

COSTI STANDARD E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA  
PROBLEMI APPLICATIVI DEL FEDERALISMO NEL SETTORE SANITARIO

MARZIO SCHEGGI  
*HEALTH MANAGEMENT – ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO*

*FIRENZE – AGOSTO 2009*

## PREMESSA

---

Il 5 maggio 2009 è stata definitivamente approvata dal Parlamento la legge numero 42, con la quale *“Il Governo è delegato ad adottare, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi aventi ad oggetto l’attuazione dell’articolo 119 della Costituzione, al fine di assicurare, attraverso la definizione dei principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario e la definizione della perequazione, l’autonomia finanziaria di comuni, province, città metropolitane e regioni”*

L’articolo 119 della Costituzione sancisce al riguardo che

*I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa.*

*I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio.*

*La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante.*

*Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite.*

I principi fondanti del federalismo fiscale sono chiaramente espressi nel dettato costituzionale, e la legge 5 maggio 2009, n. 42 si pone quale obiettivo quello di dare concreta attuazione a quei principi, assumendo a proprio fondamento i criteri e i principi direttivi enunciati nell’articolo 2.

Tra questi paiono di particolare rilievo i seguenti:

- a) *autonomia di entrata e di spesa e maggiore responsabilizzazione amministrativa, finanziaria e contabile di tutti i livelli di governo;*
- b) *lealtà istituzionale fra tutti i livelli di governo e concorso di tutte le amministrazioni pubbliche al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica nazionale in coerenza con i vincoli posti dall’Unione europea e dai trattati internazionali;*

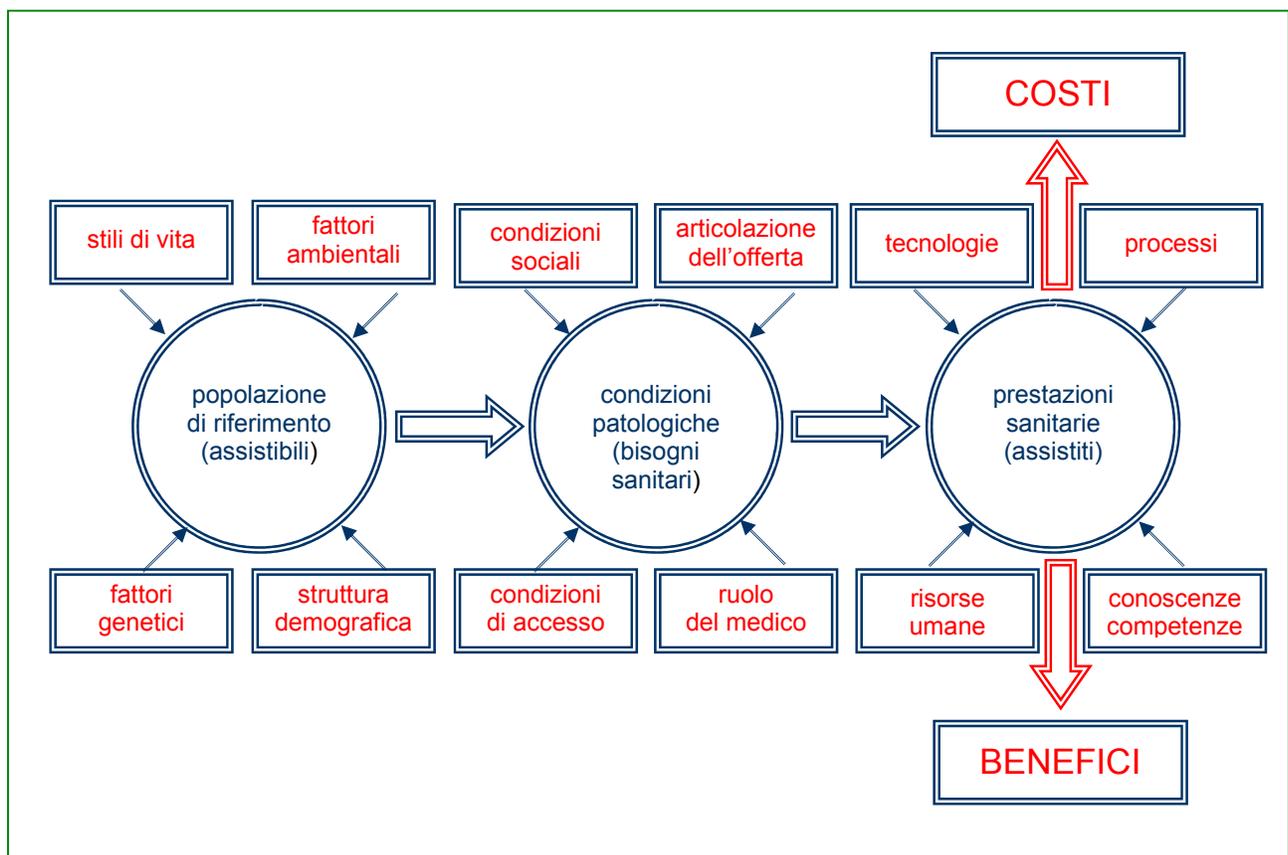
- f) determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica; definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, o alle funzioni fondamentali di cui all'articolo 117, comma 2 lettera p) della Costituzione;
- m) superamento graduale, per tutti i livelli istituzionali, del criterio della spesa storica a favore:
- 1) del fabbisogno standard per il finanziamento dei livelli essenziali di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, e delle funzioni fondamentali di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera p), della Costituzione;
  - 2) della perequazione della capacità fiscale per le altre funzioni;
- p) tendenziale correlazione tra prelievo fiscale e beneficio connesso alle funzioni esercitate sul territorio in modo da favorire la corrispondenza tra responsabilità finanziaria e amministrativa; continenza e responsabilità nell'imposizione di tributi propri.

I principi fondanti del federalismo fiscale, oltre ad essere sanciti dalla stessa Costituzione, costituiscono acquisizione consolidata nella dottrina economica,

Nel lontano 1995 nella prefazione ad un volume dedicato alla pubblicazione dei risultati di una ricerca svolta dall'Università Bocconi sul tema "Il controllo della spesa pubblica" il prof. Elio Borghonovi evidenziava come uno dei punti di convergenza dell'analisi fosse "L'esigenza di collocare il tema della spesa pubblica all'interno di un nuovo sistema di rapporti tra Stato ed enti locali che sia veramente fondato sui principi del decentramento e della responsabilizzazione e nel quale entrino nuovi elementi di razionalità economica, che possono derivare sia dalla applicazione di nuovi schemi concettuali al rapporto Stato Enti locali, sia da una nuova visione di politica economica. Essa rinuncia all'utopia di uno Stato impegnato a garantire equità e redistribuzione della ricchezza da un lato ed equilibrio economico generale e controllo dell'indebitamento dall'altro, e propone una più realistica impostazione secondo la quale lo Stato definisce i livelli dei servizi che intende garantire in modo uniforme sul territorio nazionale ed il corrispondente finanziamento e cerca di tenere sotto controllo le variabili macroeconomiche che influenzano i rapporti con l'economia mondiale e che possono favorire o ostacolare i processi di integrazione economica e politica, rinviando i problemi di compatibilità tra bisogni collettivi, risorse e consumi alle Regioni e agli enti locali, che possono dare una dimensione più concreta al principio della equità economica e sociale."

Fermo restando che è prerogativa esclusiva dello Stato *“la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* (articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione) snodo cruciale nell’impianto normativo che dovrà disciplinare l’attuazione del federalismo fiscale è la determinazione del fabbisogno e del costo standard per ciascuno di tali livelli.

Si tratta di un esercizio concettualmente semplice, che presenta nella sua concreta attuazione difficoltà tecniche rilevantissime, particolarmente accentuate nel settore sanitario, caratterizzato da peculiarità che lo rendono in assoluto il meno adatto ad applicare metodologie di standardizzazione. La variabile al riguardo più critica è l’individuazione dei bisogni di salute, direttamente connessi con gli stili di vita e la qualità dell’ambiente, fortemente correlati con le caratteristiche genetiche e demografiche della popolazione, che presentano differenze molto significative nelle diverse regioni. Il processo di trasformazione del bisogno di salute in domanda espressa di prestazioni sanitarie costituisce un ulteriore elemento di complessità, ed introduce ulteriori differenze, che scaturiscono dalle interazioni tra altre variabili, come le condizioni socio economiche della popolazione, l’articolazione della rete di offerta dei servizi, i meccanismi che disciplinano l’accesso alle prestazioni. L’effetto congiunto delle diverse variabili indicate può essere, se pur molto riduttivamente, così sintetizzato.



## LIVELLI DI ASSISTENZA E COSTI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO

I capisaldi sui quali si regge l'impianto complessivo del federalismo delineato dalla legge 5 maggio 2009, n. 42, sono sostanzialmente i seguenti:

- 1) i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti sul territorio nazionale
- 2) il fabbisogno standard ed il costo standard che a tali livelli essenziali sono correlati

Nel settore sanitario il concetto di livelli uniformi di assistenza nasce di fatto con la stessa legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario nazionale, che all'articolo 1 definisce il Servizio Sanitario Nazionale come *"il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio"*.

L'uniformità nell'accesso ad un diritto fondamentale, qual è il diritto alla tutela della salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, è ribadita dall'articolo 2 della legge 833, che indica come il primo tra gli obiettivi ai quali l'istituzione del servizio sanitario nazionale è finalizzata *"il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese"* ed ancor più chiaramente esplicitata nel successivo articolo 3, laddove afferma che *"La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini"* e nel successivo articolo 4 *"Con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale"*

Nonostante che il concetto di livelli uniformi di prestazioni sanitarie fosse esplicitato in maniera inconfutabile nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, e nonostante che nella stessa legge fosse richiamato l'obbligo di fissare, con legge dello Stato, i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini, soltanto quattordici anni più tardi questo concetto ha visto la sua prima formulazione normativa nel DPR 24 dicembre 1992, avente ad oggetto la definizione dei livelli uniformi di assistenza. Il DPR 24 dicembre 1992 costituisce concreta attuazione della legge 30 novembre 1991, n. 412 (finanziaria 1992) nella quale, all'articolo 4, comma 1, si legge: *"il Governo determina, con effetto dal 1 gennaio 1992, i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale nonché gli standard organizzativi e di attività da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di finanziamento di ciascun livello assistenziale"*

Il concetto di livelli uniformi di prestazioni non è dunque un concetto nuovo per il settore sanitario, così come non è nuovo il concetto di costo standard, che costituisce l'anello di congiunzione tra livelli essenziali di assistenza e risorse finanziarie necessarie per assicurarne l'erogazione. Nella esplicitazione dei livelli uniformi di assistenza il DPR citato precisava infatti che

*I livelli di assistenza si configurano come definizione degli obiettivi che il Servizio sanitario nazionale assume di conseguire, a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitaria di finanziamento. La fissazione dei livelli di assistenza assicura certezza di obiettivi sanitari nel rispetto delle compatibilità finanziarie, in un quadro pienamente rispettoso dell'autonomia organizzativa e gestionale riservata alle Regioni. In relazione a ciò i livelli di assistenza vengono di seguito definiti negli elementi sotto specificati:*

- gli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale (macrolivello), deve conseguire, ovvero quale specifica quota di bisogno sanitario della popolazione mira a soddisfare;*
- l'insieme delle attività/prestazioni connesse al conseguimento degli obiettivi definiti, da effettuare in coerenza con le scelte organizzative adottate da ciascuna Regione, conformemente alle disposizioni legislative in materia;*
- il parametro capitario di finanziamento fissato in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria, in base ad un modello organizzativo teorico di riferimento;*
- un insieme di indicatori specifici, elaborabili in base a dati già rilevati dai sistemi informativi attivi per le diverse funzioni sviluppate da ciascun livello, individuati sulla base degli obiettivi via via definiti, orientati a consentire la verifica del grado di conseguimento degli obiettivi stessi e, conseguentemente, a periodiche revisioni della formulazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria.*

L'architettura del DPR 24 dicembre 1992 era ante litteram del tutto coerente con quelli che costituiscono i capisaldi della legge delega sul federalismo, ed introduceva un primo set di indicatori coerente con la logica di misurazione che permea la legge delega sul riordino delle amministrazioni pubbliche (legge 4 marzo 2009, n. 15).

Successive elaborazioni normative hanno precisato ulteriormente contenuti e finalità dei livelli uniformi di assistenza sanitaria (che nel DPCM 29 novembre 2001 assumono l'attuale definizione di livelli essenziali di assistenza) ed hanno arricchito il set di indicatori introdotti dal DPR 24 dicembre 1992.

Tra le norme specificamente finalizzate ad introdurre metodologie e strumenti di misurazione delle performance del sistema sanitario devono essere ricordati:

- ❑ Il decreto del ministro della sanità del 24 luglio 1995 avente per oggetto l'introduzione di un sistema di indicatori di efficienza e di qualità del Servizio Sanitario Nazionale *quale strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti*
- ❑ il decreto del ministro della sanità del 15 ottobre 1996, avente per oggetto l'introduzione di un sistema di indicatori *per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie*
- ❑ il decreto interministeriale 12 dicembre 2001, adottato dal Ministro della Salute di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, avente per oggetto la definizione di un *insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario. Il set di indicatori interessa le diverse dimensioni della valutazione dei servizi sanitari, inclusi i relativi costi.*

Purtroppo alla così puntuale e articolata produzione normativa non ha fatto seguito una capacità di implementazione generalizzata che consentisse quella valutazione comparativa necessaria quale supporto al miglioramento continuo delle performance dei diversi sistemi sanitari regionali. L'articolo 8 del decreto interministeriale del 12 dicembre 2001 disponeva a questo riguardo che *“Gli indicatori calcolati, compresa la stima della qualità dei dati di base ad essi relativi e i parametri di riferimento sono pubblicati annualmente entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento dal Ministero della salute in uno specifico rapporto nazionale, di cui è data diffusione pubblica”*. A questa norma non è finora stata data attuazione.

A proposito di questa funzione di monitoraggio nel piano sanitario nazionale 2006 – 2008 si legge:

*Il decreto interministeriale 12 dicembre 2001 individua un set di indicatori con cui monitorare l'assistenza erogata nelle varie Regioni, utilizzando le informazioni disponibili nell'ambito degli attuali flussi informativi esistenti ed integrandole con altre aggiuntive al fine di rappresentare importanti aspetti dell'assistenza sanitaria non valutabili con i dati correnti.*

*Il Tavolo di monitoraggio dei LEA istituito secondo quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ha utilizzato per il proprio lavoro una parte degli indicatori individuati dal citato decreto, tenendo presente la reale fruibilità degli stessi nella fase di avvio della rilevazione, con l'obiettivo di ampliare il set di indicatori negli anni successivi.*

*Il tavolo di monitoraggio tuttavia non ha potuto effettuare un'analisi sulla rilevazione dei costi in quanto non si è raggiunta una convergenza di opinioni sull'analisi di appropriatezza necessaria per stabilire l'effettivo costo delle prestazioni erogate nell'ambito dei LEA.*

*Dai dati rilevati si manifesta comunque una differenza nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza tale da sottolineare con evidenza la necessità di promuovere e garantire l'equità del sistema, intendendo con tale termine l'erogazione di ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.*

*Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale. Ciò è confermato dal persistere di fenomeni di mobilità sanitaria che non riguardano solo le alte specialità.*

*Il divario è prevalentemente registrabile tra le Regioni meridionali e quelle del centro nord, anche se pure all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili.*

*La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza assume così un ruolo centrale di contesto nel Piano Sanitario. In questo senso il Piano deve prevedere le modalità con cui il sistema si dota di strumenti valutativi che rilevino le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda.*

La sintesi di questo excursus su trenta anni di storia del nostro Servizio Sanitario Nazionale è in sostanza che:

- 1) i concetti di livelli essenziali di prestazioni e di costo standard per livelli essenziali di assistenza accompagnano il divenire del sistema sanitario, permeandone la ragion d'essere stessa: la legge istitutiva del SSN pone tra i propri obiettivi quello di superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese e di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale
- 2) quegli obiettivi sono stati solo in parte raggiunti, persistendo nel Paese differenze che evidenziano *l'esigenza di promuovere e garantire l'equità del sistema* come afferma il piano sanitario nazionale 2006 – 2008, che precisa: *Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale. Ciò è confermato dal persistere di fenomeni di mobilità sanitaria che non riguardano solo le alte specialità*
- 3) dopo diciassette anni dall'introduzione dei livelli uniformi di assistenza ancora si è lontani dall'obiettivo di definire non tanto i costi standard, costi legati ad un modello organizzativo teorico di riferimento così come prevedeva a suo tempo il dettato normativo, quanto gli stessi costi effettivi dei livelli essenziali di assistenza.

Risultati di qualche rilievo sono stati invece conseguiti nella determinazione dei costi standard delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero (ordinario e diurno) ed in regime ambulatoriale. Il concetto di costo standard è stato introdotto dal decreto del ministro della sanità del 15 aprile 1994, che definiva i criteri ai quali dovevano attenersi le Regioni nello stabilire le tariffe per la remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private operanti nel proprio ambito territoriale. Il decreto citato, nell'articolo che esplicita i criteri di determinazione delle tariffe, precisa:

*Il costo standard di produzione per prestazione è calcolato in via preventiva dalle regioni e dalle province autonome, sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, operanti rispettivamente nell'ambito del servizio sanitario nazionale del territorio regionale e provinciale, preventivamente individuato secondo criteri di efficienza ed efficacia. Tale costo fa riferimento alla composizione ed alla qualità di fattori produttivi utilizzati per la produzione della prestazione, valorizzati sulla base dei prezzi unitari medi di acquisto riferiti all'ultimo anno e delle relative eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato.*

*Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione sono le seguenti:*

- a) il costo del personale direttamente impiegato;*
- b) il costo dei materiali consumati;*
- c) il costo delle apparecchiature utilizzate (manutenzione, ammortamento), proporzionato ad un tasso di utilizzo predeterminato a livello regionale;*
- d) i costi generali della unità produttiva della prestazione, ossia il costo dei fattori di produzione attribuiti alla unità produttiva ma non direttamente utilizzati nella produzione della singola prestazione, distribuiti proporzionalmente tra tutte le prestazioni da questa prodotte.*

La concreta applicazione da parte delle Regioni dei criteri indicati nel decreto ministeriale del 15 aprile 1994 incontrò notevoli difficoltà, soprattutto in quelle realtà regionali in cui non erano stati attivati sistemi di contabilità analitica che consentissero rilevazioni affidabili. In relazione a queste difficoltà il Ministero della Sanità emanò in data 14 dicembre dello stesso anno 1994 un decreto con il quale si indicavano le tariffe che le Regioni avrebbero dovuto applicare per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private operanti nel proprio territorio, quale remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori, nelle more dell'adozione di propri provvedimenti di fissazione delle tariffe.

L'urgenza con la quale fu adottato il provvedimento in questione è attribuibile al fatto che dal 1 gennaio 1995 avrebbe dovuto entrare in vigore il nuovo sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sistema che era basato su due criteri fondamentali:

- il finanziamento delle aziende sanitarie territoriali sulla base di una quota capitaria pesata secondo gli stessi criteri adottati a livello nazionale per ripartire tra le regioni il Fondo sanitario nazionale
- il finanziamento delle strutture di erogazione, pubbliche e private, in base alla valorizzazione delle prestazioni erogate secondo predefinite tariffe.

Le tariffe per la remunerazione dei ricoveri sono state successivamente aggiornate con il decreto del ministro della sanità del 30 giugno 1997, ancora aggiornate con il decreto del ministro della sanità del 12 settembre 2006, ed attualmente è all'esame delle società medico scientifiche un nuovo tariffario che tiene conto delle modifiche introdotte dal decreto del ministro della sanità del 18 dicembre 2008, con il quale si passa dalla versione 19 alla versione 24 della classificazione internazionale ICD9CM.

## COSTI E RICAVI DEL SSN NEL DECENNIO 1999 – 2008

---

L'assistenza sanitaria costituisce, in tutti i Paesi industrializzati, un settore che ha rilevanza strategica sia per l'entità delle risorse ad essa finalizzate sia per l'impatto politico e sociale, ed in quegli stessi Paesi si pongono problemi progressivamente crescenti di equilibrio tra le risorse disponibili e la domanda di prestazioni sanitarie, che tende a crescere indefinitamente per una serie concatenata di cause: l'invecchiamento progressivo della popolazione (che deriva dalla diminuzione della letalità legata ai progressi della scienza medica e dalla diminuzione della natalità legata a fattori socio economici), la sempre maggiore attenzione che le persone dedicano alla cura della propria salute, l'incremento continuo delle conoscenze scientifiche in campo medico e l'evoluzione delle tecnologie sanitarie, che rendono disponibili opportunità diagnostico terapeutiche che comportano spesso costi elevati.

Con questa contrapposizione tra risorse limitate e bisogni tendenzialmente illimitati si stanno misurando politici ed economisti, nella ricerca di soluzioni che realizzino il miglior compromesso possibile tra l'esigenza di dare risposta ai bisogni ed alle aspettative della popolazione, ed il vincolo ineludibile del rispetto delle compatibilità economiche.

Una prima analisi su questo tema sviluppata in questo scritto concerne l'andamento della spesa sanitaria pubblica nel decennio 1999 – 2008-

I dati analizzati sono stati rilevati dalle serie storiche pubblicate ogni anno nella relazione generale sulla situazione economica del Paese, prendendo per ciascuno degli anni considerati (ovviamente nei limiti in cui ciò è stato possibile) il dato più consolidato. I dati sono stati comunque sottoposti ad una serie di controlli di congruenza addivenendo così ad una base dati coerente.

Costi e ricavi del Servizio Sanitario Nazionale, sia a livello complessivo che delle diverse realtà territoriali, sono stati calcolati tenendo conto dei saldi della mobilità sanitaria, che sono stati computati tra i ricavi quando positivi, e tra i costi quando negativi.

Questa modalità è parsa più corretta sia perché rispondente ai costi effettivamente sostenuti, sia per la rilevanza che il fenomeno della mobilità sanitaria riveste, soprattutto in alcune realtà regionali, nelle quali costituisce una componente determinante ai fini del risultato di esercizio, sia in positivo (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana o Veneto), sia in negativo (Calabria, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna).

FIGURA 1 COSTI DEL SSN NEL DECENNIO 1999 - 2008

valori espressi in miliardi di euro

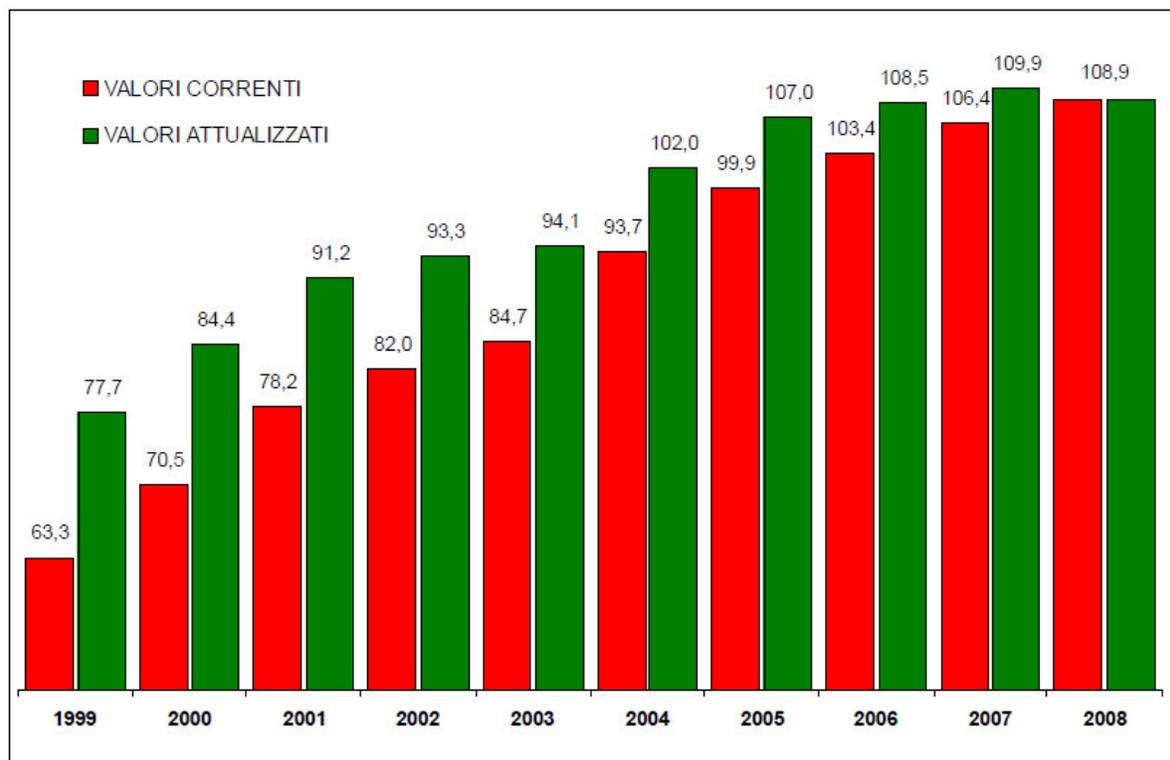
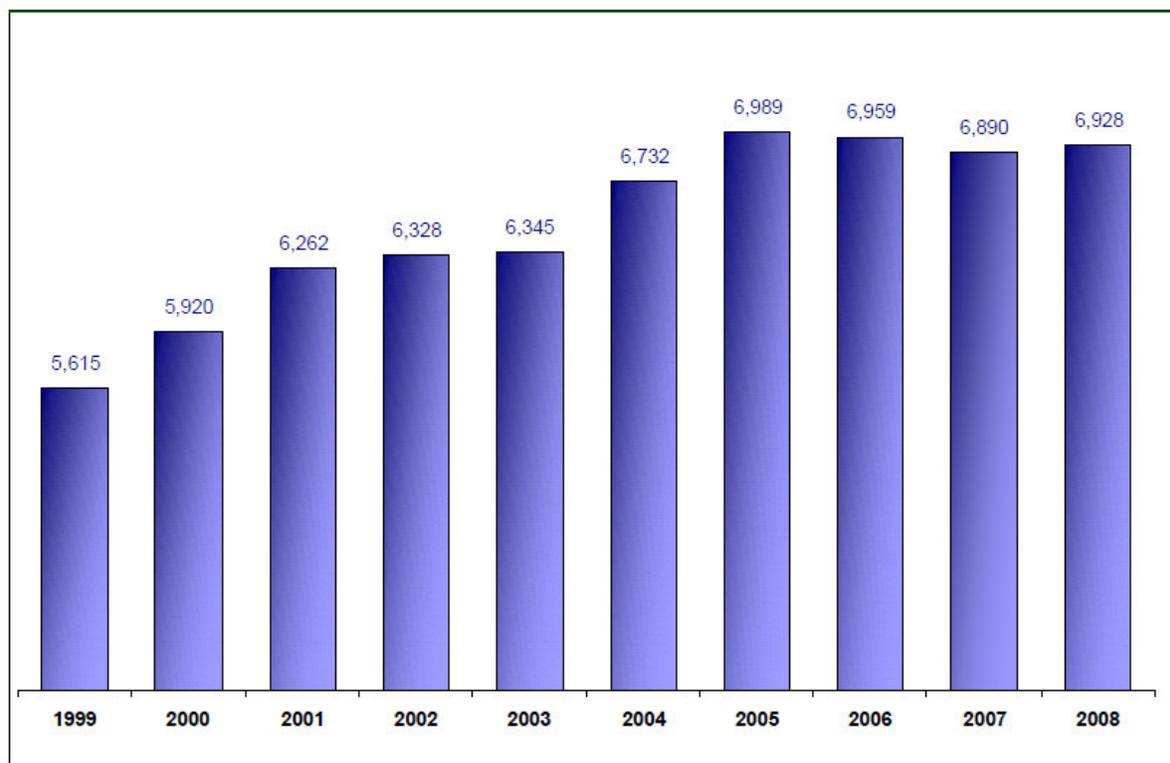


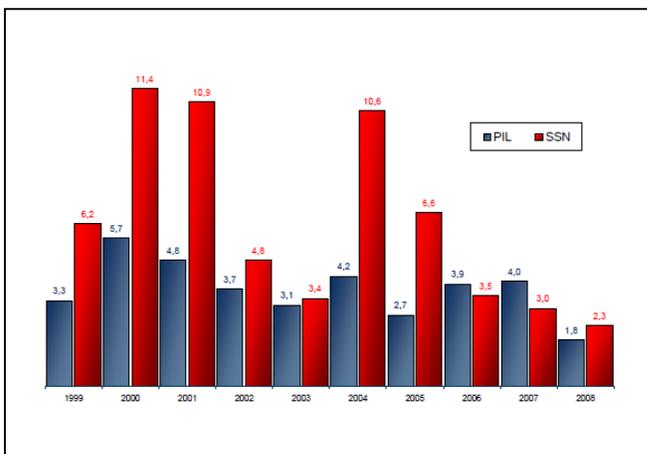
FIGURA 2 COSTI DEL SSN IN RAPPORTO AL PIL NEL DECENNIO 1999 - 2008



fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Considerato che la somma algebrica dei saldi della mobilità sanitaria è zero la metodologia adottata non ha alcun effetto sul risultato di esercizio a livello nazionale complessivo.

Il grafico riprodotto in figura 1 rappresenta l'evoluzione della spesa sanitaria nazionale nel decennio analizzato. Questa registra un incremento molto significativo, sia considerando i valori correnti (che passano da 63,3 miliardi di euro nel 1999 a 108,9 miliardi di euro nel 2008, con un aumento del 72 %), sia considerando i valori attualizzati (che passano da 77,7 miliardi di euro nel 1999 a 108,9 miliardi di euro nel 2008, con un aumento del 40,1%).



Il grafico citato evidenzia due cicli distinti, come in modo ancor più chiaro si evince dal grafico qui riprodotto, che riporta, per ciascuno degli anni considerati, incremento della spesa sanitaria pubblica e incremento del PIL rispetto all'anno precedente. (entrambi calcolati in termini percentuali).

Il grafico sottolinea tre aspetti:

- 1) la discontinuità dell'andamento della spesa sanitaria pubblica, l'incremento della quale rispetto all'anno precedente registra due massimi relativi, nel 2000 e nel 2004, ai quali sono seguiti periodi (rispettivamente dal 2001 al 2003 e dal 2005 al 2009) di rallentamento della crescita della spesa;
- 2) il fatto che l'incremento percentuale annuo della spesa sanitaria pubblica è pressoché sistematicamente maggiore dell'incremento percentuale annuo del prodotto interno lordo, con una inversione di tendenza negli anni 2006 e 2007, per superare di nuovo l'incremento percentuale annuo del prodotto nel 2008, anno nel quale il prodotto interno lordo ha subito una sensibile decelerazione
- 3) la spesa sanitaria pubblica tende a frenare la sua crescita nell'ultimo triennio, come efficacemente rappresentato anche nel grafico riprodotto nella figura 1, dal quale si evince come in termini di valori attualizzati essa registri nel 2008 una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente.

Il grafico riprodotto in figura 2 analizza l'evoluzione nel decennio considerato dell'incidenza percentuale sul PIL della spesa sanitaria pubblica, evoluzione che conferma, in una prospettiva diversa, il sensibile rallentamento osservato nel triennio 2006 – 2008.

L'incremento progressivo delle risorse destinate ai servizi sanitari è un fatto positivo, indice di progresso e di civiltà di un Paese che considera la spesa sanitaria un investimento nel bene più prezioso per l'uomo qual è la salute. Questo non può e non deve prescindere dal rispetto delle compatibilità macro economiche, soprattutto in un Paese come l'Italia che in conseguenza di una gestione disinvoltata (o irresponsabile) della spesa pubblica ha accumulato un debito pubblico di dimensioni particolarmente elevate. I dati riportati in figura 3 evidenziano come i costi sostenuti per la gestione del Servizio Sanitario Nazionale siano stati nel decennio considerato sistematicamente superiori alle risorse disponibili, con disavanzi annuali che in termini percentuali sono rappresentati in figura 4, e che ripropongono in termini diversi quella stessa ciclicità che è stata evidenziata in termini di incremento annuo della spesa sanitaria pubblica, con due massimi relativi negli anni 1999 e 2004 ai quali hanno fatto seguito periodi di contrazione del disavanzo, che registra, sempre in termini percentuali, due minimi relativi nel 2003 e nel 2008.

La domanda che scaturisce spontanea dall'analisi dei dati è se nel nostro Paese la spesa sanitaria sia troppo elevata, o se invece le risorse destinate al settore sanitario siano insufficienti rispetto alle reali necessità.

Ferme restando le notevoli difficoltà che sul piano scientifico si pongono nel rispondere ad un siffatto quesito, una risposta indiretta, da valutare con tutte le cautele interpretative del caso, può venire dal confronto dei dati del nostro Paese con quelli degli altri Paesi europei. I dati necessari per effettuare tale confronto sono stati rilevati dal data base European Health for All dell'ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

I grafici riprodotti nelle figure 5, 6, 7 e 8 evidenziano come la spesa sanitaria, sia in termini di spesa complessiva, sia in termini di spesa sanitaria pubblica, sia nel nostro Paese inferiore ai corrispondenti valori medi europei, misurata sia come spesa sanitaria pro capite sia come incidenza percentuale sul prodotto interno lordo. Per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica solo Spagna, Portogallo e Grecia registrano una spesa inferiore a quella italiana, e ciò nonostante nel nostro paese l'incidenza percentuale di anziani (che come noto incidono in misura significativa sui consumi sanitari), risulti la più elevata di tutti i Paesi posti a confronto.

FIGURA 3 COSTI E RICAVI DEL SSN NEL DECENNIO 1999 - 2008

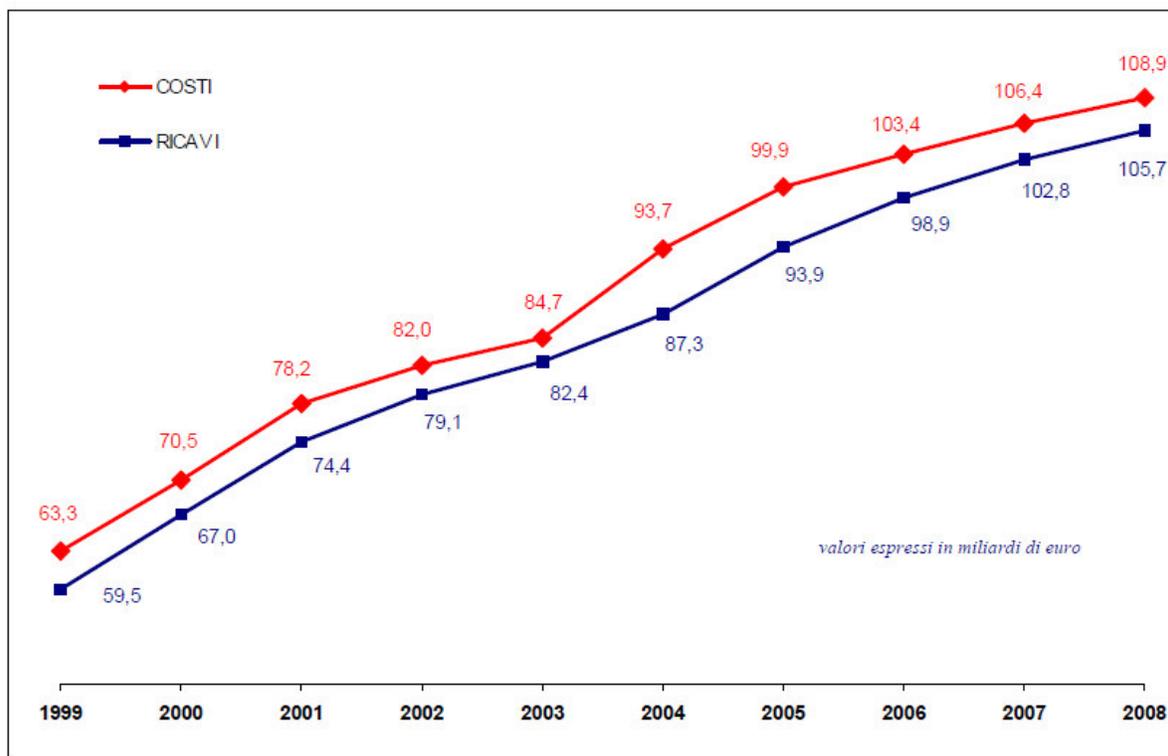
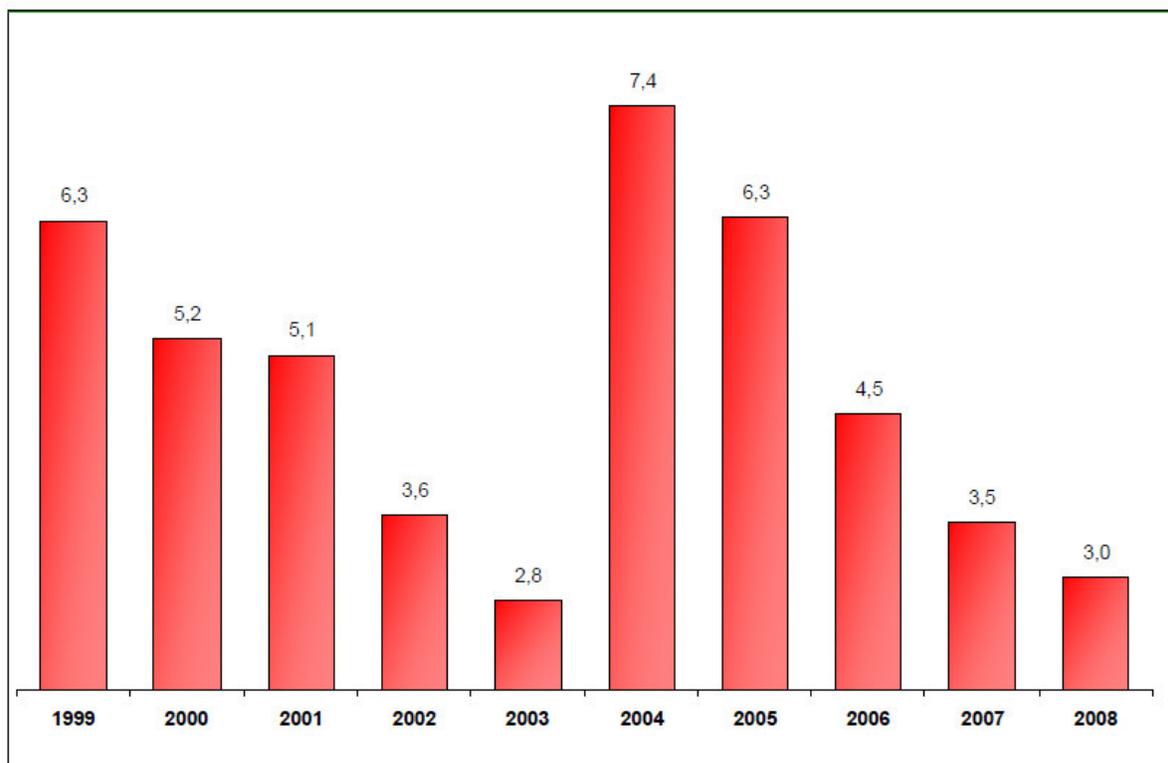


FIGURA 4 DISAVANZO PERCENTUALE DEL SSN NEL DECENNIO 1999 - 2008



Pur con tutte le cautele interpretative che valutazioni comparative di dati di sintesi richiedono, i dati considerati inducono a rispondere al quesito posto affermando che nel nostro Paese la spesa sanitaria non può ritenersi eccessiva, ma che semmai risultano insufficienti le risorse che è possibile investire nella tutela della salute. Uno dei motivi per cui risulta difficile destinare maggiori risorse al settore sanitario deve essere ricercato nel peso che hanno, nell'economia nazionale, gli interessi passivi sul debito pubblico. A questo riguardo, dai dati riportati nella relazione generale sulla situazione economica del Paese si rileva che nel 2008 sono stati posti a carico del bilancio dello Stato 49,0 miliardi di euro quale cofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (ad integrazione del prelievo fiscale e contributivo, che affluisce direttamente alle tesorerie regionali, e delle altre entrate proprie delle Regioni), mentre nello stesso anno sono stati pagati 78,4 miliardi di euro a titolo di interessi sul debito. Anche se le recenti turbolenze dell'economia internazionale hanno determinato una rimessa in discussione degli stessi principi dell'economia, non può venir meno l'impegno sistematico di tutti i livelli istituzionali a tenere sotto controllo la spesa pubblica e le sue conseguenze sul debito, che secondo l'ultima rilevazione della Banca d'Italia ha raggiunto nel nostro Paese l'astronomica cifra di 1.752 miliardi di euro (dato relativo al giugno 2009, pubblicato sul supplemento al bollettino statistico della Banca d'Italia n. 41 del 12 agosto 2009).

A fronte di una cifra simile l'impegno di tutti i livelli istituzionali nel ricondurre la gestione dei servizi pubblici entro i vincoli delle compatibilità macro economiche è un imperativo cogente, non a caso esplicitamente richiamato nella legge delega sul federalismo fiscale, che tra i principi ed i criteri direttivi che devono informare i decreti legislativi attuativi cita proprio *“la lealtà istituzionale tra tutti i livelli di governo ed il concorso di tutte le amministrazioni pubbliche al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica nazionale, in coerenza con i vincoli posti dall'Unione Europea e dai trattati internazionali”*

Questo imperativo è ineludibile proprio perché i disavanzi di gestione di una qualsiasi amministrazione pubblica vanno ad incrementare un debito pubblico nazionale che per le dimensioni abnormi raggiunte condiziona in modo negativo lo sviluppo e la crescita del Paese.

FIGURA 5 SPESA SANITARIA PRO CAPITE - ANNO 2007

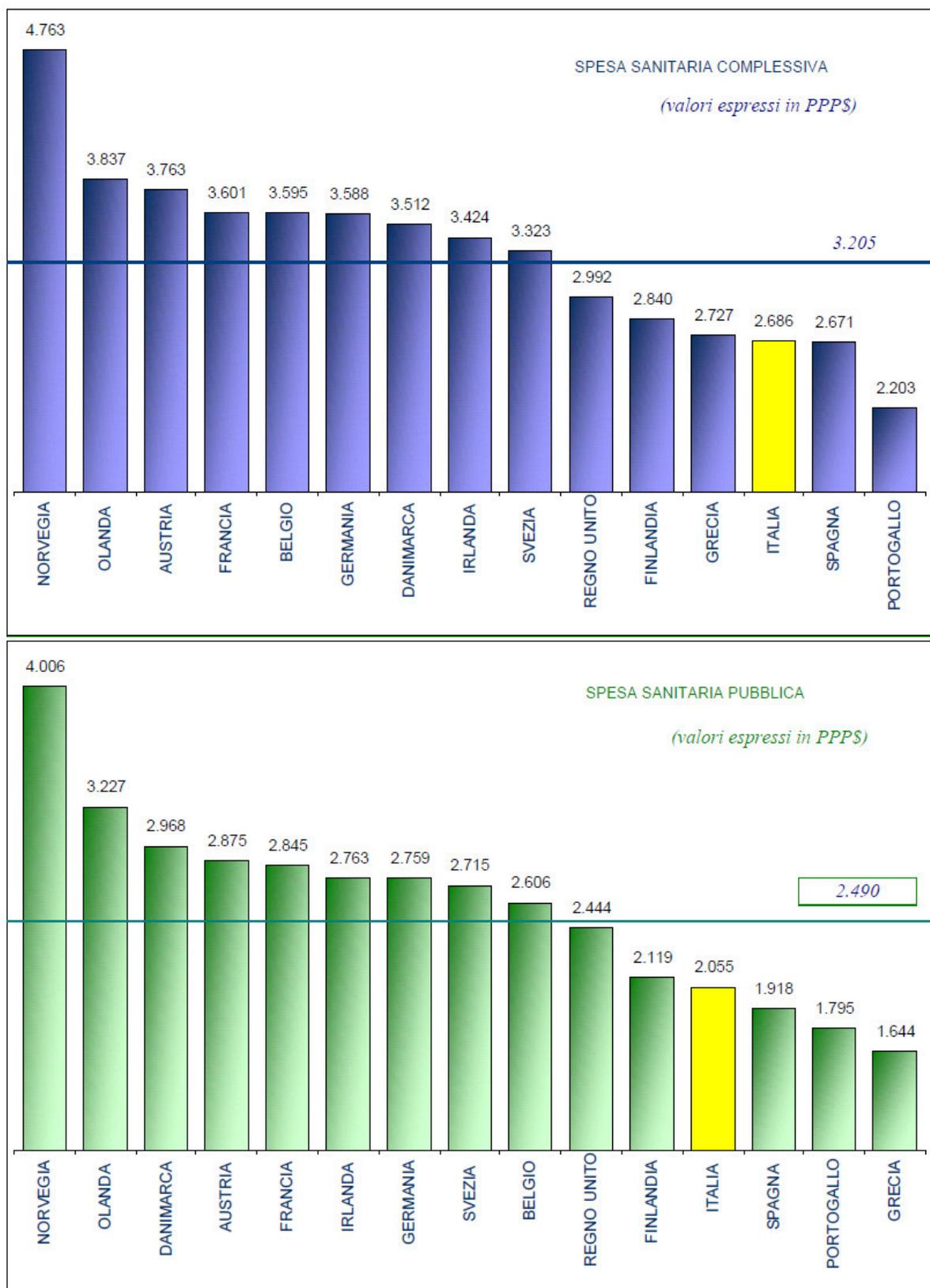


FIGURA 6 SPESA SANITARIA SUL PIL - ANNO 2007



FIGURA 7 INCIDENZA DELLA SPESA PUBBLICA SULLA SPESA SANITARIA COMPLESSIVA - ANNO 2007

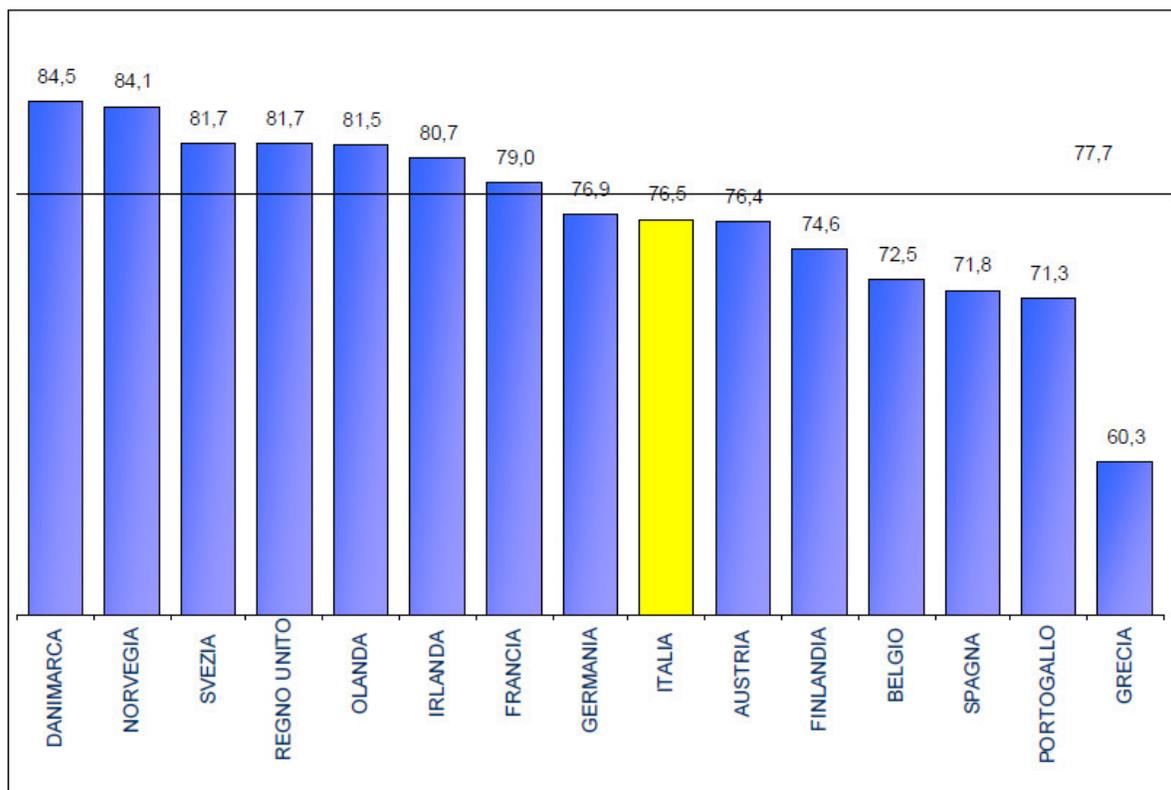
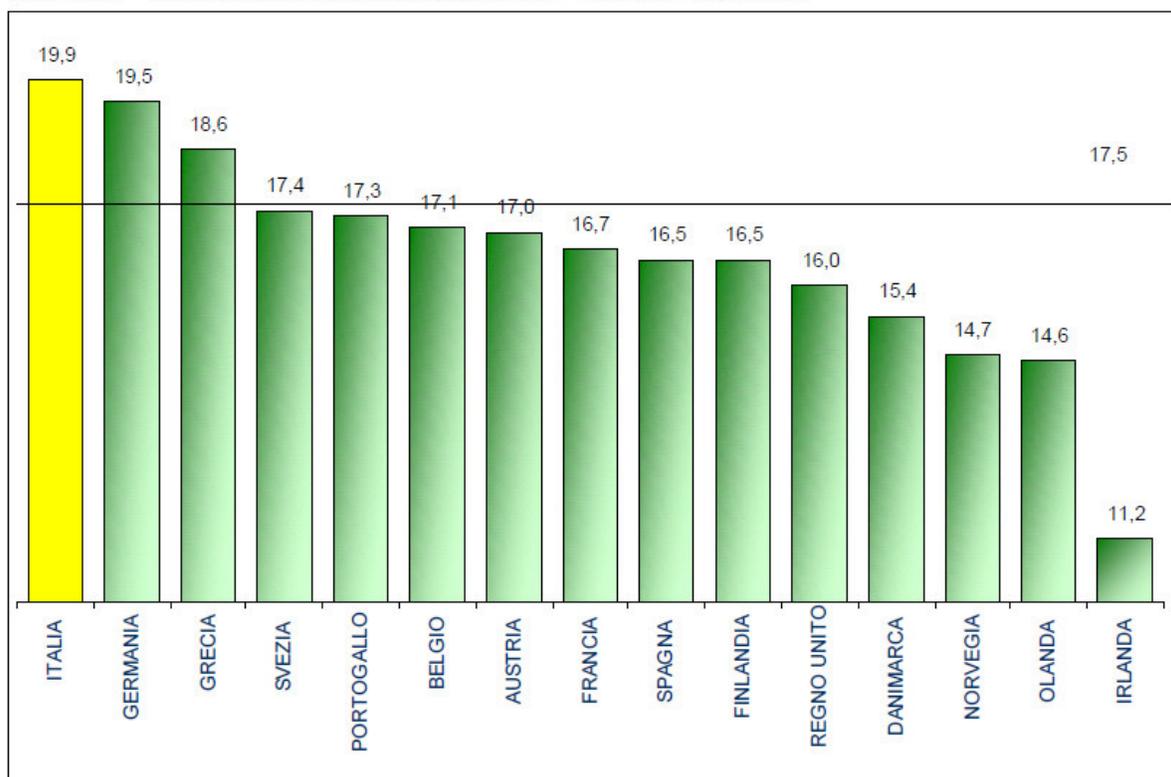


FIGURA 8 PERCENTUALE DI PERSONE DI ETÀ &gt;=65 ANNI - ANNO 2007



## LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEI DIVERSI SISTEMI REGIONALI

Per quanto concerne il settore sanitario il superamento della spesa storica, che la legge delega 5 maggio 2009, n. 42 indica come uno dei principi fondanti l'assetto federalista, risulta intrinsecamente definito nei criteri di finanziamento del servizio sanitario nazionale introdotti dalla normativa di riordino dello stesso (dalla legge delega 23 ottobre 1992, n. 421, ai decreti legislativi 502/1992, 517/1993, 229/1999 che ne costituiscono la concreta attuazione).

Tali criteri non sono stati uniformemente applicati nelle diverse realtà regionali, che sulla base dell'autonomia legislativa in questo ambito ad esse attribuita hanno disciplinato in maniera molto differenziata sia l'articolazione in aziende territoriali ed ospedaliere, sia i criteri di finanziamento delle stesse.

A queste differenze sono in parte riconducibili i diversi risultati conseguiti nelle diverse realtà regionali per quanto concerne la sostenibilità economica dei servizi sanitari, sostenibilità di per sé difficile stante l'incremento per certi versi incompressibile della spesa sanitaria, e che non tutte le Regioni sono state capaci di garantire, come dimostrano i dati riportati nelle tavole 1 – 4.

Analizzando i dati riportati in tavola 3 si constata che nel decennio 1999 – 2008 il Servizio Sanitario Nazionale ha accumulato un disavanzo complessivo di 40,1 miliardi di euro e che a questo importo le diverse realtà territoriali, pur avendo tutte (tranne due, la Regione Friuli e la Provincia autonoma di Bolzano) contribuito a quel disavanzo, lo hanno fatto in misura molto differenziata, con un apporto relativo di gran lunga più elevato in tre Regioni (Lazio, Campania e Sicilia) che nel decennio considerato sono state da sole responsabili del 65% del disavanzo complessivo.

Limitando l'analisi ai risultati di esercizio del solo 2008 (tavola 4) queste stesse tre Regioni da sole sono responsabili del 73,7% del disavanzo nazionale, incidenza che sale al 90% (per l'esattezza all'89,5%) considerando anche la Regione Puglia e la Regione Calabria. L'interpretazione di questo dato è di tutta evidenza, e sta ad indicare il fatto che molte Regioni, operando interventi di ristrutturazione organizzativa ed istituzionale di ampia portata, hanno progressivamente azzerato disavanzi che erano stati, nei primi anni del periodo osservato, anche piuttosto consistenti (nella tavola 4 le Regioni che contribuiscono al disavanzo nazionale complessivo si riducono a 13, rispetto alle 19 registrate in tavola 3, il che di converso significa che nel 2008 8 Regioni hanno chiuso i loro bilanci in pareggio (come si legge in tavola 2).

TAVOLA 1 RISULTATI DI ESERCIZIO PER REGIONE - DATI CUMULATIVI NEL DECENNIO 1999 - 2008

	<i>costi</i>	<i>ricavi</i>	<i>saldo mobilità</i>	<i>risultato di esercizio</i>	
BOLZANO	9.132,195	9.222,937	58,215	90,742	1,0
FRIULI	18.444,341	18.565,170	170,125	120,829	0,7
TRENTO	8.266,917	8.225,391	-124,145	-41,526	-0,5
LOMBARDIA	136.584,249	135.517,464	3.888,571	-1.066,785	-0,8
TOSCANA	55.401,964	54.905,108	908,186	-496,857	-0,9
EMILIA ROMAGNA	65.458,361	64.753,857	2.562,710	-704,504	-1,1
UMBRIA	13.022,220	12.879,148	212,985	-143,072	-1,1
VENETO	69.914,605	68.778,430	1.045,932	-1.136,176	-1,7
PIEMONTE	67.651,867	65.875,967	-132,799	-1.775,900	-2,7
BASILICATA	8.596,276	8.364,861	-484,179	-231,415	-2,8
MARCHE	22.452,389	21.744,147	-344,224	-708,241	-3,3
PUGLIA	57.645,246	55.759,623	-1.324,831	-1.885,623	-3,4
VALLE D'AOSTA	2.238,953	2.158,889	-140,696	-80,064	-3,7
CALABRIA	29.400,303	28.081,522	-1.913,947	-1.318,781	-4,7
LIGURIA	26.843,712	25.635,153	-42,670	-1.208,559	-4,7
SARDEGNA	24.218,671	22.711,568	-511,054	-1.507,103	-6,6
SICILIA	73.962,176	69.171,731	-1.942,424	-4.790,444	-6,9
ABRUZZO	19.923,979	18.531,021	93,082	-1.392,958	-7,5
CAMPANIA	86.180,465	77.969,280	-2.578,156	-8.211,184	-10,5
MOLISE	5.261,351	4.741,005	35,728	-520,346	-11,0
LAZIO	90.399,896	77.490,731	563,591	-12.909,165	-16,7
<b>TOTALE</b>	891.000,135	851.083,003	0,000	-39.917,132	-4,7

fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

valori assoluti espressi in milioni di euro

TAVOLA 2 COSTI, RICAVI E RISULTATO DI ESERCIZIO DEL SSN PER REGIONE NELL'ANNO 2008

	popolazione	costi		ricavi		risultato di esercizio	
		TOTALE	pro capite	TOTALE	pro capite	TOTALE	pro capite
BOLZANO	493.910	1.116,169	2.259,86	1.131,208	2.290,31	15,039	30,4
UMBRIA	884.450	1.574,463	1.780,16	1.591,163	1.799,04	16,700	18,9
MARCHE	1.553.063	2.732,279	1.759,28	2.751,087	1.771,39	18,808	12,1
TOSCANA	3.677.048	6.813,115	1.852,88	6.852,389	1.863,56	39,274	10,7
FRIULI	1.222.061	2.361,939	1.932,75	2.369,553	1.938,98	7,614	6,2
VENETO	4.832.340	8.651,888	1.790,41	8.668,063	1.793,76	16,175	3,3
LOMBARDIA	9.642.406	16.904,327	1.753,12	16.925,503	1.755,32	21,176	2,2
EMILIA ROMAGNA	4.275.802	8.125,311	1.900,30	8.132,504	1.901,98	7,193	1,7
PIEMONTE	4.401.266	8.256,846	1.876,02	8.259,467	1.876,61	2,621	0,6
TRENTO	513.357	1.019,597	1.986,14	1.017,471	1.981,99	-2,126	-4,1
SARDEGNA	1.665.617	2.909,171	1.746,60	2.871,373	1.723,91	-37,798	-22,7
BASILICATA	591.001	1.059,384	1.792,52	1.033,579	1.748,86	-25,805	-43,7
CALABRIA	2.007.707	3.567,337	1.776,82	3.453,752	1.720,25	-113,585	-56,6
SICILIA	5.029.683	8.640,063	1.717,81	8.308,314	1.651,86	-331,749	-66,0
ABRUZZO	1.323.987	2.372,893	1.792,23	2.285,098	1.725,92	-87,795	-66,3
LIGURIA	1.609.822	3.242,837	2.014,41	3.133,358	1.946,40	-109,479	-68,0
CAMPANIA	5.811.390	10.152,843	1.747,06	9.656,213	1.661,60	-496,630	-85,5
PUGLIA	4.076.546	7.266,372	1.782,48	6.851,977	1.680,83	-414,395	-101,7
VALLE D'AOSTA	125.979	281,402	2.233,72	266,032	2.111,72	-15,370	-122,0
MOLISE	320.838	657,233	2.048,49	584,036	1.820,35	-73,197	-228,1
LAZIO	5.561.017	11.219,937	2.017,61	9.581,132	1.722,91	-1.638,805	-294,7
<b>TOTALE</b>	59.619.290	108.925,406	1.827,02	105.723,272	1.773,31	-3.202,134	-53,7

i valori complessivi dei costi e dei ricavi sono espressi in milioni di euro; i valori pro capite sono espressi in euro

fonte: MINISTERO DELLA SALUTE

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

TAVOLA 3 Incidenza sul disavanzo del SSN dei disavanzi regionali cumulati nel decennio 1999 - 2008

	costi	ricavi	disavanzo	incidenza	
				%	%cum
LAZIO	90.399,896	77.490,731	12.909,165	32,2	32,2
CAMPANIA	86.180,465	77.969,280	8.211,184	20,5	52,6
SICILIA	73.962,176	69.171,731	4.790,444	11,9	64,6
PUGLIA	57.645,246	55.759,623	1.885,623	4,7	69,3
PIEMONTE	67.651,867	65.875,967	1.775,900	4,4	73,7
SARDEGNA	24.218,671	22.711,568	1.507,103	3,8	77,4
ABRUZZO	19.923,979	18.531,021	1.392,958	3,5	80,9
CALABRIA	29.400,303	28.081,522	1.318,781	3,3	84,2
LIGURIA	26.843,712	25.635,153	1.208,559	3,0	87,2
VENETO	69.914,605	68.778,430	1.136,176	2,8	90,0
LOMBARDIA	136.584,249	135.517,464	1.066,785	2,7	92,7
MARCHE	22.452,389	21.744,147	708,241	1,8	94,5
EMILIA ROMAGNA	65.458,361	64.753,857	704,504	1,8	96,2
MOLISE	5.261,351	4.741,005	520,346	1,3	97,5
TOSCANA	55.401,964	54.905,108	496,857	1,2	98,8
BASILICATA	8.596,276	8.364,861	231,415	0,6	99,3
UMBRIA	13.022,220	12.879,148	143,072	0,4	99,7
VALLE D'AOSTA	2.238,953	2.158,889	80,064	0,2	99,9
TRENTO	8.266,917	8.225,391	41,526	0,1	100,0
<b>TOTALE</b>	863.423,599	823.294,895	40.128,704	100,000	100,000

valori assoluti espressi in milioni di euro

sono escluse da questa tavola le regioni che hanno riportato cumulativamente nel decennio un saldo positivo  
per questo il saldo a livello nazionale non coincide con quello risultante nella tavola in cui sono riportate tutte le regioni

fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

TAVOLA 4 Incidenza sul disavanzo del SSN dei disavanzi regionali relativi all'anno 2008

	costi	ricavi	disavanzo	incidenza	
				%	%cum
LAZIO	11.219,937	9.581,132	-1.638,805	49,0	49,0
CAMPANIA	10.152,843	9.656,213	-496,630	14,8	63,8
PUGLIA	7.266,372	6.851,977	-414,395	12,4	76,2
SICILIA	8.640,063	8.308,314	-331,749	9,9	86,1
CALABRIA	3.567,337	3.453,752	-113,585	3,4	89,5
LIGURIA	3.242,837	3.133,358	-109,479	3,3	92,8
ABRUZZO	2.372,893	2.285,098	-87,795	2,6	95,4
MOLISE	657,233	584,036	-73,197	2,2	97,6
SARDEGNA	2.909,171	2.871,373	-37,798	1,1	98,7
BASILICATA	1.059,384	1.033,579	-25,805	0,8	99,5
VALLE D'AOSTA	281,402	266,032	-15,370	0,5	99,9
TRENTO	1.019,597	1.017,471	-2,126	0,1	100,0
<b>TOTALE</b>	52.389,069	49.042,335	-3.346,734	100,0	100,0

valori assoluti espressi in milioni di euro

sono escluse da questa tavola le regioni che hanno riportato nell'anno 2008 un saldo positivo

per questo il saldo a livello nazionale non coincide con quello risultante nella tavola in cui sono riportate tutte le regioni

FIGURA 9 APPORTO % AL DISAVANZO DEL SSN CUMULATO NEL DECENNIO 1999 - 2008

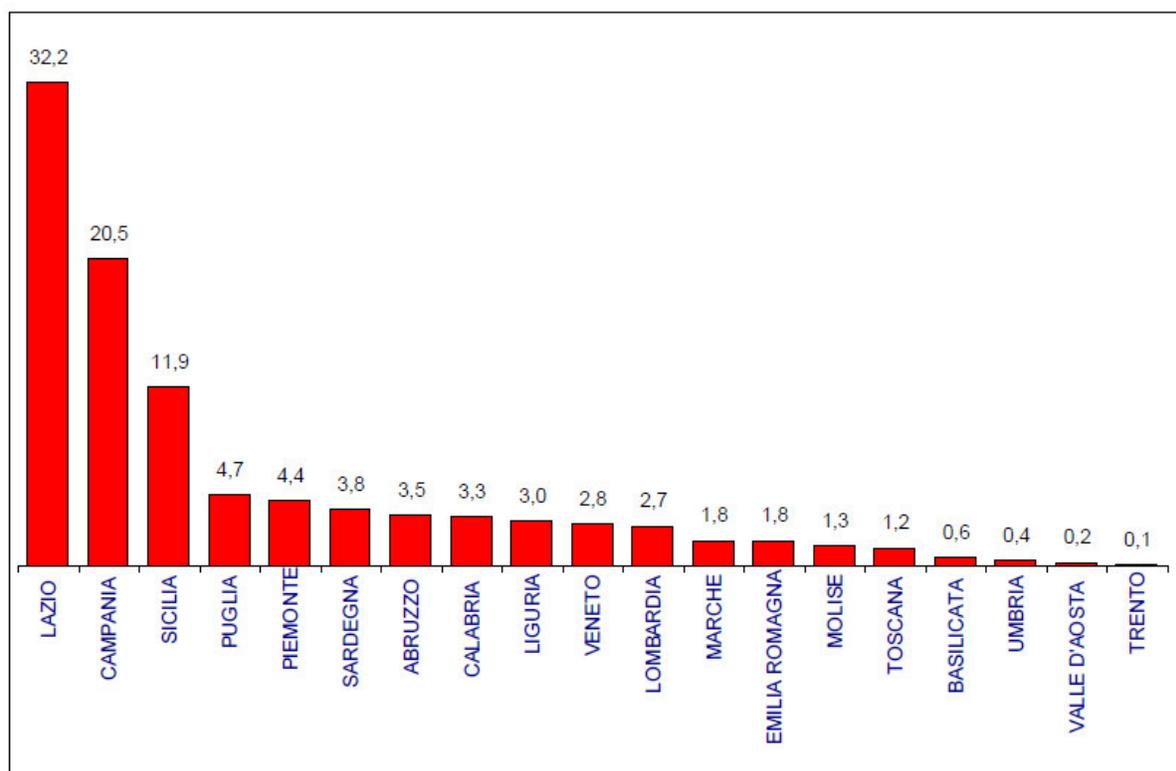
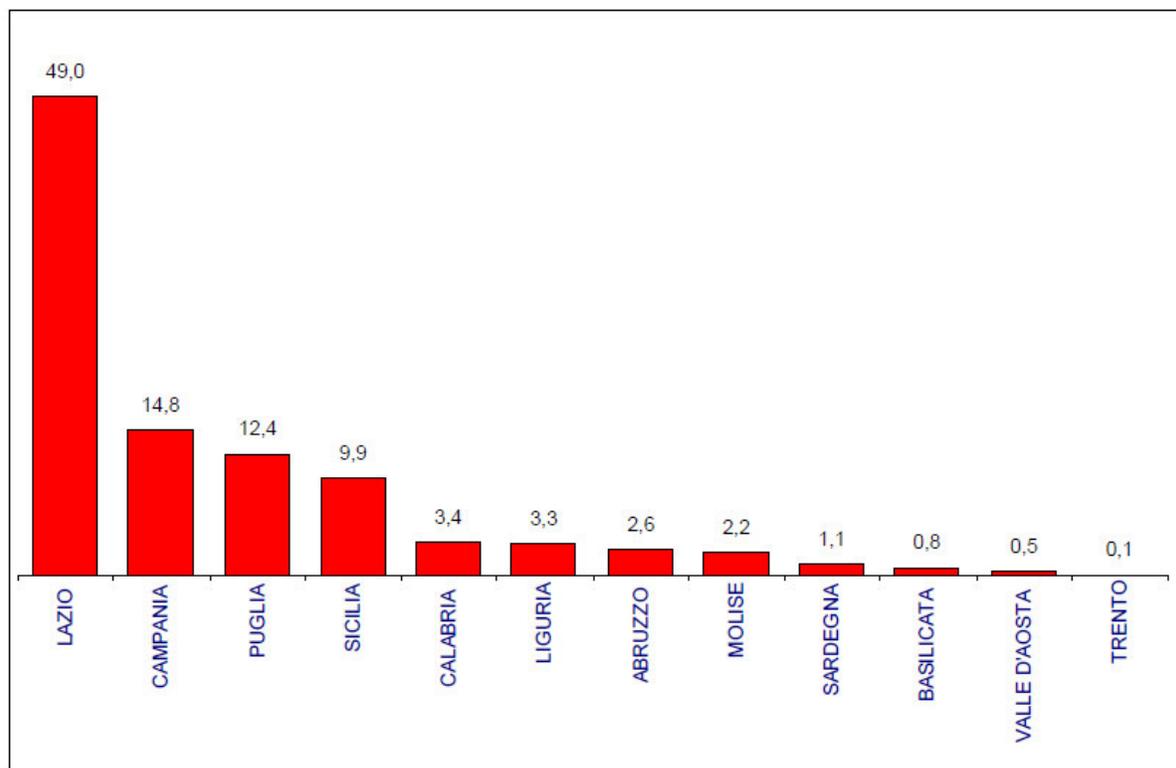


FIGURA 10 APPORTO % AL DISAVANZO DEL SSN RELATIVO ALL'ANNO 2008

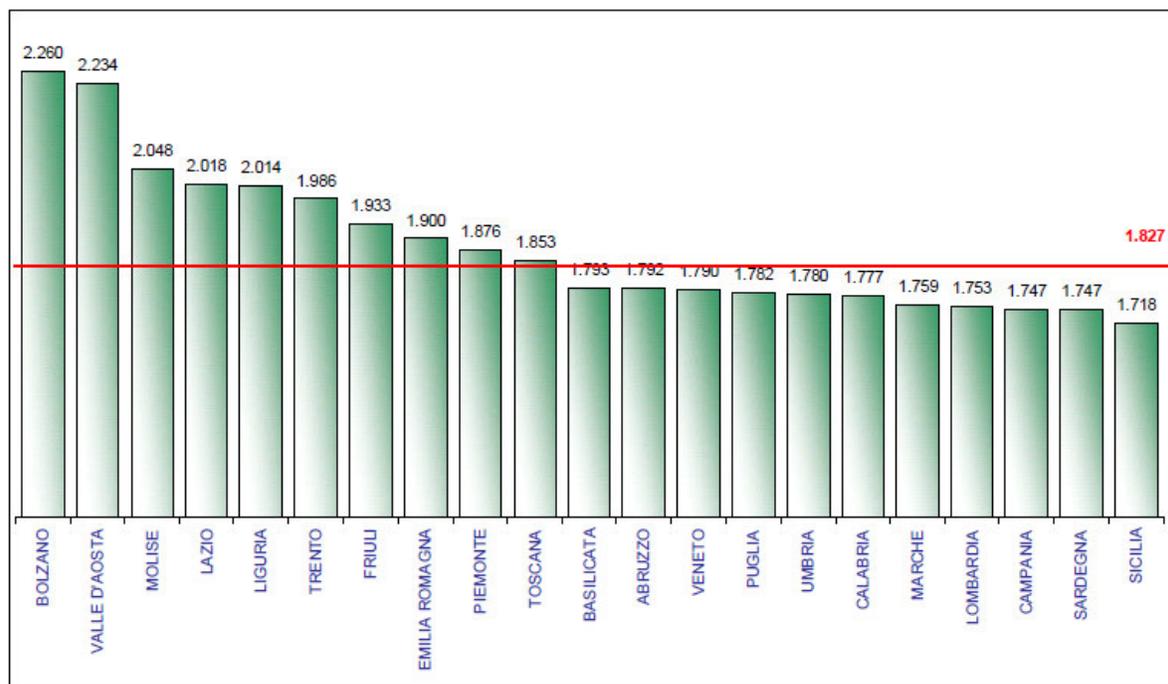


Ciò che sorprende, e che pone ulteriori interrogativi di non facile risposta, è che le Regioni che si sono rese responsabili degli apporti più rilevanti al disavanzo complessivo del SSN non necessariamente sono quelle che registrano i livelli di spesa in assoluto maggiori. Sicilia e Campania, che hanno contribuito da sole nel 2008 al 25% del disavanzo complessivo, sono le Regioni nelle quali la spesa sanitaria pro capite è più bassa di tutte le altre.

Tra le regioni che registrano i disavanzi più significativi decisamente più elevata del valore medio nazionale (2.018 euro, a fronte della media nazionale che è stata nel 2008 di 1.827 euro) è la spesa sanitaria pro capite della Regione Lazio, Regione che con un disavanzo di 1,639 miliardi di euro è responsabile da sola del 49% del disavanzo complessivo del SSN.

La variabilità interregionale della spesa sanitaria procapite è rappresentata, sempre con riferimento al 2008, nel grafico riprodotto in figura 11, dal quale si evince che a fronte di un valore medio nazionale pari a 1.827 euro pro capite ci sono realtà come la Provincia autonoma di Bolzano e la Regione Valle d'Aosta, nelle quali la spesa sanitaria annua pro capite è stata pari a 2.260 e 2.234 euro rispettivamente, e realtà come la Regione Campania e la Regione Sicilia in cui la spesa sanitaria annua pro capite è stata pari a 1.747 e 1.718 euro.

FIGURA 11 SPESA SANITARIA PER ABITANTE PER REGIONE NELL'ANNO 2008 (dati espressi in euro) valore medio nazionale 1.827

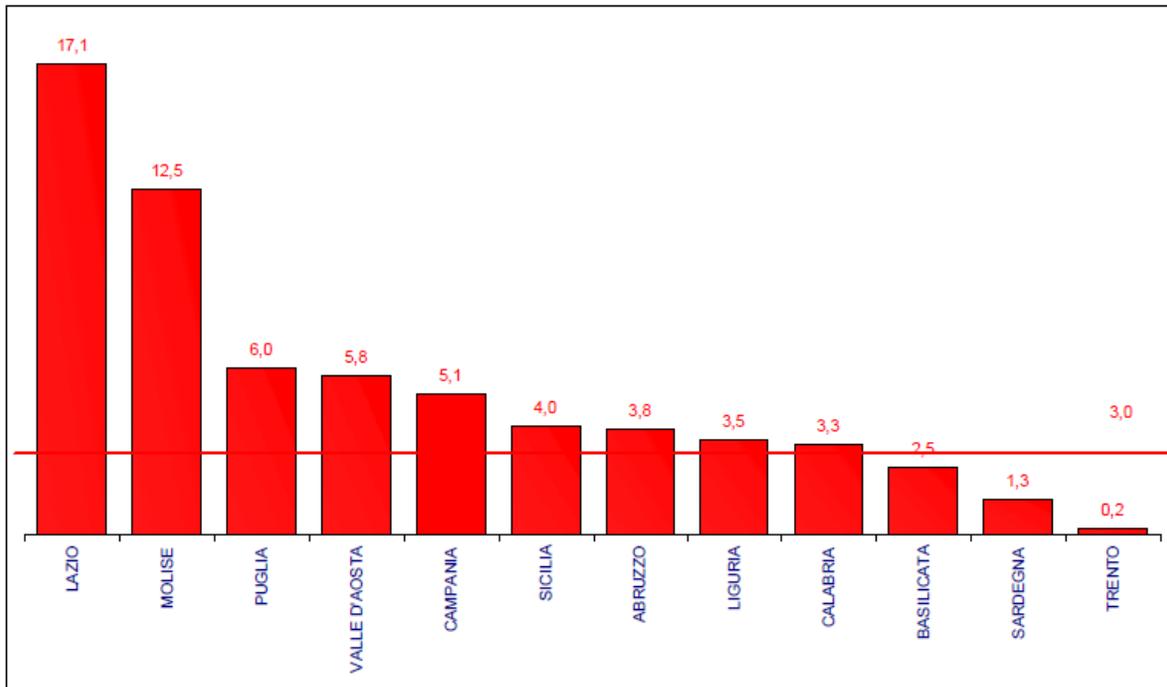


fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

FIGURA 12 DISAVANZO PERCENTUALE DEL SSN PER REGIONE NELL'ANNO 2008

valore medio nazionale 3,0



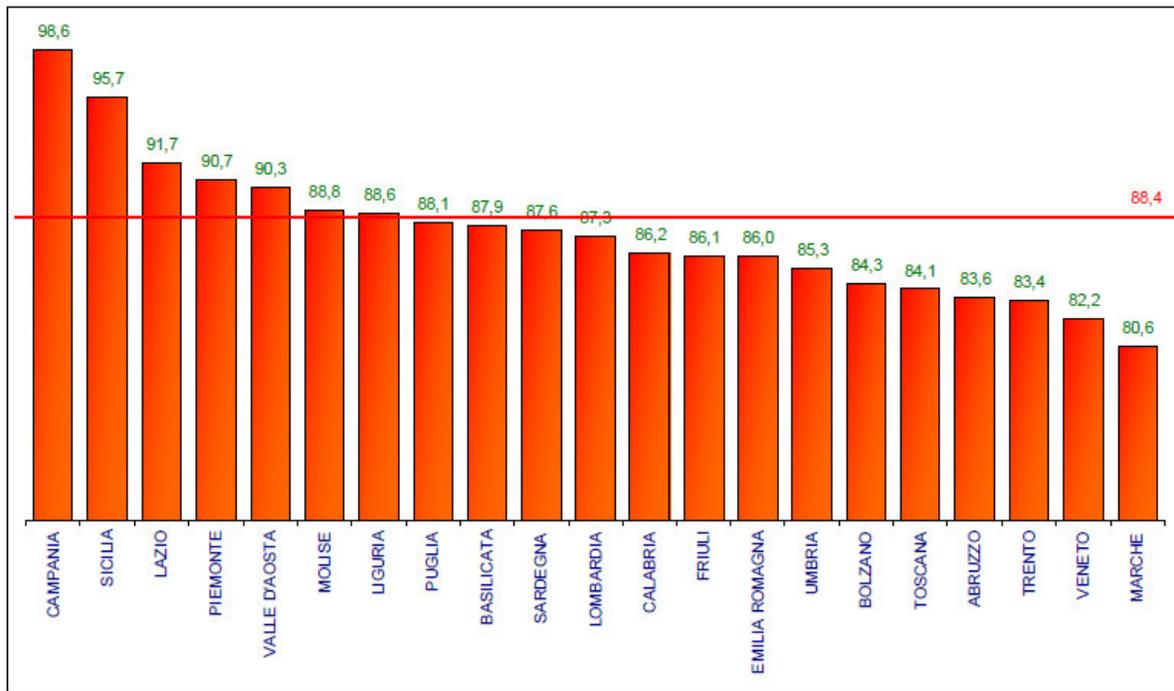
fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

A fronte di una così elevata variabilità interregionale della spesa sanitaria pro capite è parso opportuno verificare se ed in quale misura tale variabilità sia correlata alla variabilità di tre indicatori di sintesi delle condizioni epidemiologiche, demografiche e socio economiche della popolazione: l'indice standardizzato di mortalità, l'incidenza percentuale di anziani ed il prodotto interno lordo pro capite. Al fine di rendere più espressiva la rappresentazione grafica le variabili considerate sono state standardizzate rapportando al valore medio nazionale i valori registrati nelle diverse realtà regionali.

I grafici riprodotti in figura 14 ed in figura 16 sulla base di una prima analisi porterebbero ad affermare che tra le variabili considerate non esiste alcuna correlazione, ovvero che la quantità di risorse impegnate nelle diverse Regioni per dare risposta ai bisogni sanitari delle popolazioni in esse residenti è del tutto indipendente dall'intensità di quei bisogni. Il grafico di figura 18 evidenzia invece una se pur debole correlazione tra spesa sanitaria e prodotto interno pro capite, confermando una acquisizione consolidata secondo la quale la spesa sanitaria pro capite tende ad essere tanto maggiore quanto maggiore è la ricchezza disponibile.

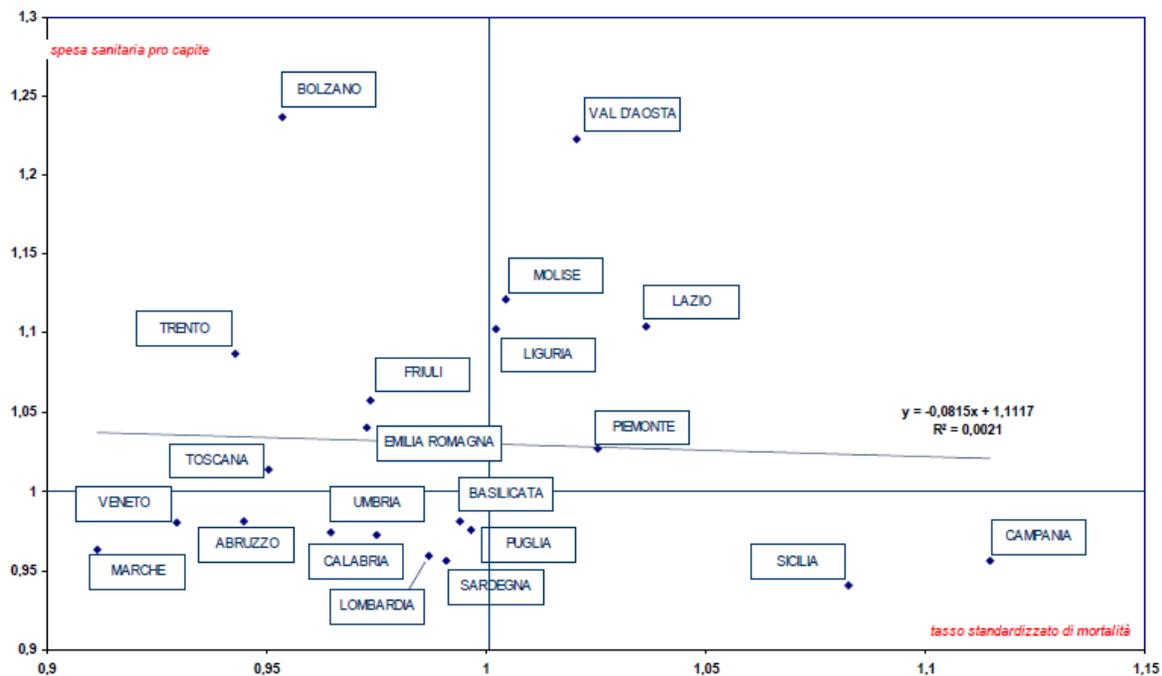
FIGURA 13 TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER REGIONE - DATI RELATIVI ALL'ANNO 2006



fonte: ISTAT

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

FIGURA 14 SPESA SANITARIA PER ABITANTE E TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER REGIONE - ANNO 2008

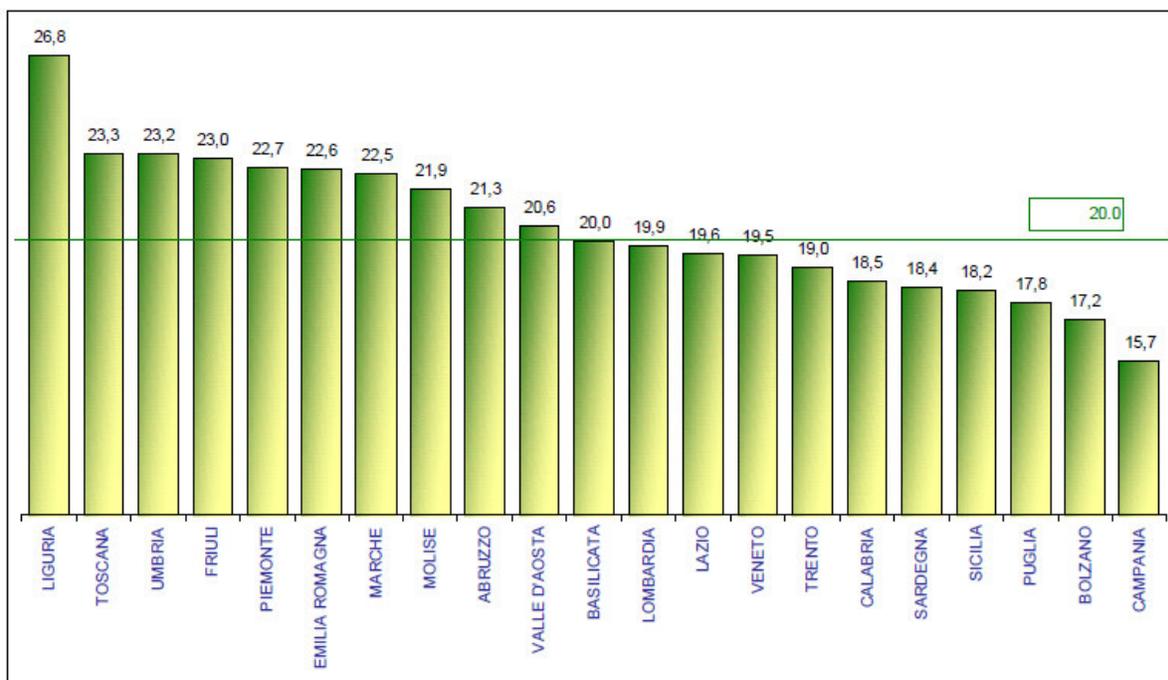


fonti: ISTAT, relazione generale sulla situazione economica del Paese

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

le variabili sono state indicizzate rapportando al valore medio nazionale i valori rilevati nelle diverse Regioni

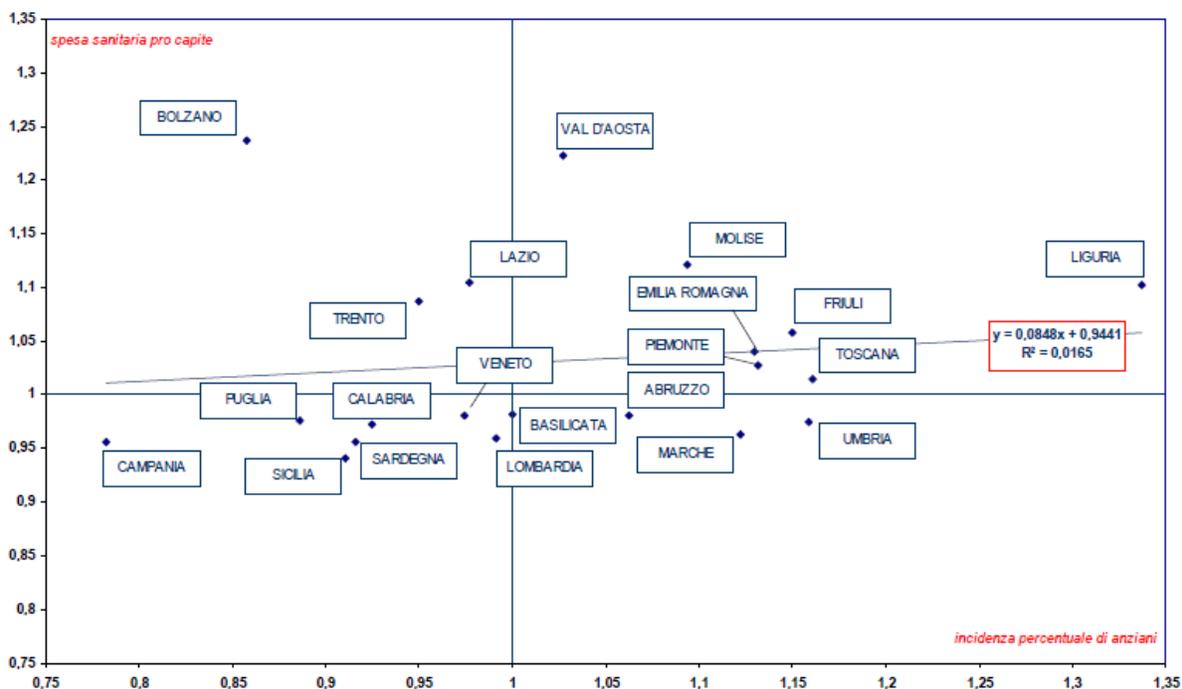
FIGURA 15 INCIDENZA PERCENTUALE DI ULTRA SESSANTACINQUENNI PER REGIONE - ANNO 2008



fonte: DEMO ISTAT

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

FIGURA 16 SPESA SANITARIA PER ABITANTE E INCIDENZA PERCENTUALE DI ANZIANI PER REGIONE - ANNO 2008



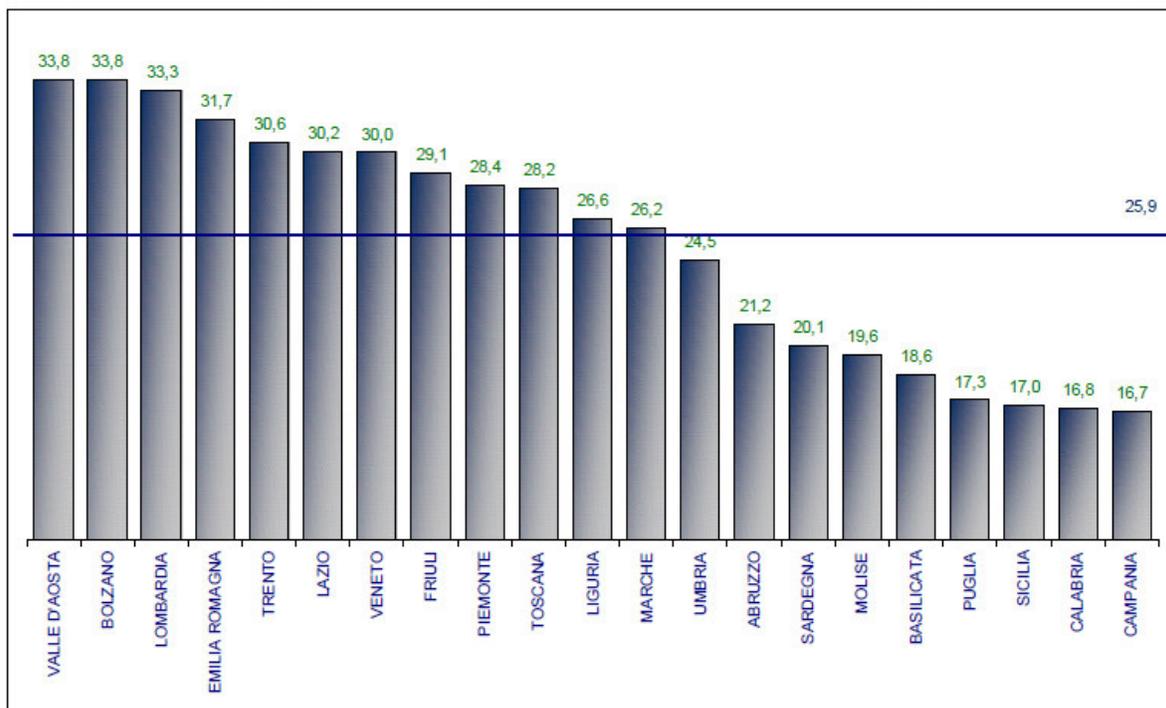
fonti: ISTAT, Relazione generale sulla situazione economica del Paese

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

le variabili sono state indicizzate rapportando al valore medio nazionale i valori rilevati nelle diverse Regioni

FIGURA 17 PRODOTTO INTERNO LORDO PRO CAPITE PER REGIONE - ANNO 2007

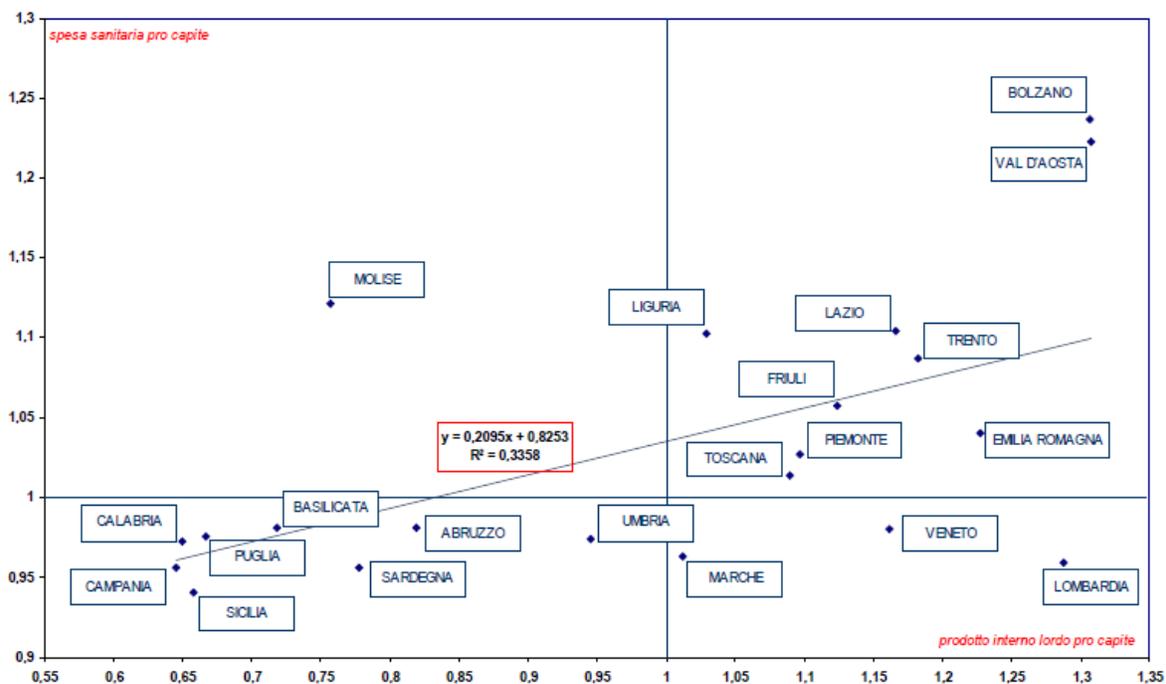
dati espressi in migliaia di euro



fonte: ISTAT

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

FIGURA 18 SPESA SANITARIA E PRODOTTO INTERNO LORDO PRO CAPITE PER REGIONE - ANNO 2008



fonti: ISTAT, relazione generale sulla situazione economica del Paese

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

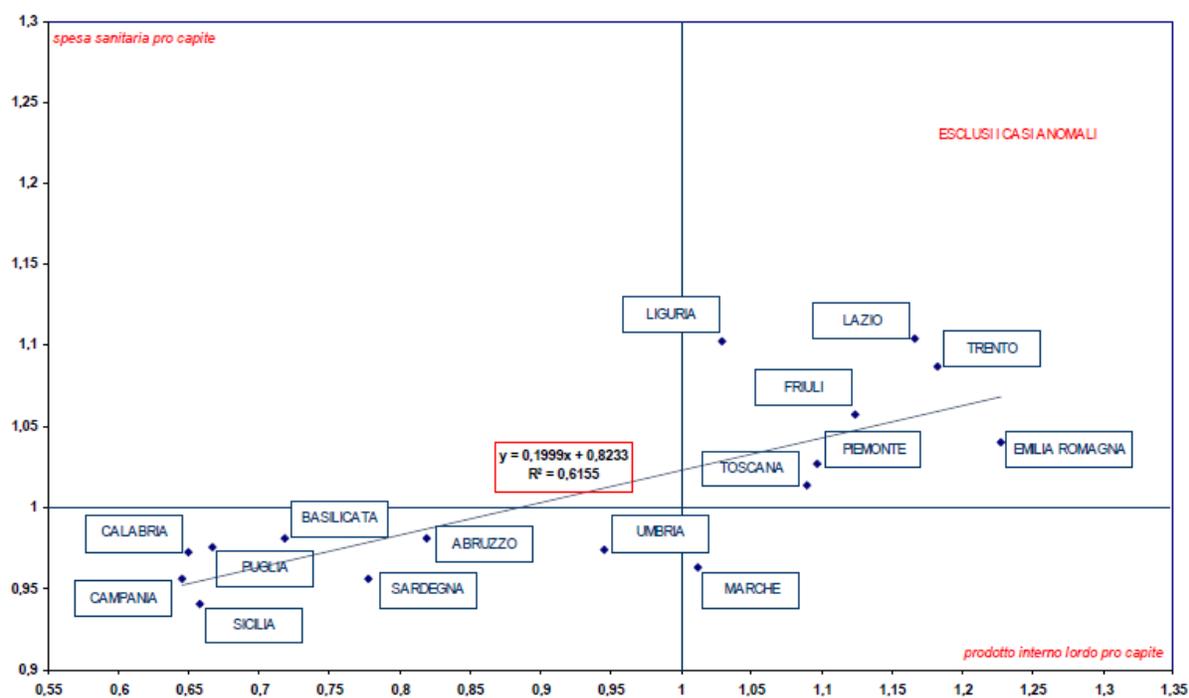
le variabili sono state indicizzate rapportando al valore medio nazionale i valori rilevati nelle diverse Regioni

Il fatto che la correlazione tra spesa sanitaria e prodotto interno pro capite risulti piuttosto debole deriva, come il grafico in figura 18 ben evidenzia, dall'effetto congiunto di due fenomeni:

- 1) i comportamenti di spesa in controtendenza della Regione Molise (che pur avendo un prodotto interno lordo pro capite decisamente inferiore al valore medio nazionale ha una spesa sanitaria pro capite più elevata della media nazionale) e delle regioni Veneto e Lombardia (dove la spesa sanitaria pro capite è inferiore al valore medio nazionale, nonostante il prodotto interno lordo pro capite sia sensibilmente maggiore del valore medio nazionale)
- 2) i valori particolarmente elevati che la spesa sanitaria pro capite presenta nella Provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta, che con valori pari a 2.260 e 2.234 euro pro capite registrano la spesa sanitaria pro capite più elevata di tutte le regioni italiane.

Eliminando dall'analisi le realtà indicate (che possono essere considerate "casi anomali") il coefficiente di determinazione  $R^2$  (figura 21) assume un valore indicativo di una effettiva interdipendenza tra le due variabili.

FIGURA 21 SPESA SANITARIA PER ABITANTE E PRODOTTO INTERNO LORDO PRO CAPITE PER REGIONE - ANNO 2008



Applicando lo stesso procedimento di eliminazione dei "casi anomali" (quelli nei quali il valore effettivo della variabile dipendente  $y$  si discosta in maniera significativa dal valore atteso) alla correlazione tra spesa sanitaria pro capite e tassi standardizzati di mortalità ed alla correlazione tra spesa sanitaria

pro capite ed incidenza percentuale di anziani la correlazione tra spesa sanitaria procapite e tassi standardizzati di mortalità si mantiene debole (figura 19), mentre assume una consistenza apprezzabile la correlazione tra spesa sanitaria pro capite ed incidenza percentuale di anziani (figura 20).

FIGURA 19 SPESA SANITARIA PER ABITANTE E TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER REGIONE - ANNO 2008

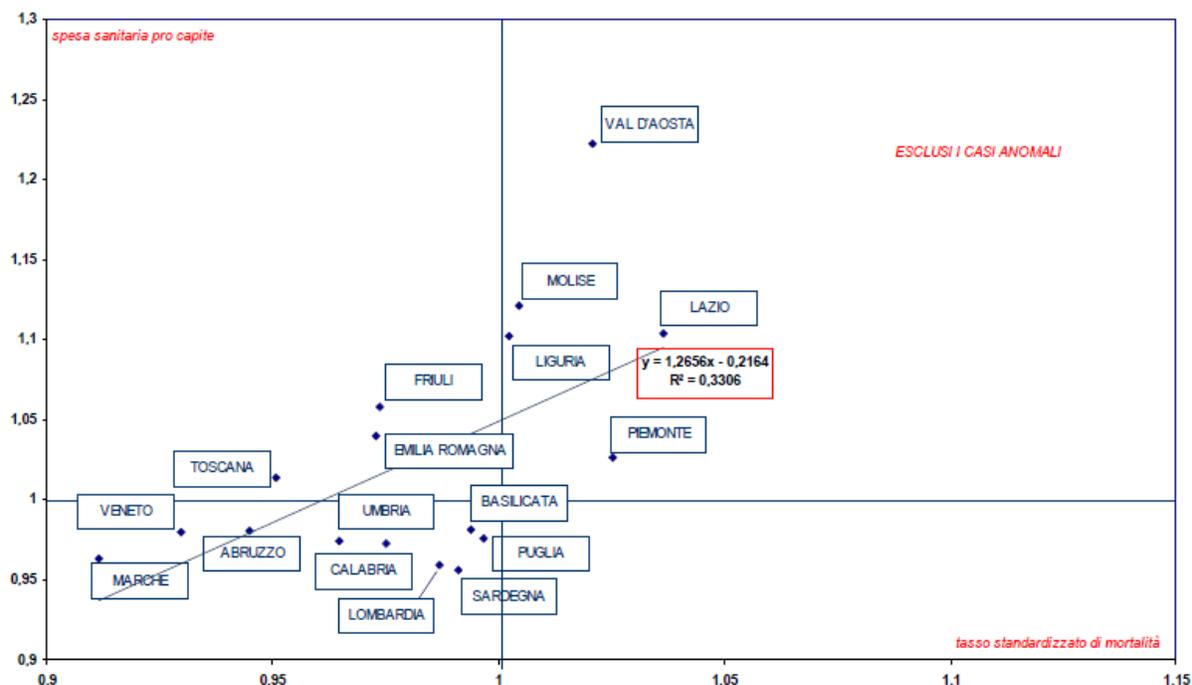
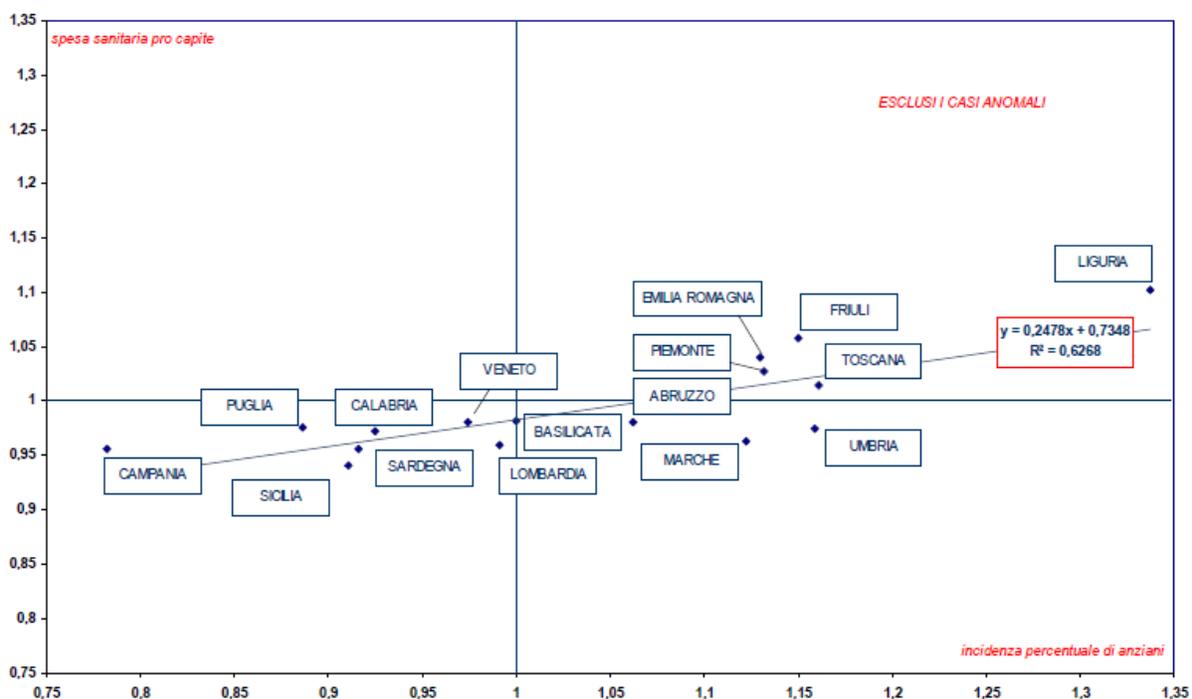


FIGURA 20 SPESA SANITARIA PER ABITANTE E INCIDENZA PERCENTUALE DI ANZIANI PER REGIONE - ANNO 2008



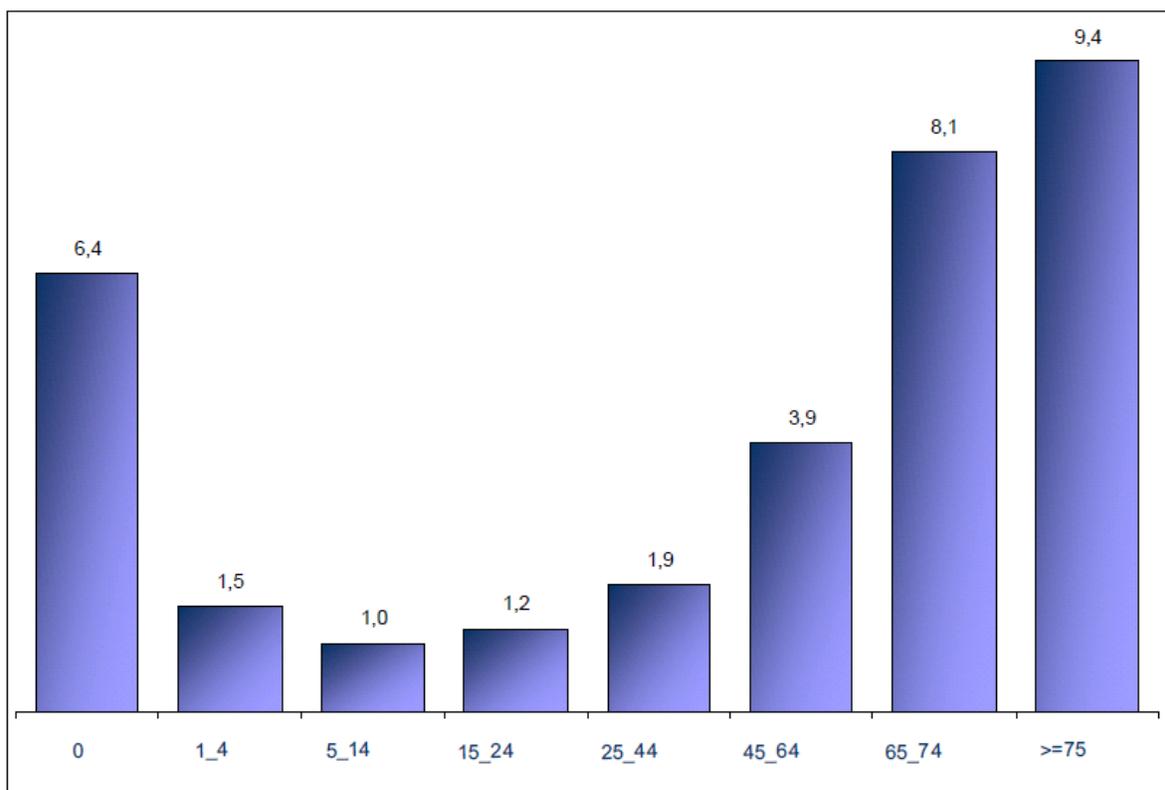
Interessante notare che nel caso della correlazione tra spesa sanitaria e tassi standardizzati di mortalità (figura 14) sono stati considerati come casi anomali le Province autonome di Trento e Bolzano (nelle quali si registra un valore della spesa sanitaria pro capite molto maggiore del valore medio nazionale, nonostante i relativi tassi standardizzati di mortalità risultino sensibilmente inferiori rispetto al valore medio nazionale), la Regione Valle d'Aosta, nella quale la spesa sanitaria pro capite registra un valore molto maggiore del valore atteso, e le Regioni Sicilia e Campania, nelle quali si registrano i tassi standardizzati di mortalità più elevati e la spesa sanitaria pro capite più bassa di tutte le altre Regioni.

Per quanto concerne invece la correlazione tra spesa sanitaria ed incidenza percentuale di anziani (figura 16) sono stati considerati come casi anomali le Regioni Lazio, Valle d'Aosta e Molise e le Province autonome di Trento e Bolzano, nelle quali la spesa sanitaria pro capite risulta decisamente più elevata di quella che sarebbe logico attendersi in relazione all'incidenza percentuale di anziani che in quelle stesse realtà si registra.

## APPLICABILITÀ AL SETTORE SANITARIO DEL FABBISOGNO STANDARD

I dati riportati nel grafico in figura 13 (tassi di mortalità standardizzati per età) e quelli riprodotti riportati in figura 15 (incidenza percentuale di persone che hanno più di 65 anni), inducono a ritenere improponibile parlare di fabbisogno standard di prestazioni sanitarie in contesti nei quali si registrano differenze così elevate di indicatori che non possono non essere correlati ai bisogni di assistenza sanitaria. L'indice standardizzato di mortalità, proprio perché standardizzato per età, e quindi reso indipendente dalla struttura per età della popolazione, può ritenersi un indicatore proxy dello stato di salute della popolazione. D'altro canto è noto che la domanda di prestazioni sanitarie aumenta in misura molto significativa con l'aumentare dell'età. I dati riportati nel grafico in figura 22 mostrano come nelle classi di età 65 – 74 e  $\geq 75$  anni i consumi di prestazioni sanitarie siano 8 – 9 volte maggiori di quelli registrati nella classe di età 5 – 14 anni, classe nella quale si registra il minor ricorso ai servizi sanitari.

FIGURA 22 INDICI DI PESO RELATIVI AI CONSUMI SANITARI PER CLASSI DI ETÀ



fonte: datawarehouse di un'azienda sanitaria

I dati sono stati desunti da una analisi effettuata utilizzando il datawarehouse di un'azienda sanitaria relativo a tutte le prestazioni erogate, a prescindere dalla tipologia e dalla collocazione della struttura di erogazione, nelle aree più significative (farmaceutica, specialistica ambulatoriale, ospedaliera, riabilitativa). Gli indici di peso sono stati costruiti rapportando ai costi unitari complessivi pro capite sostenuti nella classe di età 5 – 14 (nella quale l'indice di peso risulterà eguale ad 1) i costi unitari pro capite sostenuti nelle altre classi di età.

Partendo da queste basi non pare ragionevole ipotizzare che ad una Regione come la Liguria, nella quale la popolazione di età  $\geq 65$  anni rappresenta ben il 26,8 % del totale, possa applicarsi un fabbisogno standard di assistenza sanitaria eguale a quello applicabile alla regione Campania, nella quale l'incidenza percentuale di ultrasessantacinquenni è pari al 15,7%.

Nello specifico settore sanitario il fabbisogno standard non può essere definito come uniforme distribuzione delle prestazioni erogate e delle risorse necessarie per erogarle, ma piuttosto come distribuzione delle risorse che garantisca eguali opportunità di accesso alle prestazioni necessarie, ferme restando le differenze che in termini epidemiologici e demografici connotano le diverse realtà regionali. Non ha senso ad esempio fissare un tasso standard di ospedalizzazione o una dotazione standard di posti letto per mille abitanti indifferenziati nelle diverse realtà territoriali, proprio perché in esse si manifestano condizioni di salute molto diverse, che richiedono una diversa modulazione delle risposte possibili ai conseguenti bisogni assistenziali.

Il problema non è certo di facile soluzione, e questo scritto non ha la pretesa di indicare soluzioni semplicistiche, ma solo sottolineare l'esigenza di una riflessione adeguata, supportata da un serio impegno di ricerca finalizzato ad approfondire i complessi meccanismi di trasformazione del bisogno sanitario in domanda espressa di prestazioni.

Per quanto concerne l'attuale disponibilità di risorse per l'assistenza sanitaria e la distribuzione delle stesse tra le diverse realtà territoriali l'analisi complessivamente sviluppata induce a formulare due ipotesi:

- 1) la prima è che le risorse disponibili per la spesa sanitaria pubblica siano inadeguate rispetto alle esigenze effettive. Questa ipotesi scaturisce dall'osservazione che nel nostro Paese la spesa sanitaria pubblica pro capite è molto al di sotto della media europea, nonostante si registri in Italia l'incidenza percentuale più elevata di anziani, e pare confermata dal fatto che nel nostro Paese risulta più elevata della media europea l'incidenza percentuale della spesa sanitaria privata

- 2) la seconda è che le risorse disponibili siano distribuite tra le diverse Regioni in modo non adeguatamente correlato con i bisogni sanitari che si esprimono nelle diverse realtà regionali. Inducono a formulare questa ipotesi le incongruenze osservate nell'analisi della correlazione tra spesa sanitaria pro capite e indicatori proxy dei bisogni sanitari, quali sicuramente sono l'indice standardizzato di mortalità e l'incidenza percentuale di anziani.

Sulla base di queste ipotesi di lavoro si è sviluppata una simulazione, finalizzata a verificare quali sarebbero stati nel 2008 i risultati di esercizio conseguiti nelle diverse realtà regionali mantenendo inalterati i costi sostenuti e ridistribuendo risorse pari ai costi complessivamente sostenuti (azzerando così il disavanzo nazionale complessivo) sulla base di un meccanismo così strutturato: l'85% delle risorse distribuite sulla base della popolazione pesata applicando alle diverse classi di età i coefficienti di peso riportati in figura 22, il 5% delle risorse distribuite sulla base della popolazione pesata secondo i tassi di mortalità standardizzati (trasformati in indici di peso rapportando il tasso di mortalità registrato in ciascuna Regione al tasso medio nazionale), il 10% delle risorse distribuite sulla base della popolazione grezza.

I risultati di questa simulazione (tavola 5) evidenziano i seguenti aspetti:

- 1) tutte le Regioni avrebbero, grazie alla maggiore disponibilità complessiva di risorse ipotizzata nella simulazione, maggiori risorse, fatta eccezione per la Regione Valle d'Aosta e per le Province autonome di Trento e Bolzano, realtà per le quali i criteri adottati nella simulazione effettuata comporterebbero una significativa riduzione delle risorse disponibili (particolarmente significativa nella provincia autonoma di Bolzano);
- 2) tra le Regioni che hanno riportato nel 2008 un risultato di esercizio positivo la diversa distribuzione delle risorse ipotizzata comporterebbe un risultato ancora migliore, ad eccezione della provincia autonoma di Bolzano, in cui si registrerebbe un significativo disavanzo per l'effetto congiunto di una spesa sanitaria pro capite molto elevata e della riduzione di risorse conseguente all'applicazione dei criteri adottati nella simulazione;
- 3) tra le Regioni che hanno riportato nel 2008 un risultato di esercizio negativo avrebbero un risultato di esercizio di segno opposto le Regioni Sicilia, Sardegna, Liguria, Basilicata ed Abruzzo
- 4) tra le Regioni che hanno riportato nel 2008 un risultato di esercizio negativo manterrebbero un risultato negativo, anche se percentualmente ridotto grazie alla maggiore disponibilità di risorse, le Regioni Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Molise.

TAVOLA 5 simulazione effettuata ripartendo risorse pari ai costi 2008 sulla popolazione pesata per età e per mortalità

	RICAVI			COSTI	RISULTATI DI ESERCIZIO	
	effettivi	teorici	differenza		effettivi	teorici
PIEMONTE	8.259,467	8.466,952	207,485	8.256,846	2,621	210,106
VALLE D'AOSTA	266,032	234,131	-31,901	281,402	-15,370	-47,271
LOMBARDIA	16.925,503	17.609,308	683,805	16.904,327	21,176	704,981
BOLZANO	1.131,208	847,344	-283,864	1.116,169	15,039	-268,825
TRENTO	1.017,471	921,404	-96,067	1.019,597	-2,126	-98,193
VENETO	8.668,063	8.754,826	86,763	8.651,888	16,175	102,938
FRIULI	2.369,553	2.366,068	-3,485	2.361,939	7,614	4,129
LIGURIA	3.133,358	3.304,310	170,952	3.242,837	-109,479	61,473
EMILIA ROMAGNA	8.132,504	8.194,023	61,519	8.125,311	7,193	68,712
TOSCANA	6.852,389	7.118,806	266,417	6.813,115	39,274	305,691
UMBRIA	1.591,163	1.706,134	114,971	1.574,463	16,700	131,671
MARCHE	2.751,087	2.945,455	194,368	2.732,279	18,808	213,176
LAZIO	9.581,132	10.119,957	538,825	11.219,937	-1.638,805	-1.099,980
ABRUZZO	2.285,098	2.461,387	176,289	2.372,893	-87,795	88,494
MOLISE	584,036	603,500	19,464	657,233	-73,197	-53,733
CAMPANIA	9.656,213	9.743,311	87,098	10.152,843	-496,630	-409,532
PUGLIA	6.851,977	7.096,347	244,370	7.266,372	-414,395	-170,025
BASILICATA	1.033,579	1.070,949	37,370	1.059,384	-25,805	11,565
CALABRIA	3.453,752	3.536,028	82,277	3.567,337	-113,585	-31,309
SICILIA	8.308,314	8.850,825	542,511	8.640,063	-331,749	210,762
SARDEGNA	2.871,373	2.974,340	102,967	2.909,171	-37,798	65,169
<b>TOTALE</b>	<b>105.723,272</b>	<b>108.925,406</b>	<b>3.202,134</b>	<b>108.925,406</b>	<b>-3.202,134</b>	<b>0,000</b>
<i>percentuale delle risorse ripartite sulla base della popolazione pesata utilizzando gli indici di peso per classi di età</i> <b>85%</b>						
<i>percentuale delle risorse ripartite sulla base della popolazione pesata utilizzando l'indice standardizzato di mortalità</i> <b>5%</b>						
<i>percentuale delle risorse ripartite sulla base della popolazione assoluta</i> <b>10%</b>						

L'interpretazione di questi dati appare di tutta evidenza, e sta ad indicare che vi sono Regioni nelle quali la spesa sanitaria pro capite è molto più elevata di quanto non sarebbe lecito attendersi in relazione ai bisogni sanitari che si presumono sulla base degli indicatori considerati. In queste realtà sono necessari interventi strutturali che incidano radicalmente sia sui meccanismi che trasformano i bisogni di salute in domanda di prestazioni, sia sui meccanismi che determinano i costi e i benefici che l'erogazione delle prestazioni comporta. L'entità e la portata delle trasformazioni richieste non può esaurirsi in un atto, ma deve costituire un processo continuo, nel quale si integrino armonicamente la funzione decisionale nelle sue espressioni tecnica e politica, e la funzione di misurazione, che deve dare ai responsabili della programmazione e della gestione dei servizi sanitari, gli elementi valutativi indispensabili per gestire il sistema in una logica di miglioramento continuo delle sue performance, riportando al centro del sistema il cittadino assistito con i suoi bisogni, le sue aspettative, i suoi diritti che in molte realtà vengono troppo spesso negati.