

Assetto economico-finanziario

L'analisi dell'assetto economico finanziario dei sistemi sanitari delle regioni italiane restituisce uno scenario particolarmente eterogeneo e, in alcuni casi, preoccupante.

In analogia con l'approccio seguito nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute, abbiamo analizzato la dimensione economico-finanziaria da diverse prospettive: sia sul fronte macro (sistema) che micro (azienda), nella prospettiva sia della spesa corrente che della spesa in conto capitale, dedicando approfondimenti a tematiche emergenti in questo ambito.

In primo luogo l'attenzione è stata posta sui fabbisogni e sulla spesa sanitaria a livello regionale e sui relativi disavanzi che, soprattutto in alcune regioni, stanno portando all'accumularsi di debiti particolarmente ingenti e preoccupanti per la stabilità del sistema economico regionale. L'analisi dei disavanzi deve essere letta, a nostro avviso, in parallelo con quella effettuata sui ratings assegnati alle regioni italiane dalle principali agenzie internazionali. La presenza di disavanzi (e di debiti crescenti) ha spinto molte regioni a trovare soluzioni finanziarie in grado di assicurare la necessaria liquidità per lo svolgimento delle operazioni correnti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Le operazioni realizzate variano dal complesso meccanismo della cartolarizzazione alla più agevole cessione di crediti pro-soluto a primari istituti di credito nazionali ed internazionali che oggi vedono proprio nella sanità uno dei più promettenti ambiti di impiego delle ingenti risorse di cui dispongono.

È ad ogni modo evidente che tali operazioni rimandano al futuro un problema che potrebbe invece peggiorare le condizioni di equilibrio dei sistemi sanitari delle regioni in mancanza di adeguate politiche tese a ristrutturare il sistema dell'offerta e orientate al governo della domanda. Per questo è fondamentale leggere i dati aggregati riguardanti sia la spesa che i disavanzi, alla luce dei dati di bilancio registrati a livello di azienda, entità organizzativa dove, in prima istanza, andrebbe ricercato l'equilibrio micro-economico quale condizione per il conseguimento di un equilibrio economico a livello macro (di sistema regionale).

La possibilità per l'azienda sanitaria di mantenere l'equilibrio economico dipende dalla sua capacità di governare razionalmente i processi di assistenza con attenzione posta sia sul fronte del sistema dell'offerta che del monitoraggio attento alla dinamica della domanda. Questo è possibile nella misura in cui l'azienda si dota di tutti quegli strumenti che permettono al management di governare tutte le leve della gestione (personale, tecnologie, processi, ecc.).

Quest'anno l'attenzione di questa area tematica del Rapporto Osservasalute si è concentrata anche sulla diffusione nelle aziende sanitarie italiane della *balanced score card*, metodo per la gestione integrata della programmazione e del controllo aziendale che oggi è considerato lo strumento più avanzato per legare le performance complessive ai processi e alle strategie d'azienda.

Infine, oltre alla consueta attenzione posta alla spesa sanitaria corrente si è voluto approfondire la tematica della spesa in conto capitale grazie ad una collaborazione sviluppata con il Ministero della Salute. Un approfondimento di questa sezione è proprio dedicato al Partenariato Pubblico-Privato quale strumento per il finanziamento degli investimenti in edilizia e in tecnologia sanitaria. L'approfondimento riporta una fotografia chiara delle operazioni realizzate nell'ultimo periodo e offre un panorama completo della diversa attitudine delle regioni ad affrontare in maniera sistematica, strutturata ed efficace la questione dell'acquisizione delle risorse per il rinnovamento del parco edilizio e tecnologico.

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

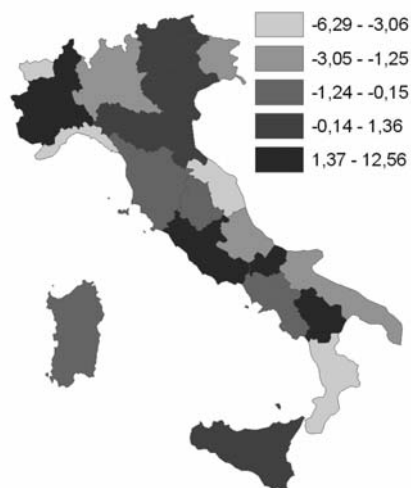
Il primo indicatore (tabella 1) mostra delle variazioni regionali significative; in particolare si osserva un gradiente Nord-Sud. Questo divario è spiegabile sia per questioni legate al denominatore del rapporto (diversità del valore del PIL delle singole regioni), che al numeratore (capacità e competenze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

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

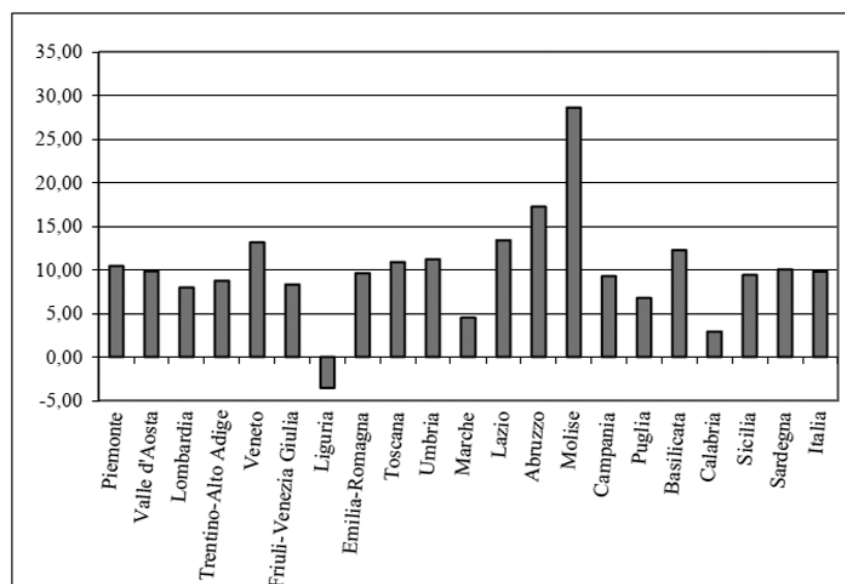


presenta, pertanto, il carico estremo derivabile da un federalismo sanitario senza perequazione: un cittadino calabrese, per avere garantito lo stesso servizio sanitario di un lombardo, dovrebbe utilizzare una quota del suo reddito pressoché doppia.

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 - Variazione 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

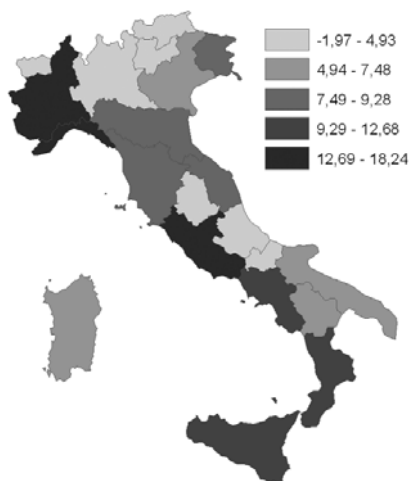
Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	1.299	1.332	1.373	1.446	1.654	1.655
Valle d'Aosta	1.390	1.480	1.576	1.627	1.707	1.857
Lombardia	1.182	1.295	1.394	1.386	1.437	1.575
Bolzano-Bozen	1.585	1.668	1.846	1.934	1.976	2.076
Trento	1.313	1.508	1.568	1.651	1.664	1.721
Veneto	1.245	1.331	1.377	1.416	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.

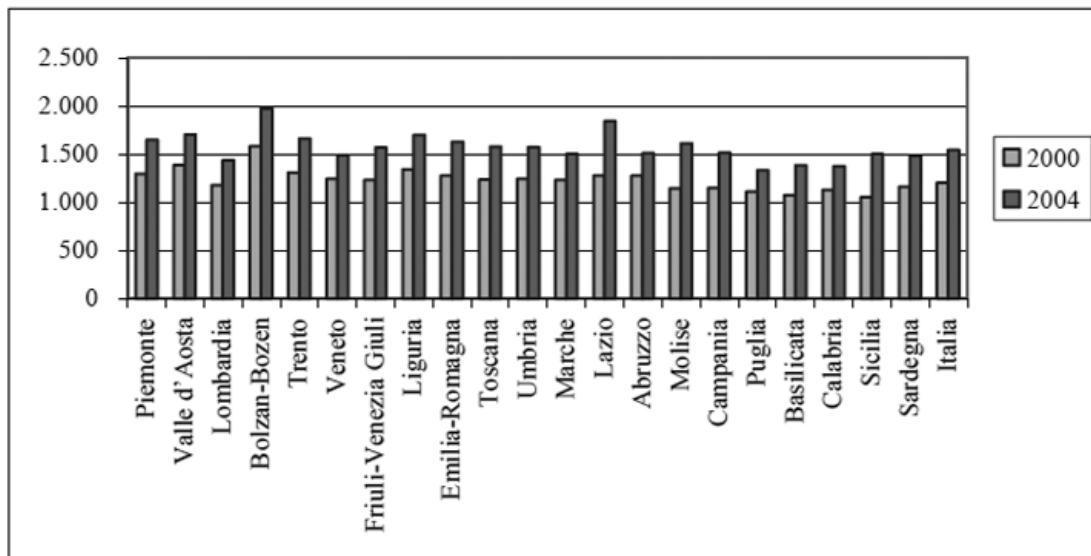
In tutte le regioni, tranne Abruzzo e Molise, tra il 2003 e il 2004 si osserva una crescita che in media raggiunge il 9% con un incremento che nella regione Lazio è del 18% (vedi cartogramma).

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

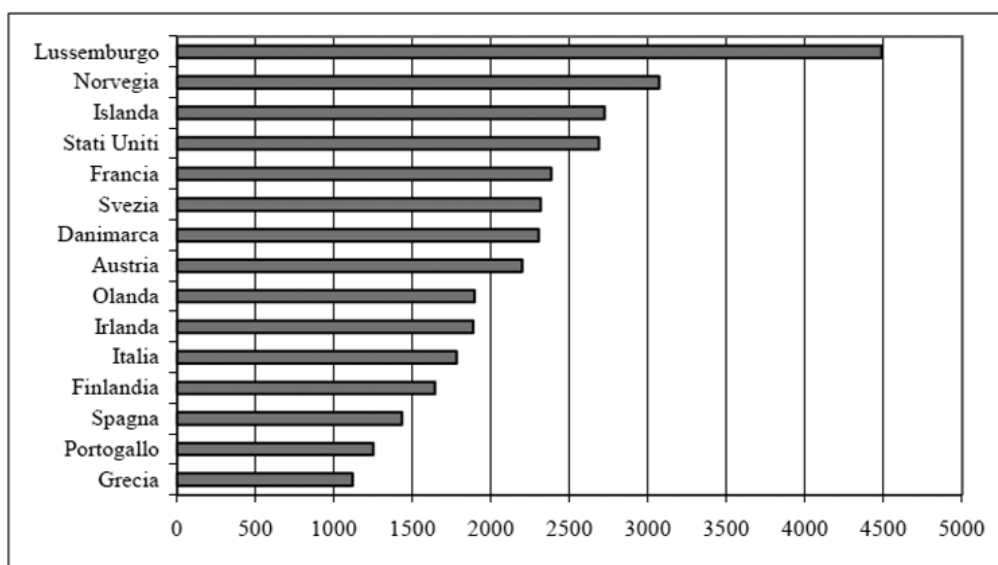
Il confronto internazionale basato sui dati dell'OCSE (Eco-Salute, 2006) mostra l'Italia, in termini di valori più bassi della spesa sanitaria pubblica corrente pro capite, tra gli ultimi cinque paesi del gruppo dell'Area Economica Europea: prima di Finlandia, Spagna, Portogallo e Grecia.

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).

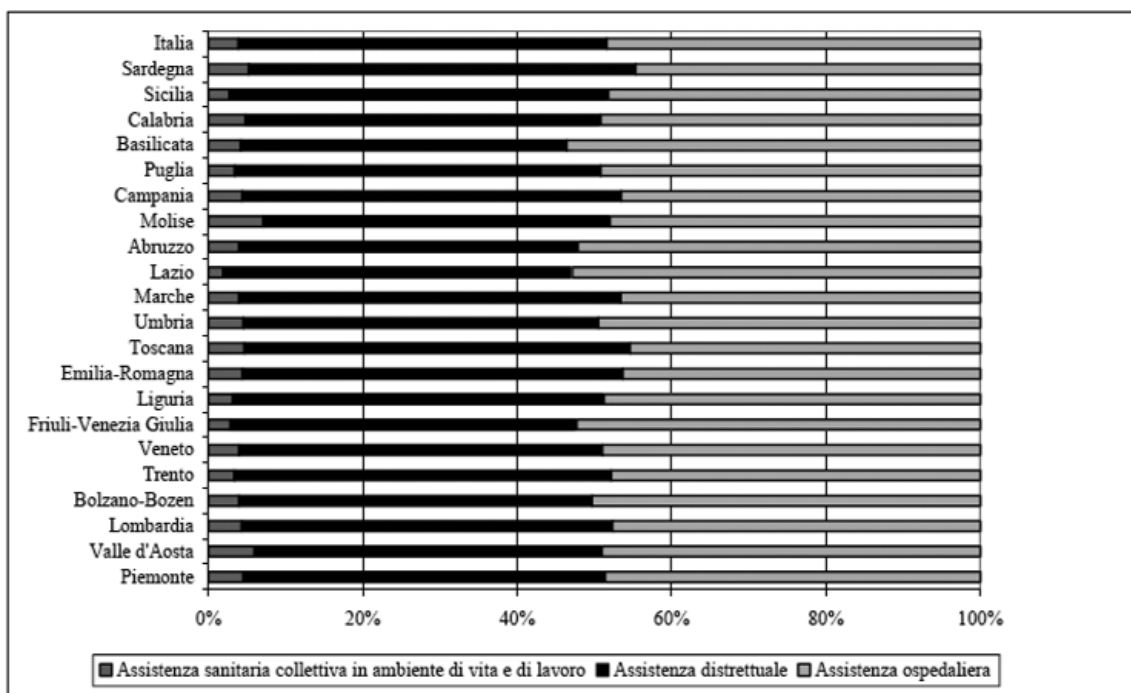
Tabella 1 - Costi regionali per macrolivelli di assistenza per regione (valori percentuali e pro capite) - Anno 2003

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

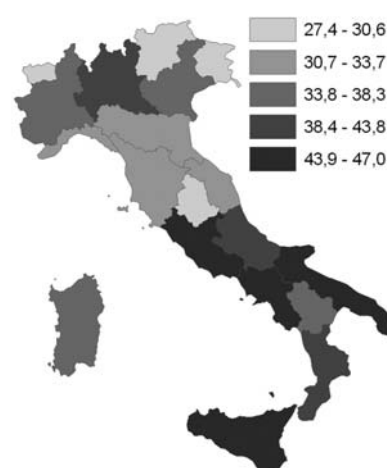
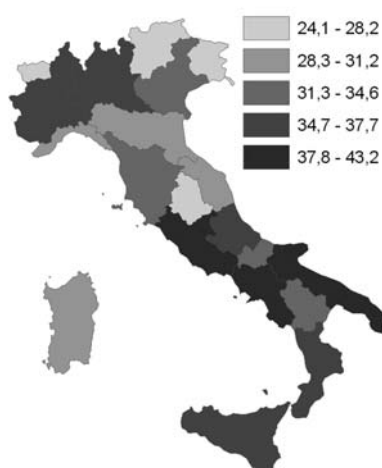
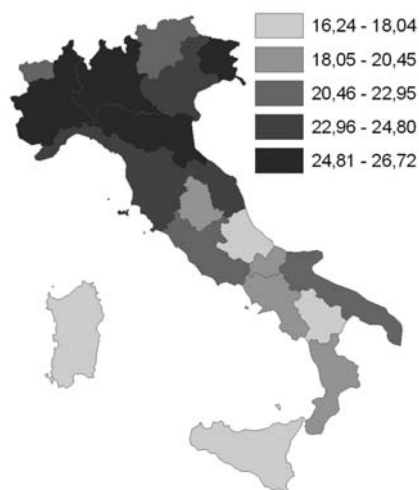


Tabella 2 - Percentuale della spesa sanitaria privata delle famiglie per regione - Anno 2003

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

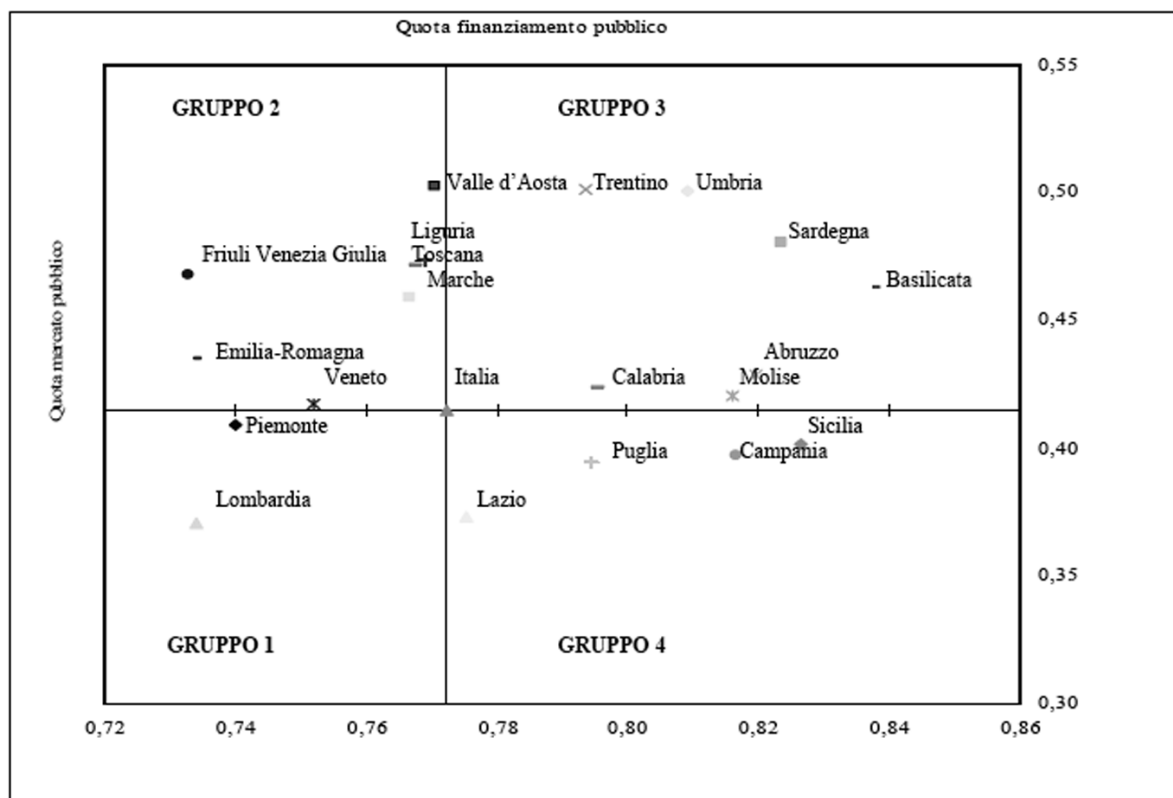
Percentuale della spesa sanitaria delle famiglie per regione. Anno 2003



(*) 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 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 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(+)

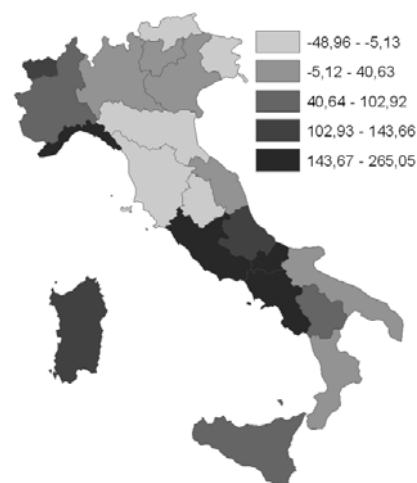
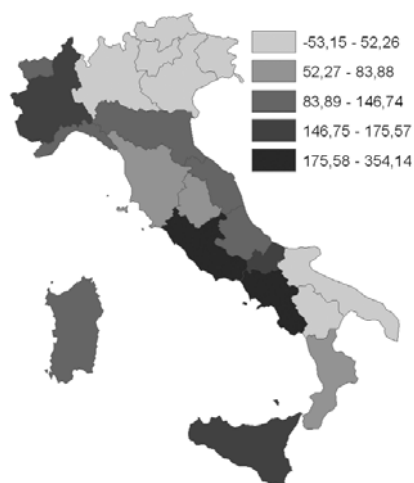
I dati del 2005 si riferiscono al IV trimestre, rilevati al 27 febbraio 2006.

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 statutari 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%).

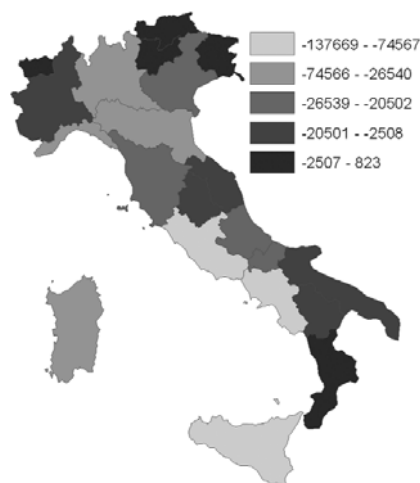
La distribuzione del risultato medio di esercizio delle AO nelle regioni (tabella 1) varia nel 2003 da un minimo di -80,2 milioni di € nel Lazio ad un massimo di -71.000 € in Sicilia. In questo anno solo le AO della Lombardia paiono chiudere il bilancio in equilibrio. Nell'anno successivo i valori oscillano 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
Bolzano-Bozen	4	-7.784,00	0	0	4	-978,00	0	0
Trento	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

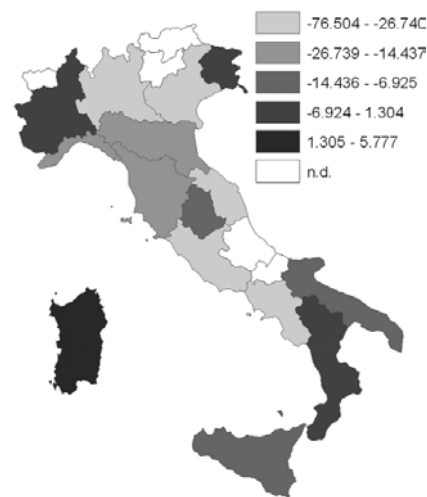


Tabella 2 - Utile o perdita media di esercizio pro capite delle ASL (valori in €) per regione - Anni 2003-2004

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. 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.

Il *Balanced Scorecard* nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive

Prof. Stefano Baraldi

Contesto

Come in tanti altri settori, anche in sanità la misurazione delle *performance* è oggi un tema particolarmente critico. Le organizzazioni che operano in sanità e, in generale, tutto il settore pubblico e del *no profit* è chiamato infatti ad interiorizzare un principio di *accountability* che impone una precisa assunzione di responsabilità riguardo ai risultati (non solo economico-finanziari) raggiunti o raggiungibili. Il tema delle performance e della loro capacità di essere "lette" e governate da parte delle Aziende Sanitarie diviene necessariamente cruciale.

La letteratura documenta ampiamente l'applicabilità di sistemi di misurazione evoluti nel settore sanitario. Tra questi strumenti, il *Balanced Scorecard* (BSC) è stato ed è oggetto di un'attenzione particolare. Partendo dall'ipotesi che la complessità delle organizzazioni aziendali richiede a chi le governa la capacità di "leggere" le performance utilizzando contemporaneamente molteplici prospettive di analisi, il BSC propone una chiave di lettura multidimensionale, utilizzando indicatori di differente specie che vengono generalmente "polarizzati" rispetto a:

- una prospettiva economico-finanziaria (*financial perspective*), evocativa della capacità dell'organizzazione di perseguire i propri obiettivi strategici in condizioni di economicità;
- la percezione dei "clienti" rispetto alle performance aziendali (*customer perspective*);
- la capacità di eccellere nello svolgimento dei processi aziendali (*internal business perspective*);
- la capacità di migliorare costantemente le proprie prestazioni attraverso un processo di apprendimento continuo (*learning and growth perspective*).

L'originalità del BSC è sostanzialmente legata alla sua multidimensionalità (ovvero alla sua attitudine a rappresentare le performance aziendali rispetto a molteplici "punti di vista") ed alla sua capacità di offrire una visione strategica delle performance, "spiegando" se e in quale misura e perché le strategie, dopo essere state formulate, trovano anche un'efficace realizzazione.

Fino a che punto, tuttavia, il BSC può funzionare in una realtà tanto "particolare" come quella di un'Azienda Sanitaria? Da un lato, alcune esperienze dimostrano infatti che il modello proposto da Kaplan e Norton può essere utilizzato con successo anche in sanità; proprio il BSC, anzi, sembra godere attualmente di una "popolarità" senza precedenti e viene spesso additato dagli operatori come la soluzione per i problemi legati alla misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie. Dall'altro, alcuni autori segnalano alcune aree di incertezza in merito all'effettivo potenziale che il BSC può effettivamente esprimere nel settore della sanità; si osserva, in altri termini, che l'analisi di alcune esperienze isolate e pionieristiche non è sufficiente a capire se e in quale misura il BSC può rappresentare una soluzione "universale" per la misurazione ed il governo delle performance in sanità. Rimangono tuttora aperti, infatti, una serie di interrogativi: come si comporta il BSC quando viene utilizzato in un contesto organizzativo così peculiare come quello sanitario? Esistono, nelle organizzazioni sanitarie, le condizioni per potere affrontare lo sviluppo di uno strumento così impegnativo come il BSC? Attraverso quali modalità il BSC può essere introdotto con successo in un'organizzazione sanitaria? Quali sono i rischi a cui un'organizzazione sanitaria si espone adottando il BSC? Quali reali benefici è in grado di assicurare il BSC per il governo delle organizzazioni sanitarie? In queste pagine si vuole dare una risposta il più possibile compiuta a questi interrogativi con specifico riferimento alla realtà italiana.

Metodi

Il lavoro di ricerca è stato articolato seguendo due metodologie complementari.

Large-scale survey

È stata realizzata una *large-scale survey* a livello nazionale estesa a tutte le strutture di ricovero e cura (private e pubbliche) operanti in Italia. Il questionario utilizzato a supporto della survey è stato costruito su diversi percorsi in funzione dell'effettivo grado di conoscenza del BSC da parte degli interlocutori aziendali e dell'effettivo utilizzo del BSC da parte delle loro aziende. L'interlocutore aziendale di riferimento è stato identificato nel responsabile del controllo di gestione. La *survey* è stata estesa a tutte le Aziende Sanitarie italiane di maggiori dimensioni. Il questionario è stato inviato ad un gruppo di 413 aziende così composto:

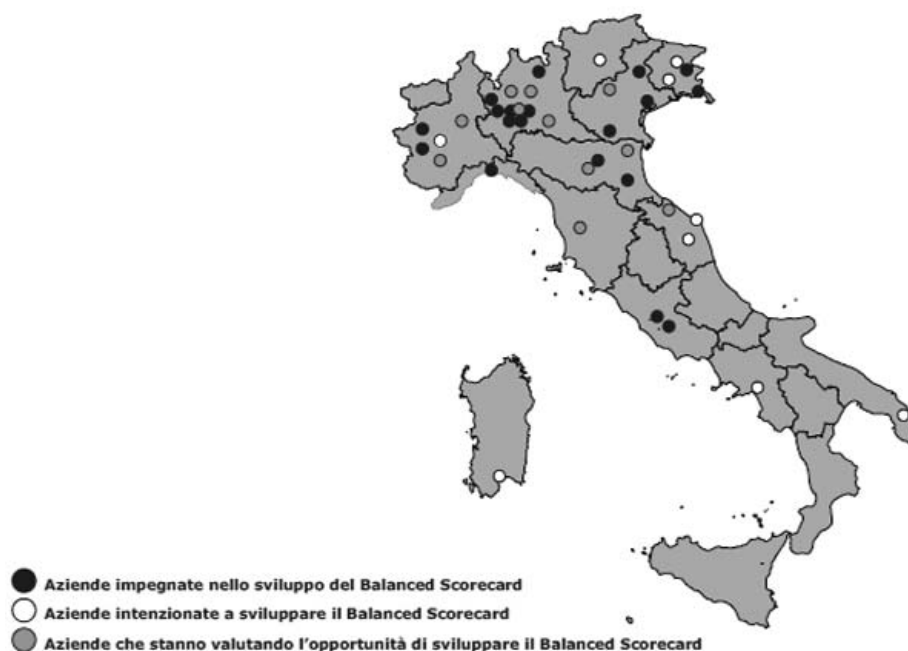
- tutte le ASL, gli IRCCS (privati e pubblici), i Policlinici Universitari operanti sul territorio nazionale;
- tutte le AO pubbliche e le strutture private dotate (in relazione alle indicazioni rese disponibili dal Ministero della Salute) di un numero di posti letto superiore a 200.

Il tasso di risposta alla survey è pari all'56%.

Multiple case studies

Tutte le aziende che, in questa prima fase, hanno dichiarato di essere impegnate nello sviluppo del BSC sono successivamente state contattate per analizzare più da vicino la loro esperienza. La *case history* della singola azienda è stata ricostruita in funzione delle scelte fatte dal management aziendale nei differenti momenti legati all'implementazione del BSC (*build, design, implement, link, evolve*). Tutte le aziende che hanno dichiarato di essere impegnate nello sviluppo del BSC (grafico 1) sono state contattate per verificare la loro disponibilità a vedere analizzata in modo più strutturato la propria *case history*. Più dell'80% ha accettato di essere coinvolta nell'analisi in depth della propria esperienza con il BSC.

Grafico 1 - Aziende che hanno dichiarato di essere impegnate nello sviluppo del BSC



Risultati – Large scale survey

Più della metà della sanità italiana non conosce (o conosce solo in maniera superficiale) il BSC che, generalmente, è apprezzato come strumento evoluto di misurazione, in grado di superare i limiti di una visione mono-dimensionale (economica) delle performance aziendali. D'altro canto, un numero significativo di aziende comincia a vedere il BSC come un efficace strumento di allineamento dei comportamenti aziendali. La conoscenza relativa al BSC è stata acquisita principalmente attraverso la "leva" della formazione (aziendale o legata al proprio curriculum di studi).

Gli operatori della sanità italiana vedono nel BSC uno strumento gestionale in grado di assicurare un contributo importante per realizzare le strategie aziendali e particolarmente efficace per: a) mettere a fuoco e definire compiutamente, in maniera strutturata ed organica, le strategie aziendali; b) calare le strategie aziendali nell'ambito dell'organizzazione, allineando gli obiettivi attribuiti alle diverse unità operative con quelli aziendali; c) sostenere e guidare il processo di budgeting in modo tale da assicurare il migliore allineamento tra gli obiettivi ed i programmi di azione inseriti nel budget e le strategie aziendali; d) sviluppare una migliore capacità di lettura delle performance realizzate sia a livello aziendale che a livello di singola unità organizzativa.

Più del 75% delle Aziende Sanitarie italiane, infatti, non ha ancora visto o non si è ancora posta il problema di introdurre il BSC. Esiste tuttavia un gruppo consistente di aziende che sta già utilizzando o è intenzionata ad utilizzare nel prossimo futuro il modello proposto da Kaplan e Norton. Va sottolineato, inoltre, che, dopo alcune esperienze pionieristiche collocabili sul finire degli anni '90, oggi l'interesse (concretamente dimostrato) delle Aziende Sanitarie italiane verso il BSC è sicuramente crescente (il numero dei progetti di sviluppo del BSC è significativamente cresciuto negli ultimi anni). Il maggiore ostacolo alla diffusione del BSC nella sanità italiana è riconducibile al modesto grado di conoscenza riscontrabile tra gli operatori del settore. I dati raccolti, infine, confermano che le aziende, pur conoscendo il BSC, non lo utilizzano, si affidano invece a sistemi di misurazione delle performance di "prima generazione" e, in particolare, a sistemi di contabilità direzionale (budget, conta-

bilità analitica, reporting) di tipo tradizionale (82%).

Le Aziende Sanitarie che, nel nostro paese, sono attualmente impegnate nello sviluppo del BSC stanno costruendo il necessario consenso in merito ad un utilizzo "ortodosso" del BSC e a definirne l'architettura logica e informativa. Solo un numero limitato di aziende comincia ad affrontare i problemi derivanti dall'effettivo collegamento del BSC ai differenti processi gestionali e dall'esigenza di una sua costante evoluzione. L'analisi delle singole esperienze aziendali, inoltre, evidenzia una certa disomogeneità di comportamenti, come se ogni azienda stesse in effetti trovando la propria strada per lo sviluppo del BSC sia in termini di *tempi* (convivono, tra le esperienze segnalate dalla *survey*, progetti che si sviluppano su un orizzonte temporale di 24-30 mesi e progetti che sembrano trovare un efficace completamento in un periodo di tempo assai più contenuto) sia in termini di *attività* (se, da un lato, esistono progetti che hanno approcciato lo sviluppo del BSC affrontando in maniera sequenziale le fasi in precedenza citate, dall'altro ci sono esperienze che hanno privilegiato percorsi del tutto diversi). Le principali difficoltà riscontrate nell'introduzione del BSC sono sostanzialmente riconducibili a: 1) problemi di carattere "culturale" legati alle difficoltà da parte del management aziendale ad interiorizzare le finalità e la "logica" del BSC, alla non agevole ricerca del consenso in merito al suo reale utilizzo; 2) difficoltà di ordine tecnico (es. processo di individuazione degli indicatori di performance più adeguati, mancanza di sistemi informativi in grado di "alimentare" efficacemente il BSC); 3) fattori che ostacolano, soprattutto nel settore pubblico, il processo di definizione e formulazione delle strategie aziendali.

Tutte le aziende che hanno attivato un progetto per lo sviluppo del BSC giudicano i risultati sino ad ora raggiunti in linea (o superiori) alle aspettative e sono intenzionate a portare a termine i progetti su cui sono impegnate. Sino ad ora, in particolare, il BSC si è dimostrato uno strumento efficace per mettere a fuoco e comunicare le strategie aziendali all'interno dell'organizzazione. Resta ancora da scoprire (non potrebbe essere diversamente, visto che la maggior parte delle aziende è tuttora impegnata nelle prime fasi del progetto di implementazione), nella sanità italiana, il contributo che il BSC può assicurare per allineare quotidianamente i comportamenti aziendali alle strategie prescelte ridisegnando, di fatto, la logica dei meccanismi di funzionamento aziendali (processi di comunicazione, incentivazione, *decision making*, *budgeting* e *reporting*, pianificazione, ecc.).

Risultati - Multiple case studies

Non esistono particolari differenze tra le aziende "pioniere" in termini di dimensione, tipologia di azienda, appartenenza al settore privato o pubblico; ciò conferma l'ipotesi che la scelta del BSC si lega prevalentemente al tipo di stile di direzione di cui il management aziendale vuole rendersi interprete. Come sovente accade in Italia, la maggior parte delle esperienze di sviluppo del BSC sono prevalentemente localizzate nel Nord (soprattutto) e nel Centro. L'analisi comparata delle differenti *case histories* ha permesso di mettere a fuoco l'approccio seguito dalle Aziende Sanitarie italiane per sciogliere i nodi più critici per un'efficace sviluppo della metodologia del BSC. In termini generali, non sembra emergere un percorso migliore o, comunque, più seguito di altri per l'implementazione del BSC nella sanità italiana. Più frequentemente, invece, ogni azienda tende a "fare storia a sé", ricercando le modalità più opportune (e coerenti con il proprio particolare contesto di riferimento) per affrontare un progetto difficile come quello finalizzato alla realizzazione della metodologia proposta da Kaplan e Norton.

La ricerca delle migliori condizioni in termini di consenso per lo sviluppo del BSC si realizza seguendo strade diverse. La *sponsorship* nei confronti del progetto, ad esempio, viene ottenuta (o perseguita) talora in maniera quasi inconsapevole, sofisticando in maniera progressiva ed incrementale gli strumenti di misurazione delle performance sino ad allinearli alle caratteristiche del BSC, talaltra dichiarando ufficialmente l'intenzione dell'azienda di puntare sullo sviluppo di strumenti di misurazione delle performance evoluti ed enfatizzando le ragioni che rendono non prorogabile l'adozione del BSC. Analogamente la composizione del *team* responsabile del progetto di implementazione del BSC varia in maniera significativa nell'ambito delle *case histories* analizzate. In taluni casi, infatti, non esiste un vero e proprio *team* in quanto la realizzazione del progetto è responsabilità pressoché esclusiva di un'unica figura di riferimento (*BSC champion*). Di contro, altre aziende hanno deciso di affidare la responsabilità del progetto a *team* interfunzionali (qualità, controllo di gestione, sistemi informativi, risorse umane, direzione sanitaria) in grado di raccogliere e valorizzare le differenti aree di competenza necessarie per la realizzazione del BSC. Anche il livello di progettualità dimostrato dalle aziende attualmente impegnate nello sviluppo del BSC è assai differenziato. Convivono, infatti situazioni in cui lo sviluppo del BSC viene perseguito senza nessuna attività preliminare di progettazione con esperienze di aziende che hanno programmato in maniera strutturata lo sviluppo del BSC su un orizzonte temporale pluriennale. Infine, l'utilizzo di un pilota non ha trovato una applicazione universale. Alcune aziende, infatti, hanno sentito l'esigenza di testare su scala ridotta le potenzialità del BSC attivando gruppi di lavoro dedicati alla sperimentazione del modello di Kaplan e Norton in aree limitate dell'organizzazione. Non mancano, di contro, strutture sanitarie che hanno seguito una strada radicalmente diversa, perseguendo da subito l'applicazione del BSC a livello aziendale.

Anche in questa fase i dati raccolti confermano una sostanziale eterogeneità di comportamenti. Il processo di definizione e di condivisione delle strategie aziendali, ad esempio, ha trovato ambientazioni del tutto differenti nell'esperienza delle aziende oggetto di analisi. Da un lato, alcune aziende hanno utilizzato un approccio del tutto ortodosso per la rappresentazione delle proprie strategie, ricercando un'applicazione puntuale della metodologia proposta da Kaplan e Norton nell'utilizzo di *strategy map*, nell'individuazione e nell'analisi delle relazioni di causa-effetto, ecc.. Dall'altro, non poche aziende hanno invece preferito lasciare implicita o, comunque, non formalizzata la fase di definizione puntuale delle strategie aziendali, passando direttamente all'individuazione delle aree-chiave e degli indicatori di performance da inserire nel BSC. Anche l'architettura "logica" del BSC si è variamente configurata in relazione alle specifiche realtà aziendali. In alcuni casi, infatti, la struttura del BSC in termini prospettive ha sostanzialmente aderito all'impostazione classica del modello di Kaplan e Norton (prospettiva economico-finanziaria, cliente-utente, processi interni, innovazione e crescita). In altri, questa impostazione è stata completamente stravolta da parte di aziende che hanno sentito il bisogno di intervenire sia sul numero che sulla tipologia delle prospettive di analisi adottate. Un'ultima notazione riguardo ai comportamenti delle Aziende Sanitarie studiate riguardo al tema del cascading. Anche in questo caso, le modalità seguite per calare il BSC all'interno dell'organizzazione ha dato origine ad uno spettro di situazioni quanto mai diversificato ai cui estremi si trovano:

- aziende in cui è stato implementato un BSC che rappresenta in maniera organica le performance dell'organizzazione nel suo complesso; non è stato realizzato alcun processo di *cascading* finalizzato a "portare" il BSC a livello di dipartimento, unità operativa, ecc.;
- aziende in cui si è superata questa visione esclusivamente aziendale; il BSC è stato calato all'interno dell'organizzazione attraverso un processo di *cascading* che ha seguito un approccio di tipo *top down*; la struttura del BSC definita a livello "corporate" o aziendale è stata, in altri termini, disaggregata e distribuita in maniera capillare tra le varie unità organizzative senza essere di fatto ridefinita o ridiscussa;
- aziende in cui il BSC ha raggiunto tutte le articolazioni dell'organizzazione attraverso un *cascading* che ha privilegiato una logica di tipo *bottom up* ovvero che ha provveduto a contestualizzare (cioè a modificare la struttura in termini di aree-chiave ed indicatori di performance) il BSC a livello di singolo dipartimento, unità operativa, area di staff.

L'eterogeneità dei comportamenti adottati dalle aziende nelle due fasi precedenti si riverbera ovviamente in una differente articolazione della piattaforma informativa a supporto del BSC. Le aziende che hanno infatti affrontato il progetto in modo meno strutturato e che hanno sviluppato un'architettura del BSC relativamente più leggera in termini di prospettive, aree-chiave ed indicatori di performance e, soprattutto, hanno optato per una diffusione meno pervasiva del modello nell'ambito dell'organizzazione si sono dotate di una piattaforma informativa che può essere definita come artigianale in quanto non appoggiata su nessun tipo di applicazione dedicata bensì baricentrata sull'uso di software standard. Diversa è la posizione delle aziende che hanno privilegiato un approccio più originale e strutturato per l'implementazione del BSC, personalizzandone la struttura e l'architettura logica e, soprattutto, sviluppando un *cascading* più esteso e pervasivo. In questo caso il sistema informativo diventa una *conditio sine qua non* per l'efficace funzionamento del BSC e per una sua adeguata visibilità e fruibilità all'interno dell'organizzazione; conseguentemente, il BSC si appoggia su una piattaforma informativa dedicata nell'ambito della quale trovano posto strumenti di *datawarehouse* e soluzioni applicative appositamente pensate per la gestione del BSC.

Solo alcune tra le Aziende Sanitarie prese in esame hanno cominciato ad affrontare il problema del "come usare" il BSC dopo averlo reso effettivamente in grado di funzionare. Anche i "pionieri", in questo caso, si trovano ancora in una condizione sperimentale, avendo appena cominciato ad interrogarsi in merito all'opportunità di utilizzare il BSC per cambiare (in maniera talvolta radicale) i propri processi manageriali (dalla definizione degli obiettivi ai meccanismi di comunicazione, dai criteri per l'allocazione delle risorse ai sistemi di reporting, ecc.). In termini generali, tuttavia, questi primi tentativi sembrano essere, sulla base delle indicazioni raccolte, incoraggianti perché dimostrano che il BSC, anche in sanità, può davvero rendere praticabile uno stile di gestione diverso.

Solo alcune delle esperienze aziendali più "consolidate" possono offrire qualche indicazione (parziale) sugli interrogativi che si riferiscono a questa fase del processo di sviluppo del BSC. Sebbene, come per la fase di *link*, sia prematuro trarre conclusioni di carattere generale, è opportuno segnalare che le "lezioni" apprese dalle (poche) aziende che, sino ad ora, si sono trovate ad affrontare il problema sono sostanzialmente riconducibili a:

- il BSC deve essere uno strumento flessibile, in grado di adattare tempestivamente la propria struttura e le sue aree di applicazione per adeguarsi al mutare delle condizioni di contesto (interno ed esterno all'organizzazione) in cui si trova ad operare;
- il BSC deve godere di un'ampia visibilità all'interno dell'organizzazione e deve essere utilizzato da "molti", senza rimanere dominio esclusivo del vertice aziendale; particolarmente rilevante, è il coinvolgimento dei professionisti sia nella fase di costruzione che di utilizzo del BSC;
- la migliore fonte di legittimazione che il BSC può avere sono i risultati che ha permesso di raggiungere.

Conclusioni

Anche in Italia, il BSC gode oggi di una popolarità elevata e crescente fino ad essere considerato *the meal of the day* (Aidemark, 2001). I dati raccolti dimostrano che, anche nella sanità italiana, il modello proposto da Kaplan e Norton può essere applicato con successo e che non esistono approcci alternativi in grado di superare i limiti di un *performance measurement* di tipo tradizionale. Tutte le Aziende Sanitarie che sono oggi impegnate nello sviluppo del BSC considerano positivamente la propria esperienza.

È tuttavia troppo presto per poter trarre conclusioni definitive. Pur se giudicato come uno strumento interessante, il BSC è, ancora oggi, conosciuto poco e male da parte degli operatori della sanità italiana. Solo un numero limitato di aziende, inoltre, scontrandosi con barriere prevalentemente culturali, è effettivamente impegnata nello sviluppo del BSC. La loro esperienza, tuttavia, è troppo recente e troppo eterogenea per consentire di trarre, oggi, conclusioni di carattere generale in merito al ruolo che il BSC può (e potrà in futuro) giocare nella sanità italiana. Tali conclusioni potranno essere formulate solo quando il BSC comincerà ad essere realmente “usato” da parte delle Aziende Sanitarie che oggi sono prevalentemente impegnate a costruire il consenso in merito al suo impiego e a definirne l’architettura logica e informativa. Lo studio e l’analisi di queste esperienze costituirà verosimilmente l’area verso la quale indirizzare i prossimi sforzi in termini di ricerca.

Riferimenti bibliografici

- Aidemark L. (2001). “The meaning of BSCs in the health care organization”, *Financial Accountability & Management*, vol. 17, n. 1, 23-40.
- Baraldi S. (2002), *The BSC in hospitals: performance measurement as a driver of change. A case study*. In Epstein M. – Manzoni J.F. (Ed.), *Performance measurement and management control*, vol. 12, Jai Press.
- Baraldi S. (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill.
- Baraldi S. - Monolo G. (2004), *Performance measurement in Italian hospitals: the role of the Balanced Scorecard*, in Neely A. - Kennerley M. – Walters A., *Performance measurement and management: public and private*, Centre for Business Performance.

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.

Gli investimenti per la realizzazione di strutture sanitarie e il Partenariato Pubblico-Privato

Dott.ssa Adriana Chiurato, Prof. Americo Cicchetti, Dott.ssa Rossana Ugenti, Dott.ssa Laura Murianni, Dott.ssa Valeria Fabbrini

Negli ultimi anni, per il rilancio delle infrastrutture, anche il nostro paese ha fatto sempre maggior ricorso al Partenariato Pubblico-Privato (PPP). Con questo termine si fa riferimento a diverse forme di cooperazione tra settore pubblico e settore privato che integrano le rispettive risorse e competenze allo scopo di realizzare e gestire le opere infrastrutturali. Nel 2005 la quota di opere in Partenariato Pubblico-Privato rappresenta il 25% del totale della spesa appaltata (circa 9.500 milioni di euro), contro il 15,5% del 2004¹.

L'utilizzo di questo strumento ha certamente moderato l'impiego di finanza pubblica anche nella realizzazione di infrastrutture del Servizio Sanitario Nazionale dove l'aumentata necessità di investire in edilizia e tecnologie è strettamente connessa con un'unanime esigenza di riqualificazione e razionalizzazione dei servizi, delle strutture e delle tecnologie, sia ospedaliere sia territoriali. Basti citare alcuni contenuti sanciti nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che orientano il ridisegno della rete ospedaliera e territoriale regionale, quali lo standard del 4,5 posti letto per mille abitanti, il potenziamento degli spazi in regime diurno, la previsione di una quota minima del 15% delle risorse disponibili per il potenziamento tecnologico. Inoltre, la Legge Finanziaria 2006 art. 1, comma 285, dispone che i finanziamenti del programma art. 20 L. 67/88 siano destinati ad interventi relativi alla costruzione di presidi ospedalieri comprensivi di degenze per acuti con un numero di posti letto non inferiore a 250 ovvero di presidi per lungodegenza e riabilitazione con un numero di posti letto non inferiore a 120 (vedi pag. XX), salvo interventi di messa a norma; questa indicazione esprime l'esigenza di disporre di strutture in cui si concentrano le acuzie, di più alto livello qualitativo ed in grado di offrire prestazioni mediche sempre più differenziate.

Anche nell'ambito del citato programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'art. 20 L. 67/88 ha dunque fatto il suo ingresso la finanza di progetto, ovvero il capitale privato accanto ai cospicui finanziamenti statali che ammontano a complessivi 17.559 milioni di euro.

Il programma di investimenti, i cui dati di attuazione e monitoraggio costituiscono la fonte informativa del presente articolo, è suddiviso in due fasi: la prima fase si è conclusa nel 1996; i finanziamenti della seconda fase sono utilizzati dalle regioni attraverso la sottoscrizione di Accordi di programma, strumenti di programmazione negoziata attraverso i quali il Ministero della Salute e le regioni approfondiscono e condividono priorità e strategie sulla base degli orientamenti e degli standard sopra illustrati.

Ogni Accordo prevede dunque obiettivi ai quali sono correlati gli interventi operativi. Verificata l'appaltabilità dei singoli interventi, la Regione chiede al Ministero della Salute l'ammissione al finanziamento e, occorre precisare che, soltanto al momento dell'ammissione al finanziamento le risorse statali sono effettivamente erogabili e si può procedere alla pubblicazione del bando di gara.

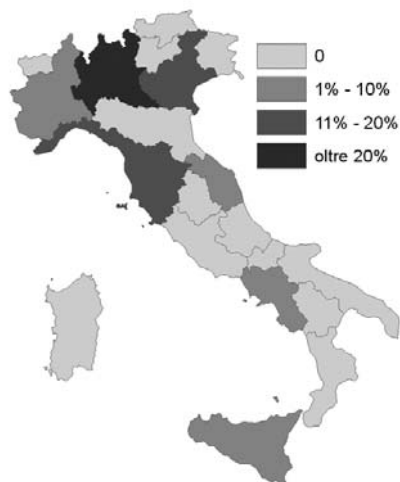
Le risorse statali di cui fin qui si è parlato costituiscono dunque una quota parte dei finanziamenti che concorrono al programma: a norma dell'art. 20 L. 67/88, lo Stato finanzia "nel limite del 95% della spesa risultante dal progetto", ma, nei fatti, il cofinanziamento regionale, aziendale o di altra provenienza si attesta complessivamente attorno al 27% di quanto previsto negli Accordi di programma sottoscritti al 31/12/2005.

I finanziamenti degli Accordi diversi da quelli statali provengono dalla regione, dall'ente attuatore (ossia l'azienda, spesso derivanti da mutui o da alienazioni patrimoniali), da altri soggetti pubblici (ad esempio gli enti locali quali il comune nel caso di interventi su strutture socio-sanitarie) e da soggetti privati.

La media nazionale presenta le seguenti distribuzioni: la quota dei finanziamenti di provenienza statale copre ad oggi circa il 73,3% del valore complessivo degli investimenti, la quota regionale si attesta intorno al 10,6%, la quota dell'ente attuatore al 9,3% mentre le risorse private contribuiscono intorno al 6,9%. Questi valori medi nascondono una fortissima variabilità interregionale.

Occorre tenere presente, inoltre, che spesso il cofinanziamento da parte dell'azienda, pur non essendo tra le fonti finanziarie previste in fase di sottoscrizione dell'Accordo, subentra poi quando il progetto diviene appaltabile, spesso a copertura dei maggiori costi e di eventuali modifiche del progetto rispetto a quanto inizialmente previsto. Così può anche accadere che l'integrazione di risorse private nel piano finanziario avvenga a seguito della scelta di procedura di partenariato anche se non prevista in sede di stipula dell'Accordo.

¹Project financing – Osservatorio nazionale / Elaborazione CRESME per A e T.

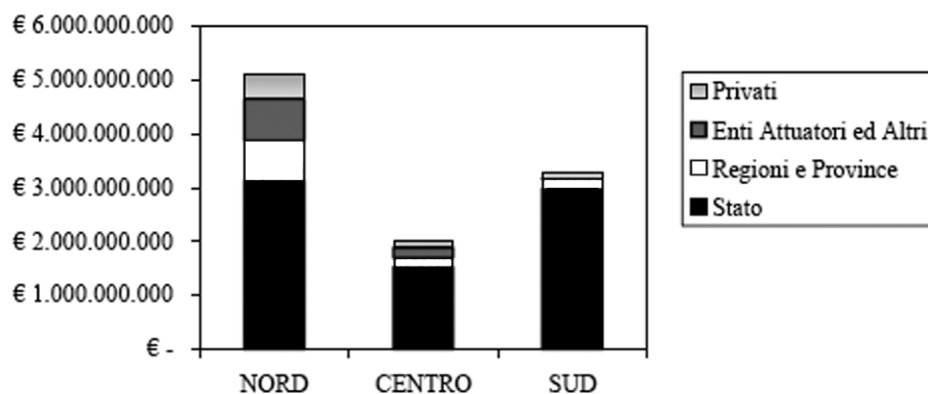


Il cartogramma sottolinea, a livello regionale, dove si concentrano prevalentemente le risorse private secondo quanto sottoscritto negli Accordi di programma al 31/12/2005; tenendo presente che è stata fatta una media nelle regioni in cui sono stati sottoscritti più accordi di programma, il cartogramma dimostra che la regione che ha fatto maggior ricorso alla finanza privata è la Lombardia con il 20,2% di risorse private a cofinanziamento degli Accordi; nel range tra il 10% e il 20% si collocano la Toscana, il Veneto e la Liguria; altre 4 regioni (Piemonte, Marche, Campania e Sicilia) registrano un cofinanziamento privato inferiore al 10%, mentre per le rimanenti regioni non si registra all'interno degli Accordi fino ad oggi sottoscritti, un ricorso significativo alla finanza di progetto.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, D.G. Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi etici di sistema, Ufficio VII, Accordi di Programma sottoscritti al 31 dicembre 2005.

Il grafico 1 descrive la provenienza delle fonti finanziarie inserite negli Accordi di programma sottoscritti al 31/12/2005, aggregandoli per macro aree geografiche, rispettivamente: Nord, Centro e Sud Italia. Nella lettura del grafico, per quanto riguarda l'ammontare dei finanziamenti statali, occorre tenere presente che i fondi ex art. 20 L. 67/88 assegnati con delibera CIPE, sono ripartiti tra le regioni sulla base di diversi criteri tra cui i parametri capitari (per cui influisce il dato relativo alla popolazione residente); inoltre non tutte le risorse assegnate con delibera CIPE sono state utilizzate al 31.12.2005 per la sottoscrizione di Accordi di programma, permanendo ancora finanziamenti disponibili soprattutto per le regioni meridionali. Ciò che appare evidente è che la movimentazione di capitali privati, ma lo stesso vale per cofinanziamenti regionali ed aziendali, è più rilevante nelle regioni del Nord.

Grafico 1 - Provenienza delle fonti finanziarie per la realizzazione di strutture sanitarie da Accordi di programma al 31/12/2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, D.G. Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi etici di sistema, Ufficio VII, Accordi di Programma sottoscritti al 31 dicembre 2005.

Tabella 1 - Attuazione degli Accordi di Programma – Importi ed interventi appaltati in PPP nelle diverse annualità – Anni 2004-2006

Regioni	Anno 2004				Anno 2005				Anno 2006 (al 31 maggio)						
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	l	m	n	o	p	q
	Per tutti gli interv.	N. interv.	Per interv. in PPP (di cui della colonna a)	% fin. per PPP	N. interv. in PPP	Per tutti gli interv.	N. interv.	Per interv. in PPP (di cui della colonna f)	% fin. per PPP	N. interv. in PPP	Per tutti gli interv.	N. interv.	Per interv. in PPP (di cui della colonna m)	% fin. per PPP	N. interv. in PPP
Piemonte	14.751.532,57	7	0,00	0	0	85.690.272,03	10	46.266.300,70	54	2	63.622.804,33	9	0,00	0	0
Valle d' Aosta	0,00	0	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0	2.112.335,00	1	0,00	0	0
Lombardia	291.802.493,75	24	198.437.727,63	68	3	60.842.243,87	15	99.593.880,12	0	1	5.854.205,00	0	0,00	0	0
<i>Bolzano-Bozen</i>	0,00	0	0,00	0	0	7.359.511,00	1	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0
<i>Trento</i>	0,00	0	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0	20.115.996,00	2	0,00	0	0
Veneto	111.674.010,53	29	71.217.880,72	64	2	36.436.895,73	22	686.887,68	2	1	948.731,24	2	0,00	0	0
Friuli-Venezia Giulia	49.063.405,41	1	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0
Liguria	92.727.079,33	17	22.814.483,53	25	1	32.940.410,61	42	1.079.394,92	3	1	9.922.353,30	10	0,00	0	0
Emilia-Romagna	109.045.576,88	34	0,00	0	0	31.027.263,68	2	0,00	0	0	14.275.000,00	2	0,00	0	0
Toscana	0,00	0	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0	156.031.882,00	1	156.031.882,00	100	1
Umbria	3.978.551,90	2	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0	16.010.164,00	1	0,00	0	0
Marche	4.749.348,32	3	0,00	0	0	6.428.148,22	5	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0
Lazio	150.479.615,97	33	0,00	0	0	89.268.824,27	36	2.453.170,28	3	2	13.492.436,49	3	0,00	0	0
Abruzzo	0,00	0	0,00	0	0	3.129.334,31	5	0,00	0	0	21.193.545,43	19	0,00	0	0
Molise	0,00	0	0,00	0	0	6.250.395,45	2	0,00	0	0	5.522.496,30	3	0,00	0	0
Campania	3.710.710,02	3	0,00	0	0	68.890.712,03	16	0,00	0	0	392.534,25	3	0,00	0	0
Puglia	28.520.377,60	3	0,00	0	0	70.870.000,00	31	0,00	0	0	116.585.862,31	46	0,00	0	0
Basilicata	8.915.027,33	7	0,00	0	0	41.254.488,91	1	0,00	0	0	55.831.598,91	19	29.979.832,37	54	1
Calabria	0,00	0	0,00	0	0	0,00	7	0,00	0	0	0,00	0	0,00	0	0
Sicilia	147.466.377,50	45	0,00	0	0	177.891.223,63	45	0,00	0	0	94.319.961,25	29	0,00	0	0
Sardegna	122.302.616,71	85	3.925.072,43	3	1	113.210.357,07	24	0,00	0	0	15.872.011,61	8	0,00	0	0
Italia	1.139.186.723,82	293	296.395.164,31	26	7	831.490.080,81	264	150.079.633,70	18	7	612.103.917,42	158	186.011.714,37	30	2

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, D.G. Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi etici di sistema, Ufficio VII, 2004 - 2005 - 2006 (al 31 maggio).

La tabella 1 è il risultato della ricognizione delle ammissioni a finanziamento dal 2004 al 2006 (al 31 maggio); nell'ambito del finanziamento complessivamente autorizzato per ciascuna regione (colonne a, f, m), sono stati individuati gli importi statali di cofinanziamento di interventi che prevedono anche un finanziamento privato (colonne c, h, o). Si richiama l'attenzione sul fatto che l'ammissione a finanziamento consente la pubblicazione della gara per la concessione, ovvero della gara ex art 37 quater L. 109/94 e ss.mm.ii.. Si può pertanto ragionevolmente supporre che i relativi bandi di gara siano stati pubblicati dall'ente attuatore nei mesi immediatamente successivi all'ammissione a finanziamento.

Nel 2004 il Nord Italia (Lombardia, Veneto e Liguria) è l'area del paese in cui sono maggiormente localizzati gli appalti in finanza di progetto, per la Lombardia si tratta della realizzazione o riqualificazione di tre grandi ospedali (Nuovo complesso ospedaliero di Vimercate, Nuovo Ospedale di Legnano, ristrutturazione del Niguarda Ca Granda di Milano), lo stesso vale anche per il Veneto con l'ammissione a finanziamento dell'Ospedale di Mestre, in cui la fonte privata si attesta al 50% dell'importo complessivo. La regione Liguria appalta il nuovo ospedale di Spezzino mentre la Sardegna realizza una Rsa.

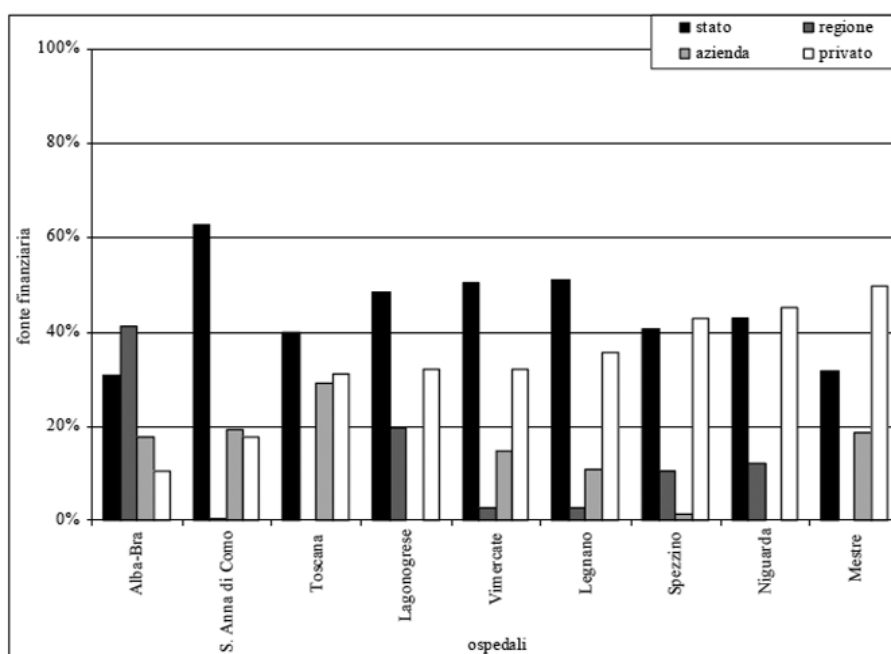
Nel 2005 la Lombardia si conferma una regione attiva nella finanza di progetto (Nuovo Ospedale Sant'Anna di Como), insieme al Piemonte (Nuovo Presidio Ospedaliero di Alba Bra) e al Lazio che realizza due Rsa.

Nel 2006 a detenere il primato è la Toscana, con l'ammissione a finanziamento dell'intervento relativo ai nuovi Presidi Ospedalieri delle Apuane, di Lucca, di Pistoia e di Prato seguita dalla Basilicata che appalta l'ospedale unico per acuti del Lagonegrese.

In ciascuna delle tre annualità, grazie ai dati illustrati nella tabella per singola regione è stato calcolato un indice che rapporta (in percentuale) il totale degli importi a carico statale per i progetti ammessi a finanziamento con cofinanziamento privato (colonne c-h-o), sul totale degli importi complessivamente ammessi a finanziamento (colonne a-f-m).

Questo indice mostra che nel 2004 gli importi statali per interventi cofinanziati in PPP si attestano al 26% sul totale degli importi appaltati, nel 2005 la percentuale scende al 18% per risalire al 30% nel primo semestre del 2006. La ripartizione delle fonti finanziarie (Stato, regione, azienda e privato) per la realizzazione di nuovi ospedali in PPP, ovvero per grandi ristrutturazioni, relativi a progetti ammessi a finanziamento nel 2004-2006 (al 31 maggio) è illustrata nel grafico 2.

Grafico 2 - La ripartizione delle fonti finanziarie (Stato, regione, azienda e privato) dei maggiori interventi in finanza di progetto ammessi a finanziamento nel 2004-2006 (al 31 Maggio)



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute, D.G. Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi etici di sistema, Ufficio VII, 2004 - 2005 - 2006 (al 31 Maggio).

Rispetto alla tipologia di opere realizzate in PPP, analizzando i dati relativi agli Accordi di programma ex art. 20 L. 67/88 e il complesso degli avvisi pubblicati in Gazzetta Ufficiale per la realizzazione di opere sanitarie in PPP, appare evidente che i finanziamenti provenienti dall'art. 20, essendo previsti nell'ambito di un programma straordinario di investimenti, sono maggiormente finalizzati a opere di una certa rilevanza strategica e finanziaria, quali la realizzazione di nuovi ospedali o grandi progetti di ristrutturazione, mentre al di fuori del programma art. 20 si trovano prevalentemente interventi per strutture sociosanitarie e territoriali (RSA, case protette, case disabili).

Conclusioni

Proprio perchè innovativa, la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria in Partenariato Pubblico-Privato rappresenta un processo senza dubbio molto complesso. Il Nucleo di valutazione e verifica del Ministero della Salute (L. 144/99), in collaborazione con l'Unità tecnica Finanza di Progetto del Ministero dell'Economia, si è trovato ad analizzare procedure in PPP avviate dalle aziende e dalle regioni; l'esperienza condotta dal Nucleo e dall'Unità tecnica ha consentito l'individuazione di buone pratiche e, allo stesso tempo, di problematiche maggiormente ricorrenti.

In un settore come quello sanitario, caratterizzato da una potenziale divergenza tra obiettivi privati e obiettivi pubblici la buona programmazione di un intervento in PPP è tanto problematica quanto indispensabile. Il ricorso al PPP si è rivelato efficace quando la committenza pubblica ha individuato correttamente, attraverso un processo di programmazione dell'offerta di rete regionale e aziendale, il progetto in termini di dimensioni e funzioni e quando a questa analisi viene efficacemente correlata l'analisi economico finanziaria, che vuol dire valorizzazione degli immobili di proprietà aziendale, analisi degli aspetti sensibili dei costi e ricavi finanziari, analisi e allocazione dei rischi. Un approccio non corretto della fase di programmazione del partenariato, di contro, è stato riscontrato come la causa principale dell'interruzione dei procedimenti attivati e dei ricorsi o comunque di anomalie procedurali qualora il progetto venga modificato nella sostanza da quanto inizialmente previsto a quanto definito poi dal promotore.

Riferimenti bibliografici

Chiurato A., Il partenariato pubblico-privato nella realizzazione e gestione di strutture sanitarie: opportunità e problemi, *Rivista Amministrativa degli Appalti*, Aprile-Giugno 2003, 107-126.

De Pierris L., Cenni sulle modalità di attuazione del partenariato pubblico-privato in Italia, *La Finanza di progetto*, esperienze a confronto, *Rivista Formez* 23-26, (2005).

Nucleo di valutazione e verifica degli Investimenti Pubblici (legge 144/99); Strumenti innovativi di finanziamento per gli investimenti in sanità, quaderno n.1, Ministero della Salute, (2003).

Nucleo di valutazione e verifica degli Investimenti Pubblici (legge 144/99) Il partenariato pubblico-privato nella realizzazione e gestione di strutture sanitarie: opportunità e problemi, quaderno n. 2, Ministero della Salute.

Osservatorio Finlombarda sul project finance in sanità. Quarta Edizione (2005).

Osservatorio Nazionale / Elaborazione Cresme per A & T "Il mercato del Partenariato Pubblico Privato in Italia – Rapporto 2004".