



## Copertura dei Servizi Sanitari Regionali e la loro *performance*

Il concetto di *performance* è molto ampio e dipende essenzialmente dal contesto in cui viene utilizzato. Nel mondo economico-finanziario, dove è più frequentemente impiegato, è inteso come “conseguimento di un dato obiettivo, misurato su standard prefissati di accuratezza, completezza, costo e rapidità” (*Business Dictionary*). Alcuni Autori descrivono la *performance* come un concetto riferito non solo al risultato conseguito, ma anche all’azione che ha portato al risultato, in confronto ad un benchmark (1). La *performance* di un sistema sanitario viene spesso descritta attraverso una serie di caratteristiche, tra cui la qualità, l’accesso e il costo dell’assistenza. Ciascun sistema sanitario sarà tanto più performante nella misura in cui raggiungerà gli obiettivi per i quali deve render conto a diversi portatori di interesse.

Parlare di *performance* in sanità presuppone la definizione degli obiettivi del sistema che si intende analizzare. Le dimensioni della *performance* in sanità comprendono:

- lo stato di salute della popolazione e gli esiti clinici ottenuti a seguito di interventi sanitari di varia natura (chirurgici, medici, Sanità Pubblica etc.);
- l’appropriatezza di tali interventi;
- la capacità di risposta del sistema alle legittime aspettative dell’individuo nel rispetto della dignità della persona, della libertà di scelta e della sua *privacy*;
- la “protezione finanziaria”, ovvero la capacità del sistema di proteggere le famiglie dall’impoverimento per il dover far fronte alle spese sanitarie;
- l’efficienza del sistema in relazione all’utilizzo delle risorse disponibili;
- l’equità, che può essere vista come uguale distribuzione delle dimensioni descritte tra i cittadini in relazione ai bisogni (2, 3).

Per non perdere di vista lo scopo per cui si misura la *performance*, è opportuno collegare la scelta delle dimensioni e degli indicatori ad un fattore fondamentale nei sistemi sanitari: la copertura sanitaria. La definizione che fornisce l’Organizzazione Mondiale della Sanità è la seguente: “Universal health coverage means that all people and communities can use the health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship”. Questa definizione racchiude tre caratteristiche fondamentali di un servizio sanitario: l’accessibilità a chiunque ne abbia bisogno, la qualità del servizio in termini di efficacia delle cure e la garanzia che le spese per le cure debbano essere sostenibili per chiunque commisurandole, quindi, alla capacità di spesa.

Nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) del nostro Paese i Servizi Sanitari Regionali (SSR) devono garantire l’accesso alle cure dei cittadini per le prestazioni definite come “Livelli Essenziali di Assistenza” (LEA).

Un elemento essenziale per l’effettivo accesso alle cure è la risposta del sistema (*compliance*). Le liste di attesa prolungate e/o addirittura la totale carenza nella possibilità di erogare determinate prestazioni, fanno sì che i pazienti debbano migrare in un’altra regione o ricorrere al mercato delle prestazioni a pagamento per ottenere ciò di cui necessitano. Essendo difficilmente disponibili informazioni complete sulle liste di attesa, in questo studio si utilizza l’indicatore “rinuncia alle cure per lista di attesa” come *proxy* di questo aspetto della *compliance*. La lunghezza delle liste di attesa può avere diversi significati: razionamento della domanda (motivo economico), selezione della domanda (motivo di appropriatezza) e inefficienza tecnico-organizzativa/allocativa (*deficit* di offerta). I punteggi attribuiti ai SSR attraverso il monitoraggio dei LEA, insieme al valore delle compensazioni per la mobilità sanitaria, costituiscono ulteriori indicatori della capacità dei SSR di erogare le prestazioni previste ai propri residenti. Le prestazioni contenute nei LEA devono essere garantite dal SSR, ma possono anche essere acquistate direttamente dai pazienti entrando a far parte della spesa *out of pocket*. Altro elemento che costituisce un fattore rilevante per l’accesso alle prestazioni è la compartecipazione alla spesa attraverso il pagamento dei ticket sanitari. Il livello di copertura dei SSR, cioè la condizione per cui a tutti i residenti sono garantite le cure ritenute essenziali è, inoltre, influenzato dal loro livello di finanziamento. La *performance* deve essere, quindi, valutata relativamente alla spesa sanitaria, o meglio rispetto ai livelli ottenibili date le risorse finanziarie disponibili (2). La misura in cui i cittadini rinunciano alle cure di cui avrebbero bisogno per motivi economici, fenomeno che viene investigato correntemente dalle Indagini Multiscopo dell’Istituto Nazionale di Statistica (Istat), costituisce un indicatore di equità intrinseco ai principi fondamentali della copertura dei servizi sanitari. Un sistema sanitario, tuttavia, non può limitarsi a valutare esclusivamente le prestazioni fornite, ma anche, se non forse soprattutto, gli esiti di salute prodotti sulla popolazione. Tra questi vanno selezionati quelli che possono considerarsi più direttamente connessi con l’efficacia delle cure erogate, quali: i tassi di mortalità prevenibile (intese come morti





evitabili se, alla luce delle conoscenze mediche e della tecnologia o alla luce della comprensione di determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa potrebbero essere evitate attraverso interventi di Sanità Pubblica); i tassi di disabilità, standardizzati per età, e la speranza di vita libera da disabilità. Infine, l'appropriatezza, sia quella clinica che quella organizzativa, va senz'altro considerata come una dimensione essenziale della *performance*. Infatti, la mancata appropriatezza implica problemi di sovrautilizzo (inefficienza) o uso sbagliato delle cure (inefficacia). Vari sono gli indicatori di appropriatezza nei diversi livelli di erogazione delle cure, per cui si è compiuta una scelta in base al volume delle prestazioni interessate: la percentuale di parti cesarei e di interventi di riduzione delle fratture di femore tempestivi per l'appropriatezza clinica e la quota di ricoveri a rischio di inappropriatazza per gli aspetti organizzativi.

L'obiettivo di questo studio, è quello di indagare la relazione tra le dimensioni che caratterizzano la performance dei SSR analizzando una selezione degli indicatori sopra descritti, riassunti nella Tabella 1.

**Tabella 1** - Fonte, dimensione e anni per indicatore considerato nella valutazione della performance dei Servizi Sanitari Regionali

Indicatore	Fonte	Dimensione	Anni
Punteggio del monitoraggio LEA	Monitoraggio LEA - Ministero della Salute	Compliance del sistema	2008-2015
Tasso di rinuncia alle cure per lista di attesa	Istat - <i>European Statistics on Income and Living Conditions</i> (EUSILC)	Compliance del sistema	2008-2015
Tasso di rinuncia alle cure per motivi economici	Istat - EUSILC	Equità	2008-2015
Percentuale di persone che dichiarano di non aver soldi per curarsi	Istat - EUSILC	Equità	2008-2015
Spesa sanitaria pubblica pro capite	Corte dei conti. Spesa sanitaria corrente	Economico-Finanziaria	2008-2015
Spesa per ticket pro capite	Corte dei conti su dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario e dell'Agenzia Italiana del Farmaco	Economico-Finanziaria	2008-2015
Tasso standardizzato di disabilità	Istat - Indagine salute	Esiti	2013
Tasso di mortalità prevenibile	Progetto Mortalità evitabile (con intelligenza)	Esiti	2013
Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni	Istat	Esiti	2013
Percentuale di parti cesarei	Ministero della Salute	Appropriatezza	2008-2015
Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni	Ministero della Salute	Appropriatezza	2008-2015
Percentuale di ricoveri a rischio di inappropriatazza	Ministero della Salute	Appropriatezza	2008-2015

La selezione degli indicatori ha preso spunto dal lavoro svolto dal Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA) (4) in cui veniva sottoposto ad un gruppo di "portatori di interessi" (Industria medicale, Istituzioni, *Management* aziendale, Professioni sanitarie e Utenti) un'ampia lista di indicatori relativi a cinque dimensioni della *performance* (equità, economico-finanziaria, appropriatezza, esiti e innovazione). Per gli scopi di questo studio sono state considerate quattro di queste dimensioni (equità, economico-finanziaria, esiti ed appropriatezza), più una quinta identificata come "compliance" del sistema e rappresentata dagli indicatori relativi al monitoraggio dei LEA. Alle regioni non sottoposte al monitoraggio dei LEA (sono escluse la PA di Bolzano, la PA di Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Valle d'Aosta) è stato attribuito il valore medio del punteggio LEA delle regioni adempienti.

Pur se non inseriti nel modello finale, sono stati valutati anche gli indicatori relativi alla spesa sanitaria delle famiglie (spesa *out of pocket*) e alla mobilità sanitaria. Si tratta di indicatori che rappresentano, rispettivamente, la dimensione dell'equità e quella della *compliance* del sistema. La spesa sanitaria delle famiglie viene ritenuta un indicatore di equità nell'accesso alle cure, ipotizzando che maggiore è la difficoltà di accesso alle cure maggiore è la spesa sanitaria che devono affrontare le famiglie di tasca propria. Tuttavia, osservando la distribuzione regionale, si evince come la spesa *out of pocket* sia più legata alla disponibilità economica delle famiglie che al livello di accesso.

La mobilità sanitaria rappresenta, sicuramente, un aspetto della *compliance* dei SSR. Essere costretti a curarsi in una regione diversa da quella di residenza è sintomo di carenze nella erogazione della prestazione richiesta nella regione di residenza. Tuttavia, sia la dimensione della regione che le decisioni organizzative, in particolare per le cure di alta specialità, possono determinare la scelta di non erogare tutte le prestazioni sul territorio regionale. Tali situazioni non possono essere, quindi, imputate ad una cattiva *compliance* del sistema, per cui un indicatore basato sulle compensazioni della mobilità non può ritenersi sempre valido.

Per le regioni esposte, tali indicatori sono stati calcolati e commentati, ma non inseriti nell'analisi finale della *performance* dei SSR.

Sulle dimensioni della *performance* in sanità si può affermare che in letteratura c'è un sostanziale accor-





do (2, 3), mentre sugli approcci utilizzati per definire un indice sintetico, in grado di misurare la *performance* di un sistema sanitario o su quali siano gli aspetti cui dare maggior rilievo, esistono diversità di vedute.

L'analisi della *performance* dei sistemi sanitari è affrontata in letteratura con diversi approcci. Un approccio che si basa sull'efficienza tecnica produttiva, pubblicata dal Gruppo di ricerche "Competitività Regole Mercati" (5), propone di "correggere i coefficienti di riparto della quota indistinta del Fondo Sanitario Nazionale (FSN)" tenendo conto sia dei differenziali di efficienza nella gestione della spesa sia delle risorse necessarie a colmare la quota di servizi in più che ogni regione dovrebbe produrre per soddisfare a pieno la domanda dei residenti. Con tale approccio la Calabria dovrebbe patire una riduzione di oltre il 15%, la Lombardia una riduzione di poco eccedente il 2%, mentre regioni come Umbria, Marche e Toscana vedrebbero una spesa standard corretta superiore a quella vigente. Questo approccio, dichiaratamente, non considera fattori come gli esiti di salute e l'appropriatezza delle cure.

I ricercatori del *team* di ricerca del CREA hanno sviluppato un approccio metodologico per la valutazione della *performance* in sanità basato sulla elicitazione delle preferenze di esperti appartenenti a diversi gruppi di *stakeholder* (4). La dimensione che appare tra le più rilevanti è quella della spesa. L'interpretazione delle dinamiche si differenzia tra chi proviene dalle regioni in Piano di Rientro e chi proviene dalle regioni in equilibrio: le riduzioni di spesa nelle regioni meridionali, che pure hanno una spesa inferiore alla media, sono ritenute "salvifiche"; nelle regioni in equilibrio appare, invece, chiara la consapevolezza che la maggior disponibilità finanziaria può tramutarsi in una maggiore *performance* di sistema. Altro aspetto messo in rilievo dal CREA è la natura dinamica del concetto di *performance*, legata essenzialmente all'evoluzione del dibattito e dei *focus* della politica sanitaria: si riduce negli anni il contributo della dimensione economico-finanziaria, in corrispondenza del miglioramento della situazione finanziaria dei SSR, mentre aumenta il "peso" della dimensione degli esiti in corrispondenza dell'evoluzione del Piano Nazionale Esiti.

Questo studio si propone di analizzare il complesso livello di interrelazioni tra gli indicatori che appartengono alle diverse dimensioni indagate (*compliance*, equità, finanziamento, esiti ed appropriatezza), al fine di individuare quei fattori (variabili latenti) che meglio rappresentano il fenomeno. In sostanza, non si fa alcuna ipotesi a priori sul ruolo delle diverse dimensioni che compongono la *performance*, ma si va ad osservare come le dimensioni stesse si esplicano nei diversi SSR. Dal risultato delle relazioni tra i diversi indicatori che rappresentano le dimensioni (identificata in termini statistici da una matrice di correlazione) si potranno poi dedurre delle valutazioni sulla *performance* dei SSR. Per tale ragione, l'elemento rilevante per l'analisi è la variabilità della distribuzione regionale degli indicatori. Per lo scopo appena descritto sono stati raccolti gli indicatori disponibili che presentavano un elevato livello di affidabilità, in quanto raccolti a livello amministrativo da Stato o Regioni o perché desunti da indagini campionarie nazionali dell'Istat, per gli anni dal 2008 al 2015<sup>1</sup>. In tal modo sarà possibile indagare oltre che la relazione tra questi fattori anche le dinamiche che si sono sviluppate nel difficile periodo di crisi economica di questi ultimi anni. L'analisi ha come finalità principale quella della comparazione dei SSR.

Dopo una descrizione dei singoli indicatori a livello regionale e dei loro andamenti, si è proceduto ad analizzare le relazioni tra gli indicatori presi in considerazione attraverso un modello di analisi fattoriale multidimensionale noto come *Structuration des Tableaux à Trois Indices de la Statistique* (STATIS) (6). Si tratta di una analisi in componenti principali che analizza  $n$  matrici di dati, con una dimensione ulteriore che può essere, ad esempio, quella spaziale o quella temporale. Nel nostro caso le matrici sono costituite da 20 righe relative alle regioni e da 12 colonne relative agli indicatori descritti in precedenza. Queste matrici sono ripetute in otto occasioni, ossia tante volte quanti sono gli anni presi in considerazione (dal 2008 al 2015). Il metodo STATIS consente di analizzare i dati attraverso tre fasi distinte: la fase dell'interstruttura, quella del compromesso e l'intrastruttura. Nella prima fase (interstruttura) viene descritta la struttura delle matrici nelle varie occasioni (gli anni dal 2008 al 2015) per valutare la loro similarità e verificare se i mutamenti avvenuti nel tempo definiscono degli elementi tra loro in comune. Nella fase del compromesso, invece, si ricerca la sintesi delle matrici rilevate nelle diverse occasioni. Infine, nella fase dell'intrastruttura, le unità statistiche e le variabili sono rappresentate nello spazio ottenuto nella fase del compromesso, individuando delle traiettorie di cambiamento nei diversi anni.

## Risultati

L'analisi descrittiva degli indicatori selezionati (Tabella 2) mette in evidenza quanto segue: nonostante la spesa sanitaria pubblica pro capite sia cresciuta meno rispetto agli anni precedenti ed è in flessione dal 2012, il punteggio del monitoraggio dei LEA è in costante crescita in quasi tutte le regioni (esclusa la Campania); la percentuale di persone che dichiarano di aver rinunciato alle cure è stabile. All'interno di questa quota, cresce la proporzione di coloro che rinunciano per motivi economici, mentre diminuisce la quota di coloro che rinunciano a

<sup>1</sup>Gli indicatori di esito sono disponibili per il solo anno 2013, ma trattandosi di un dato strutturale, soggetto a fluttuazioni di lungo periodo, sono da ritenersi validi per gli scopi dello studio.





causa delle file di attesa (Grafico 3). La stabilità del dato nazionale rivela delle importanti differenze tra le regioni con quelle del Centro-Nord in flessione e quelle del Sud ed Isole in forte crescita (Grafico 4). Si tratta, comunque, della rinuncia ad una prestazione sanitaria ritenuta necessaria che non può essere interpretata come rinuncia alle cure *tout court*. La spesa *out of pocket* nel periodo in studio è aumentata, mediamente, di circa il 10%, ma in maniera disuguale nel Paese. L'aumento è stato elevato nelle regioni del Nord, nel Centro i valori di tale spesa sono stati costanti, mentre sono diminuiti nelle regioni meridionali. Il picco dell'aumento si è avuto negli anni 2011-2012, dopodiché i valori si sono stabilizzati al Nord e calati nel Centro e nel Sud ed Isole. La mobilità sanitaria vede una situazione di debito delle regioni meridionali a favore di quelle del Nord, con l'eccezione del Piemonte e della Liguria, che nel tempo tendono a mostrare saldi negativi, e del Molise che, invece, mostra netti saldi positivi.

L'analisi fattoriale ha permesso di rappresentare graficamente come le regioni si pongono rispetto a dei fattori *compound*, generati dal complesso delle interrelazioni tra le dimensioni in gioco, attraverso i relativi indicatori. La varianza spiegata dai primi due assi fattoriali è elevata, rispettivamente, del 53,8% e del 13,5%.

L'interpretazione del piano fattoriale avviene attraverso la proiezione sugli assi delle variabili (indicatori) in studio. Questa operazione permette di "dare un nome" ai fattori, che sono riportati nel Grafico 1: il primo quadrante è identificato dalla condizione di buona *compliance* e alta appropriatezza dei SSR (dove troviamo, principalmente, le regioni del Centro-Nord); il secondo quadrante si caratterizza per l'alta iniquità (dove si collocano la Puglia, la Calabria e la Sardegna); il terzo quadrante identifica situazioni di cattivi esiti e alta inappropriatazza (dove si trovano le altre regioni meridionali con all'estremo la Campania e la Sicilia); infine, il quarto quadrante si caratterizza per una spesa più elevata e una buona *compliance* (dove troviamo regioni come Piemonte, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta e Liguria). L'asse delle ascisse è quello che identifica la *performance* immaginando, però, una inclinazione di circa 15 gradi verso l'alto della "freccia" della *performance*.

Nel Grafico 2 sono rappresentate le traiettorie delle regioni che mostrano dinamiche temporali più ampie sul piano fattoriale negli anni di osservazione. Si evidenziano le traiettorie *in peius* di Campania, Molise, Umbria, Liguria e Valle d'Aosta e i miglioramenti della Sicilia e della Basilicata. Anche se si tratta di cambiamenti di un certo rilievo, non cambia sostanzialmente il giudizio sulla *performance* di queste regioni, che rimangono nei quadranti di partenza.



COPERTURA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI E LA LORO PERFORMANCE

**Tabella 2 - Distribuzione regionale degli indicatori di performance in quartili e andamenti osservati (gli andamenti e i valori positivi sono evidenziati nelle tonalità del grigio chiaro, quelli negativi nelle tonalità del grigio scuro) - Anni 2008-2015**

Regioni	Equità		Economico-finanziaria		Esiti		Appropriatezza			Compliance dei SSR			
	Non aver soldi per le cure	Rinunciare alle cure per motivi economici	Spesa per ticket	Spesa sanitaria pubblica	Decessi prevenibili	Tasso di disabilità	Speranza di vita libera da disabilità	Femore entro 2 giorni	Cesarei	Ricoveri LEA	Rinuncia alle cure per attesa	Punteggio LEA	Mobilità sanitaria (2014)
Piemonte	1	1	2	2	2	1	4	3	4	2	1	1	0
Valle d'Aosta	3	3	4	4	2	1	4	4	1	1	1	0	
Lombardia	1	2	3	2	2	2	4	2	4	2	1	1	
Trentino-Alto Adige	1	1	4	4	1	1	4	4	2	1	1	1	
Veneto	1	1	4	1	1	1	3	3	3	2	1	1	
Friuli Venezia Giulia	1	1	3	3	2	1	4	4	3	1	1	1	
Liguria	2	2	4	4	3	2	4	2	1	3	1	0	
Emilia-Romagna	2	2	3	3	1	2	3	4	4	2	1	1	
Toscana	2	1	4	3	1	2	3	4	2	1	1	1	
Umbria	3	3	3	3	2	4	2	2	4	3	1	1	
Marche	3	3	2	1	1	3	3	3	3	2	1	0	
Lazio	2	2	2	3	4	2	2	3	1	4	1	0	
Abruzzo	2	2	3	2	3	3	2	4	2	1	1	0	
Molise	3	4	2	4	4	3	2	3	1	3	0	1	
Campania	3	4	1	1	4	3	2	3	1	3	0	0	
Puglia	4	4	1	2	3	4	1	4	4	4	0	0	
Basilicata	4	3	2	2	3	2	2	2	3	4	1	0	
Calabria	4	4	1	1	4	4	1	4	1	4	0	0	
Sicilia	4	3	1	1	4	4	1	3	2	3	0	0	
Sardegna	4	4	1	4	3	4	1	4	2	3	0	0	

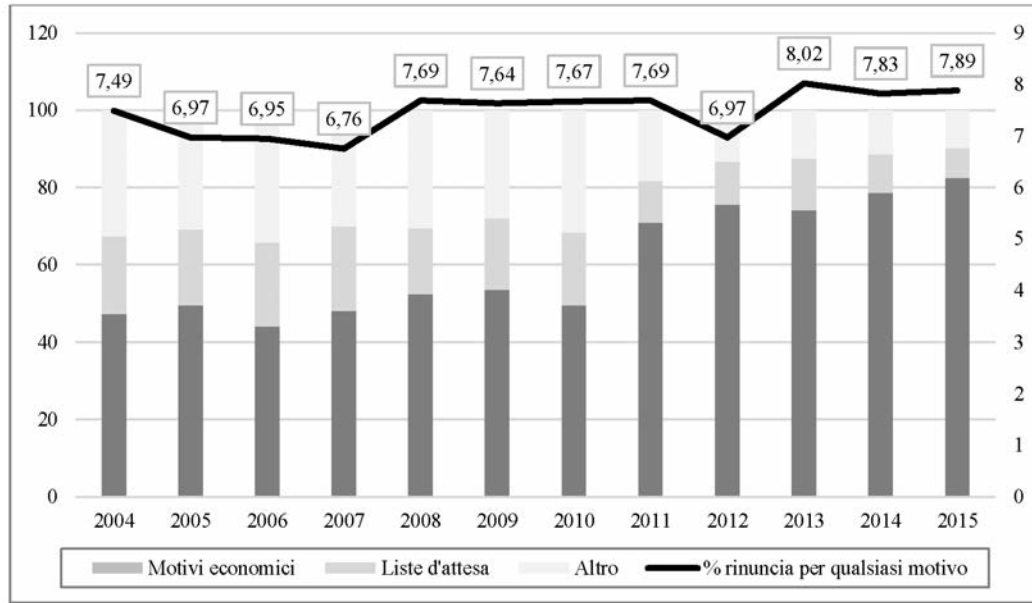
\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Nota:** gli indicatori "punteggio LEA" e "mobilità sanitaria" sono espressi con una variabile dicotomica e ne viene mostrato il valore dell'ultimo anno disponibile (per il punteggio LEA della Sardegna si tratta del 2010). Per il punteggio LEA si identifica con il valore 0 la situazione di inadempienza (punteggio <160) e con il valore 1 quello di adempienza (punteggio >160). Per la mobilità sanitaria il valore 0 identifica un valore della compensazione economica negativo, con il valore 1 una situazione positiva.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute, monitoraggio LEA; Istat-EUSILC; Corte dei conti. Spesa sanitaria corrente; Istat - Indagine salute; Progetto Mortalità evitabile - MeV(i). Anno 2017.

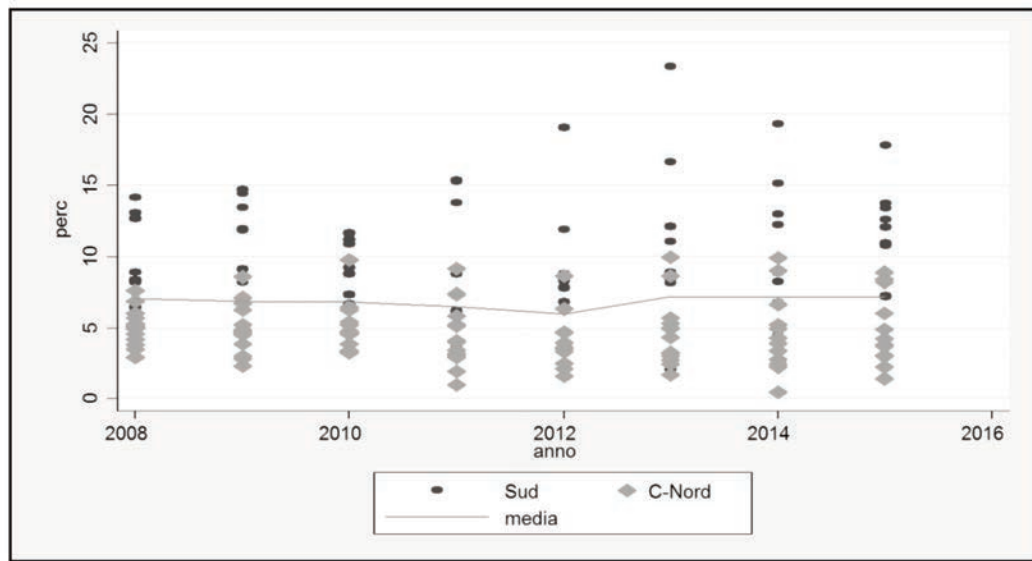


**Grafico 1** - Tasso annuale (valori per 100) e composizione (valori per 100) dei motivi per rinuncia alle cure - Anni 2008-2015



Fonte dei dati: Istat, Indagine EUSILC 2008-2015. Anno 2017.

**Grafico 2** - Rinuncia (valori per 100) alle cure per regione - Anni 2008-2015



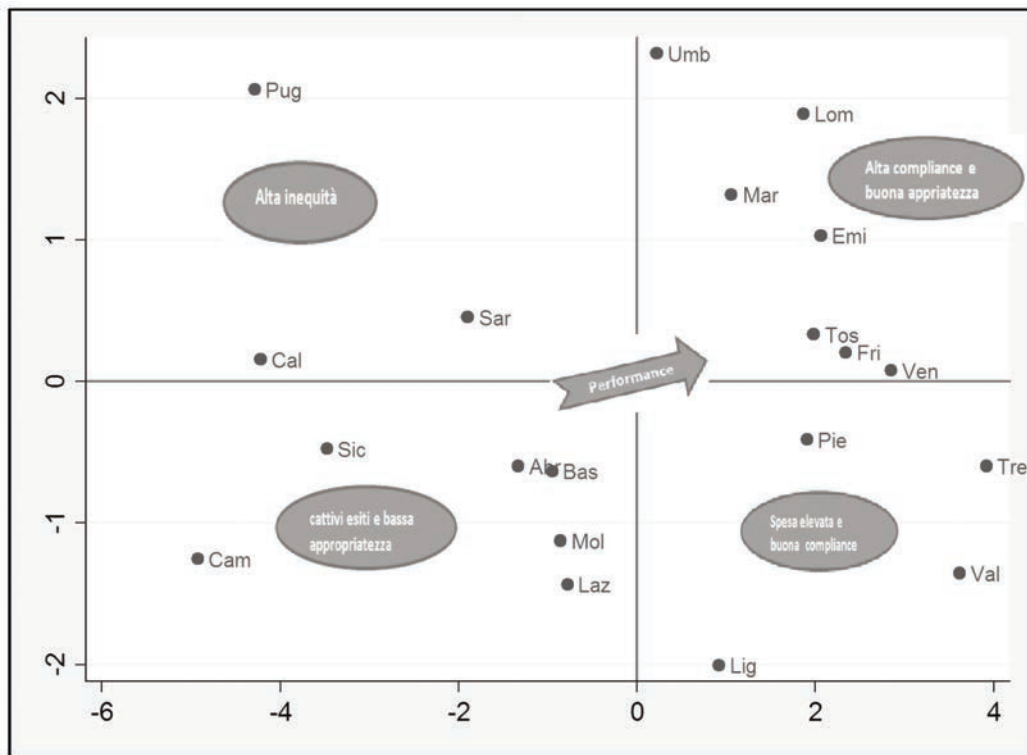
Fonte dei dati: Istat, Indagine EUSILC 2008-2015. Anno 2017.





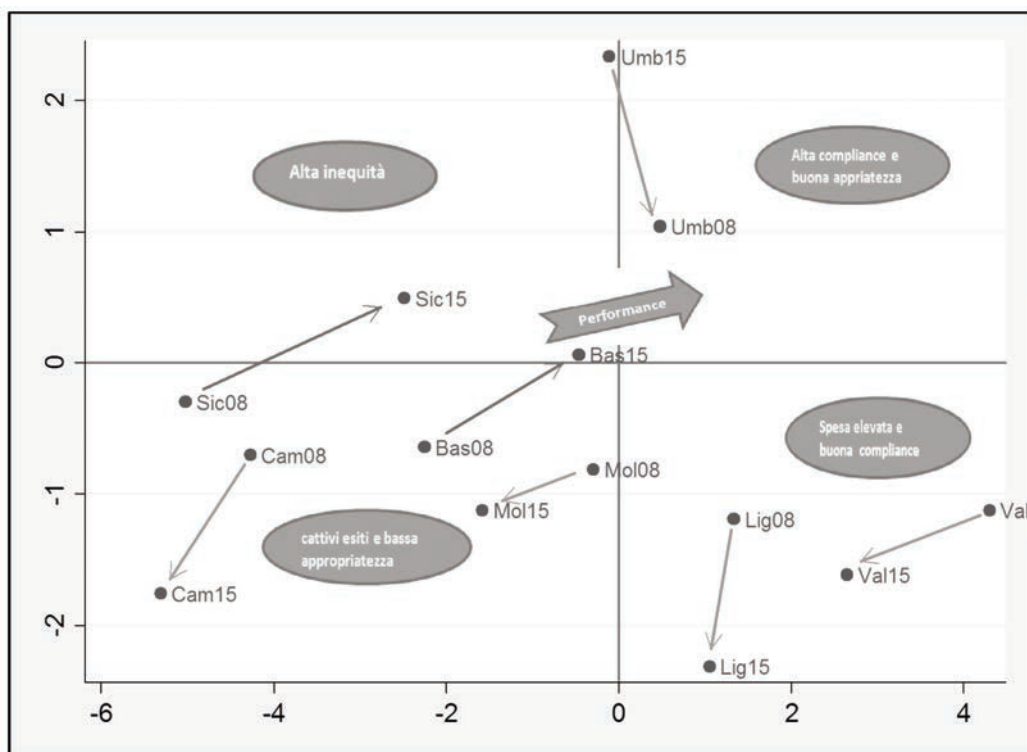
COPERTURA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI E LA LORO PERFORMANCE

**Grafico 3** - Proiezione delle regioni sugli assi fattoriali (metodo STATIS) - Anni 2008-2015



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute, monitoraggio LEA; Istat-EUSILC; Corte dei conti. Spesa sanitaria corrente; Istat - Indagine salute; Progetto Mortalità evitabile - MeV(i). Anno 2017.

**Grafico 4** - Traiettorie di alcune regioni rispetto alle dimensioni (metodo STATIS) - Anni 2008-2015



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute, monitoraggio LEA; Istat-EUSILC; Corte dei conti. Spesa sanitaria corrente; Istat - Indagine salute; Progetto Mortalità evitabile - MeV(i). Anno 2017.





## Conclusioni

Il decennio appena trascorso ha confermato una situazione da tempo nota e tollerata: il profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della *performance* indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria. La progressiva attenzione al rientro dagli eccessi di spesa e alla copertura dei disavanzi pregressi, peraltro, non è stata accompagnata da una analoga attenzione al superamento delle disuguaglianze in termini di assistenza garantita. Le fonti pubbliche coprono circa il 95% della spesa ospedaliera, ma solo circa il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e circa il 65% delle spese di assistenza di lungo termine (*Long Term Care-LTC*) nelle strutture residenziali (7). Sono dedicate a prestazioni ambulatoriali e *LTC* i circa 35 miliardi di € di spesa sanitaria privata, corrispondente a circa il 23% della spesa sanitaria complessiva, di cui solo una piccola parte è mediata dai fondi assicurativi, mentre la gran parte è a carico diretto delle famiglie. Nel periodo si è osservato un netto incremento della spesa privata, soprattutto nelle regioni del Nord. Tali regioni si contraddistinguono per alti livelli di spesa pubblica pro capite, buoni livelli di erogazione dei LEA e quote basse di persone che rinunciano alle cure. Non appare, quindi, corretta l'interpretazione, frequente nei media, secondo la quale le famiglie spendono di più perché il sistema non garantisce le cure. Si tratta, invece, di un fenomeno di elasticità della domanda che dipende maggiormente dalla disponibilità di risorse e che può derivare da motivazioni diverse: preferenza individuale per il settore privato (si pensi al ginecologo per le donne o al *comfort* alberghiero dell'*intramoenia*) e inaccessibilità del pubblico e/o maggiore celerità di accesso a parità di costi (alcune prestazioni di basso livello tecnologico hanno lo stesso costo per il cittadino). Si osserva che a guidare la classifica delle regioni con la spesa privata pro capite più alta troviamo la Lombardia (608€), l'Emilia-Romagna (581€) e il Friuli Venezia Giulia (551€), che vantano anche strutture sanitarie pubbliche con standard qualitativi più elevati rispetto alle altre regioni. Calabria (274€), Campania (263€) e Sicilia (245€) chiudono questa graduatoria, che appare invariata in tutto il periodo di osservazione. In ultima analisi la spesa privata a livello regionale sembra non essere condizionata dai livelli di erogazione dei LEA, ma dalla ricchezza delle famiglie. Confrontando la situazione italiana con il contesto europeo, l'Italia è 13<sup>a</sup> in termini di quota di spesa *out of pocket* (di poco superiore alla media dell'Unione Europea-UE) e 7<sup>a</sup> con la quota più alta di persone che dichiarano di aver rinunciato ad una prestazione sanitaria di cui avevano bisogno, quasi il doppio della media dell'UE (8).

Merita una disamina approfondita quel che accade nelle regioni meridionali per gli aspetti finanziari. Nel Sud e nelle Isole il meccanismo di riparto del FSN fa sì che la spesa sanitaria pubblica pro capite sia più bassa che nelle regioni del Nord. Se le regioni del Sud ed Isole ricevessero una quota pro capite del FSN analogo a quello delle regioni del Nord, avrebbero complessivamente circa 3,5 miliardi di € l'anno in più. A questi si aggiunga, inoltre, circa 1 miliardo di euro l'anno corrispondente al valore della mobilità sanitaria a carico delle regioni meridionali per le cure erogate ai loro residenti in altre regioni. È interessante indagare la relazione tra la spesa sanitaria pubblica e il punteggio dei LEA, di non facile interpretazione. Non vi è dubbio che la contrazione della spesa sanitaria pubblica è anche frutto degli sforzi profusi con i Piani di Rientro che miravano a colpire le inefficienze dei SSR con ampi disavanzi. Tuttavia, la relazione con l'indicatore relativo all'erogazione dei LEA deve tenere in considerazione, *in primis*, una maggiore attenzione delle regioni nel fornire correttamente i dati e che tali risultati sono il frutto di cambiamenti strutturali di lungo periodo.

Se nel Meridione i consumi *out of pocket* delle famiglie sono bassi, di contro la quota di persone che dichiarano di non aver soldi per pagarsi le cure<sup>2</sup> è assai elevata. Si tratta di una persona su cinque, quattro volte la percentuale osservata nelle regioni settentrionali. Gli esiti di salute, ed in particolare la mortalità prevenibile attraverso adeguati interventi di Sanità Pubblica, sono drammaticamente più elevati nelle regioni meridionali. La Campania, e in particolare la Calabria, sono le regioni che nel quadro complessivo delineato dagli indicatori selezionati mostrano il profilo peggiore.

L'analisi fattoriale, attraverso l'approccio adottato, ha permesso di delineare il quadro della *performance* dei SSR e della dinamica osservabile nel periodo in studio, dal 2008 al 2015. La proiezione delle regioni sul piano fattoriale ne delinea quattro gruppi di regioni: quelle a bassa *performance* (Campania, Sardegna, Sicilia in miglioramento, Calabria e Puglia) quelle a media *performance* (Basilicata in miglioramento, Molise in peggioramento, Abruzzo e Lazio), quelle con buona *performance* ed alta spesa (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Piemonte e Liguria in peggioramento) e quelle ad alta *performance* (Umbria in peggioramento, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Friuli Venezia Giulia).

Il quadro nazionale della *performance* in sanità rileva situazioni di buona copertura dei sistemi sanitari nelle regioni del Centro-Nord, mentre per il Meridione appare urgente un forte intervento in grado di evitare discriminazioni sul piano dell'accesso alle cure e dell'efficienza del sistema.

Il metodo applicato in questo studio ha consentito di sintetizzare in maniera adeguata le informazioni disponibili. Con tale approccio si è descritta la "posizione" dei SSR rispetto alla *performance*, così come scaturiti-

<sup>2</sup>La domanda posta nell'indagine è "Ci sono stati momenti o periodi in cui non aveva i soldi per pagare le spese per malattie?".







sce dalla relazione tra i valori degli indicatori selezionati. La sua peculiarità è quella di focalizzarsi sugli aspetti descrittivi del fenomeno, sfruttando al meglio le informazioni disponibili, partendo dall'analisi unidimensionale dei singoli indicatori per poi indagare l'interrelazione tra questi.

Per concludere, è evidente il fallimento del SSN, anche nella sua ultima versione federalista, nel ridurre le differenze di spesa e della *performance* fra le regioni. Rimane aperto e sempre più urgente il dibattito sul "segno" di tali differenze. Si tratta di differenze inique perché non "naturali" ma frutto di scelte politiche e gestionali. È auspicabile che si intervenga al più presto partendo da un riequilibrio del riparto del FSN, non basato sui bisogni teorici desumibili dalla struttura demografica delle regioni, ma sui reali *gap* di salute (9) e di "generosità" del sistema nel senso della quantità e qualità dei servizi offerti, evidenziati in questo studio.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Lebas M. & Euske K. A conceptual and operational delineation of performance - in Neely A. "Business Performance Measurement. Theory and practice" - Cambridge University Press 2004.
- (2) Murray C.J.L. & Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78: 717-31.
- (3) Papanicolas I. & Smith P.C. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. World Health Organization, 2013.
- (4) Spandonaro F. Una misura di Performance dei SSR. CEIS CREA 2016.
- (5) Competività, Regole, Mercati (CERM). La spesa sanitaria nelle regioni italiane. SaniRegio 2015.
- (6) Lavit, C, Roux, C, "Analyse conjointe de plusieurs tableaux de données par la méthode STATIS", Rapport technique n. 8402, Unité de Biométrie, Montpellier, Francia, 1984.
- (7) Cergas. Rapporto OASI 2017.
- (8) Toth F. L'universalismo sanitario sulla carta e nella realtà, "Politiche sociali", 2016, 3, pp. 421-440.
- (9) Smith R. "The case for slow medicine". The BMJ opinion 17 December 2012. Disponibile sul sito: <http://blogs.bmj.com/bmj/2012/12/17/richard-smith-the-case-for-slow-medicine>.

