

Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario torna quest'anno a presentare l'intera gamma dei tradizionali indicatori, ossia 1. spesa sanitaria pubblica in rapporto al prodotto interno lordo; 2. spesa sanitaria pubblica pro capite e 3. disavanzo/avanzo pro capite. Ripropone, inoltre, aggiornandolo, l'approfondimento infra-regionale, ossia l'analisi dei conti economici non per singola azienda (indagine resa poco significativa dalle frequenti iniziative di "riassetto" delle Aziende Sanitarie), ma almeno per "aggregati provinciali", ossia per insiemi di Aziende Sanitarie pubbliche che insistono sulla medesima provincia. Introduce, infine, una progressiva scomposizione del rapporto tra spesa pubblica e Prodotto Interno Lordo (PIL), dapprima distinguendo tra costi per servizi prodotti direttamente dalle aziende pubbliche e costi per servizi acquisiti da soggetti privati accreditati e convenzionati e successivamente disaggregando questi ultimi per tipologia (farmaceutica, medicina generale, specialistica ambulatoriale, ricovero, riabilitativa, integrativa e protesica).

Come sempre, è necessario premettere che i dati contabili del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non sono ancora pienamente attendibili. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti disposizioni in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/2011 e successivi provvedimenti attuativi), di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012 e successivi provvedimenti attuativi, tra cui in particolare la definizione in ogni regione di un "Percorso Attuativo della Certificabilità"). L'armonizzazione dovrebbe consentire: 1. un trattamento contabile univoco 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 un adeguamento delle procedure di rilevazione e un ridisegno del correlato sistema di controlli contabili interni ed esterni.

Nel frattempo, i dati disponibili confermano anche per quest'anno l'efficacia delle iniziative di contenimento della spesa.

A livello nazionale, la spesa pubblica pro capite si è ridotta dello 0,8% medio annuo nel periodo 2010-2013 e addirittura dell'1,5% nel 2013, scendendo così a 1.816€, ossia a un livello tra i più bassi nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Coerentemente, il rapporto spesa pubblica/PIL si è attestato al 7% (dato 2012) malgrado la contrazione del denominatore. Quanto al disavanzo (1,043 miliardi di euro nel 2012, pari a 18€ pro capite), si conferma il trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco (5,790 miliardi di euro) raggiunto nel 2004, pur in presenza di tassi sempre più contenuti di incremento dei ricavi.

A livello regionale, la variazione della spesa pro capite nel periodo 2010-2013 è stata negativa in tutte le regioni tranne in Emilia-Romagna e in alcune regioni a statuto speciale (PA di Trento, PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna). Riduzioni di spesa superiori alla media si sono registrate in quasi tutte le regioni centro-meridionali (tranne Abruzzo, Basilicata e Sardegna), ma anche in alcune regioni centro-settentrionali (Piemonte, Liguria, Toscana). Nel 2012, d'altra parte, le regioni centro-settentrionali presentavano già tutte un risultato positivo o nullo, con le sole eccezioni di Liguria e Toscana; le regioni centro-meridionali erano, invece, tutte in disavanzo, con le sole eccezioni di Abruzzo e Puglia e con situazioni particolarmente critiche nel Lazio, in Molise e in Sardegna.

A livello infraregionale, infine, gli aggregati provinciali con perdite elevate (ossia, superiori al 5% dei proventi) si confermano in numero molto ridotto (10 nel triennio 2011-2013, contro i 52 del triennio 2002-2004) e scarsamente concentrati dal punto di vista geografico: tre nel Lazio, due nel Veneto e in Sardegna, uno (che però equivale all'intera regione) nel Molise, uno anche in Toscana e in Calabria; ciò in contrapposizione al triennio 2002-2004, in cui ben 7 regioni si caratterizzavano per la presenza di perdite elevate in tutti i propri aggregati provinciali.

Sia nella scomposizione del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, sia nell'analisi dei conti economici per aggregati provinciali, emerge anche una forte differenziazione nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso ad erogatori privati accreditati e convenzionati. Il peso della produzione esterna, in particolare, supera il 40% in Lombardia, Lazio, Molise e Campania. L'analisi delle *performance* economico-finanziarie delle diverse regioni e dei diversi aggregati provinciali non indica quale dovrebbe essere il livello ottimale di

tale *mix*; suggerisce, al contrario, che buone *performance* si possano conseguire con *mix* anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di meglio programmare le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private.

Nel complesso, la generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione nella maggior parte 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, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infatti, che il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi. Tutto ciò riflette e sintetizza un profondo mutamento anche 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.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora piuttosto fragile, per almeno tre motivi. Innanzitutto, l'equilibrio è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi, come già è accaduto recentemente in alcune regioni. In secondo luogo, l'equilibrio è spesso fondato sul ricorso a fonti di finanziamento aggiuntive (incremento del carico fiscale e/o delle compartecipazioni alla spesa regionale) ed è molto sensibile a eventuali modificazioni dei criteri di ponderazione della popolazione ai fini del riparto. Infine, l'equilibrio è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi, contenimento dei consumi sanitari, vincoli agli investimenti) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre risparmi ulteriori.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Significato. Nel presente Capitolo è presentato un nuovo indicatore della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL).

L'intento è quello di fornire un indicatore che non esprime solo l'incidenza della spesa corrente pubblica nella sua totalità, ma che offre una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali oltre che nazionale. A tal fine, l'indicatore analizza tre funzioni e precisamente:

- Spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali;
- Spesa sanitaria pubblica corrente per altre prestazioni

(relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurative, contributive e fiscali).

Inoltre, effettua una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono:

- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico specialistica;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case cura private;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione}}{\text{Denominatore} \quad \text{Prodotto Interno Lordo corrente}} \times 100$$

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori che consente di indagare il diverso peso delle componenti della spesa sanitaria.

Esprime la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni individuate rispetto a quanto prodotto, complessivamente, nel periodo di riferimento.

Si tratta di un indicatore grezzo e i suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa per funzione non tiene conto di una serie di variabili importanti. In particolare, non tiene in considerazione la diversa numerosità della popolazione nelle diverse regioni né palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria che essa presenta nelle diverse realtà territoriali, non rappresenta la quantità e la tipologia di prestazioni effettivamente erogate in ciascuna funzione, 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 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. Come tale, 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 avesse *in toto* l'onere del finanziamento.

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 nella sua totalità e per il dato relativo ad alcune funzioni, laddove disponibile, 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, si posiziona sul 7% nel 2012. Il suo valore è allineato alla media dei Paesi OCSE, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come Regno Unito, Germania, Francia, Norvegia e Danimarca, e

addirittura degli Stati Uniti che hanno un sistema notoriamente privato.

A livello regionale il valore più basso si presenta in Lombardia con 5,33% del PIL, mentre il valore più alto si registra in Molise con 10,42%, denunciando un divario che supera i 5 punti percentuali.

A tale valore complessivo della spesa corrente rispetto al PIL concorrono, con peso differente, tre funzioni di spesa: spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente; spesa sanitaria pubblica corrente per altre prestazioni; spesa sanitaria pubblica corrente per prestazioni sociali in convenzione.

La prima componente gioca un ruolo predominante in tutte le regioni e, di conseguenza, a livello nazionale. Questa componente incide da un minimo del 2,80% del PIL sempre della Lombardia ad un massimo di 6,50% in Sardegna e giustifica sempre una percentuale superiore al 50% della spesa pubblica corrente. All'opposto, la seconda componente è la meno significativa in quanto assorbe da un minimo dello 0,26% del PIL in Lombardia ad un massimo dello 0,64% in Calabria e corrisponde ad una percentuale della spesa pubblica corrente mai superiore al 7%. Infine, la spesa per prestazioni sociali incide da un minimo dell'1,36% del PIL in PA di Bolzano ad un massimo del 4,27% in Molise e giustifica in ogni regione una percentuale sempre superiore al 20% della spesa pubblica corrente (Tabella 1 e Grafico 1).

Queste tre componenti giocano un ruolo diverso all'interno di ogni regione. In Lombardia, Lazio, Molise e Campania la spesa per prestazioni in convenzione copre più del 40% della spesa sanitaria pubblica, mentre la spesa per prestazioni erogate direttamente meno del 55%. La situazione è completamente ribaltata nelle altre realtà regionali dove la spesa per

prestazioni in convenzione determina una percentuale inferiore al 40% della spesa pubblica a favore di una maggiore percentuale della spesa per prestazioni erogate direttamente. Certamente gioca un ruolo determinante la maggiore o minor presenza di strutture private accreditate nelle diverse regioni.

La spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (Tabella 1 e Grafico 2) a livello nazionale (2,50% del PIL) è prevalentemente articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,57%) e spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,58%). Ad un confronto con realtà internazionali, la prima componente si presenta inferiore a quella di altri Paesi come Germania e Francia e leggermente superiore a quella del Regno Unito.

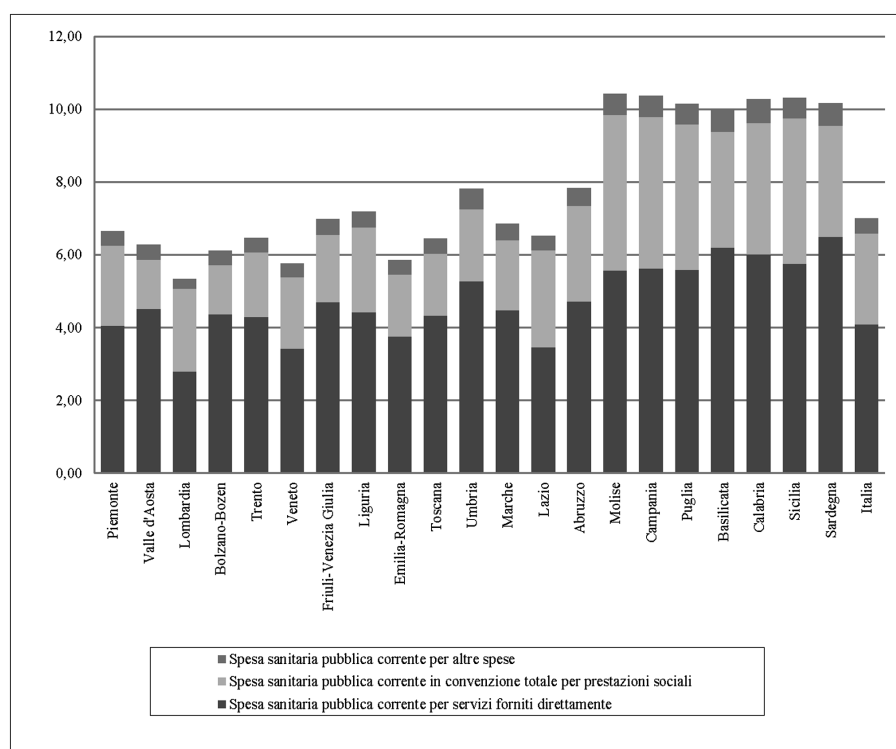
Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,30%) e dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,25%). La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,43% del PIL. La spesa per prestazioni in convenzione presenta un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con valori più alti del valore nazionale nelle regioni del Sud, nelle Isole e nel Lazio.

In tutte le regioni la componente che gioca un ruolo primario è la spesa farmaceutica. Costituiscono eccezione la PA di Bolzano per la quale la maggior quota di spesa in convenzione è da assegnare alla spesa sanitaria per assistenza medico generale e Lombardia, Lazio, Molise, Campania e Puglia per le quali la maggior quota di spesa in convenzione è da assegnare alla spesa sanitaria per case di cura private.

Tabella 1 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente totale e per funzione in rapporto al PIL per regione - Anno 2012

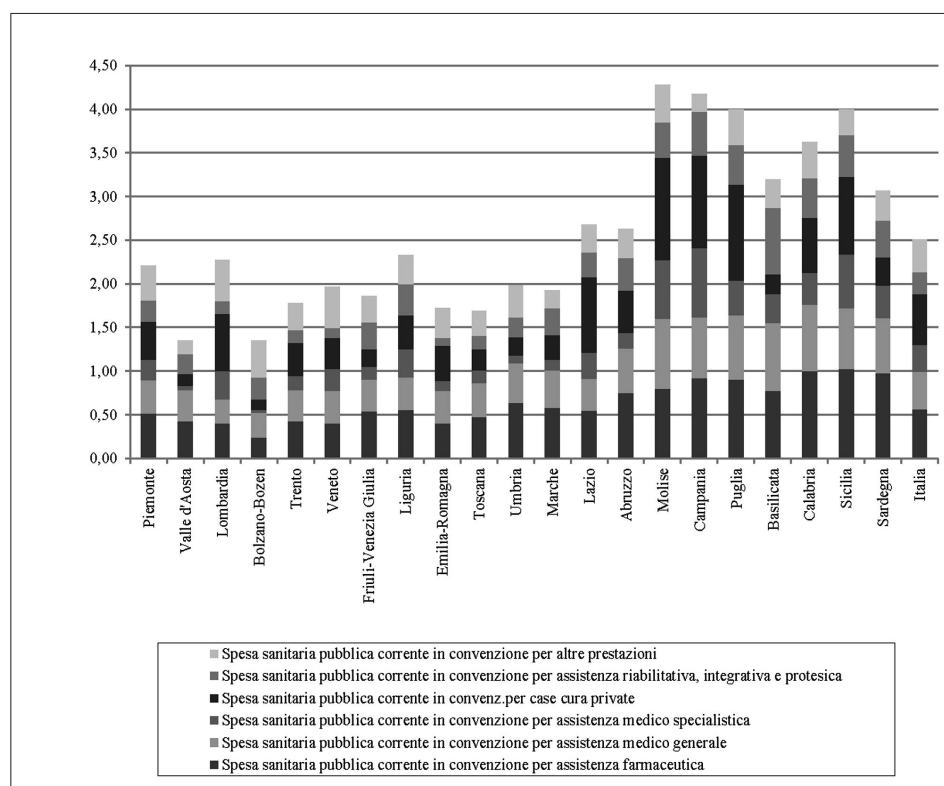
Regioni	Totale spesa sanitaria pubblica corrente	Spesa sanitaria pubblica corrente			In convenzione per prestazioni sociali					
		Per servizi forniti direttamente	Per altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	Per assistenza medico generale	Per assistenza medico specialista	Per case di cura private	Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Per altre prestazioni
Piemonte	6,65	4,05	0,39	2,19	0,51	0,38	0,23	0,43	0,24	0,40
Valle d'Aosta	6,28	4,52	0,41	1,37	0,43	0,36	0,05	0,14	0,23	0,16
Lombardia	5,33	2,80	0,26	2,27	0,40	0,28	0,33	0,65	0,14	0,47
Bolzano-Bozen	6,11	4,38	0,38	1,36	0,24	0,29	0,03	0,13	0,25	0,42
Trento	6,46	4,30	0,38	1,78	0,42	0,36	0,16	0,38	0,15	0,31
Veneto	5,76	3,43	0,36	1,97	0,40	0,38	0,25	0,36	0,11	0,47
Friuli Venezia Giulia	6,98	4,70	0,42	1,86	0,54	0,36	0,15	0,20	0,31	0,30
Liguria	7,17	4,43	0,41	2,33	0,56	0,37	0,32	0,39	0,36	0,33
Emilia-Romagna	5,86	3,76	0,38	1,72	0,40	0,37	0,12	0,40	0,09	0,34
Toscana	6,44	4,34	0,41	1,69	0,48	0,39	0,14	0,24	0,16	0,28
Umbria	7,81	5,28	0,55	1,98	0,64	0,45	0,09	0,21	0,23	0,36
Marche	6,85	4,49	0,43	1,93	0,58	0,43	0,12	0,29	0,31	0,20
Lazio	6,52	3,46	0,38	2,69	0,55	0,37	0,30	0,87	0,28	0,32
Abruzzo	7,83	4,72	0,48	2,63	0,75	0,51	0,18	0,49	0,37	0,33
Molise	10,42	5,58	0,56	4,27	0,80	0,80	0,67	1,17	0,41	0,42
Campania	10,38	5,63	0,58	4,17	0,92	0,69	0,80	1,06	0,50	0,20
Puglia	10,15	5,59	0,57	4,00	0,91	0,74	0,39	1,10	0,46	0,40
Basilicata	10,00	6,20	0,60	3,19	0,78	0,77	0,33	0,23	0,76	0,32
Calabria	10,27	6,01	0,64	3,63	1,00	0,76	0,37	0,63	0,46	0,41
Sicilia	10,32	5,77	0,56	3,98	1,02	0,70	0,61	0,89	0,47	0,29
Sardegna	10,17	6,50	0,61	3,06	0,98	0,63	0,37	0,33	0,41	0,34
Italia	7,00	4,10	0,40	2,50	0,57	0,43	0,30	0,58	0,25	0,37

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2014.

Grafico 1 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al PIL per regione - Anno 2012

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2014.

Grafico 2 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al PIL per regione - Anno 2012



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

I valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL evidenziano che la quota di risorse finanziarie (proprie o trasferite) che le regioni utilizzano per le diverse funzioni, rispetto a quanto complessivamente prodotto nel periodo di riferimento, varia nelle diverse realtà con valori maggiori nelle regioni meridionali. Questa varietà si riscontra anche nella composizione della spesa per funzione, con regioni che dedicano più risorse alla erogazione diretta di prestazioni ed altre che, invece, tendono a spendere in misura maggiore per le prestazioni in convenzione. Fra di esse la spesa è prevalentemente orientata all'assistenza farmaceutica e alle prestazioni ospedaliere da case di cura. Certamente questo spaccato regionale può essere condizionato dal diverso quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e dalla diversa numerosità e composizione della popolazione stessa, ma certe voci di spesa, come la spesa sanitaria pubblica corren-

te in convenzione per case di cura private, riflettono una diversa politica sanitaria intrapresa nel passato dalle regioni, così come altre voci di spesa, quale spesa sanitaria per assistenza farmaceutica, possono derivare da una scarsa appropriatezza prescrittiva. Le raccomandazioni prospettabili sono, da un lato che le regioni programmino le modalità con cui erogare le prestazioni al fine di evitare di duplicare l'offerta finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private, dall'altro che le regioni adeguino l'offerta di prestazioni alle effettive esigenze della popolazione in modo da evitare che analoghi bisogni di salute vengano soddisfatti in regioni diverse con tipologia e quantità di prestazioni differenti ed un diverso utilizzo di risorse. Infine, un impegno che le regioni dovrebbero continuare ad assumere è di insistere sulla appropriatezza prescrittiva.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media per ogni individuo di una data regione, e di conseguenza dell'intera nazione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

In tal senso, dovrebbe indicare le risorse impiegate mediamente sia per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (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.

Infine, l'indicatore esprime la spesa pro capite al lordo della mobilità, cioè comprende la spesa che la regione sostiene a fronte di prestazioni erogate per cittadini residenti in altre regioni e non conteggia la spesa per prestazioni garantite ai propri cittadini da parte di regioni diverse. In tal senso, la spesa pro capite potrebbe essere sotto o sovrastimata a seconda che la mobilità passiva sia superiore o inferiore alla mobilità attiva della regione in analisi.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'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 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.

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

Nel 2013 la spesa sanitaria pubblica procapite in Italia è di 1.816€.

Con tale valore, l'OCSE pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno tra i 32 dell'area OCSE in termini pro

capite. Nell'ultimo anno la Norvegia ha, infatti, speso il 111% in più per ogni cittadino rispetto all'Italia, gli Usa il 70% circa, la Germania il 49%, la Francia e la Svezia il 35% circa, per arrivare al Regno Unito con l'11% in più. L'Italia, insomma, pare essere il fanalino di coda insieme a Paesi come Spagna (che comunque spende più di noi), Portogallo, Grecia e tutti i Paesi dell'Est Europa (1). La nostra spesa sanitaria pro capite se confrontata con altri Paesi, con sistema sanitario assimilabile al nostro o con connotati diversi, pare collocarsi su valori decisamente bassi.

Tale valore del 2013 è il risultato di un trend in diminuzione della spesa sanitaria nazionale che si riduce del 2,36% fra il 2010 e il 2013 con un tasso medio annuo composto di -0,79% e con un decremento dell'1,50% solo nell'ultimo anno. La spesa a livello nazionale parte da 1.860€ nel 2010, passa a 1.856€ nel 2011, a 1.844€ nel 2012 e si posiziona a 1.816€ nel 2013. A tale progressiva riduzione della spesa sanitaria pubblica pro capite a livello di intera nazione non si sovrappone lo stesso fenomeno a livello regionale. A tale diminuzione nazionale, infatti, le regioni hanno contribuito con comportamenti differenti: 6 regioni (Piemonte, Liguria, Veneto, Campania, Calabria e Sicilia) hanno progressivamente eroso la spesa pro capite nel corso dell'intero quadriennio 2010-2013, mentre tutte le altre regioni e PA hanno osservato un comportamento altalenante. Solo nell'ultimo biennio, ad eccezione di Basilicata, Marche e Puglia, tutte le regioni e PA hanno ridotto la spesa sanitaria da un minimo di 0,37% della Lombardia ad un massimo del 3,76% del Lazio.

Il *gap* fra le regioni passa da 465€ nel 2010 a 545€ nel 2013.

Relativamente all'ultimo anno di osservazione è la PA di Bolzano che sostiene la più alta spesa pro capite (2.231€), mentre è la Campania a sostenere la più bassa con 1.686€. La distribuzione della spesa fra le

regioni si presenta disomogenea senza, però, un netto gradiente Nord-Sud ed Isole e non subisce rilevanti cambiamenti nei singoli anni oggetto di osservazione.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (per 100) per regione - Anni 2010-2013

Regioni	2010	2011	2012	2013	Δ % (2010-2013)	Δ % (2012-2013)	Tassi medi composti annui (2010-2013)
Piemonte	1.922	1.906	1.904	1.847	-3,91	-3,01	-1,32
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	2.187	2.237	2.193	2.160	-1,20	-1,48	-0,40
Lombardia	1.825	1.850	1.814	1.807	-0,96	-0,37	-0,32
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2.219</i>	<i>2.235</i>	<i>2.307</i>	<i>2.231</i>	<i>0,54</i>	<i>-3,27</i>	<i>0,18</i>
<i>Trento</i>	<i>1.895</i>	<i>1.943</i>	<i>1.990</i>	<i>1.943</i>	<i>2,51</i>	<i>-2,38</i>	<i>0,83</i>
Veneto	1.754	1.745	1.734	1.724	-1,68	-0,55	-0,56
Friuli Venezia Giulia	2.001	2.045	2.060	2.040	1,94	-0,99	0,64
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	-3,42	-0,97	-1,15
Emilia-Romagna	1.850	1.863	1.893	1.872	1,15	-1,14	0,38
Toscana	1.889	1.902	1.853	1.813	-4,03	-2,16	-1,36
Umbria	1.837	1.846	1.874	1.827	-0,53	-2,49	-0,18
Marche	1.832	1.816	1.784	1.791	-2,24	0,43	-0,75
Lazio	1.996	1.987	1.998	1.923	-3,66	-3,76	-1,23
Abruzzo	1.774	1.789	1.795	1.756	-0,99	-2,18	-0,33
Molise	2.162	2.095	2.123	2.095	-3,11	-1,30	-1,05
Campania	1.791	1.748	1.718	1.686	-5,85	-1,87	-1,99
Puglia	1.843	1.794	1.763	1.764	-4,31	0,05	-1,46
Basilicata	1.862	1.885	1.822	1.833	-1,55	0,59	-0,52
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	-3,52	-1,73	-1,19
Sicilia	1.775	1.769	1.752	1.731	-2,49	-1,19	-0,84
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	1,84	-2,65	0,61
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	-2,36	-1,50	-0,79

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Rispetto all'indicatore, tre sono i punti di attenzione. I primi due sono inerenti all'indicatore stesso che, nonostante i limiti intrinseci, assume una certa rilevanza perché permette di valutare l'ammontare di risorse che la Regione e la Nazione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione 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 per i quali si denota una certa disomogeneità fra le diverse realtà regionali.

Tali differenze parrebbero essere 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 i LEA. Quindi, quote di spesa pro capite troppo diverse possono essere dimostrazione di politiche sanitarie non omogenee,

di insufficienti investimenti nel settore oltre che di un diverso grado di efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari.

In prospettiva, la via di un maggior confronto ed eventuale allineamento a livello nazionale e interregionale sulle politiche e scelte strategiche dei sistemi regionali potrebbero rappresentare un impegno da assumere al fine di evitare che nel futuro le differenze fra le diverse regioni si amplino o, comunque, continuino a permanere.

In secondo luogo, occorrerebbe investire maggiormente sulla qualità dei flussi di informazione laddove già esistono, come ad esempio la spesa per livello di LEA, e sulla attivazione di nuovi flussi laddove ancora mancanti o insufficienti, come la rilevazione delle prestazioni offerte dalla componente territoriale delle Aziende Sanitarie Locali. In tal modo, si alimenterebbe un *database* da cui trarre informazioni di *outcome*, tipologia di prestazioni e spesa correlata tali da permettere di introdurre interventi di politica sanitaria e gestionali più mirati.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD. Health Statistics 2014. Disponibile sul sito: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Ultimo accesso il 29 dicembre 2014.

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 divaricazione 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. Una progressiva riduzione dei disavanzi e un correlato ampliamento del numero di regioni in equilibrio segnalano, d'altra parte, una ritrovata sostenibilità.

Nella costruzione dell'indicatore si accoglie l'impostazione proposta dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) in termini sia di voci di costo e ricavo da considerare, sia di trattamento delle "risorse aggiuntive da bilancio regionale", ossia dei finanziamenti aggiuntivi assicurati dalla regione al proprio SSR (per esempio, tramite l'incremento delle aliquote fiscali) a integrazione del finanziamento sanitario ordinario corrente.

In merito a costi e ricavi, la RGSEP ha tradizionalmente incluso il saldo della mobilità interregionale escludendo, invece, 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. Questa impostazione è stata, però, modificata parzialmente nel 2011 e ulteriormente nel 2012. Nel 2011, in particolare, si è presa in considerazione "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" (RGSEP 2011, p. 189). Dal 2012, poi, vengono integralmente prese in considerazione tutte le voci di costo e ricavo tradizionalmente escluse. Si è, così, creata una duplice discontinuità nella serie storica (tra 2010 e 2011 e tra 2011 e 2012), di cui è opportuno tener conto nell'interpretazione dei dati.

La discontinuità tra 2011 e 2012, tra l'altro, è stata resa ancor più significativa dall'entrata in vigore del D. Lgs. n. 118/2011, che ha sostituito le precedenti regole con-

tabili istituite dalle singole regioni con una disciplina uniforme a livello nazionale, prevalentemente mutuata dal codice civile. Ciò ha comportato un mutamento talvolta significativo nei criteri di valutazione impiegati per la redazione dei bilanci. Ha, inoltre, "comportato che nel 2012 le regioni hanno effettuato una puntuale riconciliazione tra le posizioni debitorie e creditorie risultanti dai bilanci di esercizio degli enti dei SSR con i dati del bilancio regionale [...]. Tale attività di ricognizione si è riflessa, in parte, sui valori registrati nel conto economico con riferimento alle componenti straordinarie attive e passive" (RGSEP 2012, p. 195); per altra parte, ha fatto, inoltre, emergere "situazioni relative ad anni pregressi" che apparentemente non sono state poste a carico dei bilanci 2012, ma a cui occorrerà, comunque, "dare copertura finanziaria". In particolare: "a) per la regione Piemonte [...] l'importo di € 883 mln [ossia circa € 199 pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, [...] l'importo di € 292 mln [ossia circa € 71 pro capite] derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche [...] la perdita pregressa dell'IRCCS INRCA (€ 88,479 mln) [pari a circa € 57 pro capite]"¹. Quanto alle "risorse aggiuntive da bilancio regionale", la RGSEP le ha, finora, incluse tra i ricavi purché assegnate "per assicurare ex-ante l'equilibrio economico-finanziario" del SSR, anziché per coprire *ex-post* i disavanzi dell'esercizio. Per il 2012, tali finanziamenti "ammontano a circa 200 milioni di euro e sono riferiti, in particolare, alle regioni Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna e Puglia" (RGSEP 2012, p. 210). Inoltre, con specifico riferimento alle regioni a statuto speciale Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e alle PA di Trento e Bolzano, il cui fabbisogno sanitario è interamente coperto dalle regioni e province stesse, la RGSEP include tra i ricavi non solo le quote di partecipazione determinate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica a integrale copertura del fabbisogno sanitario regionale standard, ma anche "gli ulteriori trasferimenti [...] a carico dei rispettivi bilanci, comprese le risorse aggiuntive al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario", che "per il 2012, ammontano complessivamente a circa 766 milioni di euro" (RGSEP 2012, p. 197 e p. 210).

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi-Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

¹MEF-RGS (2014). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1. Roma.

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, come dimostrano, tra l'altro, la frequente revisione dei dati pubblicati nella RGSEP² e la citata emersione di sopravvenienze e insussistenze relative ad anni pregressi. Per la sua natura "politicamente sensibile", il dato si rivelava talvolta, soprattutto in passato e in alcune regioni, 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 nella RGSEP, né è sempre chiarita la distinzione tra le risorse stanziolate *ex-ante* per assicurare l'equilibrio e quelle stanziolate *ex-post* per coprire i disavanzi. Le prassi di redazione dei conti economici consolidati dei SSR presentano ancora alcune rilevanti criticità. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti iniziative 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, DM 17 settembre 2012, DM 1 marzo 2013). 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. Più in generale, i ricavi derivano prevalentemente da scelte di carattere istituzionale (quote di

prelievo fiscale che Stato e Regioni decidono di destinare alla sanità, imposizione di compartecipazioni alla spesa etc.); tali scelte, quindi, condizionano significativamente l'entità e l'evoluzione temporale 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. Va poi, in ogni caso, ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente per il buon funzionamento dei SSR: le *performance* dei SSR vanno misurate e valutate anche e soprattutto in termini di capacità di garantire i LEA e, in ultima analisi, di tutelare la salute.

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

Nel 2012, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,043 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2011 (1,261 miliardi di euro) e a conferma del trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco (5,790 miliardi di euro) raggiunto nel 2004. Ciò per effetto di tassi di incremento dei ricavi rispetto all'esercizio precedente che, dal 2005 in poi, si sono costantemente ridotti (dal 7,5% del 2005 a circa l'1% del 2012, con due marginali eccezioni nel 2007 e nel 2011), ma altrettanto costantemente sono stati superiori ai corrispondenti tassi di incremento dei costi che, anzi, al netto della posta degli ammortamenti (contabilizzata parzialmente nel 2011 e interamente nel 2012), sono stati negativi sia nel 2011 che nel 2012 (1).

Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo 2012 (18€) è il più basso dell'intero arco temporale considerato (2002-2012), malgrado il peggioramento indotto dalle citate modifiche nella configurazione di risultato adottata dalla RGSEP.

Nel confronto interregionale permangono forti differenze, con un ampio gradiente Nord-Sud ed Isole. Le regioni del Centro-Nord presentano tutte un risultato positivo o nullo, con la sola eccezione di Liguria e Toscana; va, peraltro, ricordato come alcune (segnatamente Piemonte ed Emilia-Romagna) abbiano conseguito tale obiettivo ricorrendo anche a entrate aggiuntive poste a carico del bilancio regionale, mentre altre (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento e Bolzano) beneficiano di particolari regole di finanziamento. Specularmente, le regioni del Centro-Sud ed Isole sono tutte in disavanzo, con la sola eccezione di

²Per esempio, il disavanzo nazionale 2011, quantificato in € 1,78 miliardi nella RGSEP 2011, è stato rideterminato in € 1,26 miliardi nella RGSEP 2012. La RGSEP stessa (RGSEP 2012, p. 186) specifica che "il risultato di esercizio può differire da quello risultante dal Tavolo di Verifica degli Adempimenti che opera a decorrere dal 2001 sulla base di una metodologia concordata con le regioni. Dal 2012, a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 118/2011, ancorché i risultati da Conto Economico (CE) e da Tavolo dovrebbero coincidere, i valori qui riportati riferiti al IV trimestre 2012 possono differire da quelli risultanti al Tavolo di verifica in quanto non tengono conto dell'attività di valutazione effettuata relativamente a: (i) la corrispondenza fra le iscrizioni del modello CE relative alla mobilità extraregionale e al finanziamento indistinto e vincolato, con quelle risultanti dall'atto formale di riparto relativo all'anno 2012; (ii) la presenza di rischi non contabilizzati legati, ad esempio, alla non congruità degli accantonamenti per il rinnovo delle convenzioni di medicina di base, per il quale il Tavolo ha chiesto l'adeguamento dei relativi importi sul modello CE".

Abruzzo e Puglia. Le situazioni più critiche, in particolare, continuano a registrarsi nel Lazio (con un disavanzo pro capite 2012 di 117€, un disavanzo pro capite cumulato 2002-2012 di 2.540€ e un disavanzo pro capite cumulato 2009-2012 di 686€) e nel Molise

(rispettivamente, 101€, 2.061€ e 597€), benché dal 2009 entrambe le regioni abbiano chiuso ogni esercizio con un disavanzo pro capite inferiore rispetto all'anno precedente; il disavanzo più elevato del 2012 si registra, però, in Sardegna (130€).

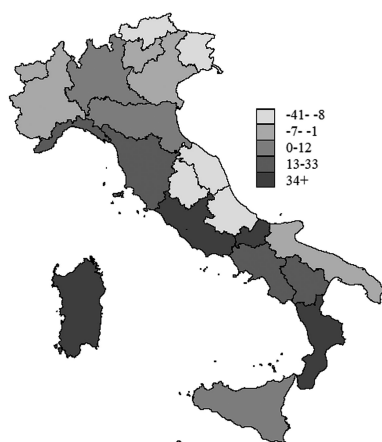
Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2002, 2009, 2012

Regioni	2002	2009	2012	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato (2002-2012)	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato (2009-2012)
Piemonte	9	-4	-4	174	-9
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	56	8	-7	695	14
Lombardia	35	0	0	11	-4
Bolzano-Bozen	152	-74	-13	-172	-137
Trento	-2	23	-3	135	39
Veneto	45	6	-1	23	-32
Friuli Venezia Giulia	-28	-14	-9	-189	-49
Liguria	28	65	19	875	231
Emilia-Romagna	12	-5	0	91	-24
Toscana	12	2	13	116	16
Umbria	12	-5	-20	118	-48
Marche	66	-11	-14	189	-37
Lazio	110	247	117	2.540	686
Abruzzo	106	71	-41	851	-5
Molise	57	199	101	2.061	597
Campania	111	136	21	1.424	281
Puglia	1	74	-3	448	177
Basilicata	1	36	29	440	167
Calabria	73	115	34	647	239
Sicilia	68	40	3	787	51
Sardegna	106	137	130	1.200	461
Italia	50	56	18	619	131

Nota: dal 2012 si applica la disciplina contabile uniforme a livello nazionale delineata nel D. Lgs. n. 118/2011; sono, inoltre, compresi 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. Ammortamenti e quote di contributi in conto capitale destinate alla "sterilizzazione" degli ammortamenti stessi erano già stati parzialmente introdotti nel 2011.

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze. RGSEP 2012. Anno 2014.

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2012



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi del disavanzo stesso (sottofinanzia-

mento, 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-

marsi ai valori nazionali.

In generale, comunque, i risultati conseguiti nel 2012, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento complessivo, possono essere ricondotti al rafforzamento delle regole di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari (per esempio, l'abbassamento della soglia di disavanzo che rende obbligatoria la predisposizione di un Piano di Rientro), alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto sia a livello nazionale (per esempio, blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di farmaci) che a livello regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi (per esempio, riorganizzazione della rete ospedaliera, assegnazione di tetti di spesa e *budget* agli operatori privati accreditati, blocco del *turnover*, introduzione o innalzamento dei ticket), nonché alle specifiche iniziative di "efficientamento" poste in essere dalle Aziende Sanitarie.

La generalizzata riduzione dei *deficit*, il miglioramento della situazione nella maggior parte 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, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infat-

ti, che il Servizio Sanitario Nazionale è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora piuttosto fragile, per almeno tre motivi: 1. è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi; 2. è spesso fondato sul ricorso a fonti di finanziamento aggiuntive (incremento del carico fiscale e/o delle partecipazioni alla spesa regionale) ed è molto sensibile a eventuali modificazioni dei criteri di ponderazione della popolazione ai fini del riparto; 3. è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi, contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (2012).

Le performance economico-finanziarie nel Servizio Sanitario Nazionale: un approfondimento infraregionale

Prof. Eugenio Anessi Pessina

Premessa ed obiettivi

Nel corso dell'ultimo decennio, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei soggetti che lo compongono ha acquisito sempre maggiore importanza. In particolare, per effetto dei processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni e di accentramento regionale, l'attenzione si è quasi esclusivamente focalizzata sul livello regionale¹. In tal senso va, opportunamente, anche l'innovazione normativa (D. Lgs. n. 118/2011) che richiede la redazione di un vero e proprio bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale.

Per loro natura, tuttavia, i bilanci consolidati perdono inevitabilmente di vista l'eterogeneità delle attività svolte dalle aziende consolidate, nonché l'apporto di ciascuna azienda alla realizzazione del risultato economico globale. Nel contesto sanitario, inoltre, un'eccessiva focalizzazione sul livello regionale rischia di sottovalutare "che la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità di ogni azienda e dall'interazione tra le aziende stesse", che molte variabili chiave restano sotto il controllo delle singole aziende e che il loro efficace utilizzo continua a dipendere, anche se non esclusivamente, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse.

Nel Rapporto Osservasalute 2013, pertanto, si era proposto un approfondimento che indagava le performance economico-finanziarie del SSN nel periodo 2002-2012 a un livello più dettagliato rispetto alla consueta dimensione regionale, al fine di verificare la presenza e la significatività di eventuali eterogeneità intra-regionali. Più specificamente, l'analisi proposta:

- suddivideva l'arco temporale indagato in quattro periodi (2002-2004; 2005-2007; 2008-2010; 2011-2012) al fine di facilitare la rappresentazione e l'interpretazione dei trend e di assorbire, almeno parzialmente, l'effetto di eventuali politiche di bilancio;
- assumeva come unità di analisi l'insieme delle Aziende Sanitarie pubbliche che insistono sulla medesima provincia², al fine di costruire serie storiche che prescindessero dai molteplici processi di ridefinizione delle aziende intervenuti nel decennio considerato, nonché di riflettere le crescenti spinte verso forme di coordinamento e integrazione a livello di area vasta;
- si fondava su due quozienti principali: 1. il risultato netto percentuale, pari al risultato netto di esercizio, rapportato per esigenze di confronto spazio-temporale al totale dei proventi dell'aggregato provinciale; 2. il ricorso pro capite alla produzione esterna, ossia il costo sostenuto per la "produzione affidata all'esterno" (medicina generale, farmaceutica convenzionata, mobilità passiva verso strutture private accreditate della regione di appartenenza, mobilità passiva interregionale), rapportato alla popolazione residente;
- con riferimento a ciascuno dei quattro periodi, impiegava tali quozienti per raggruppare gli aggregati provinciali in sei classi, definite in base all'incrocio dei seguenti intervalli: 1. risultato netto percentuale: positivo o nullo; negativo, ma contenuto entro il 5%, ossia entro la soglia di criticità definita dalla recente normativa in tema di Piani di Rientro³; negativo e superiore al 5%; 2. ricorso pro capite alla produzione esterna: inferiore o superiore al dato medio nazionale;
- ricorreva a ulteriori indicatori per approfondire l'interpretazione dei risultati: 3. i contributi pro capite da Fondo Sanitario Regionale (FSR); 4. l'incidenza dei costi del personale sulle "risorse per la produzione interna", quest'ultime definite come differenza tra i proventi dell'aggregato provinciale e i costi da questo sostenuti per il ricorso alla produzione esterna⁴; 5. il finanziamento aggiuntivo pro capite a carico della collettività regionale (tra cui contributi extra-fondo, ticket, quote di contributi in conto capitale imputate all'esercizio); 6. gli ulteriori proventi pro capite (tra cui mobilità attiva interregionale, ricavi libera professione, proventi accessori).

¹Significativo è il frequente riferimento normativo alla responsabilità regionale sull'operato e sull'equilibrio economico-finanziario delle "proprie" Aziende Sanitarie pubbliche. Si veda per, esempio, l'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005 (art. 6 - Obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario): "Le Regioni si impegnano a [...] garantire [...] l'equilibrio economico-finanziario del [SSR] nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico".

²Marche e Molise, in quanto caratterizzate da un'unica ASL regionale, erano state considerate ciascuna come un'unica provincia; le province di più recente costituzione, ossia Monza-Brianza e Barletta-Andria-Trani, erano state considerate, rispettivamente, parte delle province di Milano e Bari.

³In questa analisi, tuttavia, il parametro del 5% viene riferito ai proventi delle aziende anziché al finanziamento del SSR nel suo complesso.

⁴In questo modo, i costi del personale (così come eventuali altri costi di produzione interna) vengono commisurati alle risorse che residuano dopo aver remunerato gli erogatori esterni. Questo perché i SSR con maggiori risorse per la produzione interna (grazie all'elevato finanziamento, ai limitati costi per la produzione affidata a terzi e/o a elevati proventi tipici propri delle Aziende Sanitarie) possono permettersi più elevati costi della produzione interna senza pregiudicare l'equilibrio economico.

Per i risultati e i limiti dell'analisi si rimanda al Rapporto Osservasalute 2013. In questa sede, oltre a ribadire l'avvertenza che i dati contabili non si possono ancora ritenere pienamente attendibili⁵, si fornisce, invece, un aggiornamento relativo al periodo più recente. Più specificamente, i dati 2012, che l'anno scorso erano provvisori, possono ora essere sostituiti dai dati definitivi; sono, inoltre, disponibili i dati provvisori 2013. Il contributo aggiorna, quindi, i dati 2011-2012 (con 2012 provvisorio) pubblicati lo scorso anno con i dati 2011-2013 (con 2013 provvisorio) disponibili quest'anno⁶.

Risultati

Il Cartogramma rappresenta graficamente le sei classi di aziende per il periodo 2011-2013. La Tabella 1 riporta le medesime informazioni in forma tabellare. La Tabella 2 presenta i valori medi dei principali quozienti di bilancio. Di seguito si illustrano gli aspetti più rilevanti.

Complessivamente, l'analisi estesa al triennio 2011-2013 conferma quanto riportato nella precedente Edizione del Rapporto Osservasalute in merito al biennio 2011-2012.

Nelle regioni del Centro-Nord, in particolare, la ripartizione degli aggregati provinciali nelle sei classi per il triennio 2011-2013 rimane sostanzialmente invariata rispetto al biennio 2011-2012, a testimonianza di una stabilità ormai diffusamente acquisita sotto il profilo sia gestionale che contabile. Sei regioni sono uniformemente caratterizzate da risultati positivi o nulli (Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche); altre 4 (Piemonte, PA di Bolzano, Liguria ed Emilia-Romagna) presentano aggregati uniformemente caratterizzati da perdite contenute. Situazioni particolarmente critiche si presentano solo in Toscana (1) e nel Veneto (2); il Veneto si caratterizza anche per la presenza di situazioni differenziate sia per risultato economico che per grado di ricorso alla produzione esterna.

Nelle regioni del Centro-Sud ed Isole, invece, la ripartizione degli aggregati provinciali nelle sei classi per il triennio 2011-2013 presenta alcune variazioni rispetto al biennio 2011-2012: su un totale di quarantaquattro aggregati provinciali, cinque migliorano la propria classe di risultato economico, mentre sette peggiorano; tre (tutti calabresi) diventano a prevalente produzione esterna, mentre uno compie il percorso inverso. I dati totali, però, restano sostanzialmente invariati. Nel Centro-Sud ed Isole mancano regioni uniformemente caratterizzate da risultati positivi o nulli, ma cinque (Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia) risultano prive di situazioni particolarmente critiche. Queste situazioni si manifestano, invece, in Molise, nonché in tre aggregati provinciali del Lazio (che nel contempo presenta, però, anche due aggregati in equilibrio), due della Sardegna e uno della Calabria.

Complessivamente, gli aggregati provinciali in equilibrio sono ventisei, di cui: 1. l'esatta metà caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna; 2. venti situati nell'Italia centro-settentrionale. Gli aggregati provinciali con perdite contenute (ossia, inferiori al 5%) sono sessantasei, di cui: 1. trentasette caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna; 2. trentacinque situati nell'Italia centro-settentrionale. Gli aggregati provinciali con perdite elevate (ossia, superiori al 5%), infine, sono solo dieci, di cui: 1. l'esatta metà caratterizzati da un limitato ricorso alla produzione esterna; 2. tre situati nell'Italia centro-settentrionale.

Considerando tutti gli aggregati provinciali, il risultato netto percentuale mediano è negativo, ma ormai inferiore all'1%, senza differenze tra gli aggregati a seconda che privilegino la produzione interna oppure esterna. Per gli aggregati con disavanzi contenuti, il disavanzo mediano è anch'esso intorno all'1%, mentre in quelli con disavanzi elevati si attesta circa al 7%.

Analizzando separatamente gli aggregati a seconda della prevalente produzione interna o esterna, è interessante notare come i costi pro capite per la produzione esterna siano paradossalmente più elevati negli aggregati in equilibrio (585€ e 743€) che in quelli caratterizzati da perdite contenute (565€ e 718€) e come ciò non sia generalmente compensato da più elevati livelli di ricavo (finanziamento pro capite da FSR, finanziamenti pro capite aggiuntivi, ulteriori proventi aziendali). La chiave sembra, invece, risiedere nell'incidenza dei costi della produzione interna, che negli aggregati in equilibrio appare molto contenuta, almeno per quanto riguarda il personale (54-55%). Particolarmente deboli sotto quest'ultimo profilo sono, invece, gli aggregati con perdite elevate e ampio ricorso alla produzione esterna (60%), che evidentemente faticano a darsi un assetto interno sufficientemente snello per compensare, appunto, gli elevati costi sostenuti per remunerare gli erogatori esterni. In questi aggregati, la situazione economico-finanziaria viene parzialmente risolta da un elevato livello di finanziamenti pro capite aggiuntivi (54€), mentre gli ulteriori proventi aziendali risultano molto contenuti in entrambe le classi di aggregati provinciali caratterizzati da perdite elevate (35-36€).

⁵In merito si veda anche il paragrafo sul disavanzo pro capite.

⁶L'Umbria, dal 2013, presenta solo due ASL che non corrispondono al territorio delle due province. Pertanto, anch'essa, come Marche e Molise, viene quest'anno trattata come se fosse un'unica provincia.

Tabella 1 - Classificazione (risultato economico netto e prevalenza di produzione interna e esterna) degli aggregati provinciali per regione - Anni 2011-2013

Regioni	Risultato economico netto						Totale
	Equilibrio/Avanzo		Basso disavanzo		Alto disavanzo		
	Produzione interna	Produzione esterna	Prevalenza		Produzione interna	Produzione esterna	
		Produzione interna	Produzione esterna				
Piemonte			4	4			8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1						1
Lombardia	3	8					11
Bolzano-Bozen			1				1
Trento		1					1
Veneto	1		3	1	1	1	7
Friuli Venezia Giulia	3	1					4
Liguria			3	1			4
Emilia-Romagna			5	4			9
Toscana			8	1	1		10
Umbria	1						1
Marche	1						1
Lazio	1	1				3	5
Abruzzo	1	1		2			4
Molise					1		1
Campania		1	2	2			5
Puglia			1	4			5
Basilicata				2			2
Calabria			1	3		1	5
Sicilia	1		5	3			9
Sardegna			4	2	2		8
Italia	13	13	37	29	5	5	102

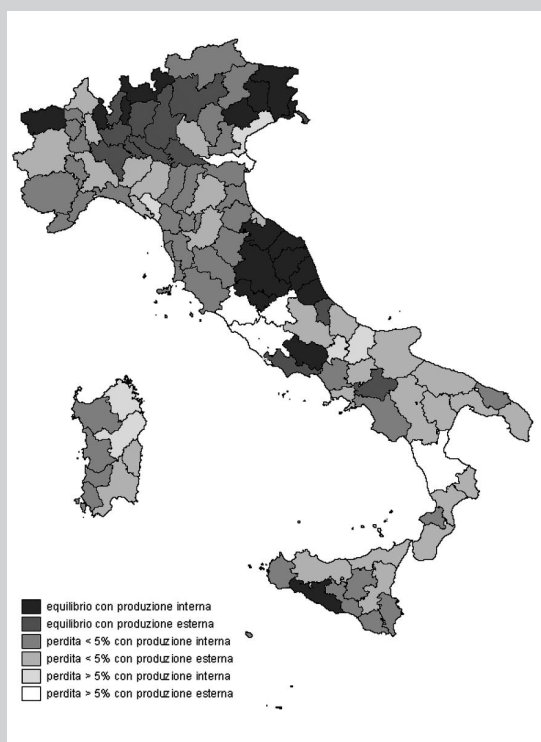
Fonte dei dati: Elaborazione sui dati del Ministero della Salute. Modelli CE - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Tabella 2 - Valore mediano dei principali quozienti di bilancio per classe di aggregati provinciali - Anni 2011-2013

	Risultato economico netto						Totale
	Equilibrio/Avanzo		Basso disavanzo		Alto disavanzo		
	Produzione interna	Produzione esterna	Prevalenza		Produzione interna	Produzione esterna	
		Produzione interna	Produzione esterna				
Risultato netto percentuale	0	0	-1	-1	-7	-7	-1
Ricorso pro capite alla produzione esterna	585	743	565	718	552	745	623
Finanziamento pro capite da FSR	1680	1725	1676	1756	1691	1688	1691
Costo del personale/RPI	54	55	58	56	56	60	56
Finanziamenti pro capite aggiuntivi	51	43	53	50	45	54	49
Ulteriori proventi aziendali	49	67	58	59	36	35	55

Fonte dei dati: Elaborazione sui dati del Ministero della Salute. Modelli CE - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Classi di aggregati provinciali - Anni 2011-2013



Conclusioni

L'interpretazione dei risultati economici delle Aziende Sanitarie è resa particolarmente complessa dalla scarsa attendibilità e confrontabilità dei dati contabili, dai frequenti riassetti istituzionali e dalla variabilità spatio-temporale dei livelli e dei criteri di finanziamento. Quest'ultimo tema, in particolare, meriterebbe un ulteriore approfondimento, non limitato ai criteri di allocazione dei finanziamenti dallo Stato alle Regioni, bensì esteso sia ai criteri di allocazione dalle Regioni alle aziende che alla possibilità e capacità delle aziende di raccogliere proventi propri.

I dati disponibili evidenziano, comunque, un costante miglioramento delle condizioni di equilibrio economico-finanziario nel decennio appena trascorso, presumibilmente anche per effetto delle misure imposte dai Piani di Rientro.

I disavanzi sono ormai estremamente contenuti e, in molti aggregati provinciali (25%), nulli. Tra gli aggregati in equilibrio economico vi è un egual numero di situazioni caratterizzate da limitata e da elevata produzione esterna, a testimonianza del fatto che la scelta per l'uno o per l'altro modello non predetermina significativamente le *performance* economico-finanziarie. La maggior parte delle regioni del Centro-Nord presenta aggregati provinciali uniformemente in equilibrio oppure in leggero disavanzo. Nelle regioni del Centro-Sud ed Isole i dati complessivi regionali nascondono, spesso, situazioni differenziate, in cui coesistono aggregati provinciali in equilibrio e aggregati con perduranti criticità. Gli aggregati provinciali in forte disavanzo sono, comunque, ormai pochi e, con l'eccezione di Lazio e Molise, non più concentrati solo in specifiche regioni.