

Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta i tradizionali indicatori di spesa e disavanzo (disavanzo pro capite, spesa pubblica pro capite, spesa pubblica/PIL), nonché un nuovo indicatore relativo al grado di specializzazione delle Aziende Sanitarie.

L'indice di specializzazione si propone di verificare quanto le aziende di ogni Regione si focalizzino sull'erogazione di specifici insiemi di prestazioni, anziché offrire l'intera gamma. La letteratura internazionale, infatti, ha spesso evidenziato come la specializzazione possa accrescere l'efficacia e l'efficienza delle strutture sanitarie. Nel suo complesso, d'altra parte, un sistema sanitario deve, comunque, poter garantire l'intero spettro dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nella definizione delle proprie politiche, pertanto, le Regioni potranno favorire e incentivare la specializzazione delle singole aziende, ma dovranno nel contempo verificare che ogni azienda si specializzi su un diverso insieme di prestazioni, consentendo al Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso di coprire l'intera gamma delle prestazioni stesse.

Quanto ai tradizionali indicatori di spesa e disavanzo, la loro importanza richiama la centralità progressivamente assunta dalla dimensione economico-finanziaria, che ormai condiziona fortemente le scelte di politica sanitaria ed i comportamenti aziendali, focalizzando l'attenzione sulla ricerca di risparmi e razionalizzazioni, anche a scapito delle iniziative di sviluppo ed innovazione. I dati disponibili, come è noto e come è stato più volte e con forza evidenziato, per esempio, dalla Corte dei Conti, non sono pienamente attendibili. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti disposizioni in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/11), di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012).

Nel frattempo, i dati a disposizione paiono confermare una certa efficacia delle iniziative di contenimento della spesa: il 2010 si è caratterizzato per una crescita molto contenuta della spesa pubblica pro capite (+0,66%), che mantiene l'Italia al di sotto della media UE-15 sia in termini pro capite, sia (malgrado l'incapacità di crescere dell'economia italiana) in rapporto al PIL; i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori medi nazionali (nel 2010, circa 39€ pro capite, pari a 2% del finanziamento e 0,15% del PIL). Tutto ciò riflette e sintetizza un profondo mutamento negli atteggiamenti delle aziende rispetto ai vincoli economico-finanziari: se in passato i vincoli venivano spesso giudicati irrealistici e non incidavano sugli effettivi comportamenti aziendali, generando circoli viziosi di generazione e copertura dei disavanzi, oggi gli stessi vincoli sono giudicati pienamente credibili e condizionano fortemente le scelte gestionali.

Sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo, l'unico elemento di forte preoccupazione è la differenziazione interregionale, con tre regioni (Lazio, Campania e Sicilia) che da sole hanno prodotto il 69% sia del disavanzo 2010, sia del disavanzo cumulato 2001-2010. L'identità tra il dato puntuale 2010 e quello cumulato del decennio, tra l'altro, riflette in modo molto efficace la natura strutturale delle criticità istituzionali, organizzative e gestionali di queste tre regioni, sebbene il dato puntuale 2010 del loro disavanzo complessivo (1,6 miliardi di euro) sia ben al di sotto del massimo storico di 4 miliardi raggiunto nel 2005 e sebbene la spesa sanitaria pubblica pro capite di Lazio e Campania si sia ridotta, nel 2010, dell'1,75%.

Alcune criticità significative si riscontrano anche sotto il profilo finanziario, come testimoniano i lunghi tempi di pagamento ai fornitori. Sui flussi di cassa esistono, peraltro, alcune opacità, che il recente D. Lgs. n. 118/2011 cerca in parte di sanare con l'obbligo di accensione, a livello regionale, di specifici "conti di tesoreria intestati alla sanità", diversi da quelli che accolgono le risorse destinate a finanziare le altre funzioni regionali, al fine di poter tracciare in modo più preciso i flussi di cassa dallo Stato alle Regioni e dalle Regioni alle aziende.

La questione più critica, però, concerne gli impatti sull'equità. L'equità costituisce principio fondante del Servizio Sanitario Nazionale, ma già in tempi relativamente floridi era passata in secondo piano rispetto al binomio "efficacia-efficienza" ed ora, a maggior ragione, è messa a rischio dalla necessità di "tagliare la spesa".

Particolarmente critiche sono le prospettive per l'equità intergenerazionale, per effetto sia del sostanziale blocco degli investimenti (cui contribuisce, in verità, anche la frequente incapacità di spendere bene i limitati fondi disponibili), sia dell'impatto che le iniziative di risparmio e razionalizzazione potrebbero avere sullo stato di salute dei cittadini. In linea di principio, naturalmente, tali iniziative dovrebbero identificare ed incidere su situazioni di inefficienza, quindi salvaguardare gli attuali livelli di servizio. Laddove il contenimento dei costi sia ottenuto riducendo i servizi offerti, invece, si potrebbe generare un impatto negativo di medio periodo sulle condizioni di salute della popolazione, con gravi conseguenze negative anche sul piano economico. Naturalmente, il rischio è più accentuato nelle Regioni assoggettate a Piano di Rientro, dove le iniziative di contenimento dei costi sono state più intense.

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

Significato. Nel presente Capitolo sono presentati due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e, poi, rispetto alla popolazione residente in ciascuna

singola regione. L'intento è quello di fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente	
	<hr/>	x 100
Denominatore	Prodotto Interno Lordo a prezzi correnti	

Prodotto Interno Lordo pro capite

Numeratore	Prodotto Interno Lordo corrente
	<hr/>
Denominatore	Popolazione media residente

Spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo
Il PIL 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 ed il PIL indica la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per la promozione, il mantenimento,

la cura ed il ristabilimento delle condizioni di salute della popolazione rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento. Quindi, l'indicatore offre un *proxy* della misura del peso economico potenziale per la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi socio-sanitari aggiuntivi che la regione vuole garantire ai suoi cittadini.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
	<hr/>
Denominatore	Popolazione media residente

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 garantire i LEA, sia per gli altri servizi socio-sanitari 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. Inoltre, tale indicatore, essendo espresso in euro correnti, e quindi fisiologicamente in crescita al crescere dei prezzi dei prodotti e servizi, non rappresenta la quantità di servizi garantiti a ciascuno.

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori utilizzabili per i confronti

con altri Paesi, anche se l'indicatore andrebbe integrato della componente privata della spesa sanitaria. La sua formulazione ed il suo uso consolidato nelle comparazioni internazionali accreditano il suo utilizzo anche nei raffronti fra le regioni di un singolo stato.

Si tratta di un indicatore grezzo che non consente di trarre indicazioni di politica sanitaria né di misurare il grado di benessere della collettività ed, 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 garantiti, 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. Relativamente al dato 2008 ci si è basati sui Conti Economici Regionali. Poiché il completamento della base informativa necessaria per la compilazione dei conti regionali nella loro interezza avviene, infatti, dopo circa 19 mesi dalla fine dell'anno di riferimento, le valutazioni rilasciate prima di tale scadenza non possono che essere incomplete per quanto attiene il numero di variabili stimate e le disaggregazioni (territoriali e settoriali) sono da ritenersi assolutamente provvisorie, in attesa dei successivi aggiornamenti. Ciò potrebbe determinare una differenza delle stime a livello territoriale rispetto a quelle nazionali che sono, invece, rilasciate dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) dopo 2 mesi dalla fine dell'anno di riferimento.

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 residenti di ogni regione 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, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, 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 ed 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. Gli anni presi in considerazione non sono allineati con quelli dell'indicatore precedente. La ragione sta nel fatto che si sono voluti presentare gli ultimi anni disponibili dovendo, però, rinunciare ad una lettura integrata delle informazioni.

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'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Descrizione dei risultati

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL a livello nazionale denuncia una crescita dal 2002 al 2008 passando dal 6,07% al 6,87% (Tabella 1) con un tasso medio composto annuo del 2,08%. Il suo valore è allineato alla media dei Paesi dell'OCSE, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come UK, Germania, Francia, Norvegia e Danimarca ed addirittura degli USA che hanno un sistema notoriamente privato.

Tale trend positivo della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL parrebbe confermare quanto rilevato dalla letteratura nazionale ed internazionale secondo cui, a livello macro, la spesa sanitaria pubblica cresce in maniera più che proporzionale a quella del PIL.

Tale evidenza empirica ha fatto ritenere che il bene salute si comporti come un bene di lusso (cioè con un'elasticità rispetto al reddito maggiore di 1)¹.

Anche a livello regionale si registra un tasso medio annuo crescente con punte massime nelle regioni: Puglia, Lazio, Piemonte e Friuli Venezia Giulia. Al contrario, le Marche presentano il tasso medio di crescita più basso.

A livello regionale l'indicatore, nel 2008, mostra delle significative differenze, variando da un massimo di 10,46% della Campania ad un minimo di 5,24% della Lombardia, denunciando un divario che supera i 5,0 punti percentuali.

Tutte le regioni del Sud hanno una spesa sul PIL superiore al valore nazionale, mentre le regioni del Nord e

¹L'elasticità in economia è definita come la variazione percentuale di una variabile (spesa sanitaria pubblica) per una variazione percentuale unitaria di una seconda variabile (PIL). In questo contesto misura la sensibilità della spesa rispetto alla variazione del valore del PIL. La sensibilità è espressa dalla seguente formula:

$$\eta_{yx} = \frac{\% \Delta y}{\% \Delta x} = \frac{\% \Delta yx}{\% \Delta xy}$$

se $\eta_{yx} > 1$ vi è elasticità

se $\eta_{yx} < 1$ vi è anelasticità

se $\eta_{yx} = 1$ vi è elasticità unitaria.

Centro, con l'eccezione di Liguria ed Umbria, presentano una spesa sul PIL inferiore al valore nazionale. Tale fenomeno si verifica analogamente negli anni 2002 e 2007.

Tutte le regioni presentano una crescita del valore dell'indicatore dal 2007 al 2008 con la sola eccezione della Calabria che, in controtendenza, riduce la spesa sul PIL del 3,49%.

Poiché l'indicatore non tiene conto della numerosità della popolazione residente è possibile che bassi valori dell'indicatore, che esprimono una scarsa spesa per il servizio sanitario, se rapportati alla popolazione potrebbero indicare una elevata destinazione di risorse finanziarie alla tutela della salute dei residenti nelle singole regioni. A tal fine e relativamente al 2008 è stata effettuata una lettura integrata di due indicatori: spesa sanitaria sul PIL e PIL pro capite, che esprime il valore mediamente prodotto per ogni cittadino residente (Tabella 2). Dall'analisi emerge che le regioni con un PIL pro capite più basso si presentano con una spesa sanitaria sul PIL superiore e viceversa: il che sembrerebbe dimostrare che la quantità di risorse destinate alla sanità non rappresenta una quota proporzionale alle risorse prodotte da ciascun residente nelle diverse regioni ed anzi parrebbe esistere una relazione inversa: tanto maggiore è il PIL pro capite tanto minore è la quota del PIL destinata alla tutela della salute.

La ragione potrebbe risiedere nel fatto che la salute è un bene necessario e, quindi, per una certa misura, incompressibile, con la conseguenza che la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria non può che essere più elevata nelle regioni più povere, così come accade per un'analoga categoria di beni come quella alimentare.

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pro capite mostra a livello nazionale una crescita dello 0,66% fra il 2009 ed il 2010 passando da 1.821€ a 1.833€ ed aumenta anche rispetto al 2004 del 18,41%.

L'indicatore evidenzia, però, un aumento più moderato rispetto al periodo 2008-2009, riducendosi ad un terzo. Analogamente, anche il tasso medio composto annuo denuncia un incremento nei 6 anni sotto osservazione, ma si posiziona su un valore di 2,86% vs il 4,17% relativo al periodo 2003-2009.

Nel 2010 la distribuzione della spesa pro capite fra le regioni conferma le stesse caratteristiche del 2009: le regioni del Sud, con l'eccezione del Molise, mettono a disposizione un ammontare di risorse inferiore rispetto alle regioni settentrionali ed anche a quello nazionale; nelle regioni del Centro si assiste ad una maggiore dispersione dei valori ed a comportamenti non omogenei.

Nell'ultimo anno disponibile, la spesa per cittadino presenta un valore nazionale di 1.833€ ed oscilla da un minimo, registrato in Sicilia di 1.690€ ad un massimo di 2.191€ nella PA di Bolzano con un *gap* di poco più di 500€.

Le regioni del Nord, eccetto la Liguria, aumentano la spesa pro capite dal 2009 al 2010, così come Basilicata, Puglia, Sicilia e Sardegna per il Sud ed Umbria e Marche per il Centro. Nelle altre regioni si verifica, invece, una inversione di tendenza. Il diverso trend della spesa sanitaria pro capite fra le regioni impatta sui tassi medi composti annui 2004-2010 che si presentano tutti positivi, ma con valori inferiori rispetto a quelli presentati nel Rapporto Osservasalute 2010, per quelle regioni che nel 2010 hanno ridotto il valore medio della spesa per singolo residente.

Tabella 1 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (per 100) per regione - Anni 2002, 2007, 2008

Regioni	2002	2007	2008	Δ % (2007-2008)	Δ % (2002-2008)	Tassi medi composti annui % (2002-2008)
Piemonte	5,44	5,98	6,37	6,58	17,26	2,69
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	5,44	5,70	5,99	5,10	10,10	1,62
Lombardia	4,61	4,88	5,24	7,31	13,81	2,18
Trentino-Alto Adige	5,59	5,88	-	-	-	-
<i>Bolzano-Bozen</i>	-	-	6,76	-	-	-
<i>Trento</i>	-	-	5,62	-	-	-
Veneto	5,09	5,41	5,62	3,75	10,31	1,65
Friuli Venezia Giulia	5,61	5,86	6,59	12,51	17,52	2,73
Liguria	6,53	7,02	7,31	4,13	11,84	1,88
Emilia-Romagna	5,07	5,29	5,64	6,65	11,21	1,79
Toscana	5,64	5,94	6,25	5,26	10,76	1,72
Umbria	6,64	6,77	7,14	5,52	7,46	1,21
Marche	6,00	6,04	6,34	5,00	5,65	0,92
Lazio	5,55	6,35	6,56	3,30	18,23	2,83
Abruzzo	7,52	8,01	8,30	3,70	10,42	1,67
Molise	8,73	9,76	10,07	3,18	15,34	2,41
Campania	9,03	9,83	10,46	6,34	15,81	2,48
Puglia	8,44	9,59	9,99	4,17	18,39	2,85
Basilicata	7,93	8,84	9,23	4,38	16,32	2,55
Calabria	9,15	10,68	10,30	-3,49	12,56	1,99
Sicilia	8,86	9,70	9,87	1,82	11,46	1,82
Sardegna	8,07	8,01	8,74	9,15	8,32	1,34
Italia	6,07	6,54	6,87	4,98	13,13	2,08

- = I dati di spesa disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili per gli anni 2002 e 2007.

Fonte dei dati: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2011.

Tabella 2 - PIL totale (miliardi di €) e PIL pro capite (€) per regione - Anno 2008

Regioni	PIL (miliardi di €)	PIL pro capite (€)
Piemonte	126.613,4	28.665,7
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	4.320,6	34.154,6
Lombardia	323.973,3	33.424,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>17.352,1</i>	<i>34.955,9</i>
<i>Trento</i>	<i>16.318,7</i>	<i>31.588,7</i>
Veneto	147.454,5	30.347,3
Friuli Venezia Giulia	35.986,8	29.341,1
Liguria	44.096,5	27.348,4
Emilia-Romagna	138.088,1	32.062,1
Toscana	106.144,6	28.746,8
Umbria	21.868,3	24.590,4
Marche	41.617,8	26.655,9
Lazio	171.408,0	30.641,4
Abruzzo	28.961,0	21.786,7
Molise	6.534,7	20.370,0
Campania	98.146,4	16.886,0
Puglia	70.587,8	17.309,0
Basilicata	11.273,4	19.081,5
Calabria	33.929,6	16.895,5
Sicilia	87.275,1	17.338,2
Sardegna	34.352,1	20.591,1
Italia	1.567.853,2	26.204,2

Fonte dei dati: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2011 - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2011.

Tabella 3 - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€), variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (per 100) per regione - Anni 2004, 2009, 2010

Regioni	2004	2009	2010	Δ % (2009-2010)	Δ % (2004-2010)	Tassi medi composti annui % (2004-2010)
Piemonte	1.654	1.880	1.903	1,20	15,03	2,36
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.707	2.070	2.169	4,81	27,07	4,07
Lombardia	1.437	1.758	1.805	2,66	25,60	3,87
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.976</i>	<i>2.124</i>	<i>2.191</i>	<i>3,12</i>	<i>10,86</i>	<i>1,73</i>
<i>Trento</i>	<i>1.664</i>	<i>2.034</i>	<i>2.079</i>	<i>2,19</i>	<i>24,93</i>	<i>3,78</i>
Veneto	1.491	1.764	1.802	2,17	20,88	3,21
Friuli Venezia Giulia	1.569	1.956	1.997	2,14	27,30	4,11
Liguria	1.806	2.025	2.008	-0,86	11,17	1,78
Emilia-Romagna	1.630	1.894	1.912	0,97	17,31	2,70
Toscana	1.583	1.914	1.899	-0,79	19,93	3,08
Umbria	1.573	1.800	1.805	0,25	14,74	2,32
Marche	1.506	1.749	1.799	2,86	19,46	3,01
Lazio	1.852	2.001	1.966	-1,75	6,17	1,00
Abruzzo	1.511	1.754	1.746	-0,46	15,55	2,44
Molise	1.614	2.074	2.055	-0,95	27,29	4,10
Campania	1.518	1.746	1.715	-1,74	12,99	2,06
Puglia	1.337	1.750	1.772	1,23	32,51	4,80
Basilicata	1.385	1.755	1.786	1,78	28,98	4,33
Calabria	1.377	1.745	1.706	-2,26	23,89	3,63
Sicilia	1.497	1.665	1.690	1,48	12,88	2,04
Sardegna	1.482	1.825	1.831	0,35	23,58	3,59
Italia	1.548	1.821	1.833	0,66	18,41	2,86

Fonte dei dati: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

La spesa corrente pubblica sul PIL si presenta ancora molto variegata fra le regioni. È una situazione che si registra da anni, come risulta dalle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute, e non accenna a modificare l'andamento. Inoltre, la spesa pare essere inversamente correlata al valore del PIL pro capite. Ciò significa che alcune regioni destinano mediamente più risorse di altre per garantire i LEA ai loro cittadini. Ciò può certamente trovare una giustificazione in quanto riprodotto dalla letteratura secondo cui il bene salute si comporta come un bene di lusso (cioè con un'elasticità rispetto al reddito maggiore di 1) per cui la sua spesa cresce in maniera più che proporzionale a quella del PIL ed inoltre, essendo un bene necessario in una certa misura incompressibile, la quota di PIL destinata alla sua spesa non può che essere più elevata nelle regioni più povere. Tuttavia, ciò può anche significare o inefficienze gestionali nella produzione dei servizi e/o una offerta quantitativamente inappropriata di prestazioni e/o ancora investimenti non correttamente pianificati nel tempo e nella distribuzione fra i soggetti produttori. In tali casi, la situazione è particolarmente allarmante se si considera che i sistemi regionali italiani devono garantire ai propri cittadini tutte le prestazioni previste dai LEA e al più hanno la facoltà di aumentare il numero e tipo di prestazioni da offrire, ma non di ridurle. Se le regioni che hanno un PIL pro capite minore sono quelle che ne destina-

no una quota più grande e crescente alla sanità per i LEA, rischiano nel tempo la non sostenibilità del sistema. Sarebbe auspicabile che le regioni realizzassero un *benchmarking* volto a perimetrizzare le ragioni di tali differenze anche attraverso un'analisi integrata dei diversi indicatori disponibili e, primo fra tutti, quello relativo alla ripartizione delle risorse spese per livello di assistenza al fine di individuare le aree su cui agire in via prioritaria.

I valori della spesa sanitaria pro capite presentano analogia variabilità e registrano valori crescenti.

Certamente per avere un corretto dimensionamento dell'ammontare delle risorse monetarie effettivamente destinate per la popolazione residente in ciascuna regione occorrerebbe, da un lato, tenere in considerazione il valore della mobilità attiva e dall'altro, comparare l'indicatore in analisi con il PIL pro capite e la percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL dello stesso periodo. Infatti, la mobilità attiva si presenta cospicua per alcune regioni del Nord che si presentano con valori della spesa sanitaria pro capite più elevati: al netto delle spese per non residenti il valore medio si ridimensionerebbe. La comparazione con il PIL pro capite e la percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL dello stesso periodo permetterebbe di comprendere meglio se un basso valore dell'indicatore è da attribuirsi al fatto di avere poche risorse a disposizione (basso PIL) o ad un buon grado di efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari.

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 contenerne 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" il dato si rivela talvolta lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio. Le eventuali risorse aggiuntive stanziare dalle Regioni a carico dei propri bilanci per garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema regionale non sono chiaramente esplicitate nella RGSEP. Le regole e le prassi di redazione dei conti economici consolidati dei SSR presentano alcune rilevanti criticità (1). In prospettiva, miglioramenti potrebbero derivare dalle recenti iniziative in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/11), "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012). Nel frattempo, 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. Innanzitutto, 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 regionali. Ciò vale

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.

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, inoltre, 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 nazionale.

Descrizione dei risultati

Anche nel 2010 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si conferma complessivamente in disavanzo: 2,325 miliardi di euro circa, pari a 39€ pro capite (Tabella 1). È da notare, però, come il disavanzo sia notevolmente diminuito rispetto ai 3,251 miliardi del 2009. Più in generale, il disavanzo pro capite 2010 è il più basso dell'intero arco temporale considerato (2002-2010) e conferma un trend in costante diminuzione avviato nel 2005. Va, peraltro, segnalato come, in alcune Regioni, il contenimento del disavanzo sia stato conseguito anche ricorrendo a entrate aggiuntive poste a carico del bilancio regionale.

Rispetto agli anni precedenti, permangono le forti differenze interregionali, con un ampio gradiente Nord-Sud, dove si concentra quasi tutto il deficit. Si confermano, inoltre, le 8 regioni in equilibrio a partire dal 2007: Piemonte ed Emilia-Romagna (che però hanno operato interventi di copertura a carico dei rispettivi bilanci regionali, anche con risorse rivenienti dalle entrate fiscali (2)); PA di Bolzano e Friuli Venezia Giulia (cui lo statuto speciale garantisce, però, un par-

ticolare sistema di finanziamento); Lombardia, Toscana, Umbria e Marche. A queste si è aggiunta, nel 2010, la Calabria, seppur di nuovo anche grazie agli interventi di copertura regionale. Si rilevano, inoltre, riduzioni significative nei disavanzi pro capite delle Regioni da tempo assoggettate a Piano di

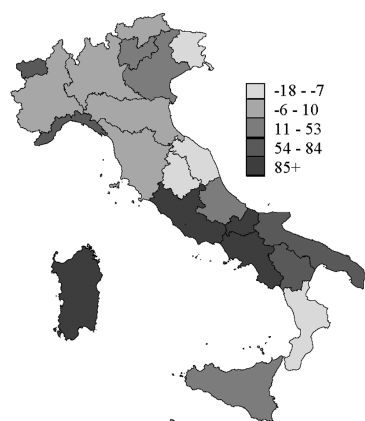
Rientro: Lazio e Molise, in particolare, si confermano le regioni più deficitarie, ma conseguono riduzioni significative del proprio disavanzo pro capite rispetto al 2009; Sicilia (12€) e Abruzzo (14€) si posizionano addirittura al di sotto del disavanzo medio pro capite nazionale.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite e cumulato (€) per regione - Anni 2002, 2009, 2010

Regioni	2002	2009	2010	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato (2002-2010)
Piemonte	9	-4	-2	177
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	56	8	54	744
Lombardia	35	0	-1	14
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>152</i>	<i>-74</i>	<i>-4</i>	<i>-113</i>
<i>Trento</i>	<i>-2</i>	<i>23</i>	<i>21</i>	<i>141</i>
Veneto	45	6	15	76
Friuli Venezia Giulia	-28	-14	-7	-161
Liguria	28	65	55	764
Emilia-Romagna	12	-5	-6	104
Toscana	12	2	-4	97
Umbria	12	-5	-12	150
Marche	66	-11	-18	196
Lazio	110	247	184	2.286
Abruzzo	106	71	14	940
Molise	57	199	167	1.830
Campania	111	136	85	1.364
Puglia	1	74	82	428
Basilicata	1	36	60	369
Calabria	73	59	-9	390
Sicilia	68	40	12	787
Sardegna	106	137	137	980
Italia	50	54	39	577

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze. RGSEP 2005-2010. Anno 2012.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) per regione. Anno 2010



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 concorda-

re Piani di Rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole Regioni, mentre è inopportuno fermarsi alle medie nazionali. Inducono a un cauto ottimismo la generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione in alcune delle Regioni assoggettate a Piano di Rientro, la presenza di

numerose regioni in equilibrio. A quest'ultimo riguardo va, però, evidenziato come l'equilibrio sia spesso fragile, perché fondato sul ricorso a fonti di finanziamento aggiuntive (incremento del carico fiscale e/o delle compartecipazioni alla spesa regionale), oppure molto sensibile ad eventuali modificazioni dei criteri di ponderazione della popolazione ai fini del riparto.

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.
- (2) Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2010.

Grado di specializzazione delle Aziende Sanitarie

Significato. L'indicatore misura quanto le Aziende Sanitarie di una determinata regione si concentrino sull'erogazione di una gamma ristretta di prestazioni sanitarie. Le Aziende Sanitarie hanno, dunque, la possibilità di specializzarsi su uno specifico *set* di prestazioni sanitarie piuttosto che scegliere di erogarle tutte indistintamente e soddisfare così la generalità dei bisogni di salute della collettività. Le aziende più specializzate sono quelle che presentano linee produttive composte da una minore varietà e numerosità di prestazioni sanitarie. In altre parole, l'indice coglie l'estensione orizzontale delle combinazioni economiche parziali aziendali (1).

La letteratura internazionale evidenzia alcuni rilevanti vantaggi che possono scaturire dalla specializzazione: eliminazione di duplicazioni, miglioramento della qualità, riduzione dei costi unitari di produzione per effetto di un miglior sfruttamento della capacità produttiva, nonché delle economie di esperienza (2-5). Complessivamente, d'altra parte, ogni Servizio Sanitario Regionale (SSR) deve, comunque, garantire l'intero spettro dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'indicatore è definito mediante l'indice interno di *Herfindahl-Hirschman* (HHI) (6):

dove i è l' i -esima delle n tipologie di prestazioni offerte dall'Azienda Sanitaria e P_i è la percentuale che tale tipologia di prestazioni rappresenta rispetto al totale delle prestazioni offerte dall'azienda. L'indice è sempre positivo. Il suo valore è massimo quando

l'azienda offre una sola tipologia di prestazioni: $HHI = 100^2 = 10.000$. Il suo valore è, invece, minimo quando l'azienda offre n tipologie di prestazioni, tutte nella medesima percentuale: $HHI = n \times (100 \times 1/n)^2 = 10.000/n$.

Più specificamente, l'indicatore è stato determinato tramite la seguente procedura:

- come unità d'indagine, si sono considerate le singole Aziende Sanitarie, pubbliche e private accreditate;
- si sono considerati i ricoveri per acuti (ordinari e Day Hospital) come rilevati tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- per raggruppare i ricoveri in tipologie, si è utilizzata una classificazione intermedia tra DRG e MDC, rappresentata dalle linee produttive (7), secondo un'impostazione diffusa anche a livello internazionale (8). Per meglio cogliere la complessità delle prestazioni erogate, i DRG afferenti a ciascuna linea produttiva sono stati ulteriormente scomposti in due gruppi a seconda che siano stati o meno definiti "di alta complessità" nella versione 2010 della Tariffa Unica Convenzionale per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria (TUC). Ciò ha condotto all'individuazione di 55 tipologie di ricoveri;
- il dato regionale è stato calcolato come media ponderata dei dati aziendali, utilizzando come criterio di ponderazione il numero dei dimessi. Si sono calcolati indici medi regionali separati per le Aziende Sanitarie pubbliche e per quelle private accreditate.

Indice di specializzazione delle Aziende Sanitarie

$$HHI = \sum_{i=1}^n (100 \times P_i)^2$$

Validità e limiti. L'indice coglie il livello medio di specializzazione delle Aziende Sanitarie del SSR. Valori elevati caratterizzano i SSR in cui ciascuna azienda si focalizza su una gamma ristretta di tipologie di ricovero. Valori contenuti indicano che il SSR è composto da aziende "generaliste", ossia che forniscono un'ampia gamma di tipologie di ricovero.

Il limite principale dell'indicatore è che, essendo calcolato come media degli indicatori aziendali, non coglie la capacità del SSR nel suo complesso di coprire l'intero spettro delle prestazioni incluse nei LEA. Un indice molto elevato, in particolare, può riflettere la presenza di aziende che si sono specializzate tutte sulla medesima gamma di prestazioni, oppure di aziende che si sono specializzate ciascuna su una diversa gamma di prestazioni, consentendo al SSR complessivamente inteso di garantire l'intero

spettro dei LEA.

Ulteriori limiti sono così sintetizzabili: 1. l'indice si concentra sui soli ricoveri per acuti non considerando quelli di lungodegenza e riabilitazione; 2. l'HHI non è l'unico possibile indice di specializzazione (9); 3. la definizione delle linee produttive è meno consolidata e condivisa rispetto a DRG e MDC, sebbene sia più coerente con le finalità dell'analisi; 4. la gamma delle prestazioni offerte dalle aziende del SSR dovrebbe essere coerente con gli specifici bisogni di salute della popolazione regionale, il che limita la significatività dei confronti interregionali.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendovi benchmark specifici, si assumono come valori di riferimento quelli medi nazionali.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 presenta il valore dell'indice medio regionale per le Aziende Sanitarie pubbliche. Per ogni regione si presenta il dato 2009 ed il confronto con il 2008, anche in termini di variazione percentuale. Si presenta, inoltre, il numero delle aziende, perché *ceteris paribus* un maggior numero di aziende dovrebbe consentire una maggiore specializzazione delle aziende stesse. Il riferimento al numero delle aziende permette anche di valutare l'ampiezza del campione: l'intero universo per il 2009, limitata all'80% circa per il 2008.

Per il 2009, il valore medio nazionale dell'indice è pari a 487. Nel confronto con il 2008 (con i limiti sopra evidenziati), l'indice si riduce non solo a livello medio nazionale (-5,0%), ma anche in tutte le regioni tranne Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia-Romagna e Lazio. Le regioni con aziende mediamente più specializzate sono Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Campania e Calabria. Tra le meno specializzate si trovano Valle d'Aosta, PA di Trento e

Bolzano (dove la presenza di una sola azienda limita le possibilità di specializzazione), nonché Liguria ed Abruzzo; poca specializzazione si riscontra, inoltre, in Veneto e Sicilia, malgrado entrambe le regioni si caratterizzino per un elevato numero di aziende e la Sicilia, in particolare, per un elevato numero di Aziende Ospedaliere.

La Tabella 2 presenta il valore dell'indice medio regionale per le Aziende Sanitarie private accreditate. Il campione è pari a circa il 76% dell'universo considerato.

Rispetto alle aziende pubbliche, il valore medio nazionale è decisamente più elevato (1.845 nel 2009) e così i singoli valori regionali. Tra il 2008 ed il 2009, si rileva un lievissimo incremento medio nazionale, per effetto di incrementi in 11 regioni e decrementi o valori stazionari in 10. Le regioni con aziende mediamente più specializzate sono Liguria, Toscana, Umbria, Molise e Calabria; quelle con aziende mediamente meno specializzate sono Lombardia, PA di Trento e Bolzano, Lazio e Campania.

Tabella 1 - *Indice medio (valori assoluti e variazione percentuale) di specializzazione e numero di Aziende Sanitarie pubbliche per regione - Anni 2008, 2009*

Regioni	2008		2009		Δ % (2008-2009)
	Indice	N	Indice	N	
Piemonte	608	19	569	21	-6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	416	1	436	1	5
Lombardia	561	33	640	35	14
Bolzano-Bozen	460	1	397	1	-14
Trento	444	1	390	1	-12
Veneto	476	23	450	24	-5
Friuli Venezia Giulia	596	6	582	10	-2
Liguria	478	8	440	8	-8
Emilia-Romagna	490	12	515	17	5
Toscana	522	12	465	16	-11
Umbria	469	6	453	6	-3
Marche	479	3	460	5	-4
Lazio	537	16	556	21	3
Abruzzo	465	6	441	6	-5
Molise	474	1	463	1	-2
Campania	629	21	545	18	-13
Puglia	493	6	490	10	-1
Basilicata	553	7	487	4	-12
Calabria	573	10	545	11	-5
Sicilia	512	26	393	29	-23
Sardegna	528	11	497	12	-6
Italia	513	229	487	257	-5

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Tabella 2 - *Indice medio (valori assoluti e variazione percentuale) di specializzazione e numero di Aziende Sanitarie private accreditate per regione - Anni 2008, 2009*

Regioni	2008		2009		Δ % (2008-2009)
	Indice	N	Indice	N	
Piemonte	2.639	27	2.069	23	-22
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-
Lombardia	1.100	64	1.165	74	6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.423</i>	<i>3</i>	<i>1.279</i>	<i>3</i>	<i>-10</i>
<i>Trento</i>	<i>1.423</i>	<i>3</i>	<i>1.076</i>	<i>4</i>	<i>-24</i>
Veneto	1.920	20	1.957	20	2
Friuli Venezia Giulia	1.514	5	1.603	5	6
Liguria	2.776	2	2.764	2	0
Emilia-Romagna	1.992	39	1.899	39	-5
Toscana	2.276	26	2.830	27	24
Umbria	3.305	5	3.365	5	2
Marche	1.553	10	1.542	10	-1
Lazio	1.146	83	942	75	-18
Abruzzo	1.364	10	1.393	10	2
Molise	2.120	2	2.773	3	31
Campania	1.098	57	1.152	60	5
Puglia	1.468	35	1.901	29	29
Basilicata	1.561	1	1.446	1	-7
Calabria	2.522	31	2.510	25	0
Sicilia	1.690	64	1.637	63	-3
Sardegna	1.487	12	1.606	13	8
Italia	1.819	499	1.845	491	1

n.d.= non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

La limitatissima serie storica disponibile non consente di formulare giudizi sull'evoluzione temporale dell'indice, mentre la diversità dei contesti di riferimento (ad esempio fattori demografici, geografici, epidemiologici, economici e sociali) e delle scelte di *policy* (ad esempio dimensioni delle aziende, pressioni competitive, presenza e ruolo del privato) limitano la significatività dei confronti spaziali. Si rilevano, in ogni caso, forti eterogeneità inter-regionali sia per le aziende pubbliche (le medie regionali minima e massima sono, rispettivamente, pari a -20,0% e +31,0% rispetto alla media nazionale), sia, soprattutto, per le private (-49,0%, +82,0%). Interessante è la situazione di Lombardia, Lazio e Campania, dove, rispetto alle medie nazionali le aziende pubbliche sono più "specializzate" (si focalizzano su una gamma più ristretta di prestazioni), mentre le private sono più "generaliste". Le regioni con indici particolarmente contenuti potrebbero valutare l'opportunità di introdurre indirizzi ed incentivi alla specializzazione, con riflessi probabilmente positivi sull'efficienza, pur con gli evidenti limiti che derivano dalla necessità di salvaguardare la completezza e l'accessibilità dei servizi offerti, nonché le specificità dei fabbisogni regionali. Le regioni con aziende già specializzate dovrebbero verificare che il SSR nel suo complesso resti, comunque, in grado di garantire l'intero spettro delle prestazioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Rizzo M.G. (2011). «Fenomeni di specializzazione in sanità. I risultati di una ricerca empirica», *Mecosan*, 78, pp. 123-140.
- (2) Eastaugh S.R. (2006), «Hospital costs and specialization: benefits of trimming product lines», *Journal of Health Care Finance*, vol. 28, 1, pp.61-71.
- (3) Farley D. e Hogan C. (1990). «Case mix specialization in the market for hospital services», *Health Services Research*, 25, 5, pp. 757-783.
- (4) Tiwari V. e Heese S. (2009). «Specialization and competition in healthcare delivery networks», *Health Care Management Science*, 12, 3, 306-324.
- (5) Lee K.S., Chun K.H., Lee J.S. (2008). «Reforming the hospital service structure to improve efficiency: urban hospital specialization», *Health Policy*, 87, 1, pp. 41-49.
- (6) Zwaninger J., Melnick G. e Simonson L. (1996). «Differentiation and specialization in the California Hospital Industry 1983 to 1988», *Medical Care* 34, 4, pp. 361-372.
- (7) Baldino L. e Parma E. (2003). «Linee di prodotto: segmentazione del mercato dei ricoveri», *Mecosan*, 12, 45, pp. 103-119.
- (8) Daidone S. e D'Amico F. (2009). «Technical efficiency, specialization and ownership form: evidences from a pooling of Italian hospitals», *Journal of Productivity Analysis*, 32, 3, pp. 203-216.
- (9) Dayhoff D.A. e Cromwell J. (1993). «Measuring differences and similarities in hospital caseloads: A conceptual and empirical analysis», *Health Services Research*, 28, 3, pp. 293-312.