,67%. La crescita dei tassi potrebbe essere in parte spiegata tenendo conto che l'inflazione sanitaria è maggiore della crescita dei prezzi implicita nei PIL.

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pro capite mostra che, in media nel 2008, il Centro ha la spesa

pro capite maggiore (pari a 1.889 €) seguito dal Nord con 1.815 € e dal Sud con 1.693 €. Generalmente le regioni meridionali, con l'eccezione del Molise, mettono a disposizione un ammontare di risorse monetarie inferiore rispetto alle regioni del Nord (fatte salve la Lombardia e il Veneto) ed anche alla media nazionale. Nelle regioni del Centro si assiste ad una maggiore dispersione dei valori pro capite.

Nell'ultimo anno disponibile la spesa per cittadino oscilla da un minimo, registrato in Calabria, di 1.658 € ad un massimo di 2.263 € nella PA di Bolzano, con una differenza di 605 € e con un valore medio nazionale di 1.787 €.

Solo in 4 regioni i cittadini hanno a disposizione più di 2.000 € (PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Lazio, Molise) e in 4 regioni possono usufruire di meno di 1.700 € a persona (Campania, Sicilia, Sardegna e Calabria).

Rispetto al 2007 tutte le regioni, con la sola eccezione della Campania (-0,24%), hanno aumentato il livello di spesa, con valori che segnano una linea crescente che parte da un minimo di 0,18% della Sicilia, ad un massimo di 8,02% del Friuli-Venezia Giulia e con un incremento medio nazionale del 2,94%. Anche 5 delle regioni in "difficoltà" finanziaria (Abruzzo, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia) e, quindi, soggette ai piani di rientro, hanno aumentato la spesa pro capite.

Rispetto al 2002, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è cresciuta del 30,06%. A tale valore medio hanno concorso i singoli valori regionali che registrano valori da un minimo di 22,59% nella PA di Bolzano ad un massimo di 45,84% in Molise.

Volendo calcolare il tasso di crescita medio del rapporto per ciascuna regione fra il 2002 e il 2008, a prescindere da quelle che siano state le effettive oscillazioni nell'arco di tempo considerato, emerge quanto indicato nella Tabella 2: la PA di Bolzano denuncia il più basso tasso di crescita pari a 3,45% annuo, mentre in Molise si è verificato il più alto tasso di incre-

mento pari al 6,49% con un valore medio nazionale del 4,48%.

L'indicatore "spesa sanitaria pubblica pro capite" di cui abbiamo commentato i valori, per come è costruito, certamente non tiene conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria nelle diverse regioni dovuto alla diversa composizione per sesso, età ed altre variabili epidemiologiche. A parità di spesa pro capite le regioni che hanno una popolazione giovane sono avvantaggiate rispetto a quelle che si presentano con un elevato numero di anziani. Per tener conto del *bias* che può derivare dal rapportare la spesa alla popolazione grezza si è provato, per il biennio osservato, a ricalcolare l'indicatore, come già proposto nel Rapporto 2008, ponendo al denominatore la popolazione pesata. I pesi sono stati ricavati partendo dai valori del fabbisogno sanitario di ciascuna regione dichiarato dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) ed assumendo che, a parità di popolazione grezza, le regioni a cui è assegnato un fabbisogno monetario più consistente abbiano un profilo demografico ed epidemiologico che richiede maggiore assistenza sanitaria.

I risultati che ne derivano sono illustrati in Tabella 3. Questi evidenziano una maggiore dispersione dei valori pro capite che, nel 2008, registrano un minimo in Calabria con 1.646 € ed un massimo nella PA di Bolzano con 2.282 €, determinando un *gap* di 636 €, in altre parole il 36% dell'ammontare medio di spesa pro capite italiano. Tale dispersione del 2008 segna un peggioramento rispetto al 2007 quando il *gap* era di 602 €, pari al 35% del valore medio nazionale.

Per l'intero biennio, l'indicatore non mostra un gradiente Nord-Sud, ma evidenzia una maggiore predisposizione alla spesa nel Centro con valori medi pari a 1.883 € nel 2007 e 1.889 € nel 2008, mentre il Sud si presenta con i valori medi più bassi (1.668 € nel 2007 e 1.693 € nel 2008).

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100, variazioni percentuali e tassi medi composti annui) per regione - Anni 2001, 2005, 2006

Regioni	2001	2005	2006	Δ % 2005-2006	Δ % 2001-2006	Tassi medi composti annui % 2001-2006
Piemonte	5,24	6,10	6,26	2,72	19,49	3,63
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,31	5,73	5,81	1,49	9,47	1,83
Lombardia	4,43	4,82	4,97	2,97	12,22	2,33
Trentino-Alto Adige*	5,33	6,00	6,00	-0,03	12,62	2,41
Veneto	4,97	5,42	5,61	3,44	12,91	2,46
Friuli-Venezia Giulia	5,54	5,93	5,72	-3,46	3,24	0,64
Liguria	6,68	7,53	7,26	-3,66	8,64	1,67
Emilia-Romagna	4,81	5,47	5,55	1,41	15,28	2,88
Toscana	5,57	5,99	6,14	2,57	10,16	1,95
Umbria	6,15	7,01	7,23	3,16	17,54	3,28
Marche	6,00	6,22	6,62	6,54	10,48	2,01
Lazio	5,67	6,70	6,83	1,84	20,45	3,79
Abruzzo	7,34	8,43	8,56	1,57	16,61	3,12
Molise	8,61	10,95	9,87	-9,89	14,55	2,75
Campania	9,26	10,49	10,06	-4,10	8,62	1,67
Puglia	8,50	9,42	9,57	1,66	12,68	2,42
Basilicata	7,65	8,88	8,93	0,56	16,66	3,13
Calabria	9,19	9,50	9,34	-1,68	1,61	0,32
Sicilia	8,20	9,85	10,58	7,31	28,97	5,22
Sardegna	7,73	8,54	8,51	-0,36	10,07	1,94
Italia	5,95	6,68	6,79	1,63	14,09	2,67

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2009.

Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL per regione. Anno 2006

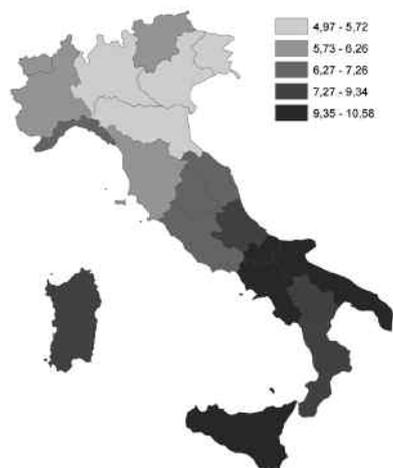
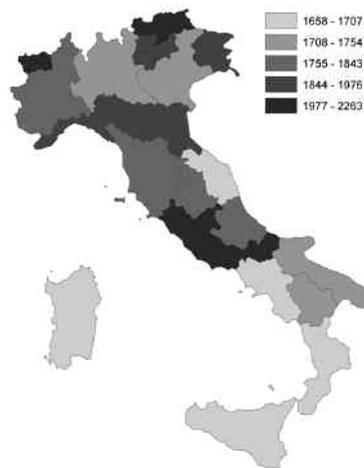


Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€, variazioni percentuali e tassi medi composti annui) per regione - Anni 2002, 2007, 2008

Regioni	2002	2007	2008	Δ % 2007-2008	Δ % 2002-2008	Tassi medi composti annui % 2002-2008
Piemonte	1.373	1.766	1.843	4,36	34,23	5,03
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.576	1.969	2.079	5,59	31,92	4,72
Lombardia	1.394	1.685	1.738	3,15	24,68	3,74
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.846</i>	<i>2.170</i>	<i>2.263</i>	<i>4,29</i>	<i>22,59</i>	<i>3,45</i>
<i>Trento</i>	<i>1.568</i>	<i>1.849</i>	<i>1.948</i>	<i>5,35</i>	<i>24,23</i>	<i>3,68</i>
Veneto	1.377	1.688	1.754	3,91	27,38	4,12
Friuli-Venezia Giulia	1.403	1.770	1.912	8,02	36,28	5,29
Liguria	1.506	1.925	1.976	2,65	31,21	4,63
Emilia-Romagna	1.461	1.795	1.868	4,07	27,86	4,18
Toscana	1.416	1.750	1.816	3,77	28,25	4,23
Umbria	1.422	1.709	1.772	3,69	24,61	3,74
Marche	1.380	1.635	1.707	4,40	23,70	3,61
Lazio	1.433	1.964	2.007	2,19	40,06	5,78
Abruzzo	1.427	1.770	1.775	0,28	24,39	3,70
Molise	1.394	1.941	2.033	4,74	45,84	6,49
Campania	1.314	1.674	1.670	-0,24	27,09	4,08
Puglia	1.243	1.657	1.724	4,04	38,70	5,60
Basilicata	1.215	1.642	1.712	4,26	40,91	5,88
Calabria	1.260	1.625	1.658	2,03	31,59	4,68
Sicilia	1.288	1.658	1.661	0,18	28,96	4,33
Sardegna	1.346	1.627	1.694	4,12	25,85	3,91
Italia	1.374	1.736	1.787	2,94	30,06	4,48

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anni 2006-2009.

Spesa sanitaria pubblica pro capite (€) per regione. Anno 2008**Tabella 3** - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€) pesata per regione - Anni 2007-2008

Regioni	2007	2008
Piemonte	1.708	1.790
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.940	2.048
Lombardia	1.708	1.763
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2.193</i>	<i>2.282</i>
<i>Trento</i>	<i>1.880</i>	<i>1.984</i>
Veneto	1.718	1.789
Friuli-Venezia Giulia	1.699	1.838
Liguria	1.714	1.753
Emilia-Romagna	1.744	1.820
Toscana	1.684	1.751
Umbria	1.648	1.715
Marche	1.595	1.671
Lazio	2.032	2.070
Abruzzo	1.769	1.778
Molise	1.888	1.973
Campania	1.730	1.718
Puglia	1.679	1.745
Basilicata	1.591	1.662
Calabria	1.607	1.646
Sicilia	1.702	1.698
Sardegna	1.633	1.699
Italia	1.736	1.787

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese - Delibera CIPE - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Rispetto al primo indicatore, cioè spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al PIL, tre i punti di attenzione. I primi due sono inerenti all'indicatore utilizzato. Nonostante i limiti intrinseci, l'indicatore assume una certa rilevanza in quanto permette di valutare l'ammontare di risorse che la regione o la nazione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento, divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria e del suo andamento. In secondo luogo si tratta di un indicatore utilizzato nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tale, la sua misurazione, consente un confronto a livello internazionale. Il terzo punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati emersi, che si presentano disomogenei. Tali differenze parrebbero ingiustificate in un sistema sanitario come quello italiano in cui le regioni, anche se in virtù del federalismo, potrebbero procedere all'allocazione della spesa fra i diversi comparti, seguendo criteri diversi dalla semplice disponibilità economica (per cui non necessariamente regioni più ricche destinano all'assistenza sanitaria risorse maggiori), devono pur sempre garantire ai cittadini le pre-

stazioni presenti nei LEA. Quote di spesa pubblica sul PIL troppo diverse possono essere dimostrazione di inefficienze gestionali o cattivi e insufficienti investimenti incapaci di garantire omogenei livelli qualitativi e quantitativi di prestazioni.

In merito al secondo indicatore, dalla lettura dei dati non sembra emergere una tendenza alla riduzione della differenza fra le varie regioni, differenze che non solo permangono, ma paiono acuirsi se si prova a tenere conto dei diversi bisogni della popolazione di riferimento e che delineano una linea di demarcazione fra Nord, Sud e Centro. Ciò sembrerebbe spingere alla conclusione che le diverse regioni destinano somme pro capite differenti per l'assistenza sanitaria dei propri cittadini e che, quindi, siano orientate a politiche sanitarie non omogenee oltre che alla considerazione che le regioni si presentano con un diverso grado di efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari.

In prospettiva di un ampliamento delle autonomie regionali in materia sanitaria e fiscale, la via di un accordo a livello nazionale e interregionale sulle politiche e scelte strategiche dei sistemi regionali, potrebbe rappresentare un impegno da assumere al fine di evitare che nel futuro le differenze fra le diverse regioni si amplino.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore misura l'entità dei disavanzi, in termini pro capite, dei Servizi Sanitari Regionali (SSR). Intende, quindi, riflettere la sostenibilità economico-finanziaria dei SSR stessi. La presenza generalizzata di disavanzi ampi e/o crescenti nel tempo segnala una strutturale differenza nel livello e/o nella dinamica di ricavi e costi, quindi, problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, circoscritti, però, ad alcune regioni, sono invece probabile sintomo di difficoltà gestionali.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi - Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria dei SSR. Valori elevati e/o tassi di incremento superiori alla media segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenere i costi e/o di richiedere alla regione uno "sforzo fiscale" aggiuntivo per incrementare i ricavi.

I limiti dell'indicatore si possono classificare in due gruppi. Un primo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le aziende sanitarie hanno sistemi contabili pienamente adeguati. Per la sua natura "politicamente sensibile", inoltre, il dato si rivela talvolta lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio. Le eventuali risorse aggiuntive stanziolate dalle regioni a carico dei propri bilanci per garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema regionale non sono chiaramente esplicitate. Più in generale, le regole e le prassi di redazione dei conti economici consolidati dei SSR presentano alcune rilevanti criticità (1). A testimonianza di questi limiti si possono citare due fenomeni: da un lato il continuo aggiornamento dei dati contenuti nella RGSEP, anche con riferimento agli esercizi pregressi; dall'altro i frequenti, ma finora inefficaci (con scarse eccezioni) tentativi di imporre la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie. Per depurare l'analisi da situazioni contingenti e limitare l'impatto delle politiche di bilancio, potrebbe essere opportuno fare riferimento a dati medi pluriennali. Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzi tutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali, in quanto i ricavi derivano principalmente dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali delle popolazioni

Accogliendo l'impostazione proposta dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP), le voci di ricavo e costo sono comprensive della mobilità interregionale, ma escludono costi capitalizzati (incrementi di immobilizzazioni per lavori interni e quote di contributi in conto capitale), rivalutazioni di attività finanziarie, ammortamenti, svalutazioni di crediti e di attività finanziarie. Restano, inoltre, esclusi i parziali ripiani operati dallo Stato a partire dalla Legge finanziaria 2005.

regionali. Ciò vale a maggior ragione per le regioni a statuto speciale e le Province Autonome, che beneficiano di fonti di finanziamento specifiche, a dinamica differenziata e senza componenti perequative. L'omissione degli ammortamenti, peraltro, comporta una sistematica sottostima dei disavanzi. Per la sua natura aggregata, infine, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso.

Valore di riferimento/Benchmark. Come benchmark si può utilizzare il pareggio di bilancio, ormai conseguito in numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Anche per il 2008, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si presenta complessivamente in disavanzo. Il dato è, comunque, inferiore agli anni precedenti: 3,2 miliardi di € pari a 54 € pro capite.

Rispetto al 2007 si confermano in equilibrio le medesime nove regioni: Piemonte, Veneto ed Emilia-Romagna (che però, insieme alla Calabria, hanno operato "interventi di copertura a carico dei rispettivi bilanci regionali, anche con risorse rivenienti dalle entrate fiscali" - RGSEP, vol. II, p. 345); PA di Bolzano e Friuli-Venezia Giulia (cui lo statuto speciale garantisce, però, un particolare sistema di finanziamento); Lombardia, Toscana, Umbria e Marche.

Tra le regioni assoggettate a piano di rientro, miglioramenti si riscontrano a livello pro capite in Liguria (20 €), Abruzzo e Sicilia (per entrambe 48 €) e, soprattutto, in Campania (63 €). Si aggrava, invece, ulteriormente la situazione del Lazio (5 €) e del Molise (20 €), che si confermano le regioni più deficitarie sia per il 2008 (rispettivamente 297 € e 228 €), sia nel dato cumulato 2001-2008 (rispettivamente

2.036 € e 1.586 €). Tra le altre regioni, infine, è in evidente deterioramento la situazione della Puglia (25 €). Per un'analisi più significativa è, comunque, opportuno incrociare i disavanzi pro capite con i dati di spesa. In alcune regioni, infatti, il posizionamento è analogo: nel Lazio e in Molise, per esempio, sia il disavanzo che la spesa pro capite sono superiori alla media nazionale; nelle Marche entrambi i valori sono, invece, inferiori alla media nazionale. Tra le regioni in equilibrio economico, tuttavia, ben cinque hanno

spese pro capite superiori alla media nazionale: Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e PA di Bolzano. Il disallineamento è, ovviamente, dovuto alla differenziazione del finanziamento pro capite di cui dispongono i diversi SSR: i criteri di ponderazione che determinano tale differenziazione saranno probabile oggetto di intensa revisione in sede di attuazione della Legge delega sul federalismo fiscale.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) e cumulato, per regione - Anni 2001, 2007, 2008

Regioni	2001	2007	2008	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato 2001-2008
Piemonte	49	-7	-1	232
Valle d'Aosta -Vallée d'Aoste	276	108	123	980
Lombardia	31	-1	-2	44
Bolzano-Bozen	638	-46	-31	603
Trento	-9	17	4	72
Veneto	67	-16	-3	133
Friuli-Venezia Giulia	15	-32	-6	-113
Liguria	47	88	68	691
Emilia-Romagna	4	-6	-2	123
Toscana	25	-12	-11	112
Umbria	8	-8	-19	166
Marche	85	-10	-12	322
Lazio	186	292	297	2.036
Abruzzo	59	115	67	888
Molise	114	208	228	1.586
Campania	109	149	86	1.198
Puglia	41	77	102	327
Basilicata	47	30	44	315
Calabria	110	63	57	452
Sicilia	82	114	66	831
Sardegna	65	14	23	716
Italia	71	61	54	550

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anni 2005-2009.

**Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) per regione.
Anno 2008**

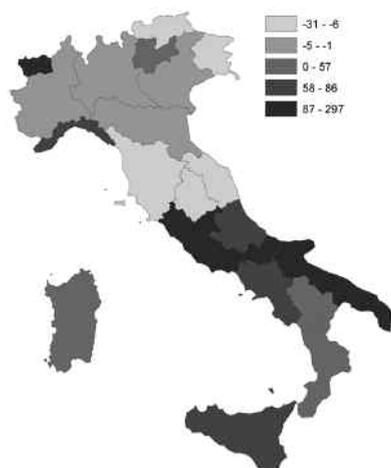
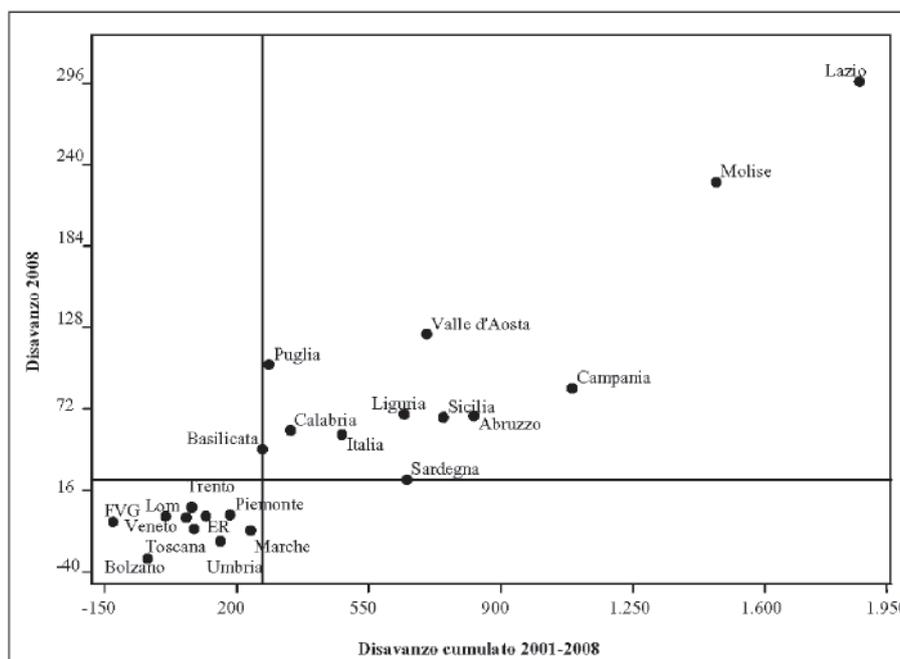


Grafico 1 - Distribuzione regionale del disavanzo cumulato e del disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite - Anno 2008



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anni 2005-2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai *deficit* sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi del disavanzo stesso (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione, inefficienza, etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare piani di rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fer-

marsì alle medie nazionali. Inducono, comunque, ad un cauto ottimismo la generalizzata riduzione dei *deficit* e la presenza di numerose regioni in equilibrio.

Riferimenti bibliografici

(1) E. Anessi Pessina, M.S. Macinati (2008), "Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo sanitario pubblico regionale", in Pezzani F. (a cura di), *Ripensare il ruolo e la governance delle Regioni*, Milano, EGEA, pp. 61-96.

Rilevanza del meccanismo tariffario nell'allocazione del Fondo Sanitario Regionale

Significato. L'indicatore intende esprimere la rilevanza assunta dal sistema tariffario come criterio di riparto del Fondo Sanitario Regionale (FSR). A tal fine, il denominatore è costituito dal totale dei contributi da FSR. Il numeratore è, invece, rappresentato

dai costi che le ASL sostengono per remunerare le prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione: altre ASL, AO, strutture equiparate alle pubbliche e strutture private accreditate.

Rapporto dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Costi sostenuti dalle ASL per remunerare le prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione

Totale dei contributi da FSR

La significatività dell'indicatore (1, 2) può, peraltro, essere accresciuta distinguendo, al numeratore, tra assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale e tra prestazioni erogate da soggetti pubblici e privati accreditati.

I dati sono tratti dai Modelli CE 2007. In particolare, il denominatore fa riferimento alla voce A0020 "Contributi in conto esercizio da regione e Provincia Autonoma per quota FSR". Le quattro componenti del numeratore, invece, sono:

- assistenza ospedaliera da pubblico (B0400 ASL e AO della regione + B0410 altri soggetti pubblici della regione);
- assistenza ospedaliera da privato (B0430);
- assistenza specialistica ambulatoriale da pubblico (B0250 ASL e AO della regione + B0260 altri soggetti pubblici della regione);
- assistenza specialistica ambulatoriale da privato (B0280).

Validità e limiti. I limiti principali sono tre (1, 2): 1) la qualità dell'informativa contabile delle Aziende Sanitarie continua a presentare alcuni problemi in termini di limitata attendibilità e omogeneità dei bilanci aziendali, seppur con forti differenziazioni interregionali; 2) è possibile che alcune ASL riportino all'interno dei conti economici, tra i proventi, il finanziamento per quota capitaria già al netto della mobilità passiva, omettendo quest'ultima dai costi e, quindi, inducendo una sottostima dell'indicatore (si veda per esempio il dato nullo della mobilità verso pubblico in Calabria, Sicilia e Sardegna); 3) in presenza di stringenti tetti di finanziamento, tali che la produzione

effettiva delle aziende sia, comunque, superiore a quella remunerata, il meccanismo tariffario può diventare prevalentemente formale, nel senso che l'effettiva allocazione delle risorse finanziarie viene di fatto stabilita *ex ante* tramite l'assegnazione dei tetti.

Valore di riferimento/Benchmark. Non è possibile proporre un benchmark, perché si ritiene non esista un assetto ottimale dei SSR in termini di numero e dimensione delle ASL, delle AO, delle strutture equiparate e di quelle private accreditate.

Descrizione dei risultati

Complessivamente, l'indicatore presenta un quadro sostanzialmente immutato rispetto all'anno precedente, con valori particolarmente alti in Lombardia (45,9%) e nel Lazio (46,2%) e con una distribuzione regionale tendenzialmente più elevata nel Centro-Nord (tranne Valle d'Aosta e PA di Trento e Bolzano) rispetto al Sud (tranne la Puglia).

Ad eccezione della Lombardia e del Lazio, dove le scelte di separazione tra acquirente e fornitore e di ampia apertura al privato accreditato producono valori sistematicamente elevati, la scomposizione per tipologia di assistenza e di erogatore rivela, però, forti eterogeneità interregionali. In particolare, Liguria, Umbria e Friuli-Venezia Giulia spiccano per l'assistenza ospedaliera da pubblico; Molise, Abruzzo e Sicilia per l'assistenza ospedaliera da privato; Friuli-Venezia Giulia, Piemonte ed Emilia-Romagna per la specialistica ambulatoriale da pubblico; Campania e Sicilia per la specialistica ambulatoriale da privato.

Tabella 1 - Rapporto (per 100) dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione, per regione e settore di erogazione - Anno 2007

Regioni	Mobilità				Totale
	Pubblico - ospedaliera	Privato - ospedaliera	Pubblico - specialistica ambulatoriale	Privato - specialistica ambulatoriale	
Piemonte	18,6	7,2	5,0	3,0	33,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	3,4	0,0	2,5	5,9
Lombardia	20,5	14,0	7,0	4,4	45,9
<i> Bolzano-Bozen</i>	<i> 0,0</i>	<i> 2,0</i>	<i> 0,0</i>	<i> 0,5</i>	<i> 2,6</i>
<i> Trento</i>	<i> 0,0</i>	<i> 5,6</i>	<i> 0,0</i>	<i> 1,5</i>	<i> 7,1</i>
Veneto	11,5	7,4	3,3	4,1	26,2
Friuli-Venezia Giulia	19,3	2,2	5,9	1,5	28,9
Liguria	23,9	1,3	2,5	2,0	29,7
Emilia-Romagna	14,6	7,6	4,8	2,0	29,0
Toscana	12,4	3,3	3,2	1,9	20,9
Umbria	19,5	2,7	2,8	1,0	26,0
Marche	10,1	3,4	2,3	1,5	17,4
Lazio	19,6	17,0	4,4	5,1	46,2
Abruzzo	5,5	9,0	0,2	2,4	17,1
Molise	0,0	12,3	0,4	3,7	16,4
Campania	3,7	8,4	1,3	7,1	20,6
Puglia	12,5	7,2	1,5	2,8	24,0
Basilicata	12,8	0,6	2,4	1,5	17,3
Calabria	0,0	7,5	0,4	3,2	11,2
Sicilia	0,0	9,0	0,0	6,9	15,8
Sardegna	0,0	3,6	0,0	3,3	6,9

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Modelli CE. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Più il meccanismo tariffario è rilevante, più le regioni devono investire sui propri sistemi tariffari in termini di: 1) aggiornamento delle classificazioni; 2) verifica della coerenza tra tariffe e costi di produzione, anche attraverso differenziazioni tariffarie tra strutture o sistemi di remunerazione aggiuntiva extra-tariffa; 3) verifica della coerenza tra tariffe e comportamenti attesi (incremento o riduzione del peso relativo di determinate prestazioni); 4) strumenti per l'identificazione e la penalizzazione dei comportamenti opportunistici. Più il meccanismo tariffario è rilevante, inoltre, più le ASL devono investire su sistemi di programmazione e controllo che non si limitino alla produzione ed erogazione diretta di prestazioni, ma si estendano alle prestazioni erogate ai propri residenti

da altri soggetti (altre ASL, AO, Aziende Ospedaliere Universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, altre strutture equiparate, case di cura private accreditate). In caso contrario, verranno inevitabilmente a mancare gli incentivi verso l'efficienza che la letteratura attribuisce alla separazione tra funzioni di "acquisto" e "fornitura".

Riferimenti bibliografici

- (1) Cantù E, Carbone C (2007), «I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?», In Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di), Rapporto OASI 2007, Milano, EGEA.
- (2) Cantù E, Carbone C, Anessi Pessina E (2008), «Do Italian Regions effectively use DRG funding to steer provider behaviour?», Paper presentato al IV convegno TAD, Milano.