

**LA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN ITALIA:
DENTRO LA "SCATOLA NERA" DELLE DIFFERENZE REGIONALI
Il modello SaniRegio**

PAMMOLLI F, PAPA G, SALERNO C

CERM (Competitività, Regolazione, Mercati). Finanza Pubblica. Quaderno Cerm n° 2, 2009

La spesa per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) conta per il 75-80% dei bilanci regionali. La cattiva *governance* regionale di questa spesa è uno dei fattori principali del dissesto incombente sul SSN, e delle dolorose iniquità della distribuzione delle risorse pubbliche; e il raggiungimento di una migliore *governance* "centrale" è (paradossalmente) il presupposto essenziale per un sano ed efficace federalismo.

La spesa media, annua, per abitante, in Italia, è 1703 € (NB: i dati sono del 2007, vanno quindi aumentati). Tutte le Regioni del Centro-Sud, con l'eccezione del Lazio, della Calabria e del Molise e con in più la Lombardia e il Veneto, spendono meno della media (con uno scarto fino a -4,4%); tutte le Regioni del Nord spendono di più (con uno scarto fino a 12,4%). Le differenze non sono critiche, e sono sostanzialmente "storiche", precedono cioè l'istituzione del SSN, che le ha consistentemente attenuate. Il tasso di crescita della spesa è tendenzialmente (e ragionevolmente) maggiore per le Regioni con spesa storica inferiore (quelle del Centro-Sud) rispetto alle Regioni con spesa più alta (quelle del Nord). In linea di massima, all'aumento della spesa delle Regioni meno dotate (Puglia, Basilicata, Campania Sicilia, Calabria) corrisponde un misurabile miglioramento nel livello di efficienza (*ranking*), che tuttavia è ancora lontano dall'eccellenza.

Sicilia, Campania, Abruzzo, Molise, Lazio, Liguria hanno però un "buco" (senza fondo quello del Lazio) e sono coinvolte in un piano di rientro. Tre di queste spendono comunque più della media, e tra queste il Lazio ha il bilancio più disastroso, con circa 1,5 miliardi di € (3000 miliardi di una volta) di debiti.

Un parametro diverso è quello dell'efficienza conseguita: una spesa adeguata al *ranking* raggiunto: una spesa non sprecata. Nella *Tabella III* la spesa di Trentino, Lazio, Liguria e Valle d'Aosta supera di oltre 150 € pro capite (circa il 10%) la spesa della Regione con la spesa minore, che è la Basilicata (di queste quattro Regioni, due, il Trentino e la Valle d'Aosta, sono Regioni a statuto speciale, con significativi privilegi). La Campania, il Trentino, la Sicilia, la Puglia, il Lazio e la Liguria hanno una spesa di più di 150 € pro capite superiore a quella della Regione che spende meglio, cioè che ha una distanza 0 rispetto al suo *ranking*, che è il Friuli Venezia Giulia. Qui, e specialmente qui, casca l'asino, perché si rileva che tutte le Regioni con "buco", cioè con una manovra di "rientro" in atto, Molise, Abruzzo, Liguria, Lazio, Sicilia, Campania, sono tra quelle che più si distanziano rispetto alla spesa pro capite efficiente: ma non tutte (a loro parziale scusante) hanno una spesa elevata in assoluto (la Sicilia spende poco). Tutto sommato, il Lazio ("buco" senza fondo, spesa

pro capite tra le più alte, spesa pro capite tra le meno efficienti) è proprio la maglia nera del SSN.

Commento

Una prima domanda è se queste differenze siano ragionevoli: e la prima risposta è che entro certi limiti lo sono, nel senso che effettivamente le differenze sono in parte giustificate, prima di tutto dalle variabili demografiche (minore prevalenza di vecchi al Sud), poi da alcune varianti minori legate allo stile di vita (più verdure, meno calorie, dieta tendenzialmente "mediterranea", minor numero di bevitori e fumatori al Sud), poi dalla dotazione di capitale fisico e umano a disposizione del SSN che influisce sulla domanda e sull'offerta di prestazioni; infine dal livello socio-economico e dall'occupazione femminile (disponibilità alle cure domestiche). Come si comprende, e specialmente per l'ultimo parametro preso in considerazione, un modello di standardizzazione basato su questi parametri finisce per valorizzare troppo le differenze "storiche". Infatti, nell'ipotesi, a cui BISOGNA CREDERE, di una crescita "virtuosa" e omogenea di tutte le Regioni, e anche al di fuori di questa, la differenza tra i bisogni veri e le possibilità vere delle singole Regioni è destinata a ridursi: la denatalità interessa il Sud come il Nord; le risorse, se c'è una logica, devono andare, semmai, in misura maggiore dove il bisogno è maggiore e non viceversa: sicché, pur tenendo conto del fatto che i salti non si fanno, né in natura né in politica, sembra difficile che la "futura" determinazione di una "spesa standard" (spesa che a sua volta è destinata a modificarsi nel tempo, aumentando con l'aumentare dell'età media, con la disponibilità di nuovi farmaci e tecnologie, con l'aumentare dei "nuovi bisogni" e tra questi del "bisogno di equità") possa essere davvero diversa da Regione a Regione.

Ma il vero nodo da sciogliere, anche, o specialmente, nell'attuale fase di approccio al federalismo, è tenuto anche conto del fatto che la spesa sanitaria corrisponde in media all'80% circa dell'intero bilancio regionale, è quello della definizione dei costi standard. In questa direzione va un secondo "Quaderno" del CERM. Eccolo in sintesi.

**NUMERI DEL FEDERALISMO IN SANITÀ
Benchmark e standard per la Sanità italiana**

PAMMOLLI F, SALERNO C

CERM (Competitività, Regolazione, Mercati). Finanza Pubblica. Quaderno Cerm n° 3, 2010

L'obiettivo dei lavori a cui è dedicato questo secondo *Quaderno* è stato duplice: a) individuare un punto di riferimento ideale (*benchmark*) corrispondente alla spesa delle Regioni a statuto ordinario che hanno rispettato i limiti di spesa, mantenendo elevata la quantità relativa delle prestazioni; b) definire il livello adeguato di finanziamen-



to, Regione per Regione, sulla base della variabile principale, quella demografica, per poter fornire le stesse prestazioni LEA delle Regioni scelte a *benchmark* con la stessa efficienza produttiva.

Le Regioni elette a *benchmark* dovevano rispondere ai seguenti criteri: essere a statuto speciale; avere un saldo positivo di mobilità in entrata (come indicatore della qualità delle prestazioni); aver mantenuto, nella media degli ultimi anni, un sostanziale equilibrio tra risorse dedicate al SSN sulla base del programma di finanziamento regionale. Corrispondevano a questi criteri 5 Regioni: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto.

Per il secondo obiettivo si è suddivisa la spesa per fascia di età (5% dedicato alla fascia di età 0-4; 5% alla fascia 5-64; 90% alla fascia < 65 anni) e si sono valutate, e poi sommate, le risorse complessive per fascia di età e per il numero di persone componenti quella fascia in ogni Regione, partendo dai valori corrispondenti spesi dalle Regioni *benchmark*.

Tre Regioni avrebbero potuto, sulla base della standardizzazione, spendere di più di quanto stanziato a programma per il 2009: il Molise (9,7 milioni di € in più, pari all'1,69% del Fondo Sanitario Regionale, FSR), Marche

(94,9 milioni, pari a +3,33%) e Liguria (303,7, pari a +9,40%). **Tutte le altre Regioni avrebbero invece potuto assolvere agli obblighi con minori risorse.**

Spiccano, tra queste, le Province autonome (dunque "a statuto speciale") di Bolzano (-31,99%), e di Trento (-20,14%), poi la Regione Autonoma Valle d'Aosta (-16,56%); poi la Campania (-16,35%), la Puglia (-10,4%), la Sardegna (-8,96%), la Sicilia (-6,31%) e il Lazio (-4,35%). Di queste, la Campania ha una sovraspesa di 1594 M € e un gap di qualità di 418 punti, la Calabria una sovraspesa di 302 M € e un gap di 518 punti, la Puglia una sovraspesa di 235 M € e un gap di 438 punti, la Sardegna una sovraspesa di 261 M € e un gap di 378 punti (NB: la mediana della sovraspesa, che dipende anche dalle dimensioni della singola Regione, è attorno ai 150 punti e la mediana del gap è attorno ai 100 punti).

Campania, Sicilia e Lazio, come già detto, sono, in aggiunta, coinvolte in un difficile piano (?) di rientro dai deficit di bilancio.

Se tutte le Regioni fossero state allineate allo standard, per il FSR di parte corrente del 2009 ci sarebbe stato un risparmio superiore al 4% rispetto al FSR effettivamente stanziato, con un risparmio di più di 4,3 miliardi di €.

Commento

La scelta per il Digest di questo numero è stata certamente poco convenzionale; e probabilmente si potrebbe registrare una certa percentuale di delusi tra i lettori più affezionati alla rubrica. Ci è sembrato però che l'argomento, per motivi sia sanitari che politici, sia scottante e che possa dunque essere utile, quasi necessario, fornire ai nostri lettori criteri di giudizio, ragionati e probabilmente ragionevoli sulla qualità e sulla spesa del Servizio Regionale e Nazionale, dal quale ciascuno di noi dipende e dedica la maggior parte del suo tempo. Abbiamo deciso così di riassumere faticosamente le informazioni essenziali tra quelle contenute nelle più di 50 pagine complessive dei due "Quaderni", per fornire dati di riflessione concreti, sul funzionamento del SSN e sulla tenuta di spesa e di efficienza delle diverse Regioni. Tenuta di spesa e di efficienza che i tagli (anche questi comprensibili, data la congiuntura, ma come al solito ingiustamente "trasversali"), che ogni Regione ha subito, potrebbero compromettere.

Poche parole, più di sintesi che di commento:

a) come sempre, l'Italia si ritrova divisa in tre, Nord abbastanza buono, Centro così-così, Sud abbastanza cattivo; è una differenza storica di cui anche il Nord ha la sua parte di colpa; ma la cattiva amministrazione è una colpa politica, non storica. Colpa di una politica inca-

pace e corrotta, di destra e di sinistra, di una politica nella quale sempre meno ci si riconosce e che tuttavia dobbiamo aiutare/forzare a raddrizzarsi, è una necessità per l'Italia, altrimenti "sì bella e perduta";

b) le Regioni con più buchi di bilancio sono anche quelle che spendono di più e che rendono di meno in qualità; che, quindi, sono in qualche modo "colpevoli" di cattiva amministrazione (il Lazio tenta ora di ridurre la spesa tagliando i posti letto pubblici, mentre la principale anomalia riguarda il largo eccesso di letti privati, di qualità e attività poco e mal controllata);

c) malgrado tutti i doverosi appunti, le sbavature, i buchi, le perdite di consenso, la situazione globale del SSN (che nel 2000 era stato valutato come il secondo al mondo per qualità) è tuttora più che accettabile e i dati (visti in prospettiva, e non solo i dati, anche i fatti, per quanto li conosciamo) parlano di un miglioramento globale, sia in termini di spesa che di efficienza, e lasciano spazio per un moderato ottimismo;

d) lo spazio per una onesta riduzione di spesa, con mantenimento o miglioramento delle performance, ci sarebbe (fare meglio con meno! anche lì: specialmente lì);

e) la pediatria, con la spesa sanitaria, c'entra poco o niente (5% del totale! difendiamola senza paura, pur continuando a fare meglio con meno).