

Aspetti economici e strutturali

A cura di Americo Cicchetti e Guido Citoni

I sistemi sanitari contribuiscono ad assicurare il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute della popolazione. Tale contributo, pur importante, non sembra essere prevalente rispetto ad altre variabili quali stili di vita, condizioni ambientali e patrimonio genetico individuale.

Nonostante queste avvertenze, il livello di avanzamento di una società, sempre più spesso, si misura in relazione al livello di sofisticazione del suo sistema sanitario e alla capacità di questo di offrire, in modo equo e solidale, l'accesso alle cure ai cittadini.

Questa sezione del rapporto è dedicata ad analizzare il contesto amministrativo dei sistemi sanitari regionali sulla base di alcuni fondamentali indicatori, selezionati prendendo in considerazione alcune dimensioni che caratterizzano struttura e funzionamento dei sistemi sanitari.

Le domande a cui tutti i *policy makers* e gli esperti di organizzazione sanitaria sono chiamati a trovare risposta sono simili in tutto il mondo.

Prima di tutto ci si chiede se esista e quale sia il corretto ammontare di risorse da dedicare ai servizi sanitari. Le altre questioni rilevanti riguardano il ruolo del settore privato nel sistema sanitario, il livello di integrazione verticale nell'erogazione dei servizi pubblici utile per assicurare la massima efficienza al sistema, la suddivisione delle risorse tra i diversi livelli di assistenza, il grado di autonomia che dovrebbe essere lasciato alle amministrazioni locali per ottenere un adeguato trade-off tra efficienza e flessibilità, la quantità di risorse che devono essere dedicate al «funzionamento» del sistema e, infine, il livello di efficienza che può essere o si dovrebbe raggiungere.

Gli indicatori presentati in questa sezione fanno riferimento a queste problematiche e cercano di offrire una descrizione dell'attuale contesto nazionale sia in termini di *assetti finanziari* che di *assetti organizzativi* con l'intento, in linea con la prospettiva generale del Rapporto, di offrire dei termini oggettivi su cui basare successivi approfondimenti.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

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

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

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

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

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

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

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

Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

Differenza tra spesa sanitaria pro capite e finanziamento pro capite

Significato. L'indice vuole rappresentare il deficit di gestione corrente delle singole regioni per ogni singolo assistito, deficit che dovrà necessariamente essere ripianato in futuro, o dallo Stato o dalle Regioni stesse.

Nell'ipotesi che il finanziamento sia correttamente calcolato in proporzione dei LEA da fornire all'individuo, tale indice rappresenta la fornitura di servizi aggiuntivi da parte delle Regioni e/o le inefficienze di gestione. Nell'ipotesi, viceversa, che il fabbisogno non sia stato correttamente determinato, esso è solo una posta di finanziamento discrezionale e/o ritardato da parte dello Stato, usato per porre sotto pressione e stimolare all'efficienza le regioni stesse.

$$\text{Numeratore} \quad \text{Spesa sanitaria pro capite in €} - \text{Finanziamento pro capite in €}$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{-----}$$

Validità e limiti. La lettura dell'indice è chiaramente dipendente dalla ipotesi che si pone: se esso misuri servizi aggiuntivi e/o inefficienze, oppure se esso sia solo un finanziamento ritardato. Essendo stato usato, comunque, l'ammontare di spesa procapite rilevato al tavolo di monitoraggio sui LEA, esso appare prevalentemente come espressione del secondo tipo di ipotesi, e cioè come necessità di finanziamento futuro da parte dello Stato. Esso è influenzato dalle rigidità presenti nel territorio regionale, quanto a presenza di strutture di cura, personale ecc., e quindi mostra una lenta progressione nel corso del tempo. Il suo ammontare rappresenta, nel caso di carico gravante sulle regioni, il probabile aggravio dei ticket e dei tributi propri, mentre nel caso in cui sia lo Stato a sopportarne il peso, esso misura il probabile impatto sulla fiscalità generale.

Benchmark. Il benchmark dovrebbe essere pari a zero o, comunque, non superiore al valore regionale più basso (132,60 €).

Differenza tra finanziamento procapite e spesa sanitaria procapite. Anno 2001



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

Differenza tra finanziamento procapite e spesa sanitaria pro capite in €

REGIONI	finanziamento pro capite in € anno 2001	spesa pro capite	DEFICIT (Spesa meno finanziamento)
Piemonte	1193,00	1406,10	213,10
Valle d'Aosta	1183,00	1607,21	424,20
Lombardia	1129,00	1295,45	166,50
P.A. Bolzano-Bozen	1095,00		
P.A. Trento	1127,00	1556,79	429,80
Veneto	1127,00	1345,01	218,00
Friuli-V.G.	1224,00	1368,34	144,30
Liguria	1294,00	1463,66	169,70
Emilia-R.	1205,00	1371,44	166,40
Toscana	1205,00	1388,40	183,40
Umbria	1197,00	1329,63	132,60
Marche	1164,00	1359,06	195,10
Lazio	1139,00	1386,66	247,70
Abruzzo	1156,00	1365,92	209,90
Molise	1183,00		
Campania	1090,00	1330,39	240,40
Puglia	1089,00	1234,93	145,90
Basilicata	1126,00	1259,23	133,20
Calabria	1111,00	1340,37	229,40
Sicilia	1113,00		
Sardegna	1105,00	1356,77	251,80

Mancano i valori della P.A. di Bolzano, la Sicilia e il Molise. Sono esclusi dagli ammontare di finanziamento presentati le allocazioni all'Ospedale Pediatrico del Bambin Gesù (Lazio), e le quote non ripartite. L'inclusione di queste ultime dovrebbe ridurre l'ammontare assoluto dei deficit regionali.

Descrizione dei Risultati

Umbria e Basilicata sono le regioni italiane con il minor deficit mentre Val d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento risultano le due realtà locali con maggiore deficit di gestione.

Non sono evidenti gradienti geografici nord-sud.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sebbene il generico consiglio di una riduzione del deficit sia sempre calzante, l'analisi della situazione caso per caso è altrettanto auspicabile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

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

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



Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

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

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

Numeratore Entrate proprie (IRAP, Addizionale IRPEF, Altri Ricavi)
 Denominatore Totale entrate per il finanziamento della sanità pubblica regionale

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

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

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

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

Benchmark. Il benchmark utilizzabile è il valore medio nazionale.

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

Quota di entrate proprie indipendenti da meccanismi perequativi. Anno 2001

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



Descrizione dei Risultati

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

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

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

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Rapporto tra spesa ospedaliera e spesa totale corrente

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

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

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

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

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

Rapporto tra spesa ospedaliera e spesa totale corrente (%)

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



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

Descrizione dei Risultati

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

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

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

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

Confronti internazionali

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

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

Fonte: OECD – Health Data 2001

Raccomandazioni di Osservasalute

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

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

Quota dei posti letto per acuti nelle strutture accreditate sul totale

Significato. È un indice che rivela il mix tra privato accreditato e pubblico nella fornitura di una quota rilevante di servizi sanitari, e cioè quelli ospedalieri. Rappresenta dunque il grado di apertura del sistema sanitario alla fornitura privata.

E, inoltre, una misura del ricorso al criterio della *sussidiarietà*: maggiore è l'indice maggiore è quest'ultima. Può essere assunto anche come indicatore di *concorrenza* nei mercati interni (concorrenza tra fornitori pubblici e privati). Risente della struttura ospedaliera preesistente, ma presenta anche una discreta variabilità nel corso del tempo.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Posti letto per acuti negli ospedali accreditati}}{\text{Posti letto per acuti negli ospedali pubblici e accreditati}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore riflette la quota della domanda che può essere *potenzialmente* soddisfatta dai fornitori privati accreditati, mentre la quota dei ricoveri fornirebbe un'idea della soddisfazione effettiva della domanda. Esso, nondimeno, non fornisce informazioni sulla tipologia di ospedali accreditati (religiosi, ecc.) e quindi non può essere interpretato in termini di comportamenti differenziali degli operatori privati rispetto ai pubblici. Anche estrapolazioni sulla efficienza relativa privato—pubblico, non essendo comprovate da indagini ad hoc, debbono essere considerate di valore limitato. Risente della struttura ospedaliera preesistente, anche se la configurazione prospettica (DRG) dei pagamenti agli ospedali comporta che il tipo di struttura non abbia teoricamente effetto sui costi ospedalieri (a meno di differenti comportamenti quanto a ricoveri ripetuti, dimissioni, upgrading del casemix, ecc.). È un indice di apertura alla concorrenza in un mercato interno, anche se spesso la concorrenza tra pubblico e privato viene intesa, con vincoli di bilancio stringenti, come una diminuzione dell'impegno pubblico a favore di quello privato.

Benchmark. Il valore di riferimento è quello medio nazionale (13,9%).

Descrizione dei Risultati

In media, circa il 14% dell'offerta di posti letto nell'ambito della Sanità finanziata pubblicamente è dovuta ad ospedali accreditati.

La variabilità tra le regioni è comunque accentuata: si va da un massimo del 28% in Calabria, ad una totale assenza di posti letto accreditati in Val d'Aosta.

Non è possibile, comunque, individuare un gradiente Nord-Sud. In alcuni casi le condizioni di domanda e le istituzioni locali possono spiegare le differenze regionali (ad es. nel Lazio l'alta percentuale è dovuta alla presenza di istituti religiosi). Non esiste inoltre una correlazione significativa tra costi dei ricoveri e quota di ospedali accreditati.

D'altra parte è evidente un fenomeno dimensionale, con piccole regioni come la Val d'Aosta, le Province Autonome di Bolzano e Trento, la Liguria e la Basilicata che mostrano basse quote percentuali, segno che non vi sono sufficienti spazi operativi per ospedali accreditati per raggiungere dimensioni economicamente valide.

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

Quota dei posti letto per acuti nelle strutture accreditate sul totale. Anno 2001.

Valle d'Aosta	0,0
Liguria	0,8
Basilicata	2,4
P.A Bolzano	3,1
Abruzzo	3,8
P.A Trento	4,0
Veneto	4,7
Molise	6,3
Umbria	6,8
Friuli-V.G.	8,9
Toscana	10,0
Puglia	10,0
Piemonte	10,1
Marche	11,9
ITALIA	13,9
Lombardia	15,7
Sardegna	16,8
Sicilia	17,6
Lazio	18,3
Emilia-R.	19,0
Campania	25,4
Calabria	28,0



Confronti internazionali

Non abbiamo evidenza con dati OCSE, ma, ad esempio, in Germania la quota di letti di istituzioni private non-profit sul totale era del 38% circa nel 1998, in aumento rispetto al 1990, per il Regno Unito la quota di letti privati sul totale ammontava a circa il 4% (European Observatory).

Quota delle case di cura accreditate sul totale delle case di cura private

Significato. Vuole rappresentare il peso del privato *assistito*, cioè finanziato pubblicamente, rispetto a quello che si autofinanzia: esso comunque è soggetto a numerose cautele interpretative, perchè non tiene conto né della dimensione delle singole case di cura, nè dei differenti comportamenti tra i due tipi di cliniche quanto a ricoveri, durata di degenza, ecc. È anche una misura della presenza del *puro mercato* in un sistema sanitario regionale: minore l'indice maggiore il mercato puro.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di case di cura private accreditate}}{\text{Numero totale di case di cura private (accreditate e non accreditate)}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indicatore vuole rappresentare quale parte dell'ospedalità privata assolve a compiti di sussidiarietà rispetto al settore pubblico e quale parte si muove invece in un'ottica di mercato. La sua dinamica, inoltre, può mostrare se vi sia una tendenza della popolazione verso un finanziamento dell'ospedalità pubblica o privato puro. I suoi limiti sono dovuti al fatto che il numero di case di cura non rappresenta, se le dimensioni sono differenti, la capacità di offerta *potenziale* del privato accreditato o non accreditato, nè tantomeno la capacità di offerta *effettiva* misurabile con i ricoveri. La quota è chiaramente influenzata da una maggiore o minore presenza di assicurazioni private e dal reddito medio regionale. Sono possibili anche fenomeni dimensionali, dovuti al fatto che la casa di cura privata pura richiede, per la sua sopravvivenza, un bacino di utenza molto ampio. Infine una sua diminuzione può mostrare, nell'ipotesi che l'elasticità della domanda per case di cura private pure sia maggiore di quella per case di cura accreditate, la progressiva difficoltà nel contenere i costi totali dell'ospedalità.

Benchmark. Il valore di riferimento è quello medio nazionale (83,9%).

Descrizione dei Risultati

In media, circa l'84% delle case di cura operano in regime di accreditamento. Le regioni meno popolose, con l'eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano (55,6%) e della Liguria (18,2%), hanno tutte una quota del 100%, ad indicare che in queste realtà la sopravvivenza delle strutture private è garantita solo dal finanziamento pubblico. Escludendo le due realtà precedentemente citate, la variabilità tra le regioni spazia da un massimo del 100% P.A. Trento, Friuli VG, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna ad un minimo del 71,8% Lazio, con valori relativamente più elevati in Campania (92,7%) e Puglia (85,7%). Non è possibile, comunque, individuare un gradiente inverso Nord-Sud, e quindi una relazione stabile tra minor reddito e quota di ospedali accreditati, anche se il sospetto di un qualche effetto è comunque convogliato dai dati.

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

Quota delle case di cura accreditate sul totale delle case di cura private

Liguria	18,2
P.A Bolzano	55,6
Lazio	71,8
Lombardia	83,1
Sicilia	83,3
ITALIA	83,9
Veneto	84,2
Piemonte	84,4
Toscana	84,8
Puglia	85,7
Emilia-R.	89,1
Campania	92,7
P.A. Trento	100,0
Friuli-V.G.	100,0
Umbria	100,0
Marche	100,0
Abruzzo	100,0
Molise	100,0
Basilicata	100,0
Calabria	100,0
Sardegna	100,0



Non sono riportati i dati della Val d'Aosta

Raccomandazioni di Osservasalute

Valori alti dell'indice sono in relazione ad opportunità e a rischi. L'opportunità è data dalla maggiore manovrabilità, anche in termini di contenimento della spesa, dovuta all'alta percentuale di ospedali vincolati al settore pubblico da legami organizzativi e finanziari. Il rischio è la possibile minore spinta all'innovazione, alla produttività e alla soddisfazione dei pazienti di ospedali posti sotto l'ombrello protettivo della regione.

Quota del personale amministrativo sul totale dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. È una misura dei costi amministrativi della struttura sanitaria pubblica, non strettamente finalizzati alla fornitura di cure alla popolazione. Sono in relazione con la dimensione e la complessità tecnologica delle strutture. Un suo basso valore dovrebbe indicare maggiore efficienza gestionale.

Esso non rappresenta comunque il peso effettivo sul totale degli addetti alla sanità, perché esclude tutti coloro che sono legati al servizio sanitario nazionale da un rapporto di lavoro non dipendente (ad esempio i medici di base con contratto libero-professionale).

Numeratore	Numero di occupati SSN (ASL + AO) con qualifica amministrativa	
Denominatore	Personale complessivo dipendente dal SSN	x 100

Validità e limiti. L'indicatore misura il peso relativo dei dipendenti con funzioni di contabilità e amministrative e quindi non destinato alla cura dei pazienti, sul totale sia del ruolo sanitario che di quello tecnico o professionale con l'intento di rappresentare il grado di efficienza gestionale del SSN. Se esiste, inoltre, una relazione non lineare tra aumento della popolazione servita e personale di tale tipo, sono possibili sia economie che diseconomie gestionali di scala. Tale indicatore ha come limite la mancata inclusione a denominatore del personale legato da rapporto libero professionale o autonomo: tra due regioni con lo stesso numero di impiegati amministrativi può risultare inefficiente la regione che ha in corso rapporti libero professionali in misura maggiore dell'altra (elevato peso della medicina di base, specialistica in poliambulatori, ecc.). Inoltre, un valore alto dell'indicatore può misurare anche una diversa qualità amministrativa, quali minori liste di attesa, maggiori informazioni, ecc.

Benchmark. Il valore di riferimento è quello medio nazionale (10,8%).

Descrizione dei Risultati

In media, circa il 10,8% dei dipendenti delle ASL e AO italiane ricopre il ruolo amministrativo. Le regioni meno popolose, al Sud, sembrano avere una quota di impiegati amministrativi inferiore alla media, ma tale legame scompare al centro-nord, cosicché l'evidenza di diseconomie gestionali di scala non è forte; la variabilità tra le regioni è comunque ampia: si va da un massimo del 14,0% in Val d'Aosta e Calabria, ad un minimo del 7,9% in Friuli, con una differenza di 6,1 punti percentuali, pari ad oltre il 60% del valore medio italiano. Non esiste un gradiente Nord-Sud. Altre caratteristiche regionali, quali la struttura della popolazione o il mix pubblico-privato non sembrano avere una grande importanza, pur essendovi indizi di minore spesa amministrativa al crescere sia della popolazione anziana che dell'impegno pubblico diretto nella produzione. Richiede uno studio più approfondito, invece la relazione tra costi amministrativi e peso dell'ospedalità rispetto all'assistenza territoriale.

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

Friuli-V.G.	7,9%
Sardegna	8,6%
Molise	8,7%
Liguria	9,3%
Basilicata	9,3%
Marche	9,4%
Toscana	9,6%
Umbria	10,0%
Abruzzo	10,0%
Veneto	10,3%
Emilia-R.	10,6%
Campania	10,7%
ITALIA	10,8%
Lombardia	11,0%
Puglia	11,1%
Lazio	11,2%
Sicilia	11,2%
P.A Trento	11,3%
P.A Bolzano	13,4%
Piemonte	13,5%
Valle d'Aosta	14,0%
Calabria	14,0%



Raccomandazioni di Osservasalute

Valori alti dell'indice possono indicare contemporaneamente sia situazioni strutturali, come la difficoltà di gestione del territorio od una migliore qualità amministrativa, sia comportamentali. Una quota del 10% appare raggiungibile nel breve-medio periodo, anche grazie alle innovazioni gestionali ed informatiche, da parte delle regioni che presentano una quota superiore.

Personale medico dipendente del SSN rispetto alla popolazione

Significato. È una misura approssimata dell'efficienza del SSN regionale: indica quanti medici dipendenti sono necessari in media per fornire i servizi sanitari ai propri cittadini. Risente della mancata inclusione di molti medici, comunque legati al SSN da rapporti contrattuali (es. medicina di base). Risente della composizione tra medicina territoriale e ospedaliera, ed anche della composizione per età della popolazione regionale. È inoltre una misura indiretta della sostituibilità tra personale medico ed altro personale sanitario (infermieri) ai fini dell'ottenimento di un dato ammontare di servizi.

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di medici dipendenti del SSN}}{\text{Popolazione regionale}} \times 1.000$$

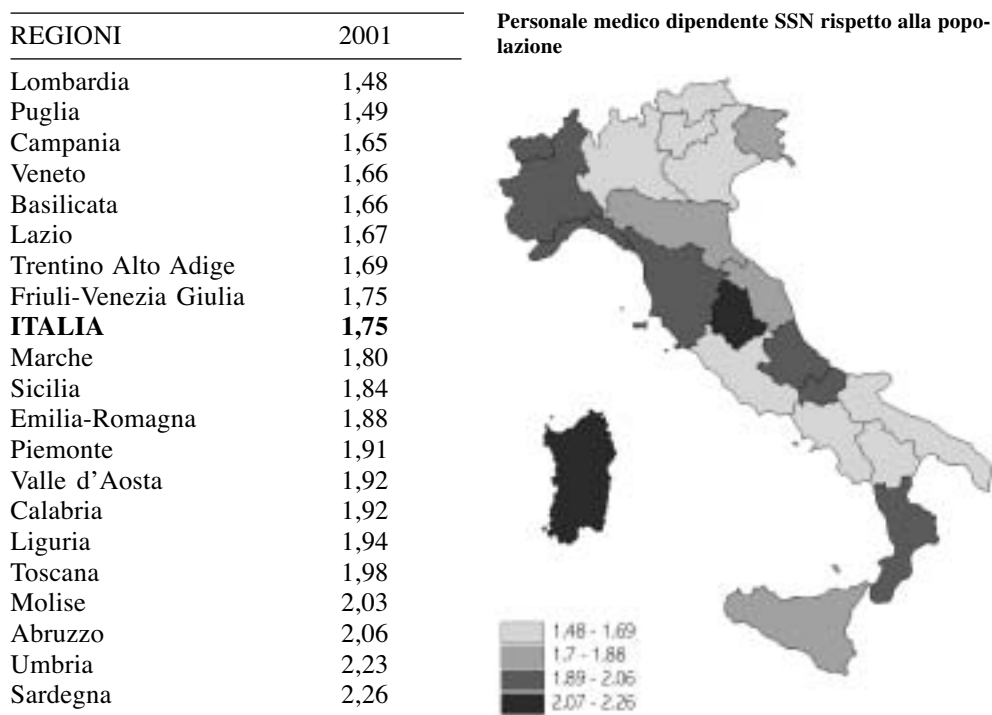
Validità e limiti. L'indicatore misura la relativa abbondanza o scarsità di medici dipendenti dal SSN all'interno della regione. Escludendo i medici di base, e tutti coloro legati da rapporto libero professionale oltre ai dipendenti delle case di cura accreditate fornisce solo una misura di prima approssimazione del potenziale assistenziale medico regionale. Inoltre, data la sostituibilità, per quanto imperfetta, tra medici ed altre figure professionali come infermieri, può celare situazioni di inefficienza economica qualora esso risulti troppo elevato, sebbene la lettura in termini di qualità aggiuntiva di un valore elevato del rapporto sia altrettanto lecita. Esso chiaramente dipende anche dalla quota di ospedalità rispetto all'assistenza territoriale e dalla quota di offerta delle case di cura accreditate rispetto ai presidi ospedalieri ASL e alle AO. Inoltre, risente dei differenti *bisogni sanitari* regionali, rappresentabili con la quota di popolazione anziana

Benchmark. Il valore di riferimento è quello medio nazionale, pari all'1,74 per 1.000. Il valore europeo calcolato su tutta l'occupazione medica dei paesi dell'Unione Europea, pari a 3,1 medici per 1.000 abitanti (1998) è di scarsa utilità in questo contesto specifico.

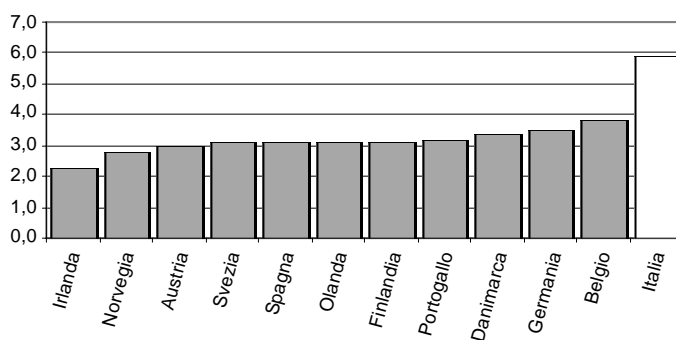
Descrizione dei Risultati

In media, in Italia vi sono 1,74 medici dipendenti dal SSN per 1.000 abitanti. Non sembra esservi un gradiente Nord-Sud, né differenze dovute alla scala regionale. La variabilità tra le regioni è comunque presente: si va da un massimo di 2,25 medici per 1.000 in Sardegna, ad un minimo dell'1,47 per 1.000 in Lombardia, con una differenza di quasi lo 0,8 per 1.000, inferiore al 50% del valore medio nazionale; ciò lascia pensare all'esistenza di modelli organizzativi differenziati tra ASL; inoltre, la non perfetta correlazione tra serie dei medici per 1.000 abitanti e personale totale per 1.000 abitanti, sembra evidenziare una compensazione o sostituibilità tra varie forme di personale: le regioni che hanno tanti medici non sempre avranno anche tanto altro personale, e viceversa. Mediamente importanti sono infine sia la correlazione con i bisogni regionali, espressi dall'anzianità della popolazione, sia la relazione con la quota dei servizi forniti direttamente dall'operatore pubblico: in entrambi i casi maggiori bisogni e maggiore produzione diretta implicano un maggior numero di medici dipendenti.

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



Confronti internazionali



I dati OCSE, riferiti al numero totale dei medici, mostrano che l'Italia ha un valore (totale) per 1.000 abitanti molto superiore a quello degli altri paesi.

Fonte: OECD Health Data 2001

Raccomandazioni di Osservasalute

Valori alti dell'indice indicano contemporaneamente situazioni strutturali, come la sovrautilizzazione dei medici, e fattori organizzativi o di modello, come la scelta di fornire servizi direttamente o meno. Una generica indicazione può essere quella di operare per una generica riduzione (ad eccezione della sola Lombardia) del numero di medici rispetto alla popolazione, per allinearci agli standard europei, anche se non è evidente che vi sia un eccesso generalizzato di medici dipendenti dal SSN.

Assetti finanziari, Assetti organizzativi e Note conclusive

Assetti finanziari

La spesa sanitaria pubblica in Italia ancora ricopre un ruolo preponderante nell'economia dei sistemi sanitari in tutte le regioni. L'ammontare di risorse in termini assoluti evidentemente varia in relazione alla numerosità della popolazione residente e alla ricchezza prodotta. Gli indicatori, relativamente a questi aspetti, mettono in evidenza una situazione molto differenziata tra regione e regione. Nonostante che il SSN fosse nato anche con l'intento di ridurre le differenze nord-sud nell'erogazione dei servizi sanitari, esistono differenze significative nella spesa pro-capite registrata, con le regioni del sud che mostrano quote di spesa procapite significativamente più basse rispetto alle regioni del nord (con una differenza massima che giunge al 27%). Il differenziale nel reddito prodotto porta le regioni del sud a dover impiegare quote di PIL più alte rispetto al nord per giungere a quote pro-capite di spesa sanitaria che, nonostante gli sforzi, sono più basse rispetto alle regioni del nord del Paese. Utilizzando dati del 2001, primo anno di attuazione del nuovo sistema di allocazione delle risorse alle Regioni derivante dall'Accordo dell'8 Agosto 2001 tra Governo regioni e province autonome di Trento e Bolzano (federalismo sanitario), si propone un confronto tra risorse allocate per regione e spesa effettivamente sostenuta. Tale confronto, già proposto dal Tavolo tecnico per il monitoraggio dei LEA istituito in seno alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, mostra un deficit di circa 8 milioni di euro che mette in evidenza un sostanziale sottofinanziamento dei LEA.

È evidente che in un contesto di federalismo sanitario avanzato, in cui il livello di autonomia finanziaria regionale è significativo, ci si chiede se e come il sistema federale possa contribuire al risanamento delle differenze tra regioni e se la quota attualmente messa a disposizione del servizio sanitario sia effettivamente adeguata al rispetto degli impegni presi con i cittadini (rispetto dei LEA, appunto).

Assetti organizzativi

Le Regioni italiane aldilà della questione strettamente finanziaria si differenziano in maniera significativa anche per alcuni assetti organizzativi di fondo del sistema. Considerando la quota di servizi direttamente gestiti dal settore pubblico rispetto al totale dei servizi che comprendono invece i servizi «accreditati» (contracted-out), la dispersione dell'indicatore appare notevole: fino al 38,7%. Considerando anche altri indicatori analoghi presentati (quota di posti letto per acuti nelle strutture accreditate sul totale e quota delle case di cura accreditate sul totale delle case di cura) la realtà che se ne trae è quella di un paese in cui gli assetti organizzativi sono spesso antitetici tra loro. Anche valutando il livello di centralità assegnato al livello assistenziale ospedaliero si osservano differenze sostanziali che denotano non solo atteggiamenti e tradizioni diverse tra regione e regione. Allo stesso modo queste evidenze richiamano l'attenzione sulla diversa propensione verso l'innovazione degli assetti organizzativi (es. integrazione orizzontale e verticale per la continuità dell'assistenza) e il peso di un assetto strutturale più o meno appesantito dalla presenza di ospedali sul territorio.

Le dimensioni dei servizi sanitari regionali e delle aziende di erogazione, combinate con la crescita della complessità tecnologica e gestionale di tali organizzazioni, impongono sempre più l'esigenza di porre attenzione sul peso della tecnostruttura amministrativo-gestionale delle regioni. Se da un lato un'elevata quota di spese «amministrative» sul totale della spesa potrebbe denotare la presenza di sacche di inefficienza, dall'altro, inve-

ce, potrebbe rappresentare la risposta all'effettiva esigenza di dotarsi di strumenti e di competenze sempre più sofisticate per la pianificazione, l'organizzazione, la direzione e la valutazione delle organizzazioni sanitarie.

Solo una seria riflessione sui profili curriculari del personale amministrativo e sul livello di competenza dello stesso permette di interpretare in modo corretto i dati riportati nella presente sezione del rapporto.

Note conclusive

Pur nella sua schematicità il sistema di indicatori presentato in questa sezione fornisce evidenze significative per delineare il quadro degli assetti organizzativi e finanziari delle diverse Regioni. Il ruolo di tale sezione va comunque ribadito in quanto funzionale alla lettura degli indicatori di stato di salute presentati nelle altre sezioni del rapporto.

Al lettore attento è lasciato il compito di individuare le correlazioni tra le caratteristiche del contesto amministrativo del sistema sanitario e alcune sue performance qualitative presentate in tutto il Rapporto Osservasalute 2003.