

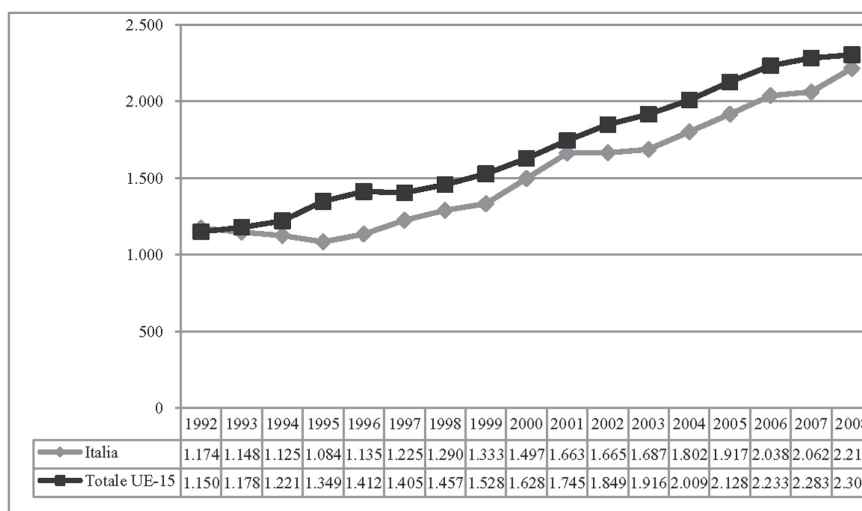
## Assetto economico-finanziario

Con il 2010 si conclude un decennio che si può definire di “transizione federalista”, preceduto da una fase di “regionalizzazione a Costituzione invariata” (1992-2001) e, presumibilmente, destinato a sfociare in una fase di “federalismo maturo”.

L'avvicinamento al federalismo, unito alle difficili condizioni dell'economia mondiale, in generale, e della finanza pubblica italiana, in particolare, ha generato crescente attenzione verso l'equilibrio economico-finanziario dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) e delle loro aziende. Pare, quindi, utile tratteggiare, almeno a grandi linee, l'evoluzione che ha caratterizzato la situazione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel corso del decennio. A tal fine, è opportuno focalizzare l'attenzione su 3 temi: 1) l'andamento della spesa pubblica e del relativo finanziamento, a livello nazionale e nel confronto internazionale; 2) l'andamento della spesa privata e, quindi, della spesa totale, sempre a livello nazionale e nel confronto internazionale; 3) le differenze interregionali nei livelli di finanziamento, spesa e disavanzo. La spesa pubblica pro capite è stata tradizionalmente inferiore alla media dei 15 Paesi che componevano, fino al 2004, l'Unione Europea (UE-15) e lo è tuttora (Grafico 1). Il divario rispetto alla media europea si è, però, significativamente modificato nel corso del tempo, per effetto di oscillazioni nei tassi di crescita (Grafici 2 e 3). In particolare:

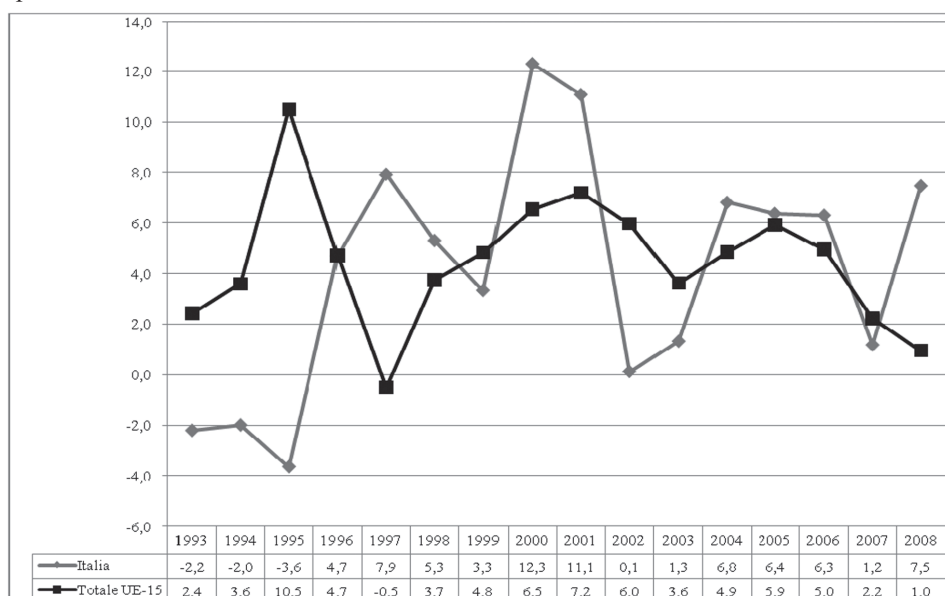
- all'inizio degli anni Novanta, la spesa sanitaria pubblica italiana era, sostanzialmente, allineata alla media UE-15;
- negli anni successivi, la crescita della spesa sanitaria pubblica in Italia è stata decisamente inferiore alla media europea, anzi addirittura negativa, per effetto della riforma del 1992 e, più in generale, per la necessità di soddisfare le condizioni di adesione all'Unione Monetaria Europea. Complessivamente, nel periodo 1991-1995, la spesa sanitaria pubblica italiana è cresciuta ad un tasso medio annuo del 3,3%. Il biennio 1995-1996 segna, così, il divario più ampio tra spesa sanitaria pubblica italiana e media UE-15, con la prima del 20% circa inferiore alla seconda;
- dal 1996, la spesa sanitaria pubblica italiana ha ricominciato a crescere con tassi molto sostenuti, culminando, nel biennio 2000-2001, con incrementi superiori al 10%. Complessivamente, nel periodo 1996-2001, la spesa sanitaria pubblica italiana è cresciuta ad un tasso medio annuo dell'8,1%. Nel 2001, il divario tra spesa sanitaria pubblica italiana e media UE-15 si è così ridotto a un mero 5%;
- il biennio 2002-2003 si è caratterizzato di nuovo per un rallentamento nella crescita della spesa sanitaria pubblica italiana. Nel 2003, il divario con la media UE-15 ha, quindi, raggiunto un nuovo massimo relativo, pari a circa il 13%;
- infine, dal 2004 al 2008, con l'unica eccezione del 2007, la crescita della spesa sanitaria pubblica italiana è stata sistematicamente superiore alla media UE-15, anche se decisamente inferiore a quanto fatto registrare alla fine degli anni Novanta. Più specificamente, il tasso di crescita medio annuo è stato del 4,4% nel periodo 2002-2009 e del 4,9% nel periodo 2004-2009. Nel 2008 (ultimo dato disponibile per il confronto internazionale), il divario tra spesa sanitaria pubblica italiana e media UE-15 si è, quindi, quasi interamente annullato.

**Grafico 1** - Spesa pubblica pro capite (\$ PPA), confronto Italia ed Unione Europea-15 - Anni 1992-2008



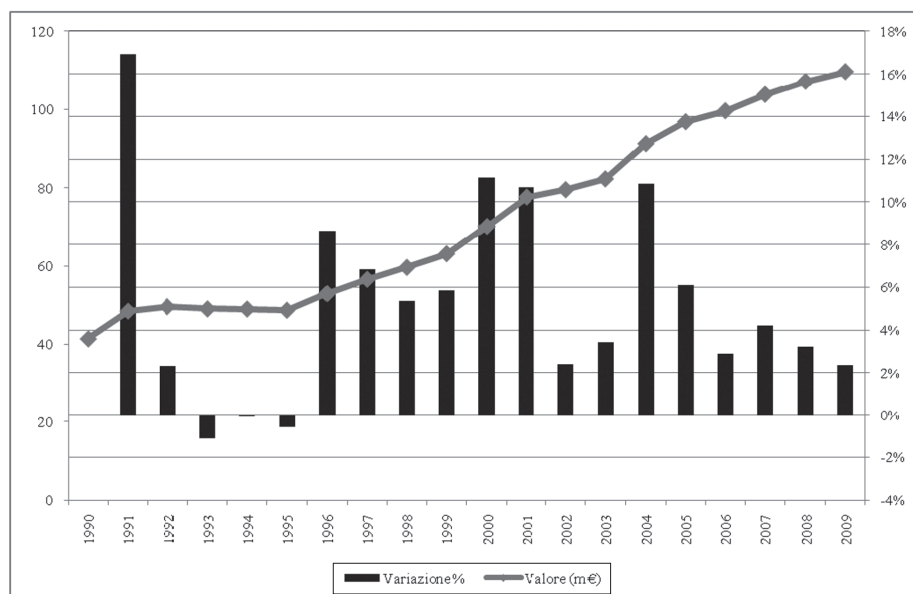
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati OECD. Health Data. Anno 2010.

**Grafico 2** - Tassi annuali di crescita (per 100) della spesa sanitaria pubblica pro capite, confronto Italia ed Unione Europea-15 - Anni 1993-2008



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati OECD. Health Data. Anno 2010.

**Grafico 3** - Spesa sanitaria pubblica (milioni di €) e variazioni percentuali - Anni 1990-2009

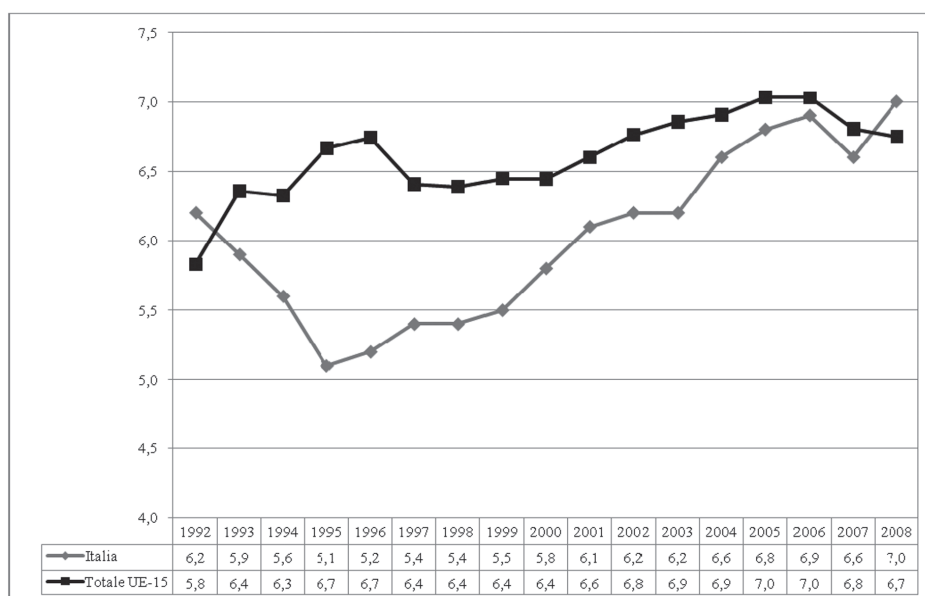


Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese; vari anni. Anno 2010.

Complice anche la contrazione dell'economia, anzi, nel 2008, per la prima volta nel ventennio considerato, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Prodotto Interno Lordo (PIL) è stata superiore, in Italia, rispetto alla media UE-15 (Grafico 4). Dal 1995, la convergenza è stata graduale, ma sostanzialmente costante: il divario tra Italia e media UE-15, che nel 1995 era pari a 1,6 punti percentuali, si è ridotto a 0,6 punti nel 2000 e 0,2 nel 2005, per poi cambiare segno appunto nel 2008.

Un'ultima considerazione in merito alla spesa pubblica riguarda la sua articolazione per macrolivelli di assistenza. I dati riferiti al 2006 (Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro 4,1%, Assistenza distrettuale 48,4%, Assistenza ospedaliera 47,5%) evidenziano, da un lato, una sostanziale stabilità rispetto al 2004, dall'altro, una certa distanza da quanto previsto nell'emanando decreto sul federalismo fiscale (5%, 51%, 44%).

**Grafico 4** - Spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL (per 100), confronto Italia ed Unione Europea-15 - Anni 1992-2008



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati OECD. Health Data. Anno 2010.

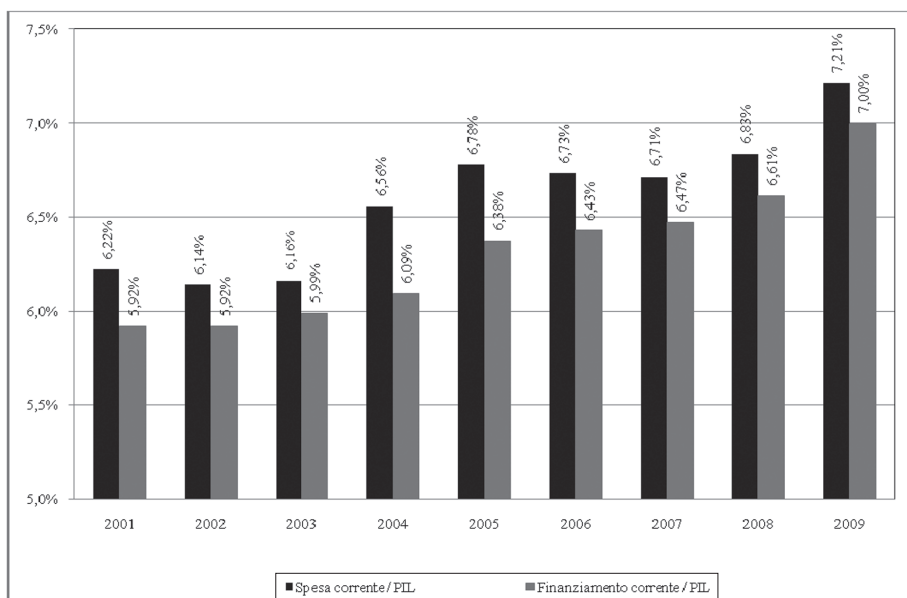
Contemporaneamente alla spesa pubblica è significativamente cresciuto anche il correlato finanziamento (Grafico 5). Nel 2009, le risorse destinate al finanziamento del SSN<sup>1</sup> sono state circa 106,4 miliardi di €, pari al 7% del PIL. Si tratta di un ammontare molto rilevante e sostanzialmente inatteso all'inizio del decennio: l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 aveva fissato al 6% del PIL il target di riferimento di medio periodo o, più precisamente, il valore da raggiungere in un "arco temporale ragionevole".

Tuttavia, la spesa è stata comunque superiore al finanziamento per ciascun anno (Grafico 5). Con specifico riferimento all'ultimo decennio, il *gap* tra spesa e finanziamento ha raggiunto un massimo nel 2004 (0,47% del PIL, pari a 5,8 milioni di euro, ossia 100 € pro capite). Complessivamente, nel periodo 2001-2009, il disavanzo accumulato dalle regioni è stato di circa 35,8 milioni di euro, ossia 609 € pro capite. Di qui la necessità di reintrodurre, a partire dalla Legge finanziaria 2005, i ripiani a carico del bilancio dello Stato, che all'inizio del decennio si era pensato di poter definitivamente eliminare.

Tutto ciò ha trovato un'inevitabile corrispondenza a livello aziendale: nel periodo 2002-2008 le aziende con risultati economici non negativi sono state, mediamente, il 28%, con frequenze maggiori nelle Aziende Ospedaliere (AO) (44%) rispetto alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) (19%) (1).

<sup>1</sup>L'aggregato comprende non solo il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, ma anche le entrate proprie effettivamente riscosse dagli Enti del SSN, nonché i trasferimenti da parte delle Regioni, del settore pubblico allargato e dei privati. Restano esclusi solo i ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia.

**Grafico 5** - Incidenza (per 100) della spesa sanitaria pubblica e del finanziamento corrente sul PIL - Anni 2001-2009

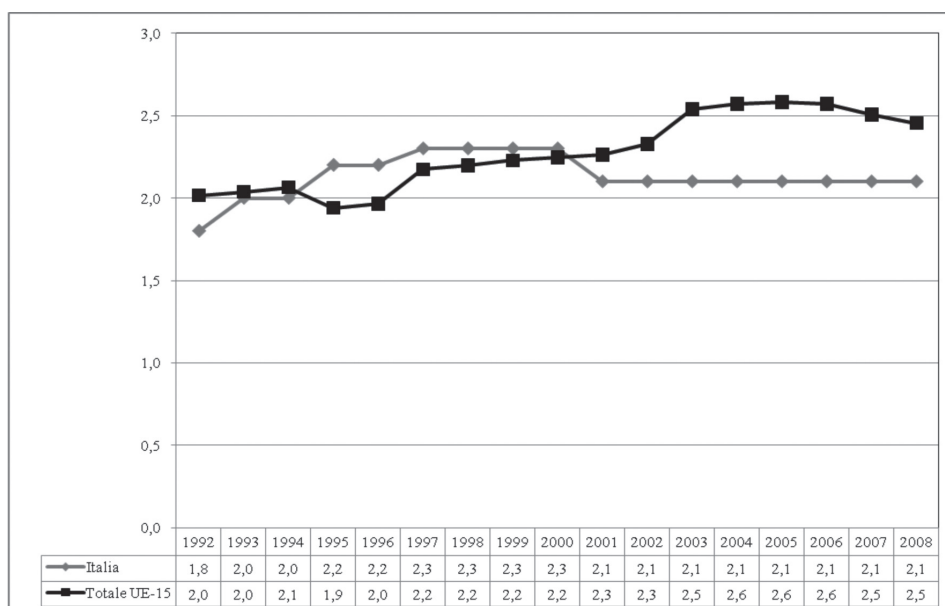


**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2004-2009. Anno 2010.

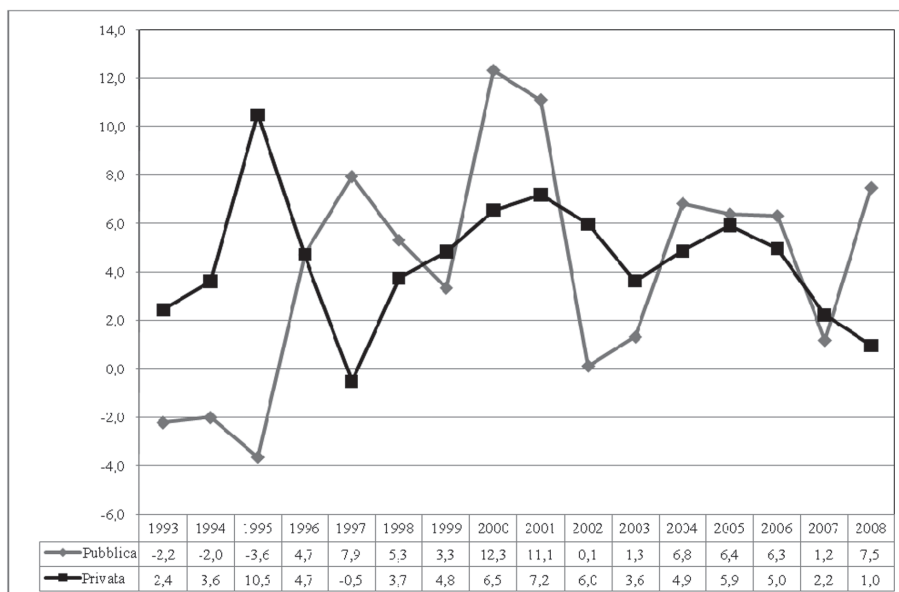
A differenza della spesa sanitaria pubblica, quella privata è rimasta sostanzialmente stabile in rapporto al PIL: dal 1993, il suo valore si è costantemente mantenuto tra il 2,0% ed il 2,3%. Tassi di crescita più elevati si sono manifestati, invece, a livello medio UE-15, dove l'incidenza della spesa sanitaria privata sul PIL è passata dal 2,0% dei primi anni Novanta all'attuale 2,5% (Grafico 6). Anche per questo motivo, la spesa sanitaria totale italiana resta inferiore alla media UE-15 sia in termini pro capite (2.870 \$, a Parità di Potere d'Acquisto-PPA, contro 3.145 \$ della media UE-15 nel 2008), sia in relazione al PIL (9,1% contro 9,2% nel 2008).

È interessante anche notare come la relazione tra i tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica e di quella privata si sia modificata nel corso del tempo (Grafico 7). Negli anni Novanta, l'andamento della spesa privata è stato speculare a quello della spesa pubblica, dunque, con forti incrementi nella prima parte del decennio. Dal 2001, invece, l'aumento della spesa privata è stato sempre contenuto e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica.

**Grafico 6** - Spesa sanitaria privata in rapporto al PIL (per 100), confronto Italia ed Unione Europea-15 - Anni 1992-2008



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati OECD. Health Data. Anno 2010.

**Grafico 7** - Tassi di crescita (per 100) della spesa pubblica e privata pro capite - Anni 1993-2008

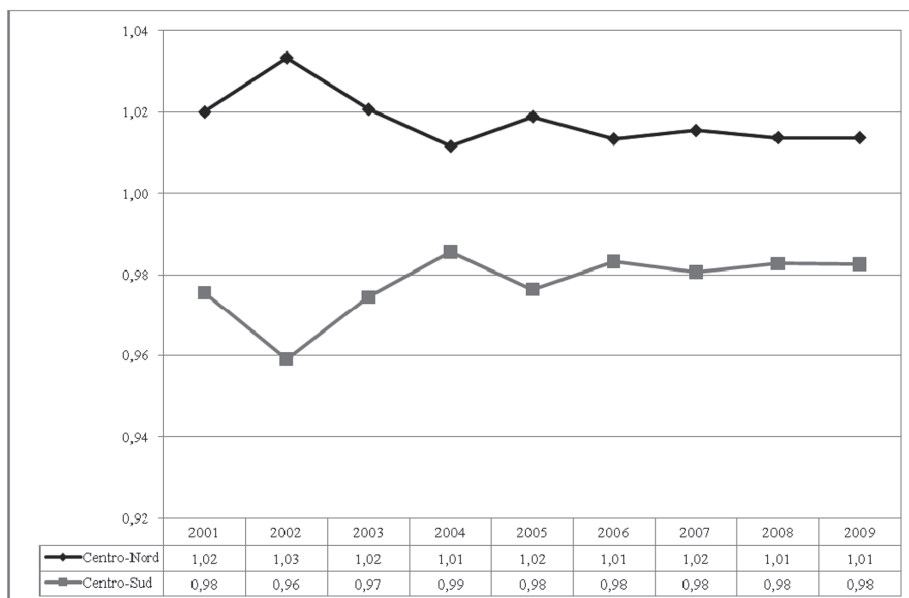
**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati OECD. Health Data. Anno 2010.

I dati nazionali, peraltro, nascondono una situazione molto eterogenea. 3 regioni da sole (Lazio, Campania e Sicilia) hanno generato il 69% dei disavanzi accumulati dal SSN nel periodo 2001-2009. In termini pro capite, disavanzi molto significativi si sono generati anche in Molise, Valle d'Aosta, Abruzzo e Sardegna. Solo nel Centro-Nord le regioni (tranne appunto Valle d'Aosta, nonché Piemonte, PA di Trento, Liguria e, nel 2009, Veneto) da alcuni anni chiudono i conti in sostanziale equilibrio, talvolta peraltro solo grazie all'integrazione rappresentata dalle risorse regionali "extra-fondo". Di qui il carattere *de facto* "asimmetrico" del federalismo sanitario italiano. In linea di principio, tutte le regioni godono di un'ampia autonomia; nei fatti, moltissime regioni (quasi tutte del Centro-Sud) sono state private, almeno temporaneamente, di tale autonomia tramite l'assoggettamento ai Piani di rientro ed, in alcuni casi, il commissariamento.

Negli ultimi anni, tuttavia, forse proprio per effetto dei Piani di rientro e, più in generale, della maggiore attenzione agli equilibri economico-finanziari nei rapporti tra Stato e Regioni, i differenziali tra regioni pare abbiano cominciato a restringersi. Più specificamente, con riferimento alle 2 macroaree geografiche in cui risulta chiaramente diviso il Paese sulla base dei risultati economico-finanziari (Centro-Nord fino a Toscana, Umbria e Marche; Centro-Sud da Lazio ed Abruzzo), si osserva quanto segue:

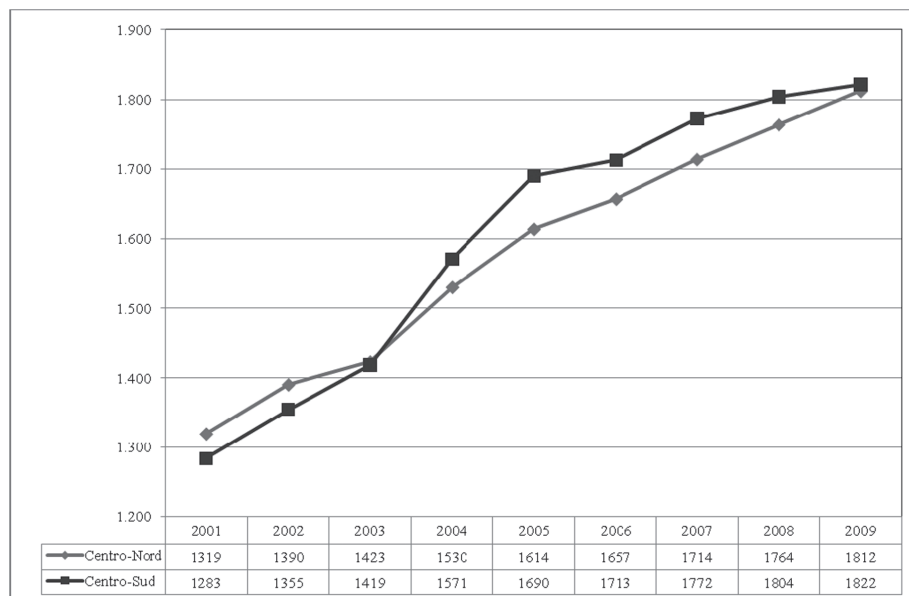
- i criteri di finanziamento continuano ad attribuire più risorse pro capite alle regioni del Centro-Nord che, avendo mediamente una popolazione più anziana, si vedono riconoscere un maggior fabbisogno. Dal 2001 al 2009, i pesi impliciti delle delibere di finanziamento del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE), calcolati con riferimento alle 2 macroaree, sono rimasti pressoché invariati, con una leggerissima convergenza a partire dal 2006 (Grafico 8);
- la spesa pro capite al netto della mobilità, inizialmente più elevata al Centro-Nord che al Centro-Sud, ha visto l'inversione del rapporto a partire dal 2004. La distanza è andata ampliandosi fino al 2005 (76 € pro capite), per poi progressivamente restringersi fino a raggiungere, nel 2009, soli 10 € pro capite (Grafico 9);
- per effetto della diversa dinamica dei PIL regionali, invece, il divario nell'incidenza della spesa sul PIL ha continuato ad ampliarsi (Grafico 10);
- infine, poiché i differenziali nel finanziamento pro capite sono rimasti sostanzialmente invariati, i disavanzi pro capite hanno avuto un andamento strettamente correlato alla spesa, con una differenza massima tra le 2 macroaree nel 2005 (anno in cui il Centro-Nord ha complessivamente conseguito una situazione di relativo equilibrio) ed una successiva riduzione (Grafico 11).

**Grafico 8** - Pesi impliciti nelle delibere di finanziamento del CIPE (media nazionale=1,00) per macroarea - Anni 2001-2009



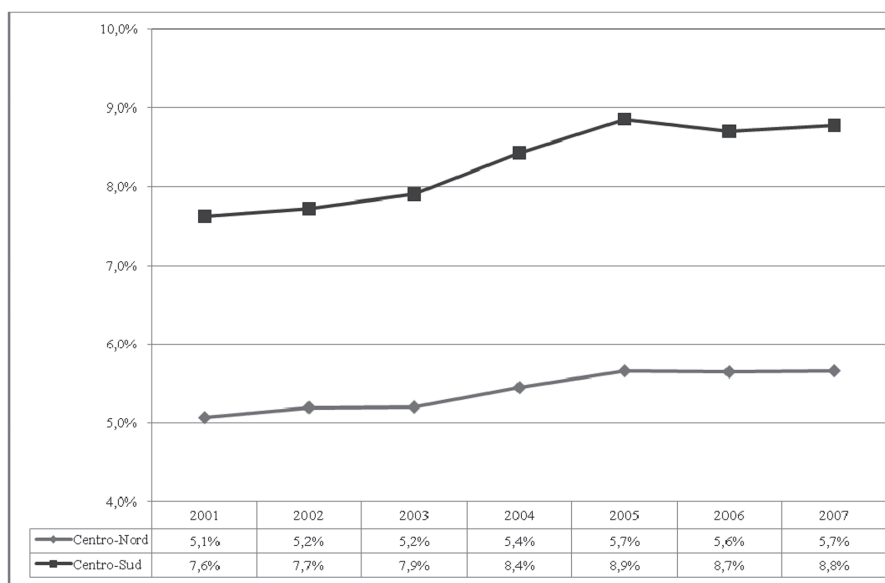
Fonte dei dati: Elaborazioni dati su delibere CIPE 2001-2009. Anno 2010.

**Grafico 9** - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€) al netto della mobilità per macroarea - Anni 2001-2009



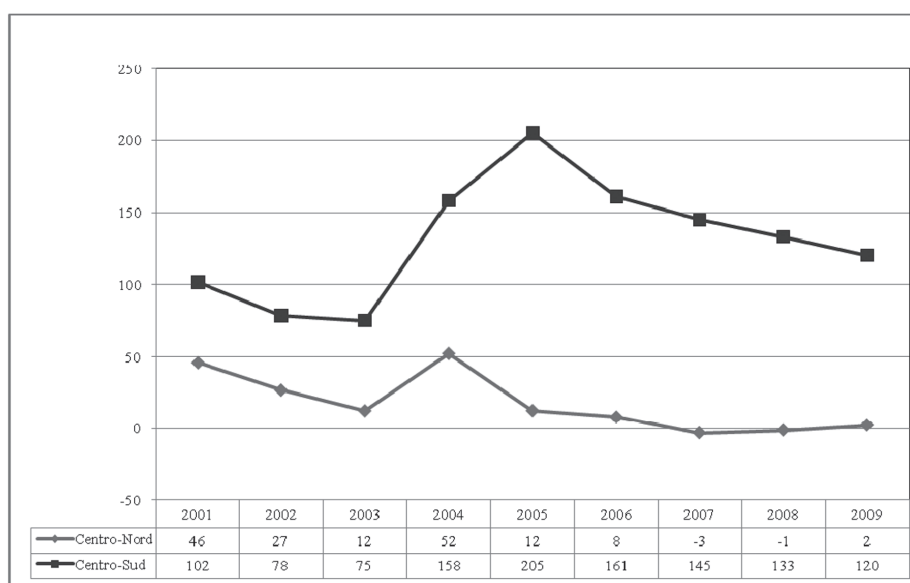
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2004-2009. Anno 2010.

**Grafico 10** - Incidenza (per 100) sul PIL della spesa sanitaria pubblica al netto della mobilità per macroarea - Anni 2001-2007



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2004-2009 - Istat. Anno 2010.

**Grafico 11** - Disavanzo sanitario pro capite per macroarea - Anni 2001-2009



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2004-2009. Anno 2010.

In conclusione, l'analisi della situazione economico-finanziaria del SSN evidenzia alcune criticità piuttosto significative, che possono essere così sintetizzate.

Primo, anche per effetto della crisi economica, la sanità italiana ha quasi completamente eroso quel "vantaggio di costo" che l'ha tradizionalmente caratterizzata e che aveva significativamente contribuito, nel 2000, al suo posizionamento quale secondo miglior sistema sanitario al mondo nel *ranking* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Secondo, si conferma l'incapacità del SSN di rispettare i tetti di spesa. Per le singole aziende, il disavanzo è la normalità anziché l'eccezione. Certo, la spesa sanitaria in Italia continua ad essere allineata a quella europea e sarebbe, quindi, improprio affermare che la prassi dei *soft budget constraint* (ipotesi di forte contenimento *ex ante*, aspettative di ripiano *in itinere*, effettivi ripiani *ex post*) abbia causato l'"esplosione" della spesa

stessa. Indubbiamente, però, ne risente la programmazione e, quindi, in molti casi, l'efficacia e l'efficienza della gestione.

Terzo, dietro le medie nazionali si cela una frattura molto forte tra le regioni del Centro-Nord, molte delle quali hanno raggiunto condizioni di sostanziale equilibrio, e le regioni del Centro-Sud, molte delle quali sono state sottoposte a Piano di rientro ed, in alcuni casi, a commissariamento.

Quarto, l'eterogeneità dei risultati economici si manifesta malgrado il consistente impatto perequativo delle regole di riparto. L'attuazione del federalismo comporterà, dunque, forti tensioni: alle regioni del Centro-Sud si chiederanno ulteriori sacrifici per proseguire nel percorso di rientro dai disavanzi; le regioni del Centro-Nord continueranno a poter destinare al proprio SSR una quota di risorse (misurata, per esempio, dal rapporto tra spesa e PIL regionale) inferiore a quella di aree europee analoghe per ricchezza e sviluppo economico.

Complessivamente, per continuare a beneficiare di una sanità universalistica e di qualità, sarà, quindi, necessario da un lato recuperare efficienza, sfruttando tutti i margini che proprio l'eterogeneità interregionale evidenzia; dall'altro governare, in chiave prospettica, l'evoluzione tecnologica e la *long-term care*, da cui primariamente dipende l'evoluzione della spesa nel medio-lungo periodo. Per fare tutto ciò paiono essenziali almeno 3 condizioni: 1) regole di finanziamento stabili, eque e trasparenti; 2) volontà politica, da incentivare tramite opportuni meccanismi di premi e sanzioni sia per le collettività amministrative, sia più direttamente per gli amministratori; 3) capacità tecniche, da sviluppare tramite meccanismi di *knowledge transfer* tra le regioni, uno spostamento di attenzione dalle fasi di programmazione del "rientro" a quelle di effettiva implementazione e, più in generale, una nuova fase di sviluppo del *management* sanitario, di selezione e crescita di una classe dirigente competente e preparata rispetto ai problemi emergenti.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. Modelli Conto Economico 2002-2008. Anno 2010.



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

**Significato.** Si ripropongono in questa edizione 2 importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL) della regione e, poi, rispetto alla popolazione residente in ciascuna

regione. L'intento è quello di fornire una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali.

### *Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo*

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente	
	<hr/>	x 100
Denominatore	Prodotto Interno Lordo a prezzi correnti	

### *Prodotto Interno Lordo pro capite*

Numeratore	Prodotto Interno Lordo corrente
	<hr/>
Denominatore	Popolazione media residente

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

Il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica ed il PIL indica la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per la promozione, il mantenimento,

la cura ed il ristabilimento delle condizioni di salute della popolazione rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento. Quindi, l'indicatore offre un *proxy* della misura del peso economico potenziale per la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei servizi socio-sanitari aggiuntivi che la Regione vuole garantire ai suoi cittadini.

### *Spesa sanitaria pubblica pro capite*

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
	<hr/>
Denominatore	Popolazione media residente

### *Spesa sanitaria pubblica pro capite*

L'indicatore fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie disponibili in media per ogni individuo di una data regione per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

In tal senso, dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per garantire i LEA, sia per gli altri servizi socio-sanitari che la Regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni. Inoltre, tale indicatore, essendo espresso in euro correnti e, quindi, fisiologicamente in crescita al crescere dei prezzi dei prodotti e servizi, non rappresenta la quantità di servizi garantiti a ciascuno.

**Validità e limiti.** L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori utilizzati a livello naziona-

le nei confronti con altri Paesi, anche se l'indicatore andrebbe integrato della componente privata della spesa sanitaria. La sua formulazione ed il suo uso consolidato nelle comparazioni internazionali accreditano il suo utilizzo anche nei raffronti fra le regioni di un singolo Stato.

Si tratta di un indicatore grezzo che non consente di trarre indicazioni di politica sanitaria né di misurare il grado di benessere della collettività ed, a causa della presenza di meccanismi di natura perequativa, non rappresenta la quota di reddito regionale effettivamente destinato alla Sanità Pubblica, in quanto parte di quella spesa potrebbe essere finanziata attraverso fonti esterne rispetto alla Regione.

I suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti propri sia del numeratore che del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa complessiva per i servizi sanitari garantiti, non palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria della popolazione nelle diverse regioni, non rappresenta la quantità e la tipologia di prestazioni effettiva-

mente erogate, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica, con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse. In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Relativamente al dato 2007 ci si è basati sui Conti Economici Regionali. Poiché il completamento della base informativa necessaria per la compilazione dei suddetti conti regionali nella loro interezza avviene, infatti, dopo circa 19 mesi dalla fine dell'anno di riferimento, le valutazioni rilasciate prima di tale scadenza non possono che essere incomplete per quanto attiene al numero di variabili stimate e le disaggregazioni (territoriali e settoriali) sono da ritenersi assolutamente provvisorie in attesa dei successivi aggiornamenti. Ciò potrebbe determinare una differenza delle stime a livello territoriale rispetto a quelle nazionali che sono, invece, rilasciate dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) dopo 2 mesi dalla fine dell'anno di riferimento.

Infine, nella lettura dell'indicatore, non va dimenticato che, per l'attuale meccanismo di finanziamento del sistema sanitario, una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della Regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni. Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la Regione sosterebbe se si assumesse *in toto* l'onere del finanziamento.

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

Per contro, tale indicatore non è avulso da alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni dovuto, prevalentemente, alla diversa composizione della popolazione per età, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni più efficienti ed in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

Gli anni presi in considerazione non sono allineati con

quelli dell'indicatore precedente. La ragione sta nel fatto che si sono voluti presentare gli ultimi anni disponibili e rinunciare, per il Rapporto Osservasalute di quest'anno, ad una lettura integrata delle informazioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali e, per il dato nazionale, quelli medi dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

### Descrizione dei risultati

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL a livello nazionale denuncia una crescita, dal 2001 al 2007, passando dal 5,95% al 6,59% (Tabella 1). I valori sono allineati alla media OCSE, anche se negli anni sono sempre inferiori a quelli di alcuni Paesi come Germania, Francia, Norvegia, Danimarca e USA e, solo dal 2006, al Regno Unito (Grafico 1).

A livello regionale l'indicatore, nel 2007, mostra delle significative differenze, oscillando da un minimo di 4,90% della Lombardia ad un massimo di 10,76% della Calabria, registrando, così, un divario che raggiunge quasi i 6 punti percentuali.

Si osserva un gradiente Nord-Sud, con il Nord che registra una percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente media rispetto al PIL pari al 5,45%, il Centro pari al 6,25% ed il Mezzogiorno (Sud ed Isole) pari al 9,57%.

Le regioni del Nord spendono, per l'assistenza sanitaria, sempre meno del 7,1% del reddito prodotto internamente collocandosi nel *range* 4,90%-7,06% delimitato, rispettivamente, dalla Lombardia e dalla Liguria. Le regioni del Sud, al contrario, destinano alla Sanità Pubblica sempre più dell'8% ponendosi nel *range* 8,12%-10,76% i cui valori estremi corrispondono, rispettivamente, alla Sardegna ed alla Calabria. Le regioni del Centro si pongono in una situazione intermedia con la percentuale di spesa sul PIL che si colloca nel *range* 5,99%-6,78%, rispettivamente, della Toscana e dell'Umbria.

Il gradiente permane anche se si analizzano i dati del 2006 e del 2001.

L'indicatore, inoltre, non tiene conto della numerosità della popolazione residente con la conseguenza che, valori bassi dell'indicatore, possono esprimere una scarsa spesa per il servizio sanitario, mentre potrebbe essere elevata rispetto alla popolazione e viceversa. A tal fine, relativamente al 2007, è stata effettuata una lettura integrata dell'indicatore spesa su PIL con l'indicatore PIL pro capite che esprime il valore mediamente prodotto per ogni cittadino residente (Tabella 2). Dai risultati emerge che, le regioni che presentano un PIL pro capite più elevato, sono quelle in cui si registra una spesa sul PIL inferiore e viceversa. Ciò, sembrerebbe dimostrare che la quanti-

tà di risorse destinata alla sanità non è direttamente proporzionale alle risorse mediamente prodotte da ciascun residente nelle diverse regioni.

Rispetto al 2006, la spesa media sul PIL a livello nazionale si riduce del 3,14%. Tale risultato è una conseguenza della diminuzione del valore del rapporto a livello regionale (con un *range* di -1,18 e -8,09) eccetto 3 regioni per le quali si registra un'ulteriore crescita: Calabria (+15,11%), Friuli Venezia Giulia (+3,06%) e Molise (+0,71%).

Allargando lo spazio temporale al 2001 ed analizzando i cambiamenti intervenuti fino al 2007, tutte le regioni registrano, a valori correnti, un incremento del valore dell'indicatore con delle variazioni regionali che oscillano da un minimo del 2,06% delle Marche ad un massimo del 19,35% della Sicilia.

Volendo calcolare il tasso di crescita medio del rapporto per ciascuna regione fra il 2001 ed il 2007, a prescindere da quelle che siano state le effettive oscillazioni nell'arco di tempo considerato, emerge quanto indicato nella Tabella 1. Il tasso di crescita composto si presenta con valori diversi a seconda delle regioni e delinea una curva crescente che registra il suo punto di inizio nelle Marche (+0,34% all'anno) ed il suo apice nella Sicilia (+2,99% all'anno). A livello nazionale, il tasso di crescita composto, è dell'1,71%.

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite mostra, a livello nazionale, un aumento, fra il 2008 ed il 2009, passando da 1.782 € a 1.816 € (+1,91%) ed aumenta anche rispetto al 2003 (+27,80%). Nel 2009 è osservabile che, generalmente, le regioni meridionali, con l'eccezione del Molise, mettono a disposizione un ammontare di risorse monetarie inferiore rispetto alle regioni del Nord (fat-

te salve la Lombardia ed il Veneto) ed anche alla media nazionale. Nelle regioni del Centro si assiste ad una maggiore dispersione dei valori pro capite (Tabella 3).

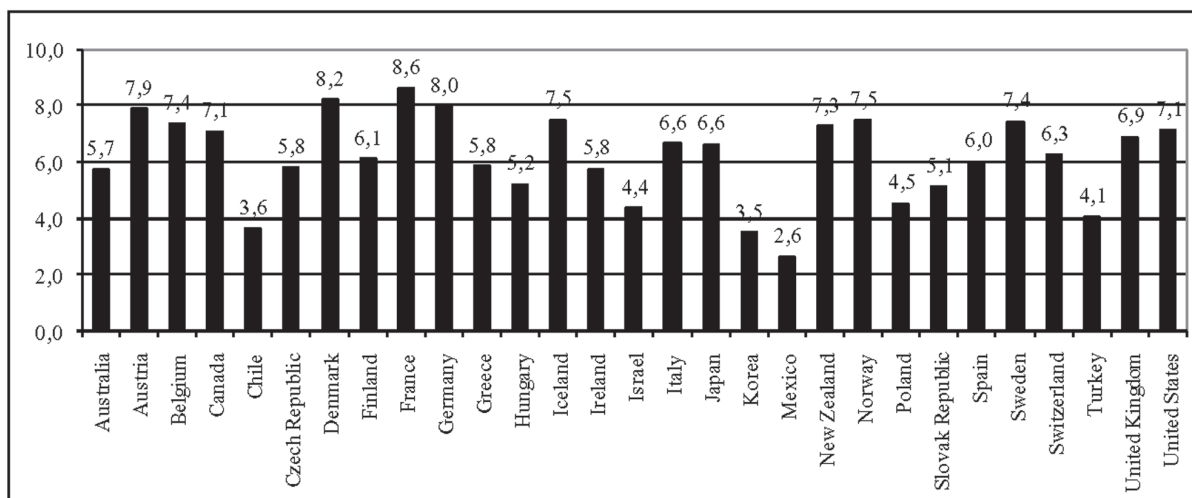
Nell'ultimo anno disponibile la spesa per cittadino presenta un valore medio nazionale di 1.816 € ed oscilla da un minimo, registrato in Sicilia, di 1.671 € ad un massimo di 2.170 € nella PA di Bolzano. Solo in 5 regioni ogni cittadino dispone, mediamente, di oltre 2.000 € (PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Molise, PA di Trento e Liguria) e solo in Sicilia può usufruire di meno di 1.700 €.

Rispetto al 2008, tutte le regioni, con la sola eccezione della PA di Bolzano (-2,78%) e del Lazio (-0,35%), hanno aumentato il livello di spesa, con valori che segnano una linea crescente che parte da un minimo di 0,28% dell'Abruzzo, ad un massimo di 5,30% della PA di Trento.

Rispetto al 2003, in Italia, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta del 27,80%. A tale valore medio hanno concorso i singoli valori regionali che vanno da un minimo di +12,20% della PA di Bolzano ad un massimo di +37,45% della Puglia.

Volendo calcolare il tasso di crescita medio della spesa sanitaria pubblica pro capite per ciascuna regione fra il 2003 ed il 2009, a prescindere da quelle che siano state le effettive oscillazioni nell'arco di tempo considerato, emerge quanto indicato nella Tabella 3. Dalla sua lettura paiono esserci indizi, in questo senso, di una diminuzione, nel corso del periodo 2003-2009, delle differenze regionali poiché la PA di Bolzano era quella che, nel 2003, risultava avere la spesa pro capite maggiore e la Puglia la spesa pro capite minore.

**Grafico 1** - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100) nei Paesi OCSE - Anno 2007



Fonte dei dati: OCSE. Anno 2010.

**Tabella 1** - Spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (per 100), variazioni percentuali e tassi medi composti annui (per 100), per regione - Anni 2001, 2006-2007

Regioni	2001	2006	2007	Δ % 2006-2007	Δ % 2001-2007	Tassi medi composti annui % 2001-2007
Piemonte	5,24	6,27	6,02	-3,88	14,90	2,34
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	5,31	5,81	5,66	-2,66	6,55	1,06
Lombardia	4,43	4,97	4,90	-1,37	10,81	1,73
Trentino-Alto Adige*	5,33	6,01	5,92	-1,50	11,11	1,77
Veneto	4,97	5,61	5,45	-2,89	9,69	1,55
Friuli Venezia Giulia	5,54	5,72	5,90	3,06	6,39	1,04
Liguria	6,68	7,27	7,06	-2,79	5,75	0,94
Emilia-Romagna	4,81	5,55	5,35	-3,73	11,09	1,77
Toscana	5,57	6,15	5,99	-2,58	7,43	1,20
Umbria	6,15	7,24	6,78	-6,35	10,14	1,62
Marche	6,00	6,66	6,12	-8,09	2,06	0,34
Lazio	5,67	6,80	6,38	-6,13	12,59	2,00
Abruzzo	7,34	8,56	8,17	-4,65	11,23	1,79
Molise	8,61	9,87	9,94	0,71	15,36	2,41
Campania	9,26	10,14	9,97	-1,76	7,56	1,22
Puglia	8,50	9,63	9,51	-1,26	11,90	1,89
Basilicata	7,65	9,00	8,90	-1,18	16,26	2,54
Calabria	9,19	9,35	10,76	15,11	17,05	2,66
Sicilia	8,20	10,64	9,79	-8,03	19,35	2,99
Sardegna	7,73	8,51	8,12	-4,62	5,02	0,82
<b>Italia</b>	<b>5,95</b>	<b>6,80</b>	<b>6,59</b>	<b>-3,14</b>	<b>10,71</b>	<b>1,71</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2010.

**Tabella 2** - PIL totale (miliardi di €) e PIL pro capite (€), per regione - Anno 2007

Regioni	PIL (miliardi di €)	PIL pro capite (€)
Piemonte	124,16	28.365,72
Valle d'Aosta-Vallé d'Aoste	4,24	33.828,65
Lombardia	319,48	33.300,25
Trentino-Alto Adige*	32,18	32.151,79
Veneto	144,27	30.037,50
Friuli Venezia Giulia	35,38	29.064,02
Liguria	42,85	26.630,88
Emilia-Romagna	134,91	31.745,99
Toscana	103,07	28.180,60
Umbria	21,48	24.449,47
Marche	40,42	26.166,72
Lazio	166,71	30.161,71
Abruzzo	27,90	21.184,98
Molise	6,28	19.596,25
Campania	96,80	16.686,93
Puglia	70,32	17.263,92
Basilicata	10,98	18.572,83
Calabria	33,67	16.810,48
Sicilia	85,51	17.023,09
Sardegna	33,46	20.128,59
<b>Italia</b>	<b>1.535,54</b>	<b>25.861,61</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Contabilità nazionale. Anno 2010 - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2010.

**Tabella 3** - Spesa sanitaria pubblica pro capite (€), variazioni percentuali e tassi medi composti annui (per 100), per regione - Anni 2003, 2008-2009

Regioni	2003	2008	2009	Δ % 2008-2009	Δ % 2003-2009	Tassi medi composti annui % 2003-2009
Piemonte	1.446	1.828	1.880	2,84	30,01	4,47
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1.627	2.058	2.089	1,51	28,40	4,25
Lombardia	1.386	1.726	1.763	2,14	27,20	4,09
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.934</i>	<i>2.232</i>	<i>2.170</i>	<i>-2,78</i>	<i>12,20</i>	<i>1,94</i>
<i>Trento</i>	<i>1.651</i>	<i>1.926</i>	<i>2.028</i>	<i>5,30</i>	<i>22,83</i>	<i>3,49</i>
Veneto	1.416	1.726	1.782	3,24	25,85	3,91
Friuli Venezia Giulia	1.449	1.885	1.961	4,03	35,33	5,17
Liguria	1.569	1.970	2.024	2,74	29,00	4,34
Emilia-Romagna	1.507	1.845	1.903	3,14	26,28	3,97
Toscana	1.449	1.804	1.846	2,33	27,40	4,12
Umbria	1.517	1.761	1.798	2,10	18,52	2,87
Marche	1.394	1.677	1.750	4,35	25,54	3,86
Lazio	1.560	1.981	1.974	-0,35	26,54	4,00
Abruzzo	1.541	1.773	1.778	0,28	15,38	2,41
Molise	1.638	2.030	2.080	2,46	26,98	4,06
Campania	1.356	1.724	1.737	0,75	28,10	4,21
Puglia	1.271	1.736	1.747	0,63	37,45	5,44
Basilicata	1.289	1.719	1.750	1,80	35,76	5,23
Calabria	1.287	1.678	1.732	3,22	34,58	5,07
Sicilia	1.332	1.645	1.671	1,58	25,45	3,85
Sardegna	1.386	1.742	1.797	3,16	29,65	4,42
<b>Italia</b>	<b>1.421</b>	<b>1.782</b>	<b>1.816</b>	<b>1,91</b>	<b>27,80</b>	<b>4,17</b>

**Fonte dei dati:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anni 2006, 2009 - Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) per la popolazione. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati relativi alla spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al PIL a livello nazionale evidenziano valori allineati con quelli degli altri Paesi dell'OCSE. Diversa, invece, la situazione fra le regioni che si presentano con una spesa corrente sul PIL molto variegata. Tale variabilità sembrerebbe ingiustificata in un sistema sanitario come quello italiano in cui le regioni, pur operando in un contesto federalista, devono pur sempre garantire i LEA e, quindi, quote di spesa sul PIL troppo diverse possono essere dimostrazione di inefficienze gestionali o cattivi ed insufficienti investimenti o offerta di prestazioni di minor livello qualitativo o, ancora, una difficile accessibilità ai servizi. Sarebbe auspicabile che le Regioni realizzassero un *benchmarking* volto a perimetrizzare le ragioni di tali differenze anche attraverso un'analisi integrata dei diversi indicatori disponibili e, primo fra tutti, quello relativo alla ripartizione delle risorse spese per livello

di assistenza al fine di garantire a tutti un omogeneo pacchetto di prestazioni.

I valori della spesa sanitaria pro capite presentano analogia variabilità. L'informazione andrebbe certamente comparata con il PIL pro capite dello stesso periodo al fine di evidenziare se al basso o all'alto valore dell'indicatore concorre di più il fatto di avere poche risorse a disposizione (basso PIL) o un eccesso di spesa sanitaria, che potrebbe essere un segnale sia di politiche sanitarie non omogenee che di un diverso grado di efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari.

Certamente, in un quadro in cui si devono contemperare da un lato la garanzia di livelli di assistenza definiti a livello nazionale e dall'altra una progressiva spinta federalista, le Regioni dovranno impegnarsi a ricercare sempre più le cause delle differenze e concordare strategie di intervento capaci di colmare tali differenze.

## Spesa sanitaria per Livelli Essenziali di Assistenza

**Significato.** Il 23 febbraio 2002 è entrato in vigore il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni ed i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire in maniera uniforme a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione alla spesa, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

I LEA sono organizzati in 3 grandi macroaree di prestazioni, che le regioni si impegnano ad assicurare:

- 1) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- 2) l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività ed i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente

sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani ed ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Servizi per le Tossicodipendenze, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani ed i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

3) l'assistenza ospedaliera, in Pronto Soccorso, in Ricovero Ordinario (RO), in Day Hospital (DH) e Day Surgery (DS), o in ricoveri in lungodegenza o in riabilitazione.

L'indicatore si propone di analizzare come si ripartisce la spesa sostenuta dalle singole regioni e dall'intera nazione sui 3 livelli di assistenza previsti dal DPCM del 2001 e, quindi, come il SSN e le singole realtà regionali allocano le loro risorse nell'assistenza ai loro cittadini.

### Percentuale di spesa sanitaria pubblica per Livelli Essenziali di Assistenza

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

**Validità e limiti.** La validità dell'indicatore risiede nella capacità di analizzare, in sintesi, come il SSN e le singole Regioni destinano effettivamente le risorse nell'assistenza ai cittadini.

Il limite fondamentale risiede nel fatto che si tratta di un indice sintetico che esprime la spesa per livello nel suo complesso senza individuare il contributo delle diverse componenti in cui si articola, che possono giocare con peso diverso. Inoltre, indicando la spesa complessiva, non palesa la quantità e la tipologia di prestazioni erogate. Infine, essendo un'informazione di spesa sostenuta nelle diverse regioni, non permette di valutare la sua congruità con i differenti bisogni di salute della popolazione residente.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Visti gli anni oggetto di analisi si è scelto come benchmark, per i valori di spesa per ciascun LEA, quello contenuto nell'Intesa Stato-Regioni del 12 febbraio 2004, poi recepito nella Deliberazione del 29 settembre 2004 del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE), avente per oggetto la ripartizione della quota di parte corrente e non i valori contenuti nell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in quanto troppo recente.

### Descrizione dei risultati

La ripartizione dei costi per LEA è relativa all'anno 2006 (ultimo anno disponibile) ed è rappresentata nella Tabella 1. I macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza distrettuale (il 48,4% dei costi totali dell'assistenza) e l'assistenza ospedaliera (47,5%). Infine, la quota residua di circa il 4% dei costi totali, è rivolta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. La tendenza a destinare pari risorse all'assistenza ospedaliera e all'assistenza distrettuale non è in linea con i valori di benchmark che sono, rispettivamente, pari a 45% e 50%.

Analogamente, i valori del I Livello, che dovrebbe posizionarsi sul 5%, risultano troppo bassi.

La regione che dedica la minor quota di risorse al I Livello di assistenza è il Friuli Venezia Giulia (3,0%), mentre quella che spende di più per tale assistenza è la Sardegna (5,9%). Per l'assistenza distrettuale la quota minima si registra in Abruzzo (42,3%), mentre la percentuale maggiore in Emilia-Romagna (52,9%). Infine, il livello di assistenza ospedaliera denuncia la quota più bassa in Emilia-Romagna (42,7%) e la più alta in Abruzzo (53,9%).

Se si considerano i valori di riferimento è osservabile che:

- 5% relativo al I Livello di assistenza: quasi tutte le

regioni presentano una percentuale inferiore e solo la Sardegna e la Valle d'Aosta spendono, per la prevenzione, poco più del valore di benchmark;

- 50% relativo al II Livello di assistenza: tutte le regioni presentano una percentuale inferiore, eccetto l'Emilia-Romagna, che dedica una percentuale di risorse superiore al valore di riferimento;

- 45% relativo al III Livello di assistenza: tutte le regioni presentano una percentuale maggiore, eccetto l'Emilia-Romagna, che dedica una percentuale di risorse inferiore al valore preso a confronto.

Allargando l'orizzonte di analisi al biennio precedente, 2004 e 2005 (Grafico 1), è possibile individuare un trend leggermente oscillante nei 3 livelli di assistenza che, nel 2006, sono tornati ai valori assunti nel 2004, con una inversione di tendenza rispetto a quanto

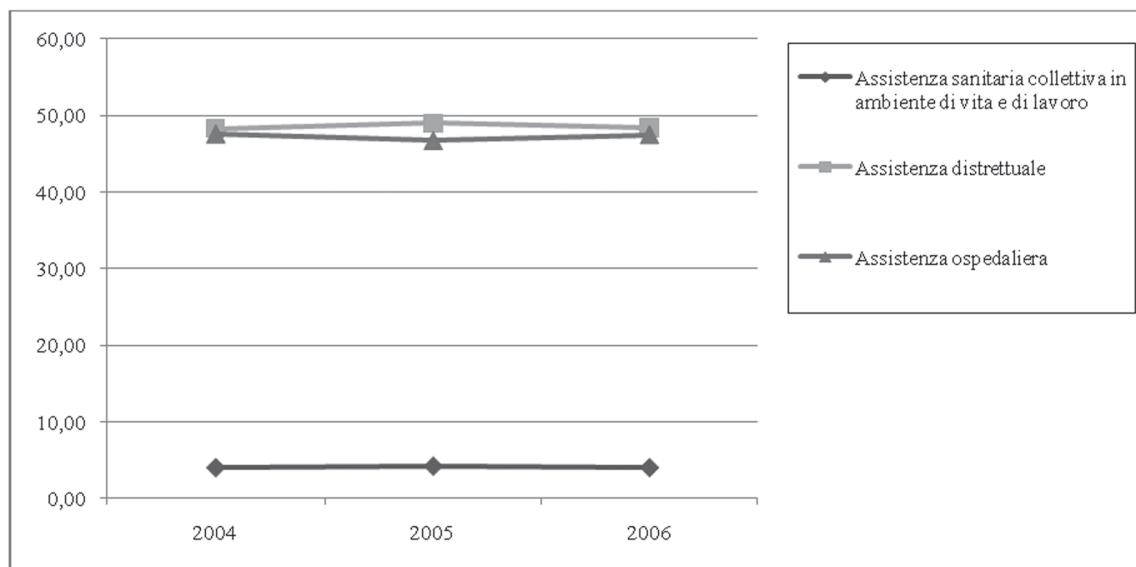
segnalavano i dati nel 2005. Nel corso di quell'anno, infatti, si evidenziava una leggera flessione della spesa ospedaliera (circa il 2% rispetto al 2004) ed un modesto incremento della spesa destinata alla prevenzione ed all'assistenza territoriale (rispettivamente del 4,8% e dell'1,4%). L'andamento è una dimostrazione del fatto che non si è ancora attuato quanto previsto nei Piani Sanitari e dalle altre norme regionali che prevedono uno spostamento delle attività e, quindi, delle risorse necessarie verso il territorio piuttosto che verso l'ospedale. A tale proposito è sufficiente ricordare che, l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, prevede una quota obiettivo del fondo sanitario pari al 5% per il I Livello, ma al 51% per il II Livello e per il III Livello al 44% , con l'intenzione di allineare a tale ripartizione anche la spesa.

**Tabella 1** - Percentuale di spesa sanitaria pubblica per regione e macrolivello di assistenza - Anno 2006

Regioni	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
Piemonte	4,2	50,2	45,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,2	42,5	52,3
Lombardia	4,6	49,0	46,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	3,3	49,3	47,4
<i>Trento</i>	3,2	48,1	48,7
Veneto	3,8	49,8	46,4
Friuli Venezia Giulia	3,0	49,2	47,8
Liguria	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia-Romagna	4,4	52,9	42,7
Toscana	n.d.	n.d.	n.d.
Umbria	4,6	47,2	48,2
Marche	3,8	49,9	46,4
Lazio	3,1	47,4	49,5
Abruzzo	3,8	42,3	53,9
Molise	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	4,4	47,0	48,5
Puglia	3,4	46,7	49,9
Basilicata	4,6	45,7	49,7
Calabria	4,4	45,7	49,9
Sicilia	n.d.	n.d.	n.d.
Sardegna	5,9	45,3	48,8
<b>Italia</b>	<b>4,1</b>	<b>48,4</b>	<b>47,5</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2005-2006. Anno 2009.

**Grafico 1** - Percentuale di spesa sanitaria pubblica per macrolivello di assistenza - Anni 2004-2006

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza 2005-2006. Anno 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La raccomandazione che pare ragionevole avanzare deriva da una serie di osservazioni.

La prima è l'ampia variabilità nella distribuzione dei fondi per macrolivelli di assistenza nelle diverse regioni. Se questa variabilità può essere, in parte, dettata da una non omogenea modalità di rendicontazione delle voci di spesa nei 3 livelli da parte delle regioni e può in parte essere considerata "fisiologica", in quanto legata a diverse esigenze assistenziali ed a diversi quadri epidemiologici, certamente può essere spiegata anche da differenze strutturali che denotano, in alcune regioni, una sovrabbondanza di servizi ospedalieri rispetto a quello che il quadro epidemiologico e le moderne pratiche dell'assistenza (ad esempio relativamente alle patologie croniche) suggerirebbero; così come è giustificata dall'assenza della volontà di intraprendere adeguate politiche di prevenzione.

In più, la variabilità nella distribuzione della spesa, potrebbe essere causata dalla mancanza di equità nella erogazione delle prestazioni; infatti, molti studi in

materia dimostrano che esiste una differente fruizione dei servizi ospedalieri e territoriali (eccetto il Medico di Medicina Generale) da parte dei diversi segmenti socio-economici della popolazione con una preferenza, da parte delle persone meno istruite e più povere, a rivolgersi all'ospedale piuttosto che al territorio.

La terza osservazione è che, nonostante le indicazioni programmatiche promuovano il potenziamento delle attività afferenti al territorio ed alla prevenzione, la spesa ospedaliera rappresenta ancora una percentuale alta della spesa complessiva.

Pertanto, appare ragionevole operare nella riqualificazione del ruolo dell'ospedale come luogo di cura per le patologie acute più complesse, affiancando una capillare ed efficace rete di servizi distrettuali e continuando nel processo di prevenzione capace di ridurre i ricoveri.

Contemporaneamente, è auspicabile un affinamento ed una rigorosa regolamentazione delle modalità con cui devono essere alimentati i flussi di informazione relativamente ai LEA.



## Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

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

### Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Costi - Ricavi
Denominatore	Popolazione media residente

**Validità e limiti.** L'indicatore fornisce un'informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria dei SSR. Valori elevati e/o tassi di incremento superiori alla media segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi e/o di richiedere alla Regione uno "sforzo fiscale" aggiuntivo per incrementare i ricavi. I limiti dell'indicatore si possono classificare in 2 gruppi. Un primo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le aziende sanitarie hanno sistemi contabili pienamente adeguati. Per la sua natura "politicamente sensibile", il dato si rivela, talvolta, lacunoso, ritardato ed assoggettato a politiche di bilancio. Le eventuali risorse aggiuntive stanziolate dalle Regioni a carico dei propri bilanci per garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema regionale non sono chiaramente esplicitate nella RGSEP. Più in generale, le regole e le prassi di redazione dei conti economici consolidati dei SSR presentano alcune rilevanti criticità (1). A testimonianza di questi limiti si possono citare 2 fenomeni: da un lato il continuo aggiornamento dei dati contenuti nella RGSEP, anche con riferimento agli esercizi pregressi; dall'altro i frequenti, ma finora inefficaci (con scarse eccezioni) tentativi di imporre la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie. Per depurare l'analisi da situazioni contingenti e limitare l'impatto delle politiche di bilancio, potrebbe essere opportuno fare riferimento a dati medi pluriennali. Un secondo gruppo di limiti concerne, invece, la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti. Innanzitutto, l'indicatore non può essere utilizzato direttamente come misura delle "responsabilità" regionali, in quanto i ricavi derivano, principalmente, dal sistema nazionale di finanziamento, secondo criteri di ponderazione che solo teoricamente approssimano i bisogni reali

Accogliendo l'impostazione proposta dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP), le voci di ricavo e costo sono comprensive della mobilità interregionale, ma escludono costi capitalizzati (incrementi di immobilizzazioni per lavori interni e quote di contributi in conto capitale), rivalutazioni di attività finanziarie, ammortamenti, svalutazioni di crediti e di attività finanziarie. Restano, inoltre, esclusi i parziali ripiani operati dallo Stato a partire dalla Legge finanziaria 2005.

delle popolazioni regionali. Ciò vale a maggior ragione per le regioni a statuto speciale e le Province Autonome, che beneficiano di fonti di finanziamento specifiche, a dinamica differenziata e senza componenti perequative.

L'omissione degli ammortamenti, inoltre, comporta una sistematica sottostima dei disavanzi. Per la sua natura aggregata, infine, l'indicatore non consente di risalire alle voci di ricavo o di costo maggiormente responsabili del disavanzo stesso.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Come benchmark si può utilizzare il pareggio di bilancio, ormai conseguito in numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il dato medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Anche nel 2009, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si conferma, complessivamente, in disavanzo: 3,260 miliardi di €, pari a 54 € pro capite. È da notare, peraltro, come questo sia il disavanzo più basso dal 2004 (2), evidenziando un trend in costante, seppur lenta, diminuzione.

Rispetto agli anni precedenti permangono le forti differenze regionali, con un gradiente tra Nord e Centro-Sud, dove si concentra quasi tutto il deficit. In particolare, sono 8 le regioni che si confermano in equilibrio a partire dal 2007: Piemonte ed Emilia-Romagna (che, però, hanno operato "interventi di copertura a carico dei rispettivi bilanci regionali, anche con risorse rivenienti dalle entrate fiscali" (2)); PA di Bolzano e Friuli Venezia Giulia (cui lo statuto speciale garantisce, però, un particolare sistema di finanziamento); Lombardia, Toscana, Umbria e Marche. Rispetto agli anni precedenti, invece, registra un disavanzo pari a 21 € pro capite il Veneto, malgrado anche in questo caso si sia fatto ricorso a risorse aggiuntive a carico del bilancio regionale.

Quanto alle regioni sottoposte ai Piani di rientro, l'assoggettamento dovrà proseguire anche nel 2010, perché il triennio inizialmente previsto si è dimostrato insufficiente al riequilibrio della gestione. Nel 2009, soltanto Sicilia (46 €) ed Abruzzo (37 €) si sono posizionate al di sotto del disavanzo medio pro capite nazionale, mentre Lazio e Molise si confermano le regioni più deficitarie sia per il 2009 (rispettivamente 244 € e 225 € pro capite), sia nel dato cumulato 2001-2009 (rispettivamente 2.285 € e 1.803 €) (Grafico 1). Infine, un evidente deterioramento della situazione economico-finanziaria si registra in Calabria, che dal 2009 è anch'essa soggetta al Piano di rientro: il suo disavanzo passa da 33 € pro capite nel 2008 a 111 € nel 2009, anche per il venir meno della rilevante copertura da parte del bilancio regionale.

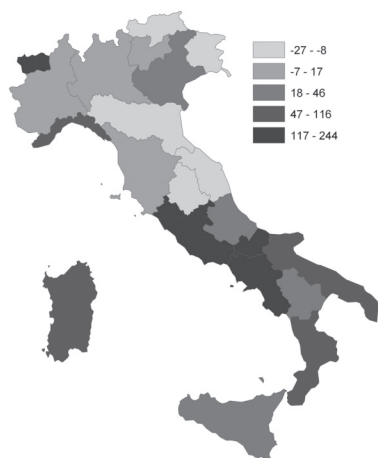
Per un'analisi più significativa, comunque, è opportuno incrociare i disavanzi pro capite con la spesa pro capite (Grafico 2). In alcune regioni, infatti, il posizionamento è analogo: nel Lazio ed in Molise, per esempio, sia il disavanzo che la spesa pro capite sono superiori alla mediana; nelle Marche entrambi i valori sono, invece, notevolmente inferiori alla mediana. Tra le regioni in equilibrio economico, tuttavia, ben 5 hanno una spesa pro capite superiore alla mediana: Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e PA di Bolzano. Il disallineamento è, ovviamente, dovuto alla differenziazione del finanziamento pro capite di cui dispongono i diversi SSR: di qui il dibattito sull'eventuale revisione dei criteri di ponderazione della popolazione in sede di attuazione della legge delega sul federalismo fiscale.

**Tabella 1** - Disavanzo/avanzo sanitario pubblico (€) pro capite e cumulato, per regione - Anni 2001, 2008-2009

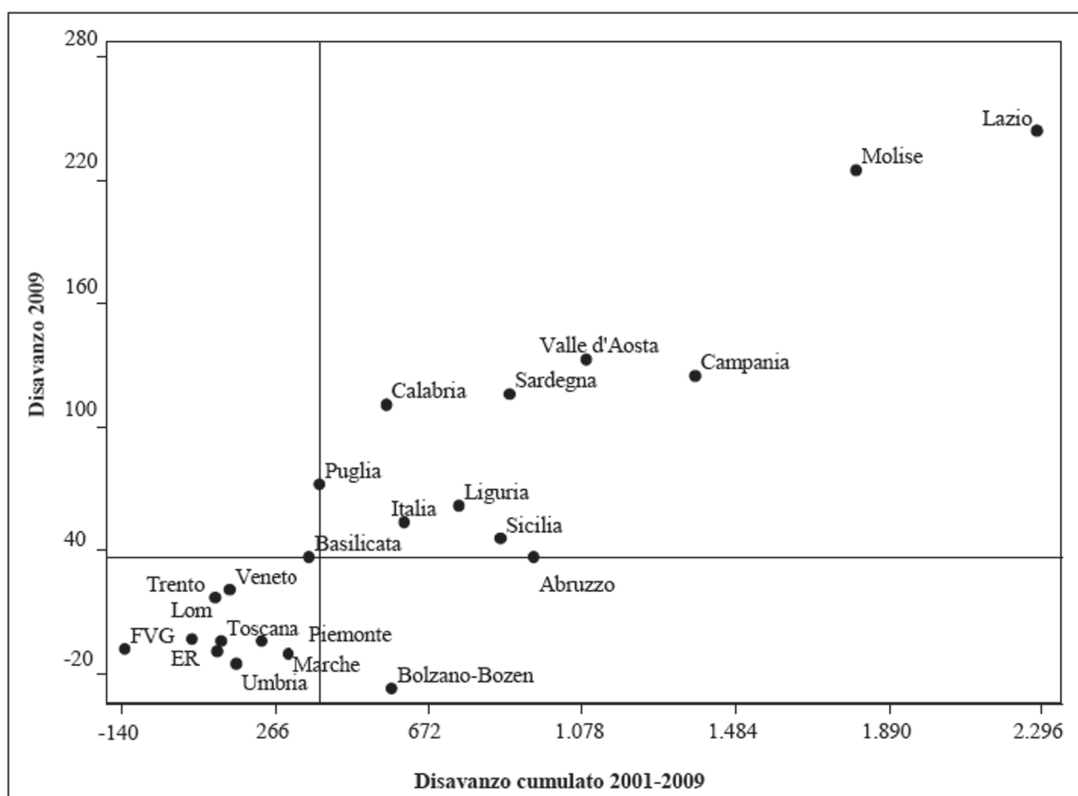
Regioni	2001	2008	2009	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato 2001-2009
Piemonte	49	-1	-4	228
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	276	101	133	1.091
Lombardia	31	0	-3	43
Bolzano-Bozen	638	-31	-27	576
Trento	-9	20	17	105
Veneto	67	-14	21	143
Friuli Venezia Giulia	15	-18	-8	-133
Liguria	47	68	62	753
Emilia-Romagna	4	-6	-9	110
Toscana	25	1	-4	120
Umbria	8	-10	-15	160
Marche	85	-24	-10	300
Lazio	186	298	244	2.285
Abruzzo	59	93	37	951
Molise	114	220	225	1.803
Campania	109	140	125	1.377
Puglia	41	88	72	385
Basilicata	47	49	37	357
Calabria	110	33	111	561
Sicilia	82	52	46	863
Sardegna	65	78	116	887
<b>Italia</b>	<b>71</b>	<b>58</b>	<b>54</b>	<b>609</b>

**Fonte dei dati:** Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2004-2009. Anno 2010.

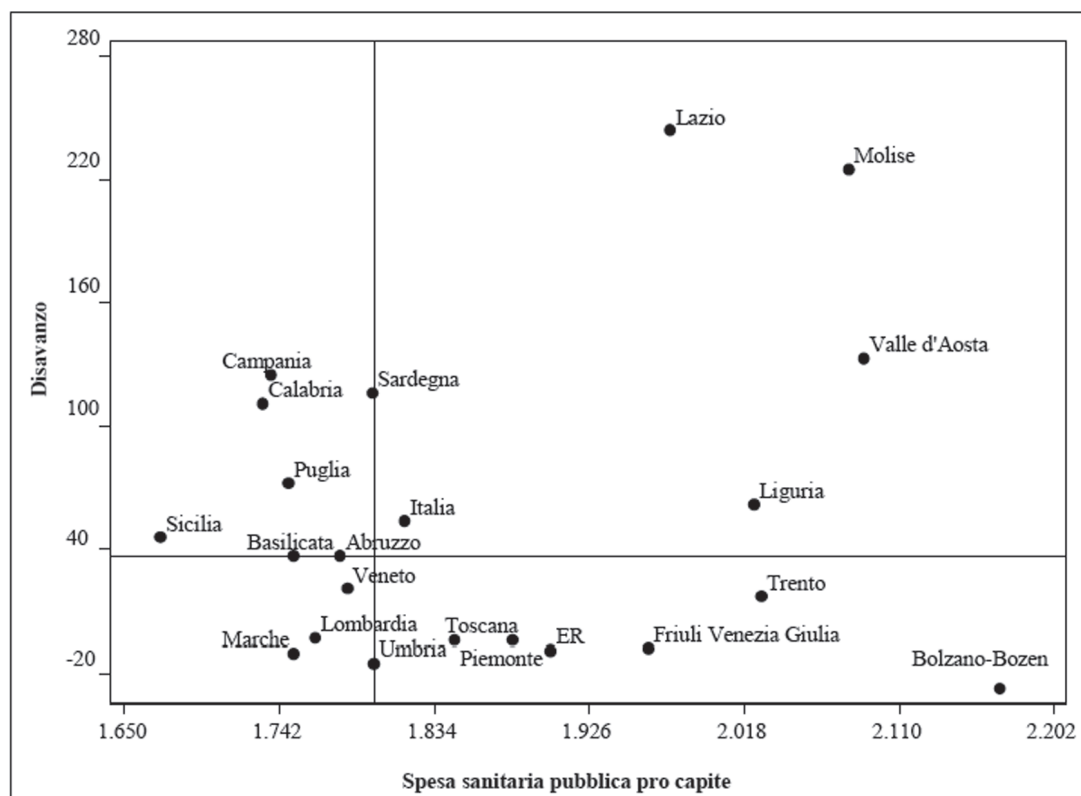
**Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) per regione.  
Anno 2009**



**Grafico 1** - Distribuzione regionale del disavanzo cumulato e del disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite - Anno 2009



Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2004-2009. Anno 2010.

**Grafico 2** - Distribuzione regionale del disavanzo/avanzo e della spesa sanitaria pubblica pro capite - Anno 2009

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2009. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi del disavanzo stesso (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione, inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare Piani di rientro ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi alle medie nazionali. Inducono ad un cauto ottimismo la generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione in alcune delle regioni assoggettate a Piano di rientro e la presenza di numerose regioni in equilibrio. A quest'ultimo riguardo va,

però, evidenziato come l'equilibrio sia spesso fragile perché fondato sul ricorso a fonti di finanziamento aggiuntive (incremento del carico fiscale e/o delle compartecipazioni alla spesa regionale), oppure molto sensibile ad eventuali modificazioni dei criteri di ponderazione della popolazione ai fini del riparto.

### Riferimenti bibliografici

- (1) E. Anesi Pessina, M.S. Macinati (2008). "Bilancio, programmazione e controllo nel gruppo sanitario pubblico regionale", in Pezzani F. (a cura di), Ripensare il ruolo e la governance delle Regioni, Milano, EGEA, pp. 61-96.
- (2) Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Anno 2009.

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

**Significato.** L'indicatore intende esprimere la rilevanza assunta dal sistema tariffario come criterio di riparto del Fondo Sanitario Regionale (FSR). A tal fine, il denominatore è costituito dal totale dei contributi dal FSR. Il numeratore è, invece, rappresentato dai costi che le Aziende Sanitarie Locali (ASL) sostengono per remunerare le prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione: altre ASL, Aziende Ospedaliere (AO), strutture equiparate alle pubbliche e strutture private accreditate. La significatività dell'indicatore (1, 2) può, peraltro, essere accresciuta distinguendo, al numeratore, tra assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché tra prestazioni erogate da soggetti pubblici e da soggetti privati accreditati nella regione di riferimento. I dati sono tratti dai Modelli CE 2008, che si fondano su uno schema diverso e più dettagliato rispetto a

quello utilizzato negli anni precedenti. In particolare, il denominatore fa riferimento alla voce A01005 "A.1.A Contributi da regione e Provincia Autonoma per quota FSR". Le 4 componenti del numeratore sono, invece, le seguenti:

- assistenza ospedaliera da pubblico (B02180 ASL, AO, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e Policlinici pubblici della regione + B02185 altri soggetti pubblici della regione);
- assistenza ospedaliera da privato (B02195);
- assistenza specialistica ambulatoriale da pubblico (B02075 ASL, AO, IRCCS pubblici e Policlinici pubblici della regione + B02080 altri soggetti pubblici della regione);
- assistenza specialistica ambulatoriale da privato (B02095).

### Rapporto dei costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie Locali per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione

Numeratore	Costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie Locali per remunerare le prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti pubblici e privati accreditati della regione	x 100
Denominatore	Totale dei contributi dal Fondo Sanitario Regionale	

**Validità e limiti.** I limiti principali sono 3 (1, 2):

- 1) la qualità dell'informativa contabile delle Aziende Sanitarie continua a presentare alcuni problemi in termini di limitata attendibilità ed omogeneità dei bilanci aziendali, seppur con forti differenziazioni interregionali;
- 2) è possibile che alcune ASL riportino all'interno dei conti economici, tra i proventi, il finanziamento per quota 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 il pubblico in Calabria e Sardegna). Ciò vale soprattutto nei sistemi di finanziamento "a centralità regionale" dove la Regione finanzia le aziende dopo aver già scontato gli effetti dei flussi di mobilità;
- 3) in presenza di stringenti tetti di finanziamento, tali che la produzione effettiva delle aziende sia superiore a quella remunerata, il meccanismo tariffario può diventare prevalentemente formale (3).

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

### Descrizione dei risultati

Complessivamente, l'incidenza dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri

soggetti della regione è particolarmente elevata in Lombardia (43,3%), nel Lazio (41,7%) ed in Sicilia (35,8%). Tale incidenza è, inoltre, più marcata nelle regioni del Centro-Nord (tranne Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano, Marche) rispetto a quelle del Sud (tranne la Puglia e la Sicilia).

Ad eccezione di Lombardia e Lazio, dove le scelte di separazione tra acquirente e fornitore e di ampia apertura al privato accreditato producono percentuali sistematicamente elevate, la scomposizione per tipologia di assistenza e di erogatore rivela, però, forti eterogeneità interregionali. In particolare, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria e Sicilia spiccano per l'assistenza ospedaliera da pubblico; Campania e Puglia per l'assistenza ospedaliera da privato; Piemonte e Friuli Venezia Giulia per la specialistica ambulatoriale da pubblico; Campania e Sicilia per la specialistica ambulatoriale da privato.

Il confronto con gli anni precedenti è parzialmente inficiato dall'introduzione, a partire dal 2008, di una nuova versione dei modelli ministeriali di rilevazione Stato Patrimoniale e Conto Economico. Ciò premesso, rispetto al 2007 l'indicatore si presenta in diminuzione in tutte le regioni, ad eccezione della Basilicata e della Sicilia. Per la Sicilia, in particolare, si rileva un fortissimo incremento (+20%), ascrivibile, quasi interamente, all'assistenza ospedaliera da pubblico e riconducibile ai primi 2 punti dei limiti intrinseci dell'indicatore.

**Tabella 1** - Rapporto (per 100) dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione, per regione e tipologia di assistenza - Anno 2008

Regioni	Mobilità				Totale
	Pubblico - ospedaliera	Privato - ospedaliera	Pubblico - specialistica ambulatoriale	Privato - specialistica ambulatoriale	
Piemonte	17,3	6,1	5,1	2,4	30,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,5	0,0	0,3	0,8
Lombardia	20,2	11,8	7,2	4,1	43,3
Bozano-Bozen	0,0	2,0	0,0	0,4	2,4
Trento	0,0	5,3	0,0	0,9	6,3
Veneto	10,8	7,2	3,5	3,4	24,9
Friuli Venezia Giulia	19,0	2,3	5,7	1,5	28,4
Liguria	22,1	0,9	2,3	1,0	26,3
Emilia-Romagna	14,3	4,5	3,5	1,0	23,3
Toscana	11,4	2,6	3,0	1,1	18,1
Umbria	18,9	1,2	3,0	0,5	23,6
Marche	9,7	3,6	2,2	0,9	16,4
Lazio	17,0	16,0	4,6	4,1	41,7
Abruzzo	4,4	4,3	0,6	1,6	10,9
Molise	0,0	6,4	0,0	2,2	8,6
Campania	3,6	8,1	1,3	5,1	18,1
Puglia	7,7	10,8	1,0	2,9	22,4
Basilicata	12,5	0,6	2,4	2,1	17,7
Calabria	0,0	7,5	0,0	2,2	9,7
Sicilia	20,8	7,7	2,1	5,2	35,8
Sardegna	0,2	3,6	0,0	2,3	6,0

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Modelli CE. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Come detto, non pare esistere un assetto ottimale del SSR in termini di numero e dimensione delle ASL, delle AO, delle strutture equiparate e di quelle private accreditate. È, però, evidente come ogni regione debba dotarsi di politiche e strumenti coerenti con l'assetto prescelto. Più il meccanismo tariffario è rilevante, in particolare, più le Regioni devono investire sui propri sistemi tariffari in termini di:

- 1) aggiornamento delle classificazioni;
- 2) verifica della coerenza tra tariffe e costi di produzione, anche attraverso differenziazioni tariffarie tra strutture o sistemi di remunerazione aggiuntiva extratariffa;
- 3) verifica della coerenza tra tariffe e comportamenti attesi (incremento o riduzione del peso relativo di determinate prestazioni);
- 4) strumenti per l'identificazione e la penalizzazione dei comportamenti opportunistici.

Più il meccanismo tariffario è rilevante, inoltre, più le ASL devono investire su sistemi di programmazione e controllo che non si focalizzino unicamente sulla pro-

duzione ed erogazione diretta di prestazioni, ma si estendano alle prestazioni erogate ai propri residenti da altri soggetti (altre ASL, AO, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, altre strutture equiparate, case di cura private accreditate), configurando una funzione di committenza che non si esaurisca nell'imposizione di tetti, ma si estenda sia alla definizione del *mix* di servizi erogabili, attraverso adeguati processi di programmazione dell'offerta e di previsione dell'evoluzione della domanda, sia alla verifica quali-quantitativa dei servizi effettivamente erogati.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Cantù E, Carbone C (2007). I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie? In Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di), Rapporto OASI 2007-L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, EGEA.
- (2) Cantù E, Carbone C, Anessi Pessina E (2008). Do Italian Regions effectively use DRG funding to steer provider behaviour?. Paper presentato al IV convegno TAD, Milano.
- (3) Jommi C (2000). I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie. In Anessi Pessina E, Cantù E (a cura di), Rapporto OASI 2000-L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, EGEA.