

## Assetto economico-finanziario

Con l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale, (D. Lgs. n. 56/00) il SSN ha accelerato il processo di devoluzione anche in senso finanziario. L'Accordo Stato-Regioni dell'8 Agosto 2001 aveva avviato una nuova stagione della programmazione sanitaria, quella che oggi è definita come la "transizione federalista". Questo periodo del SSN, durato sette anni, sembra oggi dover lasciare il passo - almeno nelle intenzioni del Governo in carica - alla fase matura del federalismo in campo sanitario. L'atteso decreto sui nuovi LEA e la previsione di un sistema di allocazione delle risorse basato non più sulla spesa storica, ma su un sistema di costi standard, dovrebbe permettere di superare alcuni limiti che hanno caratterizzato il periodo 2001-2008.

In 7 anni di "transizione federalista", nonostante gli sforzi in parte premiati solo in questo ultimo periodo, non si è ancora annullata la *sistematica sottostima del fabbisogno rispetto alla spesa sanitaria delle regioni*, con il conseguente accumulo di disavanzi ancorché concentrati in alcune regioni. Il sistema dei LEA non è stato in grado di generare chiari *incentivi per le regioni in crisi strutturale* (mancanza di equilibrio tra finanziamento percepito e spesa) tali da indurle a procedere autonomamente alla ristrutturazione del sistema d'offerta congiuntamente ad interventi di governo della domanda. La correzione apportata con l'accordo del 23 marzo 2005, che ha avviato la stagione dei "piani di rientro", ha segnato un più vigoroso intervento del livello centrale con un approccio più coercitivo che "incentivante". Questo intervento, però, certamente utile per il contenimento della spesa e dei disavanzi, deve ancora dimostrare la sua capacità di ridurre la spesa agendo selettivamente sugli "sprechi" senza intaccare il livello dei servizi offerti ai cittadini. Abbiamo assistito, e lo abbiamo testimoniato attraverso il Rapporto Osservasalute negli ultimi 5 anni, alla *progressiva divaricazione tra le regioni* (soprattutto in un gradiente Nord-Sud). Le regioni non solo hanno adottato modelli istituzionali e di *governance* profondamente diversi, ma le differenze si sono acuite anche in termini di "contenuto" del pacchetto di servizi erogati ai cittadini differenziando, di conseguenza, il diritto all'assistenza sanitaria sul territorio nazionale in termini quali-quantitativi. I risultati conseguiti sono stati molto diversi sia nella dimensione economico-finanziaria, ma anche negli *output* e negli esiti. Anche i modelli di giustizia distributiva adottati nell'allocazione interna delle risorse sono stati differenti così come testimoniato nel Rapporto Osservasalute nel 2007.

Il capitolo quest'anno ripropone l'aggiornamento di alcuni indicatori consolidati quali la spesa sanitaria in rapporto al PIL, la spesa pro capite, la spesa per i singoli livelli di assistenza e i disavanzi. Dall'analisi congiunta di questi indicatori ancora una volta emerge chiara la presenza di un forte gradiente Nord-Sud. Le regioni del Sud sono costrette a dedicare quote molto elevate del loro PIL all'assistenza sanitaria (fino all'11% in Molise, quasi il 9% in Calabria), mentre regioni come la Lombardia soddisfano il diritto all'assistenza sanitaria dei cittadini con meno del 5% proprio reddito (dati 2005). Oggi, la presenza di un sistema di perequazione, porta a ridistribuire tra le regioni questo effetto che è disincentivante per l'economia soprattutto delle regioni del Sud. Ma nella prospettiva dell'abbandono del sistema della perequazione (originariamente fissata al 2013 dal D.lgs 56/00), queste differenze si faranno sentire sulle economie delle singole regioni.

Le regioni spendono, in termini pro capite, cifre molto diverse per l'assistenza sanitaria. Dai 1.500€ circa in Campania ai 1.865 del Molise, fino ai 2.200 per la Provincia Autonoma di Bolzano. È interessante notare che nonostante tutto la spesa pro capite stia aumentando, segno di un continuo impegno a livello nazionale nell'investimento per la salute dei cittadini. Tra il 2006 e il 2007 la spesa sanitaria pro capite è passata da 1.692 a 1.731€. Quasi tutte le regioni hanno aumentato il livello di spesa con sole tre eccezioni significative: Lazio, Sicilia e Liguria, tre regioni tra quelle in "difficoltà" e, quindi, soggette ai piani di rientro. La spesa è, invece, aumentata in modo significativo (circa del 5%) in Lombardia e Veneto, ma soprattutto in Friuli-Venezia Giulia. Nonostante questo incremento il Friuli-Venezia Giulia mantiene un "avanzo" nei conti della sanità (+20€ pro capite nel 2007).

Le differenze nella spesa pro capite non mostrano alcun gradiente Nord-Sud, fenomeno che, invece, si manifesta analizzando i disavanzi. Sicilia, Campania e Lazio, nonostante gli sforzi, hanno un disavanzo che complessivamente rappresenta circa l'83% del disavanzo accumulato a livello nazionale e tutte le regioni del Sud hanno un risultato negativo anche nel 2007 (Rapporto ISAE: Finanza Pubblica e Istituzioni, Maggio 2008), accompagnate da Piemonte e Liguria.

Questi trend si riscontrano chiaramente anche nei risultati economici delle Aziende Sanitarie delle diverse regioni misurati grazie ai dati presenti nei Modelli CE, che ne raccolgono il Conto Economico. Si conferma un trend complessivamente negativo: in valore medio tutte le Aziende Sanitarie (non considerando le regioni) sono in “rosso” con esclusione delle ASL e delle AO del Friuli-Venezia Giulia e delle AO umbre. È interessante notare, comunque, che i risultati economici delle AO, ancorché negativi, sono migliori di quelli delle ASL anche per il 2006. Questo risultato deve far riflettere sulle possibili motivazioni di tale situazione. In primo luogo il sistema, ancora “sbilanciato” sull’ospedale, sembrerebbe “scaricare” le perdite sul territorio; dall’altro, però, è forse ragionevole pensare che, nonostante i suoi limiti, il sistema di governo e di finanziamento delle AO, basato sul DRG, comunque tende a garantire un migliore monitoraggio nella gestione di quanto non sia possibile nelle ASL, dove i “prodotti” sono meno codificati e il finanziamento è scollegato ampiamente dalla produttività.

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

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

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

### *Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL*

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

### *Spesa sanitaria in rapporto al PIL*

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

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

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

### *Spesa sanitaria pubblica pro capite*

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

### *Spesa sanitaria pubblica pro capite*

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

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

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

to parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla regione.

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

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

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

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

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

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

### **Descrizione dei risultati**

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

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

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

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

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

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

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

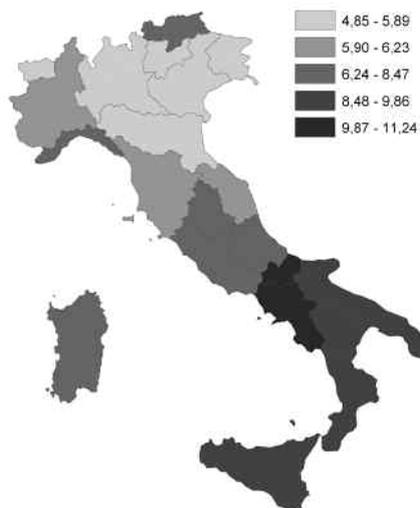
Rispetto al 2001, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è cresciuta del 32,44%. A tale valore medio hanno concorso i singoli valori regionali che segnano una curva che origina con un valore del 23,61% nella PA di Trento e termina con il valore di 42,39% in Molise.

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

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

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

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



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

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

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

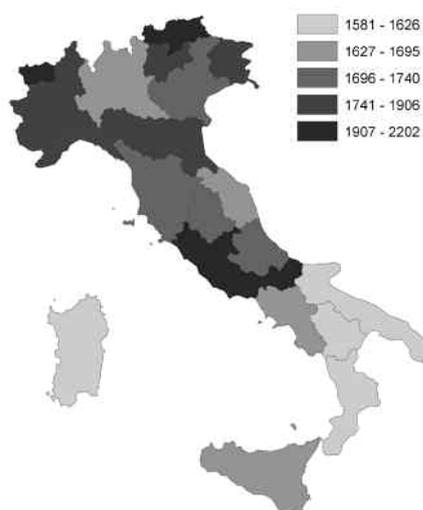
I risultati che ne derivano sono illustrati in Tabella 3; questi evidenziano una maggiore dispersione dei valori pro capite che, nel 2007, registrano un minimo in Calabria con 1.564€ ed un massimo nella PA di Bolzano con 2.226€, determinando un gap di 662€, in altre parole il 38% dell'ammontare medio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

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

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

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

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anni 2005-2008.

**Spesa sanitaria pubblica pro capite (€) per regione. Anno 2007****Tabella 3** - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€) pesata per regione - Anni 2006-2007

| Regioni                      | 2006         | 2007         |
|------------------------------|--------------|--------------|
| Piemonte                     | 1.673        | 1.726        |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 1.974        | 1.960        |
| Lombardia                    | 1.635        | 1.718        |
| <i>Bolzano-Bozen</i>         | <i>2.199</i> | <i>2.226</i> |
| <i>Trento</i>                | <i>1.817</i> | <i>1.895</i> |
| Veneto                       | 1.674        | 1.746        |
| Friuli-Venezia Giulia        | 1.594        | 1.719        |
| Liguria                      | 1.750        | 1.697        |
| Emilia-Romagna               | 1.713        | 1.760        |
| Toscana                      | 1.665        | 1.674        |
| Umbria                       | 1.653        | 1.653        |
| Marche                       | 1.573        | 1.614        |
| Lazio                        | 2.066        | 1.998        |
| Abruzzo                      | 1.677        | 1.736        |
| Molise                       | 1.786        | 1.865        |
| Campania                     | 1.646        | 1.709        |
| Puglia                       | 1.564        | 1.647        |
| Basilicata                   | 1.521        | 1.575        |
| Calabria                     | 1.496        | 1.564        |
| Sicilia                      | 1.707        | 1.683        |
| Sardegna                     | 1.613        | 1.611        |
| <b>Italia</b>                | <b>1.692</b> | <b>1.731</b> |

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese - Delibera CIPE - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Rispetto al primo indicatore, cioè spesa sanitaria regionale rispetto al PIL della stessa realtà geografica, due sono i punti di attenzione. Il primo è inerente l'indicatore utilizzato. Nonostante i limiti intrinseci, l'indicatore assume una rilevanza in quanto permette di valutare l'ammontare di risorse che la regione e la nazione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria e del suo andamento.

Il secondo punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati emersi.

Gli studi internazionali dimostrano che esiste una correlazione statistica significativa e stabile nel tempo fra la spesa sanitaria in un dato Paese e lo sviluppo economico misurato dal PIL, ma non forniscono altrettanta evidenza per la relazione fra spesa sanitaria pubblica e PIL né indicazioni sulla percentuale "giusta" della spesa sanitaria. Inoltre, le più recenti analisi e commenti indicano che non esiste correlazione tra il controllo pubblico della spesa ed il livello di soddisfazione dei cittadini rispetto all'assistenza sanitaria, né quello fra la spesa sanitaria pubblica e lo stato di salute della collettività. Tali considerazioni unite ai risultati raggiunti nell'ambito delle regioni inducono ad un'unica raccomandazione che consiste nell'identificare una via comune nell'ambito delle scelte strategi-

che e delle modalità di gestione dei Servizi Sanitari Regionali per ridurre le differenze che permangono nel tempo. Tali differenze parrebbero ingiustificate in un sistema sanitario come quello italiano in cui le regioni, anche se in virtù del federalismo potrebbero procedere all'allocazione della spesa fra i diversi comparti seguendo criteri diversi dalla semplice disponibilità economica (per cui non necessariamente regioni più ricche destinano all'assistenza sanitaria risorse maggiori), devono pur sempre operare nel rispetto dei LEA e, quindi, quote di spesa sul PIL troppo diverse possono essere dimostrazione di inefficienze gestionali o cattivi e insufficienti investimenti.

In merito al secondo indicatore, dalla lettura dei dati non sembra emergere una tendenza alla riduzione del *gap* fra le varie regioni, differenze che non solo permangono, ma paiono acuirsi se si prova a tenere conto dei diversi bisogni della popolazione di riferimento. Al di là del diverso grado di efficienza con cui le regioni erogano le prestazioni sanitarie ciò sembrerebbe spingere alla conclusione che le diverse regioni destinano somme pro capite diverse per l'assistenza sanitaria dei propri cittadini e che, quindi, siano orientate a politiche sanitarie non omogenee. In prospettiva di un ampliamento delle autonomie regionali in materia sanitaria e fiscale la via di un accordo a livello nazionale e interregionale sulle politiche e scelte strategiche dei sistemi regionali potrebbe rappresentare un impegno da assumere al fine di evitare che nel futuro le differenze fra le diverse regioni si amplino.

## Spesa sanitaria per Livelli Essenziali di Assistenza

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

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

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

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

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

### Percentuale di spesa per Livelli Essenziali di Assistenza

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica per Livelli Essenziali di Assistenza}}{\text{Denominatore} \quad \text{Spesa sanitaria pubblica totale}} \times 100$$

**Validità e limiti.** La validità dell'indicatore risiede nella capacità di fornire una indicazione di come si ripartisce la spesa sui tre livelli di assistenza previsti dal DPCM del 2001 e, quindi, come il SSN e le singole realtà regionali allocano le loro risorse nell'assistenza ai loro cittadini.

Il limite fondamentale risiede nel fatto che è un indice sintetico che esprime la spesa per livello nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse componenti in cui si articola che possono giocare con peso diverso.

Inoltre, indicando la spesa complessiva dei servizi sanitari erogati nei diversi livelli non palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle diverse regioni, né rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate. Infine, essendo espresso in termini monetari, riflette il diverso livello dei prezzi praticati nelle diverse regioni e, quindi, non misura la reale quota di risorse destinate alla erogazione delle prestazioni sanitarie.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il benchmark per i valori di spesa per ciascun LEA è quello contenuto

nell'Intesa Stato-Regione del 12 febbraio 2004, poi recepito nella Deliberazione del 24/9/2004 del CIPE, avente per oggetto la ripartizione della quota di parte corrente.

### Descrizione dei risultati

La ripartizione dei costi per Livelli Essenziali di Assistenza è relativa all'anno 2004 ed è rappresentata nella Tabella 1. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza ospedaliera che rappresenta il 47,9% dei costi totali e quello dell'assistenza distrettuale (il 48,1% dei costi totali): all'interno del quale il 25,2% è assorbito dalla specialistica e il 14,4% dalla farmaceutica. Infine, la quota residua di quasi il 4% dei costi totali è rivolta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. La tendenza a destinare maggiori risorse all'assistenza ospedaliera rispetto all'assistenza distrettuale non è in linea con i valori di benchmark che sono rispettivamente pari a 45% e 50%. Analogamente i valori del I livello che dovrebbe posizionarsi sul 5%.

La regione che dedica la minor quota di risorse al I livello di assistenza è la Sicilia (2,59%), mentre quel-

la che spende di più per tale assistenza è la Valle d'Aosta (5,81%). Per l'assistenza distrettuale la quota minima si registra in Calabria (45,1%), mentre la percentuale maggiore in Sicilia (51,2%). Infine, il livello di assistenza ospedaliera denuncia la quota più bassa in Valle d'Aosta (45,4%) e la più alta in Friuli-Venezia Giulia (50,8%).

Relativamente ai 3 livelli non si registra un gradiente Nord-Centro-Sud, non si evidenzia una diversa predisposizione alla spesa sanitaria da parte delle regioni, mentre si nota un valore maggiore della quota destinata al livello di assistenza ospedaliera nelle regioni più piccole come Umbria, Basilicata, PA di Trento e Bolzano e Valle d'Aosta che hanno una popolazione inferiore al milione di abitanti.

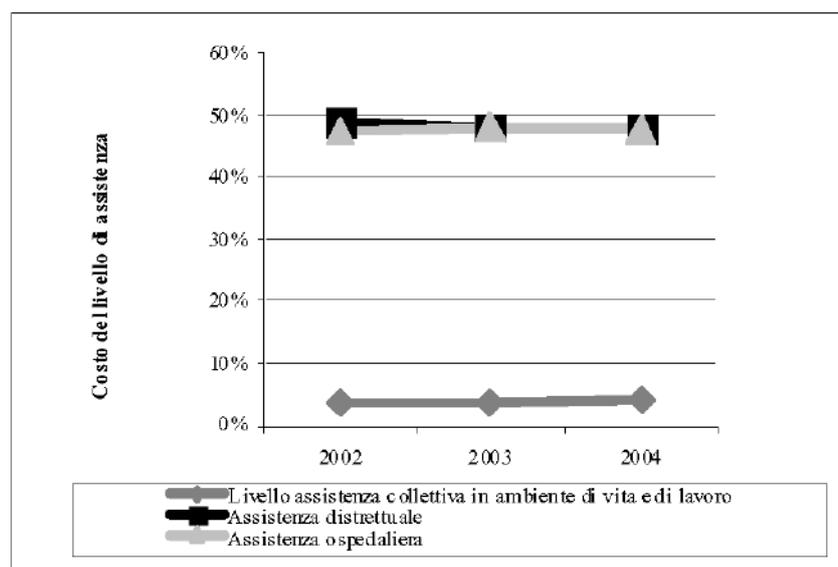
Allargando l'orizzonte di analisi al biennio preceden-

te, 2002 e 2003, e come illustra il Grafico 1, è possibile individuare un trend di incremento della quota destinata all'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (7,3% fra il 2002 e il 2004), mentre si registra una riduzione delle risorse destinate all'assistenza distrettuale (-1,43% nel biennio) a fronte di un incremento della quota ospedaliera dell'1% circa. Ciò a dimostrazione del fatto che non si è ancora attuato quanto previsto nei piani sanitari e dalle altre norme regionali che prevedono uno spostamento delle attività e, quindi, delle risorse necessarie, verso il territorio piuttosto che verso l'ospedale. A tale proposito è sufficiente ricordare che l'ultimo Piano Sanitario Nazionale prevede che al I livello sia destinata una quota di spesa pari al 5%, al II livello del 51% e al III livello del 44%.

**Tabella 1** - Costi (per 100) per regione e macrolivelli di assistenza - Anno 2004

| Regioni                      | Assistenza sanitaria collettiva<br>in ambiente di vita e di lavoro | Assistenza distrettuale | Assistenza ospedaliera |
|------------------------------|--|-------------------------|------------------------|
| Piemonte                     | 4,38   | 46,8                    | 48,8                   |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 5,81   | 48,8                    | 45,4                   |
| Lombardia                    | 4,10   | 48,8                    | 47,1                   |
| <i>Bolzano-Bozen</i>         | <i>4,18</i>  | <i>47,6</i>             | <i>48,2</i>            |
| <i>Trento</i>                | <i>3,37</i>  | <i>49,2</i>             | <i>47,4</i>            |
| Veneto                       | 3,83   | 46,9                    | 49,2                   |
| Friuli-Venezia Giulia        | 2,90   | 46,3                    | 50,8                   |
| Liguria                      | 3,14   | 47,5                    | 49,3                   |
| Emilia-Romagna               | 4,31   | 48,6                    | 47,1                   |
| Toscana                      | 4,61   | 49,4                    | 45,9                   |
| Umbria                       | 4,59   | 46,2                    | 49,3                   |
| Marche                       | 3,80   | 49,3                    | 46,9                   |
| Lazio                        | 3,49   | 49,4                    | 47,1                   |
| Abruzzo                      | 4,29   | 46,4                    | 49,3                   |
| Molise                       | 5,39   | 45,6                    | 49,0                   |
| Campania                     | 4,59   | 45,9                    | 49,5                   |
| Puglia                       | 3,32   | 48,1                    | 48,6                   |
| Basilicata                   | 5,54   | 46,4                    | 48,0                   |
| Calabria                     | 4,83   | 45,1                    | 50,1                   |
| Sicilia                      | 2,59   | 51,2                    | 46,3                   |
| Sardegna                     | 4,99   | 48,7                    | 46,3                   |
| <b>Italia</b>                | <b>3,97</b>  | <b>48,1</b>             | <b>47,9</b>            |

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2004. Anno 2007.

**Grafico 1** - Costo (per 100) per macrolivelli di assistenza - Anni 2002-2004

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2004. Anno 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La raccomandazione che pare ragionevole avanzare deriva da una duplice constatazione.

La prima è l'ampia variabilità nella distribuzione dei fondi per macrolivello di assistenza nelle diverse regioni. Se in parte questa variabilità può essere considerata "fisiologica" in quanto legata a diverse esigenze assistenziali e a diversi quadri epidemiologici, certamente è spiegata anche da differenze strutturali che denotano in alcune regioni una sovrabbondanza di servizi ospedalieri rispetto a quello che il quadro epidemiologico e le moderne pratiche dell'assistenza (ad esempio relati-

vamente alle patologie croniche) suggerirebbero; così come è giustificata dall'assenza della volontà di intraprendere adeguate politiche di prevenzione.

La seconda è il *gap* ancora esistente fra i valori delle quote per ciascun livello definite dalle diverse disposizioni normative e quelle che si rilevano dalle realtà regionali e nazionale.

Pertanto, appare ragionevole investire sullo sviluppo delle competenze da dedicare all'analisi del fabbisogno per giungere ad una più appropriata politica di allocazione delle risorse nell'ambito del sistema.

## Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

**Significato.** L'indicatore misura l'entità dei disavanzi, in termini pro capite, dei SSR. Intende, quindi, riflettere la sostenibilità economico-finanziaria dei SSR stessi. La presenza generalizzata di disavanzi ampi e/o crescenti nel tempo segnala una strutturale differenza nella dinamica di ricavi e costi e, quindi, problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, circoscritti, però, ad alcune regioni, sono invece probabile sintomo di difficoltà gestionali.

### Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

|              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| Numeratore   | Costi - Ricavi              |
| Denominatore | Popolazione media residente |

**Validità e limiti.** L'indicatore fornisce una informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria del SSR. Valori elevati e tassi di incremento superiori alla media segnalano difficoltà specifiche e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi e/o di richiedere alla regione uno "sforzo fiscale" aggiuntivo per incrementare i ricavi.

I limiti dell'indicatore si possono classificare in due gruppi. Un primo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le Aziende Sanitarie dispongono di sistemi contabili pienamente adeguati. Per la sua natura "politicalmente sensibile", inoltre, il dato si rivela talvolta lacunoso, ritardato e assoggettato a politiche di bilancio, rendendone di fatto difficile l'interpretazione: anche per questo motivo la Legge Finanziaria 2006, tra le misure di controllo contabile (comma 291), ha previsto la certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie. Le regole e le prassi di redazione dei conti economici consolidati dei SSR, infine, presentano alcuni rilevanti limiti di significatività (1). Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzitutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali, in quanto i ricavi derivano principalmente dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali delle popolazioni regionali. L'omissione degli ammortamenti, peraltro, comporta una sistematica sottostima dei disavanzi. Per la sua natura aggregata, inoltre, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso. Ancora, per depurare l'analisi da situazioni contingenti e limitare l'impatto delle politiche di bilancio è opportuno fare prevalente riferimento a dati medi pluriennali (anche la Corte dei Conti sembra adottare questo approccio

Accogliendo l'impostazione proposta dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP), le voci di ricavo e costo sono comprensive della mobilità interregionale, ma escludono costi capitalizzati, rivalutazioni di attività finanziarie, ammortamenti, svalutazioni di crediti, svalutazioni di attività finanziarie. Restano, inoltre, esclusi i parziali ripiani operati a partire dalla legge finanziaria 2005.

nella sua Relazione Annuale 2006, dove calcola un disavanzo medio quadriennale per gli anni dal 2002 al 2005). Con particolare riferimento alle regioni o province a statuto speciale, infine, le fonti di finanziamento sono differenti da quelle delle altre regioni, a dinamica differenziata e senza componenti perequative; la lettura dei dati ad esse relativi va, dunque, effettuata con ulteriore cautela.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il benchmark sarebbe il pareggio di bilancio, ma per operare un'analisi differenziata tra le regioni si è costretti a utilizzare come riferimento il valore medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

A partire dal 2004, il disavanzo pro capite si è progressivamente ridotto: a livello medio nazionale si è assistito a un dimezzamento (da 110€ nel 2004 a 54€ nel 2007); a livello regionale solo in Molise, Puglia, Valle d'Aosta e Abruzzo il disavanzo pro capite del 2007 è superiore a quello del 2004.

Cumulando i disavanzi dal 2001 ad oggi, spiccano le situazioni di Lazio, Molise e Campania, con disavanzi aggregati pro capite superiori a 1.000€. Queste regioni, tra l'altro, sono quelle che hanno fatto registrare i disavanzi più elevati anche negli esercizi 2006 (unitamente alla Sicilia) e 2007, segno di difficoltà persistente nella ricerca della sostenibilità economico-finanziaria. Specularmente, vi sono ben 8 regioni (tutte situate al Centro-Nord) che hanno conseguito il pareggio di bilancio, di cui 4 (Lombardia, PA di Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia) hanno confermato un risultato già conseguito nel 2006, mentre altre 4 (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche) vi sono giunte per la prima volta nel 2007.

Nel confronto con il 2006, la maggior parte delle regioni ha visto ridursi i propri disavanzi pro capite, con punte proprio nel Lazio e in Sicilia; tra le altre

regioni con disavanzi elevati, invece, il progresso della Campania è stato modesto, mentre nel Molise il disavanzo pro capite si è addirittura accresciuto: entrambe le regioni avevano però conseguito un forte contenimento dei disavanzi pro capite già nel 2006. Nell'interpretazione di avanzi e disavanzi è infine opportuna una lettura congiunta con i dati di spesa pro-capite, al fine di valutare se l'eventuale disavanzo dipenda da elevati livelli di spesa o piuttosto da bassi livelli di finanziamento. Per effetto dei pesi incorpora-

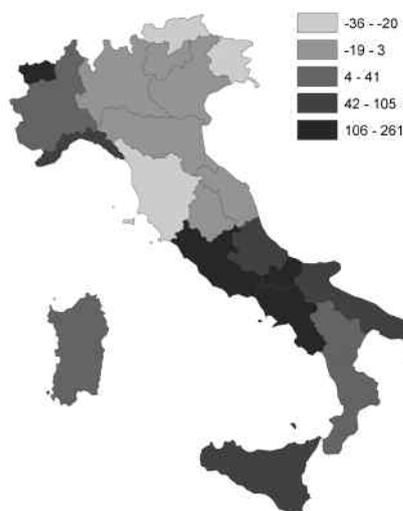
ti nel sistema di finanziamento, infatti, spesa e disavanzo pro capite non sono necessariamente correlati. Sicilia e Campania, in particolare, registrano disavanzi pro capite superiori alla media nazionale benché la spesa pro capite sia inferiore alla media nazionale. D'altra parte, Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana, nonché il Friuli-Venezia Giulia e le PA di Trento e Bolzano, si collocano sopra la media nazionale per la spesa, ma sotto per il disavanzo.

**Tabella 1** - Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) e cumulato per regione - Anni 2001, 2006, 2007

| Regioni                      | 2001      | 2006      | 2007      | Disavanzo/avanzo pro capite cumulato 2001-2007 |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|--|
| Piemonte                     | 49        | 2         | 22        | 262  |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 276       | 110       | 116       | 866  |
| Lombardia                    | 31        | 0         | -1        | 60   |
| Bolzano-Bozen                | 638       | -53       | -36       | 643  |
| Trento                       | -9        | 28        | 3         | 54   |
| Veneto                       | 67        | -15       | 0         | 152  |
| Friuli-Venezia Giulia        | 15        | -15       | -20       | -94  |
| Liguria                      | 47        | 62        | 88        | 622  |
| Emilia-Romagna               | 4         | 9         | -3        | 132  |
| Toscana                      | 25        | 33        | -26       | 109  |
| Umbria                       | 8         | 47        | -15       | 176  |
| Marche                       | 85        | 26        | -16       | 327  |
| Lazio                        | 186       | 373       | 261       | 1.823  |
| Abruzzo                      | 59        | 108       | 90        | 789  |
| Molise                       | 114       | 183       | 195       | 1.346  |
| Campania                     | 109       | 130       | 120       | 1.084  |
| Puglia                       | 41        | 42        | 49        | 197  |
| Basilicata                   | 47        | 37        | 22        | 265  |
| Calabria                     | 110       | 17        | 12        | 349  |
| Sicilia                      | 82        | 195       | 105       | 793  |
| Sardegna                     | 65        | 81        | 41        | 731  |
| <b>Italia</b>                | <b>71</b> | <b>77</b> | <b>54</b> | <b>504</b>                                     |

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2007. Anno 2008.

**Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) per regione. Anno 2007**



### Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi del disavanzo stesso (sottofinanziamento, inefficienza, etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare piani di rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi alle medie nazionali. Induce, comunque, a un certo ottimismo la generalizzata riduzione dei deficit e l'incremento delle regioni in equilibrio.

### Riferimenti bibliografici

(1) E. Anessi Pessina, M.S. Macinati (2008), "Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo sanitario pubblico regionale", in Pezzani F. (a cura di), Ripensare il ruolo e la governance delle Regioni, Milano, EGEA, pp. 61-96.

## Perdita/utile di esercizio nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Ospedaliere

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

L'assenza di un cliente che paga un prezzo per le prestazioni che riceve fa perdere ai proventi dell'Azienda Sanitaria il tipico significato attribuito ai ricavi di indicatori di soddisfazione degli acquirenti e, quindi,

di efficacia. La conseguenza è che il risultato di esercizio diventa una misura della sola efficienza della gestione. Anche in questa edizione di Osservasalute riproponiamo i due indicatori utilizzati nei precedenti rapporti che misurano il valore medio di esercizio ed il valore medio pro capite per tipologia di azienda e per regione e presentiamo non solo un commento dei valori da essi assunti nell'ultimo biennio, ma, con la disponibilità di dati ormai consolidati, anche una panoramica del loro trend in un arco temporale di 6 anni: 2001-2006.

### Perdita media o utile medio di esercizio

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

### Perdita o utile di esercizio pro capite

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

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

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

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

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

### Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati aggregati a livello nazionale (Tabella 1) evidenzia, nel biennio 2005-2006, valori

negativi sia per le ASL che per le AO a denuncia di una scarsa capacità a raggiungere l'equilibrio economico in entrambi gli anni. Il trend è negativo per entrambe le tipologie di aziende. Se si estende il numero di anni analizzati al quadriennio precedente 2001-2004 (Rapporto Osservasalute 2005, 2006 e 2007) (Grafico 1) si registrano valori sempre negativi per entrambe le tipologie di aziende, ma con andamento diverso: le ASL migliorano dal 2001 al 2003, con perdite medie che passano da -24 milioni di € nel primo anno, a -22,4 nel secondo, a -19 nell'ultimo, per poi peggiorare nel triennio successivo registrando una perdita media di circa -28 milioni nel 2004, -30 milioni nel 2005 e -33 milioni nel 2006; le AO, invece, migliorano mediamente il proprio deficit dal 2001 al 2002, passando da -8,2 milioni di € a -6,2 milioni di €, per poi aggravare i valori nel 2003 con -13 milioni di € di disavanzo e nel 2004 con -16,7 milioni di € e risollevarsi nel 2005 a -11 milioni circa e ridiscendere nel 2006 a -12 milioni di €.

La distribuzione dei valori medi di esercizio delle ASL delle regioni denuncia, nei sei anni, prevalentemente situazioni di squilibrio economico passando da un deficit massimo di -87,7 milioni di € nel 2001 in Campania a -104,3 nel 2002 nel Lazio, a -96,6 nel 2003 e a -137,7 milioni di € nel 2004, registrati in Campania, a -161,0 milioni di € nel 2005 segnalato in Lazio, a -175,8 milioni di € nelle Marche nel 2006 e, ad una perdita minore di -0,4 milioni di € nel 2001 (Basilicata), a -0,3 nel 2002 (Umbria), a -0,9 nel 2003

(PA di Bolzano), -0,3 nel 2004 (Friuli-Venezia Giulia), a -1,3 milioni di € nel 2005 e -0,3 milioni nel 2006 entrambi in Umbria.

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

Nello stesso periodo le ASL che presentano un utile passano da 2 nel 2001 a 3 nel 2002, a 2 nel 2003 e 2004 a 5 nel 2005 a 4 nel 2006. Nell'ultimo anno disponibile migliorano sensibilmente il proprio deficit regioni come Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Campania e Sardegna.

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

I dati aggregati a livello nazionale denunciano un miglioramento costante nella capacità economica delle aziende come trend dal 2001 al 2003 (-95€ nel 2001, -73,21€ nel 2003), ma un peggioramento nel 2004 e 2005. Nel 2006 il valore medio pro capite migliora ritornando praticamente ai valori del 2001.

La distribuzione dei valori pro capite medi regionali assegna al Lazio il deficit maggiore nel 2005 (-365,39€) e all'Abruzzo nel 2006 (-305,82€).

Nel periodo di sei anni analizzato il numero delle regioni che si presentano con valori medi pro capite sotto la media nazionale varia, ma 3 di esse, Abruzzo, Campania, Lazio sono sempre presenti.

Passando alle AO il numero di esse che presenta deficit superiore alla media nazionale varia da 5 nel 2001

(Campania, Umbria, Veneto, Puglia, Lazio) e nel 2002 (Emilia-Romagna, Campania, Veneto, Puglia, Lazio) a 4 nel 2003 (Puglia, Campania, Veneto, Lazio) per poi risalire a 6 nel 2004 (Emilia-Romagna, Marche, Campania, Lombardia, Veneto, Lazio), a 7 nel 2005 (Piemonte, Liguria, Marche, Puglia, Campania, Sardegna, Veneto) e 6 nel 2006 (Lazio, Veneto, Puglia, Marche, Emilia-Romagna e Sicilia). Nell'arco di 6 anni il Veneto non sposta la sua posizione.

Le regioni che si presentano con AO in utile sono diverse nei sei anni, considerate sia come numero che tipologia. Nel 2001 sono mediamente in utile le AO delle regioni Liguria, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia (71 mila, 40 mila e 2 milioni di €), nel 2002 le AO di Toscana (42 mila €), Calabria (89 mila €), Piemonte (195 mila €) e Friuli-Venezia Giulia (581 mila €), nel 2004 quelle di Calabria (158 mila €), Piemonte (1,3 milioni di €) e Sardegna (5,8 milioni di €), nel 2005 quelle di Friuli-Venezia Giulia (202 mila €), Sicilia (1 milione di €) e Lazio (906 mila €) e nel 2006 quelle di Umbria (15 mila €) e Friuli-Venezia Giulia (20 mila €). Nel 2003 nessuna regione denuncia un utile medio delle proprie AO. La Lombardia è l'unica che registra un pareggio di bilancio nel 2003, 2005 e 2006. Nelle regioni con AO in utile, le ASL istituite denunciano generalmente valori negativi come se vi fosse una eccessiva mobilità passiva verso le AO.

Anche per le AO il valore medio regionale è oscillante nei sei anni con le eccezioni di Veneto, Campania e Liguria la cui perdita media è in aumento. In controtendenza al valore medio nazionale, che peggiora nel 2005 e 2006, vi sono le AO di regioni come Veneto, Umbria, Campania, Piemonte, Basilicata, Calabria, Sardegna e Liguria che migliorano la propria posizione contabile.

**Tabella 1** - Perdita media o utile medio di esercizio (migliaia di €) per regione e tipologia di azienda - Anni 2005-2006

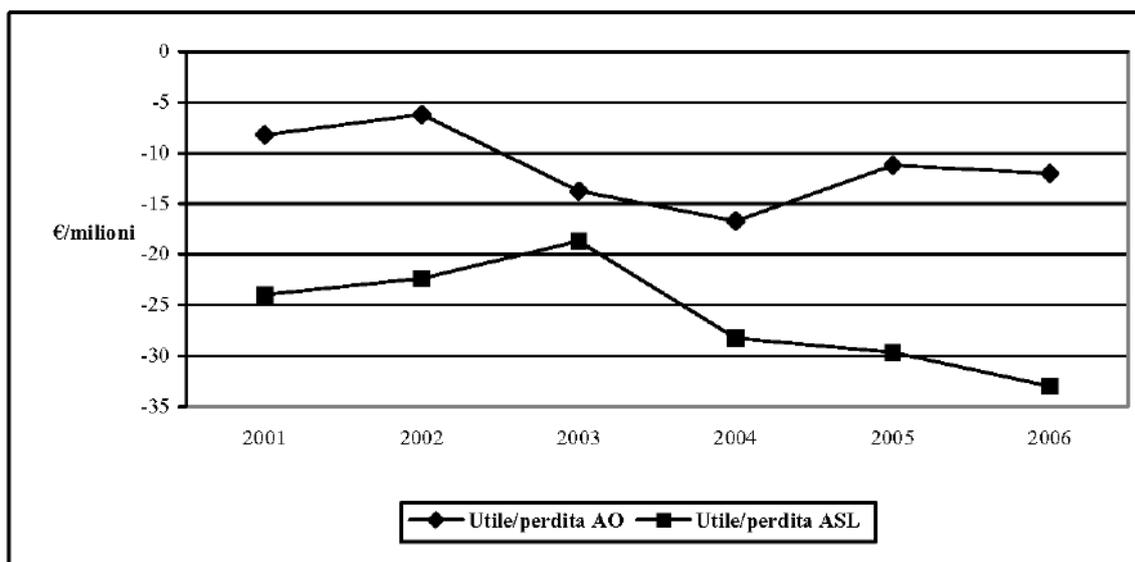
| Regioni                      | 2005       |                |           |                | 2006       |                |            |                |
|------------------------------|------------|----------------|-----------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|
|                              | N          | ASL<br>€       | N         | AO<br>€        | N          | ASL<br>€       | N          | AO<br>€        |
| Piemonte                     | 22         | -21.241        | 8         | -17.967        | 22         | -3.521         | 8          | -4.408         |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 1          | 1.500          | 0         | 0              | 1          | 1.876          | 0          | 0              |
| Lombardia                    | 15         | 0              | 29        | 0              | 15         | 0              | 29         | 0              |
| <i>Bolzano-Bozen</i>         | 4          | 2.433          | 0         | 0              | 4          | 1.956          | 0          | 0              |
| <i>Trento</i>                | 1          | 47             | 0         | 0              | 1          | 57             | 0          | 0              |
| Veneto                       | 21         | -28.833        | 2         | -49.276        | 21         | -26.764        | 2          | -44.906        |
| Friuli-Venezia Giulia        | 6          | 2.128          | 5         | 202            | 6          | 109            | 3          | 20             |
| Liguria                      | 5          | -33.850        | 3         | -19.005        | 5          | -42.981        | 3          | -6.477         |
| Emilia-Romagna               | 11         | -7.408         | 5         | -7.877         | 11         | -36.257        | 5          | -18.654        |
| Toscana                      | 12         | -4.772         | 4         | -6.481         | 12         | -6.002         | 4          | -8.498         |
| Umbria                       | 4          | -1.277         | 2         | -2.919         | 4          | -321           | 2          | 15             |
| Marche                       | 14         | -12.269        | 2         | -25.119        | 1          | -175.825       | 2          | -28.202        |
| Lazio                        | 12         | -160.998       | 5         | 906,2          | 12         | -118.944       | 8          | -80.817        |
| Abruzzo                      | 6          | -78.876        | 0         | 0              | 6          | -66.647        | 0          | 0              |
| Molise                       | 4          | -28.324        | 0         | 0              | 1          | -15.858        | 0          | 0              |
| Campania                     | 13         | -148.278       | 8         | -29.533        | 13         | -58.769        | 10         | -11.981        |
| Puglia                       | 12         | -40.450        | 2         | -26.645        | 12         | -33.301        | 2          | -31.182        |
| Basilicata                   | 5          | -7.272         | 2         | -5.171         | 5          | -8.790         | 2          | -529           |
| Calabria                     | 11         | -12.889        | 3         | -10.107        | 11         | -19.633        | 4          | -9.108         |
| Sicilia                      | 7          | 54             | 16        | 1.048          | 9          | -71.736        | 20         | -12.560        |
| Sardegna                     | 8          | -42.152        | 1         | -37.871        | 8          | -8.787         | 3          | -3.209         |
| <b>Italia</b>                | <b>194</b> | <b>-29.654</b> | <b>97</b> | <b>-11.229</b> | <b>180</b> | <b>-32.864</b> | <b>107</b> | <b>-12.405</b> |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Modelli CE. Anno 2008.

**Tabella 2** - Perdita/utile di esercizio pro capite delle ASL (€) e variazione assoluta, per regione - Anni 2005-2006

| Regioni                      | 2005           | 2006          | Δ            |
|------------------------------|----------------|---------------|--------------|
| Piemonte                     | -107,77        | -17,82        | 89,95        |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 12,15          | 15,08         | 2,93         |
| Lombardia                    | 0,00           | 0,00          | 0,00         |
| <i>Bolzano-Bozen</i>         | 20,28          | 16,13         | -4,15        |
| <i>Trento</i>                | 0,09           | 0,11          | 0,02         |
| Veneto                       | -128,31        | -118,18       | 10,13        |
| Friuli-Venezia Giulia        | 10,58          | 0,54          | -10,04       |
| Liguria                      | -105,70        | -133,57       | -27,87       |
| Emilia-Romagna               | -19,54         | -94,84        | -75,29       |
| Toscana                      | -15,87         | -19,85        | -3,98        |
| Umbria                       | -5,92          | -1,48         | 4,44         |
| Marche                       | -112,72        | -114,73       | -2,01        |
| Lazio                        | -365,39        | -264,37       | 101,03       |
| Abruzzo                      | -363,40        | -305,82       | 57,58        |
| Molise                       | -352,47        | -49,48        | 302,99       |
| Campania                     | -332,92        | -131,94       | 200,99       |
| Puglia                       | -119,27        | -98,17        | 21,10        |
| Basilicata                   | -61,08         | -74,15        | -13,08       |
| Calabria                     | -70,65         | -12,11        | -9,81        |
| Sicilia                      | 0,08           | -128,69       | -128,76      |
| Sardegna                     | -204,02        | -42,41        | 161,61       |
| <b>Italia</b>                | <b>-119,10</b> | <b>-97,65</b> | <b>21,45</b> |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Modelli CE - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2008.

**Grafico 1** - Perdita media o utile medio di esercizio (milioni di €) per tipologia di azienda - Anni 2001-2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Modelli CE. Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Quattro sono i punti di attenzione:

1. il primo è inerente l'indicatore utilizzato. Nonostante i limiti intrinseci, l'indicatore assume una rilevanza in quanto permette di valutare l'economicità della gestione dell'azienda e traccia un bilancio a livello regionale e nazionale divenendo così un importante strumento del pannello di controllo della spesa sanitaria;
2. il secondo punto di attenzione è relativo alle conclusioni che si possono trarre dall'indicatore, soprattutto in un'ottica di confronto. Al fine di chiarire il concetto espresso è sufficiente fare riferimento ai dati aggregati a livello nazionale e articolati per tipologia di Azienda Sanitaria. L'osservazione che le ASL presentano un deficit sempre maggiore a quello delle AO nei 6 anni analizzati non consente di affermare che le prime sono meno efficienti delle seconde senza effettuare ulteriori analisi e considerare altre variabili come, ad esempio, la loro diversa modalità di finanziamento, a quota capitaria le prime, a tariffa per prestazione erogata le seconde;
3. il terzo attiene al sistema informativo da cui vengono tratti i dati per valorizzare l'indicatore (il modello CE "Modello di rilevazione del Conto economico delle Aziende ASL e ASO" approvato con DM 16 febbraio 2001) e riguarda la diversa numerosità della risposta da parte delle ASL e ASO delle regioni e la qualità dell'informazione. Analizzando l'intero arco temporale 2001-2006 emerge, ad esempio, che il numero di aziende che hanno compilato il modello non è costante nel tempo.

I punti trattati convertono sulla necessità di utilizzare

l'indicatore proposto e di supportare il flusso informativo sottostante migliorandolo nelle sue parti in modo che possa rispondere alle esigenze delle aziende, della regione e del ministero e potenziarne l'utilizzo al fine di perfezionare la qualità e l'attendibilità dei dati. 4; il quarto punto su cui focalizzare l'attenzione è messo in luce dai risultati di esercizio emersi. Le norme di riordino del sistema sanitario italiano hanno posto il vincolo del pareggio di bilancio alle Aziende Sanitarie e per supportare il suo rispetto hanno attribuito autonomia alle aziende e creato una competizione regolata fra di esse.

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

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

## Rilevanza del meccanismo tariffario nell'allocazione del Fondo Sanitario Regionale

**Significato.** L'indicatore intende esprimere la rilevanza assunta dal sistema tariffario come criterio di riparto del Fondo Sanitario Regionale (FSR). A tal fine, il denominatore è costituito dal totale dei contributi da FSR. Il numeratore è, invece, rappresentato

dai costi che le ASL sostengono per remunerare le prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione: altre ASL, AO, strutture equiparate alle pubbliche, strutture private accreditate.

### *Rapporto dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione*

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

Costi sostenuti dalle ASL per remunerare le prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione

Totale dei contributi da FSR

La significatività dell'indicatore (1, 2) può, peraltro, essere accresciuta distinguendo, al numeratore, tra assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, tra prestazioni erogate da soggetti pubblici e da soggetti privati accreditati.

I dati sono tratti dai Modelli CE 2006. In particolare, il denominatore fa riferimento alla voce A0020 «Contributi in conto esercizio da regione e provincia autonoma per quota FSR». Le quattro componenti del numeratore sono invece:

- assistenza ospedaliera da pubblico (B0400 ASL e AO della regione + B0410 altri soggetti pubblici della regione);
- assistenza ospedaliera da privato (B0430);
- assistenza specialistica ambulatoriale da pubblico (B0250 ASL e AO della regione + B0260 altri soggetti pubblici della regione);
- assistenza specialistica ambulatoriale da privato (B0280).

**Validità e limiti.** I limiti principali sono tre (1, 2): (i) la qualità dell'informativa contabile delle Aziende Sanitarie continua a presentare alcuni problemi in termini di limitata attendibilità e omogeneità dei bilanci aziendali, seppur con forti differenziazioni interregionali; (ii) è possibile che alcune ASL riportino all'interno dei conti economici, tra i proventi, il finanziamento per quota capitaria già al netto della mobilità passiva, omettendo quest'ultima dai costi e, quindi, inducendo una sottostima dell'indicatore (si veda per esempio il dato nullo della mobilità verso pubblico in

Calabria, Sardegna e soprattutto Sicilia); (iii) in presenza di stringenti tetti di finanziamento, tali che la produzione effettiva delle aziende sia, comunque, superiore a quella remunerata, il meccanismo tariffario può diventare prevalentemente formale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non è possibile proporre un benchmark, perché si ritiene non esista un assetto ottimale del SSR in termini di numero e dimensione delle ASL, delle AO, delle strutture equiparate e di quelle private accreditate.

### **Descrizione dei risultati**

Complessivamente, il rapporto dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione è particolarmente elevato in Lombardia e nel Lazio; tale incidenza è, inoltre, più marcata nelle regioni del Centro-Nord (tranne Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano) rispetto a quelle del Sud (tranne la Puglia). Ad eccezione della Lombardia, dove le scelte di separazione tra acquirente e fornitore e di ampia apertura al privato accreditato producono percentuali sistematicamente elevate, la scomposizione per tipologia di assistenza e di erogatore rivela però forti eterogeneità interregionali. In particolare, Friuli-Venezia Giulia e Liguria spiccano per l'assistenza ospedaliera da pubblico, Lazio e Abruzzo per l'assistenza ospedaliera da privato, Friuli-Venezia Giulia e Piemonte per la specialistica ambulatoriale da pubblico, Campania, Lazio e Sicilia per la specialistica ambulatoriale da privato.

**Tabella 1** - Rapporto (per 100) dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione per regione e mobilità - Anno 2006

| Regioni                      | Mobilità               |                       |  |                                       | Totale      |
|------------------------------|------------------------|-----------------------|--|---------------------------------------|-------------|
|                              | Pubblico - ospedaliera | Privato - ospedaliera | Pubblico - specialistica ambulatoriale | Privato - specialistica ambulatoriale |             |
| Piemonte                     | 19,0                   | 7,3                   | 5,1                                    | 2,9                                   | 34,3        |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 0,1                    | 3,1                   | 0,0                                    | 2,5                                   | 5,6         |
| Lombardia                    | 21,0                   | 14,3                  | 6,3                                    | 4,1                                   | 45,8        |
| <i> Bolzano-Bozen</i>        | <i> 3,5</i>            | <i> 2,0</i>           | <i> 1,0</i>                            | <i> 0,5</i>                           | <i> 7,1</i> |
| <i> Trento</i>               | <i> 0,0</i>            | <i> 5,6</i>           | <i> 0,0</i>                            | <i> 1,4</i>                           | <i> 7,0</i> |
| Veneto                       | 12,0                   | 7,3                   | 3,5                                    | 3,8                                   | 26,6        |
| Friuli-Venezia Giulia        | 22,1                   | 2,3                   | 6,4                                    | 1,4                                   | 32,2        |
| Liguria                      | 23,7                   | 1,0                   | 2,6                                    | 2,1                                   | 29,3        |
| Emilia-Romagna               | 15,2                   | 7,7                   | 4,6                                    | 2,0                                   | 29,6        |
| Toscana                      | 13,1                   | 3,3                   | 3,4                                    | 1,9                                   | 21,7        |
| Umbria                       | 19,6                   | 2,7                   | 2,6                                    | 0,9                                   | 25,8        |
| Marche                       | 10,9                   | 3,4                   | 2,3                                    | 1,5                                   | 18,2        |
| Lazio                        | 11,9                   | 18,5                  | 3,3                                    | 5,9                                   | 39,7        |
| Abruzzo                      | 6,7                    | 10,8                  | 0,1                                    | 2,4                                   | 20,1        |
| Molise                       | 0,0                    | 11,4                  | 0,3                                    | 2,8                                   | 14,5        |
| Campania                     | 3,8                    | 8,0                   | 1,3                                    | 7,0                                   | 20,1        |
| Puglia                       | 14,1                   | 7,4                   | 2,1                                    | 3,0                                   | 26,5        |
| Basilicata                   | 13,5                   | 0,4                   | 2,2                                    | 1,8                                   | 17,9        |
| Calabria                     | 0,1                    | 7,2                   | 0,0                                    | 3,9                                   | 11,2        |
| Sicilia                      | 0,0                    | 9,6                   | 0,0                                    | 5,9                                   | 15,5        |
| Sardegna                     | 0,0                    | 3,7                   | 0,0                                    | 3,6                                   | 7,4         |

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Modelli CE. Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Più il meccanismo tariffario è rilevante, più le regioni devono investire sui propri sistemi tariffari in termini di: (i) aggiornamento delle classificazioni; (ii) verifica della coerenza tra tariffe e costi di produzione, anche attraverso differenziazioni tariffarie tra strutture o sistemi di remunerazione aggiuntiva extra-tariffa; (iii) verifica della coerenza tra tariffe e comportamenti attesi (incremento o riduzione del peso relativo di determinate prestazioni); (iv) strumenti per l'identificazione e la penalizzazione dei comportamenti opportunistici. Più il meccanismo tariffario è rilevante, inoltre, più le ASL devono investire su sistemi di programmazione e controllo che non si limitino

alla produzione ed erogazione diretta di prestazioni, ma si estendano alle prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti (altre ASL, AO, AOU, IRCCS, altre strutture equiparate, case di cura private accreditate).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Cantù E, Carbone C (2007), «I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?», In Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di), Rapporto OASI 2007, Milano, EGEA.
- (2) Cantù E, Carbone C, Anessi Pessina E (2008), «Do Italian Regions effectively use DRG funding to steer provider behaviour?», Paper presentato al IV convegno TAD, Milano.