

# IL GOVERNO DELLA SPESA SANITARIA

## RIGORE ED EQUITÀ

settembre 2012

Marzio Scheggi  
responsabile scientifico  
dell'Istituto Health Management

*La struttura di questo documento, in termini di sequenza di analisi e valutazioni, è identica a quella dell'articolo pubblicato lo scorso 19 marzo nel numero 11 di Panorama della Sanità. Rispetto a quell'articolo sono stati aggiornati i dati tenendo conto di quelli pubblicati della relazione generale sulla situazione economica del Paese presentata al parlamento il 15 giugno, ed ovviamente sono stati resi coerenti con quei dati i relativi commenti.*

## PREMESSA

---

L'anno in corso è nell'opinione di molti un anno decisivo per l'economia, nazionale ed internazionale, le sorti delle quali sono affidate a difficili scelte di politica economica che devono coniugare due esigenze per certi versi contrapposte, ma entrambe ineludibili: rigore e sviluppo.

Nello scenario internazionale il nostro Paese è come noto segnato da una peculiare e determinante criticità: un debito pubblico che per dimensioni relative (in termini di incidenza sul prodotto interno lordo) e assolute (l'entità complessiva del debito ammonta a 1.973 miliardi di euro secondo il dato pubblicato sul supplemento al bollettino statistico della Banca d'Italia, n. 43 del 13 agosto 2012), non può non condizionare in maniera determinante le scelte di politica economica.

Si rende in effetti indispensabile, proprio per le dimensioni del debito, un equilibrio stabile tra spesa pubblica complessiva e risorse disponibili, per evitare involuzioni che sono state finora paradossalmente scongiurate proprio dalla crisi economica in corso, che negli ultimi anni ha determinato tra gli altri effetti una sensibile riduzione del costo del denaro, ed una conseguente riduzione degli interessi passivi sul debito stesso.

Risultando impensabile un aumento della pressione fiscale, che ha raggiunto nel nostro Paese livelli per molti aspetti incompatibili con lo stesso sviluppo economico, l'unica strada percorribile è quella di una significativa riduzione della spesa pubblica, riduzione che non può peraltro essere generalizzata e diffusa, ma selettivamente basata su valutazioni da un lato della rilevanza sociale dei settori interessati, dall'altro di possibili spazi di razionalizzazione che consentano di ridurre la spesa complessiva senza compromettere quei risultati, in termini di qualità ed accessibilità dei servizi sanitari e sociali, che collocano il nostro Paese in posizioni di assoluto rilievo.

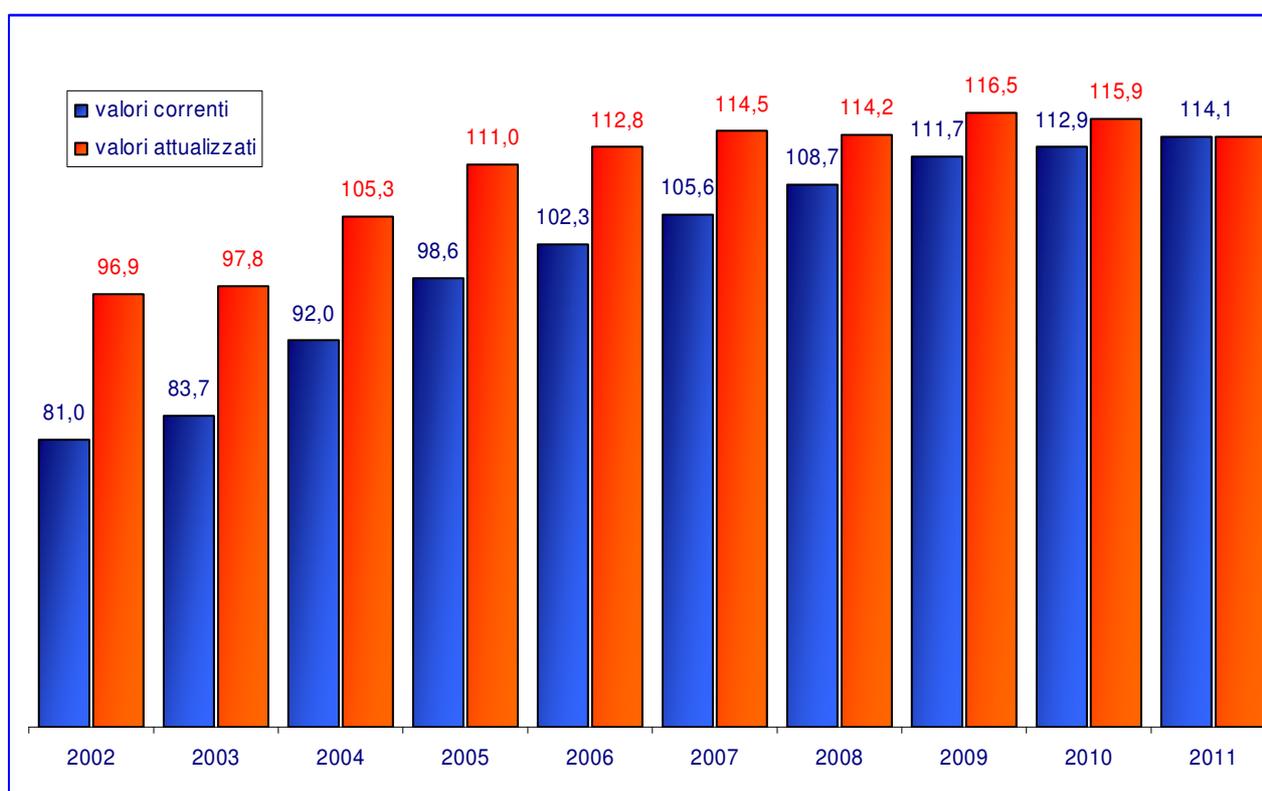
In questo scenario la spesa sanitaria rappresenta senza dubbio un settore che merita particolare attenzione per la dimensione che essa ha, in termini relativi e assoluti, e per il persistere di differenze inaccettabili tra le diverse realtà regionali in termini di qualità, accessibilità e sostenibilità economica.

Le analisi sviluppate in questo documento, e soprattutto i dati che in esso sono riportati, si propongono di offrire elementi di riflessione a tutti coloro che, ai differenti livelli istituzionali, sono chiamati a dare risposta ai problemi appena richiamati.

## 1. Spesa e finanziamento del SSN nel decennio 2002 – 2011

I costi del SSN, nel decennio 2002 – 2011, sono passati nel nostro Paese da 81,0 a 114,1 miliardi di euro, con un incremento relativo del 40,9 per cento. Si tratta di un incremento oggettivamente molto rilevante, anche se parte dell'incremento osservato è ovviamente dovuto ad effetti inflattivi. Moltiplicando i valori osservati per i coefficienti di trasformazione del valore della moneta degli anni precedenti in valori dell'anno 2011, e depurando così il dato da effetti inflattivi che potrebbero darne una dimensione non corretta, tali valori passano da 96,9 a 114,1 miliardi di euro, con un incremento "reale" dell'17,7 per cento. Deve peraltro essere osservato che la spesa sanitaria pubblica ha registrato negli ultimi anni una netta diminuzione del tasso annuo di crescita, risultando nel 2011 in termini reali minore dell'anno precedente.

figura 1 – costi del SSN nel decennio 2002 – 2011



fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

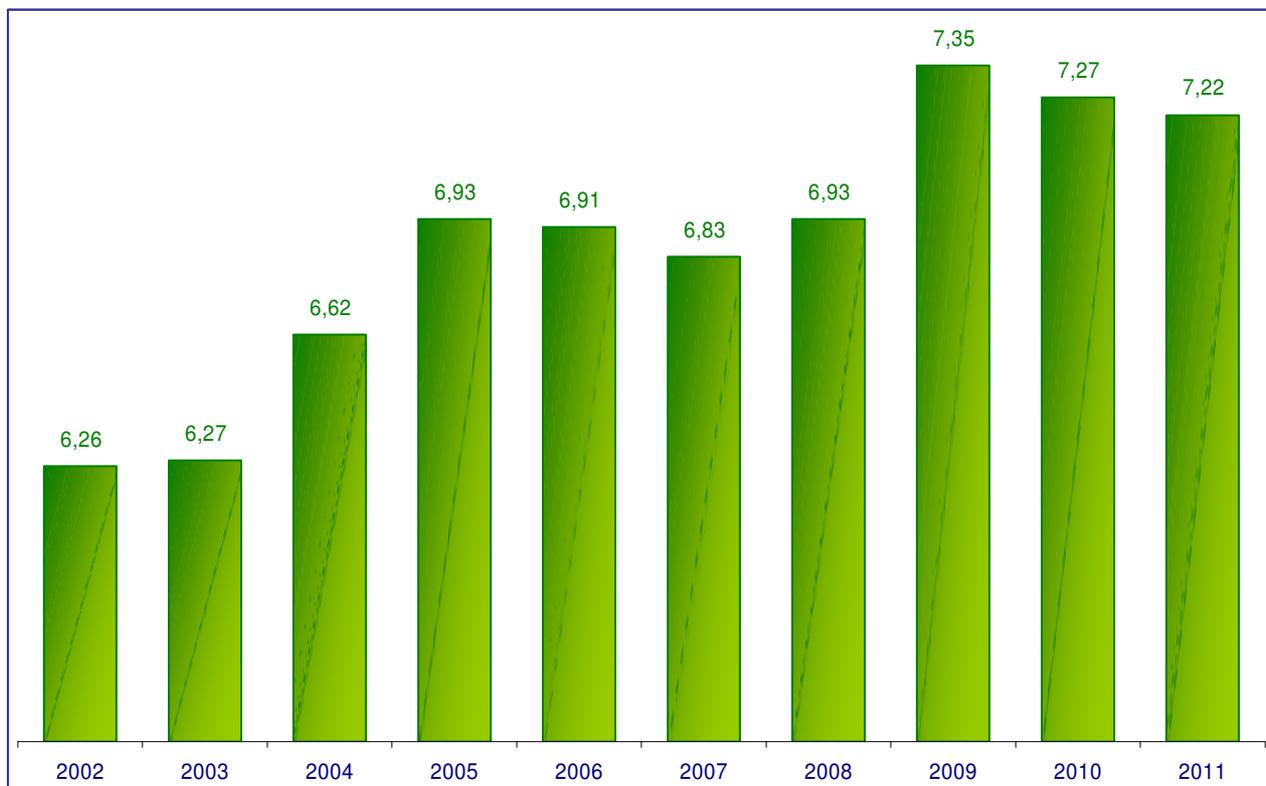
La crescita della spesa sanitaria rappresentata nel grafico riprodotto in figura 1, è un fenomeno comune a tutti i Paesi industrializzati, per motivi ben noti, riconducibili in particolare ai seguenti:

- ✓ l'evoluzione delle conoscenze mediche e delle tecnologie biomediche, che rendono disponibili opportunità diagnostiche e terapeutiche che costituiscono intrinsecamente un diritto, considerato che il diritto alla salute in tutti i Paesi civili è uno dei diritti fondamentali della popolazione;

- ✓ l'invecchiamento della popolazione, per l'effetto congiunto da un lato delle più efficaci modalità di intervento che il progresso tecnico scientifico mette a disposizione, e che hanno ridotto in misura significativa la letalità di molte patologie, dall'altro della diminuzione della natalità, conseguente a fattori sociali ed economici che sempre più diminuiscono la propensione alla procreazione;
- ✓ la diversa percezione del fattore salute da parte della popolazione, che presta a sintomi e segni una attenzione sempre maggiore.

Interessante notare che l'incremento della spesa sanitaria pubblica non è solo in termini di risorse finanziarie assorbite, ma anche in termini di peso relativo che essa ha nell'economia complessiva, peso che è misurato dall'incidenza percentuale sul prodotto interno lordo. Questa passa infatti dal 6,3 % del 2002 al 7,2% nel 2011, con un andamento peraltro discontinuo, e caratterizzato da due punti di massimo relativo negli anni 2005 e 2009. anno dopo il quale si osserva una progressiva diminuzione. L'incremento osservato non è certo un fatto negativo. Può essere anzi considerato un segno di civiltà e di progresso il fatto che un Paese destini una quota crescente di risorse alla tutela di un bene prezioso ed insostituibile qual è quello della salute.

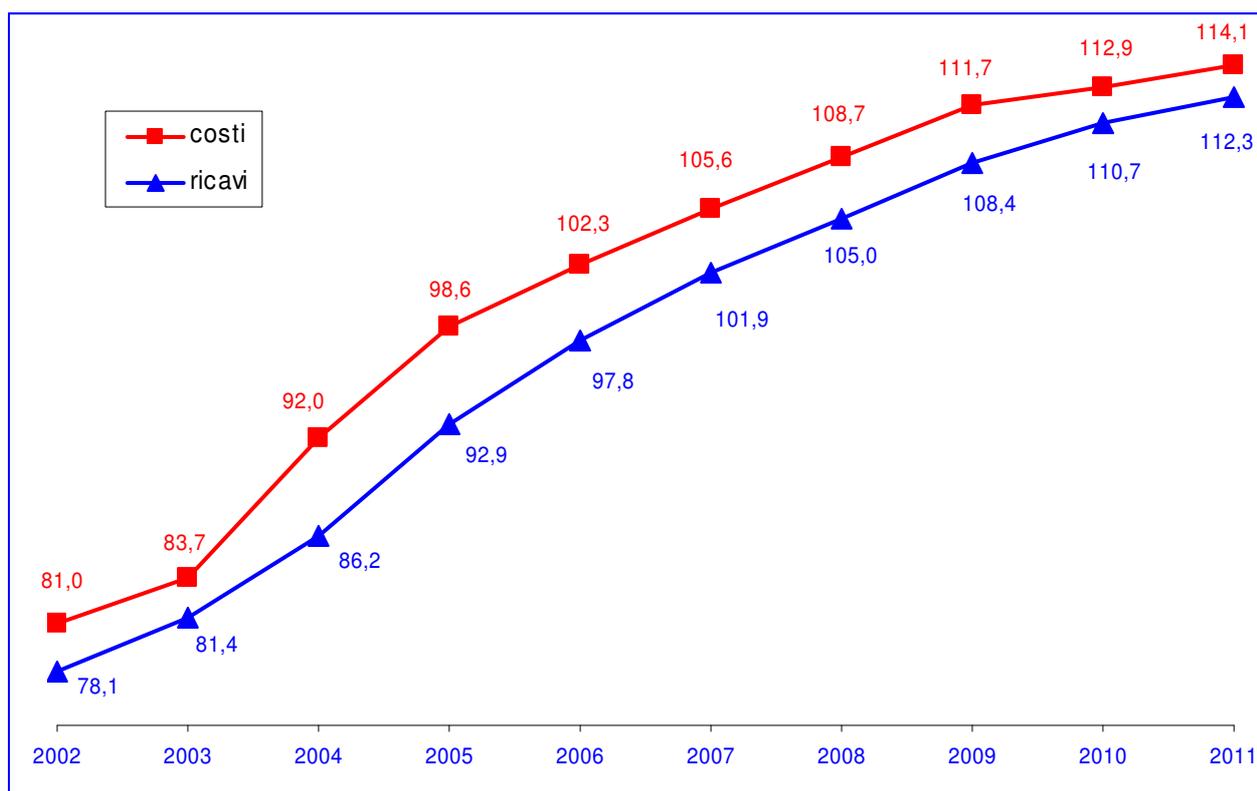
figura 2 – incidenza percentuale sul PIL della spesa per il SSN



fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

L'incremento della spesa sanitaria pubblica costituisce invece un problema nella misura in cui esso non è compatibile con i vincoli economici. I dati riportati in figura 3 evidenziano che nel decennio considerato la spesa sanitaria pubblica è risultata sistematicamente superiore alle risorse disponibili contravvenendo sistematicamente ad un principio tanto elementare quanto fondamentale dell'economia.

figura 3 – costi e ricavi del SSN nel decennio 2002 – 2011

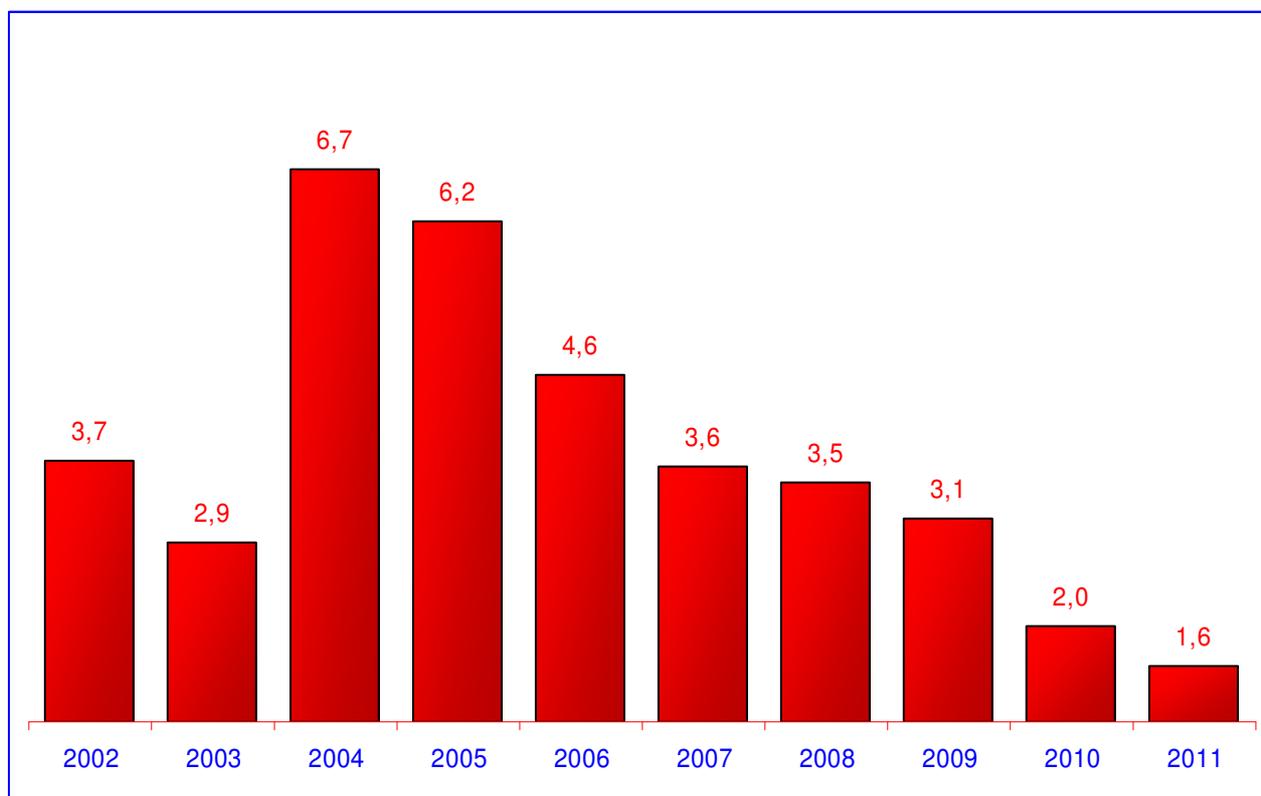


fonte: Ministero dell'economia - relazione generale sulla situazione economica del Paese

Lo scostamento sistematico tra spesa e finanziamento del SSN ha portato ad accumulare, nel decennio osservato, un disavanzo complessivo di 35,9 miliardi di euro, ed ha contribuito ad incrementare quel debito pubblico che costituisce uno dei problemi più gravi dell'economia nazionale.

Interessante osservare come l'entità relativa del disavanzo, espressa come incidenza percentuale del disavanzo sulle entrate, registra dal 2004 in poi una progressiva, costante e significativa riduzione, risultato questo ottenuto dall'applicazione severa delle strategie e dei piani di rientro ai quali sono state sottoposte Regioni che registravano disavanzi particolarmente elevati.

figura 4 – disavanzo del SSN nel decennio 2002 – 2011 (in % sulle entrate)



fonte: Ministero dell'Economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Le possibili determinanti del fenomeno sono riconducibili a due ordini di fattori (peraltro non mutuamente esclusivi):

1. una sottostima sistematica delle risorse di fatto necessarie per rispondere ai bisogni di salute che la popolazione esprime;
2. un utilizzo non ottimale delle risorse disponibili.

Per quanto concerne il primo aspetto ben note sono le difficoltà sia sul piano teorico sia sul piano pratico applicativo non solo nella definizione del bisogno sanitario e nella individuazione di indicatori idonei a misurarlo, ma anche nella determinazione delle risorse necessarie a garantire predefiniti livelli assistenziali. L'aggiornamento dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e l'implementazione di un sistema di monitoraggio che consenta di valutare l'effettiva rispondenza tra livelli di assistenza effettivamente erogati e standard predefiniti costituiscono un problema irrisolto con il quale si sono confrontati i responsabili tecnici e politici del servizio sanitario nazionale sin dalla istituzione dello stesso senza raggiungere risultati definitivi.

Il modello di programmazione razionale ipotizzato nella legge 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, e ribadito nella normativa di riordino (che trova nel decreto legislativo 502/1992 come successivamente modificato dai decreti 517/1993 e 229/1999 la sua compiuta formulazione normativa) prevedeva che la determinazione del fondo sanitario nazionale costituisse oggetto del piano sanitario nazionale, che avrebbe dovuto fissare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza per il triennio di validità del piano, nonché la quota capitaria di finanziamento disaggregata per livelli di assistenza.

Anche in relazione alle difficoltà che si sono frapposte all'implementazione dello stesso processo di programmazione quel modello non ha mai avuto concreta applicazione, e ed il finanziamento del servizio sanitario nazionale è stato definito annualmente dalla legge finanziaria. Come ho ampiamente sottolineato in un articolo recente sull'applicazione del federalismo al settore sanitario, opinabile appare l'applicazione al settore sanitario dei concetti di fabbisogno standard e di costo standard, che costituiscono i riferimenti portanti del federalismo secondo la legge delega 5 maggio 2009, n. 42.

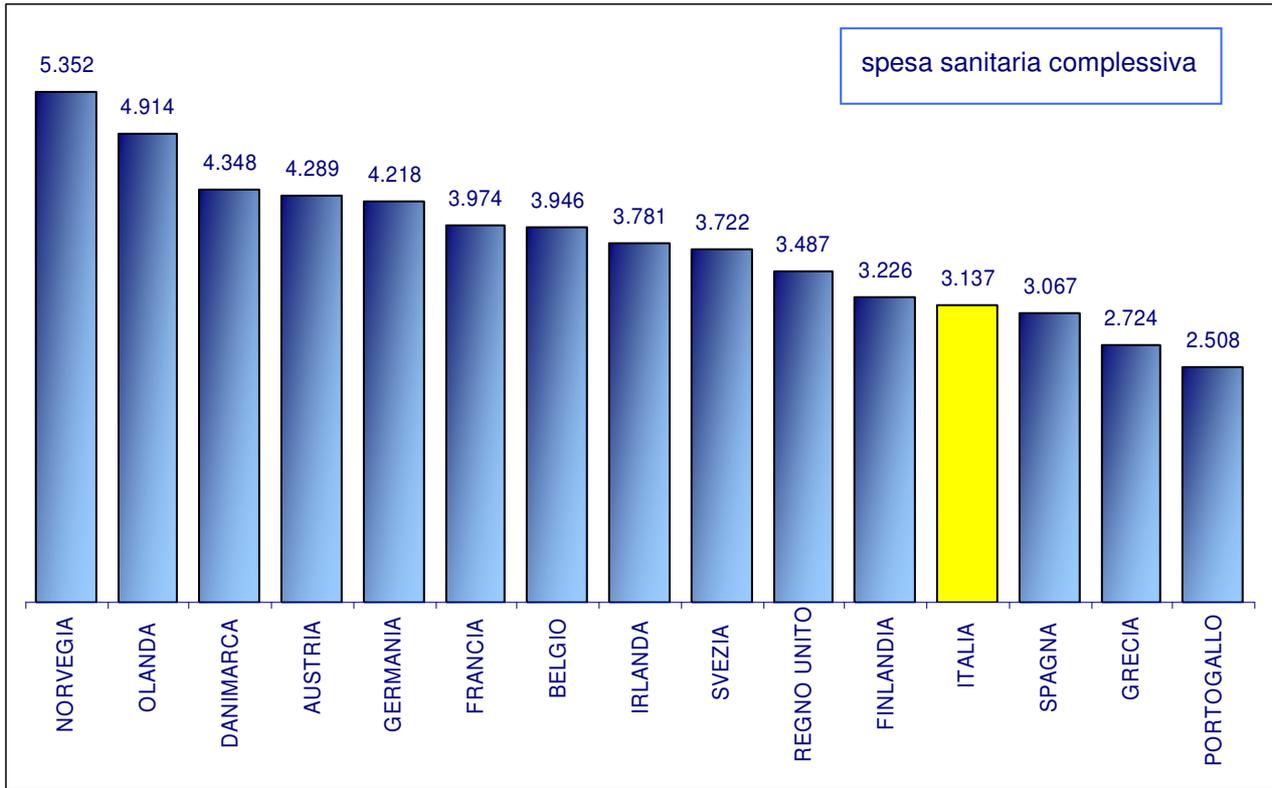
Del tutto irrisolto appare il problema centrale che è quello di una corretta misurazione dei bisogni di assistenza sanitaria che caratterizzano le diverse realtà regionali, che sono tra loro profondamente diverse.

Una valutazione indiretta, e comunque relativa, della congruità tra spesa sanitaria e bisogni di salute, può scaturire dal confronto con gli altri Paesi dell'Unione Europea. I dati necessari per effettuare questo confronto, esteso ai 15 Paesi che hanno aderito all'Unione Europea dal 1995 (la cosiddetta Europa dei 15), sono stati rilevati dalla banca dati European health for all database (HFA-DB), World Health Organization Regional Office for Europe. e fanno riferimento all'anno 2009, ultimo anno per il quale risultavano disponibili dati aggiornati al momento della stesura di queste considerazioni.

I dati riportati nei grafici in figure 5 e 6 evidenziano che la spesa sanitaria pro capite sia in termini di valore assoluto, sia in termini di incidenza percentuale sul prodotto interno lordo si collochi nel nostro Paese al di sotto del valore medio osservato nei Paesi posti a confronto, e agli ultimi posti sia per quanto concerne la spesa complessiva sia per quanto concerne la spesa pubblica.

E questo nonostante il nostro Paese sia, dopo la Germania, quello nel quale più elevata è la percentuale di persone di età  $\geq 65$  anni, come evidenziato dai dati riportati nel grafico riprodotto in figura 8, ed essendo ampiamente dimostrato che i consumi sanitari dipendono in maniera molto significativa dalla struttura per classi di età, come risulta evidente dai valori riportati in figura 9 che evidenziano un valore minimo nella classe di età compresa tra 5 e 14 anni per aumentare in modo esponenziale nelle classi di età  $>65$  anni.

figura 5 – spesa sanitaria pro capite nei Paesi dell'Europa dei 15 – PPP\$



fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

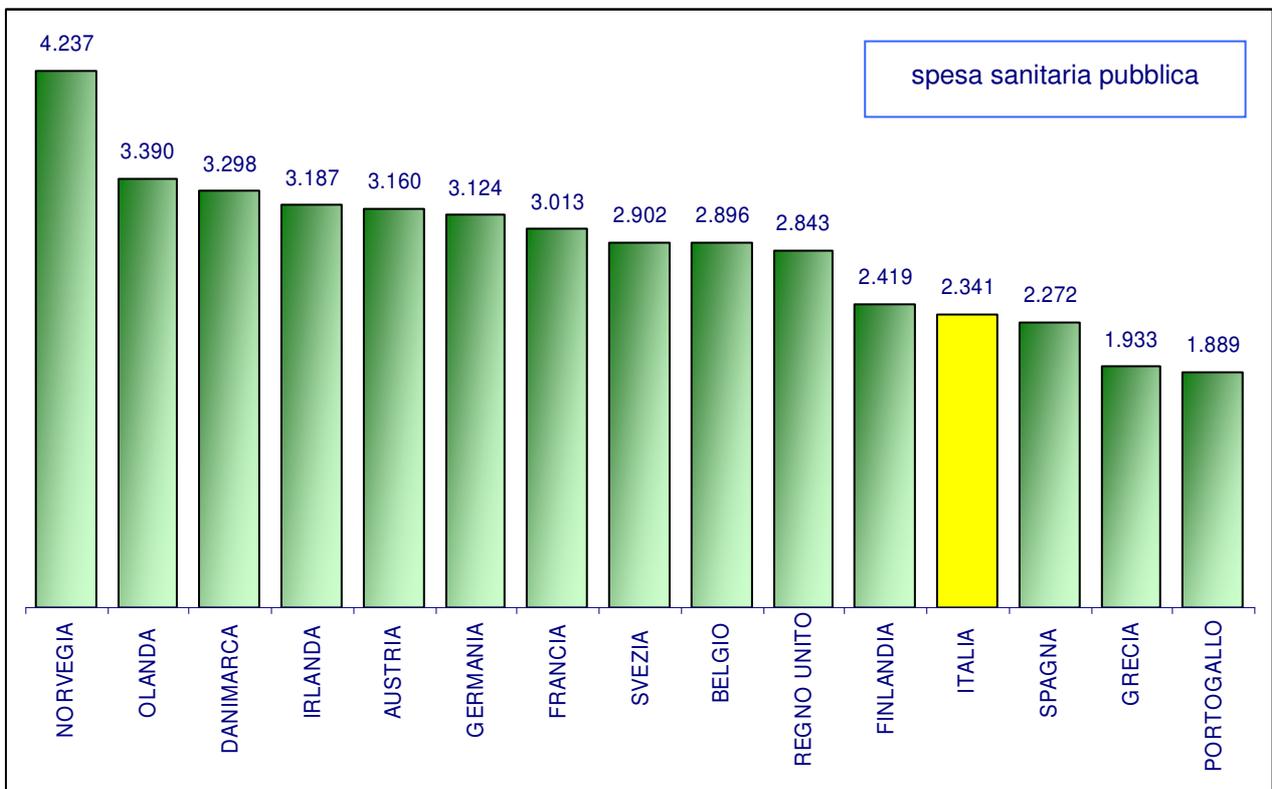
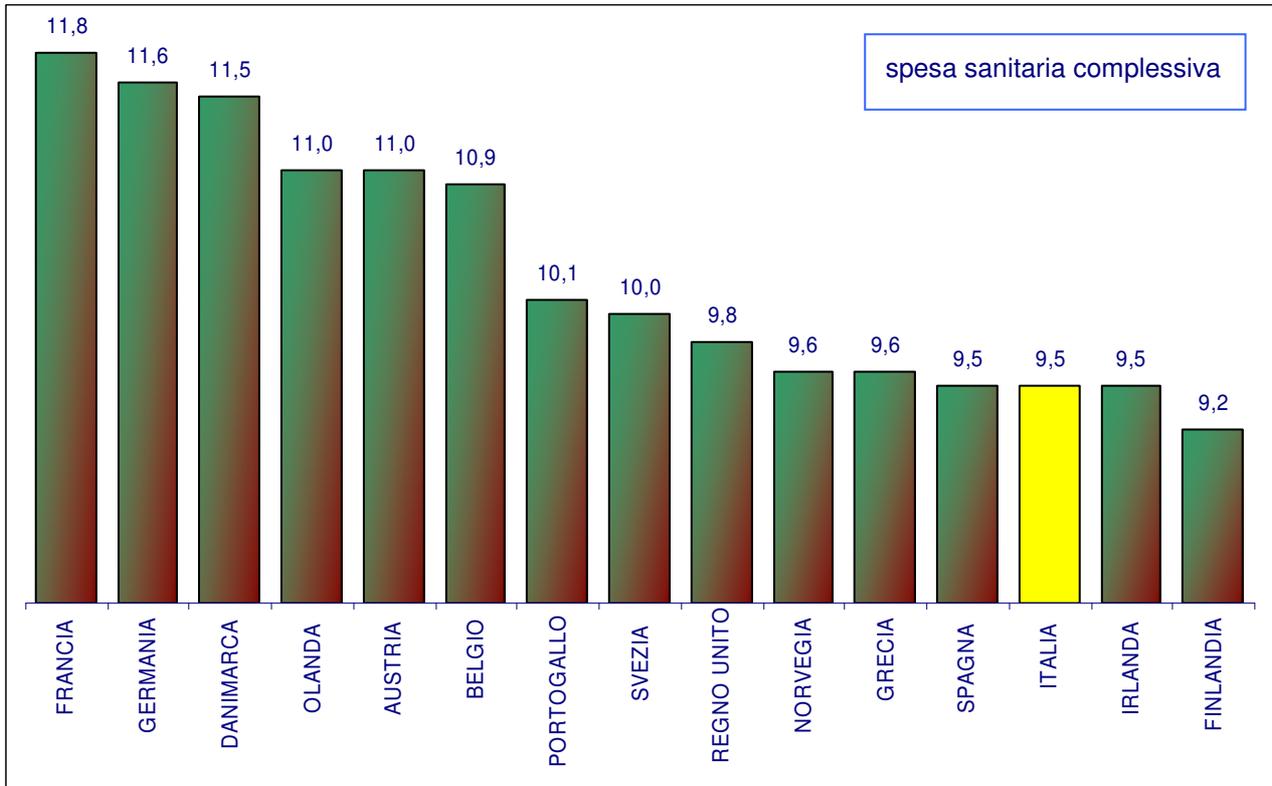


figura 6 – spesa sanitaria sul PIL nei Paesi dell'Europa dei 15



fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

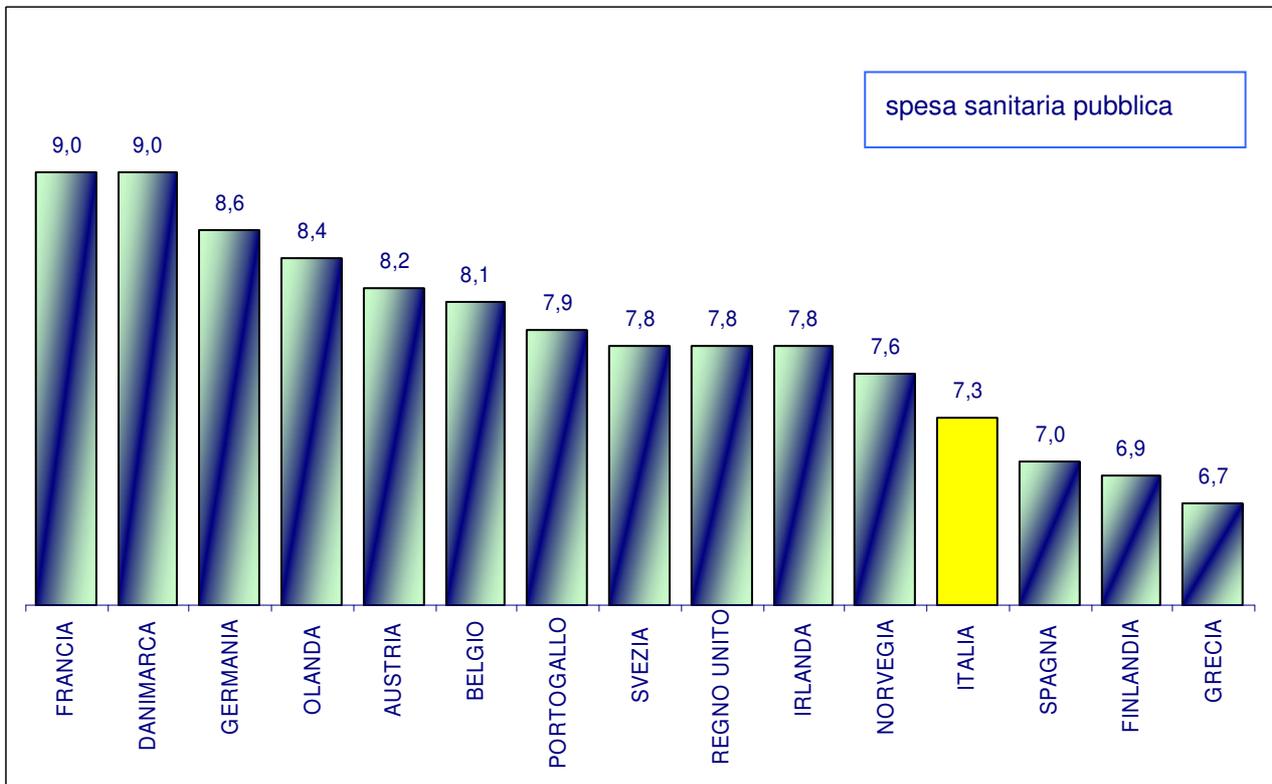


figura 7 – incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa complessiva

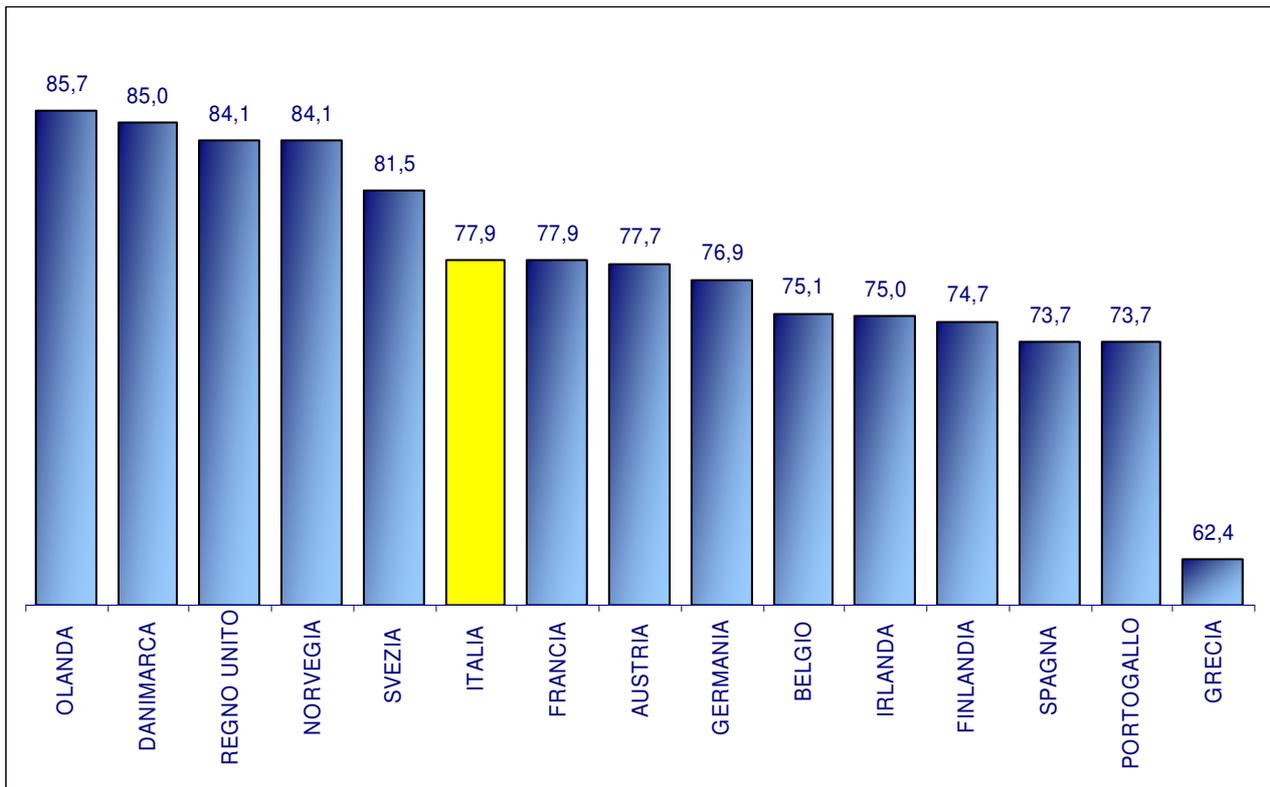
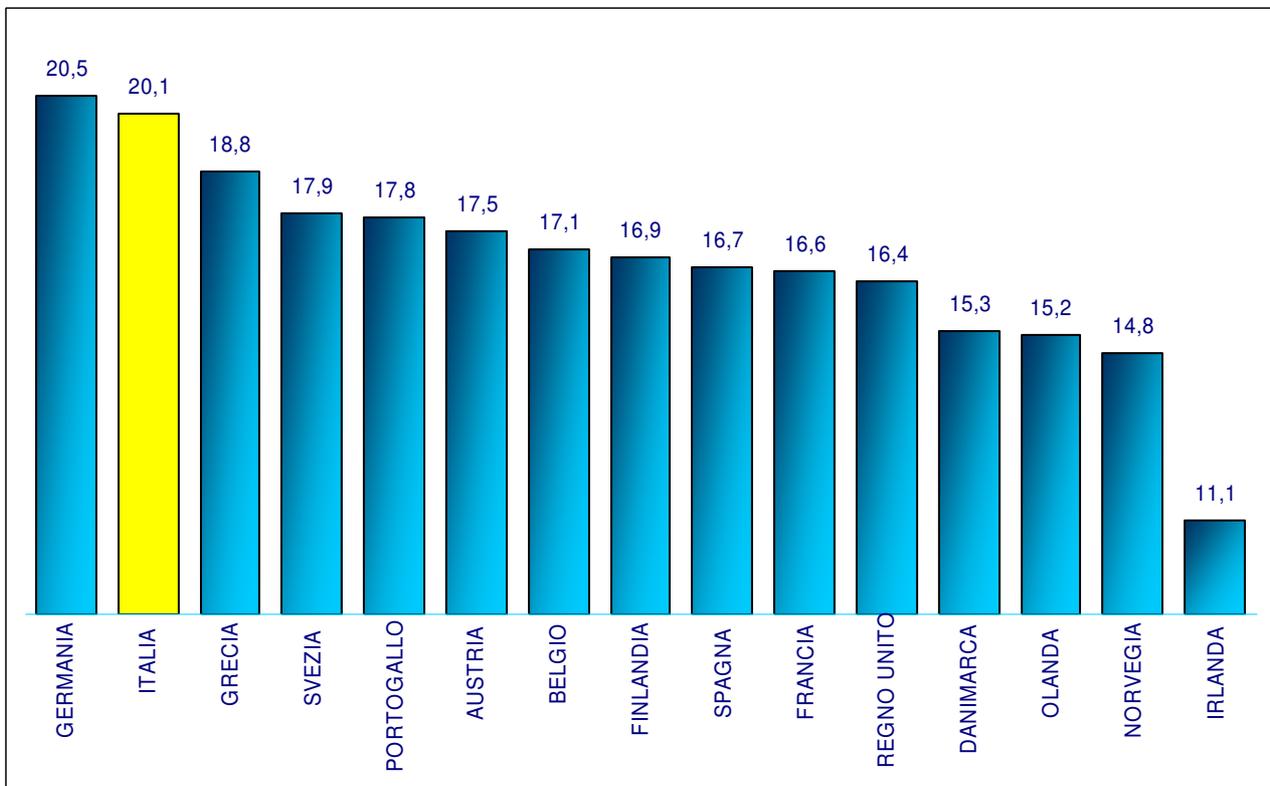
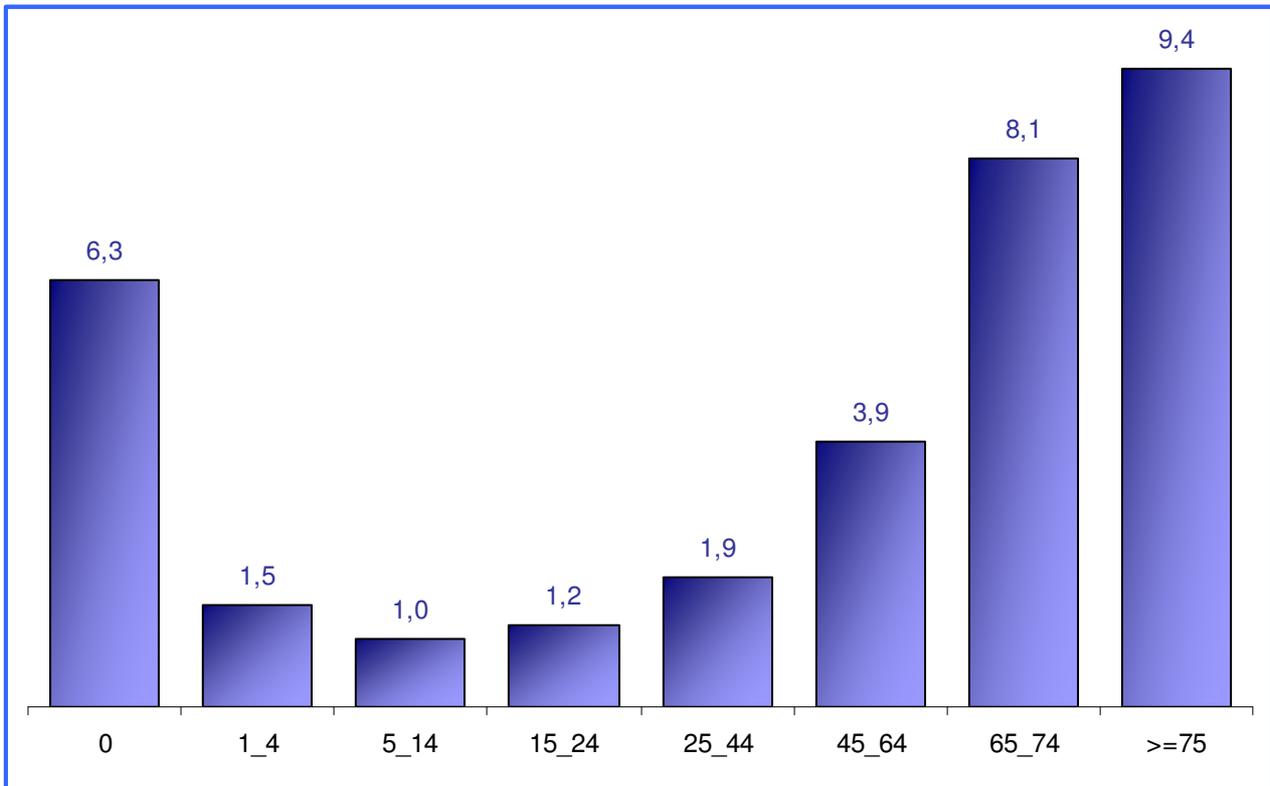


figura 8 – incidenza percentuale di persone di età  $\geq 65$  anni

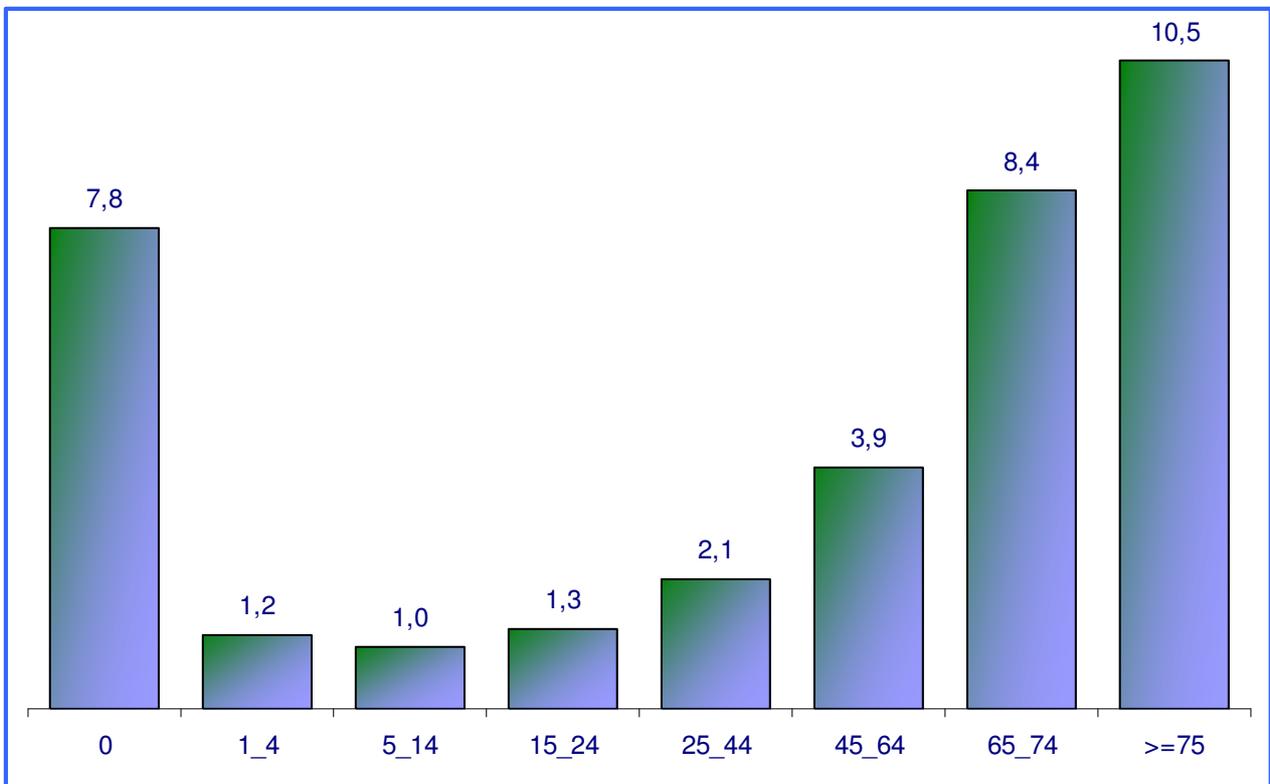


fonte: European health for all database, World Health Organization Regional Office for Europe

figura 9 – indici di peso ottenuti rapportando ai valori relativi alla classe di età 5 – 14 i valori relativi alle altre classi di età



fonte: spesa sanitaria pro capite rilevata dal datawarehouse di un'azienda sanitaria



fonte: pesi applicati nel riparto del FSN 2012

## 2. la variabilità interregionale della spesa sanitaria pubblica

---

L'analisi sviluppata nel precedente paragrafo induce a ritenere che nel nostro Paese la spesa sanitaria non possa ritenersi eccessiva, né nel complesso, né per quanto attiene la spesa sanitaria pubblica. Il problema è che essa non risulta compatibile con le risorse disponibili, comportando costi che sono risultati finora, a livello nazionale complessivo, superiori ai ricavi, anche se, come efficacemente rappresentato nel grafico in figura 4, questa differenza negli ultimi anni si è andata progressivamente riducendo.

Su questi temi, non nuovi nel dibattito tecnico e politico che da sempre accompagna il Servizio Sanitario Nazionale (e più in generale il sistema del welfare e la sua compatibilità con i vincoli macroeconomici) ancora attuali appaiono le considerazioni esposte nella relazione generale della Banca d'Italia del 30 maggio 2000, nella quale, con il consueto linguaggio scarno ed essenziale, si affermava testualmente:

*“Nel confronto internazionale la spesa sanitaria non appare fuori linea in rapporto alle dimensioni della nostra economia; rimangono tuttavia irrisolti i problemi di fondo connessi con l'efficienza nella produzione dei servizi e con le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione.*

*Dopo la riforma del 1992 che ne aveva rallentato l'espansione, la spesa sanitaria ha ripreso ad aumentare dal 1996 in misura eccedente la crescita del prodotto; la tendenza si è accentuata nell'ultimo biennio con sconfinamenti rilevanti dalle assegnazioni di bilancio. Si rilevano divari notevoli nella qualità delle prestazioni e nei costi tra le regioni e, al loro interno, tra strutture diverse. Essi segnalano l'esistenza di ampi margini per la riduzione delle spese e per un aumento dell'efficienza”.*

La variabilità che si rileva tra i diversi sistemi sanitari regionali, e che si riscontra altresì tra le stesse aziende sanitarie in cui essi si articolano, offre interessanti spunti di riflessione e può consentire di formulare ipotesi in merito alle correlazioni che esistono tra le diverse variabili in gioco.

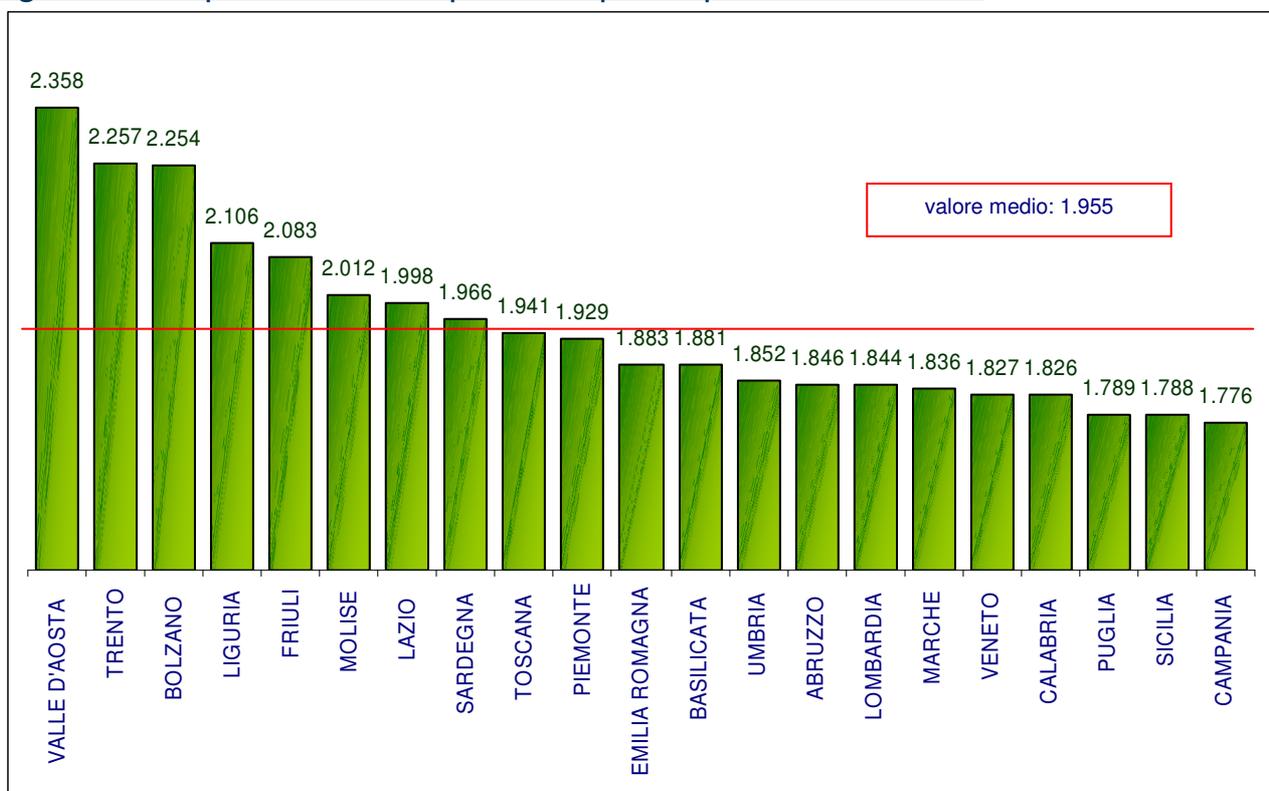
L'approfondimento che su questi temi ci si propone di fornire in questo paragrafo segue un iter metodologico articolato in due fasi:

- 1) evidenziare quali sono le differenze che caratterizzano i diversi sistemi sanitari regionali per quanto concerne alcune variabili fondamentali (costo complessivo pro capite, tasso standardizzato di mortalità, incidenza percentuale di anziani, prodotto interno lordo pro capite);
- 2) individuare se ed in quale misura le variabili osservate sono correlate tra loro, sì da spiegare le differenze osservate.

Il grafico riprodotto in figura 10 evidenzia la variabilità che nei diversi sistemi sanitari regionali presenta il costo complessivo pro capite, variabile che esprime in sintesi le risorse che le diverse articolazioni territoriali destinano alla tutela della salute. I dati riportati in figura, riferiti come detto all'anno 2011, mostrano come la spesa sanitaria pro capite presenti un range molto ampio, con un minimo di 1.776 euro nella Regione Campania, ed un massimo di 2.358 euro nella Regione Valle d'Aosta. Rispetto al valore medio, che risulta nell'anno considerato pari a 1.955 euro pro capite, si osserva che pressoché tutte le regioni meridionali registrano livelli di spesa pro capite inferiori, mentre quasi tutte le regioni del centro nord registrano una spesa superiore. Per una corretta lettura dei dati sono opportune due precisazioni:

- 1) la spesa sanitaria pro capite è stata calcolata tenendo conto della mobilità sanitaria interregionale: a tal fine il valore assoluto del saldo della mobilità è stato sommato ai costi se negativo, e ne è stato sottratto se positivo;
- 2) il valore medio utilizzato per il confronto è la media dei valori e non il dato complessivo a livello nazionale, che ovviamente risente della differente dimensione demografica delle diverse Regioni e non appare idoneo come termine di confronto tra Regioni di dimensioni molto diverse.

figura 10 – spesa sanitaria pubblica pro capite – anno 2011



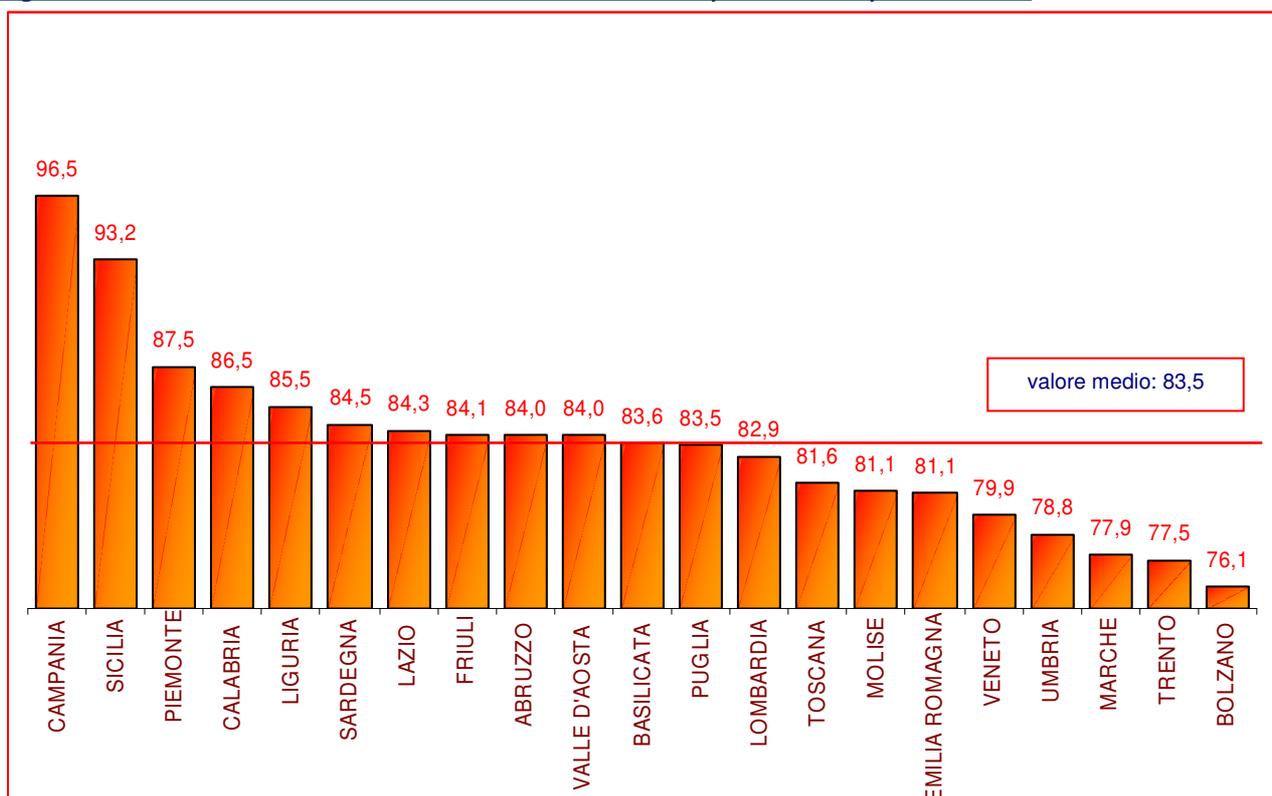
fonte: Ministero dell'economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Vi sono peraltro in questa distribuzione alcune eccezioni di particolare interesse:

- ❑ la Regione Molise registra la spesa sanitaria pro capite più elevata di tutte le Regioni meridionali con un valore di 2.102 euro per abitante, superiore al valore medio (1.955);
- ❑ la Regione Veneto registra la spesa pro capite più bassa di tutte le Regioni del nord, con un valore di 1.847 euro per abitante, notevolmente inferiore al valore medio nazionale;
- ❑ mentre tra le Regioni del Sud solo Molise e Sardegna hanno registrato una spesa pro capite superiore al valore medio, tra le Regioni del centro nord oltre al Veneto anche Toscana, Piemonte, Emilia Romagna, Umbria, Lombardia, e Marche hanno registrato nel 2011 valori pro capite inferiori al valore medio.

Il grafico riprodotto in figura 11 mostra la variabilità interregionale di un dato che pur con tutte le cautele interpretative del caso, costituisce comunque un indicatore delle condizioni di salute della popolazione: il tasso standardizzato di mortalità. Si osserva in primo luogo la notevole variabilità che il fenomeno presenta nelle diverse realtà regionali, passando da un valore minimo di 76,1 decessi per 10.000 abitanti nella Provincia di Bolzano, ad un valore massimo di 96,5 decessi per 10.000 abitanti nella Regione Campania, che registra il tasso standardizzato di mortalità più elevato di tutte le Regioni italiane.

figura 11 – tassi di mortalità standardizzati per età e per sesso



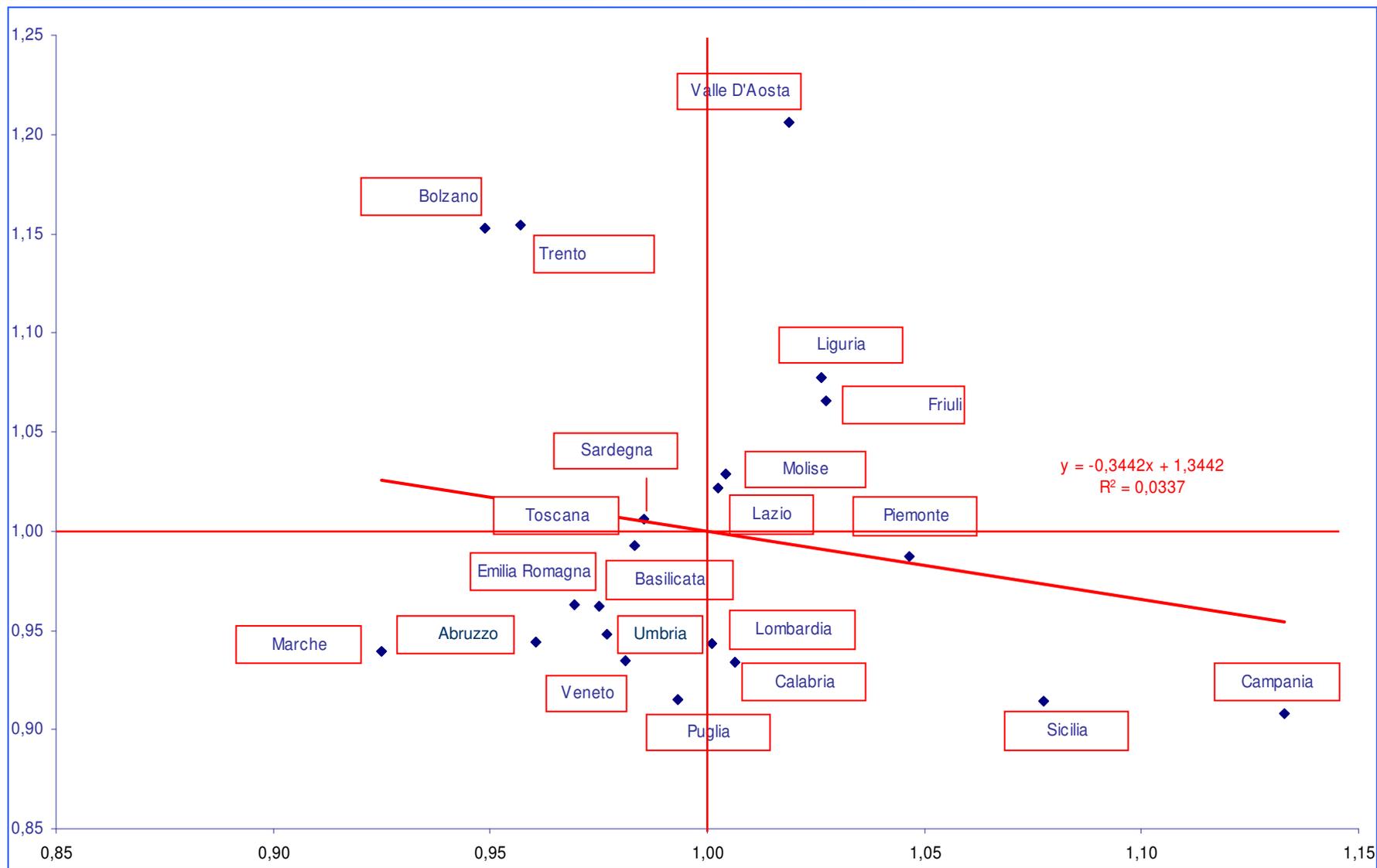
All'interno di questo intervallo la distribuzione dei valori evidenzia che i tassi di mortalità più elevati si registrano nelle Regioni del Sud, con l'eccezione delle Regioni Piemonte, Liguria, Lazio, Friuli e Valle d'Aosta, nelle quali si rilevano tassi standardizzati di mortalità più elevati del valore medio (inteso anche in questo caso come media dei valori e non come valore complessivo nazionale), e di contro i tassi di mortalità più bassi si registrano nelle Regioni del centro Nord, con la sola eccezione della regione Molise, nella quale si rileva un tasso standardizzato di mortalità decisamente più basso del valore medio. Pur con le eccezioni osservate il grafico ripropone ancora una volta un problema ben noto, ma che proprio per questo dovrebbe essere finalmente affrontato e risolto: quello dell'arretratezza delle Regioni meridionali.

Constatata l'accentuata variabilità che nelle diverse realtà territoriali si registra sia per quanto concerne la spesa sanitaria pubblica procapite, che indirettamente misura l'ammontare complessivo delle risorse in ciascuna di esse destinate alla tutela della salute, sia per quanto il tasso standardizzato di mortalità, universalmente riconosciuto come un indicatore proxy delle condizioni di salute, è parso interessante verificare se ed in quale misura queste due variabili sono tra loro correlate.

Lo strumento utilizzato per verificare l'esistenza di correlazioni tra le variabili considerate è la regressione lineare, applicata utilizzando non i valori effettivi delle variabili, ma i valori indice ottenuti dividendo i valori effettivi per il valore medio. Questa metodologia, oltre a rendere più immediata ed espressiva la rappresentazione grafica, consente una ulteriore analisi che appare particolarmente interessante: la distribuzione delle diverse realtà territoriali nei quattro quadranti in cui il piano cartesiano risulta diviso dalle rette  $x=1$  ed  $y=1$  (che corrispondono ai valori medi delle due variabili), evidenziando graficamente i comportamenti incoerenti rispetto a quelli attesi.

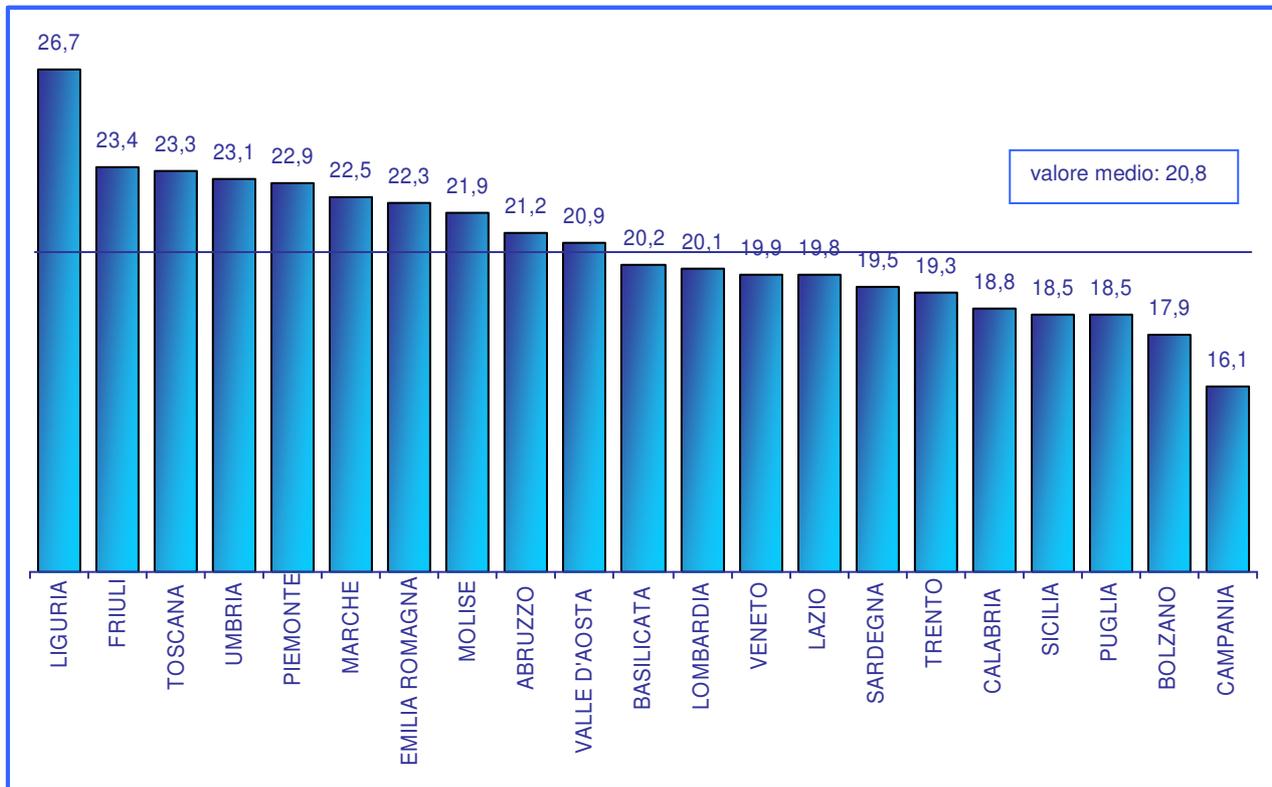
I risultati dell'analisi sono rappresentati nel grafico riprodotto in figura 12 e mostrano con assoluta evidenza che tra le due variabili considerate non esiste alcuna correlazione. La distribuzione delle diverse Regioni nei quattro quadranti in cui il piano cartesiano viene diviso dalle rette  $x=1$  ed  $y=1$  evidenzia peraltro che le due Regioni nelle quali si registra in assoluto il tasso standardizzato di mortalità più elevato (Campania e Sicilia) sono anche quelle nelle quali si registra la spesa sanitaria pro capite più bassa, mentre nelle due Regioni nelle quali si registra la spesa sanitaria pro capite tra le più elevate (Bolzano e Trento) il tasso standardizzato di mortalità è tra i più bassi d'Italia. Vistosa l'eccezione della Regione Val d'Aosta nella quale si rileva la spesa sanitaria pro capite più elevata ed al contempo un tasso standardizzato di mortalità tra i più elevati a livello nazionale.

figura 12 – tasso standardizzato di mortalità e spesa sanitaria pro capite



Il grafico riprodotto in figura 13 analizza la variabilità interregionale della proporzione percentuale di anziani, che secondo quanto osservato nel primo paragrafo dovrebbe essere fortemente correlata ai consumi sanitari e conseguentemente alla spesa sanitaria pro capite.

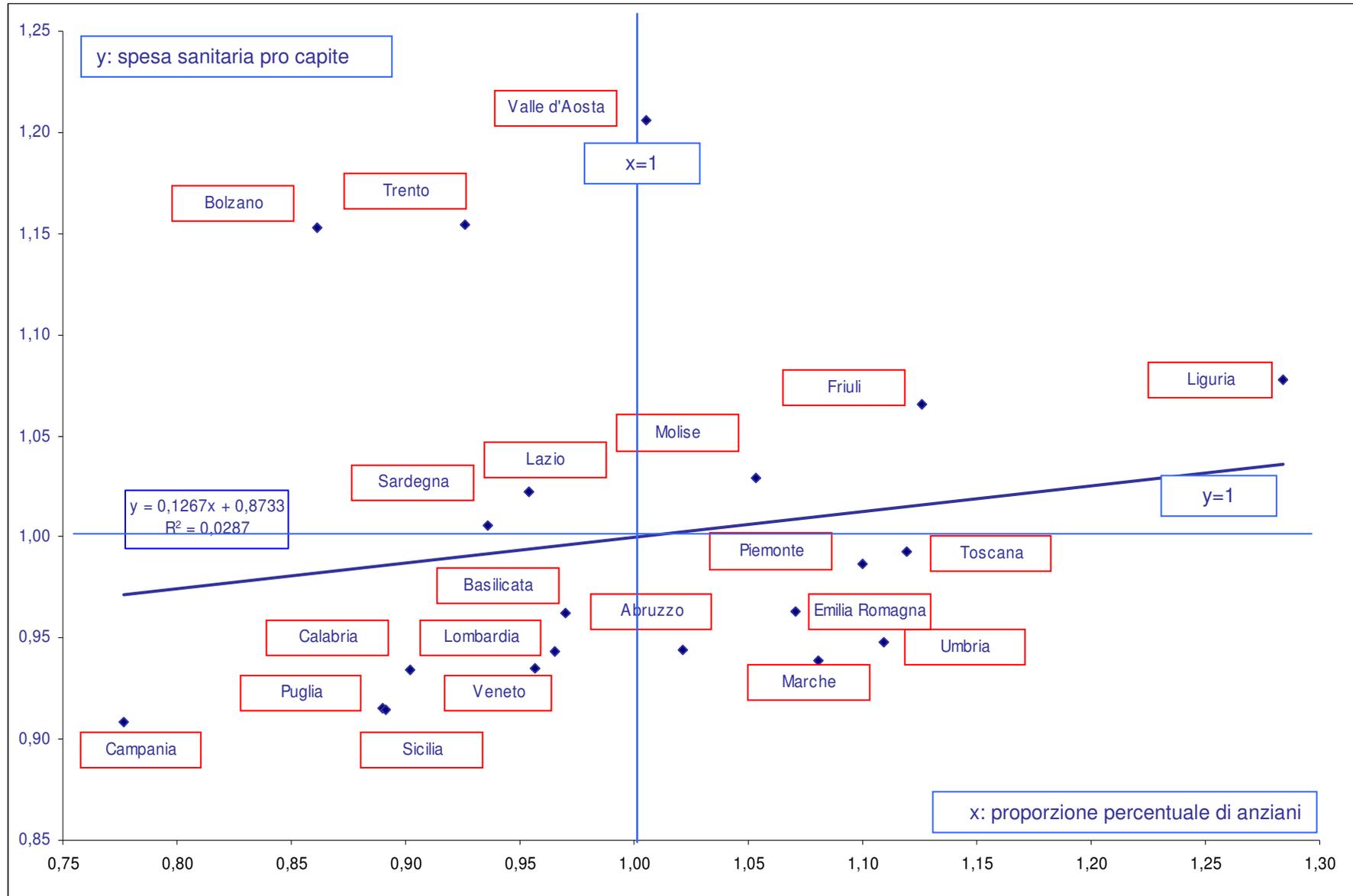
figura 13 – proporzione percentuale di anziani



Il grafico riprodotto in figura 14 mostra i risultati dell'analisi di correlazione tra le variabili proporzione percentuale di anziani e spesa sanitaria pro capite, effettuata utilizzando una metodologia del tutto sovrapponibile a quella applicata nell'analisi della correlazione tra tasso standardizzato di mortalità e spesa sanitaria pro capite, anche in questo caso applicata ai numeri indice ottenuti dividendo per il valore medio i valori registrati nelle diverse Regioni.

Il valore del coefficiente  $R^2$  mostra che tra le due variabili non risulta alcuna correlazione. L'analisi della distribuzione nei quattro quadranti in cui il piano cartesiano viene diviso dalle rette  $x=1$  ed  $y=1$  pone peraltro in evidenza che nelle realtà territoriali nelle quali la proporzione percentuale di anziani è maggiore tende ad essere maggiore la spesa sanitaria pro capite, mentre dove è minore la proporzione percentuale di anziani tende ad essere minore la spesa sanitaria pro capite. Le più vistose eccezioni a questa tendenza sono rappresentate da Valle d'Aosta, Bolzano e Trento, nelle quali si registra una spesa sanitaria pro capite decisamente maggiore di quella attesa in base alla proporzione percentuale di anziani, Emilia Romagna, Marche ed Umbria, che registrano una spesa sanitaria pro capite minore di quella attesa.

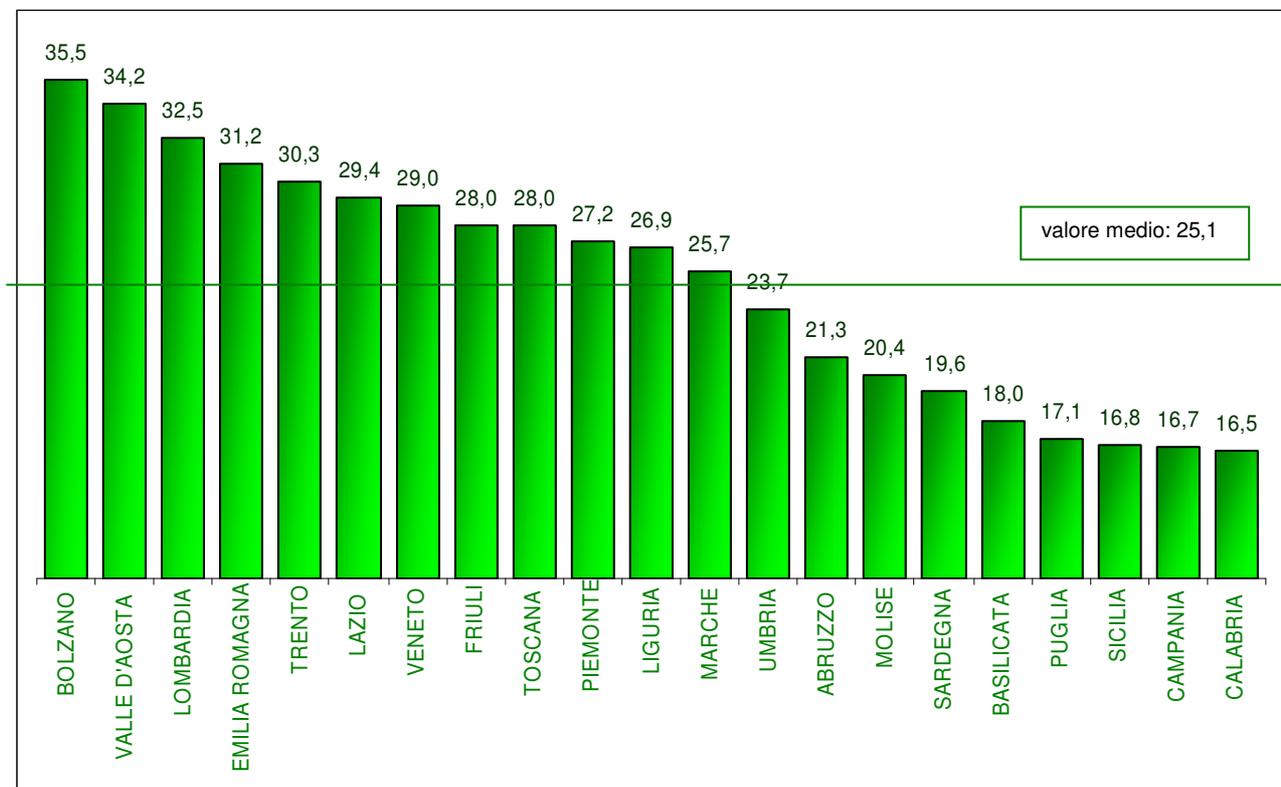
figura 14 – proporzione percentuale di anziani e spesa sanitaria pro capite



In sostanza dalle analisi sviluppate risulta che la spesa sanitaria pro capite non è assolutamente correlata con nessuna delle due variabili che, se pur con significati diversi, sono in qualche modo espressive di bisogni sanitari rispetto ai quali dovrebbe essere graduato l'impegno delle risorse.

Un'altra variabile alla quale può risultare correlata la spesa sanitaria è il livello complessivo di ricchezza delle diverse realtà territoriali, livello che trova una sua espressione di sintesi nel prodotto interno lordo pro capite. Il grafico riprodotto in figura 15 mostra la variabilità interregionale di questa variabile. I dati in esso riportati ripropongono, in tutta la sua gravità, un problema noto da decenni, e rispetto al quale non si sono finora trovate soluzioni sostanziali: l'arretratezza delle regioni meridionali, che si collocano tutte al di sotto del valore medio (che nel 2009, ultimo anno per il quale sono pubblicati dati disaggregati a livello regionale, risultava pari a 25.100 euro per abitante), con una situazione particolarmente grave in quattro Regioni (Calabria, Campania, Puglia e Sicilia), nelle quali il prodotto interno pro capite registra un valore minore della metà di quello registrato in realtà territoriali come Valle D'Aosta e Bolzano, che con un prodotto interno lordo pro capite superiore ai 34.000 euro registrano in assoluto i valori più elevati del Paese.

figura 15 – prodotto interno lordo pro capite



fonte: ISTAT – conti economici regionali

Il grafico riprodotto in figura 16 mostra i risultati dell'analisi di correlazione tra le due variabili prodotto interno lordo e spesa sanitaria pro capite, effettuata utilizzando una metodologia del tutto sovrapponibile a quella applicata nell'analisi delle correlazioni tra tasso standardizzato di mortalità, proporzione percentuale di anziani e spesa sanitaria pro capite, anche in questo caso applicata ai numeri indice ottenuti dividendo per il valore medio i valori registrati nelle diverse Regioni.

I dati riprodotti in figura 16 dimostrano con incontrovertibile evidenza che la spesa sanitaria pubblica pro capite, che non risulta in alcun modo correlata con i bisogni di assistenza sanitaria così come questi possono essere, se pur in prima approssimazione, rappresentati, dal tasso standardizzato di mortalità o dalla proporzione percentuale di anziani, risulta correlata con la ricchezza disponibile, misurata attraverso il prodotto interno lordo pro capite.

Il coefficiente  $R^2$ , che risulta praticamente nullo nelle regressioni lineari tra spesa sanitaria pro capite, tasso standardizzato di mortalità e proporzione percentuale di anziani, risulta invece eguale a 0,408 nella regressione lineare tra prodotto interno lordo pro capite e spesa sanitaria pro capite.

Con tutte le cautele del caso, dovute alla natura delle variabili osservate ed alla ridotta numerosità dell'universo statistico rispetto al quale si analizzano i fenomeni i dati dimostrano che la spesa sanitaria pro capite tende ad essere più elevata nelle Regioni nelle quali più elevato è il prodotto interno lordo, confermando quindi una constatazione che costituisce una acquisizione ampiamente consolidata in economia sanitaria: la spesa sanitaria tende a crescere linearmente al crescere della ricchezza disponibile.

Applicando la stessa metodologia di analisi utilizzata per studiare la relazione tra prodotto interno lordo e spesa sanitaria pubblica nelle diverse Regioni si è verificata la relazione esistente tra prodotto interno lordo pro capite e spesa sanitaria complessiva pro capite nei Paesi dell'Unione europea scelti quali elementi di confronto per valutare comparativamente l'entità della spesa sanitaria nel nostro Paese. I risultati dell'analisi sono riportati nel grafico riprodotto in figura 17, e risultano di immediata interpretazione. Il coefficiente  $R^2$  (definito coefficiente di determinazione in quanto esprime quanta parte della devianza totale della variabile  $y$  è spiegata dalla retta di regressione), indica che tra le due variabili considerate la relazione è molto forte. Le uniche nazioni nelle quali la spesa sanitaria pro capite è inferiore a quella che si potrebbe attendere in base al prodotto interno lordo pro capite sono Francia, Germania e Belgio. In tutte le altre la spesa sanitaria pro capite è funzione lineare del prodotto interno lordo.

figura 16 – prodotto interno lordo e spesa sanitaria pubblica pro capite nelle diverse Regioni

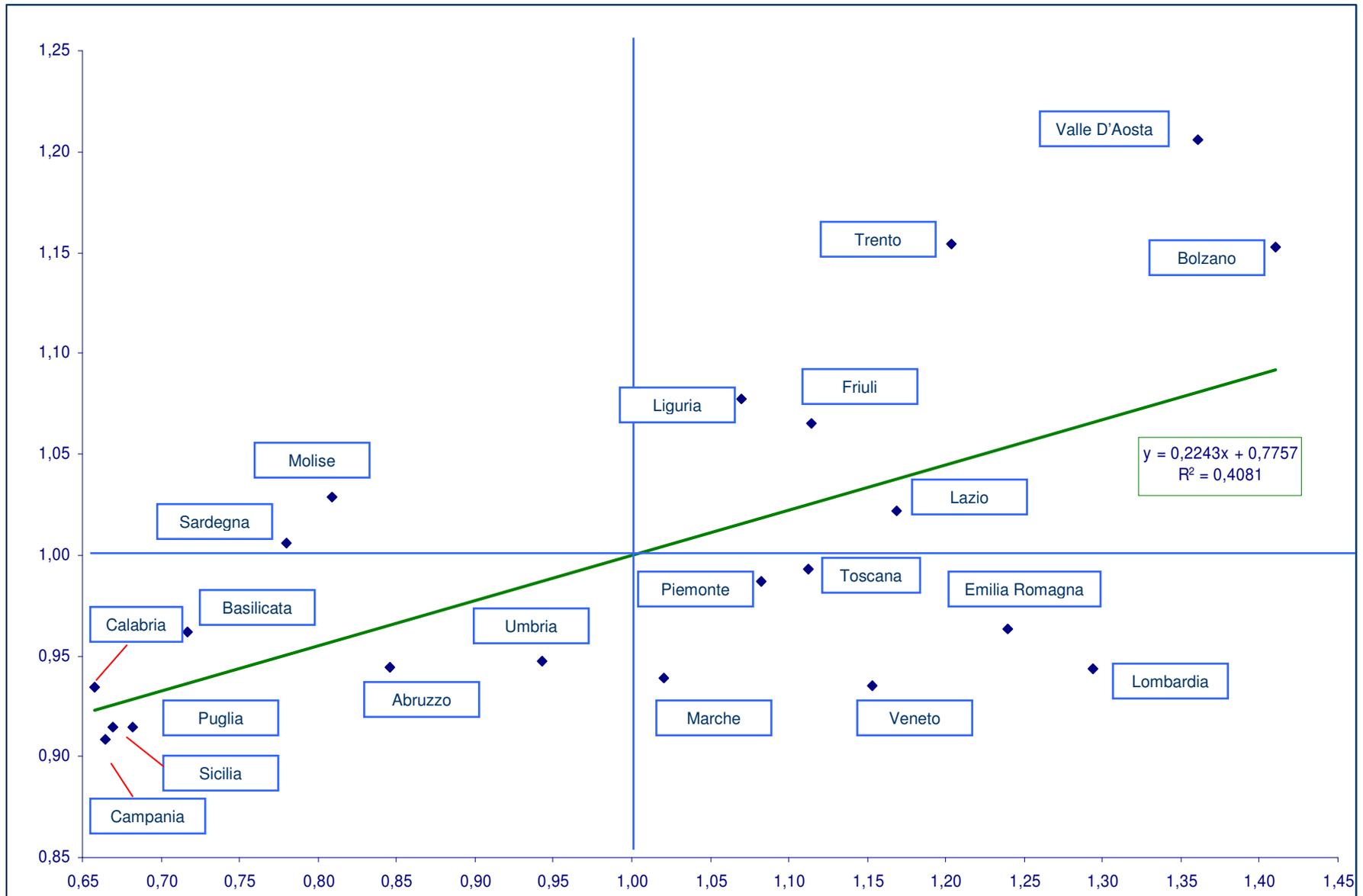
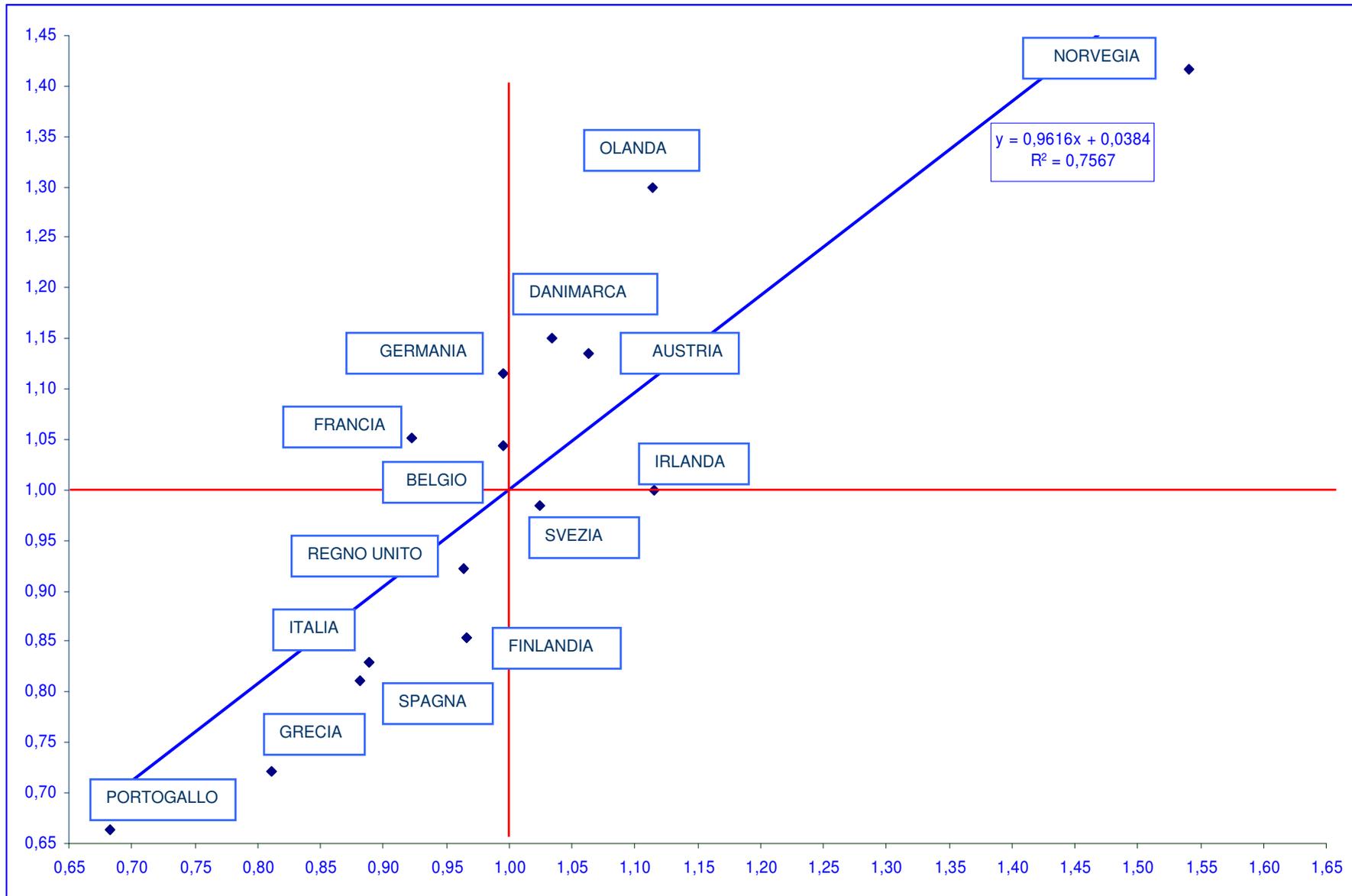


figura 17 – prodotto interno lordo e spesa sanitaria complessiva pro capite nei Paesi dell'UE



### 3. la variabilità interregionale della sostenibilità economica del sistema

Il grafico riprodotto in figura 3 ha posto in evidenza che nel decennio al quale si riferiscono i dati analizzati la spesa sanitaria pubblica è stata, a livello nazionale complessivo, sistematicamente superiore alle risorse disponibili, con un disavanzo cumulato nel decennio pari a 35,9 miliardi di euro. Il grafico riprodotto in figura 4 evidenzia peraltro che, sempre a livello nazionale complessivo, il disavanzo in termini percentuali tende da alcuni anni ad una progressiva riduzione, passando dal 6,7% nel 2004 all' 1,6% del 2011.

Questo paragrafo si propone di approfondire in quale misura le diverse realtà regionali hanno contribuito al disavanzo rilevato, disavanzo che a prescindere dai soggetti istituzionali che devono farsene carico (Stato o Regioni) incide comunque in termini negativi sul risultato del conto economico consolidato delle amministrazioni pubbliche e sulla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale.

I dati in tavola 1 riportano costi, ricavi e risultati di esercizio cumulati nei dieci anni intercorsi dal 2002 al 2011. In questa tavola, così come nella successiva tavola 2, i costi per Regione sono calcolati al netto del saldo della mobilità sanitaria, che è stato indicato per consentire di valutare in quale misura esso influisce sul risultato di esercizio.

I dati riportati in tavola 1 evidenziano due aspetti:

- 1) considerando i risultati cumulati nel decennio soltanto la Regione Friuli e la Provincia di Bolzano registrano risultati complessivi positivi; tutte le altre Regioni hanno contribuito, se pur evidentemente in misura diversa, al disavanzo complessivo di 35,9 miliardi di euro accumulato nel decennio;
- 2) il disavanzo cumulato, valutato in termini percentuali appare trascurabile in regioni come Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, e assume invece dimensioni di tutto rilievo nelle Regioni Lazio, Campania, Sicilia, nelle quali presenta valori particolarmente elevati sia in termini assoluti che in termini percentuali (calcolati rapportando il disavanzo ai ricavi).

I dati riportati in tavola 2, relativi all'anno 2011, pongono in evidenza non solo che dodici realtà territoriali su 21 hanno conseguito nell'anno 2011 un risultato positivo (Abruzzo, Umbria, Bolzano, Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Friuli, Trento, Toscana, Veneto, Lombardia, Marche, Piemonte), ma anche che le dimensioni assolute e relative dei disavanzi si sono decisamente ridotte anche nelle Regioni, Come Lazio, Campania e Sicilia, che negli anni passati avevano registrato disavanzi particolarmente elevati.

TAVOLA 1 – costi, ricavi e risultato di esercizio nel decennio 2002 – 2011 – milioni di euro

Regione	costi	ricavi	mobilità	risultato di esercizio	
FRIULI	21.584,510	21.596,217	194,337	206,044	0,95
BOLZANO	10.306,968	10.320,421	56,400	69,853	0,68
LOMBARDIA	157.880,428	153.464,054	4.324,438	-91,936	-0,06
VENETO	80.074,461	78.776,584	1.049,888	-247,989	-0,31
EMILIA ROMAGNA	75.774,025	72.322,772	3.064,578	-386,675	-0,53
TOSCANA	64.380,582	62.975,334	1.033,524	-371,724	-0,59
TRENTO	9.601,858	9.682,926	-151,763	-70,695	-0,73
UMBRIA	14.928,896	14.618,371	193,082	-117,443	-0,80
PIEMONTE	76.913,068	76.235,530	-81,694	-759,232	-1,00
MARCHE	25.180,205	25.224,173	-366,408	-322,440	-1,28
BASILICATA	9.395,402	9.569,321	-422,353	-248,434	-2,60
PUGLIA	64.620,127	64.334,992	-1.565,904	-1.851,039	-2,88
VALLE D'AOSTA	2.440,043	2.503,409	-152,053	-88,687	-3,54
CALABRIA	31.342,714	32.245,312	-2.151,826	-1.249,228	-3,87
LIGURIA	30.240,327	29.059,797	-185,437	-1.365,967	-4,70
SICILIA	81.201,783	79.184,055	-2.000,675	-4.018,403	-5,07
ABRUZZO	22.434,374	21.403,656	-155,803	-1.186,521	-5,54
SARDEGNA	27.572,267	26.320,506	-571,111	-1.822,872	-6,93
CAMPANIA	94.525,688	89.185,598	-2.789,789	-8.129,879	-9,12
MOLISE	6.083,016	5.275,220	176,756	-631,040	-11,96
LAZIO	104.109,682	90.353,046	501,813	-13.254,823	-14,67
TOTALE	1.010.590,424	974.651,294	0,000	-35.939,130	-3,69

fonte: Ministero dell'Economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

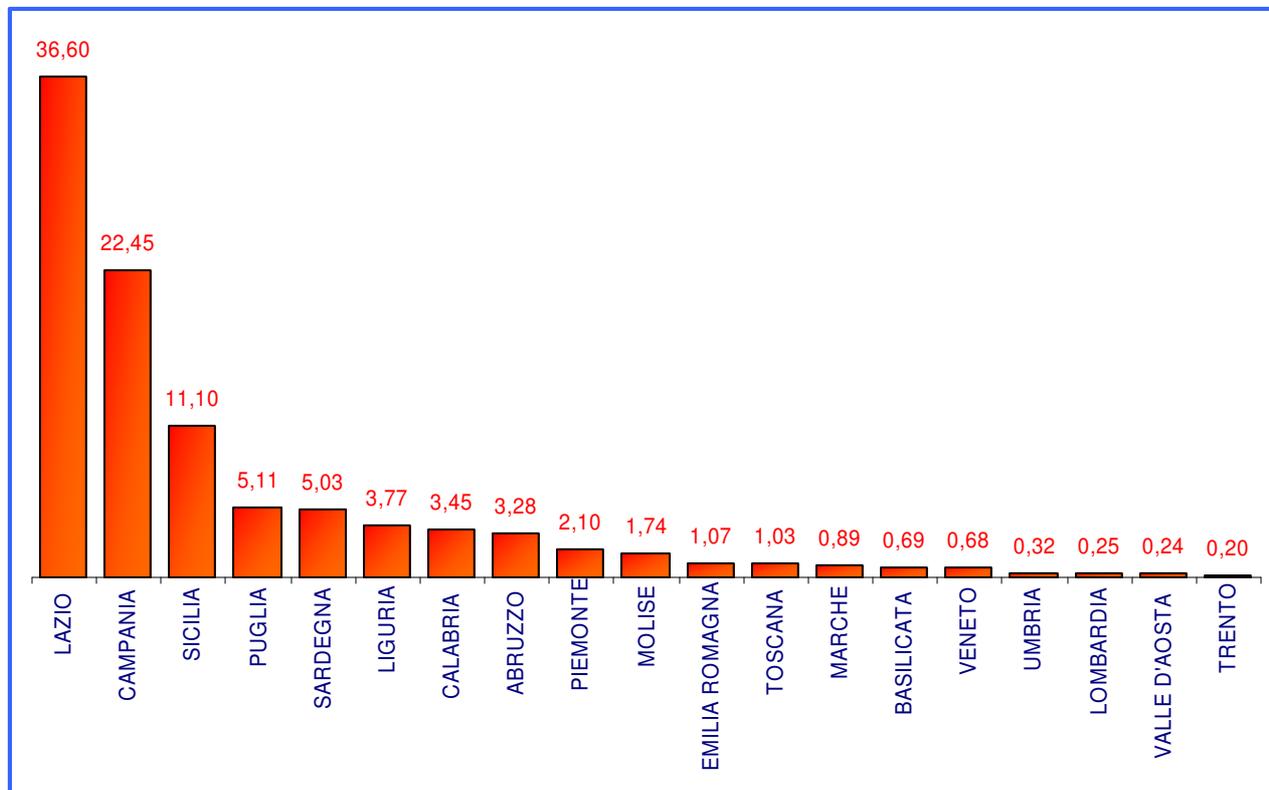
TAVOLA 2 – costi, ricavi e risultato di esercizio nell'anno 2011 – milioni di euro					
Regione	costi	ricavi	mobilità	risultato di esercizio	
ABRUZZO	2.414,128	2.503,020	-63,328	25,564	1,02
UMBRIA	1.688,813	1.690,501	9,606	11,294	0,67
EMILIA ROMAGNA	8.692,845	8.380,657	347,420	35,232	0,42
BOLZANO	1.148,246	1.148,793	4,169	4,716	0,41
VALLE D'AOSTA	288,841	303,345	-13,517	0,987	0,33
FRIULI	2.599,534	2.580,653	25,888	7,007	0,27
TRENTO	1.179,685	1.197,310	-15,097	2,528	0,21
TOSCANA	7.395,559	7.289,710	118,537	12,688	0,17
VENETO	9.121,945	9.033,531	98,204	9,790	0,11
LOMBARDIA	18.739,314	18.305,157	452,381	18,224	0,10
MARCHE	2.844,385	2.874,937	-29,018	1,534	0,05
PIEMONTE	8.602,114	8.603,993	2,508	4,387	0,05
SICILIA	8.828,762	8.930,428	-200,894	-99,228	-1,11
PUGLIA	7.158,789	7.199,050	-158,791	-118,530	-1,65
CAMPANIA	10.074,443	10.105,289	-285,328	-254,482	-2,52
BASILICATA	1.077,012	1.068,691	-27,939	-36,260	-3,39
CALABRIA	3.443,049	3.543,365	-230,235	-129,919	-3,67
LIGURIA	3.374,996	3.261,797	-30,561	-143,760	-4,41
MOLISE	676,374	603,857	33,135	-39,382	-6,52
SARDEGNA	3.229,709	3.074,912	-64,799	-219,596	-7,14
LAZIO	11.472,487	10.572,606	27,659	-872,222	-8,25
TOTALE	114.051,030	112.271,602	0,000	-1.779,428	-1,58

fonte: Ministero dell'Economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

L'incidenza del saldo della mobilità sanitaria sul risultato di esercizio appare particolarmente significativa nelle Regioni Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Veneto e Friuli in positivo, e nelle Regioni Sicilia, Puglia, Campania e Calabria in negativo, il disavanzo di esercizio delle quali è attribuibile proprio al saldo negativo della mobilità sanitaria. Particolarmente evidente appare questo fenomeno nel caso della Regione Sicilia, che se non avesse avuto un saldo negativo della mobilità sanitaria maggiore di 200 milioni di euro, avrebbe chiuso l'esercizio ampiamente in attivo.

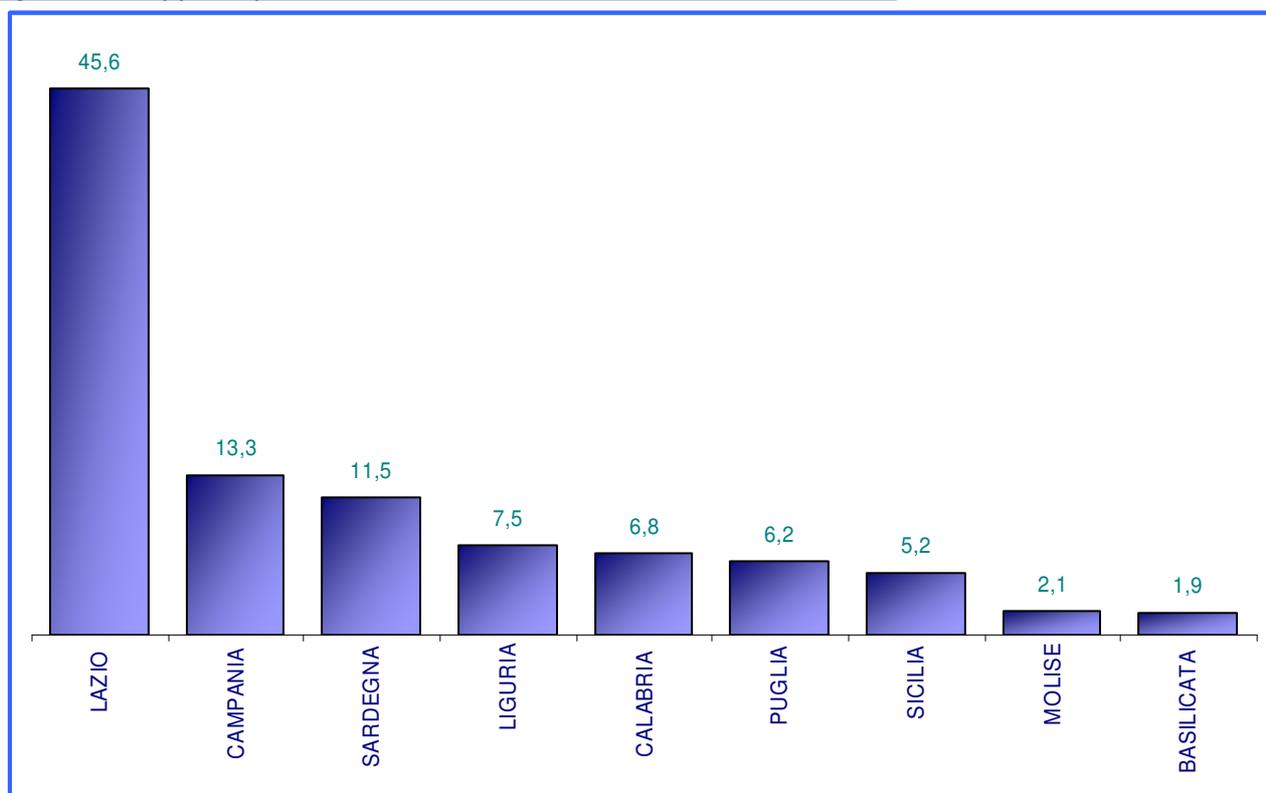
Una ulteriore valutazione che è parsa di particolare interesse è la misura in cui le diverse articolazioni territoriali hanno contribuito al disavanzo complessivo registrato a livello nazionale, sia con riferimento ai valori cumulati nel decennio, sia con riferimento all'ultimo anno del quale risultano ad oggi pubblicati dati consolidati. I risultati di questa analisi sono rappresentati nei grafici riprodotti nelle figure 18 e 19, dalle quali si evince che: sia con riferimento al disavanzo cumulato nel decennio 2002 – 2011, sia con riferimento all'ultimo anno del decennio osservato, le due Regioni Lazio e Campania da sole sono responsabili di oltre il 50% del disavanzo complessivo, con una proporzione percentuale del 59,1% considerando l'intero decennio e del 58,9% considerando solo l'ultimo anno.

figura 18 – apporto percentuale al disavanzo cumulato del SSN nel decennio 2002 – 2011



fonte: Ministero dell'Economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

figura 19 – apporto percentuale al disavanzo del SSN nell'anno 2011



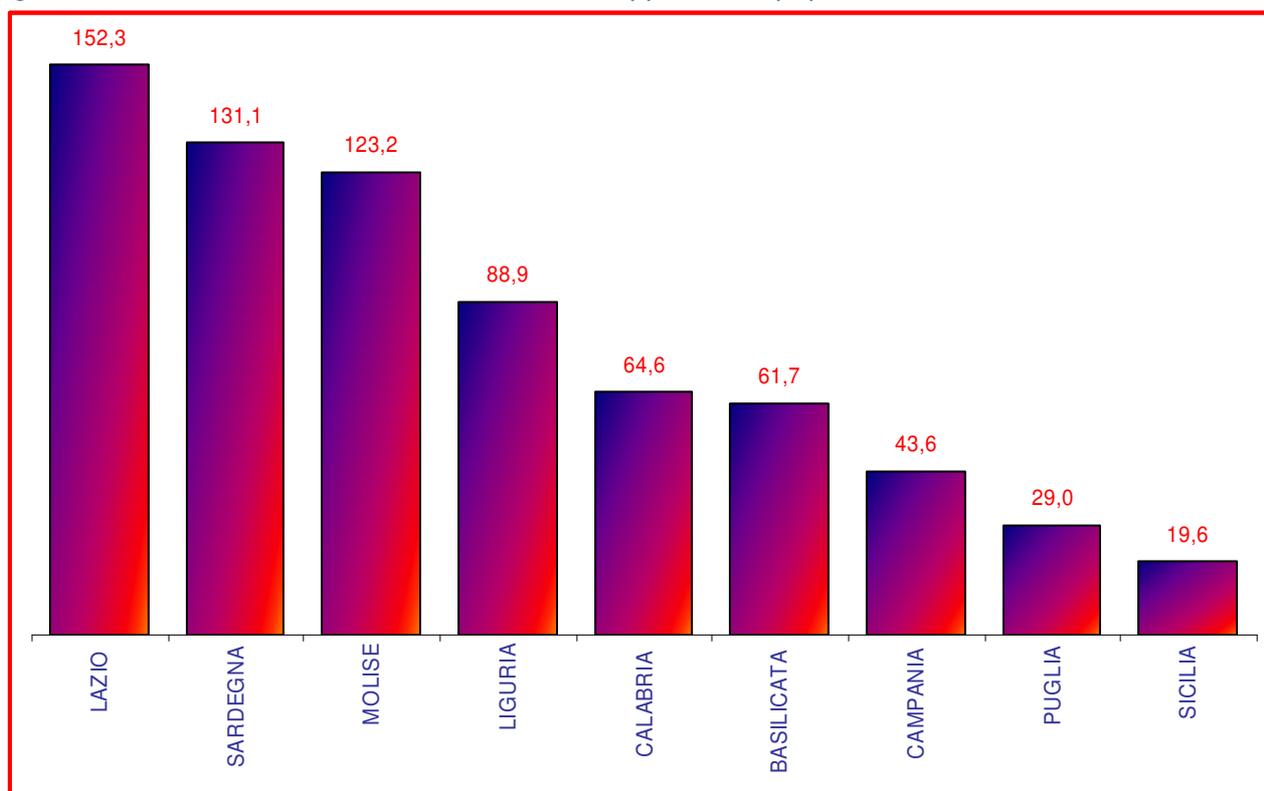
fonte: Ministero dell'Economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Evidentemente il contributo del disavanzo di una qualsiasi Regione al disavanzo nazionale complessivo dipende dall'entità assoluta del disavanzo stesso, la dimensione del quale è correlata alla dimensione della Regione considerata. Questa prospettiva di analisi non dà conto dell'entità relativa del fenomeno, che può essere valutata rapportando il disavanzo alla popolazione residente. I risultati di questa analisi sono riportati in figura 20, che mostra un ordinamento sostanzialmente diverso delle Regioni che nel 2011 hanno registrato un risultato di esercizio negativo.

Un'ultima riflessione sulla variabilità regionale nella sostenibilità economica del sistema sanitario concerne l'evoluzione nel tempo del fenomeno.

Già dal confronto tra i dati riportati nel grafico riprodotto nelle due figure 18 e 19 emerge chiaramente l'evoluzione positiva di certe realtà regionali (quali ad esempio la Sicilia, che come risulta dal grafico riprodotto in figura 20 nell'ultimo anno del decennio analizzato fa fatto registrare il disavanzo pro capite minore di tutte le altre). Una analisi più circostanziata del fenomeno è offerta dalla tavola 3, nella quale sono riportati i disavanzi pro capite nel decennio, espressi in valori attualizzati al 2011 per tener conto dell'inflazione.

figura 20 – disavanzo del Servizio Sanitario in rapporto alla popolazione – ANNO 2011



L'analisi dei dati riportati in tavola 3 consente di individuare diversi profili nell'andamento della gestione dei diversi sistemi sanitari regionali:

- 1) realtà che ormai da anni hanno consolidato una situazione di sostanziale equilibrio: le Regioni Marche, Friuli, Umbria, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana e la provincia autonoma di Bolzano
- 2) realtà che registrano una significativa progressiva e costante riduzione del disavanzo rispetto al triennio 2004 – 2006 , nel quale sono stati conseguiti i risultati peggiori in assoluto nel decennio analizzato: Sicilia, Campania, Lazio, Abruzzo, Molise
- 3) realtà nelle quali si mantiene nel tempo una situazione di squilibrio, che preoccupa non tanto per l'entità quanto per la rigidità: Basilicata, Puglia, Sardegna, Liguria.

Per quanto concerne il 2011, ultimo anno per il quale risultano oggi disponibili dati consolidati, i disavanzi pro capite in assoluto più rilevanti sono quelli registrati dalle Regioni Lazio, Molise e Sardegna, con valori superiori ai 100 euro pro capite; disavanzi significativi, compresi tra 50 e 100 euro pro capite, sono stati registrati dalle Regioni Liguria, Calabria e Basilicata, mentre disavanzi minori di 50 euro pro capite sono stati registrati nelle Regioni Campania, Puglia, Sicilia.

TAVOLA 3 – risultato di esercizio pro capite nel decennio 2002 – 2011 – valori espressi in euro

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PIEMONTE	-11	-28	-180	0	-2	8	1	4	0	1
VALLE D'AOSTA	-68	-101	-125	-127	-120	-118	-106	-8	-36	8
LOMBARDIA	-43	8	16	-2	-1	1	0	0	2	2
BOLZANO	-183	-63	61	66	58	50	33	78	16	9
TRENTO	2	-12	-21	-6	-31	-18	-21	-24	-24	5
VENETO	-54	-37	1	-27	17	17	15	-6	3	2
FRIULI	34	19	9	25	17	35	19	14	11	6
LIGURIA	-34	-36	-239	-179	-69	-96	-72	-68	-57	-89
EMILIA ROMAGNA	-15	-12	-107	-4	-10	7	7	5	7	8
TOSCANA	-15	7	-77	-5	-37	13	-1	-2	-5	3
UMBRIA	-14	-64	-71	-11	-52	9	10	6	9	12
MARCHE	-80	-56	-124	-14	-28	11	25	11	-2	1
LAZIO	-134	-161	-367	-371	-410	-323	-314	-259	-185	-152
ABRUZZO	-128	-198	-92	-209	-119	-125	-98	-74	-4	19
MOLISE	-69	-265	-155	-487	-202	-226	-231	-207	-185	-123
CAMPANIA	-134	-113	-235	-348	-145	-162	-147	-142	-84	-44
PUGLIA	-1	32	12	-114	-46	-83	-92	-77	-81	-29
BASILICATA	-1	-37	-60	-81	-41	-32	-52	-37	-50	-62
CALABRIA	-88	-33	-73	-44	-19	-92	-106	-120	-35	-65
SICILIA	-82	-63	-171	-126	-205	-124	-55	-41	-6	-20
SARDEGNA	-128	-102	-167	-223	-87	-15	-116	-143	-94	-131
TOTALE	-61	-47	-114	-110	-84	-68	-64	-58	-38	-29

fonte: Ministero dell'Economia – Relazione generale sulla situazione economica del Paese

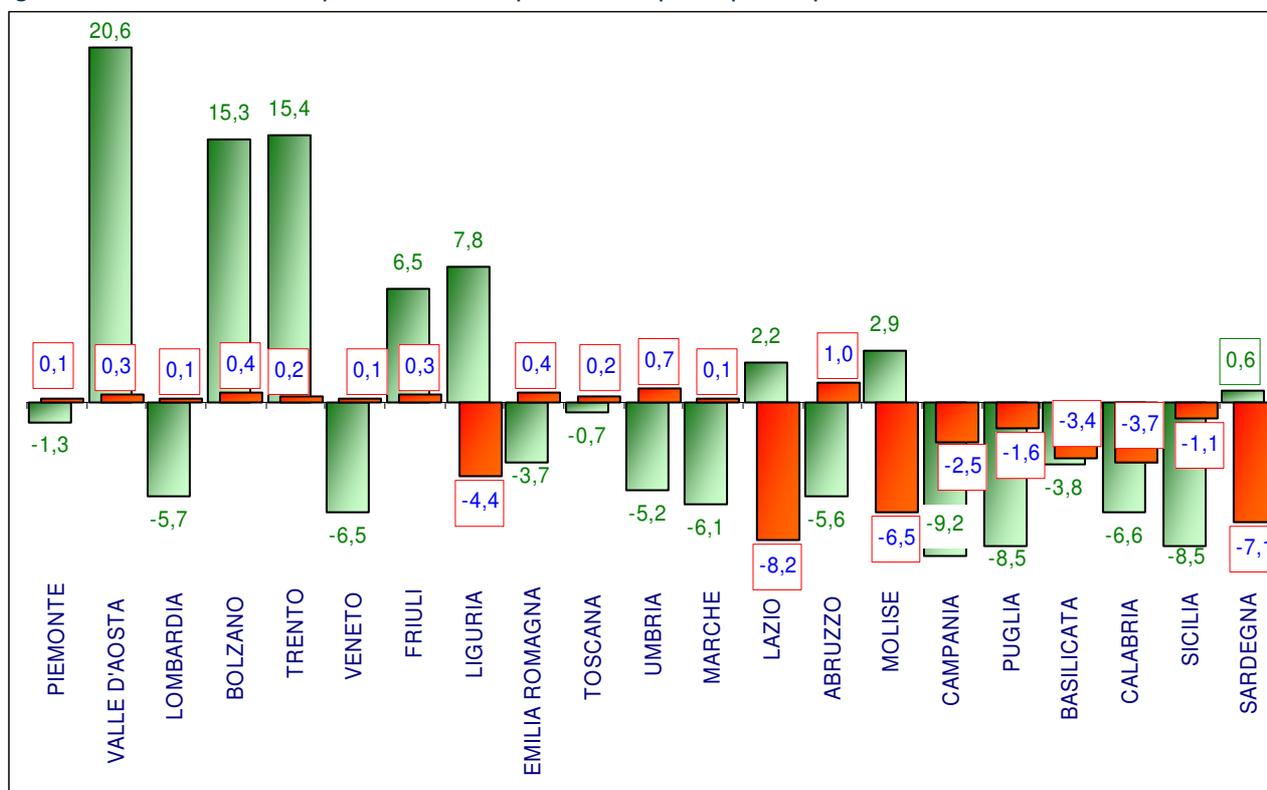
Al fine di individuare in quale misura i disavanzi registrati nelle diverse realtà regionali sono attribuibili ad una spesa eccessiva si sono posti a confronto, per l'anno 2011 gli scostamenti percentuali rispetto alla media della spesa sanitaria pro capite con i disavanzi percentuali relativi registrati nelle diverse articolazioni territoriali del Servizio Sanitario Nazionale.

I risultati di questo confronto sono rappresentati nel grafico in figura 21.

I dati riportati nel grafico evidenziano che il risultato di esercizio registrato nelle diverse Regioni non è correlato allo scostamento della spesa pro capite rispetto al valore medio. Realtà come la Regione Valle d'Aosta, le province autonome di Trento e Bolzano, nelle quali si registra la spesa pro capite più elevata in assoluto che in tutte le altre, hanno risultati di esercizio positivi.

Di converso Regioni come Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia, in cui la spesa pro capite è inferiore al valore medio registrano risultati di esercizio negativi. Lombardia, Veneto, Umbria, Marche e registrano risultati di esercizio positivi e spesa procapite inferiore al valore medio. Le uniche regioni che registrano un risultato di esercizio negativo ed una spesa pro capite superiore al valore medio sono Lazio, Molise e Liguria.

figura 21 – scostamento percentuale rispetto alla spesa pro capite e risultato di esercizio



Il problema è evidentemente assicurare al contempo risorse proporzionate ai bisogni sanitari che la popolazione esprime ed economicità nella gestione delle stesse. I dati disponibili non consentono di comprendere in quale misura gli squilibri rilevati nella gestione dei diversi sistemi sanitari regionali derivino da una disponibilità di risorse inadeguata rispetto ai bisogni sanitari oppure da un inefficiente utilizzo delle stesse.

Al fine di rispondere in modo induttivo a questo cruciale quesito è stata simulata una diversa allocazione delle risorse, mantenendo inalterati i costi sostenuti nelle diverse realtà territoriali ed i relativi saldi della mobilità, ripartendo le risorse disponibili secondo i seguenti criteri:

- ✓ il 65% delle risorse sulla base della percentuale di anziani
- ✓ il 15% delle risorse sulla base del tasso standardizzato di mortalità
- ✓ il 20% delle risorse sulla base della popolazione assoluta

I risultati di questa simulazione, riportati in tavola 4, pongono in evidenza che la diversa distribuzione delle risorse, tendenzialmente più correlata alle due variabili ritenute espressive del bisogno sanitario (proporzione percentuale di anziani e tasso standardizzato di mortalità) determinerebbe i seguenti effetti:

- ✓ un netto peggioramento del risultato di esercizio in realtà caratterizzate da una spesa sanitaria pro capite decisamente maggiore del valore medio, come la Regione Valle d'Aosta e le province di Trento e Bolzano, ma anche in Regioni nelle quali la spesa sanitaria pro capite è molto minore del valore medio, come la Regione Campania, penalizzata quest'ultima nel riparto ipotizzato dal fatto di avere una percentuale di anziani molto minore di tutte le altre Regioni italiane (16,1% a fronte di percentuali del 26,7% in Liguria e del 23,4% in Friuli);
- ✓ una amplificazione dei risultati positivi in Regioni considerate "virtuose", come Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche;
- ✓ un risultato di esercizio comunque decisamente negativo in Regioni come Lazio, Puglia, Basilicata, Sardegna, il che evidenzia problemi strutturali che rendono difficile il raggiungimento dell' equilibrio economico.

La simulazione proposta, una delle infinite possibili modificando le percentuali di risorse ripartite sulla base dei tre criteri ipotizzati (proporzione percentuale di anziani, tasso standardizzato di mortalità e popolazione assoluta), non ha né potrebbe avere alcuna pretesa di equità; vuole solo sommessamente suggerire che i problemi di sostenibilità economica dei vari sistemi sanitari regionali possono anche derivare da una distribuzione delle risorse non rispondente ai bisogni sanitari e non solo da diseconomie nella gestione.

Tavola 4 – simulazione dei risultati di esercizio derivanti da una diversa allocazione delle risorse

Regione	ricavi effettivi	costi effettivi	mobilità	risultato effettivo	ricavi teorici	risultato teorico
PIEMONTE	8.603,993	8.602,114	2,508	4,387	8.973,015	373,409
VALLE D'AOSTA	303,345	288,841	-13,517	0,987	241,639	-60,719
LOMBARDIA	18.305,157	18.739,314	452,381	18,224	18.166,502	-120,431
BOLZANO	1.148,793	1.148,246	4,169	4,716	853,335	-290,742
TRENTO	1.197,310	1.179,685	-15,097	2,528	934,821	-259,961
VENETO	9.033,531	9.121,945	98,204	9,790	8.943,104	-80,637
FRIULI	2.580,653	2.599,534	25,888	7,007	2.513,547	-60,100
LIGURIA	3.261,797	3.374,996	-30,561	-143,760	3.611,050	205,493
EMILIA ROMAGNA	8.380,657	8.692,845	347,420	35,232	8.667,864	322,439
TOSCANA	7.289,710	7.395,559	118,537	12,688	7.564,666	287,644
UMBRIA	1.690,501	1.688,813	9,606	11,294	1.809,121	129,914
MARCHE	2.874,937	2.844,385	-29,018	1,534	3.064,512	191,109
LAZIO	10.572,606	11.472,487	27,659	-872,222	10.437,007	-1.007,822
ABRUZZO	2.503,020	2.414,128	-63,328	25,564	2.556,373	78,917
MOLISE	603,857	676,374	33,135	-39,382	618,508	-24,731
CAMPANIA	10.105,289	10.074,443	-285,328	-254,482	9.585,079	-774,692
PUGLIA	7.199,050	7.158,789	-158,791	-118,530	7.122,661	-194,919
BASILICATA	1.068,691	1.077,012	-27,939	-36,260	1.080,676	-24,275
CALABRIA	3.543,365	3.443,049	-230,235	-129,919	3.550,867	-122,417
SICILIA	8.930,428	8.828,762	-200,894	-99,228	8.960,527	-69,129
SARDEGNA	3.074,912	3.229,709	-64,799	-219,596	3.016,728	-277,780
TOTALE	112.271,602	114.051,030	0,000	-1.779,428	112.271,602	-1.779,428

## Considerazioni conclusive

---

L'analisi sviluppata consente di formulare alcune considerazioni che non hanno la pretesa di offrire soluzioni al problema dell'equilibrio tra le risorse disponibili e le aspettative che la popolazione esprime su un diritto sancito dall'articolo 32 della nostra costituzione, e quindi di particolare rilevanza sociale, ma possono stimolare una riflessione costruttiva ed indicare spazi ed opportunità di più specifici approfondimenti.

Una prima evidenza che appare incontrovertibile è il fatto che in termini relativi nel nostro Paese la spesa sanitaria non può certo definirsi eccessiva, collocandosi al quartultimo posto tra i Paesi che costituiscono la cosiddetta Europa dei 15. E questo nonostante che in Italia, al pari della Germania, sia più elevata che in tutti gli altri Paesi dell'Unione Europea, l'incidenza percentuale di anziani, che come noto generano consumi di prestazioni sanitarie che risultano 10 volte superiori a quelli di persone in età infantile.

Il problema sta nel fatto che i vincoli di compatibilità macroeconomica rendono impossibile destinare maggiori risorse al settore sanitario, se non a discapito di altri settori che pur rivestono evidente rilevanza sociale (come la previdenza, l'assistenza, l'istruzione, la giustizia, la sicurezza). A questo riguardo non si può non ribadire quanto negativamente incida sulla disponibilità di risorse che potrebbero essere finalizzate ad impieghi ad elevata valenza sociale l'enorme debito pubblico che costituisce la vera priorità dell'economia nazionale. Nell'anno 2011 (ultimo anno per cui si hanno disponibili dati consolidati) gli interessi sul debito hanno comportato una spesa di 73,9 miliardi di euro a carico del bilancio dello Stato, importo che rappresenta il 15,6 % della spesa corrente complessiva (sempre ovviamente a carico del bilancio dello Stato), che è stata nel 2011 di 474,158 miliardi di euro, ed il 16,3% delle entrate tributarie, che nel 2011 hanno raggiunto l'importo di 452,731 miliardi di euro.

Una seconda considerazione che i dati analizzati consentono di formulare concerne l'estrema variabilità che si registra nelle diverse realtà regionali, sia per quanto attiene alle risorse destinate alla tutela della salute (la spesa sanitaria pubblica pro capite varia nell'anno 2010 da un minimo di 1.776 euro in Campania ad un massimo di 2.358 euro nella Regione Valle d'Aosta), sia per quanto concerne le condizioni di salute ed i conseguenti bisogni sanitari, sia per quanto concerne la sostenibilità economica.

E ciò nonostante siano trascorsi trent'anni dall'approvazione della legge 833 del 23 dicembre 1978, che istituendo il Servizio Sanitario Nazionale poneva tra gli obiettivi da conseguire proprio il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio sanitarie del Paese. La consistenza delle differenze osservate se da un lato induce giustamente a ritenere che vi siano ampi spazi di recupero di efficienza nella gestione delle risorse, dall'altro impone un ripensamento profondo del concetto stesso di livelli uniformi di assistenza, introdotti già nel 1992 con DPR del 24 dicembre 1992, ridefiniti come livelli essenziali di assistenza con DPCM 29 novembre 2001, quale adempimento prescritto dalla stessa legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, che all'articolo 4 dispone *“con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio”*, come tra l'altro prescrive l'articolo 117 comma m) della costituzione, laddove definisce tra le competenze esclusive dello Stato *“la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”*.

I livelli di assistenza per come definiti nella normativa vigente (il DPCM 29 novembre 2001 e successive modificazioni e integrazioni) costituiscono più una puntuale, e comunque necessaria, precisazione delle prestazioni che devono essere garantite a tutti gli assistiti piuttosto che lo strumento per assicurare pari opportunità diagnostiche terapeutiche ed eguali livelli qualitativi delle stesse. Affinché i livelli essenziali di assistenza rispondano a questo obiettivo devono infatti essere soddisfatte due condizioni:

- 1) devono essere raccordati con i bisogni di salute che le diverse realtà locali esprimono, bisogni che sicuramente sono molto variegati (come inducono a ritenere le differenze osservate tra le varie regioni sia per quanto attiene sia i tassi standardizzati di mortalità sia l'incidenza percentuale di anziani), e che devono essere adeguatamente esplorati attraverso idonee indagini epidemiologiche;
- 2) devono essere raccordati con standard organizzativi (questi sì) uniformi su tutto il territorio, raccordo tra l'altro indispensabile per la determinazione della quota capitaria di finanziamento e della sua disaggregazione per livelli di assistenza, come richiesto dall'articolo 1 comma 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, numero 502.

Una terza considerazione concerne l' esigenza, una volta che sia assicurato alle diverse realtà regionali un finanziamento del servizio sanitario nazionale coerente con i bisogni che le diverse realtà territoriali esprimono (attraverso una rideterminazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nel senso e con le specifiche precedentemente accennati), di una rigorosa, effettiva responsabilizzazione delle Regioni sul rispetto dei vincoli di spesa.

Si tratta di applicare in modo rigoroso quanto lo stesso decreto 502 prescriveva *“le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle aziende sanitarie con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello stato”*. (articolo 13, comma 1). Come noto la Corte Costituzionale, a seguito del ricorso presentato da alcune Regioni, dichiarò la illegittimità costituzionale della norma, con la motivazione che *“nello stabilire l'esonero immediato e totale dello Stato da interventi finanziari volti a far fronte ai disavanzi di gestione delle aziende sanitarie non prevedeva un'adeguata disciplina diretta a rendere graduale il passaggio e la messa a regime del sistema di finanziamento previsto nello stesso decreto legislativo 502”*

Il problema è evidentemente complesso, per le implicazioni politiche e sociali che esso comporta, considerate anche le differenze che in termini di capacità fiscale caratterizzano le diverse realtà regionali. Questo problema costituisce una grande sfida con la quale si dovrà misurare il federalismo fiscale.

Se infatti da un lato il federalismo appare la via maestra per realizzare quelle condizioni di autonomia e responsabilizzazione che sono indispensabili per un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili, dall'altro una attuazione che non tradisca principi irrinunciabili di solidarietà ed equità sociale non può non assicurare meccanismi compensativi delle minori capacità fiscali delle Regioni del Sud. Questo, a prescindere dal meccanismo tecnico adottato, comporta un onere, diretto o indiretto, a carico del bilancio dello Stato.

È un problema che si riconnette in modo sostanziale con quel ripensamento profondo del ruolo dello Stato nell'economia che già nel lontanissimo 1995, veniva indicato dal prof. Borghonovi come esigenza ineludibile nella prefazione ad un volume dedicato alla pubblicazione dei risultati di una ricerca sul tema "Il controllo della spesa pubblica". In essa infatti il prof. 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 davvero 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 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."*

Queste indicazioni acquistano oggi nuovi e più cogenti significati, alla luce dell'ormai avviato processo di realizzazione del federalismo fiscale, che come si legge nella legge 5 maggio 2009, n. 42 delega che ne definisce obiettivi e criteri informativi, prefigura un percorso attuativo che si sviluppi secondo alcune direttrici portanti:

- 1) la responsabilizzazione dei livelli istituzionali periferici (regioni ed enti locali) nel governo delle spesa pubblica facendo coincidere nella massima misura possibile gli ambiti territoriali cui si riferisce il prelievo e l'utilizzo delle risorse, in una logica di trasparenza nei confronti dei cittadini;
- 2) la determinazione di livelli uniformi a livello nazionale delle prestazioni e dei servizi che devono essere erogati (in attuazione di quanto previsto dall'articolo 117, comma m) della costituzione, che precisa quale materia di competenza 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;*

- 3) la determinazione di costi standard che consentano di definire in modo equo e razionale le risorse finanziarie necessarie per assicurare tali livelli uniformi di prestazioni, superando il concetto di spesa storica;
- 4) l'istituzione di un fondo perequativo che nel rispetto del principio costituzionale di solidarietà compensi con adeguati trasferimenti di risorse le minori capacità fiscali che caratterizzano come noto le Regioni del Sud;
- 5) l'istituzione di una conferenza permanente di coordinamento della finanza pubblica, deputata a definire gli obiettivi di finanza pubblica, a monitorarne l'effettivo conseguimento individuando gli interventi correttivi necessari, nonché a monitorare il corretto utilizzo del fondo perequativo secondo principi di efficacia e di efficienza.

Quello delineato dal disegno di legge delega è un cammino contrassegnato da oggettive difficoltà. Si tratta di difficoltà prima di tutto politiche, perché nonostante una serie di evidenze incontrovertibili non appare ancora del tutto matura e condivisa la convinzione che l'attuazione del federalismo è una delle priorità ineludibili per il rilancio dell'economia nazionale. A queste difficoltà politiche si aggiungono purtroppo difficoltà tecniche, sia per quanto concerne la determinazione dei livelli essenziali di prestazioni che devono essere garantiti in modo uniforme a tutti i cittadini italiani, sia per quanto concerne la determinazione dei costi standard che rappresentano il necessario collegamento tra i livelli essenziali di prestazioni che devono essere assicurati e le risorse finanziarie necessarie per garantirne l'erogazione in condizioni di efficienza produttiva e razionalità economica.

Nonostante queste difficoltà la compiuta realizzazione del federalismo è esigenza ineludibile intrinsecamente non disgiunta dall'altra priorità strategica ai fini del rilancio dell'economia nazionale: il superamento di un inaccettabile e crescente divario tra le condizioni sociali ed economiche delle Regioni del Sud rispetto a quelle del centro nord. Il superamento di questo divario richiede interventi che finalmente ne rimuovano le cause profonde, e nei quali si sostanzia il ruolo dello Stato, che deve assicurare a tutti i cittadini le stesse opportunità di sviluppo economico e sociale.