

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Rappresenta l'ammontare di risorse monetarie, in media disponibili per ogni individuo di una data regione, per far fronte alle spese sanitarie di un determinato anno. In tal senso dovrebbe indicare le risorse disponibili mediamente sia per fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia gli altri servizi che la regione ritiene di essere in grado di garantire alla popolazione locale. Esso non rappresenta, invece i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

Numeratore	<u>Spesa sanitaria pubblica corrente regionale</u>
Denominatore	Popolazione Regionale

Validità e limiti. Essendo le risorse espresse in termini monetari, esse non rappresentano il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi, poiché è noto che il livello dei prezzi nelle regioni meridionali è differente da quello delle regioni settentrionali (la portata di tale argomentazione è comunque limitata dall'esistenza di contratti nazionali per quanto riguarda la principale voce di spesa, cioè il personale).

Inoltre tale indice non tiene conto del differente livello di *bisogno* di cure sanitarie nelle differenti regioni, dovuto prevalentemente alla composizione per sesso ed età delle regioni stesse: a parità di spesa pro-capite, regioni con popolazione più giovane e quindi con minori bisogni saranno avvantaggiate rispetto a regioni con popolazione più anziana e dunque con maggiori bisogni sanitari.

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

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

Benchmark. Non esiste un preciso standard di riferimento per la spesa pro capite, è quindi opportuno riferirsi al valore medio nazionale.

Descrizione dei Risultati

L'ordinamento delle regioni per spesa pro capite mostra un'importante variabilità regionale.

La dispersione tra regioni dell'ammontare pro capite in valori assoluti, è nell'ordine di 373,00 €, cioè il 27% circa dell'ammontare medio di spesa pro capite italiano.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Relazione del tavolo di monitoraggio sui LEA - Conferenza Stato-Regioni. Anno 2001.

Importo e suddivisione percentuale della spesa sanitaria procapite per macro aree di assistenza.

	Assistenza Sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro		Assistenza distrettuale (Totale per residenti)		Assistenza Ospedaliera (compreso pronto soccorso (totale per residenti)		Totale dei livelli per residenti	
	pro capite €	%	pro capite €	%	pro capite €	%	pro capite €	%
Piemonte	59,00	4	697,29	50	649,82	46	1406,10	100
Valle d'Aosta	96,90	6	645,52	40	864,78	54	1607,21	100
Lombardia	52,07	4	637,87	43	605,50	47	1295,45	100
P.A. Trento	53,50	3	721,21	46	782,08	50	1556,79	100
Veneto	59,11	4	626,47	47	659,43	49	1345,01	100
Friuli-V.G.	38,82	3	648,48	47	681,04	50	1368,34	100
Liguria	46,92	3	750,31	51	666,42	46	1463,66	100
Emilia-R.	55,81	4	714,49	52	601,17	44	1371,44	100
Toscana	64,83	5	706,80	51	616,77	44	1388,40	100
Umbria	67,27	5	659,90	50	602,46	45	1329,63	100
Marche	55,75	4	690,83	51	612,48	45	1359,06	100
Lazio	41,28	3	650,06	47	695,32	50	1386,66	100
Abruzzo	58,09	4	618,26	45	689,57	50	1365,92	100
Campania	49,55	4	654,94	49	625,91	47	1330,39	100
Puglia	41,18	3	579,59	47	614,15	50	1234,93	100
Basilicata	81,72	6	583,94	46	593,56	47	1259,23	100
Calabria	60,87	5	607,70	45	671,80	50	1340,37	100
Sardegna	88,04	6	595,47	44	673,27	50	1356,77	100
ITALIA	59,48	4	654,95	48	661,42	48	1375,85	100

I dati di P.A. Bolzano, Molise e Sicilia non sono disponibili

La regione con minore spesa è la Puglia, con circa 1234,93 €, mentre quella con maggiori risorse pro capite è la Valle d'Aosta, con 1607,21 €. Si lamenta la mancanza del dato per Sicilia, Molise e Provincia Autonoma di Bolzano.

Una correzione per il differente stato di bisogno, apportata alla spesa procapite regionale utilizzando la proporzione media italiana di under 65 e ultra, nell'ipotesi che questi ultimi consumino più dei giovani ed adulti, ci permette di ottenere una spesa pro capite corretta, cioè svalutata per le regioni anziane e rivalutata per quelle giovani. La variabilità regionale persiste anche se viene leggermente attenuata. Soprattutto fuori linea permangono la Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Trento.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore, per sua natura molto sintetico, non consente di fornire indicazioni programmatiche specifiche.

Si ritiene che, una volta corretti i differenziali di composizione demografica e di livelli dei prezzi vi sia una sufficiente omogeneità a livello territoriale.

L'obiettivo potrà essere quello di mantenere tale distribuzione a seguito dell'introduzione delle riforme federaliste.

Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL)

Significato. Rappresenta la quota delle risorse regionali che dovrebbero essere impiegate dalla regione stessa, in assenza di meccanismi perequativi, per far fronte alle spese sanitarie dei propri residenti in un determinato anno. In tal senso dovrebbe indicare la *gravosità teorica* della fornitura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e degli altri servizi aggiuntivi che la regione vuole garantire. Esso non rappresenta, invece la quota del prodotto regionale effettivamente destinato alla sanità pubblica, proprio per l'esistenza di meccanismi perequativi tra regioni.

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

Validità e limiti. In linea teorica, essendo i servizi sanitari classificati come un bene di lusso, quanto più è ricca la regione tanto maggiore dovrebbe essere la quota di spesa sul PIL. In realtà la spesa pubblica è distribuita con criteri differenti dalla disponibilità a pagare regionale e quindi possiamo assistere al fenomeno inverso: il razionamento delle risorse, e la loro omogenea distribuzione sul territorio, comporterà che la quota rispetto al PIL regionale sia minore proprio nelle regioni più ricche.

Le cautele necessarie sono, per quanto riguarda il numeratore, quelle già dette per l'indicatore «Spesa sanitaria pubblica pro capite», e cioè che le risorse espresse in termini monetari non rappresentano il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi, e che inoltre non si tiene nel dovuto conto il differente livello di *bisogno* di cure sanitarie nelle differenti regioni.

Venendo al denominatore del rapporto è noto che il Prodotto Interno Lordo, oltre a non essere un corretto indicatore di benessere, risente sia dei differenti livelli dei prezzi regionali, minori al sud, sia di sottostime, di cui la principale è quella della mancata inclusione del prodotto derivante da lavoro nero. Poiché si ritiene che il fenomeno del lavoro nero sia più diffuso al sud che al nord, è probabile che l'indicatore spesa/ PIL sia sovrastimato maggiormente proprio nelle regioni meridionali.

Se, invece della spesa sanitaria pubblica, si considera quella privata l'indicatore riacquista tutta la sua validità e dovrebbe mostrare un rapporto crescente al crescere del PIL regionale.

Benchmark. Non esiste un preciso standard di riferimento della quota di spesa rispetto al PIL, quindi il valore di riferimento può essere considerato quello medio nazionale.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute (spesa sanitaria), ISTAT (PIL a prezzi correnti). Anno 2001. Nota: la base dati per la spesa è differente da quella presentata per i primi due indicatori, perchè si desiderava estendere la comparazione anche alle regioni ivi escluse e perchè, data l'esiguità della stessa spesa rispetto al PIL, variazioni anche di media entità di questa influenzano solo in misura minima il valore dell'indice.

Percentuale di spesa sanitaria pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo. Anno 2001.

Lombardia	4,77
Emilia-Romagna	5,16
Valle d'Aosta	5,45
Veneto	5,46
Piemonte	5,50
Friuli-Venezia Giulia	5,63
Trentino-Alto Adige	5,69
Toscana	5,79
Lazio	5,84
Marche	6,16
ITALIA	6,21
Liguria	6,30
Umbria	6,48
Abruzzo	7,51
Sardegna	7,90
Basilicata	7,93
Molise	8,16
Puglia	8,51
Sicilia	8,77
Campania	9,15
Calabria	9,34



Descrizione dei Risultati

L'ordinamento delle regioni è conforme alle attese: generalmente le regioni meridionali mostrano un rapporto spesa/ PIL maggiore di quelle del centro-nord. Il divario tra regioni è consistente, ed è misurabile in termini di oltre 4,5 punti di PIL: la regione con il rapporto minore, cioè la Lombardia, spende una quota pari a circa la metà di quella della regione con il rapporto più alto, cioè la Calabria. Tale divario rappresenta, pertanto, il carico estremo derivabile da un *federalismo sanitario* senza perequazione: un cittadino calabrese, per avere garantito lo stesso servizio sanitario di un cittadino lombardo, dovrebbe utilizzare una quota del suo reddito pressochè doppia.

Effettuando come per l'indicatore «Spesa sanitaria pubblica pro capite», una correzione in rapporto all'età della popolazione regionale otteniamo rapporti spesa/ PIL corretti, che però non si discostano da quelli senza correzione.

Maggior peso avrebbe una correzione per il diverso potere di acquisto del PIL regionale, o per i fenomeni di lavoro nero.

Quota dei servizi sanitari forniti direttamente rispetto alla spesa sanitaria pubblica corrente totale

Significato. Rappresenta la quota delle risorse regionali a disposizione che vengono impiegate per la *produzione o fornitura diretta* di servizi sanitari, rispetto al totale della spesa pubblica. Poichè parte di questa va ad acquistare servizi forniti da produttori privati, una maggiore quota di servizi forniti direttamente indica la minore apertura al mercato o il minor interessamento di privati nella organizzazione sanitaria regionale. Tale indice è quindi anche una misura dell'integrazione verticale tra fase del finanziamento e fase della fornitura di servizi sanitari: *maggiore la quota, maggiore l'integrazione verticale.*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa per servizi sanitari forniti direttamente dall'operatore pubblico}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria totale pubblica corrente}} \quad \times 100$$

Validità e limiti. L'indice è sostanzialmente indipendente dai metodi di rilevazione e quindi ben rappresenta il fenomeno della pervasività dell'intervento pubblico diretto rispetto ai servizi forniti in regime di convenzione o accreditamento, con le connesse implicazioni sociali ed ideologiche. Se tale quota viene poi moltiplicata per la quota del finanziamento pubblico sulla totale spesa sanitaria pubblica e privata, si ottiene il valore della produzione pubblica pura, rispetto alla produzione privata.

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

Benchmark. Il valore medio nazionale può essere considerato un utile valore di riferimento.

Descrizione dei Risultati

In media in Italia la quota di servizi fornita direttamente è pari al 56,7. Tenendo conto che la quota di spesa pubblica sulla totale spesa sanitaria era nell'anno 1999, all'incirca pari al 72,3% (OCSE), si ottiene che circa il 41% dei servizi sanitari italiani veniva prodotto dall'operatore pubblico.

La variabilità tra le regioni è sostanzialmente limitata, pur se presente: si va da un massimo del 66,7% della Valle d'Aosta, ad un minimo del 48,1% della Campania. Vi è quindi una maggiore presenza dell'operatore pubblico del 22,6% nella regione più integrata rispetto a quella che confida di più su servizi privati.

È possibile, comunque, individuare una linea di tendenza Nord-Sud, con il primo che, vuoi per la migliore organizzazione del settore pubblico, vuoi per la maggiore soddisfazione degli utenti per i servizi dello stesso, ha generalmente una maggior presenza di intervento pubblico rispetto al secondo; eccezioni sono, al Nord, la Lombardia e parzialmente il Veneto, poco integrate, mentre al Sud sono sufficientemente integrate regioni poco popolate come il Molise, la Basilicata e la Sardegna. Nel Centro osserviamo una prevalenza di integrazione elevata, con la rilevante eccezione del Lazio.

Fonte dei dati e anni di riferimento: ISTAT. Anno 2000.

Quota dei servizi sanitari forniti direttamente rispetto alla spesa sanitaria pubblica corrente totale. Anno 2000

Valle d'Aosta	66,7
Trentino-Alto Adige	65,0
Friuli-V.G.	64,7
Liguria	64,5
Umbria	64,1
Marche	62,1
Emilia-R.	61,9
Toscana	61,8
Basilicata	61,3
Sardegna	61,3
Molise	60,7
Piemonte	60,1
Veneto	58,8
Abruzzo	58,8
ITALIA	56,7
Lombardia	56,0
Calabria	54,7
Puglia	54,1
Sicilia	53,1
Lazio	48,6
Campania	48,1



Raccomandazioni di Osservasalute

L'indice non ha un valore indipendente da giudizi di valore ed ideologici: posizioni liberiste preferiranno un indice dal valore inferiore, posizioni collettiviste viceversa. Pertanto, anche in questo caso non si possono dare indicazioni se non di tendenza; sembra provato, in letteratura, che paesi o regioni con diffusa produzione pubblica, abbiano un maggior potere di contenimento dei costi di regioni in cui vale il contrario, mentre le risultanze sulla soddisfazione dei cittadini non sono univoche: le regioni con struttura produttiva *private-oriented* corrono il rischio di vedere aumentare i costi in futuro senza essere certi di una contropartita in termini di soddisfazione degli utenti.

Quota di entrate proprie (indipendenti da meccanismi perequativi) sul totale

Significato. Rappresenta la parte di entrate regionali indipendente dai meccanismi perequativi tra regioni, e comprende le voci IRAP, Addizionale IRPEF, Altri Ricavi (tickets, intramoenia, etc). È quindi una misura della sostanziale autosufficienza finanziaria ed è tanto maggiore quanto maggiore è il valore aggiunto e reddito regionale. Un valore basso dell'indice rappresenta inoltre la difficoltà potenziale delle varie regioni nell'assolvere ai propri obblighi di fornitura dei LEA, in assenza di elementi di solidarietà tra le regioni.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Entrate proprie (IRAP, Addizionale IRPEF, Altri Ricavi)}}{\text{Totale entrate per il finanziamento della sanità pubblica regionale}} \times 100$$

Validità e limiti. Il numeratore è basato su normativa a livello centrale riguardo alle aliquote delle imposte, che però può essere ritoccata dalle singole regioni (addizionale IRPEF, ticket). Il denominatore non è influenzabile, per la parte soggetta a perequazione, se non mediante contrattazione dalle singole regioni, in deroga a coefficienti pre-stabiliti, con il livello centrale.

L'indicatore rappresenta il grado di autofinanziamento incondizionato delle regioni e, venendo meno il vincolo di destinazione alla sanità delle entrate regionali, può essere sostanzialmente variato nel rispetto delle garanzie costituzionali di tutela della salute. Il limite di questo indicatore è di natura interpretativa, perchè valori uguali dell'indice possono dipendere da comportamenti molto differenziati da parte degli operatori regionali, quanto a rigore nella spesa e sforzo di finanziamento. Esso inoltre è influenzato strutturalmente dalla ricchezza regionale: regioni più ricche lo avranno più elevato.

L'indice, infine non ha valore per quelle regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli V.G., P.A. Trento e P.A. Bolzano), per le quali la normativa prevede un finanziamento totalmente non a carico dello Stato, ed ha scarso significato per le altre regioni a statuto autonomo, perchè maggiormente autosufficienti rispetto alla media: in tutti questi casi l'autosufficienza è garantita da altre fonti di entrata, in parte trasferite dallo Stato, grazie proprio allo status di maggiore autonomia regionale.

Nota: anche le accise andrebbero considerate come entrate non soggette a perequazione, ma il dato disponibile non consente di scorporarle ed inoltre il loro importo, sostanzialmente di entità limitata, non è molto differenziato tra regioni.

Benchmark. Il benchmark utilizzabile è il valore medio nazionale.

Fonte dei dati e anni di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2001.

Quota di entrate proprie indipendenti da meccanismi perequativi. Anno 2001

Valle d'Aosta	100,0
Bolzano	100,0
Trento	100,0
Friuli-V.G.	100,0
Lombardia	75,9
Sicilia	69,1
Sardegna	61,7
Emilia-R.	61,0
Veneto	59,9
Lazio	57,1
Piemonte	55,8
ITALIA	52,5
Toscana	48,5
Marche	45,1
Liguria	37,2
Umbria	36,6
Abruzzo	30,8
Campania	20,9
Puglia	20,5
Molise	12,1
Calabria	8,8
Basilicata	7,9



Descrizione dei Risultati

In media la quota di autofinanziamento regionale è pari, in Italia, al 52,5%, includendo nella media anche le regioni e province autonome completamente autofinanziate.

La variabilità tra le regioni è però elevatissima: escludendo le regioni autofinanziate per legge, partiamo da una autosufficienza per oltre $\frac{3}{4}$ (75,9%) della Lombardia, per giungere ad una quasi totale dipendenza da fondi centralizzati in Basilicata (7,9%).

È evidentissimo, in questo caso, limitandosi alle sole regioni a statuto ordinario, il gradiente Nord-Sud, con il primo maggiormente autosufficiente ed il secondo fortemente dipendente, e tra le regioni, appaiono, data la rilevanza dell'IRAP, maggiormente autosufficienti le regioni con maggiore presenza in loco di attività produttive.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indice ha valenza sia strutturale che comportamentale, sebbene la prima componente sia di gran lunga maggioritaria: è auspicabile un raggiungimento di un progressivo livello di autosufficienza inteso come coerenza, necessaria in un sistema di tipo federale, tra risorse proprie e spese da effettuare.

Rapporto tra spesa ospedaliera e spesa totale corrente

Significato. Rappresenta la polarizzazione del sistema sanitario regionale sull'assistenza ospedaliera piuttosto che su quella territoriale: un suo valore alto indica uno scarso sviluppo dell'assistenza preventiva e distrettuale, e quindi un maggiore *tradizionalismo* del sistema assistenziale, centrato sull'assistenza di secondo livello ospedaliero. È vincolato dalla preesistente struttura ospedaliera ed è tendenzialmente orientato al ribasso in tutte le regioni.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Spesa corrente per ospedali}}{\text{Spesa sanitaria pubblica corrente}} \times 100$$

Validità e limiti. I valori di questo indicatore possono dipendere da scelte organizzative programmate a livello regionale, riflettendo in questo modo la strategia di cura preferita, oppure da semplice inerzia, qualora i vincoli strutturali ereditati non vengano modificati per difficoltà socio-politiche. Pertanto una sua interpretazione più approfondita richiede sia l'analisi delle serie temporali che la discussione delle linee guida dei piani regionali.

Benchmark. Il valore più basso (44%) può essere assunto come valore di riferimento.

Fonte dei dati e anni di riferimento. Relazione sul tavolo di monitoraggio dei LEA – Conferenza Stato-Regioni. Anno 2001.

Rapporto tra spesa ospedaliera e spesa totale corrente (%)

Emilia-R.	44
Toscana	44
Umbria	45
Marche	45
Piemonte	46
Liguria	46
Lombardia	47
Campania	47
Basilicata	47
ITALIA	48
Veneto	49
P.A. Trento	50
Friuli-V.G.	50
Lazio	50
Abruzzo	50
Puglia	50
Calabria	50
Sardegna	50
Valle d'Aosta	54



Mancano i dati di P.A. Bolzano, Molise e Sicilia

Descrizione dei Risultati

La spesa per servizi ospedalieri rappresenta il 48% della spesa totale corrente in Italia. La variabilità tra le regioni è rilevante: si va da un massimo del 54% in Val d'Aosta, ad un minimo del 44% in Emilia-Romagna; pertanto la differenza massima tra regioni è di 10 punti percentuali.

Non vi sono gradienti Nord-Sud, e sembrano emergere le stesse risultanze emerse nello studio del costo dei ricoveri per punto di DRG.

Le regioni più innovative, quelle con minore quota di ospedalità, sono, oltre all'Emilia, la Lombardia e la Toscana, regioni quindi che stanno perseguendo politiche sanitarie differenti o addirittura antitetiche.

Non sembra essere invece rilevante la struttura della popolazione, e in particolare la quota di anziani sul totale. Può essere invece rilevante, a causa della presenza di economie di scala ospedaliere, la dimensione media delle regioni, con regioni grandi avvantaggiate, in termini di minori spese, rispetto alle piccole.

Confronti internazionali

I confronti internazionali mostrano che l'Italia si situa in una posizione intermedia, almeno all'interno dell'Unione Europea.

	1998	1999	2000
Lussemburgo	32.4	31.3	
Belgio	35.8	35.4	
Germania	38.8		
Norvegia	46.7	47.6	
Finlandia	49.6	49.4	
Italia	54.2	53.9	53.3
Francia	53.7	52.7	
Spagna	54.8		
Danimarca	62.3	61.6	
Irlanda	65.3		
Olanda	62.8	62.5	

Fonte: OECD – Health Data 2001

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indice non ha di per sé una interpretazione univoca, e pertanto, data anche la rilevante variabilità a livello internazionale, non si ritiene di dovere indicare altro che un generico auspicio alla sua diminuzione, sempre che ciò non si trasformi in una perdita qualitativa di servizi per la popolazione regionale.

Un obiettivo ragionevole può essere il raggiungimento di una sua diminuzione per poter impegnare le risorse rese così disponibili a vantaggio di attività di tipo preventivo.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

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

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente regionale
Denominatore	Popolazione residente per regione

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

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

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

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

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

Descrizione dei Risultati

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

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

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

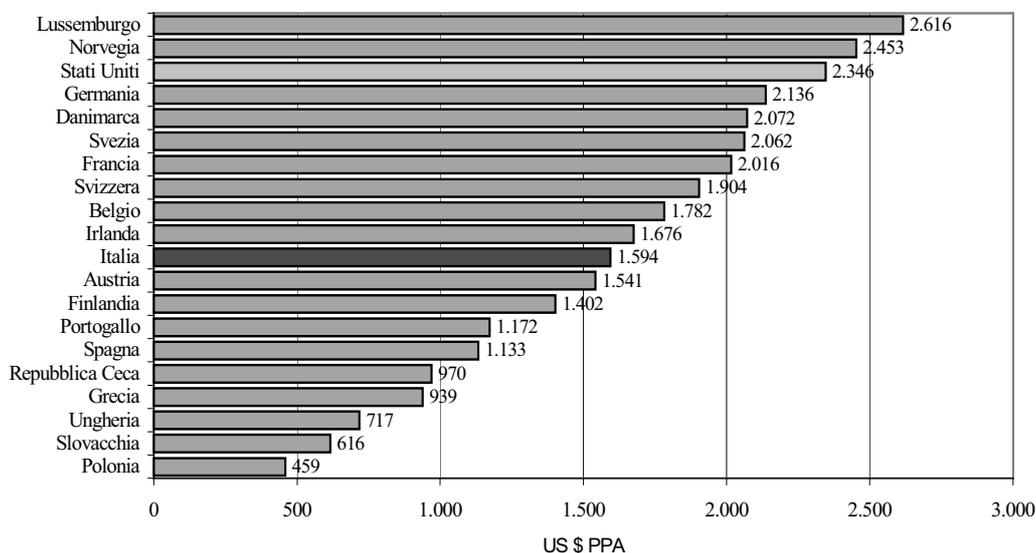
Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Direzione Generale per la Programmazione, 2004.

Confronti internazionali

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

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

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

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

Note. PPA= parità del potere d'acquisto.

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Analisi della composizione della spesa sanitaria per macroaggregati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

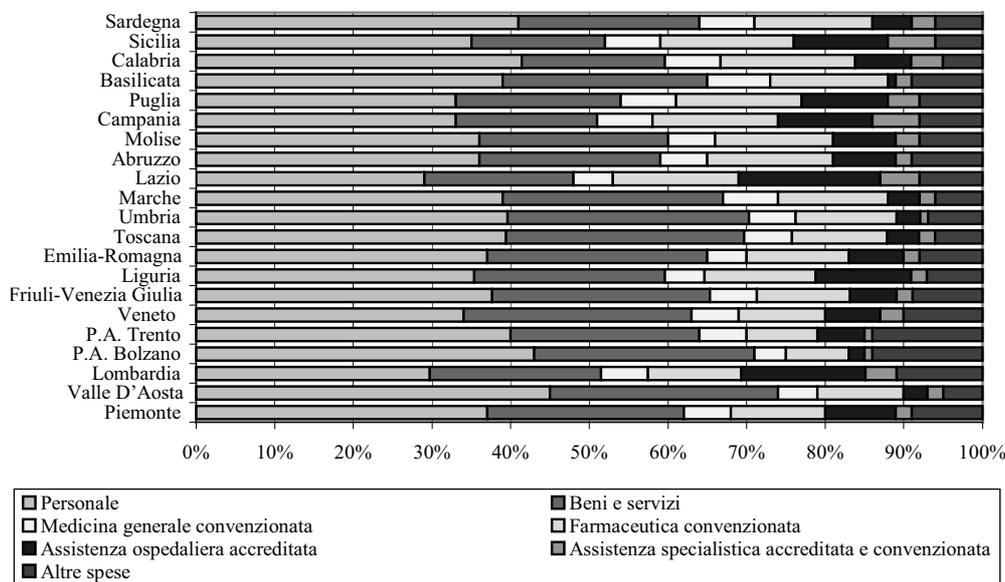
Tabella 1 - *Analisi della composizione della spesa sanitaria per macroaggregati - Valori percentuali - Anno 2003*

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

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

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

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



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

Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

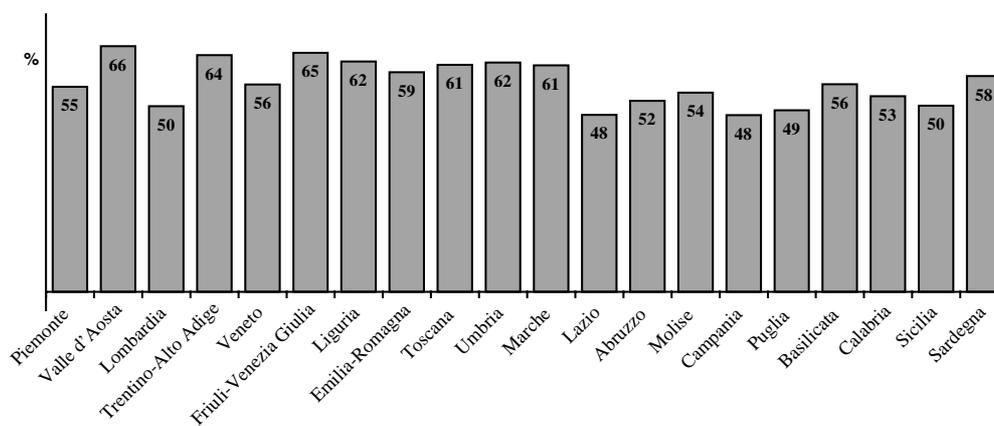
Benchmark. Il valore di riferimento è quello medio nazionale.

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

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

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

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



Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

Analisi della tendenza della quota di entrate proprie sanitarie regionali

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

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

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

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

Benchmark. Il riferimento utilizzabile è il valore medio nazionale.

Descrizione dei Risultati

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

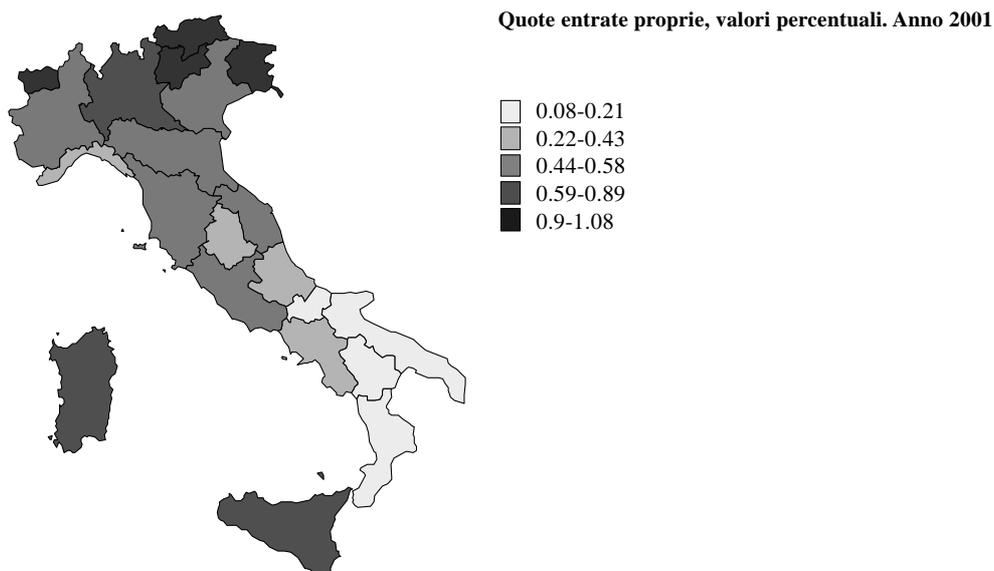
Teoricamente auspicabile è il raggiungimento di un progressivo maggior livello di autosufficienza, purché ciò non comporti elevate differenziazioni tra singole realtà regionali.

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

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

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

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



Disavanzo sanitario pubblico pro capite

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

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

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

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'idea di prima approssimazione sulla *performance* regionale: tassi di incremento maggiori della media indicano difficoltà specifiche della singola regione. L'indicatore, però, non può essere utilizzato direttamente come misura delle «responsabilità» regionali nei disavanzi stessi, sia perché comprende una parte di finanziamento ottenuta in base ad una formula perequativa «teorica», sia perché l'obbligo di fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), comporta probabilmente una spesa regionale differenziata e non pienamente riflessa nella formula allocativa del finanziamento. Inoltre, essendo di natura aggregata, non consente di risalire alle voci di spesa o finanziamento maggiormente responsabili del disavanzo stesso. Nelle regioni o province a statuto speciale, le fonti di finanziamento sono differenti da quelle delle altre regioni, a dinamica differenziata e senza componenti perequative, quindi la lettura dei dati ad esse relativi va effettuata con cautela.

Infine, esso può rappresentare lo «sforzo fiscale» aggiuntivo richiesto alle singole regioni, in assenza di modifiche concordate delle allocazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, per ripianare il deficit stesso.

Benchmark. Il riferimento è il valore medio nazionale.

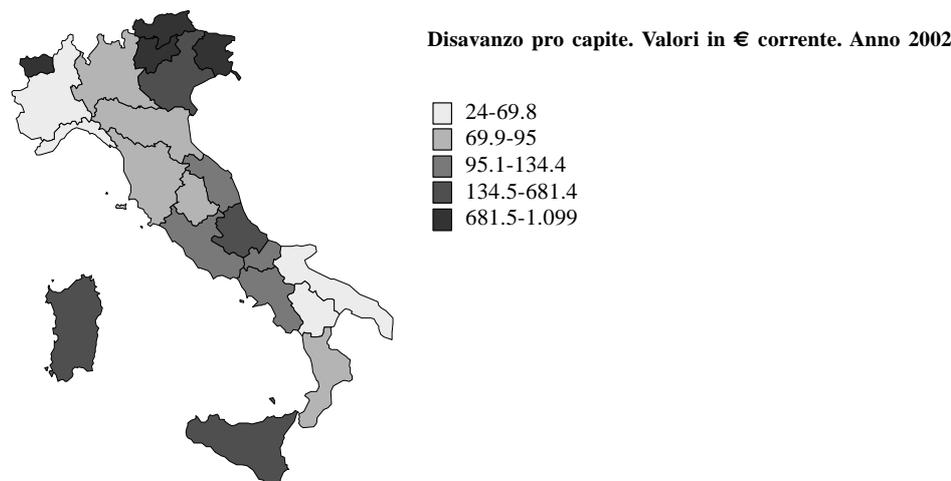


Tabella 1 - *Tendenza del disavanzo pro capite. Valori in € correnti - Anni 1998-2002*

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

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

Descrizione dei Risultati

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Project Finance: interventi di edilizia sanitaria

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

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

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

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

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

Parametro misurato Percentuale di copertura degli investimenti da PF

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

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

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

Benchmark. I riferimenti sono valori medi nazionali.

Tabella 1 - Finanziamenti in sanità - Anno 2002-2004

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

Nota. Attualmente esistono 38 progetti in attesa di aggiudicazione.

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

Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parametri misurati e Formule:

I FASE:

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

II FASE:

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

III FASE:

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

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

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

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

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

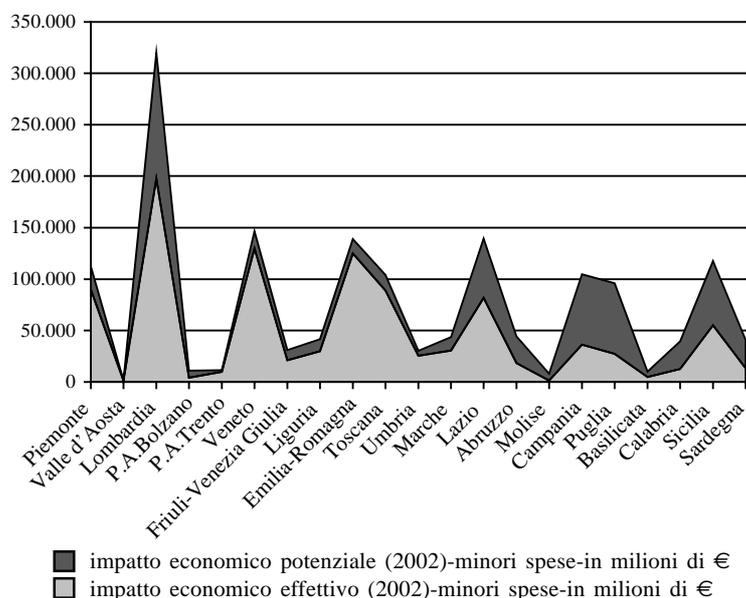
Benchmark. È certamente possibile individuare un *benchmark* per le percentuali di casi trattati in *day surgery* rispetto ai casi totali per ciascuno dei 17 DRG considerati. In questo studio il *benchmark* è definito dalla quota di casi trattati in *day surgery* più alta tra quelle registrate nelle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

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

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

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

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



Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

Soglia di ammissibilità di alcuni dei DRG a rischio di inapproprietezza

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

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

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

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

Benchmark. Non è possibile definire un benchmark.

Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

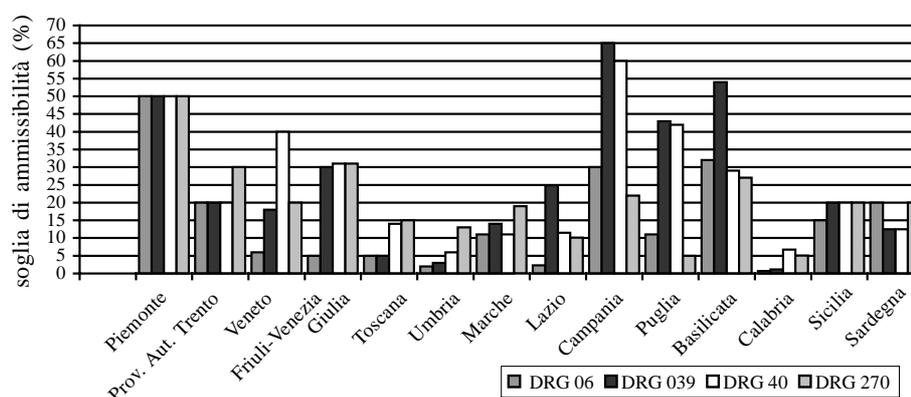
È comunque plausibile che tale variabilità abbia un limite fisiologico legato ad aspetti di natura tecnico-assistenziale comuni a tutte le regioni italiane anche in considerazione di una relativa omogeneità nel quadro epidemiologico complessivo.

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

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

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

* Valori non disponibili, non calcolabili o non paragonabili.



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

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

lo schema economico-patrimoniale (e non finanziario), certamente permette la computazione di interessanti indici di bilancio per il confronto nelle *performance* economico-finanziarie delle aziende sanitarie. D'altro canto dubbi sono sollevati sulla qualità dei dati a livello aggregato anche in considerazione della scarsa dimestichezza che le unità di contabilità a livello aziendale hanno con tali schemi derivati da quelli delle società di capitali.

Valore di riferimento. E' la media nazionale per AO e ASL.

Descrizione dei risultati

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 € a persona. Questo dato è inferiore a quello dell'anno precedente nel quale la spesa era di 248,00 € per persona. Per quanto attiene la differenziazione tra ASL e AO, contrariamente a quanto prevedibile, la spesa media nelle ASL (155,00 € nel 2002) è superiore rispetto a quella delle AO (100,00 € nel 2002).

Per quanto riguarda il confronto regionale, il panorama si presenta alquanto variegato: il gradiente Nord-Sud non sembra essere sistematico.

Nell'arco di questi due anni la regione che si distingue per la rilevanza degli investimenti fatti nella formazione del personale da parte delle aziende è la Valle d'Aosta (unico valore di spesa in aumento di 45,00 € pro capite).

Le regioni che nel 2001 hanno speso di più per la formazione del personale ASL sono state l'Umbria (1069 euro pro capite) e la Calabria (423 € pro capite).

Nel 2002 la Valle D'Aosta (438 € pro capite) e la Provincia Autonoma di Trento (386 € pro capite).

Le regioni che nel 2001 hanno speso di più per la formazione del personale AO sono state la Basilicata (501 € pro capite) e l'Emilia-Romagna (241 € pro capite). Queste due regioni sono state anche nel 2002 le regioni con la più alta spesa pro capite per formazione del personale dipendente AO (rispettivamente 498 € pro capite e 276 € pro capite).

Le aziende sanitarie lombarde non sembrano computare nei bilanci aziendali spese formative in modo

Tabella 1 - Spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL e delle AO - Anno 2001, 2002 - Valori in €

Regioni	ASL			AO		
	2001	2002	Variazione assoluta	2001	2002	Variazione assoluta
Piemonte	279,00	165,00	-114,00	211,00	207,00	-4,00
Valle d'Aosta	393,00	438,00	45,00	-	-	-
Lombardia	8,00	4,00	-4,00	17,00	24,00	7,00
P. A. Bolzano-Bozen	n.c.	209,00	n.c.	-	-	-
P. A. Trento	397,00	386,00	-11,00	-	-	-
Veneto	186,00	165,00	-21,00	145,00	160,00	15,00
Friuli-Venezia Giulia	332,00	192,00	-140,00	147,00	142,00	-5,00
Liguria	174,00	118,00	-56,00	222,00	212,00	-10,00
Emilia-Romagna	315,00	211,00	-104,00	241,00	276,00	35,00
Toscana	291,00	204,00	-87,00	73,00	145,00	72,00
Umbria	1.069,00	357,00	-712,00	54,00	59,00	5,00
Marche	272,00	195,00	-77,00	185,00	82,00	-103,00
Lazio	103,00	45,00	-58,00	30,00	33,00	3,00
Abruzzo	192,00	181,00	-11,00	-	-	-
Molise	303,00	235,00	-68,00	-	-	-
Campania	231,00	130,00	-101,00	54,00	113,00	59,00
Puglia	92,00	50,00	-42,00	49,00	62,00	13,00
Basilicata	365,00	166,00	-199,00	501,00	498,00	-3,00
Calabria	423,00	241,00	-182,00	92,00	68,00	-24,00
Sicilia	n.c.	0,22	n.c.	n.c.	0,07	n.c.
Sardegna	66,00	55,00	-11,00	61,00	29,00	-32,00
Italia (media)	234,00	155,00	-79,00	89,00	100,00	11,00

personale AO = ssn + universitari.

n.c. = non calcolabile.

* Il dato della P. A. di Bolzano e della regione Sicilia non è calcolabile per il 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Sistema Informativo Sanitario. Modelli CE. Annuari statistici del SSN. Anni 2001, 2002.

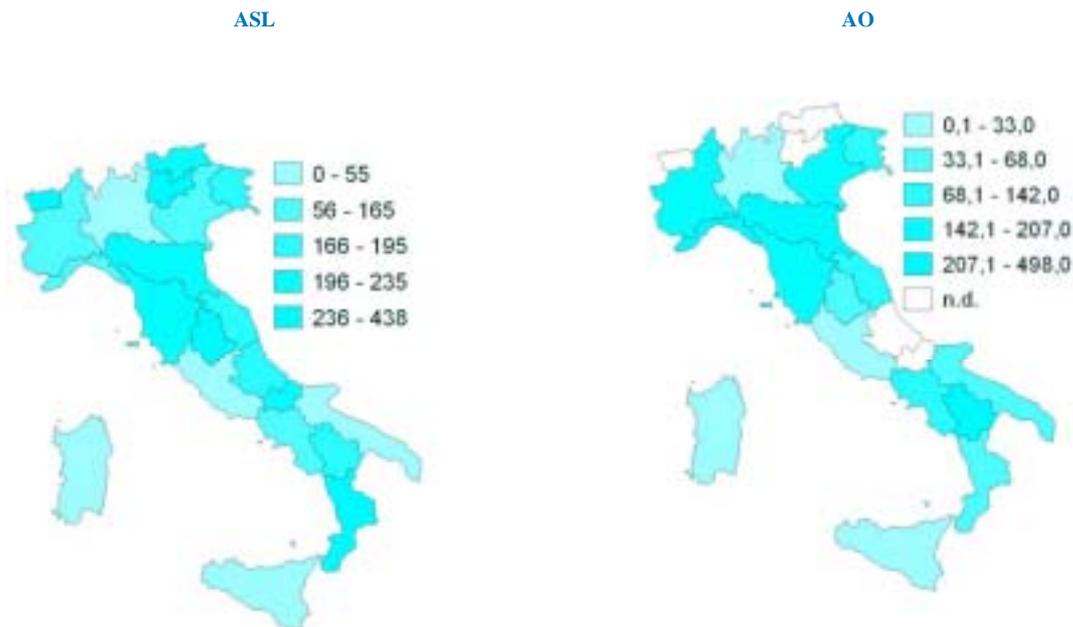
sostanziale, ma come precedentemente osservato la regione Lombardia, attraverso l'I.ReF., ha centralizzato i processi formativi. Tale politica può spiegare, in parte, un dato tanto evidente.

Mentre in alcune regioni è evidente un differente comportamento di spesa tra ASL e AO (vedi regione Umbria, soprattutto nel 2001, Friuli-Venezia Giulia,

Toscana, Campania e Calabria) in Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Marche e Puglia sembra esistere un impegno costante ed equilibrato tra le diverse tipologie istituzionali.

Al Sud le aziende della regione Basilicata rappresentano certamente un esempio per l'attenzione prestata alla formazione del personale a livello aziendale.

Spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL e delle AO. Anno 2002



Raccomandazioni di Osservasalute

Certamente la spesa per la formazione del personale rappresenta di per sé un indicatore dell'attenzione rivolta dalle aziende al proprio personale ma anche alla crescita complessiva del capitale intellettuale nell'organizzazione, chiave fondamentale per lo sviluppo organizzativo.

È altrettanto importante, però, che le aziende acquisiscano una specifica capacità nell'individuare le esigenze di formazione e sviluppino *know-how* specifico nell'analisi del fabbisogno formativo e nella progettazione di tali attività. Queste specifiche competenze sono da inserire nel novero più ampio delle competenze tecnico-professionali necessarie per una moderna gestione delle risorse umane. Le competenze attualmente disponibili nelle aziende sanitarie nell'area del personale, invece, sembrano ancora circoscritte all'amministrazione giuridico-contabile delle posizioni di lavoro, piuttosto che a supporto di una visione strategica e moderna dell'importante ruolo giocato dal capitale intellettuale nelle aziende sanitarie.

Note

La computazione dell'indicatore si basa sul codice B0580, voce "Formazione (esternalizzata e non)" del modello CE <http://www.ministerosalute.it/programmazione/finanziamento/dati.jsp>

Spesa per servizi non sanitari in *outsourcing* nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

Significato. L'*outsourcing* è definibile come un processo attraverso il quale le organizzazioni trasferiscono a soggetti terzi, per un periodo predefinito e in diverse forme, la gestione operativa di una o più attività tradizionalmente gestite all'interno, attraverso risorse governate per via gerarchica.

Con l'*outsourcing* l'organizzazione focale, grazie a rapporti di natura sia contrattuale che cooperativa, coinvolge un soggetto terzo nelle proprie attività operative e strategiche.

Nel settore sanitario sono evidenti le opportunità per l'esternalizzazione di attività aziendali. Le attività *contracted-out*, infatti, sono in crescita in molti paesi europei non solo nell'area dei servizi accessori ma anche dei servizi medici.

Tra i vantaggi dell'esternalizzazione dei servizi si annovera certamente quello della certezza della spesa e del controllo della qualità. L'esternalizzazione di un servizio, contrattualmente definita, permette la conoscenza del costo che l'azienda sostiene a fronte di un servizio il cui *standard* di qualità può essere negoziato a priori e verificato in corso d'opera. Tra gli svantaggi c'è quello di una perdita di controllo sul processo, almeno in senso gerarchico, e la perdita di competenze organizzative in una determinata area.

Ciononostante è possibile considerare la gestione in *outsourcing* una modalità innovativa e moderna di gestione dei servizi *no core* che va nella direzione di ridurre l'attenzione manageriale su quelle attività che

non sono generatrici di valore per il paziente contribuendo ad una rifocalizzazione dell'assetto strategico, organizzativo e finanziario sulle attività centrali (*core service*).

Nel panorama nazionale è possibile osservare una progressiva crescita delle aree suscettibili di esternalizzazione. Dai tradizionali servizi generali (quali la lavanderia, le pulizie o la mensa), la tendenza è quella di contrattualizzare servizi tecnostutturali più complessi quali i servizi di manutenzione delle apparecchiature o di gestione e sviluppo del sistema informativo.

Ancorché meno diffuso è comunque in crescita il ricorso all'esternalizzazione di servizi di carattere sanitario-assistenziale. Tra questi già ampiamente sperimentati sono contratti di esternalizzazione di servizi di assistenza infermieristica a domicilio o di dialisi ospedaliera.

L'indicatore selezionato cerca di fornire un panorama della rilevanza che le attività esternalizzate (non sanitarie) hanno nell'ambito della gestione delle aziende sanitarie prendendo in considerazione il costo sostenuto dall'azienda per acquistare servizi non sanitari rispetto al costo totale della produzione sia nelle ASL che nelle AO.

A fianco a questa prima coppia di indicatori se ne computa uno sintetico che fornisce un dato regionale definito come somma delle percentuali di spesa in *outsourcing* sia per le ASL che per le AO.

Percentuale della spesa per servizi non sanitari in *outsourcing* (ASL o AO)

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa per servizi non sanitari in outsourcing (ASL o AO)}}{\text{Costi di produzione totali (ASL o AO)}} \times 100$$

Validità e limiti. Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende sanitarie -Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO) - comunicano annualmente alle Regioni e alle Province Autonome di propria pertinenza, nonché al Ministero della Salute.

I dati vengono rilevati a consuntivo dal Sistema Informativo Sanitario (SIS) tramite il modello CE "Modello di rilevazione del Conto Economico delle Aziende ASL e AO" approvato con DM 16 febbraio 2001.

Gli indicatori qui presentati sono quindi aggregati come sommatoria di rapporti calcolabili nelle singole aziende. Anche in questo caso, come per le spese per formazione, devono essere letti con accortezza in quanto potenzialmente viziati da un errore ecologico. Anche per le spese in *outsourcing* è necessario porre attenzione alla qualità dei dati contabili come eviden-

ziato nell'indicatore precedente.

La computazione di questi indicatori è stata effettuata analizzando tutti i bilanci delle singole ASL e AO nelle regioni italiane. L'utilizzo di tale fonte contabile permette di effettuare delle analisi di bilancio su indici altrimenti non disponibili a livello aggregato.

Valori di riferimento. Il principale valore di riferimento è nel dato nazionale derivato da una media delle spese registrate per *outsourcing* delle aziende nelle diverse regioni rispetto al totale del costo di produzione.

Ad ogni modo è possibile prendere in considerazione anche il dato aggregato fornito dalla contabilità nazionale (Ministero Economia e Finanza, Relazione Generale sulla Situazione Economica, Anno 2004) che mostra come i servizi non sanitari appaltati pesano per il 15,4 % dell'aggregato "Beni e Servizi" (che

a sua volta pesa per il 24% sulla spesa complessiva). Rispetto al 2003 le spese in *outsourcing* sono cresciute del 7,3%.

Descrizione dei risultati

L'osservazione del dato nazionale mostra che il ricorso all'*outsourcing* è significativo sia nelle AO che nelle ASL. Questo evidentemente è legato alla maggiore opportunità di esternalizzazione di servizi *no core* presenti negli stabilimenti ospedalieri rispetto alle altre strutture di assistenza.

Il dato aggregato, inoltre, mostra la crescita del ricorso all'esternalizzazione quale strumento di ridefinizione dell'assetto organizzativo.

Il dato è confermato da quanto rilevato dal Ministero Economia e Finanza (MEF - Relazione Generale sulla Situazione Economica, Anno 2004) che mostra come i costi per i servizi non sanitari appaltati nel 2004 siano cresciuti del 7,3% rispetto all'anno precedente.

Il confronto tra regioni mostra come in tutte esista una maggiore propensione all'esternalizzazione di servizi nelle AO rispetto alle ASL anche se con modulazioni diverse.

Le differenze si riducono in Toscana dove addirittura nel 2001 le maggiori spese in *outsourcing* riguardavano le ASL. Per il resto sia nel 2001 che nel 2002 sei regioni (Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-

Romagna, Umbria, Lazio, Puglia) hanno superato la soglia del 30% delle spese per servizi esternalizzati sul totale del costo di produzione con un picco al 41% nella regione Lazio nell'anno 2002.

Pur non potendo parlare di *trend*, i dati mostrati e le evidenze del MEF, suggeriscono un ampliamento dell'area di interesse dei processi di esternalizzazione nelle aziende sanitarie.

Raccomandazioni di Osservasalute

Certamente il ricorso a pratiche di *outsourcing* va nella direzione dell'ottimizzazione delle competenze centrali dell'azienda sanitaria e può contribuire ad ottimizzare anche l'assetto produttivo dell'azienda stessa acquisendo sul mercato competenze professionali spesso mancanti in azienda e sfruttando le economie di scala legate all'erogatore del servizio.

Note

La computazione dell'indicatore si basa sui codici da B0590 a B0740, macro voci "Servizi non sanitari" e "Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)" del modello CE.

<http://www.ministerosalute.it/programmazione/finanziamento/dati.jsp>.

Tabella 1 - Percentuale della spesa per servizi non sanitari in *outsourcing* per tipologia di azienda e regione - Valori medi. Anni 2001, 2002

Regioni	2001			2002			Variazione assoluta		
	ASL	AO	Totale	ASL	AO	Totale	ASL	AO	Totale
Piemonte	8,84	18,35	27,19	8,52	18,3	26,82	-0,32	-0,05	-0,37
Valle d'Aosta	15,88	-		14,92	-	14,92	-0,96	-	
Lombardia	3,24	18,39	21,63	2,47	19,45	21,92	-0,77	1,06	0,29
P. A. Bolzano-Bozen	n.c.	-		8,36	-	8,36	n.c.	-	
P. A. Trento	12,21	-		12,99	-	12,99	0,78	-	
Veneto	10,56	22,47	33,03	11,06	24,36	35,42	0,5	1,89	2,39
Friuli-Venezia Giulia	10,74	21,49	32,23	10,35	21,21	31,56	-0,39	-0,28	-0,67
Liguria	7,82	17,27	25,09	8,25	16,66	24,91	0,43	-0,61	-0,18
Emilia-Romagna	9,86	22,66	32,52	9,66	21,96	31,62	-0,2	-0,7	-0,9
Toscana	9,17	7,94	17,11	9,64	15,62	25,26	0,47	7,68	8,15
Umbria	9,84	20,35	30,19	10,88	20,4	31,28	1,04	0,05	1,09
Marche	8,06	17,22	25,28	7,76	17,43	25,19	-0,3	0,21	-0,09
Lazio	8,77	27,91	36,68	9,54	31,47	41,01	0,77	3,56	4,33
Abruzzo	10,43	-		11,04	-	11,04	0,61	-	
Molise	12,09	-		11,71	-	11,71	-0,38	-	
Campania	6,52	19,41	25,93	6,37	19,6	25,97	-0,15	0,19	0,04
Puglia	6,08	25,75	31,83	5,94	24,94	30,88	-0,14	-0,81	-0,95
Basilicata	5,93	19,21	25,14	7,65	20,82	28,47	1,72	1,61	3,33
Calabria	4,61	17,11	21,72	5,72	17,32	23,04	1,11	0,21	1,32
Sicilia	n.c.	n.c.		5,4	14	19,4	n.c.	n.c.	
Sardegna	7,83	11,75	19,58	9,87	10,15	20,02	2,04	-1,6	0,44
Italia	8,87	19,15	28,02	8,96	20,91	29,87	0,28	0,83	1,11

n.c. = non calcolabile.

* Il dato della P. A. di Bolzano e per la regione Sicilia non è calcolabile per il 2001, quindi non è possibile considerare i valori del 2002 nell'analisi della variazione e nel confronto tra 2001 e 2002.

Variazione utile o perdita d'esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

Significato. L'utile (o la perdita) di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di una Azienda Sanitaria. Per economicità si intende la capacità della struttura aziendale di utilizzare razionalmente le risorse giungendo al bilancio tra costi e ricavi al fine di rendere duratura la vita dell'azienda. L'economicità si raggiunge attraverso comportamenti efficienti ed efficaci che garantiscono l'opportunità di svolgimento di questa vita economica in autonomia ovvero senza sistematici ricorsi all'esterno per la copertura degli squilibri. La mancanza di tali condizioni mette in pericolo la capacità del sistema di conseguire i propri fini istituzionali.

L'azione manageriale deve tendere all'ottimizzazione dell'uso dei fattori della produzione a parità di risultato in termini economici e di salute. D'altro canto i processi aziendali devono essere in grado di permettere il conseguimento degli obiettivi aziendali, che in parte

sono traducibili in ricavi e in parte generano valore per la collettività non immediatamente contabilizzabile.

Il principio dell'economicità riportato nel contesto del settore sanitario non può non prendere in considerazione i fattori che definiscono il flusso di ricavi da parte dell'azienda sanitaria che in molti casi non sono riconducibili alle capacità gestionali del *management* e dell'intera azienda, ma alla dimensione della popolazione e alla sua struttura socio-demografica (nel caso dell'Azienda Sanitaria Locale) o al bisogno di salute espresso in domanda di servizi ospedalieri in ricovero (nel caso dell'Azienda Ospedaliera).

Ciononostante l'utile/perdita di bilancio può fornire per lo meno un'indicazione tendenziale dell'economicità complessiva dell'azienda sanitaria intesa come entità economica e patrimoniale, con elevati gradi di autonomia rispetto alla regione di appartenenza.

Perdita media o utile medio di esercizio

Numeratore	Perdita o utile di esercizio (ASL o AO)
Denominatore	Numero di aziende (ASL o AO)

Perdita o utile di esercizio pro-capite

Numeratore	Perdita/utile di esercizio (ASL)
Denominatore	Popolazione residente

Validità e limiti. Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende sanitarie - Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO) - comunicano annualmente alle Regioni e alle Province Autonome di propria pertinenza, nonché al Ministero della Salute. I dati vengono rilevati a consuntivo dal Sistema Informativo Sanitario (SIS) tramite il modello CE "Modello di rilevazione del Conto Economico delle Aziende ASL e AO" approvato con DM 16 febbraio 2001.

L'indicatore assume rilevanza in quanto ci permette di valutare l'economicità della gestione delle Aziende Sanitarie nell'ambito di una regione al netto degli effetti generati dalla mobilità sanitaria interregionale. Allo stesso tempo mette in evidenza l'equilibrio economico generale delle unità aziendali e quindi una manifestazione dell'autonomia economica raggiunta dalle aziende sanitarie.

La mancanza di economicità a livello microeconomico ha come conseguenza il peggioramento delle condizioni di equilibrio nel bilancio regionale.

Benchmark. Il benchmark è il pareggio di bilancio che esprime la presenza di un equilibrio economico della gestione e una condizione di economicità del sistema aziendale in senso dinamico.

Descrizione dei risultati

I dati aggregati a livello nazionale (tabella 1) mostrano sia nel 2001 che nel 2002 un panorama per le Aziende sia Sanitarie che Ospedaliere di sistemi che non sembrano essere in grado di mantenersi in equilibrio economico. La lettura dei dati aggregati, inoltre, mostra una lieve riduzione della perdita registrata dai bilanci di esercizio delle aziende sanitarie, sia territoriali che ospedaliere, tra il 2001 e il 2002. Questo dato sembra coerente con quello riportato nel capitolo successivo del Rapporto Osservasalute, che evidenzia, anche per gli anni presi qui come riferimento (2001 e 2002), l'esistenza di disavanzi per i bilanci aggregati di tutte le regioni.

L'analisi dei dati mostra una perdita media delle AO (nel 2001 -8 milioni di €, nel 2002 6 milioni di €) inferiore a quella registrata per le ASL (nel 2001 -24

Tabella 1 - Perdita media o utile medio di esercizio per tipologia di azienda e regione (migliaia di €) - Anni 2001-2002

Regioni	Utile/perdita				Utile/perdita			
	Numero	ASL 2001	Numero	AO 2001	Numero	ASL 2002	Numero	AO 2002
Piemonte	22	-7.735	7	-3.772	22	-4.419	7	195
Valle d' Aosta	1	-22.367		-	1	4.550	-	-
Lombardia	13	-14.340	29	-7.616	15	-15.320	29	-2.566
Bolzano-Bozen	4	n.c.	-	-	4	-20.319	-	-
Trento	1	75	-	-	1	43	-	-
Veneto	21	-33.233	2	-15.039	21	-14.405	2	-16.235
Friuli-Venezia Giulia	6	-7.914	3	2.034	6	366	3	581
Liguria	5	1	3	71	5	-2.402	3	-1.747
Emilia-Romagna	13	-6.012	4	-4.105	13	-11.870	4	-7.406
Toscana	12	-9.112	3	-1.113	12	-9.408	3	42
Umbria	4	-9.441	2	-12.876	4	-263	2	-3.054
Marche	13	-5.990	4	-5.528	13	-7.451	4	-3.644
Lazio	12	-81.262	3	-59.262	12	-104.293	3	-66.046
Abruzzo	6	-32.173	-	-	6	-27.861	-	-
Molise	4	-9.423	-	-	4	-2.965	-	-
Campania	13	-87.668	8	-8.420	13	-75.008	8	-9.307
Puglia	12	-37.521	6	-24.319	12	-14.776	6	-18.299
Basilicata	6	-354	2	-848	6	-1.689	2	-5.020
Calabria	11	-19.345	4	-696	11	-9.172	4	89
Sicilia	9	n.c.	9	n.c.	9	-38.854	9	-417
Sardegna	8	-32.860	1	40	8	-37.779	1	-5.474
Italia	196	-23.985	90	-8.203	198	-22.359	90	-6186

n.c. = non calcolabile.

* Il dato della P. A. di Bolzano e per la regione Sicilia non è calcolabile per il 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Elaborazioni su dati del Sistema Informativo Sanitario. Anni 2001, 2002.

Tabella 2 - Perdita o utile di esercizio pro capite delle ASL (€) - Anni 2001-2002

Regioni	2001	2002	Variazione assoluta
Piemonte	-40,00	-23,00	17,00
Valle d' Aosta	-186,00	38,00	224,00
Lombardia	-21,00	-25,00	-4,00
Bolzano-Bozen	n.c.	174,00	n.c.
Trento	0,00	0,00	0,00
Veneto	-154,00	-66,00	88,00
Friuli-Venezia Giulia	-40,00	2,00	42,00
Liguria	0,00	-8,00	-8,00
Emilia-Romagna	-20,00	-39,00	-19,00
Toscana	-31,00	-32,00	-1,00
Umbria	-45,00	0,00	45,00
Marche	-53,00	-66,00	-13,00
Lazio	-187,00	-244,00	-57,00
Abruzzo	-152,00	-132,00	20,00
Molise	-116,00	-37,00	79,00
Campania	-199,00	-171,00	28,00
Puglia	-111,00	-44,00	67,00
Basilicata	-4,00	-17,00	-13,00
Calabria	-105,00	-50,00	55,00
Sicilia	n.c.	-70,00	n.c.
Sardegna	-160,00	-185,00	-25,00
Italia	-95,00	-87,00	8,00

n.c. = non calcolabile.

* Il dato della P. A. di Bolzano e della regione Sicilia non è calcolabile per il 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute - Elaborazioni in su dati del Sistema Informativo Sanitario. Anni 2001, 2002.

milioni di €, nel 2002 -22 milioni di €)

Lo stato di squilibrio economico delle Aziende Sanitarie è diffuso in molte regioni italiane con qualche significativa eccezione soprattutto legata a realtà particolari come la P. A. di Trento e la regione Valle d'Aosta i cui regimi statutari e le dimensioni rendono il confronto con le altre realtà nazionali non di facile interpretazione.

Condizioni di equilibrio economico si riscontrano in alcune Aziende Sanitarie della regione Liguria, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna (per la sola AO Brotzu di Cagliari).

Le regioni mostrano comunque condizioni di perdita di bilancio con modulazioni molto diverse.

La perdita media delle ASL della regione Lazio (-81.262 milioni di € nel 2001) e Campania (-87.668 milioni di € nel 2001) è significativamente superiore rispetto alle perdite registrate in regioni come Toscana (-9.112 milioni di € nel 2001) Umbria (-9.441 milioni di € nel 2001) e Marche (-5.990 milioni di € nel 2001).

La lettura dei valori assoluti, però, è influenzata dalla diversa dimensione delle ASL nelle regioni in questione. La ASL Napoli 1 con oltre 1 milione di abitanti e la ASL RM E con oltre 600.000 assistiti hanno bilanci che superano ampiamente quelli della stessa regione Umbria.

A questo proposito l'analisi degli utili/perdite di bilancio pro capite per le ASL delle regioni rappresenta un indicatore più sensibile ai fini del confronto interregionale sull'economicità delle Aziende Sanitarie Locali (vedi tabella 2).

I dati pro capite confermano le situazioni di equilibrio per le ASL della Liguria, P. A. di Trento e Umbria.

Le perdite pro capite nel 2001 confermano che le regioni Lazio, Campania e Veneto mostrano le peggiori condizioni di bilancio con perdite per persona che risultano pari a 187,00 € nel Lazio, a 199,00 € in Campania e 154,00 € in Veneto. Nel 2002 la condizione della Campania migliora con una riduzione della perdita di 28,00 € pro capite, la situazione nel Lazio peggiora di - 57,00 € e nel Veneto migliora di 87,00 €. Il confronto tra 2001 e 2002 a livello nazionale mostra una riduzione delle perdite pro capite di soli 8,00 € per persona. Non sono evidenti differenze per aree geografiche.

Raccomandazioni di Osservasalute

La ricerca dell'efficienza micro-economica nelle organizzazioni responsabili per l'erogazione dei servizi sanitari è uno degli obiettivi richiamati da tutte le organizzazioni internazionali per assicurare l'equilibrio economico nei Sistemi Sanitari.

La logica del D.lgs n. 502/92 si fondava su un sistema di autonomie in grado di generare incentivi a livello micro-economico per il conseguimento dell'equilibrio di bilancio nelle Aziende Sanitarie sia Locali che

Ospedaliere. Questa logica veniva confermata dalla previsione di una "autonomia imprenditoriale" (art. 3) dal D.lgs n. 229/99.

Le recenti evoluzioni negli assetti istituzionali di molte regioni stanno mettendo in discussione il ruolo dell'autonomia aziendale e la possibilità che gli incentivi a livello micro-economico possano contribuire all'equilibrio del sistema. La tendenza registrata in molte regioni, è quella di sostituire al sistema degli incentivi e delle autonomie, un sistema pienamente integrato in cui la programmazione - e non il mercato interno - rappresenti il principale strumento per la regolazione.

Se la criticità del sistema basato sul mercato interno è essenzialmente sul monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni e sul dimensionamento del sistema di offerta, in un sistema integrato la principale criticità è quella di generare adeguati incentivi alla produttività e all'efficienza con strumenti diversi da quelli competitivi.

In entrambi i casi i sistemi di finanziamento rappresentano i principali strumenti per il governo della dinamica degli incentivi. Sembrerebbe quindi indispensabile, indipendentemente dalla natura del sistema di regolazione prescelto, investire maggiormente nello studio e nell'implementazione di sistemi avanzati di finanziamento in grado di assecondare il sistema di *governance* e di generare adeguati incentivi a livello micro-economico.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. Misura la tendenza dei disavanzi pro capite della sanità pubblica: la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. Quindi la differenza tra il saldo composto da fonti di entrata autonome (IRAP e Addizionale IRPEF) e perequate tramite il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e le uscite per servizi prestati diret-

tamente o convenzionati.

È un indicatore della sostenibilità del processo di devoluzione regionale: disavanzi che tendono strutturalmente ad accentuarsi nel tempo indicano la presenza di un problema nella gestione federalista della sanità, mentre peggioramenti a livello di singole regioni indicano un probabile problema gestionale.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica - Finanziamento SSN
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'informazione approssimativa sulla *performance* regionale: tassi di incremento maggiori della media indicano difficoltà specifiche. Non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali nei disavanzi stessi, sia perché comprende una parte di finanziamento ottenuta in base ad una formula perequativa "teorica", sia perché l'obbligo di fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) comporta probabilmente una spesa regionale differenziata e non pienamente riflessa nella formula allocativa del finanziamento. Inoltre, essendo di natura aggregata, non consente di risalire alle voci di spesa o di finanziamento maggiormente responsabili del disavanzo. Nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome le fonti di finanziamento sono differenti da quelle a statuto ordinario, sono a dinamica differenziata e senza componenti perequative; quindi la lettura dei loro dati va effettuata con molta cautela.

Tale indicatore può rappresentare lo "sforzo fiscale" aggiuntivo richiesto alle singole regioni, in assenza di modifiche concordate delle allocazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, per ripianare il deficit. Infine, bisogna considerare che la dinamica del disavanzo è stata influenzata negli anni più recenti dal fenomeno della cartolarizzazione che ha permesso apparenti riduzioni dell'indebitamento contabile (Box "Cartolarizzazione").

Valori di riferimento. Il riferimento utilizzabile è avere un disavanzo uguale a 0.

Descrizione dei risultati

I dati nuovi forniti, rispetto alla passata edizione di Osservasalute (Rapporto Osservasalute 2004- pag. 290-291), riguardano l'anno 2003 (è un dato provvisorio, cfr. nota in tabella 1).

I disavanzi pro capite dal 2001 al 2003 sono diminuiti in tutte le regioni.

Le regioni in cui è diminuito notevolmente il disavan-

zo sono, in ordine decrescente, Calabria, Veneto, Marche, Basilicata, Puglia, Lazio e Sardegna (tabella 1 e grafico 1).

Il grafico 2 mostra chiaramente la tendenza del disavanzo in questi tre anni di riferimento (2001-2003) e le differenze rispetto alle aree geografiche regionali: nel 2002 le regioni del Centro sono abbastanza stabili, a differenza dei dati per le regioni del Nord che hanno dei picchi dovuti ai dati di Bolzano, Trento, Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia. Per il Sud la variazione maggiore è avvenuta soprattutto in Sicilia, Sardegna e Calabria.

Per quanto riguarda le cartolarizzazioni alcune regioni, come Lazio e Sicilia, ne hanno fatto consistente uso ed è evidente dal trend del disavanzo, soprattutto nel 2003. Per quanto riguarda le operazioni della regione Lazio (a fronte di trasferimenti futuri dallo Stato per ripiani di disavanzi) con emissione di titoli da parte di Cartesio s.r.l del 2001 e quelle originanti da SAN.IM (a fronte dell'acquisto di ospedali da parte di SAN.IM e successiva rilocalizzazione alle ASL cedenti, avendo sempre Cartesio come emittitore) del 2003 hanno portato incassi di 500 milioni di € nel 2001 e di 1 miliardo e 242 milioni di € nel 2003. L'operazione di cartolarizzazione in regione Lazio sembra essere un'efficiente soluzione finanziaria, consentendo alle imprese fornitrici di vendere pro soluto tutti i crediti per fatture emesse verso le Aziende Sanitarie della regione fino a dicembre 2003 (per un ammontare complessivo di circa 500 milioni di €), a condizioni competitive rispetto ad alternativi e più tradizionali strumenti di monetizzazione dei crediti; alla regione ha consentito di ammorbidire l'impatto dei debiti accumulati sul fabbisogno di cassa, contenendone il costo finanziario.

Raccomandazioni di Osservasalute

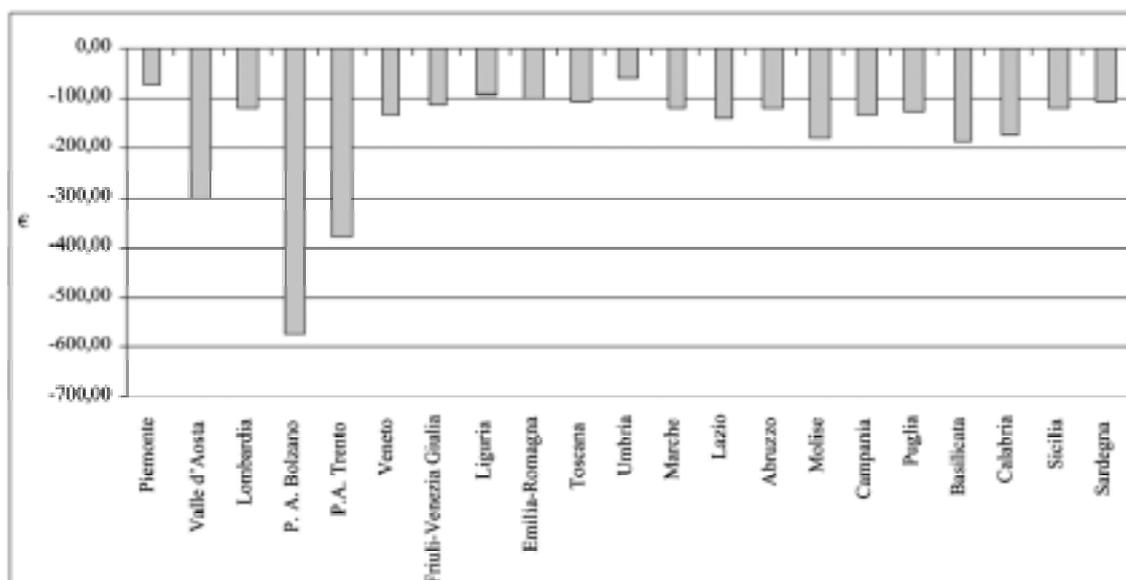
È necessario sottolineare che per aggiustamenti reali si intendono misure a favore dell'efficienza che possono anche essere ottenute con azioni di natura finan-

Tabella 1 - Disavanzo sanitario pubblico pro capite (valori in €) - Anni 2001-2003

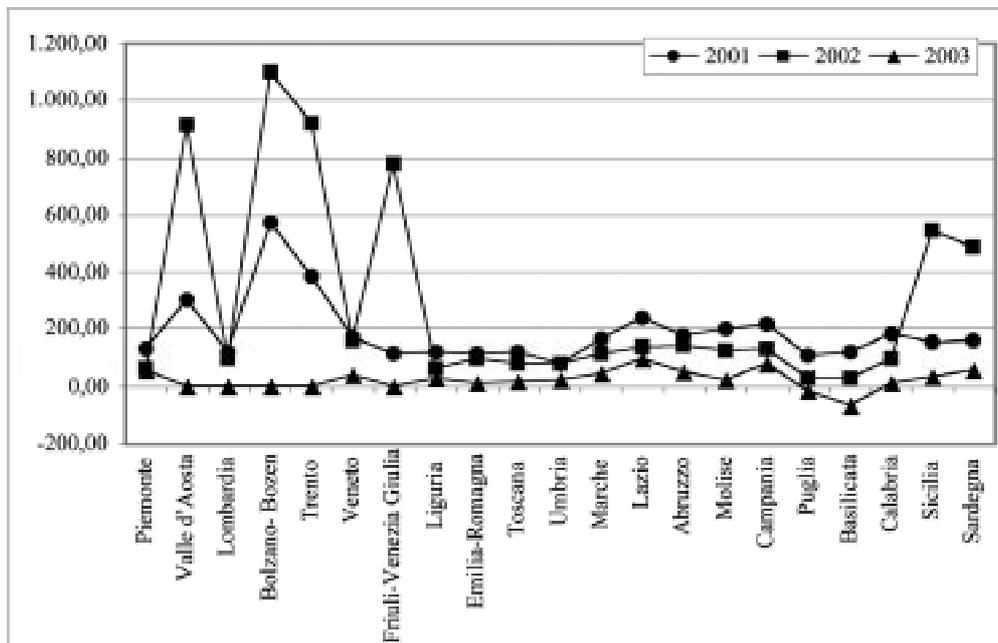
Regioni	2001	2002	2003	Variatione assoluta 2001-2003
Piemonte	129,00	63,00	54,61	-74,39
Valle d'Aosta	297,00	913,00	0,00	-297,00
Lombardia	119,00	95,00	0,15	-118,85
Bolzano- Bozen	572,00	1.099,00	0,00	-572,00
Trento	381,00	917,00	0,00	-381,00
Veneto	166,00	157,00	36,94	-129,06
Friuli-Venezia Giulia	110,00	773,00	0,00	-110,00
Liguria	120,00	62,00	29,37	-90,63
Emilia-Romagna	110,00	95,00	10,96	-99,04
Toscana	118,00	80,00	12,60	-105,40
Umbria	80,00	80,00	18,76	-61,24
Marche	163,00	111,00	44,47	-118,53
Lazio	235,00	133,00	96,16	-138,84
Abruzzo	173,00	140,00	52,18	-120,82
Molise	199,00	124,00	18,83	-180,17
Campania	214,00	127,00	79,06	-134,94
Puglia	107,00	28,00	-19,33	-126,33
Basilicata	118,00	24,00	-67,45	-185,45
Calabria	179,00	95,00	10,18	-168,82
Sicilia	151,00	544,00	34,97	-116,03
Sardegna	157,00	488,00	54,20	-102,80

Nota: i dati al 2003 sono ancora provvisori. Altri dati provvisori del 2004 mostrano che per alcune regioni, che sembrerebbero in pareggio, esistono ancora disavanzi.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2005.

Grafico 1 - Variazione assoluta del disavanzo sanitario pubblico pro capite. Valori in €. Anni 2001-2003

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, Direzione generale per la Programmazione 2005.

Grafico 2 - Disavanzo sanitario pubblico pro capite (valori in €) - Anni 2001-2003

ziaria: ad esempio uno dei motivi di grande preoccupazione è il ritardato pagamento dei fornitori da parte dell'acquirente pubblico, fattore di contenimento dei deficit correnti e di esplosione di quelli futuri.

Entrate proprie sanitarie regionali

Significato. Mostra l'andamento, nel tempo, della parte di entrate di ogni regione, indipendente dai meccanismi perequativi¹, comprendente le voci IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive), addizionale IRPEF (Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche), altre entrate proprie. Evidenzia l'evoluzione dell'autosufficienza finanziaria regionale, dovuta pre-

valentemente ad un alto valore aggiunto e reddito regionale. Un valore in diminuzione rappresenta inoltre la progressiva difficoltà (potenziale) delle varie regioni nell'assolvere ai propri obblighi di fornitura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), qualora in un sistema federalista venissero a mancare gli elementi di solidarietà tra regioni.

Percentuale di entrate proprie sanitarie

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

Numeratore: Entrate proprie sanitarie (IRAP, addizionale IRPEF, altre entrate proprie tra cui i ticket)

Denominatore: Totale entrate per il finanziamento della sanità pubblica

Validità e limiti. Può variare nel corso del tempo soprattutto perché varia il numeratore, che pur basato su normativa a livello centrale riguardo alle aliquote delle imposte, può però essere modificata dalle singole regioni (addizionale IRPEF, ticket). Il denominatore segue, invece, coefficienti prestabiliti, derogabili solo mediante contrattazione con il livello centrale.

Pur rappresentando il grado di autofinanziamento incondizionato delle regioni, è comunque un indicatore di difficile interpretazione: stesse tendenze possono dipendere da comportamenti molto differenziati da parte degli operatori regionali, quanto a rigore nella spesa e sforzo di finanziamento.

Valori di riferimento. Il riferimento utilizzabile è il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Tra il 2001 e il 2003 la percentuale di entrate proprie è rimasta stabile a livello nazionale (al 39%). Il valore è comunque molto variabile tra le regioni: nel 2003 il Veneto è in grado di autofinanziare il 72% della spesa attesa, mentre la Sicilia può coprire solo il 15%. Al Nord varia dal 36% della Liguria al 72% del Veneto, al Centro dal 25% della regione Lazio al 55% della Toscana.

Al Sud dal 15% della Sicilia al 43% della Basilicata.

Tabella 1 - Percentuale di entrate proprie per regione – Anni 2000-2003

Regioni	2001	2002	2003	Variazione punti percentuali 2001-2003
Piemonte	44	45	50	6
Valle d'Aosta	44	44	49	5
Lombardia	46	47	46	0
Bolzano-Bozen	71	65	69	-2
Trento	49	53	52	3
Veneto	70	70	72	2
Friuli-Venezia Giulia	58	64	63	5
Liguria	35	35	36	1
Emilia-Romagna	67	66	70	3
Toscana	52	60	55	3
Umbria	50	48	49	-1
Marche	46	48	50	4
Lazio	26	23	25	-1
Abruzzo	32	33	33	1
Molise	30	33	31	1
Campania	19	16	16	-3
Puglia	22	21	18	-4
Basilicata	21	17	43	22
Calabria	19	19	16	-3
Sicilia	22	14	15	-7
Sardegna	24	28	27	3
Italia	39	39	39	0

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, Direzione generale per la programmazione. Anno 2005.

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

Percentuale di entrate proprie per regione. Anno 2003

Continua quindi la tendenza, riportata anche nei Rapporti Osservasalute del 2003 e del 2004 (rispettivamente pag. 104-105 e pag 286-287), per cui il gradiente Nord – Sud risulta evidente. Il grado di autofinanziamento delle regioni del Sud è peggiorato negli ultimi quattro anni (2000-2003) soprattutto in Sicilia, Campania, Puglia e Calabria. La Basilicata, invece, spicca tra le regioni del Sud per la ripresa di ben 26 punti percentuali nel 2003, rispetto al 2002.

Raccomandazioni di Osservasalute

E' auspicabile il raggiungimento di un livello di autosufficienza omogeneo , purché ciò non comporti elevate differenziazioni tra le singole realtà regionali. Il problema del federalismo e quindi la maggior autonomia delle regioni, comporta l'accentuarsi di questi problemi e solo il fondo perequativo dovrebbe essere in grado di ripianare le differenze.

Composizione della spesa sanitaria per macro categorie

Significato. Gli indicatori misurano la composizione della spesa sanitaria regionale per macro categorie: la spesa pubblica per servizi forniti direttamente, finanziata e fornita dal settore pubblico, la spesa pubblica per servizi in convenzione, finanziata dall'operatore pubblico e fornita da erogatori privati, infine la spesa privata, finanziata privatamente dalle famiglie. La spesa sanitaria per i servizi forniti direttamente, include i servizi ospedalieri e i servizi medici ambulatoriali, erogati direttamente dalle strutture pubbliche (ASL e AO).

La spesa sanitaria per i servizi forniti in regime di convenzione include i servizi erogati da strutture pri-

vate in convenzione.

La spesa sanitaria privata, sostenuta dalle famiglie per i servizi sanitari al netto dei contributi del SSN include la spesa per medicinali acquistati direttamente, consultazioni specialistiche, cure odontoiatriche, analisi cliniche ed esami radiologici.

L'analisi di questi tre indicatori dà come risultato un'informazione sul peso del rapporto pubblico-privato in sanità, sia dal punto di vista del finanziamento che da quello della fornitura, per i sistemi sanitari di ciascuna regione italiana. E' inoltre possibile calcolare la quota di finanziamento pubblico e di mercato pubblico.

Percentuale della spesa per servizi forniti direttamente

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica per servizi forniti direttamente}}{\text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}} \times 100$$

Denominatore

Percentuale della spesa per servizi forniti in regime di convenzione

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica per servizi in regime di convenzione}}{\text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}} \times 100$$

Denominatore

Percentuale della spesa sanitaria delle famiglie

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria delle famiglie}}{\text{Spesa sanitaria totale corrente}} \times 100$$

Denominatore

Quota di finanziamento pubblico

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}}{\text{Spesa sanitaria totale corrente}}$$

Denominatore

Quota di mercato pubblico

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica per servizi forniti direttamente}}{\text{Spesa sanitaria totale corrente}}$$

Denominatore

Validità e limiti. Gli indicatori rappresentano il fenomeno della pervasività dell'intervento pubblico diretto rispetto ai servizi forniti in regime di convenzione e alla parte di spesa a carico del privato (famiglie). Risente dell'anzianità della popolazione regionale e della mobilità territoriale.

Valori di riferimento. Il valore di riferimento è il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Gli indicatori forniscono principalmente due tipi di informazione: l'entità del finanziamento pubblico e l'entità della presenza sul mercato di operatori pubblici.

Nella tabella 1 sono riportate le composizioni percentuali delle spese per servizi forniti direttamente, per altre spese e per servizi in convenzione (rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica corrente) e nella

Tabella 1 - Percentuale della spesa sanitaria pubblica per funzione economica e percentuale della spesa sanitaria privata delle famiglie per regione - Anno 2002*

Regioni	Servizi sanitari forniti direttamente	Servizi sanitari in regime di convenzione	Altre spese
Piemonte	55,34	38,34	6,32
Valle d'Aosta	66,32	25,91	7,77
Lombardia	50,09	44,38	5,54
Trentino-Alto Adige	63,88	28,86	7,26
Veneto	55,94	37,26	6,80
Friuli-Venezia Giulia	64,55	29,04	6,41
Liguria	62,15	31,54	6,31
Emilia-Romagna	59,31	33,95	6,74
Toscana	61,29	31,71	7,01
Umbria	61,91	31,25	6,84
Marche	61,17	32,25	6,58
Lazio	47,76	47,37	4,86
Abruzzo	51,57	42,41	6,02
Molise	53,76	39,60	6,64
Campania	47,68	47,37	4,95
Puglia	49,02	45,58	5,40
Basilicata	56,02	37,75	6,22
Calabria	52,78	41,57	5,64
Sicilia	50,25	44,41	5,34
Sardegna	58,27	35,01	6,72
Italia	53,65	40,44	5,91

Altre spese = Servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione, contribuzioni diverse.

(*) I dati sono elaborati secondo il sistema dei conti nazionali SEC95.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Contabilità Nazionale. Anno 2005.

Tabella 2 - Percentuale della spesa sanitaria privata delle famiglie. Anno 2002*

Regioni	Spesa sanitaria delle famiglie
Piemonte	26,01
Valle d'Aosta	21,64
Lombardia	25,95
Trentino-Alto Adige	20,71
Veneto	24,85
Friuli-Venezia Giulia	25,74
Liguria	22,53
Emilia-Romagna	26,45
Toscana	22,75
Umbria	18,82
Marche	22,35
Lazio	22,64
Abruzzo	17,63
Molise	18,84
Campania	17,90
Puglia	19,49
Basilicata	16,28
Calabria	19,65
Sicilia	17,31
Sardegna	17,43
Italia	22,42

(*) I dati sono elaborati secondo il sistema dei conti nazionali SEC95.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Contabilità Nazionale, Anno 2005.

tabella 2 la composizione della spesa sanitaria privata delle famiglie (rispetto alla spesa sanitaria totale). La Valle d'Aosta ed il Friuli-Venezia Giulia sono le

regioni che più hanno spinto la produzione pubblica con una percentuale di servizi sanitari forniti direttamente (rispettivamente del 66,32% e 64,55%).

Le regioni con una spesa minore sono Campania (47,68 %), Lazio (47,76 %) e Puglia (49,02%). Queste tre regioni sono poi quelle che hanno i valori massimi (in media superiori al valore nazionale di 6 punti percentuali) per la spesa in servizi sanitari in regime di convenzione.

La spesa per servizi forniti direttamente per il Centro e per il Nord è superiore, rispettivamente di 5 e di 6 punti percentuali, rispetto a quella delle regioni del Sud. Tra le regioni del Centro unica eccezione è la regione Lazio, che presenta un'elevata spesa in regime di convenzione. Mentre tra le regioni del Sud la Sardegna e la Basilicata sono in controtendenza.

Il gradiente Nord-Sud è evidente soprattutto nelle differenze percentuali di spesa in regime di convenzione, dove il Sud riporta valori prossimi al 45% (5 punti sopra la media nazionale), il Centro al 39% e il Nord al 38%.

La regione Emilia-Romagna (26,45%), la Lombardia (25,95%) e il Friuli-Venezia Giulia (25,74%) spendono una maggiore quota della spesa sanitaria attraverso il privato (le famiglie).

Inoltre è possibile classificare le regioni a seconda della loro scelta, sia dal lato del finanziamento pubblico che dal lato del mercato pubblico, individuando quattro gruppi di regioni (grafico 1): ciò viene fatto

utilizzando la percentuale della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale (quota di finanziamento pubblico) e la percentuale della spesa pubblica per servizi forniti direttamente sulla spesa sanitaria totale (quota di mercato pubblico).

Gruppo 1: regioni che delegano maggiormente al privato, sia la fornitura che il finanziamento dei servizi sanitari (quota di finanziamento pubblico sul totale della spesa sanitaria e quota di servizi sanitari forniti direttamente sul totale della spesa sanitaria minori della media).

Gruppo 2: regioni che delegano al privato il finanziamento, ma che producono direttamente gran parte dei servizi finanziati pubblicamente (finanziamento pubblico minore della media e fornitura pubblica diretta maggiore della media).

Gruppo 3: regioni in cui il ruolo del settore pubblico è preponderante sia dal lato del finanziamento che da quello della fornitura (finanziamento e fornitura pubblica diretta entrambi maggiori della media).

Gruppo 4: regioni che vedono il ruolo del settore pubblico come quello di tutela e quindi finanziano gran parte dei servizi, anche se non entrano direttamente nella fornitura degli stessi (finanziamento pubblico

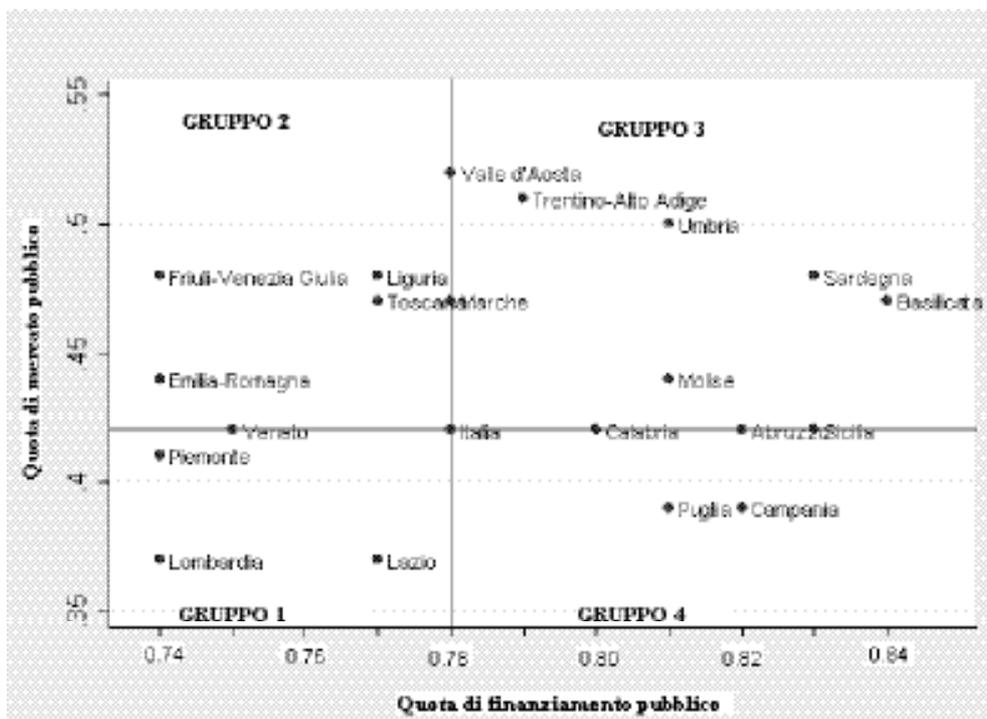
maggiore della media e fornitura pubblica diretta minore della media)

Fanno parte del Gruppo 1 (grafico 1) il Piemonte, la Lombardia e il Lazio. Nel Gruppo 2 troviamo principalmente le regioni del Centro-Nord: Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Toscana. Mentre nel Gruppo 4 ci sono solo la Campania e la Puglia. Tutte le altre regioni fanno parte del Gruppo 3, cioè con peso pubblico considerevole (importante la presenza, in questo gruppo, delle regioni a statuto speciale e delle province autonome).

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Grafico 1 - Gruppi di regioni in base alla quota di finanziamento pubblico e di mercato pubblico - Anno 2002



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat, Contabilità Nazionale. Anno 2005.

Rating e operazioni di cartolarizzazione dei crediti

Significato. Il *rating* è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito.

Il *rating*, quindi, assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti quegli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito. Avere un *rating* assegnato da una Agenzia Internazionale facilita per gli emittenti il processo di fissazione del prezzo e di collocamento dei titoli emessi. Per questi motivi, i soggetti che desiderano collocare titoli sui mercati finanziari internazionali sono indotti a richiedere una valutazione del loro merito di credito alle Agenzie di *rating*, soggetti indipendenti, che basano la loro credibilità sull'affidabilità delle loro analisi e dei loro giudizi. Nel processo di *rating* intervengono il soggetto valutato e la struttura operativa dell'Agenzia (team di analisti preposti ai rapporti con il soggetto valutato, all'analisi e alla valutazione di *rating*).

Il soggetto valutato si impegna a fornire all'Agenzia tutta la documentazione e le informazioni necessarie per l'attribuzione del *rating*. La richiesta di *rating* comporta l'impegno ad accettare il successivo monitoraggio per un periodo prestabilito. L'Agenzia effettua la valutazione secondo le proprie procedure interne e assegna il *rating*. Questo viene comunicato al soggetto valutato unitamente ad una nota sintetica circa le motivazioni alla base.

Una volta pubblicato il rapporto scatta l'obbligo per l'Agenzia di attuare il monitoraggio successivo per l'aggiornamento periodico del *rating* e l'obbligo per il soggetto valutato di segnalare i fatti rilevanti che si manifestano successivamente, affinché l'Agenzia possa valutare se mettere sotto osservazione ed eventualmente modificare il *rating*.

Formula. La scala internazionale che esprime il giudizio sintetico di *rating* è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso (tabella 1a e 1b).

In particolare la lettera A ripetuta tre volte esprime il massimo giudizio astrattamente attribuibile ad un operatore economico ed è quindi espressione della massima qualità creditizia, mentre la lettera C ripetuta tre volte esprime l'esistenza di una considerevole incertezza rispetto al pagamento puntuale dei debiti. Le agenzie definiscono una graduatoria, diversa per le obbligazioni a breve e a lungo termine, in funzione

del grado di solvibilità dell'emittente. Questa graduatoria prevede, per il debito a lungo termine, un massimo di affidabilità AAA (assenza di rischio), sotto tale livello, e anche per ciascuna delle categorie successive (B e C), sono previste sottoclassificazioni in tre gradi diversi (ad es. AAA è seguita da AA e da A) e all'interno di tali sottoclassificazioni sono previste tre ulteriori distinzioni (ad es., la sottocategoria AA è divisa, in ordine discendente, in AA1, AA2, AA3).

I *rating* indicati con la doppia AA, che possono anche essere accompagnati dai segni + (più) o - (meno), vengono così interpretati: "Alta qualità creditizia. I fattori di protezione sono forti. Il rischio è modesto ma può variare leggermente nel tempo a seconda della congiuntura economica". È da osservare inoltre che i *rating* attualmente assegnati vengono definiti internazionali in quanto, con l'introduzione dell'Euro e la contestuale trasformazione della Lira in decimale dell'Euro, non vengono più assegnati *rating* "domestici". La valutazione quindi è valida rispetto a tutti i debiti finanziari denominati in ogni valuta, Euro incluso.

La scala di *rating* non viene utilizzata nella sua completezza in quanto ad ogni operatore non può essere assegnato un *rating* superiore a quello attribuito allo Stato di appartenenza. Così, agli operatori italiani non può essere assegnato un *rating* superiore ad AA, assegnato all'Italia.

Mentre l'assegnazione del *rating* ad uno Stato dipende essenzialmente dalla valutazione di due aree di rischio, quello politico e quello economico, la valutazione per l'assegnazione del *rating* ad un ente locale (come la regione) si basa su quattro aree di analisi:

- il sistema politico ed amministrativo dello stato di appartenenza;
- la struttura politico-amministrativa dell'ente;
- la struttura socio-economica del territorio;
- i flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente (struttura entrate ed uscite, situazione creditizia, liquidità, composizione e trend revisionali dell'indebitamento).

Validità e limiti. La validità dell'indicatore di *rating* è essenzialmente legata alla robustezza del metodo utilizzato dall'Agenzia che lo propone e quindi le sue caratteristiche e la sua reputazione sono fondamentali elementi per la validità del *rating* stesso.

Le principali Agenzie di *rating* sono una decina e sono dislocate soprattutto negli Stati Uniti e in Giappone. Le tre maggiori agenzie sono *Standard and Poor's (S&P)*, *Moody's* e *Fitch Ratings* che forniscono una gamma completa di valutazione, differenziata sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Benchmark. Per le regioni italiane l'unico benchmark che è possibile considerare è quello assegnato all'Italia ovvero AA (*Fitch*), in quanto massimo raggiungibile da parte della singola regione.

Descrizione dei risultati

La tabella 2 mostra il diverso atteggiamento valutativo dimostrato dalle tre principali agenzie di rating internazionali. *Moody's* riconosce alla regione Lombardia un *rating* pari a Aa1, migliore della Aa2 assegnato allo Stato (*Sovereign Ceiling Transcendent*). Ben dieci regioni italiane (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche) vengono invece considerate dalle diverse Agenzie di *rating* allo stesso livello di affidabilità cre-

ditizia dell'Italia, ma non è infrequente il fenomeno dello *split rating*, rappresentato da quelle situazioni in cui le Agenzie attribuiscono valutazioni sostanzialmente differenti allo stesso ente, evidente indicatore delle diverse logiche applicate.

Mentre la regione con *rating* più alto è la Lombardia, quella con il più basso è la Campania (A3 – *Moody's*). L'assegnazione dei *rating* mette in evidenza la presenza di un significativo gradiente Nord-Sud.

Infatti le doppie A scompaiono dalle valutazioni delle Agenzie di *rating* dalla regione Lazio in giù, a testimonianza di valutazioni meno positive riguardo la struttura politico-amministrativa dell'ente, la struttura socio-economica del territorio e, in particolare, dei flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente.

Tabella 1a - Scale di rating per titoli a medio e lungo termine

		<i>Fitch Ratings</i>	<i>Standard&Poor's</i>
		<i>Investment grade</i>	
AAA		rischio di credito estremamente basso	capacità di rimborso del debito molto alta
AA	AA+ AA AA-	rischio di credito molto basso; capacità di rimborso solida	capacità di rimborso del debito molto alta, di poco inferiore a AA
A	A+ A A-	aspettativa bassa di rischio di credito; adeguata capacità di rimborso	elevata capacità di rimborso del debito ma influenzabile da eventuali cambiamenti della situazione economica e finanziaria
BBB	BB+ BB BB-	capacità di rimborso adeguata ma soggetta a cambiamenti collegati al ciclo economico	adeguata capacità di rimborso del debito, con più alta probabilità di indebolimento in presenza di condizioni economiche e finanziarie sfavorevoli
		<i>Speculative grade</i>	
BB	BB+ BB BB-	possibilità di rischio di credito soprattutto se la situazione economica non è favorevole	nel breve periodo non esiste capacità di insolvenza, la quale tuttavia dipende da eventuali mutamenti a livello economico e finanziario
B	B+ B B-	significativo rischio di credito pur essendoci un lieve margine di garanzia	condizioni economiche e finanziarie avverse potrebbero quasi annullare la capacità di rimborso
CCC, CC e C		forte possibilità di insolvenza	CC indica un alto grado di speculazione; C riservato ai titoli per cui non sono stati pagati interessi
DDD, DD e D		titoli altamente speculativi	D per titoli di stato di insolvenza (S&P)

I segni + e - possono essere aggiunti ai *rating* compresi tra AA e B, per indicare la posizione relativa del titolo all'interno della classe di *rating*.

Tabella 1b - Scale di rating per titoli a medio e lungo termine

		<i>Moody's Investment grade</i>
Aaa		bassissimo grado di rischio dell'investimento
Aaa	Aa1 Aa2 Aa3	bassissimo grado di rischio dell'investimento ma con garanzie per il pagamento degli interessi inferiore a quelle della classe superiore
A	A1 A2 A3	adeguati elementi di garanzia per il pagamento degli interessi e del capitale alla scadenza, che però, possono deteriorarsi nel futuro
Ba	Ba1 Ba2 Ba3	copertura degli interessi e del capitale insoddisfazione, titoli con caratteristiche leggermente speculative
B	B1 B2 B3	investimento non sicuro; poche garanzie di pagamento quota interesse e quota capitale
Caa	Caa1 Caa2 Caa3	possibili condizioni di insolvenza
Ca e C		scarsissima possibilità di pagamento degli interessi e di rimborso della quota capitale

Ai rating compresi tra Aa e Caa è aggiunto un numero (1,2 o 3) per indicare il posizionamento, rispettivamente, superiore, mediano e inferiore rispetto alla categoria di appartenenza.

Fonte dei dati e anno di riferimento: DEXIA Crediop, *Public Finance*, Approfondimenti e ricerche sulla finanza pubblica, n.2 ottobre 2002.

Tabella 2 - Rating assegnati ad enti territoriali italiani (aggiornati al 11 novembre 2005)

Regioni	<i>Fitch</i>	<i>Moody's</i>	<i>S&P</i>
Piemonte	AA-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	AA-
Lombardia	AA	Aa1	AA-
Bolzano-Bozen	AA+	Aa1	-
Trento	AA+	Aa1	-
Veneto	-	Aa2	-
Friuli-Venezia Giulia	AA	-	AA-
Liguria	-	Aa3	AA-
Emilia-Romagna	-	Aa2	AA-
Toscana	-	Aa2	AA-
Umbria	AA	Aa3	AA-
Marche	-	Aa3	AA-
Lazio	A	A1	A
Abruzzo	-	A1	A
Molise	-	A2	-
Campania	-	A3	A-
Puglia	-	A2	-
Basilicata	-	A1	-
Calabria	A+	A2	-
Sicilia	-	A1	A+
Sardegna	-	A2	-

Repubblica Italiana

AA

Aa2

AA-

Fonte dei dati e anno di riferimento: DEXIA, Crediop, novembre 2005. www.dexia-crediop.it/contentfiles/rating.pdf

Confronto internazionale

L'Italia, tra i paesi europei, ha il maggior numero di *rating* assegnati ad enti territoriali (totale = 75): 24 alle province, 30 ai comuni e 21 alle regioni (e province autonome).

Nel 1996 solo una regione e tre comuni avevano un *rating* assegnato; nel 2000 le regioni con un *rating* assegnato erano 13. Oggi tutte le regioni italiane hanno almeno un *rating* assegnato da una delle tre principali agenzie mondiali.

Questo fenomeno, in progressiva crescita, certamente testimonia la rilevanza del fenomeno della devoluzione delle competenze verso gli enti locali nel nostro paese. Allo stesso tempo, però, può essere associato da un lato alla crescita delle competenze e della dimestichezza degli enti locali in campo finanziario, dall'altro ad una esigenza di accedere a fonti di finanziamento di deficit di bilancio crescenti.

Raccomandazioni di Osservasalute

Non esistono specifiche raccomandazioni emergenti dall'osservazione di questo indicatore, se non in generale, di affrontare in maniera strutturale e sistematica le riforme sanitarie per dare stabilità politica al sistema e per migliorare lo stato dell'amministrazione dell'ente quale condizione per l'avvicinamento dell'ente al valore di *rating* nazionale.

Riferimenti Bibliografici

DEXIA, Crediop, Agosto 2005; Agenzie di rating e Ministero dell'Economia.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Rispetto alle precedenti edizioni di Osservasalute in questa edizione affrontiamo in modo congiunto due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e poi rispetto alla popolazione residente nella singola regione.

L'intento è quello di fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse regioni, misurata in relazione ai diversi contesti di riferimento sotto il profilo sia socio-economico che demografico.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Rappresenta l'ammontare di risorse in termini monetari che è in media disponibile per ogni individuo di una data regione per far fronte alle spese sanitarie per un periodo di riferimento. In tal senso dovrebbe indicare le risorse disponibili mediamente per fornire sia i

Spesa sanitaria pubblica pro capite

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica corrente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}}$$

Validità e limiti. Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una determinata regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito. L'allocazione della spesa pubblica tra i diversi comparti segue criteri differenti dalla semplice disponibilità economica: quindi non è detto che regioni più ricche spenderanno di più rispetto al proprio PIL per l'assistenza. La diversa capacità di razionalizzare la spesa e la diversa propensione a spendere per la sanità piuttosto che per altri comparti influenza il valore assunto dall'indicatore nelle diverse regioni.

Nella lettura dei valori che assume l'indicatore a livello regionale, e nell'effettuare i confronti tra regioni, è necessario adottare alcune cautele riguardanti sia il numeratore che il denominatore. Per quanto riguarda il numeratore le risorse sono espresse in termini

Spesa sanitaria in rapporto al PIL

Il Prodotto Interno Lordo è il valore di mercato di tutti i beni e servizi finali prodotti in un dato periodo di tempo. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL indica la quota delle risorse che ogni regione destina al mantenimento e alla promozione dello stato di salute della popolazione rispetto a ciò che ha prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

In tal senso dovrebbe indicare il peso economico per la produzione e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi aggiuntivi che la regione vuole garantire ai propri cittadini. A causa della presenza di meccanismi di natura perequativa l'indicatore non rappresenta l'effettiva quota di reddito regionale effettivamente destinata alla sanità pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia gli altri servizi che la regione ritiene di essere in grado di 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.

monetari e quindi il valore non rappresenta il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi inoltre l'indicatore non tiene conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle differenti regioni. Il denominatore, il PIL, oltre a non essere un indicatore di benessere, risente sia dei differenti livelli dei prezzi regionali, in genere più bassi al Sud soprattutto per beni e servizi (Istat, Contabilità Nazionale), sia di sottostime, di cui la principale è quella dovuta alla mancata inclusione del prodotto derivante da lavoro nero e dalla cosiddetta economia "sommersa". Poiché si ritiene che tali fenomeni siano più diffusi al Sud che al Nord d'Italia, è probabile che l'indicatore della spesa sanitaria rispetto al PIL sia sovrastimato maggiormente proprio nelle regioni meridionali.

Questo indicatore, di ampio utilizzo per confronti tra

paesi, appare meno utile per confronti tra regioni, soprattutto in presenza di meccanismi perequativi che ne falsano il significato.

L'indicatore "spesa sanitaria pubblica pro capite" rappresenta una prima approssimazione della disponibilità del settore pubblico a pagare per l'assistenza sanitaria dei propri cittadini residenti. L'indicatore è soggetto ad alcune limitazioni: la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria tra le regioni, dovuto prevalentemente alla composizione per sesso ed età della popolazione di ciascuna regione e al quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e quindi con minori bisogni saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani.

Inoltre la spesa, essendo espressa in termini monetari, non rappresenta il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi in quanto non tiene conto del livello medio dei prezzi al consumo nelle diverse regioni. Nonostante questa avvertenza è bene comunque ricordare che l'esistenza di contratti nazionali, per quanto riguarda la principale voce di spesa, cioè il personale, riducono la portata di tale limitazione.

Infine, l'indicatore non permette di considerare 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 proprie risorse, saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione. Bisogna infine tener presente che i valori della spesa pro capite tendono a rispecchiare i criteri di allocazione delle

risorse finanziarie adottati dalle regioni in sede di riparto del Fondo (denominato anche Fondo Sanitario Nazionale).

Nonostante ciò, l'indicatore ci fornisce una prima approssimazione delle eventuali disparità tra regioni quanto a risorse disponibili per l'assistenza sanitaria alla popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono specifici benchmark. Il valore di riferimento può essere considerato la media nazionale.

Descrizione dei risultati

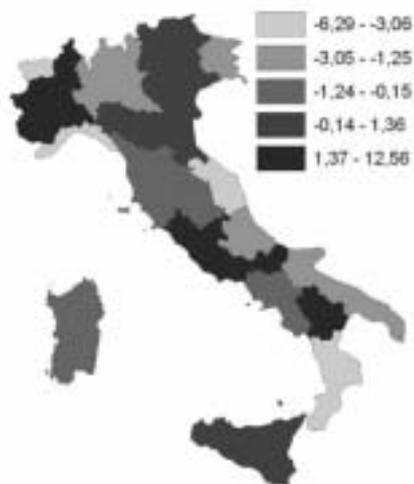
Il primo indicatore (tabella 1) mostra delle variazioni regionali significative; in particolare si osserva un gradiente Nord-Sud. Questo divario è spiegabile sia per questioni legate al denominatore del rapporto (diversità del valore del PIL delle singole regioni), che al numeratore (capacità e competenze nell'adottare politiche di contenimento della spesa).

Il divario tra regioni è consistente e supera i 5 punti percentuali. La regione Lombardia spende per l'assistenza sanitaria offerta ai propri cittadini il 4,75% del reddito prodotto internamente nel 2003. Molise, Campania e Calabria mostrano i valori più elevati: hanno speso per l'assistenza sanitaria rispettivamente il 9,23%, 8,95% e 8,92% del reddito prodotto. Come già precedentemente sottolineato parte di tale valore è costituito da fondi non provenienti direttamente dal gettito fiscale della regione (quindi correlato al reddito prodotto), ma da trasferimenti legati al meccanismo perequativo attualmente in vigore. Tale divario rap-

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL per regione - Anni 2002-2003

Regioni	2002	2003	Variazione % 2002-2003
Piemonte	5,34	5,48	2,62
Valle D'Aosta	5,72	5,36	-6,29
Lombardia	4,81	4,75	-1,25
Trentino-Alto Adige	5,65	5,67	0,35
Veneto	5,35	5,41	1,12
Friuli-Venezia Giulia	5,73	5,58	-2,62
Liguria	6,20	6,01	-3,06
Emilia-Romagna	5,13	5,20	1,36
Toscana	5,76	5,71	-0,87
Umbria	6,78	6,77	-0,15
Marche	6,29	6,03	-4,13
Lazio	6,05	6,18	2,15
Abruzzo	7,76	7,66	-1,29
Molise	8,20	9,23	12,56
Campania	9,04	8,95	-1,00
Puglia	8,50	8,25	-2,94
Basilicata	7,98	8,26	3,51
Calabria	9,45	8,92	-5,61
Sicilia	8,46	8,50	0,47
Sardegna	8,20	8,12	-0,98
Italia	6,22	6,20	-0,32

Variatione della spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL per regione. Anni 2002-2003

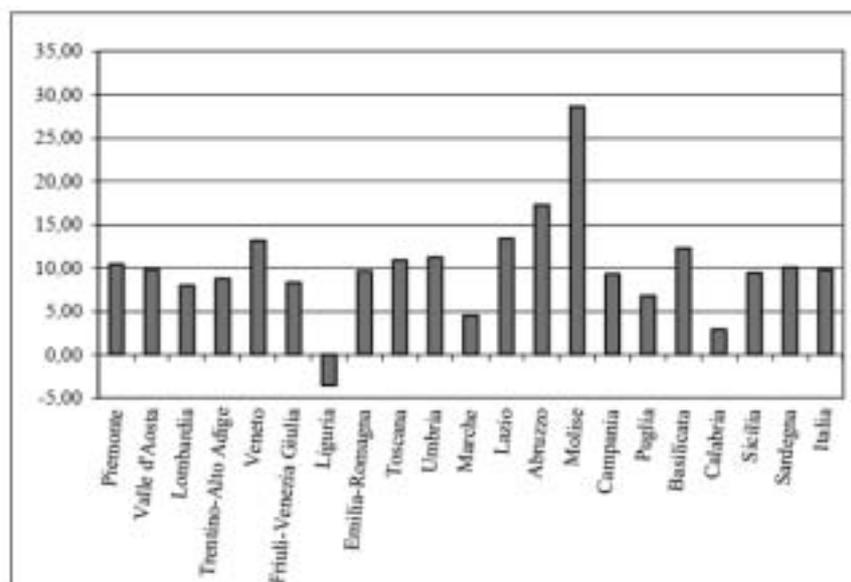


presenta, pertanto, il carico estremo derivabile da un federalismo sanitario senza perequazione: un cittadino calabrese, per avere garantito lo stesso servizio sanitario di un lombardo, dovrebbe utilizzare una quota del suo reddito pressoché doppia.

Effettuando la stessa correzione, per lo stato di bisogno, vista per l'indicatore di spesa sanitaria pubblica pro capite, otteniamo rapporti spesa/ PIL corretti, che però non si discostano minimamente da quelli senza correzione. Maggior peso avrebbe una correzione per il diverso potere di acquisto del PIL regionale o per i fenomeni di lavoro nero.

Anche nel confronto longitudinale osserviamo delle variazioni consistenti (grafico 1). Tra il 1998 e il 2003 la quota di PIL dedicata all'assistenza sanitaria è aumentata di ben il 10%, ad indicare comunque una rilevanza crescente della spesa sanitaria nell'ambito della produzione nazionale. Intorno alla media la variabilità regionale è notevole. La Liguria mostra una crescita negativa di circa 5 punti percentuali, mentre la regione Molise ha incrementato il rapporto spesa sanitaria pubblica corrente e PIL di circa il 30%. In un quadro nazionale, in cui la crescita del PIL reale è stata di pochi punti decimali negli ultimi anni (2002-2005) è possibile affermare che la crescita del rapporto possa essere dovuta alla frenata della crescita del PIL piuttosto che ad una accelerazione significativa della spesa sanitaria.

Grafico 1 - *Variatione percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL per regione - Anni 1998-2003*



Fonte dei dati e anni di riferimento: Istat, Contabilità Nazionale. Anno 2006.

Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica pro capite (Valori in €) per regione - Anni 2000-2005

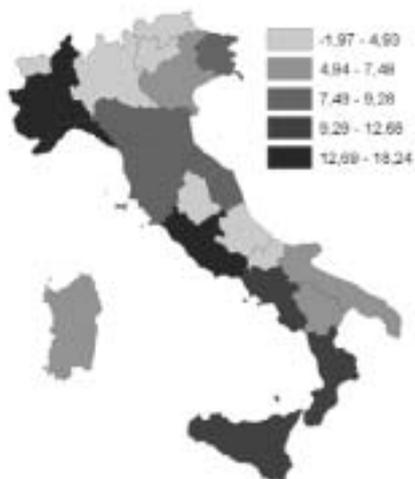
Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	1.299	1.332	1.373	1.446	1.654	1.655
Valle d'Aosta	1.390	1.480	1.576	1.627	1.707	1.857
Lombardia	1.182	1.295	1.394	1.386	1.437	1.575
Bolzano-Bozen	1.585	1.668	1.846	1.934	1.976	2.076
Trento	1.313	1.508	1.568	1.651	1.664	1.721
Veneto	1.245	1.331	1.377	1.416	1.491	1.616
Friuli-Venezia Giulia	1.232	1.335	1.403	1.449	1.569	1.658
Liguria	1.344	1.444	1.506	1.569	1.806	1.833
Emilia-Romagna	1.278	1.376	1.461	1.507	1.630	1.686
Toscana	1.238	1.357	1.416	1.449	1.583	1.637
Umbria	1.247	1.323	1.422	1.517	1.573	1.618
Marche	1.234	1.323	1.380	1.394	1.506	1.542
Lazio	1.278	1.359	1.433	1.560	1.844	1.816
Abruzzo	1.280	1.341	1.427	1.541	1.511	1.700
Molise	1.147	1.343	1.394	1.638	1.614	1.854
Campania	1.150	1.275	1.314	1.356	1.518	1.603
Puglia	1.109	1.187	1.243	1.271	1.337	1.432
Basilicata	1.072	1.161	1.215	1.289	1.385	1.477
Calabria	1.132	1.229	1.260	1.252	1.376	1.404
Sicilia	1.055	1.229	1.288	1.332	1.501	1.556
Sardegna	1.165	1.274	1.346	1.386	1.483	1.593
Italia	1.206	1.309	1.374	1.420	1.548	1.621

Nota: i dati del 2005 si riferiscono al IV trimestre, rilevati al 27 febbraio 2006.

Le regioni Abruzzo, Molise, Lazio, Sicilia e Basilicata per il 2003 hanno dati incompleti (fonte: Relazione ISAE Ministero della Salute, 2006).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2006.

Variazione percentuale della spesa sanitaria pubblica pro capite per regione. Anni 2003-2004



La spesa pro capite delle regioni italiane (tabella 2) mostra una significativa variabilità in tutti gli anni presi in considerazione: 2003, 2004 e 2005. Il gradiente Nord-Sud è evidente e solo in parte spiegabile dalle caratteristiche demografiche della popolazione di riferimento.

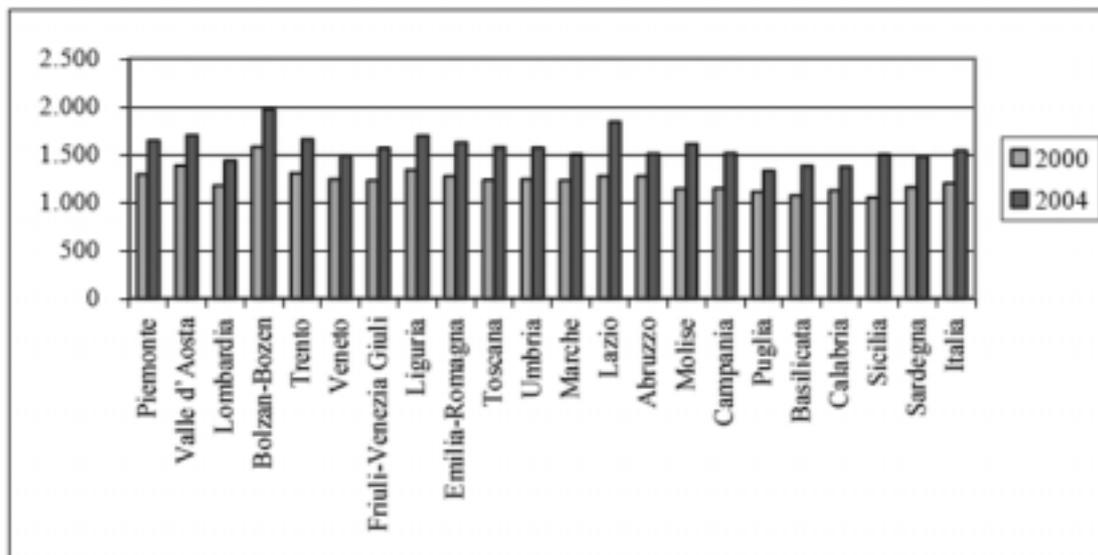
In tutte le regioni, tranne Abruzzo e Molise, tra il 2003 e il 2004 si osserva una crescita che in media raggiunge il 9% con un incremento che nella regione Lazio è del 18% (vedi cartogramma).

Il grafico 2 mostra la presenza di un gradiente Nord-Sud, certamente influenzato dalla struttura demografica delle regioni (più giovani quelle del Sud), che influenzano la propensione alla spesa oltre che gli effetti indotti sulla spesa dall'applicazione dei criteri di riparto del fondo per la determinazione dei fabbisogni delle singole regioni.

Lo stesso grafico mostra, in modo inequivocabile, una tendenza all'incremento della spesa pro capite negli anni che solo in parte è spiegabile dalla variazione dei prezzi al consumo.

Nel grafico appaiono evidenti alcune impennate nella spesa per alcune regioni nel 2004: Lazio, Liguria, Piemonte e Sicilia.

Grafico 2 - Spesa sanitaria pubblica pro capite (Valori in €) per regione - Anni 2000-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2006.

Confronto internazionale

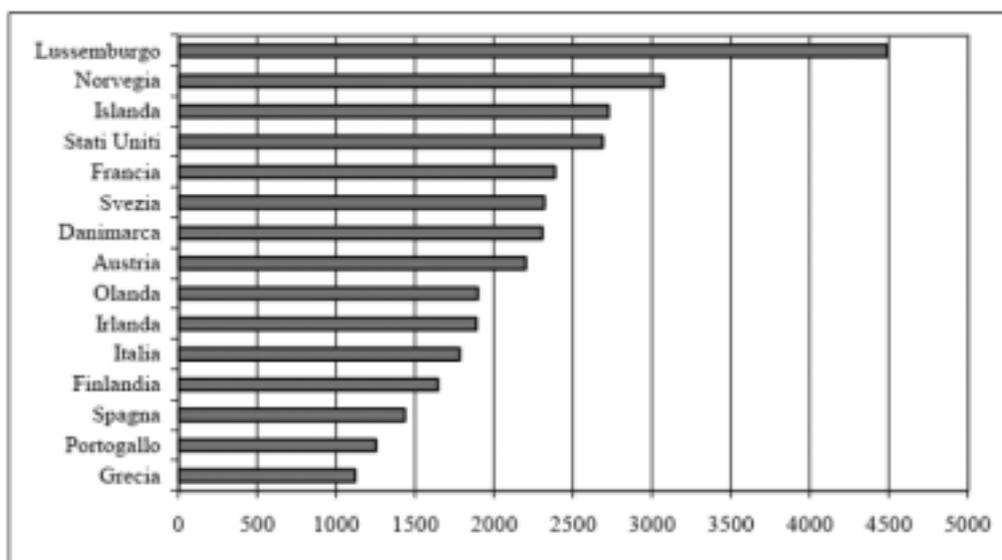
Il confronto internazionale basato sui dati dell'OCSE (Eco-Salute, 2006) mostra l'Italia, in termini di valori più bassi della spesa sanitaria pubblica corrente pro capite, tra gli ultimi cinque paesi del gruppo dell'Area Economica Europea: prima di Finlandia, Spagna, Portogallo e Grecia.

La spesa sanitaria pubblica pro capite di 1.781 US \$ (a parità di potere d'acquisto) nel 2004 ci vede lontani da alcuni altri paesi europei come Lussemburgo,

Norvegia e Francia (anche la Germania e il Belgio per il 2003) che mostrano livelli di spesa pro capite superiori anche laddove si sommano spese pubblica e privata (Eco-Salute 2006).

Colpisce il dato per Lussemburgo e Norvegia rispetto alla media dei paesi europei ma anche quello relativo agli Stati Uniti: nonostante la grande preponderanza della spesa privata su quella pubblica, spendono circa il 60 % in più dell'Italia per l'assistenza sanitaria di ogni cittadino.

Grafico 3 - Spesa sanitaria pubblica corrente pro capite US \$ PPA - Anno 2004



Nota: PPA= Parità del potere d'acquisto. I paesi rappresentati (ad eccezione degli Stati Uniti) appartengono all'Area Economica Europea (EFTA). Dati non disponibili per Regno Unito, Belgio e Germania.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Eco-Salute OCSE. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Pur esistendo una correlazione tra il PIL di una nazione e la spesa sanitaria, se osserviamo i dati relativi ai paesi sviluppati si può concludere che sono numerosi i fattori che incidono sulla quota di reddito destinata all'assistenza sanitaria e, soprattutto, questa correlazione tende a perdere di significato se consideriamo la spesa sanitaria pubblica e il PIL. La decisione di spendere fondi pubblici per l'assistenza sanitaria deriva dalle condizioni sociali e politiche di un paese, dalla propensione specifica alla spesa nei diversi comparti e da questioni di carattere ideologico e non semplicemente dalle condizioni economico-finanziarie globali. Oltre a questo non esiste convergenza sull'adeguato livello di spesa sanitaria che il settore pubblico dovrebbe impegnarsi a sostenere rispetto al proprio reddito PIL, al fine di ottimizzare il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute della popolazione. Le più recenti analisi e commenti indicano che la presenza del controllo pubblico sui sistemi sanitari sembra correlata in maniera forte alla migliore capacità di controllare la spesa e non il legame tra controllo pub-

blico della spesa e soddisfazione globale dei cittadini rispetto all'assistenza sanitaria, né quello tra spesa sanitaria pubblica e stato di salute.

Anche nell'ambito delle regioni italiane tali considerazioni ci inducono a concludere che l'unica raccomandazione ragionevole possa essere quella di identificare una via comune nell'ambito delle scelte strategiche per il sistema sanitario per ridurre le differenze piuttosto che ampliarle.

Le differenze tra la spesa sanitaria pro capite delle diverse regioni sembrerebbe essere spiegata dalle differenze nella struttura socio-demografica, indicate quali le principali cause della variabilità "fisiologica" dei bisogni e della spesa per la salute.

L'impegno futuro, in una prospettiva di ampliamento delle prerogative regionali sulla sanità, potrebbe essere proprio quello di proseguire sulla via di un accordo a livello nazionale/interregionale sulle principali politiche per la salute e sulle fondamentali scelte economico-strutturali dei sistemi sanitari regionali.

Spesa sanitaria per livelli essenziali di assistenza L.E.A.

Significato. Con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto in data 22 novembre 2001, sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA). I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. L'Accordo è stato trasformato in DPCM il 29 novembre del 2001. Il 12 Dicembre dello stesso anno è stato emanato un Decreto del Ministero della Salute contenente gli indicatori per il monitoraggio del rispetto dei LEA. Le Regioni, in base all'Accordo sottoscritto, devono garantire i livelli essenziali di assistenza e provvedere con finanziamenti regionali aggiuntivi alle eventuali ulteriori prestazioni non incluse tra quelle essenziali. Il Ministero, dal canto suo, si fa garante nei confronti dei cittadini affinché il diritto alla tutela della salute (nell'ambito dei LEA) sia rispettato, e vigila sull'effettiva applicazione del provvedimento.

L'insieme delle prestazioni che le Regioni si impegnano ad assicurare si riferiscono a tre macro aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzio-

ne rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);

- l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in Day Hospital e Day Surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via. Alcune prestazioni sono escluse totalmente altre solo parzialmente. Entrambe sono contenute in tre elenchi allegati al DPCM 12 Dicembre 2001.

Percentuale di spesa sanitaria per livello di assistenza

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica per tipo di LEA	x 100
Denominatore	Spesa sanitaria pubblica totale	

Validità e limiti. Essendo le risorse espresse in termini monetari non rappresentano il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi. Tale indicatore non tiene conto dei bisogni di cure della popolazione regionale, anche se si cerca di avere una maggiore informazione utilizzando la popolazione pesata per età (vedi i pesi utilizzati nel Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2002-2003 in Ministero della Salute 2006).

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark per i valori di spesa per ciascun LEA è fissato dalla programmazione nazionale (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008¹) e dalla programmazione di dettaglio delle singole regioni (Piani Sanitari Regionali) per i singoli indicatori inseriti ed individuati per ciascuna area. Nell'indicatore seguente i costi sono rilevati per macro area e rispetto a valori pro capite, quindi il riferimento utilizzato sarà la media nazionale, per capire come si posizionano le regioni.

¹“Il decreto ministeriale 12 dicembre 2001 “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”, emanato ai sensi del decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 56 e attualmente in corso di aggiornamento, individua un set di indicatori con cui monitorare l'assistenza erogata nelle varie Regioni, utilizzando le informazioni disponibili nell'ambito degli attuali flussi informativi esistenti ed integrandole con altre aggiuntive al fine di rappresentare importanti aspetti dell'assistenza sanitaria non valutabili con i dati correnti. Il Tavolo di monitoraggio dei LEA istituito secondo quanto previsto al punto 15 dell' Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ha utilizzato per il proprio lavoro una parte degli indicatori individuati dal citato decreto, tenendo presente la reale fruibilità degli stessi nella fase di avvio della rilevazione, con l'obiettivo di ampliare il set di indicatori negli anni successivi. Il tavolo di monitoraggio tuttavia non ha potuto effettuare un'analisi sulla rilevazione dei costi in quanto non si è raggiunta una convergenza di opinioni sull'analisi di appropriatezza necessaria per stabilire l'effettivo costo alle prestazioni erogate nell'ambito dei LEA. Dai dati rilevati si manifesta comunque una differenza nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza tale da sottolineare con evidenza la necessità di promuovere e garantire l'equità del sistema, intendendo con tale termine l'erogazione di ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali. Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale. Ciò è confermato dal persistere di fenomeni di mobilità sanitaria che non riguardano solo le alte specialità”. (PSN 2006-2008).

Descrizione dei risultati

La ripartizione dei costi per livelli essenziali di assistenza è relativa all'anno 2003 (ultimo anno disponibile) ed è rappresentata nella tabella 1 e nel grafico 2. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 48,4% dei costi totali e quello dell'assistenza distrettuale (il 47,7% dei costi totali): all'interno del quale l'assistenza farmaceutica e l'assistenza specialistica ambulatoriale rappresentano le voci più consistenti, rispettivamente 30,9% e 25,4%. Infine la quota residua del 4% dei costi totali è rivolta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Per quei livelli di assistenza in cui è stato computato il costo pro capite, appare importante sottolineare l'estrema variabilità che caratterizza le regioni. Intorno ad una media di 57,59 € per l'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro si esprime una variabilità regionale che vede il suo massimo nei 116 € a persona per il Molise e soli 27 € per il Lazio. In modo del tutto speculare esiste una variabilità nella spesa pro capite per l'assistenza ospedaliera: intorno ad una media nazionale di 725,51 € la PA di Bolzano

spende 1.154 € pro capite per l'assistenza in ospedale, mentre i cittadini toscani spendono solo 645 € in ospedale.

Il Fondo sanitario ex D.Lvo 56/2000 (Federalismo fiscale) deve essere assegnato alle regioni come quota parte a carico dello Stato alle sole regioni Sicilia e Sardegna per il finanziamento dei LEA e a tutte le regioni a statuto ordinario per quanto riguarda i fondi vincolati da norme speciali al finanziamento di spese sanitarie inerenti l'esecuzione di particolari attività e il raggiungimento di specifici obiettivi (tra cui principalmente: assistenza e formazione per l'AIDS, assistenza agli extra-comunitari ecc.). Esso ammonta nel 2004 a 4.865 milioni di euro con un incremento del 15,3% rispetto all'anno precedente.

A livello territoriale le regioni che si discostano maggiormente dal valore nazionale sono, per l'assistenza distrettuale, la Sardegna, l'Emilia-Romagna e la Sicilia (rispettivamente 50,02%, 49,3% e 49,1%), per l'assistenza ospedaliera la Basilicata e il Lazio (53,6% 52,9%) e per l'assistenza in ambiente di vita e di lavoro il Molise (7,1%), la Valle d'Aosta e la Sardegna (5,97% e 5,22% rispettivamente).

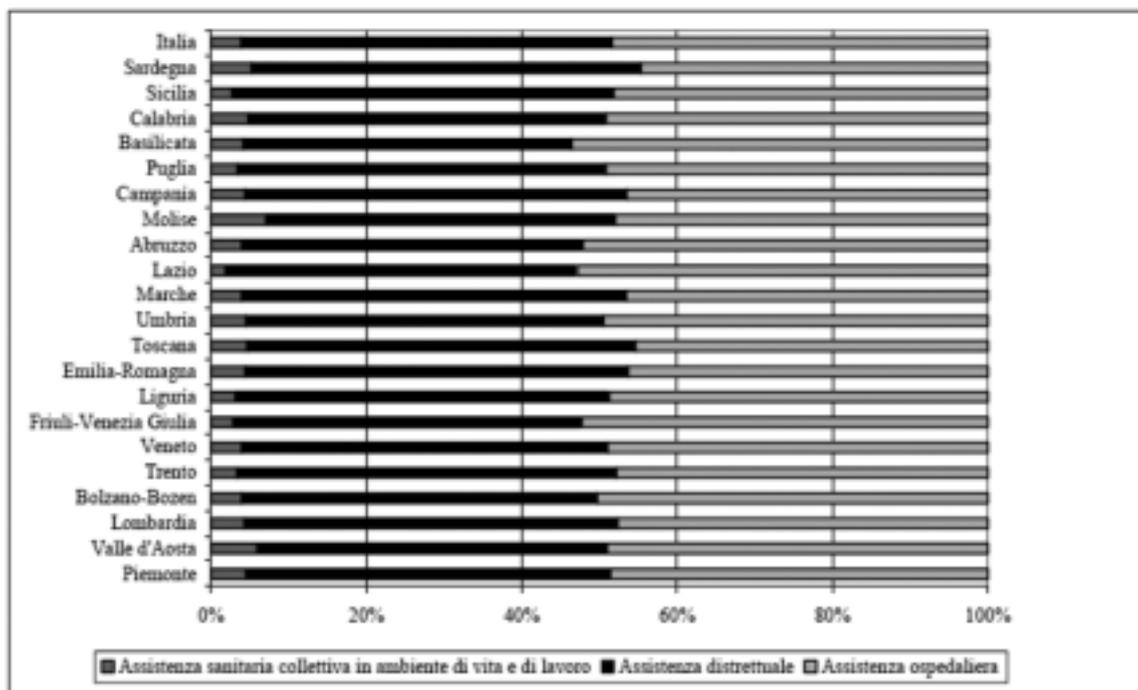
Tabella 1 - Costi regionali per macrolivelli di assistenza per regione (valori percentuali e pro capite) - Anno 2003

Regioni	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro		Assistenza distrettuale costo %	Assistenza ospedaliera	
	costo %	costo pro capite		costo %	costo pro capite
Piemonte	4,45	69,12	47,0	48,6	707,40
Valle d'Aosta	5,97	109,14	45,0	49,0	880,42
Lombardia	4,28	62,94	48,1	47,7	701,26
Bolzano-Bozen	3,93	83,36	45,7	50,3	1.154,06
Trento	3,35	61,02	48,8	47,8	877,51
Veneto	3,94	59,47	47,1	49,0	741,83
Friuli-Venezia Giulia	2,81	44,20	44,9	52,3	763,46
Liguria	3,16	52,96	48,1	48,8	702,59
Emilia-Romagna	4,39	71,37	49,3	46,4	691,01
Toscana	4,64	72,35	50,0	45,4	645,80
Umbria	4,52	75,23	46,0	49,5	753,56
Marche	3,89	59,21	49,5	46,6	663,83
Lazio	1,83	27,37	45,3	52,9	801,92
Abruzzo	3,95	71,61	43,9	52,1	914,17
Molise	7,10	116,49	44,9	48,0	757,31
Campania	4,37	60,80	49,1	46,5	731,47
Puglia	3,42	47,01	47,4	49,2	728,39
Basilicata	4,15	41,55	42,3	53,6	941,24
Calabria	4,75	60,87	46,1	49,2	666,86
Sicilia	2,72	36,82	49,1	48,2	691,51
Sardegna	5,22	75,14	50,0	44,6	680,71
Italia	3,87	57,59	47,7	48,4	725,51

Nota: nell'indicatore la popolazione considerata è quella pesata.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2002-2003. Anno 2006.

Grafico 1 - Costi regionali per macrolivelli di assistenza (valori percentuali) - Anno 2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2002-2003. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'estrema variabilità nella distribuzione dei fondi per macro livello di assistenza manifesta una estrema variabilità nelle politiche di allocazione delle risorse in ambito regionale. Se in parte questa variabilità può essere considerata "fisiologica" in quanto legata a diverse esigenze assistenziali e a diversi quadri epidemiologici, certamente è spiegata anche da differenze strutturali che denotano in alcune regioni una sovrabbondanza di servizi ospedalieri rispetto a quello che il

quadro epidemiologico e le moderne pratiche dell'assistenza (ad esempio relativamente alle patologie croniche) suggerirebbero.

Essendo di fatto impossibile, quindi, definire delle esatte soglie per la distribuzione delle risorse tra le aree, appare ragionevole sviluppare le competenze da dedicare all'analisi del fabbisogno per giungere ad una più appropriata politica di allocazione delle risorse nell'ambito del sistema.

Composizione della spesa sanitaria per macro categorie

Significato. Gli indicatori misurano la composizione della spesa sanitaria regionale per macro categorie: la spesa pubblica per servizi forniti direttamente, finanziata e fornita dal settore pubblico, la spesa pubblica per servizi in convenzione, finanziata dall'operatore pubblico e fornita da erogatori privati, infine, la spesa privata, sostenuta dalle famiglie. La spesa sanitaria per i servizi forniti direttamente, include i servizi ospedalieri e i servizi medici ambulatoriali, erogati direttamente dalle strutture pubbliche (ASL e AO). La spesa sanitaria per i servizi forniti in regime di convenzione include i servizi erogati da strutture pri-

vate in convenzione. La spesa sanitaria privata, sostenuta dalle famiglie per i servizi sanitari al netto dei contributi del SSN include la spesa per medicinali acquistati direttamente, consultazioni specialistiche, cure odontoiatriche, analisi cliniche ed esami radiologici. L'analisi di questi tre indicatori dà come risultato un'informazione sul peso del rapporto pubblico-privato in sanità, sia dal punto di vista del finanziamento che da quello della fornitura, per i sistemi sanitari di ciascuna regione italiana. È, inoltre, possibile calcolare la quota di finanziamento pubblico e di mercato pubblico.

Percentuale della spesa sanitaria pubblica per servizi forniti direttamente

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica per servizi forniti direttamente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}} \times 100$$

Percentuale della spesa sanitaria pubblica per servizi forniti in regime di convenzione

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica per servizi in regime di convenzione}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}} \times 100$$

Percentuale della spesa sanitaria delle famiglie

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria delle famiglie}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria totale corrente}} \times 100$$

Quota di finanziamento pubblico

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica totale corrente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria totale corrente}} \times 100$$

Quota di mercato pubblico

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica per servizi forniti direttamente}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria totale corrente}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori rappresentano il fenomeno della pervasività dell'intervento pubblico diretto rispetto ai servizi forniti in regime di convenzione e alla parte di spesa a carico del privato (famiglie). Risentono dell'anzianità della popolazione regionale, in quanto alcune tipologie di spesa sono utilizzate in grande prevalenza da anziani, quali la spesa farmaceutica convenzionata e della mobilità territoriale, in quanto quest'ultima si concentra nell'ospedalità (la quale è in prevalenza costituita da servizi forniti direttamente) e può essere interpretata come spesa "alter-

nativa" a consumi privati da parte di famiglie che non hanno i mezzi per ricorrere a strutture private.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

I risultati relativi al 2003 possono essere letti in modo comparativo rispetto a quelli presentati lo scorso anno per il 2002. I cambiamenti sono stati minimi, in termini di composizioni percentuali del finanziamento pub-

blico e privato, e minime anche tra macro categorie pubbliche: pertanto è possibile parlare di “conferma di tendenze globali”, mentre è più agevole distinguere tendenze “locali”.

Una tendenza globale che, seppure in misura minima, sembra confermata è la continua “privatizzazione” della sanità, intesa come il crescente peso che il finanziamento privato assolve all’interno del sistema sanitario italiano: si passa dal 22,42% di finanziamento privato nel 2002 (vedi Rapporto Osservasalute 2005 pag. 244) al 22,76% del 2003 (tabella 2). Ciò può essere inteso come il risultato di due differenti tassi di crescita della spesa privata e pubblica, con il primo più dinamico e il secondo di entità più modesta, sia per scelta sia per specifici vincoli di bilancio. La quota di spesa sanitaria delle famiglie resta alta (intorno al 26%) e sostanzialmente in aumento in alcune regioni del Nord (Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia) e bassa al Sud, soprattutto nelle Isole (Sicilia 17,36%, Sardegna 17,65%).

Non sembrano invece esserci linee di tendenza globali per la composizione della spesa pubblica nelle sue principali macro categorie: la composizione percentuale media è sostanzialmente la stessa per le tre macro categorie.

Più interessante è, invece, la dinamica all’interno di singole categorie: sembrerebbe ci sia una convergenza tra regioni, sia per quanto riguarda i servizi sanitari forniti direttamente che per quanto riguarda le spese in convenzione. Per quanto riguarda i servizi sanitari forniti direttamente, cioè l’espressione del “prodotto o mercato pubblico”, il riallineamento tra regioni comporta la diminuzione della quota per le regioni ad “alta presenza” ed aumento per le altre: infatti la quota massima passa dal 66,32% del 2002 al 65,26% del 2003 (Valle d’Aosta) e quella minima dal 47,68% del 2002 al 48,63% del 2003 (Campania) con diminuzione del campo di variazione di 2 punti percentuali. Similmente declina la variabilità infraregionale per le spese in convenzione con un minimo di 27,37% della Valle d’Aosta ed un massimo di 46,98 % della regione Lazio: in questo caso il riallineamento è ancora più consistente con diminuzione del campo di variazione di circa 3 punti percentuali rispetto al 2002. Se però approfondiamo l’esercizio, volgendo agli anni passati per individuare tendenze di più lungo periodo e ci limitiamo alla sola quota di spesa convenzionata (vedi tabella 1), vediamo che è comunque evidente, a partire dal 1996 una sua crescita rispetto a quella dei servizi forniti direttamente (anche se, proprio nel 2003, sembra esserci stata una battuta d’arresto), ma, nel medio periodo, la convergenza tra regioni non sembra presente: infatti la distanza dal valore medio italiano aumenta per 15 regioni (Piemonte, Valle d’Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna) e ve ne sono

addirittura due (Abruzzo e Molise) per le quali si inverte di segno (da valori minori della media italiana si passa a valori maggiori). Vi è però, anche in questo caso un elemento di rilievo per la nostra analisi: a partire dall’anno 2000, la tendenza all’aumento del campo di variazione (distanza tra la quota massima e minima di spesa in convenzione tra regioni) sembra essersi fermata e dal 21,7% del 2000 si è passati al 19,6% del 2003.

Il compito è monitorare se la tendenza alla convergenza dovesse essere confermata in futuro, potremmo dire che il federalismo porta ad una progressiva omogeneizzazione nei mix di finanziamento e nei mix produttivi a livello macro delle regioni, e quindi è coerente con una visione più collusiva che competitiva a livello macro (con lo scopo - da parte delle regioni viste nella loro veste di assicuratrici o “terzi paganti” - di minimizzare il “*voting by feet*”), mentre può permanere una sorta di competizione a livello micro e non necessariamente al solo livello extraregionale, tra le singole strutture di offerta in termini di servizi accessori, sperimentazioni differenziate, ecc.

A parziale conforto di questa visione è anche l’evidenza presentata dal grafico 1, che, ove comparato con l’analogo presentato lo scorso anno (vedi Rapporto Osservasalute 2005 pag. 246), permette di individuare probabili linee di tendenza. In esso ricordiamo le regioni vengono classificate in 4 gruppi, a seconda della rispettiva quota di mercato e finanziamento:

- Gruppo 1: regioni che delegano maggiormente al privato, sia la fornitura che il finanziamento dei servizi sanitari (quota di finanziamento pubblico sul totale della spesa sanitaria e quota di servizi sanitari forniti direttamente sul totale della spesa sanitaria minori della media).

- Gruppo 2: regioni che delegano al privato il finanziamento, ma che producono direttamente gran parte dei servizi finanziati pubblicamente (finanziamento pubblico minore della media e fornitura pubblica diretta maggiore della media).

- Gruppo 3: regioni in cui il ruolo del settore pubblico è preponderante sia dal lato del finanziamento che da quello della fornitura (finanziamento e fornitura pubblica diretta entrambi maggiori della media).

- Gruppo 4: regioni che vedono il ruolo del settore pubblico come quello di tutela e quindi finanziano gran parte dei servizi, anche se non entrano direttamente nella fornitura degli stessi (finanziamento pubblico maggiore della media e fornitura pubblica diretta minore della media).

Sembrerebbe di assistere ad una leggera convergenza verso le linee orizzontali e verticali centrali, cioè verso il valore medio italiano delle regioni con composizione di mercato più atipica (Valle d’Aosta), mentre le regioni precedentemente pressoché allineate alla media sembrano distaccarsene leggermente (Sicilia, Abruzzo, Calabria). Dai due grafici comparati si nota-

no alcuni interessanti “cambi di gruppo”, cioè passaggi da un gruppo ad un altro: è il caso del Lazio che passa dal gruppo 1 con quota di finanziamento e mercato pubblico molto bassa al gruppo 4, cioè con quota di mercato pubblico inferiore alla media, ma quota di finanziamento pubblico superiore alla media (finanziamento effettuato principalmente in disavanzo), oppure i casi della regione Valle d’Aosta, sulla quale però è necessaria, date le dimensioni, molta cau-

tela nei giudizi, e delle Marche, che passano dal gruppo 3 (ad alta presenza pubblica sia nel mercato che nel finanziamento) al gruppo 2, con diminuzione del peso del finanziamento pubblico. Interessante è anche il caso del Molise che presenta, pur rimanendo nello stesso gruppo, una diminuzione della quota di mercato pubblico più marcata rispetto a quella evidenziata dalla media nazionale.

Tabella 1 - Percentuale della spesa sanitaria pubblica per servizi in regime di convenzione e gestiti direttamente per regione - Anno 1996 e 2000-2003

Regioni	Spesa sanitaria pubblica per servizi in regime di convenzione %			Spesa sanitaria per servizi gestiti direttamente %		Altre spese % 2003
	1996	2000	2002	2003	2003	
Piemonte	35,1	33,0	38,3	38,3	55,3	6,4
Valle d'Aosta	24,1	26,3	25,9	27,4	65,3	7,4
Lombardia	37,7	37,6	44,4	43,8	50,5	5,7
Trentino-Alto Adige	28,2	25,6	28,9	29,6	63,2	7,2
Veneto	33,8	34,6	37,3	37,5	55,5	6,9
Friuli-Venezia Giulia	26,2	29,3	29,0	29,2	63,9	6,9
Liguria	29,3	29,3	31,5	31,7	61,5	6,7
Emilia-Romagna	31,2	31,2	34,0	33,7	59,3	7,0
Toscana	31,7	31,0	31,7	31,2	61,5	7,3
Umbria	26,7	29,4	31,3	30,6	61,9	7,5
Marche	30,2	31,0	32,3	33,3	59,9	6,9
Lazio	42,6	45,7	47,4	47,0	48,2	4,9
Abruzzo	35,7	34,8	42,4	41,3	52,4	6,4
Molise	33,3	33,2	39,6	42,7	51,5	5,8
Campania	43,2	47,3	47,4	46,0	48,6	5,4
Puglia	43,1	40,2	45,6	44,9	49,7	5,4
Basilicata	34,6	32,5	37,8	38,1	55,3	6,6
Calabria	36,9	40,0	41,6	40,9	53,3	5,9
Sicilia	37,7	41,7	44,4	45,8	48,6	5,6
Sardegna	30,4	31,6	35,0	35,0	58,3	6,6
Italia	36,1	37,1	40,4	40,2	53,7	6,1

Altre spese = Servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione, contribuzioni diverse.

(*) I dati sono elaborati secondo il sistema dei conti nazionali SEC95.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Contabilità Nazionale. Anno 2005.

Percentuale della spesa sanitaria pubblica per servizi in regime di convenzione per regione. Anno 1996

Percentuale della spesa sanitaria pubblica per servizi in regime di convenzione per regione. Anno 2003

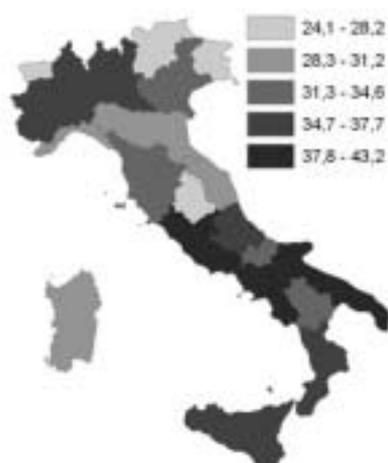
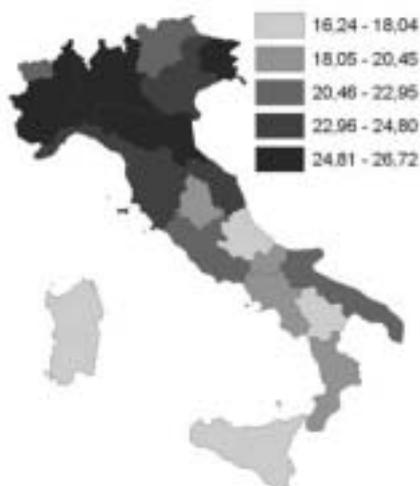


Tabella 2 - Percentuale della spesa sanitaria privata delle famiglie per regione - Anno 2003

Regioni	Spesa sanitaria delle famiglie %
Piemonte	26,01
Valle d'Aosta	22,95
Lombardia	26,60
Trentino-Alto Adige	20,65
Veneto	24,80
Friuli-Venezia Giulia	26,72
Liguria	23,10
Emilia-Romagna	26,63
Toscana	23,24
Umbria	19,10
Marche	23,34
Lazio	22,47
Abruzzo	18,04
Molise	18,39
Campania	18,33
Puglia	20,55
Basilicata	16,24
Calabria	20,45
Sicilia	17,36
Sardegna	17,65
Italia	22,76

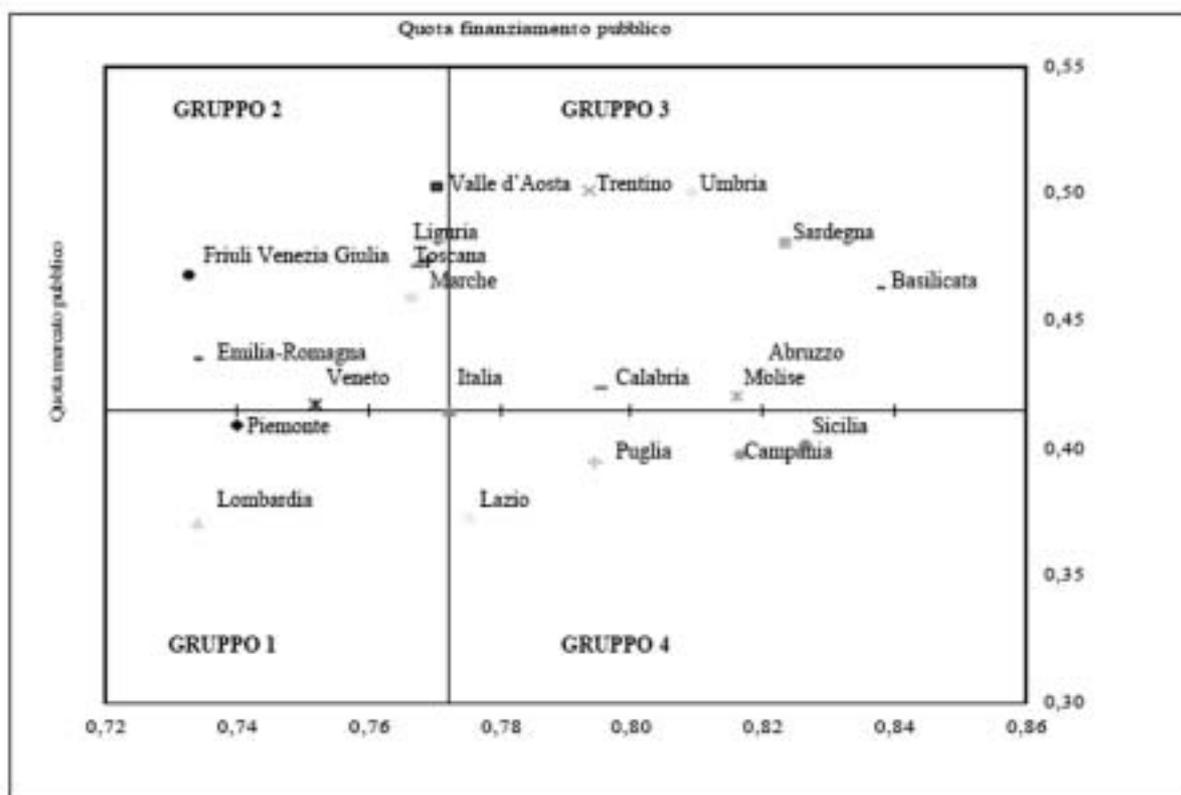
Percentuale della spesa sanitaria delle famiglie per regione. Anno 2003



(*) I dati sono elaborati secondo il sistema dei conti nazionali SEC95.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Contabilità Nazionale. Anno 2005.

Grafico 1 - Gruppi di regioni in base alla quota di finanziamento pubblico e di mercato pubblico - Anno 2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat, Contabilità Nazionale. Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sebbene non esista una *best practice* è chiaro che ove si confermi la tendenza, da parte delle regioni, a scegliere un mix di finanziamento e mercato più omogeneo tra le stesse, ciò può giovare sia a fini di equità sia di programmabilità del Sistema Sanitario Nazionale. Infatti, nell'ipotesi che l'unica sostituibilità (per quanto parziale) sia quella tra ospedalità fornita direttamente ed ospedalità convenzionata, è chiaro che la quota di servizi prestati direttamente e quella di spese in convenzione sono legate a differenti servizi, a fronte di bisogni presenti sul territorio molto più omogeneamente di quanto gli ampi campi di variabilità tra

regioni fanno ritenere: ad esempio la spesa farmaceutica in convenzione, pur variando tra regioni per i differenti bisogni, non può e non deve presentare una variabilità troppo accentuata (nel 2005, secondo i dati della Ragioneria Generale dello Stato, essa varia dal 18,5% del Fondo sanitario assegnato alle regioni nel Lazio, al 9,9% nella Provincia Autonoma di Bolzano). Inoltre, è chiaro che, ove i mix organizzativi siano più simili tra regioni, una pianificazione centralizzata che indichi obiettivi comuni sarà più facilmente formulabile ed adattabile alle specificità regionali, salvaguardando l'interesse comune.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. Misura la tendenza dei disavanzi, in termine pro capite, della Sanità Pubblica: la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. Quindi la differenza tra le uscite per servizi prestati direttamente o convenzionati e il saldo composto da fonti di entrata autonome (IRAP e Addizionale IRPEF) e perequate tramite il Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore Spesa sanitaria pubblica - Finanziamento SSN

Denominatore Popolazione media residente

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

Inoltre, essendo di natura aggregata, non consente di risalire alle voci di spesa o finanziamento maggiormente responsabili del disavanzo stesso. Nelle regioni o province a statuto speciale, le fonti di finanziamento sono differenti da quelle delle altre regioni, a dinamica differenziata e senza componenti perequativi; quindi la lettura dei dati ad esse relativi va effettuata con molta cautela.

Può rappresentare lo "sforzo fiscale" aggiuntivo richiesto alle singole regioni, in assenza di modifiche concordate delle allocazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, per ripianare il deficit stesso.

Bisogna considerare, inoltre, che la dinamica del disavanzo è stata influenzata negli anni più recenti da misure "una tantum" quali il fenomeno della "cartolarizzazione" che ha permesso apparenti riduzioni dell'indebitamento contabile: in tali casi una media triennale può dare una migliore idea del sottostante stato strutturale del finanziamento regionale.

Il disavanzo ha inoltre natura tendenzialmente ciclica, in quanto le fonti di entrata risentono della congiuntura economica, mentre le uscite sono in buona misura indipendenti da questa, e quindi la sua lettura deve essere effettuata depurando tale componente o considerando un dato medio pluriennale (anche la Corte dei Conti sembra adottare questo approccio nella sua Relazione Annuale del 2006, ove calcola un disavan-

zato medio quadriennale per gli anni dal 2002 al 2005). Infine, va rilevato che il dato, proprio per la sua natura "politicamente sensibile" tende ad essere a volte lacunoso e ritardato, rendendo di fatto difficile una sua interpretazione: è per questo motivo che la Legge Finanziaria del 2006, tra le misure di controllo contabile (comma 291), prevede una certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie. Si tenga presente, infatti che il disavanzo palese è da considerare alla luce degli ulteriori fattori di disavanzo occulto a livello regionale, cioè il ritardato pagamento dei fornitori, o certe tipologie di indebitamento regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark sarebbe il pareggio di bilancio, ma per fare un'analisi differenziata tra le regioni siamo costretti ad utilizzare come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Descrizione dei risultati

Data la provvisorietà dei dati al 2005 e l'incompletezza dei dati al 2003, il miglior confronto sulla tendenza del disavanzo regionale è quello tra l'anno 2004 ed il 2002. Vediamo che le variazioni assolute dei disavanzi sono in linea di massima positive, indicando un peggioramento dello squilibrio dei conti regionali, cioè un aumento dei disavanzi stessi nel corso del biennio. La situazione peggiore sembra essere quella del Lazio che grava ogni proprio cittadino di un indebitamento aggiuntivo di 244 €, mentre all'altro estremo la Provincia Autonoma di Bolzano inverte il segno del proprio indebitamento, portandosi in attivo e migliorando il proprio saldo di circa 205 € pro capite. Importanti tendenze negative sono presenti anche nelle tre regioni Piemonte, Campania e Sicilia, mentre tendenze positive discrete sono evidenziabili per Lombardia e Veneto. Da sondare è l'utilizzo del deficit come elemento di competizione politica: è infatti possibile che la maggiore "disciplina fiscale" di alcune regioni sia però soggetta a tattiche espansive pree-

Tabella 1 - Disavanzo sanitario pubblico pro capite (valori in €) per regione - Anni 2002-2005

Regioni	2002	2003	2004	2005	Variazione assoluta 2004-2002
Piemonte	9,48	23,64	156,07	53,46	146,59(+)
Valle d'Aosta	55,87	85,90	108,63	111,13	52,76(+)
Lombardia	35,39	-6,94	-14,09	-3,28	49,48(-)
Bolzano-Bozen	151,69	53,77	-53,15	-48,96	204,84(-)
Trento	-2,03	10,35	18,15	4,10	20,18(+)
Veneto	44,79	31,51	-1,22	40,63	46,01(-)
Friuli-Venezia Giulia	-28,45	-16,23	-7,79	-11,92	20,66(+)
Liguria	27,70	30,75	105,93	158,71	78,23(+)
Emilia-Romagna	12,43	9,86	92,35	-6,31	79,92(+)
Toscana	12,41	-5,75	67,10	-5,13	54,69(+)
Umbria	11,68	54,56	61,37	-7,73	49,69(+)
Marche	66,24	47,97	107,67	10,63	41,43(+)
Lazio	109,90	137,30	354,14	265,05	244,24(+)
Abruzzo	106,15	169,18	100,95	140,57	5,20(-)
Molise	57,22	227,19	156,93	246,86	99,71(+)
Campania	110,88	96,82	225,61	247,57	114,73(+)
Puglia	1,04	-27,00	-10,27	14,82	11,31(-)
Basilicata	0,98	32,09	52,26	51,83	51,28(+)
Calabria	73,05	-5,76	83,88	26,65	10,83(+)
Sicilia	68,00	53,02	175,57	102,92	107,57(+)
Sardegna	106,25	87,3	146,74	143,66	40,49(+)
Italia	50,2	39,09	105,60	78,29	55,40(+)

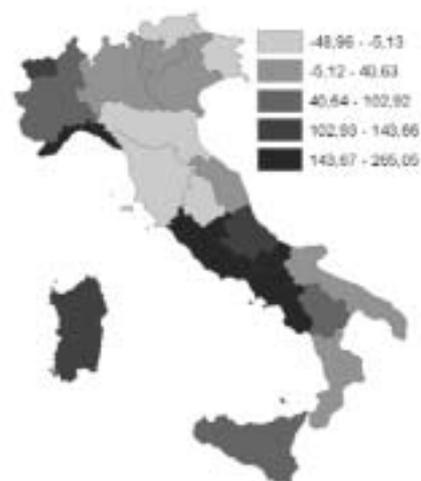
I dati del 2005 si riferiscono al IV trimestre, rilevati al 27 febbraio 2006.

Le regioni Abruzzo, Molise, Lazio, Sicilia e Basilicata per il 2003 hanno dati incompleti (fonte: Relazione ISAE Ministero della Salute, 2006).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2006.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2004

Disavanzo sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2005



lettorali, non sempre fruttuose.

L'entità media del disavanzo nel triennio 2002-2004 permette di definire tre gruppi di regioni: 1) regioni in avanzo strutturale; 2) regioni con disavanzo strutturale minore della media; 3) regioni con forte disavanzo strutturale (sopra la media italiana). Appartengono al primo gruppo il Friuli-Venezia Giulia e la Puglia, appartengono al terzo gruppo Sardegna, Sicilia, Campania, Molise, Abruzzo, Lazio e Valle d'Aosta, e

al secondo gruppo le rimanenti regioni (e Province Autonome). La variabilità del disavanzo ha anche una sua rilevanza, perché può evidenziare effetti di ritardi nei pagamenti e di instabilità delle fonti di entrata o spesa: andando a misurare la differenza tra il valore massimo e quello minimo del disavanzo nel triennio (il valore può non coincidere con la differenza nei valori 2002 e 2004: ove coincida ha il significato di miglioramento o peggioramento strutturale), si con-

fermano regioni a variabilità estrema seppure di natura strutturale il Lazio e la Provincia Autonoma di Bolzano, con oltre 200 € pro capite, mentre variabilità superiore alla media si evidenzia anche nelle regioni Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia (solo nei primi due casi si può parlare di andamento strutturale).

Raccomandazioni di Osservasalute

Osservasalute raccomanda di non leggere il dato di disavanzo in termini strutturali se non analizzando dati medi di medio periodo.

Inoltre, qualche riserva emerge analizzando la logica con cui le autorità governative sembrano approcciare il problema dei deficit gestionali. Infatti, come evidente da quanto contenuto sia nel PSN 2006-2008 che nella Legge Finanziaria 2006, l'idea è teoricamente quella di individualizzare i rimedi a livello gestionale, ritenendo che ciò che spiega i disavanzi in una regione non è valido egualmente per altre regioni deficitarie (ad esempio, mentre per il Lazio i problemi per l'Assistenza Ospedaliera sembrano essere dovuti in primis ad un eccesso di capacità produttiva soprattutto di posti letto convenzionati, per la Campania ciò non vale, anzi va monitorata la grande mobilità in uscita della regione stessa). All'atto pratico, è però ancora carente sia l'opera di affiancamento gestionale alle regioni in difficoltà, demandando tutto l'onere

dell'aggiustamento a piani presentati da strutture sanitarie (comma 274 a Legge Finanziaria) o dalle regioni stesse (comma 274 b), sia la preclusione alle regioni delle vie di fuga tradizionali, quali l'aumento delle code di attesa e la sospensione delle prenotazioni, sia l'individualizzazione dei rimedi di natura finanziaria. Il comma 277 della Finanziaria obbliga, infatti, le regioni deficitarie a procedere forzatamente con aumenti delle entrate proprie nella forma di aggravii di aliquote sia per i singoli cittadini (addizionale IRPEF) che imprese (aliquota IRAP). C'è però da notare come il recente Patto per la Salute preveda una allocazione finanziaria di 1 miliardo di € per aiutare le regioni deficitarie ad effettuare una fase di rientro più morbida. In questa luce, qualora le risorse allocate per il rientro non fossero comunque sufficienti nelle sei regioni deficitarie Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia i cui cittadini sopporteranno le conseguenze dell'aggiustamento¹, si potrebbero aprire scenari di ulteriore contenzioso, come suggerisce la Corte dei Conti, affermando: "Il che appare, per la verità, alquanto singolare sul piano dei principi, ma comunque, riconducibile, in caso di mancato realizzo dei maggiori tributi, ad ipotesi di danno pubblico, quando, come spesso accade, possa accertarsi mancanza di ragionevolezza nell'assunzione, da parte delle ASL, di impegni eccedenti le disponibilità di bilancio, per spese o incomprimibili o esulanti dai fini istituzionali."

¹A giugno del 2006 queste 6 regioni hanno dovuto versare l'acconto Irap. L'Agenzia delle Entrate ha dichiarato, ai fini del calcolo degli acconti per il 2006, che dovranno applicare l'aliquota massima, pari al 5,25%. È stato preso un provvedimento di maggiorazione dell'aliquota Irap dell'1%, in applicazione della Finanziaria 2006 per le regioni dove si sono verificati sfioramenti della spesa sanitaria. Nel caso in cui il Governo approvasse il piano di rientro di una o più di queste regioni i contribuenti avranno la possibilità di recuperare la cifra versata in più nel secondo acconto. (Agenzia delle Entrate, 15 giugno 2006).

Variazione utile/perdita d'esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

Significato. L'utile (o la perdita) di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di un'Azienda Sanitaria. Per economicità si intende la capacità della struttura aziendale di raggiungere l'equilibrio fra risorse acquisite e costi sostenuti per il soddisfacimento dei bisogni sanitari, necessario a rendere duratura la vita della stessa.

L'assenza di un cliente che paga un prezzo per le prestazioni che riceve fa perdere ai proventi dell'Azienda Sanitaria il tipico significato attribuito ai ricavi di

indicatori di soddisfazione degli acquirenti e quindi di efficacia. La conseguenza è che il risultato di esercizio diventa una misura della sola efficienza della gestione e come tale il suo valore in pareggio o in avanzo rappresenta la condizione necessaria ed irrinunciabile perchè si possano erogare nel tempo prestazioni che impattano positivamente sulla salute.

Due gli indicatori proposti che misurano il valore medio di esercizio ed il valore medio pro capite per azienda e per regione.

Perdita o utile media di esercizio

Numeratore	Perdita o utile di esercizio (ASL o AO)
Denominatore	Numero di aziende (ASL o AO)

Perdita o utile di esercizio pro capite

Numeratore	Perdita/utile di esercizio (ASL)
Denominatore	Popolazione residente

Validità e limiti. Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende Sanitarie - Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO) - comunicano annualmente alle regioni e alle Province Autonome di propria pertinenza, nonché al Ministero della Salute.

La validità degli indicatori risiede nella loro capacità di valutare l'economicità della gestione delle due tipologie di aziende per regione e per l'intera nazione e di fornire una indicazione di miglioramento o peggioramento del bilancio regionale e dell'avanzo o disavanzo complessivo del servizio sanitario italiano.

I limiti risiedono principalmente nel fatto che sono indici sintetici che esprimono l'economicità dell'azienda nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse aree gestionali che la determinano (area caratteristica, finanziaria, etc) e che sono medie semplici e non ponderate e come tali non tengono in considerazioni variabili che potrebbero condizionarne i valori.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark è il pareggio di bilancio che esprime la presenza di un equilibrio economico della gestione e soddisfa la condizione necessaria all'azienda per poter raggiungere le finalità che le sono proprie.

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati aggregati a livello nazionale (tabella 1) evidenzia, nel biennio 2003-2004, valori negativi sia per le ASL che per le AO a denuncia di una scarsa

capacità a raggiungere l'equilibrio economico in entrambi gli anni. Il trend è negativo registrando per ambedue le tipologie di aziende un peggioramento nel 2004 rispetto al 2003. Se si estende il numero di anni analizzati al biennio 2001-2002 (Rapporto Osservasalute 2005) si registrano valori sempre negativi che per le ASL, migliorano dal 2001 al 2003, con perdite medie che passano da -24 milioni di € nel primo anno, a -22,4 nel secondo a -19 nell'ultimo, per poi peggiorare nel 2004 con -28 milioni circa di perdita media.

Le AO invece migliorano mediamente il proprio deficit dal 2001 al 2002, passando da -8,2 milioni di € a -6,2 milioni di €, per poi aggravare i valori nel 2003 con -14 milioni di € di disavanzo e nel 2004 con -16,7 milioni di €.

Nel quadriennio la perdita media nazionale per le AO è sempre inferiore a quella delle ASL.

La distribuzione dei valori medi di esercizio per ASL delle regioni, denuncia prevalentemente situazioni di squilibrio economico passando da un deficit massimo di -96,5 milioni di € nel 2003 e -137,7 milioni di € nel 2004, registrati in Campania, ad una perdita minore di -0,9 milioni di € nel 2003 e -0,3 milioni di € nel 2004 entrambi in Friuli-Venezia Giulia. Solo le ASL di realtà particolari, come la Provincia Autonoma di Trento e la Valle d'Aosta, i cui regimi statutarî e le dimensioni rendono il confronto con le altre aziende regionali di difficile interpretazione, si mantengono in equilibrio nei due anni, e di esse l'azienda valdostana occupa il punto di massimo utile sia nel 2003 (+ di 1,7

milioni di €) che nel 2004 (+0,8 milioni di €). Il biennio precedente, invece, denuncia un range che parte da -87,7 milioni di € nel 2001 in Campania e termina a +75.000 € a Trento mentre nel 2002 varia da -104,3 milioni di € nel Lazio a +4,6 milioni di € in Valle d'Aosta. Nello stesso biennio solo le ASL della Provincia Autonoma di Trento e ad anni alterni, della Liguria e poi del Friuli-Venezia Giulia chiudono mediamente il bilancio con un avanzo.

Nei 4 anni i valori medi di esercizio delle ASL delle singole regioni presentano sostanzialmente un andamento oscillante con le uniche eccezioni di Emilia-Romagna, Basilicata e Sicilia la cui perdita media segue una linea crescente e, nonostante il valore medio nazionale peggiori nel biennio 2003-2004, le ASL delle regioni Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise e della Provincia Autonoma di Bolzano migliorano il proprio disavanzo.

Per tener conto della diversa dimensione delle ASL delle regioni è opportuno anche analizzare l'utile/perdita di bilancio pro capite che rappresenta un indicatore più sensibile ai fini del confronto della economicità delle Aziende Sanitarie (tabella 2).

I dati aggregati a livello nazionale denunciano un miglioramento costante nella capacità economica delle aziende sia nel biennio 2003-2004 sia come trend dal 2001 con valori che si dimezzano in 4 anni (-95 € nel 2001, -44 € nel 2004).

La distribuzione dei valori pro capite medi regionali assegna al Molise il deficit maggiore sia nel 2003 che

2004 (-327 € e -317 €) e al Friuli-Venezia Giulia quello minore (-5 € nel 2003 e -1 € nel 2004) mentre conferisce alla Valle d'Aosta l'avanzo maggiore nel biennio (14 € nel 2003 e 7 € nel 2004). Nel 2001 era la Campania ad avere il disavanzo pro capite peggiore (-199 €) e nel 2002 il Lazio con -244 €. La situazione migliore nel 2001 si presentava invece in Liguria e a Trento con un sostanziale pareggio e nel 2002 in Valle d'Aosta (38 €).

Nel quadriennio confermano un peggioramento costante delle perdite pro capite le regioni Basilicata, Sicilia e Emilia-Romagna mentre le altre denunciano valori con trend non costante.

Nel biennio 2003-2004 sono migliorate le posizioni delle ASL di alcune realtà che hanno ridotto il valore delle perdite pro capite e precisamente la Provincia Autonoma di Bolzano (88%), l'Umbria (82%), il Friuli-Venezia Giulia (68%), l'Abruzzo (38%), il Lazio (6%) e il Molise (3%).

La distribuzione del risultato medio di esercizio delle AO nelle regioni (tabella 1) varia nel 2003 da un minimo di -80,2 milioni di € nel Lazio ad un massimo di -71.000 € in Sicilia. In questo anno solo le AO della Lombardia paiono chiudere il bilancio in equilibrio. Nell'anno successivo i valori oscillano da -76,5 milioni di € nel Lazio a +5,8 in Sardegna. Nel 2004 anche le AO del Piemonte e della Calabria chiudono l'esercizio con equilibrio economico.

Il biennio 2001-2002 invece denuncia un range che parte da -59,2 milioni di € nel 2001 in Lazio e termi-

Tabella 1 - Perdita media o utile medio di esercizio per tipologia di azienda e regione (migliaia di €) - Anno 2003-2004

Regioni	2003				2004			
	Numero	ASL €	Numero	AO €	Numero	ASL €	Numero	AO €
Piemonte	22	-9.932,00	7	-12.058,00	22	-15.260,00	7	1.304,00
Valle D'Aosta	1	1.671,00	0	0	1	823,00	0	0
Lombardia	15	0	29	0	15	-30.968,00	29	-29.851,00
<i>Bolzano-Bozen</i>	4	-7.784,00	0	0	4	-978,00	0	0
<i>Trento</i>	1	52,00	0	0	1	45,00	0	0
Veneto	21	-16.543,00	2	-33.013,00	21	-24.532,00	2	-33.609,00
Friuli-Venezia Giulia	6	-910,00	3	-1816,00	6	-293,00	3	-307
Liguria	5	-1.388,00	3	-2.062,00	5	-26.540,00	3	-14.691,00
Emilia-Romagna	13	-14.040,00	5	-6.907,00	13	-43.572,00	5	-20.594,00
Toscana	12	-1.175,00	4	-239,00	12	-20.502,00	4	-14.437,00
Umbria	4	-13.930,00	2	-11.783,00	4	-2.508,00	2	-7.960,00
Marche	13	-6.076,00	4	-4.067,00	14	-13.844,00	4	-26.740,00
Lazio	12	-78.604,00	3	-80.179,00	12	-74.567,00	4	-76.504,00
Abruzzo	6	-41.883,00	0	0	6	-26.124,00	0	0
Molise	4	-26.242,00	0	0	4	-25.531,00	0	0
Campania	13	-96.513,00	8	-21.053,00	13	-137.669,00	8	-27.755,00
Puglia	12	-5.256,00	6	-19.900,00	12	-17.618,00	6	-10.498,00
Basilicata	5	-5.014,00	2	-4.932,00	5	-6.492,00	2	-4.565,00
Calabria	12	-1.636,00	4	-270,00	11	-2.142,00	4	158,00
Sicilia	9	-44.005,00	17	-71,00	9	-92.382,00	17	-6.925,00
Sardegna	8	-23.556,00	1	-7.768,00	8	-33.152,00	1	5.777,00
Italia	197	-18.703,00	100	-13.741,00	198	-28.277,00	101	-16.700,00

Perdita media o utile medio di esercizio per ASL e per regione.
Anno 2004



Perdita media o utile medio di esercizio per AO e per regione.
Anno 2004



Tabella 2 - Utile o perdita media di esercizio pro capite delle ASL (valori in €) per regione - Anni 2003-2004

Regioni	2003	2004	Variazione assoluta
Piemonte	-51,40	-78,07	26,67 (-)
Valle d'Aosta	13,76	6,72	7,04 (-)
Lombardia	-1,81	-49,84	48,03 (-)
Bolzano-Bozen	-66,62	-8,25	58,37 (+)
Trento	0,11	0,09	0,02 (-)
Veneto	-78,94	-115,53	36,59 (-)
Friuli-Venezia Giulia	-4,57	-1,46	3,10 (+)
Liguria	-4,40	-83,73	79,33 (-)
Emilia-Romagna	-45,01	-116,45	71,44 (-)
Toscana	-3,98	-68,68	64,70 (-)
Umbria	-66,24	-11,75	54,49 (+)
Marche	-52,85	-128,20	75,36 (-)
Lazio	-182,25	-170,84	11,41 (+)
Abruzzo	-196,39	-121,26	75,12 (+)
Molise	-326,62	-317,32	9,30 (+)
Campania	-218,48	-309,92	91,44 (-)
Puglia	-15,64	-52,14	36,50 (-)
Basilicata	-42,00	-54,40	12,39 (-)
Calabria	-8,95	-11,72	2,77 (-)
Sicilia	-79,40	-166,02	86,61 (-)
Sardegna	-114,88	-161,07	46,19 (-)
Italia	-73,21	-44,07	29,14 (+)

Fonte dei dati e anno di riferimento: Sistema informativo sanitario - Ministero della Salute. Anno 2006.

na a + 2 milioni di € in Friuli-Venezia Giulia mentre nel 2002 varia da -66 milioni di € nel Lazio a +0,6 in Friuli-Venezia Giulia. Nel 2001 tre regioni chiudono il bilancio di esercizio in avanzo e nel 2002 quattro.

Anche per le AO il valore medio regionale è oscillante nei quattro anni con le eccezioni di Veneto, Liguria e Campania la cui perdita media è in aumento. In controtendenza al valore medio nazionale, che peggiora nel 2003 e 2004, vi sono le AO di regioni come Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Lazio, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna che migliorano la propria posizione contabile.

Raccomandazioni di Osservasalute

Due i punti di attenzione. Il primo è inerente l'indicatore utilizzato ed il sottostante sistema informativo da cui vengono tratti i dati: il modello CE "Modello di rilevazione del Conto economico delle Aziende ASL e ASO" approvato con DM 16 febbraio 2001. Nonostante i limiti evidenziati, l'indicatore assume una rilevanza in quanto permette di valutare l'economicità della gestione dell'azienda e traccia un bilancio a livello regionale divenendo così un importante strumento del "pannello di controllo" della spesa sanitaria. Ciò comporta la necessità di utiliz-

zare tale indicatore e di supportare il flusso informativo sottostante migliorandolo nelle sue parti in modo che possa rispondere alle esigenze delle aziende, della regione e del Ministero della Salute e potenziarne l'utilizzo al fine di perfezionare la qualità e l'attendibilità dei dati.

Il secondo punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati di esercizio emersi. Le norme di riordino del sistema sanitario italiano hanno posto il vincolo del pareggio di bilancio alle Aziende Sanitarie e per supportare il suo rispetto hanno attribuito autonomia alle aziende e creato una competizione regolata fra di esse.

La logica delle norme era di promuovere l'efficienza aziendale intesa come condizione necessaria al raggiungimento delle finalità proprie delle aziende e assicurare l'equilibrio economico dei servizi sanitari.

I risultati non sembrano essere quelli voluti e le cause sono probabilmente da ricercarsi negli stessi elementi che dovevano supportarne il conseguimento e che non hanno acquisito le connotazioni sperate, per cui si sono verificati: scarsa competizione, autonomia aziendale che non si è tradotta in provvedimenti di programmazione ed iniziative di riorganizzazione anche complesse, opportuni per il miglioramento dell'uso delle risorse, e interpretazione del pareggio di bilancio come variabile dipendente dal solo finanziamento. Sembrerebbe quindi necessario, a contesto normativo invariato, investire maggiormente in azioni capaci di supportare e governare l'economicità delle aziende e del sistema e rimodulare e ridefinire nel suo ammontare il finanziamento per meglio fronteggiare i bisogni di salute.

Rating

Significato. Il *rating* è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito.

Il *rating* fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli enti emittenti un titolo di debito e riveste una grande importanza per tutti quegli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

Avere un *rating* assegnato da una agenzia internazionale facilita per gli emittenti il processo di fissazione del prezzo e di collocamento dei titoli emessi. Per questi motivi, i soggetti che desiderano collocare titoli sui mercati finanziari internazionali sono indotti a richiedere una valutazione del loro merito di credito alle agenzie di *rating*, soggetti indipendenti, che basano la loro credibilità sull'affidabilità delle loro analisi e dei loro giudizi.

Nel processo di *rating* intervengono il soggetto valutato e la struttura operativa dell'Agenzia (*team* di analisti preposti ai rapporti con il soggetto valutato, all'analisi e alla valutazione di *rating*).

Il soggetto valutato si impegna a fornire all'Agenzia tutta la documentazione e le informazioni necessarie per l'attribuzione del *rating*. La richiesta di *rating* comporta l'impegno ad accettare il successivo monitoraggio per un periodo prestabilito. L'Agenzia effettua la valutazione secondo le proprie procedure interne e assegna il *rating*. Questo viene comunicato al soggetto valutato unitamente ad una nota sintetica circa le motivazioni alla base.

Una volta pubblicato il rapporto scatta l'obbligo per l'Agenzia di attuare il monitoraggio successivo per l'aggiornamento periodico del *rating* e l'obbligo per il soggetto valutato di segnalare i fatti rilevanti che si manifestano successivamente, affinché l'Agenzia possa valutare se mettere sotto osservazione ed eventualmente modificare il *rating*.

Formula. La scala internazionale che esprime il giudizio sintetico di *rating* è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

In particolare la lettera A ripetuta tre volte esprime il

massimo giudizio astrattamente attribuibile ad un operatore economico ed è quindi espressione della massima qualità creditizia, mentre la lettera C ripetuta tre volte esprime l'esistenza di una considerevole incertezza rispetto al pagamento puntuale dei debiti.

Le agenzie definiscono una graduatoria, diversa per le obbligazioni a breve e a lungo termine, in funzione del grado di solvibilità dell'emittente. Questa graduatoria prevede, per il debito a lungo termine, un massimo di affidabilità AAA (assenza di rischio), sotto tale livello, e anche per ciascuna delle categorie successive (B e C), sono previste sottoclassificazioni in tre gradi diversi (ad es. AAA è seguita da AA e da A) e all'interno di tali sottoclassificazioni sono previste tre ulteriori distinzioni (ad es., la sottocategoria AA è divisa, in ordine discendente, in AA1, AA2, AA3).

I *rating* indicati con la doppia AA, che possono anche essere accompagnati dai segni + (più) o - (meno), vengono così interpretati: "Alta qualità creditizia. I fattori di protezione sono forti. Il rischio è modesto ma può variare leggermente nel tempo a seconda della congiuntura economica". È da osservare, inoltre, che i *rating* attualmente assegnati vengono definiti internazionali in quanto, con l'introduzione dell'Euro e la contestuale trasformazione della Lira in decimale dell'Euro, non vengono più assegnati *rating* "domestici". La valutazione quindi è valida rispetto a tutti i debiti finanziari denominati in ogni valuta, Euro incluso.

La scala di *rating* non viene utilizzata nella sua completezza in quanto ad ogni operatore non può essere assegnato un *rating* superiore a quello attribuito allo Stato di appartenenza. Così, agli operatori italiani non può essere assegnato un *rating* superiore ad AA, assegnato all'Italia.

Mentre l'assegnazione del *rating* ad uno stato sovrano dipende essenzialmente dalla valutazione di due aree di rischio quello politico e quello economico, la valutazione per l'assegnazione del *rating* ad un ente locale (come le regioni) si basa su quattro aree di analisi:

- il sistema politico ed amministrativo dello stato di appartenenza;
- la struttura politico-amministrativa dell'ente;
- la struttura socio-economica del territorio;
- i flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente (struttura entrate ed uscite, situazione creditizia, liquidità, composizione e trend revisionali dell'indebitamento).

Parametro misurato

Variatione del rating assegnato alle regioni italiane dalle tre principali agenzie di Rating nell'arco di 12 mesi (Agosto '05 - Ottobre '06)

Validità e limiti. La validità dell'indicatore di *rating* è essenzialmente legata alla robustezza del metodo utilizzato dall'agenzia che lo propone e quindi le sue caratteristiche e la sua reputazione sono fondamentali elementi per la validità del *rating* stesso.

Le principali agenzie di *rating* sono una decina e sono dislocate soprattutto negli Stati Uniti e in Giappone. Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Ratings (vedi le scale di rating in Rapporto Osservasalute 2005, pag.238-239) che forniscono una gamma completa di valutazione, differenziata sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Valore di riferimento/Benchmark. Per le regioni italiane l'unico benchmark che è possibile considerare è quello assegnato all'Italia ovvero *A+* (S&P), in quanto massimo raggiungibile da parte della singola regione.

Descrizione dei risultati

Sono presentate due tabelle. La tabella 1 presenta i rating assegnati alle regioni italiane dalle tre principali agenzie internazionali al 19 Ottobre 2006 (Fonte Dexia-Crediop). La tabella 2, invece, mostra tutte le variazioni intervenute nell'arco di un anno nell'assegnazione dei rating. È confermato, rispetto al 2005, il diverso atteggiamento valutativo dimostrato dalle tre principali agenzie di rating internazionali. Mentre infatti Fitch Ratings e Standard & Poor's non assegnano mai una valutazione superiore a quella della Repubblica Italiana, Moody's riconosce alla regione Lombardia e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano un rating pari ad *Aa1*, migliore della *Aa2*

assegnato allo stato centrale (*Sovereign Ceiling Transcendent*). Sono 9 le regioni italiane che sono considerate dalle diverse agenzie di rating allo stesso livello di affidabilità creditizia dello stato sovrano, ma non è infrequente il fenomeno dello "*split rating*", rappresentato da quelle situazioni in cui le agenzie attribuiscono valutazioni sostanzialmente differenti allo stesso ente, evidente indicatore delle diverse logiche applicate. La regione con le valutazioni complessivamente più elevate è la Lombardia, l'unica ad avere in due casi il rating pari a quello della Repubblica Italiana ed in un caso a superare il *Sovereign Ceiling Transcendent*. Il rating più basso in assoluto è assegnato alla regione Campania (*A3* – Moody's). Campania e Lazio hanno le valutazioni di rating più basse da parte di Standard & Poor's. L'assegnazione dei rating mette in evidenza la presenza di un significato gradiente Nord-Sud. Infatti, le doppie A scompaiono dalle valutazioni delle agenzie di rating dal Lazio in giù a testimonianza di valutazioni meno positive riguardo la struttura politico-amministrativa dell'ente, la struttura socio-economica del territorio e, in particolare, i flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente.

Rilevante e significativo è il peggioramento del Rating assegnato alla Repubblica Italiana da parte dell'Agenzia Fitch che sembrerebbe far presagire scelte analoghe da parte delle altre agenzie di rating. Durante il periodo Agosto 2005 – Ottobre 2006, vi sono state modifiche non legate a valutazioni di merito (es. Fitch ha sospeso l'assegnazione alla regione Umbria). In altri casi alcune agenzie hanno assegnato per la prima volta il rating ad alcune regioni (Fitch alla Sicilia e alla Sardegna, Moody's al Piemonte). Le

Tabella 1 - Rating assegnati ad enti territoriali italiani (aggiornati al 19 Ottobre 2006)

Regioni	Fitch	Moody's	S&P
Piemonte	AA-	Aa3	-
Valle d'Aosta	-	-	A+
Lombardia	AA-	Aa1	A+
Bolzano-Bozen	AA+	Aa1	-
Trento	AA+	Aa1	-
Veneto	--	Aa2	-
Friuli-Venezia Giulia	AA	-	A+
Liguria	-	Aa3	A+
Emilia-Romagna	-	Aa2	A+
Toscana	-	Aa2	A+
Umbria	-	Aa3	A+
Marche	-	Aa3	A+
Lazio	A	A1	A-
Abruzzo	-	A1	A
Molise	-	A2	-
Campania	-	A3	A-
Puglia	-	A2	-
Basilicata	-	A1	-
Calabria	A+	A2	-
Sicilia	A-	A1	A+
Sardegna	AA-	A2	-
Repubblica Italiana	AA-	Aa2	A+

Tabella 2 - Rating assegnati ad enti territoriali italiani (Variazioni intervenute tra Agosto 2005 e Ottobre 2006)

Agenzie di rating	Variazioni Agosto- Novembre 2005	Variazioni Novembre 2005- Marzo 2006	Variazioni Marzo- Luglio 2006	Variazioni Luglio- Ottobre 2006
Fitch	Sicilia (da A- a nessun rating)		Umbria (rating non più assegnato) Sicilia (da nessun rating ad A-) Sardegna (AA-, rating assegnato per la prima volta)	Lombardia (da AA a AA-)
Moody's	Sicilia (da A2 a A1)	Piemonte (Aa3, rating assegnato per la prima volta)		
S&P	Sicilia (A+, rating assegnato per la prima volta)	Lazio (da A a A-)		Valle d'Aosta-Lombardia Friuli-Venezia Giulia- Liguria-Emilia-Romagna Toscana-Umbria-Marche (da AA- ad A+)

Fonte dei dati e anno di riferimento: sintesi dati DEXIA, Crediop, Ottobre 2006.

uniche variazioni sostanziali riguardano Lazio e Sicilia. Per il Lazio S&P a Marzo 2006 ha abbassato il suo giudizio sulla capacità di credito della regione (da A ad A-); per la Sicilia, invece, i segnali sono parzialmente positivi perché a Novembre 2005 Moody's ha elevato il suo giudizio, e a Luglio 2006 anche Fitch lo ha rivisto in rialzo (da nessun rating ad A-). Da rilevare anche le variazioni, seppur minime, in negativo di 8 regioni che ad Ottobre 2006 da AA- passano ad A+ (S&P).

Confronto internazionale

L'Italia, tra i paesi europei, ha il maggior numero di *rating* assegnati ad enti territoriali e questo numero è aumentato nell'ultimo anno da 75 a 80: 24 alle province, 35 ai comuni e 21 alle regioni (e province autonome). Nel 1996 solo una regione e tre comuni avevano un *rating* assegnato; nel 2000 le regioni con un *rating* assegnato erano 13. Oggi tutte le regioni italiane hanno almeno un *rating* assegnato da una delle tre principali agenzie mondiali ma solo Lombardia e Sicilia sono "giudicate" da tutte le Agenzie contemporaneamente.

Il fenomeno si conferma in progressiva crescita e può essere annoverato tra gli effetti della devoluzione delle competenze verso gli enti locali nel nostro paese. Certamente le maggiori competenze di regioni ed altri enti locali in campo finanziario, il cui sviluppo è sospinto dalla necessità di accedere a fonti di finanziamento dei deficit di bilancio, sono le ulteriori motivazioni di tale fenomeno.

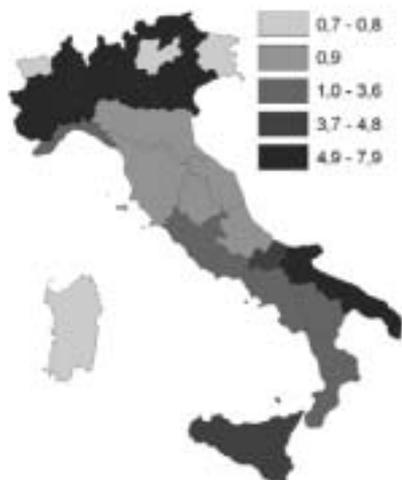
Raccomandazioni di Osservasalute

Il ricorso ai mercati finanziari non rappresenta di certo un segnale di buona salute per i conti sanitari delle regioni italiane. Nonostante ciò, un oculato utilizzo delle opportunità che provengono dal settore creditizio può rappresentare un aiuto a volte indispensabile sulla via del risanamento. È però altrettanto indispensabile che le operazioni finanziarie siano accompagnate da contemporanee politiche sanitarie in grado di condurre ad una ristrutturazione del sistema sanitario in modo che questo venga riportato in equilibrio non solo sotto il profilo finanziario ma sotto il profilo economico ed operativo. Le operazioni finanziarie (come la cartolarizzazione e la cessione dei crediti sanitari pro-soluto) impongono sforzi di riorganizzazione dell'offerta e di governo della domanda affinché il saldo economico finanziario regionale originariamente in "rosso" possa iniziare a generare quegli avanzi necessari per il rimborso del debito contratto. Il rischio di operazioni finanziarie non accompagnate da modifiche "reali" sulla struttura del sistema è duplice: in un primo tempo si rischia di veder ridotto il proprio accesso al credito anche per effetto della riduzione della credibilità testimoniata dall'abbassamento del rating (vedi regione Lazio tra il 2005 e il 2006) con la conseguente crisi finanziaria e di liquidità per il sistema e, secondo, come conseguenza, l'incapacità di provvedere al rimborso del debito con effetti che si ripercuotono sulle garanzie reali prestate (vedi cartolarizzazioni basate su cessione di patrimonio immobiliare).

Riferimenti bibliografici

Elaborazioni su dati DEXIA, Crediop, Agosto 2006; Agenzie di rating e Ministero dell'Economia.

Spesa pro capite per ticket e compartecipazione in percentuale della spesa farmaceutica lorda SSN per regione. Anno 2005



Descrizione dei risultati

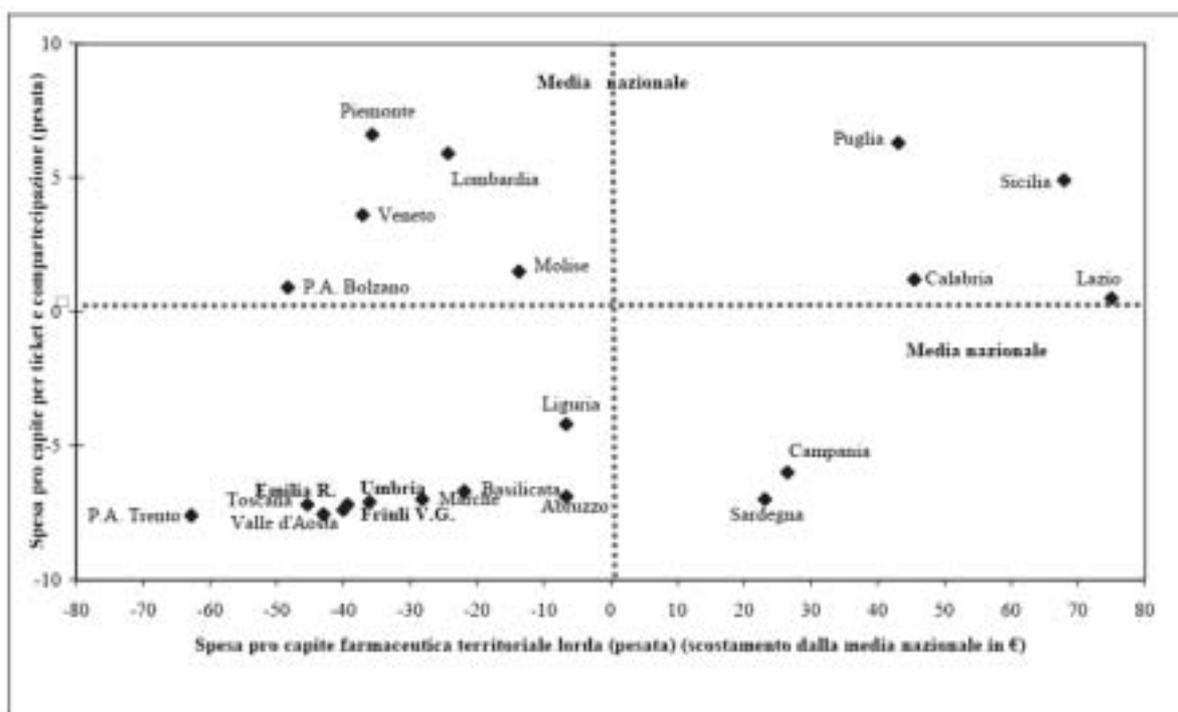
Nel 2005 il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 515 milioni di euro, corrispondente al 3,8% della spesa lorda complessiva, in riduzione rispetto al 2004 ed al 2003, ma in aumento rispetto al 2002. L'incidenza del ticket sulla spesa lorda è maggiore in Piemonte (15,5 € pro capite corrispondenti al 7,9% della spesa farmaceutica pro capite), Lombardia (14,8 €; 7,1%) e Veneto (12,5 €; 6,4%).

Tra le regioni in cui nel 2005 era in vigore il ticket le quote più basse richieste ai cittadini sono osservabili in Liguria (4,7 €; 2,1%) e nel Lazio (9,4 €; 3,1%).

Nelle regioni in cui invece non era in vigore il ticket le quote a carico dei cittadini sono molto più basse, con un valore minimo dello 0,7%-0,8% in alcune delle regioni a statuto speciale ed un valore dello 0,9% in Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche ed Abruzzo.

Dal confronto della spesa pro capite (pesata) per ticket e compartecipazione e la spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite (pesata) emerge un'ampia variabilità regionale (grafico 1). Le regioni Puglia, Calabria, Sicilia, e Lazio presentano una spesa farmaceutica superiore ai valori della media nazionale, nonostante abbiano attivato un sistema di ticket. Altre regioni invece (Valle d'Aosta, Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche ed Abruzzo), pur in assenza di ticket, presentano una spesa farmaceutica inferiore alla media nazionale.

Grafico 1 - Variabilità regionale della spesa pro capite (pesata) per ticket e compartecipazione in rapporto alla spesa pro capite farmaceutica territoriale lorda (pesata). Scostamenti in euro dalla media nazionale - Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione Osservatorio sui Medicinali (OsMed) su dati ASSR/Assessorati regionali - OsMed - Ministero della Salute. L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto Nazionale. Anni 2002-2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il ticket farmaceutico può contribuire alla riduzione della spesa farmaceutica ma non è il solo e più efficace strumento di controllo della spesa poiché alcune delle regioni che hanno adottato il ticket hanno una spesa farmaceutica superiore alla media nazionale e

alcune regioni senza ticket hanno una spesa farmaceutica più bassa del valore medio nazionale.

Accurati sistemi di monitoraggio della spesa e della qualità della prescrizione sono probabilmente più efficaci e presentano minori problematiche di equità.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL e spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Anche in questa edizione del Rapporto Osservasalute affrontiamo in modo congiunto due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e poi rispetto alla popolazione residente nella singola regione.

L'intento è quello di fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse regioni, misurata in relazione ai diversi contesti di riferimento sotto il profilo sia socio-economico che demografico.

Spesa sanitaria in rapporto al PIL

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Rappresenta l'ammontare di risorse in termini monetari che sono in media impiegate per ogni individuo di una data regione per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento. In tal senso dovrebbe indicare le risorse impegna-

Spesa sanitaria pubblica pro capite

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

Validità e limiti. Il rapporto tra spesa e PIL dovrebbe identificare la disponibilità a spendere per l'assistenza sanitaria di una determinata regione in relazione alle proprie disponibilità in termini di reddito. L'allocazione della spesa pubblica tra i diversi comparti segue criteri differenti dalla semplice disponibilità economica: quindi non è detto che regioni più ricche spenderanno di più rispetto al proprio PIL per l'assistenza. La diversa capacità di razionalizzare la spesa e la diversa propensione a spendere per la sanità piuttosto che per altri comparti influenzerà il valore assunto dall'indicatore nelle diverse regioni.

Nella lettura dei valori che assume l'indicatore a livello regionale e nell'effettuare i confronti tra regioni, è necessario adottare alcune cautele riguardanti sia il numeratore che il denominatore. Per quanto riguarda il

Spesa sanitaria in rapporto al PIL

Il Prodotto Interno Lordo è il valore di mercato di tutti i beni e servizi finali prodotti in una regione in un dato periodo di tempo. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL indica la quota delle risorse che ogni regione destina al mantenimento e alla promozione dello stato di salute della popolazione rispetto a ciò che ha prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

In tal senso dovrebbe indicare il peso economico per la produzione e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi aggiuntivi che la regione vuole garantire ai propri cittadini. A causa della presenza di meccanismi di natura perequativa l'indicatore non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla sanità pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

te mediamente sia per fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia per gli altri servizi che la regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

numeratore le risorse sono espresse in termini monetari e quindi il loro valore è puramente monetario e non rappresenta la quantità di servizi di assistenza erogati, inoltre, l'indicatore non tiene conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle differenti regioni. Il PIL, oltre a non essere un indicatore di benessere, risente sia dei differenti livelli dei prezzi regionali, in genere più bassi al Sud soprattutto per beni e servizi (Istat, Contabilità Nazionale), sia di sottostime, di cui la principale è quella dovuta alla mancata inclusione del prodotto derivante da lavoro nero e dalla così detta economia "sommersa".

Questo indicatore, di ampio utilizzo per confronti tra paesi, appare meno utile per confronti tra regioni, soprattutto in presenza di meccanismi perequativi che ne falsano il significato.

L'indicatore "spesa sanitaria pubblica pro capite" rappresenta una prima approssimazione della disponibilità del settore pubblico a pagare per l'assistenza sanitaria dei propri cittadini residenti. L'indicatore è soggetto ad alcune limitazioni: la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria tra le regioni, dovuto prevalentemente alla composizione per sesso ed età della popolazione di ciascuna regione e al quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, con minori bisogni saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani.

Inoltre la spesa, essendo espressa in termini monetari, non rappresenta il reale potere d'acquisto in termini di beni e servizi in quanto non tiene conto del livello medio dei prezzi al consumo nelle diverse regioni. È noto che il livello dei prezzi nelle regioni meridionali è differente da quello delle regioni settentrionali. Nonostante questa avvertenza è bene comunque ricordare che l'esistenza di contratti nazionali, per quanto riguarda la principale voce di spesa, cioè il personale, riducono la portata di tale limitazione.

Infine, l'indicatore non permette di considerare 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 proprie risorse, saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione. Bisogna, infine, tener presente che i valori della spesa pro capite tendono a rispecchiare i criteri di allocazione delle risorse finanziarie adottati dalle regioni in sede di riparto del Fondo (denominato anche Integrazione a norma del d.l.vo 56/00).

Nonostante ciò l'indicatore ci fornisce una prima approssimazione delle eventuali disparità tra regioni quanto a risorse disponibili per l'assistenza sanitaria alla popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono specifici benchmark per questi rapporti, quindi il valore di riferimento può essere considerato la media nazionale.

Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda l'indicatore spesa/PIL, notiamo che il valore medio italiano si alza dal 6,07% del 2003 al 6,40% del 2004: ciò testimonia più che un rallentamento del denominatore, dovuto al ristagno dell'economia italiana e del suo PIL, un incremento di spesa sanitaria pubblica. Il rapporto è ampiamente variabile a livello regionale e nel corso del tempo: si passa, per il 2003, dal 4,41% della Lombardia al 9,37% del Molise, nel 2004 il rapporto registra un minimo sempre in Lombardia (4,66%) ed un massimo del 9,89% in Campania.

Tali andamenti, come si è già detto per l'Italia in gene-

rale, sembrano dovuti all'impatto differente che la recessione ha avuto sulla variabile PIL nelle regioni del Nord, meno duramente colpite rispetto alle regioni del Sud, che peggiorano la propria posizione relativa. Inoltre, da un'analisi del tasso di crescita dell'indicatore nel corso del periodo 2000-2004, notiamo che esso è maggiore nella PA di Bolzano (28%), in Sicilia (26%) e nella PA di Trento (20%) che sono regioni o Province Autonome, e in Abruzzo e Molise (23%), di cui l'ultima qualificabile come una regione "piccola". La variazione è negativa in una sola regione, la Calabria, che si vedrà tra breve essere interessata da una sostanziale stagnazione della spesa sanitaria pubblica.

Più articolato deve essere invece il commento riguardo alla spesa sanitaria pubblica pro capite della tabella 2. Vediamo innanzitutto che il valore medio nazionale passa da 1.648 Å del 2005 a 1.688 Å del 2006, con un incremento del 2,6%: tenuto conto del tasso di inflazione, esso è rimasto sostanzialmente stazionario in valori reali. Anche in questo caso vi è variabilità regionale ma non è chiara la variabilità temporale. Per il 2005 la Calabria è la regione a minore spesa pro capite con 1.423 Å, mentre la PA di Bolzano fa registrare la maggiore spesa con 2.059 Å: la differenza tra i due valori è pari a 636 Å, cioè meno di un terzo della spesa della PA di Bolzano. Per il 2006 la regione a minore spesa è la Basilicata con 1.509 Å e quella a maggior spesa sempre la PA di Bolzano con 2.144 Å: la differenza tra regioni è sostanzialmente analoga a quella dell'anno prima (635 Å). Non è possibile evidenziare una tendenza Nord-Sud, ma sembra emergere una maggiore tendenza alla spesa da parte delle regioni autonome: la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, la PA di Trento, il Friuli-Venezia Giulia, la Sicilia (solo però nel 2006) risultano avere una spesa pro capite superiore alla media; fa eccezione la Sardegna, anch'essa autonoma ma con spesa inferiore alla media. Inoltre, analizzando i dati del 2006, è possibile evidenziare anche una probabile sovraspesa delle piccole regioni, giustificabile con i costi fissi amministrativi e strutturali che gravano di più sulle regioni piccole: alle regioni autonome "piccole" Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, si sommano anche quelle a statuto ordinario Umbria e Molise, con la sola eccezione della Basilicata. La variazione della spesa pro capite nel periodo 2001-2006 è più difficile da analizzare e deve essere letta congiuntamente all'indicatore sul disavanzo pro capite: il valor medio italiano è del 28,95%, ma vi è un'ampia divaricazione tra regioni con elevati tassi di crescita della spesa (massimo nel Lazio con 43,78%, ben 15 punti percentuali sopra la media), e regioni con crescita ridotta (minimo nella PA di Trento con 19,83%). Le regioni che mostrano una dinamica di crescita più elevata nel corso del periodo 2001-2006, sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, il

Friuli-Venezia Giulia, il Lazio, il Molise, la Puglia, la Basilicata e la Sicilia: anche se qualcosa della tipizzazione relativa ai livelli di spesa, in regioni autonome e regioni piccole permane anche nella dinamica, le tendenze sono meno chiare e probabilmente sensibili

all'anno di riferimento; si consideri, infatti il Lazio, la regione meno virtuosa, che, prendendo in considerazione soltanto gli ultimi due anni (2005-2006) risulterebbe con un tasso di crescita ridotto dell'1,9% (dovuto al cambio di giunta ed al piano di rientro).

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) e variazione percentuale per regione - Anni 2003, 2004

Regioni	2003	2004	Δ % 2000-2004
Piemonte	5,55	5,92	12,50
Valle d'Aosta	5,38	5,70	6,95
Lombardia	4,41	4,66	9,11
Bolzano-Bozen	6,49	6,75	27,92
Trento	5,24	5,55	19,62
Veneto	5,13	5,19	6,27
Friuli-Venezia Giulia	5,75	6,05	13,89
Liguria	6,65	7,08	12,10
Emilia-Romagna	5,13	5,45	18,68
Toscana	5,52	5,95	13,54
Umbria	6,67	6,92	12,93
Marche	5,87	6,07	3,84
Lazio	5,97	6,28	19,98
Abruzzo	7,95	7,87	23,40
Molise	9,37	9,45	22,92
Campania	9,12	9,89	14,45
Puglia	8,27	8,71	5,84
Basilicata	8,07	8,41	14,72
Calabria	8,69	8,77	-2,18
Sicilia	8,73	9,53	26,15
Sardegna	7,80	7,98	7,56
Italia	6,07	6,40	13,04

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Contabilità Nazionale. Anno 2007.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) per regione. Anno 2004

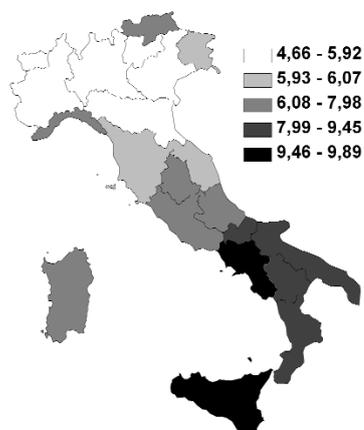
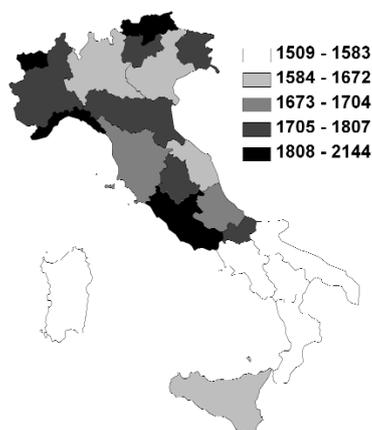


Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €) e variazione percentuale per regione - Anni 2005, 2006

Regioni	2005	2006	Δ % 2001-2006
Piemonte	1.661	1.721	29,20
Valle d'Aosta	1.829	2.003	35,34
Lombardia	1.573	1.635	26,25
Bolzano-Bozen	2.059	2.144	28,54
Trento	1.722	1.807	19,83
Veneto	1.609	1.672	25,62
Friuli-Venezia Giulia	1.650	1.747	30,86
Liguria	1.836	1.859	28,74
Emilia-Romagna	1.699	1.757	27,69
Toscana	1.647	1.696	24,98
Umbria	1.629	1.706	28,95
Marche	1.544	1.607	21,47
Lazio	1.918	1.954	43,78
Abruzzo	1.729	1.704	27,07
Molise	2.033	1.807	34,55
Campania	1.669	1.575	23,53
Puglia	1.514	1.554	30,92
Basilicata	1.505	1.509	29,97
Calabria	1.423	1.517	23,43
Sicilia	1.561	1.672	36,05
Sardegna	1.626	1.583	24,25
Italia	1.648	1.688	28,95

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2007.

Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €) per regione. Anno 2006



Raccomandazioni di Osservasalute

Non sembra emergere, dalla lettura dei dati relativi alla dinamica della spesa pro capite, una tendenza a colmare i *gap* di spesa tra regioni: nonostante ciò sia in parte giustificabile, riflettendo le disparità nei fattori di bisogno certamente non rappresentabili dal semplice indicatore pro capite, dall'altra, tali differenze vanno comunque monitorate. Inoltre sembra che la crescita di spesa regionale non segua percorsi omogenei, sia cioè "a strappi": anche tale fattore va monitorato, soprattutto a livello contabile, per il rischio di anticipazioni o posponimenti di spesa di carattere strategico.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. Misura la tendenza dei disavanzi, in termini pro capite, della Sanità Pubblica: la differenza tra quanto è stato speso e quanto è stato ricevuto come finanziamento. Quindi la differenza tra le uscite per servizi prestati direttamente o convenzionati e il saldo composto da fonti di entrata autonome (IRAP e Addizionale IRPEF) e perequate tramite il Fondo ex d. l.vo 56/00.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore Spesa sanitaria pubblica - Finanziamento SSN

Denominatore Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'informazione approssimativa sulla *performance* regionale: tassi di incremento maggiori della media indicano difficoltà specifiche. L'indicatore, però, non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali nei disavanzi stessi, in quanto il finanziamento è allocato alle regioni secondo un sistema di ponderazioni che solo teoricamente approssima i bisogni reali delle popolazioni regionali.

Inoltre, essendo di natura aggregata, non consente di risalire alle voci di spesa o finanziamento maggiormente responsabili del disavanzo stesso. Nelle regioni o province a statuto speciale, le fonti di finanziamento sono differenti da quelle delle altre regioni, a dinamica differenziata e senza componenti perequative; quindi la lettura dei dati ad esse relativi va effettuata con molta cautela. Può rappresentare lo "sforzo fiscale" aggiuntivo richiesto alle singole regioni, in assenza di modifiche concordate delle allocazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, per ripianare il deficit stesso.

Bisogna considerare, inoltre, che la dinamica del disavanzo è stata influenzata negli anni più recenti da misure "una tantum" quali il fenomeno della "cartolarizzazione" che ha permesso apparenti riduzioni dell'indebitamento contabile: in tali casi una media triennale può dare una migliore idea del sottostante stato strutturale del finanziamento regionale.

Il disavanzo ha inoltre natura tendenzialmente ciclica, in quanto le fonti di entrata risentono della congiuntura economica, mentre le uscite sono in buona misura indipendenti da questa, e quindi la sua lettura deve essere effettuata depurando tale componente o considerando un dato medio pluriennale (anche la Corte dei Conti sembra adottare questo approccio nella sua Relazione Annuale del 2006, ove calcola un disavanzo medio quadriennale per gli anni dal 2002 al 2005). Infine, va rilevato che il dato, proprio per la sua natura "politicalmente sensibile" tende ad essere a volte lacunoso e ritardato, rendendo di fatto difficile una

la sua interpretazione: è per questo motivo che la Legge Finanziaria del 2006, tra le misure di controllo contabile (comma 291), prevede una certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie. Si tenga presente, infatti, che il disavanzo palese è da considerare alla luce degli ulteriori fattori di disavanzo occulto a livello regionale, cioè il ritardato pagamento dei fornitori, o certe tipologie di indebitamento regionale.

sua interpretazione: è per questo motivo che la Legge Finanziaria del 2006, tra le misure di controllo contabile (comma 291), prevede una certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie. Si tenga presente, infatti, che il disavanzo palese è da considerare alla luce degli ulteriori fattori di disavanzo occulto a livello regionale, cioè il ritardato pagamento dei fornitori, o certe tipologie di indebitamento regionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark sarebbe il pareggio di bilancio, ma per fare un'analisi differenziata tra le regioni siamo costretti ad utilizzare come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

In primo luogo occorre rilevare che i dati presentati quest'anno non hanno la stessa fonte di quelli utilizzati in anni precedenti dell'Osservasalute (vedi nota alla tabella 1). Sebbene vi sia ancora un sostanziale incremento del disavanzo medio regionale pro capite nel corso del periodo 2003-2006 (valore medio italiano 35 Ä), l'incremento pare in attenuazione: infatti a fronte di un valore medio di 59 Ä per il 2005, si ha, nel 2006, solo un valore di 43 Ä.

La regione più deficitaria nel 2006 è stata il Lazio, con un disavanzo stazionario nel biennio 2005-2006, pari a 272 Ä pro capite, mentre la regione con il maggiore attivo è la Calabria, che presenta attivi di 76 Ä pro capite nel 2005 e 103 Ä pro capite nel 2006.

Venendo allo "sforzo" di rientro del deficit, vediamo che, nel medio periodo, quello della PA di Bolzano risulta essere il più virtuoso, con una riduzione di 107 Ä pro capite, che ha portato il bilancio in attivo, sebbene l'attivo di bilancio si sia ridotto dal 2005 (70 Ä, al 2006 (49 Ä). Lo "sforzo" più importante nel breve periodo, cioè dal 2005 al 2006, è quello del Molise, che vede passare il disavanzo pro capite da 430 Ä a 208 Ä (nel periodo 2003-2006 la diminuzione è contenuta nell'ordine dei 18 Ä pro capite).

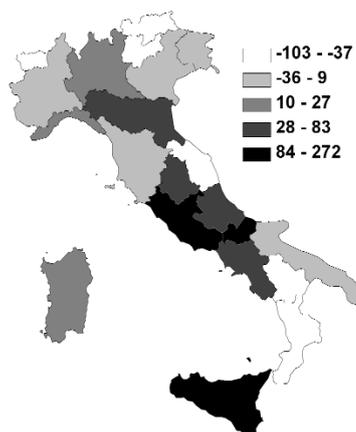
Tabella 1 - Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €) e variazione assoluta per regione - Anni 2005-2006*

Regioni	2005	2006	Δ assoluta 2003-2006
Piemonte	-81	-30	-3
Valle d'Aosta	-57	-56	1
Lombardia	14	21	17
Bolzano-Bozen	-70	-49	-107
Trento	-76	-56	-21
Veneto	13	-7	-29
Friuli-Venezia Giulia	-68	-21	4
Liguria	119	27	33
Emilia-Romagna	28	46	23
Toscana	-5	9	36
Umbria	-19	47	-21
Marche	-53	-37	-37
Lazio	272	272	159
Abruzzo	172	83	-68
Molise	430	208	-18
Campania	239	52	24
Puglia	19	-2	95
Basilicata	-39	-67	17
Calabria	-76	-103	-22
Sicilia	52	128	141
Sardegna	138	12	-30
Italia	59	43	35

*I dati ottenuti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese del 2007 non sono comparabili con quelli delle precedenti edizioni di Osservasalute, in quanto sono ottenuti da conti SIS e non direttamente dal sito del Ministero della Salute. Inoltre i dati 2006 sono relativi al quarto trimestre.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2007.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €) per regione. Anno 2006



Possiamo parlare di regioni sostanzialmente in attivo nel Nord (con l'eccezione di Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna), mentre al Centro la sola regione attiva sembra essere le Marche ed al Sud la Basilicata e la Calabria. L'interpretazione di avanzi e disavanzi

va effettuata congiuntamente a quella sulla spesa; per gli attivi di Calabria e Basilicata, ed in minor misura delle Marche, si può affermare che sono associati a sottospesa, cioè un livello di spesa pro capite inferiore a quella osservata a livello nazionale, per gli attivi delle regioni del Nord, il Piemonte e la Valle d'Aosta non presentano sottospesa, mentre le PA di Bolzano e Trento hanno una probabile sovrappesa, cioè una spesa pro capite superiore a quella media nazionale, anche se a dinamica contenuta. Per i disavanzi, essi sono in genere associati a sovrappesa; il Lazio evidenzia una netta sovrappesa, la Campania un deficit che si attenua al calare della spesa, il Molise un deficit elevato da sovrappesa con lento aggiustamento, in Emilia-Romagna un lieve deficit dovuto alla spesa: caso particolare la Sicilia, che ha la maggiore dinamica di incremento del disavanzo dopo il Lazio (141 €) ma ciò non sembra essere associato ad una sovrappesa, quanto ad altri fattori da chiarire.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, e riguardano la genesi del disavanzo stesso, da sovrappesa, da inefficienze, ecc. Induce a un sostanziale ottimismo la generalizzata riduzione dei deficit e l'incremento degli attivi.

Variazione utile/perdita d'esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

Significato. L'utile (o la perdita) di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di un'Azienda Sanitaria. Per economicità si intende la capacità della struttura aziendale di raggiungere l'equilibrio fra risorse acquisite e costi sostenuti per il soddisfacimento dei bisogni sanitari, necessario a rendere duratura la vita della stessa.

L'assenza di un cliente che paga un prezzo per le prestazioni che riceve fa perdere ai proventi dell'Azienda Sanitaria il tipico significato attribuito ai ricavi di

indicatori di soddisfazione degli acquirenti e quindi di efficacia. La conseguenza è che il risultato di esercizio diventa una misura della sola efficienza della gestione e come tale il suo valore in pareggio o in avanzo rappresenta la condizione necessaria ed irrinunciabile perchè si possano erogare nel tempo prestazioni che impattano positivamente sulla salute.

Due gli indicatori proposti che misurano il valore medio di esercizio ed il valore medio pro capite per tipologia di azienda e per regione.

Perdita media o utile medio di esercizio

Numeratore	Perdita o utile di esercizio (ASL o AO)
Denominatore	Numero di aziende (ASL o AO)

Perdita o utile di esercizio pro capite

Numeratore	Perdita/utile di esercizio (ASL)
Denominatore	Popolazione residente

Validità e limiti. Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende Sanitarie, Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO), comunicano annualmente alle regioni di propria pertinenza, nonché al Ministero della Salute.

La validità degli indicatori risiede nella loro capacità di valutare l'economicità della gestione delle due tipologie di aziende per regione e per l'intera nazione, e di fornire una indicazione di miglioramento o peggioramento del bilancio regionale e dell'avanzo o disavanzo complessivo del servizio sanitario italiano.

I limiti risiedono principalmente nel fatto che sono indici sintetici che esprimono l'economicità della azienda nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse aree gestionali che la determinano (area caratteristica, finanziaria, etc) e che sono medie semplici e non ponderate, e come tali non tengono in considerazioni variabili che potrebbero condizionarne i valori.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark è il pareggio di bilancio che esprime la presenza di un equilibrio economico della gestione e soddisfa alla condizione necessaria all'azienda per poter raggiungere le finalità che le sono proprie.

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati aggregati a livello nazionale (tabella 1) evidenzia, nel biennio 2004-2005, valori negativi sia per le ASL che per le AO a denuncia di una scarsa

capacità a raggiungere l'equilibrio economico in entrambi gli anni. Il trend è negativo per le ASL mentre presenta un lieve miglioramento nelle AO nel 2005 rispetto al 2004. Se si estende il numero di anni analizzati al triennio precedente 2001-2003 (Rapporto Osservasalute 2005 e 2006) (grafico 1) si registrano valori sempre negativi per entrambe le tipologie di aziende, ma con andamento diverso: le ASL migliorano dal 2001 al 2003, con perdite medie che passano da -24 milioni di € nel primo anno, a -22,4 nel secondo, a -19 nell'ultimo, per poi peggiorare nel biennio successivo registrando una perdita media di circa -28 milioni nel 2004 e -30 milioni nel 2005; le AO invece migliorano mediamente il proprio deficit dal 2001 al 2002, passando da -8,2 milioni di € a -6,2 milioni di €, per poi aggravare i valori nel 2003 con -13 milioni di € di disavanzo e nel 2004 con -16,7 milioni di €, e risollevarli nel 2005 a -11 milioni circa €.

Nel quinquennio la perdita media nazionale per le AO è sempre inferiore a quella delle ASL.

La distribuzione dei valori medi di esercizio per ASL delle regioni denuncia, nel quinquennio, prevalentemente situazioni di squilibrio economico passando da un deficit massimo di -87,7 milioni nel 2001 a -104,3 nel 2002, a -96,6 nel 2003 per poi peggiorare a -137,7 milioni di € nel 2004, registrato in Campania, a -161,0 milioni di € nel 2005 segnalato in Lazio, ad una perdita minore di -0,4 milioni di € nel 2001, a -0,3 nel 2002, a -0,9 nel 2003, -0,3 nel 2004 in Friuli-Venezia Giulia, a -1,3 milioni di € nel 2005 in Umbria.

Solo le ASL di realtà particolari, come la Provincia

Autonoma di Trento e la Valle d'Aosta, cui regimi statutari e le dimensioni rendono il confronto con le altre aziende nazionali di difficile interpretazione, si mantengono in equilibrio nei cinque anni, con l'eccezione della Valle d'Aosta nel 2001.

Il numero di regioni che presentano deficit sotto la media nazionale sono, in ordine crescente di deficit, 6 nel 2001 (Abruzzo, Sardegna, Veneto, Puglia, Lazio, Campania), 5 nel 2002 (Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Campania, Lazio), 6 nel 2003 (Sardegna, Molise, Abruzzo, Sicilia, Lazio, Campania), 6 nel 2004 (Lombardia, Sardegna, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia, Campania) e 6 nel 2005 (Liguria, Puglia, Sardegna, Abruzzo, Campania, Lazio) e fra di esse alcune non modificano la propria posizione nel quinquennio: si tratta di Lazio, Campania e Sardegna. Nello stesso periodo le ASL che presentano un utile passano da 2 nel 2001 a 3 nel 2002, a 2 nel 2003 e 2004 a 5 nel 2005. Nell'ultimo anno migliorano il proprio bilancio le ASL della Sicilia, Friuli-Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Bolzano, passando da una situazione di deficit ad una di avanzo.

Nei 5 anni i valori medi di esercizio delle ASL delle singole regioni presentano un andamento oscillante con l'unica eccezione della Basilicata la cui perdita media segue una linea crescente e, nonostante il valore medio nazionale peggiori nel biennio 2004-2005, le ASL delle regioni Valle d'Aosta, Umbria, Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche,

Sicilia e le Province Autonome di Bolzano e Trento migliorano il proprio risultato d'esercizio.

Per tener conto della diversa dimensione delle ASL delle regioni è opportuno anche analizzare l'utile/perdita di bilancio pro capite che rappresenta un indicatore più sensibile ai fini del confronto della economicità delle Aziende Sanitarie (tabella 2).

I dati aggregati a livello nazionale denunciano un miglioramento costante nella capacità economica delle aziende come trend dal 2001 al 2003 (-95 Ä nel 2001, -115,41 Ä nel 2003), ma un peggioramento nel 2004 e 2005.

La distribuzione dei valori pro capite medi regionali assegna al Molise il deficit maggiore nel 2004 (-17,32 Ä) e al Lazio nel 2005 (-365,49 Ä). Le stesse regioni presentavano il deficit pro capite peggiore rispettivamente nel 2003 e 2002, mentre nel 2001 era la Campania a denunciare un maggior onere per residenti pari a -199,00 Ä.

Nel quinquennio il numero delle regioni che si presentano con valori medi pro capite sotto la media nazionale, ma 4 di esse, Abruzzo, Campania, Lazio e Sardegna, sono sempre presenti. Nello stesso periodo conferma un peggioramento costante delle perdite pro capite la regione Basilicata, mentre le altre denunciano valori con trend non costante.

I valori dei risultati medi di esercizio delle AO delle regioni si collocano in range che variano nel quinquennio e precisamente: nel 2001 fra -59,3 e 2,0 milioni di

Tabella 1 - Perdita media o utile medio di esercizio (migliaia di Ä) per regione e tipologia di azienda - Anni 2004-2005

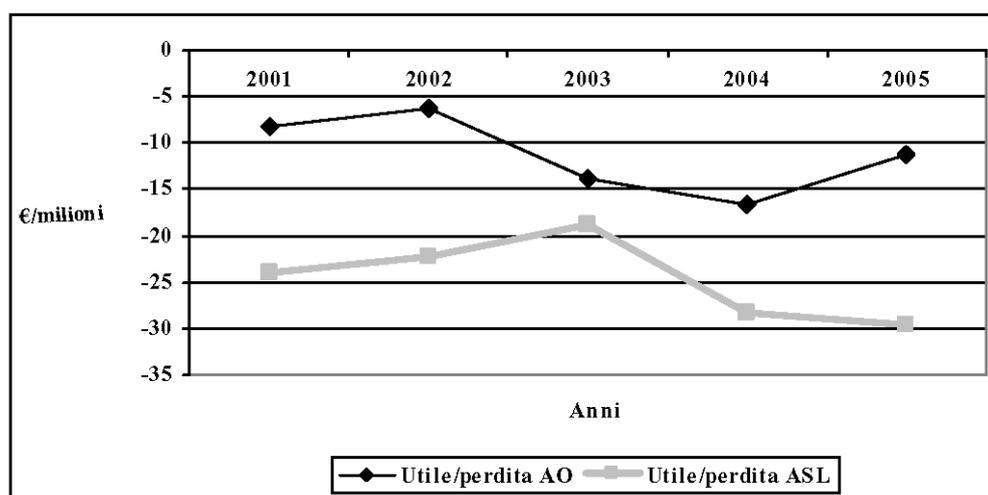
Regioni	2004				2005			
	N	ASL Ä	N	AO Ä	N	ASL Ä	Numero	AO Ä
Piemonte	22	-15.260,00	7	1.304,00	22	-21.241	8	-17.967
Valle d'Aosta	1	823,00	0	0	1	1.500	0	0
Lombardia	15	-30.968,00	29	-29.851,00	15	0	29	0
Bolzano-Bozen	4	-978,00	0	0	4	2.433	0	0
Trento	1	45,00	0	0	1	47	0	0
Veneto	22	-24.532,00	2	-33.609,00	21	-28.833	2	-49.276
Friuli-Venezia Giulia	6	-293,00	3	-307,00	6	2.128	5	202
Liguria	5	-26.540,00	3	-14.691,00	5	-33.850	3	-19.005
Emilia-Romagna	13	-43.572,00	5	-20.594,00	11	-7.408	5	-7.877
Toscana	12	-20.502,00	4	-14.437,00	12	-4.772	4	-6.481
Umbria	4	-2.508,00	2	-7.960,00	4	-1.277	2	-2.919
Marche	14	-13.844,00	4	-26.740,00	14	-12.269	2	-25.119
Lazio	12	-74.567,00	4	-76.504,00	12	-160.998	5	906
Abruzzo	6	-26.124,00	0	0	6	-78.876	0	0
Molise	4	-25.531,00	0	0	4	-28.324	0	0
Campania	13	-137.669,00	8	-27.755,00	13	-148.278	8	-29.533
Puglia	12	-17.618,00	6	-10.498,00	12	-40.450	2	-26.645
Basilicata	5	-6.492,00	2	-4.565,00	5	-7.272	2	-5.171
Calabria	11	-2.142,00	4	158	11	-12.889	3	-10.107
Sicilia	9	-92.382,00	17	-6.925,00	7	54	16	1.048
Sardegna	8	-33.152,00	1	5.777,00	8	-42.152	1	-37.871
Italia	199	-28.277,00	101	-16.700,00	194	-29.654	97	-11.229

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

Tabella 2 - Utile o perdita di esercizio pro capite delle ASL (in Ä) per regione - Anni 2004-2005

Regioni	2004	2005	Δ assoluta
Piemonte	-78,07	-107,77	-29,70
Valle d'Aosta	6,72	12,15	5,43
Lombardia	-49,84	0,00	49,84
Bolzano-Bozen	-8,25	20,28	28,53
Trento	0,09	0,09	0,00
Veneto	-115,53	-128,31	-12,77
Friuli-Venezia Giulia	-1,46	10,58	12,05
Liguria	-83,73	-105,70	-21,97
Emilia-Romagna	-116,45	-19,54	96,91
Toscana	-68,68	-15,87	52,81
Umbria	-11,75	-5,92	5,84
Marche	-128,20	-112,72	15,48
Lazio	-170,84	-365,39	-194,55
Abruzzo	-121,26	-363,40	-242,14
Molise	-317,32	-352,47	-35,15
Campania	-309,92	-332,92	-23,00
Puglia	-52,14	-119,27	-67,12
Basilicata	-54,40	-61,08	-6,68
Calabria	-11,72	-70,65	-58,92
Sicilia	-166,02	0,08	166,09
Sardegna	-161,07	-204,02	-42,95
Italia	-115,41	-119,10	-3,69

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

Grafico 1 - Perdita media o utile medio di esercizio (valore nazionale in milioni di Ä) per tipologia di azienda - Anni 2001-2005

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Anno 2007.

Ä, nel 2002 fra -66,0 e 0,6, nel 2003 fra -80,2 milioni e 0 Ä, nel 2004 fra -76,6 e 5,8 ed infine nel 2005 fra -49,3 e 1 milioni di Ä. Il numero delle AO che presentano deficit superiore alla media nazionale varia da 5 nel 2001 (Campania, Umbria, Veneto, Puglia, Lazio) e nel 2002 (Emilia-Romagna, Campania, Veneto, Puglia, Lazio) a 4 nel 2003 (Puglia, Campania, Veneto, Lazio) per poi risalire a 6 nel 2004 (Emilia-Romagna, Marche, Campania, Lombardia, Veneto, Lazio) e a 7 nel 2005 (Piemonte, Liguria, Marche, Puglia, Campania, Sardegna, Veneto). Le regioni che si presentano con AO in utile sono diverse nel quinquennio sia come

numero che tipologia. Nel 2001 sono mediamente in utile le AO delle regioni Liguria, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia (71 mila, 40 mila e 2,0 milioni di Ä), nel 2002 le AO di Toscana (42 mila Ä), Calabria (89 mila Ä), Piemonte (195 mila Ä) e Friuli-Venezia Giulia (581 mila Ä), nel 2004 quelle di Calabria (158 mila Ä), Piemonte (1,3 milioni di Ä) e Sardegna (5,8 milioni di Ä) e nel 2005 le quelle di Friuli-Venezia Giulia (202 mila Ä), Sicilia (1,0 milione) e Lazio (906 mila Ä). Nel 2003 nessuna regione denuncia un utile medio delle proprie AO. In queste regione con AO in utile, le ASL istituite denunciano generalmente valori negativi come

se vi fosse una eccessiva mobilità passiva verso le aziende ospedaliere.

Anche per le AO il valore medio regionale è oscillante nei cinque anni con le eccezioni di Veneto, Campania e Liguria la cui perdita media è in aumento. In controtendenza al valore medio nazionale, che migliora nel 2004 e 2005, vi sono le AO di regioni come Puglia, Veneto, Campania, Piemonte, Basilicata, Calabria, Sardegna e Liguria che peggiorano la propria posizione contabile.

Raccomandazioni di Osservasalute

Quattro sono i punti di attenzione:

1. il primo è inerente a l'indicatore utilizzato. Nonostante i limiti intrinseci, l'indicatore assume una rilevanza in quanto permette di valutare l'economicità della gestione dell'azienda e traccia un bilancio a livello regionale e nazionale divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria;
2. il secondo punto di attenzione è relativo alle conclusioni che si possono trarre dall'indicatore, soprattutto in un'ottica di confronto. Al fine di chiarire il concetto espresso è sufficiente fare riferimento ai dati aggregati a livello nazionale e articolati per tipologia di Azienda Sanitaria. La constatazione che le ASL presentano un deficit sempre maggiore a quello delle AO nel quinquennio non consente di affermare che le prime sono meno efficienti delle seconde senza effettuare ulteriori analisi e considerare altre variabili come ad esempio la loro diversa modalità di finanziamento;
3. il terzo attiene al sistema informativo da cui vengono tratti i dati per valorizzare l'indicatore (il modello CE "Modello di rilevazione del Conto economico delle Aziende ASL e ASO" approvato con DM 16 febbraio 2001) e riguarda la diversa numerosità della risposta da parte delle ASL e ASO delle regioni e la quali-

tà dell'informazione. Analizzando il quinquennio emerge, ad esempio, che il numero di aziende che hanno compilato il modello non è costante nel tempo. I tre punti sopra trattati convertono sulla necessità di utilizzare l'indicatore proposto e di supportare il flusso informativo sottostante migliorandolo nelle sue parti, in modo che possa rispondere alle esigenze delle aziende, della regione e del ministero e potenziarne l'utilizzo al fine di perfezionare la qualità e l'attendibilità dei dati;

4. il quarto punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati di esercizio emersi. Le norme di riordino del sistema sanitario italiano hanno posto il vincolo del pareggio di bilancio alle Aziende Sanitarie e per supportare il suo rispetto hanno attribuito autonomia alle aziende e creato una competizione regolata fra di esse.

La logica delle norme era di promuovere l'efficienza aziendale intesa come condizione necessaria al raggiungimento delle finalità proprie delle aziende e assicurare l'equilibrio economico dei servizi sanitari.

I risultati non sembrano essere quelli voluti e le cause sono probabilmente da ricercarsi negli stessi elementi che dovevano supportarne il conseguimento e che non hanno acquisito le connotazioni sperate, per cui si è verificata: a) scarsa competizione, spesso mortificata dalle modalità di finanziamento adottate dalle regioni; b) autonomia aziendale che non si è tradotta in provvedimenti di programmazione e in iniziative di riorganizzazione, opportuni per il miglioramento dell'uso delle risorse; c) interpretazione del pareggio di bilancio come variabile dipendente dal solo finanziamento. Sembrerebbe quindi necessario, a contesto normativo invariato, investire maggiormente in azioni capaci di supportare e governare l'economicità delle aziende e del sistema, e rimodulare e ridefinire nel suo ammontare il finanziamento per meglio fronteggiare i bisogni di salute.

Rating

Significato. Il *rating* è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito.

Il *rating* fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli enti emittenti un titolo di debito e riveste una grande importanza per tutti quegli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito. Avere un *rating* assegnato da una agenzia internazionale facilita per gli emittenti il processo di fissazione del prezzo e di collocamento dei titoli emessi. Per questi motivi, i soggetti che desiderano collocare titoli sui mercati finanziari internazionali sono indotti a richiedere una valutazione del loro merito di credito alle agenzie di *rating*, soggetti indipendenti, che basano la loro credibilità sull'affidabilità delle loro analisi e dei loro giudizi. Nel processo di *rating* intervengono il soggetto valutato e la struttura operativa dell'Agenzia (team di analisti preposti ai rapporti con il soggetto valutato, all'analisi e alla valutazione di *rating*).

Il soggetto valutato si impegna a fornire all'Agenzia tutta la documentazione e le informazioni necessarie per l'attribuzione del *rating*. La richiesta di *rating* comporta l'impegno ad accettare il successivo monitoraggio per un periodo prestabilito. L'Agenzia effettua la valutazione secondo le proprie procedure interne e assegna il *rating*.

Questo viene comunicato al soggetto valutato unitamente ad una nota sintetica circa le motivazioni alla base del *rating* assegnato.

Una volta pubblicato il rapporto scatta l'obbligo per l'Agenzia di attuare il monitoraggio successivo per l'aggiornamento periodico del *rating* e l'obbligo per il soggetto valutato di segnalare i fatti rilevanti che si manifestano successivamente, affinché l'Agenzia possa valutare se mettere sotto osservazione ed eventualmente modificare il *rating*.

Formola. La scala internazionale che esprime il giudizio sintetico di *rating* è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. In particolare la lettera A ripetuta tre volte esprime il massimo giudizio astrattamente attribuibile ad un ope-

ratore economico ed è quindi espressione della massima qualità creditizia, mentre la lettera C ripetuta tre volte esprime l'esistenza di una considerevole incertezza rispetto al pagamento puntuale dei debiti.

Le agenzie definiscono una graduatoria, diversa per le obbligazioni a breve e a lungo termine, in funzione del grado di solvibilità dell'emittente. Questa graduatoria prevede, per il debito a lungo termine, un massimo di affidabilità AAA (assenza di rischio), sotto tale livello, e anche per ciascuna delle categorie successive (B e C), sono previste sottoclassificazioni in tre gradi diversi (ad es. AAA è seguita da AA e da A) e all'interno di tali sottoclassificazioni sono previste tre ulteriori distinzioni (ad es., la sottocategoria AA è divisa, in ordine discendente, in AA1, AA2, AA3).

I *rating* indicati con la doppia AA, che possono anche essere accompagnati dai segni + (più) o - (meno), vengono così interpretati: "Alta qualità creditizia. I fattori di protezione sono forti. Il rischio è modesto ma può variare leggermente nel tempo a seconda della congiuntura economica". È da osservare inoltre che i *rating* attualmente assegnati vengono definiti internazionali in quanto, con l'introduzione dell'Euro e la contestuale trasformazione della Lira in decimale dell'Euro, non vengono più assegnati *rating* "domestici". La valutazione quindi è valida rispetto a tutti i debiti finanziari denominati in ogni valuta, Euro incluso.

La scala di *rating* non viene utilizzata nella sua completezza in quanto ad ogni operatore non può essere assegnato un *rating* superiore a quello attribuito allo Stato di appartenenza (*national sovereign ceiling*). Così, agli operatori italiani non può essere assegnato un *rating* superiore ad AA-, assegnato all'Italia (*Fitch*).

Mentre l'assegnazione del *rating* ad uno stato sovrano dipende essenzialmente dalla valutazione di due aree di rischio quello politico e quello economico, la valutazione per l'assegnazione del *rating* ad un ente locale (come le regioni) si basa su quattro aree di analisi:

- il sistema politico ed amministrativo dello stato di appartenenza;
- la struttura politico-amministrativa dell'ente;
- la struttura socio-economica del territorio;
- i flussi finanziari e la situazione debitoria dell'ente (struttura entrate ed uscite, situazione creditizia, liquidità, composizione e trend revisionali dell'indebitamento).

Parametro misurato

Rating assegnato dalle tre principali agenzie internazionali alla Repubblica Italiana e alle regioni italiane. Variazione del rating assegnato alle regioni italiane dalle tre principali agenzie di Rating nell'arco di 12 mesi (Luglio '06 – Luglio '07)

Validità e limiti. La validità dell'indicatore di *rating* è essenzialmente legata alla robustezza del metodo utilizzato dall'agenzia che lo propone e quindi le sue caratteristiche e la sua reputazione sono fondamentali elementi per la validità del *rating* stesso.

Le principali agenzie di *rating* sono una decina e sono dislocate soprattutto negli Stati Uniti e in Giappone. Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Ratings (Rapporto Osservasalute 2005, pagg. 238-239) che forniscono una gamma completa di valutazione, differenziata sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Valore di riferimento/Benchmark. L'unico benchmark che è possibile considerare è quello assegnato all'Italia ovvero A+ (S&P), in quanto massimo "teorico" raggiungibile da parte degli enti locali e quindi della singola regione.

Descrizione dei risultati

Anche per quest'anno tutte le regioni si sono viste assegnare un *rating* da almeno una delle agenzie considerate. Solo le regioni Lazio, Lombardia e Sicilia hanno *rating* assegnati da tutte e tre le agenzie. L'analisi dei *rating* assegnati alle regioni mostra in primo luogo un chiaro gradiente Nord-Sud. I migliori

rating, infatti, sono assegnati alle regioni del Nord. Fanno eccezione in positivo le regioni Sardegna e Basilicata che hanno *rating* assegnati in linea con quelli assegnati alla Repubblica Italiana. Come ormai da diversi anni alcune regioni hanno *rating* assegnati superiori al *national sovereign ceiling* (Repubblica Italiana AA-; Aa2; A+): le PA di Bolzano e Trento hanno una tripla A da Fitch e Moody's e il Friuli-Venezia Giulia ha una doppia A da Fitch superiore all'AA- assegnato alla Repubblica Italiana. Relativamente alle variazioni nel periodo sotto osservazione (luglio 2006–luglio 2007), queste sono avvenute in due fasi successive: le prime nel periodo luglio 2006 e ottobre 2006 e le seconde tra ottobre 2006 e luglio 2007. Nel primo periodo le variazioni sono tutte in peggioramento e coinvolgono le regioni Lombardia, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Questo fenomeno è anche dovuto all'effetto di trascinamento del peggioramento del *rating* assegnato alla Repubblica Italiana nello stesso periodo. Tra ottobre e luglio abbiamo variazioni in positivo per le PA di Bolzano e Trento, Puglia, Calabria, Sardegna e Basilicata. Le variazioni peggiorative riguardano Lazio e Abruzzo, regioni gravate da forti deficit e alle prese con difficili piani di rientro.

Tabella 1 - Rating assegnati ad enti territoriali italiani per regione - 06 Luglio 2007

Regioni	Fitch	Moody's	S&P
Piemonte	AA-	Aa3	-
Valle d'Aosta	-	-	A+
Lombardia	AA-	Aa1	A+
Bolzano-Bozen	AAA	Aaa	-
Trento	AAA	Aaa	-
Veneto	-	Aa2	-
Friuli-Venezia Giulia	AA	-	A+
Liguria	-	Aa3	A+
Emilia-Romagna	-	Aa2	A+
Toscana	-	Aa2	A+
Umbria	-	Aa3	A+
Marche	-	Aa3	A+
Lazio	A	A2	BBB
Abruzzo	-	A2	-
Molise	-	A2	-
Campania	-	A3	A-
Puglia	-	A1	-
Basilicata	-	Aa3	-
Calabria	A+	A1	-
Sicilia	A-	A1	A+
Sardegna	AA-	A1	-
Repubblica Italiana	AA-	Aa2	A+

Fonte dei dati e anno di riferimento: DEXIA, Crediop. Luglio 2007.

Tabella 2 - *Variazioni rating - Luglio 2006-Luglio 2007*

Agenzie di rating	Variazioni Luglio-Ottobre 2006	Variazioni Ottobre 2006-Luglio 2007
Fitch	Lombardia (da AA a AA-)	<i>Bolzano-Trento (da AA+ a AAA)</i>
Moody's		<i>Bolzano-Trento (da Aa1 a Aaa)</i> Lazio-Abruzzo (da A1 a A2) Puglia-Calabria-Sardegna (da A2 a A1) Basilicata (da A1 a Aa3)
S&P	Valle d'Aosta-Lombardia- Friuli Venezia Giulia- Liguria-Emilia Romagna- Toscana-Umbria-Marche (da AA- ad A+)	Lazio (da A- a BBB) Abruzzo (da A a -)

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni dati DEXIA, Crediop. Luglio 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il *rating* è certamente un indicatore indiretto della salute del sistema sanitario della regione. Certamente però sta ad indicare lo stato di salute del sistema amministrativo e l'equilibrio economico finanziario di una regione. Il giudizio, almeno per quanto riguarda gli enti locali, non sembrerebbe inficiato da manovre tattiche che invece potrebbero interessare altri comparti (vedi le banche) e delle quali si è avuta recente testimonianza (es. caso dei mutui americani). In sostanza il *rating* effettivamente esprime la capaci-

tà di "credito" di una regione e indica la sua stabilità e solidità finanziaria. Le regioni, quindi, nell'impostazione delle proprie politiche sanitarie non possono prescindere dal porre attenzione su quelle variabili che vengono considerate nel processo di assegnazione del *rating*. D'altronde la loro capacità di presentarsi sui mercati finanziari con successo dipende molto da questi indicatori.

Riferimenti bibliografici

(1) Elaborazioni su dati DEXIA, Crediop, Luglio 2007; Agenzie di *rating* e Ministero dell'Economia.

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

Significato. Come nel Rapporto Osservasalute del 2007, anche in questa edizione si affrontano in modo congiunto due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e, poi, rispetto alla popolazione media residente nella singola regione. L'intento è quello di

fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali, misurata in relazione ai diversi contesti di riferimento sotto il profilo sia socio-economico che demografico.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL

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

Spesa sanitaria in rapporto al PIL

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

Il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e il PIL indica la quota di risorse che la regione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della

popolazione rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento. Quindi, l'indicatore misura il peso economico per la produzione e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi aggiuntivi che la regione vuole garantire ai suoi cittadini ed esprime la sua propensione a spendere per l'assistenza sanitaria in relazione alle proprie risorse in termini di reddito.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie disponibili in media per ogni individuo di una regione per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento. In tal senso dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia per gli altri servizi che la regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria in relazione al PIL ha il pregio di essere l'indicatore più utilizzato nei confronti internazionali e capace di dare una indicazione della quota di risorse, prodotte nel corso di un anno, destinate all'assistenza sanitaria di ciascuna realtà.

Si tratta di un indicatore grezzo che non consente di trarre alcune indicazioni di politica sanitaria né di misurare il grado di benessere della collettività e, a causa della presenza di meccanismi di natura perequativa, non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla Sanità Pubblica, in quan-

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

Infine, nella lettura dell'indicatore non va dimenticato che per l'attuale sistema di finanziamento del sistema sanitario una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da

trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni. Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la regione si assumerebbe se si assumesse in toto l'onere del finanziamento.

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

Per contro tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni, dovuto prevalentemente alla diversa composizione della popolazione per età, sesso e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani, e quindi con minori bisogni, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite 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 maggior contributo allo stato di salute della popolazione. Infine, l'indicatore esprime la spesa per ciascun cittadino in termini monetari e, quindi, risente del diverso livello dei prezzi nei diversi ambienti territoriali.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali.

Descrizione dei risultati

Il valore del primo indicatore nel 2005 (Tabella 1), mostra delle variazioni regionali significative, oscillando da un minimo di 4,85% della Lombardia ad un massimo di 11,24% del Molise, registrando così un divario che supera i 6 punti percentuali. Si osserva un gradiente Nord-Sud con il Nord che denuncia una percentuale della spesa sanitaria pubblica media rispetto al PIL pari al 5,48%, il Centro pari a 6,44% e il Mezzogiorno (Sud ed Isole) pari al 9,66%. In particolare, le regioni Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, PA di Trento, Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia spendono per l'assistenza sanitaria meno del 6% del reddito prodotto internamente, mentre regioni come Puglia, Calabria, Sicilia, Campania e Molise più del 9%. La graduatoria è invariata anche se si analizzano i dati del 2004. Rispetto al 2004, nel 2005 tutte le regioni registrano un incremento del valore dell'indicatore con le sole eccezioni del Friuli-Venezia Giulia e della PA di Bolzano che registrano un decremento rispettivamente del 3,56% e 3,60%. Il tasso di incremento della spesa sanitaria sul PIL delle altre regioni oscilla da un valore minimo di 0,32% della Valle d'Aosta ad un massimo di 20,02% del Molise.

Rispetto al 2000, nel 2005 tutte le regioni registrano un incremento del valore dell'indicatore con delle variazioni regionali che oscillano da un minimo del 4,84% della Calabria ad un massimo del 46,22% del Molise.

Volendo calcolare il tasso di crescita medio del rapporto per ciascuna regione fra il 2000 e il 2005, a prescindere da quelle che siano state le effettive oscillazioni nell'arco di tempo considerato, emerge quanto indicato nella Tabella 1. Il tasso di crescita composto si presenta con valori diversi a seconda delle regioni e delinea una curva crescente che registra il suo punto di inizio nella Calabria (meno dell'1% all'anno) ed il suo apice nel Molise (7,89% all'anno). Delle 19 regioni rimaste, 2 denunciano un tasso di crescita inferiore al 2% (Marche e Valle d'Aosta), 7 si presentano con valori che si collocano nel range 2%-3% (Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Umbria, Puglia, Sardegna e Toscana), 5 nel range 3%-4% (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, PA di Trento e Basilicata), 2 nel range 4%-5% (Campania e PA di Bolzano) e 3 nel range 5%-6% (Lazio, Sicilia e Abruzzo).

A livello nazionale il tasso di crescita composto è del 3,4% in parte spiegabile con il tasso di inflazione reale del periodo 2000-2005.

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite 2007 mostra che, generalmente le regioni meridionali, con l'eccezione di Abruzzo e Molise, mettono a disposizione un ammontare di risorse monetarie inferiore rispetto alle regioni del Nord (fatte salve la Lombardia e il Veneto) ed anche alla media nazionale. Nel Centro si assiste ad una maggiore dispersione dei valori pro capite. Nell'ultimo anno disponibile la spesa per cittadino oscilla da un minimo, registrato in Calabria di 1.581€ ad un massimo di 2.202€ nella PA di Bolzano, con una differenza di 621€ e con un valore medio nazionale di 1.731€.

In 5 regioni i cittadini hanno a disposizione più di 1.900€ (PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Lazio, Molise, Liguria), mentre 8 regioni spendono meno di 1.700€ a persona (Lombardia, Marche, Campania, Sicilia, Puglia, Basilicata, Sardegna e Calabria).

La situazione non si modifica se si analizzano i dati del 2006. Due sole le variazioni significative. La prima è la differenza che si registra fra la PA di Bolzano, che ha la spesa pro capite più bassa e la Calabria, che ha la più alta che è pari a 640€. Ciò significa che nel tempo il range di variabilità delle quote pro capite tende a ridursi (in un anno del 3% circa). La seconda è la riduzione della quota pro capite del Lazio (93€) e della Sicilia (46€) a fronte di un trend crescente di tutte le altre regioni.

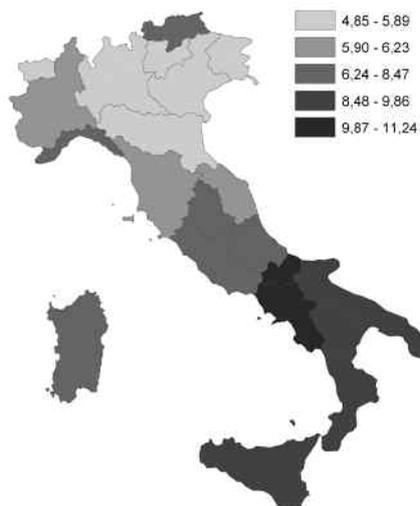
Rispetto al 2001, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è cresciuta del 32,44%. A tale valore medio hanno concorso i singoli valori regionali che segnano una curva che origina con un valore del 23,61% nella PA di Trento e termina con il valore di 42,39% in Molise.

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100, variazioni percentuali e tassi medi composti annui) per regione - Anni 2000, 2004, 2005

Regioni	2000	2004	2005	Δ % 2004-2005	Δ % 2000-2005	Tassi medi composti annui % 2000-2005
Piemonte	5,26	5,96	6,18	3,64	17,47	3,27
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,33	5,72	5,74	0,32	7,65	1,49
Lombardia	4,27	4,68	4,85	3,75	13,58	2,58
Bolzano-Bozen	5,28	6,75	6,50	-3,60	23,20	4,26
Trento	4,64	5,54	5,57	0,59	20,17	3,74
Veneto	4,88	5,18	5,44	5,01	11,54	2,21
Friuli-Venezia Giulia	5,31	6,10	5,89	-3,56	10,79	2,07
Liguria	6,32	7,11	7,44	4,68	17,75	3,32
Emilia-Romagna	4,59	5,42	5,48	1,08	19,28	3,59
Toscana	5,24	5,94	6,00	1,05	14,53	2,75
Umbria	6,13	6,89	6,98	1,33	13,89	2,64
Marche	5,84	6,11	6,23	1,98	6,57	1,28
Lazio	5,24	6,29	6,69	6,28	27,72	5,01
Abruzzo	6,38	7,99	8,40	5,10	31,74	5,67
Molise	7,69	9,36	11,24	20,02	46,22	7,89
Campania	8,64	10,00	10,53	5,32	21,83	4,03
Puglia	8,23	8,73	9,39	7,50	14,05	2,66
Basilicata	7,33	8,45	8,89	5,11	21,17	3,91
Calabria	8,97	8,77	9,40	7,15	4,84	0,95
Sicilia	7,56	9,58	9,86	2,94	30,50	5,47
Sardegna	7,42	8,20	8,47	3,27	14,18	2,69
Italia	5,66	6,43	6,69	4,05	18,19	3,40

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2008.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) per regione. Anno 2005



Volendo calcolare il tasso di crescita medio annuo del rapporto per ciascuna regione fra il 2001 e il 2007, a prescindere da quelle che siano state le effettive oscillazioni nell'arco di tempo considerato, emerge quanto indicato nella Tabella 2. Il tasso di crescita composto si presenta con valori diversi a seconda delle regioni e delinea una curva crescente che registra il suo punto di inizio nella PA di Trento (pari al 3,60% all'anno) ed il suo apice nel Molise (6,07% all'anno). Delle 19 regioni rimaste, 1 denuncia un tasso di crescita inferiore al 4% (Marche), 12 si presentano con valori che si collocano nel range 4%-5% (Sardegna, Toscana, Calabria, Veneto, Umbria, Lombardia, Emilia-Romagna, Abruzzo, Liguria, PA di Bolzano, Sicilia e Piemonte), 6 nel range 5%-6% (Friuli-Venezia Giulia, Campania, Valle d'Aosta, Puglia, Lazio e Basilicata). A livello nazionale il tasso di crescita composto è del 4,79%; a tale valore medio 9 regioni, variamente distribuite sul territorio italiano, hanno contribuito con percentuali di crescita maggiori e 12 con percentuali inferiori.

L'indicatore "spesa sanitaria pubblica pro capite" di cui abbiamo commentato i valori, per come è costruito, certamente non tiene conto del differente livello di bisogno di assistenza sanitaria nelle diverse regioni dovuto alla diversa composizione per sesso, età ed altre variabili epidemiologiche. A parità di spesa pro capite le regioni che hanno una popolazione giovane sono avvantaggiate rispetto a quelle che si presentano con un elevato numero di anziani. Per tener conto del *bias* che può derivare dal rapportare la spesa alla popolazione grezza si è provato a ricalcolare per il 2006 e 2007 l'indicatore ponendo al denominatore la

popolazione pesata. I pesi sono stati ricavati partendo dai valori del fabbisogno sanitario di ciascuna regione dichiarato dal CIPE ed assumendo che a parità di popolazione grezza le regioni a cui è assegnato un fabbisogno monetario più consistente hanno un profilo demografico ed epidemiologico che richiede maggiore assistenza sanitaria. I pesi sono stati ricavati partendo dai valori del fabbisogno sanitario di ciascuna regione dichiarato dal CIPE ed assumendo che a parità di popolazione grezza le regioni a cui è assegnato un fabbisogno monetario più consistente hanno un profilo demografico ed epidemiologico che richiede maggiore assistenza sanitaria.

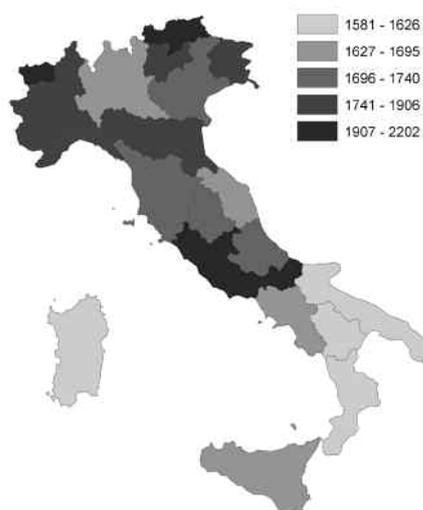
I risultati che ne derivano sono illustrati in Tabella 3; questi evidenziano una maggiore dispersione dei valori pro capite che, nel 2007, registrano un minimo in Calabria con 1.564€ ed un massimo nella PA di Bolzano con 2.226€, determinando un gap di 662€, in altre parole il 38% dell'ammontare medio di spesa pro capite italiano. Tale dispersione del 2007 segna un miglioramento rispetto al 2006 quando il *gap* era di 703€, pari al 42% del valore medio nazionale. I valori sono prevalentemente concentrati intorno ai 1.600 e 1.700€ a persona.

Rispetto al valore medio nazionale e per l'intero biennio, l'indicatore non mostra un gradiente Nord-Sud, non evidenzia una diversa predisposizione alla spesa sanitaria da parte delle regioni, né un valore maggiore nelle regioni più piccole come Umbria, Basilicata, PA di Trento e Bolzano e Valle d'Aosta che hanno una popolazione inferiore al milione e che potrebbero sostenere costi fissi strutturali ed amministrativi che gravano di più rispetto alle dimensioni regionali.

Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€, variazione percentuale e tassi medi composti annui) per regione - Anni 2001, 2006, 2007

Regioni	2001	2006	2007	Δ % 2001-2007	Tassi medi composti annui % 2001-2007
Piemonte	1.332	1.720	1.784	33,93	4,99
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.480	1.987	1.989	34,39	5,05
Lombardia	1.295	1.627	1.695	30,89	4,59
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.668</i>	<i>2.128</i>	<i>2.202</i>	<i>32,01</i>	<i>4,74</i>
<i>Trento</i>	<i>1.508</i>	<i>1.800</i>	<i>1.864</i>	<i>23,61</i>	<i>3,60</i>
Veneto	1.331	1.668	1.715	28,85	4,32
Friuli-Venezia Giulia	1.335	1.644	1.791	34,16	5,02
Liguria	1.444	1.846	1.906	31,99	4,74
Emilia-Romagna	1.376	1.754	1.811	31,61	4,68
Toscana	1.357	1.718	1.740	28,22	4,23
Umbria	1.326	1.696	1.715	29,34	4,38
Marche	1.323	1.607	1.654	25,02	3,79
Lazio	1.394	2.024	1.931	38,52	5,58
Abruzzo	1.316	1.698	1.737	31,99	4,73
Molise	1.347	1.835	1.918	42,39	6,07
Campania	1.231	1.590	1.654	34,36	5,05
Puglia	1.188	1.537	1.626	36,87	5,37
Basilicata	1.163	1.535	1.625	39,72	5,73
Calabria	1.231	1.488	1.581	28,43	4,26
Sicilia	1.230	1.685	1.639	33,25	4,90
Sardegna	1.265	1.595	1.605	26,88	4,05
Italia	1.307	1.692	1.731	32,44	4,79

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anni 2005-2008.

Spesa sanitaria pubblica pro capite (€) per regione. Anno 2007**Tabella 3** - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€) pesata per regione - Anni 2006-2007

Regioni	2006	2007
Piemonte	1.673	1.726
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.974	1.960
Lombardia	1.635	1.718
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2.199</i>	<i>2.226</i>
<i>Trento</i>	<i>1.817</i>	<i>1.895</i>
Veneto	1.674	1.746
Friuli-Venezia Giulia	1.594	1.719
Liguria	1.750	1.697
Emilia-Romagna	1.713	1.760
Toscana	1.665	1.674
Umbria	1.653	1.653
Marche	1.573	1.614
Lazio	2.066	1.998
Abruzzo	1.677	1.736
Molise	1.786	1.865
Campania	1.646	1.709
Puglia	1.564	1.647
Basilicata	1.521	1.575
Calabria	1.496	1.564
Sicilia	1.707	1.683
Sardegna	1.613	1.611
Italia	1.692	1.731

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese - Delibera CIPE - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Rispetto al primo indicatore, cioè spesa sanitaria regionale rispetto al PIL della stessa realtà geografica, due sono i punti di attenzione. Il primo è inerente l'indicatore utilizzato. Nonostante i limiti intrinseci, l'indicatore assume una rilevanza in quanto 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 rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria e del suo andamento.

Il secondo punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati emersi.

Gli studi internazionali dimostrano che esiste una correlazione statistica significativa e stabile nel tempo fra la spesa sanitaria in un dato Paese e lo sviluppo economico misurato dal PIL, ma non forniscono altrettanta evidenza per la relazione fra spesa sanitaria pubblica e PIL né indicazioni sulla percentuale "giusta" della spesa sanitaria. Inoltre, le più recenti analisi e commenti indicano che non esiste correlazione tra il controllo pubblico della spesa ed il livello di soddisfazione dei cittadini rispetto all'assistenza sanitaria, né quello fra la spesa sanitaria pubblica e lo stato di salute della collettività. Tali considerazioni unite ai risultati raggiunti nell'ambito delle regioni inducono ad un'unica raccomandazione che consiste nell'identificare una via comune nell'ambito delle scelte strategi-

che e delle modalità di gestione dei Servizi Sanitari Regionali per ridurre le differenze che permangono nel tempo. Tali differenze parrebbero ingiustificate in un sistema sanitario come quello italiano in cui le regioni, anche se in virtù del federalismo potrebbero procedere all'allocazione della spesa fra i diversi comparti seguendo criteri diversi dalla semplice disponibilità economica (per cui non necessariamente regioni più ricche destinano all'assistenza sanitaria risorse maggiori), devono pur sempre operare nel rispetto dei LEA e, quindi, quote di spesa sul PIL troppo diverse possono essere dimostrazione di inefficienze gestionali o cattivi e insufficienti investimenti.

In merito al secondo indicatore, dalla lettura dei dati non sembra emergere una tendenza alla riduzione del *gap* fra le varie regioni, differenze che non solo permangono, ma paiono acuirsi se si prova a tenere conto dei diversi bisogni della popolazione di riferimento. Al di là del diverso grado di efficienza con cui le regioni erogano le prestazioni sanitarie ciò sembrerebbe spingere alla conclusione che le diverse regioni destinano somme pro capite diverse per l'assistenza sanitaria dei propri cittadini e che, quindi, siano orientate a politiche sanitarie non omogenee. In prospettiva di un ampliamento delle autonomie regionali in materia sanitaria e fiscale la via di un accordo a livello nazionale e interregionale sulle politiche e scelte strategiche dei sistemi regionali potrebbe rappresentare un impegno da assumere al fine di evitare che nel futuro le differenze fra le diverse regioni si amplino.

Spesa sanitaria per Livelli Essenziali di Assistenza

Significato. Con l'Accordo Stato-Regioni, sottoscritto in data 22 novembre 2001, sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione alla spesa, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. L'Accordo è stato trasformato in DPCM il 29 novembre del 2001 attualmente in corso di aggiornamento. Il 12 Dicembre dello stesso anno è stato emanato un Decreto del Ministero della Salute contenente gli indicatori per il monitoraggio del rispetto dei LEA. Le Regioni, in base all'Accordo sottoscritto, devono garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e provvedere con finanziamenti regionali aggiuntivi alle eventuali ulteriori prestazioni non incluse tra quelle essenziali. Il Ministero, dal canto suo, si fa garante nei confronti dei cittadini affinché il diritto alla tutela della salute (nell'ambito dei LEA) sia rispettato e vigila sull'effettiva applicazione del provvedimento. L'insieme delle prestazioni che le Regioni si impegnano ad assicurare si riferiscono a tre macroaree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzio-

ne rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);

- l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in Day Hospital e Day Surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via. Alcune prestazioni sono escluse totalmente, altre solo parzialmente. Entrambe sono contenute in tre elenchi allegati al DPCM 12 Dicembre 2001.

Percentuale di spesa per Livelli Essenziali di Assistenza

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica per Livelli Essenziali di Assistenza}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica totale}} \times 100$$

Validità e limiti. La validità dell'indicatore risiede nella capacità di fornire una indicazione di come si ripartisce la spesa sui tre livelli di assistenza previsti dal DPCM del 2001 e, quindi, come il SSN e le singole realtà regionali allocano le loro risorse nell'assistenza ai loro cittadini.

Il limite fondamentale risiede nel fatto che è un indice sintetico che esprime la spesa per livello nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse componenti in cui si articola che possono giocare con peso diverso.

Inoltre, indicando la spesa complessiva dei servizi sanitari erogati nei diversi livelli non palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle diverse regioni, né rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate. Infine, essendo espresso in termini monetari, riflette il diverso livello dei prezzi praticati nelle diverse regioni e, quindi, non misura la reale quota di risorse destinate alla erogazione delle prestazioni sanitarie.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark per i valori di spesa per ciascun LEA è quello contenuto

nell'Intesa Stato-Regione del 12 febbraio 2004, poi recepito nella Deliberazione del 24/9/2004 del CIPE, avente per oggetto la ripartizione della quota di parte corrente.

Descrizione dei risultati

La ripartizione dei costi per Livelli Essenziali di Assistenza è relativa all'anno 2004 ed è rappresentata nella Tabella 1. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 47,9% dei costi totali e quello dell'assistenza distrettuale (il 48,1% dei costi totali): all'interno del quale il 25,2% è assorbito dalla specialistica e il 14,4% dalla farmaceutica. Infine, la quota residua di quasi il 4% dei costi totali è rivolta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. La tendenza a destinare maggiori risorse all'assistenza ospedaliera rispetto all'assistenza distrettuale non è in linea con i valori di benchmark che sono rispettivamente pari a 45% e 50%. Analogamente i valori del I livello che dovrebbe posizionarsi sul 5%.

La regione che dedica la minor quota di risorse al I livello di assistenza è la Sicilia (2,59%), mentre quel-

la che spende di più per tale assistenza è la Valle d'Aosta (5,81%). Per l'assistenza distrettuale la quota minima si registra in Calabria (45,1%), mentre la percentuale maggiore in Sicilia (51,2%). Infine, il livello di assistenza ospedaliera denuncia la quota più bassa in Valle d'Aosta (45,4%) e la più alta in Friuli-Venezia Giulia (50,8%).

Relativamente ai 3 livelli non si registra un gradiente Nord-Centro-Sud, non si evidenzia una diversa predisposizione alla spesa sanitaria da parte delle regioni, mentre si nota un valore maggiore della quota destinata al livello di assistenza ospedaliera nelle regioni più piccole come Umbria, Basilicata, PA di Trento e Bolzano e Valle d'Aosta che hanno una popolazione inferiore al milione di abitanti.

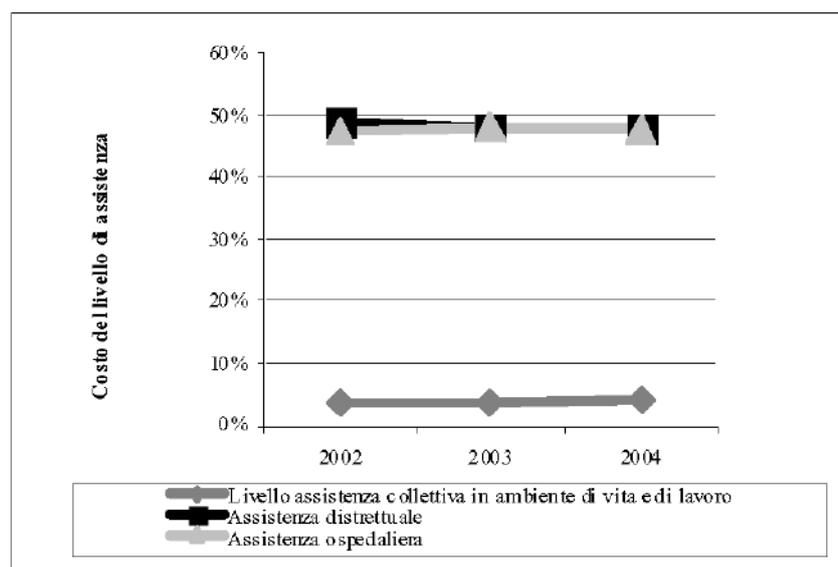
Allargando l'orizzonte di analisi al biennio preceden-

te, 2002 e 2003, e come illustra il Grafico 1, è possibile individuare un trend di incremento della quota destinata all'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (7,3% fra il 2002 e il 2004), mentre si registra una riduzione delle risorse destinate all'assistenza distrettuale (-1,43% nel biennio) a fronte di un incremento della quota ospedaliera dell'1% circa. Ciò a dimostrazione del fatto che non si è ancora attuato quanto previsto nei piani sanitari e dalle altre norme regionali che prevedono uno spostamento delle attività e, quindi, delle risorse necessarie, verso il territorio piuttosto che verso l'ospedale. A tale proposito è sufficiente ricordare che l'ultimo Piano Sanitario Nazionale prevede che al I livello sia destinata una quota di spesa pari al 5%, al II livello del 51% e al III livello del 44%.

Tabella 1 - Costi (per 100) per regione e macrolivelli di assistenza - Anno 2004

Regioni	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
Piemonte	4,38	46,8	48,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,81	48,8	45,4
Lombardia	4,10	48,8	47,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>4,18</i>	<i>47,6</i>	<i>48,2</i>
<i>Trento</i>	<i>3,37</i>	<i>49,2</i>	<i>47,4</i>
Veneto	3,83	46,9	49,2
Friuli-Venezia Giulia	2,90	46,3	50,8
Liguria	3,14	47,5	49,3
Emilia-Romagna	4,31	48,6	47,1
Toscana	4,61	49,4	45,9
Umbria	4,59	46,2	49,3
Marche	3,80	49,3	46,9
Lazio	3,49	49,4	47,1
Abruzzo	4,29	46,4	49,3
Molise	5,39	45,6	49,0
Campania	4,59	45,9	49,5
Puglia	3,32	48,1	48,6
Basilicata	5,54	46,4	48,0
Calabria	4,83	45,1	50,1
Sicilia	2,59	51,2	46,3
Sardegna	4,99	48,7	46,3
Italia	3,97	48,1	47,9

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2004. Anno 2007.

Grafico 1 - Costo (per 100) per macrolivelli di assistenza - Anni 2002-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2004. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

La raccomandazione che pare ragionevole avanzare deriva da una duplice constatazione.

La prima è l'ampia variabilità nella distribuzione dei fondi per macrolivello di assistenza nelle diverse regioni. Se in parte questa variabilità può essere considerata "fisiologica" in quanto legata a diverse esigenze assistenziali e a diversi quadri epidemiologici, certamente è spiegata anche da differenze strutturali che denotano in alcune regioni una sovrabbondanza di servizi ospedalieri rispetto a quello che il quadro epidemiologico e le moderne pratiche dell'assistenza (ad esempio relati-

vamente alle patologie croniche) suggerirebbero; così come è giustificata dall'assenza della volontà di intraprendere adeguate politiche di prevenzione.

La seconda è il *gap* ancora esistente fra i valori delle quote per ciascun livello definite dalle diverse disposizioni normative e quelle che si rilevano dalle realtà regionali e nazionale.

Pertanto, appare ragionevole investire sullo sviluppo delle competenze da dedicare all'analisi del fabbisogno per giungere ad una più appropriata politica di allocazione delle risorse nell'ambito del sistema.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore misura l'entità dei disavanzi, in termini pro capite, dei 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 nella dinamica di ricavi e costi e, quindi, problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, circoscritti, però, ad alcune regioni, sono invece probabile sintomo di difficoltà gestionali.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi - Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce una informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria del SSR. Valori elevati e tassi di incremento superiori alla media segnalano difficoltà specifiche 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 dispongono di sistemi contabili pienamente adeguati. Per la sua natura "politicalmente sensibile", inoltre, il dato si rivela talvolta lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio, rendendone di fatto difficile l'interpretazione: anche per questo motivo la Legge Finanziaria 2006, tra le misure di controllo contabile (comma 291), ha previsto la certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie. Le regole e le prassi di redazione dei conti economici consolidati dei SSR, infine, presentano alcuni rilevanti limiti di significatività (1). 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. L'omissione degli ammortamenti, peraltro, comporta una sistematica sottostima dei disavanzi. Per la sua natura aggregata, inoltre, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso. Ancora, per depurare l'analisi da situazioni contingenti e limitare l'impatto delle politiche di bilancio è opportuno fare prevalente riferimento a dati medi pluriennali (anche la Corte dei Conti sembra adottare questo approccio

Accogliendo l'impostazione proposta dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP), le voci di ricavo e costo sono comprensive della mobilità interregionale, ma escludono costi capitalizzati, rivalutazioni di attività finanziarie, ammortamenti, svalutazioni di crediti, svalutazioni di attività finanziarie. Restano, inoltre, esclusi i parziali ripiani operati a partire dalla legge finanziaria 2005.

nella sua Relazione Annuale 2006, dove calcola un disavanzo medio quadriennale per gli anni dal 2002 al 2005). Con particolare riferimento alle regioni o province a statuto speciale, infine, le fonti di finanziamento sono differenti da quelle delle altre regioni, a dinamica differenziata e senza componenti perequative; la lettura dei dati ad esse relativi va, dunque, effettuata con ulteriore cautela.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark sarebbe il pareggio di bilancio, ma per operare un'analisi differenziata tra le regioni si è costretti a utilizzare come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

A partire dal 2004, il disavanzo pro capite si è progressivamente ridotto: a livello medio nazionale si è assistito a un dimezzamento (da 110€ nel 2004 a 54€ nel 2007); a livello regionale solo in Molise, Puglia, Valle d'Aosta e Abruzzo il disavanzo pro capite del 2007 è superiore a quello del 2004.

Cumulando i disavanzi dal 2001 ad oggi, spiccano le situazioni di Lazio, Molise e Campania, con disavanzi aggregati pro capite superiori a 1.000€. Queste regioni, tra l'altro, sono quelle che hanno fatto registrare i disavanzi più elevati anche negli esercizi 2006 (unitamente alla Sicilia) e 2007, segno di difficoltà persistente nella ricerca della sostenibilità economico-finanziaria. Specularmente, vi sono ben 8 regioni (tutte situate al Centro-Nord) che hanno conseguito il pareggio di bilancio, di cui 4 (Lombardia, PA di Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia) hanno confermato un risultato già conseguito nel 2006, mentre altre 4 (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche) vi sono giunte per la prima volta nel 2007.

Nel confronto con il 2006, la maggior parte delle regioni ha visto ridursi i propri disavanzi pro capite, con punte proprio nel Lazio e in Sicilia; tra le altre

regioni con disavanzi elevati, invece, il progresso della Campania è stato modesto, mentre nel Molise il disavanzo pro capite si è addirittura accresciuto: entrambe le regioni avevano però conseguito un forte contenimento dei disavanzi pro capite già nel 2006. Nell'interpretazione di avanzi e disavanzi è infine opportuna una lettura congiunta con i dati di spesa pro-capite, al fine di valutare se l'eventuale disavanzo dipenda da elevati livelli di spesa o piuttosto da bassi livelli di finanziamento. Per effetto dei pesi incorpora-

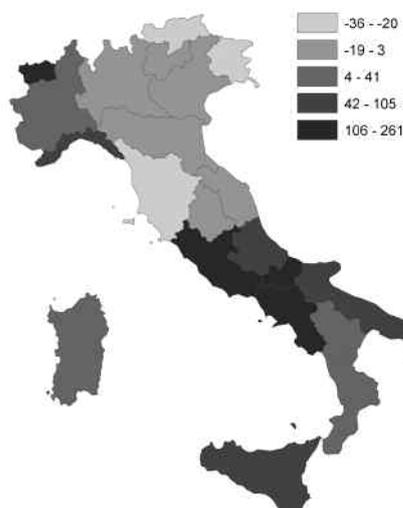
ti nel sistema di finanziamento, infatti, spesa e disavanzo pro capite non sono necessariamente correlati. Sicilia e Campania, in particolare, registrano disavanzi pro capite superiori alla media nazionale benché la spesa pro capite sia inferiore alla media nazionale. D'altra parte, Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana, nonché il Friuli-Venezia Giulia e le PA di Trento e Bolzano, si collocano sopra la media nazionale per la spesa, ma sotto per il disavanzo.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) e cumulato per regione - Anni 2001, 2006, 2007

Regioni	2001	2006	2007	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato 2001-2007
Piemonte	49	2	22	262
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	276	110	116	866
Lombardia	31	0	-1	60
Bolzano-Bozen	638	-53	-36	643
Trento	-9	28	3	54
Veneto	67	-15	0	152
Friuli-Venezia Giulia	15	-15	-20	-94
Liguria	47	62	88	622
Emilia-Romagna	4	9	-3	132
Toscana	25	33	-26	109
Umbria	8	47	-15	176
Marche	85	26	-16	327
Lazio	186	373	261	1.823
Abruzzo	59	108	90	789
Molise	114	183	195	1.346
Campania	109	130	120	1.084
Puglia	41	42	49	197
Basilicata	47	37	22	265
Calabria	110	17	12	349
Sicilia	82	195	105	793
Sardegna	65	81	41	731
Italia	71	77	54	504

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2007. Anno 2008.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) per regione. Anno 2007



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi del disavanzo stesso (sottofinanziamento, 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. Induce, comunque, a un certo ottimismo la generalizzata riduzione dei deficit e l'incremento delle regioni in equilibrio.

Riferimenti bibliografici

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

Perdita/utile di esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

Significato. L'utile (o la perdita) di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di un'Azienda Sanitaria. Per economicità si intende la capacità della struttura aziendale di raggiungere l'equilibrio fra risorse acquisite e costi sostenuti per il soddisfacimento dei bisogni sanitari, necessario a rendere duratura la vita della stessa.

L'assenza di un cliente che paga un prezzo per le prestazioni che riceve fa perdere ai proventi dell'Azienda Sanitaria il tipico significato attribuito ai ricavi di indicatori di soddisfazione degli acquirenti e, quindi,

di efficacia. La conseguenza è che il risultato di esercizio diventa una misura della sola efficienza della gestione. Anche in questa edizione di Osservasalute riproponiamo i due indicatori utilizzati nei precedenti rapporti che misurano il valore medio di esercizio ed il valore medio pro capite per tipologia di azienda e per regione e presentiamo non solo un commento dei valori da essi assunti nell'ultimo biennio, ma, con la disponibilità di dati ormai consolidati, anche una panoramica del loro trend in un arco temporale di 6 anni: 2001-2006.

Perdita media o utile medio di esercizio

Numeratore	Perdita o utile di esercizio (ASL o AO)
Denominatore	Numero di aziende (ASL o AO)

Perdita o utile di esercizio pro capite

Numeratore	Perdita/utile di esercizio (ASL)
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati economico-finanziari che le Aziende Sanitarie - Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO) - comunicano annualmente alle regioni di propria pertinenza, nonché al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute).

La validità degli indicatori risiede nella loro capacità di valutare l'economicità della gestione delle due tipologie di aziende per regione e per l'intera nazione e di fornire una indicazione di miglioramento o peggioramento del bilancio regionale e dell'avanzo o disavanzo complessivo del servizio sanitario italiano.

I limiti risiedono principalmente nel fatto che sono indici sintetici che esprimono l'economicità della azienda nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse aree gestionali che la determinano (area caratteristica, finanziaria, etc.) e che sono medie semplici e non ponderate e come tali non tengono in considerazioni variabili che potrebbero condizionarne i valori.

Valore di riferimento/Benchmark. Il benchmark è il pareggio di bilancio che esprime la presenza di un equilibrio economico della gestione e soddisfa alla condizione necessaria all'azienda per poter raggiungere le finalità che le sono proprie.

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati aggregati a livello nazionale (Tabella 1) evidenzia, nel biennio 2005-2006, valori

negativi sia per le ASL che per le AO a denuncia di una scarsa capacità a raggiungere l'equilibrio economico in entrambi gli anni. Il trend è negativo per entrambe le tipologie di aziende. Se si estende il numero di anni analizzati al quadriennio precedente 2001-2004 (Rapporto Osservasalute 2005, 2006 e 2007) (Grafico 1) si registrano valori sempre negativi per entrambe le tipologie di aziende, ma con andamento diverso: le ASL migliorano dal 2001 al 2003, con perdite medie che passano da -24 milioni di € nel primo anno, a -22,4 nel secondo, a -19 nell'ultimo, per poi peggiorare nel triennio successivo registrando una perdita media di circa -28 milioni nel 2004, -30 milioni nel 2005 e -33 milioni nel 2006; le AO, invece, migliorano mediamente il proprio deficit dal 2001 al 2002, passando da -8,2 milioni di € a -6,2 milioni di €, per poi aggravare i valori nel 2003 con -13 milioni di € di disavanzo e nel 2004 con -16,7 milioni di € e risollevarsi nel 2005 a -11 milioni circa e ridiscendere nel 2006 a -12 milioni di €.

La distribuzione dei valori medi di esercizio delle ASL delle regioni denuncia, nei sei anni, prevalentemente situazioni di squilibrio economico passando da un deficit massimo di -87,7 milioni di € nel 2001 in Campania a -104,3 nel 2002 nel Lazio, a -96,6 nel 2003 e a -137,7 milioni di € nel 2004, registrati in Campania, a -161,0 milioni di € nel 2005 segnalato in Lazio, a -175,8 milioni di € nelle Marche nel 2006 e, ad una perdita minore di -0,4 milioni di € nel 2001 (Basilicata), a -0,3 nel 2002 (Umbria), a -0,9 nel 2003

(PA di Bolzano), -0,3 nel 2004 (Friuli-Venezia Giulia), a -1,3 milioni di € nel 2005 e -0,3 milioni nel 2006 entrambi in Umbria.

Solo le ASL di realtà particolari, come la Provincia Autonoma di Trento e la Valle d'Aosta, cui regimi statutari e le dimensioni rendono il confronto con le altre aziende nazionali di difficile interpretazione, si mantengono in equilibrio nei cinque anni, con l'eccezione della Valle d'Aosta nel 2001.

Nello stesso periodo le ASL che presentano un utile passano da 2 nel 2001 a 3 nel 2002, a 2 nel 2003 e 2004 a 5 nel 2005 a 4 nel 2006. Nell'ultimo anno disponibile migliorano sensibilmente il proprio deficit regioni come Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Campania e Sardegna.

Per tener conto della diversa dimensione delle ASL delle regioni è opportuno anche analizzare l'utile/perdita di bilancio pro capite che rappresenta un indicatore più sensibile ai fini del confronto della economicità delle Aziende Sanitarie (Tabella 2).

I dati aggregati a livello nazionale denunciano un miglioramento costante nella capacità economica delle aziende come trend dal 2001 al 2003 (-95€ nel 2001, -73,21€ nel 2003), ma un peggioramento nel 2004 e 2005. Nel 2006 il valore medio pro capite migliora ritornando praticamente ai valori del 2001.

La distribuzione dei valori pro capite medi regionali assegna al Lazio il deficit maggiore nel 2005 (-365,39€) e all'Abruzzo nel 2006 (-305,82€).

Nel periodo di sei anni analizzato il numero delle regioni che si presentano con valori medi pro capite sotto la media nazionale varia, ma 3 di esse, Abruzzo, Campania, Lazio sono sempre presenti.

Passando alle AO il numero di esse che presenta deficit superiore alla media nazionale varia da 5 nel 2001

(Campania, Umbria, Veneto, Puglia, Lazio) e nel 2002 (Emilia-Romagna, Campania, Veneto, Puglia, Lazio) a 4 nel 2003 (Puglia, Campania, Veneto, Lazio) per poi risalire a 6 nel 2004 (Emilia-Romagna, Marche, Campania, Lombardia, Veneto, Lazio), a 7 nel 2005 (Piemonte, Liguria, Marche, Puglia, Campania, Sardegna, Veneto) e 6 nel 2006 (Lazio, Veneto, Puglia, Marche, Emilia-Romagna e Sicilia). Nell'arco di 6 anni il Veneto non sposta la sua posizione.

Le regioni che si presentano con AO in utile sono diverse nei sei anni, considerate sia come numero che tipologia. Nel 2001 sono mediamente in utile le AO delle regioni Liguria, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia (71 mila, 40 mila e 2 milioni di €), nel 2002 le AO di Toscana (42 mila €), Calabria (89 mila €), Piemonte (195 mila €) e Friuli-Venezia Giulia (581 mila €), nel 2004 quelle di Calabria (158 mila €), Piemonte (1,3 milioni di €) e Sardegna (5,8 milioni di €), nel 2005 quelle di Friuli-Venezia Giulia (202 mila €), Sicilia (1 milione di €) e Lazio (906 mila €) e nel 2006 quelle di Umbria (15 mila €) e Friuli-Venezia Giulia (20 mila €). Nel 2003 nessuna regione denuncia un utile medio delle proprie AO. La Lombardia è l'unica che registra un pareggio di bilancio nel 2003, 2005 e 2006. Nelle regioni con AO in utile, le ASL istituite denunciano generalmente valori negativi come se vi fosse una eccessiva mobilità passiva verso le AO.

Anche per le AO il valore medio regionale è oscillante nei sei anni con le eccezioni di Veneto, Campania e Liguria la cui perdita media è in aumento. In controtendenza al valore medio nazionale, che peggiora nel 2005 e 2006, vi sono le AO di regioni come Veneto, Umbria, Campania, Piemonte, Basilicata, Calabria, Sardegna e Liguria che migliorano la propria posizione contabile.

Tabella 1 - Perdita media o utile medio di esercizio (migliaia di €) per regione e tipologia di azienda - Anni 2005-2006

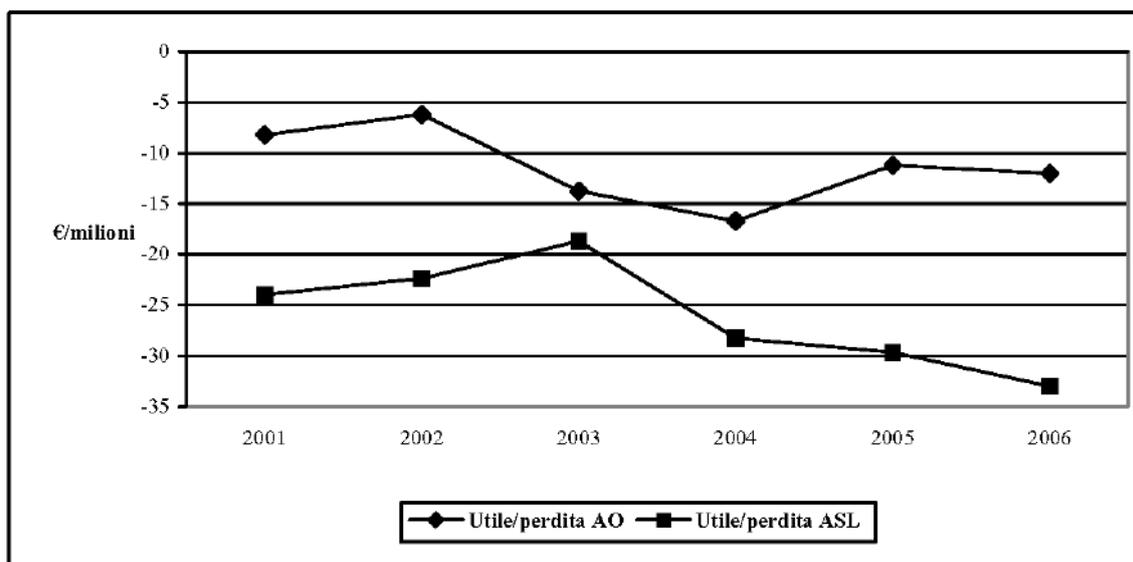
Regioni	2005				2006			
	N	ASL €	N	AO €	N	ASL €	N	AO €
Piemonte	22	-21.241	8	-17.967	22	-3.521	8	-4.408
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1.500	0	0	1	1.876	0	0
Lombardia	15	0	29	0	15	0	29	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	4	2.433	0	0	4	1.956	0	0
<i>Trento</i>	1	47	0	0	1	57	0	0
Veneto	21	-28.833	2	-49.276	21	-26.764	2	-44.906
Friuli-Venezia Giulia	6	2.128	5	202	6	109	3	20
Liguria	5	-33.850	3	-19.005	5	-42.981	3	-6.477
Emilia-Romagna	11	-7.408	5	-7.877	11	-36.257	5	-18.654
Toscana	12	-4.772	4	-6.481	12	-6.002	4	-8.498
Umbria	4	-1.277	2	-2.919	4	-321	2	15
Marche	14	-12.269	2	-25.119	1	-175.825	2	-28.202
Lazio	12	-160.998	5	906,2	12	-118.944	8	-80.817
Abruzzo	6	-78.876	0	0	6	-66.647	0	0
Molise	4	-28.324	0	0	1	-15.858	0	0
Campania	13	-148.278	8	-29.533	13	-58.769	10	-11.981
Puglia	12	-40.450	2	-26.645	12	-33.301	2	-31.182
Basilicata	5	-7.272	2	-5.171	5	-8.790	2	-529
Calabria	11	-12.889	3	-10.107	11	-19.633	4	-9.108
Sicilia	7	54	16	1.048	9	-71.736	20	-12.560
Sardegna	8	-42.152	1	-37.871	8	-8.787	3	-3.209
Italia	194	-29.654	97	-11.229	180	-32.864	107	-12.405

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Modelli CE. Anno 2008.

Tabella 2 - Perdita/utile di esercizio pro capite delle ASL (€) e variazione assoluta, per regione - Anni 2005-2006

Regioni	2005	2006	Δ
Piemonte	-107,77	-17,82	89,95
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,15	15,08	2,93
Lombardia	0,00	0,00	0,00
<i>Bolzano-Bozen</i>	20,28	16,13	-4,15
<i>Trento</i>	0,09	0,11	0,02
Veneto	-128,31	-118,18	10,13
Friuli-Venezia Giulia	10,58	0,54	-10,04
Liguria	-105,70	-133,57	-27,87
Emilia-Romagna	-19,54	-94,84	-75,29
Toscana	-15,87	-19,85	-3,98
Umbria	-5,92	-1,48	4,44
Marche	-112,72	-114,73	-2,01
Lazio	-365,39	-264,37	101,03
Abruzzo	-363,40	-305,82	57,58
Molise	-352,47	-49,48	302,99
Campania	-332,92	-131,94	200,99
Puglia	-119,27	-98,17	21,10
Basilicata	-61,08	-74,15	-13,08
Calabria	-70,65	-12,11	-9,81
Sicilia	0,08	-128,69	-128,76
Sardegna	-204,02	-42,41	161,61
Italia	-119,10	-97,65	21,45

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Modelli CE - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2008.

Grafico 1 - Perdita media o utile medio di esercizio (milioni di €) per tipologia di azienda - Anni 2001-2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Modelli CE. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Quattro sono i punti di attenzione:

1. il primo è inerente l'indicatore utilizzato. Nonostante i limiti intrinseci, l'indicatore assume una rilevanza in quanto permette di valutare l'economicità della gestione dell'azienda e traccia un bilancio a livello regionale e nazionale divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria;

2. il secondo punto di attenzione è relativo alle conclusioni che si possono trarre dall'indicatore, soprattutto in un'ottica di confronto. Al fine di chiarire il concetto espresso è sufficiente fare riferimento ai dati aggregati a livello nazionale e articolati per tipologia di Azienda Sanitaria. L'osservazione che le ASL presentano un deficit sempre maggiore a quello delle AO nei 6 anni analizzati non consente di affermare che le prime sono meno efficienti delle seconde senza effettuare ulteriori analisi e considerare altre variabili come, ad esempio, la loro diversa modalità di finanziamento, a quota capitaria le prime, a tariffa per prestazione erogata le seconde;

3. il terzo attiene al sistema informativo da cui vengono tratti i dati per valorizzare l'indicatore (il modello CE "Modello di rilevazione del Conto economico delle Aziende ASL e ASO" approvato con DM 16 febbraio 2001) e riguarda la diversa numerosità della risposta da parte delle ASL e ASO delle regioni e la qualità dell'informazione. Analizzando l'intero arco temporale 2001-2006 emerge, ad esempio, che il numero di aziende che hanno compilato il modello non è costante nel tempo.

I punti trattati convertono sulla necessità di utilizzare

l'indicatore proposto e di supportare il flusso informativo sottostante migliorandolo nelle sue parti in modo che possa rispondere alle esigenze delle aziende, della regione e del ministero e potenziarne l'utilizzo al fine di perfezionare la qualità e l'attendibilità dei dati. 4; il quarto punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati di esercizio emersi. Le norme di riordino del sistema sanitario italiano hanno posto il vincolo del pareggio di bilancio alle Aziende Sanitarie e per supportare il suo rispetto hanno attribuito autonomia alle aziende e creato una competizione regolata fra di esse.

La logica delle norme era di promuovere l'efficienza aziendale intesa come condizione necessaria al raggiungimento delle finalità proprie delle aziende e assicurare l'equilibrio economico dei servizi sanitari.

I risultati non sembrano essere quelli voluti e le cause sono probabilmente da ricercarsi negli stessi elementi che dovevano supportarne il conseguimento e che non hanno acquisito le connotazioni sperate, per cui si è verificata: scarsa competizione, spesso mortificata dalle modalità di finanziamento adottate dalle regioni e autonomia aziendale che non si è tradotta in provvedimenti di programmazione ed iniziative di riorganizzazione, opportuni per il miglioramento dell'uso delle risorse e interpretazione del pareggio di bilancio come variabile dipendente dal solo finanziamento. Sarebbe, quindi, necessario, a contesto normativo invariato, investire maggiormente in azioni capaci di supportare e governare l'economicità delle aziende e del sistema e rimodulare e ridefinire nel suo ammontare il finanziamento per meglio fronteggiare i bisogni di salute.

Rilevanza del meccanismo tariffario nell'allocazione del Fondo Sanitario Regionale

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

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

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

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

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

Totale dei contributi da FSR

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

I dati sono tratti dai Modelli CE 2006. In particolare, il denominatore fa riferimento alla voce A0020 «Contributi in conto esercizio da regione e provincia autonoma per quota FSR». Le quattro componenti del numeratore sono invece:

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

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

Calabria, Sardegna e soprattutto Sicilia); (iii) in presenza di stringenti tetti di finanziamento, tali che la produzione effettiva delle aziende sia, comunque, superiore a quella remunerata, il meccanismo tariffario può diventare prevalentemente formale.

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

Descrizione dei risultati

Complessivamente, il rapporto dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione è particolarmente elevato in Lombardia e nel Lazio; tale incidenza è, inoltre, più marcata nelle regioni del Centro-Nord (tranne Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano) rispetto a quelle del Sud (tranne la Puglia). Ad eccezione della Lombardia, dove le scelte di separazione tra acquirente e fornitore e di ampia apertura al privato accreditato producono percentuali sistematicamente elevate, la scomposizione per tipologia di assistenza e di erogatore rivela però forti eterogeneità interregionali. In particolare, Friuli-Venezia Giulia e Liguria spiccano per l'assistenza ospedaliera da pubblico, Lazio e Abruzzo per l'assistenza ospedaliera da privato, Friuli-Venezia Giulia e Piemonte per la specialistica ambulatoriale da pubblico, Campania, Lazio e Sicilia per la specialistica ambulatoriale da privato.

Tabella 1 - Rapporto (per 100) dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione per regione e mobilità - Anno 2006

Regioni	Pubblico - ospedaliera	Mobilità		Privato - specialistica ambulatoriale	Totale
		Privato - ospedaliera	Pubblico - specialistica ambulatoriale		
Piemonte	19,0	7,3	5,1	2,9	34,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,1	3,1	0,0	2,5	5,6
Lombardia	21,0	14,3	6,3	4,1	45,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	3,5	2,0	1,0	0,5	7,1
<i>Trento</i>	0,0	5,6	0,0	1,4	7,0
Veneto	12,0	7,3	3,5	3,8	26,6
Friuli-Venezia Giulia	22,1	2,3	6,4	1,4	32,2
Liguria	23,7	1,0	2,6	2,1	29,3
Emilia-Romagna	15,2	7,7	4,6	2,0	29,6
Toscana	13,1	3,3	3,4	1,9	21,7
Umbria	19,6	2,7	2,6	0,9	25,8
Marche	10,9	3,4	2,3	1,5	18,2
Lazio	11,9	18,5	3,3	5,9	39,7
Abruzzo	6,7	10,8	0,1	2,4	20,1
Molise	0,0	11,4	0,3	2,8	14,5
Campania	3,8	8,0	1,3	7,0	20,1
Puglia	14,1	7,4	2,1	3,0	26,5
Basilicata	13,5	0,4	2,2	1,8	17,9
Calabria	0,1	7,2	0,0	3,9	11,2
Sicilia	0,0	9,6	0,0	5,9	15,5
Sardegna	0,0	3,7	0,0	3,6	7,4

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Modelli CE. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

alla produzione ed erogazione diretta di prestazioni, ma si estendano alle prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti (altre ASL, AO, AOU, IRCCS, altre strutture equiparate, case di cura private accreditate).

Riferimenti bibliografici

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

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

Significato. Per garantire la continuità con i precedenti Rapporti Osservasalute, in questa edizione vengono trattati in modo congiunto due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto sia al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e sia rispetto alla popolazione residente. L'intento è quello

di fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali, misurata in relazione ai diversi contesti di riferimento sotto il profilo sia socio-economico che demografico.

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo

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

Spesa sanitaria in rapporto al PIL

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

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

to prodotto complessivamente nel periodo di riferimento. Quindi, l'indicatore offre una *proxy* della misura del peso economico per la produzione e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli altri servizi aggiuntivi che la regione vuole garantire ai suoi cittadini ed esprime (in assenza di trasferimenti) la sua propensione a spendere per l'assistenza sanitaria in relazione alle proprie risorse in termini di reddito.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie disponibili in media per ogni individuo di una data regione per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

In tal senso dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per fornire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia per gli altri servizi che la regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

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

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

grado di benessere della collettività e, a causa della presenza di meccanismi di natura perequativa, non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla Sanità Pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

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

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

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

Per contro tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni, dovuto prevalentemente alla diversa composizione della popolazione per età, sesso e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, con minori bisogni, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni più efficienti e in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse, saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

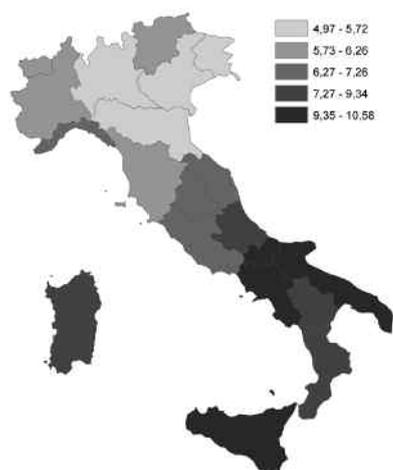
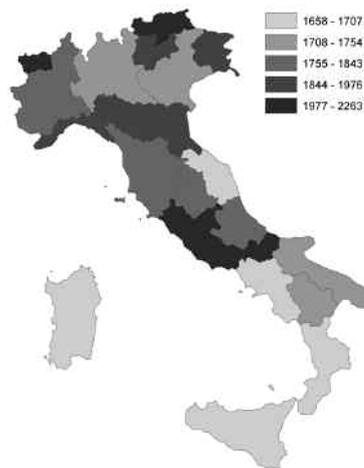


Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€, variazioni percentuali e tassi medi composti annui) per regione - Anni 2002, 2007, 2008

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

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

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

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

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi - Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

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

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

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

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

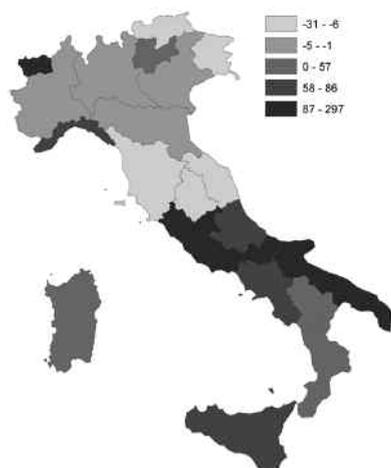
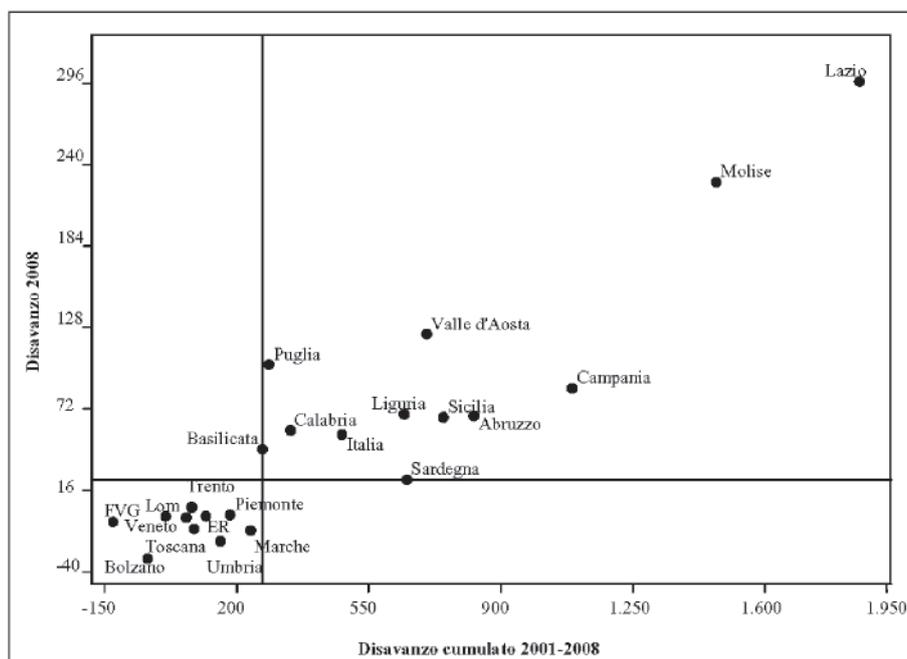


Grafico 1 - Distribuzione regionale del disavanzo cumulato e del disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite - Anno 2008



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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

Riferimenti bibliografici

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

Rilevanza del meccanismo tariffario nell'allocazione del Fondo Sanitario Regionale

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

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

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

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

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

Totale dei contributi da FSR

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

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

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

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

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

Riferimenti bibliografici

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

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

Significato. Si ripropongono in questa edizione 2 importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e, poi, rispetto alla popolazione residente in ciascuna

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

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo

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

Prodotto Interno Lordo pro capite

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

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

Il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica ed il PIL indica la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per la promozione, il mantenimento,

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie disponibili in media per ogni individuo di una data regione per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

In tal senso, dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per garantire i LEA, sia per gli altri servizi socio-sanitari che la Regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni. Inoltre, tale indicatore, essendo espresso in euro correnti e, quindi, fisiologicamente in crescita al crescere dei prezzi dei prodotti e servizi, non rappresenta la quantità di servizi garantiti a ciascuno.

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori utilizzati a livello naziona-

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

Si tratta di un indicatore grezzo che non consente di trarre indicazioni di politica sanitaria né di misurare il grado di benessere della collettività ed, a causa della presenza di meccanismi di natura perequativa, non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla Sanità Pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla Regione.

I suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa complessiva per i servizi sanitari garantiti, non palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle diverse regioni, non rappresenta la quantità e la tipologia di prestazioni effettiva-

mente erogate, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica, con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse. In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Relativamente al dato 2007 ci si è basati sui Conti Economici Regionali. Poiché il completamento della base informativa necessaria per la compilazione dei suddetti conti regionali nella loro interezza avviene, infatti, dopo circa 19 mesi dalla fine dell'anno di riferimento, le valutazioni rilasciate prima di tale scadenza non possono che essere incomplete per quanto attiene al numero di variabili stimate e le disaggregazioni (territoriali e settoriali) sono da ritenersi assolutamente provvisorie in attesa dei successivi aggiornamenti. Ciò potrebbe determinare una differenza delle stime a livello territoriale rispetto a quelle nazionali che sono, invece, rilasciate dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) dopo 2 mesi dalla fine dell'anno di riferimento.

Infine, nella lettura dell'indicatore, non va dimenticato che, per l'attuale meccanismo 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 sosterebbe se si assumesse *in toto* l'onere del finanziamento.

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

Per contro, tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni dovuto, prevalentemente, alla diversa composizione della popolazione per età, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni più efficienti ed in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

Gli anni presi in considerazione non sono allineati con

quelli dell'indicatore precedente. La ragione sta nel fatto che si sono voluti presentare gli ultimi anni disponibili e rinunciare, per il Rapporto Osservasalute di quest'anno, ad una lettura integrata delle informazioni.

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

Descrizione dei risultati

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL a livello nazionale denuncia una crescita, dal 2001 al 2007, passando dal 5,95% al 6,59% (Tabella 1). I valori sono allineati alla media OCSE, anche se negli anni sono sempre inferiori a quelli di alcuni Paesi come Germania, Francia, Norvegia, Danimarca e USA e, solo dal 2006, al Regno Unito (Grafico 1).

A livello regionale l'indicatore, nel 2007, mostra delle significative differenze, oscillando da un minimo di 4,90% della Lombardia ad un massimo di 10,76% della Calabria, registrando, così, un divario che raggiunge quasi i 6 punti percentuali.

Si osserva un gradiente Nord-Sud, con il Nord che registra una percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente media rispetto al PIL pari al 5,45%, il Centro pari al 6,25% ed il Mezzogiorno (Sud ed Isole) pari al 9,57%.

Le regioni del Nord spendono, per l'assistenza sanitaria, sempre meno del 7,1% del reddito prodotto internamente collocandosi nel *range* 4,90%-7,06% delimitato, rispettivamente, dalla Lombardia e dalla Liguria. Le regioni del Sud, al contrario, destinano alla Sanità Pubblica sempre più dell'8% ponendosi nel *range* 8,12%-10,76% i cui valori estremi corrispondono, rispettivamente, alla Sardegna ed alla Calabria. Le regioni del Centro si pongono in una situazione intermedia con la percentuale di spesa sul PIL che si colloca nel *range* 5,99%-6,78%, rispettivamente, della Toscana e dell'Umbria.

Il gradiente permane anche se si analizzano i dati del 2006 e del 2001.

L'indicatore, inoltre, non tiene conto della numerosità della popolazione residente con la conseguenza che, valori bassi dell'indicatore, possono esprimere una scarsa spesa per il servizio sanitario, mentre potrebbe essere elevata rispetto alla popolazione e viceversa. A tal fine, relativamente al 2007, è stata effettuata una lettura integrata dell'indicatore spesa su PIL con l'indicatore PIL pro capite che esprime il valore mediamente prodotto per ogni cittadino residente (Tabella 2). Dai risultati emerge che, le regioni che presentano un PIL pro capite più elevato, sono quelle in cui si registra una spesa sul PIL inferiore e viceversa. Ciò, sembrerebbe dimostrare che la quanti-

tà di risorse destinata alla sanità non è direttamente proporzionale alle risorse mediamente prodotte da ciascun residente nelle diverse regioni.

Rispetto al 2006, la spesa media sul PIL a livello nazionale si riduce del 3,14%. Tale risultato è una conseguenza della diminuzione del valore del rapporto a livello regionale (con un *range* di -1,18 e -8,09) eccetto 3 regioni per le quali si registra un'ulteriore crescita: Calabria (+15,11%), Friuli Venezia Giulia (+3,06%) e Molise (+0,71%).

Allargando lo spazio temporale al 2001 ed analizzando i cambiamenti intervenuti fino al 2007, tutte le regioni registrano, a valori correnti, un incremento del valore dell'indicatore con delle variazioni regionali che oscillano da un minimo del 2,06% delle Marche ad un massimo del 19,35% della Sicilia.

Volendo calcolare il tasso di crescita medio del rapporto per ciascuna regione fra il 2001 ed il 2007, a prescindere da quelle che siano state le effettive oscillazioni nell'arco di tempo considerato, emerge quanto indicato nella Tabella 1. Il tasso di crescita composto si presenta con valori diversi a seconda delle regioni e delinea una curva crescente che registra il suo punto di inizio nelle Marche (+0,34% all'anno) ed il suo apice nella Sicilia (+2,99% all'anno). A livello nazionale, il tasso di crescita composto, è dell'1,71%.

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite mostra, a livello nazionale, un aumento, fra il 2008 ed il 2009, passando da 1.782 € a 1.816 € (+1,91%) ed aumenta anche rispetto al 2003 (+27,80%). Nel 2009 è osservabile che, generalmente, le regioni meridionali, con l'eccezione del Molise, mettono a disposizione un ammontare di risorse monetarie inferiore rispetto alle regioni del Nord (fat-

te salve la Lombardia ed il Veneto) ed anche alla media nazionale. Nelle regioni del Centro si assiste ad una maggiore dispersione dei valori pro capite (Tabella 3).

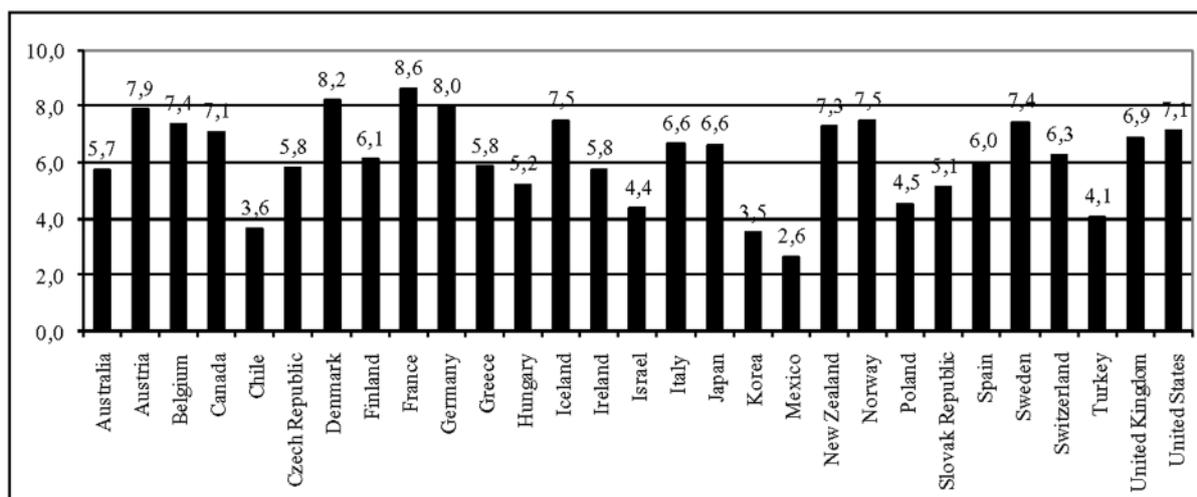
Nell'ultimo anno disponibile la spesa per cittadino presenta un valore medio nazionale di 1.816 € ed oscilla da un minimo, registrato in Sicilia, di 1.671 € ad un massimo di 2.170 € nella PA di Bolzano. Solo in 5 regioni ogni cittadino dispone, mediamente, di oltre 2.000 € (PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Molise, PA di Trento e Liguria) e solo in Sicilia può usufruire di meno di 1.700 €.

Rispetto al 2008, tutte le regioni, con la sola eccezione della PA di Bolzano (-2,78%) e del Lazio (-0,35%), hanno aumentato il livello di spesa, con valori che segnano una linea crescente che parte da un minimo di 0,28% dell'Abruzzo, ad un massimo di 5,30% della PA di Trento.

Rispetto al 2003, in Italia, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta del 27,80%. A tale valore medio hanno concorso i singoli valori regionali che vanno da un minimo di +12,20% della PA di Bolzano ad un massimo di +37,45% della Puglia.

Volendo calcolare il tasso di crescita medio della spesa sanitaria pubblica pro capite per ciascuna regione fra il 2003 ed il 2009, a prescindere da quelle che siano state le effettive oscillazioni nell'arco di tempo considerato, emerge quanto indicato nella Tabella 3. Dalla sua lettura paiono esserci indizi, in questo senso, di una diminuzione, nel corso del periodo 2003-2009, delle differenze regionali poiché la PA di Bolzano era quella che, nel 2003, risultava avere la spesa pro capite maggiore e la Puglia la spesa pro capite minore.

Grafico 1 - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) nei Paesi OCSE - Anno 2007



Fonte dei dati: OCSE. Anno 2010.

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100), variazioni percentuali e tassi medi composti annui (per 100), per regione - Anni 2001, 2006-2007

Regioni	2001	2006	2007	Δ % 2006-2007	Δ % 2001-2007	Tassi medi composti annui % 2001-2007
Piemonte	5,24	6,27	6,02	-3,88	14,90	2,34
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	5,31	5,81	5,66	-2,66	6,55	1,06
Lombardia	4,43	4,97	4,90	-1,37	10,81	1,73
Trentino-Alto Adige*	5,33	6,01	5,92	-1,50	11,11	1,77
Veneto	4,97	5,61	5,45	-2,89	9,69	1,55
Friuli Venezia Giulia	5,54	5,72	5,90	3,06	6,39	1,04
Liguria	6,68	7,27	7,06	-2,79	5,75	0,94
Emilia-Romagna	4,81	5,55	5,35	-3,73	11,09	1,77
Toscana	5,57	6,15	5,99	-2,58	7,43	1,20
Umbria	6,15	7,24	6,78	-6,35	10,14	1,62
Marche	6,00	6,66	6,12	-8,09	2,06	0,34
Lazio	5,67	6,80	6,38	-6,13	12,59	2,00
Abruzzo	7,34	8,56	8,17	-4,65	11,23	1,79
Molise	8,61	9,87	9,94	0,71	15,36	2,41
Campania	9,26	10,14	9,97	-1,76	7,56	1,22
Puglia	8,50	9,63	9,51	-1,26	11,90	1,89
Basilicata	7,65	9,00	8,90	-1,18	16,26	2,54
Calabria	9,19	9,35	10,76	15,11	17,05	2,66
Sicilia	8,20	10,64	9,79	-8,03	19,35	2,99
Sardegna	7,73	8,51	8,12	-4,62	5,02	0,82
Italia	5,95	6,80	6,59	-3,14	10,71	1,71

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

Fonte dei dati: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2010.

Tabella 2 - PIL totale (miliardi di €) e PIL pro capite (€), per regione - Anno 2007

Regioni	PIL (miliardi di €)	PIL pro capite (€)
Piemonte	124,16	28.365,72
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	4,24	33.828,65
Lombardia	319,48	33.300,25
Trentino-Alto Adige*	32,18	32.151,79
Veneto	144,27	30.037,50
Friuli Venezia Giulia	35,38	29.064,02
Liguria	42,85	26.630,88
Emilia-Romagna	134,91	31.745,99
Toscana	103,07	28.180,60
Umbria	21,48	24.449,47
Marche	40,42	26.166,72
Lazio	166,71	30.161,71
Abruzzo	27,90	21.184,98
Molise	6,28	19.596,25
Campania	96,80	16.686,93
Puglia	70,32	17.263,92
Basilicata	10,98	18.572,83
Calabria	33,67	16.810,48
Sicilia	85,51	17.023,09
Sardegna	33,46	20.128,59
Italia	1.535,54	25.861,61

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

Fonte dei dati: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2010 - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2010.

Tabella 3 - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€), variazioni percentuali e tassi medi composti annui (per 100), per regione - Anni 2003, 2008-2009

Regioni	2003	2008	2009	Δ % 2008-2009	Δ % 2003-2009	Tassi medi composti annui % 2003-2009
Piemonte	1.446	1.828	1.880	2,84	30,01	4,47
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.627	2.058	2.089	1,51	28,40	4,25
Lombardia	1.386	1.726	1.763	2,14	27,20	4,09
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.934</i>	<i>2.232</i>	<i>2.170</i>	<i>-2,78</i>	<i>12,20</i>	<i>1,94</i>
<i>Trento</i>	<i>1.651</i>	<i>1.926</i>	<i>2.028</i>	<i>5,30</i>	<i>22,83</i>	<i>3,49</i>
Veneto	1.416	1.726	1.782	3,24	25,85	3,91
Friuli Venezia Giulia	1.449	1.885	1.961	4,03	35,33	5,17
Liguria	1.569	1.970	2.024	2,74	29,00	4,34
Emilia-Romagna	1.507	1.845	1.903	3,14	26,28	3,97
Toscana	1.449	1.804	1.846	2,33	27,40	4,12
Umbria	1.517	1.761	1.798	2,10	18,52	2,87
Marche	1.394	1.677	1.750	4,35	25,54	3,86
Lazio	1.560	1.981	1.974	-0,35	26,54	4,00
Abruzzo	1.541	1.773	1.778	0,28	15,38	2,41
Molise	1.638	2.030	2.080	2,46	26,98	4,06
Campania	1.356	1.724	1.737	0,75	28,10	4,21
Puglia	1.271	1.736	1.747	0,63	37,45	5,44
Basilicata	1.289	1.719	1.750	1,80	35,76	5,23
Calabria	1.287	1.678	1.732	3,22	34,58	5,07
Sicilia	1.332	1.645	1.671	1,58	25,45	3,85
Sardegna	1.386	1.742	1.797	3,16	29,65	4,42
Italia	1.421	1.782	1.816	1,91	27,80	4,17

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anni 2006, 2009 - Istat. www.demo.istat.it per la popolazione. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati relativi alla spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al PIL a livello nazionale evidenziano valori allineati con quelli degli altri Paesi dell'OCSE. Diversa, invece, la situazione fra le regioni che si presentano con una spesa corrente sul PIL molto variegata. Tale variabilità sembrerebbe ingiustificata in un sistema sanitario come quello italiano in cui le regioni, pur operando in un contesto federalista, devono pur sempre garantire i LEA e, quindi, quote di spesa sul PIL troppo diverse possono essere dimostrazione di inefficienze gestionali o cattivi ed insufficienti investimenti o offerta di prestazioni di minor livello qualitativo o, ancora, una difficile accessibilità ai servizi. Sarebbe auspicabile che le Regioni realizzassero un *benchmarking* volto a perimetrizzare le ragioni di tali differenze anche attraverso un'analisi integrata dei diversi indicatori disponibili e, primo fra tutti, quello relativo alla ripartizione delle risorse spese per livello

di assistenza al fine di garantire a tutti un omogeneo pacchetto di prestazioni.

I valori della spesa sanitaria pro capite presentano analogia variabilità. L'informazione andrebbe certamente comparata con il PIL pro capite dello stesso periodo al fine di evidenziare se al basso o all'alto valore dell'indicatore concorre di più il fatto di avere poche risorse a disposizione (basso PIL) o un eccesso di spesa sanitaria, che potrebbe essere un segnale sia di politiche sanitarie non omogenee che di un diverso grado di efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari.

Certamente, in un quadro in cui si devono contemperare da un lato la garanzia di livelli di assistenza definiti a livello nazionale e dall'altra una progressiva spinta federalista, le Regioni dovranno impegnarsi a ricercare sempre più le cause delle differenze e concordare strategie di intervento capaci di colmare tali differenze.

Spesa sanitaria per Livelli Essenziali di Assistenza

Significato. Il 23 febbraio 2002 è entrato in vigore il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni ed i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire in maniera uniforme a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione alla spesa, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I LEA sono organizzati in 3 grandi macroaree di prestazioni, che le regioni si impegnano ad assicurare:

- 1) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- 2) l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività ed i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente

sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani ed ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Servizi per le Tossicodipendenze, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani ed i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

3) l'assistenza ospedaliera, in Pronto Soccorso, in Ricovero Ordinario (RO), in Day Hospital (DH) e Day Surgery (DS), o in ricoveri in lungodegenza o in riabilitazione.

L'indicatore si propone di analizzare come si ripartisce la spesa sostenuta dalle singole regioni e dall'intera nazione sui 3 livelli di assistenza previsti dal DPCM del 2001 e, quindi, come il SSN e le singole realtà regionali allocano le loro risorse nell'assistenza ai loro cittadini.

Percentuale di spesa sanitaria pubblica per Livelli Essenziali di Assistenza

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica per Livelli Essenziali di Assistenza}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica totale}} \times 100$$

Validità e limiti. La validità dell'indicatore risiede nella capacità di analizzare, in sintesi, come il SSN e le singole Regioni destinano effettivamente le risorse nell'assistenza ai cittadini.

Il limite fondamentale risiede nel fatto che si tratta di un indice sintetico che esprime la spesa per livello nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse componenti in cui si articola, che possono giocare con peso diverso. Inoltre, indicando la spesa complessiva, non palesa la quantità e la tipologia di prestazioni erogate. Infine, essendo un'informazione di spesa sostenuta nelle diverse regioni, non permette di valutare la sua congruità con i differenti bisogni di salute della popolazione residente.

Valore di riferimento/Benchmark. Visti gli anni oggetto di analisi si è scelto come benchmark, per i valori di spesa per ciascun LEA, quello contenuto nell'Intesa Stato-Regioni del 12 febbraio 2004, poi recepito nella Deliberazione del 29 settembre 2004 del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE), avente per oggetto la ripartizione della quota di parte corrente e non i valori contenuti nell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in quanto troppo recente.

Descrizione dei risultati

La ripartizione dei costi per LEA è relativa all'anno 2006 (ultimo anno disponibile) ed è rappresentata nella Tabella 1. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza distrettuale (il 48,4% dei costi totali dell'assistenza) e l'assistenza ospedaliera (47,5%). Infine, la quota residua di circa il 4% dei costi totali, è rivolta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. La tendenza a destinare pari risorse all'assistenza ospedaliera e all'assistenza distrettuale non è in linea con i valori di benchmark che sono, rispettivamente, pari a 45% e 50%.

Analogamente, i valori del I Livello, che dovrebbe posizionarsi sul 5%, risultano troppo bassi.

La regione che dedica la minor quota di risorse al I Livello di assistenza è il Friuli Venezia Giulia (3,0%), mentre quella che spende di più per tale assistenza è la Sardegna (5,9%). Per l'assistenza distrettuale la quota minima si registra in Abruzzo (42,3%), mentre la percentuale maggiore in Emilia-Romagna (52,9%). Infine, il livello di assistenza ospedaliera denuncia la quota più bassa in Emilia-Romagna (42,7%) e la più alta in Abruzzo (53,9%).

Se si considerano i valori di riferimento è osservabile che:

- 5% relativo al I Livello di assistenza: quasi tutte le

regioni presentano una percentuale inferiore e solo la Sardegna e la Valle d'Aosta spendono, per la prevenzione, poco più del valore di benchmark;

- 50% relativo al II Livello di assistenza: tutte le regioni presentano una percentuale inferiore, eccetto l'Emilia-Romagna, che dedica una percentuale di risorse superiore al valore di riferimento;

- 45% relativo al III Livello di assistenza: tutte le regioni presentano una percentuale maggiore, eccetto l'Emilia-Romagna, che dedica una percentuale di risorse inferiore al valore preso a confronto.

Allargando l'orizzonte di analisi al biennio precedente, 2004 e 2005 (Grafico 1), è possibile individuare un trend leggermente oscillante nei 3 livelli di assistenza che, nel 2006, sono tornati ai valori assunti nel 2004, con una inversione di tendenza rispetto a quanto

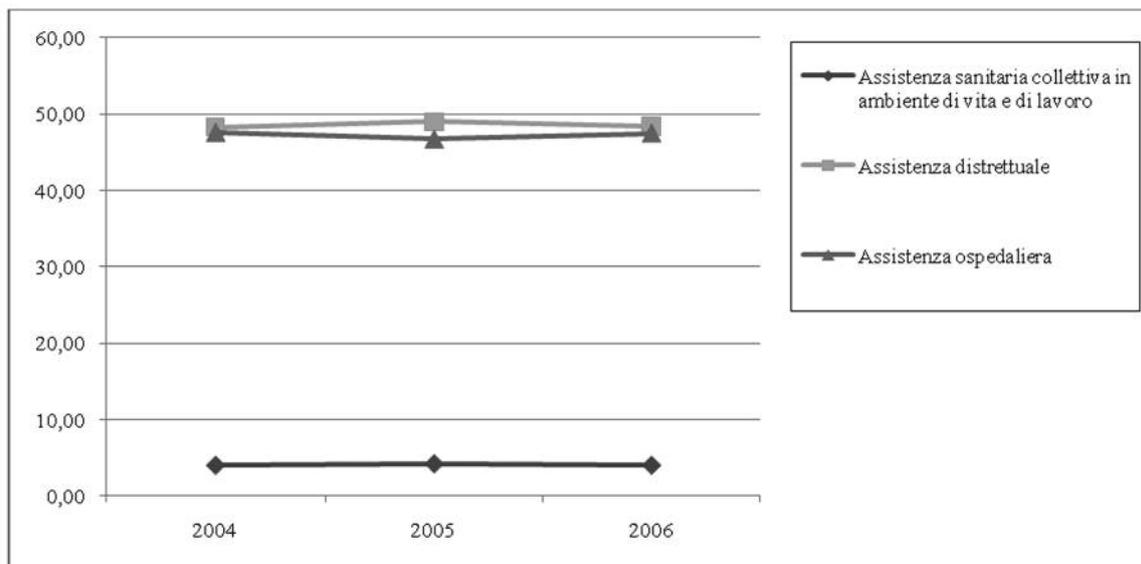
segnalavano i dati nel 2005. Nel corso di quell'anno, infatti, si evidenziava una leggera flessione della spesa ospedaliera (circa il 2% rispetto al 2004) ed un modesto incremento della spesa destinata alla prevenzione ed all'assistenza territoriale (rispettivamente del 4,8% e dell'1,4%). L'andamento è una dimostrazione del fatto che non si è ancora attuato quanto previsto nei Piani Sanitari e dalle altre norme regionali che prevedono uno spostamento delle attività e, quindi, delle risorse necessarie verso il territorio piuttosto che verso l'ospedale. A tale proposito è sufficiente ricordare che, l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, prevede una quota obiettivo del fondo sanitario pari al 5% per il I Livello, ma al 51% per il II Livello e per il III Livello al 44% , con l'intenzione di allineare a tale ripartizione anche la spesa.

Tabella 1 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica per regione e macrolivello di assistenza - Anno 2006

Regioni	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
Piemonte	4,2	50,2	45,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,2	42,5	52,3
Lombardia	4,6	49,0	46,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	3,3	49,3	47,4
<i>Trento</i>	3,2	48,1	48,7
Veneto	3,8	49,8	46,4
Friuli Venezia Giulia	3,0	49,2	47,8
Liguria	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia-Romagna	4,4	52,9	42,7
Toscana	n.d.	n.d.	n.d.
Umbria	4,6	47,2	48,2
Marche	3,8	49,9	46,4
Lazio	3,1	47,4	49,5
Abruzzo	3,8	42,3	53,9
Molise	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	4,4	47,0	48,5
Puglia	3,4	46,7	49,9
Basilicata	4,6	45,7	49,7
Calabria	4,4	45,7	49,9
Sicilia	n.d.	n.d.	n.d.
Sardegna	5,9	45,3	48,8
Italia	4,1	48,4	47,5

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2005-2006. Anno 2009.

Grafico 1 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica per macrolivello di assistenza - Anni 2004-2006

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2005-2006. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

La raccomandazione che pare ragionevole avanzare deriva da una serie di osservazioni.

La prima è l'ampia variabilità nella distribuzione dei fondi per macrolivelli di assistenza nelle diverse regioni. Se questa variabilità può essere, in parte, dettata da una non omogenea modalità di rendicontazione delle voci di spesa nei 3 livelli da parte delle regioni e può in parte essere considerata "fisiologica", in quanto legata a diverse esigenze assistenziali ed a diversi quadri epidemiologici, certamente può essere spiegata anche da differenze strutturali che denotano, in alcune regioni, una sovrabbondanza di servizi ospedalieri rispetto a quello che il quadro epidemiologico e le moderne pratiche dell'assistenza (ad esempio relativamente alle patologie croniche) suggerirebbero; così come è giustificata dall'assenza della volontà di intraprendere adeguate politiche di prevenzione.

In più, la variabilità nella distribuzione della spesa, potrebbe essere causata dalla mancanza di equità nella erogazione delle prestazioni; infatti, molti studi in

materia dimostrano che esiste una differente fruizione dei servizi ospedalieri e territoriali (eccetto il Medico di Medicina Generale) da parte dei diversi segmenti socio-economici della popolazione con una preferenza, da parte delle persone meno istruite e più povere, a rivolgersi all'ospedale piuttosto che al territorio.

La terza osservazione è che, nonostante le indicazioni programmatiche promuovano il potenziamento delle attività afferenti al territorio ed alla prevenzione, la spesa ospedaliera rappresenta ancora una percentuale alta della spesa complessiva.

Pertanto, appare ragionevole operare nella riqualificazione del ruolo dell'ospedale come luogo di cura per le patologie acute più complesse, affiancando una capillare ed efficace rete di servizi distrettuali e continuando nel processo di prevenzione capace di ridurre i ricoveri.

Contemporaneamente, è auspicabile un affinamento ed una rigorosa regolamentazione delle modalità con cui devono essere alimentati i flussi di informazione relativamente ai LEA.

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, ossia, problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, circoscritti, però, ad alcune regioni, sono, invece, probabile sintomo di difficoltà gestionali.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi - Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria dei SSR. Valori elevati e/o tassi di incremento superiori alla media segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi e/o di richiedere alla Regione uno "sforzo fiscale" aggiuntivo per incrementare i ricavi. I limiti dell'indicatore si possono classificare in 2 gruppi. Un primo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le aziende sanitarie hanno sistemi contabili pienamente adeguati. Per la sua natura "politicamente sensibile", il dato si rivela, talvolta, lacunoso, ritardato ed 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. Più in generale, le regole e le prassi di redazione dei conti economici consolidati dei SSR presentano alcune rilevanti criticità (1). A testimonianza di questi limiti si possono citare 2 fenomeni: da un lato il continuo aggiornamento dei dati contenuti nella RGSEP, anche con riferimento agli esercizi pregressi; dall'altro i frequenti, ma finora inefficaci (con scarse eccezioni) tentativi di imporre la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie. Per depurare l'analisi da situazioni contingenti e limitare l'impatto delle politiche di bilancio, potrebbe essere opportuno fare riferimento a dati medi pluriennali. Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. 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

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

delle popolazioni regionali. Ciò vale a maggior ragione per le regioni a statuto speciale e le Province Autonome, che beneficiano di fonti di finanziamento specifiche, a dinamica differenziata e senza componenti perequative.

L'omissione degli ammortamenti, inoltre, comporta una sistematica sottostima dei disavanzi. Per la sua natura aggregata, infine, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso.

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

Descrizione dei risultati

Anche nel 2009, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si conferma, complessivamente, in disavanzo: 3,260 miliardi di €, pari a 54 € pro capite. È da notare, peraltro, come questo sia il disavanzo più basso dal 2004 (2), evidenziando un trend in costante, seppur lenta, diminuzione.

Rispetto agli anni precedenti permangono le forti differenze regionali, con un gradiente tra Nord e Centro-Sud, dove si concentra quasi tutto il deficit. In particolare, sono 8 le regioni che si confermano in equilibrio a partire dal 2007: Piemonte ed Emilia-Romagna (che, però, hanno operato "interventi di copertura a carico dei rispettivi bilanci regionali, anche con risorse rivenienti dalle entrate fiscali" (2)); PA di Bolzano e Friuli Venezia Giulia (cui lo statuto speciale garantisce, però, un particolare sistema di finanziamento); Lombardia, Toscana, Umbria e Marche. Rispetto agli anni precedenti, invece, registra un disavanzo pari a 21 € pro capite il Veneto, malgrado anche in questo caso si sia fatto ricorso a risorse aggiuntive a carico del bilancio regionale.

Quanto alle regioni sottoposte ai Piani di rientro, l'assoggettamento dovrà proseguire anche nel 2010, perché il triennio inizialmente previsto si è dimostrato insufficiente al riequilibrio della gestione. Nel 2009, soltanto Sicilia (46 €) ed Abruzzo (37 €) si sono posizionate al di sotto del disavanzo medio pro capite nazionale, mentre Lazio e Molise si confermano le regioni più deficitarie sia per il 2009 (rispettivamente 244 € e 225 € pro capite), sia nel dato cumulato 2001-2009 (rispettivamente 2.285 € e 1.803 €) (Grafico 1). Infine, un evidente deterioramento della situazione economico-finanziaria si registra in Calabria, che dal 2009 è anch'essa soggetta al Piano di rientro: il suo disavanzo passa da 33 € pro capite nel 2008 a 111 € nel 2009, anche per il venir meno della rilevante copertura da parte del bilancio regionale.

Per un'analisi più significativa, comunque, è opportuno incrociare i disavanzi pro capite con la spesa pro capite (Grafico 2). In alcune regioni, infatti, il posizionamento è analogo: nel Lazio ed in Molise, per esempio, sia il disavanzo che la spesa pro capite sono superiori alla mediana; nelle Marche entrambi i valori sono, invece, notevolmente inferiori alla mediana. Tra le regioni in equilibrio economico, tuttavia, ben 5 hanno una spesa pro capite superiore alla mediana: Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e PA di Bolzano. Il disallineamento è, ovviamente, dovuto alla differenziazione del finanziamento pro capite di cui dispongono i diversi SSR: di qui il dibattito sull'eventuale revisione dei criteri di ponderazione della popolazione in sede di attuazione della legge delega sul federalismo fiscale.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo sanitario pubblico (€) pro capite e cumulato, per regione - Anni 2001, 2008-2009

Regioni	2001	2008	2009	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato 2001-2009
Piemonte	49	-1	-4	228
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	276	101	133	1.091
Lombardia	31	0	-3	43
Bolzano-Bozen	638	-31	-27	576
Trento	-9	20	17	105
Veneto	67	-14	21	143
Friuli Venezia Giulia	15	-18	-8	-133
Liguria	47	68	62	753
Emilia-Romagna	4	-6	-9	110
Toscana	25	1	-4	120
Umbria	8	-10	-15	160
Marche	85	-24	-10	300
Lazio	186	298	244	2.285
Abruzzo	59	93	37	951
Molise	114	220	225	1.803
Campania	109	140	125	1.377
Puglia	41	88	72	385
Basilicata	47	49	37	357
Calabria	110	33	111	561
Sicilia	82	52	46	863
Sardegna	65	78	116	887
Italia	71	58	54	609

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2004-2009. Anno 2010.

**Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) per regione.
Anno 2009**

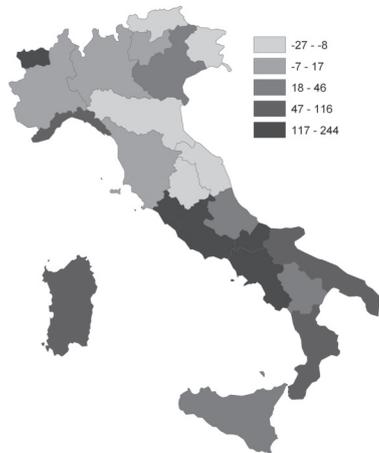
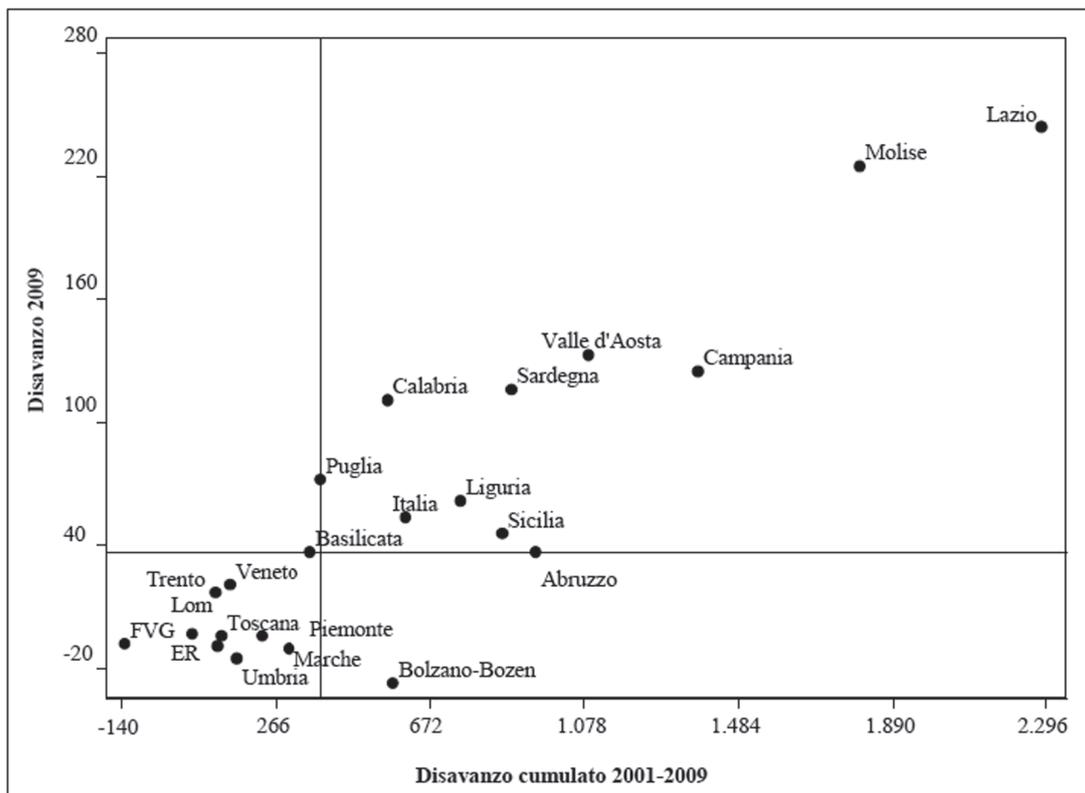
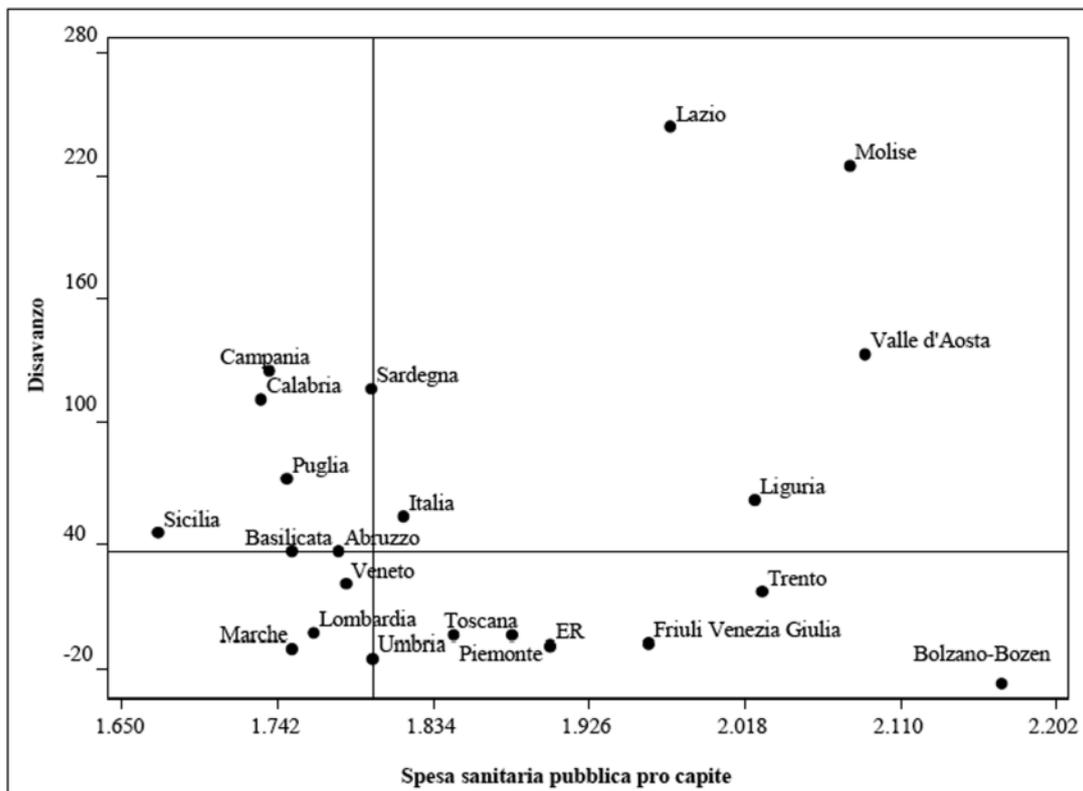


Grafico 1 - Distribuzione regionale del disavanzo cumulato e del disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite - Anno 2009



Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2004-2009. Anno 2010.

Grafico 2 - Distribuzione regionale del disavanzo/avanzo e della spesa sanitaria pubblica pro capite - Anno 2009

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2009. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi del disavanzo stesso (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione, inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare Piani di rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi alle medie nazionali. Inducono ad un cauto ottimismo 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. A quest'ultimo riguardo va,

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

Riferimenti bibliografici

- (1) E. Anesi Pessina, M.S. Macinati (2008). "Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo sanitario pubblico regionale", in Pezzani F. (a cura di), Ripensare il ruolo e la governance delle Regioni, Milano, EGEA, pp. 61-96.
- (2) Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2009.

Rilevanza del meccanismo tariffario nell'allocazione del Fondo Sanitario Regionale

Significato. L'indicatore intende esprimere la rilevanza assunta dal sistema tariffario come criterio di riparto del Fondo Sanitario Regionale (FSR). A tal fine, il denominatore è costituito dal totale dei contributi dal FSR. Il numeratore è, invece, rappresentato dai costi che le Aziende Sanitarie Locali (ASL) sostengono per remunerare le prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione: altre ASL, Aziende Ospedaliere (AO), strutture equiparate alle pubbliche e strutture private accreditate. La significatività dell'indicatore (1, 2) può, peraltro, essere accresciuta distinguendo, al numeratore, tra assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché tra prestazioni erogate da soggetti pubblici e da soggetti privati accreditati nella regione di riferimento. I dati sono tratti dai Modelli CE 2008, che si fondano su uno schema diverso e più dettagliato rispetto a

quello utilizzato negli anni precedenti. In particolare, il denominatore fa riferimento alla voce A01005 "A.1.A Contributi da regione e Provincia Autonoma per quota FSR". Le 4 componenti del numeratore sono, invece, le seguenti:

- assistenza ospedaliera da pubblico (B02180 ASL, AO, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e Policlinici pubblici della regione + B02185 altri soggetti pubblici della regione);
- assistenza ospedaliera da privato (B02195);
- assistenza specialistica ambulatoriale da pubblico (B02075 ASL, AO, IRCCS pubblici e Policlinici pubblici della regione + B02080 altri soggetti pubblici della regione);
- assistenza specialistica ambulatoriale da privato (B02095).

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

Numeratore	Costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie Locali per remunerare le prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione	x 100

Denominatore	Totale dei contributi dal Fondo Sanitario Regionale	

Validità e limiti. I limiti principali sono 3 (1, 2):

- 1) la qualità dell'informativa contabile delle Aziende Sanitarie continua a presentare alcuni problemi in termini di limitata attendibilità ed omogeneità dei bilanci aziendali, seppur con forti differenziazioni interregionali;
- 2) è possibile che alcune ASL riportino all'interno dei conti economici, tra i proventi, il finanziamento per quota capitolaria già al netto della mobilità passiva, omettendo quest'ultima dai costi e, quindi, inducendo una sottostima dell'indicatore (si veda per esempio il dato nullo della mobilità verso il pubblico in Calabria e Sardegna). Ciò vale soprattutto nei sistemi di finanziamento "a centralità regionale" dove la Regione finanzia le aziende dopo aver già scontato gli effetti dei flussi di mobilità;
- 3) in presenza di stringenti tetti di finanziamento, tali che la produzione effettiva delle aziende sia superiore a quella remunerata, il meccanismo tariffario può diventare prevalentemente formale (3).

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

Descrizione dei risultati

Complessivamente, l'incidenza dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri

soggetti della regione è particolarmente elevata in Lombardia (43,3%), nel Lazio (41,7%) ed in Sicilia (35,8%). Tale incidenza è, inoltre, più marcata nelle regioni del Centro-Nord (tranne Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano, Marche) rispetto a quelle del Sud (tranne la Puglia e la Sicilia).

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

Il confronto con gli anni precedenti è parzialmente inficiato dall'introduzione, a partire dal 2008, di una nuova versione dei modelli ministeriali di rilevazione Stato Patrimoniale e Conto Economico. Ciò premesso, rispetto al 2007 l'indicatore si presenta in diminuzione in tutte le regioni, ad eccezione della Basilicata e della Sicilia. Per la Sicilia, in particolare, si rileva un fortissimo incremento (+20%), ascrivibile, quasi interamente, all'assistenza ospedaliera da pubblico e riconducibile ai primi 2 punti dei limiti intrinseci dell'indicatore.

Tabella 1 - Rapporto (per 100) dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione, per regione e tipologia di assistenza - Anno 2008

Regioni	Mobilità				Totale
	Pubblico - ospedaliera	Privato - ospedaliera	Pubblico - specialistica ambulatoriale	Privato - specialistica ambulatoriale	
Piemonte	17,3	6,1	5,1	2,4	30,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,5	0,0	0,3	0,8
Lombardia	20,2	11,8	7,2	4,1	43,3
Bozano-Bozen	0,0	2,0	0,0	0,4	2,4
Trento	0,0	5,3	0,0	0,9	6,3
Veneto	10,8	7,2	3,5	3,4	24,9
Friuli Venezia Giulia	19,0	2,3	5,7	1,5	28,4
Liguria	22,1	0,9	2,3	1,0	26,3
Emilia-Romagna	14,3	4,5	3,5	1,0	23,3
Toscana	11,4	2,6	3,0	1,1	18,1
Umbria	18,9	1,2	3,0	0,5	23,6
Marche	9,7	3,6	2,2	0,9	16,4
Lazio	17,0	16,0	4,6	4,1	41,7
Abruzzo	4,4	4,3	0,6	1,6	10,9
Molise	0,0	6,4	0,0	2,2	8,6
Campania	3,6	8,1	1,3	5,1	18,1
Puglia	7,7	10,8	1,0	2,9	22,4
Basilicata	12,5	0,6	2,4	2,1	17,7
Calabria	0,0	7,5	0,0	2,2	9,7
Sicilia	20,8	7,7	2,1	5,2	35,8
Sardegna	0,2	3,6	0,0	2,3	6,0

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Modelli CE. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Come detto, non pare esistere un assetto ottimale del SSR in termini di numero e dimensione delle ASL, delle AO, delle strutture equiparate e di quelle private accreditate. È, però, evidente come ogni regione debba dotarsi di politiche e strumenti coerenti con l'assetto prescelto. Più il meccanismo tariffario è rilevante, in particolare, più le Regioni devono investire sui propri sistemi tariffari in termini di:

- 1) aggiornamento delle classificazioni;
- 2) verifica della coerenza tra tariffe e costi di produzione, anche attraverso differenziazioni tariffarie tra strutture o sistemi di remunerazione aggiuntiva extratariffa;
- 3) verifica della coerenza tra tariffe e comportamenti attesi (incremento o riduzione del peso relativo di determinate prestazioni);
- 4) strumenti per l'identificazione e la penalizzazione dei comportamenti opportunistici.

Più il meccanismo tariffario è rilevante, inoltre, più le ASL devono investire su sistemi di programmazione e controllo che non si focalizzino unicamente sulla pro-

duzione ed erogazione diretta di prestazioni, ma si estendano alle prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti (altre ASL, AO, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, altre strutture equiparate, case di cura private accreditate), configurando una funzione di committenza che non si esaurisca nell'imposizione di tetti, ma si estenda sia alla definizione del *mix* di servizi erogabili, attraverso adeguati processi di programmazione dell'offerta e di previsione dell'evoluzione della domanda, sia alla verifica quali-quantitativa dei servizi effettivamente erogati.

Riferimenti bibliografici

- (1) Cantù E, Carbone C (2007). I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie? In Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di), Rapporto OASI 2007-L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, EGEA.
- (2) Cantù E, Carbone C, Anessi Pessina E (2008). Do Italian Regions effectively use DRG funding to steer provider behaviour?. Paper presentato al IV convegno TAD, Milano.
- (3) Jommi C (2000). I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie. In Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di), Rapporto OASI 2000-L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, EGEA.

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

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

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

Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo

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

Prodotto Interno Lordo pro capite

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

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

Il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica ed il PIL indica la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per la promozione, il mantenimento,

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

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

Spesa sanitaria pubblica pro capite

L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie disponibili in media per ogni individuo di una data regione per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

In tal senso dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per garantire i LEA, sia per gli altri servizi socio-sanitari che la regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni. Inoltre, tale indicatore, essendo espresso in euro correnti, e quindi fisiologicamente in crescita al crescere dei prezzi dei prodotti e servizi, non rappresenta la quantità di servizi garantiti a ciascuno.

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

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

Si tratta di un indicatore grezzo che non consente di trarre indicazioni di politica sanitaria né di misurare il grado di benessere della collettività ed, a causa della presenza di meccanismi di natura perequativa, non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla Sanità Pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

I suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa complessiva dei servizi sanitari garantiti, non palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle diverse regioni, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate, né esprime la differenza nell'organizzazione

sanitaria e nella pratica medica con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse. In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Relativamente al dato 2008 ci si è basati sui Conti Economici Regionali. Poiché il completamento della base informativa necessaria per la compilazione dei conti regionali nella loro interezza avviene, infatti, dopo circa 19 mesi dalla fine dell'anno di riferimento, le valutazioni rilasciate prima di tale scadenza non possono che essere incomplete per quanto attiene il numero di variabili stimate e le disaggregazioni (territoriali e settoriali) sono da ritenersi assolutamente provvisorie, in attesa dei successivi aggiornamenti. Ciò potrebbe determinare una differenza delle stime a livello territoriale rispetto a quelle nazionali che sono, invece, rilasciate dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) dopo 2 mesi dalla fine dell'anno di riferimento.

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

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

Per contro tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni, dovuto prevalentemente alla diversa composizione della popolazione per età, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite consiste nel fatto che

non consente di valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni più efficienti ed in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione. Gli anni presi in considerazione non sono allineati con quelli dell'indicatore precedente. La ragione sta nel fatto che si sono voluti presentare gli ultimi anni disponibili dovendo, però, rinunciare ad una lettura integrata delle informazioni.

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

se $\eta_{yx} > 1$ vi è elasticità

se $\eta_{yx} < 1$ vi è anelasticità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

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

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

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

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi-Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

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

Un primo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le Aziende Sanitarie hanno sistemi contabili pienamente adeguati. Per la sua natura "politicamente sensibile" il dato si rivela talvolta lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio. Le eventuali risorse aggiuntive stanziare dalle Regioni a carico dei propri bilanci per garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema regionale non sono chiaramente esplicitate nella RGSEP. Le regole e le prassi di redazione dei conti economici consolidati dei SSR presentano alcune rilevanti criticità (1). In prospettiva, miglioramenti potrebbero derivare dalle recenti iniziative in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/11), "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012). Nel frattempo, per depurare l'analisi da situazioni contingenti e limitare l'impatto delle politiche di bilancio, potrebbe essere opportuno fare riferimento a dati medi pluriennali.

Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzitutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali, in quanto i ricavi derivano, principalmente, dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali delle popolazioni regionali. Ciò vale

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

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

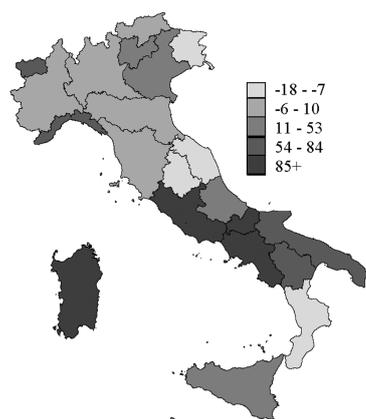
Rientro: Lazio e Molise, in particolare, si confermano le regioni più deficitarie, ma conseguono riduzioni significative del proprio disavanzo pro capite rispetto al 2009; Sicilia (12€) e Abruzzo (14€) si posizionano addirittura al di sotto del disavanzo medio pro capite nazionale.

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

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

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

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



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi del disavanzo stesso (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione, inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concorda-

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

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

Riferimenti bibliografici

- (1) E. Anessi Pessina, M.S. Macinati (2008). "Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo sanitario pubblico regionale", in Pezzani F. (a cura di), Ripensare il ruolo e la governance delle Regioni, Milano, EGEA, pp. 61-96.
- (2) Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2010.

Grado di specializzazione delle Aziende Sanitarie

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

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

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

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

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

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

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

Indice di specializzazione delle Aziende Sanitarie

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

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

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

spettro dei LEA.

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

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

Descrizione dei risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

n.d.= non disponibile.

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Riferimenti bibliografici

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

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)¹.

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.

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

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

se $\eta_{yx} > 1$ vi è elasticità

se $\eta_{yx} < 1$ vi è anelasticità

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

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	Δ % (2008-2009)	Δ % (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
Italia	6,09	6,87	7,22	5,02	18,51	2,87

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
Italia	1.524.624	25.329

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
Italia	1.644	1.831	1.851	1,09	12,59	2,00

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
Italia	1.851	1.851

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, ammortamenti¹, 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

¹In 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€).

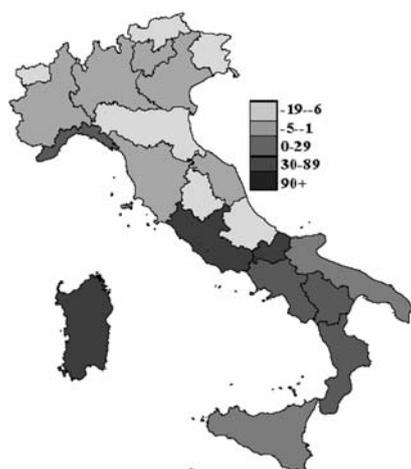
Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (€) sanitario pubblico pro capite e cumulato per regione - Anni 2002, 2010, 2011

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
Italia	50	36	29	608

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.

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 e 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 e il PIL indi-

ca la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per la promozione, il mantenimento, la cura e 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 per la garanzia dei LEA viene introdotto il secondo indicatore: il PIL pro capite, che esprime il valore dei beni e servizi mediamente prodotto 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 ne accreditano l'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 e, a causa della presenza di meccanismi di natura perequativa, non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla Sanità Pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

I suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa complessiva dei servizi sanitari garantiti, non tiene conto della diversa numerosità della popolazione nelle regioni, né palesa i differenti livelli di bisogno di assistenza sanitaria. Inoltre, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed

efficiente delle risorse. In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni.

Infine, nella lettura dell'indicatore non va dimenticato che per l'attuale metodo 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 avrebbe 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 di ciascun cittadino.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi naziona-

li 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, pur denunciando una crescita dal 2005 al 2012 (Tabella 1) ad un tasso medio composto annuo dello 0,77%, manifesta una flessione a partire dal 2009 passando dal 7,22% al 7,04%. Questo andamento è in linea con gran parte dei Paesi OCSE, dove la crescita della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL si è rallentata a partire dal 2009 e il tasso medio annuo composto si posiziona sotto l'1,0% nel periodo 2005-2011.

Negli anni 2009-2010-2011 il valore italiano è allineato alla media dei Paesi OCSE, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come UK, Germania, Francia e USA di circa 1,5 punti percentuali.

A livello regionale, il trend 2005-2012 registra un tasso medio annuo composto della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL positivo per la maggior parte delle regioni, con l'eccezione di 6 di esse che denunciano, invece, una leggera flessione: Abruzzo (-1,18%), PA di Bolzano (-1,18%), Molise (-1,00%), Liguria (-0,50%), Campania (-0,26%) e Lazio (-0,11%).

A partire dal 2010 si registra, anno dopo anno, una contrazione della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL che interessa 7 regioni nel 2010, si estende a tutte, eccetto la PA Trento, nel 2011 e ne coinvolge 8 nel 2012.

La situazione vede, in tutti gli anni 2010-2012, un gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali si presentano con valori superiori all'8% circa e sempre maggiori del dato nazionale, mentre le regioni settentrionali spendono meno del 7,5% circa.

L'incidenza minima si ha sempre in Lombardia e la

massima in Campania con un divario che si riduce leggermente negli anni passando da 5,36 nel 2010 a 4,84 nel 2012.

A partire dal 2010, 6 regioni meridionali (Puglia, Basilicata, Molise, Sicilia, Calabria e Campania) hanno una incidenza della spesa sanitaria rispetto al PIL superiore al 10,0% e nel 2012 si aggiunge la Sardegna.

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 2012 è stata effettuata una lettura integrata di due indicatori: spesa sanitaria su PIL e PIL pro capite (Tabelle 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 rappresenta una quota proporzionale alle risorse prodotte da ciascun residente nelle diverse regioni ed, anzi, sembrerebbe esistere una relazione inversa: tanto maggiore è il PIL pro capite tanto minore è la quota del PIL destinata alla tutela della salute. Relativamente alle 8 regioni interessate dai Piani di Rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia), nel 2010 hanno ridotto la spesa rispetto al PIL solo in 4 (Piemonte, Abruzzo, Lazio e Calabria), tutte nel 2011 e 5 nel 2012 (Abruzzo, Calabria, Campania, Molise e Sicilia). Nel periodo 2009-2012, tutte le regioni sottoposte a Piani di Rientro presentano un tasso medio annuo composto negativo con l'unica eccezione della Sicilia.

Tabella 1 - Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (per 100) per regione - Anni 2005, 2008-2012

Regioni	2005	2008	2009	2010	2011	2012	Δ % (2001-2012)	Δ % (2005-2012)	Tassi medi composti annui (2009-2012)
Piemonte	6,09	6,35	6,93	6,83	6,56	6,58	0,34	8,08	-1,70
Valle d'Aosta	5,73	6,08	6,29	6,31	6,30	6,30	0,04	10,00	0,07
Lombardia	4,81	5,16	5,44	5,44	5,38	5,47	1,68	13,73	0,19
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6,52</i>	<i>6,38</i>	<i>6,09</i>	<i>6,09</i>	<i>5,94</i>	<i>6,00</i>	<i>1,04</i>	<i>-7,95</i>	<i>-0,49</i>
<i>Trento</i>	<i>5,45</i>	<i>5,71</i>	<i>6,17</i>	<i>6,21</i>	<i>6,24</i>	<i>6,45</i>	<i>3,30</i>	<i>18,27</i>	<i>1,45</i>
Veneto	5,42	5,64	5,98	5,95	5,73	5,83	1,79	7,61	-0,83
Friuli Venezia Giulia	5,92	6,55	7,02	6,90	6,83	6,96	1,93	17,60	-0,28
Liguria	7,53	7,21	7,62	7,64	7,35	7,27	-1,10	-3,47	-1,56
Emilia-Romagna	5,47	5,51	5,89	5,90	5,71	5,81	1,76	6,23	-0,45
Toscana	5,98	6,35	6,81	6,72	6,58	6,43	-2,21	7,60	-1,87
Umbria	7,01	7,11	7,70	7,70	7,64	7,76	1,58	10,71	0,26
Marche	6,22	6,39	6,76	7,02	6,83	6,91	1,20	11,12	0,74
Lazio	6,70	6,75	6,89	6,82	6,61	6,65	0,58	-0,77	-1,18
Abruzzo	8,43	8,21	8,42	8,14	7,91	7,76	-1,93	-7,98	-2,69
Molise	10,94	10,04	10,42	10,75	10,33	10,20	-1,30	-6,80	-0,72
Campania	10,50	10,46	10,76	10,80	10,56	10,31	-2,37	-1,81	-1,41
Puglia	9,42	9,95	10,54	10,63	10,14	10,18	0,41	8,08	-1,15
Basilicata	8,88	9,68	10,41	10,54	10,31	10,04	-2,60	13,08	-1,19
Calabria	9,50	10,26	10,70	10,62	10,44	10,16	-2,72	6,90	-1,73
Sicilia	9,85	9,89	10,17	10,43	10,38	10,30	-0,81	4,53	0,41
Sardegna	8,54	8,95	9,63	9,98	9,98	10,05	0,70	17,68	1,43
Italia	6,67	6,86	7,22	7,21	7,02	7,04	0,24	5,50	-0,85

Fonte dei dati: Istat. Health for all-Italia. Anno 2013.

Tabella 2 - PIL totale (valori in miliardi di €) e PIL pro capite (valori in €) per regione - Anno 2012

Regioni	PIL totale	PIL pro capite
Piemonte	124.926	27.942
Valle d'Aosta - Vallée d'Aoste	4.443	34.465
Lombardia	331.405	33.066
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>19.162</i>	<i>37.316</i>
<i>Trento</i>	<i>16.243</i>	<i>30.338</i>
Veneto	146.605	29.531
Friuli Venezia Giulia	35.996	29.106
Liguria	44.064	27.308
Emilia-Romagna	140.914	31.538
Toscana	105.895	28.100
Umbria	21.222	23.316
Marche	40.192	25.601
Lazio	169.483	29.195
Abruzzo	30.048	22.322
Molise	6.385	20.034
Campania	95.488	16.369
Puglia	70.314	17.208
Basilicata	10.516	17.964
Calabria	33.282	16.575
Sicilia	84.888	16.826
Sardegna	33.025	19.722
Italia	1.567.010	25.729

Fonte dei dati: Istat. Health for all-Italia. Anno 2013.

Raccomandazioni di Osservasalute

La spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL segue in Italia l'andamento degli altri Paesi dell'OCSE, registrando una riduzione a partire dal 2009. Ciò che, tuttavia, rende la realtà italiana più complessa è che nell'indicatore la variabile che condiziona maggiormen-

te tale riduzione è il numeratore, cioè la spesa sanitaria pubblica. Tale fenomeno se protratto nel tempo può sfociare o in un incremento della spesa privata e/o in ricadute negative sulla salute della popolazione. In un'ottica di servizio pubblico sono, pertanto, necessari interventi a livello governativo volti a garantire

livelli essenziali di qualità.

La spesa corrente pubblica sul PIL si presenta ancora molto variegata fra le regioni con un netto gradiente Nord-Sud ed Isole. 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, pare incidere in misu-

ra 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. A supporto di tale ultima possibile spiegazione vi sono i dati relativi alle regioni interessate dai Piani di Rientro che sono per lo più fra quelle che hanno una incidenza superiore al valore nazionale.

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 individuare 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 e altri beni) in modo da evitare inutili duplicazioni o situazioni di carenze strutturali che conducono ad una lievitazione della spesa.

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.

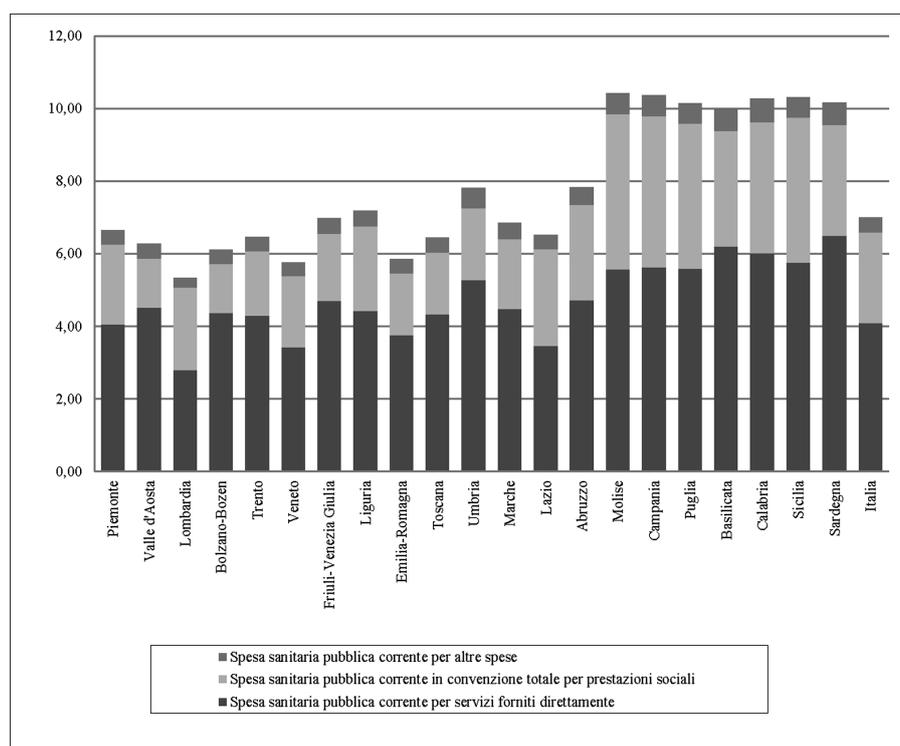
Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,30%) e dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,25%). La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione 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

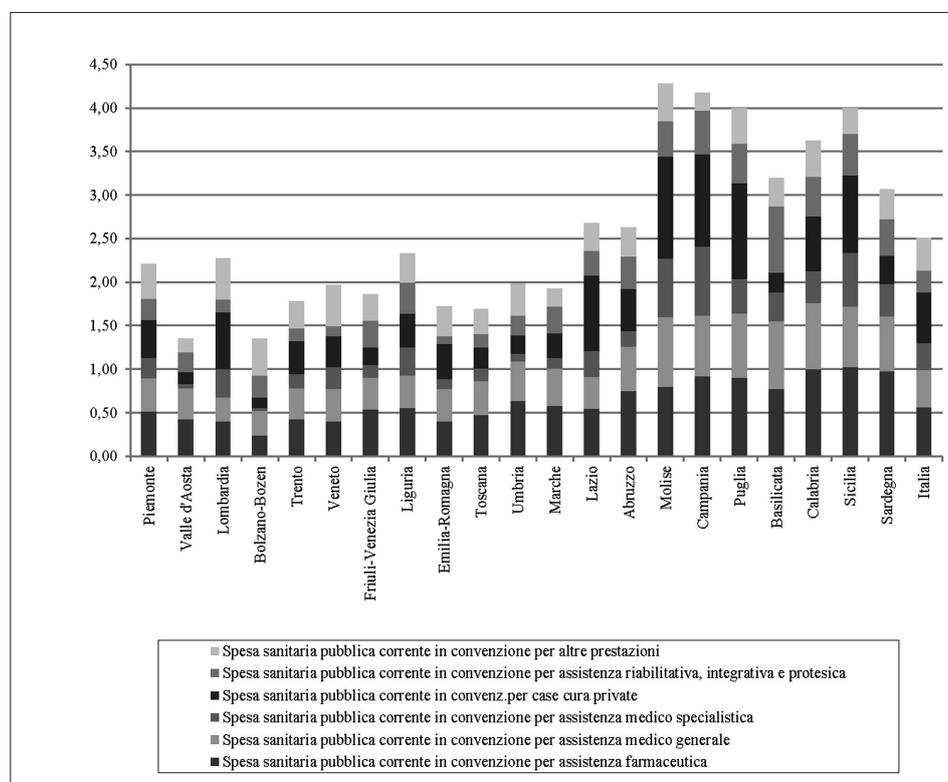
Regioni	Totale spesa sanitaria pubblica corrente	Spesa sanitaria pubblica corrente			In convenzione per prestazioni sociali					
		Per servizi forniti direttamente	Per altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	Per assistenza medico generale	Per assistenza medico specialista	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€).

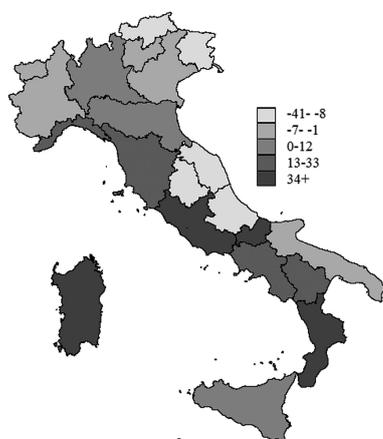
Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2002, 2009, 2012

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
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>152</i>	<i>-74</i>	<i>-13</i>	<i>-172</i>	<i>-137</i>
<i>Trento</i>	<i>-2</i>	<i>23</i>	<i>-3</i>	<i>135</i>	<i>39</i>
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).

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

Significato. Nel presente Capitolo è presentato, per il secondo anno consecutivo, l'indicatore della 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 esprima solo l'incidenza della spesa corrente pubblica nella sua totalità, ma che offra una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali oltre che nazionali. A tal fine, l'indicatore non solo analizza le seguenti tre funzioni:

- Spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprendente la spesa per l'assistenza di medicina generale, l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa, riabilitativa, ospedaliera ed altre prestazioni non erogate direttamente dalle

Aziende Sanitarie);

- Spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurative, contributive e fiscali);
- ma effettua anche una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono. Nel dettaglio:
- 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 di 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

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	
		x 100
Denominatore	Prodotto Interno Lordo corrente	

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 palese 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.

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 nazionali e, per il dato nazionale nella sua totalità e per il dato relativo ad alcune funzioni, laddove disponibile, quelli dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

Descrizione dei risultati

Nel 2013, la spesa sanitaria pubblica corrente assorbe il 6,76% del PIL (Tabella 1), segnando una riduzione

rispetto all'anno precedente in cui il valore era pari al 7,0%. Tale minore incidenza è determinata da una riduzione della spesa corrente mitigata da una contestuale riduzione del PIL.

Il suo valore è inferiore a quello della maggior parte dei Paesi europei, come Gran Bretagna, Germania, Francia, Norvegia, Danimarca e addirittura degli Stati Uniti che hanno, notoriamente, un sistema finanziato prevalentemente con fondi privati (1).

Il *range* fra le regioni è più ampio di quello registrato negli anni precedenti. Il valore più basso continua a presentarsi in Lombardia con 4,96% del PIL, mentre il valore più alto si registra ancora in Molise con 11,12%, denunciando un divario che supera i 6 punti percentuali e che si incrementa di circa 1 punto percentuale rispetto al 2012.

Si manifesta un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano un valore sempre superiore al valore nazionale. Il dato è da leggere tenendo conto che la spesa sanitaria pubblica è condizionata dalla presenza di meccanismi di perequazione finanziaria interregionale e, solo indirettamente, riflette il grado di sviluppo economico della regione. Di conseguenza, le regioni del Meridione presentano valori di spesa sul PIL superiori al valore nazionale, sostanzialmente a causa del PIL più basso di quello delle regioni del resto d'Italia.

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 spese; spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione (Grafico 1).

La prima componente gioca un ruolo predominante in tutte le regioni e di conseguenza a livello nazionale.

Questa componente incide da un minimo del 2,60% del PIL, sempre in Lombardia, ad un massimo del 6,72% 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 0,24% del PIL in Lombardia ad un massimo dello 0,72% in Calabria e corrisponde ad una percentuale della spesa pubblica corrente mai superiore al 7%.

Infine, la spesa per prestazioni in convenzione incide da un minimo dell'1,11% del PIL nella PA Bolzano ad un massimo del 4,56% in Molise e assorbe in ogni regione una percentuale sempre superiore o uguale al 20% della spesa pubblica corrente.

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 direttamen-

te 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. Gioca un ruolo da protagonista la PA di Bolzano con una percentuale di spesa per prestazioni in convenzione pari al 19,82%.

La spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2), a livello nazionale (2,42% del PIL), è prevalentemente articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,56%) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,53%). 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 della Gran Bretagna.

Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,24%) e dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,29%). La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,41% del PIL.

La spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) presenta un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con valori più alti del dato 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, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, il Lazio, il Molise, la Campania e la Puglia, per le quali la maggior quota di spesa in convenzione è da assegnare alla spesa sanitaria per case di cura private.

Alla luce dei risultati rappresentati nel Grafico 2 emerge che le differenze di incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente e di quella per servizi erogati in convenzione sono da ricondurre, innanzitutto, alla maggiore o minor presenza di strutture private accreditate nelle diverse regioni, ma anche alle diverse politiche di contenimento della spesa adottate dalle regioni. Se la rilevante presenza di strutture private accreditate giustifica l'alta incidenza della spesa per prestazione in convenzione in regioni come Lombardia, Lazio, Campania e Molise, l'opzione di una politica di erogazione diretta del farmaco al paziente attraverso le strutture dell'Azienda Sanitaria può spiegare il basso valore, per altro ridotto rispetto al 2012, della spesa per prestazioni in convenzione della PA di Bolzano.

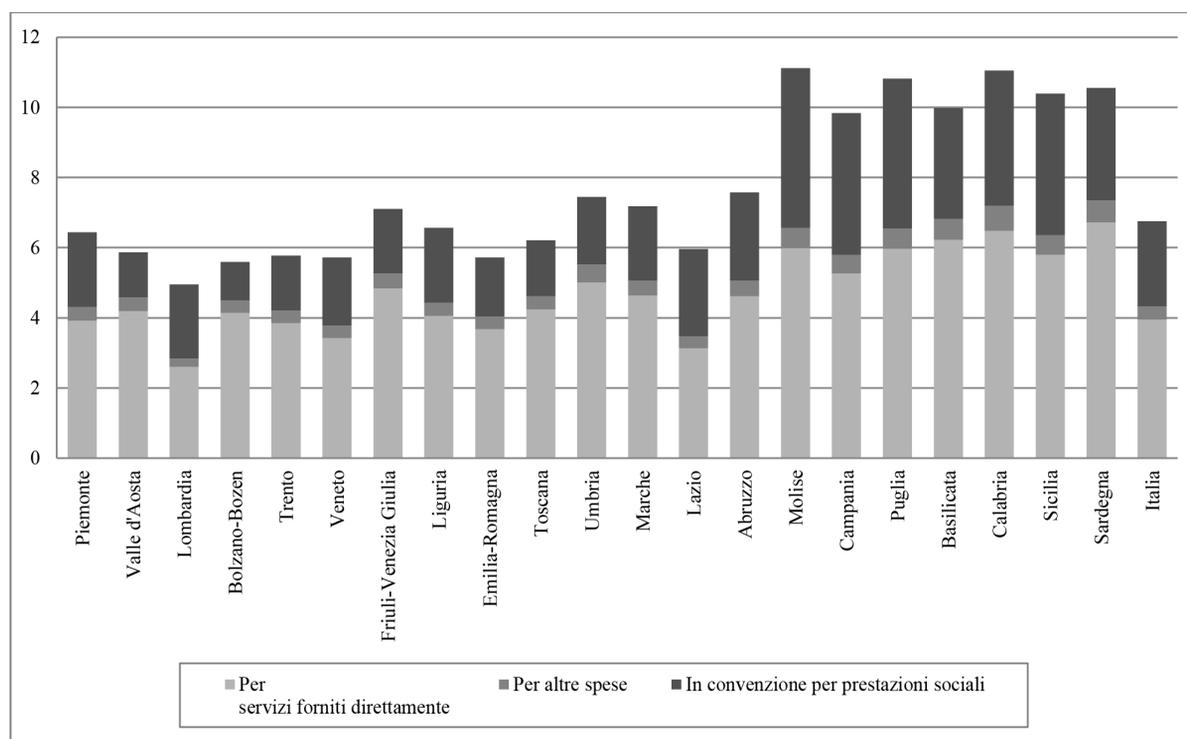
ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

331

Tabella 1 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al PIL per regione - Anno 2013

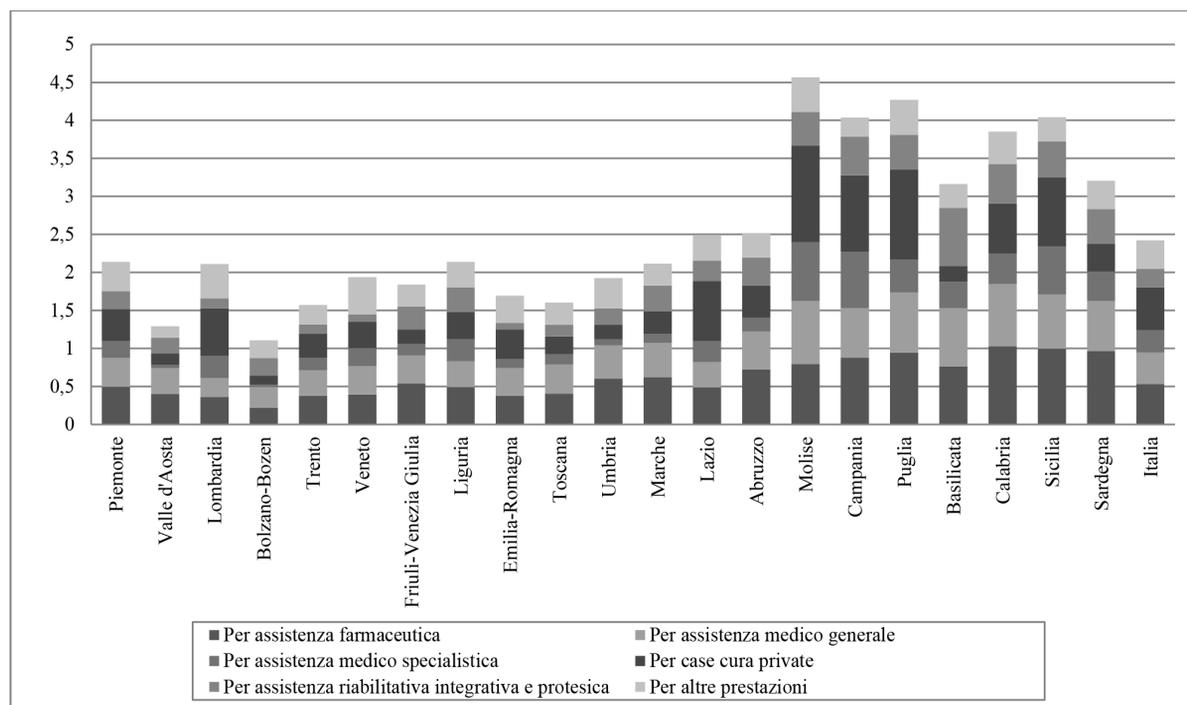
Regioni	Totale	Spesa sanitaria pubblica corrente			In convenzione per prestazioni sociali					
		Per servizi forniti direttamente	Per altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	Per assistenza medico generale	Per assistenza medico specialista	Per case di cura private	Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Per altre prestazioni
Piemonte	6,44	3,92	0,38	2,14	0,50	0,38	0,22	0,42	0,24	0,39
Valle d'Aosta	5,87	4,19	0,38	1,29	0,40	0,34	0,04	0,15	0,21	0,15
Lombardia	4,96	2,60	0,24	2,11	0,36	0,25	0,29	0,62	0,13	0,45
Bolzano-Bozen	5,60	4,14	0,35	1,11	0,22	0,27	0,03	0,12	0,23	0,23
Trento	5,77	3,86	0,35	1,57	0,38	0,33	0,16	0,32	0,12	0,26
Veneto	5,72	3,43	0,36	1,94	0,40	0,37	0,24	0,35	0,10	0,49
Friuli Venezia Giulia	7,11	4,84	0,43	1,84	0,54	0,37	0,15	0,19	0,30	0,29
Liguria	6,56	4,06	0,36	2,14	0,49	0,34	0,29	0,36	0,32	0,34
Emilia-Romagna	5,72	3,67	0,36	1,69	0,38	0,36	0,12	0,39	0,09	0,36
Toscana	6,21	4,24	0,37	1,60	0,41	0,38	0,13	0,24	0,15	0,29
Umbria	7,45	5,00	0,52	1,93	0,60	0,43	0,08	0,19	0,21	0,40
Marche	7,18	4,64	0,43	2,12	0,62	0,45	0,12	0,30	0,34	0,29
Lazio	5,96	3,14	0,34	2,49	0,49	0,33	0,28	0,79	0,27	0,34
Abruzzo	7,58	4,61	0,45	2,52	0,72	0,50	0,18	0,42	0,37	0,32
Molise	11,12	5,98	0,57	4,56	0,79	0,83	0,78	1,27	0,44	0,46
Campania	9,84	5,26	0,54	4,04	0,88	0,65	0,74	1,01	0,51	0,25
Puglia	10,82	5,97	0,58	4,27	0,94	0,79	0,43	1,18	0,46	0,46
Basilicata	9,98	6,23	0,59	3,16	0,76	0,76	0,35	0,21	0,76	0,31
Calabria	11,05	6,48	0,72	3,85	1,03	0,82	0,40	0,66	0,52	0,42
Sicilia	10,40	5,80	0,56	4,04	1,00	0,71	0,63	0,91	0,47	0,32
Sardegna	10,56	6,72	0,63	3,21	0,96	0,66	0,39	0,37	0,45	0,37
Italia	6,76	3,95	0,38	2,42	0,53	0,41	0,29	0,56	0,24	0,38

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Grafico 1 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al PIL per regione - Anno 2013

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Grafico 2 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al PIL per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

I valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL evidenziano che la quota di risorse finanziarie 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 del Meridione. Questo risultato evidenzia che il peso dell'assistenza sanitaria rispetto al sistema produttivo è variabile fra le regioni e che in assenza di meccanismi perequativi sarebbe più gravoso nelle regioni a basso reddito assicurare livelli omogenei di prestazioni.

La stessa varietà si riscontra anche nella composizione della spesa per funzione, con regioni che dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni e altre che invece tendono a spendere in misura maggiore per le prestazioni in convenzione destinando, in particolare, maggiori risorse all'assistenza farmaceutica e alle prestazioni ospedaliere per case di cura.

Certamente questo spaccato regionale può essere condizionato da numerosi fattori. Innanzitutto il diverso quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e la diversa numerosità e composizione della popolazione stessa, che possono determinare la necessità di una maggiore erogazione di servizi sanitari. In

secondo luogo, e soprattutto con riferimento a certe voci di spesa come quelle relative alla spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private, una diversa politica sanitaria intrapresa nel passato dalle regioni ha determinato un diverso mix pubblico/privato nelle strutture di offerta. In terzo luogo, può aver pesato la diversa politica di contenimento della spesa, dall'introduzione dei ticket all'erogazione diretta di farmaci o per conto delle Aziende Sanitarie, alla rivisitazione dei posti letto accreditati ed al miglioramento nell'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 garantire appropriatezza delle prestazioni erogate e di evitare che analoghi bisogni di salute vengano soddisfatti in regioni diverse con tipologia e quantità di prestazioni differenti ed un diverso utilizzo di risorse.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD. Health Statistics. Anno 2015.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Nel presente Capitolo viene presentato un importante indicatore della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente rispetto alla popolazione residente, per l'intera Nazione e in ciascuna singola regione.

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 impegnate mediamente sia per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sia per gli altri servizi socio-sanitari che la regione ritiene di dover garantire alla popo-

lazione 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.

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.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore sulla 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 nazionali e, per il dato nazionale, quelli dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

Descrizione dei risultati

Nel 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è di 1.817€, del tutto in linea con il valore dell'anno precedente, segnando così un arresto del trend

in diminuzione dal 2010.

Con tale valore medio, l'OCSE pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno, tra i 32 dell'area OCSE, in termini pro capite. Nell'ultimo anno, ad esempio, il Canada ha, infatti, speso oltre il 100% in più per ogni cittadino rispetto all'Italia, la Germania il 68% e la Finlandia il 35%, con la conseguenza che l'Italia si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226€) e la più bassa in Campania (1.689€). Il *gap* è di 537€

La distribuzione della spesa fra le regioni si presenta disomogenea senza, però, un netto gradiente Nord-Sud ed Isole. Fra il 2013 e il 2014, 12 regioni hanno ridotto la loro spesa sanitaria pro capite, mentre 9 ne hanno incrementato il valore. Fra queste ultime, 3 sono regioni in Piano di Rientro (Campania +0,18%, Puglia +1,07% e Molise +6,23%). Le regioni più virtuose, con una riduzione >2%, appartengono al Nord Italia (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte). Nonostante l'incremento della spesa pro capite dell'ultimo anno in alcune regioni, l'analisi condotta nel periodo 2010-2014 evidenzia un trend in diminuzione, con un tasso medio composto annuo di -0,58% a livello nazionale. Quindici regioni, variamente distribuite sul territorio italiano, registrano un tasso medio annuo composto in riduzione e per la maggior parte di esse il valore si posiziona nel *range* compreso tra -0,30% e -1,00%. Sei regioni, invece, hanno costantemente incrementato la spesa sanitaria pubblica pro capite nel periodo 2010-2014. Si tratta di Emilia-Romagna, Lombardia, PA di Trento per il Nord Italia, Umbria per il Centro, Molise e Sardegna per il Meridione. Il Molise, è in Piano di Rientro.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (valori percentuali) per regione - Anni 2010-2014

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % (2010-2014)	Δ % (2013-2014)	Tassi medi composti annui (2010-2014)
Piemonte	1.922	1.906	1.904	1.847	1.805	-6,05	-2,23	-1,55
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	2.187	2.237	2.193	2.160	2.094	-4,23	-3,06	-1,07
Lombardia	1.825	1.850	1.814	1.807	1.842	0,97	1,96	0,24
Bolzano-Bozen	2.219	2.235	2.307	2.231	2.187	-1,45	-1,99	-0,37
Trento	1.895	1.943	1.990	1.943	1.924	1,54	-0,95	0,38
Veneto	1.754	1.745	1.734	1.724	1.726	-1,58	0,10	-0,40
Friuli Venezia Giulia	2.001	2.045	2.060	2.040	1.960	-2,06	-3,93	-0,52
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	2.014	-2,72	0,72	-0,69
Emilia-Romagna	1.850	1.863	1.893	1.872	1.855	0,25	-0,89	0,06
Toscana	1.889	1.902	1.853	1.813	1.832	-2,99	1,08	-0,76
Umbria	1.837	1.846	1.874	1.827	1.850	0,70	1,23	0,17
Marche	1.832	1.816	1.784	1.791	1.781	-2,81	-0,58	-0,71
Lazio	1.996	1.987	1.998	1.923	1.904	-4,61	-0,98	-1,17
Abruzzo	1.774	1.789	1.795	1.756	1.753	-1,19	-0,20	-0,30
Molise	2.162	2.095	2.123	2.095	2.226	2,93	6,23	0,72
Campania	1.791	1.748	1.718	1.686	1.689	-5,69	0,18	-1,45
Puglia	1.843	1.794	1.763	1.764	1.783	-3,29	1,07	-0,83
Basilicata	1.862	1.885	1.822	1.833	1.829	-1,78	-0,23	-0,45
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	1.711	-3,74	-0,23	-0,95
Sicilia	1.775	1.769	1.752	1.731	1.707	-3,81	-1,36	-0,97
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	4,21	2,33	1,04
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	-2,32	0,04	-0,59

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2015.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prima raccomandazione è legata all'indicatore. Pare, infatti, utile continuare nel suo utilizzo, nonostante i limiti intrinseci, per due ragioni sostanziali. La prima risiede nel fatto che permette di valutare l'ammontare di risorse che la regione e la Nazione utilizzano 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. La seconda è legata al fatto che si tratta di un indicatore utilizzato nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tale, la sua misurazione consente un confronto a livello internazionale. La seconda raccomandazione nasce dai risultati emersi per i quali si denota una certa disomogeneità fra le diverse realtà italiane. Tali differenziali sono, certamente, di difficile valutazione poichè possono derivare, almeno in parte, da differenziali nei livelli di bisogno, ma possono anche essere causati da sprechi e inefficienze (per esempio consumo inappropriato di prestazioni ed elevati costi unitari), dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e da organizzazioni dei servizi non coerenti con i bisogni della popolazione. Certamente, qualunque sia il concorso di cause, pare evidente che, nel tempo, permangono le distanze fra le varie regioni e che, presumibilmente, le regioni hanno adottato comportamenti disomogenei nell'attivare gli interventi necessari per superare le criticità presenti

sul proprio territorio.

Tale conclusione appare più evidente in relazione alle regioni in Piano di Rientro. Delle 8 regioni, 7 (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia) registrano una diminuzione della spesa nel periodo 2010-2014, ma 2 (Campania e Puglia) hanno invertito la propria tendenza nell'ultimo anno, mentre l'ottava regione, il Molise, ha sempre incrementato la propria spesa in tutto l'arco temporale analizzato.

È, quindi, raccomandabile una maggiore attenzione da parte delle regioni alle modalità di utilizzo delle risorse finanziarie in ambito sanitario, al fine di perseguire l'obiettivo prioritario di salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute dei propri cittadini anche attraverso la garanzia dei livelli di assistenza uniformemente in tutto il territorio italiano.

La terza raccomandazione è legata alla disponibilità di idonei flussi di informazione. La conseguenza è che occorrerebbe investire maggiormente sulla qualità dei dati laddove già esistono, come ad esempio la spesa per 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 cambiamenti di politica sanitaria e gestionali più mirati.

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 finanziamenti e costi, quindi problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, se circoscritti 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.

Metodologia. In passato i dati erano tratti dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) che, però, è stata pubblicata solo fino all'Edizione 2012. Attualmente, dati analoghi vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria", giunto, nel 2015, alla 2^a edizione (1). Le principali differenze tra le due serie di dati riguardano il trattamento delle "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" e degli eventuali utili conseguiti da singole aziende. Le "risorse aggiuntive da bilancio regionale", nella RGSEP, venivano incluse tra i ricavi purché assegnate "per assicurare ex-ante l'equilibrio economico-finanziario" del SSR (2) anziché per coprire *ex-post* i disavanzi dell'esercizio. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali risorse vengono sempre escluse dai ricavi, in quanto considerate "risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, [conferita] per il raggiungimento dell'equilibrio economico" (3). Si noti che, in questo modo, si finisce per assimilare situazioni profondamente diverse. In particolare, vengono trattate in modo uniforme tre diverse fattispecie, in cui le risorse aggiuntive: sono stanziare *ex-ante*, ossia per lo stesso esercizio in cui si sosterranno i correlati costi; sono stanziare *ex-post*, ossia negli esercizi successivi a quello in cui si sono sostenuti i correlati costi, a copertura dei relativi disavanzi; sono, come nella fattispecie precedente, stanziare *ex-post* a copertura dei disavanzi, ma risultavano già "preordinate" allo scopo, in virtù degli impegni assunti con la sottoscrizione del Piano di Rientro. Complessivamente, l'innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS, rispetto alla metodologia precedentemente utilizzata nella RGSEP, comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale¹

sia, più specificamente, dei risultati relativi ad alcune regioni: in particolare, quelle regioni a statuto ordinario (principalmente Piemonte ed Emilia-Romagna) che più sistematicamente hanno destinato *ex-ante* al proprio SSR risorse aggiuntive da bilancio regionale, nonché le regioni a statuto speciale (Sicilia esclusa) e le PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, impiegando somme spesso molto superiori al fabbisogno sanitario regionale standard, come deliberato dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica.

Quanto agli eventuali utili conseguiti da singole aziende, nella RGSEP si operava una semplice somma algebrica tra gli utili e le perdite delle aziende del SSR, sicché gli utili contribuivano a migliorare il risultato economico consolidato del SSR stesso. Nel Rapporto di Monitoraggio RGS, invece, tali utili vengono esclusi dalla determinazione del risultato economico consolidato del SSR, a meno che "la regione, tramite atto formale, renda noto agli Enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo" (1). Complessivamente, dunque, anche questa innovazione apportata dal Rapporto di Monitoraggio RGS comporta un peggioramento sia del dato totale nazionale sia, più specificamente, dei risultati relativi delle regioni che presentano aziende in utile².

Nell'interpretazione dei dati è, inoltre, opportuno considerare la presenza di una duplice discontinuità nella serie storica, tra il 2010-2011 e tra il 2011-2012. In passato, infatti, veniva impiegata una configurazione di risultato economico che escludeva alcune voci non monetarie di costo e di ricavo, tra cui, principalmente, gli ammortamenti e le relative sterilizzazioni. Questa impostazione è stata 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" (4). Dal 2012, vengono integralmente prese in considerazione tutte le voci di costo e ricavo. Nel 2012, inoltre, è entrato in vigore il D. Lgs. n. 118/2011, che ha sostituito le precedenti regole contabili statuite 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 del bilancio. Ha, inoltre, "comportato che,

¹In misura pari a 1.530, 1.343, 1.190, 1.470, 1.729, 1.436, 1.082 milioni di euro per gli esercizi dal 2006 al 2012.

²Per il 2014, spicca il caso del Veneto, che si è visto ridurre il risultato consolidato in misura pari a 23,8 milioni di euro.

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 straordi-

narie attive e passive” (2); 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”³.

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi-Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce una 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” per incrementare le risorse disponibili.

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 pubbliche hanno sistemi contabili pienamente adeguati come dimostrano, tra l'altro, la frequente revisione dei dati pubblicati negli anni precedenti e la citata emersione di sopravvenienze e insussistenze relative ad anni pregressi. Per la sua natura “politicamente sensibile”, inoltre, il dato si rivelava, talvolta, soprattutto in passato e in alcune regioni, lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio. Le prassi di redazione dei bilanci consolidati dei SSR, infine, 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 s.m.i.), di “certificabilità” dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-12, DM 17 settembre 2012, DM 1 marzo 2013).

Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzi tutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle “responsabilità” regionali, in quanto i ricavi derivano, principalmente, dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali delle popolazioni regionali. Inoltre, come già segnalato, l'indicatore, così come costruito sui dati RGS, finisce per assimilare situazioni di impiego programmato di risorse aggiuntive regionali a situazioni di disavanzo inatteso e/o indesiderato cui la regione deve porre rimedio. Per la sua natura aggregata, infine, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di

costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso. In ogni caso va, poi, 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 medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia RGS (ossia escludendo dai ricavi le “risorse aggiuntive da bilancio regionale” e sottraendo dai risultati consolidati regionali gli eventuali utili conseguiti da singole aziende), ammonta a circa 864 milioni di euro, in chiara diminuzione rispetto al 2013 (1,744 miliardi di euro). Malgrado il peggioramento indotto dalle citate modifiche nella configurazione di disavanzo adottata, si conferma così, ancora una volta, il trend di sistematica riduzione che ha fatto registrare, per ogni anno dal 2005 in poi, un disavanzo inferiore a quello dell'esercizio precedente. Ciò per effetto di tassi di incremento dei ricavi rispetto all'esercizio precedente che, dal 2005 in poi, con rarissime eccezioni, si sono costantemente ridotti, ma altrettanto costantemente sono stati superiori ai corrispondenti tassi di incremento dei costi.

Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo 2014 (14€) è il più basso dell'intero arco temporale generalmente considerato (ossia dal 2006-2014). Nel confronto interregionale, spiccano gli enormi disavanzi di alcune regioni a statuto speciale e delle PA che vanno, però, considerati relativamente fisiologici perché, generalmente, frutto di un'esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a quello considerato sufficiente dal Comitato Interministeriale

³In particolare: “a) per la regione Piemonte [...] l'importo di €83 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 €92 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 (€8,479 mln) [pari a circa €7 pro capite]” (5).

ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

337

per la Programmazione Economica per coprire il fabbisogno sanitario regionale standard. Tra le regioni a statuto ordinario, sono in equilibrio tutte le regioni del Centro-Nord, tranne la Liguria (che presenta un disavanzo di 46€pro capite), e tutte le regioni del Centro-Sud, tranne Lazio, Molise e Calabria (che presentano

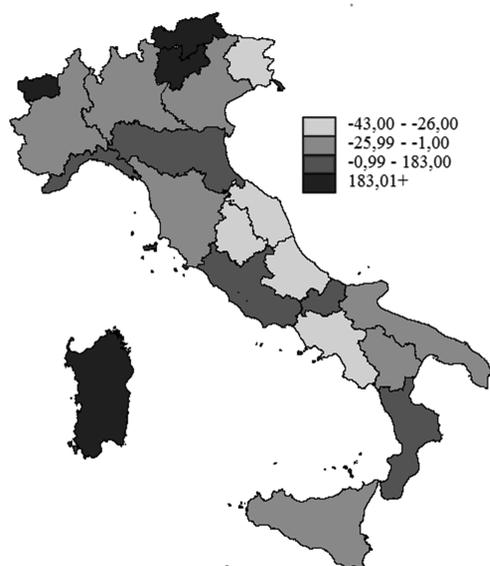
disavanzi, rispettivamente, pari a 70€, 183€e 21€pro capite). Particolarmente significativa è l'evoluzione rispetto al 2006 (primo esercizio per il quale sono disponibili i disavanzi calcolati con la metodologia RGS) quando tutte le regioni erano in disavanzo, ad eccezione di Lombardia e Basilicata.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2013, 2014

Regioni	2006	2013	2014
Piemonte	77	7	-11
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	585	415	290
Lombardia	0	-1	-1
Bolzano-Bozen	590	373	304
Trento	300	421	399
Veneto	32	-1	-1
Friuli Venezia Giulia	4	31	-37
Liguria	59	50	46
Emilia-Romagna	72	-0	-0
Toscana	28	-3	-1
Umbria	65	-5	-26
Marche	32	-31	-43
Lazio	371	120	70
Abruzzo	154	-8	-27
Molise	209	317	183
Campania	130	-2	-34
Puglia	52	10	-6
Basilicata	-5	0	-4
Calabria	27	17	21
Sicilia	214	-0	-1
Sardegna	78	234	207
Italia	104	29	14

Fonte dei dati: MEF-RGS (2015). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2. Roma.

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2014



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai disavanzi sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei disavanzi stessi (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 ai valori nazionali.

In generale, comunque, i risultati conseguiti nel 2014,

nonché negli anni immediatamente precedenti, 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) e dei relativi sistemi di monitoraggio, alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale (per esempio il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di farmaci etc.) sia 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 etc.), nonché alle specifiche iniziative di "efficientamento" poste in essere dalle aziende.

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 relativamente fragile, per almeno due motivi: è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che peraltro, guadagnando attendibilità potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi; è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

Riferimenti bibliografici

- (1) MEF-RGS. 2015. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 2. Roma.
- (2) RGSEP 2012, p. 210.
- (3) RGS 2015, p. 141.
- (4) RGSEP 2011, p. 189.
- (5) MEF-RGS, 2014, Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1. Roma.