

## 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 sul Prodotto Interno Lordo-PIL).

L'importanza di tali indicatori 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, com'è noto e com'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. 118/2011), di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012). L'armonizzazione dovrebbe consentire: 1. una trattazione contabile univoca a livello nazionale dei fatti gestionali relativi al settore sanitario; 2. la maggiore trasparenza dei flussi finanziari connessi alla gestione sanitaria, attraverso l'istituzione di appositi conti di tesoreria (separati da quelli relativi alle attività "non sanitarie" della regione), nonché la rilevazione delle operazioni poste in essere dalla cosiddetta "gestione sanitaria accentrata regionale"; 3. la redazione di bilanci consolidati che forniscano una rappresentazione comparabile nello spazio e nel tempo della situazione economica, patrimoniale e finanziaria di ciascun Servizio Sanitario Regionale. La "certificabilità", d'altra parte, dovrebbe garantire l'attendibilità dei bilanci (aziendali e consolidati) della Sanità Pubblica attraverso una revisione delle procedure di rilevazione e del correlato sistema di controlli contabili interni ed esterni.

Nel frattempo, i dati disponibili paiono confermare una certa efficacia delle iniziative di contenimento della spesa: anche il 2011, come già il 2010, si è caratterizzato per una crescita molto contenuta della spesa sanitaria pubblica (+0,1% a parità di criteri di contabilizzazione) che mantiene l'Italia al di sotto della media dell'Unione Europea (UE)-15 sia in termini pro capite, sia in rapporto al PIL; i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori medi nazionali (nel 2011, circa 29€ pro capite, pari all'1,6% del finanziamento complessivo). 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 incidevano 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 risultati economici consolidati positivi in tutte le regioni del Centro-Nord (tranne Liguria) e negativi in tutte le regioni del Centro-Sud (tranne Abruzzo) e con 2 regioni (Lazio e Campania) che, anche nel 2011, hanno generato da sole il 63% dell'intero disavanzo nazionale.

I medesimi dati, d'altra parte, rivelano anche come gli ulteriori sacrifici richiesti alla Sanità Pubblica (ad esempio, tramite la recente *Spending Review*) trovino principale origine non in una presunta dispendiosità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), bensì altrove: da un lato, nell'elevato livello del debito pubblico e della correlata spesa per interessi (quest'ultima è pari a circa i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale), dall'altro nell'incapacità del sistema economico di crescere adeguatamente (tanto che l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur spesso molto contenuto, è stato negli ultimi 20 anni quasi sempre superiore a quello del PIL).

Il rischio evidente è che questi ulteriori sacrifici aggravino il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese, intaccando ulteriormente una copertura pubblica già incompleta. 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 ed inappropriately, 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.

A fronte di questa situazione, le possibili soluzioni sono di tre tipi: 1. recuperare efficienza; 2. adottare esplicite scelte di razionamento; 3. ricercare risorse aggiuntive.

Nella ricerca di efficienza sta assumendo un ruolo propulsivo il governo centrale, anche per gli scandali

recentemente emersi nelle regioni e per la delegittimazione subita dal *management*. Le politiche del governo centrale, tuttavia: 1. riflettono una propensione per “tagli lineari”; 2. presuppongono che i tagli inducano le aziende a “fare lo stesso con meno”; 3. sembrano spesso tarate su peculiarità e criticità delle regioni sotto Piano di Rientro, anche perché queste rappresentano, ormai, quasi la metà del Paese, destano le maggiori preoccupazioni, richiedono un più diretto coinvolgimento del livello centrale e, quindi, inevitabilmente ne condizionano maggiormente le percezioni e le scelte.

In realtà, tuttavia: 1. la differenziazione interregionale è troppo ampia per essere ignorata; se gli ampi disavanzi di alcune regioni testimoniano l’esistenza di margini di recupero, esistono per converso eccellenze (o, più semplicemente, situazioni già piuttosto avanzate in termini di “efficientamento”) che sarebbe inopportuno penalizzare; 2. i “tagli” agli *input* potrebbero non innescare l’auspicata ricerca del “fare lo stesso con meno”, traducendosi, invece, in una riduzione degli *output* e della capacità di soddisfare i bisogni; 3. i potenziali benefici marginali del “fare lo stesso con meno” paiono, comunque, abbastanza limitati, mentre più efficace potrebbe rivelarsi l’innovazione di prodotto (il *mix* di servizi offerti) e di processo (le modalità di produzione ed erogazione dei servizi) che, però, non può essere imposta dal centro, ma va sviluppata sul campo, dalle persone più direttamente coinvolte nei processi operativi aziendali, per renderla coerente con le specificità di azienda e di ambiente.

Occorre, quindi, un vero rafforzamento della responsabilità delle aziende sulle proprie *performance* economiche e di salute nonché, all’interno delle aziende stesse, un rafforzamento altrettanto vero degli strumenti gestionali, tra cui gli strumenti di gestione del personale, oggi spesso ancora carenti. Il ruolo del livello centrale e di quello regionale, d’altra parte, è quello di suggerire, sostenere ed incentivare concretamente l’innovazione e la responsabilizzazione.

Presumibilmente, però, tutto ciò potrebbe non bastare. Potrebbe, quindi, diventare necessario chiarire in modo più esplicito i livelli di assistenza che il SSN potrà continuare effettivamente a garantire su base universalistica. In caso contrario, il rischio è che si estendano forme di razionamento implicite e non governate, prevalentemente attraverso compartecipazioni alla spesa e lunghi tempi di attesa. Nel contempo, potrebbe essere opportuno attivare risorse aggiuntive, per esempio tramite lo sviluppo dell’attività a pagamento e dei fondi integrativi (salvaguardando, però, il rispetto dei principi ispiratori del SSN), nonché ricercare un’integrazione più forte con l’assistenza socio-sanitaria, in termini di *governance*, di canali di finanziamento, di erogatori e di servizi erogati.

## Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo

**Significato.** Nel presente Capitolo sono presentati due indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione ed il PIL pro capite.

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.

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.

L'indicatore offre, quindi, 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.

Al fine di valutare il contributo offerto da ciascun cittadino con quanto prodotto singolarmente alla garanzia dei LEA, viene introdotto il secondo indicatore: il PIL pro capite. Tale indicatore esprime il valore dei beni e servizi mediamente prodotti per ogni cittadino residente.

### Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo

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

### Prodotto Interno Lordo pro capite

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Prodotto Interno Lordo corrente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

**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 destinata 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 tiene conto della diversa numerosità della popolazione nelle diverse regioni né palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria presente nelle diverse realtà territoriali, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate e non 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 esprime il valore dei beni e servizi mediamente prodotti dai cittadini di ciascuna regione. La sua lettura integrata con l'indicatore precedente permette di stabilire quanto l'onere del finanziamento per i LEA graverebbe sul valore prodotto da ciascun cittadino.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli 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, evidenzia una crescita dal 2003 al 2009 passando dal 6,09% al 7,22% (Tabella 1) con un tasso medio composto annuo del 2,87%. Tale andamento in incremento è particolarmente significativo nel 2009, anno in cui, in valori assoluti, la spesa sanitaria pubblica aumenta, mentre il PIL subisce una riduzione.

Tale trend positivo della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL sembrerebbe 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)<sup>1</sup>.

Il suo valore è allineato alla media dei Paesi OCSE, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come Regno Unito, Germania e Francia di circa 2 punti percentuali ed addirittura degli USA che hanno un sistema notoriamente privato.

Anche a livello regionale, si registra un tasso medio annuo crescente, con punte massime in Puglia e Basilicata. Unica eccezione è la PA di Bolzano che registra una riduzione.

A livello regionale l'indicatore, nel 2009, mostra delle significative differenze, variando da un massimo di 11,02% del Molise ad un minimo di 5,42% della Lombardia, denunciando un divario che supera i 5

punti percentuali.

Tutte le regioni del Sud hanno una spesa sul PIL superiore al valore nazionale, mentre le regioni del Nord e Centro, con l'eccezione di Liguria ed Umbria, presentano una spesa sul PIL inferiore al valore nazionale.

Tale fenomeno si verifica analogamente negli anni 2003 e 2008.

Tutte le regioni presentano una crescita del valore dell'indicatore dal 2008 al 2009 con la sola eccezione della PA di Bolzano che, in controtendenza, riduce la spesa sul PIL del 4,46%.

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 2009, è stata effettuata una lettura integrata di due indicatori: spesa sanitaria sul PIL e PIL pro capite (Tabella 1 e 2). Dall'analisi emerge che le regioni con un PIL pro capite più basso rispetto al valore nazionale, si presentano con una percentuale di spesa sanitaria sul PIL superiore al dato nazionale e viceversa: il che sembrerebbe dimostrare che la quantità di risorse destinate alla sanità non rappresentano una quota proporzionale alle risorse prodotte da ciascun residente nelle diverse regioni, ma parrebbe esistere una relazione inversa: tanto maggiore è il PIL pro capite tanto minore è la quota del PIL destinata alla tutela della salute. Da tale quadro generale si discosta la Liguria che si presenta con un PIL pro capite ed una percentuale di spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL maggiore del valore nazionale. Una giustificazione potrebbe risiedere nella composizione per età della popolazione che, per il peso della fascia anziana, obbliga a destinare una maggiore quota di PIL alla spesa sanitaria.

<sup>1</sup>L'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.

**Tabella 1** - Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, variazione percentuale e tasso medio composto annuo (per 100) per regione - Anni 2003, 2008, 2009

Regioni	2003	2008	2009	$\Delta$ % (2008-2009)	$\Delta$ % (2003-2009)	Tassi medi composti annui (2003-2009)
Piemonte	5,54	6,35	6,85	7,92	23,62	3,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,32	6,08	6,14	0,96	15,41	2,42
Lombardia	4,40	5,16	5,42	5,03	23,16	3,53
Bolzano-Bozen	6,41	6,38	6,09	-4,46	-5,03	-0,86
Trento	5,29	5,71	6,17	7,91	16,52	2,58
Veneto	5,10	5,64	5,94	5,44	16,51	2,58
Friuli Venezia Giulia	5,75	6,55	7,02	7,29	22,23	3,40
Liguria	6,75	7,21	7,57	5,08	12,23	1,94
Emilia-Romagna	5,13	5,50	5,83	5,87	13,60	2,15
Toscana	5,53	6,35	6,77	6,67	22,39	3,42
Umbria	6,72	7,11	7,67	7,85	14,10	2,22
Marche	5,88	6,39	6,75	5,70	14,77	2,32
Lazio	5,95	6,75	7,08	4,76	19,01	2,94
Abruzzo	8,06	8,21	8,42	2,60	4,44	0,73
Molise	9,37	10,04	11,02	9,83	17,70	2,75
Campania	9,20	10,46	10,66	1,91	15,83	2,48
Puglia	8,33	9,95	10,45	5,04	25,47	3,85
Basilicata	8,19	9,68	10,27	6,11	25,39	3,84
Calabria	8,76	10,26	10,76	4,88	22,90	3,50
Sicilia	8,85	9,89	10,15	2,68	14,66	2,31
Sardegna	7,94	8,95	9,52	6,32	19,83	3,06
<b>Italia</b>	<b>6,09</b>	<b>6,87</b>	<b>7,22</b>	<b>5,02</b>	<b>18,51</b>	<b>2,87</b>

Fonte dei dati: Istat. Health for all-Italia. Anno 2012.

**Tabella 2** - PIL totale (miliardi di €) e PIL pro capite (€) per regione - Anno 2009

Regioni	PIL totale	PIL pro capite
Piemonte	120.696	27.187
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4.348	34.111
Lombardia	317.027	32.401
Bolzano-Bozen	17.698	35.315
Trento	15.729	30.114
Veneto	141.761	28.937
Friuli Venezia Giulia	34.511	28.001
Liguria	43.465	26.905
Emilia-Romagna	135.283	30.980
Toscana	103.713	27.888
Umbria	21.204	23.625
Marche	40.298	25.757
Lazio	165.415	29.255
Abruzzo	28.396	21.242
Molise	6.531	20.377
Campania	97.094	16.686
Puglia	69.959	17.139
Basilicata	10.649	18.057
Calabria	33.216	16.533
Sicilia	84.853	16.835
Sardegna	32.781	19.609
<b>Italia</b>	<b>1.524.624</b>	<b>25.329</b>

Fonte dei dati: Istat. Health for all-Italia. Anno 2012.

### 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. 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'analogia categoria di beni come quella alimentare. Una ulteriore e diversa spiegazione potrebbe risiedere nel fatto che le regioni sono tenute al rispetto dei LEA e che il relativo finanziamento è alimentato anche da trasferimenti di fondi definiti in sede di accordo Stato-Regioni. La conseguenza è che a fronte di una omogenea ripartizione di risorse destinata alla sanità fra le diverse regioni, il valore della spesa, se rapportato al PIL pro capite, sembra incidere in misura maggiore nelle realtà 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.

Al fine di omogeneizzare la quota di PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica fra le regioni, sarebbe auspicabile che le diverse realtà territoriali 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. In secondo luogo, sarebbe opportuno che le regioni adottassero tecniche di programmazione delle attività sanitarie e delle correlate risorse (strumentazioni, personale ed altri beni) in modo da evitare inutili duplicazioni o situazioni di carenze strutturali che conducono ad una lievitazione della spesa.

## Spesa sanitaria pro capite

**Significato.** L'indicatore viene presentato in una duplice versione che assume significato nella distribuzione regionale e, precisamente, al lordo del saldo della mobilità ed al netto del suddetto saldo.

La prima versione dell'indicatore esprime l'ammontare medio di risorse monetarie destinate all'assistenza sani-

taria erogata in una regione, sia a cittadini della stessa che di altre realtà territoriali, e rapportato a ciascun residente. La seconda versione, invece, fornisce una indicazione della quantità di risorse monetarie utilizzata in ciascuna regione per l'erogazione di prestazioni sanitarie ai soli residenti della stessa.

### *Spesa sanitaria pubblica pro capite*

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

### *Spesa sanitaria pubblica pro capite al netto del saldo di mobilità*

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica al netto del saldo di mobilità
Denominatore	Popolazione media residente

**Validità e limiti.** I due indicatori hanno la validità di fornire una prima indicazione della quantità di risorse monetarie che il settore pubblico destina all'assistenza sanitaria erogata nella regione o a favore dei soli residenti e di consentire una valutazione delle eventuali disparità tra le varie realtà territoriali.

La loro lettura integrata esprime anche il diverso grado di attrattività del sistema erogatore di ciascuna regione.

Tali indicatori non sono avulsi da alcuni limiti.

L'indicatore spesa sanitaria pubblica pro capite, offrendo una informazione di quanto mediamente viene speso nella regione per erogare le prestazioni sia a soggetti residenti che non residenti, fa gravare su ciascun cittadino della regione anche gli oneri derivanti da prestazioni che soddisfano bisogni di salute di individui di altre regioni.

Entrambi, ma con maggior significato per l'indicatore spesa sanitaria pubblica pro capite al netto del saldo di mobilità, non tengono in conto il 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. Un ulteriore limite consiste nel fatto che non consentono 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.

Infine, entrambi gli indicatori, essendo espressi in euro correnti e, quindi, fisiologicamente in crescita al

crescere dei prezzi dei prodotti e servizi, non rappresentano la quantità di servizi erogati.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli 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 pro capite mostra, a livello nazionale, una crescita dell'1,09% fra il 2010 ed il 2011 passando da 1.831€ a 1.851€ ed aumenta anche rispetto al 2005 del 12,59% (Tabella 1). Occorre osservare, però, come l'incremento tra il 2011 ed il 2010 include l'effetto dovuto alla contabilizzazione a partire dal 2011 dei costi relativi agli ammortamenti degli investimenti.

I suoi valori si presentano in linea con la media dei Paesi dell'OCSE anche se inferiore a valori di alcuni Paesi europei come Francia, Germania e Regno Unito. Se si analizza il trend dell'incremento della spesa pro capite, a partire dall'anno 2001, si osservano valori sempre superiori a 3 punti percentuali con una inversione di tendenza nel corso degli ultimi anni.

Nel 2011, la distribuzione della spesa pro capite fra le regioni conferma le stesse caratteristiche del 2010: le regioni del Nord, con l'eccezione del Veneto e della Lombardia (per il solo 2010), mettono a disposizione un ammontare di risorse superiore rispetto alle regioni meridionali ed anche a quello nazionale; nelle regioni del Centro si assiste ad una maggiore dispersione dei valori, con una connotazione costante nel biennio: Lazio e Toscana hanno valori superiori al

dato nazionale, mentre Marche ed Umbria inferiore. La distribuzione del 2011 e del 2010 è del tutto sovrapponibile a quella del 2005, a significare che la posizione delle regioni non si è modificata nel tempo. In valori assoluti, la spesa per cittadino presenta un valore nazionale di 1.851€ ed oscilla da un minimo, registrato in Calabria, di 1.704€ ad un massimo di 2.256€ nella PA di Bolzano con un *gap* di poco più di 550€.

Le regioni del Nord e del Centro, eccetto Piemonte e Marche, aumentano la spesa pro capite dal 2010 al 2011. Le regioni del Sud, invece, riducono la spesa per cittadino, con l'eccezione di Sardegna, Abruzzo, Basilicata e Sicilia che ne aumentano il valore.

I risultati dell'analisi subiscono una parziale modifica

se si analizza la spesa pro capite al netto del saldo della mobilità (Tabella 2).

La spesa, nel 2011, oscilla fra 1.759€ in Campania e 2.327€ in Valle d'Aosta, con un *gap* di circa 570€.

La distribuzione della spesa fra le regioni si presenta disomogenea senza un gradiente Nord-Sud.

In valori assoluti, la spesa pro capite corretta per la mobilità si presenta inferiore, rispetto ai valori non corretti per la mobilità, in tutte quelle regioni che hanno una maggiore mobilità attiva rispetto alla passiva. Tale fenomeno si registra, prevalentemente, nelle regioni del Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e PA di Bolzano) e del Centro (Toscana, Lazio e dUmbria), ma coinvolge anche il Molise.

**Tabella 1** - Spesa (€) sanitaria pubblica pro capite, variazione percentuale e tasso medio composto annuo (per 100) per regione - Anni 2005, 2010, 2011

Regioni	2005	2010	2011	Δ % (2010-2011)	Δ % (2005-2011)	Tassi medi composti annui (2005-2011)
Piemonte	1.659	1.902	1.895	-0,37	14,23	2,24
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.821	2.169	2.222	2,44	22,02	3,37
Lombardia	1.566	1.805	1.867	3,43	19,22	2,97
Bolzano-Bozen	2.048	2.174	2.256	3,77	10,16	1,63
Trento	1.713	2.079	2.209	6,25	28,96	4,33
Veneto	1.602	1.784	1.812	1,57	13,11	2,07
Friuli Venezia Giulia	1.648	1.978	2.074	4,85	25,85	3,91
Liguria	1.827	2.005	2.044	1,95	11,88	1,89
Emilia-Romagna	1.692	1.912	1.922	0,52	13,59	2,15
Toscana	1.642	1.894	1.896	0,11	15,47	2,43
Umbria	1.620	1.801	1.835	1,89	13,27	2,10
Marche	1.539	1.793	1.787	-0,33	16,11	2,52
Lazio	1.912	1.962	1.969	0,36	2,98	0,49
Abruzzo	1.725	1.741	1.757	0,92	1,86	0,31
Molise	2.036	2.070	2.057	-0,63	1,03	0,17
Campania	1.670	1.717	1.710	-0,41	2,40	0,40
Puglia	1.514	1.771	1.731	-2,26	14,33	2,26
Basilicata	1.508	1.799	1.817	1,00	20,49	3,16
Calabria	1.424	1.719	1.704	-0,87	19,66	3,04
Sicilia	1.558	1.686	1.729	2,55	10,98	1,75
Sardegna	1.629	1.869	1.911	2,25	17,31	2,70
<b>Italia</b>	<b>1.644</b>	<b>1.831</b>	<b>1.851</b>	<b>1,09</b>	<b>12,59</b>	<b>2,00</b>

**Nota:** per il solo anno 2011 sono compresi gli ammortamenti.

**Fonte dei dati:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. RGSEP 2008, 2011. Anno 2012.

**Tabella 2** - Spesa (€) sanitaria pubblica pro capite al netto del saldo sulla mobilità interregionale per regione - Anno 2011

Regioni	Spesa sanitaria pro capite	Spesa sanitaria pro capite al netto della mobilità
Piemonte	1.895	1.894
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.222	2.327
Lombardia	1.867	1.821
<i>Bolzano-Bozen</i>	2.256	2.248
<i>Trento</i>	2.209	2.238
Veneto	1.812	1.792
Friuli Venezia Giulia	2.074	2.053
Liguria	2.044	2.063
Emilia-Romagna	1.922	1.844
Toscana	1.896	1.864
Umbria	1.835	1.824
Marche	1.787	1.806
Lazio	1.969	1.964
Abruzzo	1.757	1.804
Molise	2.057	1.953
Campania	1.710	1.759
Puglia	1.731	1.770
Basilicata	1.817	1.865
Calabria	1.704	1.818
Sicilia	1.729	1.769
Sardegna	1.911	1.950
<b>Italia</b>	<b>1.851</b>	<b>1.851</b>

**Fonte dei dati:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. RGSEP 2011. Anno 2012.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

La spesa sanitaria pro capite al netto della mobilità assume valori diversi fra le regioni. Ciò significa che alcune regioni destinano, mediamente, più risorse di altre per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ai loro cittadini. Una spiegazione potrebbe risiedere nella diversa composizione della popolazione che richiede prestazioni più onerose ed in quantità superiore, oppure nello scarso livello di efficienza con cui vengono erogate, oppure ancora nella scelta di offrire un maggior volume di servizi ai propri residenti. Certamente il confronto fra i due indicatori evidenzia

che vi sono regioni (particolarmente del Nord) con una capacità attrattiva superiore a quella di altre regioni (tipicamente del Sud) che origina una maggiore mobilità attiva rispetto a quella passiva. Al fine di omogeneizzare la spesa sanitaria per cittadino residente, sarebbe auspicabile che ciascuna regione verificasse il livello di rispetto dei LEA e, qualora venisse appieno soddisfatto, analizzasse le singole cause che conducono al divario fra le diverse regione, cercando di intervenire laddove vi sono comportamenti viziosi.

## 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 evidenziando problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni circoscritti, però, ad alcune regioni sono, invece, probabile sintomo di difficoltà gestionali. L'indicatore accoglie l'impostazione proposta dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del

Paese (RGSEP), secondo cui le voci di ricavo e costo sono comprensive della mobilità interregionale, ma hanno tradizionalmente escluso costi capitalizzati (incrementi di immobilizzazioni per lavori interni e quote di contributi in conto capitale), rivalutazioni di attività finanziarie, ammortamenti<sup>1</sup>, svalutazioni di crediti e di attività finanziarie. A partire dal 2011, tuttavia, la RGSEP ha modificato la propria impostazione, inserendo tra i costi gli ammortamenti e tra i ricavi i correlati costi capitalizzati. Di tale modifica, qui recepita, è necessario tener conto nel confronto con i periodi precedenti.

### 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 "politica-mente sensibile" il dato si rivela, talvolta, lacunoso, ritardato ed 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. In prospettiva, miglioramenti potrebbero derivare dalle recenti iniziative in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/2011), "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 a maggior ragione per le regioni a statuto speciale e le PA, che beneficiano di fonti di finanziamento specifiche, a dinamica differenziata e senza componenti perequative. 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

Nel 2011, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,779 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2010 (2,206 miliardi di euro) ed a conferma del trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco (5,790 miliardi di euro) raggiunto nel 2004.

Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo 2011 (29€) è il più basso dell'intero arco temporale considerato (2002-2011), malgrado il peggioramento

<sup>1</sup>In particolare, è stato previsto di includere nella valutazione del risultato d'esercizio 2011 la quota degli ammortamenti non sterilizzati di competenza 2011 dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010. "La relativa valorizzazione, che si accompagna sul lato delle entrate, alla valorizzazione della eventuale quota di entrate preordinate per la relativa copertura (costi capitalizzati), è stata effettuata [...] dalle singole regioni [...]. I valori riportati si riferiscono alle verifiche che i Tavoli tecnici hanno effettuato sulle singole regioni sulla base delle informazioni da loro fornite attraverso una specifica rilevazione" (RGSEP 2011, p. 189).

indotto dalla citata modifica nella configurazione di risultato adottata dalla RGSEP: utilizzando la definizione di disavanzo impiegata fino al 2010 (dati non mostrati in tabella), il disavanzo pro capite nazionale sarebbe stato pari a 22€.

Nel confronto interregionale permangono forti differenze, con un ampio gradiente Nord-Sud. Le regioni del Centro-Nord presentano tutte un risultato positivo, con la sola eccezione della Liguria; va peraltro rilevato come alcune (segnatamente Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) abbiano conseguito tale obiettivo ricorrendo anche ad entrate aggiuntive poste

a carico del bilancio regionale, mentre altre (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento e Bolzano) beneficino di particolari regole di finanziamento. Specularmente, le regioni del Centro-Sud sono tutte in disavanzo, con la sola eccezione dell'Abruzzo, sebbene molte di loro, negli ultimi anni, abbiano significativamente ridotto le proprie perdite. Le situazioni più critiche, in particolare, continuano a registrarsi nel Lazio (con un disavanzo pro capite, nel 2011, di 152€ ed un disavanzo pro capite cumulato, nel 2002-2011, di 2.434€) e nel Molise (rispettivamente, 123€ e 1.966€).

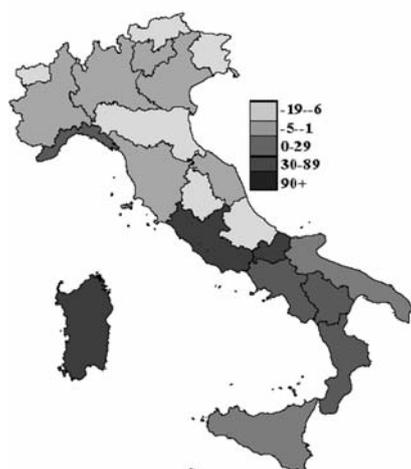
**Tabella 1** - Disavanzo/avanzo (€) sanitario pubblico pro capite e cumulato per regione - Anni 2002, 2010, 2011

Regioni	2002	2010	2011	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato (2002-2011)
Piemonte	9	0	-1	178
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	56	35	-8	717
Lombardia	35	-2	-2	11
Bolzano-Bozen	152	-15	-9	-133
Trento	-2	24	-5	139
Veneto	45	-3	-2	56
Friuli Venezia Giulia	-28	-11	-6	-171
Liguria	28	56	89	854
Emilia-Romagna	12	-6	-8	96
Toscana	12	5	-3	103
Umbria	12	-9	-12	141
Marche	66	2	-1	215
Lazio	110	180	152	2.434
Abruzzo	106	4	-19	911
Molise	57	180	123	1.966
Campania	111	82	44	1.405
Puglia	1	79	29	454
Basilicata	1	49	62	420
Calabria	73	34	65	622
Sicilia	68	6	20	801
Sardegna	106	92	131	1.098
<b>Italia</b>	<b>50</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>608</b>

**Nota:** per il 2011 tra i costi sono compresi gli ammortamenti, mentre tra i ricavi sono compresi i costi capitalizzati.

**Fonte dei dati:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. RGSEP 2005-2011. Anno 2012.

**Disavanzo/avanzo (€) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2011**



### **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 fermarsi alle medie nazionali.

In generale, comunque, i risultati conseguiti nel 2011, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento complessivo (+0,8% rispetto al 2010), possono essere ricondotti all'ulteriore rafforzamento delle regole di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari (ad esempio, l'abbassamento della soglia di disavanzo che rende obbligatoria la predisposizione di un Piano di Rientro), nonché alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto sia a livello naziona-

le (ad esempio, blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro), sia a livello regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi (ad esempio, riorganizzazione della rete ospedaliera, assegnazione di tetti di spesa e *budget* agli operatori privati accreditati, blocco del *turnover* ed introduzione o innalzamento dei ticket).

La generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione in alcune delle regioni assoggettate a Piano di Rientro e la presenza di numerose regioni in equilibrio, inducono anche quest'anno, per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, ad un cauto ottimismo. 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.