

Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario presenta anche quest'anno l'intera gamma dei tradizionali indicatori, ossia: Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL); Spesa sanitaria pubblica pro capite; Spesa sanitaria privata pro capite; Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite. Ripropone, inoltre, la progressiva scomposizione del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, dapprima distinguendo tra costi per servizi prodotti direttamente dalle aziende pubbliche e costi per servizi acquisiti da soggetti privati accreditati e convenzionati, e successivamente disaggregando questi ultimi per tipologia (farmaceutica; medicina generale; specialistica ambulatoriale; ricovero; riabilitativa, integrativa e protesica; altre prestazioni). Introduce, infine, un approfondimento relativo all'equilibrio economico delle Aziende Ospedaliere (AO) alla luce della metodologia di rideterminazione dei risultati economici introdotta dal DM 21/06/2016 in materia di Piani di Rientro (PdR) aziendali.

Come sempre, è necessario premettere che i dati contabili del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non sono ancora pienamente attendibili. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti disposizioni in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/2011 e successivi provvedimenti integrativi e attuativi), di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012 e successivi provvedimenti attuativi, tra cui in particolare la definizione in ogni regione di un "Percorso Attuativo della Certificabilità"). L'armonizzazione dovrebbe consentire: 1. un trattamento contabile univoco a livello nazionale dei fatti gestionali relativi al settore sanitario; 2. la maggiore trasparenza dei flussi finanziari connessi alla gestione sanitaria, attraverso l'istituzione di appositi conti di tesoreria (separati da quelli relativi alle attività "non sanitarie" della regione) nonché la rilevazione delle operazioni poste in essere dalla cosiddetta "gestione sanitaria accentrata" regionale; 3. la redazione di bilanci consolidati che forniscano una rappresentazione comparabile nello spazio e nel tempo della situazione economica, patrimoniale e finanziaria di ciascun Servizio Sanitario Regionale. La "certificabilità", d'altra parte, dovrebbe garantire l'attendibilità dei bilanci (aziendali e consolidati) della Sanità Pubblica attraverso un adeguamento delle procedure di rilevazione e un ridisegno del correlato sistema di controlli contabili interni ed esterni.

Nel frattempo, i dati disponibili mostrano una leggera inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti, con un lieve incremento della spesa e del disavanzo.

A livello nazionale, la spesa sanitaria pubblica pro capite è aumentata dell'1,28% tra il 2014 e il 2015, attestandosi a 1.838€, ossia a un livello che resta comunque tra i più bassi nei Paesi che fanno parte dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Per il periodo 2010-2015, il tasso medio composto annuo di variazione della spesa sanitaria pubblica pro capite rimane negativo e pari a -0,39%. Coerentemente, il rapporto spesa pubblica/PIL è salito al 6,84% (dato 2014). Quanto al disavanzo (1,2 miliardi di euro nel 2015, pari a 20€ pro capite), per la prima volta dal 2005 si è registrato un incremento rispetto all'esercizio precedente, sebbene il disavanzo 2015 resti inferiore a quelli degli esercizi 2001-2013.

A livello regionale, nel corso del 2015, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta in 16 delle 21 regioni e PA. Considerando il periodo 2010-2015, invece, variazioni complessivamente in aumento si sono rilevate solo in Lombardia, PA Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo e Sardegna. Sempre nel periodo 2010-2015, d'altra parte, riduzioni di spesa superiori alla media si sono registrate in molte regioni Centro-meridionali (Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), ma anche in alcune regioni Centro-settentrionali (Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Marche). Nel 2015, tra le regioni a statuto ordinario, hanno raggiunto l'equilibrio economico-finanziario 5 regioni del Centro-Nord (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria e Marche) e 2 del Centro-Sud (Abruzzo e Campania).

A livello italiano, nel periodo 2001-2014, la spesa sanitaria privata pro capite è cresciuta passando da 449,3€ a 553,1€ con un incremento medio annuo dell'1,61%. Il suo valore è, comunque, inferiore rispetto ai valori degli altri Paesi dell'Unione Europea con sistema sanitario pubblico. Sono le regioni del Sud ed Isole a sperimentare i maggiori incrementi della spesa sanitaria privata, con valori che oscillano fra +1,74% annui in Campania e +3,53% annui in Basilicata.

L'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL, oltre a evidenziare distanze interregionali molto ampie (dal 5,3% della Lombardia all'11,0% del Molise), conferma anche una forte differenziazione nel *mix* tra produzione interna alle aziende pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. Il peso della produzione esterna, in particolare, supera il 40% in Lombardia, Lazio, Molise e Campania. L'analisi delle *performance* economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale dovrebbe essere il livello ottimale di tale *mix*; suggerisce, al contrario, che buone *performance* si possano conseguire con *mix* anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di meglio programmare le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta, finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private.

A livello aziendale, molte AO chiudono i propri bilanci in pareggio, ma spesso solo grazie a significativi trasferimenti regionali per funzioni e di riequilibrio. Al riguardo, il DM 21/06/2016 definisce una metodologia di rideterminazione dei risultati economici il cui elemento più pregnante è, appunto, la sostituzione degli effettivi trasferimenti per funzioni e di riequilibrio con un "finanziamento per funzioni massimo ammissibile" posto forfaitariamente pari al 42,9% dei ricavi per prestazioni. L'applicazione di tale metodologia, in particolare, fa emergere come solo il 46% delle AO (48 su 104) possa considerarsi in condizioni di effettivo equilibrio economico; come le situazioni più gravi (disavanzi superiori al 20% dei ricavi, in base ai valori rideterminati con la metodologia del decreto) restino quasi tutte (13 AO su 15) concentrate nelle regioni che sono o sono state assoggettate a PdR, anche perché i PdR hanno, generalmente, privilegiato il contenimento della spesa rispetto all'innalzamento della produttività della spesa stessa; come particolarmente critici siano l'incidenza del costo del personale, l'affidamento a molte AO di un ruolo di "supplenza" rispetto alle funzioni territoriali, l'inadempimento degli investimenti e la frequente inadeguatezza delle strutture.

In sintesi, i dati complessivi dell'ultimo quinquennio e i confronti internazionali continuano a indicare che il SSN è parsimonioso ed è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa, allineandosi 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. Tuttavia, la lieve inversione di tendenza registrata nel 2015 e la diffusa difficoltà delle AO a raggiungere l'equilibrio economico senza ripiani impliciti da parte della regione (ossia senza finanziamenti per funzione sovradimensionati e/o finanziamenti di riequilibrio) riflettono l'eventualità che le politiche di contenimento della spesa attuate negli anni scorsi stiano esaurendo le proprie potenzialità. Nel caso, diventerebbe necessario spostare l'attenzione sulla produttività della spesa stessa e su un più complessivo e incisivo ridisegno delle reti di offerta.

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

Significato. Nel presente Capitolo è presentato 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 nazionale. A tal fine, l'indicatore non solo analizza tre funzioni:

- spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi e a voci assicurative, contributive e fiscali);
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprendente la spesa per l'assistenza della medicina generale, l'assistenza farmaceu-

tica, protesica, integrativa, riabilitativa e ospedaliera e l'assistenza per le altre prestazioni non erogate direttamente dalle aziende sanitarie);

ma effettua 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	
Denominatore	Prodotto Interno Lordo corrente	x 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 a causa dei limiti insiti sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa per funzione, non tiene conto di una serie di variabili importanti. Specificatamente, 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 tipologia di prestazioni effettivamente erogate in ciascuna funzione, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica, con la conseguenza che i valori più alti non sono l'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 sopporterebbe se si assumesse *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 nazionali dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, la spesa sanitaria pubblica corrente assorbe il 6,84% del PIL (Tabella 1), segnando una leggera

ripresa rispetto all'anno precedente (6,76%).

Il suo valore continua ad essere inferiore a quello della maggior parte dei Paesi Europei, come Gran Bretagna (7,9%), Germania (9,3%), Francia (8,7%) e addirittura degli Stati Uniti (8,2%), che hanno un sistema finanziato prevalentemente con fondi privati (1). Si posiziona, invece, con valori superiori rispetto ai Paesi dell'Est Europa.

Il *range* fra le regioni è leggermente ridotto rispetto a quello registrato negli anni precedenti. Il valore più basso continua a registrarsi in Lombardia con 5,26% del PIL, mentre il valore più alto si registra ancora in Molise con 10,95%, denunciando un divario pari a 5,69 punti percentuali, di poco inferiore all'anno 2013 quando si presentava con valori di poco superiori a 6 punti percentuali.

Si registra un netto gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni del Mezzogiorno che presentano valori costantemente superiore al dato nazionale. Tale differenza è, comunque, da leggersi 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 che si registra nelle altre regioni 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).

A livello nazionale la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente gioca un ruolo predominante e giustifica circa il 58% della spesa totale. Il fenomeno si ripete per tutte le regioni del Nord e del Centro, dove l'incidenza di tale componente di spesa assorbe dal 60% al 72% della spesa totale.

Uniche eccezioni, per le regioni del Centro-Nord, sono la Lombardia (51,7%) ed il Lazio (53,7%).

La spesa per prestazioni in convenzione incide da un minimo dell'1,18% del PIL nella PA di Bolzano ad un massimo del 4,59% in Molise e assorbe, in ogni regio-

ne, una percentuale che oscilla fra il 22-42% della spesa pubblica corrente.

È in Lombardia, Lazio, Molise e Campania che la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante, coprendo più del 40% della spesa sanitaria pubblica, mentre la spesa per prestazioni erogate direttamente copre fino al 54%.

La spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) a livello nazionale (2,46% del PIL) è, prevalentemente, articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,57% del PIL) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,52% del PIL). La prima giustifica il 23,28% della spesa per prestazioni in convenzioni, mentre la seconda il 21,19%. Ad un confronto con realtà internazionali, la prima componente si presenta inferiore a quella di altri Paesi, come Germania e Francia, ma leggermente superiore a quella della Gran Bretagna.

Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,25% del PIL) e dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico-specialistica (0,30% del PIL).

La spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico-generale si colloca in una posizione intermedia assorbendo lo 0,41% del PIL.

A livello regionale, la spesa per assistenza farmaceutica si presenta come la più importante in 4 regioni del Meridione (Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sardegna), in 4 del Nord (Liguria, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Piemonte) ed in 3 del Centro (Marche, Toscana e Umbria), mentre per le altre regioni è la spesa per case di cura private ad assorbire un'alta percentuale di spesa. Uniche eccezioni sono la PA di Bolzano ed il Veneto, per le quali è significativa la spesa per altre prestazioni, e la Basilicata, dove è la spesa per assistenza riabilitativa ad incidere in misura maggiore.

L'ultima componente della spesa sanitaria pubblica corrente è la meno significativa. Infatti, la spesa per altre spese assorbe da un minimo dello 0,29% del PIL in Lombardia ad un massimo dello 0,74% del PIL in Calabria e corrisponde ad una percentuale della spesa pubblica corrente mai superiore al 7,50%.

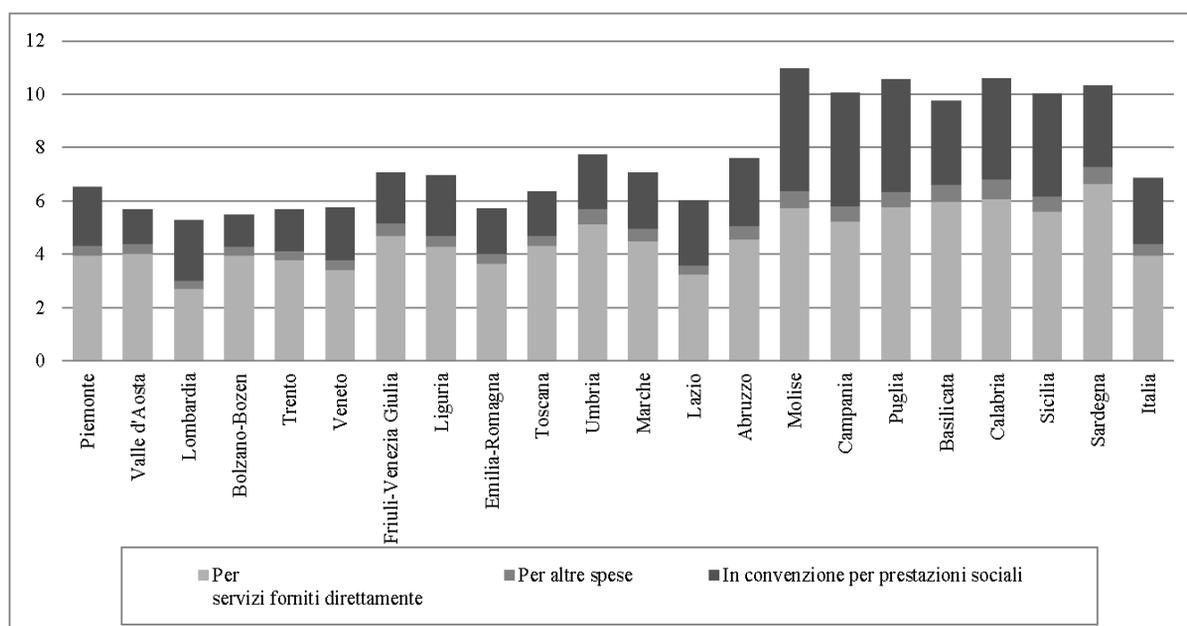
ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

315

Tabella 1 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al PIL per regione - Anno 2014

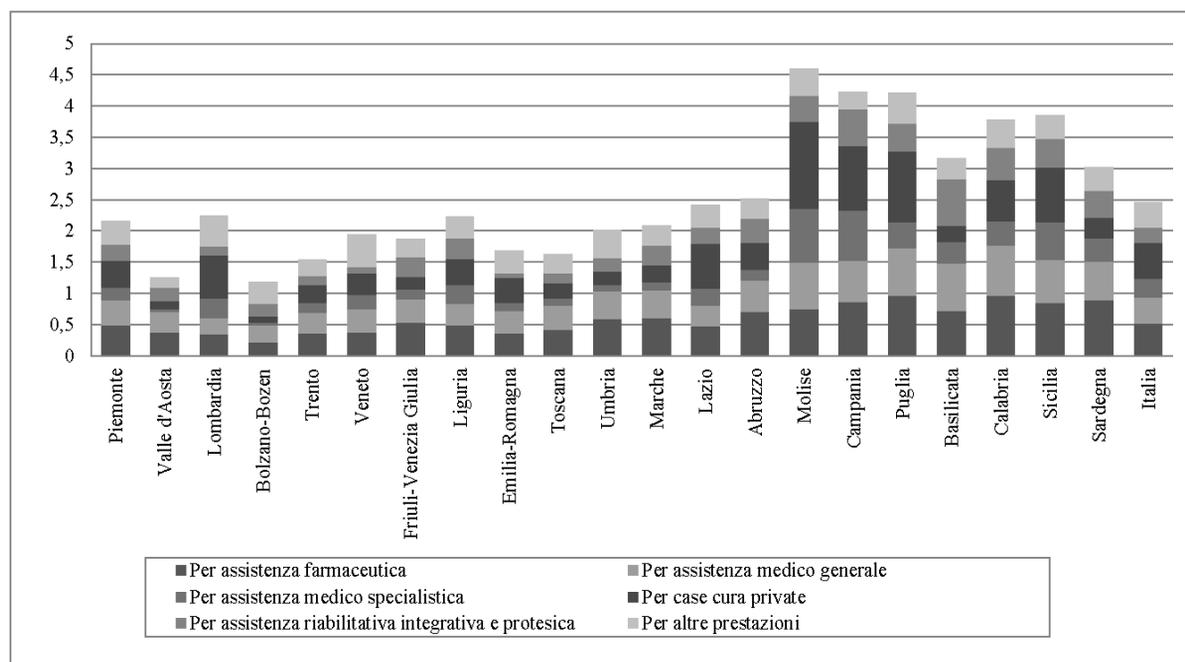
Regioni	Spesa sanitaria pubblica corrente				In convenzione per prestazioni sociali					
	Totale	Per servizi forniti direttamente	Per altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	Per assistenza medico-generale	Per assistenza medico-specialista	Per case di cura private	Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Per altre prestazioni
Piemonte	6,50	3,94	0,39	2,17	0,50	0,39	0,21	0,43	0,25	0,38
Valle d'Aosta	5,66	4,02	0,38	1,26	0,38	0,34	0,04	0,13	0,21	0,17
Lombardia	5,26	2,72	0,29	2,25	0,36	0,25	0,31	0,69	0,14	0,50
Bolzano-Bozen	5,48	3,96	0,34	1,18	0,23	0,27	0,03	0,11	0,19	0,35
Trento	5,67	3,79	0,35	1,54	0,37	0,33	0,15	0,30	0,13	0,26
Veneto	5,75	3,40	0,40	1,95	0,38	0,37	0,23	0,35	0,10	0,51
Friuli Venezia Giulia	7,04	4,69	0,48	1,87	0,54	0,37	0,15	0,20	0,32	0,29
Liguria	6,94	4,29	0,41	2,23	0,49	0,35	0,30	0,42	0,33	0,34
Emilia-Romagna	5,71	3,64	0,39	1,69	0,36	0,36	0,13	0,40	0,07	0,37
Toscana	6,33	4,31	0,39	1,63	0,42	0,38	0,12	0,24	0,16	0,30
Umbria	7,73	5,13	0,58	2,02	0,59	0,45	0,09	0,21	0,22	0,44
Marche	7,05	4,51	0,46	2,08	0,61	0,44	0,12	0,28	0,31	0,31
Lazio	6,01	3,23	0,36	2,42	0,48	0,33	0,28	0,71	0,27	0,36
Abruzzo	7,58	4,57	0,49	2,52	0,71	0,50	0,17	0,43	0,38	0,32
Molise	10,95	5,75	0,61	4,59	0,75	0,75	0,86	1,38	0,42	0,42
Campania	10,04	5,23	0,59	4,22	0,87	0,66	0,81	1,04	0,58	0,27
Puglia	10,54	5,76	0,56	4,21	0,97	0,76	0,42	1,13	0,45	0,48
Basilicata	9,76	5,99	0,61	3,16	0,73	0,75	0,35	0,26	0,75	0,32
Calabria	10,58	6,06	0,74	3,78	0,97	0,79	0,39	0,66	0,52	0,44
Sicilia	10,03	5,60	0,57	3,86	0,85	0,69	0,60	0,87	0,46	0,38
Sardegna	10,31	6,64	0,65	3,03	0,90	0,62	0,37	0,32	0,44	0,37
Italia	6,84	3,97	0,42	2,46	0,52	0,41	0,30	0,57	0,25	0,40

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2016.

Grafico 1 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al PIL per regione - Anno 2014

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2016.

Grafico 2 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al PIL per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il quadro che emerge analizzando i dati di spesa del 2014 è sostanzialmente sovrapponibile a quello del 2013.

In sintesi, 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 nel 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. In secondo luogo, anche la composizione della spesa per funzione varia tra regioni; alcune, infatti, dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni, mentre altre tendono a spendere in misura maggiore per le prestazioni in convenzione. Infine, fra le prestazioni in convenzione, le regioni destinano maggiori risorse all'assistenza farmaceutica e alle prestazioni ospedaliere da case di cura.

A delineare questo quadro concorrono, certamente, numerosi fattori. Innanzitutto il diverso quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e l'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane caratterizzate da maggiori bisogni sanitari. La medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, può tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento

delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico potrebbe spendere, mediamente, di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto deve soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Oltre agli effetti indotti dalla struttura demografica, una parte importante di tali differenze nei livelli di spesa fra le regioni può essere dovuta alla diversa propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del Paese, a cui si aggiunge un diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari.

In secondo luogo, e con riferimento alla spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per case di cura private, i diversi valori presenti nelle regioni segnalano disomogeneità nelle scelte compiute dalle singole Regioni in merito ai privati accreditati nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e palesano gli effetti di politiche sanitarie intraprese nel passato, come l'attivazione di ospedali privati sul territorio regionale.

In terzo luogo, e con riferimento alla spesa per assistenza farmaceutica, 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 e 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

ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

317

finanziando strutture pubbliche e pagando contemporaneamente anche strutture private; dall'altro che adeguino l'offerta di prestazioni alle effettive esigenze della popolazione, in modo da garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate e da evitare che analoghi bisogni di salute vengano soddisfatti in regioni diverse con tipologia, quantità di prestazioni e risorse differenti.

Infine, fondamentale è che vengano adottati meccanismi di controllo della spesa farmaceutica tali da raggiungere le migliori soglie di appropriatezza prescrittiva e incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nella distribuzione dei farmaci.

Riferimenti bibliografici

(1) OECD. Health Statistics. Anno 2016.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Significato. Nel presente Capitolo viene presentato un importante e tradizionale 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 garantire gli altri servizi socio-sanitari che la regione ritiene di dover assicurare 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 condizionato dalle variazioni dei prezzi dei prodotti e servizi, non rappresenta la quantità di servizi garantiti a ciascuno.

Inoltre, 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 esame.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica pro capite
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore della 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 2015, la spesa sanitaria pubblica pro capite, in

Italia, cresce dell'1,28% rispetto al 2014, posizionandosi a 1.838€ e segnando, così, non solo un arresto del trend in diminuzione dal 2010, ma una leggera inversione di tendenza.

Nonostante la tiepida ripresa, l'Italia è uno dei Paesi che spende meno tra i 32 Paesi dell'area dell'OCSE, collocandosi nelle posizioni inferiori insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa varia fra 2.255€ della PA Bolzano e 1.725€ della Calabria, riducendo il *gap* rispetto all'anno precedente a 530€.

La distribuzione della spesa fra le regioni e la sua dinamica fra il 2014-2015 è disomogenea e si registra un gradiente Nord-Sud ed Isole con le regioni del Nord (ad eccezione di Piemonte e Veneto) che presentano valori maggiori del dato nazionale e le regioni del Meridione (con l'eccezione di Basilicata, Molise e Sardegna) che presentano valori inferiori.

La maggior parte delle regioni registra un incremento di spesa rispetto all'anno precedente: 2 regioni/PA (Toscana e PA di Bolzano) presentano una variazione di oltre il 3%; 2 regioni (Abruzzo e Campania) una variazione compresa fra il 2-3%, mentre le altre presentano una variazione inferiore al 2%.

Fanno eccezione le 5 regioni, variamente distribuite fra Nord-Centro-Sud ed Isole (Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise), che hanno contenuto ulteriormente la spesa (fino a circa -7%) pur non essendo realtà, eccetto il Molise, soggette a Piani di Rientro (PdR).

Nonostante l'incremento della spesa pro capite del-

ASSETTO ECONOMICO-FINANZIARIO

319

l'ultimo anno in molte regioni, l'analisi condotta nel periodo 2010-2015 evidenzia un trend in diminuzione con una variazione pari a -1,17% e un tasso medio composto annuo di -0,39% a livello nazionale.

A tale trend non si allineano 6 regioni/PA: 3 del Nord (Lombardia, Emilia-Romagna e PA di Bolzano), 2 del Centro (Umbria e Toscana) e 2 del Meridione (Abruzzo e Sardegna) che, nello stesso periodo, hanno segnato un aumento di spesa con valori compresi

fra 0,5-1,0% ad eccezione della Sardegna che si attesta, invece, a +5,31%.

Considerando le regioni in PdR (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia, Calabria, Piemonte e Puglia), si è evidenziato un trend in diminuzione nel periodo 2010-2015, ad eccezione dell'Abruzzo. Da evidenziare è l'andamento che si è osservato in Molise poichè, tra le regioni in PdR, è stata l'unica che ha mantenuto tale andamento anche nel 2015.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazioni percentuali e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2010-2015

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2010-2015)	Δ % (2014-2015)	Tassi medi composti annui (2010-2015)
Piemonte	1.922	1.906	1.904	1.847	1.805	1.813	-5,65	0,45	-1,92
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.187	2.237	2.193	2.160	2.094	2.081	-4,83	-0,61	-1,64
Lombardia	1.825	1.850	1.814	1.807	1.842	1.855	1,64	0,68	0,54
Bolzano-Bozen	2.219	2.235	2.307	2.231	2.187	2.255	1,61	3,12	0,53
Trento	1.895	1.943	1.990	1.943	1.924	1.891	-0,22	-1,72	-0,07
Veneto	1.754	1.745	1.734	1.724	1.726	1.749	-0,25	1,35	-0,08
Friuli Venezia Giulia	2.001	2.045	2.060	2.040	1.960	1.898	-5,16	-3,18	-1,75
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	2.014	2.044	-1,28	1,47	-0,43
Emilia-Romagna	1.850	1.863	1.893	1.872	1.855	1.885	1,88	1,63	0,62
Toscana	1.889	1.902	1.853	1.813	1.832	1.900	0,58	3,69	0,19
Umbria	1.837	1.846	1.874	1.827	1.850	1.856	1,01	0,30	0,34
Marche	1.832	1.816	1.784	1.791	1.781	1.781	-2,83	-0,03	-0,95
Lazio	1.996	1.987	1.998	1.923	1.904	1.926	-3,48	1,16	-1,17
Abruzzo	1.774	1.789	1.795	1.756	1.753	1.794	1,13	2,33	0,37
Molise	2.162	2.095	2.123	2.095	2.226	2.069	-4,32	-7,05	-1,46
Campania	1.791	1.748	1.718	1.686	1.689	1.726	-3,64	2,16	-1,23
Puglia	1.843	1.794	1.763	1.764	1.783	1.799	-2,40	0,89	-0,81
Basilicata	1.862	1.885	1.822	1.833	1.829	1.850	-0,63	1,14	-0,21
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	1.711	1.725	-2,95	0,84	-0,99
Sicilia	1.775	1.769	1.752	1.731	1.707	1.739	-2,03	1,88	-0,68
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	5,31	1,05	1,74
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	1.838	-1,17	1,18	-0,39

Fonte dei dati: Istat. Health for all-Italia. 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 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. 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 regionali, diversità ravvisabile sia in termini di spesa che di dinamica della stessa nel periodo 2010-2015. Tali differenziali sono, certamente, di difficile valutazione in quanto 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, elevati costi unitari etc.), dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e da organizzazioni dei servizi non coerenti con i bisogni della popolazione. 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.

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 esistenti, come ad esempio la spesa

per livello di LEA, e sulla attivazione di nuovi dati, 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. Inoltre, fondamentale è ribadire che, accanto alla *per-*

formance economica, è necessario valutare anche il modo in cui una determinata Regione eroga, rispetta e dà dignità ai LEA. I conti e i LEA devono, infatti, procedere congiuntamente: la spesa sanitaria deve essere giustificata dall'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA e deve rispettare il principio dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse, al cui finanziamento tutti i cittadini partecipano attraverso il pagamento delle imposte.

Spesa sanitaria privata pro capite

Significato. In questa Sezione viene presentato per la prima volta un importante indicatore della spesa sanitaria: la spesa sanitaria privata pro capite rispetto alla popolazione residente per l'intera nazione e in ciascuna singola regione.

L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie destinate, in media, da ogni individuo di una data regione e, di conseguenza, dell'intera nazione, per usufruire di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

Spesa sanitaria privata pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria privata pro capite
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore "Spesa sanitaria privata pro capite" ha la validità di fornire una prima indicazione della quantità di risorse monetarie che ciascun individuo destina alla propria assistenza sanitaria in ogni regione e di consentire una valutazione delle eventuali disparità tra regioni.

Per contro, tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è legato al valore inserito al numeratore che riporta la spesa sostenuta sia da soggetti residenti che non residenti, mentre la popolazione posta al denominatore è quella residente. Il secondo limite, invece, consiste nel fatto che non consente di valutare la composizione della spesa e, quindi, di evidenziare comportamenti diversi in base all'offerta diversificata in ciascuna regione.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali è stato ipotizzato come valore di riferimento il dato nazionale, mentre per il valore nazionale il dato di riferimento è quello dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

Descrizione dei risultati

A livello italiano, nel periodo 2001-2014, la spesa sanitaria privata pro capite è cresciuta passando da 449,3€ a 553,1€ con un incremento medio annuo dell'1,61%. Il suo valore è, comunque, inferiore rispetto ai valori degli altri Paesi dell'Unione Europea con sistema sanitario pubblico.

Se confrontata con la spesa sanitaria pubblica pro capite, relativamente al periodo 2003-2014, la spesa sanitaria privata pro capite cresce a ritmi inferiori con un tasso pari a 1,58% vs 2,26% (dati non presenti in tabella).

La stima della spesa per consumi sanitari delle famiglie è il risultato di un complesso lavoro di elaborazione ed integrazione di fonti diverse quali: la rilevazione dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sui consumi delle famiglie italiane, l'Indagine Istat Multiscopo, i risultati del cosiddetto "metodo della disponibilità", nonché i dati di fonte amministrativa. La spesa per consumi sanitari delle famiglie è presentata secondo la *Classification of Individual Consumption by Purpose*.

Nel 2014, il rapporto spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite si attesta a 0,3. Ciò significa che la spesa sanitaria privata è pari al 30% della spesa sanitaria pubblica.

Tutte le regioni del Sud ed Isole incrementano la spesa sanitaria privata con valori che oscillano fra +1,74% annui in Campania e +3,53% annui in Basilicata.

Le regioni del Centro-Nord, invece, presentano incrementi mediamente più contenuti.

Osservando l'andamento della spesa in tutte le regioni non si evidenzia un fenomeno compensativo della spesa privata rispetto alla spesa pubblica. In altri termini, la spesa sanitaria privata pro capite non aumenta maggiormente in quelle regioni in cui la spesa sanitaria pubblica pro capite ha minore intensità di crescita e viceversa.

Le regioni meridionali si presentano con un trend in crescita partendo, nel 2001, da valori pro capite più bassi ($\leq 381,6\text{€}$) rispetto al dato nazionale (449,3€) e raggiungendo valori più alti ($\geq 364,8\text{€}$), ma sempre inferiori al valore nazionale (553,1€), nel 2014.

Le regioni del Nord, che si presentavano con i valori più alti nel 2001 ($\geq 519,5\text{€}$) rispetto alle altre regioni, eccetto la Liguria con 400€, continuano a posizionarsi nella parte alta della graduatoria anche nel 2014 ($\geq 595,5\text{€}$), con la Liguria che effettua un balzo in avanti registrando una spesa pro capite che si allinea alle altre regioni del Nord.

Infine, le regioni del Centro, pur presentando un aumento, mantengono pressoché inalterate le proprie posizioni nella graduatoria della spesa privata pro capite, sia nel 2001 che nel 2014.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2001-2014

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Tassi medi composti annui (2001-2014)
Piemonte	519,5	538,0	541,4	562,2	556,8	578,3	562,9	584,4	545,3	537,1	581,1	601,2	618,1	647,3	1,71
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	608,0	632,3	641,0	645,0	639,5	645,1	809,1	780,3	884,2	907,5	990,4	909,7	903,6	880,0	2,89
Lombardia	583,5	605,0	598,2	618,8	610,0	614,1	611,9	609,7	549,8	551,4	613,7	602,7	615,5	617,5	0,44
Bolzano-Bozen	560,3	574,8	571,2	596,2	588,5	609,5	614,9	657,1	650,2	629,1	692,1	641,8	601,1	617,7	0,75
Trento	546,8	563,9	563,5	576,2	568,0	569,6	534,4	537,1	559,3	564,8	621,3	614,5	605,9	618,7	0,96
Veneto	568,2	588,7	584,9	591,1	583,1	607,5	618,3	647,4	611,5	633,1	702,2	660,7	624,7	657,5	1,13
Friuli Venezia Giulia	603,3	617,1	633,8	660,2	656,1	680,6	719,6	772,0	855,2	876,7	960,2	858,9	813,2	859,5	2,76
Liguria	399,9	416,0	420,5	436,7	428,9	439,6	440,9	488,6	509,9	504,3	543,1	560,7	560,5	595,5	3,11
Emilia-Romagna	558,9	574,2	575,7	596,5	587,6	621,9	593,7	634,6	641,7	645,1	708,1	709,5	702,3	715,0	1,91
Toscana	443,9	459,8	458,5	483,2	477,2	502,8	510,4	531,4	491,3	513,9	574,2	560,6	561,6	583,7	2,13
Umbria	446,0	459,5	457,5	472,1	466,1	497,4	536,7	562,0	554,7	543,3	576,1	531,0	509,7	519,8	1,19
Marche	499,3	507,9	507,4	523,5	516,1	523,3	503,7	498,0	522,4	542,9	588,2	551,9	543,5	546,2	0,69
Lazio	436,8	450,2	446,9	465,1	458,6	466,7	447,0	472,0	523,2	544,9	605,0	557,7	498,5	528,8	1,48
Abruzzo	381,6	384,0	383,4	394,6	390,9	407,2	462,1	507,0	499,0	473,1	508,0	502,7	478,1	480,0	1,78
Molise	351,8	356,1	382,2	392,5	391,0	405,5	461,7	476,6	479,2	477,6	497,2	458,3	474,7	469,1	2,24
Campania	291,7	300,3	306,0	318,7	318,0	325,8	340,9	352,9	324,5	314,8	343,1	353,1	359,0	364,8	1,74
Puglia	338,6	349,0	357,0	363,4	361,9	374,5	387,9	414,3	414,9	412,2	454,1	437,3	441,6	441,7	2,07
Basilicata	341,4	353,2	353,7	365,0	363,1	378,1	389,2	421,0	456,9	452,7	496,2	526,2	536,3	535,7	3,53
Calabria	346,4	359,7	363,0	377,5	378,1	396,4	406,5	440,4	428,8	437,6	475,1	486,7	463,2	477,7	2,50
Sicilia	282,9	291,4	297,9	308,6	307,7	322,7	340,7	388,7	389,5	375,9	396,8	407,2	383,0	392,7	2,56
Sardegna	367,9	377,5	380,8	396,6	401,8	423,6	421,6	438,0	445,9	432,7	475,9	492,4	459,5	480,1	2,07
Italia	449,3	464,1	465,5	481,9	477,3	492,9	496,1	519,6	507,6	510,6	559,9	549,0	538,0	553,1	1,61

Fonte dei dati: Istat. Spesa per consumi finali delle famiglie. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore presentato, nonostante i limiti intrinseci, viene utilizzato principalmente per due motivi. Il primo è che permette di valutare il valore della spesa sanitaria privata pro capite in Italia e di studiare come cambia il suo valore nel tempo, sia a livello nazionale che regionale. Il secondo è che l'utilizzo dell'indicatore, se analizzato con la spesa pubblica pro capite, consente di mappare eventuali cambi di rotta del sistema sanitario, con maggiore o minore orientamento alla spesa privata, e di individuare il ruolo, di compensazione o di integrazione, della spesa privata rispetto alla spesa pubblica.

I dati evidenziano una disomogeneità fra le diverse realtà italiane con un chiaro comportamento delle regioni meridionali che, sia nel 2001 che nel 2014, presentano valori pro capite più bassi, ma, per contro, registrano un tasso di crescita maggiore rispetto alle altre regioni.

Tali differenze sono, certamente, attribuibili alla diversa propensione dei cittadini ad orientarsi al mercato privato piuttosto che al pubblico, ma possono anche essere determinate da organizzazioni dei servizi pubblici non coerenti con i bisogni della popolazione o non sufficienti alla domanda di prestazioni espressa.

È, quindi, raccomandabile una maggiore attenzione da parte delle regioni a tale fenomeno e alla correlata modalità di utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche 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 Essenziali di Assistenza uniformemente in tutto il territorio. Tutto ciò per evitare che la spesa privata svolga un ruolo sostitutivo anziché integrativo, come dovrebbe, invece, essere in un sistema sanitario a fiscalità generale.

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 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. 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 2016, alla 3ª 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; stanziare *ex-post*, ossia negli esercizi successivi a quello in cui si sono sostenuti i correlati costi, a copertura dei relativi disavanzi; come nella fattispecie precedente, stanziare *ex-post* a copertura dei disavanzi, ma già "preordinate" allo scopo, in virtù degli impegni assunti con la sottoscrizione del Piano di Rientro (PdR).

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, peggiora il dato di 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 delle regioni a statuto speciale (Sicilia esclusa) e delle PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, impiegando somme spesso molto superiori al fabbisogno sanitario regionale standard, deliberato dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

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 (4) "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". 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 alle 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" (5). 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.

²In merito spicca il caso del Veneto che, per il 2014, 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” (6); 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 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 esercizi pregressi. Per la sua natura “politicamente sensibile”, inoltre, il dato si rivelava, 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 e s.m.i.), di “certificabilità” dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012, DM 17 settembre 2012, DM 1 marzo 2013).

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. 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 aggre-

gata, 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 nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2015, 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 1,202 miliardi di euro. Per la prima volta dal 2005, pertanto, il disavanzo risulta superiore a quello dell'esercizio precedente (928 milioni di euro nel 2014). Ciò per effetto di un leggero incremento dei costi (+0,3%), quasi interamente imputabile ai prodotti farmaceutici (farmaci erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri, nonché distribuzione diretta e per conto), a fronte di un finanziamento effettivo sostanzialmente immutato.

Anche a livello pro capite (Tabella 1), il disavanzo nazionale 2015 (20€) è superiore a quello 2014 (15€), ma inferiore a quelli registrati in ciascuno degli altri anni considerati (2001-2013). Nel confronto interregionale, spiccano gli enormi disavanzi di alcune regioni a statuto speciale e PA che vanno, però, considerati relativamente fisiologici, perché generalmente frutto di una esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore a quello considerato sufficiente dal CIPE per coprire il fabbisogno sanita-

³In 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 progressiva dell'IRCCS INRCA (€88,479 mln) [pari a circa €57 pro capite]” (7).

rio regionale standard. Tra le regioni a statuto ordinario, sono in equilibrio tutte le regioni del Centro-Nord tranne Piemonte, Liguria e Toscana⁴, che presentano,

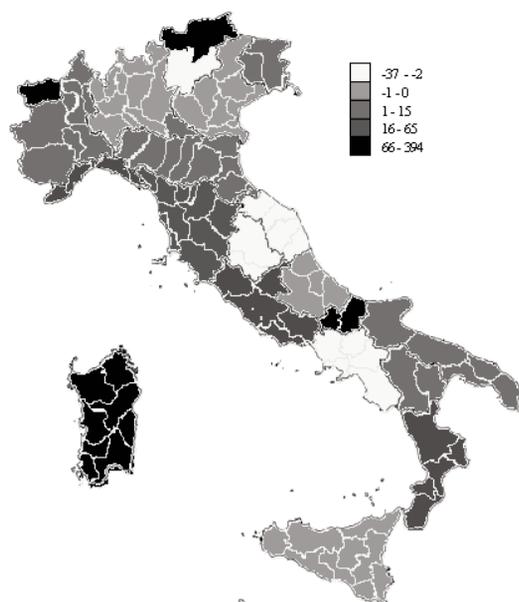
rispettivamente, disavanzi pro capite pari a 3€, 65€ e 19€; si riducono, invece, solo a 2 (Abruzzo e Campania) le regioni in equilibrio al Centro-Sud.

Tabella 1 - Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2014-2015

Regioni	2006	2014	2015
Piemonte	77	-13	3
Valle d'Aosta- Vallée d'Aoste	585	267	192
Lombardia	0	-0	-1
Bolzano-Bozen	590	274	394
Trento	300	400	-11
Veneto	32	-3	-1
Friuli Venezia Giulia	4	-41	6
Liguria	59	40	65
Emilia-Romagna	72	-3	0
Toscana	28	-2	19
Umbria	65	-11	-2
Marche	32	-40	-37
Lazio	371	60	64
Abruzzo	154	-5	-1
Molise	209	191	145
Campania	130	-22	-5
Puglia	52	-3	14
Basilicata	-5	-3	15
Calabria	27	33	30
Sicilia	214	0	-2
Sardegna	78	217	205
Italia	104	15	20

Fonte dei dati: MEF-RGS (2016). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 3. Roma.

Disavanzo/avanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2015



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei deficit stessi (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione, inefficienza

etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare PdR ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi alle medie nazionali.

In generale, comunque, i risultati conseguiti nel 2015,

⁴Per la Toscana, il disavanzo complessivo ammonta a 72 milioni di euro ed è interamente imputabile all'impossibilità di conteggiare entrate da payroll 2015 per 115 milioni di euro, in quanto «non supportate da atto formale» (8).

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 PdR) e dei relativi sistemi di monitoraggio, alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale (per esempio, blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro e interventi in materia di farmaci) che regionale, soprattutto nell'ambito dei PdR e dei programmi operativi (per esempio riorganizzazione della rete ospedaliera, assegnazione di tetti di spesa e *budget* agli operatori privati accreditati, blocco del *turnover* e introduzione o innalzamento dei ticket), nonché alle specifiche iniziative di "efficientamento" poste in essere dalle aziende.

Negli anni scorsi si è, però, evidenziato come l'equilibrio conseguito da molte regioni fosse ancora relativamente fragile, per almeno due motivi: da un lato, è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pie-

namente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi; dall'altro, è stato largamente raggiunto 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. L'inversione di tendenza registrata nel 2015, seppur di dimensioni mediamente contenute, potrebbe pertanto segnalare che le politiche di contenimento dei costi attuate negli ultimi anni stanno esaurendo le proprie potenzialità.

Riferimenti bibliografici

- (1) MEF-RGS (2016). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 3. Roma.
- (2) RGSEP 2012, p. 210.
- (3) MEF-RGS 2016, p. 99.
- (4) MEF-RGS 2016, p. 126.
- (5) RGSEP 2011, p. 189.
- (6) RGSEP 2012, p. 195.
- (7) MEF-RGS (2014). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 1. Roma.
- (8) MEF-RGS 2016, p. 135.

Equilibrio economico delle Aziende Ospedaliere

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Prof.ssa Elena Cantù

(Questo contributo aggiorna ed estende una analisi svolta dal Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario e dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere nel corso del 2016)

Contesto

Le Aziende Ospedaliere (AO) pubbliche italiane, singolarmente considerate, riescono a conseguire un effettivo equilibrio economico? Oppure necessitano costantemente di “ripiani” da parte della Regione?

Nell’ultimo decennio, per effetto dei processi di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni e di accentramento regionale, l’analisi degli equilibri economico-finanziari e delle loro determinanti si è focalizzata, quasi esclusivamente, sul livello regionale. In tal senso va, opportunamente, anche l’innovazione normativa (D. Lgs. n. 118/2011), che richiede la redazione di un vero e proprio bilancio consolidato di ciascun Servizio Sanitario Regionale. Per loro natura, tuttavia, i bilanci consolidati perdono inevitabilmente di vista l’eterogeneità delle attività svolte dalle singole aziende consolidate, nonché l’apporto di ciascuna azienda alla realizzazione del risultato economico di gruppo. Nel contesto sanitario, inoltre, una eccessiva focalizzazione sul livello regionale rischia di sottovalutare il fatto che la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità di ogni azienda. Molte variabili chiave restano, infatti, ancora sotto il controllo delle singole aziende e l’efficace utilizzo di tali variabili continua, dunque, a dipendere, almeno in parte, dalle capacità manageriali interne alle aziende stesse. È, quindi, opportuno riportare l’attenzione anche sui bilanci d’esercizio delle singole aziende sanitarie.

Con riferimento alle singole aziende, tuttavia, la significatività dei conti economici è offuscata dal fatto che i proventi sono, prevalentemente, rappresentati da finanziamenti regionali, i quali riflettono solo parzialmente la quantità, qualità e appropriatezza della produzione aziendale. Nelle AO, in particolare, il finanziamento è prevalentemente basato su una valorizzazione a tariffa delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali. A ciò si aggiungono, però, sia “finanziamenti di riequilibrio” che, seppur contabilizzati come proventi, rappresentano in realtà dei veri e propri ripiani di perdite, sia “finanziamenti per funzione” che, in linea di principio, riflettono lo svolgimento da parte dell’azienda di una gamma spesso significativa di attività non tariffate, ma che, in assenza di chiari ed espliciti criteri di determinazione, possono, almeno in parte, costituire ulteriori “finanziamenti di riequilibrio” sotto mentite spoglie.

Seppur apparentemente semplici, pertanto, le domande iniziali non trovano risposte pienamente soddisfacenti. Ci sono, infatti, aziende che conseguono l’equilibrio “con le proprie forze” (ossia ottenendo finanziamenti regionali commisurati ai servizi erogati) e altre che ci arrivano solo “con aiuti aggiuntivi” (ossia ottenendo finanziamenti regionali sovradimensionati rispetto ai servizi erogati). I dati di bilancio, però, non consentono di distinguere le due fattispecie, né esistono in merito informazioni affidabili.

Almeno per le AO (definite in modo estensivo per comprendere anche le AO integrate con l’Università, le Aziende Ospedaliere Universitarie pubbliche integrate con il Servizio Sanitario Nazionale gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici), tuttavia, uno spunto particolarmente interessante proviene dal recente DM 21 giugno 2016 sui c.d. “Piani di Rientro aziendali”¹. Al fine di identificare le AO da assoggettare ai Piani di Rientro² (PdR), infatti, il decreto propone una metodologia per la normalizzazione dei conti economici introducendo, in particolare, quattro correttivi. Primo, uniformare, sulla base del tariffario nazionale ex DM 18 ottobre 2012, la valorizzazione delle prestazioni di ricovero erogate ad aziende sanitarie pubbliche della Regione e a soggetti pubblici extraregione, annullando, così, le differenze di ricavo che scaturiscono dalla presenza di tariffari diversi non solo tra le Regioni, ma anche per diverse tipologie di erogatore all’interno della medesima Regione. Secondo, omettere i contributi in conto esercizio indistinti (ossia i finanziamenti regionali per funzione e di riequilibrio) effettivamente assegnati alle AO, sostituendoli con un “finanziamento per funzioni massimo ammissibile”, posto forfettariamente pari al 42,9%³ dei ricavi da prestazioni⁴. Terzo, omettere i costi⁵ contabiliz-

¹DM 21 giugno 2016: “Piani di cui all’articolo 1, comma 528, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri Enti pubblici”.

²Si segnala, peraltro, che il Decreto, al fine di individuare le AO da sottoporre ai Piani di Rientro, non si limita ai soli criteri strettamente economici (Allegato A del Decreto), ma considera anche la qualità dell’assistenza garantita (Allegato B del Decreto, che fa riferimento ai dati del Programma Nazionale Esiti).

³La percentuale del 42,9% è stata determinata in ossequio all’art. 8-sexies, c. 1-bis del D. Lgs. n. 502/92, secondo cui “il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30% del limite di remunerazione assegnato”.

⁴I ricavi da prestazioni comprendono: ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici (rideterminati, per quanto concerne i ricoveri, sulla base del tariffario nazionale ex DM 18 ottobre 2012); compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket); contributi da regione (extra fondo) a titolo di copertura extra LEA.

⁵Tecnicamente, in base alla soluzione contabile prevista dalla casistica ministeriale, si tratta di omettere non un costo, bensì uno storno di ricavi.

zati in ossequio alla particolare disposizione normativa (D. Lgs. n. 118/2011, art. 29, lett. b) che impone l'ammortamento al 100% nell'esercizio di acquisizione per i cespiti acquisiti in assenza di un apposito contributo in conto capitale o di un'altra fonte di finanziamento dedicata. Quarta, omettere proventi e costi straordinari. Il risultato di esercizio derivante dall'applicazione di questa metodologia è, quindi, inevitabilmente diverso da quello riportato nei bilanci delle aziende.

La metodologia proposta dal DM 21 giugno 2016 è, indubbiamente, migliorabile. Il ricorso al tariffario nazionale per la rideterminazione dei ricavi da prestazioni è limitato alle sole prestazioni di ricovero; inoltre, trascura le profonde differenze interregionali nei criteri di finanziamento di alcune prestazioni (ad esempio accessi e prestazioni di Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva) e nelle modalità di rimborso di farmaci e dispositivi ad alto costo; infine, non coglie appieno le specificità di alcune discipline (ad esempio quelle pediatriche). La normalizzazione dei finanziamenti regionali per funzione e di riequilibrio nella misura di una percentuale fissa dei ricavi da prestazione amplifica i limiti sopra citati; inoltre, ignora le significative differenze esistenti tra le AO (ad esempio presenza di un Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione di I o II livello, presenza di attività di didattica e/o ricerca); infine, trascura lo svolgimento, da parte di alcune AO, di particolari servizi/progetti a valenza regionale o sovregionale, di carattere sanitario (ad esempio banche dei tessuti e centro sangue) o amministrativo (ad esempio attività di autoassicurazione per tutte le aziende della Regione). Quanto ai costi si trascurano le differenze di costo del personale tra le AO del Servizio Sanitario Nazionale, nelle quali il costo del personale è integralmente a carico del Fondo Sanitario Nazionale, e le Aziende Ospedaliere Universitarie, dove parte del costo viene finanziato dall'Università.

D'altra parte, l'entità del "finanziamento per funzioni massimo ammissibile", pari, come detto, al 42,9% dei ricavi da prestazioni, è tale da evitare che, nel complesso, la metodologia di normalizzazione possa rivelarsi penalizzante, se non in circostanze molto particolari. Peraltro, la significativa incidenza del finanziamento legato alle funzioni richiederà, in prospettiva, un approfondimento sui criteri utilizzabili per dimensionare tale finanziamento in modo più analitico, trasparente e confrontabile⁶.

Metodi

L'analisi qui svolta applica la metodologia del DM 21 giugno 2016 ai modelli di rilevazione del CE 2015 delle 104 AO italiane. In particolare:

- si ridetermina il risultato economico dell'esercizio, in valore assoluto e in percentuale sui ricavi, in base al processo di normalizzazione sopra descritto;
- come primo passo nell'analisi delle relative determinanti, si calcola l'incidenza sui ricavi delle due principali voci di costo, ossia il personale, comprensivo di Imposta Regionale sulle Attività Produttive e dell'eventuale indennità al personale universitario (cosiddetta "De Maria"), e i beni sanitari di consumo.

Nella scelta della configurazione di ricavo da porre al denominatore, in coerenza con quanto previsto dal Decreto, si comprendono i ricavi da prestazioni e il correlato finanziamento per funzioni massimo ammissibile; si escludono, invece, gli altri ricavi e proventi (per esempio ricavi da libera professione, sterilizzazione degli ammortamenti e proventi finanziari), perché caratterizzati da una profonda variabilità interregionale e interaziendale, che avrebbe potuto inficiare la significatività dei confronti.

Risultati

Nei propri bilanci, la maggior parte delle AO riporta risultati economici prossimi al pareggio. Ciò, però, riflette una assegnazione dei contributi in conto esercizio (per funzione e/o di riequilibrio) spesso commisurata alle perdite in corso di formazione. La metodologia prevista dal DM 21 giugno 2016, normalizzando tali contributi, fa emergere *performance* economiche molto più differenziate (Grafico 1).

Più specificamente (Tabella 1), applicando la metodologia prevista dal Decreto, risultano in equilibrio economico solo 48 delle 104 AO. Le altre aziende sono tutte in disavanzo, seppur con gradazioni diverse: per 16 il disavanzo è contenuto (<5% dei ricavi), per 25 è grave (tra il 5-20%), mentre per 15 è gravissimo (>20%).

A livello regionale, se si focalizza l'attenzione solo sulle Regioni che non sono né sono mai state assoggettate a Piano di Rientro, tutte le AO di Umbria e Basilicata sono in equilibrio; Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Marche hanno soltanto 1 AO in disavanzo; significativamente eterogenee sono, invece, le situazioni che si riscontrano in Lombardia e Friuli Venezia Giulia.

Per converso, delle 15 AO con disavanzi gravissimi, 13 si trovano nelle Regioni che sono o sono state assoggettate a Piani di Rientro: 3 in Sicilia e in Sardegna, 2 nel Lazio e in Campania, 1 in Piemonte, Liguria e Calabria.

⁶A questo tipo di analisi è dedicato un apposito gruppo di lavoro all'interno della Commissione permanente tariffe, che dovrà definire i criteri generali per l'individuazione della remunerazione delle funzioni assistenziali e delle classi tariffarie. Nel frattempo, le Regioni possono segnalare al Ministero eventuali situazioni particolarmente peculiari.

Complessivamente, in tali regioni, il 59% delle AO (27 su 46) presenta ancora disavanzi gravi e gravissimi. Ciò pare riflettere una eccessiva focalizzazione dei PdR sul contenimento dei costi indipendentemente dalle attività svolte, ossia dalla capacità delle aziende di utilizzare al meglio la propria capacità produttiva e le proprie risorse per l'erogazione dei servizi. Proprio questa è, di fatto, la principale potenzialità della metodologia prevista dal Decreto: rideterminando i ricavi in funzione dell'effettiva produzione aziendale, si sposta l'attenzione dal livello dei costi in quanto tale all'efficiente utilizzo per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento⁷.

Il tema dell'efficienza emerge con immediatezza anche dall'incidenza delle due principali voci di costo, ossia personale e beni sanitari di consumo⁸ (Grafico 2). Le mediane per le due voci di costo sono, rispettivamente, 52% e 28%⁹.

Le AO che presentano valori inferiori a entrambe le mediane sono tutte in equilibrio. Le AO che eccedono la mediana solo per il consumo di beni sanitari sono anch'esse prevalentemente in equilibrio o in condizioni di disavanzo contenuto. Per converso, le AO che eccedono la mediana solo, o anche, per il personale (per 16 AO il costo del personale supera addirittura il 70% dei ricavi) presentano quasi tutte disavanzi gravi o gravissimi. Emerge, dunque, la criticità del costo del personale, che riflette presumibilmente organici talvolta sovradimensionati, con *mix* professionali subottimali, alte percentuali di inidoneità o limitazioni lavorative, permessi speciali (ad esempio Legge 104/92) ed elevata anzianità anagrafica e di servizio. C'è, dunque, bisogno di intervenire sul numero dei dipendenti, ma anche sui loro profili professionali e sulla loro produttività, nonché, laddove si aprisse l'opportunità di nuove assunzioni, sulla volontà, capacità e possibilità di selezionare le persone più adeguate.

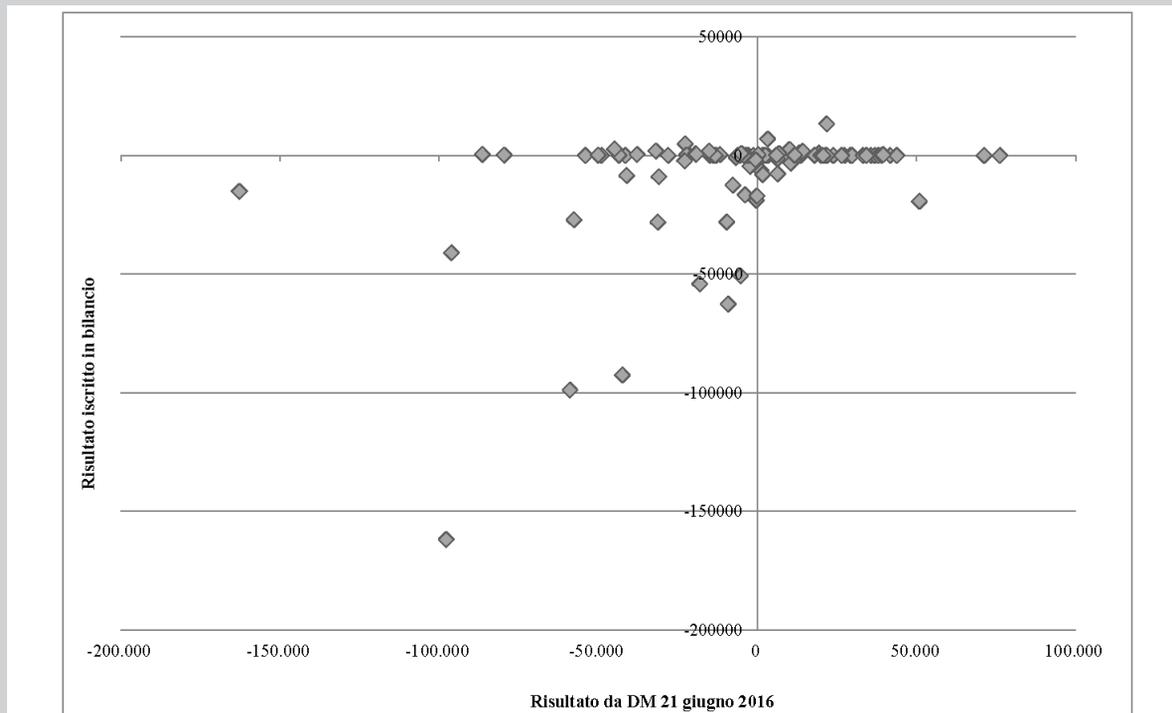
All'elevata incidenza del costo del personale, inoltre, contribuisce, spesso, lo svolgimento da parte delle AO di un ruolo di "supplenza" rispetto alle funzioni territoriali, che in alcune Regioni sono particolarmente deboli. Questo comporta, per esempio, l'erogazione di servizi a cui la metodologia del DM 21 giugno 2016 non associa alcun ricavo, nonché la saturazione dei posti letto con casistica che potrebbe essere più appropriatamente assistita in regime ambulatoriale o domiciliare e la presenza di dotazioni organiche sovradimensionate rispetto agli standard dell'attività prettamente ospedaliera.

Seppur non immediatamente rilevabile dall'analisi svolta, infine, tra le cause dei disavanzi va senz'altro menzionata la scarsa funzionalità di molte strutture (ad esempio distribuzione in padiglioni o collocazione in edifici vetusti e inadeguati, che determinano alti costi di manutenzione e gestione, nonché di logistica dei beni e dei pazienti). Si tratta di un problema annoso, ma aggravato negli ultimi tempi dalle politiche di contenimento della spesa, che hanno penalizzato in modo particolare gli investimenti. Tra l'altro, l'impossibilità di adeguare pienamente le strutture e gli impianti alle normative vigenti pone il *management* aziendale in una perenne condizione di rischio, anche in termini di responsabilità personali.

⁷Il Decreto, appunto, "si propone di individuare il valore dell'inefficienza gestionale delle aziende".

⁸Si segnala, tra l'altro, che a livello nazionale, all'interno della spesa per beni sanitari di consumo, la spesa per prodotti farmaceutici, che include sia la spesa per farmaci erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri che quella per la distruzione diretta e per conto, è cresciuta del 7,3% nel 2014 e del 15,2% nel 2015.

⁹Distinguendo tra "Regioni PdR" e "Regioni non PdR", le mediane sono 54% e 30% per le prime, 51% e 24% per le seconde.

Grafico 1 - Risultati economici delle Aziende Ospedaliere, come riportati in bilancio e come ricalcolati in base alla metodologia prevista dal DM 21 giugno 2016 - Anno 2015

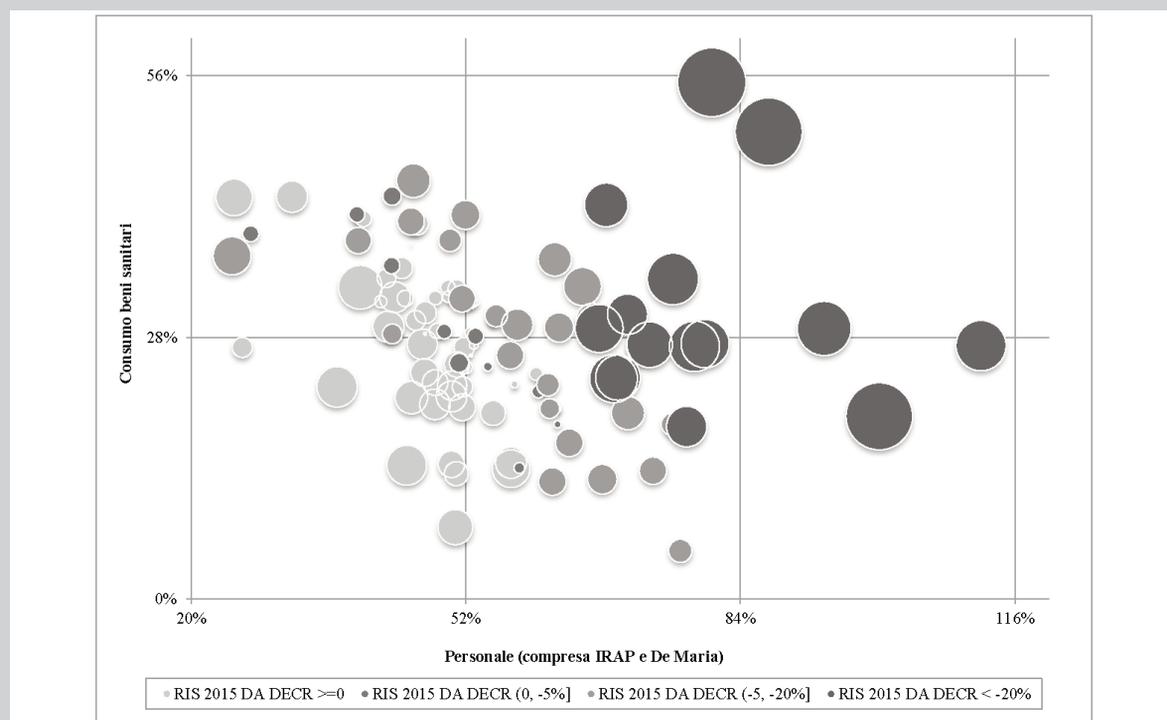
Fonte dei dati: Elaborazioni su Modelli CE 2015.

Tabella 1 - Aziende Ospedaliere (valori assoluti) per risultato economico ricalcolato in base alla metodologia prevista dal DM 21 giugno 2016 per regione - Anno 2015

Regioni	≥0	-5% , 0%	-20% , -5%	<-20%	Totale
Piemonte	3	2	0	1	6
Liguria	1	0	0	1	2
Lazio	1	2	2	2	7
Campania	3	2	3	2	10
Puglia	2	0	2	0	4
Calabria	0	0	4	1	5
Sicilia	1	2	3	3	9
Sardegna	0	0	0	3	3
Totale Regioni PdR	11	8	14	13	46
Lombardia	20	5	8	1	34
Veneto	2	1	0	0	3
Friuli Venezia Giulia	1	1	1	1	4
Emilia-Romagna	5	1	0	0	6
Toscana	3	0	1	0	4
Umbria	2	0	0	0	2
Marche	2	0	1	0	3
Basilicata	2	0	0	0	2
Totale Regioni non PdR	37	8	11	2	58
Totale	48	16	25	15	104

Fonte dei dati: Elaborazioni su Modelli CE 2015.

Grafico 2 - Distribuzione (valori percentuali) delle Aziende Ospedaliere in base ai costi per personale e per beni sanitari di consumo in rapporto ai ricavi - Anno 2015



Nota: la dimensione della bolla riflette l'entità dell'utile o della perdita, in rapporto ai ricavi.

Fonte dei dati: Elaborazioni su Modelli CE 2015.

Conclusioni

La presenza, tra i finanziamenti assegnati dalle Regioni alle aziende sanitarie pubbliche, di quote non direttamente riferibili alla quantità, qualità e appropriatezza della produzione aziendale, ostacola una corretta valutazione dell'effettivo equilibrio economico di tali aziende.

Recentemente il DM 21 giugno 2016 ha suggerito una interessante modalità di normalizzazione dei conti economici delle AO che, seppur migliorabile, può consentire valutazioni più attendibili.

L'applicazione di tale metodologia, in particolare, fa emergere come meno della metà delle AO possa considerarsi in condizioni di effettivo equilibrio economico; come le situazioni di più grave disavanzo restino concentrate nelle Regioni che sono o sono state assoggettate a PdR, anche perché i PdR hanno, generalmente, privilegiato il contenimento della spesa rispetto all'innalzamento della produttività della spesa stessa; come particolarmente critici siano l'incidenza del costo del personale, l'affidamento a molte AO di un ruolo di "supplenza" rispetto alle funzioni territoriali, l'inacidimento degli investimenti e la frequente inadeguatezza delle strutture.

Le tre criticità citate (personale, funzioni territoriali e investimenti), peraltro, ben chiariscono l'impossibilità per il *management* aziendale di conseguire l'equilibrio senza un adeguato supporto del livello regionale e di quello centrale. Le iniziative di risanamento dovranno, quindi, essere modulate su tre livelli: interventi di esclusiva competenza manageriale; interventi in cui la decisione manageriale deve basarsi e trovare forte sostegno in accordi regionali; interventi che spettano direttamente al livello regionale o nazionale. Questa modulazione contribuirebbe anche a meglio distinguere tra due diverse responsabilità manageriali: da un lato affrontare e risolvere autonomamente alcune problematiche; dall'altro evidenziare quelle criticità che sono specifiche dell'Azienda (e che, quindi, solo il *management* conosce adeguatamente), innegabili (e che, quindi, richiedono di essere affrontate, a prescindere dalle responsabilità di chi le ha generate), ma che possono essere risolte solo con il contributo dei diversi livelli istituzionali.