

Il mondo della salute tra governance federale e fabbisogni infrastrutturali

Ottobre 2010

Executive Summary	3
Introduzione	7
1 La rilevanza economica della sanità	9
1.1 Il peso della sanità nelle economie avanzate	11
1.2 Le interazioni del comparto sanitario con gli altri settori dell'economia italiana	16
2 La spesa sanitaria in Italia: analisi storica e proiezioni di lungo periodo	19
2.1 Le determinanti della spesa e le leve di <i>policy</i>	19
2.2 Le proiezioni di lungo periodo	24
2.3 Il finanziamento della sanità tra universalismo selettivo e disegno del pilastro privato complementare	29
3 Il mondo della salute alla vigilia del federalismo fiscale	31
3.1 La spesa sanitaria delle Regioni: un'analisi retrospettiva	31
3.2 I divari territoriali di qualità ed efficienza del servizio sanitario	35
3.3 I modelli di <i>governance</i> regionali	42
Appendice: gli attori della <i>governance</i>	48
4 La spesa sanitaria delle Regioni tra spesa storica e condizioni di efficienza	55
4.1 Il modello di regressione	55
4.2 La frontiera efficiente spesa-qualità	57
4.3 Quali suggerimenti per una politica federale?	60
5 Come colmare i divari infrastrutturali?	63
5.1 Infrastruttura sanitaria, capitale umano e dotazioni tecnologiche	63
5.2 Gli investimenti in Sanità: confronto internazionale e dinamica	74
5.3 Il <i>Project financing</i>	85
5.4 Investire in infrastrutture digitali in sanità: un'analisi d'impatto	86
Bibliografia	91

Il rapporto è stato curato da Intesa Sanpaolo (Laura Campanini e Fabrizio Guelpa del Servizio Studi e Ricerche; Demetrio Cofone dell'Ufficio Relazioni Istituzionali) e dalla Fondazione CERM (Fabio Pammolli, Massimo Riccaboni, Nicola C. Salerno)

Executive Summary

Obiettivo di questo Rapporto è analizzare il “sistema della salute” italiano non solo evidenziandone le ben note criticità, ma anche alla luce delle potenzialità che esso contiene per lo sviluppo complessivo del Paese. Ci si è di conseguenza concentrati sugli investimenti che riteniamo indispensabili sia per fronteggiare le esigenze dei prossimi anni, sia per cogliere le opportunità che la sanità può generare sugli altri comparti dell’economia. L’analisi è stata inserita nel contesto della riforma federalista, che in qualche modo è stata anticipata dall’esperienza della sanità e che, al tempo stesso, è destinata a condizionarne le prospettive.

Negli ultimi decenni, la sanità ha visto aumentare il suo peso all’interno dei principali sistemi economici. La quantità delle risorse coinvolte nella produzione di beni e servizi rivolti alla salute ha raggiunto una posizione di primo piano nella formazione del valore aggiunto in tutti i Paesi industrializzati. In Italia, nel 2008, la spesa sanitaria complessiva si è attestata a un livello di poco inferiore a 142 miliardi di euro, equivalenti a un’incidenza sul PIL di oltre 9 punti percentuali. In termini occupazionali, la sanità ha impiegato 1.659.000 unità lavorative, pari al 7,16% del totale degli occupati.

La filiera della salute è un settore trasversale che attiva la produzione di beni e servizi di comparti diversi: il settore chimico-farmaceutico è il principale fornitore dei sistemi sanitari; seguono, in ordine di importanza, il commercio, i servizi professionali e immobiliari, il settore alimentare. In Italia, per un euro speso in sanità si generano complessivamente 1,7 euro circa, se si considera anche l’indotto, un livello prossimo a quello dei principali paesi sviluppati. Negli ultimi 10 anni il moltiplicatore italiano riferito alla sanità è inoltre cresciuto ed è aumentato molto il peso degli acquisti “a maggior valore aggiunto” come i servizi professionali, le telecomunicazioni, l’informatica, le strumentazioni mediche.

Gli investimenti in questo settore potrebbero costituire un ottimo volano di politica economica. In particolare, una politica di acquisti pubblici orientata all’innovazione darebbe una forte spinta al nostro comparto *hi-tech* e dei servizi avanzati, in analogia a quanto avviene ad esempio negli Stati Uniti con la spesa militare, ma senza le evidenti controindicazioni. Tutto ciò richiede comunque che al sistema di finanziamento della sanità si riescano a dare basi solide, sostenibili e in armonia con il resto del sistema economico-sociale.

Quest’ultima condizione non è facile da realizzare. Nei prossimi decenni tutti i Paesi a economia e *welfare* sviluppati dovranno fronteggiare costi per la sanità fortemente crescenti, con *trend* potenziali che nel lungo periodo, 2050-2060, in Italia potrebbero giungere a raddoppiare l’incidenza della componente pubblica sul PIL. Il peso della spesa sanitaria si avvicinerrebbe a quello della spesa pensionistica (che si dovrebbe stabilizzare al 14% del PIL), sulla quale vi è un tasso di attenzione molto superiore. Sono questi, infatti, gli ordini di grandezza che si rilevano dalle più recenti proiezioni della Commissione Europea e dell’OCSE. Non si tratta di scenari teorici, dal momento che la dinamica osservata dal dopoguerra ad oggi ci ha già posto di fronte ad accelerazioni di spesa di queste dimensioni e anche maggiori.

Rispetto a questo scenario, la razionalizzazione dei sistemi sanitari nazionali costituisce un elemento chiave ma non rappresenta, di per sé, la soluzione alle sfide che ci attendono. Tutti i Paesi sono chiamati ad affrontare ristrutturazioni profonde dei rispettivi sistemi sanitari e di *welfare*, per raggiungere un assetto in cui il *trade-off* tra copertura dei costi e sostenibilità della spesa sia governato in un’ottica di efficienza ed equità. Si pone per la sanità un problema analogo a quello riscontrato in campo pensionistico oltre quindici anni fa, ovvero il disegno e lo sviluppo di un sistema di finanziamento multipilastro. Al ricorso a quote dei redditi prodotti anno per anno dagli attivi, serve affiancare programmi di risparmio ed investimento di lungo termine *ad hoc*, con i cui frutti coprire le spese a venire. La diversificazione del finanziamento è

passaggio ineludibile anche per riqualificare la spesa per il *welfare*, con lo sviluppo/rafforzamento di quegli istituti (maternità, famiglia/minori, casa, mercato del lavoro, povertà, inclusione sociale, ecc.) che generano effetti positivi sia sulla conservazione dello stato di salute, fisica e mentale della popolazione, sia sullo sviluppo economico. Tutti questi istituti presentano ancora elementi di debolezza in Italia. A causa della loro natura redistributiva, devono trovare modalità di finanziamento con un sistema a ripartizione, ma ciò sarà impossibile da garantire se la spesa sanitaria eroderà quote crescenti delle entrate.

La dinamica e la composizione della spesa sanitaria nazionale non differisce molto da quanto avviene in altri paesi industrializzati. Il livello della spesa sanitaria risulta, invece, inferiore. Nel 2008 la spesa sanitaria complessiva è stata pari in Italia al 9% del PIL, meno di quanto speso da Germania e Francia (entrambe all'11%) e negli Stati Uniti (16%). **I dati riferiti alla spesa sanitaria pro-capite confermano che la spesa italiana è inferiore a quella dei principali paesi sviluppati:** nel 2009 si sono spesi 2.886 dollari per abitante contro una media OCSE di 3.148. Dal confronto internazionale emerge invece **come la scomposizione della spesa sanitaria tra spesa pubblica e privata del nostro Paese risulti in linea con quanto registrato nei principali paesi europei:** in Italia nel 2009 l'incidenza della spesa pubblica è stata pari al 77,3%, in Francia al 77,8%, in Germania al 76,8%. Notoriamente diverso è il sistema sanitario statunitense dove solo il 46,5% della spesa sanitaria è pubblica.

La sfida della sostenibilità finanziaria in relazione alle tendenze di lungo periodo della spesa deve essere inquadrata, in Italia, all'interno della transizione federalista in atto. Le forti differenze in termini di efficienza tra sistemi sanitari regionali hanno a lungo portato ad assorbire risorse scarse senza che fossero erogate prestazioni adeguate e, allo stesso tempo, hanno intaccato il meccanismo di trasmissione tra investimenti in sanità, formazione della domanda e crescita economica. I deficit del comparto sanitario sono strutturali: in tutti gli anni di vita del Sistema Sanitario Nazionale i finanziamenti sono stati inferiori alle spese. **Da un lato sembra essere stata seguita una deliberata politica di sottofinanziamento della spesa sanitaria, anche per dare incentivi ad incrementare l'efficienza, dall'altro emergono significative differenze nelle performance regionali ad indicare le difficoltà di alcune Regioni nel contenere i costi.**

Dietro un'apparente convergenza nei livelli di spesa sanitaria pro-capite, tra le regioni italiane restano ampi i divari sia nella qualità delle prestazioni offerte che nell'efficienza con cui è condotta la produzione di beni e servizi per la salute. Questa evidenza emerge nel Rapporto in modo univoco sia da analisi aggregate che si affidano a stime econometriche o a *benchmark* interregionali su valori pro-capite per fasce di età e per capitoli di spesa, sia da analisi basate su batterie di indicatori di risultati e di utilizzo delle risorse (tassi di ricovero, durata della degenza, mobilità territoriale, ecc.). **Le evidenze presentate nel Rapporto confermano il quadro di un Paese spaccato in due, con le regioni del Centro-Nord attestare su livelli di efficienza e di qualità della spesa significativamente più elevati rispetto alle regioni del Mezzogiorno.** La percezione che il sistema sanitario meridionale offra un servizio di minore qualità è confermata dai dati di mobilità ospedaliera tra regioni, che testimoniano la tendenza dei pazienti a spostarsi dalla regione di residenza, presumibilmente in cerca di cure migliori o di strutture ospedaliere di maggiore qualità. L'esportazione dei propri malati non è, evidentemente, la soluzione migliore al problema.

Il Rapporto affronta poi il tema delle possibili scelte da parte dei singoli Servizi Sanitari Regionali (Ssr) di offrire un maggior livello qualitativo delle prestazioni a fronte di un maggior costo. Si è rilevato che esiste una diffusa relazione di segno opposto, le amministrazioni che spendono di più tendono a essere proprio quelle che offrono la qualità minore. Nella sanità italiana, sovrappeso e bassa qualità delle prestazioni vanno di pari passo. Ne derivano ampi margini di razionalizzazione e ottimizzazione lungo entrambe le dimensioni.

Sulle performance dei Ssr pesa anche il divario infrastrutturale: il Mezzogiorno ha una dotazione di capitale nettamente inferiore a quella del resto del Paese. Infrastrutture obsolete possono essere all'origine di inefficienze nella spesa corrente. Il Rapporto lo ha verificato con un modello econometrico. Nella fissazione di *standard* di spesa da richiedere a ciascuna Regione, è necessario tenere conto della relazione funzionale che lega la dotazione di capitale installato alle *performance* gestionali. E' questo un punto da non sottovalutare nella fissazione di *standard* di costo. **Lo snodo delle infrastrutture** è stato tra le ragioni dell'inapplicabilità del primo schema di finanziamento federalista, quello del D. Lgs. n. 56/2000, e **appare tuttora sottovalutato**.

Appare necessario imprimere una svolta alla organizzazione e alla gestione dei programmi di investimento. **La stagione del Programma Generale di Investimenti in Edilizia e Tecnologie Sanitarie, avviata nel 1988, non ha, a distanza di oltre venti anni, prodotto i risultati attesi.** La causa è duplice: la scarsità di fondi pubblici, acuita dalla crisi economica mondiale; un grave deficit di *governance*, che ha mantenuto un ambiente normativo e regolatorio non idoneo, o in alcuni casi addirittura ostile, all'individuazione di priorità, alla definizione di scadenze e all'attribuzione di responsabilità. I dati presentati nell'ultima parte del Rapporto evidenziano difficoltà e ambiguità dell'azione svolta. Di particolare rilievo appare la casistica delle revoche degli stanziamenti per mancato utilizzo.

Su questo sfondo, è utile considerare le potenzialità di un rafforzamento delle *partnership* pubblico-privato e degli strumenti di *project financing* in sanità. Dopo alcuni anni in cui il *project* sembrava poter diventare uno strumento costante e strutturale per la realizzazione degli investimenti, dal 2006 si è registrata una situazione di stallo, sia in termini di progetti che di importi coinvolti. Ciò nonostante, **l'Italia rimane al secondo posto al mondo (dopo il Regno Unito) per la realizzazione di ospedali pubblici in *project finance*.** L'incertezza normativa e del quadro regolatorio di riferimento ha reso più difficile, per Regioni, banche e intermediari finanziari, convergere su progetti concreti e definire impieghi di risorse e tempi di realizzazione delle opere e dei ritorni sul capitale. Nei prossimi anni, con il debito pubblico al di sopra del 115% del PIL e mercati finanziari ancora in via di normalizzazione, lo strumento del *project financing* e le *partnership* pubblico-privato appaiono riferimenti essenziali per il reperimento di risorse per gli investimenti in sanità, con possibili risvolti positivi anche in termini di trasparenza e di fissazione di congrui requisiti di sostenibilità.

A trent'anni dalla sua introduzione, **il Servizio Sanitario Nazionale** italiano attraversa una fase di grande instabilità a causa della crescente difficoltà delle Regioni a governare la dinamica della spesa pubblica sanitaria e dello Stato a garantire livelli di assistenza qualitativamente uniformi su tutto il territorio. Le differenze nei risultati finanziari delle Regioni, i deficit accumulati da alcune di esse, in particolare nel Mezzogiorno, e la disomogeneità nelle *performance* qualitative dei vari Servizi Sanitari Regionali trovano solo in parte spiegazione nelle dinamiche demografiche ed economiche dei singoli territori, mentre appaiono in larga parte riconducibili alle **carenze nel modello di offerta adottato, alla non elevata qualità delle risorse umane impegnate e all'incoerenza delle scelte organizzative e gestionali operate.** Si tratta di criticità su cui si innestano fattori esterni importanti, primo fra tutti la presenza, in alcune aree, della criminalità organizzata.

L'attuazione del federalismo fiscale può rappresentare l'occasione per ricondurre ad equilibrio il sistema, correggendo dinamiche di spesa non più tollerabili e migliorando la qualità dei servizi offerti ai cittadini e l'*accountability* complessiva degli organismi di *governance*. Il successo di tale operazione non dipenderà però solamente dall'adeguatezza delle regole attualmente in fase di definizione in tema di autonomia finanziaria degli Enti, di equità dei meccanismi perequativi e di efficacia degli strumenti premianti/sanzionatori, ma **anche dall'attenzione che verrà riservata dai *policy maker* ad una serie di fattori di contesto, interni ed esterni al sistema sanitario, su cui sarà necessario un intervento riformatore estremamente incisivo.**

L'attuale organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale rischia, infatti, di risultare inadeguata rispetto alla nuova architettura istituzionale ed alla complessità di un sistema sempre più multilivello per il cui funzionamento sono indispensabili il rispetto, da parte di tutti gli attori, del principio **della leale collaborazione fra i livelli di governo e l'efficacia degli strumenti e delle sedi di dialogo inter-istituzionale**. All'interno dei servizi sanitari regionali deve poi essere perseguito l'obiettivo, annunciato dalla riforma del 1992 e mai pienamente raggiunto, di **una effettiva aziendalizzazione, attraverso la diffusione di logiche di *management*, l'introduzione di sistemi omogenei di pianificazione e controllo, di contabilità e di *budgeting*, con la selezione di competenze professionali adeguate a gestire la complessità delle organizzazioni sanitarie**. La netta separazione tra il livello del controllo politico e quello delle scelte aziendali, nonché la messa a punto di un sistema di regole condivise ed efficaci rappresentano precondizioni ineludibili per il successo dell'intero processo di riforma.

Introduzione

L'obiettivo di questo Rapporto è analizzare il "Sistema della salute" italiano non solo evidenziandone le criticità – con particolare attenzione alle carenze infrastrutturali e ai persistenti divari territoriali – ma anche alla luce delle potenzialità che esso contiene per lo sviluppo complessivo del Paese. Il mondo della salute è parte fondamentale del sistema di *welfare* e area di grandi investimenti; essa rappresenta pertanto un'opportunità di sviluppo scientifico, economico, sociale e occupazionale per l'intera economia.

Il primo capitolo, di carattere introduttivo, intende fornire un quadro generale sul sistema della sanità definendo il suo peso all'interno del sistema economico e il potenziale effetto moltiplicativo degli investimenti realizzati in questo comparto.

Nel secondo capitolo si evidenziano le principali tendenze storiche e le proiezioni della spesa sanitaria nel lungo periodo, con lo scopo di valutare le prospettive del sistema sanitario pubblico e la sostenibilità del suo finanziamento. Quale sarà l'impatto dei costi *standard* sui conti nazionali e regionali? Quali spazi per il pilastro privato?

Con il capitolo terzo l'analisi viene disaggregata a livello regionale: spesa, qualità, efficienza e sistemi di *governance* risultano fortemente differenziati a livello territoriale. Le diversità nei risultati finanziari delle Regioni, i deficit accumulati da alcune di esse e la disomogeneità nelle *performance* qualitative dei vari servizi sanitari regionali trovano solo in parte spiegazione nelle dinamiche demografiche ed economiche dei singoli territori, mentre appaiono in larga parte riconducibili ai modelli di offerta adottati, alla qualità delle risorse umane impegnate, alle scelte organizzative e gestionali operate dai vari servizi sanitari regionali.

Nel capitolo successivo le differenze di spesa sanitaria pro capite tra le Regioni vengono analizzate con un modello di regressione che permette di costruire un *benchmark* che tiene conto degli effetti delle principali variabili esplicative di riferimento. Successivamente, con la costruzione di una frontiera efficiente spesa-qualità, si fornisce un'indicazione dell'ordine di grandezza con cui gli scostamenti di ogni Regione dalla sua spesa *standard* trovano giustificazione in una qualità delle prestazioni relativamente più elevata.

La definizione del federalismo sanitario deve passare anche per un riequilibrio delle dotazioni infrastrutturali e tecnologiche che determinano in parte l'efficienza del sistema. Nel capitolo conclusivo, una volta definito il *gap* di capitale fisico ed umano, si evidenziano il trend di investimenti e le principali criticità nell'attuazione dei programmi riscontrati a livello regionale. Su questo quadro di fondo, è utile considerare le potenzialità di un rafforzamento delle *partnership* pubblico-privato in sanità. Il capitolo si conclude con un *case study* riferito a un progetto d'informatizzazione realizzato da una singola azienda sanitaria, il cui guadagno di efficienza viene proiettato a livello nazionale.

1 La rilevanza economica della sanità

Lo sviluppo economico comporta una progressiva trasformazione dei sistemi produttivi da una forte incidenza del settore agricolo a gradi di crescente terziarizzazione, passando attraverso una fase intermedia di prevalenza della manifattura.

Oggi, negli Stati Uniti e in Francia il settore dei servizi vale il 77% del prodotto interno lordo (PIL), in Italia il 70%, in Polonia il 64%, in India il 54%, in Cina il 40%, mentre in Libia i servizi rappresentano ancora solo il 20% del PIL¹.

La crescita della domanda di servizi sanitari e le dinamiche di forte espansione della spesa in tutte le economie avanzate s'inquadrano in questa tendenza generale di lungo periodo, di trasformazione dei sistemi economici.

L'analisi della relazione causale che intercorre tra la crescita economica e la spesa in servizi alla persona, tra i quali per importanza spiccano l'educazione e la sanità, è stata ampiamente analizzata e dibattuta nella letteratura economica recente.

Secondo una prima visione, i cittadini dei paesi più ricchi, e con un maggior livello di educazione, sono disposti a spendere in proporzione una quota maggiore del reddito per la cura della propria persona (*income view*).

Una seconda rappresentazione dei nessi causali tra sanità e crescita, sottolinea viceversa come destinando una maggiore quota del reddito nazionale alla sanità e all'educazione si favorisca il processo di crescita economica (*health view*). Questa seconda argomentazione trae origine dalla constatazione che il miglioramento delle condizioni di salute contribuisce a creare le precondizioni per il conseguimento di una maggiore produttività del capitale umano, che si traduce in una maggiore crescita del PIL. Inoltre, il prolungamento dell'aspettativa di vita può tradursi in un maggior tasso di risparmio e, attraverso livelli superiori di accumulazione del capitale, favorire la crescita economica. Infine, individui più longevi possono decidere di dedicare più tempo alla formazione e di ridurre il tasso di natalità sostenendo ulteriormente in tal modo i livelli di PIL pro-capite. **Secondo i sostenitori di questa tesi, la salute costituisce pertanto, assieme all'educazione, una forma di capitale umano (Weil, 2007).**

Entrambe le chiavi di lettura della relazione tra reddito e sanità si confrontano con l'insufficiente qualità delle informazioni disponibili sull'evoluzione dei servizi sanitari nell'ambito dei sistemi economici sviluppati. Nonostante la sanità rappresenti un settore chiave per la sostenibilità dei conti pubblici e la crescita economica, la disponibilità di informazioni relative ai livelli di spesa e alla struttura organizzativa dell'assistenza sanitaria è ancora carente, e l'adeguamento dei sistemi contabili nazionali a *standard* condivisi è un processo lento e faticoso, tuttora in corso di implementazione.

¹ Fonte: Banca Mondiale

Box 1.1 - I numeri della Sanità

I paesi che aderiscono all'OCSE condividono uno schema base denominato *System of National Accounts (SNA)* che viene applicato dai paesi membri dell'Unione Europea secondo una versione elaborata dall'Eurostat che prende il nome di SEC95, Sistema europeo dei conti nazionali e regionali (1995). All'interno del *corpus* dei conti previsto dallo SNA è stato inserito, di recente, un sottoinsieme riferito ai conti sanitari nazionali.

Per rispondere alle nuove e crescenti esigenze informative (dati finanziari e analisi comparative a livello internazionale), l'OCSE ha elaborato il primo manuale relativo ai conti della sanità, denominato *System of Health Accounts, SHA* (OCSE, 2000). Con tale iniziativa sono fissate le basi concettuali di riferimento per le statistiche di settore, con una nuova classificazione dei conti della sanità (*International Classification for Health Accounts, ICHA*) articolata rispetto all'aspetto funzionale, agli erogatori dei servizi e alle fonti di finanziamento. Alcuni paesi, come ad esempio la Germania, hanno sviluppato un sistema di conti "satellite" basato sull'ICHA per approfondire le relazioni che intercorrono tra il sistema sanitario e l'economia nazionale (Schneider et al., 2010).

Allo stato attuale, i dati relativi alla spesa sanitaria in Italia non sono raccolti in modo sufficientemente analitico per poter rispondere alle richieste previste dal SHA. Il recepimento da parte di Eurostat della classificazione ICHA ha reso necessario avviare una profonda revisione dei flussi informativi esistenti, sia per quanto compete la sanità pubblica sia per quella privata. L'adozione del SEC95 ha richiesto una revisione dei conti in cui confluisce la spesa sanitaria, mentre la riforma del SSN ha reso necessaria una rivalutazione delle procedure di aggregazione dei dati.

Per il nostro Paese, la raccolta dei dati a livello decentrato e la loro aggregazione secondo criteri contabili omogenei e in linea con gli *standard* internazionali rappresentano un passaggio di prioritaria importanza per assicurare il governo dei sistemi sanitari e per consentirne l'analisi.

Su questo quadro di fondo, questo capitolo si avvale dei dati più recenti di fonte ISTAT, Eurostat e OCSE per documentare la rilevanza della sanità nei sistemi economici avanzati attraverso un'analisi strutturale delle fonti e degli impieghi della spesa sanitaria nei principali paesi dell'area OCSE.

La recente diffusione di dati omogenei su scala europea e in ambito OCSE relativi al sistema dei conti nazionali, in particolare per quel che concerne le matrici *input-output* delle interdipendenze tra i principali comparti dei sistemi economici, consente una prima analisi del ruolo e della posizione dei sistemi sanitari nell'ambito del più ampio tessuto di relazioni economiche tra i diversi comparti produttivi.

In particolare la pubblicazione di dati standardizzati e omogenei su scala internazionale per 43 paesi riferiti al decennio 1995-2005 consente di analizzare le relazioni d'interdipendenza tra il comparto sanitario e gli altri settori di attività, a integrazione rispetto alle informazioni reperibili nel quadro delle *World Health Statistics* (OCSE, 2010a e 2010b)².

² La definizione adottata per le attività riconducibili al comparto sanitario corrisponde alla sezione Q "Human Health and Social Work Activities" della classificazione NACE 2.0 o, in termini equivalenti per quel che concerne i dati di fonte OCSE, alla sezione N "Health and Social Work" della classificazione ISIC 3.1. Sebbene tale sezione non includa la totalità dei servizi e prodotti riconducibili alla sanità secondo il sistema di contabilità sanitaria o *System of Health Accounts* (OCSE, 2000), essa dà conto della componente principale

1.1 Il peso della sanità nelle economie avanzate

1.1.1 Spesa e valore aggiunto della Sanità

Secondo i dati OCSE, in Italia, nel 2008, la spesa sanitaria complessiva si è attestata a un livello di poco inferiore a 142 miliardi di euro, equivalenti a un'incidenza sul PIL di oltre 9 punti percentuali. In termini occupazionali, sempre nel 2008, la sanità ha impiegato 1.659.000 unità lavorative, pari al 7,16% del totale degli occupati.

Tabella 1.1 - La spesa sanitaria nei principali paesi OCSE, milioni di euro, 2005-2008

Anno:	Spesa sanitaria 2005	%Spesa su PIL 2005	Spesa sanitaria 2008	%Spesa su PIL 2008	Variazione incidenza sul PIL (pp)
Italia	127.795	8,94	141.990	9,05 ⁽³⁾	+1,24
Francia	191.610	11,10	217.352	11,15	+0,48
Germania	239.736	10,69	263.216	10,55	-1,36
Spagna	75.289	8,28	97.614	8,97	+8,25
Regno Unito	103.521 ⁽¹⁾	8,25	125.443	8,66	+4,92
Stati Uniti	1.941.887 ⁽²⁾	15,44	2.295.131	15,97	+3,47
Giappone	40.950.110 ⁽⁴⁾	8,16	41.845.252 ^{(4)/(5)}	8,24 ⁽⁵⁾	+1,01

Note: (1) milioni di sterline; (2) milioni di dollari; (3) 9,51% nel 2009, in crescita del 6,33% rispetto al 2005; (4) milioni di yen;

(5) Anno 2007.

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE (2010a)

Nel 2009, a fronte di una forte caduta del PIL si è registrato un incremento dell'incidenza della spesa sanitaria, passata al 9,51% del PIL. Se da un lato quindi la spesa sanitaria rappresenta una fonte di tensioni per la sostenibilità dei conti pubblici, essa rappresenta dall'altro anche un'importante componente del sistema economico nazionale contribuendo alla crescita di molti settori produttivi.

I dati raccolti sulla base del sistema SHA non consentono, tuttavia, allo stato attuale, di rispondere puntualmente a semplici quesiti quali: qual è il valore aggiunto prodotto dalle attività economiche del comparto sanitario? Qual è il livello di consumi intermedi alimentato dal comparto sanitario e quali sono le relazioni tra questo e gli altri settori dell'economia italiana? Qual è il livello di produttività delle diverse componenti del comparto sanitario italiano? A quanto ammontano i flussi di import/export e il saldo commerciale della sanità? Dati i vincoli statistici è possibile dare solo una risposta approssimata, usando i dati (incompleti) relativi al SNA.

La Tabella 1.2 riporta l'incidenza del valore aggiunto lordo della sanità sul PIL per i principali paesi OCSE. Il valore aggiunto risulta molto inferiore alla stima della spesa sanitaria fornita dall'OCSE sulla base del SHA. Tuttavia, anche il valore aggiunto della sanità è in costante crescita e, nel 2005, per l'Italia, esso è pari al 5,75%.

Se al valore aggiunto sanitario si aggiunge il valore dei consumi intermedi, ovvero l'insieme di beni e servizi di altri settori consumati dal sistema sanitario, il valore economico stimato del sistema sanitario si avvicina al valore della spesa sanitaria. Le ulteriori differenze sono imputabili in larga misura ai diversi criteri di calcolo adottati per quel che concerne in particolare la composizione del paniere di beni e servizi e i prezzi considerati.

In sintesi, si stima che, nella sua componente fondamentale, il sistema sanitario italiano contribuisca a generare, a prezzi base, un valore aggiunto diretto pari al 5,75% del PIL. Se si

delle prestazioni mediche erogate nell'ambito dei sistemi sanitari, in attesa dell'implementazione del sistema di conti sanitari (OCSE, 2009; Orosz e Morgan, 2004).

considerano anche le attività economiche indotte attraverso i consumi intermedi, la quota della sanità sul PIL raggiunge un livello di poco inferiore a 8 punti percentuali.

Per la Germania, che dispone di un sistema di conti sanitari satellite completo e aggiornato, è possibile calcolare con precisione il valore aggiunto lordo diretto del comparto sanitario che nel 2005 si attesta attorno al 7,8%. Questo dato, sommato a un valore aggiunto indotto di circa 2,4 punti percentuali, porta a una stima del valore aggiunto sul PIL di 10,2 punti percentuali (cfr. Schneider et al., 2010). Il valore corrispondente desumibile dall'analisi delle matrici *input-output* di fonte OCSE si attesta su 9,7 punti percentuali. Questo dato sembra confermare che le stime di impatto economico della sanità elaborate sulla base del SNA sono da ritenersi prudenziali, in ragione dell'adozione del criterio dei prezzi base.

Tabella 1.2 - Il contributo della sanità alla formazione del Prodotto Interno Lordo

Paesi	% sanità sul PIL, 1995			% sanità sul PIL, 2000			% sanità sul PIL, 2005		
	VA diretto	VA esteso	spesa	VA diretto	VA esteso	spesa	VA diretto	VA esteso	spesa
Italia	4,81	7,14	7,26	5,37	6,57	8,06	5,75	7,97	8,94
Francia	6,55	9,49	10,37	7,53	9,81	10,07	8,51	10,93	11,10
Germania	6,04	8,89	10,08	6,68	9,30	10,29	7,22	9,73	10,69
Spagna	5,36	7,59	7,44	5,08	7,14	7,21	5,52	7,92	8,28
Stati Uniti	7,96	12,43	13,56	6,10	9,80	13,41	5,95	10,99	15,44
Regno Unito	6,20	7,58	6,83	6,24	9,73	7,04	7,16	10,98	8,25
Giappone	3,89	6,66	6,88	4,93	8,24	7,69	6,26	9,87	8,16
Media	5,83	8,54	8,92	5,99	8,66	9,11	6,62	9,77	10,12

Note: Il valore aggiunto "diretto" è quello prodotto dal settore sanitario, mentre quello "esteso" comprende anche i settori a monte.
Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE (2010a, 2010b)

1.1.2 Incidenza sul PIL e domanda di servizi sanitari

Nel 2005, anno terminale per l'analisi comparativa su scala internazionale, **la sanità risulta, in Italia, il sesto comparto in termini di incidenza sul PIL, il quarto in termini di quota sui consumi finali e di retribuzioni erogate e il quindicesimo in termini di consumi intermedi (Tabella 1.3).**

Il peso economico della sanità è cresciuto nel tempo in termini di consumo, valore aggiunto, retribuzioni e domanda indotta. **La sanità è tra i settori che maggiormente hanno accresciuto la propria rilevanza all'interno del sistema economico nazionale.** È ragionevole ritenere inoltre che tale peso sia ulteriormente aumentato nell'attuale congiuntura economica negativa.

I primi dieci comparti in termini di incidenza sul PIL, eccetto le costruzioni, appartengono tutti al settore terziario. Servizi immobiliari, professionali e commerciali valgono da soli quasi un terzo del PIL, mentre i principali servizi pubblici (salute, educazione, previdenza, difesa e sicurezza) superano i 17 punti percentuali, di cui circa un terzo è rappresentato dalla sanità. In termini occupazionali, i servizi pubblici e la manifattura assumono un peso superiore. La forte intensità di lavoro dei servizi implica mediamente una minore domanda indotta attraverso consumi intermedi rispetto ai settori manifatturieri.

Tra i paesi considerati per la comparazione, **l'Italia presenta il minor grado di diversificazione della domanda di servizi sanitari tra le diverse componenti (domanda pubblica, privata, no profit; export; investimenti e consumi intermedi)** unitamente a un'incidenza elevata della quota di domanda pubblica non intermediata (Tabella 1.4). L'indice di diversificazione della domanda per l'Italia è il più basso in assoluto se si escludono gli Stati Uniti in cui prevale la domanda privata³.

³ L'indice di Herfindahl-Hirshman assume valore unitario in caso di massima diversificazione e valore nullo nel caso in cui la domanda provenga da un unico soggetto.

In Italia, nel 2005 la domanda pubblica supera i tre quarti del totale. Tale stima appare sostanzialmente allineata a quella fornita dall'OCSE sulla base del SHA, che indica un'incidenza di 76,2 punti percentuali nel 2005 (77,3 nel 2009).

Inoltre, in Italia la componente degli investimenti, misurata in termini di *Gross Fixed Capital Formation* (GFCF) è tra le più basse in assoluto, superiore solo a quella giapponese. Stati Uniti e Francia mostrano, viceversa, un'elevata incidenza degli investimenti in conto capitale sulla domanda interna di servizi sanitari.⁴

Tabella 1.3 - Il peso economico dei principali settori dell'economia italiana, percentuale sul totale (%) e ordinamento (N)

Settori	Valore Aggiunto/PIL		Consumo finale				Retribuzioni				Consumi intermedi					
	2005		1995		2005		1995		2005		1995		2005		1995	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Servizi Immobiliari	12,9	1	10,7	2	6,8	2	6,1	5	0,3	33	0,3	35	1,4	26	0,5	30
Commercio	11,8	2	13,9	1	12,4	1	12,6	1	9,2	2	8,5	3	14,0	1	7,8	1
Servizi professionali	6,6	3	5,3	6	2,0	17	1,4	19	5,4	8	3,6	9	4,9	6	2,3	9
P.A., difesa e sicurezza	6,5	4	6,1	3	6,6	3	6,5	2	10,6	1	10,5	1	2,0	20	1,4	16
Costruzioni	6,0	5	5,3	4	0,5	32	0,7	33	5,4	7	4,9	7	7,2	2	4,5	2
Sanità e servizi sociali	5,7	6	4,8	8	6,0	4	5,1	6	8,5	4	7,2	4	2,4	15	1,3	17
Trasporti e logistica	5,3	7	5,3	5	4,2	10	4,5	10	5,8	5	5,8	6	6,9	3	3,8	5
Educazione	4,9	8	4,9	7	3,8	12	4,2	11	9,1	3	9,6	2	0,7	30	0,5	31
Finanza e assicurazione	4,8	9	4,7	9	2,2	16	2,7	13	5,4	6	6,9	5	3,1	11	1,3	18
Alberghi e ristorazione	3,8	10	3,4	10	4,7	8	4,5	9	4,0	9	3,2	11	3,5	10	1,9	10
Servizi alla persona, altro	2,9	11	3,1	13	2,4	14	2,5	14	3,0	11	2,8	12	2,5	14	1,4	14
Macchine utensili	2,5	12	2,6	14	4,7	9	4,8	7	3,7	10	3,5	10	5,1	5	3,2	6
Ind. metalmeccanica	2,4	13	2,4	15	1,8	18	1,4	20	3,0	12	2,8	13	4,0	8	2,3	8
Telecomunicazioni	2,3	14	1,7	19	1,3	24	0,9	29	1,7	18	2,0	16	1,7	23	0,6	25
Agricoltura	2,2	15	3,3	11	1,4	21	1,9	17	1,5	19	2,1	15	1,3	27	1,1	22
Tessile e Abbigliamento	2,1	16	3,2	12	5,2	5	6,3	3	2,7	13	3,9	8	4,6	7	3,9	4
Elettricità, gas ed acqua	2,0	17	2,2	16	1,4	22	1,3	22	1,1	25	1,8	19	2,9	12	1,3	19
Alimentare	1,8	18	2,2	17	5,0	6	6,2	4	1,9	16	2,3	14	5,6	4	4,1	3
Servizi informatici	1,6	19	1,1	24	0,4	33	0,2	36	2,1	14	1,3	23	1,5	25	0,6	28
Chimico-farmaceutico	1,3	20	1,7	18	4,9	7	4,7	8	1,7	17	1,9	18	3,7	9	2,5	7
Carta e Stampa	1,1	21	1,4	20	1,2	27	1,7	18	1,4	20	1,7	20	2,1	19	1,5	12
Ceramica, vetro, altro	1,1	22	1,2	21	0,8	30	1,0	27	1,3	21	1,5	21	1,9	21	1,1	21
Manifattura, altro	0,9	23	1,1	22	1,7	19	2,1	16	1,1	24	1,2	24	2,1	18	1,4	15
Servizi alla famiglia	0,9	24	0,9	26	0,7	31	0,7	32	2,1	15	2,0	17	0,0	37	0,0	37
Attrezzature elettriche	0,9	25	0,9	27	1,3	23	1,2	24	1,2	22	1,2	25	1,6	24	1,0	23
Plastica e gomma	0,8	26	1,0	25	1,3	26	1,2	25	1,1	23	1,1	26	1,8	22	1,2	20
Metallurgico	0,6	27	1,1	23	2,3	15	2,5	15	0,8	28	1,1	27	2,4	16	1,8	11
Veicoli a motore	0,6	28	0,8	28	4,2	11	3,9	12	1,0	26	1,3	22	2,3	17	1,5	13
Ricerca e sviluppo	0,6	29	0,4	34	0,3	36	0,2	35	0,9	27	0,6	30	0,3	34	0,1	36
Radio, TV e strumenti com.	0,5	30	0,6	30	1,3	25	1,4	21	0,6	31	0,8	28	0,6	32	0,6	26
Legno e Arredo	0,5	31	0,6	29	0,4	34	0,5	34	0,5	32	0,5	31	0,8	29	0,6	29
Strumenti medici ed ottici	0,5	32	0,5	33	1,0	28	0,9	28	0,6	30	0,5	32	0,7	31	0,4	32
Combustibili e petrolio	0,4	33	0,6	31	1,7	20	1,1	26	0,2	35	0,3	34	2,6	13	1,0	24
Cave e miniere	0,4	34	0,5	32	2,5	13	1,2	23	0,2	34	0,3	33	0,3	35	0,1	34
Altri mezzi di trasporto	0,3	35	0,4	35	0,9	29	0,8	31	0,6	29	0,8	29	1,0	28	0,6	27
Noleggio di macchine e attr.	0,3	36	0,3	36	0,1	37	0,1	37	0,1	36	0,2	36	0,3	33	0,1	35
Attrezzature per ufficio	0,1	37	0,1	37	0,4	35	0,8	30	0,1	37	0,1	37	0,2	36	0,2	33

Nota: in rosso (blu) i settori a maggior crescita (decrescita) nel periodo 1995-2005. Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE (2010b)

⁴ Per l'analisi degli investimenti in sanità si rimanda il lettore al capitolo 5.

Tabella 1.4 - La composizione della domanda di servizi sanitari nei principali paesi OCSE, 1995-2005

Stati Uniti	Consumi intermedi	Domanda Privata	Domanda Pubblica	Domanda no profit	Investimenti	Export	Diversificazione (HHI)
1995	3,08%	88,73%	8,14%	0,00%	0,03%	0,03%	20,51%
2000	2,25%	97,50%	0,00%	0,00%	0,22%	0,02%	4,88%
2005	2,09%	97,70%	0,00%	0,00%	0,20%	0,02%	4,51%
Spagna	Consumi intermedi	Domanda Privata	Domanda Pubblica	Domanda no profit	Investimenti	Export	Diversificazione (HHI)
1995	5,33%	25,02%	61,38%	8,21%	0,03%	0,02%	55,10%
2000	8,70%	25,78%	60,08%	5,35%	0,07%	0,04%	56,22%
2005	8,55%	24,17%	62,30%	4,88%	0,07%	0,03%	54,37%
Francia	Consumi intermedi	Domanda Privata	Domanda Pubblica	Domanda no profit	Investimenti	Export	Diversificazione (HHI)
1995	1,58%	23,51%	73,78%	0,55%	0,27%	0,32%	40,02%
2000	5,09%	21,85%	63,38%	9,00%	0,22%	0,46%	53,98%
2005	5,59%	21,10%	64,30%	8,18%	0,29%	0,54%	53,21%
Germania	Consumi intermedi	Domanda Privata	Domanda Pubblica	Domanda no profit	Investimenti	Export	Diversificazione (HHI)
1995	1,38%	21,44%	71,58%	5,53%	0,04%	0,04%	43,85%
2000	2,74%	22,75%	69,39%	5,06%	0,03%	0,02%	46,34%
2005	3,02%	25,81%	66,27%	4,84%	0,03%	0,03%	49,10%
Regno Unito	Consumi intermedi	Domanda Privata	Domanda Pubblica	Domanda no profit	Investimenti	Export	Diversificazione (HHI)
1995	37,44%	9,50%	50,56%	2,46%	0,02%	0,01%	59,45%
2000	17,77%	11,75%	67,56%	2,87%	0,03%	0,02%	49,73%
2005	17,18%	9,71%	70,11%	2,81%	0,05%	0,13%	46,87%
Giappone	Consumi intermedi	Domanda Privata	Domanda Pubblica	Domanda no profit	Investimenti	Export	Diversificazione (HHI)
1995	2,63%	19,25%	72,70%	5,42%	0,00%	0,00%	43,08%
2000	2,48%	20,01%	73,24%	4,27%	0,01%	0,00%	42,11%
2005	1,64%	20,37%	72,01%	5,98%	0,00%	0,00%	43,61%
Italia	Consumi intermedi	Domanda Privata	Domanda Pubblica	Domanda no profit	Investimenti	Export	Diversificazione (HHI)
1995	7,02%	20,20%	71,80%	0,80%	0,08%	0,09%	43,86%
2000	8,80%	18,45%	71,77%	0,94%	0,01%	0,02%	44,30%
2005	6,86%	16,26%	75,68%	1,16%	0,02%	0,02%	39,60%

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE (2010b)

1.1.3 Funzione di produzione dei servizi sanitari

La Tabella 1.5 presenta un'analisi della **funzione di produzione dei servizi sanitari**. L'erogazione di servizi sanitari è un'attività a forte intensità di lavoro. In Italia, nel 2005 l'incidenza del costo del lavoro sul valore della produzione è stata pari al 43,74%. Il costo del lavoro in Italia ha però un'incidenza inferiore rispetto agli altri paesi, a eccezione del Regno Unito, mentre Spagna e Francia mostrano i valori più elevati.

Il ricorso a beni e servizi intermedi si colloca in Italia su livelli medi rispetto a quelli dei paesi considerati. Questo dato, che sarà approfondito in seguito, spiega il più elevato moltiplicatore degli investimenti in sanità raggiunto ad esempio negli Stati Uniti, in Inghilterra e in Giappone.

Si osserva, inoltre, una bassa incidenza delle importazioni: la spesa sanitaria italiana ha per destinatari operatori economici nazionali e l'effetto moltiplicatore della spesa non si disperde all'estero.

Infine, si riscontra il maggior livello di tassazione del reddito generato nel comparto sanitario coerentemente con l'elevata tassazione media dei redditi in Italia.

Tabella 1.5 - Analisi della funzione di produzione di servizi sanitari, principali paesi OCSE; incidenza % sui costi di produzione e ordinamento (N)

	Francia		Germania		Spagna		Italia		Giappone		Regno Unito		Stati Uniti	
	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.
incidenza costo del lavoro														
1995	44,97	7	50,04	2	54,86	1	45,75	6	47,3	4	46,57	5	50,01	3
2000	50,28	2	46,73	5	53,18	1	45,66	6	47,46	4	45,52	7	49,39	3
2005	51,05	2	45,68	5	52,45	1	43,74	6	50,00	3	43,58	7	48,88	4
produttività (valore aggiunto/costo del lavoro)														
1995	151,63	1	130,90	3	123,52	5	146,43	2	121,37	7	122,13	6	125,15	4
2000	147,94	2	145,20	3	124,57	5	148,59	1	121,59	6	118,27	7	125,15	4
2005	147,37	3	153,73	1	122,47	7	149,31	2	124,81	5	122,73	6	127,36	4
beni intermedi														
1995	25,98	6	28,68	4	22,92	7	28,53	5	41,10	1	36,28	2	35,76	3
2000	20,20	7	24,52	5	23,93	6	27,45	4	38,55	1	38,49	2	36,12	3
2005	19,84	7	22,37	6	26,15	5	29,99	4	34,86	3	35,76	1	35,53	2
Import														
1995	4,67	3	2,69	4	6,55	1	1,49	7	1,49	6	5,82	2	1,65	5
2000	4,19	3	4,19	4	6,88	1	1,55	7	1,76	6	6,45	2	2,06	5
2005	3,92	4	4,33	3	6,48	2	1,51	7	2,73	5	8,42	1	2,22	6
tassazione/sussidi sul valore della produzione														
1995	3,44	7	-3,06	1	0,19	3	0,20	4	-2,22	2	0,24	5	0,77	6
2000	2,40	6	-2,63	1	0,09	3	2,98	7	-0,95	2	0,11	4	0,76	5
2005	2,51	6	-1,88	1	0,06	3	2,70	7	-0,91	2	0,08	4	0,80	5

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE (2010b)

1.1.4 Settori a monte

Procedendo a decomporre la domanda di beni e servizi intermedi da parte del comparto sanitario è possibile identificare i **principali settori a monte** (Tabella 1.6).

Il settore chimico-farmaceutico è il principale fornitore dei sistemi sanitari in Italia, Spagna, Regno Unito e Giappone, anche se il peso dei prodotti chimico-farmaceutici è sceso di due punti percentuali in dieci anni passando dal 17,7% nel 1995 al 15,6% nel 2005. Seguono, in ordine di importanza, il commercio all'ingrosso e al dettaglio, i servizi professionali e immobiliari, strumenti medici e di precisione, il settore alimentare, alberghi e ristorazione, finanza e assicurazioni, elettricità, gas, acqua, telecomunicazioni, trasporti, costruzioni, servizi alla persona e informatici, mentre la ricerca e sviluppo incide solo per lo 0,1% sul totale dei beni e servizi intermedi.

Negli Stati Uniti si osserva, invece, una maggiore terziarizzazione degli *input* con un peso più consistente per *real estate*, servizi alla persona, finanza e assicurazioni, ricerca e sviluppo e tecnologie dell'informazione e della comunicazione. **In Germania e in Francia il profilo dei settori a monte attivati dal sistema sanitario è più simile a quello italiano**, anche se in entrambi i casi l'incidenza dei servizi professionali supera i settori chimico-farmaceutico e del commercio.

Per l'Italia, l'analisi dell'evoluzione del profilo della spesa tra il 1995 e il 2005 mostra una convergenza verso il profilo francese e tedesco con una progressiva crescita in dieci anni dei servizi professionali (+2,4pp), delle telecomunicazioni e delle strumentazioni mediche (+0,6pp), dei servizi informatici (+0,5pp).

Si conferma, quindi, la crescente centralità dei servizi sanitari all'intersezione tra i settori ad alta tecnologia (ICT e scienze della vita) e il terziario avanzato (assicurazione e previdenza, *real estate*, qualità della vita).

Tabella 1.6 - Le relazioni economiche dei sistemi sanitari nei principali paesi OCSE; valori % su produzione

	Italia			Stati Uniti	Regno Unito	Giappone	Spagna	Germania	Francia
	1995	2000	2005						
Valore aggiunto	67,0	67,8	65,3	62,2	53,5	62,4	64,2	70,2	75,2
di cui:									
Salari e stipendi	68,3	67,3	67,0	78,5	81,5	80,1	81,7	65,0	67,9
Consumi intermedi	33,0	32,2	34,7	37,8	46,5	37,6	35,8	29,8	24,8
di cui:									
Sanità e servizi sociali	17,0	20,7	18,0	1,9	33,6	4,3	13,0	7,7	9,4
Altro	83,0	79,3	82,0	98,1	66,4	95,7	87	92,3	90,6
di cui:									
Chimico-farmaceutico	17,7	17,3	15,6	7,5	16,9	32,8	19,1	10,8	13,0
Commercio	12,0	12,6	10,9	4,5	12,2	15,1	10,4	8,2	11,7
Servizi professionali	8,1	7,9	10,5	7,2	12,7	8,2	10,8	13,5	14,4
Servizi immobiliari	7,4	7,2	7,6	17,3	1,4	1,9	5,5	7,5	4,7
Strumenti medici	4,8	5,3	5,4	4,3	6,9	1,7	10,4	4,8	5,3
Alimentare	4,8	4,0	4,7	2,0	3,7	4,0	3,6	8,1	5,6
Alberghi e ristorazione	4,5	3,9	3,3	3,6	1,2	--	2,4	0,5	4,5
Finanza e assicurazioni	4,1	4,0	3,2	6,3	3,3	3,8	2,3	5,7	4,4
Elettricità, gas, acqua	3,5	3,3	3,2	1,8	2,7	5,8	2,9	3,8	4,3
Telecomunicazioni	2,6	2,3	3,2	4,8	3,1	1,5	2,9	2,1	2,9
Trasporto e logistica	2,7	3,0	3,1	2,8	4,0	3,4	1,4	0,5	4,2
Costruzioni	3,2	3,1	3,0	1,1	1,3	1,4	3,0	3,7	2,8
Servizi alla persona	3,0	3,1	2,2	13,0	5,5	5,8	2,8	5,7	1,2
Servizi informatici	0,7	0,9	1,2	1,4	3,0	2,2	1,3	1,9	0,6
Ricerca e sviluppo	0,1	0,1	0,1	5,1	2,8	-	-	0,4	0,2
Altro	20,8	22,1	22,9	17,2	19,3	12,6	21,2	22,8	20,1

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE (2010b)

1.2 Le interazioni del comparto sanitario con gli altri settori dell'economia italiana

In risposta alla crisi economica internazionale, molti paesi hanno adottato politiche anticicliche finalizzate a contenere l'impatto della recessione e a far ripartire l'economia. Rispetto al passato, in cui si privilegiavano interventi nei settori delle infrastrutture fisiche, questi interventi hanno riservato un'attenzione maggiore al comparto dei servizi (sanità, mobilità, comunicazione) e delle infrastrutture digitali, con l'obiettivo di combinare allo stimolo occupazionale effetti positivi in termini di produttività, innovazione, sostenibilità e qualità della vita. Nel complesso, i paesi del G-20 hanno investito 2 trilioni di dollari in programmi di stimolo, di cui 100 miliardi nelle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Andes e Castro, 2009).

L'effetto moltiplicatore delle politiche di sostegno di produzione e occupazione dipende dal sistema di interdipendenze settoriali e dalla sua evoluzione nel corso del tempo. In generale si ritiene che l'aumento della domanda in un dato comparto produttivo inneschi un incremento della produzione (e dell'occupazione) nel settore interessato e negli altri settori a esso collegati. Inoltre l'aumento del reddito degli operatori di tali settori si traduce in un ulteriore incremento della domanda finale di beni e servizi. L'effetto moltiplicatore, dato tra il rapporto tra gli effetti economici prodotti e la spesa pubblica iniziale, misura l'impatto di una politica di stimolo alla crescita.

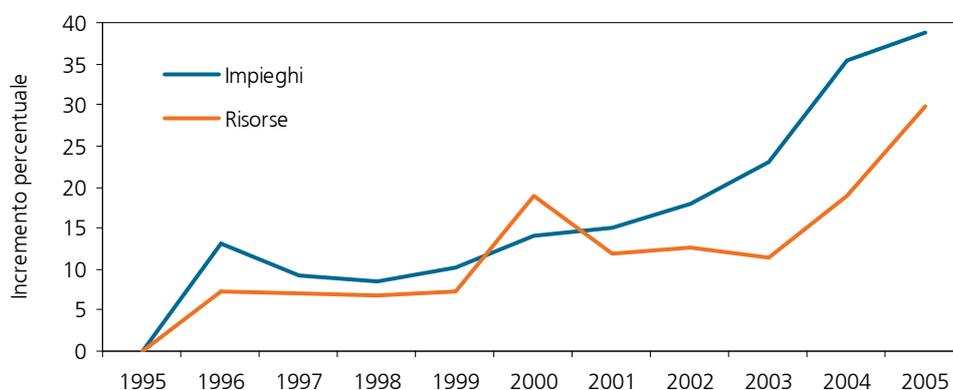
L'analisi delle interdipendenze settoriali e la stima dei moltiplicatori forniscono indicazioni utili a identificare i settori chiave del sistema produttivo su cui concentrare le politiche di stimolo alla crescita. **Interventi mirati sui settori che si collocano al centro del sistema di interdipendenze settoriali sono suscettibili d'indurre un impatto occupazionale relativamente più elevato e un maggior stimolo alla crescita economica attraverso un effetto moltiplicatore superiore.** Sul lato della domanda, una maggiore disponibilità di infrastrutture si traduce, tipicamente, in un aumento della produttività del lavoro e totale dei fattori.

La disponibilità di dati comparabili su scala europea e internazionale consente di stimare l'effetto atteso delle politiche di intervento, sulla base dell'analisi delle matrici di interdipendenza settoriale. **In Italia, si osserva una forte crescita delle interdipendenze tra i settori:** il rapporto tra i valori delle relazioni intersettoriali e il valore dei beni direttamente impiegati da ciascun settore è incrementato di circa il 40% per gli impieghi e del 30% per le fonti, con una forte accelerazione a partire dal 2003. Una dinamica analoga, di interdipendenza crescente, è stata riscontrata negli Stati Uniti (Carvalho, 2009) e negli altri paesi sviluppati (Fracasso et al. 2009) (Figura 1.1).

Box 1.2 - Le tavole *input-output*

OCSE (2010b), Eurostat (2009) e ISTAT (2009) hanno recentemente rilasciato le tavole *input-output* per l'economia italiana e degli altri paesi sviluppati relative al decennio 1995-2005. I dati ISTAT ed Eurostat sono raggruppati in 59 macrosettori in linea con lo *Standard* Europeo SEC95. I dati OCSE sono riaggregati in 37 macro-settori. Le matrici disponibili sono tavole che contengono informazioni sull'entità delle risorse economiche utilizzate e fornite da parte di ciascun settore, espresse in milioni di euro. La diagonale principale delle matrici riporta il valore dei beni direttamente impiegati da ciascun settore, mentre i valori al di fuori della diagonale catturano le interdipendenze settoriali. Nel decennio 1995-2005, si osserva un incremento uniforme dei valori al di fuori della diagonale principale della matrice a testimonianza di una forte crescita delle interdipendenze tra i settori.

Figura 1.1 - L'aumento delle interdipendenze settoriali nell'economia italiana: variazioni percentuali del rapporto tra i valori delle relazioni inter e intrasettoriali (anno base, 1995)



Fonte: elaborazioni CERM su dati ISTAT (2009)

Nel quadro di una generale crescita delle interdipendenze alcuni settori hanno accresciuto la propria centralità, mentre altri sono arretrati. Un maggior indice di dipendenza strutturale comporta un maggior ricorso a *input* esterni nei processi produttivi e pertanto un maggior effetto moltiplicatore atteso come conseguenza di provvedimenti diretti a sostenere la domanda di tali settori.

Dall'analisi della posizione del comparto sanitario nel sistema di interdipendenze settoriali è possibile ricavare l'effetto moltiplicatore di un incremento della domanda sanitaria⁵.

In Italia, nel 2005, per un euro speso in sanità si generano 1,7 euro circa. Nel periodo 1995-2005, il moltiplicatore italiano riferito alla sanità è cresciuto da 1,6 a 1,7. Il moltiplicatore italiano

⁵ Data la matrice dei coefficienti tecnici di interdipendenza settoriali A i moltiplicatori di ciascun settore si ricavano attraverso il calcolo della matrice inversa di Leontief $(I-A)^{-1}$.

si colloca su livelli intermedi tra i paesi considerati, caratterizzandosi per l'incidenza elevata del comparto pubblico e per un livello relativamente contenuto della domanda di beni intermedi attivabile attraverso la spesa sanitaria (cfr. Tabella 1.5).

I dati in Tabella 1.7 riportano la stima del moltiplicatore riferito al comparto sanitario nei principali paesi OCSE.

Tabella 1.7 - Effetto complessivo dell'aumento di un euro di spesa nel settore sanitario, principali paesi OCSE, 1995-2005

	Francia	Germania	Italia	Spagna
1995	1,625	1,582	1,611	1,610
2000	1,520	1,548	1,614	1,689
2005	1,502	1,513	1,696	1,745
	Giappone	Regno Unito	Stati Uniti	Media 7 paesi
1995	1,831	1,808	1,702	1,693
2000	1,826	1,937	1,710	1,692
2005	1,792	1,868	1,707	1,680

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE (2010b)

2 La spesa sanitaria in Italia: analisi storica e proiezioni di lungo periodo

2.1 Le determinanti della spesa e le leve di *policy*

“Dove va la spesa sanitaria?” è una domanda che da qualche anno sta tenendo impegnate le riflessioni di economisti e *policy maker*, mettendo alla prova le caratteristiche di diverse metodologie di proiezione. Dalla risposta dipende anche la valutazione su dove vanno le finanze pubbliche, data la rilevanza che questo capitolo di spesa mediamente ha sui bilanci degli Stati, oltre alla sua importanza sociale e politica.

I dati OCSE, *Health data*,⁶ forniscono le serie dell'incidenza della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul PIL, complete dal 1960 a oggi, per Spagna, Regno Unito e Stati Uniti. Per la Francia la serie parte dal 1964, per la Germania e per la Svezia dal 1970, per l'Italia soltanto dal 1988.

In Italia, nel corso degli ultimi quindici anni, la spesa sanitaria pubblica ha registrato prima una compressione e, successivamente, si è stabilizzata in termini di incidenza sul PIL, tornando ai livelli dei primi anni Novanta. Con questa dinamica, la sanità ha partecipato in maniera significativa al processo di riaggiustamento della finanza pubblica per l'ingresso nell'area monetaria comune e per il contenimento del rapporto fra debito pubblico e PIL.

Alla compressione del finanziamento pubblico, realizzatasi soprattutto nel corso della prima metà degli anni Novanta, si sono contrapposti il processo di invecchiamento più marcato tra i *partner* UE e un forte innalzamento della quota di finanziamento privato. Quest'ultima è consistita principalmente in maggiori pagamenti dei cittadini a valere sui redditi disponibili, per l'assenza sia di forme organizzate e gestite professionalmente di copertura sanitaria (fondi e assicurazioni), sia di schemi articolati e organici di agevolazione fiscale.

Nei principali *partner* UE-15 e negli Stati Uniti, l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria complessiva è almeno raddoppiata dal 1960 a oggi (Tabella 2.1). Per la Spagna, il multiplo è addirittura di 6. Questo trend si è realizzato, mentre il *coverage* pubblico è variato di poco nei paesi in cui esso era inizialmente già elevato, con valori superiori al 75%; mentre, in Francia, in Spagna e soprattutto negli Stati Uniti, esso è cresciuto sensibilmente, passando nel primo caso da meno del 65% a più del 75%, nel secondo caso da poco più di 55% a oltre il 70%, e nel terzo da meno del 25% a oltre il 45% (Tabella 2.2). Nei paesi in cui il *coverage* è cresciuto molto, gli incrementi di incidenza della sola spesa pubblica sul PIL risultano dunque anche di multipli superiori a quelli relativi alla spesa complessiva.

Una crescita così intensa si è accompagnata a un significativo aumento della vita attesa alla nascita e della vita attesa a 65 anni. La prima ha guadagnato circa un anno ogni quattro/cinque; la seconda, circa un anno ogni dieci per gli uomini, e un anno ogni otto/nove per le donne (Tabelle 2.3, 2.4, 2.5).

L'allungamento dell'aspettativa di vita è un risultato del miglioramento delle condizioni di salute sostenuto dalla maggior spesa sanitaria complessiva e pubblica; ma emerge anche come, negli ultimi cinquant'anni, l'interazione tra spesa e salute non sia giunta a una stabilizzazione, indotta da un qualche contro-effetto della più elevata salute sui risparmi di spesa. Le serie storiche si

⁶ OCSE, *Health data, database online*, varie edizioni sino a quella del 2010.

Il mondo della salute tra *governance* federale e fabbisogni infrastrutturali

Ottobre 2010

sono mantenute in costante co-evoluzione crescente. E ciò è avvenuto nonostante la generale riduzione delle probabilità di morte a tutte le età⁷.

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2009
Francia	3,8	5,4	7,0	8,4	10,1	11,1	11,2
Germania	-	6,0	8,4	8,3	10,3	10,7	10,5
Italia	-	-	-	7,7	8,1	8,9	9,5
Spagna	1,5	3,5	5,3	6,5	7,2	8,3	9,0
Svezia	-	6,8	8,9	8,2	8,2	9,2	9,4
Regno Unito	3,9	4,5	5,6	5,9	7,0	8,3	8,7
Stati Uniti	5,2	7,1	9,0	12,2	13,4	15,4	16,0

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2009
Francia	62,37	75,5	80,1	76,6	79,4	79,3	77,8
Germania	-	72,8	78,7	76,2	79,8	76,8	76,8
Italia	-	-	-	79,5	72,5	76,2	77,3
Spagna	57,81	65,4	79,9	78,7	71,6	70,6	72,5
Svezia	-	86,0	92,5	89,9	84,9	81,6	81,9
Regno Unito	85,25	87,0	89,4	83,6	79,3	81,9	82,6
Stati Uniti	23,10	36,2	40,8	39,2	43,2	44,4	46,5

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2009
Francia	70,3	72,2	74,3	76,9	79,0	80,3	81,2
Germania	69,1	70,6	72,9	75,3	78,2	79,4	80,2
Italia	-	72,0	74,0	77,1	79,8	80,8	81,5
Spagna	69,8	72,0	75,4	77,0	79,4	80,3	81,2
Svezia	73,1	74,7	75,8	77,6	79,7	80,6	81,4
Regno Unito	70,8	71,9	73,2	75,7	77,9	79,1	79,7
Stati Uniti	69,9	70,9	73,7	75,3	76,7	77,4	77,9

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2009
Francia	12,5	13,0	13,6	15,5	16,7	17,7	18,0
Germania	12,2	11,9	12,8	14,0	15,8	16,9	17,6
Italia	-	13,3	13,3	15,2	16,7	17,4	18,0
Spagna	13,1	13,3	14,6	15,5	16,7	17,3	18,0
Svezia	13,7	14,2	14,3	15,3	16,7	17,4	18,2
Regno Unito	11,9	12,0	12,6	14,0	15,8	17,0	17,6
Stati Uniti	12,8	13,1	14,1	15,1	16,0	16,8	17,1

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

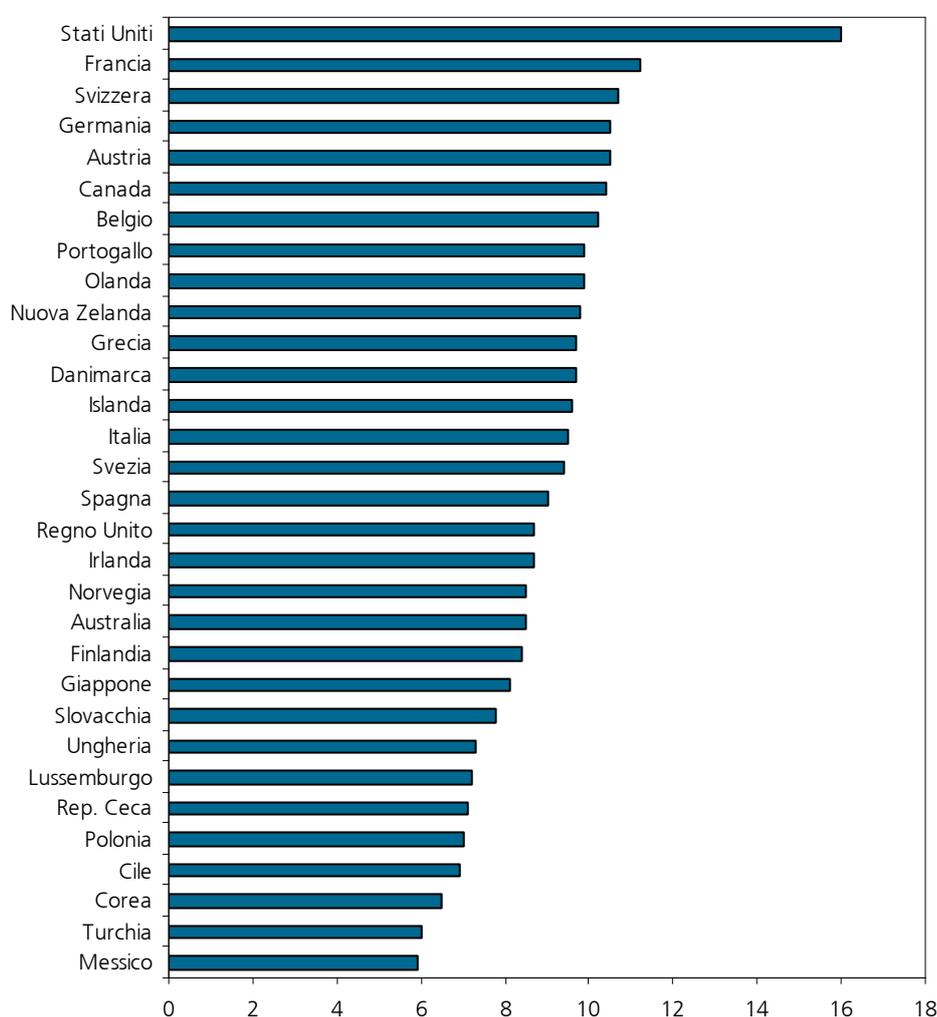
⁷ Una quota significativa della spesa sanitaria si colloca nell'anno del decesso (i cosiddetti *death related costs*).

Tabella 2.5 - Progressione della vita attesa a 65 anni (donne) (anni)

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2009
Francia	15,6	16,8	18,2	19,8	21,2	22,0	22,3
Germania	14,2	14,9	16,3	17,7	19,6	20,1	20,7
Italia	-	16,2	17,1	19,0	20,7	21,3	21,8
Spagna	15,3	16,0	17,8	19,3	20,8	21,3	21,9
Svezia	15,3	16,8	17,9	19,0	20,0	20,6	21,0
Regno Unito	15,1	16,0	16,6	17,9	19,0	19,6	20,2
Stati Uniti	15,8	17,0	18,3	18,9	19,0	19,5	19,8

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

Figura 2.1 - Spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul PIL nei paesi OCSE; valori %, 2009



Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

Guardando ai paesi OCSE nel loro complesso, è possibile avere un quadro generale sulla variabilità della spesa fra paesi e nel tempo. Dal confronto fra i paesi OCSE nella quota della spesa sanitaria complessiva sul PIL relativamente al 2009 emerge un'apprezzabile variabilità *cross-country* (Figura 2.1). Spicca il confronto tra Stati Uniti, che nel 2009 destinava il 16% del PIL alla spesa sanitaria, valore di gran lunga superiore agli altri paesi, e paesi come Turchia e Messico, con una quota inferiore al 6%.

Tabella 2.6 - Spesa sanitaria pro-capite OCSE; valori in dollari PPA

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Media OCSE	210	386	631	922	1.167	1.499	1.967	2.704	3.148
Australia	176	436	642	926	1.201	1.607	2.266	2.980	3.353
Austria	196	436	785	939	1.623	2.239	2.862	3.472	3.970
Belgio	149	348	641	965	1.354	1.914	2.481	3.154	3.677
Canada	294	479	777	1.259	1.735	2.056	2.519	3.456	4.406
Corea	-	-	107	180	355	525	824	1.305	1.801
Danimarca	359	541	893	1.251	1.540	1.869	2.383	3.152	3.540
Finlandia	184	344	569	921	1.363	1.479	1.855	2.590	3.008
Francia	193	367	666	1.031	1.445	2.101	2.553	3.306	3.696
Germania	268	569	967	1.403	1.764	2.267	2.669	3.353	3.737
Giappone	151	299	583	871	1.122	1.549	1.969	2.474	2.729
Grecia	160	-	489	711	845	1.261	1.451	2.352	2.687
Irlanda	116	274	511	654	789	1.187	1.763	2.924	3.793
Islanda	175	373	752	1.178	1.662	1.905	2.740	3.304	3.378
Italia	-	-	-	1.131	1.356	1.532	2.064	2.516	2.886
Lussemburgo	-	-	-	-	-	1.906	2.557	4.021	4.210
Messico	-	-	-	-	296	385	508	731	877
Norvegia	143	322	665	939	1.366	1.858	3.043	4.301	5.003
Nuova Zelanda	214	418	503	633	981	1.244	1.607	2.202	2.683
Olanda	316	439	732	960	1.412	1.795	2.340	3.450	4.063
Polonia	-	-	-	-	289	410	583	857	1.213
Portogallo	47	158	277	395	628	1.014	1.511	2.100	2.151
Regno Unito	159	293	468	689	960	1.347	1.837	2.701	3.129
Rep. Ceca	-	-	-	-	558	897	982	1.475	1.781
Slovacchia	-	-	-	-	-	564	604	1.139	1.738
Spagna	95	211	362	494	870	1.190	1.538	2.268	2.902
Stati Uniti	356	600	1.091	1.811	2.810	3.748	4.703	6.563	7.538
Svezia	311	529	942	1.267	1.592	1.741	2.286	2.958	3.470
Svizzera	344	618	1.013	1.453	2.028	2.563	3.221	4.015	4.810
Turchia	-	44	70	68	155	173	433	591	767
Ungheria	-	-	-	-	576	658	853	1.411	1.437

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

Anche dall'analisi della spesa sanitaria totale pro-capite in parità di potere d'acquisto emerge che gli Stati Uniti si collocano al primo posto, con Messico e Turchia ancora nelle ultime posizioni (Tabella 2.6). La Tabella 2.7 suddivide i paesi per la loro posizione rispetto alla media della spesa sanitaria pro-capite del 2009 e rispetto alla media degli incrementi annui registrati nel periodo 1990-2009. Irlanda e Norvegia hanno una spesa pro-capite sopra la media e allo stesso tempo in rapido incremento. Corea, Grecia, Messico, Polonia, Rep. Ceca, Slovacchia e Spagna hanno un incremento medio superiore alla media, ma una spesa pro-capite inferiore alla media. Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Islanda, Svezia, Svizzera e Stati Uniti esibiscono invece un incremento medio inferiore alla media, ma una spesa pro-capite superiore alla media. L'Italia, assieme a Nuova Zelanda, Finlandia e Ungheria si colloca nel gruppo dei paesi con spesa e incremento medio annuo inferiori alla media.

In tutti i paesi OCSE, a eccezione di Stati Uniti e Messico, la spesa pubblica rappresenta di gran lunga la componente più importante della spesa sanitaria (Tabella 2.8). A fronte di una media OCSE per il 2009 del 72,9%, la percentuale di componente pubblica per Stati Uniti e Messico è rispettivamente del 46,5% e del 47,5%. Lussemburgo, Danimarca, Norvegia, Islanda, Regno Unito, Rep. Ceca, Svezia, Giappone e Nuova Zelanda presentano invece un dato superiore all'80%. Una larga parte dei paesi OCSE ha visto incrementare questa percentuale fra il primo e l'ultimo periodo disponibile. Tuttavia, alcuni paesi hanno registrato una riduzione: Irlanda, Norvegia, Svezia, Regno Unito e Italia. In Italia, la quota di spesa sanitaria pubblica ha avuto un trend decrescente fra il 1990 e il 1995, mentre ha ripreso a crescere a partire dal 1995.

Tabella 2.7 - Spesa sanitaria totale pro-capite 2009 e incremento medio annuo 1990-2009

<i>Dinamica</i>	<i>+</i>
Corea Grecia Messico Polonia Rep. Ceca Slovacchia Spagna	Irlanda Norvegia
-	<i>+</i>
	<i>Livello</i>
Finlandia Italia Nuova Zelanda Ungheria	Austria Belgio Danimarca Francia Germania Islanda Svezia Svizzera Stati Uniti
	-

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

Analizzando l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva, gli Stati Uniti si collocano al secondo posto, dietro la Svizzera (Tabella 2.9). I paesi che allocano la quota minore di risorse pubbliche per la sanità sono Ungheria (10,5%), Corea (12,2%) e Finlandia (12,6%). In generale, è evidente che la tendenza per i paesi OCSE è quella di un incremento nel tempo dell'incidenza della spesa sanitaria sul totale della spesa pubblica. In Italia, negli ultimi 24 anni, questo incremento è stato di quasi 3 punti.

Tabella 2.8 - Quota della spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale, paesi OCSE; valori %

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Media OCSE	71,8	76,8	73,0	72,8	73,2	72,7	72,2	72,3	72,9
Australia	57,0	73,6	62,6	70,6	66,2	65,8	66,8	66,9	67,5
Austria	63,0	69,6	68,8	76,1	73,4	73,9	76,8	76,1	76,9
Belgio	-	-	-	-	-	75,9	74,1	75,4	72,6
Canada	69,9	76,2	75,6	75,5	74,5	71,3	70,4	70,3	70,2
Corea	-	-	20,0	29,6	36,3	36,2	45,5	52,1	55,3
Danimarca	83,7	85,4	87,8	85,6	82,7	82,5	82,4	83,7	84,5
Finlandia	73,8	78,6	79,0	78,6	80,9	72,0	71,1	73,5	74,2
Francia	75,5	78,0	80,1	78,5	76,6	79,7	79,4	79,3	77,8
Germania	72,8	79,0	78,7	77,4	76,2	81,7	79,8	76,8	76,8
Giappone	69,8	72,0	71,3	70,7	77,6	83,0	81,3	82,7	81,9
Grecia	42,6	-	55,6	59,9	53,7	52,0	60,0	60,1	60,3
Irlanda	81,7	79,0	82,0	75,8	71,7	72,7	75,3	76,6	76,9
Islanda	66,2	87,1	88,2	87,0	86,6	83,9	81,1	81,4	83,2
Italia	-	-	-	78,5	79,5	70,8	72,5	76,2	77,3
Lussemburgo	88,9	91,8	92,8	89,2	93,1	92,4	89,3	90,2	90,9
Messico	-	-	-	-	40,4	42,1	46,6	45,0	47,5
Norvegia	91,6	96,2	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,5	84,2
Nuova Zelanda	80,3	73,7	88,0	87,0	82,4	77,2	78,0	77,1	80,4
Olanda	60,2	67,9	69,4	70,8	67,1	71,0	63,1	62,5	-
Polonia	-	-	-	-	91,7	72,9	70,0	69,3	72,2
Portogallo	59,0	58,9	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	71,8	71,5
Regno Unito	87,0	91,1	89,4	85,8	83,6	83,9	79,3	81,9	82,6
Rep. Ceca	96,6	96,9	96,8	92,2	97,4	90,9	90,3	87,3	82,5
Slovacchia	-	-	-	-	-	91,7	89,4	74,4	69,0
Spagna	65,4	77,4	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,6	72,5
Stati Uniti	36,2	40,6	40,8	39,3	39,2	44,9	43,2	44,4	46,5
Svezia	86,0	90,2	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,6	81,9
Svizzera	-	-	-	50,3	52,4	53,6	55,4	59,5	59,6
Turchia	-	50,0	29,4	50,6	61,0	70,3	62,9	67,8	67,8
Ungheria	-	-	-	-	89,1	84,0	70,7	72,3	71,0

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

Tabella 2.9 - Quota di spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa pubblica, paesi OCSE; valori %

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Media OCSE	-	-	-	-	12,1	12,2	13,8	15,3	15,6
Australia	9,5	14,3	11,7	11,9	12,5	13,1	15,1	16,7	17,2
Austria	-	10,5	10,3	9,2	11,9	12,5	14,7	15,8	16,5
Belgio	-	-	-	-	-	12,4	13,9	14,2	14,8
Canada	13,3	12,9	12,8	12,7	13,5	13,3	15,1	17,7	18,3
Corea	-	-	3,8	5,8	7,9	7,1	9,7	11,2	12,2
Danimarca	15,7	16,5	14,9	13,1	12,5	11,3	12,7	15,1	16,2
Finlandia	-	12,6	12,4	12,0	13,0	9,2	10,6	12,4	12,6
Francia	-	-	12,3	12,1	12,9	15,2	15,5	16,5	16,4
Germania	-	-	-	-	16,5	15,0	18,2	17,5	18,5
Giappone	-	-	-	-	-	15,9	16,0	17,6	18,4
Grecia	-	-	-	-	-	9,8	10,1	13,1	13,0
Irlanda	-	-	-	10,6	10,2	11,7	14,7	17,0	16,0
Islanda	-	-	-	-	-	16,1	18,4	18,2	13,1
Italia	-	-	-	11,4	11,6	9,8	12,7	14,1	14,2
Lussemburgo	-	-	-	-	13,2	13,0	13,9	16,7	17,1
Messico	-	-	-	-	12,9	11,4	12,5	14,2	-
Norvegia	-	-	-	-	-	13,0	16,4	18,0	17,9
Nuova Zelanda	-	-	-	8,0	10,6	13,3	15,6	17,7	18,6
Olanda	9,2	9,4	9,3	9,0	9,8	10,5	11,4	12,0	-
Polonia	-	-	-	-	-	8,4	9,4	9,9	11,7
Portogallo	-	-	-	-	-	11,2	14,9	15,3	15,3
Regno Unito	9,3	10,2	11,0	10,8	12,0	13,0	14,3	15,3	15,1
Rep. Ceca	-	-	-	-	-	11,7	14,1	14,1	13,7
Slovacchia	-	-	-	-	-	10,8	9,4	13,8	15,5
Spagna	-	-	-	-	-	12,1	13,2	15,2	15,8
Stati Uniti	7,9	9,2	10,7	11,0	12,8	16,4	17,1	18,9	19,2
Svezia	-	-	-	-	10,3	10,6	12,6	13,5	14,5
Svizzera	-	-	-	-	14,2	14,6	16,0	18,9	19,9
Turchia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ungheria	-	-	-	-	-	11,0	10,6	12,0	10,5

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE *Health data*, giugno 2010

2.2 Le proiezioni di lungo periodo

Nella sezione precedente si è ricostruito sinteticamente l'andamento della spesa sanitaria nel corso degli ultimi cinquant'anni. Dal 1960 a oggi l'incidenza della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul PIL è aumentata in tutti i paesi a economia e *welfare* sviluppati. Negli Stati Uniti il rapporto si è triplicato, mentre nei principali *partner* UE, Italia inclusa, si è più che raddoppiato. Questa crescita, che ha coinvolto sia sistemi à la Bismarck che à la Beveridge, sia sistemi ad alto che a basso *coverage* pubblico, è avvenuta mentre la vita attesa aumentava ovunque, di pari passo con la qualità della vita e lo stato di salute. La vita attesa alla nascita degli uomini ha guadagnato circa 1,5 anni ogni decennio, mentre la vita attesa a 65 anni ne ha guadagnato circa 1 ogni decennio.

Sulla base di questi dati storici, è necessario domandarsi per tempo quali proiezioni di medio-lungo termine siano possibili.

In termini generali, la spesa sanitaria è influenzata da cinque aggregati di variabili, interrelati tra loro:

- Demografia, epidemiologia, morbilità;
- Andamento dei costi di produzione (inflazione settoriale);
- Progresso scientifico e tecnologico (che aumenta i costi e sollecita la domanda di prestazioni);

- Crescita economica e sociale, con ampliamento della nozione di salute e della domanda di prestazioni;
- Assetto istituzionale e regolamentare.

È soprattutto nel medio-lungo periodo che si manifestano le connessioni endogene tra spesa sanitaria e altre variabili economico-sociali, di difficile modellizzazione e quantificazione, ma con effetti potenziali di rilievo sia sul livello assoluto di spesa sia sulla sua sostenibilità finanziaria: le scelte di pensionamento, la partecipazione al mercato del lavoro, la produttività del lavoro, la produttività totale dei fattori, i tassi di interesse, la crescita economica.

Inoltre, gli andamenti di spesa sono influenzati da variabili *country-specific*, per le quali non è possibile definire effetti certi. Ad esempio, non risulta possibile stabilire una relazione univoca tra andamenti di spesa e organizzazione in senso federalista del sistema sanitario. Se sul piano teorico generale, l'avvicinamento al cittadino e al territorio dei centri decisionali e di spesa tende a migliorare la responsabilizzazione individuale e l'efficienza gestionale, il concreto esplicarsi di questi effetti dipende dalle caratteristiche specifiche del disegno istituzionale e degli strumenti adottati per la *governance*.

Un ruolo determinante è svolto dal progresso scientifico/tecnico, con effetti di rilievo sia sul versante dell'offerta che su quello della domanda.

Un altro snodo critico è quello dell'elasticità della spesa rispetto al reddito e al PIL. Nella letteratura empirica questo parametro assume valori nell'intervallo [0; 1,5], fortemente influenzati dalle scelte di *policy*. Negli ultimi vent'anni, in particolare, in tutti i paesi industrializzati sono state adottate misure di stabilizzazione che hanno influenzato significativamente l'andamento della spesa sanitaria rispetto al PIL. Proprio l'elasticità al reddito/PIL si presenta come uno dei fattori di maggiore incertezza nelle proiezioni della spesa sanitaria.

Su questo quadro di fondo, risulta evidente che proiezioni incentrate sulla sola demografia catturino solo una frazione dei *driver* di spesa. Nella versione base, la proiezione dell'impatto di lungo termine della demografia sulla spesa si sostanzia nella stima, con i dati di contabilità sanitaria più recenti, del profilo dei consumi sanitari per sesso e fasce di età; successivamente, al consumo pro-capite si applica un tasso di crescita annuale nominale pari, alternativamente, a quello del PIL pro-capite o del PIL per lavoratore attivo; infine, il consumo pro-capite ottenuto per i vari anni della proiezione è moltiplicato per la numerosità del relativo gruppo sesso/età, così come ricavabile dalle più aggiornate proiezioni demografiche (Eurostat e ISTAT). Tuttavia, per quanto sopra evidenziato, la versione base delle proiezioni deve essere integrata contemplando tassi di crescita del consumo pro-capite non necessariamente allineati a quelli del PIL pro-capite (o per lavoratore attivo), e tenendo conto anche del progressivo miglioramento dello stato di salute nelle diverse fasce di età.

ECOFIN e OCSE hanno dedicato a questo tema due recenti lavori; ed è proprio dal confronto ragionato fra i due che si ottengono informazioni preziose per i *policy maker*.

Il Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione di ECOFIN (*Awg-ECOFIN*) è giunto ormai alla sua terza *release* di proiezioni per la spesa sanitaria pubblica *acute* e di lungodegenza⁸⁹.

⁸ L'OCSE definisce la *Long Term Care* (LTC) come "ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita", includendo servizi per le persone che necessitano di aiuto sia

Nello scenario centrale o *Awg-reference*, quello incorporato nell'analisi annuale di sostenibilità di lungo termine delle finanze pubbliche dei *partner*, la *acute* vede aumentare la sua incidenza sul PIL, da oggi al 2060, di 1,5pp in UE-15 e UE-25, e di 1,1pp in Italia. Sul fronte della spesa di lungodegenza, gli incrementi di incidenza sono di 1,2pp per l'UE-15, 1,1pp per l'UE-25, e 1,3pp per l'Italia (Tabella 2.10).

	Scenario centrale o (<i>Awg-reference scenario</i>)				scenario tecnologico	
	<i>acute</i>		per lungodegenza		<i>acute</i>	
	2007	Δ2006-2060	2007	Δ2007-2060	Δ2007-2060	
Francia	8,1	1,2	1,4	0,6	6,8	
Germania	7,4	1,8	0,9	1,4	7,2	
Italia	5,9	1,1	1,7	1,3	5,3	
Spagna	5,5	1,6	0,5	0,9	5,6	
Svezia	7,2	0,8	3,5	2,3	5,4	
Regno Unito	7,5	1,9	0,8	0,5	7,4	
UE-15	6,9	1,5	1,3	1,2	6,4	
UE-25	6,7	1,5	1,2	1,1	6,3	

Fonte: elaborazioni CERM su dati *Awg-ECOFIN*

Le ipotesi sottostanti allo scenario centrale di ECOFIN risultano abbastanza conservative. In particolare, esse attribuiscono un valore all'elasticità della spesa rispetto al PIL inferiore rispetto a quello riscontrabile nei dati storici, che si traduce in proiezioni di incrementi nell'incidenza piuttosto contenuti. Per questa ragione, *Awg-ECOFIN* include, per la prima volta nella terza *release* di proiezioni, uno scenario "tecnologico", in cui l'elasticità assume valori superiori¹⁰. In questo scenario, per adesso relativo solo alla voce *acute*, gli incrementi di incidenza sul PIL sono significativamente superiori, pari a 6,4pp in UE-15, 6,3pp in UE-25, e 5,3pp in Italia. Più o meno dovunque, la spesa quasi raddoppia in termini di PIL.

Lo scenario tecnologico di *Awg-ECOFIN* è stato sollecitato dall'esercizio di proiezione precedentemente svolto dall'OCSE sulla componente pubblica della spesa sanitaria. Pur partendo da una metodologia simile e da ipotesi macroeconomiche e demografiche sufficientemente allineate l'OCSE era già giunto a risultati molto diversi da quelli dello scenario centrale di *Awg-ECOFIN* e simili, invece, a quelli dello scenario tecnologico¹¹.

nelle attività quotidiane di base come mangiare, lavarsi, vestirsi, scendere dal letto (*Activities of Daily Living*, ADLs) sia in attività quali prepararsi da mangiare, usare il telefono, fare *shopping* e gestire i soldi (*Instrumental Activities of Daily Living*, IADLs). L'*Acute health care* si riferisce invece ai casi di assistenza legati a malattia, incidenti, traumi, chirurgia.

⁹ Ci si riferisce ai due lavori *Awg-ECOFIN* (2006) e (2009). Per una trattazione approfondita, cfr. Pammolli F. e Salerno N.C. (2009), ECOFIN considera un perimetro di spesa sanitaria pubblica che, nel caso dell'Italia, è più ampio di quello relativo alla sola gestione del SSN, includendo voci appartenenti ai bilanci degli Enti locali e, in particolare, dei Comuni.

¹⁰ In particolare, l'elasticità al PIL è pari a 0,7%, ma poi al tasso di crescita così ottenuto si aggiungono 2pp per tener conto degli effetti, sia lato domanda che lato offerta, degli avanzamenti della scienza e della tecnologia.

¹¹ OCSE, (2006). Per una disamina dettagliata, cfr. Pammolli F. e Salerno N.C. (2009).

Tabella 2.11 - Proiezioni di spesa OCSE: scenario a più intensa crescita

Spesa sanitaria Pubblica - % PIL	Scenario a più intensa crescita <i>acute</i> e per lungodegenza	
	2005	Δ2005-2050
Francia	8,1	7,1
Germania	8,8	6,0
Italia	6,6	9,4
Spagna	5,5	7,2
Svezia	8,6	4,2
Regno Unito	7,2	5,7
UE-15	7,2	6,5
UE-25	6,7	6,9

Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE

Nella somma di *acute* e *long-term*, OCSE mostra come, se il *set* delle ipotesi si amplia per dare più spazio alle determinanti di crescita extra demografiche, gli incrementi di incidenza sul PIL di lungo periodo (al 2050) configurano un raddoppio e, nel caso dell'Italia, un incremento superiore al raddoppio.

Se la differenza tra le proiezioni ECOFIN e le proiezioni OCSE risiede soprattutto nel modo in cui le proiezioni raffigurano il legame tra la dinamica della spesa e lo sviluppo economico-sociale¹², allora preliminarmente alla domanda «Dove va la spesa?» è un'altra domanda: «Quale spesa?»: Quella potenziale, che si realizzerebbe se la domanda potesse sempre essere soddisfatta al meglio, sia in quantità che in qualità? O quella che già sconta interventi di stabilizzazione e di riconduzione all'interno dei vincoli di bilancio? La differenza è sostanziale, perché il *trade-off* cui andiamo incontro, tra *coverage* e qualità/innovatività delle prestazioni da un lato e sostenibilità finanziaria dall'altro, lo si coglie nella sua reale portata solo con riferimento alla spesa potenziale; mentre proiezioni che sottintendono azioni contenitive di *policy* ridimensionano quel *trade-off* senza, nel contempo, dar conto della praticabilità delle azioni di stabilizzazione negli anni a venire.

Se quel che serve è la proiezione di una grandezza che testimoni quanto la crescita fisiologica della spesa sanitaria possa entrare in contrasto con la disponibilità di risorse, allora è necessario guardare al potenziale, perché sarà su quello che si dovrà misurare in futuro la capacità di *governance*.

In questa prospettiva, la modellistica come quella utilizzata da ECOFIN e da OCSE¹³, spesso criticata per la semplicità/schematicità di struttura e per il ricorso alla calibrazione dei parametri (a cominciare da quello dell'elasticità della domanda), presenta un aspetto positivo rispetto ai modelli econometrici con parametri stimati endogenamente: mentre questi ultimi rischiano di scaricare sulla stima dei parametri l'azione storicamente svolta dalla *policy*, creando inevitabilmente confusione tra dinamica potenziale e dinamica (già) governata della spesa futura, soluzioni alla ECOFIN-OCSE guardano inevitabilmente alla dinamica potenziale in quanto si basano sull'ipotesi di invarianza della *policy*, con utili indicazioni in termini di interventi da adottare per assicurare la sostenibilità.

A titolo esemplificativo, le stime svolte dal CERM evidenziano che, in Italia, per stabilizzare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL al livello attuale, nel 2050 il *coverage* dovrebbe

¹² Ricadono in questo legame l'effetto diretto della crescita del PIL, quello che matura sul lato domanda come aumento della richiesta di prestazioni e, tra queste, di prestazioni innovative, e quello che matura sul lato dell'offerta come messa a disposizione di tecnologie e tecniche innovative e di prestazioni professionalizzate.

¹³ Basata su estrapolazione di profili di spesa pro-capite per fasce di età-sesso.

ridursi dall'attuale 75% circa al 50% se si fa riferimento allo scenario centrale di *Awg-ECOFIN*, oppure significativamente al di sotto del 50% se si fa riferimento allo scenario a più intensa crescita tracciato dall'OCSE. Si manifesterebbero problemi sia per la copertura dei livelli essenziali di assistenza sia, a maggior ragione, per l'inclusione dell'innovazione nei livelli essenziali.

Se le proiezioni sono quelle OCSE o dello scenario "tecnologico" di *Awg-ECOFIN*, per ricondurre il debito pubblico italiano al 60% del PIL nel 2050, sarebbe necessario un profilo di avanzi di bilancio continuamente crescente sino a superare il 10% del PIL, con conseguente totale "ingessamento" della politica annuale di bilancio¹⁴.

Se la dinamica della spesa si posizionasse anche solo in una situazione intermedia tra lo scenario centrale di *Awg-ECOFIN* e quello a più intensa crescita dell'OCSE, in Italia nel 2050 l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL arriverebbe ad approssimare quella della spesa pensionistica pubblica (nel lungo periodo stabilizzata al 14%). Quale spazio rimarrebbe per finanziare gli altri istituti di *welfare*? Questa domanda non può rimanere senza risposta, tenuto conto che la diversificazione degli istituti di *welfare* (per famiglia, minori, povertà, accesso alla casa, *education*, mercato del lavoro, etc.) ha effetti positivi sia sullo stato di salute (fisica e mentale) che sullo sviluppo economico, e con ciò rientra a pieno titolo nelle azioni di *policy* su cui puntare per governare il *trade-off* tra esigenze di spesa sanitaria e disponibilità di risorse. E tenuto altresì conto che gli istituti di *welfare* a finalità redistributiva-assicurativa non possono fare a meno del finanziamento a ripartizione, oggi in Italia esaurito dai due *monopillar* pubblici delle pensioni e della sanità.

Nei prossimi decenni tutti i paesi a economia e *welfare* sviluppati dovranno fronteggiare spese sanitarie fortemente crescenti, con *trend* potenziali che nel lungo periodo, al 2050-2060, potrebbero raddoppiare o più che raddoppiare l'incidenza della componente pubblica sul PIL. Non si tratta di casi scolastici di proiezione, dal momento che la dinamica osservata dal Dopoguerra a oggi ci ha già posto di fronte ad aumenti di questa proporzione e anche più forti.

Di fronte a questo scenario, l'efficiamento dei sistemi sanitari nazionali rimane un tassello importante, ma non rappresenta, di per sé, la soluzione. Tutti i paesi, di tradizione bismarckiana o beveridgiana, sono chiamati ad affrontare ristrutturazioni profonde dei rispettivi sistemi sanitari e di *welfare*, per raggiungere un assetto in cui il *trade-off* tra *coverage* e sostenibilità sia governato in un'ottica di efficienza ed equità. In particolare, alcuni passaggi appaiono prioritari:

- L'adozione di soluzioni capaci di promuovere un principio di universalismo selettivo, come la soluzione più flessibile e più adatta a individuare ordini di priorità e a salvaguardare la funzione redistributiva all'interno di vincoli di risorse;
- La diversificazione multipilastro del finanziamento delle pensioni e della sanità, per affiancare al criterio a ripartizione pubblico (*pay-as-you-go*) quello basato su investimenti reali di lungo termine sui mercati;
- La diversificazione degli istituti di *welfare*, per dare risposta alle esigenze che sorgono in tutte le fasi della vita del singolo e della famiglia.

Per l'Italia, tutti i punti richiamati si intrecciano, sotto più profili, con la trasformazione federalista in corso.

¹⁴ Cfr. Pammolli F. e Salerno N.C. (2008b).

2.3 Il finanziamento della sanità tra universalismo selettivo e disegno del pilastro privato complementare

L'analisi sui profili di sostenibilità delle finanze pubbliche in relazione agli andamenti di lungo periodo della spesa sanitaria segnala l'impossibilità di sostenere finanziariamente, per il futuro, dinamiche di spesa simili a quelle registrate dalla metà del secolo scorso.

Per tutti i paesi diverranno snodi cruciali gli *standard* di appropriatezza, sia in sede diagnostica che terapeutica, e l'universalismo selettivo, basato sull'individuazione del perimetro di sostenibilità economico finanziaria e dotato di schemi di compartecipazione ai costi. Il processo di efficientamento, da solo, non potrà dare copertura a simili incrementi di spesa; e se la soluzione sarà ricercata unicamente nella selettività, la copertura pubblica dovrà subire restringimenti significativi.

Per queste ragioni, si pone per la sanità un problema analogo a quello riscontrato in campo pensionistico, oltre quindici anni fa, ovvero il disegno e lo sviluppo di un sistema di finanziamento multipilastro.

Il problema non attiene unicamente la distinzione tra finanziamento pubblico e finanziamento privato. Vi è, infatti, un punto di rilevanza ancor più generale: la ripartizione sugli attivi/occupati (il *pay-as-you-go* che oggi finanzia la totalità della spesa sanitaria e sociale in Italia e in Europa) non è in grado di reperire risorse così ingenti senza provocare profonde distorsioni nelle scelte di lavoro, investimento e produzione. Al ricorso a quote dei redditi prodotti anno per anno dagli attivi serve affiancare programmi di risparmio e investimento di lungo termine *ad hoc*, con i cui frutti coprire le spese a venire. **La diversificazione del finanziamento è un passaggio ineludibile anche per riquilibrare le spese per il *welfare*, con lo sviluppo/rafforzamento di quegli istituti (maternità, famiglia/minori, casa, mercato del lavoro, povertà, inclusione sociale, etc.) che generano effetti positivi sia sulla conservazione dello stato di salute, fisica e mentale della popolazione, sia sullo sviluppo economico. Questi istituti, ancora tutti molto deboli in Italia, per loro natura redistributiva non possono che ricercare finanziamento nella ripartizione, cosa che sarà impossibile da garantire se la spesa sanitaria, come quella pensionistica, fagociteranno la stessa ripartizione¹⁵.**

Il quadro della copertura privata della sanità e dell'assistenza alla persona resta estremamente frastagliato e, per molti versi, contraddittorio. E in questo si coglie il fatto che la normativa si è andata accumulando nel tempo senza mai essere interessata da una riorganizzazione complessiva, un'osservazione che, invero, rimane valida per molti istituti del *welfare system* e per molte parti delle agevolazioni fiscali previste nel Tuir.

A oggi, la copertura attraverso canali istituzionali può avvenire attraverso:

- I fondi sanitari integrativi in senso stretto (fondi "doc") e gli strumenti per i quali il decreto Turco ha reso possibile una convergenza "doc";
- I fondi "non doc";
- Le società di mutuo soccorso propriamente dette (quando non operanti come soggetti promotori di fondi);
- Le polizze assicurative individuali a finalità sanitaria.

Le criticità non risiedono nella molteplicità di strumenti, ma nel loro inquadramento normativo, soprattutto sotto il profilo della fiscalità agevolata. Le agevolazioni fiscali passano in alcuni casi

¹⁵ La ripartizione ha una soglia massima praticabile, oltre la quale "spalmare" i costi sui redditi, prodotti anno per anno, genera effetti distorsivi e depressivi sull'attività economica.

attraverso deducibilità IRE/IRPEF dei contributi (fondi "doc" e strumenti "doc-convergenti", come anche fondi "non doc"), in altri attraverso detraibilità dei contributi (le vecchie società di mutuo soccorso) o la detraibilità dei premi (le polizze assicurative sanitarie individuali coprenti rischio morte, invalidità permanente non inferiore al 5% e non autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana), in altri ancora attraverso la detraibilità/deducibilità dei rimborsi da parte delle assicurazioni a fronte di eventi sanitari o sociosanitario avversi.

Una valutazione simile emerge se si esaminano le agevolazioni per i casi di spesa privata *out-of-pocket*, che oggi costituisce la maggior parte della spesa sanitaria privata (circa l'80%). Allo schema di base della detraibilità IRE/IRPEF al 19% con franchigia di 129,11 euro, valido per spese mediche, di assistenza specifica e di acquisto medicinali, si affiancano (ovviamente in alternativa, ove non già ammessi ad agevolazione): la detraibilità al 19%, senza franchigia, ma per un importo non superiore a 2.100 euro, delle spese per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza (solo se il reddito complessivo non supera i 40 mila euro); e la deducibilità delle spese mediche, di assistenza specifica e di acquisto medicinali necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione (agevolazione introdotta dalla legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con minorazioni).

S'impone una riflessione complessiva sulle ragioni che spingono a concedere la detrazione o la deduzione, e la detrazione dei premi ovvero quella dei rimborsi di spesa.

Seguendo le *policy guidelines* dell'OCSE¹⁶, servirebbe un'azione di *spending review* per razionalizzare la *tax-expenditure* e renderla più trasparente e incisiva. L'OCSE suggerisce che le agevolazioni fiscali a pilastri privati per la spesa per il *welfare* passino attraverso lo strumento della detrazione, quello più capace di rivolgersi alle più ampie platee dei redditi bassi e medi¹⁷, e di produrre effetti incentivanti l'adesione a forme di copertura organizzate contenendo il più possibile il costo per l'Erario¹⁸.

Sulla scorta di questa linea guida, risulterebbe utile approfondire la percorribilità di una ristrutturazione che omogeneizzi tutte le agevolazioni fiscali, ivi incluse quelle per la spesa *out-of-pocket*, sullo schema di detraibilità dal debito IRE/IRPEF, declinando il tetto di detraibilità per creare minore/maggiore sostegno a seconda delle caratteristiche qualificanti dello strumento di copertura (nel caso di copertura organizzata) o della voce di spesa (nel caso dell'*out-of-pocket*). Si realizzerebbe una significativa semplificazione della normativa fiscale, irrobustendo la funzione di stimolazione delle scelte private che è assegnata alla *tax-expenditure*.

Nonostante l'elevata differenziazione di strumenti e di modalità gestionali, al panorama manca uno strumento che, di fronte alle difficoltà crescenti che il finanziamento a ripartizione (*pay-as-you-go*) e il *pooling* assicurativo incontreranno nel sostenere il potenziale di crescita della spesa sanitaria nei prossimi anni, aprirebbe nuove possibilità di governare la spesa in condizioni di **sostenibilità finanziaria**. Uno strumento che gestisse in capitalizzazione reale, su conti individuali, i contributi degli aderenti, combinato con polizze assicurative collettive a copertura dei grandi eventi e delle prestazioni di cura continuativa ai non autosufficienti¹⁹. Questo strumento potrebbe essere affiancato a quelli esistenti, in maniera tale da organizzare e perfezionare per tempo la sua cornice normativa e regolamentare, e permettergli di dimostrare, già dai prossimi anni, le sue proprietà comparate rispetto ai fondi e alle società di mutuo soccorso esistenti.

¹⁶ Cfr. OCSE (2004).

¹⁷ A parità di euro detraibili, l'effetto incentivante, calcolato in percentuale del reddito o del patrimonio, è più significativo per le fasce medio-basse. Il contrario avviene con la deducibilità, che premia maggiormente le fasce di reddito più levate, che si posizionano su scaglioni marginali IRE/IRPEF superiori.

¹⁸ Sul punto, cfr. Pammolli F. e Salerno N.C. (2004).

¹⁹ Sul punto, cfr. Pammolli F. e Salerno N.C. (2008), "Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il *welfare*" Nota CERM n. 5-2004.

3 Il mondo della salute alla vigilia del federalismo fiscale

Le difficoltà di far corrispondere al crescente fabbisogno sanitario un sistema di finanziamento adeguato e sostenibile si sommano, in Italia, con i problemi della transizione federalista. Il diverso grado di efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali si pone come un duplice ostacolo: assorbe risorse scarse senza generare gli auspicabili livelli di assistenza sanitaria (senza contribuire all'adeguatezza delle prestazioni); intacca il meccanismo di trasmissione che dagli investimenti in sanità può portare alla creazione di domanda, alla generazione di redditi e alla crescita economica (il moltiplicatore di cui si è detto nel primo capitolo).

3.1 La spesa sanitaria delle Regioni: un'analisi retrospettiva

Negli anni Duemila, il finanziamento a programma per la sanità delle Regioni italiane ha inseguito la maggior spesa a consuntivo, con interventi correttivi e sanatorie che hanno portato l'incidenza sul PIL dal 6,1% del 2002, al 7,2% nel 2009 (cfr. Tabella 3.1)²⁰, ma con cospicui disavanzi delle Regioni: 2.323 milioni nel 2003; 5.790 milioni nel 2004; 5.725 milioni nel 2005; 4.483 milioni nel 2006, sino ai 3.260 milioni nel 2009; più una sanatoria 2001-2004 in conto alle Regioni per 11.676 milioni di euro²¹.

L'andamento del disavanzo sembra non essere collegato alle variazioni del finanziamento e delle principali voci di spesa (Tabella 3.1). Ad esempio, mentre in alcuni anni un incremento del finanziamento maggiore dell'incremento della spesa per il personale si associa ad una riduzione del disavanzo (2002, 2003, 2007, 2009), in altri anni si sono registrate sia riduzioni del disavanzo compatibili con un incremento del finanziamento inferiore all'incremento della spesa per il personale (2005, 2006, 2008), sia incrementi del disavanzo compatibili con un incremento del primo superiore all'incremento della seconda (Tabella 3.2).

Controllando l'evoluzione della spesa pro-capite del SSN per le varie Regioni (Tabella 3.3), si osserva che l'incremento percentuale nell'ultimo decennio è stato, mediamente, di circa il 65%, con una forbice di oscillazione regionale fra il 50% e il 100%. Un incremento particolarmente elevato, superiore al 90%, si registra per il Molise (98,9%) e la Basilicata (91,5%). Molto elevato è anche il dato per Sardegna (74,8%), Calabria (74,4%), Friuli Venezia Giulia (72,9%), Lazio (70,3%), Puglia (70,1%) e Campania (69,6%). Di contro, le Regioni con incremento più contenuto sono state Marche, Veneto, Umbria ed Emilia Romagna, facendo registrare una crescita appena inferiore al 60%.

²⁰La Finanziaria per il 2005 aveva programmato anche la spesa a carico dello Stato per il 2006 (89.960 milioni di euro) e per il 2007 (91.759 milioni). Le successive leggi finanziarie hanno rivisto al rialzo gli importi: la Finanziaria-2006 ha stanziato 91.173 milioni di euro per il 2006; la Finanziaria-2007 (ricependo il «Patto per la Salute») ha incrementato significativamente la spesa sanitaria a carico dello Stato prevedendo 96.040 milioni di euro per il 2007, 99.082 per il 2008 e 102.285 per il 2009. La Legge Finanziaria per il 2008 aumenta le risorse per il 2008 a 101.457 milioni di euro.

(<http://www.ministerosalute.it/ministero/sezDettaglioDiario.jsp?id=88&anno=2007>).

La Legge Finanziaria del 2009 predispone un ammontare di 102.683 milioni di euro per il 2009, di 103.945 milioni di euro per il 2010, di 106.265 milioni di euro per il 2011. La Legge Finanziaria del 2010 predispone una cifra di 104.564 milioni di euro per l'anno 2010 e di 106.884 milioni di euro per l'anno 2011. Per spesa sanitaria a carico dello Stato si deve intendere quella corrispondente alle (coperta dalle) fonti di finanziamento previste dal D. Lgs. n. 56/2000.

²¹ Meriterebbe approfondimenti la discrepanza, pur contenuta, di valori di spesa (costi) e finanziamento (ricavi) del SSN rilevabile tra la RGSEP e i dati della Corte dei Conti. Sul punto, cfr. le elaborazioni in *Finanza Locale Monitor* del Servizio Studi di Intesa Sanpaolo (luglio 2007) che, tra l'altro, riporta di un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari al 6,8% alla fine del 2006.

Il mondo della salute tra *governance* federale e fabbisogni infrastrutturali

Ottobre 2010

Tabella 3.1 - Andamento spesa, finanziamento, disavanzo e PIL (miliardi di euro)

Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	PIL	Spesa/PIL (%)	Finanz./PIL (%)	Disavanzo/PIL (%)
1992	49,637	48,049	-1,588	783,774	6,33	6,13	-0,20
1993	48,939	45,376	-3,563	807,362	6,06	5,62	-0,44
1994	49,041	45,179	-3,862	853,911	5,74	5,29	-0,45
1995	48,465	47,427	-1,038	923,052	5,25	5,14	-0,11
1996	52,585	50,438	-2,147	982,443	5,35	5,13	-0,22
1997	57,014	51,975	-5,039	1.026,285	5,56	5,06	-0,49
1998	59,640	55,065	-4,575	1.073,019	5,56	5,13	-0,43
1999	63,134	59,404	-3,730	1.107,994	5,70	5,36	-0,34
2000	70,173	66,945	-3,228	1.166,548	6,02	5,74	-0,28
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,535	6,24	5,90	-0,34
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,10	5,90	-0,22
2003	82,290	79,967	-2,323	1.335,354	6,20	6,00	-0,17
2004	90,528	84,738	-5,790	1.390,539	6,50	6,10	-0,42
2005	96,785	91,060	-5,725	1.423,048	6,80	6,40	-0,40
2006	99,615	95,131	-4,483	1.479,981	6,70	6,40	-0,30
2007	103,805	100,095	-3,709	1.546,177	6,70	6,50	-0,24
2008	107,138	103,669	-3,469	1.567,851	6,80	6,60	-0,22
2009	109,669	106,409	-3,260	1.520,870	7,20	7,00	-0,21

Fonte: elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV, anno 2010

Tabella 3.2 - Variazioni finanziamento, disavanzo, e principali voci di spesa (valori %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Spesa Totale	8,30	4,67	3,45	10,01	6,91	2,92	4,21	3,21	2,36
Spesa Personale	4,96	2,72	1,18	5,58	7,64	5,22	1,24	4,24	2,46
Spesa Beni e altri Servizi	4,55	8,66	10,38	13,43	18,27	1,05	13,19	3,00	2,91
Finanziamento	7,37	6,65	4,32	5,97	7,46	4,47	5,22	3,57	2,64
Disavanzo	27,70	-29,87	-19,62	149,20	-1,11	-21,69	-17,26	-6,49	-6,02

Fonte: elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV, anno 2010

Tabella 3.3 - Spesa del SSN pro-capite (euro)

Regioni e Province	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	1999-2009 var %
Autonome												
Piemonte	1.163	1.299	1.332	1.373	1.446	1.654	1.659	1.715	1.766	1.828	1.880	61,7
Valle d'Aosta	1.252	1.390	1.480	1.576	1.627	1.707	1.821	1.971	1.969	2.058	2.089	66,9
Lombardia	1.117	1.182	1.295	1.394	1.386	1.437	1.566	1.614	1.685	1.726	1.763	57,8
P.A. Bolzano	1.483	1.585	1.668	1.846	1.934	1.976	2.048	2.104	2.170	2.232	2.170	46,3
P.A. Trento	1.224	1.313	1.508	1.568	1.651	1.664	1.713	1.783	1.849	1.926	2.028	65,7
Veneto	1.124	1.245	1.331	1.377	1.416	1.491	1.602	1.655	1.688	1.726	1.782	58,5
Friuli Venezia G.	1.134	1.232	1.335	1.403	1.449	1.569	1.648	1.639	1.770	1.885	1.961	72,9
Liguria	1.230	1.344	1.444	1.506	1.569	1.806	1.827	1.837	1.925	1.970	2.024	64,6
Emilia Romagna	1.191	1.278	1.376	1.461	1.507	1.630	1.692	1.739	1.795	1.845	1.903	59,8
Toscana	1.116	1.238	1.357	1.416	1.449	1.583	1.642	1.708	1.750	1.804	1.846	65,4
Umbria	1.128	1.247	1.326	1.422	1.517	1.573	1.620	1.683	1.709	1.761	1.798	59,4
Marche	1.105	1.234	1.323	1.380	1.394	1.506	1.539	1.598	1.635	1.677	1.750	58,4
Lazio	1.159	1.278	1.394	1.433	1.560	1.852	1.912	1.982	1.968	1.981	1.974	70,3
Abruzzo	1.096	1.280	1.316	1.427	1.541	1.511	1.725	1.691	1.770	1.773	1.778	62,2
Molise	1.046	1.147	1.347	1.394	1.638	1.614	2.036	1.841	1.941	2.030	2.080	98,9
Campania	1.024	1.150	1.231	1.314	1.356	1.518	1.670	1.592	1.674	1.724	1.737	69,6
Puglia	1.027	1.109	1.188	1.243	1.271	1.337	1.514	1.537	1.657	1.736	1.747	70,1
Basilicata	914	1.072	1.163	1.215	1.289	1.385	1.508	1.542	1.642	1.719	1.750	91,5
Calabria	993	1.132	1.231	1.260	1.287	1.377	1.424	1.492	1.712	1.678	1.732	74,4
Sicilia	995	1.055	1.230	1.288	1.332	1.497	1.558	1.675	1.658	1.645	1.671	67,9
Sardegna	1.028	1.165	1.265	1.346	1.386	1.482	1.629	1.588	1.627	1.742	1.797	74,8
Totale	1.101	1.206	1.307	1.374	1.421	1.548	1.644	1.682	1.740	1.782	1.816	64,9

Fonte: Ministero della Salute dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS)

La Tabella 3.4 riporta la ripartizione regionale delle risorse avvenuta nel 2009, come riportata nella Rgsep-2010, e la confronta con la ripartizione che sarebbe emersa se si fosse applicata una quota capitaria ponderata che rifletta la spesa sanitaria pro-capite per fasce di età: 5% nella fascia 0-5, 5% nella fascia 6-65, 90% nella fascia 66+²². Se si fosse adottato un modello di quota capitaria ponderata come quello prospettato, che sostanzia una prima forma di standardizzazione della spesa, dieci Regioni avrebbero visto ridotta la quota di loro assegnazione, e tra queste spiccano i casi della Campania (-1.266 milioni di euro) e del Trentino Alto Adige (513). Le altre dieci avrebbero ricevuto più risorse, e tra queste la Toscana (607), la Liguria (516), l'Emilia Romagna (472), la Lombardia (341). Nel complesso, si sarebbe registrato un cambiamento significativo rispetto alla situazione attuale, anche in termini percentuali.

Tabella 3.4 - Ripartizione delle risorse dedicate al SSN. Accordo del 2009 vs. applicazione di quota capitaria ponderata							
Regioni e Province Autonome	Risorse complessive dedicate ai Ssr nel 2009 milioni di euro	% risorse totali	Ripartizione alternativa nel caso di applicazione della quota capitaria ponderata ⁽¹⁾	% risorse totali	Differenza tra seconda e prima colonna	% risorse regionali 2009	
Campania	9.751,50	9,07	8.485,94	7,89	-1.265,56	12,98	
Trentino Alto Adige	2.193,37	2,04	1.680,57	1,56	-512,80	23,38	
Puglia	7.069,74	6,57	6.638,11	6,17	-431,63	6,11	
<i>P.A. Bolzano</i>	<i>1.122,80</i>	<i>1,04</i>	<i>789,36</i>	<i>0,73</i>	<i>-333,45</i>	<i>29,70</i>	
<i>P.A. Trento</i>	<i>1.070,57</i>	<i>1,00</i>	<i>891,18</i>	<i>0,83</i>	<i>-179,39</i>	<i>16,76</i>	
Veneto	8.716,18	8,10	8.557,49	7,96	-158,68	1,82	
Sicilia	8.485,88	7,89	8.335,52	7,75	-150,35	1,77	
Sardegna	2.919,41	2,71	2.769,71	2,58	-149,70	5,13	
Calabria	3.506,48	3,26	3.371,97	3,13	-134,52	3,84	
Lazio	9.863,95	9,17	9.816,99	9,13	-46,96	0,48	
Valle d'Aosta	267,42	0,25	233,05	0,22	-34,38	12,86	
Basilicata	1.056,43	0,98	1.059,92	0,99	3,50	0,33	
Molise	575,19	0,53	620,98	0,58	45,79	7,96	
Friuli Venezia Giulia	2.440,68	2,27	2.488,82	2,31	48,15	1,97	
Abruzzo	2.388,91	2,22	2.501,57	2,33	112,67	4,72	
Umbria	1.624,09	1,51	1.817,53	1,69	193,43	11,91	
Marche	2.852,42	2,65	3.107,05	2,89	254,63	8,93	
Piemonte	8.539,97	7,94	8.830,52	8,21	290,56	3,40	
Lombardia	16.986,03	15,79	17.326,79	16,11	340,77	2,01	
Emilia Romagna	8.140,12	7,57	8.612,07	8,01	471,96	5,80	
Liguria	3.230,44	3,00	3.746,60	3,48	516,16	15,98	
Toscana	6.952,26	6,46	7.559,28	7,03	607,02	8,73	
Totale ⁽²⁾	107.560,45	100,00	107.560,45	100,00	0	100,00	

(1) Ripartizione del totale delle risorse finanziarie secondo una quota capitaria ponderata con pesi 5%-5%-90% per le fasce di età 0-5, 6-65, 66+

(2) Dalla somma è espunto il Trentino Alto Adige, già rappresentato nell'elenco dalla Provincia di Bolzano e da quella di Trento
Fonte: Elaborazioni CERM su dati Rgsep-2010

²² La spesa a carico dello Stato viene trattata tutta come acuta. La spesa per assistenza continuata (*Long Term Care* LTC) è per la maggior parte esterna al bilancio SSN.

Box 3.1 - Il bilancio della Sanità fra sottofinanziamento e strozzature di cassa

I deficit del comparto sanitario sono strutturali: in tutti gli anni di vita del Sistema Sanitario Nazionale i finanziamenti sono stati inferiori alle spese. I disavanzi risultano compresi fra l'1% e lo 0,1% del PIL (in media tra il 1992 e il 2009 il disavanzo è stato pari allo 0,3% del PIL). **Negli anni Duemila il disavanzo risulta compreso fra lo 0,45% e lo 0,17% del PIL.** Nel 2009 il disavanzo è stato pari a più di 3,2 miliardi di euro, corrispondente a circa lo 0,21% del prodotto interno lordo.

La radice del fisiologico stato di difficoltà dei conti sanitari può essere rintracciata in diversi fattori.

Da un lato sembra essere stata seguita una deliberata politica di sottofinanziamento della spesa sanitaria, dall'altro emergono significative differenze nelle *performance* regionali ad indicare l'incapacità di alcune Regioni di contenere i costi e conseguire l'efficienza.

A supporto della prima componente si pongono i dati relativi al confronto fra la dinamica del finanziamento e della spesa per il personale dipendente del SSN dal quale emerge che **il disavanzo è cresciuto di più negli anni in cui il finanziamento non si è allineato con la dinamica del costo del lavoro**, a indicare la mancata considerazione degli oneri per i rinnovi contrattuali (peraltro facilmente prevedibili). Se da un lato tale evidenza potrebbe indicare la scarsa attenzione alla programmazione, dall'altro permette anche di individuare, nella sottostima del fabbisogno sanitario, una deliberata politica volta a indurre i centri di spesa a una maggiore attenzione alla dinamica dei costi e all'efficienze del sistema.

Tuttavia, **la mancanza di credibilità in buona parte del decennio ha decretato il fallimento di questa strategia**, soprattutto in una fase in cui si è data parità di rango costituzionale alle Regioni rispetto allo Stato, innalzando il "potere contrattuale" delle prime e aumentando la frequenza dei ripiani *ex post*. **Le attese di ripiano dei debiti hanno indebolito le pressioni finanziarie sulla gestione regionale delle risorse.**

Oltre allo **strutturale sottofinanziamento** dei fabbisogni, si riscontra un **articolato meccanismo che regola la messa a disposizione delle Regioni delle risorse di cassa.**

Questo, anziché frenare la spesa, la innalza *ex post* per le ovvie conseguenze che le **crisi di liquidità** possono avere sulla gestione ordinaria: **ricorso a forme di finanziamento alternative, ritardo nel pagamento dei fornitori.** Non deve quindi sorprendere che nel corso degli anni, nonostante il sensibile aumento dei finanziamenti dedicati, la spesa sanitaria sia cresciuta più che proporzionalmente, generando ampi deficit.

Ovviamente non si può limitare a queste considerazioni l'analisi della dinamica della spesa sanitaria dell'ultimo decennio, in quanto esse costituiscono solo un aspetto del problema. Ad esempio, se è vero **che l'emergere di disavanzi è stato più visibile quando le aspettative di ripiano dei debiti sono state accresciute dal susseguirsi di provvedimenti in tal senso, è anche vero che nello stesso periodo si sono realizzate manovre di carattere elettorale e si è materializzata una maggiore autonomia delle Regioni.** Come rilevato dalla Corte dei Conti, gli strumenti di monitoraggio delle dinamiche di spesa spesso sono risultate farraginose e poco efficaci, lasciando spazio alle Regioni di esercitare pratiche elusive.

Lo strumento dell'incertezza del finanziamento e il sottodimensionamento delle risorse per tentare di contenere la dinamica di spesa discendono anche dalla difficoltà nel pervenire a misure condivise dei costi.

3.2 I divari territoriali di qualità ed efficienza del servizio sanitario

I dati relativi alla spesa regionale del 2009 evidenziano, di fatto, come la distribuzione delle risorse pubbliche pro-capite destinate al settore sanitario sia relativamente omogenea. Da Nord a Sud la spesa sanitaria pubblica pro-capite, non ulteriormente pesata per tenere conto di differenze nella composizione della popolazione per fasce di età, assume valori sostanzialmente analoghi (cfr. Tabella 3.3). Permangono delle differenze regionali che, però, non dipendono dalla localizzazione geografica: livelli di spesa procapite superiori a 2.000 euro pro-capite si riscontrano in Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Liguria e Molise. Livelli di spesa pro-capite non pesata inferiori alla media nazionale caratterizzano alcune Regioni del Sud ma anche alcune del Centro-Nord. Si evidenziano in particolare i dati di Lombardia e Veneto che risultano sotto la spesa media nazionale anche se, come emergerà nel prosieguo dell'analisi, queste Regioni offrono servizi di qualità significativamente superiori alla media nazionale.

Al di là della fotografia della situazione del 2009, è interessante osservare come essa sia il risultato di un processo di convergenza tale per cui, **in poco più di un decennio, lo scostamento della spesa pro-capite del Mezzogiorno dalla media nazionale si è ridotto di 7 punti percentuali, considerando solo le Regioni ordinarie** (Figura 3.1).

L'avvio di una convergenza nei livelli di spesa sanitaria pubblica è l'esito di un processo iniziato con l'introduzione del Fondo Sanitario Nazionale e del criterio di ripartizione tra Regioni basato sulla quota capitaria ponderata (L. 662/1996), volto a superare il meccanismo dei finanziamenti a "piè di lista", iniziando a distribuire le risorse in base alla popolazione da tutelare, e non più in base ai livelli passati di spesa.

Se dal lato della spesa si assiste a un processo di convergenza che porta i diversi sistemi regionali a disporre di risorse sostanzialmente allineate, diverse sono invece le conclusioni che si traggono in merito ai differenziali territoriali nel settore sanitario quando, oltre alla spesa delle Regioni, si considera sia la composizione della popolazione residente e i suoi fabbisogni *standard*, sia gli indicatori in grado di cogliere l'efficienza e la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

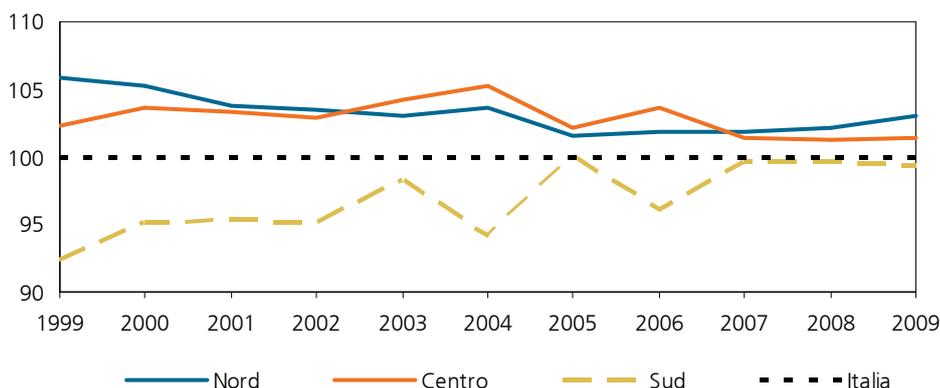
In termini di qualità ed efficienza, il divario fra aree del Paese rimane significativo nonostante la positiva dinamica delle Regioni del Sud degli ultimi anni, che hanno in parte migliorato i propri servizi ma non abbastanza per conseguire *standard* di efficienza e qualità simili a quelli riscontrati nelle Regioni del Centro-Nord. Il *gap* iniziale era senza dubbio molto ampio e si è in parte ridotto, ma le differenze rimangono significative.

Gli aspetti da considerare per valutare la qualità e l'efficienza dei servizi resi sul territorio sono molteplici, ma in quasi tutti i casi si continua a riscontrare un certo grado di arretratezza del settore sanitario delle Regioni del Mezzogiorno rispetto al resto del Paese. Un primo gruppo di indicatori riguarda l'efficienza del settore ospedaliero in relazione alla sua struttura. Negli ultimi anni il sistema degli ospedali è stato il comparto del settore sanitario ad aver mostrato i cambiamenti più significativi, all'interno del processo di razionalizzazione delle risorse (posti letto, personale medico, ricoveri in *day hospital* ecc.) del sistema ospedaliero. Questo processo ha interessato indistintamente tutte le aree del Paese, ma senza che vi sia stato un sostanziale riequilibrio delle diverse situazioni regionali. È possibile illustrare questo aspetto attraverso un insieme di indicatori di efficienza.

A titolo esemplificativo si può considerare l'evoluzione del tasso di ospedalizzazione negli ultimi anni; il *gap* fra Nord e Sud si dimezza tra il 2002 e il 2009 ma rimane rilevante: nel 2009 il tasso di ospedalizzazione standardizzato per sesso ed età a livello nazionale è pari a 118,4 ogni 1.000 abitanti in modalità ordinaria. Nelle Regioni del Sud l'indicatore è pari a 130,3 ricoveri, al Nord a 112 e nelle Regioni del Centro a 111,6. Nel 2002 il *gap* delle Regioni del Mezzogiorno rispetto

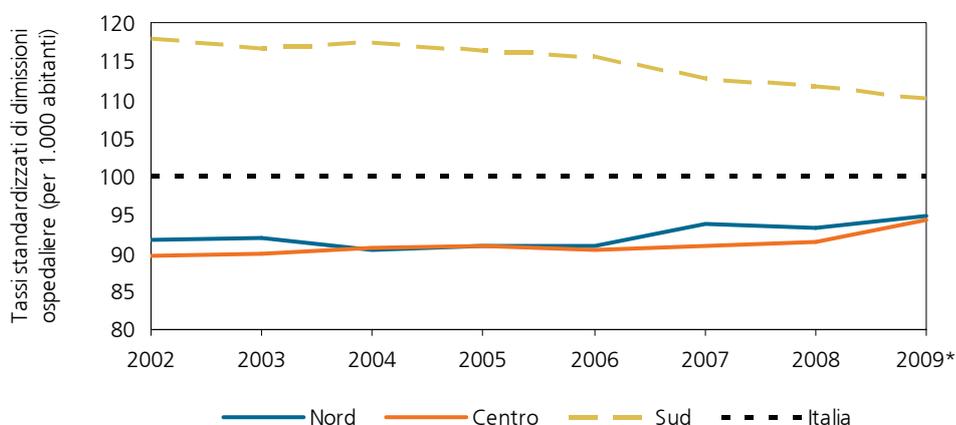
alla media nazionale era pari a 18 punti percentuali, nel 2009 è pari al 10%. Rispetto alla media è forte la variabilità regionale: la frequenza dei ricoveri va da un valore massimo della Puglia (150) a un valore minimo del Veneto (98,7), in generale le Regioni del Sud, con l'unica eccezione della Basilicata, si posizionano al di sopra della media nazionale (Figura 3.3)

Figura 3.1 - Convergenza della spesa sanitaria pubblica pro-capite (in % della spesa media nazionale) - Regioni ordinarie - Italia=100



Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati SIS

Figura 3.2 - Il tasso di ospedalizzazione standardizzato in regime ordinario - Italia=100**



Note: *dato provvisorio

** il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero. Si calcola come rapporto fra il numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti in una data Regione e la complessiva popolazione ivi residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato per ciascuna modalità di ricovero (ordinario, *day hospital*) e viene standardizzato in base all'età e al sesso della popolazione. Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Osservasalute e Mes

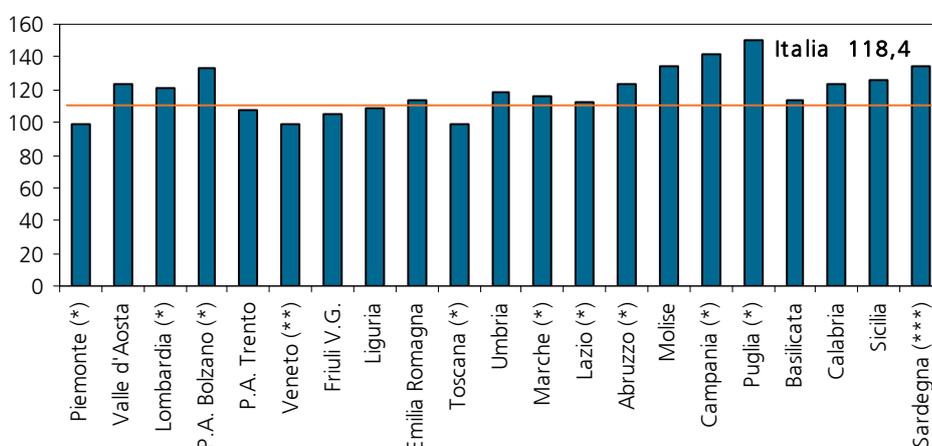
I maggiori tassi di ospedalizzazione del Sud trovano una parziale spiegazione nell'analisi dell'appropriatezza del servizio.

Nelle Regioni meridionali si registra, infatti, una maggiore frequenza dei ricoveri finalizzati ad **accertamenti diagnostici rispetto a quanto riscontrato nel resto del Paese** (Figura 3.4). L'incidenza di ricoveri diurni medici per accertamenti diagnostici è superiore al 65% in Sicilia, Puglia, Molise e Campania: questo significa che due ricoveri su tre hanno finalità diagnostiche. La stessa tipologia di ricovero rappresenta meno del 30% in Piemonte, Valle d'Aosta e Veneto. Gli accertamenti diagnostici possono, in genere, essere fatti in regime ambulatoriale e non con ricovero ospedaliero.

Anche l'incidenza dei ricoveri medici brevi (inferiori o uguali ai 3 giorni) è in genere superiore alla media nazionale nelle Regioni del Sud (Figura 3.5). Per il Mes "un ricovero medico breve è assai spesso un ricovero evitabile, realizzato nei contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Si tratta di ricoveri da ridurre nella misura in cui si riesce a potenziare servizi adeguati sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi".

Un'ulteriore verifica della maggiore efficienza degli istituti di cura del Nord del Paese si ha osservando le giornate di degenza media pre-operatoria, che nelle Regioni del Mezzogiorno superano in tutti i casi le due giornate, con l'unica eccezione dell'Abruzzo, mentre nel resto del Paese (a esclusione di Lazio, Valle d'Aosta e Liguria) si collocano, in media, al di sotto dei due giorni.

Figura 3.3 - Il tasso di ospedalizzazione standardizzato nel 2009 (Ricoveri ordinari per acuti per 1.000 residenti)

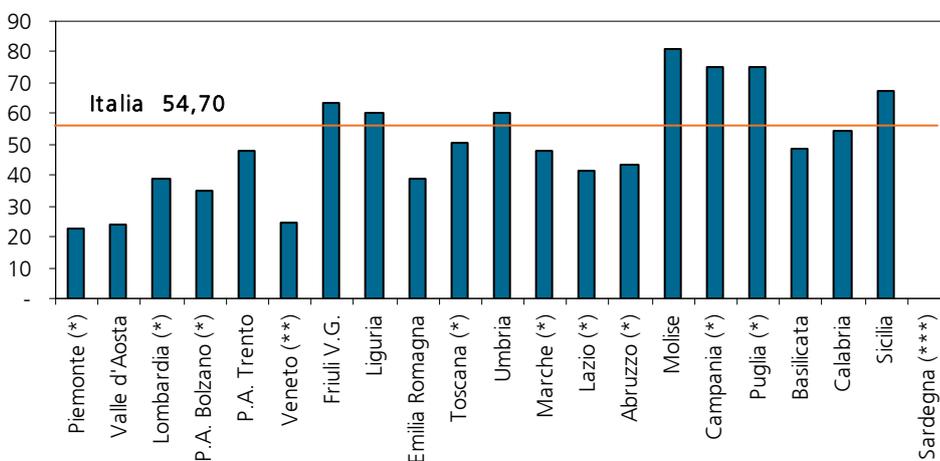


Note:(*) La Regione ha inviato solo il 1° semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01.07.2008 al 30.06.2009

(**) La Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01.10.2008 al 30.09.2009

(***) La Regione non ha inviato dati per l'anno 2009, si usa il dato 2008. Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Osservasalute e Mes

Figura 3.4 - Appropriatezza: % ricoveri diurni medici con finalità diagnostiche nel 2009

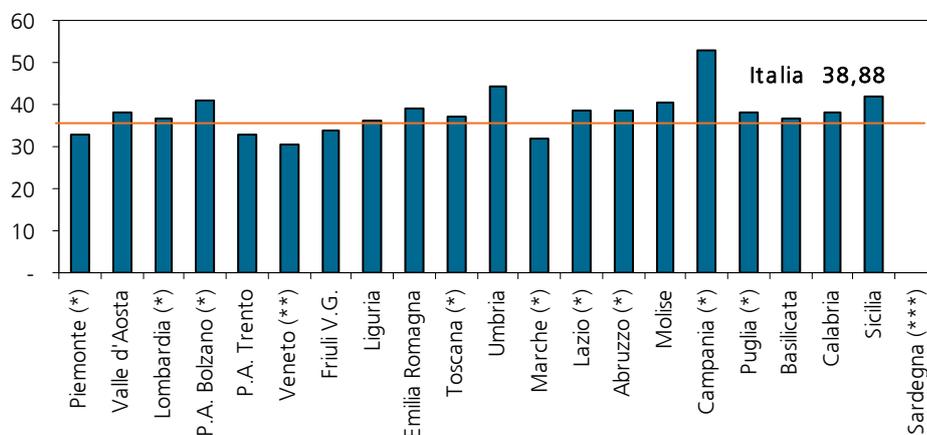


Note:(*) La Regione ha inviato solo il 1° semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01.07.2008 al 30.06.2009

(**) La Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01.10.2008 al 30.09.2009

(***) La Regione non ha inviato dati per l'anno 2009. Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Osservasalute e Mes

Figura 3.5 - Appropriatelyzza: % ricoveri ordinari medici brevi nel 2009



Note:(*) La Regione ha inviato solo il 1° semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01.07.2008 al 30.06.2009
 (***) La Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01.10.2008 al 30.09.2009
 (***) La Regione non ha inviato dati per l'anno 2009. Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Osservasalute e Mes

Tabella 3.5 - Indicatori di efficienza per Regione 2009

	Degenza media (giorni)	Degenza media pre-operatoria (giorni)
Piemonte (*)	7,87	1,81
Valle d'Aosta	8,23	2,16
Lombardia (*)	6,65	1,65
P.A. Bolzano (*)	6,77	1,60
P.A. Trento	7,95	1,83
Veneto (***)	8,05	1,83
Friuli V.G.	7,47	1,70
Liguria	8,06	2,28
Emilia Romagna	6,39	1,62
Toscana (*)	6,97	1,63
Umbria	6,03	1,62
Marche (*)	6,95	1,36
Lazio (*)	7,00	2,51
Abruzzo (*)	6,60	1,88
Molise	6,89	2,54
Campania (*)	5,45	2,24
Puglia (*)	6,29	2,10
Basilicata	6,92	2,37
Calabria	6,67	2,17
Sicilia	6,20	2,06
Sardegna (***)	-	-
Nord	7,49	1,83
Centro	6,74	1,78
Sud	6,43	2,19
Italia	6,74	1,91

Note:(*) La Regione ha inviato solo il 1° semestre 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01.07.2008 al 30.06.2009
 (***) La Regione ha inviato i primi tre trimestri 2009, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività, è stato considerato un arco temporale di 12 mesi dal 01.10.2008 al 30.09.2009
 (***) La Regione non ha inviato dati per l'anno 2009. Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Osservasalute e Mes

La percezione che il sistema sanitario meridionale offra un servizio di minore qualità è confermata ad esempio dai dati di mobilità ospedaliera tra Regioni, che testimoniano la tendenza dei pazienti a spostarsi dalla regione di residenza, presumibilmente in cerca di cure

migliori o di strutture ospedaliere di maggiore qualità rispetto a quanto disponibile nella propria Regione. Risulta subito evidente come vi sia una tendenza allo spostamento da Sud a Nord. Il saldo di mobilità in termini di costo (-) o ricavo (+) per la Regione pubblicato dalla Corte dei Conti è negativo per il Sud, positivo al Centro e al Nord. Se si osserva il dettaglio regionale, si vede che per tutte le Regioni del Sud questo saldo è negativo, a eccezione del Molise.

Anche da parte dei cittadini sembra esserci la percezione di una qualità del servizio inferiore al Sud rispetto al Nord, e gli indicatori sociosanitari pubblicati dall'ISTAT sul livello di soddisfazione dei pazienti distinti per regione e per tipo di assistenza offrono qualche spunto.

Nel sondaggio si riporta la percentuale sul totale degli intervistati di coloro che hanno dichiarato di sentirsi molto soddisfatti dai servizi ospedalieri offerti, distinti in assistenza medica, assistenza infermieristica e servizi igienici. Si ha quindi un'indicazione sia sulla qualità del servizio professionale offerto che sulla struttura ospedaliera. In tutti e tre i casi i valori relativi agli istituti di cura delle Regioni del Sud sono notevolmente inferiori rispetto al Centro e soprattutto rispetto al Nord.

Tabella 3.6 - Saldo di mobilità interregionale 2008*	
Miliardi di euro	Miliardi di euro
Piemonte	-3,4
Valle d'Aosta	-16,4
Lombardia	441,0
P.A. Bolzano	7,6
P. A. Trento	-17,0
Veneto	99,9
Friuli Venezia Giulia	15,4
Liguria	-17,7
Emilia Romagna	327,5
Toscana	106,6
Umbria	15,3
Marche	-43,2
Lazio	44,5
Abruzzo	-3,7
Molise	21,8
Campania	-280,5
Puglia	-175,0
Basilicata	-39,1
Calabria	-223,1
Sicilia	-198,7
Sardegna	-61,8
Nord	836,8
Centro	123,3
Sud	-960,0

Note: *Il dato relativo al 2009 pubblicato dalla relazione della Corte dei Conti 2010 è provvisorio e identico a quello del 2008.
Fonte: Corte dei Conti

Il mondo della salute tra *governance* federale e fabbisogni infrastrutturali

Ottobre 2010

Tabella 3.7 - Persone con almeno un ricovero nei 3 mesi precedenti l'intervista molto soddisfatte dei servizi ospedalieri per Regione - 2008 - Rapporti per 100

	Assistenza medica	Assistenza infermieristica	Servizi igienici
Piemonte	47,4	52,2	36,6
Valle d'Aosta	49,1	58,1	58,9
Lombardia	51,4	45,3	37,7
Trentino-Alto Adige	59,4	67,6	60,8
<i>P.A. Bolzano</i>	<i>50,2</i>	<i>65,0</i>	<i>60,7</i>
<i>P.A. Trento</i>	<i>67,2</i>	<i>69,8</i>	<i>60,9</i>
Veneto	44,7	38,9	35,3
Friuli-Venezia Giulia	57,6	50,1	44,6
Liguria	49,7	50,5	45,1
Emilia-Romagna	45,2	39,9	40,9
Toscana	37,0	34,5	35,8
Umbria	39,7	39,4	29,9
Marche	37,5	34,9	35,2
Lazio	30,0	29,3	25,1
Abruzzo	26,7	25,5	12,7
Molise	37,9	22,4	18,8
Campania	38,3	31,3	22,9
Puglia	25,1	19,1	16,9
Basilicata	30,0	25,9	22,1
Calabria	35,7	30,8	29,1
Sicilia	23,6	15,0	14,3
Sardegna	34,9	29,9	34,3
Nord-ovest	50,2	47,7	38,4
Nord-est	47,6	43,3	41,2
Centro	33,8	32,4	29,9
Sud	32,7	26,9	20,9
Isole	26,6	19,0	19,6
Italia	39,8	35,8	31,0

Fonte: ISTAT, Servizio "Struttura e dinamica sociale"

Box 3.2 - I livelli essenziali di assistenza

La legge n.833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha affidato allo Stato il compito di fissare i livelli delle prestazioni che devono essere garantite a tutti i cittadini uniformemente su tutto il territorio nazionale, in ottemperanza ai principi di equità ed universalità. I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano quindi lo strumento con cui lo Stato garantisce la tutela del diritto alla salute previsto dalla Costituzione.

Le due riforme della sanità del 1992 (D. Lgs. 502/1992) e del 1999 (D. Lgs. 229/1999) e la modifica al Titolo V della Costituzione del 2001 hanno confermato l'impostazione della legge 833/78, ponendo in capo allo Stato la determinazione dei LEA, così da garantire l'omogeneità nel godimento dei diritti fondamentali sull'intero territorio nazionale, e affidando alle Regioni la responsabilità della loro effettiva applicazione, allo scopo di avvicinare l'azione degli amministratori al controllo dei cittadini e, al tempo stesso, consentire ai diversi territori di stabilire il rapporto pubblico/privato ritenuto ottimale, nonché di offrire prestazioni eccedenti i LEA impiegando risorse proprie.

I Livelli Essenziali di Assistenza rappresentano conseguentemente il nucleo centrale dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario e devono essere definiti nel rispetto di principi quali la dignità umana, il bisogno di salute, l'equità all'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza, l'economicità nell'impiego delle risorse.

Attualmente, la competenza a definire i LEA è affidata ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Tale impostazione si è concretizzata nell'adozione del DPCM del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che ha individuato in maniera dettagliata le prestazioni erogabili nell'ambito del Servizio sanitario (individuate sulla base di principi di effettiva necessità assistenziale, di efficacia e di appropriatezza), le prestazioni parzialmente escluse (erogabili cioè soltanto secondo specifiche indicazioni cliniche), le prestazioni totalmente escluse (perché non hanno come fine diretto la tutela della salute, o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico) e quelle ad alto rischio di inappropriatazza (definizione che riguarda 43 interventi e procedure eseguiti spesso con modalità e in regime diverso da quello ottimale). Le prestazioni erogabili sono ricomprese in tre grandi aree:

- **l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro** che riguarda tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- **l'assistenza distrettuale** che comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

▪ **l'assistenza ospedaliera** che comprende le prestazioni erogate in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in *day hospital* e *day surgery*, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione. Le Regioni assicurano l'erogazione dell'assistenza ospedaliera avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende sanitarie Locali, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende universitarie e dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché dagli altri soggetti accreditati.

Il finanziamento dei LEA è affidato allo Stato che assegna dal suo bilancio le risorse finanziarie alle Regioni secondo criteri capitari, di fabbisogno e perequativi. Con la prossima approvazione dei decreti attuativi della legge 5 maggio 2009 n. 42 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale" le Regioni dovranno finanziare i LEA con risorse autonome, salvo l'intervento perequativo a carico dello Stato a favore dei territori con ridotta capacità fiscale.

In attesa di un ormai prossimo provvedimento di revisione dei LEA preme ricordare quanto contenuto nel recente documento informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale presentato dal Ministro Fazio: "Non si può non registrare nel nostro Paese il differente sviluppo dei sistemi sanitari regionali, sia per i diversi contesti organizzativi preesistenti alla nascita e allo sviluppo di sistemi sanitari che hanno comportato il mantenimento di specificità regionali che per la diversa capacità fiscale. Si registrano pertanto sul territorio risposte disomogenee ai medesimi bisogni di salute con conseguente rischio di inequità nell'attuale copertura dei bisogni e di mancata erogazione dei livelli essenziali di assistenza. 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"²³. Si tratta di un'affermazione di estrema rilevanza che conferma peraltro un'analoga interpretazione contenuta nel precedente Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.²⁴

3.3 I modelli di *governance* regionali

Nel corso dell'ultimo decennio la sanità regionale italiana è stata caratterizzata da una grande dinamicità organizzativa, con una continua ricerca da parte dei regolatori di soluzioni il più possibile disegnate per le specifiche esigenze locali.

Una spinta in questo senso è venuta anche dall'ampia autonomia nell'organizzare il Sistema Sanitario Locale, confermata alle Regioni sia dalla riforma della sanità del 1999 che dalla modifica costituzionale del 2001.²⁵ **Una tale autonomia si è concretizzata in scelte molto differenziate che hanno determinato una forte eterogeneità regionale** in termini di modelli di governo (e di dialettica Regione - Azienda Sanitaria), meccanismi di assegnazione delle risorse, articolazione territoriale delle Aziende Sanitarie, ruolo dei privati e presenza di altri soggetti nel gruppo sanitario pubblico regionale.

²³ "Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012", Comunicato del Ministro Fazio alla Conferenza Stato-Regioni, 29 aprile 2010.

²⁴ Ministero della Salute, Piano Sanitario 2006-2008: "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 qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione 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".

²⁵ D. Lgs 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419".

In considerazione della natura aziendale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO), le Regioni possono essere considerate a tutti gli effetti come “capogruppo” del Sistema di Sanità Regionale e in tale veste possono stabilire la struttura del “gruppo” e scegliere se limitarsi a un ruolo di pura regolazione o se entrare direttamente nella definizione di indirizzi e linee guida delle strutture di erogazione.

In generale le Regioni italiane hanno scelto di avocare a sé le attività di regolamentazione, coordinamento, indirizzo e finanziamento del Sistema Sanitario Regionale, demandando, invece, alle Aziende la traduzione di tali linee programmatiche in strategie e scelte organizzative coerenti con le risorse disponibili, la capacità di offerta e le peculiarità della domanda. Se dunque una tale impostazione di principio è stata generalmente condivisa all'interno dei vari Servizi Sanitari Regionali, **la definizione dei reali confini tra gli ambiti di responsabilità risulta, nella pratica, molto più eterogenea.** L'insieme delle scelte di *governance* compiute in questo senso dalle diverse Regioni si dispongono lungo un *continuum* che va da un modello di “Regione leggera” che assume un ruolo assimilabile a quello di un'*authority* (è ad esempio il caso dell'Emilia Romagna) a uno di “Regione *holding*” che oltre alla regolazione del sistema, interviene anche nella definizione delle strategie delle ASL (è questo il modello della Lombardia e in parte, fra le altre, anche della Toscana e della Liguria) a uno, infine, di “Regione operativa” che definisce analiticamente gli ambiti di responsabilità e i meccanismi operativi di funzionamento delle strutture di erogazione (come in Basilicata o in Campania).²⁶

A seconda dell'impostazione prescelta cambiano evidentemente i meccanismi di assegnazione delle risorse.²⁷ I diversi modelli di governo dei Sistemi Sanitari Regionali che si sono sviluppati a seguito della riforma del 1992²⁸ e del già citato intervento del 1999, che ha normato i meccanismi di remunerazione delle prestazioni sanitarie, sono tradizionalmente riconducibili a una classificazione di questo tipo:

- **“Modello a centralità dell'Azienda Sanitaria”**, in cui l'ASL gestisce direttamente la gran parte dei servizi sanitari, compresi quelli ospedalieri. L'Azienda Sanitaria viene finanziata per “quota capitaria” e ha la doppia funzione di erogatore diretto e di acquirente di prestazioni rese ai propri cittadini da altri produttori (altre ASL, Aziende Ospedaliere, privati accreditati e strutture sociosanitarie). In questo modello l'ASL non ha, quindi, alcuna convenienza a incrementare artificialmente l'offerta e tende piuttosto a “governare la domanda”, affinché questa non privilegi strutture esterne. Il ruolo dell'ASL risulta assolutamente centrale, mentre assai più limitato è quello della Regione (che ha un ruolo sostanzialmente di coordinamento);
- **“Modello a centralità regionale”**. In questo modello la Regione è sostanzialmente l'unico acquirente del Sistema di Sanità Regionale e remunera tutti i produttori (ASL, Aziende Ospedaliere, privato accreditato e strutture sociosanitarie) con il meccanismo della “tariffa per prestazione”. Si tratta di un modello in cui i *provider* di servizi sanitari possono cercare di stimolare la domanda cercando di trarre vantaggio dal sistema di remunerazione a prestazione. L'attività negoziale con gli erogatori, anche privati, è svolta direttamente dalla Regione che, per evitare un eccessivo incremento della spesa ha a disposizione diversi strumenti di regolazione basati sulla determinazione per ciascun produttore dei volumi delle prestazioni e delle tariffe, ora sulla fissazione di un tetto di finanziamento massimo da applicarsi a ciascun *provider*, ora sull'imposizione di un tetto regionale di finanziamento;

²⁶ Cfr. Achard P., Castello V., Profili S. (2004).

²⁷ Sul punto cfr. Griglio E. (2009).

²⁸ D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421”.

- **“Modello di separazione per le funzioni tariffate tra soggetti acquirenti (ASL) e produttori puri (Aziende Ospedaliere e privato accreditato)”**. In questo modello dalle ASL vengono scorporate tutte le funzioni di produzione ospedaliera e specialistica, lasciando solo quelle di igiene pubblica, di veterinaria, di medicina di base e sociosanitaria. Anche in questo caso l’ASL è finanziata a “quota capitaria” e deve pagare, quindi, le prestazioni effettuate a favore dei propri residenti da tutti i fornitori sia pubblici che privati. Si tratta di un modello basato sulla libertà di scelta, che impone all’ASL di attivare tutti i possibili strumenti impliciti di governo della domanda (quali il *budget* dei medici di medicina generale, il *budget* di distretto, la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, contratti di fornitura con i produttori). Anche in questo modello il ruolo della Regione è limitato in quanto spetta alle ASL provvedere alla regolazione dei rapporti con i privati;
- **“Modello tradizionale o di transizione”**. Rientrano in questo schema quelle regioni che nonostante l’istituzione di Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere non hanno introdotto nuovi elementi di regolazione del mercato dei Servizi Sanitari Regionali. In questi casi la Regione mantiene un ruolo di assoluto rilievo, anche nei confronti del privato accreditato, mostrando tuttavia debolissime capacità di governo del sistema soprattutto a causa della mancanza di strumenti di supporto gestionale.

A oggi il modello adottato dalla maggior parte delle Regioni italiane è quello “a centralità della ASL”, scelto soprattutto dalle Regioni del Centro-Nord (Veneto, Emilia Romagna, Piemonte e Toscana), con l’eccezione della Lombardia che ha optato per la separazione tra produttori e acquirenti. In alcuni casi, soprattutto nel Centro-Sud, non si è ancora completata un’effettiva transizione dal modello tradizionale verso un assetto più efficiente.

La scelta del modello di *governance* è strettamente legata al **ruolo degli erogatori privati di servizi sanitari e, quindi, al peso del cosiddetto “quasi mercato” nei diversi Sistemi di Sanità Regionali**²⁹.

Fin dalla riforma del 1992 è stato, infatti, introdotto nella sanità italiana il concetto di concorrenza amministrata che si basa sulla separazione, parziale e non obbligatoria, fra acquirenti “per conto del paziente” (le ASL) e produttori di servizi sanitari (Aziende Ospedaliere e soggetti privati accreditati). Le ASL, potendo scegliere se mantenere al proprio interno tutte o solo alcune strutture di produzione, divengono di volta in volta acquirenti o committenti di prestazioni sanitarie da una pluralità di produttori (presidi ospedalieri o ambulatori interni alla stessa ASL, Aziende Ospedaliere ed erogatori privati accreditati). I trattamenti ospedalieri, sia in regime di ricovero sia in regime di *day hospital*, sono remunerati in base a tariffe predefinite (*Diagnosis Related Groups* o DRG), mentre le funzioni assistenziali globali sono remunerate in base al costo *standard* di produzione del programma di assistenza. In entrambi i casi si tratta di un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell’ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento.

Per i pazienti tutto ciò implica la possibilità di recarsi presso qualsiasi struttura, pubblica o privata, accreditata sulla base del principio della libera scelta della struttura di cura.

Anche rispetto a tale possibilità le scelte delle Regioni italiane sono state significativamente diverse. Alcune hanno scelto di valorizzare la libertà dei cittadini nel decidere i propri percorsi e luoghi di cura, offrendo varie possibilità tra cui l’utenza può muoversi, mentre altre hanno continuato a vedere il settore pubblico come protagonista dell’offerta di servizi sanitari sul territorio. Questo diverso atteggiamento si è riflesso naturalmente sull’architettura istituzionale

²⁹ Si rimanda il lettore al paragrafo 5.1 per l’analisi descrittiva del fenomeno.

della sanità regionale e sugli strumenti di *governance* prescelti. Alcune Regioni hanno preferito utilizzare strumenti di indirizzo e controllo tipici della proprietà, con un approccio da capogruppo, mentre altre si sono limitate a fissare le regole che disciplinano l'attività di diversi soggetti più o meno autonomi, agendo come soggetti terzi, con funzioni regolatorie e di controllo.

Le differenti esperienze vengono tradizionalmente ricondotte a due modelli:

- Sistemi orientati alla concorrenza, con competizione fra produttori pubblici e privati e la ricerca di *standard* di efficienza e qualità delle prestazioni mediante l'utilizzo di incentivi di mercato, ampio uso delle tariffe a DRG e libertà di scelta (la Lombardia è la Regione italiana che ha più puntato su questo modello);
- Sistemi orientati alla cooperazione/integrazione, nei quali è favorita l'integrazione dei fornitori privati nel sistema di produzione pubblico, mediante l'uso dello strumento contrattuale (Emilia Romagna e Toscana) o mediante la programmazione centrale (Veneto, Friuli Venezia Giulia). L'efficienza e l'appropriatezza sono ricercate mediante procedure di programmazione negoziata.

Per quanto riguarda l'articolazione territoriale delle ASL, negli ultimi anni si rilevano **un progressivo aumento della dimensione media delle Aziende e una corrispondente riduzione del loro numero.**

Secondo i dati OASI, al 30 giugno 2009 le ASL italiane erano 148 (erano 659 nel 1992, 228 nel 1995, 197 nel 2001), mentre erano 81 le Aziende Ospedaliere (81 anche nel 1995 e 97 nel 2001). Il punto di approdo di tale processo di concentrazione sembra essere la dimensione provinciale, anche se in alcuni casi si è arrivati alla creazione di una ASL unica regionale (Marche, Molise oltre alle due Province Autonome e alla Valle d'Aosta). E' stato un processo frutto di scelte legate a due fattori fondamentali: da una parte, lo sviluppo di procedure amministrative e gestionali sempre più evolute, che consentono di gestire volumi maggiori e spingono al raggiungimento di economie di scala, dall'altro la messa in rete di presidi ospedalieri sempre più funzionalmente e clinicamente interdipendenti. Sul versante gestionale è recente lo scorporo di alcune funzioni tipiche di amministrazione aziendale e la loro attribuzione a soggetti esterni configurati dalle Regioni in forme più o meno privatistiche.

E' possibile prevedere che il processo di aggregazione e concentrazione non si arresterà nel medio-lungo termine e, probabilmente, si andrà verso la creazione di Aziende più grandi, ma con un maggior decentramento dei presidi e della loro gestione. Le forme di accentramento regionale sempre più spinte, che si sono manifestate nella maggior parte dei casi con aggregazioni delle strutture di erogazione (accorpamenti di ASL) e centralizzazione dei processi di acquisti e, in misura minore, di una gamma di servizi amministrativi rischiano di trasformare le ASL in articolazioni delle Regioni dotate di autonomia giuridica formale, ma non sostanziale³⁰.

La tendenza delle Regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione dei Servizi Sanitari Regionali (derivanti dalla crescita dei bisogni e della domanda, dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici) potrebbe anche essere determinata da una sorta di "riflesso condizionato" che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento. A questo è necessario aggiungere, tuttavia, che negli anni Novanta il SSN è stato interessato da ampi fenomeni di deintegrazione, finalizzati al conseguimento di una specializzazione sia istituzionale (con lo scorporo delle Aziende Ospedaliere), che gestionale-organizzativa (attraverso

³⁰ Cfr Trabucchi M., Vanara F., Gensini G. (2010).

la diffusione dell'*outsourcing* anche per attività precedentemente considerate *core*). Attualmente è invece pressante la necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili in sistemi popolati da attori caratterizzati da missioni diverse. La fase attuale appare caratterizzata dall'attenzione al tema del coordinamento di reti complesse e dalla ricerca delle migliori condizioni che rendono possibile il perseguimento di una razionalità di sistema senza che ciò implichi necessariamente l'esistenza di poche Aziende fortemente integrate.³¹

Le modifiche dimensionali di ASL e AO sono state affiancate da ulteriori interventi nell'organizzazione dei Sistemi Sanitari Regionali. **Alcune Regioni hanno scelto di introdurre nel Sistema Sanitari Regionali nuovi soggetti istituzionali, attraverso la trasformazione di Aziende Ospedaliere in Aziende integrate con l'Università** (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Campania, Sicilia e Sardegna), **la trasformazione in fondazione di IRCCS presenti sul territorio** (Lombardia, Campania, Puglia) e **l'istituzione di Agenzie ed enti per la gestione delle funzioni tecnico amministrative delle Aziende Sanitarie** (Umbria e Toscana).

Box 3.3 - Le Agenzie Sanitarie Regionali

I compiti delle quattordici Agenzie Sanitarie Regionali italiane sono così riassumibili:

- Analisi epidemiologica dei bisogni di salute e dell'offerta relativi ai servizi sanitari necessari (a eccezione delle Agenzie delle Regioni Campania e Veneto);
- Attività di supporto tecnico alla pianificazione delle attività di vigilanza e controllo delle ASL e degli enti del Ssr per la valutazione dei risultati conseguiti;
- Assistenza alle ASL e agli IRCCS per lo sviluppo degli strumenti e delle metodologie di controllo di gestione e riscontro dei relativi risultati (a eccezione delle Agenzie delle Regioni Lazio, Toscana e Piemonte);
- Elaborazione di proposte per definire i parametri di finanziamento delle ASL e degli IRCCS e aggiornamento circa i livelli dei costi e delle entrate di ciascuna Azienda (a eccezione dell'Agenzia della Toscana);
- Supporto all'amministrazione regionale per ciò che riguarda l'elaborazione di criteri e procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie della Regione;
- Promozione e coordinamento di modelli organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, alla competitività e all'efficacia (a eccezione dell'Agenzia delle Marche);
- Raccolta e archivio della documentazione in relazione al monitoraggio del processo di attuazione del Piano Sanitario Regionale (PSR);
- Gestione centrale, per conto delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, di segmenti di attività (educazione sanitaria, prevenzione, formazione del personale), previa delega da parte dei Direttori generali delle Aziende.

Un'altra scelta condivisa da molte Amministrazioni regionali è stata quella di prevedere nuovi meccanismi per legare tra loro diverse Aziende, anche attraverso la creazione di livelli intermedi di coordinamento tra Regione e Aziende. **Una soluzione adottata in diverse Regioni è stata quella dell'identificazione di "aree vaste" o aree ottimali**, allo scopo di: a) accentrare alcuni processi gestionali e servizi tecnico amministrativi (Veneto e Toscana); b) coordinare le strategie e

³¹ Cfr. Del Vecchio M. (2003).

i processi di acquisto delle Aziende, nonché di valutare le opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure per il personale (Emilia Romagna): c) attuare una programmazione interaziendale efficace in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici (Liguria); d) gestire i servizi amministrativi e del personale (Marche).

In altri casi la scelta è stata quella di accentrare a livello regionale alcune decisioni strategiche e funzioni amministrative attraverso l'istituzione di una centrale acquisti (Provincia Autonoma di Trento) o di un ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Friuli).

Finalità principale di tali cambiamenti sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano di mettere in rete le Aziende per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni.

A ciò si aggiunge in alcuni casi l'esigenza di restituire influenza a *stakeholder* diversi dalle Regioni come gli Enti locali. E' questo il caso delle "Società della Salute" in Toscana che hanno come fine istituzionale "la salute e il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi sociosanitari dei cittadini". Si tratta sostanzialmente di consorzi pubblici i cui soci sono l'ASL di riferimento e i Comuni che afferiscono al Distretto.

A partire dal 1994 quattordici Regioni hanno costituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (Piemonte, Veneto, Friuli, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania Puglia e Sardegna) che affianca sia pure con compiti diversi da Regione a Regione l'attività degli assessorati.³² Nella maggior parte dei casi le Agenzie Sanitarie Regionali sono enti nati con ruolo di consulente delle ASL e delle AO, o più in generale come tecnostuttura a servizio dell'Assessorato, della Giunta o del Consiglio.

³² Il Friuli Venezia Giulia, con la Legge regionale 12 del 23 luglio 2009, ha stabilito con decorrenza 1° gennaio 2010 la soppressione dell'Agenzia e il contestuale trasferimento delle funzioni di questa alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali del competente assessorato regionale.

Appendice: gli attori della *governance*

Gli attori della *governance*

Il Servizio Sanitario Nazionale è composto da enti ed organi di diverso livello istituzionale, che in base al principio di sussidiarietà concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini. Attori del sistema italiano di sanità sono dunque:

- il Ministero della Salute;
- le Regioni e le Province Autonome;
- gli Enti locali;
- le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere.

Il Ministero della Salute

Il Ministero della Salute è l'organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale a cui sono attribuite "le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti"³³.

E' stato istituito nel 1958 con la denominazione di Ministero della Sanità e la sua organizzazione e le sue competenze hanno subito numerose rivisitazioni nel corso del tempo parallelamente alle modificazioni intervenute in tema di *governance* sanitaria (Legge 833/78, D.L. 502/92 e D. Lgs. 229/99) e di riorganizzazione delle strutture di governo (è stato ridenominato "Ministero della Salute" nel 2001, accorpato nel Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali nel 2008,³⁴ infine nuovamente istituito nel 2009³⁵).

Il Ministero ha il compito di "garantire l'equità, la qualità, l'efficienza e la trasparenza del sistema, evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative, collaborare con le Regioni a valutare le realtà sanitarie e a migliorarle, tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica"³⁶. La struttura organizzativa del dicastero rispecchia tali finalità e prevede quattro Dipartimenti articolati in Direzioni generali:

1. **Dipartimento della qualità** a cui fanno riferimento la Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, la Direzione generale delle risorse umane e professioni sanitarie e la Direzione generale del sistema informativo;
2. **Dipartimento dell'innovazione**, articolato nella Direzione generale dei farmaci e dispositivi medici, nella Direzione generale della ricerca scientifica e tecnologica e nella Direzione generale del personale, organizzazione e bilancio;

³³ Legge 3 agosto 2001, n. 317 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 12 giugno 2001, n. 217, recante modificazioni al D. Lgs. 30 luglio 1999, n. 300, nonché alla Legge 23 agosto 1988, n. 400, in materia di organizzazione del Governo".

³⁴ D.L. 16 maggio 2008, n. 85 recante "Disposizioni urgenti per l'adeguamento delle strutture di Governo in applicazione dell'articolo 1, commi 376 e 377, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244" convertito con modificazioni in Legge 14 luglio 2008 n. 121.

³⁵ Legge 13 novembre 2009, n. 172, entrata in vigore il 13 dicembre 2009.

³⁶ Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

3. **Dipartimento della prevenzione e della comunicazione** a cui fanno capo la Direzione generale della prevenzione sanitaria, la Direzione generale della comunicazione e relazioni istituzionali e la Direzione generale per i rapporti con l'Unione europea e per i rapporti internazionali;
4. **Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria**, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti, articolato nella Direzione generale della sanità animale e del farmaco veterinario, nella Direzione generale della sicurezza degli alimenti e della nutrizione e nel Segretariato nazionale della valutazione del rischio della catena alimentare.

La recente ricostituzione di un dicastero autonomo della sanità certifica la centralità del tema "tutela della salute" nella vita politica e sociale del Paese. Tuttavia non può non segnalarsi come tale "rinascita" sia stata controbilanciata da una spiccata attenzione ai temi della programmazione economico-finanziaria rispetto alla tradizionale prevalenza di contenuti tecnico-sanitari. La Legge 172/2009 che ha reintrodotta il Ministero della Salute ha, infatti, assegnato al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) specifici compiti di verifica della spesa sanitaria e ha stabilito che tutte le competenze del Ministero della Salute, foriere di effetti per la finanza pubblica, siano esercitate di concerto con lo stesso MEF. Al Tesoro vengono, infatti, attribuiti la verifica sugli andamenti della spesa sanitaria e il monitoraggio sulla spesa per tutti i profili attinenti al concorso dello Stato al finanziamento del SSN, anche per quanto riguarda i piani di rientro regionali. Ciò implica una sorta di presidio del MEF anche su scelte di dettaglio di governo del Servizio Sanitario Nazionale.

All'interno del Ministero della Salute operano altre due importanti realtà:

1. Il **Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA) che è stato istituito a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 con il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.³⁷ Il Comitato è composto da quattro rappresentanti del Ministero della Salute, due del Ministero dell'Economia e delle Finanze, un rappresentante del Dipartimento per gli Affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e da sette rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome. Il Patto per la salute 2010-2012 ha confermato le funzioni del Comitato e del Tavolo di verifica degli adempimenti a cui ha affiancato una Struttura di monitoraggio paritetica con le Regioni;
2. Il **SiVeAS, Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria**, che ha l'obiettivo di verificare il rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con i LEA e con i criteri di efficiente utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati.³⁸ Al SiVeAS è affidato il compito di coordinare le attuali attività di controllo e verifica affidate a diversi organismi ed enti al fine di facilitare la raccolta dei dati provenienti dal sistema informativo sanitario ovvero dagli altri enti (Ministeri, Regioni, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Aziende USL ed ospedaliere, NAS, ecc.) a vario titolo competenti nel settore. La Legge Finanziaria per il 2007 ha affidato l'attività di affiancamento alle Regioni con Piani di rientro.

Nello svolgimento delle sue attribuzioni il Ministero della Salute è affiancato da alcuni enti e organismi tecnico consultivi.

³⁷ Decreto del Ministro della Salute del 21 novembre 2005.

³⁸ Decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della Salute, in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266.

- Il **Consiglio Superiore di Sanità** (CSS) è un organo consultivo tecnico-scientifico del Ministro, a cui sono attribuiti compiti di consulenza e proposta su argomenti quali la programmazione sanitaria, la definizione del Piano Sanitario Nazionale e dei Livelli di Assistenza, la definizione del fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale e la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, l'analisi economico-funzionale della spesa. Può sottoporre al Ministro lo studio di problemi attinenti all'igiene e alla sanità, così come indagini scientifiche e inchieste su avvenimenti di rilevante interesse igienicosanitario³⁹;
- L'**Istituto Superiore di Sanità** (ISS) è il principale organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale che coniuga l'attività di ricerca a quella di consulenza, formazione e controllo applicate alla tutela della salute pubblica. E' costituito nella forma di ente pubblico. L'ISS svolge direttamente attività di ricerca scientifica nell'ambito delle materie previste dal Piano Sanitario Nazionale e promuove programmi di studio e di ricerca in collaborazione con le strutture del SSN e sperimentazioni cliniche in collaborazione con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e le Aziende Ospedaliere. Collabora con il Ministro della Salute all'elaborazione e all'attuazione della programmazione sanitaria e scientifica e svolge attività di consulenza del Governo e delle Regioni per la formazione dei rispettivi piani sanitari;
- L'**Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro** (ISPESL) è l'organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale per quanto riguarda ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, assistenza, alta formazione, informazione e documentazione in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, sicurezza sul lavoro nonché di promozione e tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro;
- L'**Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali** (AGENAS) è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento fra il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale. L'Agenzia svolge la sua attività sulla base degli indirizzi della Conferenza Stato-Regioni Unificata che, con la delibera del 20 settembre 2007, ha indicato come "obiettivo prioritario e qualificante dell'attività dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali il supporto tecnico-operativo alle politiche di Governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del Servizio Sanitario Nazionale." In base agli indirizzi della Conferenza Unificata le attività dell'Agenzia sono orientate verso la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza, la rilevazione e l'analisi dei costi, la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari, l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza, il monitoraggio dei tempi di attesa, la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina. L'Agenzia, inoltre, porta avanti programmi nazionali relativi all'*Health Technology Assessment* (HTA);
- Gli **Istituti Zooprofilattici Sperimentali** (IIZZSS) rappresentano lo strumento operativo con cui il Servizio Sanitario Nazionale assicura la sorveglianza epidemiologica, la ricerca sperimentale, la formazione del personale, il supporto di laboratorio e la diagnostica nell'ambito del controllo ufficiale degli alimenti.
- L'**Agenzia Italiana del Farmaco** (AIFA) è l'Autorità nazionale competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia. Istituita nel 2003, ha la forma di ente pubblico che opera in autonomia, sotto la direzione del Ministero della Salute e la vigilanza congiunta del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.⁴⁰ Collaborano con le Regioni: l'Istituto Superiore di Sanità, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le Associazioni dei pazienti, i Medici e le Società Scientifiche, il mondo produttivo e distributivo.

³⁹ D. Lgs. 30 giugno 1993, n. 266 e Decreto Ministro della Salute 6 agosto 2003 n.342 "Regolamento recante sostituzione del regolamento concernente la composizione e l'ordinamento del Consiglio superiore di sanità, adottato con Decreto ministeriale 27 febbraio 1997, n. 76".

⁴⁰ D.L. 30 settembre 2003, n.269 art.48 convertito in Legge 24 novembre 2003 n. 326 "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici".

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Sono vigilati direttamente dal Ministero della Salute proprio per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato. Possono avere natura giuridica pubblica o privata.

Gli IRCCS pubblici sono veri e propri enti pubblici e si caratterizzano evidentemente per il maggiore ruolo dello Stato sull'andamento della loro gestione (al Ministro spetta la nomina del direttore scientifico). Dal 2003 gli IRCCS di diritto pubblico, su istanza della Regione in cui l'Istituto ha la sede prevalente di attività clinica e di ricerca, possono essere trasformati in Fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Gli enti trasformati assumono la denominazione di Fondazione IRCCS.

Gli IRCCS privati invece hanno una maggiore libertà di azione e il controllo su di essi viene effettuato soltanto sulla valenza delle ricerche effettuate.

Il "riconoscimento del carattere scientifico" è la procedura attraverso cui le realtà ospedaliere che trattano particolari patologie di rilievo nazionale, possono venire qualificate come IRCCS ciò conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale (che va ad aggiungersi a quello regionale) finalizzato esclusivamente allo svolgimento dell'attività di ricerca relativa alle materie riconosciute. Attualmente, gli Istituti che hanno ottenuto tale riconoscimento scientifico sono in totale 43, dei quali 19 di diritto pubblico e 24 di diritto privato.

Gli Enti territoriali

La Legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale distribuiva le competenze sanitarie fra tre soggetti:

- Il **Ministero della Salute** (a cui era affidato il compito di definire il Piano Sanitario Nazionale, ripartire il Fondo Sanitario Nazionale tra le Regioni e stipulare i contratti collettivi nazionali);
- Le **Regioni** (che dovevano redigere il Piano Sanitario Regionale (PSR), definire ambito territoriale e assetto organizzativo delle strutture di erogazione territoriale dei servizi sanitari, le USL Unità Sanitarie Locali, e ripartire fra queste il Fondo Sanitario Regionale);
- I **Comuni** ai quali erano attribuite tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera non espressamente riservate allo Stato e alle Regioni, nonché i poteri di indirizzo e controllo delle attività delle USL.

In questo schema il ruolo delle Regioni era dunque limitato ai compiti di pianificazione, mentre i Comuni continuavano a essere lo snodo centrale nell'assistenza ai cittadini, vista la loro competenza alla creazione di una rete di presidi territoriali, le Unità Sanitarie Locali (USL), cioè gli organismi a cui era affidata la gestione diretta di tutte le strutture sanitarie pubbliche prima gestite dalle mutue (ospedali, uffici di igiene, consultori, ambulatori, ospedali psichiatrici). Dal punto di vista giuridico amministrativo l'Unità Sanitaria Locale poteva essere definita come una vera e propria struttura operativa del Comune.

Un tale meccanismo ha governato la sanità italiana fino ai primi anni Novanta, quando la necessità di contenere drasticamente la spesa pubblica ha reso necessario intervenire più strutturalmente sui meccanismi di *governance* del settore. Le riforme di quel periodo hanno cambiato decisamente la ripartizione delle competenze, facendo delle Regioni le uniche titolari della funzione legislativa e amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, oltre

che le responsabili della programmazione sanitaria regionale e quindi anche dell'attività delle USL, di cui veniva disposta la trasformazione in Azienda, con riconoscimento di personalità giuridica pubblica (ASL). La terza "riforma sanitaria" del 1999 e la modifica costituzionale del 2001 non hanno fatto che confermare questo impianto, pur recuperando un ruolo per gli Enti locali e sancendo la competenza concorrente delle Regioni e dello Stato in materia sanitaria.

Nell'attuale struttura di *governance*, quindi, le **Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del Governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese**. Esse hanno, quindi, competenza esclusiva nella regolamentazione e organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e nell'individuazione dei criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali (anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato).

Come già ricordato, il Decreto 229/99 ha in parte recuperato spazi di intervento a favore dei Comuni nella gestione della sanità, con l'obiettivo di garantire ai cittadini poteri di controllo sulla gestione di un servizio quale quello sanitario in cui la dimensione territoriale è estremamente rilevante.

Il nuovo ruolo dei Comuni sembra dunque muoversi in direzione dell'auspicata razionalizzazione dell'articolazione territoriale dell'offerta sanitaria e appare funzionale alla cooperazione tra i diversi livelli istituzionali nella formulazione delle strategie assistenziali più adeguate ai bisogni della popolazione, nonché alla valutazione della congruità dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi di intervento.

I Comuni esercitano quindi un ruolo nella programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale partecipando alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria regionale ed esprimendo un parere non vincolante, ma obbligatorio sulla bozza di Piano Sanitario Regionale. La Conferenza permanente per la programmazione ha inoltre il compito di verificare la realizzazione del Piano Attuativo Locale da parte delle Aziende Ospedaliere (AO) e l'operato del Direttore generale delle ASL con riferimento agli obiettivi. Accanto a questi ruoli consultivi e di controllo i Comuni **conservano comunque un ruolo attivo nell'erogazione di livelli aggiuntivi di assistenza, sulla base delle specifiche norme regionali, e nell'integrazione sociosanitaria**.

Le **Aziende Sanitarie Locali sono enti strumentali delle Regioni**, dotati di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, e incaricati di organizzare l'assistenza sanitaria nel territorio di competenza attraverso strutture pubbliche e private accreditate, assicurando così l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria per conto della Regione.

Organi dell'Azienda sanitaria sono il Direttore generale e il Collegio sindacale. Il primo è nominato fiduciariamente dalla Regione e il suo rapporto di lavoro è regolato da un contratto di diritto privato della durata minima di tre e massima di cinque anni. Il D. Lgs. 502/92 prevedeva che il Direttore generale fosse nominato dalla Regione, tra i laureati iscritti a un elenco nazionale istituito presso il Ministero della Salute a cui erano ammessi tutti coloro che oltre al diploma di laurea fossero in possesso "di specifici documentati requisiti coerenti con le funzioni da svolgere" riferiti a un'attività direttiva esplicata per almeno cinque anni. Successivi interventi normativi hanno previsto l'eliminazione dell'elenco nazionale e semplificato le modalità di nomina ampliando, di conseguenza, il potere discrezionale della Regione e accrescendo la possibilità di indebite ingerenze politiche nella gestione delle Aziende Sanitarie. Di estremo interesse in questo senso risultano i dati di permanenza media in carica dei Direttori generali di ASL e AO. Nel periodo 1993-2009, la permanenza media in carica di un Direttore generale di ASL e AO è stata di 3,7 anni, ossia 3 anni e 8 mesi (3,55 anni per i Direttori di ASL e 4,01 anni per i Direttori di Aziende Ospedaliere) con significative differenze fra Regioni. Si passa, infatti,

dai 9 anni della Provincia Autonoma di Bolzano all'1,48 della Calabria, dai 4,55 del Veneto ai 2,78 della Puglia.⁴¹

Il Direttore generale ha tutti i poteri di gestione e deve assicurare l'equilibrio economico dell'Azienda ed è coadiuvato da un Direttore sanitario e un Direttore amministrativo. Il Collegio sindacale, composto di cinque membri, ha poteri di ispezione e controllo anche di tipo economico, vigila sull'osservanza della legge e sulla regolare tenuta della contabilità e dei bilanci. La Regione ha il compito di verificare l'adempimento contrattuale attraverso valutazioni periodiche che possono condurre alla conferma oppure alla revoca dell'incarico.

La gestione delle Aziende Sanitarie risulta estremamente più complessa di quella di altre aziende di servizi. All'intangibilità del servizio e alla sua "non durevolezza" e all'impossibilità di separare il momento della produzione da quello dell'erogazione si aggiungono ulteriori criticità quali la complessità tecnica e l'eterogeneità dei servizi erogati che richiedono la partecipazione di professionalità fra loro molto diverse, la dispersione territoriale delle strutture erogatrici, gli aspetti relazionali del servizio che coinvolgono in misura primaria la percezione del paziente. Le evidenti esigenze di coordinamento hanno condotto all'adozione della forma dipartimentale quale unità organizzativa tipica delle Aziende Sanitarie. **Il Dipartimento è dunque il modello ordinario di gestione delle ASL.** Si tratta di un'aggregazione di più unità complementari con propria autonomia e responsabilità, ma fra loro interdipendenti. La rilevanza delle interdipendenze da condivisione di attività ai fini dell'accorpamento delle unità operative in dipartimenti dipende sia dalla possibilità di realizzare economie di scala, che dalla possibilità di migliorare la qualità del servizio. L'obiettivo è quello di promuovere la convergenza di competenze ed esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali per consentire un'assistenza integrata al paziente. L'organizzazione dipartimentale permette l'applicazione di sistemi integrati di gestione, oltre che la verifica della qualità complessiva dell'assistenza e la promozione di nuove attività e nuovi modelli operativi. E' possibile distinguere tra: Dipartimenti previsti per legge (Dipartimento di prevenzione, Dipartimento di Emergenza, Dipartimento per la lotta all'AIDS e le malattie infettive), Dipartimenti trasversali che coinvolgono unità organizzative al di fuori dei confini aziendali (Dipartimento di Emergenza, di Geriatria, di Riabilitazione e lunga degenza, ecc), Dipartimenti per branca specialistica (Dipartimento di Chirurgia generale, di Medicina generale, di Diagnostica per immagini, ecc.), Dipartimenti di organo o apparato (Dipartimento di Cardiologia, di Gastroenterologia, ecc), Dipartimenti per fasce d'età (Pediatria, Geriatria).

Il Distretto è la forma di organizzazione territoriale dell'azienda sanitaria che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie. L'organizzazione distrettuale è stata introdotta in Italia alla fine degli anni Novanta con il D. Lgs. 229/1999 che ha fornito il primo quadro organico di riferimento legislativo definendo le funzioni, il ruolo all'interno dell'ASL, il modo di operare attraverso la programmazione dei servizi in modo concertato con i Comuni di riferimento (riuniti nel Comitato dei sindaci di distretto) e anche la presenza e le funzioni del Direttore di Distretto. Una tale impostazione è stata poi ripresa dal provvedimento che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza, individuando il livello di assistenza distrettuale che ricomprende appunto tutte le attività territoriali. Più in particolare il Distretto ha lo scopo di realizzare l'integrazione fra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e fra questi e i servizi sociosanitari, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione. E' dotato di autonomia tecnica, gestionale ed economico-finanziaria, valuta i bisogni e definisce i servizi necessari relativi ai Livelli Essenziali di Assistenza distrettuale, garantendo alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Coordina l'attività dei medici di medicina generale con le strutture operative dei

⁴¹ Cfr. Cergas Bocconi (2010).

vari Dipartimenti, con i servizi specialistici ambulatoriali e con le strutture ospedaliere ed extra ospedaliere accreditate. Eroga prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate da Comuni.

Negli ultimi anni la tendenza è stata quella di porre sempre maggiore attenzione verso l'assistenza extraospedaliera spostando sia risorse che servizi dal livello ospedaliero a quello territoriale e ciò si è tradotto proprio in un consolidamento del ruolo dei Distretti. Questi, infatti, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare, alla gestione delle attività sociosanitarie delegate dai Comuni e in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, nonché a fornire supporto alle famiglie e a persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.).

Secondo l'AGENAS, in Italia nel 2010 i distretti sono 707, in media 4,5 per ASL, con una popolazione media per Distretto di 74.494 unità. La Regione con il maggior numero di Distretti è la Lombardia con 86 unità seguita dalla Campania (72) e dal Piemonte (58).

Il controllo parlamentare sulla Sanità

Le questioni attinenti alla tutela della salute così come costituzionalmente definita sono oggetto del lavoro di due Commissioni permanenti del Parlamento: la XII Commissione "Affari Sociali" della Camera dei Deputati e la XII Commissione "Igiene e sanità" del Senato. In aggiunta alle due Commissioni permanenti entrambe le Camere hanno istituito due Commissioni d'inchiesta con specifici compiti:

- Presso la Camera dei Deputati è stata istituita, nel novembre del 2008, la **Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali** con il compito di indagare – con i medesimi poteri dell'Autorità giudiziaria - sulle cause e sulle responsabilità degli errori sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause "di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e di controllo che, nelle regioni interessate dal D.L. 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 maggio 2007, n. 64, hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente dalle Regioni medesime, anche al fine di accertare le relative responsabilità";
- Presso il Senato è stata istituita all'inizio della XV legislatura, la **Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale**, allo scopo di verificare l'attuazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie sull'intero territorio nazionale controllando la qualità dell'offerta dei servizi offerti ai cittadini e lo *standard* delle condizioni di accesso con particolare riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza. In questo ambito la Commissione deve valutare le dinamiche della spesa sanitaria regionale, anche al fine di verificare l'appropriatezza delle prestazioni e l'esistenza di eventuali sprechi, e gli effetti delle attuali modalità di pagamento delle prestazioni ospedaliere.

4 La spesa sanitaria delle Regioni tra spesa storica e condizioni di efficienza

In questo capitolo, le differenze di spesa sanitaria pro-capite tra le Regioni vengono analizzate costruendo un *benchmark* che tiene conto degli effetti delle principali variabili esplicative di riferimento. **Per ogni Regione, viene calcolato il valore di spesa pro-capite che emergerebbe se la spesa risultasse determinata unicamente dalle variabili esplicative considerate nella relazione. La spesa così determinata rappresenta una spesa *standard*** in quanto deriva dalle stime degli effetti delle variabili esplicative, calcolati come effetti medi fra le Regioni nell'arco dell'intervallo di stima considerato.

Il confronto tra la spesa effettiva di ogni Regione (quella che entra in contabilità nazionale) e la spesa spiegata dalla relazione funzionale fornisce **scostamenti regionali che possono essere imputati a inefficienza *tout court*, a differenze qualitative delle prestazioni offerte sul territorio o, più probabilmente, al mix delle due**. Per la stima della relazione funzionale, ci si affida ad una tecnica econometrica di tipo *panel*.

Successivamente, con la costruzione di una frontiera efficiente spesa-qualità (dove la spesa per ogni Regione consiste nella parte di spesa non spiegata dalla relazione funzionale, ovvero l'effetto fisso del *panel*), si fornisce un'indicazione **dell'ordine di grandezza con cui gli scostamenti della Regione dalla sua spesa *standard* trovano giustificazione in una qualità delle prestazioni relativamente più elevata**⁴².

4.1 Il modello di regressione

L'analisi si concentra pertanto sulla variabilità interregionale della spesa sanitaria pubblica pro-capite di parte corrente a prezzi costanti. Le variabili esplicative sono classificabili in quattro gruppi (Tabella 4.1).

- Il primo gruppo comprende le variabili rappresentative del contesto socioeconomico in grado di influenzare o le condizioni di salute o la domanda di cure istituzionalizzate: PIL pro-capite (a prezzi costanti 2000); quota percentuale di occupati nel terziario sul totale degli occupati; tasso di attività complessivo; tasso di attività delle donne; percentuale della popolazione con un titolo universitario; percentuale di anziani soli sul totale della popolazione; percentuale di aborti volontari tra le adolescenti. Purtroppo, non sono disponibili serie storiche sufficientemente lunghe di indicatori specifici di povertà/indigenza delle famiglie, o sull'abbandono scolastico, o su altri aspetti della struttura sociale che incidono sulla salute⁴³. Alle variabili elencate si aggiungono la prima e la seconda componente principale di un gruppo di variabili *proxy* per l'inquinamento ambientale (alcune oggettive, altre soggettive).
- Il secondo gruppo di variabili riguarda la struttura demografica: le quote di popolazione nelle classi di età 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, e 75+; e i due tassi di mortalità maschile e femminile specifici di ciascuna fascia di età (numero di decessi per 10.000 abitanti della corrispondente fascia). Si tratta delle variabili demografiche che maggiormente incidono sulla spesa, concentrate soprattutto nelle età anziane (sopra i 65 anni) e nell'anno antecedente il decesso (i cosiddetti "*death related costs*")⁴⁴.

⁴² Più precisamente, viene presa come riferimento la Regione con effetto fisso più basso, ovvero il Friuli Venezia Giulia, e i valori delle altre Regioni vengono riscalati come differenza fra il proprio effetto fisso e quello del Friuli Venezia Giulia (la somma algebrica degli effetti fissi è, infatti, uguale a zero per costruzione). Per una descrizione formale del modello cfr. Pammolli F., Papa G., Salerno N.C. (2009).

⁴³ Una selezione più accurata di variabili *proxy* per le condizioni di indigenza/povertà è una delle innovazioni programmate per la prossima *release* del modello.

⁴⁴ Cfr. *Awg-ECOFIN* (2006, 2009) e OCSE (2006).

- Il terzo gruppo di variabili intende cogliere gli stili di vita della popolazione che incidono sullo stato di salute. Si scelgono le percentuali di consumatori: di verdura almeno una volta al giorno; di pesce più di una volta a settimana; di carni bovine più di una volta a settimana; di formaggio almeno una volta al giorno; di alcolici fuori pasto (con assunzione abituale); di vino oltre 0,5 litri al giorno; di birra oltre 0,5 litri al giorno. A questi *habits* si aggiunge: la percentuale di fumatori; la percentuale di grandi fumatori; la percentuale di coloro che fanno una colazione adeguata; e di coloro per i quali il pasto principale è la cena.
- Il quarto gruppo di variabili si riferisce alla **dotazione di infrastrutture e di capitale fisico e umano a disposizione del SSN**, che ha influenza sia sulla domanda che sull'offerta di prestazioni: il tasso di posti letto ospedalieri ordinari e il tasso di posti letto ospedalieri in *day hospital* (n. di posti letto x 10.000 ab.); la quota di medici odontoiatri sul totale dei dipendenti del SSN; la quota di personale infermieristico sul totale dei dipendenti del SSN; la presenza di medici generici, i "*gate keeper*" del SSN (n. di medici di medicina generale x 10.000 abitanti). A integrazione di queste variabili, si aggiunge la prima componente principale della diffusione di apparecchi di tomografia assiale computerizzata e di tomografia a risonanza magnetica (n. di apparecchi x milione di abitanti)⁴⁵, a costruire un indicatore di avanzamento scientifico-tecnologico delle prestazioni offribili ai cittadini⁴⁶.

Nel complesso, le variabili esplicative permettono di tener conto delle principali determinanti della spesa sia lato domanda che lato offerta.

L'elevato R^2 totale e "*within*" permette di affermare che la stima della parte di relazione funzionale strutturale comune a tutte le Regioni (o relazione *standard*), individua una media in grado di spiegare una quota elevata della variabilità della spesa della singola Regione nel tempo. Rispetto a questa media si possono quantificare gli scostamenti di ogni Regione. **Tra gli indicatori più significativi vi sono proprio quelli relativi alla dotazione infrastrutturale e tecnologica, a conferma della loro importanza.**

Un elevato effetto fisso deve essere interpretato come un elevato eccesso di spesa rispetto a quella che sarebbe giustificabile sulla base dell'esigenza di soddisfare la domanda e l'esigenza di fornire un certo livello nell'offerta. L'effetto fisso indica la parte di spesa contabile non spiegata dalla relazione funzionale, misurata dai coefficienti stimati. Questa sovraspesa, tuttavia, non può essere associata unicamente a uno spreco di risorse, giacché essa potrebbe rappresentare semplicemente il costo di proporre uno *standard* qualitativo del servizio superiore a quello delle altre Regioni. Solo confrontando la sovraspesa con un indicatore di qualità è possibile scomporre le due componenti per ogni Regione: questo è precisamente lo scopo della costruzione della frontiera efficiente.

⁴⁵ Sono state costruite anche le prime componenti principali di insiemi più ampi di apparecchiature medicali (n. x milione di ab.). Ai fini della stima econometrica (cfr. infra) si sono tutte dimostrate significative. Tra di loro è stata selezionata quella che produce il migliore *fit*.

⁴⁶ Come la letteratura economica testimonia, dall'avanzamento scientifico-tecnologico ci si attende, nei prossimi decenni, l'impatto più forte sulla dinamica della spesa; cfr. Pammolli F. e Salerno N.C. (2009).

Tabella 4.1 - Le variabili esplicative considerate per il confronto interregionale

Label	Descrizione	Copertura temporale(1)
sspcpre	spesa sanitaria pubblica pro-capite di parte corrente, a prezzi costanti (Euro 2000)	1990-2007
pilrepc	PIL pro-capite a prezzi costanti (Euro 2000)	1980-2007
poaamf	% occupati nel terziario (M e F)	1993-2007
tat15mf	tasso di attività 15+ complessivo (M e F)	1993-2007
I tat15f	tasso di attività 15+ di F	1993-2007
poptumf	% popolazione con titolo universitario (M e F)	1997-2007
sin65	% anziani 65+ soli sul totale della popolazione (M e F)	1994-2007 (2004 interpolato)
tav1519	tasso di aborto volontario in età 15-19	1990-2006
polfac1	inquinamento ambientale, 1° componente principale	1996-2007 (2004 interpolato)
polfac2	inquinamento ambientale, 2° componente principale	1996-2007 (2004 interpolato)
perpopxxmf	% di popolazione di 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+ anni	1990-2007
II tmm	tasso di mortalità maschile (n. decessi per 10.000 ab.)	1990-2007 (2006, 2007 stimati)
tmf	tasso di mortalità femminile (n. decessi per 10.000 ab.)	1990-2007 (2006, 2007 stimati)
ver3mf	% individui che consumano verdure almeno una volta al giorno (M e F da 3 anni in su)	1993-2007 (1996, 2004 interpolati)
pes3mf	% individui che consumano pesce più di una volta a settimana (M e F da 3 anni in su)	1993-2007 (1996, 2004 interpolati)
bov3mf	% individui che consumano carni bovine più di una volta a settimana (M e F da 3 anni in su)	1997-2007
for3mf	% individui che consumano formaggio almeno una volta al giorno (M e F da 3 anni in su)	1993-2007 (1996, 2004 interpolati)
col3mf	% individui abituati ad una prima colazione adeguata (M e F da 3 anni in su)	1993-2007 (1996, 2004 interpolati)
III cen3mf	% individui per i quali il pasto principale è la cena (M e F da 3 anni in su)	1993-2007 (1996, 2004 interpolati)
fum15mf	% fumatori (M e F da 15 anni in su)	1993-2006 (2004 interpolato)
gfum15mf	% grandi fumatori (M e F da 15 anni in su)	1993-2006 (2004 interpolato)
alcfpmf	% consumatori regolari di alcolici fuori pasto	1993-2007 (1996, 2004 interpolati)
vino15mf	% consumatori di vino oltre 0,5 litri/die (M e F da 15 anni in su)	1993-2007 (1996, 2004 interpolati)
birra15mf	% consumatori di birra oltre 0,5 litri/die (M e F da 15 anni in su)	1993-2007 (1996, 2004 interpolati)
tploo	disponibilità di posti letto ospedalieri per degenza ordinaria (n. posti letto per 10.000 ab.)	1996-2006
tpldh	disponibilità di posti letto ospedalieri per <i>day hospital</i> (n. posti letto per 10.000 ab.)	1996-2006
IV mdsnt	quota % di odontoiatri su dipendenti SSN	1994-2006
idsnt	quota % del personale infermieristico su dipendenti SSN	1994-2006
tmg	presenza di medici generici (medici di medicina generale per 10.000 ab.)	1995-2006
innfac	indicatore di progresso tecnologico nell'offerta medica (Tac e risonanze magnetiche per milione di ab.)	1997-2006

(1) Periodo analizzabile 1997-2006

Fonte: elaborazioni CERM su vari database ISTAT

4.2 La frontiera efficiente spesa-qualità

Per tener conto della relazione tra qualità delle prestazioni e spesa, è stato costruito un indicatore sintetico della qualità delle prestazioni sanitarie a livello regionale, per poi confrontare tra loro le combinazioni spesa-qualità di tutte le Regioni. Per approssimare la qualità del servizio sanitario regionale si fa riferimento a quattro gruppi di indicatori tratti da altrettante fonti.

- Il primo gruppo è costituito da indicatori di *outcome* disponibili all'interno del "Progetto Mattoni" condotto dal Ministero della Salute. Il "Progetto Mattoni" raccoglie dati/informazioni affidabili e comparabili (la maggior parte rese disponibili all'interno del NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario), per analisi di costo e di qualità delle prestazioni. In particolare, il "Mattone n. 8" contiene 43 indicatori di efficacia degli interventi sanitari, con un dettaglio regionale che per adesso copre il periodo 2001-2003. Per varie ragioni, per la costruzione dell'indicatore sintetico è possibile utilizzare solo 30 di questi 43 indicatori di *outcome*⁴⁷. Per pervenire ad un indicatore sintetico di gruppo, si provvede a standardizzare i singoli indicatori, assegnando uno 0 al valore peggiore e un 1 al valore migliore, e poi scalando gli altri valori di conseguenza. La media degli indicatori standardizzati costituisce l'indicatore di gruppo.

⁴⁷ Per 9 Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) sono disponibili tutti e 30 gli indicatori, mentre per le altre 11 si va da un minimo di 22 per la Sardegna a un massimo di 29 per l'Abruzzo. Per alcuni indicatori il dato è mancante alla fonte, mentre per altri,

- Il secondo gruppo di indicatori deriva dall'indagine multiscopo dell'Istat sulle famiglie italiane, "Aspetti della vita quotidiana", che contiene alcune domande sul livello di soddisfazione dell'assistenza sanitaria nella Regione⁴⁸. Si scelgono i seguenti 4 indicatori, disponibili per il periodo 1998-2006: "% di individui molto soddisfatti dell'assistenza medica", "% di individui molto soddisfatti dell'assistenza infermieristica", "% di individui che hanno fatto meno di 10 minuti di attesa alla ASL", "% di individui che hanno fatto più di 20 minuti di attesa alla ASL". Anche in questo caso, si provvede a standardizzare tra 0 e 1 e a calcolare la media⁴⁹.
- Il terzo gruppo riguarda la mobilità interregionale, considerata come indicatore indiretto di qualità, tramite le scelte dei cittadini e/o dei medici di rivolgersi a strutture sempre del SSN ma esterne alla Regione. La base dati è quella del Ministero della Salute sulla mobilità ospedaliera interregionale per gli anni 1999-2005. Dapprima, per ogni Regione si calcola la differenza tra la mobilità attiva e passiva per i ricoveri ospedalieri ordinari per casi acuti, e questo saldo è espresso in proporzione al numero complessivo dei ricoveri ordinari per casi acuti⁵⁰ dei residenti in Regione. In questo modo si ottiene un indicatore della più o meno elevata capacità di ogni Regione di affrontare con le proprie strutture i casi di ricovero. Successivamente, questo indicatore è regredito per gli anni 1999-2005 - con un esercizio *panel* ad effetti fissi - sul tasso di posti letto ospedalieri ordinari⁵¹ (n. posti letto per 10.000 abitanti), per tener conto delle infrastrutture di ricezione disponibili nella Regione⁵², e per il logaritmo della popolazione regionale, per tener conto del fatto che Regioni più piccole potrebbero essere carenti di posti letto in diverse specialità medico-chirurgiche a più elevata specializzazione. Infine, l'effetto fisso della regressione è adottato come indicatore di qualità.

specialmente per le Regioni più piccole, non si considerano quegli indicatori basati su una troppo limitata numerosità campionaria.

⁴⁸ Cfr. http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/vitaquotidiana/.

⁴⁹ Nel ricorso a indicatori riportanti la qualità percepita dagli individui, si deve considerare che possono emergere situazioni in cui, dopo periodi durante i quali la qualità delle prestazioni rimane carente, le aspettative degli stessi individui possono adattarsi al ribasso, alterando nel tempo i criteri di giudizio. Sull'argomento, cfr. Adang-Borm (2007).

⁵⁰ La mobilità coinvolge per la maggior parte le prestazioni acute.

⁵¹ Sono introdotte anche delle *dummies* annuali per cogliere la generale tendenza, comune alle Regioni, alla riduzione dei posti letto ordinari, in atto sin dagli anni Novanta.

⁵² Si potrebbe obiettare che la disponibilità di infrastrutture adeguate fa parte della qualità dell'offerta sanitaria di una Regione e che, pertanto, non è senza controindicazioni utilizzarla come variabile esplicativa di una regressione che tenti di separare la parte del saldo di mobilità attribuibile a caratteristiche di struttura (disponibilità di posti letto), dalla parte attribuibile al livello di qualità dell'offerta. Così facendo, infatti, si giustifica per esempio un flusso in uscita da una Regione con pochi posti letto o poche strutture di accoglienza, quando entrambi questi elementi potrebbero essere direttamente parte della scarsa qualità dell'offerta sanitaria. Si è scelto comunque di affiancare questa esplicativa all'altra esplicativa del logaritmo della popolazione regionale perché, anche se su di essa certamente pesano aspetti di qualità e buon governo, la disponibilità di posti letto di una Regione dipende anche dalla sua dimensione (geografica e demografica) e da come quest'ultima incide sulle economie di scala e di scopo alla base dell'organizzazione dell'offerta sanitaria.

- Il quarto gruppo di indicatori è stato estratto dall'“Atlante Sanitario 2008”⁵³, costituito per il monitoraggio del rischio di ospedalizzazione nelle diverse Regioni italiane. L'“Atlante Sanitario 2008” riporta 17 indicatori di rischio di ricovero per 9 differenti aree diagnostiche, distinte per uomini e donne⁵⁴. Gli indicatori sono offerti già nella versione standardizzata per tener conto della diversa composizione per fasce d'età (e quindi di esposizione al rischio) della popolazione. Forniscono sicuramente informazioni importanti, anche se devono esser letti avendo presente che non sono standardizzati per tener conto della condizione di salute della popolazione, ovvero delle situazioni iniziali fronteggiate dal SSN e che poi possono evolversi o meno in una ospedalizzazione. In alcuni casi, infatti, l'ospedalizzazione può derivare da inappropriata delle cure precedenti o essere essa stessa inappropriata; in altri casi può rappresentare la soluzione necessaria e appropriata (dipende dalla casistica individuale). La media dei 17 indicatori dall'“Atlante Sanitario 2008”, scalati tra 0 (il valore peggiore) e 1 (il valore migliore), fornisce il quarto indicatore di qualità.

L'indicatore sintetico di qualità (ISQ) del sistema sanitario regionale è costruito come media pesata degli indicatori riassuntivi dei quattro gruppi descritti richiamati sopra. Il peso maggiore (1/2) è assegnato agli indicatori di *outcome*, per la loro numerosità, il loro dettaglio e la loro natura oggettiva. Agli altri tre gruppi viene assegnato 1/6. Gli ISQ permettono di impostare l'analisi di frontiera efficiente.

La distanza di ogni Regione rispetto alla spesa standardizzata (i.e. la sovraspesa) può essere letta in contropiede tenendo conto dell'indicatore sintetico di qualità, per verificare in quale misura si possa sostenere che i maggiori scarti dallo *standard* siano riconducibili a Regioni che “investono” in qualità o se, al contrario, spese più elevate e improduttive coesistono con bassi livelli di qualità.

Dopo aver riportato su piano cartesiano tutte le coordinate regionali di sovraspesa e qualità, si procede alla costruzione della frontiera efficiente. La frontiera è determinata da quelle Regioni che presentano, nel contempo, gli scarti minori dal proprio livello di spesa *standard* e gli indici di qualità più alti. Queste Regioni sono: Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Umbria, Piemonte, Marche e Toscana.

La frontiera efficiente rappresenta il luogo geometrico delle combinazioni efficienti di qualità e sovraspesa: in altre parole, **individua il massimo livello di qualità che è possibile realizzare per un dato livello di sovraspesa**, ovvero il minimo livello di sovraspesa con cui è possibile raggiungere un dato livello di qualità. La distanza di una Regione dalla frontiera fornisce una rappresentazione sintetica, e allo stesso tempo efficace e fondata analiticamente, del grado di inefficienza. Questa distanza può essere misurata sia in verticale (*output oriented approach*) sia in orizzontale (*input oriented approach*). Si preferisce la misura orizzontale, che permette, a parità di qualità, di definire la spesa efficiente per ottenere un dato livello di qualità.

La Figura 4.1 riporta la frontiera e la posizione di tutte le Regioni. Da una semplice ispezione del grafico è possibile individuare tre gruppi distinti di Regioni che evidenziano comportamenti simili:

- Il primo, quello delle Regioni a più alto scostamento dallo *standard* (**più elevata sovraspesa**) e a bassa qualità, comprende **Campania, Sicilia, Puglia e Lazio**. Vi si inserisce anche la **Calabria** che, benché con uno scostamento inferiore, è la Regione che fa registrare il peggior livello qualitativo.

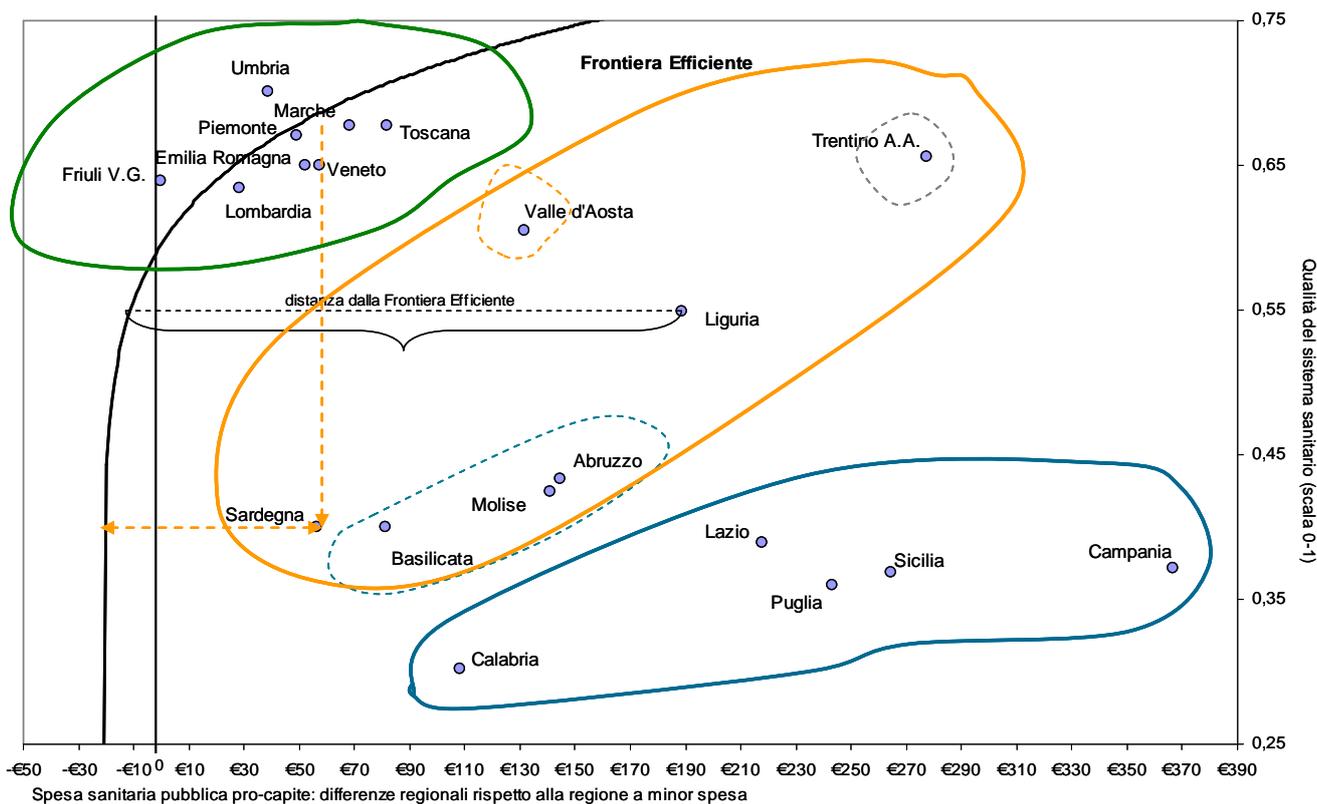
⁵³ Costituito dal gruppo di lavoro “Epidemiologia e Ricerca Applicata”, *working group* a cui partecipano esperti in materia sanitaria con diverse specializzazioni e provenienti da diverse Istituzioni pubbliche e private.

⁵⁴ Gli indicatori non sono 18 (9 x 2), perché un'area diagnostica è specifica delle donne.

- Nel secondo, quello delle Regioni a **sovraspesa minore rispetto alle precedenti ma ugualmente significativa**, rientrano **Sardegna, Basilicata, Molise, Abruzzo, Liguria, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige**. In questo gruppo, è necessario fare due distinguo. Da un lato per Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige che, benché con livelli di sovraspesa superiori ad alcune Regioni del primo gruppo (soprattutto il Trentino Alto Adige), comunque mostrano qualità tra le più elevate. Dall'altro per Basilicata, Molise e Abruzzo, che si collocano *borderline* con il primo gruppo.
- Infine, il terzo gruppo, quello delle **Regioni più efficienti, che definiscono la frontiera**, e che, come si è visto, sono **Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Umbria, Piemonte, Marche e Toscana**, cui si aggiungono **Emilia Romagna e Veneto**. Friuli Venezia Giulia e Umbria sono in posizioni di *outlier* in positivo. Per le Regioni del terzo gruppo, si può sostenere che gli **scostamenti dallo standard**, tra l'altro i più contenuti, trovano **sostanziale giustificazione nella qualità delle prestazioni offerte**. Questo senza negare importanza e utilità di analisi maggiormente microfondate sui singoli sistemi sanitari regionali, per fare emergere possibilità di razionalizzazione e ottimizzazione.

Complessivamente, nel Mezzogiorno sovraspesa e bassa qualità sembrano andare di pari passo. Questo stesso giudizio coinvolge il Lazio. Le Regioni più lontane da condizioni di efficienza sono anche quelle che appaiono meno in grado di fornire prestazioni di qualità ai loro cittadini.

Figura 4 1. La frontiera efficiente della spesa sanitaria pubblica pro-capite



Fonte: elaborazioni CERM

4.3 Quali suggerimenti per una politica federale?

Nella sanità italiana, caratterizzata da un'apprezzabile differenziazione interregionale, sovraspesa e bassa qualità delle prestazioni vanno di pari passo, due facce della stessa medaglia, due espressioni interagenti di governi e di amministrazioni locali che hanno davanti ampi margini di razionalizzazione e ottimizzazione lungo entrambe le dimensioni.

L'entità delle risorse economiche in gioco pone in evidenza due aspetti: da un lato, l'urgenza di avviare il percorso di convergenza e di portarlo a compimento senza interruzioni, guadagnando credibilità alla *governance*; dall'altro, la necessità di affidarsi a regole di perequazione interregionale, delle risorse per i livelli essenziali di assistenza, il più possibile semplici, trasparenti e di facile inserimento nei processi decisionali e nella tempistica dei documenti di finanza pubblica.

La distanza che separa tante Regioni dalla spesa efficiente suggerisce, infatti, che alla ricerca della formula di perequazione teoricamente perfetta, fondata sul calcolo e sull'aggiornamento di costi e quantità *standard* per gruppi di prestazioni, convenga, almeno in una prima fase, sostituire un approccio di natura molto più empirica e induttiva.

Le Regioni inizierebbero subito ad essere responsabilizzate sul fronte della spesa e della qualità degli *output*, a convivere con vincoli di bilancio non negoziati e non rinegoziabili, lungo il percorso di convergenza.

Un sistema di *benchmarking* tra Regioni che, una volta perfezionato e integrato da una batteria di altri pochi indicatori, possa sostenere un sistema di perequazione basato sulla riduzione delle differenze di PIL pro-capite.

Un sistema, quello richiamato, che si riferisce alla spesa di parte corrente e che dovrebbe essere affiancato da programmi di investimento, a carico del bilancio dello Stato e sotto una regia centralizzata e rigorosa, per le infrastrutture e il miglioramento delle dotazioni strumentali, intervenendo su uno dei fronti più rilevanti nella composizione del divario di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate.

Sulle *performance* dei Ssr pesa il divario infrastrutturale, che è frutto anche della diversa capacità di gestione delle Amministrazioni locali e, nel contempo, influenza la capacità odierna di fornire prestazioni adeguate e di qualità.

Per le infrastrutture sanitarie sarebbe opportuno valutare la soluzione di un percorso transitorio di perequazione ad hoc, in aggiunta alla transizione verso l'applicazione delle nuove regole di ripartizione delle risorse correnti. In questo quadro, le risorse anno per anno dedicate alla sanità su scala nazionale (il FSN), e ripartite tra le Regioni, dovrebbero riguardare indistintamente la spesa corrente e quella in conto capitale.

La sperequazione infrastrutturale (sia tipologia di *asset* che loro qualità) incide sui rendimenti delle funzioni di produzione e sulla qualità dell'assistenza sanitaria. E' questo un punto da non sottovalutare nella fissazione di *standard* di costo. Lo snodo delle infrastrutture è stato tra le ragioni dell'inapplicabilità del primo schema di finanziamento federalista, quello del D. Lgs. n. 56/2000, e appare tuttora sottovalutato. Infrastrutture insufficienti e obsolete possono concorrere alla produzione di sovra costi. Se gli *standard* non ne tengono conto e non sono realistici, sono a rischio di credibilità e di *enforcement*. Un argomento simile può esser ripetuto anche per la dimensione della qualità (la qualità delle infrastrutture incide sulla qualità delle prestazioni).

5 Come colmare i divari infrastrutturali?

5.1 Infrastruttura sanitaria, capitale umano e dotazioni tecnologiche

Questa parte dello studio analizza con maggiore dettaglio il “sistema sanità” in termini di struttura di offerta pubblica e privata, e di rispettive risorse.

Si descrive innanzi tutto l'infrastruttura sanitaria presente sul territorio nazionale, diversificata secondo strutture di ricovero, ambulatori e laboratori, strutture residenziali e semiresidenziali. L'analisi è stata condotta nel contesto pubblico, pubblico equiparato e privato; inoltre vista l'eterogeneità dell'offerta, le informazioni, ove possibile, sono state stratificate per Regione.

La ricerca a livello nazionale è stata completata descrivendo le risorse tecnologiche (in particolare apparecchiature biomediche) presenti in varie tipologie di struttura per Regione. Infine, abbiamo provveduto a fornire un indicatore sintetico regionale della dotazione di risorse umane e di apparecchiature biomediche che illustrasse il grado di divario infrastrutturale presente fra le Regioni italiane.

5.1.1 L'infrastruttura sanitaria

Nel 2009 il numero di strutture pubbliche presenti sul territorio italiano era pari a 585, quelle pubbliche equiparate erano 134 e le case di cura accreditate erano 676. La Tabella 5.1 mostra il numero di strutture di ricovero pubblico ed equiparate presenti in ciascuna Regione italiana relativamente all'anno 2009. L'autonomia regionale, realizzata tramite scelte diverse, distinte secondo realtà pubbliche ed equiparate, ha creato una forte differenziazione in termini di numero e di dimensione delle strutture erogatrici.

A livello pubblico erano presenti 585 strutture, l'85,8% costituito da Presidi a gestione diretta delle ASL, il 13,8% da Aziende Ospedaliere e la restante parte da Istituti psichiatrici residuali (non riportati in Tabella)⁵⁵. Scelte peculiari, come il caso della Lombardia, con soli 2 Presidi a gestione diretta della ASL, derivano dalla trasformazione ed aggregazione dei presidi in Azienda Ospedaliera, conseguenti alla riorganizzazione della rete ospedaliera, che ha visto un processo di ristrutturazione a partire dalla Legge Finanziaria del 1991 e dal D. Lgs. 502/1992 ed è stata completata nel 2003 con la realizzazione di modello acquirente-fornitore.⁵⁶

Considerando le strutture equiparate, si rilevavano complessivamente 134 istituti di cui il 50% è rappresentato da Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e il 28,3% da Ospedali classificati, gestiti da organizzazioni religiose.

Nella Tabella 5.2 vengono descritte, in maniera dettagliata, le caratteristiche quantitative delle infrastrutture pubbliche (ASL e AO) stratificate per Regione. Scelte politico-sanitarie e organizzativo-gestionali diverse hanno generato situazioni molto differenziate a livello regionale per quanto riguarda l'offerta pubblica. Un'eterogeneità interregionale è, infatti, evidente con riferimento al numero e alla dimensione media delle ASL e delle AO.

⁵⁵ Nel 2009 si contavano un Istituto Psichiatrico Residuale nel Lazio e uno in Basilicata.

⁵⁶ Le suddette prevedono: 1) trasformazioni di destinazione; 2) accorpamenti; 3) disattivazione delle strutture che non rispettano i seguenti parametri: utilizzazione media annua dei posti letto non inferiore al 75% e dotazione superiore a 120 posti letto.

Il mondo della salute tra *governance* federale e fabbisogni infrastrutturali

Ottobre 2010

Tabella 5.1 - Offerta pubblica ed equiparata - Numero di strutture di ricovero per tipologia, anno 2009

Regioni e Province Autonome	Strutture di ricovero pubbliche					Strutture di ricovero equiparate				Presidi privati qualificati presidi ASL ⁽⁷⁾	Totale ⁽⁸⁾
	Presidi a gestione diretta ASL ⁽¹⁾	Istituti psichiatrici residuali	Aziende Tot. Osped.	Strutture di ricovero pubbliche ⁽³⁾	IRCSS di diritto privato ⁽⁴⁾	IRCSS di diritto pubblico ⁽⁴⁾	Policlinici Univers. ⁽⁵⁾	Ospedali classificati ⁽⁶⁾	Enti di Ricerca		
Piemonte	61	-	8	69	2	-	-	5	-	5	12
Valle d'Aosta	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	0
Lombardia	2	-	29	31	21	6	-	6	-	-	33
P.A. Bolzano	7	-	-	7	-	-	-	-	-	-	0
P.A. Trento	11	-	-	11	-	-	-	2	-	-	2
Veneto	46	-	2	48	3	1	-	6	-	4	14
Friuli V.G.	8	-	3	11	2	2	-	-	-	-	4
Liguria	6	-	1	7	1	2	-	2	-	-	5
Emilia Romagna	21	-	5	26	-	1	-	-	-	-	1
Toscana*	26	-	4	30	2	-	-	-	1	3	6
Umbria	9	-	2	11	-	-	-	-	-	-	0
Marche	29	-	2	31	-	3	-	-	-	-	3
Lazio*	55	1	4	60	8	3	4	8	-	3	26
Abruzzo	21	-	-	21	-	-	-	-	-	-	0
Molise	4	-	-	4	1	-	-	-	-	-	1
Campania	38	-	8	46	1	1	2	4	-	1	9
Puglia	27	-	2	29	1	2	-	3	-	-	6
Basilicata	13	1	1	15	1	-	-	-	1	-	2
Calabria	33	-	4	37	-	1	-	-	-	-	1
Sicilia	55	-	5	60	1	-	3	1	-	-	5
Sardegna*	29	-	1	30	-	1	2	1	-	-	4
Italia	502	2	81	585	44	23	11	38	2	16	134

Note: (1) Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92); (2) Per stabilimenti ospedalieri si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti; (3) Sommaria di presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali e AO; (4) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in Regioni diverse dalla sede centrale; (5) In generale, nel capitolo, con il termine «policlinici ci si riferisce ai «Policlinici a gestione diretta dell'Università» (pubblici e privati) e a quelli eventualmente trasformati in «Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN, secondo quanto stabilito dal D. Lgs. 517/99. Non sono invece incluse in questa categoria le «Aziende Ospedaliere integrate con l'Università», cioè le AO in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia (che sono incluse nella categoria delle Aziende Ospedaliere); (6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78; (7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20.10.88; (8) Sommaria di IRCSS di diritto pubblico e privato, Policlinici universitari a gestione diretta, Ospedali classificati, Presidi qualificati ed Enti di ricerca. * dati 2008. Fonte: elaborazioni CERM su dati OASI

Tabella 5.2 - Offerta pubblica - Numero e dimensione media di ASL e AO per Regione, giugno 2009

Regioni e Province Autonome	ASL				AO			
	Numero	Popolazione Media	Numero medio presidi a gestione diretta *	Numero medio di posti letto utilizzati per presidio ASL*	Numero	Numero Medio Stabilimenti AO**	Numero medio dei posti letto utilizzati per AO**	Numero medio dei posti letto utilizzati per Stabilimento AO**
Piemonte	13	338.559	4,7	142	8	2	611	326
Valle d'Aosta	1	125.979	1	415	0	-	-	-
Lombardia	15	642.827	0,1	225	29	3,3	722	209
P. A. Bolzano	1	493.910	7	239	0	-	-	-
P. A. Trento	1	513.357	11	145	0	-	-	-
Veneto	21	230.111	2,2	182	2	1,5	1,459	973
Friuli V.G.	6	203.677	1,3	109	3	2	767	383
Liguria	5	378.282	1,2	281	1	1	702	702
Emilia Romagna	11	388.709	1,9	232	5	1	986	986
Toscana	12	306.421	2,2	217	4	1	863	863
Umbria	4	221.113	2,3	139	2	1,5	615	410
Marche	1	1.553.063	29	105	2	2	594	297
Lazio***	12	463.418	5	134	4	1,8	584	365
Abruzzo	6	220.665	3,5	180	-	-	-	-
Molise	1	320.838	4	184	-	-	-	-
Campania	7	830.199	5,4	122	8	1,1	517	413
Puglia	6	679.424	4,5	290	2	1	1.051	1.051
Basilicata	2	295.501	6,5	88	1	2	400	400
Calabria	6	334.618	5,05	89	4	2,3	426	189
Sicilia	9	558.854	6,1	81	5	3	351	239
Sardegna***	8	208.202	3,6	128	1	1	497	497
Italia	148	402.833	3,4	156	81	2,3	640	312

Note: * Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92). ** Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti. *** Dati aggiornati al 30.06.2008, dal momento che non è pervenuta la Scheda Regionale. † Il Ssr marchigiano gestisce 31 ospedali in seguito alla costituzione di un'azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e due AO. Fonte: OASI ed elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Il numero complessivo delle ASL in Italia, al 30 giugno 2009, era pari a 148, ciascuna delle quali assisteva mediamente a 402.833 abitanti e gestiva direttamente in media 3,4 presidi aventi una dimensione media di 156 posti letto (PL). Le Aziende Ospedaliere erano 81 con un numero medio di stabilimenti pari a 2,3 e una capacità media di 640 posti letto. Per quanto riguarda le Regioni del Centro, l'Emilia Romagna (986 PL) e la Toscana (863 PL) presentavano un numero di posti letto maggiore rispetto alla media nazionale. Per quanto riguarda il Sud, le AO della Puglia (1.051 PL) avevano dimensioni superiori alla media nazionale. Questo fenomeno è attribuibile alla scelta di costruire in AO solo gli ospedali di maggiori dimensioni, trattandosi il più delle volte di Ospedali Universitari.

Il sistema privato, insieme a quello pubblico, concorre, pur con ruoli diversi, a tutelare la salute dei cittadini. L'offerta privata si distingue in accreditata e non accreditata⁵⁷.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera accreditata a quella parte di strutture pubbliche equiparate – quali gli IRCCS di diritto privato, gli ospedali classificati presidio di ASL e i Policlinici a gestione diretta dell'Università – si affiancano soggetti privati che erogano un'ampia gamma di prestazioni sanitarie, anche in regime di ricovero, come le Case di cura private. Nel 2009 erano presenti sul territorio nazionale 605 Case di Cura private di cui l'89% accreditate (Tabella 5.3). La distribuzione degli istituti privati accreditati e non accreditati è significativamente diversa da Regione a Regione. In particolare, nelle Regioni del Sud e delle Isole, si osserva la presenza quasi esclusiva di Case di cura private accreditate (esclusiva in Abruzzo, Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna). La Liguria era l'unico caso in Italia in cui prevalevano tra le Case di cura quelle non accreditate (6 strutture su 9 totali).

Negli anni 1995-2009, il numero complessivo di strutture private accreditate è rimasto pressoché invariato intorno a 500 Case di cura, mentre si è assistito a una diminuzione del numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, passando dalle oltre 1.000 alle 719 del 2009. Fattore determinante è stato il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che ha identificato tra gli obiettivi prioritari la riqualificazione della rete ospedaliera tramite la chiusura degli ospedali minori, lo sviluppo dell'ospitalità a domicilio e la realizzazione di centri di eccellenza. Tale aspetto è stato ribadito nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Confrontando la dimensione delle differenti tipologie di struttura pubblica, equiparata e privata, si osserva negli anni una diminuzione della dimensione media delle strutture (Figura 5.1), in modo particolare nelle Aziende Ospedaliere (-23% nel 2007 rispetto al 1997) e nei Policlinici (-16% nel 2007 rispetto al 1997). Nel 2007, le Aziende Ospedaliere e i Policlinici Universitari avevano in media rispettivamente 640 e 723 posti letto utilizzati, gli ospedali a gestione diretta ASL non raggiungevano in media i 200 posti letto; gli ICCRS e gli ospedali classificati 234 e 217 posti letto; le Case di cura accreditate 85 posti letto.

L'offerta territoriale – costituita da ambulatori e laboratori, strutture residenziali e semiresidenziali, distinti a loro volta tra pubblici e privati, che erogano prestazioni e servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare – completa lo scenario.

⁵⁷ L'accreditamento nasce in sanità come sistema per garantire la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie. In Italia questo processo si avvia col D. Lgs 502/92. L'accreditamento è uno strumento giuridico con cui la Regione, a conclusione di uno specifico processo valutativo ed in relazione agli indirizzi della programmazione regionale, attribuisce alle strutture sanitarie pubbliche e private, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e che ne facciano richiesta, lo *status* necessario per diventare soggetti erogatori per conto del Servizio Sanitario Regionale (Ssr). Nell'ambito di questo processo rappresentano oggetto di valutazione la rispondenza a specifici requisiti di qualità, riferiti alle caratteristiche di struttura e all'organizzazione (relativi cioè alle potenziali capacità produttive) nonché alla valutazione dell'attività effettivamente svolta. La validità dell'autorizzazione è soggetta a verifiche periodiche.

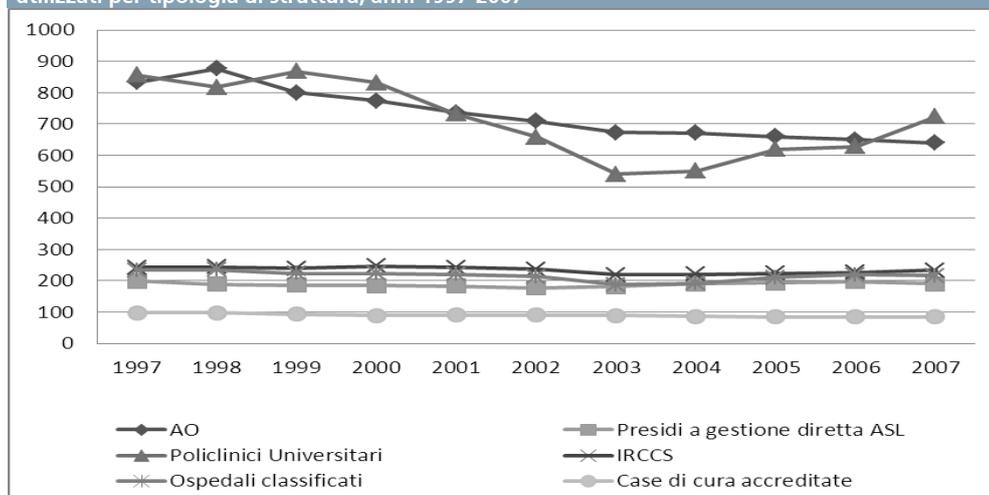
Nel 2007, gli ambulatori e i laboratori privati accreditati (pari, in totale, a 5.904, contro i 3.916 pubblici) erano 10 per 100.000 abitanti contro il 6,6 delle strutture pubbliche; il 93% degli ambulatori e dei laboratori accreditati erano extra ospedalieri (Tabella 5.4). A livello regionale si nota come al Nord vi fosse in generale una presenza di ambulatori e di laboratori in ambito pubblico maggiore rispetto a quella delle strutture accreditate; significativo è il caso del Piemonte caratterizzato da 8,5 strutture pubbliche per 100.000 abitanti contro 1,9 private. Situazione contraria si rilevava nelle Regioni del Sud dove prevaleva la diffusione del privato; nella regione Sicilia, per esempio, nel 2007 erano presenti 27,6 ambulatori privati ogni 100.000 abitanti contro i 5,8 pubblici.

Tabella 5.3 - Offerta privata - Case di cura private accreditate e non accreditate per Regione, anno 2009

Regione	Casi di cura private accreditate	Casi di cura private non accreditate	Totale Case di cura private
Piemonte	39	4	43
Valle d'Aosta	0	0	0
Lombardia	74	11	85
P.A. Bolzano	5	2	7
P.A. Trento	5	0	5
Veneto	16	3	19
Friuli V.G.	5	0	5
Liguria	3	6	9
Emilia Romagna	45	2	47
Toscana*	28	3	31
Umbria	5	0	5
Marche	13	0	13
Lazio*	79	29	108
Abruzzo	13	0	13
Molise	2	0	2
Campania	68	4	72
Puglia	30	0	30
Basilicata	1	0	1
Calabria	35	0	35
Sicilia	62	0	62
Sardegna*	13	0	13
Italia	541	64	605

Nota: * dati 2008. Fonte: aggiornamento OASI sulla base delle schede inviate alle Regioni (2009)

Figura 5.1 - Offerta pubblica, equiparata e privata accreditata - numero medio di posti letto utilizzati per tipologia di struttura, anni 1997-2007



Fonte: elaborazioni CERM su dati OASI, 2009

Tabella 5.4 - Offerta territoriale – Ambulatori pubblici e privati per Regione, anno 2007

Regioni e Province Autonome	Ambulatori e laboratori Strutture pubbliche			Ambulatori e laboratori Strutture private accreditate		
	Totali (N)	Di cui extra Ospedalieri (%)	Per 100,000 abitanti	Totali (N)	Di cui extra Ospedalieri (%)	Per 100,000 abitanti
Piemonte	371	66	8,5	82	78	1,9
Valle d'Aosta	1	0	0,8	2	100	1,6
Lombardia	309	61	3,2	486	82	5,1
P.A. Bolzano	34	74	7	21	90	4,3
P.A. Trento	21	43	4,1	10	50	2,0
Veneto	201	71	4,2	256	93	5,4
Friuli V.G.	94	76	7,8	45	93	3,7
Liguria	250	58	15,5	115	100	7,2
Emilia Romagna	272	75	6,4	186	82	4,4
Toscana	560	70	15,4	365	89	10,0
Umbria	80	71	9,2	24	88	2,7
Marche	100	59	6,5	101	91	6,6
Lazio	287	72	5,2	613	92	11,2
Abruzzo	62	66	4,7	107	92	8,2
Molise	13	77	4,1	38	92	11,9
Campania	287	76	5,0	1.158	96	20,0
Puglia	260	73	6,4	421	97	10,3
Basilicata	68	66	11,5	47	98	7,9
Calabria	191	79	9,6	253	96	12,7
Sicilia	290	74	5,8	1.384	98	27,6
Sardegna	165	81	9,9	190	94	11,4
Italia	3.916	70	6,6	5.904	93	10,0

Fonte: elaborazioni CERM dati Ministero della Salute, 2009

A conclusione della panoramica sul “sistema sanità”, si descrive l’offerta territoriale in termini di strutture residenziali e semi residenziali, cioè quelle strutture che erogano assistenza a pazienti psichiatrici, ad anziani e a disabili psichici e fisici. In Italia nel 2007 la maggior parte delle strutture residenziali erano private accreditate (73% di 5.105), mentre le strutture semi residenziali private accreditate erano poco più della metà (57% di 2.280). Tra le Regioni con un numero maggiore di strutture residenziali spiccavano la Lombardia, l’Emilia Romagna e il Veneto, caratterizzate da percentuali elevate di strutture residenziali private accreditate (85% di 1.198 in Lombardia, 78% di 751 in Emilia Romagna e 78% di 642 in Veneto), mentre tra le Regioni con una quota inferiore di strutture residenziali private accreditate trovavamo al Nord, il Friuli Venezia Giulia (57% di 161), al Centro le Marche (35% di 83), al Sud la Basilicata (44% di 32).

Dall’analisi emerge un’offerta di prestazioni diversificata per tipologia di struttura erogatrice e per Regione. La diversa distribuzione delle strutture pubbliche, equiparate e private nel territorio, conseguenza di dinamiche organizzative, politiche e gestionali, si traduce in un’ampia e non sempre chiara possibilità di accesso ai servizi da parte del cittadino.

Tabella 5.5 - Offerta territoriale - Percentuale di strutture private accreditate rispettivamente sul totale delle strutture semiresidenziali e residenziali per Regione, anno 2007

	Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali	
	Totale (N)	di cui privati accreditati (%)	Totale (N)	di cui privati accreditati (%)
Piemonte	145	57	681	70
Valle d'Aosta	2	100	8	88
Lombardia	618	70	1.198	85
P.A. Bolzano	6	0	50	82
P.A. Trento	7	0	64	86
Veneto	384	59	642	78
Friuli V.G.	45	31	161	57
Liguria	42	40	150	73
Emilia Romagna	456	81	751	78
Toscana	228	32	486	60
Umbria	57	30	82	52
Marche	29	14	83	35
Lazio	53	4	160	57
Abruzzo	10	20	70	79
Molise	6	100	6	100
Campania	84	18	153	47
Puglia	33	61	102	84
Basilicata	4	25	32	44
Calabria	19	42	65	65
Sicilia	35	9	99	58
Sardegna	17	47	62	69
Italia	2.280	57	5.105	73

Fonte: elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute, 2009

5.1.2 Il capitale umano

Nel 2007, il personale del SSN ammontava a 648.906 unità e risultava così ripartito: 69,7% nel ruolo sanitario, 18,3% in quello tecnico, 11,7% in quello amministrativo e 0,25% nel ruolo professionale. Il personale delle Strutture di ricovero e cura pubbliche era costituito da 558.746 unità di cui il 73,8% nel ruolo sanitario, il 18,1% nel ruolo tecnico, l'8% nel ruolo amministrativo e lo 0,18% nel ruolo professionale. Infine, le risorse umane impiegate in strutture di ricovero e cura equiparate a quelle pubbliche erano 78.362, di cui il 68,6% nel ruolo sanitario, il 19,3% in quello tecnico, il 12,4% in quello amministrativo e lo 0,19% in quello professionale (Tabella 5.6).

Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico delle strutture pubbliche era costituito da 105.283 unità (il 25,5% del totale dei dipendenti sanitari) e quello infermieristico da 247.123 unità (il 60% del totale del ruolo sanitario); il rapporto fra infermieri e medici a livello nazionale si attestava sul valore di 2,3 infermieri per ogni medico. Nel contesto pubblico equiparato, i medici dipendenti erano 16.283 (il 22,7% del ruolo sanitario) e gli infermieri 43.314 (il 60,4% del totale dei dipendenti sanitari); il rapporto tra infermieri e medici era superiore rispetto a quello del SSN e si aggirava attorno a 2,7 infermieri per ogni medico (Tabella 5.7).

Tabella 5.6 - Numero del personale dipendente per ruolo e struttura, anno 2007

Ruoli del personale dipendente ⁵⁸	Tipologie di struttura pubbliche ed equiparate		
	SSN*	Strutture di ricovero e cura pubbliche**	Strutture di ricovero e cura equiparate pubbliche***
Sanitario	452.285	412.086	53.763
Professionale	1.594	991	151
Tecnico	119.031	101.156	14.753
Amministrativo	75.996	44.513	9.695
Totale†	648.906	558.746	78.362

Note: * Le strutture del SSN sono le Aziende Sanitarie Locali, compresi gli Istituti di cura a gestione diretta, le Aziende Ospedaliere le Aziende Ospedaliere integrate con l'Università; ** Le strutture di ricovero e cura pubbliche comprendono gli Ospedali Pubblici, sia quelli gestiti dalle ASL che dalle Aziende Ospedaliere; *** Le strutture di ricovero equiparate pubbliche includono le Aziende Ospedaliere integrate con il servizio sanitario nazionale, i Policlinici universitari privati, gli IRCCS, gli Ospedali classificati, gli Istituti di Ricovero e Cura Privati qualificati presidi ASL e gli altri enti di ricerca; † Il totale è dato dalla somma dei quattro ruoli; è quindi escluso il personale atipico.

Fonte: elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute, 2009

Tabella 5.7 - Il personale dipendente medico ed infermieristico nelle strutture pubbliche ed equiparate. Anno 2007

Tipologia azienda	Ruoli del personale dipendente				
	Medici	Infermieri	Totale Personale sanitario*	Totale Personale dipendente**	
SSN	Aziende Sanitarie Locali	70.511	167.883	297.843	430.208
	Aziende Ospedaliere	29.758	77.148	124.762	176.628
Strutture di ricovero e cura pubbliche	105.283	247.123	412.086	558.746	
	Aziende Ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale	6.384	19.146	29.680	42.070
Strutture di ricovero e cura equiparate pubbliche	Policlinici universitari privati	764	2.055	3251	4.928
	IRCCS	5.683	13.629	24.577	35.977
	Ospedali classificati	2.799	6.475	10.855	15.589
	Istituti di Ricovero e Cura Privati qualificati presidi ASL	601	1.824	3.055	4.907
	Enti di ricerca	52	185	280	372

Note: * Le figure del ruolo sanitario sono quelle riportate in nota 56; ** Il totale personale dipendente comprende il ruolo sanitario (riportato in tabella), professionale, tecnico e amministrativo (non mostrati). E' escluso il personale con Qualifiche atipiche.

Fonte: elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute, 2009

Nel privato accreditato il personale sanitario costituiva, nel 2006 il 53,2% di tutto il personale. Il personale medico rappresentava circa il 23%, quello infermieristico il 30% e la restante parte era costituita da personale di ruolo sanitario laureato non medico, assistenti sanitari, personale di ruolo professionale e personale di ruolo tecnico e amministrativo.

L'offerta territoriale delle prestazioni sanitarie si realizza anche attraverso i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) (Tabella 5.8). Su scala nazionale, nel 2007, il numero dei MMG era rimasto pressoché invariato rispetto al 1997, mentre a livello regionale si osservava un andamento più variabile, con incrementi e riduzioni in determinate Regioni: gli incrementi più significativi si sono registrati nella Provincia Autonoma di Bolzano (+21%), in

⁵⁸ (a) Il personale sanitario include: Medici e Odontoiatri, Altro Personale Laureato (Farmacisti, Biologi, Chimici, Fisici, Psicologi, Veterinari), Dirigente delle Professioni Sanitarie, Tecnico-Sanitario, Riabilitazione, Vigilanza e Ispezione e Personale Infermieristico; (b) Il ruolo professionale include: Avvocati, Ingegneri, Architetti, Geologi e Assistenti Religiosi; (c) Il ruolo tecnico include: Analisti, Statistici, Sociologi, Assistenti sociali, Collaboratori tecnico-professionali, Assistenti tecnici, Programmatori, Operatori tecnici, Operatori Tecnici di Assistenza e Ausiliari Specializzati; Il ruolo amministrativo include: Direttori Amministrativi, Collaboratori Amministrativi, Assistenti Amministrativi, Coadiutori Amministrativi e Commessi.

Sicilia (+9,4%), in Umbria (+7,3%) e in Abruzzo (+6,3%), mentre le riduzioni più significative in Calabria (-12,2%), in Lombardia (-10,9%) e nella Provincia Autonoma di Trento (-7,5%). Si presenta differente la situazione dei Pediatri di libera scelta che registrano invece un incremento generalizzato tra il 1997 e il 2007: soltanto in Liguria (-2,8%) e Basilicata (-1,4%) questo dato si è ridotto, mentre notevole è stato l'incremento nella Provincia Autonoma di Bolzano (54,5%).

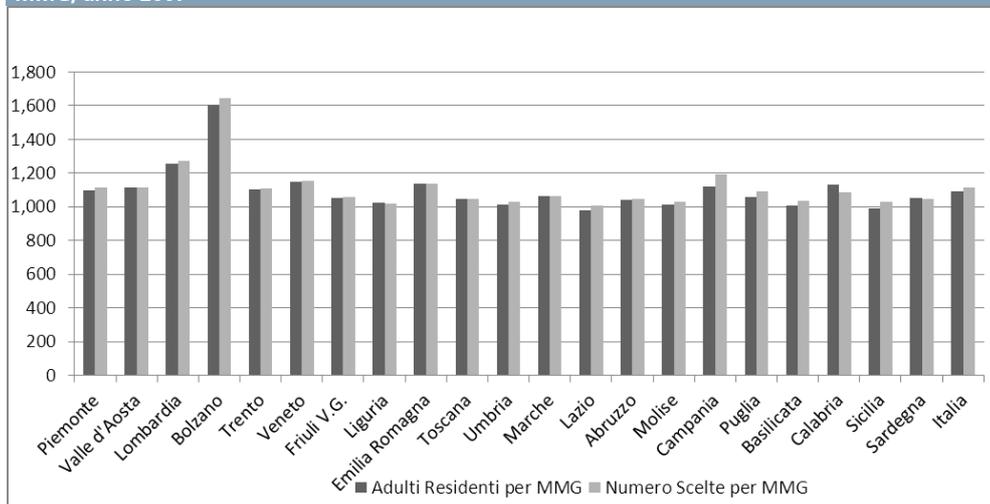
Dalle Figure 5.3 e 5.4, che rappresentano la popolazione assistibile e il numero medio di scelte per medico e per Regione, si evince che il rapporto tra la popolazione assistibile e il numero dei MMG era abbastanza omogeneo ad eccezione di Bolzano che era caratterizzata da un numero di residenti per medico pari a 1.605, molto superiore rispetto alla media nazionale di 1.094.⁵⁹ La situazione dei PLS era molto più differenziata a livello regionale, dove nuovamente si evidenzia uno scostamento rispetto al valore medio nazionale particolarmente elevato per la Provincia Autonoma di Bolzano (+49%).

Tabella 5.8 - Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, anno 2007				
Regioni e Province Autonome	Numero Medici Medicina Generale	Variazione % 1997-2007	Numero Pediatri di Libera Scelta	Variazione % 1997-2007
Piemonte	3.506	-3,10	435	5,30
Valle d'Aosta	98	-1,00	17	30,80
Lombardia	6.638	-10,90	1.122	31,20
P.A. Bolzano	256	21,30	51	54,50
P.A. Trento	394	-7,50	81	12,50
Veneto	3.609	1,70	559	13,40
Friuli V.G.	1.024	-1,60	124	33,30
Liguria	1.404	-4,00	176	-2,80
Emilia Romagna	3.270	-0,50	576	26,90
Toscana	3.081	-0,90	435	13,00
Umbria	761	7,30	112	15,50
Marche	1.271	5,40	178	7,20
Lazio	4.897	0,80	769	7,90
Abruzzo	1.104	6,30	184	21,90
Molise	278	0,70	36	2,90
Campania	4.334	-2,90	791	35,00
Puglia	3.298	4,60	588	5,80
Basilicata	510	-2,70	68	-1,40
Calabria	1.523	-12,20	280	1,10
Sicilia	4.311	9,40	848	4,60
Sardegna	1.394	4,30	227	7,60
Italia	46.961	-1,10	7.657	14,90

Fonte: elaborazioni ISTAT su dati Ministero della Salute, 2009

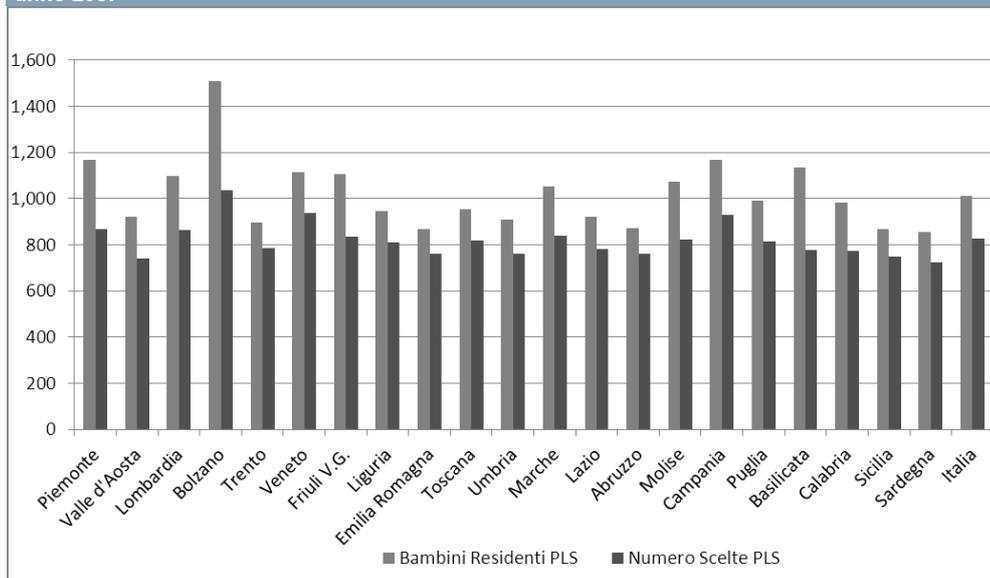
⁵⁹ Si deve considerare che solo recentemente è stato ridotto il massimale a 2.000 scelte per MMG (precedentemente era fissato a 2.500 scelte) e che nelle altre Regioni è fissato a 1.500 pazienti.

Figura 5.2 - Popolazione assistibile per i Medici di Medicina Generale (MMG) e numero scelte per MMG, anno 2007



Fonte: elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute

Figura 5.3 - Popolazione assistibile per i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e numero scelte per PLS, anno 2007



Fonte: elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute

5.1.3 La dotazione tecnologica

Con riferimento al numero di apparecchiature in dotazione per erogatore di servizi, dalla Tabella 5.9 emerge che nel 2007 soltanto il contaglobuli automatico differenziale (GCD) e l'analizzatore multiparametrico selettivo (AME) erano presenti in percentuali maggiori nelle strutture private (il 53% e il 48% rispettivamente). Ben 8 fra le apparecchiature considerate presentano invece un dato di appartenenza alle strutture pubbliche (sia ospedaliere che extraospedaliere) superiore all'80% (ALI, ANS, EMD, LSC, MON, PRD, TOP, VPO). Nelle case di cura accreditate sono presenti in genere fra il 6% e il 19% delle varie apparecchiature.

Il mondo della salute tra *governance* federale e fabbisogni infrastrutturali

Ottobre 2010

Tipo di apparecchiatura	Strutture di ricovero pubbliche		Strutture sanitarie pubbliche extraospedaliere		Case di cura accreditate		Strutture sanitarie private accreditate extraospedaliere		Totale
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N
AIC	4.238	48	208	2	493	6	3.875	44	8.814
ALI	262	84		0	25	8	26	8	313
AME	2.934	42	178	3	580	8	3.346	48	7.038
ANS	7.393	83	37	0	1.398	16	129	1	8.957
CIP	40	47	1	1	13	15	31	36	85
ECT	10.534	72	809	5	1.514	10	1.864	13	14.721
EMD	11.977	76	819	5	1.165	7	1.821	12	15.782
GCC	420	59	3	0	58	8	235	33	716
GCD	1.594	33	130	3	536	11	2.566	53	4.826
GRD	4.180	58	536	7	931	13	1.590	22	7.237
LSC	15.942	84	886	5	1.803	10	303	2	18.934
MON	33.904	84	430	1	4.109	10	2.115	5	40.558
PRD	2.528	81	12	0	540	17	58	2	3.138
TAC	1.036	60	23	1	302	17	378	22	1.739
TOP	7.213	83	75	1	1.261	14	179	2	8.728
TRM	503	47	7	1	203	19	360	34	1.073
TTE	1.739	55	192	6	514	16	703	22	3.148
VPO	13.844	85	723	4	1.451	9	176	1	16.194

Note: AIC: Analizzatore automatico per immunochimica; ALI: Acceleratore lineare; AME: Analizzatore multiparametrico selettivo; ANS: Apparecchio per anestesia; CIP: Camera iperbarica; ECT: Ecotomografo; EMD: Apparecchio per Emodialisi; GCC: Gamma camera computerizzata; GCD: Contaglobuli automatico differenziale; GRD: Gruppo radiologico; LSC: Lampada scialitica; MON: Monitor; PRD: Apparecchio portatile per radioscopia; TAC: Tomografo assiale computerizzato; TOP: Tavolo operatorio; TRM: Tomografo a risonanza magnetica; TE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico; VPO: Ventilatore polmonare. Fonte:Elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute

Tabella 5.10 -La dotazione regionale di apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura (apparecchiature per milione di abitanti)

	TRM extraospedaliere	In strutture pubbliche e private accreditate												
		ECT	TAC	ANS	AIC	AME	TRM	TOP	VPO	ALI	TE	GCC	LCS	GCD
Piemonte	5,8	184,7	21,6	147,9	81,0	64,4	12,7	137,6	208,9	5,3	40,9	6,9	237,8	35,9
Valle d'Aosta	8,0	241,2	24,1	136,7	152,7	48,2	16,1	160,8	201,0	0,0	16,1	16,1	401,9	48,2
Lombardia	4,5	212,8	22,1	151,0	83,5	57,4	11,1	138,2	231,0	6,0	35,0	7,8	330,6	31,5
Trentino A.A.	2,0	229,3	18,2	184,9	61,6	44,4	11,1	155,6	492,0	6,1	32,3	5,1	759,7	27,3
Veneto	5,9	192,8	19,6	144,9	78,8	61,8	13,7	184,8	366,3	7,1	27,3	10,7	412,7	28,8
Friuli V.G.	3,3	166,9	19,8	128,1	97,5	39,7	11,6	157,8	294,1	9,9	32,2	7,4	347,8	33,9
Liguria	3,7	234,3	19,3	145,4	79,6	34,8	14,3	149,2	371,7	5,6	26,7	6,2	298,9	25,5
Emilia Romagna	0,5	261,8	22,4	194,0	98,2	54,9	12,1	208,5	395,9	4,3	39,2	6,7	443,0	26,2
Toscana	6,6	208,6	16,0	138,6	99,8	41,6	10,5	160,9	313,0	5,0	30,6	16,3	329,3	22,9
Umbria	2,3	306,7	25,3	197,6	122,9	62,0	9,2	172,3	305,6	8,0	58,6	6,9	423,9	43,7
Marche	2,0	218,6	24,1	151,4	112,9	55,5	16,3	131,2	227,7	5,2	50,2	11,7	321,7	33,3
Lazio	5,2	196,7	26,9	168,7	87,6	55,6	16,3	137,2	257,8	5,2	48,5	10,2	295,1	49,1
Abruzzo	3,1	170,5	24,5	111,7	93,3	88,0	13,8	136,9	221,8	2,3	49,7	9,9	192,0	44,4
Molise	12,5	252,7	43,7	171,6	121,7	184,1	21,8	181,0	255,9	6,2	103,0	25,0	436,8	68,6
Campania	7,4	117,4	21,9	122,3	50,9	53,5	7,1	105,2	155,1	1,6	43,3	7,8	153,2	38,3
Puglia	2,0	154,0	19,7	116,2	81,3	84,5	10,1	108,1	202,4	3,4	37,6	7,1	196,3	50,9
Basilicata	1,7	172,1	18,6	145,1	62,4	65,8	8,4	189,0	259,8	5,1	42,2	3,4	329,0	37,1
Calabria	6,0	161,9	30,0	113,9	76,5	76,5	10,0	111,4	142,9	3,0	57,5	5,5	173,9	57,0
Sicilia	7,2	153,9	24,7	165,8	57,8	52,0	9,0	147,7	219,5	4,0	42,5	7,0	233,6	44,6
Sardegna	1,2	176,2	19,9	112,8	59,7	72,4	11,5	117,6	175,0	1,2	48,9	10,9	189,4	36,2
Nord	4,1	212,4	21,2	156,0	84,5	56,3	12,2	159,7	298,2	5,9	34,5	7,8	362,9	30,6
Centro	5,0	211,8	22,9	159,0	97,5	51,6	13,9	146,6	275,0	5,3	43,8	12,1	319,3	38,2
Mezzogiorno	5,3	149,4	23,2	130,8	65,8	67,5	9,4	123,2	189,1	2,8	45,1	7,8	197,8	44,8
Italia	4,7	190,1	22,2	147,7	80,4	59,3	11,6	144,3	255,3	4,7	40,0	8,6	296,3	37,1

Note: AIC: Analizzatore automatico per immunochimica; ALI: Acceleratore lineare; AME: Analizzatore multiparametrico selettivo; ANS: Apparecchio per anestesia; ECT: Ecotomografo; GCC: Gamma camera computerizzata; GCD: Contaglobuli automatico differenziale; LSC: Lampada scialitica; TAC: Tomografo assiale computerizzato; TOP: Tavolo operatorio; TRM: Tomografo a risonanza magnetica; TE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico; VPO: Ventilatore polmonare.

Fonte: elaborazioni CERM su dati Ministero della Salute

5.1.4 L'indicatore sintetico di divario

Per avere un quadro di sintesi della distribuzione delle risorse umane e strumentali fra le diverse Regioni, si riportano, in Tabella 5.11, i valori di un indicatore sintetico calcolato secondo una metodologia proposta da ricercatori dell'ISTAT⁶⁰.

Questo indice sintetizza le informazioni sulla dotazione pro-capite dei diversi indicatori elementari⁶¹ in un'unica misura che consente di stilare un ordinamento regionale. L'obiettivo è di fornire una misura sintetica per Regione che catturi aspetti della distribuzione degli indicatori elementari più ricchi rispetto ad una semplice media e che in particolare tengano conto di informazioni relative alla variabilità. In tal senso, il metodo di calcolo opera una correzione della media in modo da penalizzare le Regioni che presentano una elevata variabilità delle osservazioni (variabilità "orizzontale") - indice di disequilibrio nella disponibilità delle risorse - laddove il peso della correzione è tanto maggiore quanto minore è la variabilità territoriale media (variabilità "verticale").

L'ordinamento che ne deriva offre spunti di riflessione sul divario infrastrutturale interno al Paese. Fatto 100 il dato relativo al Molise, la Regione più dotata in termini pro-capite, le altre Regioni sono elencate in relazione a questo *benchmark*⁶². **Negli ultimi sette posti della graduatoria troviamo altrettante Regioni del Mezzogiorno, mentre fra quelle maggiormente dotate si collocano Umbria (77,9), Valle d'Aosta (71,7) ed Emilia Romagna (71,7).**

La panoramica presentata mette in luce una forte differenziazione interna al sistema sanitario italiano, sia in termini di distribuzione delle strutture di cura che di risorse umane e tecnologiche impiegate.

Le evidenze prodotte nel capitolo precedente sembrano segnalare che a questa differenziazione corrisponde, secondo una relazione complessa e solo in parte nota, un'ampia differenziazione delle *performance* delle Regioni in termini di efficienza e di qualità.

⁶⁰ Si veda Paradisi-Brunini (2006).

⁶¹ Sono state selezionate 19 variabili: medici ed odontoiatri dipendenti del SSN; medici ed odontoiatri degli istituti di cura pubblici e privati accreditati; tomografi a risonanza magnetica extraospedalieri; ecotomografi pubblici e privati accreditati; T.A.C. pubblici e privati accreditati, apparecchi per anestesia pubblici e privati accreditati; analizzatori automatici per immunochimica pubblici e privati accreditati; analizzatori multiparametrici selettivi pubblici e privati accreditati; tomografi a risonanza magnetica pubblici e privati accreditati; tavoli operatori pubblici e privati accreditati; gruppi radiologici pubblici e privati accreditati; ventilatori polmonari pubblici e privati accreditati; acceleratori lineari pubblici e privati accreditati; tavoli radiocomandati per apparecchi radiologici pubblici e privati accreditati; analizzatori automatici per immunochimica pubblici e privati accreditati; gamma camere computerizzate pubblici e privati accreditati; apparecchi per anestesia pubblici e privati accreditati; lampade scialitiche pubblici e privati accreditati; contaglobuli automatici differenziali pubblici e privati accreditati.

⁶² Il risultato sul Molise è legato al concorso di due effetti: 1) Il Molise ha effettivamente una dotazione particolarmente elevata in termini assoluti e pro-capite; 2) Il meccanismo di ponderazione dell'indice "premia" ulteriormente il Molise in quanto possiede una scarsa variabilità nei valori delle variabili utilizzate.

Tabella 5.11 - Indicatore sintetico di divario infrastrutturale (anno 2006)

Regione	Indicatore sintetico	Posizione
Molise	100,0	1
Umbria	77,9	2
Valle d'Aosta	71,7	3
Emilia Romagna	71,7	4
Lazio	70,9	5
Trentino A.A.	69,2	6
Veneto	67,5	7
Marche	67,2	8
Toscana	66,8	9
Friuli V.G.	65,2	10
Liguria	65,2	11
Piemonte	62,8	12
Lombardia	62,3	13
Abruzzo	62,0	14
Sicilia	61,6	15
Calabria	59,1	16
Basilicata	58,4	17
Puglia	54,7	18
Sardegna	53,6	19
Campania	51,0	20

Fonte: elaborazioni CERM su dati Health for All

5.2 Gli investimenti in Sanità: confronto internazionale e dinamica

Un approfondimento sull'entità assoluta e relativa degli investimenti in sanità può prendere utilmente le mosse da una breve analisi comparata su scala internazionale.

Una prima evidenza riguarda l'ammontare complessivo della spesa: gli ultimi dati disponibili si riferiscono al 2008, in quell'anno la spesa sanitaria pubblica e privata per investimenti in Italia si attesta allo 0,4% del PIL, in linea con quanto speso in altri Paesi europei (Tabella 5.12). Germania, Irlanda e Grecia investono la stessa quota di PIL, il Regno Unito spende un decimo di punto di PIL in più, Francia e Spagna un decimo in meno (0,3%). Diverso il caso degli Stati Uniti, dove la spesa per investimenti è strutturalmente superiore.

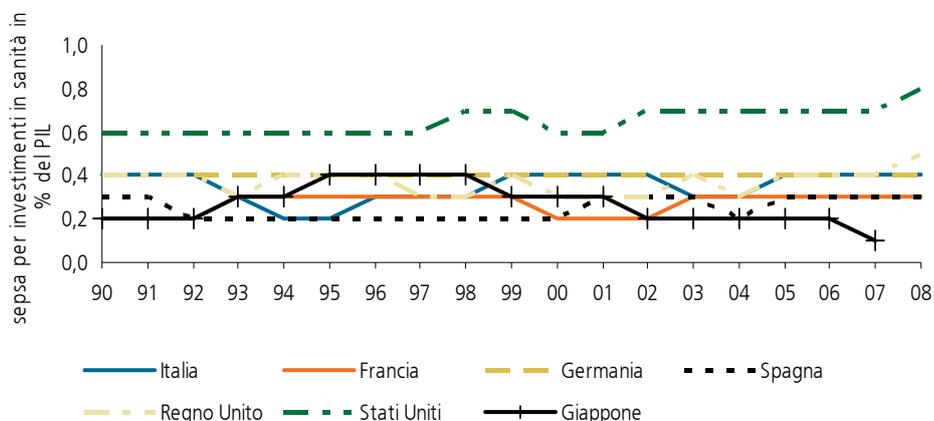
La spesa per investimenti pubblica e privata risulta relativamente stabile nel tempo. Nei paesi europei esaminati oscilla tra lo 0,2 % e lo 0,4% del PIL tra il 1990 e il 2008 (Figura 5.11).

Tabella 5.12 - Gli investimenti nel settore sanitario (dati in % - 2008)

	Investimenti/PIL	Investimenti/spesa sanitaria	% investimento pubblica
Italia	0,40	4,20	44,20
Francia	0,30	2,70	69,50
Germania	0,40	3,40	62,60
Spagna	0,30	3,40	84,30
Regno Unito	0,50	5,20	nd
Stati Uniti	0,80	5,00	16,00
Giappone*	0,10	1,60	100,00

Note: *2007; Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati OCSE

Figura 5.4 - Dinamica degli investimenti in sanità



Fonte: Elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati OCSE

In termini di incidenza della spesa per investimenti sul totale della spesa sanitaria, l'Italia mostra un valore superiore rispetto ad altri paesi. Tale elemento è attribuibile alla minor spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) (cfr. cap. 1) che fa lievitare il rapporto fra spesa per investimenti e spesa complessiva.

Dal confronto internazionale emerge come la peculiarità del nostro Paese stia nella diversa composizione degli investimenti in spesa pubblica e privata: in Italia nel 2008 l'incidenza della spesa pubblica è pari al 44,2%, valore estremamente basso rispetto alla Spagna (84,3%) e alla Francia (69,5%). L'elemento distintivo del nostro Paese riguarda, quindi, la prevalenza degli investimenti privati rispetto agli investimenti pubblici.

Gli investimenti privati includono la spesa per la realizzazione di ospedali pubblici in *project finance* (PF) e, infatti, l'Italia risulta essere il secondo paese al mondo per operazioni in PF nel comparto sanitario (Tabella 5.13).

Tabella 5.13 - Le *Public Private Partnership* in sanità (valori cumulati a maggio 2010)

	Tot. progetti		Di cui aggiudicati		Tot. progetti		Di cui aggiudicati	
	(N°)	%	(N°)	%	(milioni di €)	%	(milioni di €)	%
Regno Unito	163	36,90	102	46,40	20.560	41,90	14.781	53
Italia	73	16,50	48	21,80	4.529	9,20	3.337	12,20
Canada	9	13,30	29	13,20	6.516	13,30	3.234	11,80
Australia	27	61	9	4,10	5.460	11,10	2.203	8,00
Spagna	24	5,40	8	3,60	2.055	5,10	1.162	4,20
Francia	19	4,30	8	3,60	1.233	2,50	1.091	4,00
Portogallo	16	3,60	5	2,30	1.392	2,80	516	1,90
Germania	8	1,80	3	1,40	1.242	2,50	471	1,70
Altri Paesi	53	12,00	8	3,80	5.670	11,50	629	2,40
Totale	442	100,00	220	100,00	49.106	100,00	27.424	100,00

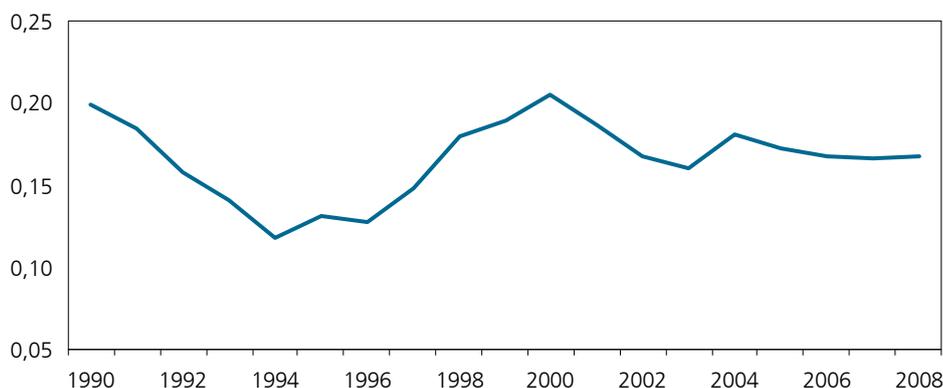
Fonte: Finlombarda, 2010

5.2.1 La spesa pubblica per investimenti nel settore sanitario

L'analisi della spesa pubblica per investimenti nel settore sanitario nell'ultimo ventennio evidenzia come questa componente a livello nazionale non abbia mai superato livelli intorno allo 0,2% del PIL. Secondo i dati sulla spesa delle Amministrazioni pubbliche per funzioni forniti dall'ISTAT, dall'inizio degli anni Novanta fino alla prima metà della decade gli investimenti fissi lordi in sanità si sono ridotti in percentuale sul PIL fino a quasi dimezzarsi, per poi recuperare, fino ad arrivare agli ultimi anni (dal 2005 al 2008), in cui la spesa per investimenti in sanità si è relativamente stabilizzata, su livelli prossimi allo 0,17% del PIL (Figura 5.5). Tale andamento è in

linea con quello più generale degli investimenti pubblici nel complesso, che nei primi anni Novanta risentirono delle politiche di risanamento della finanza pubblica, oltre che dell'abbassamento dei prezzi per gli appalti pubblici che seguì le vicende di Tangentopoli.

Figura 5.5 - Evoluzione degli investimenti fissi lordi in Sanità (valori in % del PIL)



Fonte: Intesa Sanpaolo, Finanza Locale Monitor, marzo 2010

La spesa per beni immobili e mobili della Pubblica amministrazione mostra significative differenze a livello geografico. Tali differenze non si riducono tra il 1996 e il 2008, al contrario si ampliano. La spesa in termini pro-capite risulta strutturalmente più elevata nelle Regioni del Nord che spendono complessivamente 571 euro pro-capite tra il 1996 e il 2008 (a prezzi costanti 2000), le Regioni del Centro investono 404 euro per abitante, le Regioni del Mezzogiorno 323 euro pro-capite.

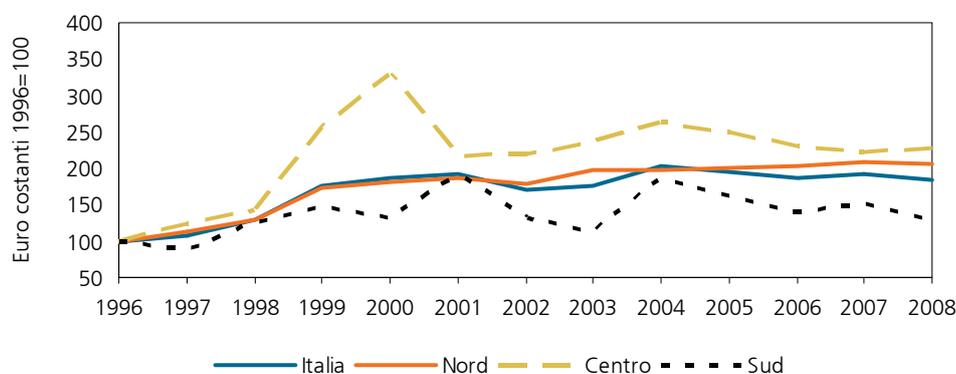
Nel 1996, posto pari a 100 l'investimento medio nazionale procapite, il Sud si posiziona all'87,7%; nel 2008 la spesa in beni mobili e immobili al Sud è pari al 61,8% del valore medio nazionale. Le Regioni del Centro Italia sono quelle che mostrano il maggiore dinamismo, anche se altalenante, nel periodo esaminato (Figura 5.6).

A livello regionale, tutte le Regioni del Sud si posizionano sotto la media nazionale in termini di investimenti pro-capite cumulati nel periodo 1996-2008 (Figura 5.8).

Gli investimenti includono sia le spese per beni immobili che per macchinari e attrezzature. Nel complesso la principale voce di spesa è rappresentata dai beni immobili ma, negli anni, gli investimenti in attrezzature incidono sempre di più. A livello nazionale la spesa per attrezzature ha rappresentato il 4% del totale degli investimenti, l'incidenza è molto elevata al Sud (8,5%). In dinamica sono proprio le Regioni del Sud a mostrare l'accelerazione più sensibile (Figura 5.9).

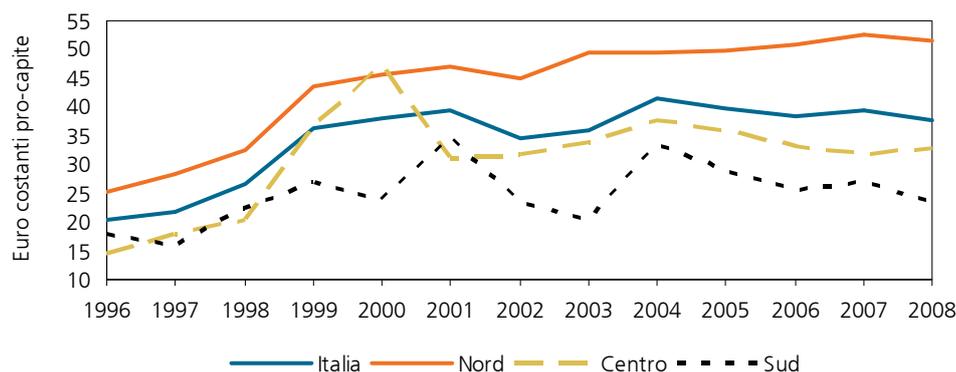
I differenziali territoriali pertanto si invertono scomponendo la spesa per investimenti: le Regioni del Sud hanno speso decisamente meno delle altre in immobili, ma la spesa in macchinari e attrezzature è risultata decisamente più consistente dal 2002 in avanti: in termini pro-capite la spesa cumulata 1996-2008 è pari a 18 euro a livello nazionale e sale a 27 nelle Regioni del Sud (20 al Centro e 10 al Nord).

Figura 5.6 - La spesa per investimenti in sanità per ripartizione geografica (1996=100) euro costanti



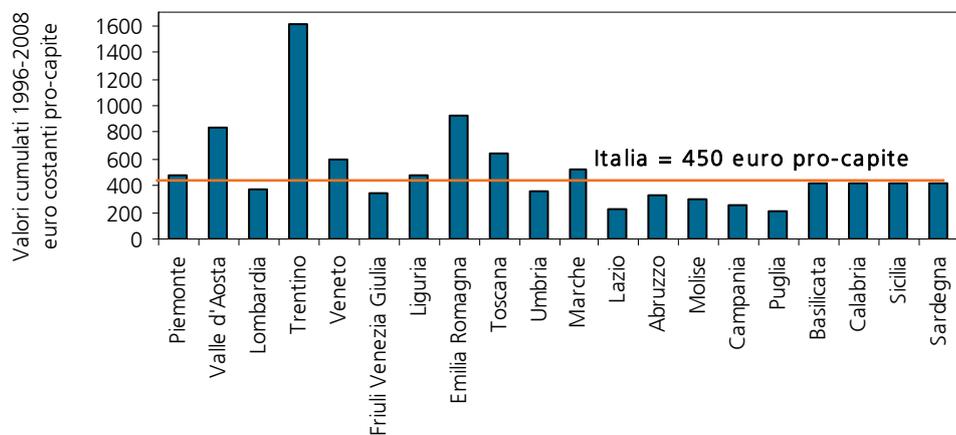
Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati CPT

Figura 5.7 - La spesa pro-capite per ripartizione geografica (euro costanti)



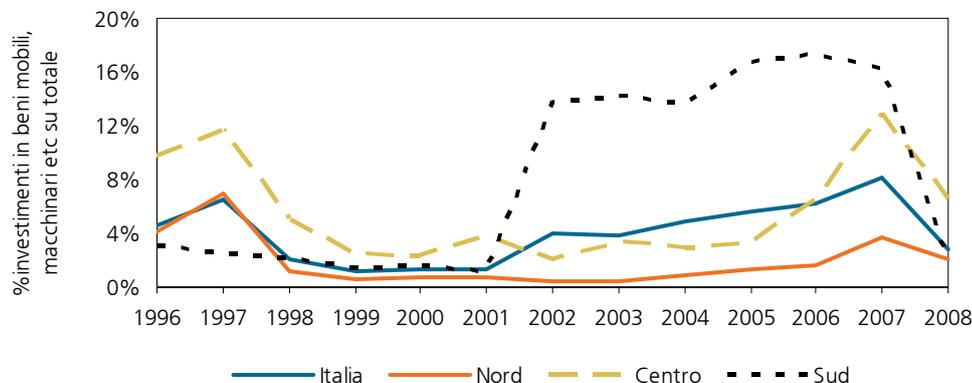
Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati CPT

Figura 5.8 - Gli investimenti cumulati per Regione (euro costanti)



Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati CPT

Figura 5.9 - Incidenza della spesa per macchinari e attrezzature sul totale degli investimenti



Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati CPT

5.2.2 I principali programmi per gli investimenti in sanità

La programmazione degli investimenti nel settore sanitario è disciplinata per la parte preponderante dall'articolo 20 della Finanziaria per il 1988, che aveva introdotto il "Programma generale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie". A integrazione di questo programma generale, sono stati avviati nel tempo altri programmi minori, con un indirizzo maggiormente mirato e più specifico delle risorse, ma la gran parte dei finanziamenti si concentra comunque nell'ambito delle risorse destinate all'articolo 20.

Con l'introduzione del Programma generale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie il legislatore ha cercato di indirizzare la spesa verso il **principale obiettivo del riequilibrio delle strutture sanitarie nel tentativo di colmare il gap che separa Nord e Sud del Paese**. Infatti, i numeri sul riparto dei finanziamenti evidenziano una tendenza consolidatasi negli anni a destinare la quota maggiore di tali risorse verso il Mezzogiorno. Di fatto però le informazioni a disposizione sullo stato di attuazione dei programmi di investimento delle Regioni, oltre che dai dati sulle strutture e le tecnologie sanitarie, **mostrano come ancora il gap non sia stato colmato**, segnalando la necessità di una riconsiderazione dell'efficienza ed efficacia con cui le risorse messe a disposizione delle Regioni meridionali vengono utilizzate.

Il finanziamento del Programma generale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie si è articolato in due fasi: la prima fase, conclusasi nel 1996, ha comportato un impegno di spesa di quasi 5 miliardi di euro, finanziato con mutui a carico dello Stato; la seconda fase ha apportato rispetto alla prima una serie di novità, soprattutto sul piano normativo e della programmazione. In particolare con la **seconda fase sono state applicate le regole della programmazione negoziata, attraverso lo strumento degli accordi di programma, per cui le linee di investimento non vengono decise dal solo legislatore nazionale**. Attraverso gli accordi di programma, infatti, il Ministero della Salute e le Regioni approfondiscono e condividono i traguardi da raggiungere e definiscono le priorità, rispetto agli obiettivi generali posti dal legislatore con l'avvio del Programma, in coerenza con i mutamenti normativi intervenuti nel corso degli anni e in relazione a specifici tavoli di concertazione dei parametri fondamentali che caratterizzano l'offerta sanitaria e che si riflettono, in particolare, su sicurezza, qualità e spesa.

Inoltre, con la seconda fase è stato abolito il meccanismo di finanziamento mediante mutui a carico dello Stato, mettendo a disposizione dei programmi delle Regioni denaro contante, ed è stato introdotto il Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici⁶³, nel contesto più ampio di

⁶³ Articolo 1 Legge 144/1999

rilancio delle politiche di investimento del Paese, in coerenza con i processi avviati a Lisbona con il Consiglio sulla competitività. Il Nucleo di valutazione ha il compito di collaborare con le Regioni nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica di piani e programmi di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, e deve soprattutto supportare le Regioni in difficoltà e in ritardo rispetto all'attuazione dei programmi di investimento, sempre nell'ottica di superamento dei gap esistenti nel Paese.

La disponibilità finanziaria con cui si è aperta la seconda fase del Programma ammontava a circa 10,6 miliardi di euro, a cui negli anni immediatamente successivi sono stati aggiunti finanziamenti per programmi specifici ⁶⁴, portando così le risorse disponibili a 12,7 miliardi di euro, che sommati al finanziamento della prima fase costituiscono quindi una dote di circa 17,5 miliardi destinati agli investimenti in sanità.

A oggi la dotazione complessiva del Programma pluriennale di investimenti risulta pari a 24 miliardi di euro, con un incremento quindi di 6,5 miliardi rispetto alla dotazione iniziale. Le leggi finanziarie per gli anni 2007, 2008 e 2010 hanno, infatti, gradualmente integrato le risorse a disposizione del Programma, anche per interventi specifici nel settore.

Box 5.1 - Gli obiettivi del Programma generale degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Il Programma pluriennale di investimenti avviato nell'88 mirava ad attuare una serie di interventi che incidendo sulle strutture sanitarie (in particolare sull'edilizia e sulle tecnologie disponibili) avessero come comune denominatore l'obiettivo del riequilibrio a livello territoriale delle strutture dell'offerta sanitaria, al fine di raggiungere livelli di efficienza e di sicurezza adeguati, oltre che omogenei lungo il territorio.

In sintesi, l'articolo 20 al comma 2 si poneva i seguenti obiettivi:

- Il riequilibrio territoriale delle strutture ospedaliere, al fine di garantire sul territorio una capacità di soddisfare le domande di ricovero omogenea e sufficiente;
- La sostituzione dei posti letto più degradati, la ristrutturazione di quelli recuperabili e la conservazione di quelli efficienti;
- Il completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri e ospedali diurni;
- La realizzazione di 140 mila posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio o presso le strutture territoriali ambulatoriali e che richiedono assistenza continua;
- Il potenziamento delle strutture di prevenzione;
- L'adeguamento delle misure di sicurezza degli impianti.

⁶⁴ Interventi volti al potenziamento della radioterapia (Articolo 28 Legge 488/1999); realizzazione di strutture per la libera professione intramuraria (Articolo 83 Legge 288/2000).

Box 5.2 - Finanziamento del Programma

La **Finanziaria per il 2007** ha previsto risorse aggiuntive per 2,4 miliardi, portando la dotazione complessiva a 20 miliardi di euro, individuando una serie di obiettivi prioritari: la riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico, con prioritario riferimento alle Regioni meridionali e insulari, la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative e l'attuazione di interventi relativi alla realizzazione di strutture sanitarie territoriali, residenziali e semiresidenziali. In realtà la priorità degli obiettivi era stata inizialmente definita dalla Legge come un vero proprio vincolo di destinazione delle risorse. Il ricorso della regione Veneto alla Corte Costituzionale ha portato alla dichiarazione di illegittimità dei vincoli imposti al riparto delle risorse e di conseguenza all'autonomia delle Regioni. Le tematiche toccate dalla Finanziaria rimangono comunque a delimitare le priorità lungo le quali le Regioni devono muoversi nel definire gli interventi previsti dagli accordi di programma.

Nella **Finanziaria per il 2008** la dotazione del Programma è stata incrementata di 3 miliardi di euro, di cui 2.950 milioni destinati alle Regioni e Province Autonome, mentre gli altri 50 milioni sono destinati a interventi urgenti individuati dal Ministero della Salute (patologie neonatali, sanità penitenziaria, prevenzione ecc.). Per quanto riguarda le risorse destinate alle Amministrazioni regionali, salvo alcune specificità, il focus delle priorità riguarda sempre lo sviluppo della sanità residenziale e territoriale, direzione in cui si cerca di concentrare gli sforzi non solo in tema di investimenti, ma anche di spesa corrente.

Infine, la **Finanziaria per il 2010** ha elevato di un ulteriore miliardo di euro la dotazione del Programma, destinando le risorse prioritariamente a quelle Regioni che abbiano esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sulla dotazione precedente di 23 miliardi.

Il Programma generale di investimenti è stato in più occasioni integrato con altri programmi specifici ritenuti di particolare importanza per il raggiungimento degli stessi obiettivi previsti dal legislatore nella stesura originaria del Programma.

La Finanziaria per il 2001 ha destinato una quota di risorse (pari, all'epoca, a 1.600 miliardi di vecchie lire) alla realizzazione di un **programma finalizzato a consentire la libera professione intramuraria**, con l'obiettivo di fornire una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie con la riduzione dei tempi di attesa e l'accelerazione del processo di deospedalizzazione.

Di particolare rilievo, soprattutto in termini di integrazione della funzione sociale e di quella sanitaria, è il **programma per la realizzazione di strutture residenziali per cure palliative, cosiddette "hospice"**, per la cura e il supporto alle famiglie dei pazienti affetti da neoplasie in fase terminale e che necessitano di cure continuative finalizzate ad assicurare una migliore qualità del fine vita. Al Programma sono stati assegnati finanziamenti complessivi per gli anni dal **1998 al 2002 per 206,6 milioni di euro, a cui sono stati aggiunti 150 milioni di euro con la Finanziaria per il 2008** da destinare non solo alla realizzazione delle strutture, ma anche all'acquisto di attrezzature e tecnologie finalizzate all'erogazione dell'assistenza domiciliare.

Un altro filone di finanziamento rilevante per la sua particolare importanza strategica nel raggiungimento degli obiettivi generali posti dal legislatore è il **programma straordinario per le grandi città**. Questo Programma è finalizzato alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani, caratterizzati da elementi di maggiore criticità rispetto a realtà di minori dimensioni, e dedica particolare attenzione ai centri urbani del Mezzogiorno. Il finanziamento iniziale del Programma ammontava a 775 milioni di euro, e con l'integrazione prevista dalla Finanziaria per il 2000 ha raggiunto la cifra complessiva di **1,2 miliardi di euro**.

5.2.3 Finanziamenti e capacità di spesa

La tabella seguente illustra lo stato dei finanziamenti alle Regioni per il Programma generale di investimenti in sanità, aggiornato al 31 dicembre 2009.

Del totale delle risorse assegnate, pari a più di 15 miliardi di euro, sono stati sottoscritti da parte delle Regioni accordi per 9,1 miliardi di euro, pari a poco meno del 60% del totale. Di queste risorse autorizzate, una parte risulta revocata (1.160 miliardi), pari al 13% del totale degli accordi sottoscritti, ai sensi dell'articolo 1 della Finanziaria per il 2007, che ha introdotto nei confronti delle Regioni in ritardo nell'attuazione degli interventi una disciplina procedimentale per la risoluzione degli accordi di programma⁶⁵.

Solo sette Regioni non hanno visto ridurre gli stanziamenti autorizzati con il processo di revoca. La maggior parte delle risorse revocate si concentra nelle Regioni del Mezzogiorno, dove più del 23% degli impegni di spesa è stato revocato (Tabella 5.14).

Tabella 5.14 - Programma generale di investimenti in sanità (Articolo 20 Legge 67/88) Finanziamenti e accordi sottoscritti al 31.12.2009						
	Risorse assegnate	Accordi sottoscritti	Risorse revocate	Accordi da sottoscrivere	Finanziamenti autorizzati	Numero interventi
	milioni di euro				valore %	
Piemonte	1.049	679	106	476	85,2	121
Valle d'Aosta	44	31	6	19	80,5	6
Lombardia	2.073	1.581	0	492	83,2	172
P. A. Bolzano	115	68	0	47	100	7
P. A. Trento	121	93	0	28	75,9	6
Veneto	1.036	796	82	322	85,9	203
Friuli V. G.	291	151	31	171	100	5
Liguria	494	305	37	226	82	200
Emilia R.	947	740	0	207	82,3	152
Toscana	878	674	2	206	79,2	73
Umbria	138	54	0	84	100	8
Marche	326	217	56	165	63,8	70
Lazio	1.227	630	125	722	100	181
Abruzzo	360	120	2	242	42,1	41
Molise	128	23	0	105	100	10
Campania	1.722	643	467	1.546	77,7	44
Puglia	1.204	640	15	579	100	126
Basilicata	204	117	7	94	100	48
Calabria	609	240	0	369	100	12
Sicilia	1.774	974	183	983	96,8	213
Sardegna	548	347	42	243	84,5	193
Nord	6.170	4.444	262	1.988	86,1	872
Centro	2.568	1.575	183	1.176	85,7	332
Sud	6.548	3.104	716	4.160	87,6	687
Italia	15.286	9.125	1.160	7.321	86,7	1.891

Fonte: Intesa Sanpaolo, Finanza Locale Monitor, marzo 2010

Come si evince dal grafico che mostra il finanziamento pro-capite aggiornato al dicembre 2009 (Figura 5.10), un maggiore impegno è destinato alle Regioni del Sud, mentre il finanziamento pro-capite destinato al Centro e al Nord risulta sostanzialmente allineato. Una maggiore affluenza di finanziamenti nelle Regioni meridionali appare coerente con l'obiettivo primario di

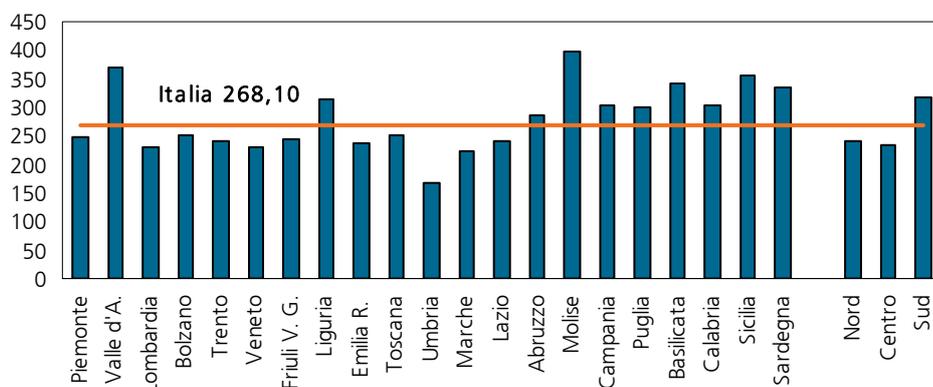
⁶⁵ Gli articoli 310-312 della Legge 266/2005 prevedono la revoca degli impegni di spesa per quegli interventi la cui richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della Salute entro 18 mesi dalla sottoscrizione degli accordi, o sia stata presentata e non ritenuta ammissibile, o infine nel caso in cui pur essendo stata ammessa la domanda, non siano stati aggiudicati i lavori entro 9 mesi, salvo proroghe autorizzate dal Ministero.

riequilibrio dei *gap* di struttura che esistono tra Nord e Sud del Paese. Tuttavia, gli investimenti nelle Regioni del Sud sono risultati *ex post* inferiori.

È possibile fornire un'indicazione riguardo l'utilizzo dei finanziamenti nel tempo, sia in termini di effettiva attivazione delle risorse, sia in termini di effetti sulla struttura del sistema sanitario delle Regioni.

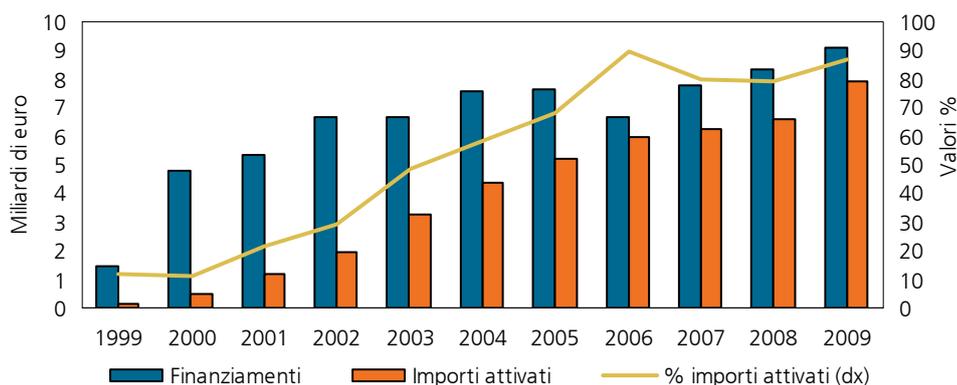
A livello nazionale si osserva un andamento crescente sia del valore degli accordi sottoscritti, che delle spese effettivamente autorizzate a valere su detti accordi (Figura 5.11). Soprattutto, la percentuale di spese autorizzate e attivate rispetto al valore totale degli accordi sottoscritti è cresciuta nel 2009 rispetto ai due anni precedenti, denotando una maggiore tempestività e/o efficienza delle Regioni nella predisposizione dei progetti di investimento necessari per richiedere l'autorizzazione di spesa per le somme a esse assegnate dal Programma.

Figura 5.10 - Risorse assegnate per il finanziamento del Programma di edilizia sanitaria al 31.12.2009 (euro pro-capite)



Fonte: Intesa Sanpaolo, Finanza Locale Monitor, marzo 2010

Figura 5.11 - Programma di investimenti in sanità



Fonte: Intesa Sanpaolo, Finanza Locale Monitor, marzo 2010

Il dettaglio regionale dell'evoluzione dal 2005 al 2008 dello stato di attuazione delle risorse, in termini di finanziamenti autorizzati in percentuale sul totale degli importi messi a disposizione delle Regioni con la sottoscrizione degli accordi, **mostra un maggiore tempismo delle Regioni del Centro-Nord nella richiesta di autorizzazione per la spesa delle somme a esse destinate** (Tabella 5.15). Nel 2009 le Regioni del Sud rivelano una sensibile accelerazione nell'attuazione dei

programmi, e a fine 2009 il 90% del valore degli accordi sottoscritti risultava autorizzato. Molise, Puglia, Basilicata e Calabria avevano autorizzato il 100% degli accordi.

Tabella 5.15 - Evoluzione dello stato di attuazione degli accordi di programma: dettaglio regionale

	Valore degli accordi sottoscritti (migliaia di euro)					Importi autorizzati (migliaia di euro)					% Importi autorizzati (valori %)				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	598.556	510.508	510.508	680.993	679.275	399.372	462.995	509.090	525.940	578.904	66,72	90,69	99,72	77,23	85,22
Valle D'Aosta	31.460	29.441	29.441	31.460	31.460	27.329	29.441	29.441	25.309	25.309	86,87	100	100	80,45	80,45
Lombardia	864.276	864.276	1.038.212	1.341.224	1.581.119	852.921	864.275	922.729	1.041.507	1.315.307	98,69	100	88,88	77,65	83,19
Bolzano	67.689	67.689	67.689	67.689	67.689	67.689	67.689	67.689	67.689	67.689	100	100	100	100	100
Trento	70.937	70.937	70.937	70.937	93.494	50.821	70.937	70.937	70.937	70.937	71,64	100	100	100	75,87
Veneto	512.472	430.267	675.558	675.558	796.085	403.842	401.968	430.267	501.618	675.557	78,8	93,42	63,69	74,25	84,86
Friuli	181.550	150.956	150.956	150.956	150.956	91.846	134.482	134.482	150.956	150.956	50,59	89,09	89,09	100	100
Liguria	286.244	285.192	284.438	248.695	304.558	275.077	284.266	284.266	248.695	249.620	96,1	99,68	99,94	100	81,96
Romagna	530.886	530.886	576.319	576.319	739.896	516.611	530.886	530.886	558.472	608.697	97,31	100	92,12	96,9	82,27
Toscana	504.384	504.384	504.384	502.819	673.954	348.352	504.384	504.384	502.819	533.641	69,06	100	100	100	79,18
Umbria	54.495	54.495	54.495	54.495	54.495	38.485	54.495	54.495	54.495	54.495	70,62	100	100	100	100
Marche	181.980	125.470	125.470	125.470	217.378	97.026	95.743	125.470	125.470	138.590	53,32	76,31	100	100	63,76
Lazio	755.755	630.414	630.414	630.414	630.414	540.910	564.410	601.582	630.413	630.413	71,57	89,53	95,43	100	100
Abruzzo	30.281	28.735	52.197	119.700	119.700	3.129	26.746	28.735	46.081	50.397	10,33	93,08	55,05	38,5	42,1
Molise	11.773	11.773	11.773	22.888	22.888	6.250	11.773	11.773	11.773	22.888	53,09	100	100	51,44	100
Campania	1.110.259	649.604	649.227	647.264	643.241	346.649	402.562	402.562	402.562	499.817	31,22	61,97	62,01	62,19	77,7
Puglia	238.919	224.006	640.229	640.229	640.229	99.390	215.976	221.631	256.091	640.229	41,6	96,42	34,62	40	100
Basilicata	124.772	117.340	117.340	117.340	117.340	57.508	113.339	116.312	117.340	117.340	46,09	96,59	99,12	100	100
Calabria	61.087	61.087	239.702	239.702	239.702	41.254	61.087	61.087	61.087	239.702	67,53	100	25,48	25,48	100
Sicilia	1.104.677	1.026.736	1.026.736	1.047.118	974.384	685.271	805.818	818.628	931.911	943.162	62,03	78,48	79,73	89	96,8
Sardegna	334.944	300.705	300.705	346.695	346.695	279.685	294.050	294.050	294.808	292.824	83,5	97,79	97,79	85,03	84,46
Nord	3.144.070	2.940.152	3.404.058	3.843.831	4.444.532	2.685.508	2.846.939	2.979.787	3.191.123	3.742.976	85,42	96,83	87,54	83,02	84,22
Centro	1.496.614	1.314.763	1.314.763	1.313.198	1.576.241	1.024.773	1.219.032	1.285.931	1.313.197	1.357.139	68,47	92,72	97,81	100	86,1
Sud	3.016.712	2.419.986	3.037.909	3.180.936	3.104.179	1.519.136	1.931.351	1.954.778	2.121.653	2.806.359	50,36	79,81	64,35	66,7	90,41
Italia	7.657.396	6.674.901	7.756.730	8.337.965	9.124.954	5.229.417	5.997.322	6.220.496	6.625.973	7.906.474	68,29	89,85	80,19	79,47	86,65

Fonte: Intesa Sanpaolo, Finanza Locale Monitor, marzo 2010

Gli indicatori di struttura relativi alle tematiche considerate prioritarie dal Programma di investimenti mostrano come i *gap* infrastrutturali e tecnologici siano ancora presenti nel Paese; anche l'indicatore sintetico di divario infrastrutturale (cfr. paragrafo precedente) indica una persistente sottodotazione delle Regioni del Mezzogiorno.

Anche nell'ambito dei programmi specifici d'investimento sembra che le Regioni del Nord siano più attive rispetto al Mezzogiorno. La Tabella 5.16 mostra il numero di strutture pubbliche residenziali per cure palliative che dovranno essere completate e attive a conclusione del programma di investimento, le strutture effettivamente attive a gennaio 2010, e il numero di strutture pubbliche mancanti. Rispetto a quanto previsto, le Regioni del Centro-Nord devono ancora completare e attivare meno del 30% delle strutture, rispetto a quanto richiesto dal Programma, mentre al Sud più del 60% degli hospice non sono ancora attivi. Inoltre al Sud manca la spinta del settore privato, che invece ha un peso notevole al Centro-Nord, dove più di un terzo delle strutture complessivamente attivate è stato realizzato con finanziamenti privati.

Le percentuali di realizzazione dei finanziamenti relativi al programma per i grandi centri urbani (Tabella 5.17) mostrano in generale a livello nazionale una performance diffusamente scarsa, ma in modo particolare nelle città del Sud (a eccezione di Campobasso e Catanzaro dove sono state erogate risorse in eccedenza rispetto al finanziamento inizialmente previsto) i finanziamenti non sono stati ancora sfruttati, soprattutto a Bari e Reggio Calabria. Si tratta di una situazione paradossale, in cui le zone che presentano le maggiori criticità e per questo destinatarie dei maggiori finanziamenti, sono anche le più lente ad attivarsi.

Tabella 5.16 - Stato di attuazione del programma di investimenti in strutture per cure palliative

	Hospice attivi a conclusione del programma a finanziamento pubblico			Strutture attive al 31.01.2010			Hospice pubblici mancanti al completamento del programma	
	Numero hospice	Posti letto	Posti letto per 10.000 abitanti	Finanziamento pubblico	Finanziamento privato	Totale	Numero	% sul totale
Piemonte	18	191	0,44	11	-	11	7	38,9
Valle d'Aosta	1	7	0,56	1	-	1	0	0,0
Lombardia	30	332	0,35	23	22	45	7	23,3
PA Bolzano	1	10	0,21	1	-	1	0	0,0
PA Trento	2	20	0,40	1	-	1	1	50,0
Veneto	14	126	0,27	12	2	14	2	14,3
Friuli V. G.	4	45	0,37	2	1	3	2	50,0
Liguria	7	76	0,47	4	2	6	3	42,9
Emilia R.	20	220	0,53	16	4	20	4	20,0
Toscana	16	166	0,46	13	4	17	3	18,8
Umbria	4	52	0,60	3	-	3	1	25,0
Marche	9	87	0,57	7	-	7	2	22,2
Lazio	6	103	0,19	2	8	10	4	66,7
Abruzzo	7	78	0,60	-	-	0	7	100
Molise	1	11	0,34	1	1	2	0	0,0
Campania	9	90	0,16	1	1	2	8	88,9
Puglia	8	112	0,28	5	1	6	3	37,5
Basilicata	5	48	0,81	2	-	2	3	60,0
Calabria	7	80	0,40	2	-	2	5	71,4
Sicilia	16	177	0,35	8	-	8	8	50,0
Sardegna	3	38	0,23	2	-	2	1	33,3
Nord	97	1.027	0,40	71	31	102	26	26,8
Centro	35	408	0,37	25	12	37	10	28,6
Sud	56	634	0,31	21	3	24	35	62,5
Italia	188	2.069	0,36	117	46	163	71	37,8

Fonte: Intesa Sanpaolo, Finanza Locale Monitor, marzo 2010

Tabella 5.17 - Programma straordinario per le grandi città

	Finanziamenti (milioni di euro)	Importo erogato a dicembre 2009 (milioni di euro)	realizzazione %
Torino	90,5	29,1	32,1
Milano	100,5	57,9	57,5
Venezia	27,1	16,6	61,1
Genova	86,2	43,7	50,7
Bologna	98,6	77,5	78,6
Firenze	83,5	43,1	51,6
Ancona	39,3	23,4	59,6
Perugia	31,1	31,1	100,0
L'Aquila	15,2	11,7	76,9
Roma	208,5	104,7	50,2
Napoli	59,0	38,0	64,4
Campobasso	22,5	22,5	100,0
Potenza	24,6	17,0	69,3
Taranto	14,8	2,8	18,6
Bari	30,1	3,5	11,6
R. Calabria	17,6	0,6	3,4
Catanzaro	17,6	17,6	100,0
Palermo	96,2	29,1	30,3
Catania	89,7	58,7	65,4
Cagliari	23,8	3,2	13,4
Nord	402,9	224,7	55,8
Centro	362,4	202,4	55,8
Sud	411,1	204,8	49,8
Italia	1.176	632,0	53,7

Fonte: Intesa Sanpaolo, Finanza Locale Monitor, marzo 2010

L'analisi dei dati a disposizione porta quindi a concludere che, se è vero che il Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ha portato a un progresso a livello nazionale in alcuni settori dove il Paese risultava carente, ancora non è stato raggiunto l'obiettivo prioritario del riequilibrio delle strutture e delle tecnologie disponibili tra Nord e Sud del Paese, almeno in termini quantitativi.

La scarsità delle informazioni a disposizione sullo stato di attuazione dei Programmi di investimento, che comprendono anche e soprattutto la manutenzione e il miglioramento delle strutture esistenti, non permette di esprimere giudizi sulla qualità della spesa effettuata. È comunque possibile affermare che nelle Regioni settentrionali coesistono una dotazione strutturale e tecnologica superiore e un maggiore tempismo nella mobilitazione delle risorse assegnate.

5.3 Il *Project financing*

Le iniziative italiane di *project financing* nel settore dell'edilizia sanitaria per la realizzazione o ammodernamento di strutture ospedaliere, censite da Finlombarda fino a maggio 2010, sono complessivamente 73 per un valore pari a 4,5 miliardi di euro (Tabella 5.18). Delle 73 iniziative, i progetti aggiudicati sono 48 per un valore di 3,3 miliardi di euro. **Le strutture già realizzate in Public Private Partnership (PPP) e che hanno avviato la gestione sono 16. 13 ospedali sono invece in fase di costruzione.**

L'analisi del trend dei progetti evidenzia una elevata vivacità fino al 2006, una successiva flessione e poi una ripresa sia nel valore dei progetti che nelle aggiudicazioni. **Tra maggio 2009 e maggio 2010 si osserva una ripresa degli investimenti con 5 nuovi progetti presentati e 2 progetti aggiudicati pari a 195 milioni di euro di investimenti (+6,4% rispetto all'anno precedente al netto dei progetti abbandonati nel periodo).**

Le Regioni maggiormente rappresentate e che coprono circa il 60% degli investimenti in PPP con 30 dei 73 progetti sono: Lombardia (17 progetti pari a 1.296 milioni di euro), Veneto (8 progetti, 959 milioni), Toscana (6 progetti, 546 milioni).

Il 90% (in termini di valore) delle iniziative riguarda la realizzazione o la riqualificazione di strutture sanitarie, con la previsione di affidamento al privato dei servizi non sanitari (manutenzione impianti, fabbricati, lavanderia, mensa e ristorazione, pulizie, smaltimento rifiuti, servizi informatici, gestione del calore, ecc.) e dei servizi commerciali (gestione bar, strutture ricettive per i familiari dei pazienti, aree commerciali, ecc.).

Gli ospedali sono opere "fredde": i ricavi per i servizi commerciali e non clinici gestiti da privati sono, infatti, insufficienti a generare ritorni economici idonei a ripagare interamente le risorse impiegate per la realizzazione delle strutture ed è quindi indispensabile la contribuzione pubblica. Il contributo pubblico nei progetti del settore sanitario è pertanto elevato e rappresenta in media più del 50% del valore dell'investimento dei progetti.

Rilevante risulta essere il numero di progetti abbandonati nel corso del tempo⁶⁶. Nell'ultimo anno sono stati accantonati 3 progetti per un valore complessivo di investimenti pari a 90 milioni di euro, di cui due in fase di aggiudicazione e 1 in fase di gara. **A fronte delle 73 iniziative attualmente in essere, ben altri 50 progetti sono stati abbandonati nelle diverse fasi procedurali.** Nella maggior parte dei casi l'abbandono avviene in fase di progettazione, prima della pubblicazione del bando di gara. Ciò indica la debolezza della fase progettuale e

⁶⁶ I dati sono di fonte Finlombarda

programmatoria. In quasi la metà dei casi sono valutazioni interne all'azienda, la modifica dei vertici aziendali o l'assenza della valutazione di pubblico interesse a determinare la rinuncia al progetto. **L'incertezza normativa e l'incompletezza degli strumenti a supporto degli operatori** (standardizzazione dei contratti, convenzione tipo, linee guida sulle PPP, modelli di valutazione degli investimenti) **hanno reso più difficile, per Regioni, banche e intermediari finanziari, convergere su progetti concreti e definire impieghi di risorse e tempi di realizzazione delle opere e di raccolta dei ritorni sul capitale.**

L'elevata mortalità pone con urgenza la necessità di una riflessione sulle patologie che ancora limitano lo sviluppo della finanza di progetto e sugli interventi da compiere per dare nuovo impulso al mercato sia nel comparto sanitario che in altri comparti. Nei prossimi anni, con il debito pubblico al di sopra del 115% del PIL e mercati finanziari ancora in via di normalizzazione, lo strumento del *project financing* e le *partnership* pubblico-privato appaiono riferimenti essenziali per il reperimento di risorse per gli investimenti in sanità, con possibili risvolti positivi anche in termini di trasparenza e di fissazione di requisiti congrui di sostenibilità.

Tabella 5.18 - Le PPP in sanità (dati cumulati al maggio 2010)

	In programmazione e in gara				Aggiudicati				Totale			
	Mln euro	%	Num.	%	Mln euro	%	Num.	%	Mln euro	%	Num.	%
Lombardia	164	14	2	8	1.131	34	15	31	1.296	29	17	23
Veneto	279	23	2	8	681	20	6	13	959	21	8	11
Toscana	76	6	3	12	470	14	3	6	546	12	6	8
Campania	50	4	1	4	218	7	2	4	267	6	3	4
Friuli V.G.	134	11	1	4	115	3	2	4	249	5	3	4
Altre Regioni	489	41	16	64	722	22	20	42	1.211	27	36	49
Totale	1.192	100	25	100	3.337	100	48	100	4.529	100	73	100

Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Finlombarda, 2010

5.4 Investire in infrastrutture digitali in sanità: un'analisi d'impatto

L'analisi delle interdipendenze settoriali e la stima dei moltiplicatori di settore applicata alla sanità svolta nel capitolo 1 consente di misurare gli effetti della spesa sanitaria, ad esempio in termini occupazionali valutando la creazione di posti di lavoro in sanità (effetto diretto), nei settori che forniscono beni al comparto sanitario (effetto indiretto) e nel resto dell'economia nazionale a seguito di un aumento dei consumi interni (effetto indotto). L'occupazione diretta è il risultato immediato di un incremento della domanda di servizi sanitari valutata a parità di funzione di produzione. Gli occupati indiretti sono indotti dalle imprese attive nei settori a monte che forniscono beni e servizi al comparto sanitario e beneficiano di maggiori ordinativi. Infine, l'effetto indotto è generato dai maggiori consumi resi possibili dall'aumento dei redditi disponibili per gli occupati nel comparto sanitario e nelle imprese fornitrici. I moltiplicatori economici misurano l'effetto di trasmissione e amplificazione dello stimolo nell'economia. Spesso, in letteratura si considera un ulteriore effetto, detto "di rete", associato alle nuove opportunità imprenditoriali derivanti dallo sviluppo di piattaforme tecnologiche innovative.

Per cogliere la rilevanza degli effetti indiretti e "di rete", si consideri, ad esempio, il caso di un investimento per la realizzazione di un nuovo ospedale. **La Pubblica amministrazione potrebbe commissionare il lavoro sulla base delle pratiche edilizie correnti oppure decidere di imporre requisiti energetici e tecnologici più restrittivi. Nel secondo caso, le imprese appaltatrici dovrebbero garantire *standard* più avanzati apprendendo nuove metodologie di costruzione ed utilizzando nuovi materiali e tecnologie innovative. Nella seconda ipotesi, pertanto, è più probabile che tali imprese decidano di assumere personale qualificato** (o di avvalersi del servizio di società specializzate come ad esempio le *energy service company*). Una volta che le nuove metodiche saranno state introdotte e apprese, esse potranno essere applicate in altri contesti contribuendo a ridurre i costi energetici di imprese e famiglie. Infine, la riduzione della bolletta

energetica dell'ospedale garantirebbe un risparmio per la Pubblica amministrazione che in parte compenserebbe il maggior costo dell'opera.

Considerazioni analoghe si applicano nel caso della digitalizzazione dei servizi sanitari. Il miglioramento della qualità dei servizi pubblici e dell'efficienza della Pubblica amministrazione sono obiettivi rilevanti per l'innalzamento della qualità della vita dei cittadini e della competitività. Se da tempo è noto che la digitalizzazione della Pubblica amministrazione, e della sanità in particolare, rappresentano opportunità cruciali di innovazione, solo di recente si è iniziato a valutare le ricadute che investimenti mirati in questo ambito possono generare in termini di nuova imprenditoria, occupazione e crescita, in particolare nel settore dei servizi avanzati.

Il piano di stimolo dell'amministrazione Obama approvato a febbraio di quest'anno destina una parte sostanziale del *budget* complessivo di 800 miliardi di dollari alla digitalizzazione dei servizi sanitari⁶⁷. Stime indipendenti di alcuni autorevoli istituti di ricerca statunitensi (*RAND Institute, Harvard e Commonwealth Fund*) valutano nell'ordine di **75-100 miliardi il costo complessivo in dieci anni del progetto di informatizzazione della sanità americana**. Questo investimento, seppur marginale rispetto alla spesa sanitaria complessiva di 2.000 miliardi di dollari, darebbe una **spinta decisiva per la crescita del settore dei prodotti e servizi sanitari**. Il Governo statunitense prevede che la digitalizzazione dei servizi sanitari possa generare 244.000 nuovi posti di lavoro e consenta di risparmiare a regime 200-300 miliardi di dollari all'anno (Romer e Bernstein, 2009).

In linea con queste stime, Atkinson et al. (2009) valutano che un investimento di 10 miliardi di dollari per un anno nel settore dell'*e-health* possa generare nel complesso 212.000 nuovi posti di lavoro.

In Italia, il **Piano e-Government 2012** varato dal Ministro per la Pubblica amministrazione e l'Innovazione definisce un insieme di progetti di innovazione digitale che, nel loro complesso, si propongono di modernizzare, rendere più efficiente e trasparente la Pubblica amministrazione, migliorare la qualità dei servizi erogati a cittadini e imprese e diminuirne i costi per la collettività.

In ambito sanitario, entro il 2012 si prevede che saranno semplificati e digitalizzati i servizi elementari (prescrizioni e certificati di malattia digitali, sistemi di prenotazione online) e create le infrastrutture per un'erogazione di servizi sanitari sempre più vicini alle esigenze dei cittadini attraverso l'introduzione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e l'innovazione delle Aziende Sanitarie, migliorando il rapporto costo-qualità dei servizi e limitando sprechi e inefficienze.

Il progetto fa seguito alla delibera della Commissione Europea del 12 febbraio 2007 (2007/102/CE)⁶⁸ e si articola su cinque linee di intervento⁶⁹:

- Accesso integrato alle informazioni relative ai servizi sanitari;
- Digitalizzazione del ciclo prescrittivo;
- Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino;
- Costituzione di centri unici di prenotazione sovra territoriali;

⁶⁷ Iniziative analoghe sono state adottate da altri paesi. Si consideri, ad esempio, il progetto *Connecting to Health* del Governo inglese del valore di 12,4 miliardi di sterline.

⁶⁸ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32007D0102:IT:NOT>

⁶⁹ <http://www.e2012.gov.it/>

- Innovazione delle Aziende Sanitarie e in particolare adozione di strumenti di monitoraggio performance e qualità.

Il Piano di *e-Government* della sanità si integra con altri progetti regionali in corso di realizzazione in materia di telemedicina, semplificazione burocratica e amministrativa derivante dall'identificazione di centri unici d'acquisto e sportelli unici, gare centralizzate, magazzini farmaceutici informatizzati di "area vasta", l'integrazione di linguaggi e messa in rete delle informazioni al fine di predisporre l'anagrafe sanitaria unica degli assistiti e degli operatori, e l'integrazione dei dati di natura contabile.

Le potenzialità associate all'integrazione dei sistemi informativi sanitari sono particolarmente rilevanti in Italia al fine di garantire equità di trattamento ai pazienti riducendo nel contempo errori e sprechi.

Le analisi riferite ai divari di efficienza interregionali riportate nel presente Rapporto evidenziano che le Regioni che più sono lontane dalla frontiera efficiente sono anche quelle che erogano prestazioni di qualità inferiore: sovrappesa e bassa qualità vanno di pari passo.

In questo capitolo, l'analisi d'impatto riferita agli investimenti in infrastrutture digitali in ambito sanitario tiene conto dei margini di guadagno di efficienza stimati a livello aggregato attraverso l'analisi di frontiera efficiente. Partendo dai risultati di un progetto d'informatizzazione realizzato da una singola azienda sanitaria, ci si concentra successivamente sulla costruzione di proiezioni a livello nazionale, alimentate dai dati riferiti ai divari interregionali in termini di efficienza.

L'analisi si struttura nei passaggi seguenti: (1) analisi del risparmio derivante da uno specifico progetto di digitalizzazione di un'azienda sanitaria; (2) proiezione di questi risultati su scala regionale; (3) impiego delle stime sulla distanza della frontiera efficiente delle Regioni per valutare l'impatto di un'eventuale estensione del progetto su scala nazionale, nell'ambito del Programma di digitalizzazione della sanità.

Il progetto Escape (*Electronic Signature in Care Activities for Paper Elimination*)⁷⁰ sviluppato dall'azienda ULSS n. 9 di Treviso mira a smaterializzare i documenti cartacei, clinici ed amministrativi, conservando inalterata la validità e l'efficacia legale, attraverso un sistema interamente digitale di gestione del documento informatico. Il sistema elettronico di gestione dei documenti, è stato applicato a: (1) referti prodotti dal laboratorio di microbiologia; (2) referti prodotti in tutti i servizi dell'azienda e, in ambito amministrativo, (3) mandati di pagamento dal Servizio Economico-Finanziario all'Istituto di credito Tesoriere, (4) proposte di delibera e circolari direzionali. Nel complesso si valuta che il progetto Escape abbia consentito di migliorare il servizio contenendo i costi. I referti sono resi disponibili in pochi minuti dopo la firma presso qualsiasi sportello consentendo in tal modo: il miglioramento dell'efficacia delle prestazioni grazie a terapie mirate; la diminuzione di ricoveri e giornate di degenza; la riduzione degli errori nel processo di smistamento; maggiore *privacy* e più controllo grazie alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). **Nel complesso, l'Azienda USSL n. 9 ha sostenuto costi per 500 mila euro in quattro anni, con risparmi quantificabili nell'ordine di 637 mila euro di cui: 100 mila euro derivanti da terapie mirate, riduzione di giornate di degenza ed esami urgenti; 42 mila euro da risparmi di attrezzature e materiali e 15 mila euro di recupero spazi adibiti all'archiviazione stabile.** A questi risparmi si aggiungono ulteriori possibili economie (o miglioramento dei servizi) per 480 mila euro conseguibili grazie al reimpiego di 12 unità di personale.

⁷⁰ www.progettiescape.it.

Tabella 5.19 - Stima dei risparmi associati all'estensione del Progetto Escape alla regione Veneto

Spesa Progetto Escape	Risparmi progetto Escape ⁽¹⁾	Ipotesi spesa e-Government Regione	Risparmio Regione ⁽²⁾	Scostamento dalla frontiera efficiente, regione Veneto	Risparmio (% dello scostamento)
500.000	636.650	6.300.000	7.790.000	210.640.000	3,70%

Note: (1) inclusivi di costi-opportunità per 480 mila euro derivanti dal reimpiego di 12 unità di personale. (2) ULSS 9 - Treviso rappresenta circa 8% della popolazione veneta; Fonte: stime effettuate sulla base dei risultati dello studio CERM.

La Tabella 5.19 mostra che l'estensione del Progetto Escape su scala regionale permetterebbe di ottenere risparmi per 7.790.000 euro pari al 3,7% dello scostamento dalla frontiera efficiente della regione Veneto.

Ipotizzando di poter estendere in modo analogo tali stime su scala nazionale, i calcoli riportati in Tabella 5.20 sulla base delle stime di frontiera efficiente effettuate nel Capitolo 4 mostrano come un adeguato investimento nella digitalizzazione dei servizi sanitari permetta di ridurre i margini di inefficienza nella gestione dei servizi sanitari senza pregiudicare la qualità dei servizi resi ai cittadini.

A fronte di un investimento complessivo di circa 500 milioni euro in quattro anni (2009-2012) si stima si possano ottenere economie per 417 milioni euro annui pari all'83% della spesa complessiva. Tale stima appare decisamente prudentiale se si considera che al momento del varo del Progetto di *e-Government* il Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie contava di poter ottenere economie in ambito sanitario per 800 milioni di euro, pari all'8% circa della spesa sanitaria annua.⁷¹

Il progetto Escape copre solo alcuni degli obiettivi previsti dal piano di *e-Government* 2012 riferito al comparto della sanità. Si ritiene pertanto che nel complesso siano necessari ulteriori 500 milioni di euro per un totale di almeno un miliardo di euro complessivi da qui al 2012 per dare attuazione al programma secondo le linee di intervento delineate dal Ministero.

Al fine di valutare l'impatto occupazionale generato da un investimento di un miliardo di euro nell'informatizzazione della sanità italiana occorre assumere un criterio di ripartizione di tale *budget* tra i settori interessati dal provvedimento. A questo proposito, sono stati adottati due criteri. Il primo criterio si basa su stime di fonte IBM e prevede che in Italia il 28,13% delle risorse di un progetto *standard* di *e-health* sia destinato all'acquisto di *hardware*, il 21,97% alla dotazione *software* e il restante 49,90% a servizi informatici. Il secondo criterio è, invece, di fonte statunitense e corrisponde alle percentuali di riparto impiegate nello studio di Atkinson et al. (2009): 23,0% per *hardware*, 34,2% per il *software* e il 42,8% per i servizi⁷². Una volta determinati i settori la cui domanda sarebbe interessata dal piano di *e-Government* è possibile stimare l'esito di tale misura applicando il metodo dei moltiplicatori ottenuti attraverso il calcolo della matrice inversa di Leontief come illustrato nel primo capitolo.

⁷¹ Il ministro Stanca ha dichiarato: "Solo per l'ASL trevigiana le economie sono state di circa 120 mila euro l'anno. Così se tutte le aziende sanitarie del nostro Paese applicassero le medesime innovazioni digitali il risparmio sarebbe di almeno 800 milioni di euro l'anno".

⁷² Gartner, US Health Care Industry 2008 Spending on IT Services.

Il mondo della salute tra *governance* federale e fabbisogni infrastrutturali

Ottobre 2010

Tabella 5.20 - Stima dei risparmi di spesa conseguibili a seguito di un investimento di 500 milioni di euro in *e-Government* della sanità

Regione	Spesa pubblica di parte corrente, milioni di euro, 2008	Valori efficienti stimati, spesa pubblica di parte corrente, 2008	Possibili risparmi, milioni di euro, 2008	Investimento in <i>e-Government</i> della sanità, milioni di euro	Risparmio di spesa derivante dall'investimento in <i>e-Government</i> , milioni di euro
Campania	9.969,64	6.803,43	3.180,31	80,39	114,36
Sicilia	8.543,66	6.433,37	2.110,28	62,24	76,26
Puglia	7.196,98	5.333,06	1.655,31	57,96	59,76
Lazio	11.048,36	9.159,09	1.889,27	43,09	70,18
Trentino A.A.	2.113,58	1.672,57	361,42	43,09	13,31
Liguria	3.196,78	2.746,04	450,75	35,53	16,58
Abruzzo	2.341,16	2.030,38	304,35	32,76	11,24
Molise	629,53	551,47	78,06	31,25	2,99
Calabria	3.543,96	3.091,56	393,38	27,97	13,64
Basilicata	1.051,27	955,61	95,67	22,93	3,41
Valle d'Aosta	277,14	240,11	24,39	22,18	0,85
Sardegna	2.878,09	2.699,65	178,44	15,62	6,46
Toscana	6.535,71	6.132,30	169,93	6,55	6,39
Veneto	8.325,80	8.117,65	208,14	6,30	7,79
Emilia Romagna	7.609,98	7.161,37	144,59	4,79	5,58
Marche	2.680,06	2.639,86	40,20	3,78	1,46
Lombardia	16.236,81	15.584,81	146,13	2,27	5,55
Piemonte	8.071,05	8.030,69	40,36	1,26	1,49
Friuli V.G.	2.312,73	2.173,58	-	-	-
Umbria	1.541,46	1.584,62	-	-	-
Totale	106.104,1	91.877,90	11.470,98	499,97	417,33

Fonte: elaborazioni CERM

I risultati delle stime applicando i due metodi sopra illustrati sono riassunti in Tabella 5.21. Come è dato osservare, l'applicazione del primo metodo comporta una proiezione d'impatto inferiore.

Nel complesso, si stima che un investimento in infrastrutture digitali pari a un miliardo di euro possa generare 23.410 posti di lavoro di cui 6.270 diretti e i restanti 17.140 indiretti e indotti. Le stime disponibili per gli Stati Uniti (Atkinson et al., 2009; Romer e Bernstein, 2009) appaiono sostanzialmente in linea con questo risultato. Un investimento di uguale entità produrrebbe risultati occupazionali complessivamente superiori in Francia e Germania, mentre in Spagna e Germania gli effetti di tale politica sarebbero più modesti.

In conclusione, l'analisi di interventi mirati a migliorare l'efficienza del sistema informativo sanitario e più in generale l'implementazione di misure di *e-procurement* dell'innovazione in sanità rivela come sia possibile conciliare esigenze di contenimento della spesa e dell'efficienza nell'erogazione dei servizi.

Tabella 5.21 - Stima dell'effetto occupazionale conseguibile con l'investimento di un miliardo di euro nella digitalizzazione della sanità, migliaia di addetti

Metodo 1					
Occupati (migliaia)	Italia	Francia	Spagna	Germania	Regno Unito ⁽¹⁾
Effetto diretto	6,27	10,67	7,55	9,40	7,51
Effetto diretto e indiretto	9,15	15,60	9,02	11,56	12,33
Effetto diretto, indiretto e indotto	23,41	26,1	13,14	16,17	28,41
Metodo 2					
Occupati (migliaia)	Italia	Francia	Spagna	Germania	Regno Unito ⁽¹⁾
Effetto diretto	6,44	11,18	7,80	9,88	7,90
Effetto diretto e indiretto	9,48	16,41	9,34	12,13	12,82
Effetto diretto, indiretto e indotto	24,5	27,55	13,63	16,82	29,06

Note: (1) Calcoli su matrice *input-output* domestica 1995;
Fonte: elaborazioni CERM su dati Eurostat e OCSE (2010b).

Bibliografia

Achard P., Castello V., Profili S. (2004). "Il governo del processo strategico nelle Aziende Sanitarie".

Adang E., Borm G. (2007). "Is there an association between economic performance and public satisfaction in health care?", *The European Journal of Health Economics*, Volume 8, Number 3, pp. 279-285(7), Springer.

Andes S., Castro D. (2009). "Driving a Digital Recovery: IT Investments in the G-20 Stimulus Plan, *The Information Technology and Innovation Foundation*", Washington DC.

Atella V (2010). "Spesa sanitaria e sostenibilità finanziaria: quale futuro?" Disponibile online a http://www.astrid-online.it/rassegna/27-07-2010/Atella_sostenibilit-revisione-03_05_10.pdf.

Atkinson R., Castro D., Ezell S.J. (2009). "The Digital Road to Recovery: A Stimulus Plan to Create Jobs, Boost Productivity and Revitalize America, *The Information Technology and Innovation Foundation*", Washington DC.

Awg-Ecofin (2006). "The impact of ageing populations on public expenditure".

Awg-Ecofin (2009). "The Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)".

Brandes U. (2001). "A Faster Algorithm for Betweenness Centrality, *Journal of Mathematical Sociology*", 25(2), 163-177.

Carvalho V. (2009). "Aggregate Fluctuations and the Network Structure of Intersectoral Trade", paper presentato all'European Economic Association Conference, 2009. <http://www.eea-esem.com/EEA-ESEM/2009/prog/viewpaper.asp?pid=2462>.

Cergas-Bocconi (2007). Osservatorio sulla Sanità Privata Accreditata.

Cergas-Bocconi (2009). Rapporto OASI, EGEA, Milano.

Cergas-Bocconi (2009). Rapporto Osservatorio Sanità Privata 2007-2008.

Cergas-Bocconi (2010). Sanità in Italia: dati e analisi - Assetti Istituzionali.

Crandall R., Lehr W., Litan R. (2007). "The effects of broadband deployment on output and employment: A cross-sectional analysis of U.S. data", Working paper Brookings Institution.

Datta A., Agarwal S. (2004). "Telecommunications and Economic Growth: a Panel Data Approach, *Applied Economics*", 36(15): 1649-1654.

Del Vecchio M. (2003). "Le Aziende Sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica" Rapporto OASI 2003.

Dipartimento del Tesoro (2008). Quaderno della sanità.

Europe Advisory Group (2004). "Digital Divide and Broadband Territorial Coverage", Work Group No.1, www.ec.europa.eu/information.../avg1_digital_divide_written_recs_vfinal.pdf.

European Observatory on Health Care System (2001). Health Care Systems in Transition, Italy.

European Observatory on Health Care System (2007). Snapshots of health system.

Eurostat (1996). Sistema Europeo dei Conti 1995 – SEC95. Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea, Lussemburgo.

Eurostat (2008). "*Eurostat Manual of Supply, Use and Input-Output Tables*". Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea, Lussemburgo.

Eurostat (2009). "*ESA95 Supply, Use and Input-Output Tables*". Eurostat, Commissione Europea http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/esa95_supply_use_input_tables/introduction.

Finlombarda (2010), "*Osservatorio Finlombarda sul Project Finance in Sanità*".

Fracasso A., Riccaboni M., Schiavo S. (2009). "*A Decomposition of Aggregate Volatility in OECD Countries*". Università di Trento, mimeo.

Fisher E.-O'N., Vega-Redondo F. (2007). "*The Linchpins of a Modern Economy*", paper presentato all'Annual Meeting of the American Economic Association.

Griglio E. (2009). "*La Regolazione in ambito regionale alla luce dell'esperienza della regione Lombardia*".

Hardy A. (1980). "*The Role of the Telephone in Economic Development, Telecommunications Policy*", 4(4), 278-286.

Hughes T.P. (1983). "*Networks of Power, Electrification in Western Society*", 1880-1930, The Johns Hopkins University Press.

IDATE (2008). "*Broadband Coverage in Europe*". DG INFSO, December 2008.

IEA (2009). "*Key World Energy Statistics*", The International Energy Agency, Paris.

IEA (2003). "*World Energy Investment Outlook*". www.smartgrids.eu/documents/sra/sra_finalvesion.pdf.

ISTAT (2006). "*Le tavole delle risorse e degli impieghi e la loro trasformazione in tavole simmetriche*", nota metodologica, ottobre 2006, ISTAT, Roma.

ISTAT (2009). "*Tavole di dati delle risorse e degli impieghi*", Roma, Italia. http://www.istat.it/dati/dataset/20090610_00/.

ISTAT (2009). *Annuario Statistico Italiano 2009*.

ISTAT (2009). *Health for All Italia*.

Jorgenson D. (2001). "*Information technology and the U.S. Economy*", *American Economic Review*, 91(1), 1-33.

Katz R.L., Zenhausern P., Suter S. (2008). "*An evaluation of socio-economic impact of a fiber network in Switzerland*", Polynomics and Telecom Advisory Services, LLC.

Katz R., Suter S. (2009). *"Estimating the Economic Impact of the Broadband Stimulus Plan"*, Columbia Institute for Tele-Information Working Paper.

Leicht E.A., Newman M.E.J. (2008). *"Community Structure in Directed Networks, Physical Review Letters"*, 100(11), 118703.

Leontief W. (1953). *"The Structure of the American Economy 1919-1939"*, Oxford University Press, Oxford.

Leuchtenburg W. E. (1963). *Franklin D. Roosevelt and the New Deal*. Harper, New York.

Liebenau J., Atkinson R., Karrberg P., Castro D., Ezell S. (2009). *"The UK's Digital Road to Recovery"*, LSE e ITIF, Aprile 2009.

Madden G., Savage S. (1998). *"Central and Eastern Europe Telecommunications Investment and Economic Growth"*, Information Economics and Policy, 10, 73-105.

Ministero della Salute (2009). *Personale delle ASL e degli Istituti di Cura Pubblici 2007*.

NETL (2007). *"The NETL Modern Grid Initiative Powering our 21st-Century Economy: Modern Grid Benefits, US Department of Energy, Office of Electricity Delivery and Energy Reliability"*.

OCSE (2000). *A system of Health Accounts*. <http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>.

OCSE (2004). *"Tax-favoured retirement savings plans: a review of budgetary implications and policy issues"*, Working Party n. 1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis.

OCSE (2006), *"Projecting Oecd health care and long term care expenditures: what are the main drivers?"*, ECO/WKP(2006)5.

OCSE (2009). *"The Role of Communication Infrastructure Investment in Economic Recovery"*, DSTI/ICCP/CISP(2009)1, OCSE, Paris.

OCSE (2010a). *STAN Database for Structural Analysis (STAN)*, http://www.oecd.org/document/62/0,3343,en_2649_34445_40696318_1_1_1_1,00.html.

OCSE (2010b). *OECD Health Data, versione 2010*. <http://stats.oecd.org/>.

Orosz E., Morgan, D. (2004). *"SHA-Based Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis"*, OECD Health Working Papers, No.16

Pammolli F., Salerno N.C. (2004). *"Incentivazione della previdenza privata e contenimento della tax expenditure"*, Nota CERM n. 5-2004.

Pammolli F., Salerno N.C. (2008a). *"(Ri)Qualificazione della spesa e fondi per le non autosufficienze e gli asili nido"*, Editoriale_CERM_8_2008.pdf.

Pammolli F., Salerno N.C. (2008b). *"La sanità in Italia – Federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche"*, 2008, Bologna, il Mulino – Arel.

Pammolli F. e Salerno N.C. (2008c). *"Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare"*, Nota CERM n. 5-2008.

Pammolli F., Salerno N.C. (2009). "Spesa sanitaria: quali ipotesi per quali proiezioni? ECOFIN e OCSE a confronto", Nota CERM n. 1-2009.

Pammolli F., Papa G., Salerno N.C. (2009). "La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali", Quaderno CERM 2-2009.

Paradisi F., Brunini L. (2006). "Una Tecnica Alternativa per la Determinazione di una Misura sintetica di Infrastrutturazione", 33-65, Rivista di Statistica Ufficiale.

Prasad E., Sorkin I. (2009). "Assessing the G-20 Economic Stimulus Plans: A Deeper Look", Brookings Institution.

Qiang C. Z.-W. (2009). "Broadband Infrastructure Investment in Stimulus Packages: Relevance for Developing Countries", World Bank, Washington, DC.

Qing C. Z.-W., Rossotto C.M. (2009). "Economic Impacts of Broadband, Information and Communication for Development 2009: Extending Reach and Increasing Impact", 35-50, World Bank, Washington DC.

Röller L.-H., Waverman L. (2001). "Telecommunications Infrastructure and Economic Development: A Simultaneous Approach", American Economic Review, 91(4), 909-923.

Romer C., Bernstein J. (2009). "The Job Impact of the American Recovery and Reinvestment Plan", http://otrans.3cdn.net/45593e8ecbd339d074_13m6bt1te.pdf.

Savage S. (2000). "Telecommunications and Economic Growth, International Journal of Social Economics", 27, 893-906.

Setola R. (2007). "Analysis of Interdependencies Between Italy's Economic Sectors", IFIP International Federation for Information Processing, Capitolo 22, pp. 311-321.

Schneider M., Krauss T., Hoffman U., Köse A. (2005) "Foundations, methodology, and selected results of a satellite account for the German health economy", <http://www.basys.de/aktuelles/gsk-en.pdf>

Trabucchi M., Vanara F., Gensini G. (2010). "La riforma federale del SSN: aspetti etici e di giustizia", Rapporto Sanità 2010 Fondazione Smith Kline.

Wasserman S., Faust K. (1994). "Social Network Analysis: Methods and Applications", Cambridge University Press, Cambridge, Ma.

Weil David N. (2007). "Accounting for The Effect of Health on Economic Growth", The Quarterly Journal of Economics, MIT Press, vol. 122(3), pages 1265-1306, 08.

WHO (2010). European Health for All database.

WHO (2010). World Health Statistics.

World Bank (2009). "Swimming against the Tide: How Developing Countries are Coping with the Financial Crisis", background paper preparato per il meeting dei Ministri delle Finanze e dei Governatori Centrali dei G-20, Horsham, Regno Unito, 13-14 marzo 2009.

Editing: Monica Bosi, Sonia Papandrea

Il rapporto è stato elaborato con le informazioni disponibili a fine settembre 2010.

La presente pubblicazione è stata redatta da Intesa Sanpaolo. Le informazioni qui contenute sono state ricavate da fonti ritenute da Intesa Sanpaolo affidabili, ma non sono necessariamente complete, e l'accuratezza delle stesse non può essere in alcun modo garantita. La presente pubblicazione viene a Voi fornita per meri fini d'informazione ed illustrazione, ed a titolo meramente indicativo, non costituendo pertanto la stessa in alcun modo una proposta di conclusione di contratto o una sollecitazione all'acquisto o alla vendita di qualsiasi strumento finanziario. Il documento può essere riprodotto in tutto o in parte solo citando il nome Intesa Sanpaolo.