



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



*Agenzia per la
Coesione Territoriale*

PON GOVERNANCE
E CAPACITÀ
ISTITUZIONALE
2014-2020

SISTEMA
CPT
CONTI PUBBLICI TERRITORIALI



■ Sanità

- I dati CPT sulla spesa pubblica 2000-2020
- Analisi di contesto
- Focus regionale

Nucleo di Verifica e Controllo - NUVEC

**Area 3 “Sistema dei Conti pubblici territoriali e produzione di statistiche,
indagini e ricerche sulla conduzione delle politiche pubbliche”**

Via Sicilia, 162/c - 00187 Roma

mail: contipubbliciterritoriali@agenziacoesione.gov.it

Sanità ■

I dati CPT sulla spesa pubblica 2000-2020 •

Analisi di contesto •

Focus regionale •

CPT Settori raccoglie le analisi sulla spesa pubblica in Italia nei settori economici dei Conti Pubblici Territoriali. La presente pubblicazione ospita il lavoro realizzato nell'ambito dell'iniziativa Progetti Comuni di Ricerca del Sistema CPT e dedicato al settore Sanità, promossa e coordinata dall'Unità Tecnica Centrale.

Il primo approfondimento è relativo alla spesa pubblica del settore in serie storica, dal 2000 al 2020, con un approccio che si snoda attraverso le seguenti domande:

- Quanto si spende?
- Dove si spende?
- Chi spende?
- Come si spende?

Seguono un'analisi degli indicatori di contesto del settore e quattro focus delle regioni Campania, Molise, Toscana e Umbria, curati dai relativi Nuclei regionali CPT.

Il lavoro di ricerca è stato svolto in modo corale da gruppi di lavoro costituiti dai componenti dei nuclei regionali e dai professionisti esterni operanti presso enti, università ed istituti di ricerca coinvolti dai nuclei stessi.

Hanno partecipato alla redazione:

Per l'Unità Tecnica Centrale CPT:

Francisco Barbaro, Manuel Ciocci, Francesca Rotondo e Elita Anna Sabella.

Per il Nucleo Regionale CPT Campania:

Flavio Cannizzaro, Cesare Garofalo, Nicola Nappi, Giuseppe Pagliarulo - Regione Campania

Ferdinando Ceglia, Gaetano Di Palo, Giuseppe Marotta - Fondazione IFEL Campania

Per il Nucleo Regionale CPT Molise:

Marilina Di Domenico, Loredana Gazerro, Roberto Germanese, Eleonora Luciano, Marco Marchese

Per il Nucleo Regionale CPT Toscana:

Lisa Grazzini, Marika Macchi - Università di Firenze

Patrizia Lattarulo - IRPET

Per il Nucleo Regionale CPT Umbria:

Simona Azzarelli, Mirella Castrichini, Meri Ripalvella

L'analisi è stata coordinata da Livia Passarelli dell'Unità Tecnica Centrale CPT. La composizione e la revisione dei testi sono state curate da Roberta Guerrieri e Simona Izzi.

I dati elaborati dal Sistema CPT sono resi disponibili in formato aperto e la loro consultazione è consentita sia attraverso modalità tradizionali, sia con strumenti di visualizzazione dinamica e interattiva, consultabili sul portale www.contipubblicitoriali.it/index.html

Guarda il video animato sulla spesa pubblica nel settore Sanità

<https://www.youtube.com/watch?v=eG-y7LVr3vM>

Agenzia per la Coesione Territoriale

Nucleo di Verifica e Controllo (NUVEC) - Area 3 - coordinatore Andrea Vecchia

Sistema dei Conti Pubblici Territoriali e produzione di statistiche,

indagini e ricerche sulla conduzione delle politiche pubbliche

Via Sicilia, 162/c - 00187 Roma

 e-mail: contipubblicitoriali@agenziacoesione.gov.it

Documento pubblicato a maggio 2023

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 ANALISI DEL SETTORE SANITÀ BASATA SUI DATI CPT	7
1.1 PREMESSA METODOLOGICA	7
1.2 QUANTO SI SPENDE	8
1.3 DOVE SI SPENDE	9
1.4 CHI SPENDE	12
1.5 COME SI SPENDE	14
CAPITOLO 2 GLI INDICATORI DI CONTESTO	17
2.1 INTRODUZIONE	17
2.2 PREMESSA BIBLIOGRAFICA	17
2.3 LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA DI SERVIZI SANITARI	18
2.4 GLI INDICATORI	20
2.5 INDICATORI E PATTERN REGIONALI	23
2.6 ALCUNE EVIDENZE EMPIRICHE	31
2.7 CONCLUSIONI	36
APPENDICE	37
CAPITOLO 3 FOCUS DI APPROFONDIMENTO REGIONALI	51
3.1 NUCLEO REGIONALE CAMPANIA - LA GOVERNANCE SANITARIA: MODELLI REGIONALI A CONFRONTO	51
3.2 NUCLEO REGIONALE MOLISE - LA SPESA SANITARIA IN REGIONE MOLISE	78
3.3 NUCLEO REGIONALE TOSCANA – SANITÀ REGIONALE E DOMANDA DI MOBILITÀ	94
3.4 NUCLEO REGIONALE UMBRIA - LA SPESA NEL SETTORE SANITÀ BASATA SUI DATI CPT IN UMBRIA ALLA LUCE DELL'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO	113

INTRODUZIONE

I saggi raccolti in questo volume sono tutti dedicati al settore sanitario, analizzato in ambito CPT secondo diverse prospettive di analisi, con contributi dell'Unità tecnica centrale e di alcuni nuclei territoriali.

Il primo capitolo ripercorre l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica a livello nazionale così come rilevata in serie storica dal Sistema dei Conti Pubblici Territoriali, ponendo l'attenzione sulle principali componenti di spesa e fornendo al contempo un focus sulle modalità con cui tale spesa si esplica nei diversi territori.

Il secondo capitolo si inscrive anch'esso in una prospettiva di analisi generale. La costruzione di alcuni indicatori sintetici consente di cogliere diversi aspetti caratterizzanti del sistema sanitario italiano, mettendo inoltre in luce la relazione funzionale esistente tra alcune variabili di interesse economico, come la spesa pubblica e privata per sanità e il capitale pubblico sanitario (ottenuto mediante una ricostruzione dei dati a disposizione), e una serie di indicatori rappresentanti l'offerta sanitaria regionale, i livelli di attività e le performance dei SSR (sistemi sanitari regionali). Le indagini empiriche in esso riportate hanno dimostrato come la spesa sanitaria privata delle famiglie (insieme alla componente di spesa pubblica di fonte CPT) e il capitale pubblico sanitario svolgano un ruolo cruciale nella produzione dei servizi sanitari, e di come altre importanti risorse, vedi il livello del personale, debbano essere opportunamente proporzionate ai livelli di attività sanitaria richiesti dalla popolazione affinché siano garantite buone prestazioni e buoni livelli di soddisfazione dei cittadini. Sempre nell'ambito del secondo contributo, si cerca poi di verificare l'effetto delle medesime variabili sugli indicatori LEA (livelli essenziali di assistenza) e si propone una prospettiva di tendenza per quegli indicatori che, in specifici scenari evolutivi, potrebbero essere in grado di far insorgere importanti criticità all'interno del SSN.

Il terzo capitolo raccoglie i contributi dei singoli Nuclei Regionali del Sistema CPT che hanno promosso il Progetto Comune di Ricerca sul tema della Salute (Campania, Molise, Toscana e Umbria):

- Il lavoro del NR **Campania** si sofferma sui modelli di governance che caratterizzano alcune regioni italiane. I modelli individuati sono principalmente due: decentrato o centralizzato. Una particolare attenzione è riservata al modello campano.
- Il successivo contributo prende in considerazione le caratteristiche della spesa sanitaria relative a un determinato contesto regionale, quello del **Molise**. Vengono esaminati livelli e andamento della spesa pubblica sanitaria effettuata nella regione, cercando di coglierne le relazioni con l'evoluzione del quadro normativo di riferimento e del Fondo Sanitario Nazionale.
- Segue il lavoro del NR **Toscana**, il quale approfondisce un aspetto di grande interesse per il settore sanitario, quello della mobilità tra regioni, analizzandone i fattori propulsivi. Il capitolo definisce tre tipologie di mobilità proprio sulla base delle motivazioni che la generano. Con un approccio mutuato dalla letteratura economica, due di queste forme di mobilità vengono qui considerate come il possibile riflesso di una scelta, preferenza espressa dal cittadino, mentre l'altra forma di mobilità risulta invece di natura deficitaria e può essere descritta come un fallimento del sistema sanitario stesso - con conseguente inosservanza dei principi costituzionali cui esso si ispira.
- L'ultimo paragrafo è ancora un'analisi a carattere territoriale, focalizzata questa volta sulla regione **Umbria**, e con intenti analitici ulteriori. Si cerca non soltanto di analizzare struttura e entità della spesa sanitaria, ma anche di indagare la relazione esistente tra spesa per sanità e struttura demografica della popolazione.

La lettura dei diversi apporti, quelli di carattere più generale, quelli relativi ad approfondimenti di specifici aspetti e quelli dedicati ad alcuni studi di caso, si integrano nel portare in primo piano alcune domande di ricerca e nel mettere in luce i temi che meritano di essere sottoposti a ulteriori valutazioni e approfondimenti, in particolare con i colleghi che nella PA si occupano della materia. Proviamo a riassumerli in estrema sintesi:

- i. vi è o meno un problema di adeguatezza della spesa pubblica per la sanità?
- ii. è possibile ipotizzare una migliore distribuzione delle risorse pubbliche sul territorio, anche al fine di facilitare un migliore accesso a servizi sanitari omogenei, per qualità e quantità?
- iii. è possibile individuare, considerando le difformità operative e normative nella gestione dei sistemi sanitari regionali, alcuni modelli maggiormente in grado di garantire uniformità e qualità nell'offerta sanitaria?

Su un altro piano sembra, infine, di poter individuare un ulteriore punto di attenzione che riguarda i presupposti per una migliore (e tempestiva) raccolta e produzione dei dati, capace di soddisfare i criteri richiesti per lo sviluppo di analisi quali/quantitative del settore utili a fornire un supporto alle decisioni di politica sanitaria. A questa esigenza si collega quella di mettere a fuoco una griglia di indicatori LEA che, ancorché aggiornabili, riescano a consentire la comparabilità temporale degli score regionali.

Su tali sollecitazioni è augurabile che questo contributo possa rappresentare un punto di inizio di un nuovo percorso partecipato di sviluppo dell'analisi svolta.

CAPITOLO 1 ANALISI DEL SETTORE SANITÀ BASATA SUI DATI CPT

1.1 PREMESSA METODOLOGICA

La presente analisi dei dati di spesa pubblica consolidata, di fonte Conti Pubblici Territoriali (CPT), del settore **Sanità** per l'arco temporale 2000-2020, è finalizzata a rispondere alle seguenti domande:

1. quanto si spende?
2. dove si spende?
3. chi spende?
4. come si spende?

Secondo le indicazioni contenute nella Guida Metodologica dei CPT¹, il settore comprende le seguenti tipologie di spesa:

- spese per la prevenzione, tutela e cura della salute in genere (servizi medici e ospedalieri di natura generica, specialistica, paramedica) e relative strutture;
- servizi di sanità pubblica (servizi per l'individuazione delle malattie, servizi di prevenzione, banche del sangue, ecc.);
- gestione delle farmacie e la fornitura di prodotti e servizi farmaceutici;
- gestione dei centri socio/sanitari e degli istituti zooprofilattici;
- spese per il sostegno e per il finanziamento dell'attività sanitaria (ad esempio i trasferimenti al Fondo Sanitario Nazionale);
- formulazione e amministrazione della politica di governo in campo sanitario;
- predisposizione e applicazione della normativa per il personale medico e paramedico e per gli ospedali, le cliniche e gli studi medici;
- attività delle commissioni sanitarie;
- spesa per le strutture termali.

Le stesse sono prese in considerazione in base al criterio della manifestazione finanziaria (o “per cassa”), generando una serie storica, periodicamente aggiornata, che parte dall’anno 2000.

Per garantire un’esaustiva ed efficace rappresentazione dei dati di spesa nel settore osservato si è ritenuto di effettuare:

- un’analisi riferita all’universo del Settore Pubblico Allargato (SPA);
- un’analisi temporale in termini complessivi e pro capite;
- un’analisi per tipologie di soggetti di spesa secondo la classificazione CPT;
- un’analisi di composizione tra le categorie economiche di spesa.

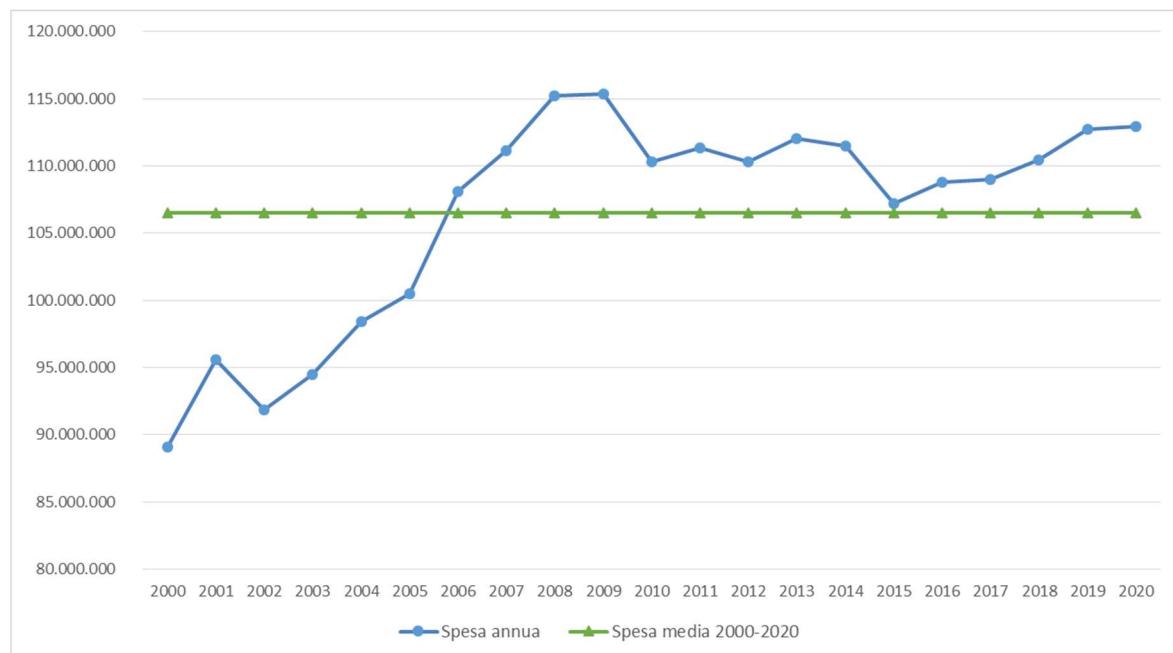
L’analisi è frutto dell’elaborazione degli ultimi dati disponibili e pubblicati dai Conti Pubblici Territoriali (versione al 13 dicembre 2022). Per permettere confronti sia temporali che territoriali, i dati sono espressi a prezzi 2015. La popolazione utilizzata è quella media dell’anno rilevata dall’Istat. Il PIL e il relativo deflatore sono ripresi dalle stime di contabilità nazionale pubblicate a dicembre 2021.

¹ La metodologia del Sistema CPT è consultabile al seguente link:
www.agenziacoesione.gov.it/sistema-conti-pubblici-territoriali/pubblicazioni-cpt/guida-ai-cpt/

1.2 QUANTO SI SPENDE

Nel periodo compreso tra gli anni 2000 e 2020, la spesa primaria al netto delle partite finanziarie del settore Sanità ha fatto rilevare in media un ammontare pari ad oltre 106 miliardi di euro annui². Nel 2020 tale cifra si è attestata poco sotto i 113 miliardi di euro, una cifra appena superiore rispetto al 2019 (+0,2%) ma comunque inferiore rispetto al picco della serie, fatto registrare nel 2009. In termini dinamici, dall'analisi della Figura 1 emerge un comportamento di tale aggregato di spesa con tendenza fortemente crescente nel periodo 2000-2009 (con l'eccezione del 2002), mentre nei periodi successivi il trend è risultato essere più altalenante e con variazioni in termini assoluti e percentuali molto più ridimensionate rispetto agli anni precedenti: la spesa ha subito una flessione in termini tendenziali fino al 2015, salvo poi tornare a crescere, seppur a ritmi più contenuti, negli ultimi cinque anni.

Figura 1 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ. ITALIA, ANNI 2000-2020 (migliaia di euro a prezzi 2015)



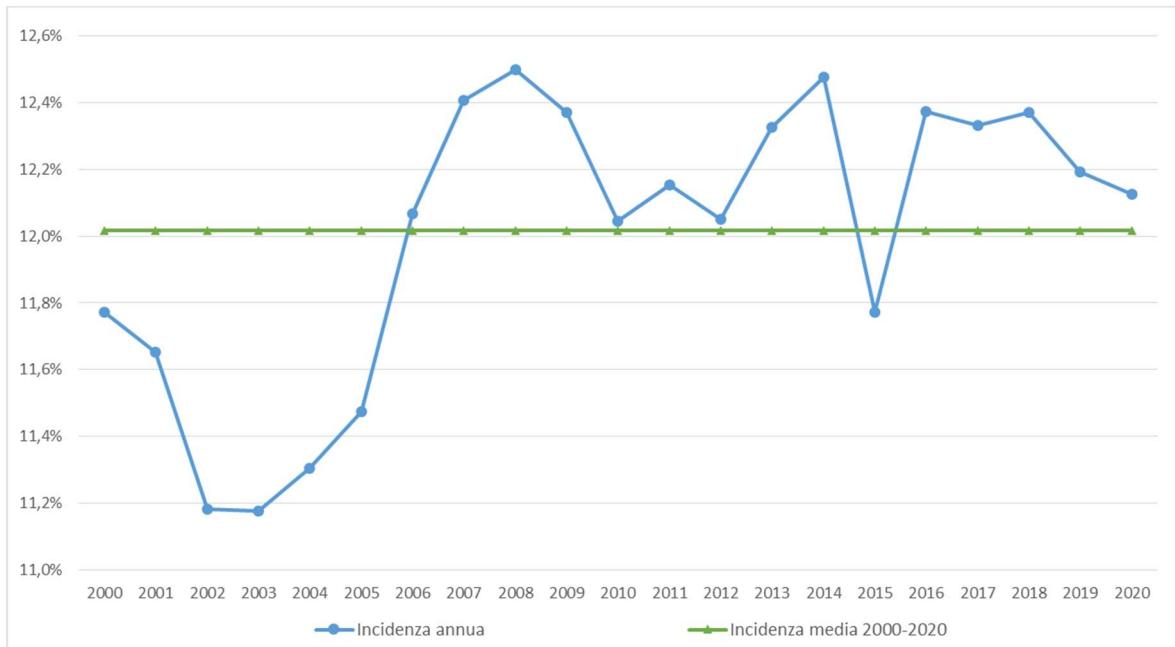
Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

Il comparto sanitario rappresenta uno dei principali snodi dell'intervento pubblico (nello specifico il secondo dopo la Previdenza), a maggior ragione in presenza degli andamenti demografici in essere nel nostro Paese. La spesa dedicata alla Sanità, in percentuale rispetto alla spesa complessiva dei settori di cui alla classificazione CPT del Settore Pubblico Allargato, si attesta intorno ai 12 punti percentuali in media nel ventennio; tale incidenza ha mostrato un andamento solo parzialmente sovrapponibile a quello della spesa sanitaria espresso in valori assoluti, a dimostrazione che non

² La pubblicazione della serie storica dei dati CPT a dicembre 2022 ha recepito alcune revisioni metodologiche finalizzate a tener correttamente conto, nella quantificazione di spese e entrate sanitarie delle singole regioni, della mobilità intraregionale, ovvero di quei flussi che intercorrono tra le diverse strutture della stessa regione. Le Regioni applicano sistemi di contabilizzazione della spesa intraregionale diversi e solo in alcuni casi rilevabili dai dati SIOPE. Gli aggiornamenti metodologici sono consultabili al seguente link: www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2022/12/AGGIORNAMENTI-METODOLOGICI-RISPETTO ALLA-GUIDA-CPT 20221212-3.pdf

sempre la dinamica temporale ha seguito il medesimo trend o l'intensità della spesa registrata per il totale dei settori (cfr. Figura 2).

Figura 2 INCIDENZA DELLA SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ SUL TOTALE DELLA SPESA DI TUTTI I SETTORI. ITALIA, ANNI 2000-2020 (valori percentuali)



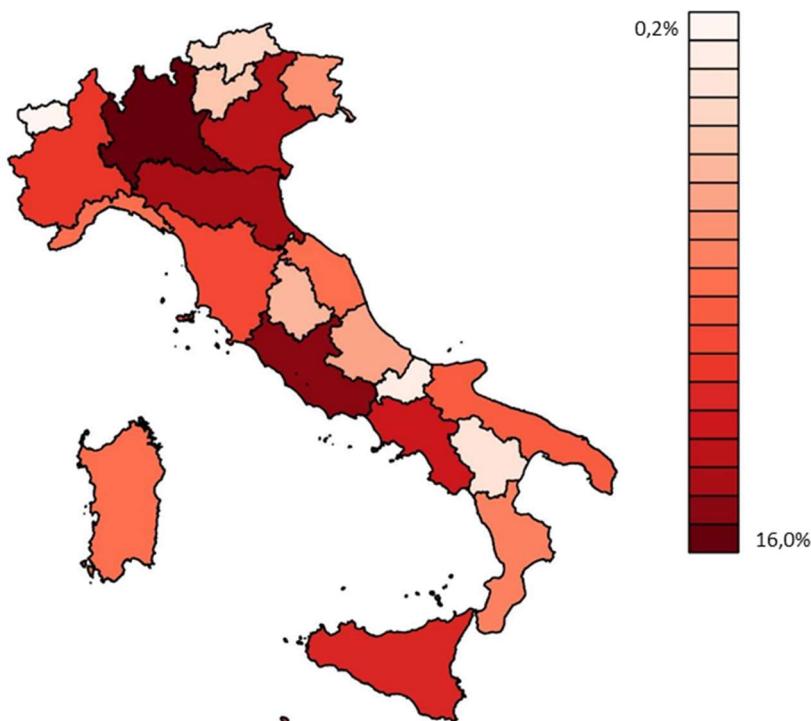
Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

1.3 DOVE SI SPENDE

I CPT consentono di osservare la distribuzione territoriale della spesa, considerando gli ambiti corrispondenti alle regioni e alle province autonome (cfr. Figura 3).

Dei quasi 113 miliardi spesi nel 2020, oltre il 16% ha avuto origine nella regione più popolosa (la Lombardia, a cui corrispondono più di 18 miliardi), seguita a notevole distanza, in questa distribuzione percentuale, da Emilia Romagna e Lazio con valori pressoché simili compresi tra il 9% e il 10%.

Figura 3 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ PER TERRITORIO. ANNO 2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

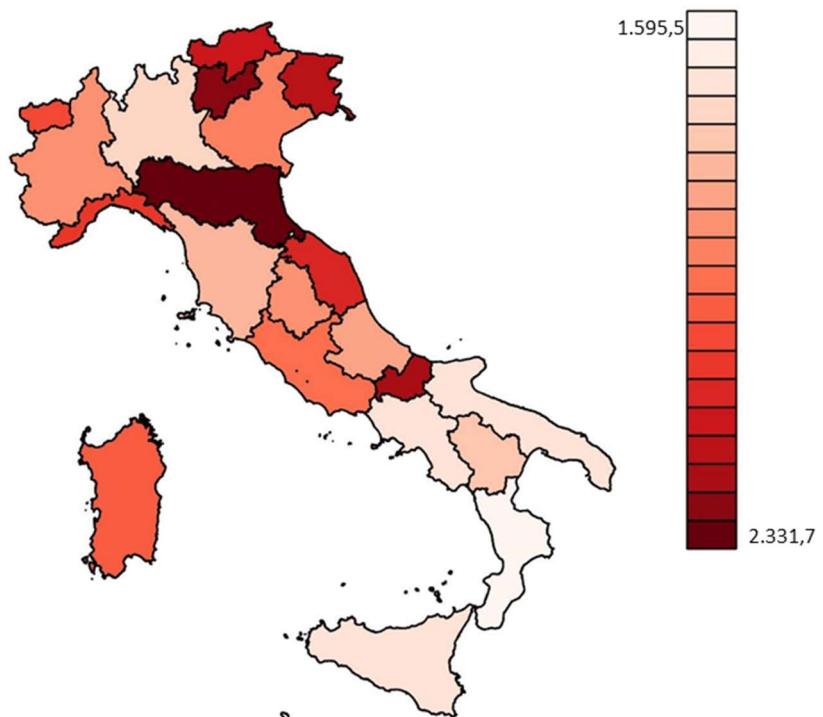
L'analisi che prende a riferimento i valori pro capite, che rendono possibile un confronto tra gli andamenti di spesa tra le varie realtà depurandolo dall'effetto demografico, mostra in maniera ancora più puntuale le differenze di spesa territoriali (cfr. Figura 4).

Nel 2020 si è registrato un valore medio di spesa nel nostro Paese pari a 1.900 euro per abitante, quasi 100 euro in più rispetto al valore medio di lungo periodo 2000-2020 ma di 2 punti base più basso rispetto al massimo, fatto registrare nel 2008.

Sempre nell'ultimo anno a disposizione, i territori che evidenziano i livelli di spesa per persona più elevati sono l'Emilia-Romagna, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia e il Molise, mentre in Campania e Calabria si registrano valori particolarmente bassi (basti pensare che la spesa media in Sanità per ogni residente calabrese è poco più dei due terzi del corrispettivo emiliano-romagnolo).

Ciò che emerge è dunque la presenza di divari piuttosto consistenti tra le realtà territoriali, in larga parte riconducibili alla classica ripartizione tra regioni meridionali e regioni centro-settentrionali, con le eccezioni del Molise al Sud e della Lombardia al Nord.

Figura 4 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE DEI TERRITORI NEL SETTORE SANITÀ. ANNO 2020 (euro pro capite a prezzi 2015)



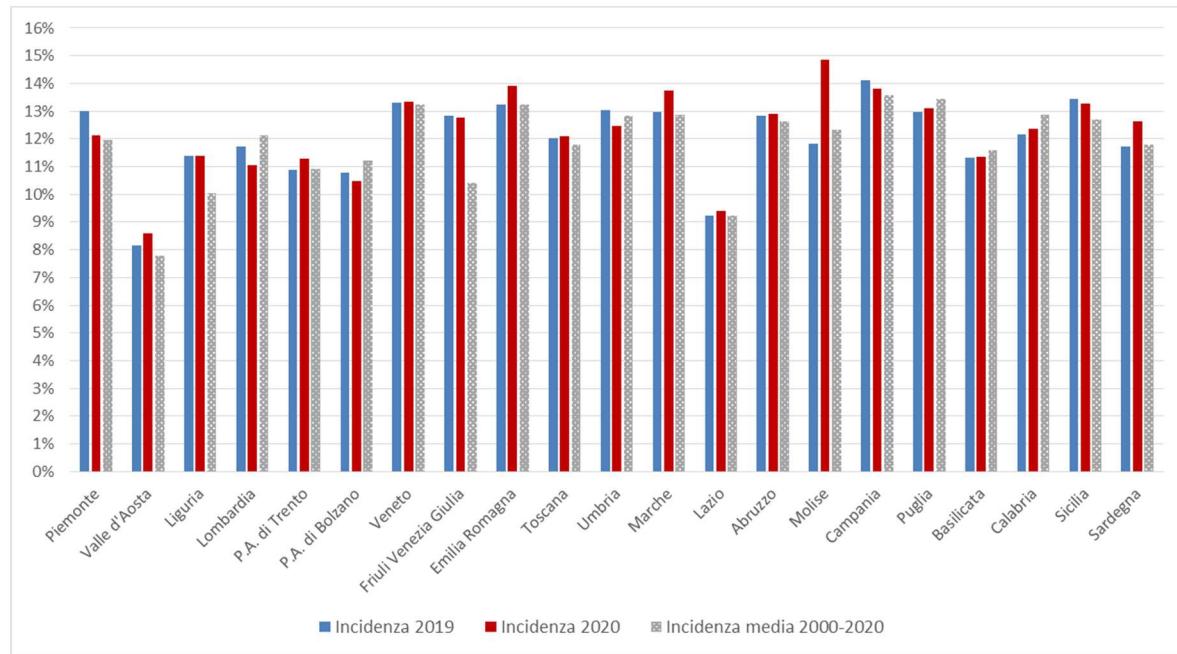
Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

La Figura 5, analogamente a quanto mostrato dalla Figura 2 per l’Italia nel suo complesso, illustra l’incidenza della spesa per Sanità rispetto alla spesa pubblica complessiva in tutti i settori, stavolta però all’interno di ogni regione e provincia autonoma e con un’ottica di dinamica temporale, avendo come riferimento l’ultimo biennio e la media dell’intera serie storica 2000-2020.

Per la generalità dei territori nel 2020 si riscontra una sostanziale stabilità rispetto al valore medio di lungo periodo anche se alcune realtà hanno fatto registrare un’incidenza della spesa per Sanità maggiore rispetto al passato (in particolare Molise, Friuli Venezia Giulia e Liguria) e altre si sono mosse in una direzione opposta, con le riduzioni più significative tra il peso nel 2020 e quello medio ventennale avvenute in Lombardia, in Calabria e nella Provincia Autonoma di Bolzano.

Il valore più elevato dell’incidenza, nel 2020, appartiene in ogni caso al Molise (14,9% delle spese totali che ricadono nella regione) mentre all’opposto, nella Valle d’Aosta (8,6%), nel Lazio tale percentuale non va oltre il 9,4%, anche se in questo caso la causa non è propriamente riconducibile a bassi livelli di spesa sanitaria quanto piuttosto alla forte concentrazione di spese che afferiscono ad altri settori di intervento pubblico nella regione del centro Italia (si pensi alla forte presenza delle Amministrazioni Centrali).

Figura 5 INCIDENZA NEI TERRITORI DELLA SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ SUL TOTALE DELLA SPESA DI TUTTI I SETTORI. ANNI 2019, 2020 E MEDIA 2000-2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

1.4 CHI SPENDE

L'analisi di composizione per tipologia di soggetto offre una fotografia del ruolo svolto dalle autonomie territoriali, in particolare quelle classificate dai CPT come Amministrazioni Regionali rispetto a quanto erogato dagli altri soggetti di spesa.

Dai dati della Tabella 1 emerge chiaramente, come era lecito attendersi, che la spesa per Sanità è di competenza quasi esclusiva delle Amministrazioni Regionali e, tra queste, delle Aziende Sanitarie Locali. Nel periodo compreso tra il 2000 e il 2020 le ASL hanno veicolato, in media, circa il 94% della spesa complessiva, mentre la restante parte è riconducibile, con percentuali del tutto residuali, alle Imprese Pubbliche Locali, a quelle Regionali e alle Amministrazioni Centrali e Locali.

Tabella 1 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ PER TIPOLOGIA DI SOGGETTI. ITALIA, ANNI 2019, 2020 E MEDIA 2000-2020 (valori percentuali)

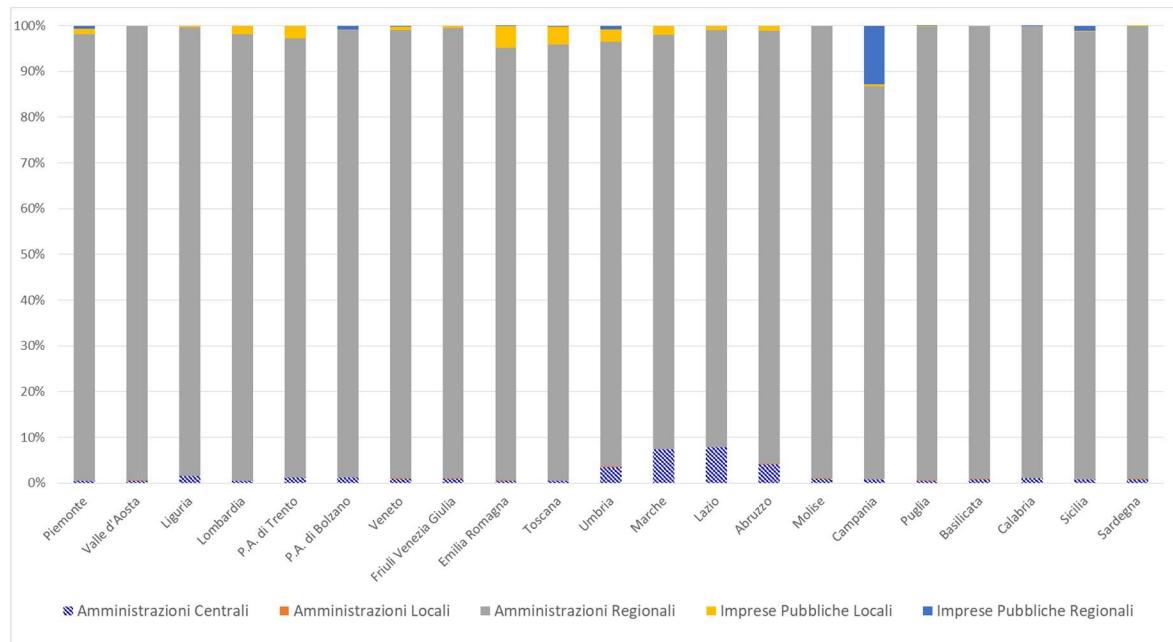
Tipologia Soggetti	Sottotipo Soggetti	2019	2020	Media 2000-2020
Amministrazioni Centrali		0,2%	1,7%	0,8%
	<i>Altri Enti dell'Amministrazione Pubblica</i>	0,1%	0,1%	0,3%
	<i>Ministeri</i>	0,2%	0,2%	0,5%
	<i>Presidenza Consiglio dei Ministri</i>	0,0%	1,4%	0,1%
Amministrazioni Locali		0,1%	0,1%	0,1%
	<i>Amministrazioni Comunali</i>	0,1%	0,1%	0,1%
	<i>Amministrazioni Provinciali</i>	0,0%	0,0%	0,0%
	<i>Comunità Montane/Isolane</i>	0,0%	0,0%	0,0%
Amministrazioni Regionali		97,2%	95,6%	97,0%
	<i>Altro</i>	0,0%	0,0%	0,1%
	<i>Amministrazioni Regionali e Province Autonome</i>	6,6%	3,9%	2,6%
	<i>Arpa</i>	0,0%	0,0%	0,0%
	<i>Assistenza Sanitaria Diversa dalle Asl</i>	0,0%	0,0%	0,1%
	<i>Aziende Sanitarie Locali (Asl)</i>	90,5%	91,5%	94,1%
	<i>Istituti Zooprofilattici</i>	0,2%	0,2%	0,1%
Imprese Pubbliche Locali		1,5%	1,5%	1,5%
	<i>Altro</i>	0,2%	0,1%	0,2%
	<i>Ambiti Territoriali Ottimali (ATO) e Soggetti di Governo D'ambito</i>	0,0%	0,0%	0,0%
	<i>Assistenza Sanitaria diversa dalle Asl</i>	0,2%	0,3%	0,2%
	<i>Case di Riposo</i>	0,0%	0,0%	0,0%
	<i>Farmacie</i>	0,8%	0,8%	0,8%
	<i>Gestori del Patrimonio Pubblico</i>	0,0%	0,0%	0,0%
	<i>Multiutility</i>	0,3%	0,3%	0,3%
	<i>Servizi e Attività Culturali</i>	0,0%	0,0%	0,0%
	<i>Servizi e Attività Ricreative</i>	0,0%	0,0%	0,0%
Imprese Pubbliche Regionali		1,1%	1,3%	0,6%
	<i>Altro</i>	0,9%	1,1%	0,5%
	<i>Assistenza Sanitaria diversa dalle Asl</i>	0,1%	0,2%	0,1%
	<i>Multiutility</i>	0,0%	0,0%	0,0%
Totale complessivo		100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

Al 2020, il ruolo svolto dalle Amministrazioni Regionali come maggiori finanziatrici della spesa pubblica destinata al settore Sanità non riscontra differenze notevoli tra le regioni, anche se sono degni di nota i contributi delle Imprese Pubbliche Locali alla spesa complessiva in Emilia-Romagna (4,8% a fronte di una media nazionale che si attesta all'1,5%), Toscana, Provincia Autonoma di

Trento e Umbria, nonché il ruolo svolto dalla controllata regionale in Campania che assorbe il 12,8% della spesa che ricade sul territorio (cfr. Figura 6).

Figura 6 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE DEI TERRITORI NEL SETTORE SANITÀ PER TIPOLOGIA DI SOGGETTI. ANNO 2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

1.5 COME SI SPENDE

Un ultimo tassello di analisi, al fine di individuare le differenti modalità di spesa primaria netta sostenuta dal Settore Pubblico Allargato per Sanità tra il 2000 e il 2020, riguarda la composizione per categorie economiche della spesa medesima, sia quelle di parte corrente (più che prevalenti) sia quelle in conto capitale.

Le spese di natura corrente per l'acquisto di beni e servizi costituiscono gran parte della spesa di settore: in media, tra il 2000 e il 2020, hanno assorbito circa i due terzi del totale di comparto mentre le spese per il personale poco più di un quarto (cfr. Tabella 2), a dimostrazione che la maggior parte della spesa viene sostenuta per il proprio funzionamento.

In particolare 26,6 miliardi di euro nel 2020 hanno finanziato stipendi e contributi del personale medico e paramedico, una cifra che però non rappresenta il picco assoluto ma anzi, non va oltre l'86% rispetto all'anno in cui è risultata più alta tale tipologia di spesa, ovvero il 2006 (i dati, essendo espressi in termini reali poiché deflazionati, sono confrontabili nel tempo).

Le spese in conto capitale, la cui incidenza è estremamente bassa, mostrano però un dato peculiare al 2020, specie nella loro componente relativa all'acquisto e realizzazione di asset materiali diversi da quelle immobiliari e di immobilizzazioni immateriali (2,4% nel 2020, a fronte di una media che non supera l'1%): il motivo della quasi triplicazione di tale tipologie di spesa rispetto anche solo all'anno precedente è verosimilmente da ricercare negli stanziamenti eccezionali posti in essere per far fronte all'emergenza pandemica.

Tabella 2 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ PER CATEGORIA DI SPESA. ITALIA, ANNI 2019, 2020 E MEDIA 2000-2020 (valori percentuali)

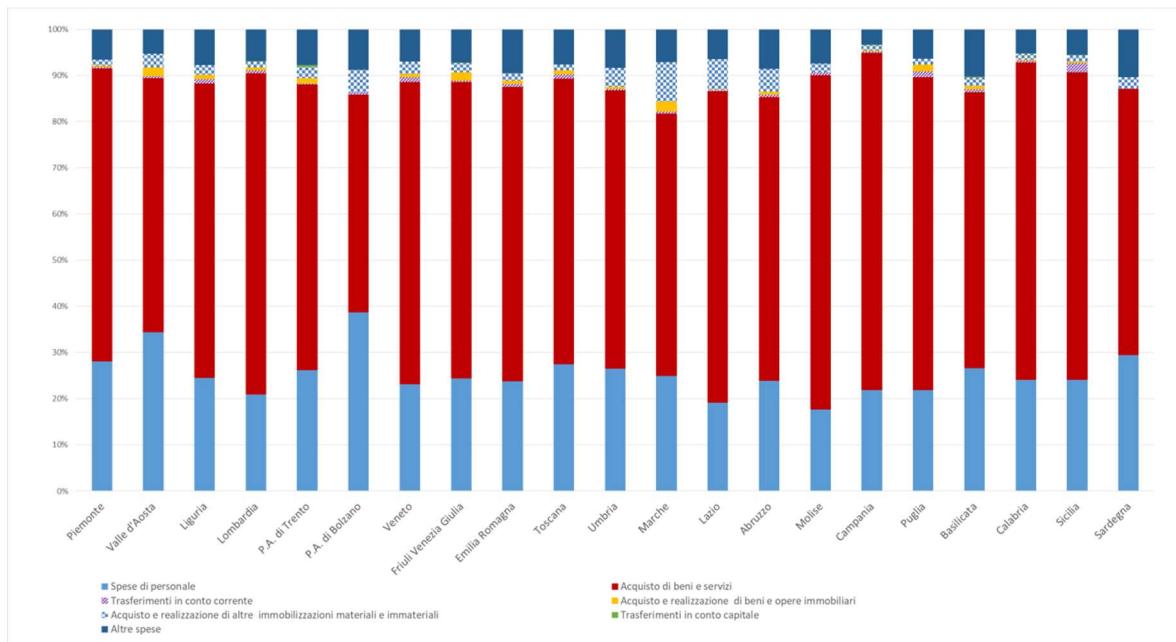
	2019	2020	Media 2000-2020
Spese di personale	22,6%	23,6%	25,7%
Acquisto di beni e servizi	67,9%	65,8%	64,7%
Trasferimenti in conto corrente	0,8%	0,7%	1,0%
Acquisto e realizzazione di beni e opere immobiliari	0,6%	0,6%	1,6%
Acquisto e realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali	0,9%	2,4%	0,9%
Trasferimenti in conto capitale	0,0%	0,0%	0,1%
Altre spese	7,3%	6,9%	6,0%
Totale complessivo	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

Dalla disamina per destinazione economica della spesa al 2020 (cfr. Figura 7) si evince una certa omogeneità nella preponderanza delle voci relative all'acquisto di beni e servizi (seppur in un range che va da un minimo del 47,1% nella Provincia Autonoma di Bolzano ad un massimo del 73,1% in Campania). Molto più eterogenee, invece, le incidenze della componente relativa alle spese del personale, in funzione anche della diversa capacità di presidio sul territorio e dalla presenza di strutture ospedaliere e di ricovero più o meno capienti: il peso di tale tipologia di spesa nel Molise non raggiunge il 18%, percentuale che si duplica nel caso della Provincia Autonoma di Bolzano e della Valle d'Aosta.

Da segnalare infine come nelle Marche, nel 2020, la componente immateriale degli investimenti abbia raggiunto un picco senza eguali, andando ad incidere per quasi il 9% della spesa totale.

Figura 7 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE DEI TERRITORI NEL SETTORE SANITÀ PER CATEGORIA DI SPESA. ANNO 2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

CAPITOLO 2

GLI INDICATORI DI CONTESTO

2.1 INTRODUZIONE

La Sanità rappresenta per la maggior parte dei paesi contemporanei un settore di grande interesse poiché contribuisce in maniera significativa al benessere della popolazione e svolge indirettamente un ruolo cruciale all'interno del sistema produttivo garantendo il benessere psico-fisico della forza lavoro. La necessità di studiarne funzionamento e performance dipende quindi dalla crucialità rivestita dal settore per l'intero apparato socio-economico e relativamente al contesto Italia, dalle consistenti risorse pubbliche che in esso vengono annualmente investite.

L'obiettivo che ci si è posti con il presente lavoro è quello di costruire un insieme informativo da cui ottenere indicatori di sintesi in grado di rappresentare e spiegare il settore sanitario italiano sotto diversi aspetti. I dati e le analisi settoriali disponibili in letteratura sono molteplici, tuttavia, spesso sono privi di quella profondità "storica" utile ad elaborare o supportare interpretazioni di medio e lungo periodo. Ne deriva la necessità di costituire una base informativa aggiornabile che sia quindi capace di identificare le criticità del settore sanitario e di coglierne le principali tendenze o evoluzioni, oltre a consentire verifiche di tipo statistico utili a studiare l'influenza che la spesa pubblica e/o la struttura dell'offerta sanitaria possono esercitare su quell'insieme informativo e sulle performance dei sistemi sanitari regionali.

Al patrimonio informativo prodotto dai CPT sulla regionalizzazione e categorizzazione economica della spesa pubblica per Sanità, si è voluto aggiungere un insieme informativo composto da indicatori (e/o indici³) sintetici di varia natura, per l'individuazione e la costruzione dei quali si è innanzitutto proceduto ad una breve analisi della bibliografia pertinente (di cui riportiamo un unico contributo), e si è successivamente passati alla disamina delle informazioni che, per reperibilità del dato e per capacità rappresentativa del settore, potessero essere utilizzate per la loro composizione.

Seguendo le principali fasi dell'analisi elaborata, il seguente lavoro è così strutturato:

- presentazione del principale riferimento bibliografico;
- panoramica sull'offerta territoriale di servizi sanitari;
- presentazione e discussione degli indicatori sintetici elaborati e delle metodologie utilizzate;
- analisi dei sistemi sanitari regionali e discussione delle principali evidenze analitiche ed empiriche.

2.2 PREMESSA BIBLIOGRAFICA

Come precedentemente evidenziato, la costruzione degli indicatori sintetici ha richiesto una selezione delle informazioni in grado di rappresentare al meglio le specificità del settore sanitario, di identificarne i meccanismi di funzionamento, definirne i concetti di output e individuarne i vettori di domanda e/o di offerta. Relativamente a questa necessità, il documento "Health Indicators. Conceptual and operational considerations" prodotto in collaborazione tra la WORLD HEALTH ORGANIZATION e la PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, ci ha fornito una panoramica sui

³ Da qui in avanti chiamati indistintamente indicatori o indici.

principali indici utilizzati dalla ricerca scientifica per analizzare il settore sanitario, consentendoci di realizzare una prima rassegna delle principali dimensioni rappresentative del settore.

Il documento riporta una serie di indicatori aggregandoli e classificandoli secondo tre macro domini così sintetizzabili:

- indicatori dello stato di salute (*morbidity/mortality*);
- indicatori comportamentali di rischio (*behavioral risk factors*);
- indicatori del servizio sanitario (*health services*).

Gli indicatori di morbosità (*morbidity*) individuano l'occorrenza di malattie, danni e disabilità all'interno della popolazione (es: tasso di diagnosi da HIV, tasso di prevalenza di ipertensione, ecc..); gli indicatori di mortalità (*mortality*) quantificano invece l'incidenza dei problemi di salute (es: mortalità infantile, mortalità per patologie respiratorie, mortalità per malattie individuabili ecc..); mentre gli indicatori comportamentali di rischio (*behavioral risk factors*) delineano le abitudini di vita che accentuano il rischio di incorrere in un peggioramento dello stato di salute (es: abuso di alcolici, obesità, sedentarietà, tasso di fumatori ecc..).

Gli indicatori del servizio sanitario (*health services*) sono quelli utili a definire la qualità dei servizi sanitari offerti ad una popolazione. Questi ultimi possono essere a loro volta suddivisi in: i) indici di processo, che definiscono la fornitura di servizi sanitari e di assistenza sanitaria (attività diagnostiche, cure, trattamenti ecc..); ii) indici di struttura, che definiscono le strutture e le attrezzature utili all'offerta del servizio sanitario quali ospedali, cliniche, posti letto, personale ecc..; iii) indici di *outcome*, che esplicitano il risultato dell'attività del servizio sanitario in termini di soddisfazione della popolazione rispetto al proprio stato di salute e/o rispetto al servizio sanitario offerto.

Prendendo spunto dalla classificazione sopra riportata e coerentemente con l'obiettivo di indagare sulle performance dei sistemi sanitari regionali in relazione alle risorse pubbliche impiegate in ciascun territorio, si è scelto di delineare solo alcune delle dimensioni rappresentate dagli indicatori sopra citati. Nello specifico, sono stati elaborati degli indici in grado di rappresentare dimensioni quali il risultato, il processo (inteso anche come livello di attività) che porta a tali risultati e la soddisfazione da parte della popolazione in relazione ai servizi ricevuti.

Oltre alla rilevanza settoriale delle informazioni da rappresentare all'interno di ciascun indicatore, la loro costruzione ha dovuto necessariamente tenere conto della disponibilità dei dati, soprattutto rispetto alla dimensione temporale, cioè tener conto della reperibilità dei dati per un periodo sufficientemente lungo da permettere un'analisi prospettica e statisticamente significativa. Quest'ultimo aspetto si è dimostrato rilevante e ha limitato la scelta delle variabili a quelle con un maggior grado di "memoria" storica e con una maggior facilità di aggiornamento⁴.

2.3 LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA DI SERVIZI SANITARI

I dati rappresentati in Tabella 3, i quali riportano i valori medi del periodo 2004-2020 per un insieme di variabili relative all'offerta sanitaria regionale, favoriscono una lettura della diversa capacità e/o dotazione dei Sistemi Sanitari Locali (SSL). Molte delle variabili qui presentate saranno incluse nella costruzione degli indicatori, pertanto, una breve presentazione della loro distribuzione sul territorio aiuta a comprendere in chiave comparativa i valori registrati dalle regioni italiane per ciascuno degli

⁴ Numerose variabili di interesse disponibili nelle banche dati dell'ISTAT risentono purtroppo di una incompletezza in termini di lunghezza della serie storica.

indicatori elaborati e consente di interpretare con maggiore chiarezza i risultati delle analisi empiriche riportate nella parte finale del lavoro. Oltre ai dati di spesa di fonte CPT, le variabili utilizzate provengono dalle banche dati dell'ISTAT, del MEF e del Ministero della Salute.

Il primo elemento utile a qualificare l'offerta sanitaria è dato dal numero di posti letto pro capite⁵, il quale fornisce una misura della capacità dei Sistemi Sanitari Locali ad assorbire la domanda per servizi sanitari; diversamente, il rapporto tra il numero di posti letto e il personale sanitario totale ci restituisce una misura della dotazione di una parte del capitale disponibile per singola unità di personale sanitario⁶. La Tabella mostra come il numero di posti letto offerti nel territorio italiano varia in un range tra 2,9 e 4,1 per 1000 abitanti; tra le regioni con una maggiore dotazione troviamo il Molise, l'Emilia-Romagna, il Lazio e la Lombardia mentre tra le regioni meno dotate si collocano la Basilicata, la Calabria, la Sicilia e la Campania.

Tabella 3 CARATTERISTICA DELL'OFFERTA SANITARIA REGIONALE (media anni 2004-2020)

Regioni	N. posti letto pro capite	N. posti letto/ personale	Stock capitale pro capite	Personale totale pro capite	Spesa pubblica pro capite	Spesa totale pro capite	% Spesa delle famiglie	PIL pro capite	N. posti letto/ istituti di cura	Età media
Piemonte	3,72	0,29	2,38	13,12	1.804	2.433	25,9%	30.290	194,8	45,8
V. d'Aosta	3,61	0,21	8,29	16,93	2.037	2.768	26,3%	39.526	295,9	44,7
Lombardia	3,81	0,36	2,43	10,67	1.894	2.512	24,7%	37.818	238,7	44,1
Trentino	3,93	0,25	7,30	15,64	2.197	2.913	24,1%	39.798	146,5	45,8
Veneto	3,53	0,28	2,64	12,48	1.802	2.463	26,8%	31.759	325,6	46,2
Friuli	3,49	0,21	3,15	16,12	1.851	2.435	24,1%	30.203	223,5	46,0
Liguria	3,61	0,23	2,68	15,92	1.900	2.556	25,8%	31.370	286,9	42,3
Emilia	3,99	0,29	3,34	13,77	1.987	2.674	25,3%	34.583	238,1	44,0
Toscana	3,18	0,23	2,53	14,01	1.774	2.349	24,3%	30.273	168,2	45,3
Umbria	3,13	0,24	1,84	12,92	1.894	2.457	22,7%	26.539	171,3	45,5
Marche	3,47	0,27	2,70	12,81	1.756	2.283	23,0%	26.772	179,9	44,6
Lazio	3,98	0,44	2,51	9,11	1.887	2.457	23,3%	35.032	142,6	48,1
Abruzzo	3,43	0,30	3,99	11,64	1.720	2.251	23,8%	24.615	146,1	45,0
Molise	4,09	0,36	5,93	11,43	1.778	2.180	18,9%	21.354	145,8	42,5
Campania	2,86	0,34	2,76	8,58	1.488	1.828	18,6%	18.862	137,6	43,9
Puglia	3,23	0,35	2,61	9,22	1.624	2.119	23,5%	18.002	194,0	43,7
Basilicata	3,08	0,25	7,44	12,03	1.612	1.993	19,0%	20.448	160,3	44,3
Calabria	3,00	0,28	3,62	10,75	1.648	2.098	21,5%	16.948	95,6	42,2
Sicilia	2,99	0,33	2,67	9,28	1.652	2.098	21,4%	18.141	115,5	42,6
Sardegna	3,57	0,28	5,30	13,01	1.830	2.240	18,4%	20.484	147,1	40,6
Italia	3,49	0,31	5,85	11,41	1.784	2.337	23,6%	28.423	175,6	43,8

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, MEF e Ministero della Salute

Il numero di posti letto per personale sanitario oscilla, invece, tra lo 0,21 e lo 0,44. Un maggior/minor valore di questo indicatore denota, anche se in modo parziale, la maggiore (minore) disponibilità di capitale per unità di risorsa umana sanitaria. Le regioni a maggiore intensità di utilizzo sono il Lazio, il Molise, la Lombardia e la Puglia, mentre le regioni a minor intensità di utilizzo sono rappresentate dalla Liguria, dalla Toscana, dal Friuli-Venezia Giulia e dalla Valle d'Aosta.

La misura del capitale pubblico sanitario sulla popolazione⁷ offre un'altra importante informazione sull'offerta sanitaria locale; essa manifesta una grande variabilità – con un range che va da 1,8 a 8,3 migliaia di euro pro capite – che vede la Valle d'Aosta, la Basilicata, il Trentino-Alto Adige e la

⁵ Il numero di posti letto rientra nella dotazione del capitale di ogni Sistema Sanitario Locale.

⁶ Questo rapporto restituisce una misura indiretta della domanda potenziale che ogni unità di personale è chiamata a soddisfare.

⁷ La cui costruzione è riportata in appendice.

Sardegna tra le regioni più dotate, mentre la Toscana, la Lombardia, il Lazio e l’Umbria tra quelle meno dotate.

Appare rilevante il dato relativo al personale totale pro capite, una variabile che oscilla in un range che va da 8,5 a 16 per 1000 abitanti e che vede al primo posto la Valle d’Aosta, seguita dal Friuli Venezia-Giulia, dalla Liguria e dal Trentino Alto Adige, mentre negli ultimi posti troviamo la Sicilia, la Puglia, il Lazio e infine la Campania.

La spesa pubblica pro capite per Sanità (spesa corrente e spesa in conto capitale) oscilla in un range più contenuto: tra i 1.490 e i 2.200 euro per abitante, in cui livelli più elevati si registrano nel Trentino-Alto Adige, Valle d’Aosta, Emilia Romagna e Liguria, mentre i livelli più bassi nelle regioni della Calabria, Puglia, Basilicata e Campania, con valori particolarmente bassi per quest’ultima. Per quel che riguarda la spesa sanitaria totale (comprendente la spesa pubblica e quella privata realizzata dalle famiglie⁸) si osserva un quadro analogo con un’elevata correlazione tra le due tipologie di spesa. A loro, poi, appare molto correlato anche il PIL regionale pro capite.

Da questo dato è possibile ricavare la percentuale di spesa (privata) che le famiglie italiane sostengono per motivi medici o sanitari sul totale della spesa sanitaria (pubblica e privata). Questa variabile contribuisce a completare il quadro sulla differente composizione e dotazione delle risorse dei Sistemi Sanitari Locali. Veneto, Valle d’Aosta, Piemonte e Liguria sono le regioni con una maggiore percentuale di spesa privata pro capite, mentre la Basilicata, il Molise, la Campania e la Sardegna quelle con la minor percentuale.

La breve panoramica appena fatta suggerisce un raggruppamento delle regioni in tre cluster: nel primo ritroviamo la Valle d’Aosta, il Trentino-Alto Adige, il Friuli Venezia-Giulia e la Liguria, nel secondo ritroviamo la Campania, la Calabria, la Basilicata, la Puglia, il Lazio e meno distintamente la Sicilia, e nel terzo tutte le altre regioni. Il primo gruppo evidenzia una migliore dotazione di risorse, il secondo mostra invece la dotazione più carente e infine il terzo raggruppa tutte le regioni che si collocano in una situazione intermedia.

Completano il quadro conoscitivo, l’età media della popolazione regionale, un indicatore relativamente ristretto ad un range piccolo, e la dotazione media di posti letto per istituti di cura⁹, che rappresenta una proxy della dimensione media delle strutture sanitarie.

2.4 GLI INDICATORI

Per la costruzione degli indicatori sono stati utilizzati dati in serie storica a livello regionale provenienti prevalentemente dalle banche dati dell’Istat e dal Ministero della Salute. Alcuni dati presentavano lacune per diversi anni, per cui si è proceduto ad elaborare delle interpolazioni ai fini di completare il più possibile il campione a disposizione.

La scelta adottata per elaborare gli indicatori si è basata su una sintesi di tipo qualitativo piuttosto che statistico-econometrico¹⁰, portata avanti mediante l’utilizzo di criteri razionali e coerenti con la letteratura.

L’approccio adottato ha richiesto innanzitutto di procedere con una trasformazione delle variabili che annullasse la disomogeneità delle unità di misura in cui ciascuna di queste era espressa (es.

⁸ Il dato relativo alla spesa familiare (parimenti definita come spesa privata) per servizi sanitari proviene dalle Indagini multiscopo dell’ISTAT. Tali spese includono le seguenti categorie di beni e servizi sanitari: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzi e apparecchiature medicali, servizi medici (generalisti e specialistici), servizi dentistici, servizi paramedici e servizi ospedalieri.

⁹ La dimensione media degli istituti di cura favorisce una misura del concetto di “economia di scala”.

¹⁰ Resa anche complessa dalla natura sezionale-temporale delle informazioni a disposizione.

percentuali relative, valori assoluti, numeri indice, ecc.). Si è quindi dovuto procedere con la normalizzazione delle variabili e la scelta di uno specifico criterio di normalizzazione. Il metodo adottato nella seguente analisi è quello della *Distanza Euclidea* in quanto ritenuto più stabile rispetto alla conformazione degli indicatori¹¹ da produrre.

Tabella 4 INDICATORI E VARIABILI DI COMPOSIZIONE

Indicatori	Composizione
Indice di Risultato (IR)	Mortalità evitabile (M.E), mortalità infantile (M.I), mortalità per tumori (M.T), mortalità per cardiopatie (M.C), mortalità per patologie respiratorie (M.R), speranza di vita alla nascita (S.V).
Indice di Criticità (IC)	Mortalità evitabile (M.E), mortalità infantile (M.I), mortalità per cause mal definite (M.Mal.D).
Indice di Rischio (IRI)	Tabagismo (SIG), obesità (OB), indice di vecchiaia (I.V), mortalità per le principali cause (M.PRIN), sedentarietà (SED), sottopeso (SOTT.P), sovrappeso (SOVR.P), inadeguata alimentazione (I.ALIM).
Indice di Attività (ID)	Dimissioni in day-hospital e in regime ordinario (DIM.T), ricorsi al pronto soccorso (R.P.), ricorsi alla guardia medica (R.G), ricoveri ospedalieri (RIC), giorni di degenza ospedaliera (G.D.O), indice di immigrazione ed emigrazione ospedaliera (I.I.E).
Rapporto Attività/Personale (IDP)	Tutte le variabili precedenti ponderate sul numero totale del personale.
Indice di Soddisfazione (IS)	Livello di soddisfazione per il personale medico (S.M), livello di soddisfazione per il personale infermieristico (S.I), livello di soddisfazione per il vitto (S.V), livello di soddisfazione per l'igiene (S.IG).
Indice di Remunerazione del Personale (IRP)	Questo indicatore è dato dal rapporto tra la spesa di personale (SPESA.P) e il numero totale del personale (PERS).

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, MEF e Ministero della Salute

La Tabella 4 riporta tutti gli indicatori prodotti e le relative variabili (informazioni) utilizzate per la loro costruzione. Prima di procedere con una breve descrizione degli indici è importante sottolineare come la strada metodologica intrapresa abbia anche richiesto la scelta dei ponderatori da assegnare a ciascuna variabile rappresentata all'interno dei singoli indicatori, i quali riflettono il peso rivestito da ciascuna variabile nel rappresentare quella dimensione e/o quell'ambito specifico del settore sanitario. I pesi sono stati quindi definiti in base ad una valutazione ad hoc del ruolo giocato dalle singole variabili¹² e sono stati utilizzati per l'elaborazione dei vari indicatori così come riportato di seguito:

- $IR=1/((M.E*0.15)+(M.I*0.15)+(M.T*0.2)+(M.C*0.2)+(M.R*0.2)+((1/S.V)*0.1))$
- $IC=((M.E*0.4)+(M.I*0.4)+(M.Mal.D*0.2))$
- $IRI=((SIG.*0.1)+(OB*0.2)+(I.V*0.2)+(M.PRIN*0.1)+(SED*0.1)+(SOTT.P*0.1)+(SOVR.P*0.1)+(I.ALIM*0.1))$
- $ID=(DIM.T*0.1)+(R.P.S*0.1)+(R.G*0.1)+(RIC*0.1)+(G.D.O*0.5)*(exp(0.1*I.Imm.Emi))$
- $IDP=(ASS.prop*0.1)+(R.P.S.prop*0.1)+(R.G.prop*0.1)+(RIC.prop*0.1)+(G.D.O.prop*0.5)*(exp(0.1*I.I.E))$
- $IS=(S.M*0.4)+(S.I*0.3)+(S.V*0.1)+(S.IG*0.2)$

¹¹ In appendice è possibile trovare un elenco dei criteri di normalizzazione più diffusi in letteratura.

¹² Nella maggior parte dei casi, le ponderazioni adottate sono inversamente proporzionali al numero di variabili che compongono gli indici. Anche se in questa fase di elaborazione non sono state considerate ipotesi di ponderazione derivanti da consultazione con esperti di settore, sarebbe opportuno convenire ad un insieme condiviso di ponderatori ottenuti con metodiche assimilabili al Delphi Method.

- IRP=SPESA.P/PERS

L'**Indice di Risultato** (IR) è costruito da variabili che si ritengono rilevanti nel delineare le performance generali del sistema sanitario. Esso cresce col decrescere della mortalità infantile, della mortalità evitabile (cioè per cause che sono ad oggi ritenute curabili), della mortalità per le principali cause (tumori, apparato circolatorio e vie respiratorie) e con l'aumentare della speranza di vita. L'andamento di quest'ultima variabile è indubbiamente collegato al progresso raggiunto dai sistemi sanitari odierni e al conseguente miglioramento delle condizioni generali di salute della popolazione, tanto che la sua tendenza è sempre crescente lungo tutto l'arco temporale considerato (ad eccezione dell'anno 2020 in cui si registra un calo repentino). Proprio per l'andamento connaturato di tale variabile si è deciso di darle all'interno dell'indicatore il peso minore, lasciando che la qualità del servizio sanitario (intesa anche come capacità di prevenzione) si esplichi anche nella sua capacità a ridurre le principali cause di morte.

L'**Indice di Criticità** (IC) rappresenta in maniera più precisa le possibili carenze del sistema sanitario, e quindi restituisce un indicatore indiretto delle problematiche di cui può soffrire il sistema stesso. Esso, infatti, cresce col crescere di sole tre tipologie di mortalità: quella evitabile, quella infantile e quella per cause mal definite o non note.

L'**Indice di Rischio** (IRI) rappresenta una misura di tutti quei comportamenti quotidiani e/o stili di vita della popolazione che possono rappresentare un rischio per la salute dell'individuo ed esercitare uno stress maggiore (soprattutto in termini prospettici) sul sistema sanitario che dovrà quindi farsi carico del possibile peggioramento dello stato di salute della popolazione conseguente a tali abitudini.

L'**Indice di Attività** (ID) riflette la richiesta da parte della popolazione di servizi sanitari, infatti, può essere interpretato anche come una proxy della domanda per tali servizi¹³. In esso viene considerata sia la componente regionale interna della domanda/livello di attività (data dal numero di ricorsi al pronto soccorso e alla guardia medica, dal numero di dimissioni in day-hospital e in regime ordinario, dal numero di ricoveri e delle giornate di degenza) sia quella extra-regionale rappresentata dall'indice di immigrazione e emigrazione ospedaliera.

Un'informazione alternativa e aggiuntiva ci viene dal **Rapporto Attività/Personale** (IDP) che pondera il livello di attività con il personale in dotazione dai sistemi sanitari regionali, restituendo una buona indicazione sul livello di attività sostenuto da ciascuna unità di personale e quindi della "pressione della domanda" che ogni unità di personale sopporta. Si potrebbe ipotizzare che un sistema sanitario sottoposto a una eccessiva pressione di domanda, possa riflettere indicatori di risultato o di criticità peggiori.

L'**Indice di Soddisfazione** (IS) è stato costruito utilizzando i risultati di un'indagine sistematica condotta dall'Istat sul livello di gradimento della popolazione italiana relativamente a quattro differenti aspetti del servizio sanitario italiano: il personale medico, il personale infermieristico, i servizi igienici e l'ospitalità/vitto. Nello specifico, l'indicatore è stato costruito prendendo unicamente i rispondenti all'indagine che hanno esplicitato un alto livello di soddisfazione.

L'**Indice di Remunerazione del Personale** (IRP) è dato dal rapporto tra le spese di personale e il personale totale presente in ciascuna regione; esso ci restituisce la remunerazione media corrisposta nelle singole regioni a ciascuna unità di personale sanitario.

¹³ L'Indice di Attività, tuttavia, esprime potenzialmente anche una misura dell'offerta di servizi effettivamente erogata dai Sistemi Sanitari Locali.

2.5 INDICATORI E PATTERN REGIONALI

Rinunciando momentaneamente alla ricerca di un nesso causale tra spesa pubblica per Sanità e indicatori, nella presente parte del lavoro si intende offrire una rappresentazione grafica dei dati utile ad una lettura comparata delle performance regionali (desumibili dagli *score* regionali per gli indicatori proposti) e a delineare un profilo di comportamento dei sistemi sanitari regionali rispetto ai loro livelli di spesa. Il potenziale contributo che gli indicatori qui ricostruiti possono dare in termini interpretativi risiede proprio nella possibilità di leggerne l'andamento congiunto fornendo una visione di sintesi sugli aspetti salienti del sistema sanitario. Un'analisi comparativa è da considerarsi ancor più utile all'interno di un sistema sanitario interamente pubblico come quello italiano, in virtù del quale è necessario garantire una distribuzione delle risorse proporzionale alle esigenze dei territori e ottenere performance non troppo difformi tra questi ultimi.

Nello specifico, mediante la standardizzazione degli indicatori¹⁴ è stato possibile ottenere una rappresentazione grafica a quattro quadranti che ci restituisce il posizionamento di ciascuna regione rispetto al valore medio (e quindi rispetto alla media nazionale) degli indicatori e della spesa pro capite. Per scorgere eventuali cambiamenti nel tempo del posizionamento relativo delle regioni, si è scelto di dividere l'arco temporale a nostra disposizione in tre periodi (2005-2010, 2010-2015, 2015-2020) e rappresentare la media della spesa e degli indicatori per ciascun periodo.

Per una lettura più agevole, è utile interpretare i quattro quadranti come segue:

1. Il primo quadrante comprende le regioni che presentano elevati (superiori alla media) valori dell'indicatore ed elevati (superiori alla media) livelli di spesa pro capite;
2. Il secondo quadrante comprende le regioni che presentano elevati (superiori alla media) valori dell'indicatore e bassi (inferiori alla media) livelli di spesa;
3. Il terzo quadrante comprende le regioni che presentano bassi (inferiori alla media) livelli dell'indicatore e bassi (inferiori alla media) livelli di spesa;
4. Il quarto quadrante comprende le regioni che presentano bassi (inferiori alla media) valori dell'indicatore ed elevati (superiori alla media) livelli di spesa.

La Figura 8 riporta l'Indice di Risultato (IR) e l'Indice di Rischio (IRI) sulla spesa totale pro capite per il settore Sanità. La lettura del grafico relativo all'IR (1) permette innanzitutto di notare come le regioni siano rappresentate da una nuvola di punti molto fitta che si concentra attorno all'origine degli assi, con solo due o tre regioni che, nei tre periodi considerati, si allontano dalla media nazionale in modo più marcato. Nello specifico, si osserva come la Campania abbia in tutti e tre i periodi considerati la spesa pro capite e i livelli di risultato più bassi del campione; collocata nel terzo quadrante assieme alla Sicilia, al Molise, alla Calabria, al Friuli Venezia-Giulia e (in misura meno marcata) alla Basilicata, questa regione abbina ad una spesa pro capite mediamente più bassa livelli di risultato mediamente più bassi. Da questo quadrante sembrano spostarsi nel tempo unicamente il Friuli Venezia-Giulia e il Molise, per i quali però, la destinazione sembra essere diversa. Infatti, se per il Friuli si nota come il graduale aumento della spesa pro capite (rispetto sempre alla media nazionale) abbia consentito nell'ultimo periodo di aumentare anche i risultati raggiunti facendo registrare un valore dell'IR sopra la media nazionale, il Molise raggiunge il quarto quadrante e non fa corrispondere ad un aumento della spesa un miglioramento delle sue prestazioni, ottenendo comunque un livello di risultato sotto la media. Interessante è proprio il

¹⁴ Secondo la formula: $y_i = \frac{(x_i - x_{Media})}{(Std\ Dev)}$ dove Std Dev rappresenta la deviazione standard. La standardizzazione opera una trasformazione degli indici e della spesa totale pro capite generando una variabile che ha come media 0 e come deviazione standard 1. Ciò significa che i valori prossimi allo zero, sia per quel che riguarda gli indici che per la spesa, devono considerarsi vicini alla media dei dati osservati, quindi, vicini alla media nazionale.

quarto quadrante, poiché raccoglie quelle regioni che pur avendo una spesa pro capite superiore alla media non riescono ad ottenere livelli di prestazione mediamente più alti. Questo quadrante potenzialmente descrive una misura di inefficienza di spesa e, d'altro canto, raccoglie un numero esiguo di regioni: il Lazio, la Liguria, la Valle d'Aosta e solo nell'ultimo quinquennio il Molise. Nel quadrante di chi spende di più ma ottiene anche di più in termini di risultato ci sono, invece, il Trentino-Alto Adige, l'Emilia Romagna, la Lombardia, l'Umbria e la Toscana. Nello specifico, il Trentino rappresenta il secondo outlier del campione poiché registra livelli di spesa e di risultato tra i più alti. Interessante, invece, è la traiettoria intrapresa dalla Lombardia, dalla Toscana e in misura minore dall'Umbria; infatti, queste regioni a partire dal 2010-2015 escono dal primo quadrante per raggiungere il secondo, facendo sì che ad una diminuzione della loro spesa pro capite non ne corrispondesse anche una diminuzione dei loro indici di risultato. Questo quadrante intercetta, infatti, le regioni più 'virtuose' o 'efficienti', poiché sono quelle che mediamente spendono di meno ma ottengono livelli di risultato più alti della media; in questo quadrante troviamo distintamente solo le Marche e la Puglia (oltre alle tre regioni aggiuntesi negli ultimi due periodi). Tutte le altre regioni sembrano collocarsi molto vicino agli assi, facendo denotare sia per la spesa che per l'IR una tassonomia abbastanza neutra e vicinissima alla media nazionale.

Passando al grafico relativo all'IRI (2) la lettura cambia necessariamente; infatti, a parità di spesa, il posizionamento delle regioni in questa batteria di grafici cambia proprio in virtù dell'IRI e del differente significato rivestito da questo indicatore. In questo contesto il quarto quadrante assume una connotazione più positiva, poiché fa corrispondere ad una spesa superiore alla media, in virtù della quale il Trentino-Alto Adige e la Valle d'Aosta erano già stati discussi, un Indice di Rischio associato positivamente ad un valore inferiore alla media. Un quadro meno rassicurante si dipinge per la maggior parte delle regioni del sud, poiché ad una spesa inferiore alla media (anche per valori significativi) corrispondono non solo bassi livelli dell'IR (così come precedentemente commentato) ma anche alti livelli dell'indice di rischio. In questa batteria di grafici, infatti, i due quadranti che vanno monitorati con maggiore attenzione sono proprio quelli di sopra, cioè il primo e il secondo. Proprio perché l'IRI indicizza le abitudini di vita della popolazione che rischiano di impattare in modo negativo sullo stato di salute della stessa, sarebbe desiderabile che le regioni con valori di questo indice superiori alla media avessero al contempo una disponibilità di spesa superiore per fronteggiare il rischio. In tal senso, e soprattutto adottando un approccio prospettico, andrebbero monitorate non solo le regioni che in tutti e tre i periodi sono ferme nel secondo quadrante, ma anche tutte quelle che, pur registrando buoni livelli dell'Indice di Risultato (vedi la Lombardia), si collocano o si spostano nella parte alta del grafico.

Il primo grafico (1) di Figura 9 aggiunge un'informazione importante all'analisi, e cioè il livello di soddisfazione della popolazione rispetto ai servizi sanitari offerti. Il grafico mostra come vi sia una vera e propria relazione positiva tra spesa per Sanità e soddisfazione dei cittadini; infatti, il posizionamento delle regioni ci indica chiaramente che nei territori dove si spende mediamente di più si hanno livelli di soddisfazione maggiori e viceversa. Rispetto a questo andamento, vale la pena soffermarsi proprio su quelle regioni che si collocano nel secondo e nel quarto quadrante, cioè quelle regioni per cui questa relazione non sempre è verificata. Nello specifico, è interessante notare come il Lazio sia in tutti e tre i periodi considerati sempre nel quarto quadrante facendo corrispondere ad una spesa pro capite superiore alla media, bassi livelli di soddisfazione per i servizi offerti. D'altro canto, anche i livelli dell'IR del Lazio risultano inferiori alla media, e questo, esattamente come per il Molise a partire dal 2015, potrebbe contribuire a spiegare i bassi livelli di soddisfazione. Nel quadrante più virtuoso, cioè il secondo, risulta collocata nel primo periodo unicamente e più distintamente il Friuli Venezia-Giulia: ai livelli di spesa mediamente più bassi si associano livelli di soddisfazione sopra la media. La stessa regione abbandona questo quadrante in corrispondenza di un aumento della sua spesa sanitaria mantenendo invariati i livelli di soddisfazione della popolazione. Dal 2010 prendono il suo posto il Veneto, la Lombardia e la

Toscana, regioni che confermano nuovamente un buon utilizzo della spesa sia in termini di risultato che di soddisfazione della popolazione.

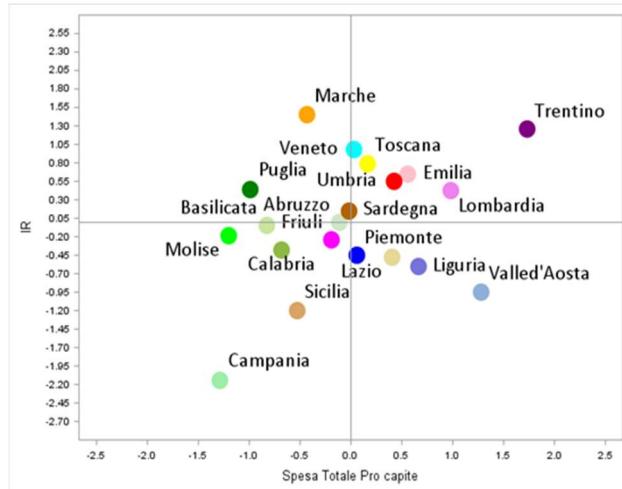
Nell'ultima batteria di grafici (2) della Figura 9 si è scelto di rappresentare il Rapporto Attività/Personale (IDP) sull'Indice di Remunerazione del Personale (IRP). Questi grafici consentono innanzitutto di comparare i differenti livelli di attività e/o di domanda che ogni unità di personale sanitario regionale deve soddisfare (offrendo cioè una misura della diversa "intensità di utilizzo" che ciascuna regione fa del proprio capitale umano), ma anche di leggere il dato relativo alle spese di personale e ai differenti livelli di remunerazione corrisposti al personale sanitario, alla luce dei livelli dell'IDP.

Anche in questo caso, i grafici evidenziano una relazione tendenzialmente positiva tra remunerazione del personale e livello di attività/personale, soprattutto nell'ultimo periodo preso in considerazione. Tuttavia, non è possibile interpretare tale relazione considerando unicamente l'aspetto dimensionale della dotazione di personale sanitario regionale poiché, ad incidere sulle relative spese, può concorrere anche la diversa composizione del personale (distribuzione dei profili professionali) nelle varie realtà territoriali. Andrebbe poi considerata una rimanente parte di spesa in acquisto di beni e servizi che – soprattutto negli ultimi anni - affianca e/o sostituisce la tradizionale spesa per personale dipendente concorrendo a completare la spesa complessiva che ciascuna regione sostiene per garantire la propria dotazione di capitale umano.

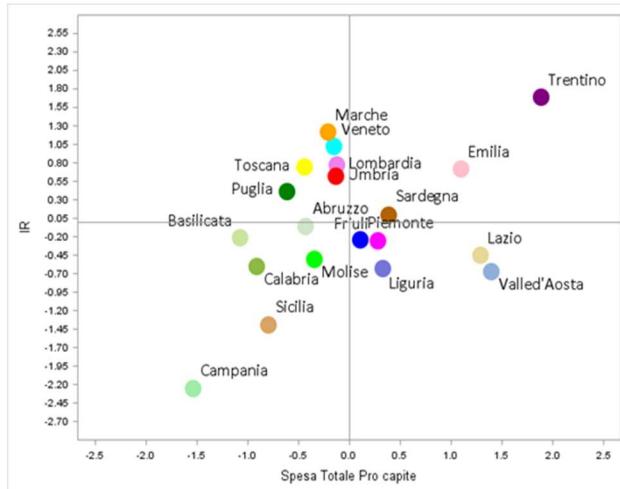
È interessante notare come il Lazio e le regioni del sud si posizionino quasi tutte nel primo quadrante. Rispetto ai grafici precedenti, il Lazio e molte delle regioni del sud si collocano infatti sopra la media nazionale sia per livelli di remunerazione del personale che per livelli di domanda pro personale.

Figura 8 (1) INDICE DI RISULTATO SU SPESA TOTALE PRO CAPITE; (2) INDICE DI RISCHIO SU SPESA TOTALE PRO CAPITE. MEDIE CALCOLATE SUI PERIODI 2005-2010, 2010-2015, 2015-2020

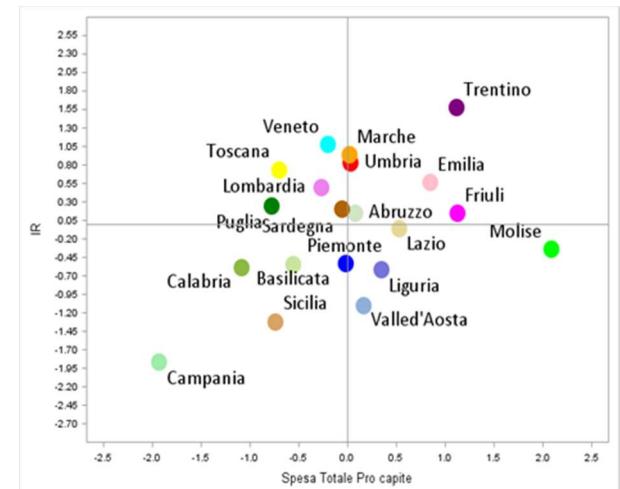
(1) Periodo 2005 - 2010



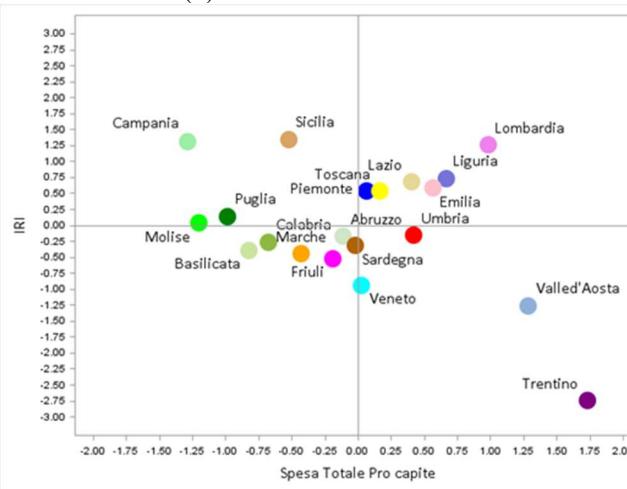
(1) Periodo 2010 - 2015



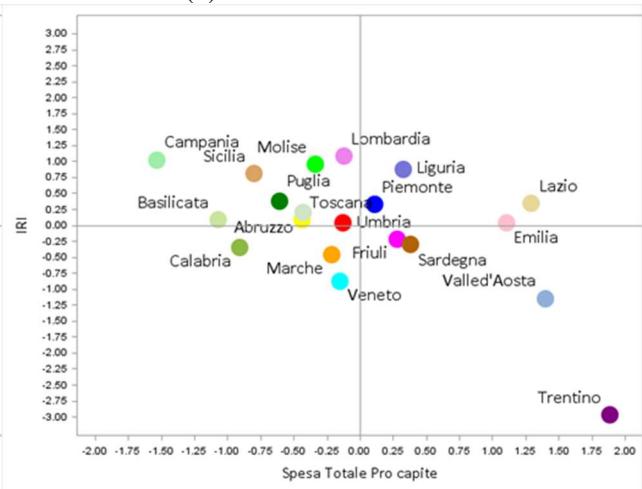
(1) Periodo 2015 - 2020



(2) Periodo 2005 - 2010



(2) Periodo 2010 - 2015



(2) Periodo 2015 - 2020

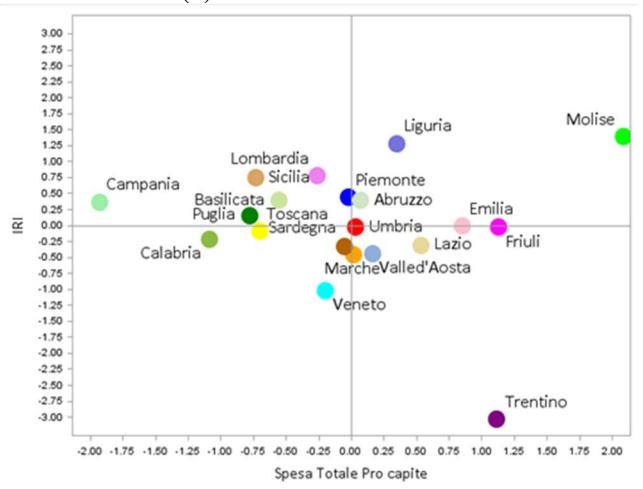
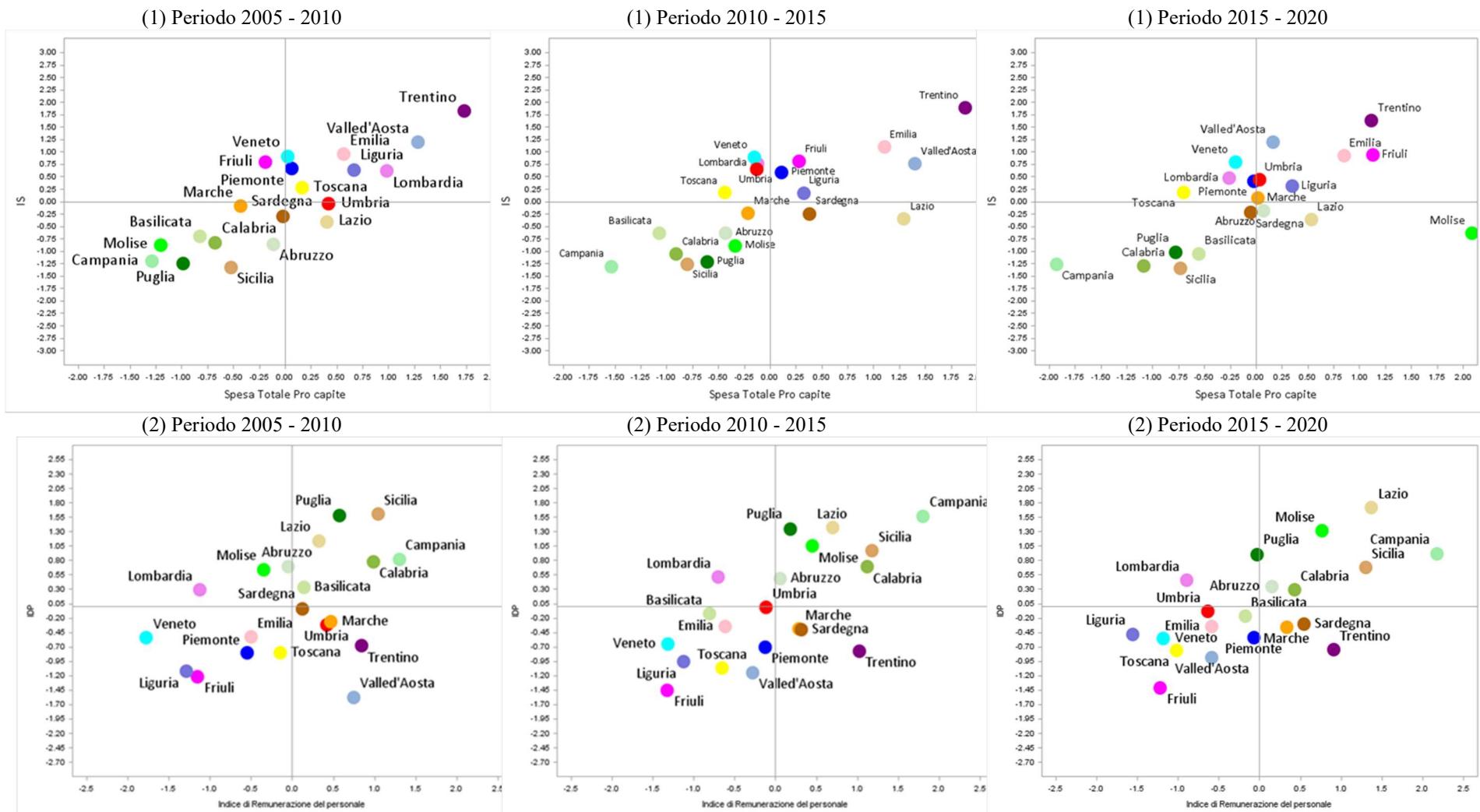


Figura 9 (1) INDICE DI SODDISFAZIONE SU SPESA TOTALE PRO CAPITE; (2) RAPPORTO ATTIVITÀ/PERSONALE SU INDICE DI REMUNERAZIONE DEL PERSONALE. MEDIE CALCOLATE SUI PERIODI 2005-2010, 2010-2015, 2015-2020



Fonte: Elaborazione a cura dell'Unità Tecnica Centrale CPT

Figura 10 RAPPRESENTAZIONE TABELLARE DELLE REGIONI ITALIANE PER CLASSI DI PUNTEGGIO RELATIVE A SETTE INDICATORI (media degli indicatori per i periodi 2005-2010, 2010-2015, 2015-2020)

2005-2010

Regioni	Rapporto Attività/ Personale	Indice di Remunerazione del Personale	% Spesa privata	Rapporto Capitale/ Personale	Indice di Risultato	Indice di Soddisfazione	Spesa Totale pro capite
Piemonte	1	1	3	1	1	3	2
Valle d'Aosta	1	3	2	3	1	3	3
Trentino	1	3	3	3	3	3	3
Veneto	1	1	3	1	3	3	2
Friuli	1	1	2	1	2	3	2
Liguria	1	1	3	1	1	3	3
Emilia	1	1	3	1	3	3	3
Toscana	1	2	2	1	3	2	2
Umbria	1	3	3	1	3	2	3
Marche	2	3	3	1	3	2	1
Basilicata	2	2	1	3	2	1	1
Sardegna	2	2	1	3	2	1	2
Lombardia	3	1	2	1	3	3	3
Lazio	3	3	2	1	1	1	3
Abruzzo	3	2	2	2	2	1	2
Molise	3	1	2	3	2	1	1
Campania	3	3	1	2	1	1	1
Puglia	3	3	2	2	3	1	1
Calabria	3	3	2	2	1	1	1
Sicilia	3	3	1	2	1	1	1

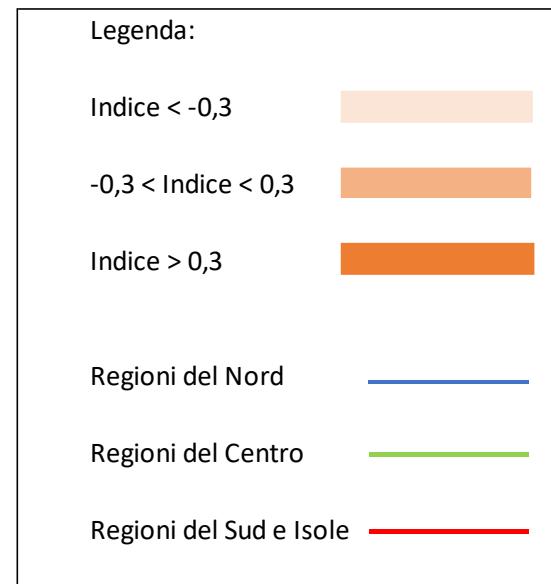
2010-2015

Regioni	Rapporto Attività/ Personale	Indice di Remunerazione del Personale	% Spesa privata	Rapporto Capitale/ Personale	Indice di Risultato	Indice di Soddisfazione	Spesa Totale pro capite
Piemonte	1	2	3	1	2	3	2
Valle d'Aosta	1	2	3	3	1	3	3
Trentino	1	3	3	3	3	3	3
Veneto	1	1	3	1	3	3	2
Friuli	1	1	3	1	2	3	2
Liguria	1	1	3	1	1	2	3
Toscana	1	1	3	1	3	2	1
Marche	1	2	2	1	3	2	2
Sardegna	1	3	1	3	2	2	3
Emilia	2	1	3	1	3	3	3
Umbria	2	2	2	1	3	3	2
Basilicata	2	1	1	3	2	1	1
Lombardia	3	1	3	1	3	3	2
Lazio	3	3	2	2	1	1	3
Abruzzo	3	2	2	2	2	1	1
Molise	3	3	1	3	1	1	1
Campania	3	3	1	2	1	1	1
Puglia	3	2	2	2	3	1	1

Calabria	3	3	1	2	1	1	1
Sicilia	3	3	1	2	1	1	1

2015-2020

Regioni	Rapporto Attività/ Personale	Indice di Remunerazione del Personale	% Spesa privata	Rapporto Capitale/ Personale	Indice di Risultato	Indice di Soddisfazione	Spesa totale pro capite
Piemonte	1	2	3	1	1	3	2
Valle d'Aosta	1	1	3	3	1	3	2
Trentino	1	3	2	3	3	3	3
Veneto	1	1	3	1	3	3	2
Friuli	1	1	2	1	2	3	3
Liguria	1	1	2	1	1	3	3
Emilia	1	1	3	1	3	3	3
Toscana	1	1	3	1	3	2	1
Sardegna	1	3	1	3	2	2	2
Umbria	2	1	1	1	3	3	2
Marche	2	3	1	1	3	2	2
Basilicata	2	2	2	3	1	1	1
Lombardia	3	1	3	1	3	3	2
Lazio	3	3	3	2	2	1	3
Abruzzo	3	2	1	2	2	2	2
Molise	3	3	1	3	1	1	3
Campania	3	3	1	3	1	1	1
Puglia	3	2	1	2	2	1	1
Calabria	3	3	2	3	1	1	1
Sicilia	3	3	1	2	1	1	1



Fonte: Elaborazione a cura dell'Unità Tecnica Centrale CPT

Contestualmente alla necessità di pervenire ad un quadro più completo e giungere ad una sorta di tassonomia per le venti regioni italiane, si propone la lettura e la discussione delle tre tabelle riportate in Figura 10. Le tabelle riportano la media per i tre periodi considerati (2005-2010, 2010-2015, 2015-2020) della spesa totale pro capite per Sanità, di alcune variabili informative costruite appositamente

per questa parte dell'analisi e di alcuni degli indicatori sinora discussi, tutti raggruppati in tre classi di ordinamento. Nello specifico, le variabili riportate sono: il Rapporto Attività/Personale, l'Indice di Remunerazione del Personale, la percentuale di spesa sanitaria privata regionale (spesa delle famiglie) sul totale della spesa per Sanità, il rapporto tra capitale pubblico regionale sul totale del personale sanitario per regione, l'Indice di Risultato, l'Indice di Soddisfazione e la spesa totale pro capite per Sanità. Rispetto alle classi di ordinamento, per ciascuna delle variabili riportate si è assegnata la classe 1 a quelle regioni in cui la media di tali variabili assume valore minore o uguale a -0,3, classe 2 a quelle regioni in cui la media delle variabili assume valore compreso tra -0,3 e 0,3, e classe 3 a quelle regioni in cui la media delle variabili assume valore maggiore o uguale a 0,3¹⁵. Le tre classi sono da intendersi crescenti, quindi, la classe 1 denoterà quelle regioni per cui le variabili assumono valori bassi (molto inferiori alla media), la classe 2 denoterà le regioni per cui le variabili assumono valori medi (attorno alla media) e la classe 3 denoterà quelle regioni per cui le variabili assumono valori molto alti (superiori alla media). Le tre tabelle (una per ciascun periodo considerato) sono ordinate per valori crescenti del primo indice riportato, cioè per il rapporto attività/personale (IDP). Per una maggiore leggibilità e per verificare in maniera più veloce le regioni che cambiano posizionamento tra un periodo e l'altro, si è scelto di identificare con colori diversi le regioni del nord, quelle del sud e quelle del centro.

Da un primo sguardo alle tabelle di Figura 10 e coerentemente con i grafici (2) della Figura 9, si può notare come le regioni del nord siano collocate tutte nella parte alta delle tabelle, con l'unica eccezione della Lombardia (e dell'Emilia Romagna unicamente nel secondo periodo), la quale, si posiziona assieme al Lazio e a tutte le regioni del sud nella parte bassa delle tabelle. Tra queste ultime, solo la Sardegna e la Basilicata si discostano per un minor valore del rapporto attività/personale, mentre la maggior parte delle regioni del centro si posizionano nella parte centrale delle tabelle con valori medio bassi di questo indicatore. Da questo posizionamento si può confermare come la remunerazione del personale segua la medesima distribuzione dell'IDP, con l'unica eccezione della Lombardia che presenta in tutti e tre i periodi un Indice di Remunerazione basso in controtendenza dell'alto IDP, e del Trentino-Alto Adige (e in maniera meno costante anche la Sardegna) che fa corrispondere ad un basso IDP un elevato indice di remunerazione.

Per verificare che gli elevati livelli di attività/domanda pro personale (IDP) non denotino semplicemente una carenza di personale rispetto alla dimensione della domanda (rivelando un sistema sanitario potenzialmente sovraccarico), è possibile osservare il rapporto capitale/personale e la percentuale di spesa privata per Sanità. Infatti, una maggiore (minore) dotazione di capitale per singola unità di personale potrebbe spiegare una maggiore (minore) produttività del personale e giustificare livelli più (meno) alti dell'IDP, mentre la percentuale di spesa privata per Sanità potrebbe indicare se il sistema sanitario regionale pubblico sia o meno sovraccarico data la disponibilità della domanda a slittare su forme privatistiche di assistenza sanitaria. Dalle tabelle appare chiaro che la percentuale di spesa privata per Sanità sia mediamente più bassa proprio in quelle regioni collocate nella parte bassa delle tabelle, il che avvalora il potenziale sovraccarico del sistema pubblico sanitario di queste regioni, o almeno indica un potenziale sovraccarico dovuto alla contemporanea presenza di una domanda tendenzialmente rigida (poco propensa a sostituire la Sanità pubblica con quella privata) e una dotazione di personale bassa. Per quel che concerne il rapporto capitale/personale, i dati non indicano un preciso pattern comportamentale delle regioni, tanto che esso sembra distribuirsi per valori più alti della media sia tra le regioni posizionate nella parte alta delle tabelle che nella parte bassa. Tuttavia, le stime che si presenteranno più avanti nel testo forniranno un'interpretazione più chiara sul ruolo giocato dalla dotazione di capitale e mostreranno come questo sia in grado di impattare significativamente e positivamente sulle performance regionali.

¹⁵ Ricordiamo che gli indicatori, così come la spesa e tutte le variabili utilizzate, sono stati normalizzati, quindi, il loro valore oscilla attorno allo 0 (media zero) con deviazione standard pari a 1.

Rispetto alla necessità di avere una lettura globale più chiara, vengono sicuramente incontro i livelli registrati dalle regioni per l’Indice di Risultato e per quello di Soddisfazione. Gli indici sembrano muoversi abbastanza coerentemente tra loro; infatti, a parte alcune eccezioni, questi sembrano muoversi in una medesima direzione e distribuirsi con valori più alti tra le regioni del centro nord. Questi dati sembrano confermare ulteriormente che gli alti livelli di domanda pro personale, assieme ad una bassa percentuale di spesa privata per Sanità e in corrispondenza di un altrettanto bassa spesa pubblica pro capite per Sanità, aiutino a spiegare sia in termini di risultato che in termini di soddisfazione della popolazione le performance mediamente più basse ottenute dalla maggior parte delle regioni del sud e dal Lazio. L’ipotesi che dietro ad un elevato livello di domanda e/o di attività per singola unità di personale si possa nascondere un sovraccarico del sistema e un eccessivo sfruttamento del capitale umano, sembrerebbe essere confermato proprio dalle basse performance ottenute da queste regioni in termini di risultato e soddisfazione. Rispetto al Lazio va sicuramente preso in considerazione il ruolo giocato dalla capitale; infatti, in questa regione la spesa sanitaria risulta essere superiore alla media nazionale, pur tuttavia i suoi livelli di performance risultano essere bassi. La possibile difficoltà a distribuire le risorse tra la capitale e il resto del territorio potrebbe essere una chiave di lettura utile a spiegare i livelli registrati dalla regione per gli indicatori discussi.

A corredo dell’analisi descrittiva appena fatta, si propone la lettura della sezione II dell’Appendice, all’interno della quale sono stati riportate e commentate brevemente tre batterie di grafici relativi agli indicatori IR, ID e IRI. Attraverso la proiezione (fino al 2026 per l’IRI e l’ID, e al 2028 per l’IR) dei tre indicatori, i grafici forniscono una prospettiva di medio-lungo periodo con il proposito di individuare eventuali difformità territoriali tra le tendenze evolutive di questi indicatori e indicare potenziali criticità future dei sistemi sanitari locali.

2.6 ALCUNE EVIDENZE EMPIRICHE

Con lo scopo di analizzare le relazioni di causalità tra gli indicatori più rilevanti ed individuare un riscontro empirico sulla lettura sinora fatta, la presente parte del lavoro ha condotto delle analisi econometriche – mediante un metodo riconducibile all’analisi di tipo panel dinamico – tutte realizzate su variabili espresse alle differenze¹⁶ e in logaritmo in grado di indagare sulla possibile relazione di dipendenza tra alcuni degli indicatori elaborati e altre variabili di interesse.

Il primo modello stimato ha voluto indagare sull’Indice di Attività (ID), il quale rappresenta una misura quantitativa del servizio erogato dal sistema sanitario. Questo indicatore è stato messo in relazione con la spese sanitaria pro capite a prezzi costanti (con l’aggiunta di un lag temporale per il tempo t-1) e con il rapporto tra capitale e personale. Per isolare l’effetto esercitato dalla pandemia da Covid19 è stata inserita una dummy in concomitanza dell’evento¹⁷. Ai fini di cogliere anche gli aspetti inerziali dell’indicatore, il modello include anche la variabile endogena ritardata. I risultati della regressione (cfr. Tabella 5), riflettono una relazione positiva tra il livello di attività e la spesa pro capite per Sanità (sia al periodo corrente che nel periodo t-1). Inoltre, appare significativa anche la relazione tra la dotazione di capitale sul personale e il livello di attività, a conferma del fatto che una maggior dotazione di capitale permetta una maggior capacità di produrre servizi, a parità di altre variabili. La significatività dei parametri appare particolarmente elevata anche per la variabile endogena ritardata – la quale assume un segno negativo - e per la dummy Covid, a conferma di un andamento oscillatorio

¹⁶ Con il fine di evitare le distorsioni provenienti da fenomeni di non stazionarietà delle variabili.

¹⁷ L’andamento dei dati ha fatto rilevare un evento eccezionale anche nel 2015, anno in corrispondenza del quale i valori dei nostri indici hanno subito importanti variazioni (anche se non paragonabili a quelli registrati nel 2020). Per tali ragioni, la dummy costruita isola anche l’effetto di questa annualità.

della variabile che risulta quindi influenzata dalla propria inerzia (al periodo t-1), e del ruolo rivestito dall'anno 2020 in cui vi è stata una forte flessione dell'Indice.

La seconda regressione è stata condotta sull'Indice di Soddisfazione (IS), il quale misura il livello di apprezzamento della popolazione per i servizi sanitari offerti. I risultati (cfr. Tabella 5) mostrano come ci sia un impatto elevato e statisticamente significativo dell'Indice di Risultato¹⁸ sull'IS, a dimostrazione di come a variazione positiva delle performance sanitarie ne corrisponda un aumento della soddisfazione dei cittadini per i servizi offerti. Per quel che concerne l'effetto dell'ID e dell>IDP sulla variazione dell'Indice di Soddisfazione, i risultati sembrano confermare quanto detto nel paragrafo precedente. Invero, se ad una variazione positiva del livello di attività corrisponde una variazione di medesimo segno per l'IS, i risultati mostrano un effetto opposto per l'IDP indicandoci chiaramente che all'aumentare dell'intensità dei carichi di lavoro del personale sanitario il livello di soddisfazione dei cittadini tende a variare negativamente. I valori dei coefficienti dicono addirittura che, a parità di variazione del livello di attività, se la dotazione di personale decresce, la variazione negativa nei livelli di soddisfazione che si avrebbe in risposta soppianterebbe quella positiva esercitata dall'ID, infatti, il valore assoluto del coefficiente dell'IDP è superiore a quello dell'indice di attività. Medesima conferma proviene dalla significatività e positività del ruolo esercitato dalla spesa pubblica pro capite e di quello negativo esercitato dall'evento pandemico (dummy Covid). Sembra poi interessante constatare la mancata significatività della dotazione di capitale (pro quota del personale) ad incidere sui livelli di soddisfazione; contestualmente, si potrebbe ipotizzare che la percezione dei cittadini sulla qualità dei servizi offerti sia molto più influenzata dalla parte corrente delle spese sanitarie e dalle prestazioni che da questa dipendono.

Tabella 5 RISULTATI DELL' ANALISI SULL'INDICATORE DI ATTIVITÀ (ID) E DI SODDISFAZIONE (IS)

Regressori	ID Coefficiente	IS Coefficiente
IS_{t-1}		-0.44*** (0.0049)
IR_{t-1}		11.44*** (0.5359)
ID		2.1*** (0.0720)
IDP		-3.07*** (0.0916)
ID_{t-1}	-0.32*** (0.0053)	
Capitale/Personale	1.55*** (0.1420)	0.37 (0.1773)
Spesa Totale pro cap.	0.502*** (0.0258)	1.14*** (0.0332)
Spesa Totale pro cap. _{t-1}	0.26*** (0.0324)	
Dummy Covid	-2.76*** (0.0159)	-0.12*** (0.0133)
Intercetta	-0.092*** (0.0028)	
χ^2	18767.1***	555.88***

*Per valori del p value pari a: *** <0,001, ** <0,01, * <0,05.

Fonte: Elaborazione a cura dell'Unità Tecnica Centrale CPT

¹⁸ Si è immaginato che gli effetti, in termini di percezione della popolazione, delle prestazioni ottenute dal sistema sanitario non siano immediati, pertanto, si è scelto di inserire l'IR con un lag temporale di un anno, tempo ritenuto utile e sufficiente ad influire effettivamente sui livelli di soddisfazione dei cittadini.

In quest'ultima parte dell'analisi si è cercato di indagare più a fondo sull'Indice di Risultato, che ricordiamo essere la sintesi delle attività del settore sanitario e una sorta di misura delle sue performance. Per fare ciò si è voluto innanzitutto comprendere in che modo la misura delle prestazioni sanitarie regionali così come l'abbiamo elaborata attraverso l'IR, possa essere comparata a quella elaborata dal Ministero della Salute attraverso l'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e della relativa griglia di indicatori con cui vengono misurate le performance regionali.

Come vengono definiti dal Ministero della Salute, i LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). I LEA rappresentano quindi i livelli minimi di prestazione sanitaria che ciascuna regione deve garantire alla propria popolazione in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, permettendo alle regioni stesse¹⁹ di accedere ad una quota premiale di risorse pubbliche contestualmente al loro soddisfacimento.

Tabella 6 MATRICE DI CORRELAZIONE DI PEARSON

Variabili	Lea	Indice di Risultato (IR)	Indice di Criticità (IC)	Spesa pubblica pro capite per Sanità	Spesa privata pro capite per Sanità
Lea	1.00	0.80***	-0.72***	0.41	0.84***
Indice di Risultato (IR)	0.80***	1.00	-0.86***	0.42	0.61**
Indice di Criticità (IC)	-0.72***	-0.86***	1.00	-0.56*	-0.54*
Spesa pubblica pro capite per Sanità	0.41	0.42	-0.56*	1.00	0.498*
Spesa privata pro capite per Sanità	0.84***	0.61**	-0.54*	0.498*	1.00

*Per valori del p value pari a: *** <0,001, ** <0,01, * <0,05.

Fonte: Elaborazione a cura dell'Unità Tecnica Centrale CPT

Come si legge nel documento “Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2019”²⁰ prodotto dal Ministero della Salute, la certificazione del raggiungimento degli standard minimi avviene attraverso il calcolo di un definito set di indicatori²¹ raccolti in una griglia (cosiddetta *Griglia LEA*), i quali consentono di cogliere nell'insieme le diversità e il disomogeneo livello di erogazione dei livelli regionali di assistenza. La metodologia di valutazione adottata comprende un sistema di pesi che attribuisce ad ogni indicatore un peso di riferimento e assegna dei punteggi complessivi rispetto al livello raggiunto dalla regione nei confronti di precisi standard nazionali. Nello stesso documento si apprende come la griglia LEA sia considerata uno strumento di supporto e di ausilio alle istituzioni politiche e programmate sia a livello nazionale che regionale e locale per l'adozione di interventi puntuali e di maggiore efficacia.

Proprio perché la griglia LEA, al pari dell'Indicatore di Risultato qui elaborato, si presta come strumento di valutazione delle performance sanitarie regionali, si è voluto indagare sulla possibile correlazione

¹⁹ Dal 2010 sono esenti dal calcolo dei Lea e dall'assegnazione della quota premiale la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia-Giulia e la Sardegna.

²⁰ Il documento fornisce anche la griglia degli indicatori LEA e degli score conseguiti dalle regioni. E' possibile consultare i dati sui LEA nella sezione IV dell'Appendice: Tabella 1 - GRIGLIA LEA.

²¹ Gli indicatori sono ripartiti tra le attività sanitaria di: assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, assistenza sanitaria distrettuale e assistenza sanitaria ospedaliera.

tra le due misure, capire cioè se i due diversi indicatori fossero effettivamente in grado di rappresentare lo stesso fenomeno. A tale scopo, la Tabella 6 riporta l'Indice di correlazione di Pearson (con relativo livello di significatività) calcolato su: i LEA regionali, l'Indice di Risultato, l'Indicatore di Criticità e la spesa sanitaria regionale pubblica e privata. E' bene precisare che i dati sui LEA qui utilizzati si riferiscono unicamente al periodo 2012-2019, pertanto, gli indici di correlazione riportati sono stati calcolati per questo lasso temporale.

I dati in Tabella 6 riportano un'elevata correlazione tra LEA e IR (pari a 0,8) confermando ampiamente il grado di complementarietà/somiglianza dei due indicatori. Ugualmente significativa ma negativa è la correlazione di entrambi gli indici con quello di Criticità, per cui è possibile confermare come ad elevati livelli di criticità si associno bassi livelli di risultato e bassi livelli di LEA. Molto interessanti sono gli indici di correlazione delle due componenti di spesa sanitaria, infatti, dalla significatività dei parametri si evince che la spesa pubblica per Sanità non appaia correlata né ai LEA né all'IR, mentre la spesa privata mostra una correlazione molto alta e positiva con entrambi gli indicatori, soprattutto con i LEA. Per comprendere meglio il ruolo giocato dalla spesa per Sanità e, contemporaneamente, indagare sul possibile ruolo giocato da altri fattori nell'incidere sulle due misure di performance, proponiamo un'ultima analisi condotta su entrambi gli indicatori.

La Tabella 7 (modello 1) riporta i risultati di due regressioni in cui si è indagato sull'effetto delle due componenti di spesa, del rapporto tra capitale e personale e del rapporto tra livello di attività e personale, sul tasso di variazione dei LEA regionali e dell'IR. Anche in questo caso si sono aggiunte le due variabili endogene ritardate; non è stato invece necessario aggiungere la dummy Covid poiché il periodo considerato in questa analisi è quello 2012-2019²², unico orizzonte temporale disponibile per i LEA.

Tabella 7 RISULTATI DELL'ANALISI CONDOTTA SUI LEA E SULL'INDICE DI RISULTATO (IR)

Regressori	(1) LEA Coefficiente (Err. Std.)	(1) IR Coefficiente (Err. Std.)	(2) IR Coefficiente (Err. Std.)
IR _{t-1}		-0.615*** (0.0280)	-0.521*** (0.00449)
Lea _{t-1}	-0.152*** (0.0094)		
Spesa totale pro cap.	0.0901 (0.0504)	-0.027*** (0.0060)	0.007*** (0.0004)
Spesa privata pro cap.	0.21*** (0.0290)	0.017*** (0.0036)	0.003*** (0.0004)
Capitale/Personale	0.543** (0.1816)	0.169*** (0.0122)	0.112*** (0.0023)
IDP	0.114*** (0.0128)	-0.032*** (0.0020)	-0.032*** (0.001)
ID			0.015*** (0.0008)
Dummy Covid			-0.016*** (0.0001)
χ^2	134.28***	259.87***	791.70***

*Per valori del p value pari a: *** <0,001, ** <0,01, * <0,05.

Fonte: Elaborazione a cura dell'Unità Tecnica Centrale CPT

²² Il lasso temporale effettivo è quello del 2013-2020 poiché si è lavorato sulle differenze. Va poi precisato che per condurre le due analisi in perfetta coerenza si è dovuto procedere all'estromissione della Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia-Giulia e Sardegna poiché non esistono dati sui LEA per queste regioni.

La componente auto regressiva – e cioè l’incremento dei due indici nel periodo t-1 - mostra un segno negativo per entrambi gli indicatori confermando l’andamento alternante delle due serie²³. Per quel che riguarda la spesa per Sanità, i risultati mostrano effetti differenti tra la componente pubblica e quella privata. Invero, se per i LEA la spesa pubblica non risulta essere significativa, per l’indice di risultato il suo impatto risulta negativo. Questo risultato appare contro intuitivo, tuttavia, la significatività e positività del parametro del capitale sul personale chiarisce il ruolo generalmente positivo rivestito dalle risorse pubbliche nell’incidere sulle performance dei sistemi sanitari regionali e chiarisce come la dotazione di capitale (da intendersi generalmente e estensivamente anche come dotazione tecnologica) si mostri estremamente utile nel determinare buoni livelli di risultato (che siano misurati con gli indicatori LEA o con l’IR). A confutare ulteriormente il ruolo giocato dalle risorse economiche e dalla componente di spesa (generalmente intesa), contribuisce per entrambi gli indicatori il parametro altamente significativo e positivo della spesa privata (delle famiglie), soprattutto per i LEA. Per l’Indice di Risultato, i dati sembrano confermare anche il ruolo dell’IDP mostrando come un eccessivo sovraccarico del personale incida negativamente sulle performance dei sistemi sanitari. Diversamente, l’IDP risulta agire positivamente sui LEA mostrando come ad una variazione positiva dell’indice di stress del personale si abbia un aumento delle performance del sistema sanitario così come vengono catturate dai LEA.

E’ importante sottolineare come le stime appena discusse subiscano delle variazioni (anche in termini di maggiore robustezza) se condotte sull’IR per l’intero orizzonte temporale e senza l’estromissione di quelle regioni per cui non esistono dati sui LEA. In termini di stima del modello, l’impossibilità di inserire tutte le regioni e di usufruire della massima disponibilità temporale non permette di cogliere a pieno la variabilità (sul territorio oltre che nel tempo) e quindi il potenziale effetto degli indicatori inseriti nell’analisi.

Invero, un’analisi econometrica realizzata per l’IR sull’intero periodo 2004-2020 (modello 2 in tabella 7), conferma per tale indicatore il ruolo giocato dalla sua inerzia (la variabile endogena al periodo t-1), il ruolo della variabile di spesa pubblica pro capite associato ad un segno positivo e doppio rispetto a quello della spesa privata, così come conferma il ruolo del capitale sul personale sanitario associato ad un segno positivo e quello giocato dal livello di attività (Indice di Attività – ID) associato sempre ad un segno positivo. Per contro, e coerentemente con la lettura fatta in precedenza, l’indice di Attività sul personale (quindi una misura dello stress del personale sanitario per livello di prestazione erogato) conferma di essere significativamente associato ad un segno negativo.

²³ L’inerzia degli indicatori costituisce una componente importante da catturare e ciò lo si può comprendere alla luce del fatto che le organizzazioni, anche quelle sanitarie, così come le loro procedure e prassi, non subiscono variazioni improvvise nei propri comportamenti ma risentono fortemente dei comportamenti pregressi.

2.7 CONCLUSIONI

Il lavoro svolto ha permesso di elaborare e trasformare variabili elementari in indicatori di sintesi in grado di rappresentare – con una visione sicuramente di tipo macro – aspetti rilevanti del funzionamento del sistema sanitario italiano, raccontandone la struttura e l’andamento (in termini di performance e di attività) sul territorio.

La molteplicità degli indicatori elaborati ha consentito di indagare sulla relazione funzionale esistente tra alcuni di essi, studiare quindi l’effetto esercitato da singole componenti del sistema sanitario sulle altre, e di esplorare il ruolo rivestito dalla spesa pubblica e da quella privata nel determinarne l’evoluzione. Ha inoltre permesso di comprendere come alcuni indicatori di interesse economico, come ad esempio il capitale sanitario, svolgano un ruolo cruciale nella produzione dei servizi, e di come altre importanti risorse, vedi il livello del personale, debbano essere opportunamente proporzionate ai livelli di attività sanitaria richiesti dalla popolazione affinché vengano garantite buone prestazioni del sistema sanitario stesso e buoni livelli di soddisfazione dei cittadini.

I dati a disposizione (per una visione ulteriore dei quali si rimanda il lettore alla Tabella 2 nella sezione IV dell’Appendice) indicano due fasi – prima del 2010 e dopo il 2010 – in cui si evidenziano andamenti differenziati dell’Indicatore di Risultato e delle due componenti di spesa a cui è importante prestare attenzione. Dopo il 2010 il tasso di variazione media nazionale dell’IR ha subito un forte rallentamento (passando da 0,31 a 0,08) contemporaneamente ad una diminuzione consistente della spesa pubblica pro capite, la quale transita da un tasso di variazione media di 2,33 a -0,36. Tuttavia, a compensare la riduzione di quest’ultima è l’aumento registrato dal tasso medio di variazione della spesa privata, che passa da -1,56 a 0,47. Associando a tali tendenze i risultati empirici sinora discussi, ne deriva l’opportunità di indagare sul possibile ribilanciamento del ruolo svolto all’interno del sistema sanitario dalla spesa pubblica e da quella privata.

Infine, l’analisi ha poi evidenziato l’importanza rivestita dall’evento pandemico da Covid19, che ha indubbiamente rappresentato una cesura importante nell’andamento dei principali indici, e in particolare nell’evoluzione dell’Indice di Risultato e di quello di Attività, per i quali si è osservata una netta diminuzione in concomitanza dell’anno 2020.

Attraverso la discussione delle principali evidenze, il presente lavoro ha inteso offrire una prospettiva di analisi e un approccio metodologico utili all’implementazione di analisi successive in cui poter approfondire e indagare il ruolo di altri fattori ritenuti di interesse per il settore. Molte delle tematiche trattate lasciano ancora spazio ad approfondimenti e possono fare da premessa per molteplici indagini rispondendo ad esigenze di analisi di diverso respiro.

APPENDICE

I - Metodi di Normalizzazione

La normalizzazione è una procedura statistica che risolve il problema di accomunare variabili espresse in diverse unità di misura e con diversa variabilità. Tuttavia, i criteri di normalizzazione non sono neutrali ed è per questo che la letteratura annovera molteplici tecniche di normalizzazione dei dati. Tra le più accettate o diffuse si possono segnalare le seguenti:

Indicizzazione

$$Y_t = \frac{X_t}{X_{t0}}$$

Normalizzazione mediante metodo del Minimo/Massimo

$$Y = \frac{(X_t - X_{min})}{(X_{max} - X_{min})}$$

Normalizzazione con il valore Medio

$$Y = \frac{(X_t - X_{medio})}{(X_{max} - X_{min})}$$

Normalizzazione con il valore Mediano

$$Y = \frac{(X_t - X_{mediana})}{(X_{max} - X_{min})}$$

Normalizzazione metodo Interquartile

$$Y = \frac{(X_t - X_{mediana})}{(Q_3 - Q_1)}$$

Normalizzazione metodo Distanza Euclidea

$$Y = \sqrt[2]{(X_i - X_{medio})^2}$$

Standardizzazione

$$Y = \frac{(X_t - X_{media})}{\text{Deviazione Standard}}$$

II - Proiezione degli indici IR, ID e IRI

In questa sezione si propone la lettura dei grafici riportati nelle Figure 1, 2 e 3 della presente Appendice, i quali, in un’ottica di medio-lungo periodo, ci indicano la direzione intrapresa dalle regioni rispetto all’andamento dell’IR, dell’ID e dell’IRI²⁴. Ciascun grafico riporta il valore reale degli indicatori (linea rossa) assieme ad una linea tendenziale che proietta l’IRI e l’ID fino al 2026 e l’IR fino al 2028. Le previsioni tendenziali²⁵ sono state fatte con dati fino all’anno 2019 per evitare l’effetto distorsivo della pandemia da Covid19²⁶. Infatti, a confermare il grande impatto esercitato dalla pandemia sul sistema sanitario italiano sono i grafici relativi all’ID e all’IR, i quali ci mostrano chiaramente che nel 2020 in tutte le regioni italiane si è verificato un calo sia nei livelli di risultato che nei livelli di attività. Questo calo è indubbiamente più evidente per alcune regioni; infatti, nel 2020 i livelli dell’Indice di Risultato sono drasticamente scesi per la Lombardia, la Liguria, l’Emilia Romagna, il Piemonte e in misura poco inferiore anche per la Valle d’Aosta e il Trentino-Alto Adige. Quello che colpisce è proprio il cambiamento repentino che tale indicatore ha subito nel 2020 (dove si è verificata una netta diminuzione della speranza di vita – una delle variabili che compongono l’Indice di Risultato) registrando un calo in grado di interrompere visibilmente l’andamento della variabile lungo tutto l’arco temporale precedente. Invero, se guardiamo il dato reale dell’IR (linea rossa del grafico) notiamo come

²⁴ Per formulare uno scenario tendenziale si è proceduto a trasformare gli indicatori mediante l’applicazione di un filtro, meglio conosciuto come Hodrick Prescott. Questa tecnica permette di attenuare la variabilità della serie originale degli indicatori permettendo di individuare più facilmente il comportamento tendenziale delle variabili.

²⁵ Le stime sono state elaborate con un modello di tipo VAR applicato sulle differenze dei logaritmi degli indicatori.

²⁶ Le stime tendenziali sono state fatte sulle variabili trasformate con il filtro Hodrick Prescott.

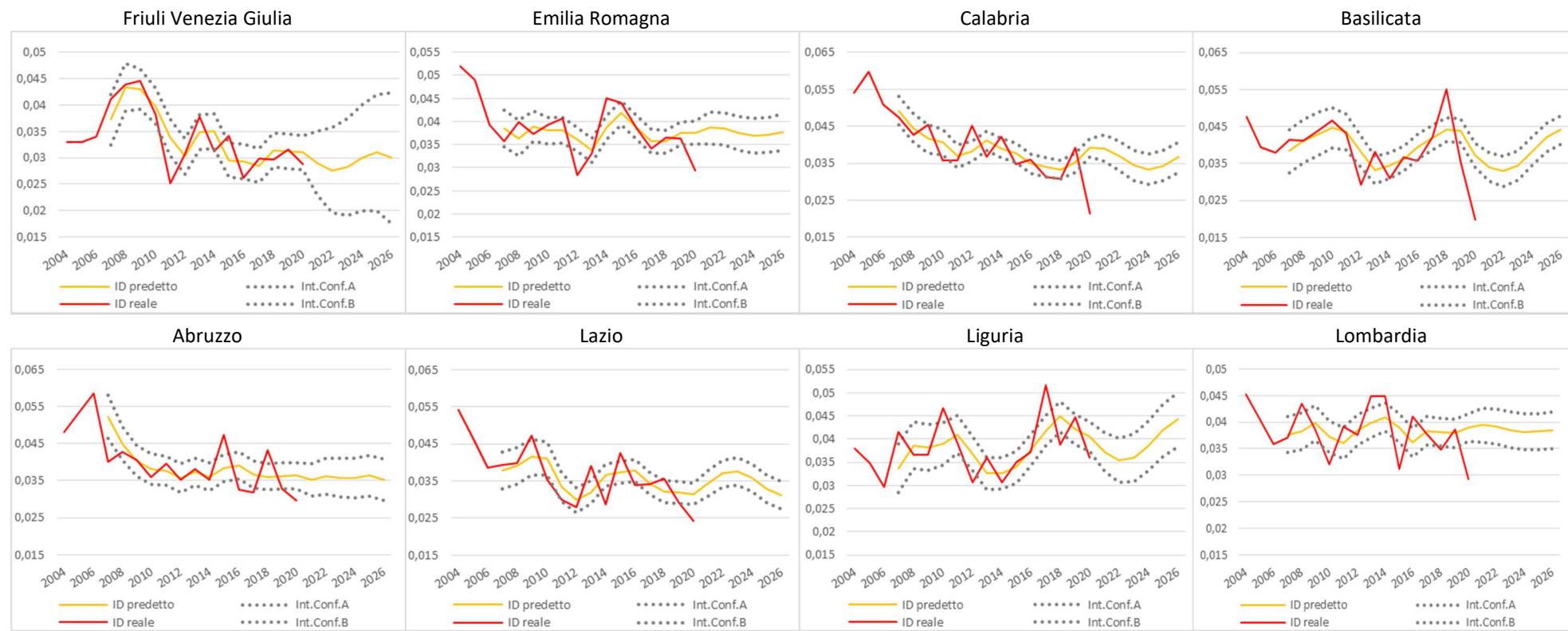
esso si evolva in maniera frastagliata lungo l'arco temporale mostrando però un netto e chiaro trend ascendente, anche se differenziato per regione. In generale, si osservano dinamiche particolarmente positive per regioni come il Lazio, la Campania, la Puglia, l'Emilia Romagna, la Toscana e la Sardegna. Una tendenza più piatta e statica sembra, invece, caratterizzare la Lombardia, il Veneto e il Piemonte, con a seguire tutte le altre regioni. La Valle d'Aosta e la Basilicata presentano un andamento molto particolare per cui quasi sembrano accennare una decrescita.

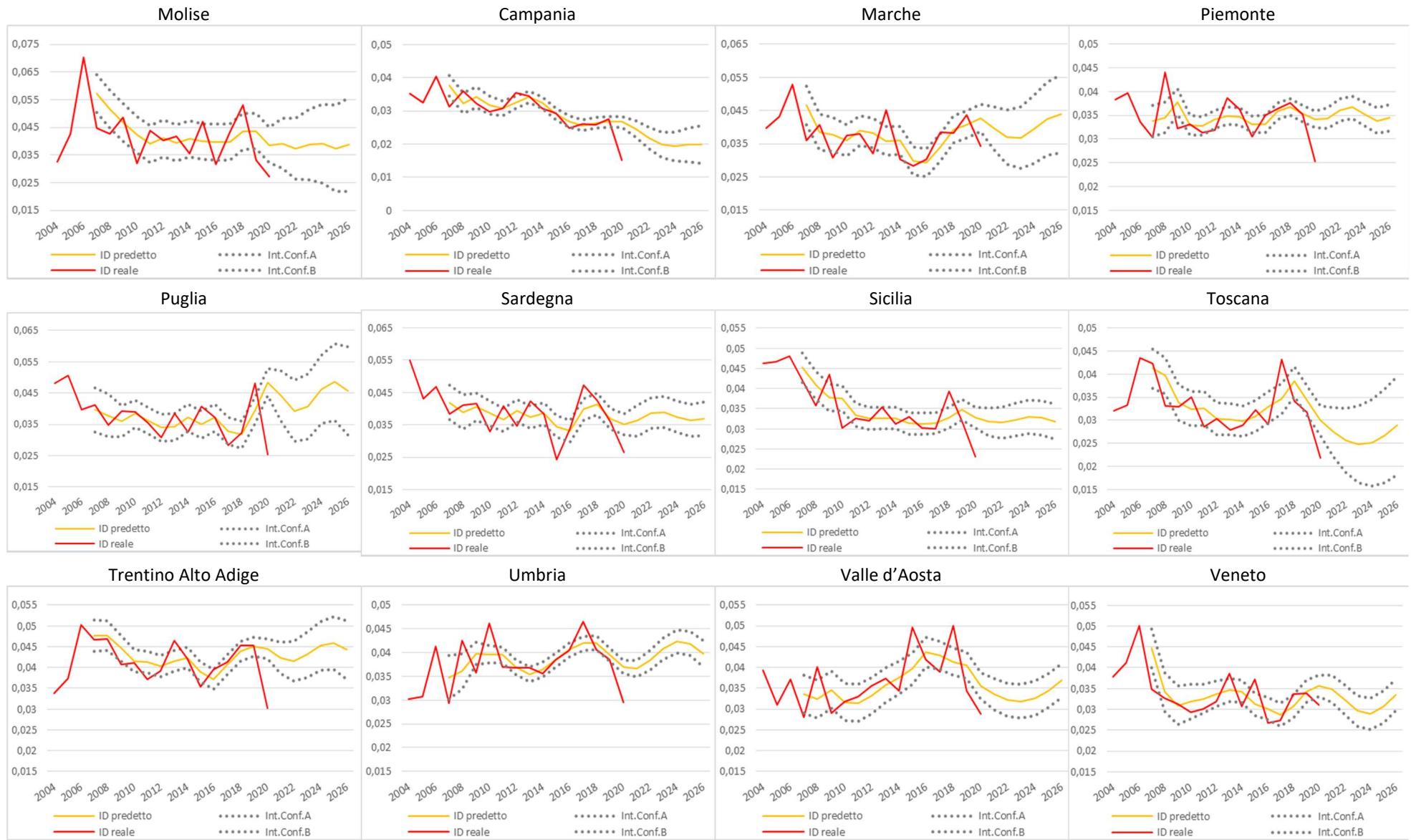
Meno netto e più frastagliato è l'andamento dell'Indice di Attività, per il quale si osserva una leggera tendenza alla diminuzione per tutte le regioni ad eccezione della Liguria e delle Marche. Andamenti decrescenti si osservano nella Campania e nella Calabria. L'effetto pandemia seppur meno netto di quello osservato nell'Indice di Risultato, appare evidente in alcune regioni che vedono diminuire in modo sensibile il proprio livello di servizio pro capite. Tra queste, la Lombardia, la Calabria, il Piemonte, la Basilicata, l'Umbria, la Sicilia, il Trentino-Alto Adige e la Puglia.

Relativamente all'Indice di Rischio, la tendenza decrescente registrata nelle regioni Lazio, Campania, Sicilia, Puglia e in misura minore Sardegna, segna un quadro prospettico positivo per queste regioni dato dall'attesa di una minore domanda futura per alcune tipologie di prestazioni sanitarie.

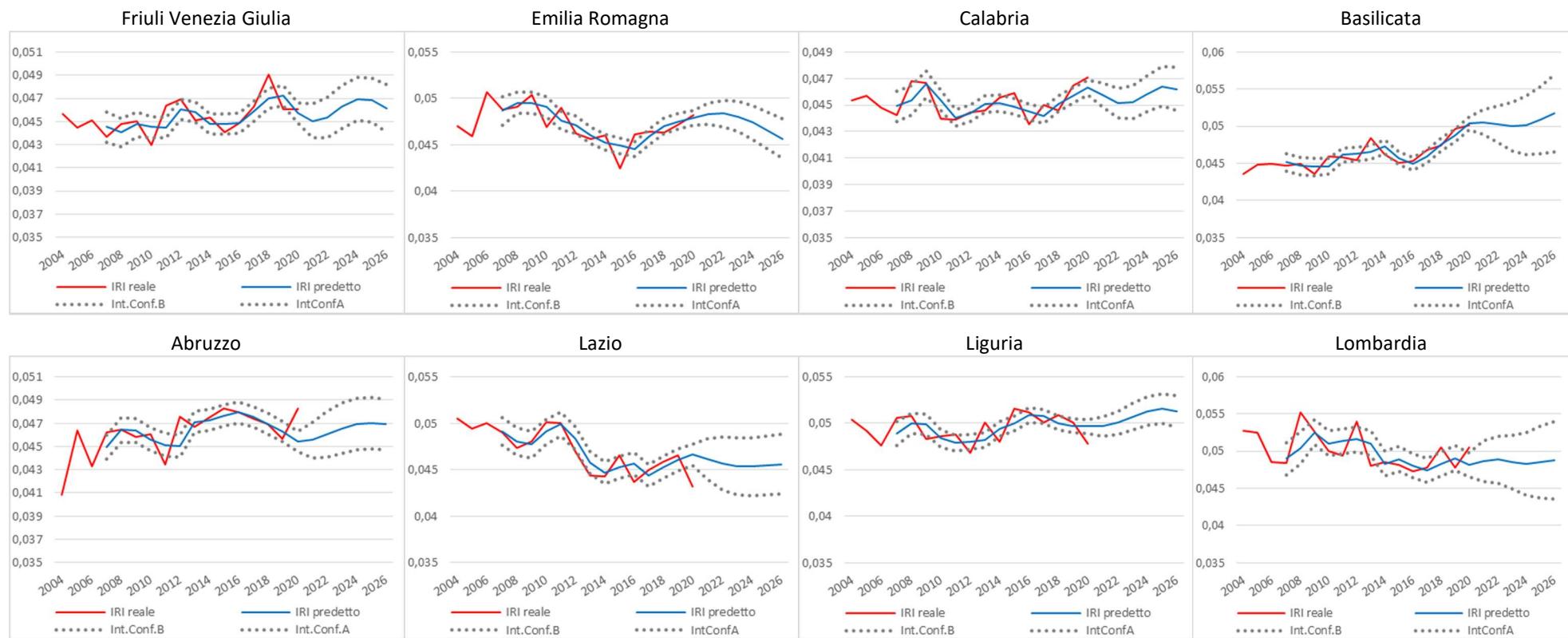
In generale, è importante considerare come le proiezioni proposte riflettano sia le componenti inerziali degli indicatori stessi che le tendenze inerziali di tutti quei fattori o fenomeni in grado di esercitare un impatto (positivo o negativo) su di loro. In tal senso, indagare sulla natura e l'intensità della relazione causale tra indicatori e fattori impattanti offre l'opportunità di comprendere su cosa e come sia possibile intervenire per modificare quei trend evolutivi. Invero, quando sarà possibile normalizzare l'effetto della pandemia, le prospettive evolutive di tali indicatori potrebbero essere profondamente cambiate; questo cambiamento potrebbe avvenire per effetto diretto della pandemia sugli indicatori o, indirettamente, in risposta ad eventuali trasformazioni registratesi per effetto della pandemia nel funzionamento e/o nell'offerta del sistema sanitario italiano.

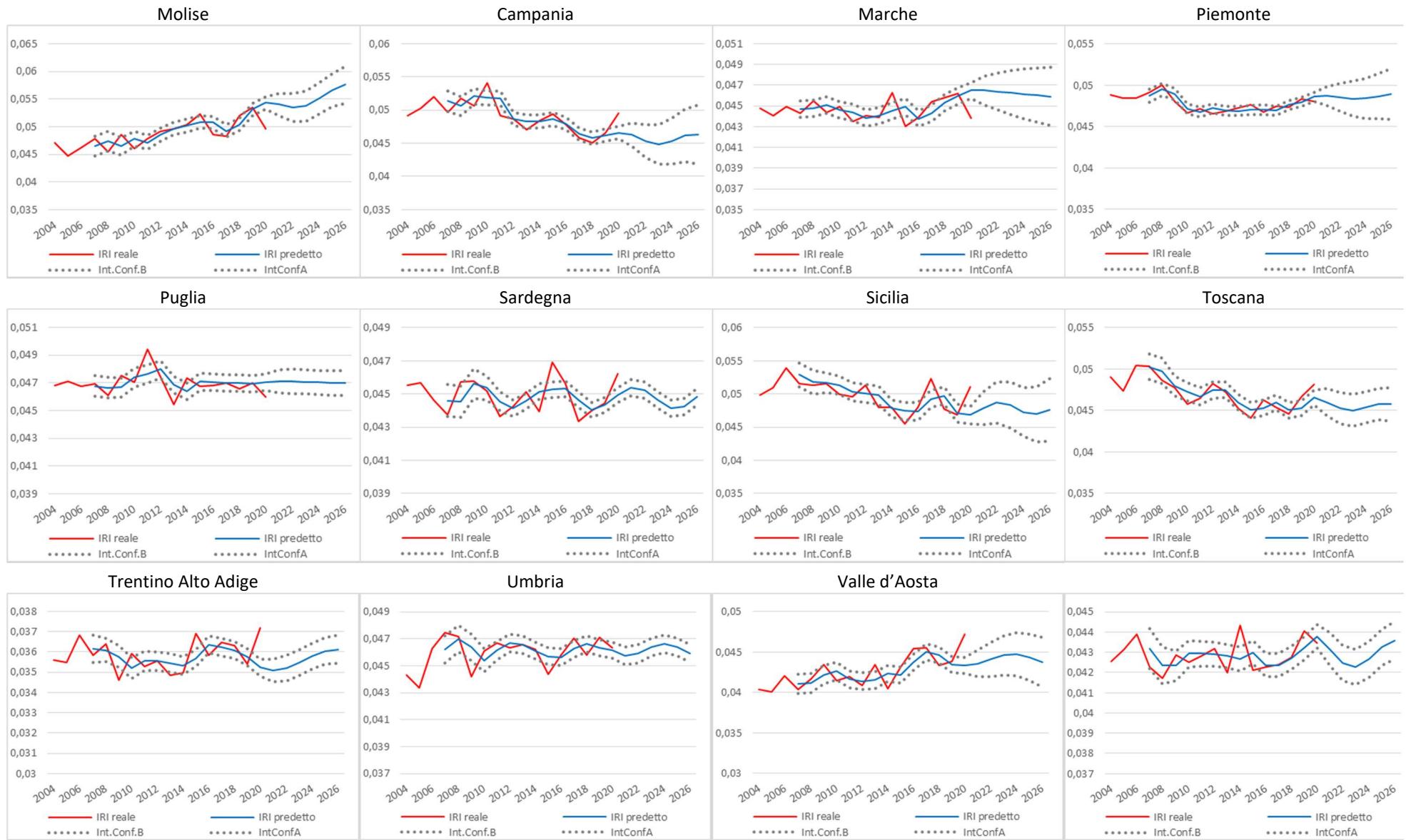
Appendice: Figura 1 – Proiezione dell'Indice di Domanda (ID) per le venti regioni italiane



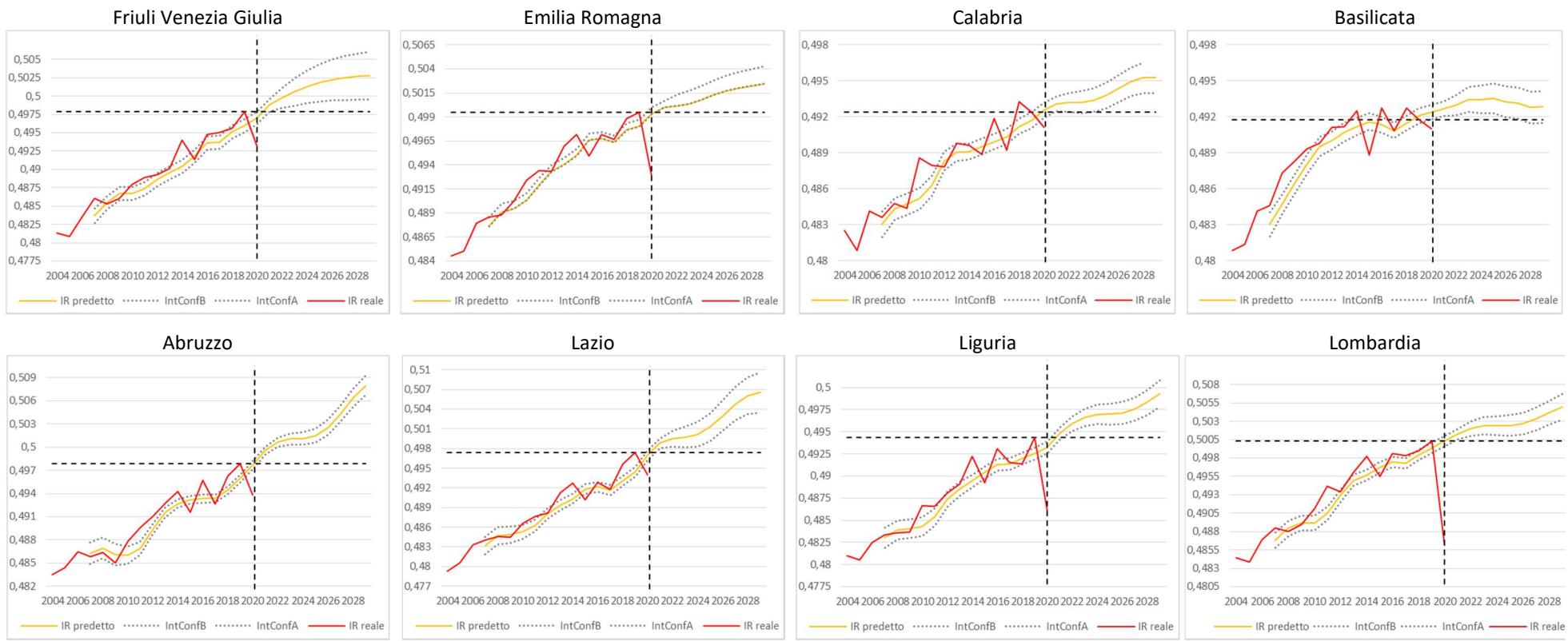


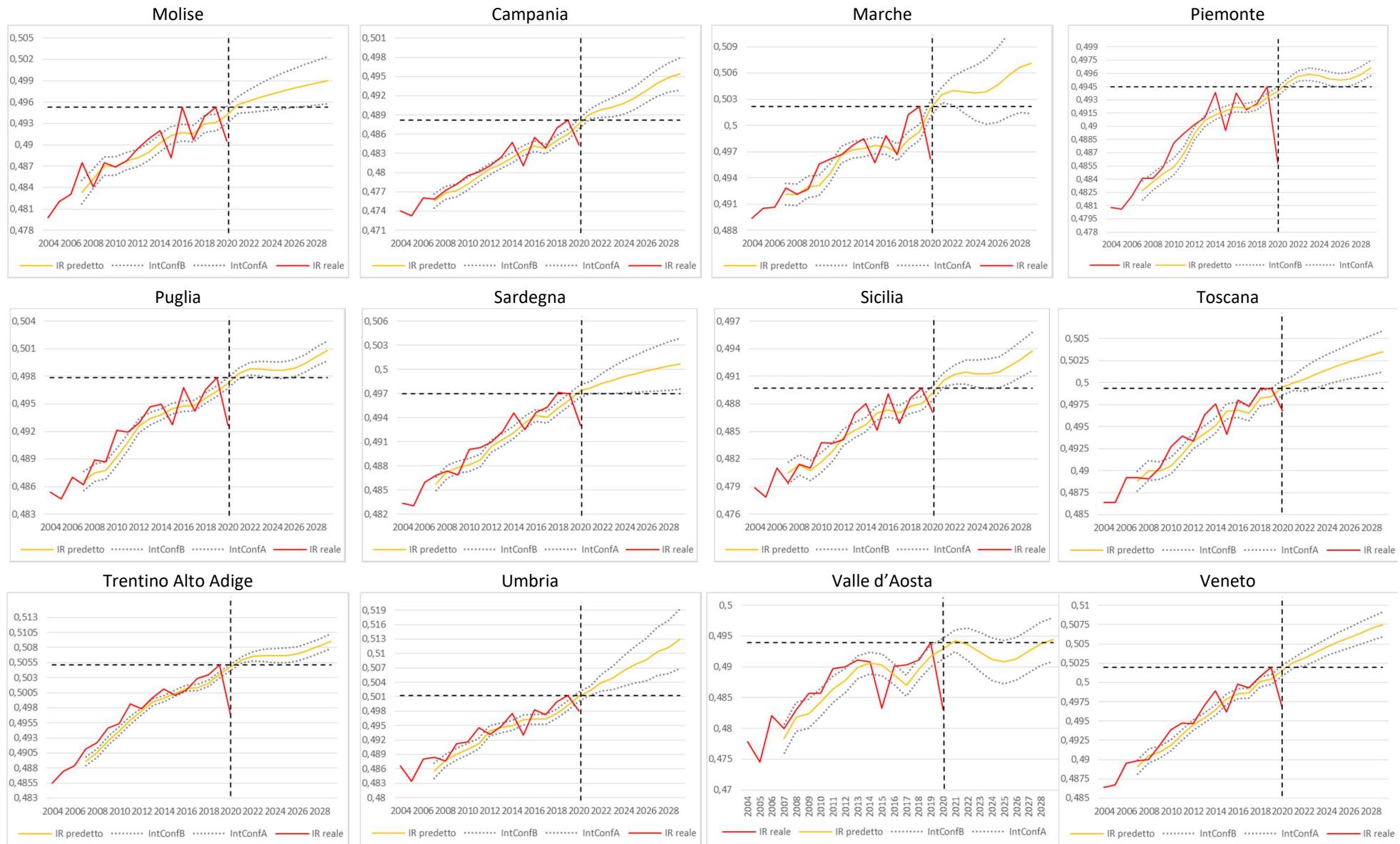
Appendice: Figura 2 – Proiezione dell’Indice di Rischio (IRI) per le venti regioni italiane





Appendice: Figura 3 – Proiezione dell’Indice di Risultato (IR) per le venti regioni italiane





III - Ricostruzione del capitale pubblico regionale per settori

Una parte importante dell'analisi qui riportata ha riguardato la ricostruzione dello stock di capitale pubblico regionale disaggregato per settori economici.

Le operazioni di ricostruzione del capitale pubblico hanno preso inizio dal lavoro di Bonaglia e Picci (2000)²⁷ i quali, attraverso il metodo dell'inventario permanente²⁸, hanno ricostruito la serie storica dal 1970 al 1998 dello stock di capitale pubblico regionale per 9 categorie di beni: beni stradali e aeroportuali (STRAD), beni ferroviari e altre linee di trasporto (FER), beni marittimi, lacuali e fluviali (MAR), beni idraulici e impianti elettrici (IDR), edilizia pubblica, sociale e scolastica (EDPUB), beni igienico-sanitari (IGIEN), bonifiche (BONIF), impianti di comunicazione (COMUN) e altri beni (AL)²⁹.

Per l'analisi qui riportata è stata utilizzata la serie storica dello stock di capitale pubblico per i beni igienico-sanitari, ritenendosi gli investimenti accumulati per l'intero sistema sanitario regionale Italiano quasi integralmente approssimabili a quelli accumulati per questa categoria di beni.

Per ricostruire il capitale sino ai giorni nostri partendo dalla serie storica qui citata, si sono rese necessarie molteplici operazioni. L'idea di base è stata quella di stimare un anno, proiettando la serie storica di Picci e Bonaglia sino al 1999, per poi applicare il metodo dell'inventario permanente e cumulare allo stock di capitale iniziale del 99' la spesa in conto capitale regionale nel settore sanitario che CPT produce annualmente e che è disponibile a partire dal 2000. Per la previsione dello stock di capitale regionale all'anno 1999 abbiamo stimato il seguente modello VARMAX alle differenze di primo ordine:

$$S_{it} = \sum_{j=1}^n S_{it-j} \beta_{ij} + \varepsilon_{it} - \sum_{j=1}^p \varepsilon_{it-j} \varphi_{ij} \quad \text{per } n = p = 2; \quad (1)^{30}$$

$$\text{con } S_{it} = \Delta y_{it} = y_{it} - y_{it-1}; \quad (2)$$

dove S è la variazione di primo ordine ($y_t = y_t - y_{t-1}$) dello stock di capitale al tempo t per la i esima regione e S_{it-j} è la variabile endogena ritardata di due lag temporali per $j \rightarrow n = 2$ e $S_{it-2} = \Delta y_{it-2}$; ε_{it} è il termine di errore e tiene anch'esso conto del livello di autocorrelazione (con stesso ordine temporale) della variabile endogena. Una volta stimati i due vettori di coefficienti β e φ per ciascuna regione, è stato possibile estrapolare e proiettare lo stock di capitale pubblico regionale per l'anno 1999.

Successivamente alla stima dello stock e alla conversione degli importi in euro (i dati erano espressi in lire), si è dovuto poi riportare il capitale al suo valore nominale attraverso l'applicazione di un deflatore indicizzato al 1990 (anno di riferimento utilizzato dai due autori nella ricostruzione del capitale reale). Questa operazione ha richiesto l'utilizzo di una serie storica sufficientemente lunga degli investimenti pubblici regionali che ci consentisse di calcolare il deflatore e riportare il capitale ai suoi valori nominali (per poi essere successivamente indicizzato all'anno 2015). Tuttavia, l'impossibilità di reperire questi

²⁷ Bonaglia, F., & Picci, L. (2000). *Lo stock di capitale nelle Regioni Italiane*. Dipartimento Scienze Economiche, Università di Bologna.

²⁸ Per approfondimenti sul metodo di ricostruzione dello stock di capitale si rimanda al lavoro originale degli autori.

²⁹ La vita media di ciascun bene (e quindi i relativi tassi di ammortamento) è stata calcolata dagli autori come media delle vite medie per beni comparabili dei paesi OCSE (OCSE, 1993). Per il settore igienico-sanitario gli autori hanno stimato una vita media dei beni di pertinenza pari a 58 anni, corrispondente ad un tasso annuo di ammortamento pari a circa il 2%.

³⁰ Con metodo della Massima Verosimiglianza.

dati a livello regionale per gli anni precedenti al 1995³¹, ci ha nuovamente richiesto l'utilizzo di tecniche statistiche per stimare il deflatore regionale degli investimenti dal 95' al 70'.

Avvalendoci di un modello statistico previsionale, l'approccio qui utilizzato ha inteso stimare a ritroso il deflatore regionale utilizzando quello nazionale, per il quale è stato possibile reperire tutta la serie storica necessaria. Si sono quindi utilizzate due serie storiche con differenti lunghezze (ma entrambe indicizzate ai prezzi del 1995): una serie relativa al deflatore regionale degli investimenti dal 1995 al 2020 (che è la serie da stimare a ritroso e che fungerà da variabile dipendente del modello), l'altra relativa al deflatore nazionale degli investimenti dal 1970 al 2020 (utilizzata come variabile esogena del modello)³². Per una stima più accurata si è scelto di non utilizzare i deflatori in valore assoluto, bensì di stimare un modello basato sulle variazioni percentuali e procedere con la trasformazione delle due variabili secondo la specificazione:

$$\widehat{y}_t = 100(y_t - y_{t-1})/y_{t-1}$$

Una volta calcolate le variazioni percentuali si è proceduto a stimare il seguente modello previsionale:

$$\Delta y_{ti} = \Delta x_t \beta_{it} + v_{ti}; \quad (3)^{33}$$

$$v_{ti} = \varepsilon_{ti} - \varphi_{1i} v_{t-1} - \dots - \varphi_{ni} v_{t-n} \quad \text{per } n = 2; \quad (4)$$

$$\varepsilon_{ti} \sim N(0, \sigma^2) \quad (5)$$

dove:

- Δy è la variazione percentuale del deflatore regionale al tempo t per la regione i -esima.
- Δx è la variazione percentuale al tempo t del deflatore nazionale
- β è un vettore di coefficienti da stimare per l'anno t e la regione i -esima.
- v_{ti} è il termine di errore, viene specificato come in formula (4) e permette di stimare contemporaneamente al vettore di parametri β i parametri autoregressivi φ_{ni} , i quali tengono conto del livello di autocorrelazione della variabile endogena (con ordine di autocorrelazione pari a $n=2$) e ne migliorano la stima.

Una volta stimati i parametri β e φ , che rappresentano rispettivamente il contributo della variabile esogena (il deflatore a livello nazionale) e quello autoregressivo della variabile endogena, il modello è stato in grado di stimare il deflatore regionale degli investimenti per tutti gli anni mancanti.

Dopo aver ricostruito l'intera serie storica relativa al deflatore degli investimenti (opportunamente riportato ai suoi valori assoluti), si è potuto procedere con la sua indicizzazione all'anno 1990³⁴ e con la conversione dello stock di capitale regionale a prezzi costanti 2015.

Infine, si è potuto ricostruire la serie storica dello stock di capitale pubblico regionale sino al 2020 attraverso l'applicazione del seguente metodo:

$$stock_{it} = stock_{it-1} + [invest_{it} - (invest_{it} * \text{tasso amm.}_t)] \quad (6)$$

dove lo stock di capitale pubblico $stock_{ti}$ della i -esima regione è stato ricostruito sino al tempo $t=2020$ sommando cumulativamente lo stock di capitale dell'anno precedente con la spesa in conto

³¹ I dati ISTAT hanno permesso di reperire il dato sugli investimenti regionali solo per il periodo 1995-2020.

³² Entrambe le serie storiche sono di fonte ISTAT.

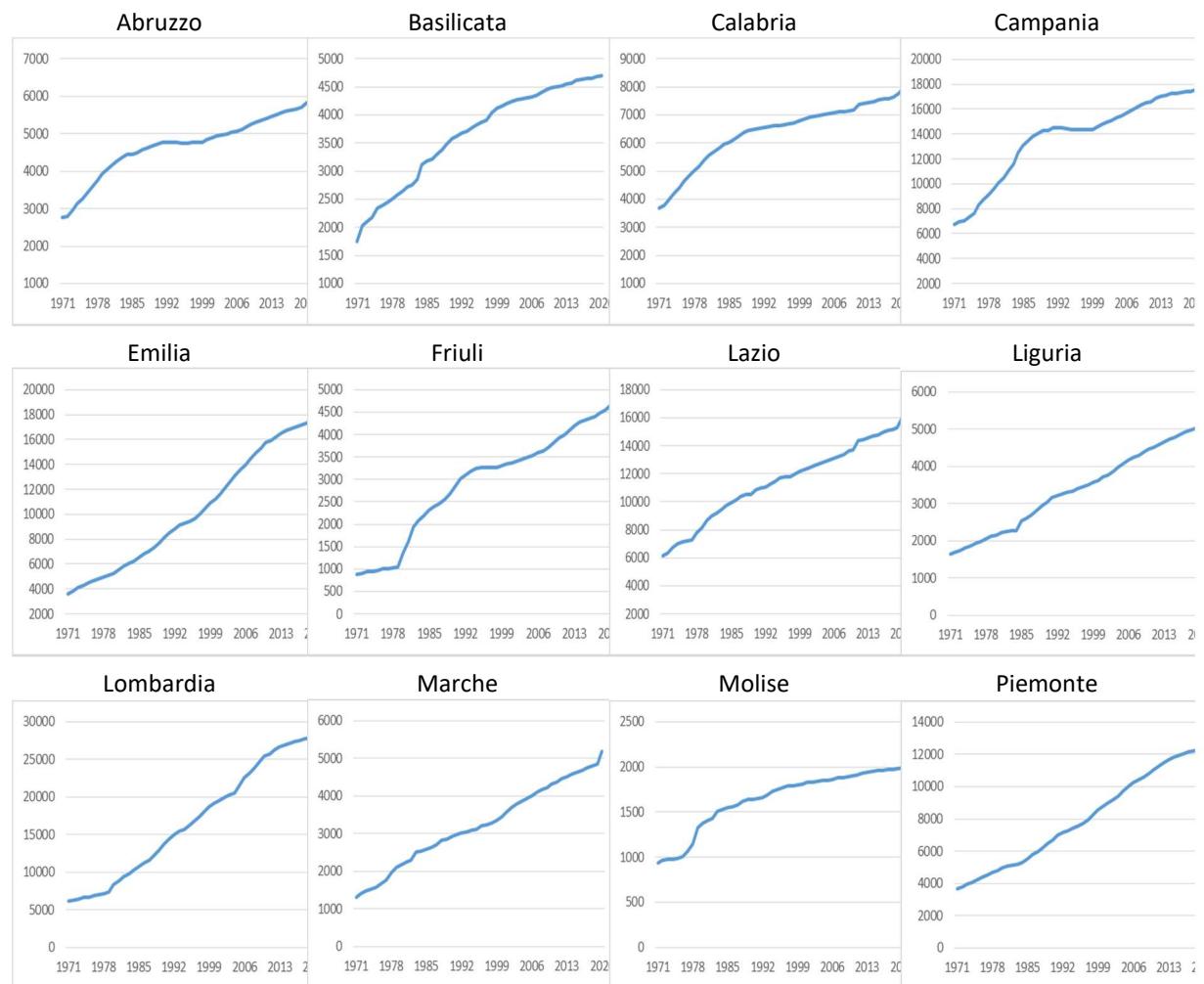
³³ Con il metodo della Massima Verosimiglianza.

³⁴ Anno di riferimento utilizzato dagli autori per la costruzione dello stock del capitale reale.

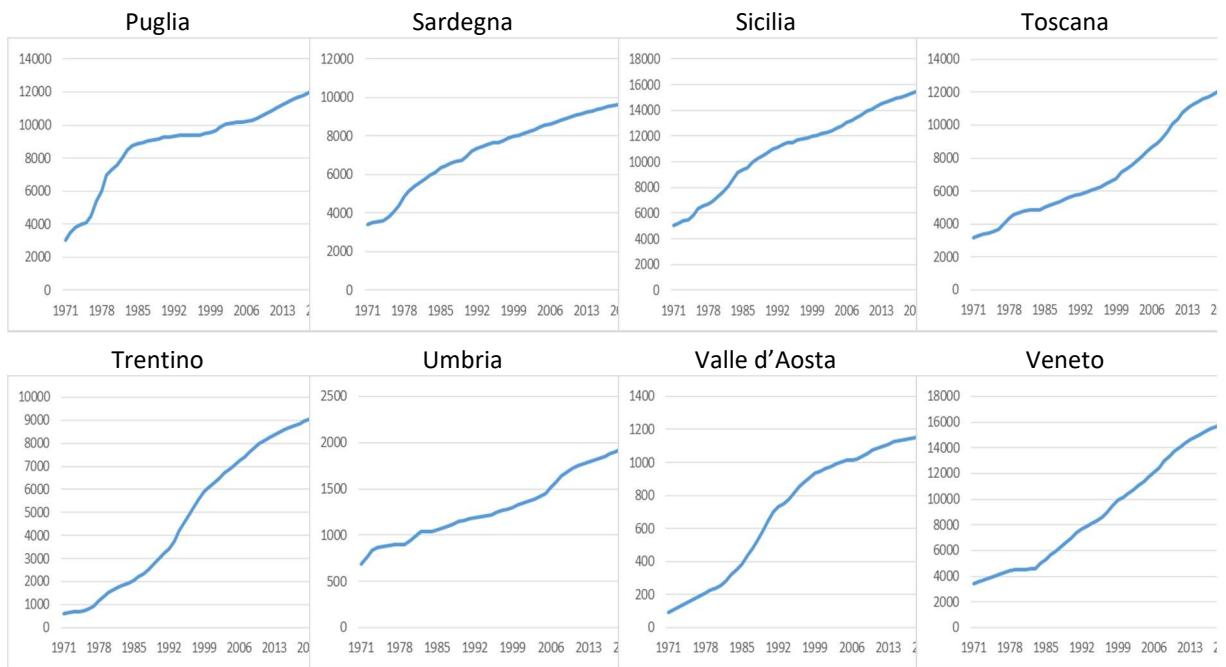
capitale (gli investimenti) dell'anno corrente, meno un tasso di ammortamento annuo. Il tasso di ammortamento utilizzato è di fonte ISTAT e varia unicamente rispetto al tempo³⁵ risultando invece costante per tutte le regioni.

Nei grafici in Figura 4 della presente Appendice viene riportata l'intera serie storica del capitale pubblico del settore sanitario ricostruita per ciascuna delle venti regioni italiane.

Appendice: Figura 4 – Stock di capitale pubblico regionale per il settore Sanità (dati in milioni di euro)



³⁵ La variazione media del tasso di ammortamento utilizzato è di circa il 5%, per valori oscillanti tra un minimo del 4,82% e un massimo del 5,32%.



IV - Altre tabelle

Appendice: Tabella 1 - GRIGLIA LEA

Regione	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Veneto	222	222	218	209	202	189	190	193
Toscana	222	220	216	208	212	217	214	193
Emilia Romagna	221	221	218	205	205	204	204	210
Lombardia	215	215	212	198	196	193	187	184
Marche	212	206	201	192	190	192	191	165
Umbria	211	210	208	199	189	190	179	171
Liguria	206	211	195	196	194	194	187	176
Friuli Venezia Giulia*	205	206	193					
Abruzzo	204	209	202	189	182	163	152	145
Lazio	203	190	180	179	176	168	152	167
Puglia	193	189	179	169	155	162	134	140
Piemonte	188	218	221	207	205	200	201	186
P.A. Trento*	187	185	185					
Sicilia	173	171	160	163	153	170	165	157
Basilicata	172	191	189	173	170	177	146	169
Campania	168	170	153	124	106	139	136	117

Valle d'Aosta*	160	159	149					
P.A. Bolzano*	157	142	120					
Molise	150	180	167	164	156	159	140	146
Calabria	125	162	136	144	147	137	136	133
Sardegna*	111	145	140					

* Regioni non sottoposte alla Verifica adempimenti

Appendice: Tabella 2 - TASSI DI VARIAZIONE DELL'IR, DELL'IC E DELLA SPESA PUBBLICA E PRIVATA PER SANITÀ (MEDIA DEGLI ANNI 2004-2010 E 2010-2020)

Regioni	Tasso di variazione IR		Tasso di variazione Spesa pubblica pro capite		Tasso di variazione Spesa privata pro capite	
	2005-10	2010-20	2005-10	2010-20	2005-10	2010-20
Piemonte	0,36	0,02	3,08	-0,44	-1,37	0,24
Valle d'Aosta	0,42	-0,02	2,52	-0,61	0,66	4,51
Lombardia	0,38	-0,03	3,50	-2,54	-1,94	3,11
Trentino Alto Adige	0,40	0,04	-1,58	-0,42	1,27	-1,70
Veneto	0,31	0,09	1,51	0,69	-3,15	1,21
Friuli Venezia Giulia	0,38	0,13	3,49	1,54	1,84	-0,13
Liguria	0,32	0,06	3,77	0,45	0,78	-1,09
Emilia Romagna	0,34	0,05	1,25	0,92	-3,33	0,06
Toscana	0,28	0,12	1,51	-0,12	-0,76	-0,57
Umbria	0,23	0,14	-0,23	0,19	2,76	-1,90
Marche	0,29	0,07	2,56	1,13	-3,18	-1,19
Lazio	0,30	0,18	3,37	1,26	2,94	0,99
Abruzzo	0,13	0,17	6,10	0,58	2,25	1,15
Molise	0,25	0,07	4,41	4,57	6,46	1,55
Campania	0,32	0,12	2,41	-1,16	-2,59	3,21
Puglia	0,28	0,08	2,27	0,46	-0,08	-0,69
Basilicata	0,31	0,06	1,36	1,07	5,69	3,31
Calabria	0,22	0,13	3,54	0,35	0,85	0,82
Sicilia	0,30	0,12	3,28	0,14	-1,16	0,38
Sardegna	0,32	0,12	1,59	1,77	0,49	-0,77
Italia	0,31	0,08	2,33	-0,36	-1,56	0,47

CAPITOLO 3

FOCUS DI APPROFONDIMENTO REGIONALI

3.1 NUCLEO REGIONALE CAMPANIA - LA GOVERNANCE SANITARIA: MODELLI REGIONALI A CONFRONTO

INTRODUZIONE

In questo capitolo si vuole proporre un'analisi comparata di alcuni modelli di governance sanitaria regionale che caratterizzano il panorama nazionale. In particolare, si osserveranno come le regioni Campania, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana ed Umbria adottino ed applichino nei propri territori diversi modelli di governance sanitaria proponendo un raffronto dei diversi elementi normativi, finanziari, strutturali, procedurali e di contesto che compongono la scelta organizzativa delle amministrazioni regionali sottoposte ad analisi.

Pur caratterizzate dalle medesime genesi - come la riduzione degli investimenti pubblici, il declino demografico e il corrispondente invecchiamento della popolazione che le nazioni non solo europee sta attualmente vivendo³⁶, le preoccupanti mutazioni peggiorative nelle soglie di povertà³⁷ - ed anche se accomunate dalle medesime fondamenta normative, le soluzioni appaiono diverse e pongono il proprio presupposto nell'esigenza da parte degli Enti regionali di realizzare, ciascuno assecondando le sue caratteristiche, un processo di riordino del proprio apparato burocratico, soprattutto alla luce dei diversi ed inattesi scenari³⁸ degli ultimi anni e delle conseguenti diverse evoluzioni normative nazionali che hanno infine portato alla reale piena autonomia delle Regioni nell'organizzazione e gestione della Sanità.

L'assetto delle strutture sanitarie regionali, e così di seguito le policy e scelte di governance che ne gestiscono il sistema di controllo, sono frutto di caratteristiche strutturali ed esigenze strettamente legate al singolo Ente regionale ed alla popolazione ed al territorio da esso amministrati. È, infatti, desumibile dai dati sottoposti ad analisi come le Regioni Campania, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana ed Umbria, poste tra loro a comparazione, abbiano avuto – seppure in un quadro normativo di riferimento comune – modi ed anche tempi di sviluppo diversi.

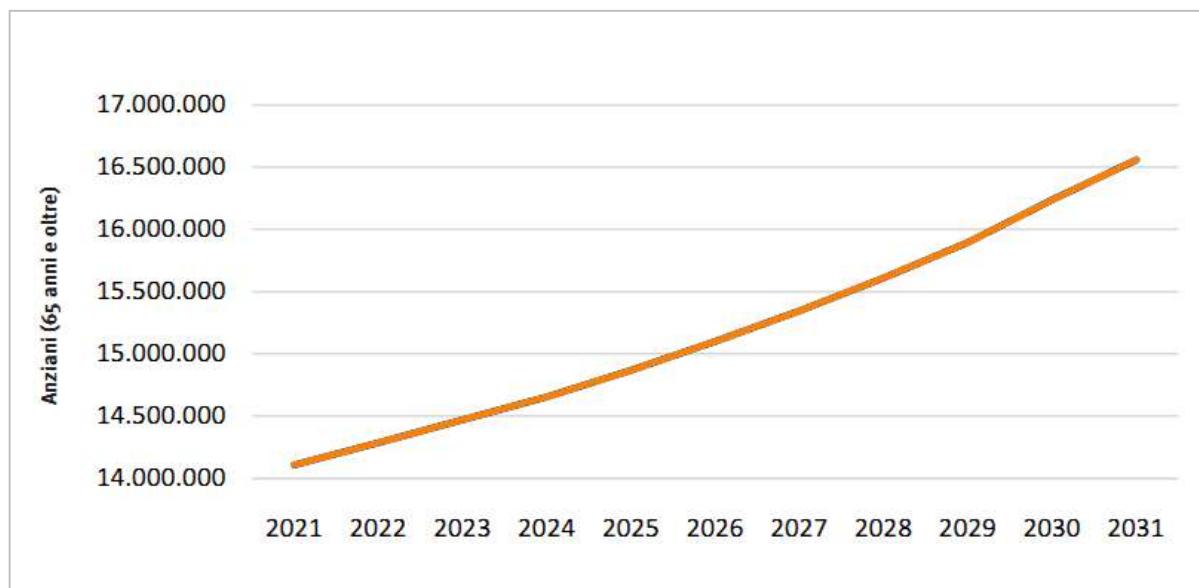
³⁶ "Le previsioni sul futuro demografico in Italia restituiscono un potenziale quadro di crisi. La popolazione residente è in decrescita: da 59,6 milioni al 1° gennaio 2020 a 58 mln nel 2030, a 54,1 mln nel 2050 e a 47,6 mln nel 2070. Il rapporto tra giovani e anziani sarà di 1 a 3 nel 2050 mentre la popolazione in età lavorativa scenderà in 30 anni dal 63,8% al 53,3% del totale. La crisi demografica sul territorio: entro 10 anni l'81% dei Comuni avrà subito un calo di popolazione, l'87% nel caso di Comuni di zone rurali. Previsto in crescita il numero di famiglie ma con un numero medio di componenti sempre più piccolo. Meno coppie con figli, più coppie senza: entro il 2040 una famiglia su quattro sarà composta da una coppia con figli, più di una su cinque non avrà figli". Cfr. ISTAT, *Report su Previsioni della popolazione residente e delle famiglie - base 1/1/2020*, 26 Novembre 2021.

³⁷ Secondo l'Istat nel 2021 sono in condizione di povertà assoluta poco più di 1,9 milioni di famiglie (7,5% del totale da 7,7% nel 2020) e circa 5,6 milioni di individui (9,4% come l'anno precedente). La percentuale di famiglie che si trovano in povertà assoluta nel Mezzogiorno è il 10,0%. Per la povertà relativa l'incidenza sale all'11,1% (da 10,1% del 2020) e le famiglie sotto la soglia sono circa 2,9 milioni (2,6 milioni nel 2020). Le persone a rischio di povertà, ovvero quelle con un reddito inferiore al 60% di quello medio disponibile, erano 11,84 milioni con una percentuale del 20,1% della popolazione, in crescita dal 20% del 2020. Se si guarda anche all'esclusione sociale, ovvero non solo alle famiglie con un reddito inferiore al 60% di quello medio ma anche a quelle che hanno difficoltà ad avere beni e servizi come ad esempio una casa adeguatamente riscaldata e un pasto proteico ogni due giorni, e all'intensità lavorativa, le persone in difficoltà superano i 14,83 milioni pari al 25,2% della popolazione. Cfr. ISTAT, *Le statistiche dell'Istat sulla povertà, anno 2021*, 15 giugno 2022.

³⁸ L'emergenza sanitaria del 2020 ha comportato sostanziali interventi legislativi: D.L. n. 14 del 9 marzo 2020 - n. 18 del 17/3/2020, "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"; D.L. n. 34 del 15/5/2020, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" e D.L. n. 104 del 14/8/2020, "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia".

Le domande di ricerca si sono focalizzate principalmente sull'individuazione delle principali caratteristiche costitutive e di funzionamento dei modelli di governance e dei loro impatti sull'assetto organizzativo e sulle policy regionali in materia di assistenza e Sanità. Per quanto attiene ai risultati, è interessante notare l'influenza delle scelte di policy sulla distribuzione - anche all'infuori dell'ente regionale stesso - di compiti ed attribuzioni con corrispondenti meccanismi di controllo delle attività e della spesa, e la costruzione (considerando complessivamente i sei casi analizzati) di due cluster composti rispettivamente da regioni che adottano modelli di governance sanitaria più decentrata: Campania, Sardegna e Umbria, e da altre regioni che optano per il ricorso a modelli di governance sanitaria più accentuata come Molise, Piemonte e Toscana.

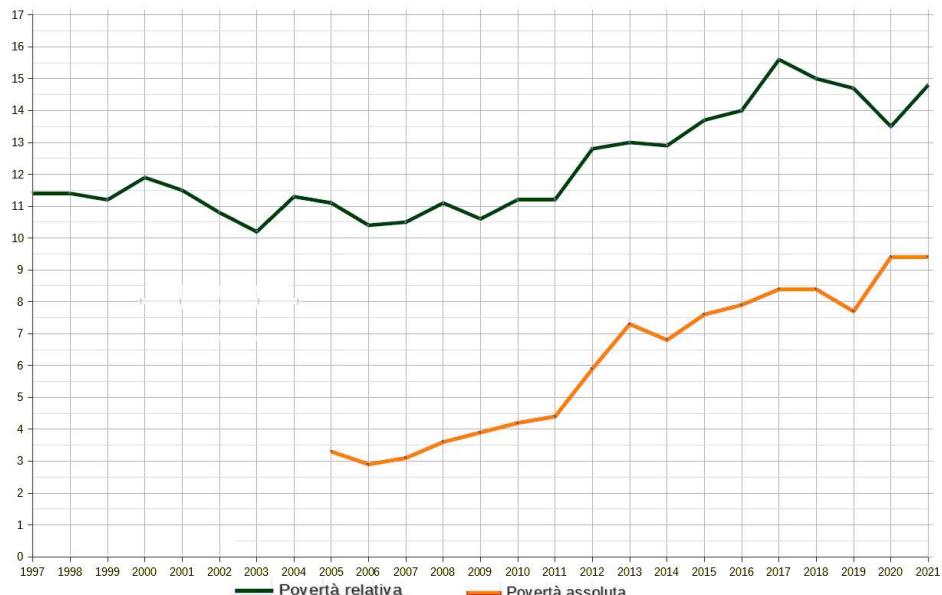
Figura 11 PREVISIONE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN ITALIA (2021-2031)



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat

Delineare tuttavia un quadro organico delle policy e dei modelli di *governance*, anche in considerazione della complessità del tema richiede la declinazione delle finalità normative, strategiche ed operative, per poi successivamente descrivere come siano state adottate e realizzate le scelte di assetto e di *governance* regionale, anche attraverso la lettura ragionata e combinata di atti funzionali e dispositivi di integrazione.

Figura 12 INCIDENZA DI POVERTÀ INDIVIDUALE ASSOLUTA E RELATIVA IN ITALIA (1997-2021)



Fonte: Elaborazione dati iSTAT

CAMPO DI INDAGINE E FRAMEWORK NORMATIVO

Il concetto di governance sanitaria³⁹ racchiude diverse caratteristiche di *policy* gestionali ed implicazioni organizzative di una macroarea, che vede al proprio centro la qualità della salute pubblica; questa può considerarsi un approccio sistematico in virtù del quale le organizzazioni sanitarie divengono centri di gestione in cui si sviluppi il senso dell'eccellenza delle prestazioni di assistenza all'utenza e nei quali sia depositata e coltivata la responsabilità del progresso di efficientamento e miglioramento della qualità dei servizi erogati ed il mantenimento di standard elevati di assistenza. La sua corretta implementazione è un elemento fondamentale della strategia *Health Promotion*, introdotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella Conferenza di Ottawa 1986 (c.d. *Ottawa Charter*)⁴⁰.

³⁹ "Clinical governance is a system through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish" - Gabriel Scally, Liam J Donaldson, "Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England" in *British Medical Journal*, 1998; 317:61.

⁴⁰ Health promotion policy combines diverse, but complementary approaches including legislation, fiscal measures, taxation and organizational change. It is coordinated action that leads to health, income and social policies that foster greater equity. Joint action contributes to ensuring safer and healthier goods and services, healthier public services, and cleaner, more enjoyable environments. The Ottawa Charter for Health Promotion, World Health Organization, 1986.

Figura 13 FRAMEWORK “HEALTH PROMOTION” – OTTAWA CHARTER



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità

La *governance sanitaria* è dunque una vera e propria strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del perseguitamento e della promozione di *policy* del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento oltre che mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l’attenzione verso la prevenzione e la cura e il fiorire dell’eccellenza professionale.

L’efficacia delle scelte di *governance sanitaria* è condizionata dalla intrinseca capacità di contestualizzare e permeare tutti i livelli dell’organizzazione, siano essi finanziari, strutturali e procedurali, per consentire alle strutture sanitarie presenti lungo tutto il territorio nazionale di raggiungere e mantenere elevati standard assistenziali. Nella considerazione strategica dell’assetto e del funzionamento le variabili sono molteplici, e coinvolgono contesti, strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, *performance* e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale⁴¹.

Nell’impostazione moderna le attività di *policy sanitaria*, possono seguire due approcci distinti: uno di carattere più istituzionale e fortemente legato ai compiti e funzioni ufficialmente attribuiti egli enti preposti⁴², altro di natura più inclusiva, che invece implica il coinvolgimento di stakeholder di natura e

⁴¹ "Many inputs must come together at the appropriate time and in the appropriate place to achieve maximum health gain. These inputs include human resources (in particular, trained staff); physical resources (such as pharmaceuticals and technology); and intellectual resources (in the form of evidence and the ability to apply it appropriately). This congruence requires that the production, distribution, and combination of these resources be actively managed and that the relations among the various elements that contribute to health care be optimized." Alexander S. Preker, Martin McKee, Andrew Mitchell, and Suwit Wilbulpolprasert "Strategic Management of Clinical Services" Chapter 73, p. 1339, In: Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development -The World Bank; 2006.

⁴² "Whole-of-government approach: the diffusion of governance vertically across levels of government and arenas of governance and horizontally throughout sectors. Whole-of-government activities are multilevel, from local to global government activities and actors, and increasingly also involving groups outside government. This approach requires building trust, common ethics, a cohesive culture and new skills. It stresses a need for better coordination and integration centred on the overall societal goals for which the government stands. Health in all policies is one whole-of-government approach to making governance for health and well-being a priority for more than the health sector and working in both directions: how other sectors affect health and how health affects other sectors." Mossialos Elias, Permanand Govin, Baeten Rita and Hervey Tamara K., *Health Systems Governance in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press, 2010. p. 92.

provenienza diversa, ma in grado di contribuire all'implementazione delle policy⁴³. Sotto invece il profilo dell'amministrazione, coordinamento e gestione le scelte in tema di *governance* sanitaria richiedono, ed al contempo promuovono, diversi approcci risolutivi e modelli organizzativi. Strutture organizzate, affinché divengano primo presidio sanitario locale, chiamate ad un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità; nonché, base di riferimento su cui saranno, infine, definiti, mantenuti, verificati e statisticamente indicizzati i modelli qualitativi da promuoversi sui territori di competenza.

Posto che la *mission* principale delle aziende sanitarie locali e territorialmente circoscritte dai confini regionali è quella di fornire assistenza di elevata qualità dei servizi ad essi collegati saranno soltanto le politiche sanitarie applicate nelle singole regioni a divenire il riferimento assoluto per la corretta organizzazione del sistema di *governance*. Quest'ultimo ha pertanto l'obiettivo di fornire una risposta appropriata alle criticità scaturenti dalle attività prodotte nei sistemi complessi di organizzazione strutturale e produzione di servizi all'utenza finale, caratterizzati in maniera esclusiva da forti autonomie che si influenzano e si limitano a vicenda.

Figura 14 STRUTTURA DELLA GOVERNANCE SANITARIA



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Campania

Alla luce di tali considerazioni ed in ragione delle forti implicazioni giuridiche che il settore impone, occorre effettuare una adeguata preliminare analisi normativa che tratteggi l'evoluzione della

⁴³ "Whole-of-society approach: an approach with the aim of extending the whole-of-government approach by additional emphasis on the roles of the private sector and civil society, as well as political decision-makers such as parliamentarians. By engaging the private sector, civil society, communities and individuals, the whole-of-society approach can strengthen the resilience of communities to withstand threats to their health, security and well-being. A whole-of-society approach goes beyond institutions: it influences and mobilizes local and global culture and media, rural and urban communities and all relevant policy sectors, such as the education system, the transport sector, the environment and even urban design, as demonstrated in the case of obesity and the global food system. Whole-of-society approaches are a form of collaborative governance that emphasizes coordination through normative values and trust-building among a wide variety of actors". Mossialos Elias, Permanand Govin, Baeten Rita and Hervey Tamara K, Health (op.cit) p. 93.

legislazione sanitaria e che ne ha caratterizzato, nonché strutturato, l'odierna visione della *governance* sanitaria così come attualmente si configura.

La *ratio* alla base della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 era quella di fondare un sistema sanitario che avesse come punto cardine i principi enucleati dalla nostra Carta Costituzionale, ovvero realizzare un patto di solidarietà per la salute di ogni cittadino ed implementare un sistema sanitario che avesse l'obiettivo di assicurare uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari, ovvero, costituire una struttura centralizzata, quale il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che avesse come elemento fondante un'unica struttura, determinata da una medesima forma di finanziamento e con eguali criteri di organizzazione.

La crisi del modello di Servizio Sanitario così impostato, anche se tutto sommato *longevo*, può attribuirsi a due fattori principali, ovvero, l'insoddisfazione degli utenti circa la qualità di prestazioni relativa principalmente alle forti disparità di offerta dei servizi, percepita nelle diverse regioni, nonché, la difficoltà di monitorare la spesa sanitaria, vessata da continui deficit, ed incrementata di anno in anno a causa della sempre maggiore incontrollabilità dei costi.

Una seconda riforma si rese dunque necessaria con il Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" ed il successivo Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Tali riforme comportarono un complessivo riordino della disciplina in materia sanitaria ed una profonda trasformazione del servizio sanitario da concezione di assistenza pubblica illimitata ed incondizionata a concezione di assistenza pubblica con spesa sociale e sanitaria proporzionata ad effettiva realizzazione di entrate; ne conseguirono, in concomitanza, le linee guida per una riorganizzazione funzionale di servizio pubblico e per un necessario recupero di efficienza di economicità e qualità. La Seconda Riforma generò un rafforzamento del ruolo delle Regioni in ambito sanitario comportando finalmente la configurazione delle odierne strutture di governance sanitaria. In particolare viene così determinato l'approccio ad una *aziendalizzazione* di strutture di produzione ed erogazione di servizi sanitari, con la conseguente ingresso dei criteri di competitività tra pubblico e privato, nonché del principio adozione di accreditamento come prerequisito per esercizio di attività sanitarie. Vennero così poste le basi per l'adozione di un metodo di verifica e revisione della qualità delle prestazioni, di un nuovo modello di finanziamento e di nuove linee guida circa la partecipazione del cittadino alla fase gestionale ed organizzativa del SSN. Corrispondentemente si ebbe la redazione dei criteri di definizione di Livelli Uniformi di Assistenza su territorio nazionale.

In verità a tale seconda riforma se ne affiancò una *Terza*, sancita attraverso la promulgazione del Decreto Legislativo del 19 giugno 1999, n. 229 detta "*Riforma Bindì*" Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. La riforma nel suo complesso mirava a proporre dei correttivi al sistema in uso, cercando di massimizzare un *format* di *governance* sanitaria ancora troppo rigido e poco adattabile alle diverse esigenze sanitarie del bacino di utenza a cui voleva riferirsi. A tal fine venne, pertanto, posta un'integrazione sociosanitaria e percorsi assistenziali integrati con prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale con anche l'istituzione dei fondi integrativi sanitari destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive, ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN. Parimenti si provvide al perfezionamento della riforma della dirigenza sanitaria, così collocata in unico ruolo distinto per profili professionali e con esclusività di rapporto di lavoro.

Il ciclo di riforme, infine, si concluse con la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3 - *Riforma Titolo V della Costituzione*, avente ad oggetto la ridefinizione dell'assetto e delle competenze legislative tra governo centrale e enti locali, ove si sanciva in maniera definitiva l'autonomia alle Regioni nell'organizzazione e gestione della Sanità., comportando l'incidenza saldamente nel corso degli ultimi anni ben superiore al 80% del settore Sanità sul totale della spesa consolidata per le Amministrazioni

Regionali (88% nel 2016, all'85% nel 2017, all'83% nel 2018 e all'81% nel 2019, a discapito della ridottissima componente che queste rivestono nelle amministrazioni centrali e locali.

Figura 15 GENESI ED EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Campania

La genesi e l'evoluzione della normativa di riferimento sono elementi importanti per inquadrare il *framework* all'interno del quale l'odierna struttura del Sistema Sanitario Nazionale ha comportato diversi approcci e modelli di realizzazione di *governance* sanitaria. Il governo e l'amministrazione della complessità delle organizzazioni sanitarie si propongono dunque un duplice obiettivo e cioè quello di una promozione integrata della qualità assistenziale e quello di un sempre maggiore efficientamento dei servizi espletati all'utenza finale, garantiti anche da una sempre più performante sostenibilità economica.

Obiettivo finale della ristrutturazione del modello di SSN è, quindi, il realizzarsi di un sistema multidimensionale dotato di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità ed efficienza in un assetto decentrato, dove le Regioni dettano in esclusiva autonomia i criteri per una propria governance sanitaria. Com'è noto l'amministrazione statale stabilisce annualmente una quantità di risorse da destinare al Servizio Sanitario Nazionale sulla base del fabbisogno standard. Questa cifra viene calcolata tenendo conto del quadro macroeconomico generale, dei limiti di bilancio pubblico, delle responsabilità dell'Italia nell'ambito dell'UE e dei Livelli Essenziali di Assistenza da fornire in modo efficiente e appropriato. Il Decreto Legislativo del 18 febbraio 2000, n. 56, recante le Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133 definisce il sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, basato sulla capacità fiscale delle regioni, con misure di compensazione in base alle quali concorrono IRAP, l'addizionale regionale IRPEF e la partecipazione all'IVA. La creazione di un fondo di finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale è definita nei riparti, che vengono presentati al Ministero della Salute. Questi vengono poi discussi alla Conferenza Stato-Regioni e, infine, approvati dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica.

In termini quantitativi, considerando il medio-lungo periodo (2000-2023) in Italia la spesa sanitaria⁴⁴ è aumentata del 51,9% (almeno in termini nominali) passando da circa 68 a circa 131 miliardi di euro – sebbene in termini reali tale aumento si fermi intorno al 19%. Una particolare spinta in tal senso si è ovviamente registrata nel periodo coincidente con la pandemia che ha determinato una spesa aggiuntiva di 19 miliardi di euro, di cui 11,5 miliardi per l'incremento della spesa regionale, 4,3 miliardi per l'approvvigionamento di dispositivi, farmaci specifici e software, e 3,2 miliardi per i vaccini. Notevole è stato anche l'impegno finanziario relativo all'incremento del numero di posti letto in terapia intensiva, pari al 78% tra 2020 e 2022.⁴⁵

Figura 16 FINANZIAMENTO FONDO SANITARIO NAZIONALE ED INCIDENZA SUL PIL



Fonte: *The European House – Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato*, 2021

La nuova Legge di Bilancio prevede per il 2023, il finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale un aumento di 4 miliardi rispetto al 2022, toccando i 128 miliardi⁴⁶. In termini nominali è previsto un ampliamento di 15 miliardi per la spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al periodo anteriore alla pandemia. In verità tale incremento non è proporzionato al bisogno di compensare l'inflazione attuale, infatti tenuto conto delle stime ufficiali, la spesa in termini reali 2023 si attesterebbe di poco sotto il livello del 2019⁴⁷.

C'è da dire che in aggiunta al finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale vi saranno le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che destina alla Missione Salute (M6) 15,6 miliardi (8,2% del totale). Pertanto nei prossimi anni si prevede una dotazione totale di 191,5 miliardi di euro da investire tra il 2022 e il 2026, sempre che sia ben delineato il percorso da seguire e sugli investimenti ed anche in termini di riforme.

⁴⁴ Si rammenta che la spesa sanitaria pubblica corrente può individuarsi secondo in due maniere, e cioè la spesa sanitaria di Contabilità Nazionale ovvero la spesa sanitaria di Conto Economico, che sono relativamente omologhe, sebbene abbiano comunque alcuni tratti distintivi per quel che attiene al loro assetto contabile ed al trattamento di alcune voci contabili. La spesa sanitaria di Contabilità Nazionale è di norma superiore alla spesa sanitaria di Conto Economico, giacché la "nazionale" considera i costi per servizi sanitari sostenuti da tutti gli enti della P. A. locale e centrale, mentre quella "economica" deriva dalle risultanze dei conto economici dei soli enti appartenenti al SSN.

⁴⁵ Cfr. AA.VV. "Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19 in Italia: evidenze da 2 anni di Instant Report", in Giornale Italiano di Health Technology Assessment Delivery (2022) 15: Suppl. 2 Rapporto conclusivo di 24 mesi (marzo 2020- Aprile 2022) dei 93 Report Altems settimanali.

⁴⁶ Per il 2023, il finanziamento del fabbisogno sanitario standard era di 126 miliardi, 2 miliardi più del 2022, altri 2 miliardi sono stati stanziati dalla Legge di Bilancio 2023. Di questi 1,4 sono destinati a fronteggiare i maggiori costi derivanti dal rincaro delle fonti energetiche e 200 milioni riguardano l'aumento dei costi del personale del pronto soccorso.

⁴⁷ Nonostante l'incremento, al confronto con i dati pre-pandemia dei fondi stanziati, si tratta in termini percentuali del 3% circa, laddove l'inflazione ha invece raggiunto a circa il 12% annuo nel dicembre 2022

La Missione 6 del PNRR ha l'obiettivo di implementare ad ampio raggio nuovi modelli gestionali per la tutela della salute proprio attraverso lo sviluppo di diverse innovazioni organizzative. Questo implica lo sviluppo di reti di prossimità, di strutture intermedie e della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; dall'altro lato, la promozione dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, elemento quest'ultimo particolarmente legato all'invecchiamento della popolazione⁴⁸. Più segnatamente gli interventi previsti della prima componente intendono migliorare e consolidare le prestazioni erogate sul territorio tramite l'implementazione di strutture e presidi territoriali (il DM n. 77 del 2022 ha delineato i nuovi modelli e standard di assistenza territoriale come previsto dal PNRR) ed il potenziamento di quelle già esistenti (Case della Comunità e Ospedali di Comunità⁴⁹), l'incremento delle attività di assistenza a domicilio con il combinato rafforzamento della telemedicina e più in generale l'integrazione efficiente tra i servizi socio-sanitari. La Missione 6 prevede più in particolare 1.350 Case della Comunità, 600 Centrali Operative Territoriali e 400 Ospedali di Comunità che necessitano di personale qualificato stimato in circa 18.350 infermieri ed altri 10.250 di supporto, 2.000 operatori socio-sanitari e 1.350 assistenti sociali, e degli Ospedali di Comunità. Sicuramente si ritengono lodevoli sia l'approccio che lo sforzo organizzativo complessivo, sebbene non pochi dubbi si palesano sulla sostenibilità di tali articolate strutture all'indomani della cessazione del sostegno finanziario del PNRR, visti gli intuibili, e non ancora stimati, costi di gestione ordinaria, in special modo quello delle maestranze la cui spesa andrebbe poi sopportata dal fabbisogno sanitario nazionale standard.

MODELLI ORGANIZZATIVI

L'assetto delle strutture sanitarie regionali, le loro fonti di sostentamento e così di seguito le soluzioni di *governance* che ne gestiscono ed amministrano il sistema della Sanità regionale, sono frutto di caratteristiche contestuali, strutturali ed esigenze strettamente legate al singolo Ente regionale, è pertanto comprensibile che le Regioni oggetto dell'indagine pur avendo uno stesso quadro normativo nazionale di riferimento, abbiano poi scelto e sviluppato soluzioni distinte.

Gli elementi distintivi di un approccio strutturale alla governance⁵⁰ sono tecnicamente riconducibili a variabili organizzative ben definite riguardanti la scelta degli assetti interni, le relazioni con stakeholder esterni, la gestione delle deleghe in termini di compiti ed attribuzioni, il governo e l'amministrazione dei processi, il monitoraggio continuo della qualità dei servizi e la cura del rapporto con i destinatari finali.

⁴⁸ Cfr. Frank G. Miskelly, British Geriatrics Society "Assistive technology in elderly care", in Age and Ageing, Volume 30, Issue 6, November 2001, Pages 455–458.

⁴⁹ Con il Decreto del Ministero della Salute 10/07/2007 si definiva il modello delle Case della Salute: strutture polivalenti organizzate per erogare più prestazioni socio-sanitarie, consentendo peraltro sotto il profilo anche sociale un rafforzamento del tessuto e dell'integrazione territoriale; attualmente risultano attive sul territorio nazionale 493 Case della Salute sul territorio e 163 Ospedali di Comunità.

⁵⁰ "The operation of the clinical governance framework requires:

1. *Organisational and clinical leadership, including oversight by a designated senior clinician*
2. *Performance review including quality issues*
3. *Clinical audit*
4. *Clinical risk management*
5. *Research and dissemination of information about effectiveness of clinical practice*
6. *Education, training and continuing professional development*
7. *Managing and learning from complaints*
8. *Seeking and responding to user and patient views*
9. *Use of clinical information about patient experience*"

Cfr. Keyvan Zahir, *Clinical governance in the UK NHS*, DFID's Health Systems Resource Centre for the UK Department for International Development, p.2.

Le strutture sanitarie regionali, e le soluzioni di governance che le gestiscono, hanno caratteristiche e necessità che dipendono da variabili esogene: demografiche, geografiche, socio-economiche ed endogene: strutturali ed infrastrutturali dell'Amministrazione Regionale. È, infatti desumibile dai dati sottoposti ad analisi comparativa come le Regioni Campania, Molise, Piemonte, Sardegna, Toscana ed Umbria, abbiano avuto – seppure in un quadro normativo di riferimento comune – modi e tempi di sviluppo diversi.

Il primo elemento interessante riscontrabile da un raffronto delle soluzioni dei suddetti Enti regionali appare quello dell'assetto organizzativo adottato. Si evince, infatti, che regioni pur attraverso le proprie Direzioni Regionali alla Salute si avvalgono dell'ausilio di società *in house*, ovvero di aziende regionali, soprattutto al fine di conseguire maggiori livelli di efficienza e operare conseguendo il pieno vantaggio dell'evoluzione tecnologica dei sistemi con l'obiettivo, non meno primario, di raggiungere economie di scala.

Proprio a tal proposito l'esempio più diretto è dato dalle soluzioni di Governance Sanitarie adottate dalle Regioni Campania, Sardegna, ed Umbria. Esse, infatti, propongono modelli di governance sanitaria ricorrendo ad enti aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotati di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile.

La Regione Campania, in particolare, con SORESA S.p.A. – Società Regionale per la Sanità propone un modello di Governance Sanitaria con l'istituzione di una società strumentale unipersonale in cui la stessa Regione Campania è socio unico. SORESA S.p.A. infatti assume il ruolo di centrale unica di committenza dei prodotti destinati alle aziende del sistema sanitario regionale (ASL e AO) e si ripropone come strumento ideale finalizzato alla realizzazione del ripiano del debito maturato negli anni passati.

Le politiche di Governance sanitarie promosse dalla Società campana *ad hoc* hanno come obiettivo principale quello di produrre meccanismi virtuosi quali efficienza gestionale e risparmi sugli appalti nel settore sanitario mediante un controllo del ciclo degli acquisti, con la sostanziale riduzione del debito storico nell'ambito del piano di contenimento della spesa sanitaria regionale.

A seguito della Legge Regionale n. 16 del 7 agosto 2014, l'obiettivo del risparmio e dell'efficienza sugli appalti può essere perseguito anche a vantaggio dell'intero sistema regionale, attraverso l'espletamento di appalti pubblici per le società partecipate dalla Regione, gli enti locali e altre pubbliche amministrazioni presenti sul territorio.

Anche la Regione Sardegna con la Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24 e ss.ii.mm ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo le aziende sanitarie della Sardegna, aventi personalità giuridica di diritto pubblico⁵¹. Tra queste l'Azienda Regionale della Salute - ARES, nasce con lo scopo di supportare le altre Aziende sanitarie regionali nella produzione di servizi sanitari e sociosanitari. L'ARES ha come punto cardine tra le sue attività, anche la gestione della committenza inherente all'acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie stesse. In particolare, L'Azienda regionale della salute - ARES definisce gli accordi con le strutture pubbliche e stipula contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, tenuto conto dei piani preventivi annuali e nell'ambito dei livelli di spesa stabiliti dalla programmazione

⁵¹ La Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24 e ss.ii.mm ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, istituendo, le aziende sanitarie della Sardegna, aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile, sono le seguenti:

- a) Azienda regionale della salute (ARES);
- b) Aziende socio-sanitarie locali (ASL);
- c) Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS);
- d) Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) di Cagliari e Sassari;
- e) Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS);
- f) Istituto zooprofilattico della Sardegna (IZS).

regionale, assicurando così livelli di trasparenza, informazione e correttezza dei procedimenti decisionali.

La Regione Umbria costituisce un altro valido esempio di soluzioni di governance sanitaria basate sull'affidamento a società costituite *ad hoc*. L'Ente infatti, attraverso la propria Direzione regionale Salute e Welfare, si avvale servizi specialistici forniti dalla società *in house* PuntoZero Sc.a.r.l, istituita con la L.R. n. 13/2021 avente ad oggetto: *"Disposizioni per la fusione per incorporazione di società regionali. Nuova denominazione della società incorporante: "PuntoZero S.c.ar.l."*. La PuntoZero Sc.a.r.l, società pubblica nasce dunque il 01/01/2022 dalla fusione per incorporazione di Umbria Digitale S.c.ar.l. in Umbria Salute e Servizi S.c.ar.l.

Obiettivo della Regione Umbria è stato quello di razionalizzare le partecipazioni societarie del proprio Ente e di conseguire maggiori livelli di efficienza, nonché di operare una conveniente oltre che indispensabile evoluzione tecnologica dei sistemi, raggiungendo economie di scala.

Tabella 8 MODELLI DI GOVERNANCE SANITARIA DECENTRATA: CAMPANIA, SARDEGNA E UMBRIA

REGIONE	NOME	OBIETTIVI
CAMPANIA 	Società Regionale per la Sanità – So.Re.Sa.S.p.A.	Produrre meccanismi virtuosi quali efficienza e risparmi sugli appalti nel settore sanitario mediante un controllo del ciclo degli acquisti, con la sostanziale riduzione del debito storico nell'ambito del piano di contenimento della spesa sanitaria regionale.
SARDEGNA 	Azienda regionale della salute – ARES	Supportare le Aziende sanitarie regionali nella produzione di servizi sanitari e sociosanitari attraverso diverse attività, fra cui la gestione della committenza inherente all'acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie
UMBRIA 	PuntoZero Scarl	Razionalizzare le partecipazioni societarie del proprio Ente e di conseguire maggiori livelli di efficienza , nonché di operare l'evoluzione tecnologica dei sistemi, raggiungendo economie di scala .

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Campania

Altro approccio rispetto all'organizzazione delle governance sanitarie fin qui descritto, è quello adottato dalla Regione Molise e della Regione Piemonte.

La Regione Molise con la Legge Regionale 23 marzo 2010 n. 10, ha avviato un processo di rassetto del proprio apparato burocratico. La procedura di riordino, infatti, ha portato alla istituzione della Direzione Generale per la Salute: una struttura complessa sovraordinata ai Servizi con funzioni di coordinamento, gestione e raccordo operativo delle attività dei Servizi stessi afferenti ad un complesso di materie, attività o progetti tra loro omogenei, connessi o interdipendenti.

Successivamente la Regione Molise, attraverso diverse delibere di Giunta, ha definito gli atti organizzativi delle strutture burocratiche della Giunta Regionale ivi inclusa la Direzione Generale per la Salute. Struttura, infine, concretizzatasi con Delibera di Giunta n. 235 del 14.07.2022 ove è stata disposta l'istituzione di un Servizio dedicato alla funzione strumentale di supporto alla Struttura Commissariale per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario⁵². La Direzione

⁵² Con Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.07.2009 il Presidente della Regione Molise pro tempore è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione. Per l'attuazione del vigente Piano di rientro, con Delibera del Consiglio dei Ministri del 05.08.2021 e con quella del 31.03.2022 sono stati nominati rispettivamente il Presidente pro-tempore della Regione Molise quale Commissario ad Acta e il Sub-commissario che ha il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissoriale. Con Delibera di Giunta n. 235 del 14.07.2022 è stato deliberato di istituire un Servizio dedicato alla funzione strumentale di supporto alla Struttura Commissariale per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario

Generale per la Salute della Regione Molise ha l'obiettivo di creare le condizioni necessarie ad adeguare l'offerta di assistenza sociosanitaria alle reali esigenze della popolazione molisana, offrendo, quindi prestazioni adeguate a una domanda in continua evoluzione, garantendo, al tempo stesso, un Servizio Sanitario Regionale universale e sostenibile dal punto di vista economico-finanziario.

Ai fini del perseguitamento di tale obiettivo strategico principale, in particolare, la Direzione mira a potenziare le attività regionali di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio, a migliorare la rete di offerta ospedaliera regionale, secondo principi di sicurezza, qualità ed efficienza delle cure con in coerenza con i bisogni socio-assistenziali della popolazione. Inoltre predispone un'efficace governance dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici ed Investe in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane. La Direzione tende ad accelerare gli investimenti in infrastrutture e tecnologie ed a potenziare il patrimonio informativo socio-sanitario a supporto del monitoraggio e governance del SSR per poi raggiungere tutti gli obiettivi previsti dal Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci previsto dalla Regione.

La Regione Piemonte attraverso la Legge Regionale n. 18 del 6 agosto 2007 e s.s.m.m.i. "Norme per la programmazione sociosanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale" ha completamente riformato il proprio sistema sanitario regionale, ponendo le basi per l'introduzione di alcune rilevanti novità. In primis, è stata realizzata una riconfigurazione delle procedure e degli atti della programmazione sociosanitaria. Ciò ha indotto l'avvio del riassetto delle aziende sanitarie regionali. Con l'entrata in vigore della Legge Regionale sono stati promossi ed attuati alcuni principi fondamentali sanciti dalla Costituzione della Repubblica Italiana e dallo Statuto della Regione Piemonte. Il comma 1 dell'art. 9 dello Statuto stabilisce infatti che "*la Regione promuove e tutela il diritto alla salute delle persone e della comunità*" e il comma 3 sottolinea che "*il sistema sanitario regionale opera nel quadro del sistema sanitario nazionale*". Secondo quanto stabilito dall'art. 3 della Legge Regionale citata il Consiglio Regionale approva il Piano Sociosanitario Regionale, i cui contenuti sono disciplinati all'art 12. La Giunta, invece, esercita le funzioni di indirizzo tecnico-amministrativo e di coordinamento delle attività delle aziende sanitarie, in conformità alle disposizioni del piano sociosanitario regionale. La Legge Regionale al titolo III disciplina il riassetto del servizio sanitario regionale con riferimento alle Aziende Sanitarie Locali e la relativa articolazione distrettuale, alle Aziende Ospedaliere e alle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

La direzione regionale che si occupa della Sanità è la Direzione A1400A - SANITÀ E WELFARE. Tale direzione è a sua volta suddivisa in settori. La Regione Piemonte ha scelto di adottare e regolamentare le tre tipologie di aziende sanitarie previste dalla normativa nazionale per fornire l'assistenza ospedaliera, l'assistenza specialistica, l'assistenza ambulatoriale e i servizi di urgenza di pronto soccorso. Pertanto, gli ospedali pubblici in Piemonte possono avere l'assetto di:

1. Aziende sanitarie locali (ASL);
2. Aziende ospedaliere (AO);
3. Aziende ospedaliero-universitarie (AOU).

Altro interessante esempio per una prospettiva comparativa tra governance sanitarie regionali è quello della Regione Toscana, che si articola in diverse Direzioni di ambito tematico specifico e che a loro volta sono declinati in Settori. La Direzione regionale che si occupa della Sanità è la Direzione "Sanità, welfare e Coesione Sociale".

A questo ufficio centrale, vengono demandate attività quali:

- le politiche per la tutela del diritto alla salute;

(a norma dell'articolo 4, comma 2, del decreto-legge n. 159 del 1° ottobre 2007, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e in conformità con le disposizioni di cui all'art. 10, comma 1, della legge regionale 23 marzo 2010, 10 e s.m.i.).

- il raccordo, indirizzo, coordinamento e controllo economico e finanziario delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale;
- la prevenzione collettiva e Sanità pubblica;
- Politiche per la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Politiche di welfare;
- Integrazione sociosanitaria;
- Coordinamento dei rapporti con il terzo settore;
- Gestione dei rapporti con gli enti e organismi dipendenti operanti nelle materie di competenza della direzione in coerenza con gli indirizzi forniti dal Direttore generale della Giunta.

Per fornire dunque i livelli essenziali di assistenza (sanitaria e sociale integrate) e cioè l'assistenza ospedaliera, i servizi di emergenza-urgenza, le attività di ricerca clinica, le attività didattiche legate al sistema della formazione sanitaria, le attività di assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza sanitaria e sociale integrata, la Regione Toscana ha scelto di regolamentare le tipologie di aziende sanitarie previste dalla normativa nazionale e regionale, ovverosia le Aziende unità sanitarie locali (AUSL), le Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) con ruolo specifico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria MEYER per quanto attiene alla Rete pediatrica regionale.

Inoltre, fanno parte del SSR i soggetti di cui di cui al Titolo VII della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 Disciplina del servizio sanitario regionale., fra gli organismi di consulenza, di studio e di supporto tecnico amministrativo, l'Ente giuridico ESTAR (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale) che facendo parte del sistema sanitario, ne condivide l'obiettivo finale ovvero quello di offrire ai cittadini prestazioni e servizi di qualità in tutta la Toscana ed opera in piena collaborazione con le aziende sanitarie, così da rispondere in modo efficace, efficiente e trasparente ai loro fabbisogni e necessità per le funzioni di stazione unica appaltante per l'acquisto di beni e servizi.

Tabella 9 MODELLI DI GOVERNANCE SANITARIA ACCENTRATA: MOLISE, PIEMONTE E TOSCANA

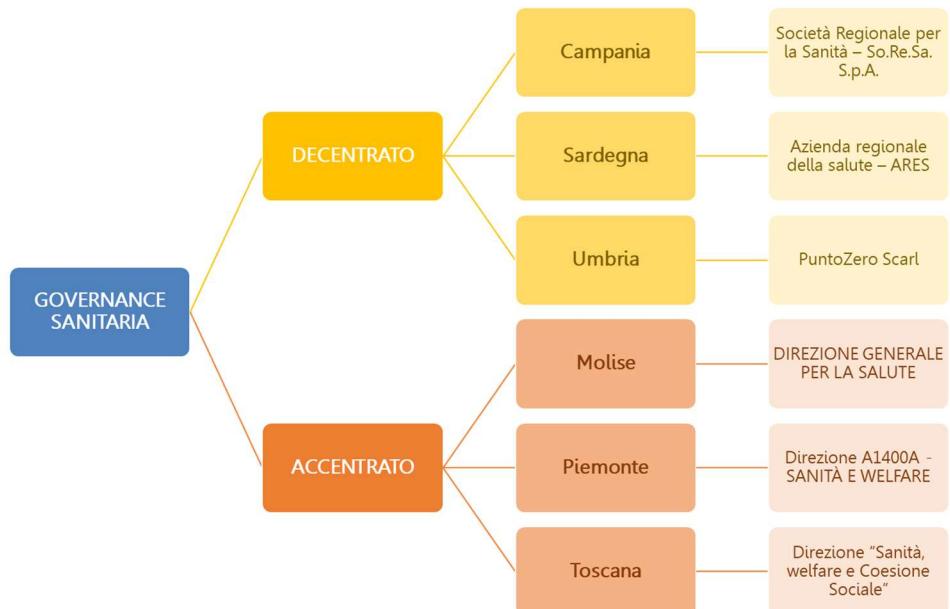
REGIONE	NOME	OBIETTIVI
MOLISE 	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE	Creare le condizioni necessarie ad adeguare l'offerta di assistenza sociosanitaria alle reali esigenze della popolazione molisana, offrendo prestazioni adeguate alla domanda , garantendo un Servizio Sanitario Regionale universale e sostenibile dal punto di vista economico-finanziario.
PIEMONTE 	Direzione A1400A - SANITÀ E WELFARE	Fornire l'assistenza ospedaliera, l'assistenza specialistica, l'assistenza ambulatoriale e i servizi di urgenza di pronto soccorso attraverso il riassetto del servizio sanitario regionale con riferimento alle Aziende Sanitarie Locali , alle Aziende Ospedaliero - Universitarie .
TOSCANA 	Direzione "Sanità, welfare e Coesione Sociale"	Fornire i livelli essenziali di assistenza (sanitaria e sociale integrate) , ovvero l'assistenza ospedaliera, i servizi di emergenza-urgenza, le attività di ricerca clinica, le attività didattiche legate al sistema della formazione sanitaria, le attività di assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza sanitaria e sociale integrata.

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Campania

Dalla breve panoramica delle strutture di gestione (interne ed esterne) adottate dalle Regioni oggetto dell'indagine è possibile evincere che tra le prime possibili opzioni capaci di configurarsi nella scelta di una soluzione organizzativa di gestione sanitaria, si riscontra quella concernente il livello di delega e la scelta della forma giuridica (nel caso di soggetti esterni ancorché collegato)) cui attribuire talune competenze e la gestione dei relativi processi operativi in materia sanitaria. Tale decisione si fonda soprattutto dall'esigenza di garantire una governance unitaria del sistema regionale di erogazione di servizi

sanitari, inclusi anche quelli più complessi ed onerosi, alla luce delle contingenze e peculiarità territoriali ed in base alla migliore conoscenza dei fabbisogni della collettività governata.

Figura 17 ARTICOLAZIONE DEI MODELLI DI GOVERNANCE SANITARIA



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Campania

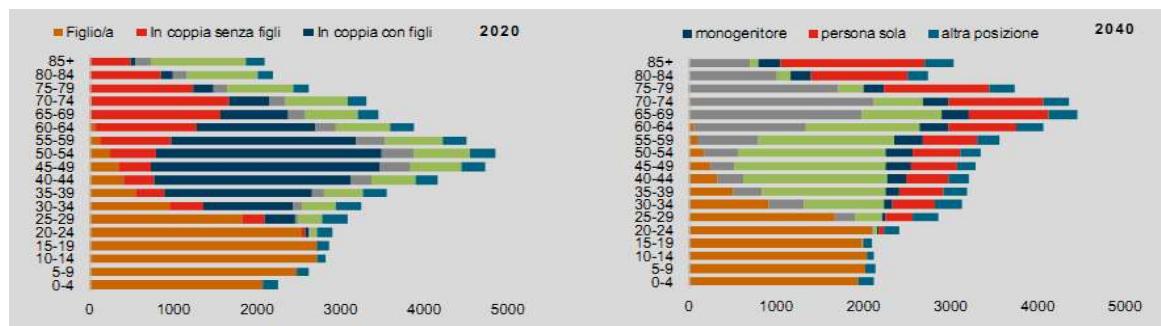
Il vasto spettro delle innovazioni tecnologiche, e l'accrescimento dell'attenzione sui bisogni della collettività, sui diritti di cittadinanza e sui livelli di soddisfazione dell'utenza (in special modo quella più fragile ed anziana) hanno determinato interessanti fenomeni socio-aggregativi⁵³ ed imposto decisioni con le quali ciascuna Regione ha poi tentato a suo modo di orientare gli sforzi organizzativi nella direzione di garantire maggiore qualità, equità e sostenibilità degli assetti sanitari e sociali, ed anche l'equilibrio di meccanismi di gestione legati a modelli di governance mono o multilivello. D'altra parte com'è noto si tratta di materia che oltre a rientrare tra le funzioni fondamentali degli enti locali definiti dall'art. 117 della Costituzione. I diritti civili e sociali devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale allo scopo di promuovere l'unità economica e la coesione sociale della Repubblica, ridurre le disparità economiche e sociali e fornire linee guida alle Regioni e agli enti locali per le loro finanze e le loro attività. I diritti di cittadinanza, comprendono il diritto di tutti i cittadini all'assistenza sanitaria e sociale, all'istruzione e a prestazioni previdenziali per i lavoratori. Peraltro con il D.lgs. n. 147/2017, tale impostazione è stata ribadita con la fissazione di Livelli Essenziali delle Prestazioni ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, vale a dire diritti esigibili – in verità ancora in corso di definizione – che comportano servizi erogati con continuità e senza disparità di trattamento e che gioco forza impongono assetti organizzativi e gestionali solidi e funzionali. Giova sottolineare che la determinazione dei livelli essenziali è fondamentale giacché una volta conseguita

⁵³ Si pensi ad esempio all'Alleanza Italiana per l'Invecchiamento in Salute, nata nel 2014 per promuovere politiche e iniziative volte a tutelare la salute dell'anziano e a sviluppare le indicazioni della Commissione europea sul fronte dell'invecchiamento attivo, attraverso la confluenza di tutte le realtà che si occupano del benessere degli anziani e lo sviluppo e la replicazione sul piano nazionale di esperienze realizzate con successo nel contesto locale e validate scientificamente.

la determinazione di standard minimi nei servizi da assicurare in tutto il Paese, ne deriverebbero – sebbene non del tutto automaticamente – i fabbisogni e i costi standard a carico dei singoli enti locali⁵⁴.

A tali considerazioni va aggiunto il forte ruolo della programmazione specifica che deve dispiegare i propri effetti nel perimetro anche dell'Area Vasta, luogo strategico dove avviene e si evolve la trasformazione dei bisogni sociosanitari in percorsi di cura adeguati e efficaci e considerare i propri impatti sulle Zone Distretto, luoghi della organizzazione e della gestione dei servizi sociosanitari, in quanto queste ultime due dimensioni rappresentano in effetti il livello disaggregato di governance più prossimale ai territori. È infatti abbastanza evidente che un governo unitario e organico su più ampia scala è necessario per raggiungere l'eccellenza in termini di efficienza, efficacia ed economicità, in modo da consentire al territorio di soddisfare a livello regionale ed anche ultraregionale bisogni individuali e collettivi. Scelte *governance* dovrebbero dunque orientarsi verso forme organizzative di che consentano di coordinare e integrare le politiche, scegliendo anche diversi modelli di gestione in base alle esigenze del territorio, la struttura attuale, ma soprattutto prospettica dei fabbisogni dell'utenza, delle famiglie e dell'anzianità della popolazione⁵⁵ e alle caratteristiche dei servizi da erogare.

Figura 18 POPOLAZIONE PER POSIZIONE FAMILIARE E CLASSI QUINQUENNALI DI ETÀ. Anni 2020 e 2040, scenario mediano, valori in migliaia



Fonte: Istat

POLICY, COMPITI ED ATTRIBUZIONI

L'esigenza di gestione, organizzazione e controllo delle risorse regionali porta le diverse scelte in termini di *governance* a rispondere in maniera tutto sommato non dissimile a problematiche comuni. Orbene sotto il profilo funzionale l'approccio di *governance* a sua volta può essere considerato ed impattare a due diversi livelli e cioè in termini di *policy*, e cioè di scelte di grandi obiettivi, assetto complessivo e di finalità di medio periodo, ed in termini invece amministrazione dell'operatività funzionale e gestionale. Tale distinzione è importante per comparare le osservazioni effettuate, in

⁵⁴ La legge delega n. 42/2009 (Federalismo Fiscale) sancisce che il finanziamento delle spese relative ai LEP sia determinato in base a fabbisogni, la cui quantificazione dovrebbe calcolarsi con riferimento non alla spesa storica, bensì ai costi standard associati alla loro erogazione in condizioni di efficienza e appropriatezza su tutto il territorio nazionale.

⁵⁵ Secondo l'ISTAT "La dinamica demografica, sia del passato sia in chiave prospettica, comporta una riduzione delle nuove generazioni, sia in termini assoluti che relativi. La struttura per età della popolazione evidenzia, già oggi, un elevato squilibrio a favore delle generazioni più anziane e non ci sono al momento fattori che possano far pensare a inversioni di rotta in base al ruolo in famiglia si evidenzia in modalità congiunta il processo di invecchiamento e i cambiamenti nelle posizioni familiari. In particolare, diminuzione delle persone in coppia con figli, l'aumento di quelle senza figli e delle persone che vivono sole, queste ultime soprattutto se anziane". Cfr. ISTAT, Report su Previsioni della popolazione residente e delle famiglie / base 1/1/2020, 26 NOVEMBRE 2021.

quanto decisioni strategiche di assetto e finanza, e scelte di operatività delle soluzioni organizzative si tramutano in compiti, attribuzioni e conseguenti responsabilità ad unità organizzative più o meno complesse a loro volta interne e/o esterne all'Amministrazione regionale.

Nell'ambito delle decisioni di *policy* rientra ad esempio anche la partecipazione dei cittadini alla spesa legata ai *ticket sanitari* che nel 2020 ammontava a circa 2,7 miliardi, con una riduzione della spesa pro-capite in calo rispetto al 2019 - da € 61 a € 49⁵⁶. Com'è noto infatti i ticket possono avere importi diversi tra le regioni italiane che hanno opportuni margini di manovra per poterli declinare all'interno di parametri nazionali determinati a livello centrale. Dall'esame della spesa pro-capite nelle regioni oggetto dell'indagine gli scostamenti dalla media nazionale di € 39,9 sono particolarmente rilevanti per la Sardegna € 27 ed il Piemonte € 30, quest'ultimo calato di circa il 30% rispetto all'anno precedente a causa dell'abolizione del ticket sulla farmaceutica convenzionata per tutti i cittadini residenti.⁵⁷ Nel suddividere la spesa pro-capite nella componente per servizi sanitari, che comprende i ticket legati alla specialistica ambulatoriale, al pronto soccorso e ad altre prestazioni e nella componente per i prodotti farmaceutici limitatamente a quelli di fascia A che sono rimborsati dal SSN, si osserva che in Piemonte ed Umbria la spesa tra farmaci e servizi sanitari è ripartita in maniera bilanciata, mentre in altre regioni del cluster osservato, come ad esempio la Campania, Molise e Sardegna la spesa risulta maggiormente indirizzata verso i prodotti farmaceutici.

Figura 19 COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA SPESA SANITARIA REGIONALE (2020)



Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2021

Quanto ai compiti ed attribuzioni si è comunque constatato che è obiettivo primario degli organi regionali deputati alla gestione sanitaria quello di occuparsi, tra l'altro, di fornire il necessario supporto ai loro organi politici, affinché questi ultimi possano esercitare il più consapevolmente - ed in maniera sostenibile - le funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria. E' poi compito dei soggetti prescelti (interni o esterni all'Amministrazione) di impostare la gestione ed il monitoraggio di molte azioni ed attività concrete di diversa natura che pertengono all'amministrazione sanitaria vera e propria come ad esempio i tempi e delle liste di attesa per l'accesso alle cure generiche, la raccolta dati e monitoraggio delle cure relative alle patologie legate alla salute mentale, dipendenze patologiche, Sanità penitenziaria, salute dei migranti e medicina termale nei territori regionali che ne avessero in uso.

⁵⁶ Riduzione legata a minori entrate relative alla specialistica ambulatoriale, contrattasi durante il Covid, e alla abrogazione del c.d. Superticket.

⁵⁷ Delibera Giunta regionale Piemonte, n. 39-8425/2019 del 1 marzo 2019.

In tal senso vengono appositamente individuate le unità organizzative e definiti i protocolli di attuazione e relative linee guida inerenti alla pianificazione sanitaria regionale. Tali attribuzioni sono frutto di una adeguata programmazione che, come si è evidenziato in precedenza, è impostata a valle di opportune valutazioni circa le casistiche delle esigenze e dei fabbisogni della popolazione dei rispettivi territori di competenza, con la conseguente razionalizzazione delle risorse disponibili. L'analisi e determinazione del fabbisogno sanitario, permette l'espletamento di attività che vanno a definirsi nella programmazione delle reti ospedaliere e specialistiche compreso il governo clinico, rischio clinico, infettivo e professionale. Compete infatti alle scelte di *governance* la programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, come l'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, l'assistenza sanitaria integrativa, l'assistenza protesica, i dispositivi medici, diagnostici e reattivi, nonché il monitoraggio della spesa farmaceutica e della farmacovigilanza. Altra fascia di funzioni da attribuire a cellule organizzative consiste nella gestione delle autorizzazioni e degli accreditamenti delle strutture sanitarie private, degli accordi contrattuali con i soggetti erogatori privati e del sistema tariffario delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Ne conseguono particolari responsabilità nei processi che definiscono i costi e i fabbisogni standard dei servizi e delle prestazioni, programmano gli interventi nell'area sociosanitaria, ripartiscono, gestiscono e controllano l'utilizzo delle risorse finanziarie da parte delle ASR e degli Enti Gestori dei servizi Socio-Assistenziali per le attività dell'area sociosanitaria, nonché coordinano, elaborano e monitorano il sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie.

Alle decisioni di policy dunque seguono poi scelte organizzative in termini di competenze ed funzioni operative più specifiche, anch'esse derivanti per certi versi dall'assetto strutturale e procedurale definito in sede di policy. Nel perseguitamento di tali obiettivi, mediante soluzioni diverse le Regioni considerate, oltre che a strutturarsi in maniera diversa hanno corrispondentemente *distribuito* ed *attribuito* compiti e funzioni coerentemente con l'assetto organizzativo prescelto.

Figura 20 OBIETTIVI E ATTRIBUZIONI DELLA GOVERNANCE SANITARIA



La Regione Campania ad esempio ha affidato a SO.RE.SA. il compito di progettare e realizzare il Sistema Informativo Gestionale e Contabile della Sanità, costituito dai seguenti componenti:

- Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) Sistema Informativo Amministrativo Contabile -prevede l'acquisizione di un sistema ERP che mette a disposizione di tutti gli enti del SSR, mediante l'erogazione di servizi in *cloud*, l'intero Ciclo Passivo, compreso il ciclo di Gestione del Magazzino, assicurando in tal modo sia la realizzazione della Banca Dati Unificata regionale

dei fornitori, beni e contratti, sia la copertura funzionale del ruolo di Centrale Unica Pagamenti da parte di SO.RE.SA.

- Sistema Unico Regionale Acquisizione Fatture Sanità (SURAFS) - Sistema Unico Regionale Acquisizione Fatture Sanità - prevede l'utilizzo di una piattaforma centralizzata di acquisizione di documenti di natura contabile per l'Assessorato alla Sanità, SO.RE.SA., le AA.SS.LL. e le AA.OO. della Regione Campania. Il sistema automatizza ed ottimizza il processo di acquisizione delle fatture ricevute, riducendo i costi unitari di acquisizione, migliorando la velocità e la affidabilità del processo e qualificando SO.RE.SA. quale soggetto intermediario nell'interazione con il sistema di interscambio.
- Sistema Informativo Appalti Pubblici Sanità (SIAPS) - Sistema Informativo Appalti Pubblici Sanità ha per obiettivo l'utilizzo di una piattaforma per la gestione dei processi di acquisizione di beni e servizi in ambito sanitario che costituisce lo strumento di razionalizzazione, ottimizzazione e sviluppo evolutivo e trasparente per le procedure di approvvigionamento e per i relativi adempimenti amministrativi di SO.RE.SA. e degli altri enti del SSR, per i processi di acquisizione eseguiti in modo autonomo.

Sempre in tema di attribuzioni specifiche, la Regione Piemonte ha recentemente istituito l'Azienda Zero⁵⁸ ente del Servizio Sanitario Regionale, costituita con decreto del Presidente della Giunta Regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso il quale la Regione garantisce, su tutto il territorio regionale, lo svolgimento ed il coordinamento intraregionale delle attività, tra le quali:

- gestione dell'emergenza-urgenza extraospedaliera; gestione del servizio numero unico emergenza 112;
- definizione ed eventuale attuazione dei piani di acquisto annuali e pluriennali di beni e servizi, ferme restando le funzioni di centrale di committenza regionale attribuite alla Società di Comittenza Regione Piemonte (SCR S.p.A.);
- coordinamento, supporto, monitoraggio e controllo della rete logistica distributiva;
- gestione e sviluppo del sistema informativo di telemedicina e di progetti ICT approvati dalla Giunta regionale; gestione e organizzazione dei centri di prenotazione; supporto e coordinamento per l'attuazione della direttiva NIS per il settore salute;
- coordinamento regionale per l'innovazione e la ricerca in medicina e in Sanità;
- coordinamento in materia di medicina territoriale;
- supporto tecnico in materia di rischio clinico-sanitario e di definizione dei modelli di copertura del rischio e di gestione del contenzioso.”

La Direzione SANITÀ E WELFARE (A1400A) della Regione Piemonte è a capo dell'attività di coordinamento ed indirizzo ai settori che ne costituiscono l'articolazione, in conformità alle indicazioni dell'organo di governo, con particolare riferimento a:

- analisi e determinazione del fabbisogno sanitario; programmazione delle reti ospedaliere e specialistiche compreso il governo clinico, rischio clinico, infettivo e professionale; programmazione delle attività sanitarie e socio sanitarie territoriali; pianificazione e gestione dell'integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali; monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa; salute mentale, dipendenze patologiche, Sanità penitenziaria, salute dei migranti; medicina termale;
- assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera; assistenza sanitaria integrativa; assistenza protesica; dispositivi medici, diagnostici e reattivi; monitoraggio della spesa farmaceutica, farmacovigilanza;

⁵⁸ Con Legge Regionale n. 2 del 25 marzo 2022 e la Legge Regionale n. 26 del 26 ottobre 2021 che, rispettivamente modificano e sostituiscono l'articolo 23 della Legge Regionale n. 18 del 6 agosto 2007.

- autorizzazioni e accreditamenti delle strutture sanitarie private; accordi contrattuali con i soggetti erogatori privati; sistema tariffario delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie; monitoraggio attività soggetti erogatori;
- definizione dei costi e fabbisogni standard dei servizi e delle prestazioni; programmazione e interventi nell'area socio-sanitaria; riparto, gestione e controllo dell'utilizzo delle risorse finanziarie da parte delle ASR e degli Enti Gestori dei servizi Socio Assistenziali per le attività dell'area socio-sanitaria; coordinamento, elaborazione e monitoraggio del sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie.

Alla società Punto Zero s.c.r.l. costituita dalla Regione Umbria sono invece attribuite le funzioni di:

- Sviluppo dell'innovazione tecnologica e gestione della transizione al digitale del sistema pubblico regionale e dei relativi flussi informativi, anche mediante la digitalizzazione del Sistema informativo sanitario regionale di cui all' articolo 94 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali) e del Sistema informativo regionale di cui all' articolo 5 della l.r. 9/2014.
- Cura delle attività per l'erogazione dei servizi preordinati alla tutela della salute, opera per la produzione di beni e la fornitura di servizi rivolti all'utenza, compresa l'attività di front-office di servizi al cittadino, e cura la gestione dei flussi informativi del sistema sanitario regionale.
- Sviluppo e gestione del data center regionale e della rete pubblica regionale di cui all' articolo 6 della legge regionale 23 dicembre 2013, n. 31 (Norme in materia di infrastrutture per le telecomunicazioni).
- Progettazione, direzione, integrazione e conduzione di sistemi e flussi informativi a valenza regionale e nazionale.
- Gestione dell'Osservatorio Epidemiologico regionale di cui all' articolo 101 della l.r. 11/2015, curando la realizzazione dei relativi flussi informativi.

All'ARES della Regione Sardegna competono in maniera accentuata le seguenti attribuzioni:

- gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende fatta salva la possibilità di delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità;
- centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di Sanità;
- gestione delle competenze economiche e della gestione della situazione contributiva e previdenziale del personale delle aziende sanitarie regionali;
- gestione degli aspetti legati al governo delle presenze nel servizio del personale;
- omogeneizzazione della gestione dei bilanci e contabilità delle singole aziende;
- omogeneizzazione della gestione del patrimonio;
- supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- procedure di accreditamento ECM;
- servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment – HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica;
- gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati e sviluppo del sistema ICT;
- progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
- gestione della committenza inherente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie. gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato;

- tutte le competenze in materia di controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia, utilizzando metodiche identiche per tutte le strutture pubbliche e private.

Senza dubbio un settore particolarmente delicato nella gestione sanitaria consiste nell'approvvigionamento di beni e servizi nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, laddove possono individuarsi interessanti esempi di un'impostazione basata sulla centralizzazione dei servizi, laddove le attività di gare di appalto ed affidamento, disposte dalla normativa vigente, vengono gestite da un'unica società regionale, che assume la qualifica di *centrale unica appaltante*.

Tale fattispecie si riscontra nel campione di regioni oggetto dell'indagine nell'esempio campano di SO.RE.SA. S.p.A., la società strumentale istituita con Legge regionale per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale e quindi una società *in house*, interamente partecipata dalla Regione Campania. La Società regionale, è titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura di beni e attrezzature sanitarie alle aziende campane (Regione, ASL ed AO, ARSAN, Agenas, Consip) rispetto a cui evita duplicazioni, come potrebbero essere le istituzioni di altre centrali di committenza regionali, od affiancanti di enti ministeriali per il piano di rientro. Per il raggiungimento di questo obiettivo, il socio unico Regione Campania ha affidato a SO.RE.SA. S.p.A. il ruolo di centrale acquisti dei prodotti destinati alle aziende del servizio sanitario regionale, funzione acquisti estesa anche ai beni e servizi non sanitari con D.G.R. n. 515 del 2007, e la realizzazione del ripiano del debito maturato negli anni passati, attraverso operazioni ad hoc decise con provvedimenti regionali. Pertanto, le attribuzioni tipiche di SO.RE.SA. S.p.A. in materia di centralizzazione degli acquisti e di accertamento del debito sono state nel corso del tempo ampliate attraverso nuove funzioni strategiche assegnate alla società. Tale impostazione ha l'obiettivo di razionalizzare la spesa pubblica e di ottimizzare le procedure di scelta degli appaltatori pubblici nelle materie di interesse regionale, in particolare nei settori delle infrastrutture sanitarie, nonché della più delicata fornitura di beni e servizi. Con il recente art. 61 della LR n. 5/2021, sono state infine apportate integrazioni e modifiche all'art. 6 della LR n. 28/2003 (norma istitutiva della So.Re.Sa. S.p.A.), prevedendo compiti di progettazione, sviluppo e funzionamento del sistema informativo sanitario, di gestione dei flussi sanitari e di servizi di Sanità digitale, di logistica integrata del farmaco e dei dispositivi medici ed il controllo di gestione degli enti del SSR.

Altro esempio che si avuto modo di osservare consiste nella gestione delle gare centralizzate attraverso un Ente di committenza regionale decentralizzato rispetto alla Direzione Sanitaria, il quale ha il compito di garantire la coerenza della programmazione delle attività di organizzazione ed acquisizione di beni e servizi, con la programmazione regionale, su vasta area, ovvero di provvedere alla acquisizione di beni e servizi delle aziende sanitarie e degli altri enti del servizio sanitario regionale. E' questo il caso del modello adottato dalla Regione Piemonte dove gli approvvigionamenti di beni e di servizi nell'ambito del sistema sanitario vengono gestiti da una società di committenza regionale, SCR Piemonte S.p.A., società *in house* interamente partecipata dalla Regione Piemonte, istituita con la Legge regionale n. 19 del 6 agosto 2007. Tale società ha l'obiettivo sia di razionalizzare la spesa pubblica, nonché di ottimizzare le procedure di scelta degli appaltatori pubblici nelle materie di interesse regionale, in particolare nei settori delle infrastrutture, trasporti, telecomunicazioni e Sanità - SCR S.p.A. si occupa quindi sia della fornitura di beni e servizi sia di opere pubbliche.

Anche la Toscana, propone un sistema decentrato laddove l'Ente di committenza regionale, ESTAR - Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale, istituita dal 1 ottobre 2014 ex art 100 e seguenti della Legge regionale n. 40/2005 s.m.i. oltre ad espletare le funzioni di acquisti di beni e servizi si occupa, anche, di gestire i livelli territoriali di intervento, di sviluppare modelli organizzativi dell'ente volti all'individuazione di strutture ad alta specializzazione e di partecipare ai lavori della commissione di valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari. Per le altre tipologie di acquisizioni invece,

le aziende sanitarie e ospedaliere toscane provvedono direttamente o attraverso le acquisizioni da parte di aziende capofila, come ad esempio l'AOU senese per i test di qualificazione biologica WNV.⁵¹

Come già segnalato nel precedente paragrafo, anche la società sarda ARES è centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di Sanità e definisce gli accordi con le strutture pubbliche e stipula contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, tenuto conto dei piani annuali preventivi e nell'ambito dei livelli di spesa stabiliti dalla programmazione regionale, assicurando trasparenza, informazione e correttezza dei procedimenti decisionali;

Quanto alla Regione Umbria, alla PuntoZero S.c.ar.l. sono attribuite le funzioni di centrale d'acquisto, ai sensi dell' articolo 1 , commi 449, 455, 456 e 457 della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2007), nonché ai sensi dell' articolo 15, comma 13, lettera d) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. La Società svolge funzioni di Centrale d'acquisto per l'approvvigionamento di beni, servizi e lavori a favore delle pubbliche amministrazioni e degli enti soci e di soggetto aggregatore ai sensi del D.L. n. 66/2014 convertito in Legge n. 89/2014 e ss.mm.

La stessa società è centrale di committenza, ai sensi dell'articolo 37 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici), e soggetto aggregatore unico regionale, ai sensi dell'articolo 9, commi 1 e 5 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. Per lo svolgimento delle attività di soggetto aggregatore, nonché delle attività di centrale regionale di acquisto, PuntoZero S.c.ar.l. si articola in due sezioni:

- centrale regionale di acquisto per il sistema sanitario regionale, di seguito CRAS;
- centrale regionale di acquisto per il sistema pubblico regionale, di seguito CRA.

I soci di PuntoZero S.c.ar.l. e i loro enti controllati, dipendenti o strumentali, per assicurare l'ottimizzazione dell'impiego delle proprie risorse, possono avvalersi della Società per perseguire:

- il rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità delle procedure e delle attività contrattuali attraverso l'aggregazione e la riqualificazione della domanda;
- l'ottimizzazione della spesa per forniture, servizi e lavori.

Come sinora esposto, appare chiaro che gli obiettivi perseguiti delle Regioni osservate, al di là delle soluzioni organizzative adottate, in linea di principio confluiscano nel primigenio potenziamento della gestione oculata e monitorata delle strutture, della razionalizzazione degli approvvigionamenti di beni e servizi, della promozione della salute e la prevenzione, nella garanzia della immediata, sicura ed efficiente presa in carico del paziente nei casi di manifesti di emergenza-urgenza territoriale. A questi si affiancano il rafforzamento dei sistemi delle reti cliniche specialistiche integrate e strutturate oltre le reti tempo-dipendenti (malattie rare, trapianti etc.) ed il riassetto del sistema delle cure primarie di prossimità, incrementandone le sinergie, allo scopo di favorire la fruizione dei servizi alla persona in modo capillare, favorendo la deistituzionalizzazione con ricorso agli strumenti delle innovazioni della Sanità digitale. Ed infine la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio Sanitario Regionale con consolidamento del percorso integrato sanitario, sociale e sociosanitario dei servizi già offerti per il paziente cronico o comunque *"fragile"* e con la relativa necessaria attenzione all'aderenza terapeutica⁵⁹ che rappresenta un fattore chiave per garantire una vecchiaia attiva e il più possibile in

⁵⁹ Più di 8 milioni di anziani sono affetti da almeno una malattia cronica (5,5 ne hanno almeno tre) e circa 2 milioni di anziani devono assumere almeno dieci farmaci al giorno e le malattie croniche sono responsabili dell'80% degli anni con disabilità e di oltre il 70% delle morti a livello mondiale. Cfr. Federsanità, "Sanità e Territorio", 2021.

salute, e ridurre i costi sanitari della collettività e le risorse economiche investite. Queste difatti sovente non si rivelano sufficienti, come nel caso ad esempio di quelle dei servizi per gli anziani che nel quinquennio pre-Covid si sono contratte notevolmente, in particolare quelli relativi al trasporto, alla socialità, ed alla sicurezza in casa da soli (cfr. Tabella 10).

Tabella 10 SPESA PER SERVIZI AGLI ANZIANI (2013 - 2018)

Servizi	Spese per anziani (euro)		Var. % 2013/2018
	2013	2018	
Contributi per servizio trasporto	3.777.252	1.529.959	-59,5%
Telesoccorso e teleassistenza	8.191.993	3.761.487	-54,1%
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	3.698.012	1.736.100	-53,1%
Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	47.306	23.592	-50,1%
Intermediazione abitativa/assegnazione alloggi	1.667.582	949.158	-43,1%
Trasporto sociale	28.517.678	18.285.039	-35,9%
Attività ricreative, sociali, culturali	31.754.355	20.911.483	-34,1%
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	9.819.306	6.491.785	-33,9%
Centri di aggregazione/sociali	15.771.613	11.064.366	-29,8%
Buoni spesa o buoni pasto	885.504	666.166	-24,8%
Mensa	4.478.220	3.723.329	-16,9%
Centri diurni	68.498.541	57.031.388	-16,7%
Contributi a integrazione del reddito familiare	29.354.787	24.568.865	-16,3%
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	54.838.183	47.341.423	-13,7%
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	360.420.269	311.287.923	-13,6%
Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	633.712.852	560.643.760	-11,5%
Contributi per cure o prestazioni sanitarie	7.134.028	6.389.248	-10,4%
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	132.620.516	120.315.480	-9,3%
Servizi di prossimità (buon vicinato)	7.705.589	7.113.610	-7,7%
Altre attività di servizio sociale professionale	3.380.947	3.156.791	-6,6%
Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali	2.520.088	2.499.020	-0,8%
Contributi e integrazioni a retta per centri diurni	14.500.874	14.478.713	-0,2%

Fonte: Elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat

A tal proposito, in materia di soluzioni di prossimità sanitaria e socio-assistenza, è molto interessante l'esperimento condotto nella Regione Molise nell'ambito della Strategia del Fortore⁶⁰ che intende creare un sistema di accoglienza diffuso, concentrato sull'ospitalità parasanitaria, della salute e del benessere in generale, che asseconde e sfrutta al meglio le peculiari caratteristiche territoriali e culturali locali. Il progetto intende realizzare un sistema di servizi sanitari specialistici integrato che, oltre a svolgere attività di cura e di assistenza, sviluppi anche programmi di prevenzione e riabilitazione in modo da valorizzare anche un contesto territoriale adeguatamente organizzato e attrezzato per soddisfare i bisogni della popolazione in un'area caratterizzata da un forte isolamento, scarsa disponibilità di strutture residenziali e discontinuità assistenziale, anche mediante l'aiuto di importanti

⁶⁰ L'Area Interna del Fortore al confine tra Molise, Puglia e la Campania contiene 12 Comuni: Campolieto, Cercemaggiore, Gambatesa, Gildone, Jelsi (Capofila), Macchia Valfortore, Monaci-lioni, Pietracatella, Riccia, Sant'Elia a Pianisi, Toro e Tufara. La zona occupa una superficie complessiva pari a 481,63 Km² e conta 22.511 abitanti. I centri più grandi dell'Area e con maggiori servizi sono Riccia (5.403 ab., comune periferico) e Cercemaggiore (3.927 ab., comune intermedio)

centri privati che svolgono le proprie attività nel campo della riabilitazione dalle dipendenze⁶¹, importante se si considera la sovente scarsa copertura territoriale delle strutture residenziali per anziani che gli enti locali italiani sono in grado di offrire sul proprio territorio, cui si associa talora anche il livello di presa in carico (cfr. Tabella 11).

Tabella 11 LE STRUTTURE RESIDENZIALI (A) NELL'AREA ANZIANI 2018

Regioni e ripartizioni geografiche	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti (c) (per 100 persone)
Piemonte	100,0	0,6
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	100,0	1,9
Liguria	75,2	0,5
Lombardia	60,2	0,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	75,0	2,6
Bolzano/Bozen	100,0	4,3
Trento	75,0	1,1
Veneto	97,2	3,3
Friuli-Venezia Giulia	78,1	1,2
Emilia-Romagna	95,5	1,4
Toscana	99,3	1,3
Umbria	52,2	0,2
Marche	41,5	0,5
Lazio	62,4	0,5
Abruzzo	36,4	0,2
Molise	2,9	-
Campania	63,6	0,1
Puglia	55,8	0,2
Basilicata	32,1	0,1
Calabria	8,7	-
Sicilia	39,7	0,1
Sardegna	35,3	0,5
Nord-Ovest	78,1	0,5
Nord-Est	90,6	2,2
Centro	66,9	0,8
Sud	38,5	0,1
Isole	37,5	0,2

- (a) Strutture comunali e le rette e i contributi pagati per utenti di strutture residenziali private (esclusi centri estivi/invernali con pernottamento).
- (b) % comuni in cui è attivo il servizio. Trentino-Alto Adige, il Nord-est l'indicatore è al netto della provincia di Bolzano.
- (c) Numero utenti su totale della popolazione over 65 di riferimento della regione o della ripartizione.

Fonte: Istat, 2021

⁶¹ Interventi principali previsti:

- a) creazione di centri e residenze per anziani, che offrono servizi sanitari migliorando l'integrazione di quelli già esistenti (nel rispetto di quanto previsto dal Piano Sociale di zona - ATS Riccia - Bojano);
- b) miglioramento del presidio di medicina specialistica territoriale, dei servizi domiciliari e di prima assistenza;
- c) introduzione di interventi di Teleassistenza/Telemonitoraggio nel Borgo del Benessere di Riccia;
- d) creazione di centri di ascolto e cura per ragazze madri e vittime di violenza e supporto per le fasce di popolazione più fragile.

In tema di assistenza a soggetti fragili interessante è il programma “*Mi prendo cura*” della Regione Sardegna che prevede un sostegno economico verso e persone con gravissime disabilità - e alle loro famiglie - per affrontare bisogni che non possono essere soddisfatti mediante le ordinarie misure sanitarie e sociali come forniture di medicinali, ausili e protesi, non coperti dal sistema sanitario, ma anche per il sostegno di costi per la fornitura elettrica e il riscaldamento che non trovano riscontro negli attuali percorsi di presa in carico. L'iniziativa è ancor più interessante se si considera il notevole peso della spesa per dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale rispetto ad altri servizi sanitari (cfr. Tabella 12).

Tabella 12 L'ASSISTENZA DOMICILIARE: SPESA DEI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI PER TIPO DI PRESTAZIONE, (VALORI PERCENTUALI)

Regioni e ripartizioni geografiche	Prestazione							Altro	Totale
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	Servizi di prossimità (buon vicinato)	Telesoccorso e teleassistenza	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio			
VALORI PERCENTUALI									
Piemonte	30,4	21,6	0,2	0,8	42,1	3,0	1,9	100,0	
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	98,0	0,1	0,8	0,2	0,0	0,9	0,0	100,0	
Liguria	47,1	5,2	4,5	0,7	39,3	2,4	0,8	100,0	
Lombardia	68,9	0,8	4,5	0,5	14,3	7,9	3,1	100,0	
Trentino-Alto Adige/Südtirol	87,8	0,4	0,0	0,4	2,6	9,5	0,1	100,0	
Bolzano/Bozen	89,6	0,0	0,0	0,1	0,0	10,3	0,0	100,0	
Trento	85,9	0,8	0,0	0,9	5,1	8,9	0,2	100,0	
Veneto	34,2	34,5	0,0	0,2	22,7	6,7	1,7	100,0	
Friuli-Venezia Giulia	48,5	3,0	0,4	0,0	36,6	10,1	1,4	100,0	
Emilia-Romagna	56,9	13,9	0,7	1,2	16,7	6,6	4,0	100,0	
Toscana	51,4	24,4	1,0	0,3	16,8	2,1	4,0	100,0	
Umbria	47,2	16,6	2,9	1,0	22,2	0,7	9,4	100,0	
Marche	52,0	7,1	0,2	0,2	33,2	0,4	6,9	100,0	
Lazio	87,1	5,5	0,1	0,7	3,1	1,9	1,6	100,0	
Abruzzo	60,1	13,1	0,3	1,4	15,8	0,2	9,1	100,0	
Molise	80,8	2,1	0,0	0,1	14,9	0,8	1,3	100,0	
Campania	46,6	14,9	0,0	0,5	34,9	0,1	3,0	100,0	
Puglia	47,2	36,1	0,0	0,6	6,0	2,7	7,4	100,0	
Basilicata	73,4	0,9	0,1	0,2	20,0	1,8	3,6	100,0	
Calabria	67,8	7,9	0,1	0,6	3,2	0,3	20,1	100,0	
Sicilia	58,0	24,2	0,0	0,1	8,0	0,2	9,5	100,0	
Sardegna	54,7	2,7	0,0	0,1	24,3	0,5	17,7	100,0	
ITALIA	58,7	12,5	0,9	0,4	18,7	3,5	5,3	100,0	

Fonte: Istat, 2021

La Regione Sardegna con Delibera della Giunta Regionale n. 12/17 del 7 aprile 2022, in ossequio alla Legge di stabilità 2022, ha integrato le linee di indirizzo del programma adottate con la deliberazione n. 48/46 del 10 dicembre 2021, consentendo l'utilizzo delle risorse (dotazione finanziaria di 10 milioni di euro l'anno per il triennio 2021-2023.) anche per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona e nella misura di un contributo per ciascun beneficiario di massimo € 2.000 per ciascuna annualità. Con il provvedimento approvato, la Giunta regionale ha disposto l'assegnazione delle risorse ai Comuni, con una ripartizione del 30% uguale per tutti e del restante 70% in base alla popolazione. Le amministrazioni civiche gestiranno gli stanziamenti direttamente e in autonomia per assicurare un supporto tempestivo con un apporto economico.

L'intervento tra l'altro è complementare ad altra massiccia operazione: “*Ritornare a casa plus*”, che prevede un imponente intervento socio-sanitario laddove i beneficiari vengono inseriti in un programma di cure domiciliari di terzo livello potendo usufruire dell'assistenza di professionisti qualificati e *caregiver* familiari. La Regione Sardegna ha infatti con Delibera n. 19/10 del 10/04/2020

previsto l'attivazione di un unico intervento che ricomprende appunto al suo interno la misura *"Ritornare a casa"* e la misura *"Interventi a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima"* misure omogenee volte entrambe a favorire la permanenza nel proprio domicilio di persone in situazione di grave non autosufficienza che necessitano di un livello assistenziale molto elevato. *"Ritornare a casa PLUS"*, si fonda sulla gestione integrata delle risorse, ivi inclusa la misura prevista dal Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver, e si articola in quattro livelli assistenziali: Livello Assistenziale Base (con doppia articolazione Livello Base A e Livello Base B); Livello Assistenziale Primo; Livello Assistenziale Secondo; Livello Assistenziale Terzo.

Il livello adeguato del decentramento dei compiti e delle attribuzioni nella Sanità è un argomento di difficile interpretazione, poiché coinvolge una serie di obiettivi tra loro non sempre simultaneamente perseguitibili – specie se in un'ottica di *risorse scarse* - senza contare quanto la diversa ottica di applicazione di una economia pubblica e gestione sanitaria su base regionale complichi le Policy necessarie ad una governance sanitaria nazionale. È d'altra parte auspicabile che un sistema ottimale di tutela della salute riesca a coniugare un forte *ruolo centrale* di supervisione che stabilisca gli standard e fornisca i sistemi informativi, con un altrettanto forte *ruolo locale* che consenta ai bisogni di emergere in maniera chiara e misurabile e che promuova la massima responsabilità della universalità e qualità dei servizi forniti salvaguardando tuttavia un adeguato livello di autonomia finanziaria che non mini la razionalizzazione delle risorse per acquisizione e l'erogazione degli stessi.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il filo conduttore singole soluzioni di governance sanitarie qui analizzate è la comune missione di tutte le policy implementate, che si strutturano e costituiscono intorno ai principi sanciti dal legislatore nazionale di garantire a tutti i cittadini i servizi appropriati per la cura della salute, assicurando prestazioni e servizi nel rispetto di tre principi fondamentali: universalismo dell'assistenza, uguaglianza di accesso e solidarietà. Elemento qualificante, che caratterizza l'approccio organizzativo nell'esplicitarsi delle diverse governance, è comunque la ricerca dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia, in condizioni di massima sicurezza, nell'erogazione, nel loro complesso, delle cure sanitarie ai cittadini contemporando, tuttavia, la sostenibilità economico finanziaria del Servizio Sanitario Regionale. Le soluzioni organizzative vengono quindi dettate da esigenze di coordinamento e la stessa scelta di modelli, procedure e assetti si fonda sulle specificità della morfologia sociale e territoriale oltre che ovviamente alle peculiarità dei servizi da rendere ai cittadini. Si ritiene fondamentale una crescita sotto il profilo meramente *aziendale*⁶² tesa al completamento e l'ulteriore implementazione di soluzioni strutturali, organizzative e assistenziali, secondo una prospettiva di sistema, orientata all'integrazione delle innovazioni introdotte nelle pratiche *routinarie*, per migliorare la presa in carico, prossimità e proattività dei servizi sanitari, sulla base dell'esperienza maturata nella gestione della pandemia da SARS-CoV-2 e delle nuove indicazioni nazionali del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e soprattutto dell'evoluzione del concetto stesso di *governance* sanitaria⁶³.

E' poi peraltro importante segnalare che la scelta di governance, la sua traduzione in atto e le implicazioni contabili e di bilancio vanno raccordate e lette in considerazione dell'art. 20, c. 1, del D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, il quale dispone che nell'ambito del bilancio regionale le regioni

⁶² "There is an emerging proposition in healthcare and need to embody a culture of high trust across the executive and non executive divide, together with robust challenge, and a tight grip on the business of delivering high quality patient care in a financially sustainable way ("high trust – high challenge – high engagement"). Naomi Chambers, *Healthcare board governance*, in Journal of Health Organisation and Management, Vol. 26 Iss: 1 pp. 6 – 14, March 2012

⁶³ "The focus of governance has evolved. When hospitals were being built after World War II, roles focused on stewardship, civic duty, and fundraising. Today, the focus is on management over sight, financial management, and community response. The focus of the future is on strategic performance." Don I. Arnwine, *Effective governance: the roles and responsibilities of board members*, Baylor University Medical Center Proceedings Baylor Scott & White Health, Dallas, Texas, Volume 15, Number 1, p. 20

garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio Sanitario Regionale al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio in corso. Inoltre a tal fine esso dispone anche che le regioni adottino un'articolazione in capitoli tale da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, ivi compresa l'eventuale movimentazione di partite di giro, separata evidenza delle seguenti grandezze elencando la suddivisione delle entrate e delle spese come da previsione della stessa norma. Può quindi dimostrarsi di estremo interesse e degno di ulteriore approfondimento il riverbero dei modelli di governance derivanti dalle soluzioni organizzative più o meno accentratrici e decentratrici sulle categorie di spesa degli enti coinvolti come Acquisto di beni e servizi, Spese del personale, Trasferimenti in conto corrente, Trasferimenti in conto capitale ed Investimenti.

Non ultimo appare degno di attenzione un futuro possibile approfondimento anche dei profili di integrazione non solo tra le policy regionali e nazionali, ma anche europee ed internazionali (*The European Pillar of Social Rights, UN Decade of Healthy Ageing* etc.), uniformate ad obiettivi sostenibili e condivisi e nella codicisione ed implementazione di meccanismi di multilivello governo e fissazione standard qualitativi appropriati, campo anche questo di indagine di notevole interesse ed impiego concreto⁶⁴.

64 "New governance involves a shift in emphasis away from command and-control in favour of "regulatory" approaches, which are less rigid, less prescriptive, less committed to uniform approaches, and less hierarchical in nature". Scott L. Greer and Bart Vanhercke, *The hard politics of soft law: the case of health*, in *Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy*, Cambridge University Press, 2010

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Arwine Don I., Effective governance: the roles and responsibilities of board members, Baylor University Medical Center Proceedings Baylor Scott & White Health, Dallas, Texas, Volume 15, Number 1, p. 20.

AA.VV. "Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19 in Italia: evidenze da 2 anni di Instant Report", in Giornale Italiano di Health Technology Assessment Delivery (2022) 15: Suppl. 2 Rapporto conclusivo di 24 mesi (marzo 2020- Aprile 2022) dei 93 Report Altems settimanali.

Chambers Naomi, Healthcare board governance, in Journal of Health Organisation and Management, Vol. 26 Iss: 1 pp. 6 – 14, March 2012.

FEDERSANITÀ, Rapporto "Sanità e Territorio", 2021.

Greerand Scott L., Vanhercke Bart, The hard politics of soft law: the case of health, in Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy, Cambridge University Press, 2010.

ISTAT, Le statistiche dell'Istat sulla povertà, anno 2021, 15 giugno 2022.

ISTAT, Report su Previsioni della popolazione residente e delle famiglie - base 1/1/2020, 26 Novembre 2021.

Kickbusch Ilona, Gleicher David, Governance for health in the 21st century, World Health Organization - Regional Office for Europe, 2012.

Miskelly Frank G., British Geriatrics Society, Assistive technology in elderly care, in Age and Ageing, Volume 30, Issue 6, November 2001, Pages 455–458.

Mossialos Elias, Permanand Govin, Baeten Rita and Hervey Tamara K., Health Systems Governance in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press, 2010.

Preker Alexander McKee S., Martin, Mitchell Andrew, and Wilbulpolprasert Suwit "Strategic Management of Clinical Services" Chapter 73, p. 1339, in: Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development - The World Bank; 2006.

Scally Gabriel, Donaldson Liam J, Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England in British Medical Journal, 1998; 317:61.

The European House Ambrosetti – Meridiano Sanità, Le coordinate della Salute, Rapporto 2021.

Throssell David, Healthcare Governance Arrangements Policy And Framework for Delivery, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust 2017.

World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, 1986.

Zahir Keyvan, Clinical governance in the UK NHS, DFID's Health Systems Resource Centre for the UK Department for International Development, p.2.

3.2 NUCLEO REGIONALE MOLISE - LA SPESA SANITARIA IN REGIONE MOLISE

INTRODUZIONE

Il presente documento ha l'obiettivo di presentare l'analisi della spesa sanitaria in regione Molise attraverso la rielaborazione dei dati disponibili nel sistema dei Conti Pubblici Territoriali (CPT).

Attraverso il sistema dei CPT è, infatti, possibile avere informazioni circa il complesso delle entrate e delle spese (correnti e in conto capitale) delle amministrazioni pubbliche nei singoli territori regionali e con riferimento all'universo della Pubblica Amministrazione (PA) e del Settore Pubblico Allargato (SPA).

- La PA coincide fondamentalmente con la definizione della contabilità pubblica italiana ed è costituita da enti che, in prevalenza, producono servizi non destinabili alla vendita;
- Il Settore Pubblico Allargato (SPA) che, oltre alla PA, include un settore Extra PA comprendente soggetti centrali e locali che producono servizi di pubblica utilità e sono controllati in maniera diretta o indiretta da Enti Pubblici. Il settore Extra PA è costituito a livello centrale dalle Imprese Pubbliche Nazionali (IPN), ossia tutti quei soggetti sotto il controllo pubblico, che producono servizi destinati alla vendita e che hanno il compito, affidato loro dalla Pubblica Amministrazione, di fornire agli utenti servizi di natura pubblica (Energia, Telecomunicazioni, ecc...). A livello locale dalle Imprese Pubbliche Locali (IPL) e dalle Imprese Pubbliche Regionali (IPR), ossia quei soggetti rilevati sul territorio dai singoli Nuclei Regionali e non ricompresi in modo organico da nessuna fonte statistica.

La Banca Dati Conti Pubblici Territoriali (CPT) consente di:

- rilevare i flussi finanziari che tutte le amministrazioni pubbliche sostengono nei singoli territori regionali;
- pervenire alla ricostruzione di conti consolidati del complesso della spesa (corrente e in conto capitale) del Settore Pubblico Allargato;
- ricostruire i flussi di entrata e i saldi finanziari territoriali.

Il Sistema di riclassificazione adottato per il progetto dei CPT consente di ripartire la spesa pubblica per settori dando una visione maggiormente puntuale e dettagliata della distribuzione dei flussi in uscita. La ripartizione settoriale della spesa secondo un modello standard consente un totale confronto dei dati sia nel tempo (tra esercizi finanziari diversi) e sia nello spazio (tra enti appartenenti a diverse realtà territoriali). Il sistema consente di analizzare l'andamento storico delle spese e di individuare eventuali andamenti critici.

In particolare, in ambito sanitario, con l'aggregazione dei dati dei bilanci regionali che non sempre risultano omogenei e di semplice integrazione è possibile effettuare confronti interregionali e fornire informazioni sulla gestione sanitaria e sui pagamenti effettuati.

Pertanto, attraverso una maggiore fruibilità dei dati, le informazioni che ne derivano possono essere di ausilio anche nelle scelte delle policy regionali (interventi di contenimento della spesa, scelte programmatiche ecc.).

LA SPESA SANITARIA A LIVELLO DI REGIONE MOLISE: CONFRONTO CON LE ALTRE REGIONI E APPROFONDIMENTO PER CATEGORIE ECONOMICHE

La spesa totale primaria al netto delle partite finanziarie nel settore Sanità nel ventennio 2000-2020 per gli aggregati territoriali sotto rappresentati e per il Molise risulta aumentata sebbene con variazioni differenti.

In particolare, il Centro Nord presenta il suo valore massimo nel 2009 pari a 80.318.814 migliaia di euro, il mezzogiorno nel 2011 pari a 36.594.889 migliaia di euro e il Molise nel 2016 pari a 805.912 migliaia di euro.

Figura 21 CONFRONTO MACROAGGREGATI – MOLISE: SPESA TOTALE PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIA. ANNI 2000-2020

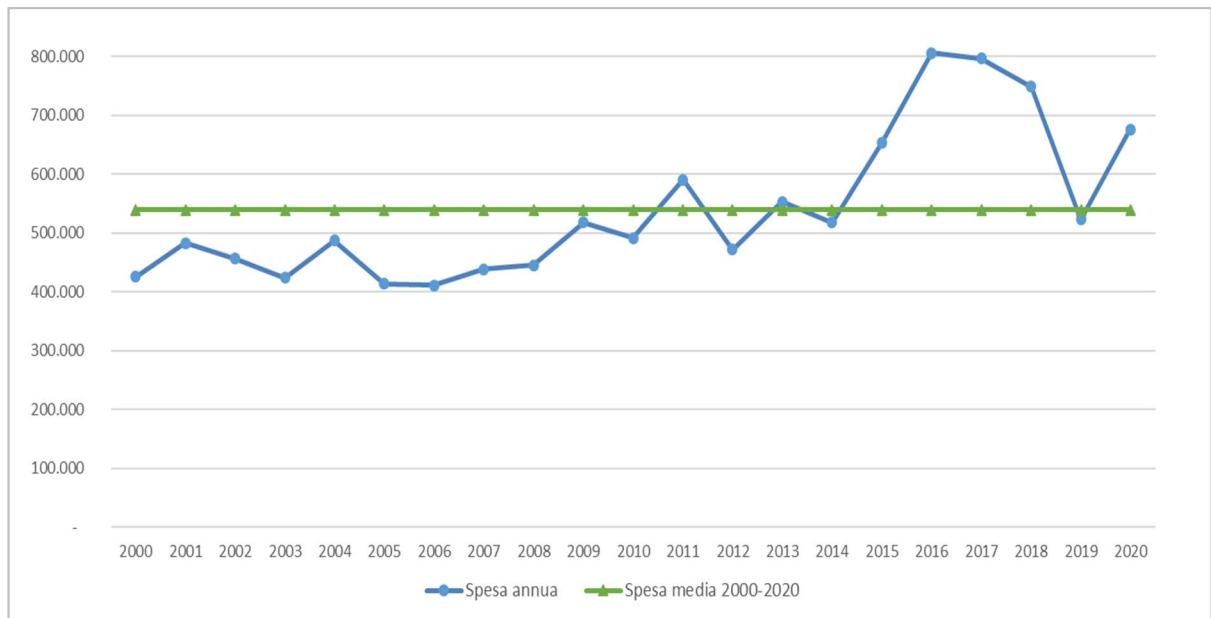


Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise

Prendendo a riferimento la media delle variazioni percentuali verificatesi da un anno all'altro nel periodo considerato, si evidenzia che per il Centro Nord essa è pari all'1,28%, per il Mezzogiorno è pari all'1,16% e per il Molise è pari al 3,58%.

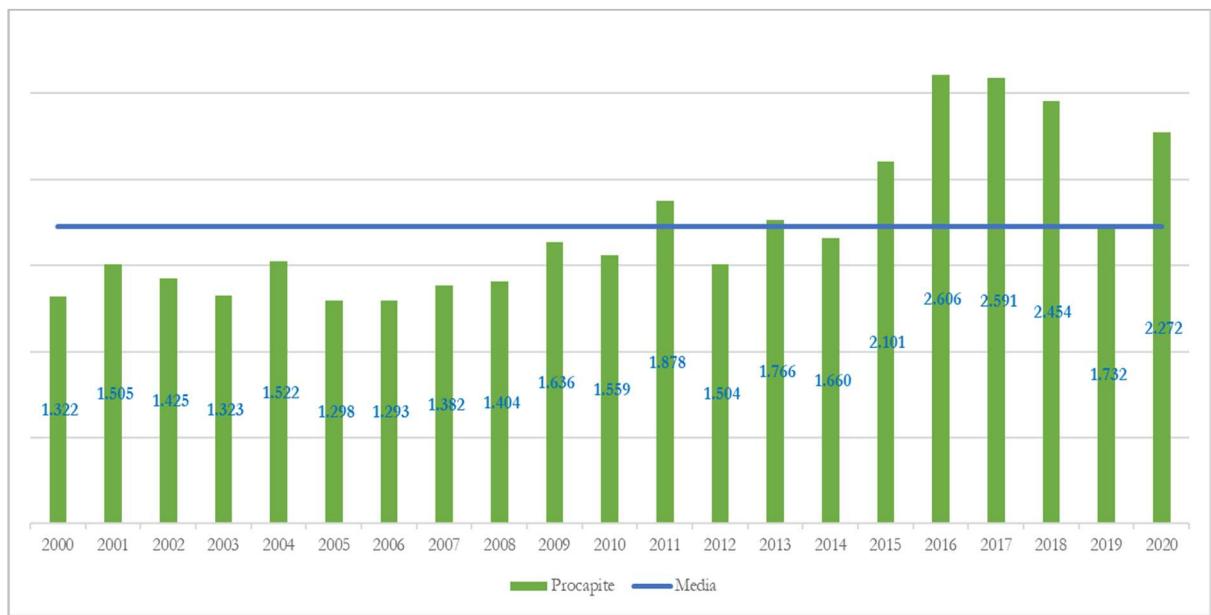
Nelle seguenti due Figure è rappresentato l'andamento della spesa totale primaria al netto delle partite finanziarie nel settore Sanità rispetto al valore medio per gli anni 2000-2020 in termini aggregati e in valore pro-capite, rispettivamente. In entrambi i casi, risulta evidente come prima del 2014 il valore della spesa sia stato al di sotto del valore medio fatta eccezione per il 2011 e 2013; dopo il 2014 la spesa ha registrato valori ben superiori alla media ad eccezione del 2019.

Figura 22 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ - MOLISE. ANNI 2000-2020 (migliaia di euro a prezzi 2015)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise

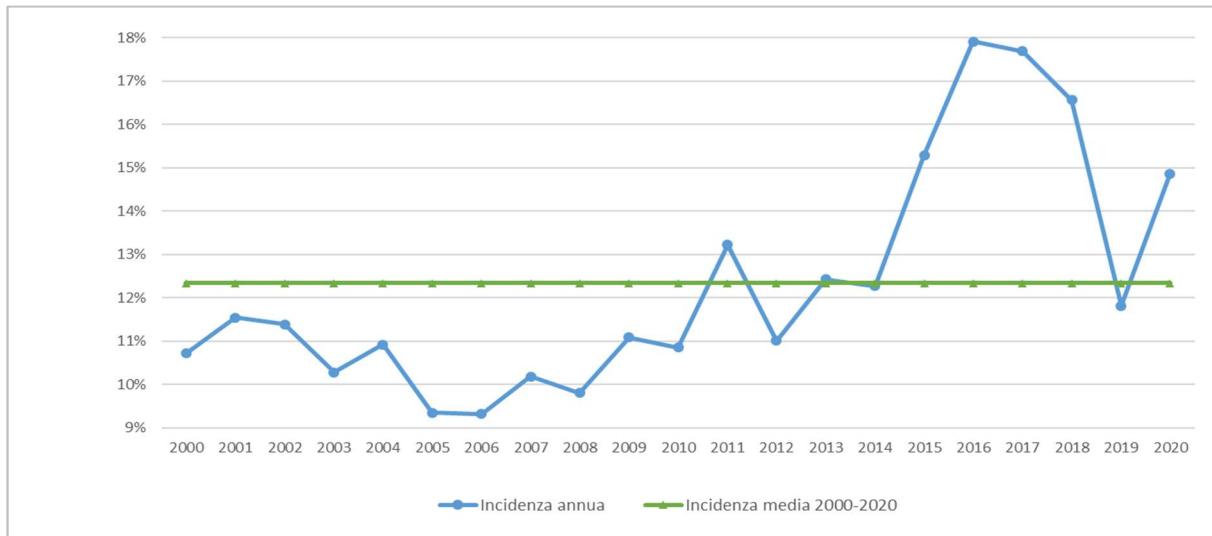
Figura 23 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE. ANNI 2000-2020 (migliaia di euro a prezzi 2015)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise

Confrontando l'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa totale regionale riferita a tutti i settori con l'incidenza media nel periodo di osservazione, analogamente a quanto osservato sopra, si notano valori elevati dopo il 2014 (con eccezione del 2019) e valori inferiori dal 2000 al 2014 (ad eccezione del 2011 e 2013).

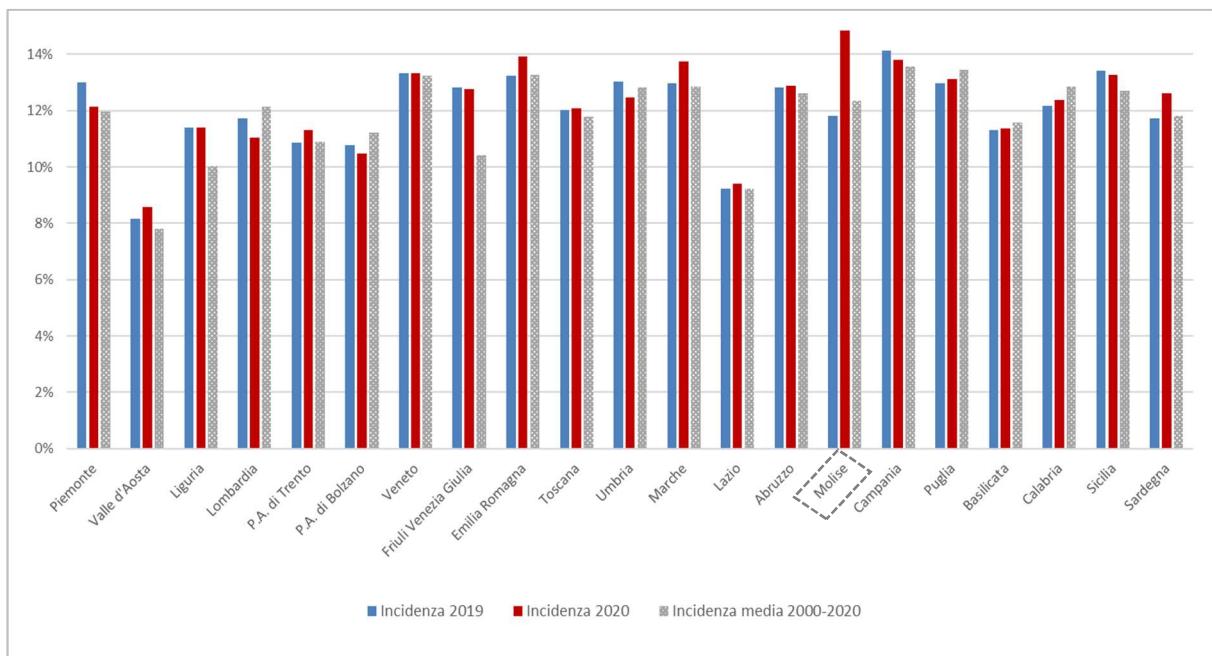
Figura 24 INCIDENZA DELLA SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ SUL TOTALE DELLA SPESA DI TUTTI I SETTORI – MOLISE. ANNI 2000-2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise

Di seguito si confrontano i valori dell'incidenza annua per gli anni 2019 e 2020 e l'incidenza media 2000-2020 del Molise con quelli delle altre regioni italiane. L'incidenza nell'anno 2020 risulta per il Molise notevolmente superiore sia al proprio valore del 2019 che al valore medio 2000-2020; ciò è vero ed evidente anche rispetto a tutte le altre regioni italiane.

Figura 25 INCIDENZA NEI TERRITORI DELLA SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ SUL TOTALE DELLA SPESA DI TUTTI I SETTORI. ANNI 2019 E 2020 E MEDIA 2000-2020 (valori percentuali)



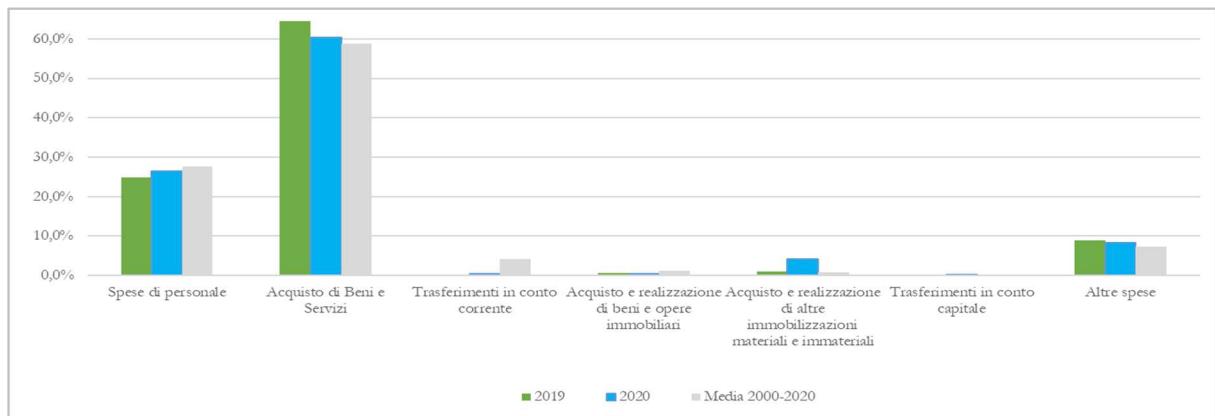
Fonte: Dati CPT sulla spesa pubblica settoriale 2000-2020 – Sanità Volume 1

L'analisi della spesa primaria al netto delle partite finanziarie nel settore Sanità per categoria di spesa tiene conto delle seguenti voci:

- Acquisto di beni e servizi
- Spese del personale
- Trasferimenti in conto corrente
- Acquisto e realizzazione di beni e opere immobiliari
- Acquisto e realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali
- Trasferimenti in conto capitale
- Altre spese

Esaminando l'incidenza di tali singole categorie sul totale della spesa, per gli anni 2019 e 2020 nel Molise, le voci maggiormente incidenti sono rappresentate dall'*Acquisto di beni e servizi* seguita dalle *Spese per il personale*. In particolare, nel 2019 e nel 2020 l'incidenza delle spese per il personale (pari rispettivamente al 24,8% e 26,5%) assume un valore inferiore alla media del periodo 2000-2020 (pari al 27,6%), mentre quelle per l'acquisto di beni e servizi (pari rispettivamente al 64,6% e 60,3%) risultano essere superiori alla media (pari al 58,8%). Inoltre, nel 2020 la categoria *Acquisto e realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali* è superiore alla media di circa 3,2 punti percentuali.

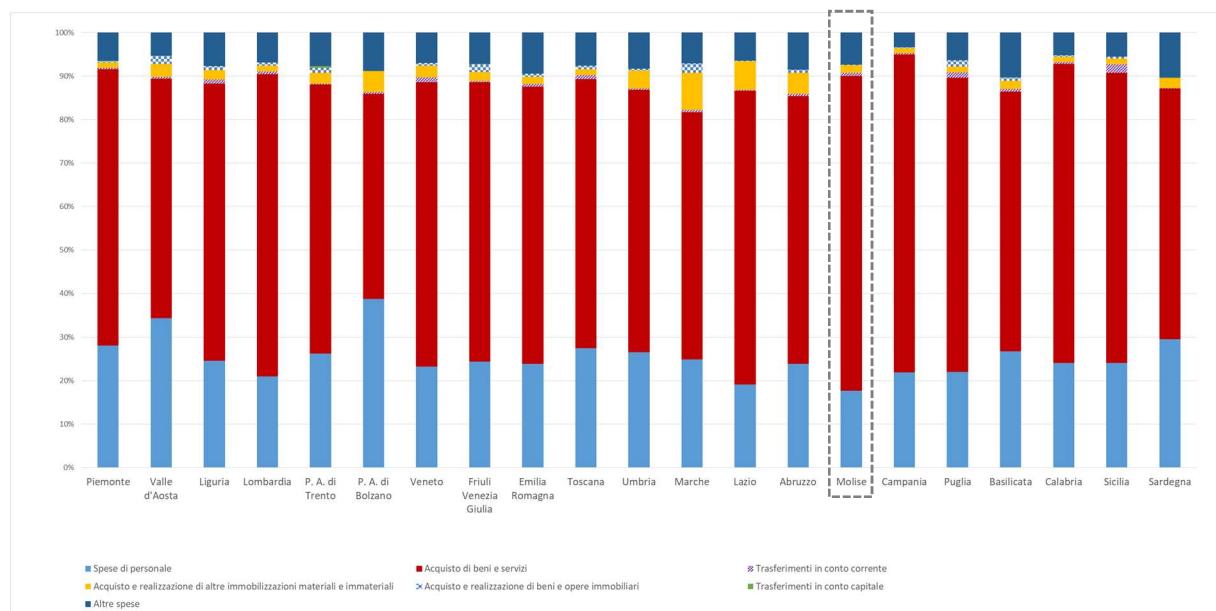
Figura 26 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ PER CATEGORIA DI SPESA - MOLISE. ANNI 2019 E 2020 E MEDIA 2000-2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise

Nella seguente Figura si confrontano per il 2020 i dati del Molise con quelli delle altre regioni.

Figura 27 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE DEI TERRITORI NEL SETTORE SANITÀ PER CATEGORIA DI SPESA. ANNO 2020 (valori percentuali)



Fonte: Dati CPT sulla spesa pubblica settoriale 2000-2020 - Sanità

La spesa primaria al netto delle partite finanziarie è stata analizzata per tipologia di soggetti: Amministrazioni Centrali, Amministrazioni Regionali, Amministrazioni Locali e Imprese Pubbliche Locali e Imprese Pubbliche Regionali per il periodo 2000-2020. Si è proceduto a calcolare l'incidenza percentuale della spesa per singolo soggetto, con riferimento agli anni 2019 e 2020 tale dato è stato messo a confronto con la media del periodo di osservazione. L'elaborazione dei dati presenti nel sistema CPT restituisce la seguente fotografia per il Molise.

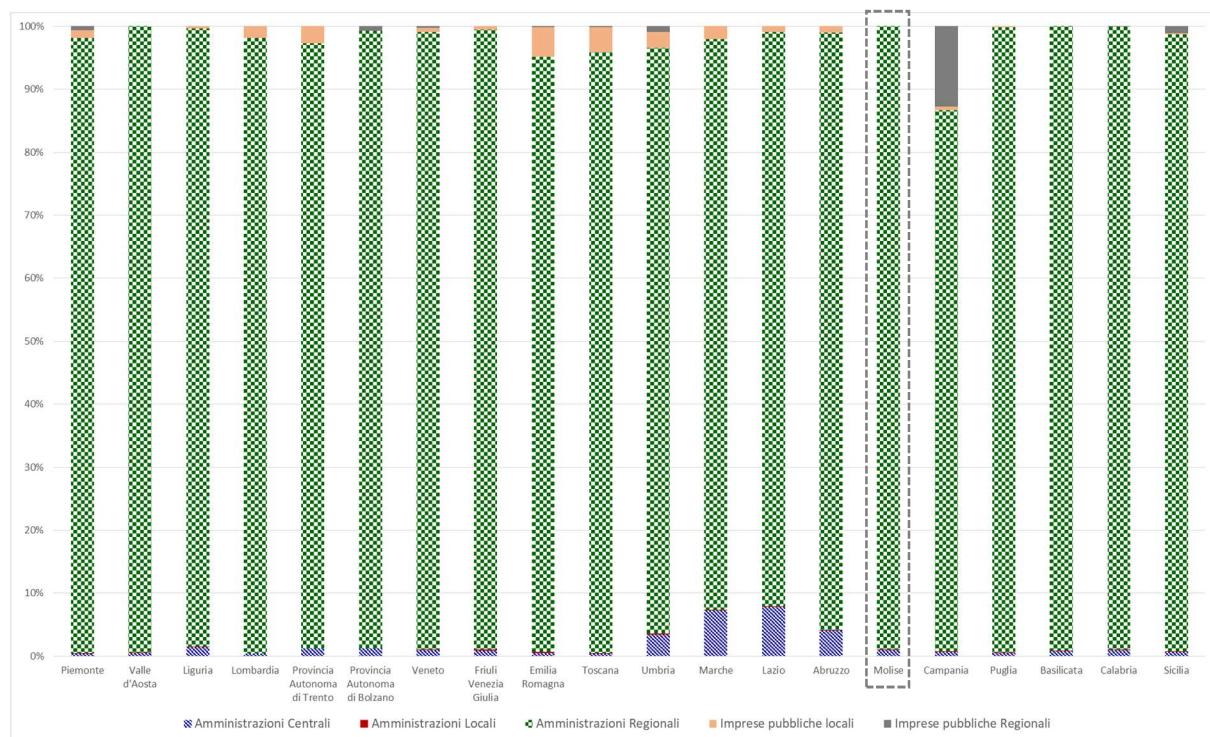
Tipologia Soggetti	2019	2020	Media 2000-2020
Amministrazioni Centrali	0,0%	0,9%	0,3%
Amministrazioni Locali	0,1%	0,1%	0,3%
Amministrazioni Regionali	99,9%	99,0%	99,4%

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise

Mentre i dati di riferimento della tipologia Amministrazioni Centrali e delle Amministrazioni Locali non sono significativi, si evidenzia come per le Amministrazioni Regionali il valore si attesta intorno al 99,9% nel 2019, al 99% nel 2020, in linea con la media del periodo 2000-2020 pari al 99,4%.

Analogamente a quanto rappresentato per le categorie di spesa, nella Figura 28 si confrontano, per il 2020, i dati del Molise con quelli delle altre regioni.

Figura 28 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE DEI TERRITORI NEL SETTORE SANITÀ PER TIPOLOGIA DI SOGGETTI. ANNO 2020 (valori percentuali)



Fonte: Dati CPT sulla spesa pubblica settoriale 2000-2020 - Sanità

IL FONDO SANITARIO REGIONALE

Il Servizio Sanitario, nell'ambito nazionale e regionale, garantisce la tutela della salute che costituisce diritto fondamentale dell'individuo e valore dell'intera collettività. Pertanto, vengono assicurate le risorse finanziarie per i livelli essenziali di assistenza, come definiti dal Piano Sanitario Nazionale (art. 1 della legge 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»). La legge statale, dunque, determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale standard, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale al cui finanziamento concorre lo Stato. Il fabbisogno sanitario nazionale standard è espressione di intesa centrale ed è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei citati livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è stato disegnato dal d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, che ha dettato un sistema differenziato in base alla capacità fiscale regionale, corretto da adeguate misure perequative in forza delle quali al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale concorrono l'Irap, l'addizionale regionale all'Irpef e la compartecipazione all'Iva.

Il fabbisogno sanitario nella sua componente “indistinta” (con una quota “vincolata” al perseguitamento di determinati obiettivi sanitari), è finanziato dalle seguenti fonti:

- **entrate proprie delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale** (ticket e ricavi derivanti dall’attività intramoenia dei propri dipendenti), in un importo sancito con un'intesa fra lo Stato e le Regioni;

- **fiscalità generale delle Regioni:** imposta regionale sulle attività produttive - IRAP (nella componente di gettito destinata al finanziamento della Sanità), e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche – IRPEF. Le due imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, pertanto non vengono considerati i maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni;
- **compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano:** tali enti partecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti descritte nei punti precedenti;
- **bilancio dello Stato:** esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti e attraverso il Fondo Sanitario Nazionale (una quota è destinata alla Regione Siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

La composizione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è espressa nei cosiddetti “riparti” (individuazione delle fonti di finanziamento ed assegnazione del fabbisogno alle singole regioni) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni per essere poi recepiti con propria delibera dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

Nella Figura seguente viene rappresentata, per gli anni dal 2017 al 2021 la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale (FSR). In particolare, viene evidenziata la quota di fondo indistinto ante mobilità al **netto delle entrate proprie convenzionali dell'azienda sanitaria** (pari ad € 12.952.736,00 per ogni anno). Pertanto, tale quota è composta dalle seguenti voci:

- IRAP
- Addizionale IRPEF
- Integrazione a norma del d.lgs 56/2000
- Quota premiale
- Fondo Sanitario Nazionale

Figura 29 FINANZIAMENTO FSR INDISTINTO ANTE MOBILITÀ



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise su dati decreti del Commissario ad Acta - FSR per anno⁶⁵

Il fondo include i finanziamenti previsti da specifiche leggi che nel bilancio regionale vengono inseriti in specifici capitoli di entrata e di spesa (per gli infermi Hanseniani e loro familiari a carico, per il finanziamento dei corsi di formazione e di adeguamento per il personale dei reparti di malati di AIDS, per cure domiciliari ai malati di AIDS, per emersione lavoro stranieri, per la prevenzione e cura fibrosi cistica e per il gioco d'azzardo). Gli importi assegnati per singolo anno vengono rappresentati nella tabella successiva.

Quote vincolate ricomprese nel totale indistinto ante mobilità				
Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
1.244.746,39 €	1.243.105,49 €	1.242.909,49 €	1.238.631,00 €	1.238.914,27 €

Il FSR indistinto ante mobilità come sopra rappresentato, in termini percentuali e in media per i cinque anni oggetto di analisi, è composto per circa il 91% dalla voce Integrazione a norma del D.lgs 56/2000, per circa il 6% dall'Addizionale IRPEF, per l'1,36% dall'Irap, per l'1,29% dalla quota premiale. Il residuo pari allo 0,15% è rappresentativo della voce Fondo Sanitario Nazionale che, per gli anni 2020 e 2021, non è presente.

⁶⁵ Decreto Commissario ad Acta-DCA n. 52 del 26.10.2017 – Riparto Fondo sanitario anno 2017 definitivo. Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lett.a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del Cipe concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2017 – Determinazioni.

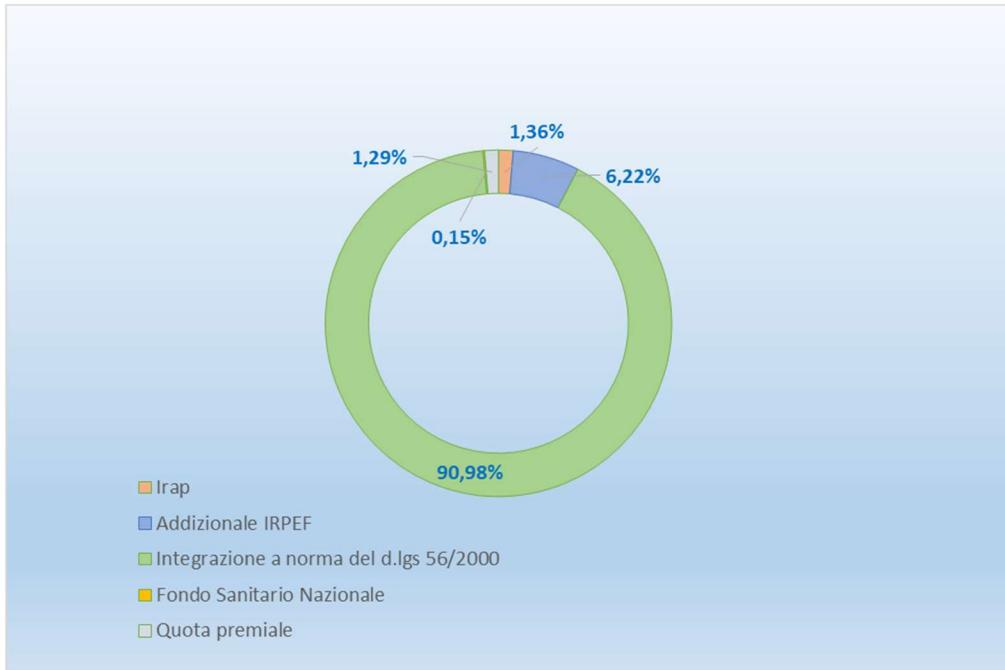
Decreto Commissario ad Acta-DCA n. 6 del 07.02.2019 – Riparto fondo sanitario regionale 2018. Definitivo. DCA n. 47 del 29-04.2019. FSR anno 2018: GSA-ASREM. Rimodulazione assegnazione fondo. Modifica al DCA n. 6 del 07.02.2019 recante "Riparto fondo sanitario regionale 2018".

Decreto Commissario ad Acta-DCA n. 13 del 18.02.2020 - Gestione Sanitaria Accentratata (GSA) e Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM). Stanziamento definitivo Fondo Sanitario Regionale anno 2019.

Decreto Commissario ad Acta-DCA n. 62 del 15.06.2021 - Gestione Sanitaria Accentratata (GSA)e Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM). Stanziamento definitivo Fondo Sanitario Regionale anno 2020.

Decreto Commissario ad Acta-DCA n. 109 del 18.11.2021 - Gestione Sanitaria Accentratata (GSA) e Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM). Stanziamento definitivo Fondo Sanitario Regionale anno 2021.

Figura 30 COMPOSIZIONE PERCENTUALE FSR ANTE MOBILITÀ, ANNI 2017 - 2021



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise su dati decreti del Commissario ad Acta - FSR per anno

L'art. 20, c. 1, del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, dispone che "nell'ambito del bilancio regionale le regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo Servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso".

A tal fine esso dispone che "le regioni adottano un'articolazione in capitoli tale da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, ivi compresa l'eventuale movimentazione di partite di giro, separata evidenza delle seguenti grandezze ..." elencando, di seguito, la suddivisione delle entrate e delle spese come da previsione della stessa norma.

Pertanto, con riferimento ai capitoli di entrata e di spesa pertinenti, dopo aver individuato nel bilancio regionale gli accertamenti e gli impegni in termini di competenza delle risorse del FSR per gli anni 2019 e 2020, si è provveduto ad analizzare gli effettivi incassi e pagamenti in termini di competenza come da prospetto allegato.

Capitolo	Descrizione Capitolo	Reversali in competenza anno 2019	Reversali in competenza anno 2020
708	QUOTA STATALE A TITOLO DI SOCCORSO GIORNALIERO AGLI INFERNI HANSENIANI E LORO FAMILIARI A CARICO	18.636,00	18.636,00
850	IMPOSTA REGIONALE SULLE ATTIVITA' PRODUTTIVE IRAP	-	-
900	ADDITIONALE REGIONALE ALL'IMPOSTA SUL REDDITO DELLE PERSONE FISICHE	34.804.822,68	32.882.897,27
950	COMPARTECIPAZIONE REGIONALE IMPOSTA VALORE AGGIUNTO (I.V.A.) - QUOTA SANITA'	441.353.532,23	458.567.319,57
1870	ENTRATE DERIVANTI DAL RIPARTO TRA LE REGIONI DEI FONDI DESTINATI ALLO SCREENING NEONATALE	51.690,00	-
7009	F.S.N. RELATIVO A PREVENZIONE E CURA DELLA FIBROSI CISTICA	25.876,40	23.404,68
7039	RISORSE STATALI PER EMERSIONE LAVORO STRANIERI	682.436,00	682.436,00
7060	F.S.N. DI PARTE CORRENTE PER CORSI DI FORMAZIONE IN MATERIA DI AIDS	177.714,33	177.714,33
7061	F.S.N. DI PARTE CORRENTE PER CURE DOMICILIARI AI MALATI DI AIDS	79.842,67	79.842,67
7083	GIOCO D'AZZARDO	258.404,00	256.597,00
12984	TRASFERIMENTI CORRENTI DI RISORSE DA F.S.N. NON FINANZIATE DALLA FISCALITA'	1.736.475,00	1.724.334,00
12985	TRASFERIMENTI DALLO STATO PER QUOTE PREMIALI A VALERE SULLE RISORSE DEL S.S.N. LEGGE N.191/2009)	0,00	9.820.223,00
TOTALE		479.189.429,31	504.233.404,52

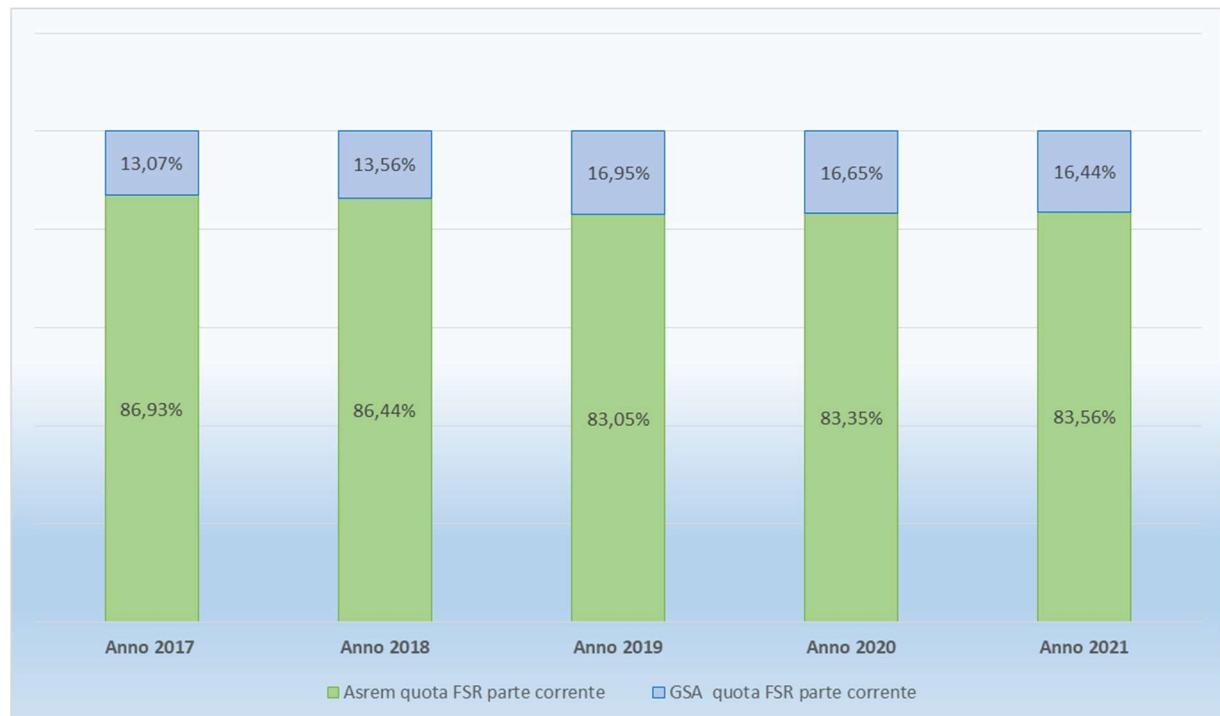
Capitolo	Descrizione Capitolo	Mandati in competenza anno 2019	Mandati in competenza anno 2020
13375	FONDI STATALI VINCOLATI PER SCREENING NEONATALE-TRASFERIMENTI CORRENTI A AZIENDE SANITARIE LOCALI N.A.F.	51.690,00	-
32400	SUSSIDIO SOGGETTI HANSENIANI E LORO FAMILIARI	18.636,00	18.636,00
34006	SPESA PER IL FINANZIAMENTO DEI CORSI DI FORMAZ. E DI ADEGUAM. PER IL PERSONALE DEI REPARTI DI MALATI DI AIDS - QUOTE VINC F.S.N. - L.135/90.	0,00	-
34007	SPESA CORRENTE SANITARIA PER CURE DOMICILIARI AI MALATI DI AIDS	79.842,67	79.842,67
34097	QUOTA FONDO SANITARIO DESTINATA A COSTITUIRE DOTAZIONE FINANZIARIA A.R.P.A.M.	6.000.000,00	6.000.000,00
34098	PREVENZIONE E CURA DELLA FIBROSI CISTICA	25.876,40	23.404,68
34099	LEGGE REGIONALE DEL 22 SETTEMBRE 2017, N.13. SOCCORSO ALPINO.	70.000,00	70.000,00
34100	SPESA CORRENTE INDISTINTA PER IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO	479.911.735,66	496.183.758,59
34102	F.S.N. - RESTITUZIONE MAGGIORI SPETTANZE	0,00	-
34105	ONERI PER LA GESTIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO	5.748.263,27	4.080.685,23
34127	ASSISTENZA SANITARIA DA PRIVATO NEUROMED	3.876.638,86	3.304.301,41
34128	ASSISTENZA SANITARIA DA PRIVATO FONDAZIONE RICERCA E CURA GIOVANNI PAOLO II-TRASFERIMENTI CORRENTI A AZIENDE SANITARIE LOCALI N.A.F.	4.009.190,37	3.973.197,14
34140	FONDI STATALI PER EMERSIONE LAVORO STRANIERI. TRASFERIMENTI CORRENTI A AZIENDE SANITARIE LOCALI A TITOLO DI FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANIT	682.436,00	682.436,00
34162	(RIF. 34100) SPESA CORRENTE INDISTINTA PER IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO. QUOTE DI ASSOCIAZIONI.	9.855,86	9.381,70
34163	(RIF. 34100) SPESA CORRENTE INDISTINTA PER IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO. STAMPATI SPECIALISTICI.	0,00	-
34165	(RIF. 34100) SPESA CORRENTE INDISTINTA PER IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO. ALTRE PRESTAZIONI PROFESSIONALIE SPECIALISTICHE N.A.C.	766.475,72	991.193,04
34201	Fondazione di ricerca e cura Giovanni Paolo II. Chemioterapia. Rimborso farmaci	1.239.001,26	1.017.558,46
34202	IRCCS Neuromed. Terapia farmacologica sclerosi multipla. Rimborso farmaci	628.440,36	840.349,48
34312	PRELIEVI E TRAPIANTI ORGANI E TESSUTI. ANNI 2006/07 E PROGETTI PER VALUTAZIONE SERVIZI SANITARI	0,00	-
34406	PRESTAZIONI DA BUDGET PER ASSISTENZA OSPEDALIERA FONDAZIONE DI RICERCA E CURA GIOVANNI PAOLO II??	13.810.167,78	12.990.502,22
34407	PRESTAZIONI DA BUDGET PER ASSISTENZA OSPEDALIERA NEUROMED	3.521.063,35	3.490.322,72
36404	GIOCO D'AZZARDO	258.404,00	256.597,00
57761	TRASFERIMENTI AD AZIENDE ED ENTI DEL S.S.R. PER IL FINANZIAMENTO DEI LEA.	1.736.475,00	1.724.334,00
57762		-	9.820.223,00
73040	Responsabile regionale per la certificazione di cui all' art.22 del d.lgs n.118/211 - IRAP		529,83
73041	Responsabile regionale per la certificazione di cui all' art.22 del d.lgs n.118/211 - altri contributi sociali.		997,28
73042	Responsabile regionale per la certificazione - rimborso spese		-
73043	Responsabile regionale per la certificazione di cui all' art.22 del d.lgs n.118/211		19.637,57
TOTALE		522.444.192,56	545.577.888,02

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 96 del 7 novembre 2011, recante “Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 54 maggio 2009, n. 42”. Titolo II° - determinazioni”, la Regione ha dato attuazione al comma 2, lett. b) punto i) dell’art. 19 del D. Lgs. 118/2011 e quindi ha esercitato la scelta di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario con l’istituzione della Gestione Sanitaria Accentratata a far data dal 1° gennaio 2012.

Come stabilito dall’art. 22 del D.lgs 118/2011, la Gestione Sanitaria Accentratata (GSA) ha precise funzioni e responsabilità attinenti alla Gestione finanziaria e contabile delle risorse destinate al sistema sanitario regionale.

Di seguito si evidenzia la ripartizione tra la Gestione Sanitaria Accentratata (GSA) e l’ASREM in termini percentuali del Fondo Sanitario Regionale nei 5 anni oggetto di analisi.

Figura 31 SUDDIVISIONE PERCENTUALE QUOTA FSR PARTE CORRENTE ASREM - GSA



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise su dati decreti del Commissario ad Acta - FSR per anno

Al Fondo Sanitario Regionale ante mobilità si aggiungono le risorse derivanti dalla mobilità interregionale il cui valore massimo, per i cinque anni di osservazione, si manifesta nel 2020 assumendo un valore pari ad € 33.386.637,30 come evidenziato nel grafico seguente e dove è rappresentato il valore del FSR ante e post mobilità.

Figura 32 FSR ANTE E POST MOBILITÀ INTERREGIONALE



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise su dati decreti del Commissario ad Acta - FSR per anno

L'emergenza Coronavirus dal marzo 2020 ha avuto importanti ripercussioni sul SSN anche in termini di spesa. Per contrastare l'emergenza pandemica sono stati adottati, nel corso del 2020, i seguenti decreti-legge:

- d.l. 9 marzo 2020, n. 14, successivamente assorbito dal d.l. 17 marzo 2020, n. 18, ad oggetto “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- d.l. 15 maggio 2020, n. 34, ad oggetto “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- d.l. 14 agosto 2020, n. 104, ad oggetto “Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia”.

Pertanto, alla Regione Molise e in relazione a tali specifiche disposizioni legislative, sono state assegnate ulteriori somme per un totale di € 20.742.870 di cui circa l'11% (€ 2.234.019,00) è stato attribuito alla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e circa l'89% (€ 18.508.851,00) all'ASREM. In relazione alle disponibilità finanziarie di cui all'articolo I, comma 413, della legge 30 dicembre 2020, n.178, al fine di rendere disponibili ulteriori risorse da destinare prioritariamente alla remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale direttamente impiegato nelle attività di contrasto dell'emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19, sono state assegnate ulteriori risorse che per il Molise ammontano a € 206.724,00.

All'interno del sistema sanitario regionale, inoltre, sono presenti strutture private accreditate, che in base alla programmazione regionale svolgono, altresì, compiti complementari e di integrazione, contribuendo con le rispettive discipline ospedaliere e la relativa dotazione di posti letto accreditati. Tali strutture assumono il ruolo di completamento dell'offerta assistenziale regionale. Con Decreto del Commissario ad Acta n. 26 dell'8 aprile 2020 e s.m.i, è stata, prevista la remunerazione delle strutture, in ragione della disponibilità manifestata dalle stesse ai fini del loro coinvolgimento nella fase

emergenziale, rispetto alla gestione dei pazienti No – COVID, ovvero dei pazienti COVID, assicurando la sostenibilità dei costi organizzativi e gestionali.

Pertanto, con i Decreti Dirigenziali n. 8042 e n.8043 del 20.12.2021 sono state liquidate le seguenti somme:

	70% anno 2020	Residuo da liquidare a seguito dei pertinenti controlli	Importo Complessivo
Struttura Privata Accreditata Gemelli Molise S.p.a	€ 539.815,90	€ 231.349,67	€ 771.165,57
Struttura Privata Accreditata IRCCS Neuromed	€ 753.676,17	€ 323.004,07	€ 1.076.680,24
Totale	€ 1.293.492,07	€ 554.353,74	€ 1.847.845,81

Attraverso l'analisi dei dati presenti nel conto economico si rileva che il risultato derivante dalla differenza tra valore e costi della produzione è così rappresentato.

Figura 33 DIFFERENZA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE



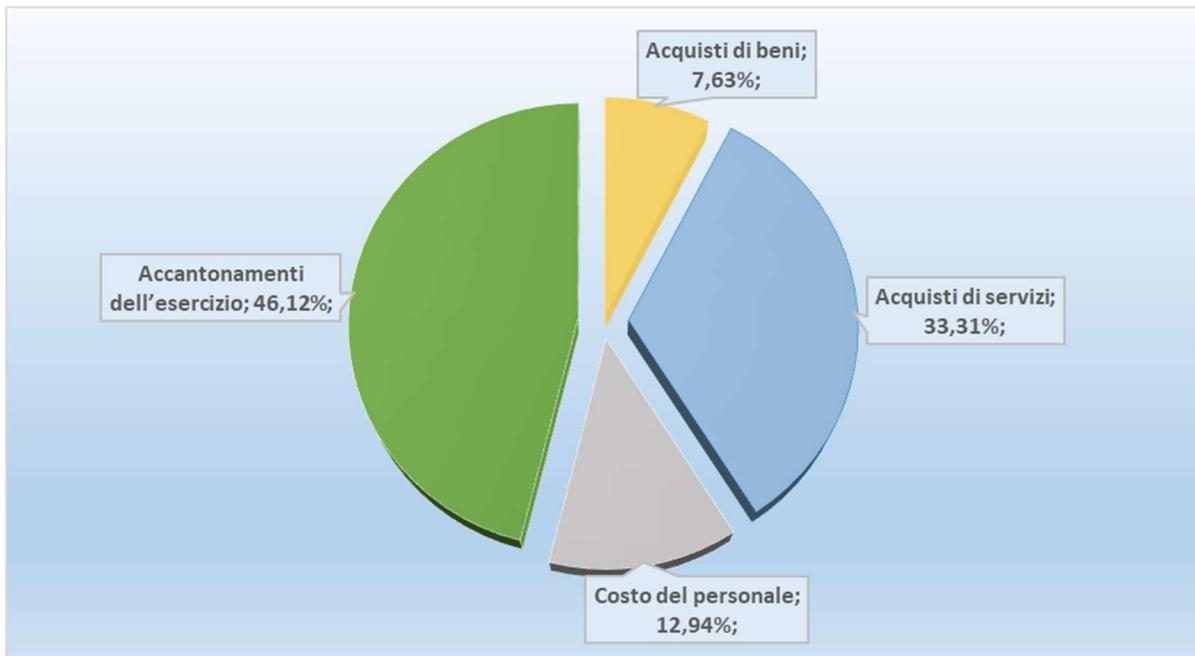
Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise su dati Conto Economico Consuntivo

La differenza risulta positiva nel 2017 mentre assume un valore negativo negli anni successivi ed in particolare nell'anno 2019. Calcolando le variazioni percentuali da un anno all'altro si evidenzia come il valore della produzione, nel 2018 rispetto al 2017 e nel 2019 rispetto al 2018, si riduca rispettivamente dell'1,81% e dell'1,34%; nel 2020 rispetto al 2019 tale valore incrementa del 5,62%. I costi della produzione, invece incrementano nel 2018 rispetto al 2017 del 3,86% e nel 2019 rispetto al 2018 del 9,14%, nel 2020 rispetto al 2019 subiscono un decremento del 5,23%.

Variazioni percentuali	2018/2017	2019/2018	2020/2019
Valore della produzione	-1,81%	-1,34%	5,62%
Costi della Produzione	3,86%	9,14%	-5,23%

Nel 2020 occorre rilevare come l'importo sia del valore della produzione che quello dei costi viene incrementato delle risorse destinate alla emergenza epidemiologica da Covid. In particolare, nel valore della produzione figurano € 23.793.418,89 di cui € 20.949.594,83 sono riferite alle disposizioni legislative nazionali come sopra indicato, mentre il residuo viene coperto da altre fonti di finanziamento. Nei costi della produzione l'importo per il COVID è pari ad € 23.602.151,86. Di seguito si rappresenta la ripartizione percentuale per tipologia di costo.

Figura 34 RIPARTIZIONE PERCENTUALE DEI COSTI DELLA PRODUZIONE PER TIPOLOGIA DI COSTO



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Molise su dati Conto Economico Consuntivo

Per quanto riguarda la voce *Acquisto di beni* essa è rappresentata per la quasi totalità (circa il 99%) da beni sanitari (es. dispositivi medici), la voce *Acquisti di servizi* è rappresentata da circa il 64% da consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie. In relazione al *Costo del personale* quello del ruolo sanitario assorbe risorse pari a circa il 92%, quello del ruolo tecnico a circa il 7% e quello amministrativo a circa l'1%.

3.3 NUCLEO REGIONALE TOSCANA – SANITÀ REGIONALE E DOMANDA DI MOBILITÀ

INTRODUZIONE

L'evento pandemico ha rimesso in discussione non solo l'organizzazione sanitaria a livello nazionale ma, soprattutto, la capacità di risposta e i modelli organizzativi delle singole regioni. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (da ora in poi PNRR), che oggi rappresenta il principale strumento della politica di sviluppo del sistema sanitario, ha evidenziato non solo la necessità di aumentare la dotazione infrastrutturale delle regioni più deficitarie, ma anche la necessità di colmare gli squilibri territoriali con un'attenzione particolare alla medicina di prossimità. Questo lo si può leggere negli investimenti destinati alle case della salute, alla telemedicina e al rafforzamento della continuità assistenziale.

Queste diseguaglianze territoriali tra regioni e, come vedremo, a volte perfino tra province o aree vaste, oltre a minare il principio di equità, concorrono alla creazione della *mobilità sanitaria*, ossia l'attivazione di flussi migratori che portano la popolazione a scegliere un percorso di cure in regioni diverse da quelle di residenza.

Come definiscono Agenas e Gimbe, i due principali istituti che osservano il fenomeno della mobilità sanitaria, il fenomeno è in crescita e continua a rinforzare le aree con saldi di attrazione positivi e ad aumentare l'esodo da regioni con elevata mobilità in uscita. Il Rapporto Agenas (2021) ha evidenziato questa tendenza nel decennio 2008-2018, mettendo in evidenza come le regioni in piano di rientro presentassero un tasso di emigrazione maggiore rispetto alle regioni del nord Italia che registrano tassi di mobilità attiva elevatissimi.

Chiaramente le motivazioni che possono spingere il cittadino a ricercare cure in contesti diversi da quello in cui è residente possono essere molteplici: un elevato livello di reddito, propensione agli spostamenti, il livello di istruzione, la vicinanza al sistema di supporto familiare, la scelta per reputazione di un sistema ospedaliero, la tipologia di cure di cui si necessita e la frequenza delle cure, l'età del paziente e il genere (Fotaki et al., 2008; Williams e Rossiter, 2004; Popper et al., 2006). Questo tipo di motivazioni, legate alle preferenze soggettive, sono quanto viene garantito dal principio di libertà di scelta che il Servizio Sanitario Nazionale deriva direttamente dalle disposizioni costituzionali (art. 32), e che tratteremo nei suoi risvolti organizzativi nel secondo paragrafo in relazione al bilanciamento tra un sistema universalistico che garantisce assistenza sanitaria a ogni cittadino e un sistema regionalizzato.

Tuttavia, volendo focalizzare la nostra attenzione sui forti squilibri che stanno polarizzando le regioni meno attrattive e quelle con mobilità attiva prevalente, che verranno descritti brevemente nel terzo paragrafo, è importante porre l'accento sugli elementi determinanti gli spostamenti della popolazione derivanti dalla strutturazione dell'offerta.

In particolare, sono due i fattori che spingono verso forze di concentrazione: il primo è quello che spinge ad aggregare competenze e risorse verso la cura di malattie che hanno economie di scala e specializzazione significative; il secondo è congenito nella sotto-dotazione (infrastrutturale, organizzativa e organica) dell'offerta sanitaria di alcune regioni.

Nel primo caso siamo di fronte, per esempio, a centri di eccellenza specializzati, come possono essere gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) che proprio per l'elevata specializzazione (in termini di personale e in termini di attrezzature), per gli elevati costi della ricerca, e per l'unione dell'attività di ricerca con l'attività clinica, riescono a sviluppare protocolli sperimentali e di

avanguardia in alcune aree diagnostiche e di cura⁶⁶. Oltre alla funzione di ricerca clinica tuttavia gli IRCCS dovrebbero essere anche l'elemento da cui nuove conoscenze, protocolli e procedure riescono a diffondersi su tutto il territorio, iniziando la loro funzione "traslazionale" con gli altri IRCCS, e proseguendo con le Aziende Ospedaliero Universitarie, fino a diventare patrimonio comune e condiviso del SSN. Questo effetto di "*trickle down*" è quanto ad oggi sembra essere meno efficace e per il quale esistono proposte di miglioramento che proiettino il sistema della ricerca in un migliore raccordo di governance multilivello (Lorusso, 2022).

Nel secondo caso invece si tratta di veri e propri problemi strutturali che, di fatto, non hanno ancora permesso un'omogenea ed equa distribuzione nazionale dei servizi sanitari. Su questo punto, mentre la definizione dei LEA ha cercato di garantire che tutte le regioni fossero in grado di offrire il livello minimo di servizi, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, la presenza comunque di sistemi sanitari regionali (SSR) con una propria autonomia sia organizzativa, sia normativa, sia finanziaria, ha evidenziato le differenti capacità territoriali di attuare modelli di offerta sanitaria. A partire da questa osservazione, nel quarto paragrafo si affronterà il tema della disparità di accesso alle cure a cui la compresenza di differenti sistemi ha dato origine, e che non riguarda, come spesso si è portati a pensare il solo numero di posti letto o l'accesso a cure specialistiche, ma abbraccia anche il sistema della prevenzione, dell'informazione e della diffusione di corretti stili di vita. Un indicatore particolarmente significativo in questo caso può essere la *mortalità evitabile* così come descritta al paragrafo "*No one fits all. Mobilità come scelta, necessità o fallimento del sistema*". Infine, verrà presentato un caso particolare che rappresenta la difficoltà di rendere omogenea l'offerta sanitaria su tutto il territorio nazionale senza politiche centrali che mirino ad uniformare l'accesso alle cure. A questo scopo, è stato preso a riferimento l'esempio della procreazione medicalmente assistita (PMA), fino a pochi anni fa esclusa dai LEA e, anche ora, pur inserita nella revisione dei LEA nel 2017⁶⁷ ma orfana dei decreti attuativi, non trova nei sistemi regionali un'identica risposta. Il diritto alla prestazione, inteso come *entitlement* formale, se non sostenuto da risorse e direttive sulle tariffe a livello di SSN, non viene garantito in tutti i territori e, anche tra gli enti erogatori, non vengono assicurati gli stessi standard e le stesse prestazioni.

I PRINCIPI DEL SISTEMA SANITARIO E L'ORGANIZZAZIONE DELLE RISORSE: LIBERTÀ DI SCELTA DEL LUOGO DI CURA E COMPENSAZIONI DI MOBILITÀ

Uno dei principi cardine del nostro sistema sanitario attuale è quello della libertà di scelta. Come è noto è la stessa Costituzione che all'art. 32 sancisce la tutela della salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" e quindi la inserisce tra i cosiddetti diritti primari che devono essere garantiti a tutti i cittadini del Paese. Del resto, sia il modello alla Bismarck che quello alla Beveridge successivo alle riforme dei primi anni 2000 (in Gran Bretagna ma anche in Svezia e Norvegia) hanno fatto propria l'idea che gli individui dovrebbero avere libertà di scelta rispetto ai fornitori dei servizi sanitari⁶⁸.

⁶⁶ In questo momento è in discussione in Parlamento il DDL recante delega al Governo per il riordino della disciplina degli IRCCS, di cui al d.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288.

⁶⁷ <https://www.salute.gov.it/portale/fertility/detttaglioContenutiFertility.jsp?area=fertilita&id=4570&lingua=italiano&menu=medicina>.

⁶⁸ In Gran Bretagna, tra il 2002 e il 2008, le riforme attuate dal Partito Laburista in quel periodo al potere avevano introdotto la libertà di scelta per i pazienti della struttura ospedaliera a cui rivolgersi su tutto il territorio nazionale, superando il precedente meccanismo cosiddetto "post-code lottery", in base al quale i pazienti erano assegnati a determinati ospedali sulla base del loro indirizzo di residenza e che poteva essere modificato solo in casi eccezionali. L'introduzione di tale principio era stata accompagnata da meccanismi incentivanti per stimolare la concorrenza (sulla qualità e non sul prezzo) tra le strutture ospedaliere pubbliche e private allo scopo di incentivarle a migliorare le proprie performance e quindi la propria reputazione.

Tale principio si completa poi con la condizione che l'accesso a cure mediche di qualità dovrebbe essere garantito a tutti alla stessa maniera indipendentemente dalla propria ricchezza personale, allo scopo di non discriminare individui con diverse possibilità economiche. Il criterio della ricchezza personale, tuttavia, non è l'unico che deve essere preso in considerazione perché anche altri aspetti, quali ad esempio genere, età, etnia, orientamento sessuale o luogo di residenza sono importanti caratteristiche dell'individuo che non dovrebbero incidere sulla sua capacità di accedere ai servizi sanitari⁶⁹. Tra gli aspetti richiamati sopra, la collocazione geografica dell'individuo è di particolare interesse ai fini di questo lavoro perché, se da un lato, nel contesto europeo, è ampiamente riconosciuta la necessità di avere un sistema sanitario universale che preveda un accesso equo a servizi sanitari di qualità, dall'altro lato, tali proprietà, pur essendo garantite da un punto di vista formale, possono non esserlo da un punto di vista sostanziale. Laddove, infatti, per coloro che risiedono in alcune aree del Paese si interpongono ostacoli all'ottenimento di cure sanitarie di qualità il principio di equità nell'accesso ai servizi sanitari non è garantito.

Come sottolineato nell'ambito della letteratura economica, è particolarmente difficoltoso definire l'equità di un sistema sanitario (Williams e Cookson, 2000). In prima approssimazione, sembrerebbe ragionevole richiedere che un sistema sanitario equo sia quello in grado di fare in modo che gli individui ricevano l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno. Del resto, proprio l'approccio extra-welfarista in Sanità si basa sull'idea che il disegno delle politiche pubbliche dovrebbe essere guidato dal concetto di *salute* rispetto a quello di *utilità*, e dal concetto di *bisogno* rispetto a quello di *domanda*. Tuttavia, mentre nell'ambito dell'approccio neoclassico dell'Economia del Benessere la domanda di beni e servizi, e quindi anche di quelli sanitari, è individuabile perché dipende dalle preferenze e dal vincolo di bilancio dell'individuo, nell'ambito dell'approccio extra-welfarista, i bisogni sanitari non sono di facile definizione. In pratica, nell'ambito del settore sanitario, non solo è difficile definire il concetto di equità ma anche quello di bisogno.

Ovviamente i due concetti sono strettamente collegati e, in particolare, riguardo all'equità, la letteratura economica ha suggerito tre distinti concetti declinati in termini di equità distributiva: il primo richiede che sia garantita equità nell'accesso ai servizi sanitari, il secondo che le risorse siano allocate in linea con i bisogni e il terzo che si raggiunga un'equa distribuzione della salute nella popolazione (Williams e Cookson, 2000). Il terzo è certamente il criterio più esigente mentre il primo e il secondo fanno riferimento proprio ai due aspetti messi in evidenza sopra, ossia accesso e bisogni. Riguardo a questi ultimi, sembrerebbe largamente condivisibile l'idea che, per avere equità nell'accesso alle cure mediche, servirebbe che per tutti i cittadini fosse ugualmente possibile utilizzare i servizi sanitari; in pratica, che a tutti fossero garantite le stesse opportunità di cura⁷⁰. Più nello specifico, sulla base del requisito riconducibile al concetto di equità orizzontale, un sistema sanitario dovrebbe garantire ugual accesso per uguali bisogni mentre, sulla base del requisito dell'equità verticale, dovrebbe garantire un accesso differenziato per bisogni differenti (come, ad esempio, la determinazione delle priorità nell'accesso al pronto soccorso sulla base della gravità dello stato di salute del paziente).

Del resto anche se le caratteristiche dei diversi sistemi sanitari nazionali non dipendono solo da aspetti di carattere economico dato che anche questioni più prettamente etiche o ideologiche sono alla base delle scelte politiche effettuate dai vari Paesi, le performance di un sistema sanitario sono spesso valutate facendo riferimento ai due concetti di efficienza ed equità tenendo in considerazione anche

⁶⁹ Si veda, ad esempio, quanto enunciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Equity is the absence of unfair, avoidable or remediable differences among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically, or geographically or by other dimensions of inequality (e.g. sex, gender, ethnicity, disability, or sexual orientation). Health is a fundamental human right. Health equity is achieved when everyone can attain their full potential for health and well-being." https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1

⁷⁰ Per approfondimenti si veda Fleurbaey e Schokkaert (2011) e, più in generale, Roemer, J.E., Trannoy (2016).

indicatori che tentano di misurare la capacità dei pazienti di accedere ai servizi sanitari, il costo per la loro fornitura e la loro qualità (Sloan e Hsieh, 2016). Con riguardo agli indicatori di accesso, ad esempio è possibile fare riferimento a dati come la percentuale di popolazione coperta dal servizio sanitario e la generosità della copertura assicurativa ricevuta dal paziente, sia in termini di quali sono i servizi sanitari coperti dall'assistenza sanitaria che eventuali compartecipazioni al costo da pagare *out of pocket*. Questo tipo di informazioni permette quindi non solo di confrontare sistemi sanitari di diversi Paesi ma anche di valutare se, all'interno dello stesso Paese, ai residenti di diversi territori sono garantite le stesse opportunità di cura (Roemer e Trannoy, 2016). La verifica di questo requisito da parte del sistema sanitario italiano risulta quindi essere di fondamentale importanza, da un lato, perché come noto esso è organizzato su base regionale e, dall'altro lato, perché come sottolineato inizialmente, l'ordinamento giuridico italiano, tramite l'art. 32 della Costituzione, riconosce la tutela della salute come un diritto primario dell'individuo che deve essere garantito a tutti e, quindi, su tutto il territorio nazionale. L'ampia evidenza empirica a questo proposito mostra però l'esistenza di sistemi sanitari regionali che differiscono anche sensibilmente quanto a capacità di garantire accesso alle cure che di qualità dei servizi offerti. Come sarà mostrato in quanto segue, tali differenze sono alla base della mobilità sanitaria che registriamo nel nostro Paese e la cui analisi risulta essere di fondamentale importanza per comprendere fino a che punto il dettato costituzionale sopra richiamato sia effettivamente messo in pratica oppure no.

I DATI DELLA MOBILITÀ SANITARIA

La mobilità sanitaria tra regioni viene regolata attraverso un sistema di compensazione interregionale inizialmente definito dalle note del Ministero della Salute 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997 e a cui hanno fatto seguito accordi specifici in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e in Commissione Salute, dove sono stati approvati i documenti che hanno integrato e modificato le note ministeriali.

Le Regioni e Province Autonome assumono il Testo Unico (aggiornato ogni anno) quale Accordo per disciplinare la compensazione interregionale della mobilità sanitaria. Ad oggi è in vigore l'Accordo approvato nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 22 settembre 2021, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2020 - Regole tecniche" che definisce le prestazioni oggetto di compensazione e le tariffe, le modalità di comunicazione dei dati attraverso il portale della Regione Veneto, diventato il punto di riferimento nazionale⁷¹.

Anche se non sono ancora disponibili i dati degli ultimi due anni, è abbastanza facile prevedere una diminuzione della mobilità sanitaria generata però non da una ristrutturazione del sistema, ma da una ridotta possibilità di spostamento sul territorio nazionale e da una ridotta offerta di cure di specialistica ambulatoriale e ospedaliera. La diffusione della pandemia da SarsCov2 ha infatti ridotto, quando non interrotto, le prestazioni non di emergenza e non legate al CoviD19. Pertanto, le analisi di tendenza più significative vengono effettuate sui dati disponibili negli anni precedenti. In particolare, Agenas (2020) restituisce un quadro di riferimento per il decennio 2008-2018, da cui emerge come le regioni con saldi positivi più elevati (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto), pur registrando un aumento di residenti che acquistano servizi di cura fuori regione, sono riuscite a più che compensare con un adeguato aumento dell'attrazione di flussi in entrata. Al contempo le Regioni con performance peggiori (Campania, Calabria, Lazio, Sicilia e Puglia) non sono riuscite a compensare l'aumento della

⁷¹https://salute.regione.veneto.it/web/aziendazero/mobh1?p_p_id=20&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_20_struts_action=%2Fdocument_library%2Fview&_20_folderId=1026074

fuga con un adeguato aumento dell'attrazione. Non solo, la Regione Calabria, oltre ad essere ancora sotto il regime del Piano di Rientro denota anche una diminuzione ulteriore dell'attrazione. Siamo di fronte ad un fenomeno autorinforzante, per cui le Regioni con un saldo positivo risultano nel tempo sempre più attrattive, mentre quelle con saldo negativo subiscono sempre più il fenomeno di emigrazione sanitaria.

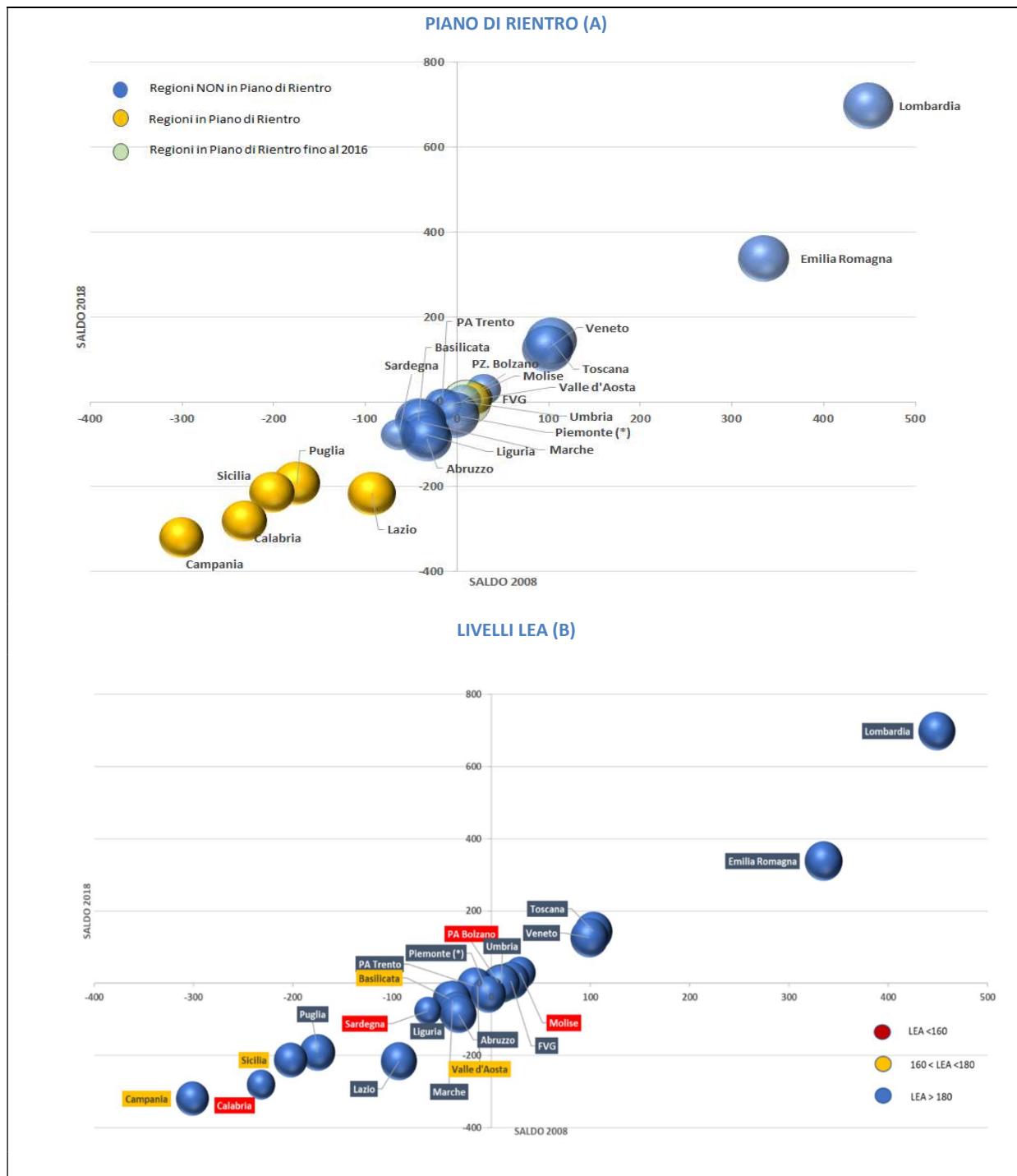
La mobilità sanitaria coinvolge nel 2018 uno spostamento di risorse pari a 4,6 miliardi che, nel complesso rappresentano poco più del 4% delle risorse destinate alla Sanità⁷², ma che, per la concentrazione della mobilità in poche regioni, diventano un elemento distorsivo nella distribuzione territoriale.

Per evidenziare la differente distribuzione dei saldi di migrazione sanitaria, abbiamo messo in relazione i saldi 2008 e 2018, evidenziando quale sia la posizione delle Regioni sia in termini di presenza o meno dei piani di rientro che di livelli LEA complessivi raggiunti (cfr. Figura 35). Questa classificazione mette in luce la presenza di tre macro gruppi di regioni:

- il primo gruppo è costituito da Regioni che hanno saldi negativi nel 2008, mantengono o aumentano la mobilità passiva nel 2018 e nel 2019, rimangono quasi tutte tra i livelli LEA meno elevati. Sono tutte Regioni dove nel 2019 hanno ancora attivi i Piani di Rientro;
- Il secondo gruppo ha saldi (positivi o negativi) più ridotti, per metà sono ancora Regioni in cui il livello dei LEA nei 2019 è al di sotto del livello minimo (Sardegna, Molise e la PA di Bolzano), solo il Molise è nei Piani di Rientro e il Piemonte lo è stato fino al 2016;
- il terzo gruppo è formato dalle quattro regioni che non solo hanno saldi attivi elevati per tutto il decennio e non appartengono alle Regioni in Piano di Rientro, ma hanno anche il livello LEA più elevato di tutte: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto.

⁷² Dati del Report Osservatorio GIMBE 2/2020.

Figura 35 SALDO MOBILITÀ SANITARIA 2008 E 2018. PIANI DI RIENTRO (A) E LIVELLI LEA 2019 (B)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Toscana su dati Agenas (2020),
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/2020/novembre/slide_mobilita.pdf
e su dati Ministero della Salute
https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4747&lingua=italiano&menu=monitoraggio_Lea#:~:text=Analizzando%20il%20trend%202012%2D2019,regioni%20in%20Piano%20di%20rientro.

Oltre al dato complessivo è possibile notare differenze anche nella tipologia di prestazioni e nelle patologie prevalenti. Utilizzando i dati del Ministero della Salute per i ricoveri ospedalieri (SDO 2019)

è possibile evidenziare come i ricoveri acuti in regime ordinario siano quasi i due terzi della mobilità per ricovero ospedaliero, i ricoveri per acuti in regime diurno sono il 21%, la riabilitazione in regime ordinario il 3%, la riabilitazione in regime diurno lo 0,3% e la lungodegenza il 6%. Chiaramente più il ricovero ospedaliero rientra in una fase non acuta e più si allungano i tempi della degenza e minori sono le richieste fuori regione.

Per quanto riguarda invece le patologie, le cure oncologiche e quelle a più elevata complessità sono quelle che più spesso vedono il ricorso a centri ospedalieri fuori regione: su queste in particolare, Calabria e Sicilia sono le regioni che per valore assoluto (rispettivamente 5.707 e 5.270 pazienti) detengono il primato di mobilità passiva e, nel caso della Calabria, questo valore rappresenta il 36,4% dei pazienti ricoverati per patologia oncologica. Questo caso particolare ci mostra anche che questo tipo di cure non si lega alla cosiddetta mobilità di confine, poiché le principali regioni di cura per i pazienti calabresi risultano la Lombardia (26%), il Lazio (21%), l'Emilia-Romagna (9%).

NO ONE FITS ALL. MOBILITÀ COME SCELTA, NECESSITÀ O FALLIMENTO DEL SISTEMA

Esiste una vasta letteratura sulla centralità della scelta del paziente come elemento discriminante la mobilità sanitaria. Dal tentativo di rendere più competitivi i sistemi sanitari locali, iniziato negli anni '90 in diversi sistemi nazionali, l'attenzione sulle politiche di attrattività dei sistemi di cura non in emergenza si è infatti focalizzata sulle scelte dei pazienti e su quelle dei loro medici di medicina generale che, per il loro ruolo nella valutazione delle varie opzioni, possono essere considerate come scelte del paziente stesso.

Tuttavia è bene comprendere quanto la mobilità sia il frutto di "differenti preferenze", oppure sia ingenerata da fattori non di scelta ma di necessità, e che potrebbero determinare forme di disuguaglianza nell'accesso alle cure tra i residenti di diverse regioni.

Nelle fattispecie ricomprese nel primo ambito rientrano i flussi di mobilità tra regioni che possiamo definire come egualmente attrattive, e in cui esiste un interscambio di flussi tale da non far presupporre una differente "qualità" nel servizio di cura. Un ulteriore caso è dato anche da scelte di prossimità che travalicano i confini regionali, laddove il presidio ospedaliero più vicino al paziente è in realtà nel territorio di una regione diversa da quella di residenza. Quest'ultimo caso è di particolare interesse per le Regioni che, a tal proposito, hanno iniziato a stipulare accordi di confine come definiti in precedenza, ma rimane comunque nell'ambito di quella che viene chiamata "mobilità fisiologica".

Fino a questo punto, però, possiamo considerare la scelta del paziente quasi un problema di teoria del consumatore: date le proprie preferenze, il proprio budget e la propria localizzazione, l'individuo decide quale servizio acquisire. Purtroppo però non è solo questo. Se consideriamo alcuni indicatori significativi per definire l'offerta sanitaria nelle regioni ci rendiamo conto che esistono ancora divari rilevanti che possono avere un impatto diretto sulle possibilità di cura.

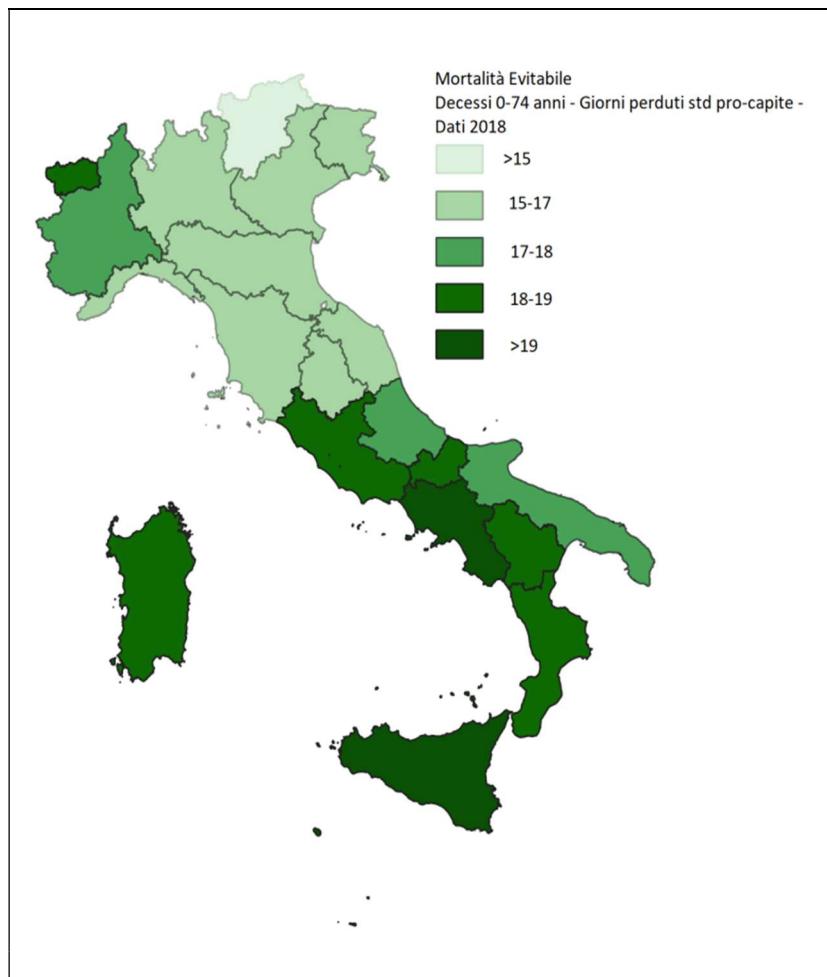
Un modo per appurare queste differenze è quello di considerare l'indice di *mortalità evitabile*, un indicatore complesso che considera le cause di morte e le classifica come "evitabili" quando il rischio di morte per quella causa può essere ridotto, se non annullato, dal buon funzionamento dei Servizi; la mortalità evitabile, infatti, è correlata con le abitudini di vita, lo stato dell'ambiente e con l'accessibilità dei servizi sanitari⁷³. La Figura 36 riporta i dati per regione e purtroppo evidenzia in maniera netta come l'indicatore, proxy della qualità dell'offerta del servizio sanitario, registri valori significativamente differenti tra le regioni del centro-nord e quelle del centro-sud. Eurostat⁷⁴, ha

⁷³ Per una disanima articolata dell'indicatore di vedano i Rapporti MEV di Nebo Ricerche PA.

⁷⁴ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics

confermato la lettura del dato sulle morti evitabili ed ha aggiunto mappe territoriali che evidenziano livelli più alti delle cosiddette “morti trattabili” nel centro-sud del paese, ed una distribuzione più omogenea per le morti prevenibili. Si tratta di valori tra 33,1 e 31,3 morti evitabili per 100.000 abitanti (media nazionale 32,8) per le trattabili, e tra 52,3 e 46,7 per le prevenibili, la differenziazione tra morti prevenibili e morti trattabili. Questo significa che l’intero Paese necessita di un miglioramento nella cultura della prevenzione (e purtroppo questo è parte della discussione pubblica), ma che non tutte le Regioni hanno raggiunto gli stessi livelli di appropriatezza e tempestività di diagnosi e cure.

Figura 36 MORTALITÀ EVITABILE. GIORNI PERDUTI STANDARD PRO-CAPITE. DATI 2018



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Toscana su dati Nabo Ricerche PA, Mev 2021

Oltre ai flussi di mobilità definiti come “fisiologici” si verificano però almeno altre due casistiche in cui lo spostamento dalla regione di residenza non è determinato da una libera scelta del paziente ma dal fatto che il luogo di cura è forzatamente lontano dalla propria abituale residenza. La prima di queste possibilità si verifica laddove si sia di fronte a malattie rare o a cure sperimentali o a una malattia che per il grado di complessità richiede centri specializzati che, per la natura stessa di concentrazione di competenze e per la propria sostenibilità economica, difficilmente potrebbero essere distribuiti su tutto il territorio nazionale. In questi casi, ciò a cui dovrebbe mirare un sistema nazionale efficiente, non è tanto quello di diffondere centri iperspecializzati su tutto il territorio nazionale, ma quello di fare propri i principi che sottostanno, per esempio, alla creazione delle Reti Europee di Riferimento (ERN).

La Commissione europea ha avviato una politica di integrazione tra i paesi dell'Unione che contempla la libera circolazione dei pazienti (e quindi tuteli il diritto di scelta del luogo di cura) affetti da malattie rare o da patologie che richiedono interventi complessi, con la necessità di accentrare le risorse per investimenti ad elevato contenuto tecnologico e di competenze. Le ERN tentano quindi di riunire i centri altamente specializzati dei diversi Stati membri favorendo l'erogazione di un'assistenza sanitaria accessibile e di qualità⁷⁵.

In altri casi, invece, il paziente è costretto a scegliere un presidio di cura esterno alla propria regione di residenza a causa di una risposta inadeguata (sia in termini di prestazione erogata che in termini di tempistica di accesso alla prestazione) di prossimità. Questo secondo tipo di mobilità non solo alimenta flussi che mettono in dubbio il concetto di equità sopra descritto, ma rinforzano anche meccanismi di polarizzazione tra regioni. In questo caso, infatti, le regioni strutturalmente meno dotate e non in grado di far fronte ai fabbisogni della popolazione si troveranno a destinare parte delle proprie risorse non per lo sviluppo del proprio sistema regionale, ma a compensazione delle cure erogate dalle regioni più virtuose. Dal VII rapporto Rbm-Censis (2017) si evince poi che quasi il 60% dei cittadini che usufruiscono di cure in regioni diverse da quelle di residenza lo fanno per la qualità delle cure e solo il 25% per le liste di attesa troppo lunghe. Questo non è solo un dato di contesto, ma esprime una necessità di politiche molto differenti. Se, nel caso delle liste di attesa, potrebbe essere sufficiente pensare alle politiche in termini quantitativi (più risorse, più posti letto, più slot di visita), la differente qualità delle cure porta con sé la necessità di investimento nell'appropriatezza organizzativa, nella formazione di nuove o diverse competenze del personale, di sviluppo di nuovi protocolli.

In questo panorama si inserisce poi il settore pediatrico, che potremmo considerare come una forma ibrida in cui, la necessità di concentrazione iperspecialistica fa da contraltare alla particolare onerosità della mobilità sanitaria. Infatti, da un lato i principali ospedali pediatrici del paese sono inseriti in Aziende Ospedaliero-Universitarie o negli IRCCS, mentre dall'altro è bene comprendere come la cura del paziente coinvolge anche i *care-givers* del minore, che obbligatoriamente si spostano con lui. Nonostante questo i pazienti da 0 a 17 anni hanno un tasso di ricovero per acuti in regime ordinario in regioni diverse da quella di residenza più elevata rispetto alla media generale (si passa dall'8,3% generale al 9,4% pediatrico), e quasi il 70% è concentrato in 5 regioni: Lazio (20%, Bambin Gesù), in Emilia-Romagna (14%, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi), in Lombardia (11%, IRCCS Ospedale San Raffaele), in Liguria (11%, Istituto Pediatrico a carattere Scientifico Gaslini) e in Toscana (11%, Azienda ospedaliero-universitaria Meyer).

Per rispondere alle esigenze di "governo" della mobilità, introdotte con la Legge di Bilancio n. 178/2020 e definite già nel patto per la Salute 2019-2021⁷⁶ AGENAS ha introdotto una nuova metodologia che mira a discriminare le motivazioni che portano allo spostamento dei pazienti e che nella propria metodologia riconduce a tre categorie:

- a. Mobilità apparente (persone domiciliate in regioni differenti da quelle di residenza e ricoveri casuali).
- b. Mobilità accettabile (la differente regione è dettata da una prossimità accettabile, oppure la necessità di raggiungere punti per cure ad alta complessità).

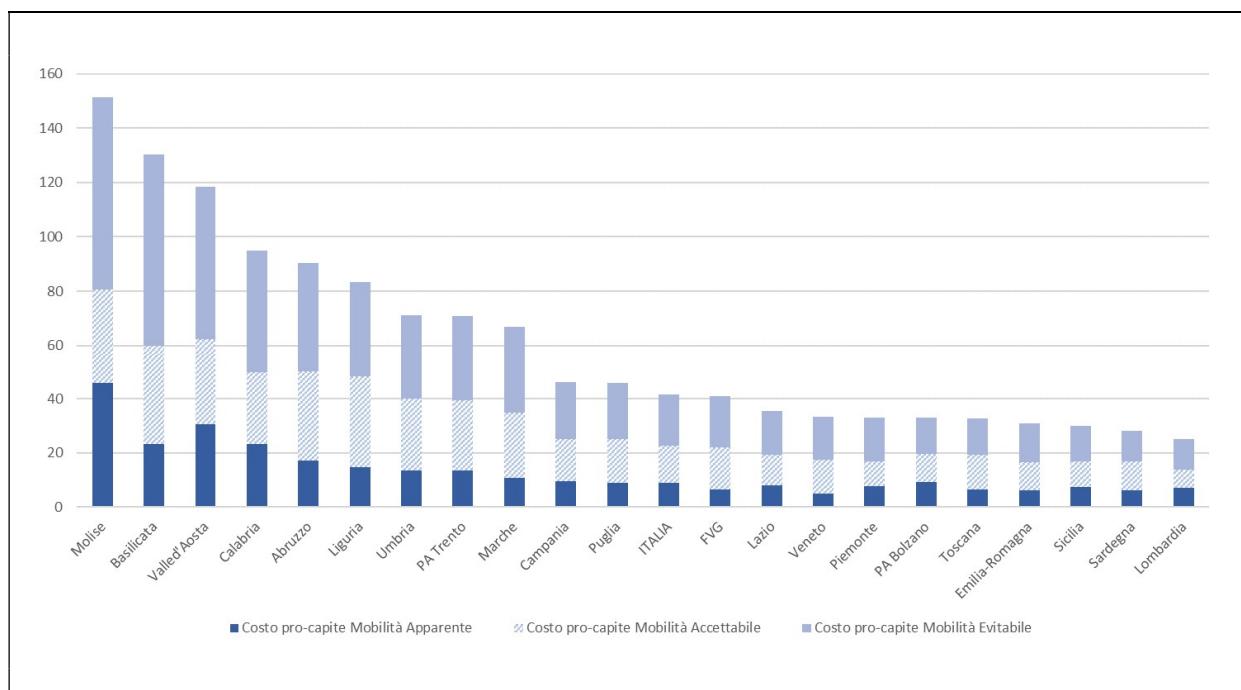
⁷⁵ Sono 24 le ERN ad oggi e l'elenco completo può essere trovato qui https://health.ec.europa.eu/european-reference-networks/overview_it

⁷⁶ Nel Patto della Salute è infatti esplicitata la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra cui " elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni, Istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno sulla base dei lavori in corso presso il Ministero della salute con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già normativamente previsti, al fine di renderli attuativi."

- c. Mobilità evitabile (inappropriatezza, prossimità non accettabile altre tipologie di determinanti (Mobilità di media e bassa complessità).

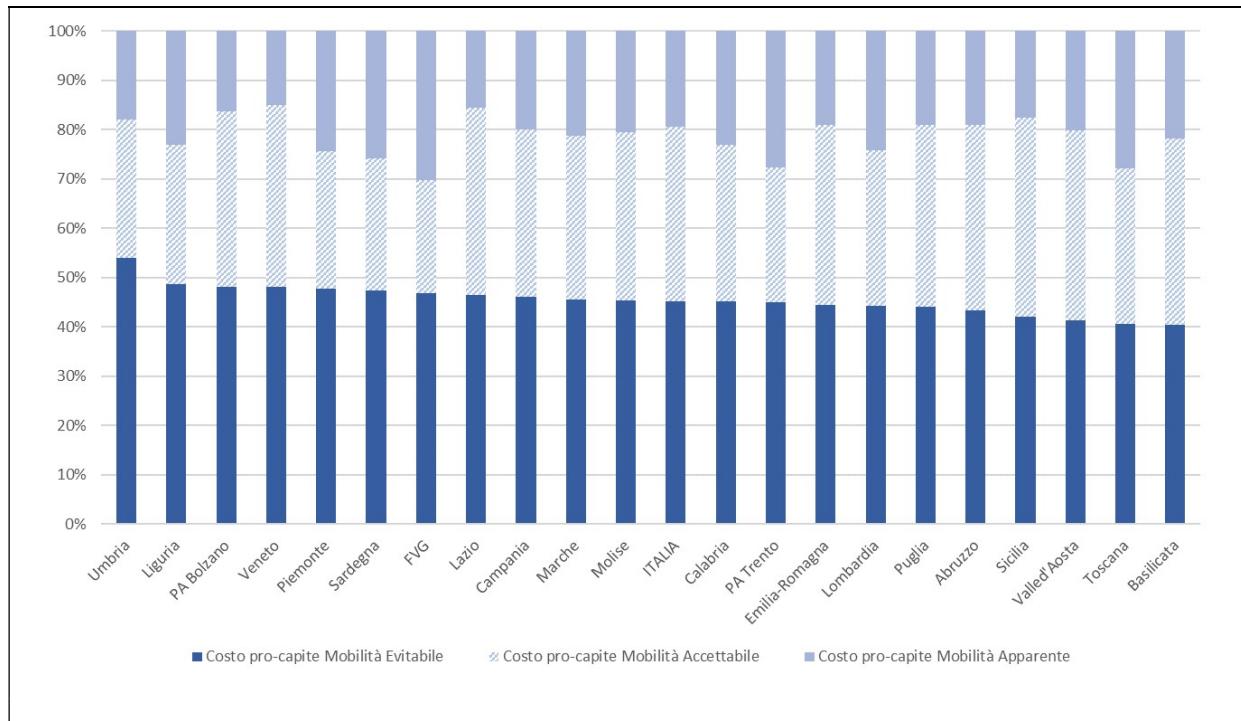
Ridefiniti in base alla nuova classificazione, il 47% dei 2.463 milioni di euro trasferiti per mobilità sanitaria nel 2021 risultano appartenere alla categoria “mobilità evitabile”. A livello regionale, pur registrando differenze consistenti nei livelli di spesa, in termini percentuali sui costi “inappropriati” oscilla in un range che va dal 54% dell’Umbria al 40% di Toscana e Basilicata, definendosi quindi come elemento determinante della spesa.

Figura 37 COSTI PRO-CAPITE MOBILITÀ SANITARIA. ANNO 2021 (valori in milioni di euro)



Fonre: Dati AGENAS, stat.agenas.it

Figura 38 COSTI PRO-CAPITE MOBILITÀ SANITARIA. ANNO 2021 (VALORI PERCENTUALI)



Fonte: Dati AGENAS, stat.agenas.it

Nei dati appena visti, “l’accettabilità” o meno dei costi viene considerata in base a tempi (>50 minuti) e alla distanza (>60km) da percorrere, dalla residenza al presidio ospedaliero. Questo definisce però “l’assenza di offerta” come mera presenza fisica di un presidio sul territorio. Come ben sappiamo, e come i dati AGENAS mostrano in parte (Agenas, 2022), la possibilità di ricevere una determinata prestazione ospedaliera o specialistica risente anche dell’aspetto temporale: il presidio e l’offerta “esistono” sul territorio, ma la possibilità di accesso viene dilazionata nel tempo. I tempi di attesa, aspetto esasperato sicuramente dalla pandemia degli ultimi anni, rappresenta quindi un ulteriore elemento di cui si dovrebbe tenere conto nella definizione dei criteri di accettabilità.

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA: DIFFERENZE REGIONALI NELL’EVOLUZIONE NORMATIVA DEL SERVIZIO SANITARIO

Quest’ultimo paragrafo è dedicato a un caso studio che può essere significativo ai nostri fini per le sue peculiarità: l’introduzione della Procreazione Medicalmente Assistita (da ora PMA) nei servizi di cura. La PMA risulta particolarmente interessante nell’evidenziare le differenze interregionali per quattro motivi:

- (i) la PMA è entrata da poco all’interno delle prestazioni mediche riconosciute dal nostro ordinamento e solo nel 2017 è stata riconosciuta nei LEA;
- (ii) la PMA pur essendo riconosciuta come “diritto” a livello nazionale sconta la mancanza dei decreti attuativi per la definizione di risorse e tariffe (mancano i decreti attuativi) che la consegnano alle decisioni (politiche, economiche e normative) delle singole regioni;

- (iii) non è una prestazione di emergenza, pertanto non ha la necessità indifferibile di essere trattata sul territorio, ma contemporaneamente è *time-sensitive* in termini di accesso alle liste di attesa;
- (iv) le coppie che decidono di intraprendere questo percorso sanitario hanno la possibilità fisica di spostarsi sul territorio nazionale (sono persone adulte in età al di sotto dei 50 anni).

La disciplina della PMA in Italia è affidata alla legge 40 del 2004, che regola l'accesso a queste tecniche e stabilisce come, per risolvere i problemi di fertilità, sia possibile fare ricorso alla fecondazione assistita⁷⁷. In particolare, la normativa stabilisce che “il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità” aggiungendo all'articolo 5 che “possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi”. Questa definizione è per noi importante per capire come lo spazio legislativo abbia lasciato elementi di potenziale arbitrarietà alle regioni nella definizione e come alcuni di questi elementi abbiano portato a situazioni di disomogeneità, ancor prima che nella dotazione strutturale delle regioni, nella loro disciplina normativa.

Iniziamo con il considerare due degli elementi non normati: la definizione di “età fertile” e il numero di cicli di fecondazione assistita a cui una coppia può decidere di sottoporsi. Analizzando i dati in Tabella 13, se consideriamo l’età della donna è evidente la disparità di opportunità di trattamento tra Regioni come l’Umbria che mantiene un’età massima di 42 anni, a Regioni come il Veneto che permettono lo stesso tipo di trattamento fino ai 50 anni.

Tabella 13 ETÀ MASSIMA DELLA DONNA E CICLI DI PMA EFFETTUABILI PER REGIONE

	ETEROLOGA ⁽²⁾	OMOLOGA ⁽²⁾	CICLI
PIEMONTE	46	46	6
VAL D'AOSTA	43	43	3
LOMBARDIA	46	non vi sono limiti di tentativi	3
LIGURIA	43	43	3
BOLZANO	43	43	3
TRENTO (*)	46	46	6
VENETO	50	50	4
FRIULI	43	43	3
EMILIA ROMAGNA	46	46	6
TOSCANA	46	43	4
UMBRIA	42	42	3
MARCHE	43	43	6
LAZIO	43	43	3
ABRUZZO	46	46	6
MOLISE	43	43	3
CAMPANIA	46	46	6
PUGLIA	43	43	3
BASILICATA	43	43	3
CALABRIA	43	43	3
SICILIA	43	43	3
SARDEGNA	46	46	3

Fonte: Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita 2021(*). Dato aggiunto dal Nucleo CPT Toscana. Fonte: verbale di deliberazione della giunta provinciale 16 marzo 2018.

⁷⁷ Originariamente l'articolo 4 della legge 40 determinava espressamente il divieto relativo alla fecondazione eterologa, ma questo limite è stato superato nel 2014 dalla sentenza 162 della Corte Costituzionale che ha espressamente consentito il ricorso alla fecondazione eterologa in Italia.

Tuttavia, le differenze non si strutturano solo in questo ma pervadono l'intero iter delle prestazioni di PMA che, proprio perché inserite solo formalmente nei LEA, rappresentano un chiaro esempio di come le differenze interregionali possano spingere alla mobilità sanitaria pazienti delle Regioni con minori dotazioni o maggiori ostacoli all'accesso alle cure. La PMA è stata infatti inserita nei LEA solo a partire dal 2017 e, a causa della mancata emanazione del cosiddetto "Decreto Tariffe", non vede a tutt'oggi un'omogeneità di attuazione sul territorio nazionale. La Legge di Bilancio 2018 (L. 205/2017, art.1c.420) prevedeva di fatto l'emanazione delle tariffe massime delle prestazioni di PMA e i vincoli dell'accesso alle prestazioni⁷⁸ entro febbraio 2018: a distanza di 5 anni, la mancata emanazione ha come conseguenza diretta una maggiore disomogeneità di accesso alle cure per i cittadini che richiedono prestazioni extra-regione. Esiste dunque un *entitlement*, un diritto formale per il cittadino ed un dovere delle regioni di garantirlo, ma senza la definizione chiara delle tariffe, questo non si traduce in un accesso concreto, l'*entitlement* non si traduce in reale *capability*.

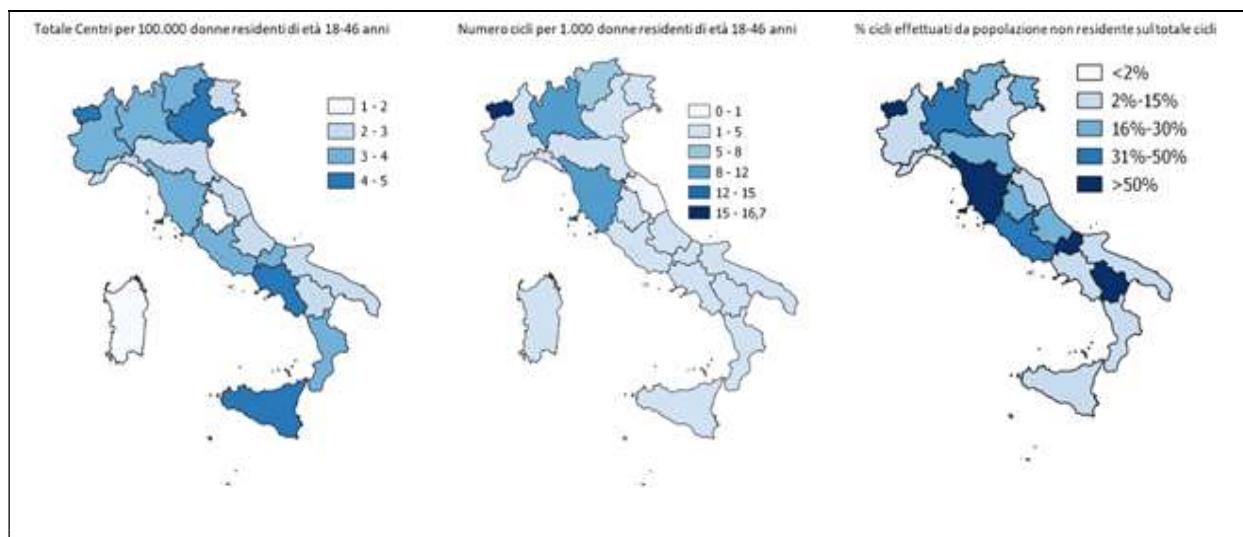
In Italia, le tecniche di PMA vengono effettuate in centri specializzati che si dividono in centri di I livello e centri di II e III livello in base alle tipologie di fecondazione assistita che vengono eseguite e alle tipologie di anestesia a cui verrà sottoposta la paziente⁷⁹. Se si osservasse semplicemente il numero dei centri per Regione potrebbe essere rappresentata un'idea non corretta dell'offerta del servizio sul territorio: in linea con l'anno precedente, la maggior parte dei centri italiani (61,0%) nel 2019 risulta concentrata in sole 5 Regioni: la Lombardia con 58 centri pari al 16,8% del totale, la Campania con 45 centri pari al 13,0%, Sicilia, Lazio e Veneto tutti con 36 pari al 10,4%. Se però andiamo a verificare il numero di cicli effettuati ponderato per la popolazione femminile residente di età compresa tra i 18 e 46 anni è chiaro come le Regioni che offrono il servizio quantitativamente superiore siano la Lombardia con oltre 15.000 cicli di fecondazione omologa con tecniche a fresco (9,93 cicli per 1.000 donne residenti in età 18-46) e la Toscana con poco meno di 6.000 cicli (8,98 cicli per 1.000 donne residenti in età 18-46)⁸⁰.

⁷⁸ Uno dei limiti introdotti dalla Bozza del Decreto Tariffe è sull'età massima della donna (46 anni) che può accedere alla prestazione di PMA. Su questo punto in particolare ci sono forti critiche da parte delle associazioni di pazienti che contrastano la definizione ex lege che indica genericamente "età fertile"; tale presupposto viene visto dalle associazioni di pazienti come non definibile per legge, ma valutabile soggettivamente in sede di consulto medico.

⁷⁹ I centri di I livello sono strutture in cui vengono applicate solamente procedure di Inseminazione Intrauterina Semplice (IUI) ed offrono la tecnica di criconservazione dei gameti maschili. I centri di II e III livello, oltre alle tecniche di IUI, usano metodologie più sofisticate con protocolli di fertilizzazione in vitro, tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi e di criconservazione dei gameti maschili, femminili e di embrioni. I dati relativi ai centri di II e III livello vengono considerati congiuntamente e la distinzione è dovuta al tipo di anestesia che deve essere applicata per eseguire le tecniche di fecondazione assistita. I centri di II livello applicano "procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda", mentre i centri di III livello applicano anche "procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione".

⁸⁰ Chiaramente la Valle d'Aosta rappresenta la percentuale maggiore in assoluto, ma la dimensione regionale è difficilmente comparabile.

Figura 39 DISTRIBUZIONE OFFERTA SERVIZIO DI CICLI DI FECONDAZIONE OMOLOGA CON TECNICHE A FRESCO. DATI 2019



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Toscana su dati Ministero della Salute

Non solo, la distribuzione regionale mostra differenze quantitative, ma se analizziamo anche le diverse scelte di politica sanitaria adottate dalle singole Regioni italiane è facile verificare come la presenza di centri pubblici sia maggiore in alcune Regioni del Nord (Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia) e del Centro (Marche); come i centri privati siano presenti in numero maggiore in quasi tutte le Regioni del Sud e in alcune del Nord (Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna) e del Centro (Lazio); e come i 18 centri privati convenzionati sono quasi esclusivamente presenti in Lombardia (10) ed in Toscana (5).

E sono Toscana e Lombardia insieme al Lazio⁸¹ le Regioni con il numero più significativo di mobilità sanitaria attiva: in Toscana il 55% dei cicli (3.274) è effettuato su persone non residenti in regione, nel Lazio è il 40% (1900) e in Lombardia è il 33% (5.027). Se andiamo poi a verificare nel dettaglio regionale secondo il tipo di servizio del centro rileviamo che la mobilità nella maggior parte dei casi avviene verso i centri pubblici o privati convenzionati della Toscana e della Lombardia e verso i centri privati del Lazio.

Chiaramente il problema della mancanza di tariffe coordinate a livello centrale pone ulteriori ostacoli e una competizione non virtuosa, laddove l'offerta è sottodimensionata rispetto alla domanda e la domanda è “time sensitive” come nel caso della fecondazione assistita. Inoltre, come già evidenziato nel paragrafo *“I principi del sistema sanitario e l’organizzazione delle risorse: libertà di scelta del luogo di cura e compensazioni di mobilità”*, si pone un problema di rispetto dell’equità nell’accesso alla cura.

LA MOBILITÀ SANITARIA INFRA-REGIONALE: IL CASO DELLA TOSCANA

La mobilità sanitaria non avviene tuttavia solo tra Regioni, ma esistono importanti flussi di mobilità anche all'interno delle Regioni stesse (tra aziende sanitarie), e anche questi flussi rappresentano un elemento critico a cui fare attenzione. Abbiamo individuato il caso della Toscana come interessante per evidenziare i differenti tipi di flussi che possono manifestarsi e comprendere come questi possano essere regolati.

⁸¹ Anche in questo caso Valle d'Aosta (245), Molise (47) e Basilicata (191), pur avendo oltre il 50% dei cicli effettuato da persone non residenti in regione, sono comunque poco rilevanti dal punto di vista dei numeri in valore assoluto.

La Regione Toscana ha avviato il processo di trasformazione della propria organizzazione territoriale con la Riforma del 2015⁸² da cui è nato l'accorpamento delle Aziende Sanitarie (da 12 sono diventate 3): Azienda Usl Toscana Centro (da ora AUSL TC)⁸³, Azienda USL Toscana Nord Ovest (da Ora AUSL NO)⁸⁴, Azienda USL Toscana Sud Est (da ora AUSL SE)⁸⁵. L'obiettivo principale della Riforma era quello di uniformare la Sanità toscana nell'organizzazione e nelle risposte ai bisogni della popolazione ed evitare duplicazioni e sprechi, realizzando, dove possibile, economie di scala.

La Toscana rappresenta un caso di particolare interesse in questo ambito per la strutturazione territoriale delle 3 AUSL attuali. La AUSL TC comprende il capoluogo di regione e rappresenta, per popolazione servita, la seconda asl più popolosa d'Italia (1,6 mln di abitanti) dopo l'ATS della Città Metropolitana di Milano (3,4 mln di abitanti). Oltre alla numerosità della popolazione residente, la TC ha sul proprio territorio due Aziende Ospedaliero Universitarie, di cui una, l'AOU Meyer, che si caratterizza per la specializzazione pediatrica e che la rende sicuramente il punto di riferimento regionale per il trattamento dei pazienti acuti (35.956 ricoveri di residenti in Toscana nel 2021 (cfr. Figura 40 (B)) ed extraregionale per DRG ad elevata complessità. L'altra, l'AUC Careggi che rappresenta anche il Trauma Center regionale, tale per cui il ricovero acuto di traumi maggiori viene effettuato sul polo fiorentino: nel 2019 sono stati 167 (cfr. Fig. 40 (C)). La AUSL SE si caratterizza in un senso quasi diametralmente opposto: il territorio è scarsamente popolato e, togliendo i tre capoluoghi di provincia (Arezzo, Siena, Grosseto), si caratterizza per la presenza di piccoli borghi sparsi, comprendendo anche due zone montane (Casentino e Monte Amiata). Questi elementi socio-geografici incidono in maniera significativa nella gestione dei presidi rispetto alle distanze sia per quanto riguarda l'ambito dell'emergenza-urgenza che nella gestione degli ambiti specialistici e di diagnostica. La AUSL NO, ha una caratterizzazione intermedia per quanto riguarda la popolazione, ed ha nel proprio territorio sia la gestione di zone montane che quella delle Isole. La peculiarità di questa AUSL si riscontra sicuramente nel periodo estivo, ricoprendo essa due terzi della costa toscana e i comuni con il maggiore afflusso. I principali elementi di mobilità si hanno però nelle zone di confine con la Liguria.

Tabella 14 AUSL TOSCANE. DATI STRUTTURALI

	AUSL TC	AUSL NO	AUSL SE
Superficie Territoriale Km ²	5.000	6.586	11.560
Abitanti (in migliaia)	1.620	1.271	838
Densità abitativa (ab per Km ²)	324	193	72,5
Dipendenti	14.000	13000	9.438
Ospedali	13	13	13
Zone Distretto	8	10	13
Società della Salute	7	4	17
Presenza AUO	2	1	1

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Toscana

Mentre i rapporti con le altre Regioni sono definiti annualmente attraverso gli Accordi Interregionali⁸⁶, all'interno della Regione esistono "accordi di confine" che servono a regolamentare alcune situazioni

⁸² Legge regionale n. 84 del 28 dicembre 2015.

⁸³ La AUSL TC riunisce le precedenti aziende dell'area vasta centro Asl 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze, 11 di Empoli.

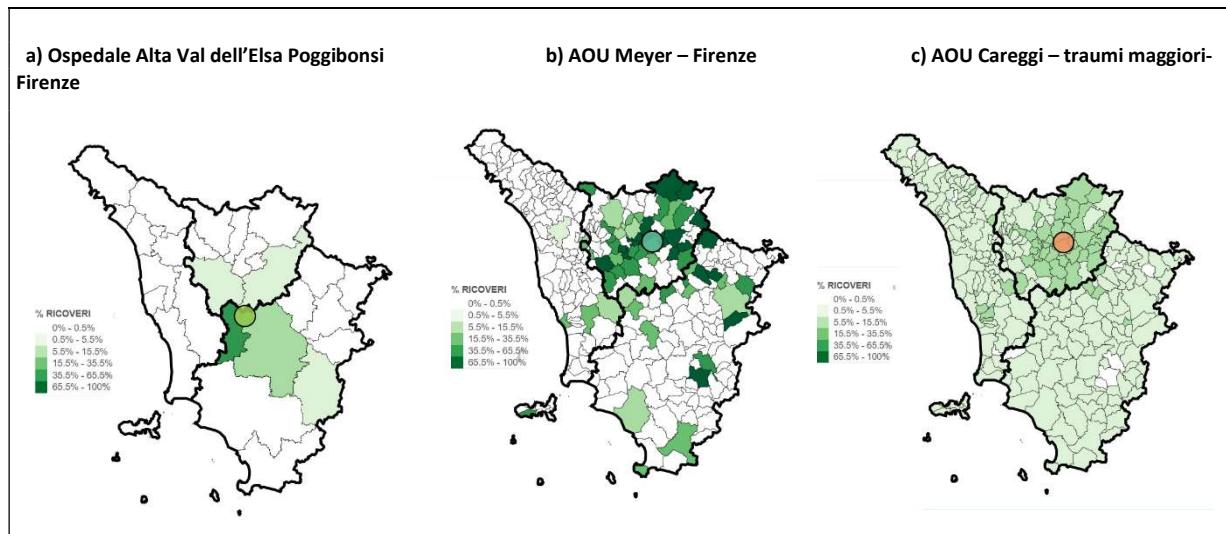
⁸⁴ La AUSL NO riunisce Asl 1 di Massa Carrara, Asl 2 di Lucca, Asl 5 di Pisa, Asl 6 di Livorno, Asl 12 di Viareggio.

⁸⁵ La AUSL SE riunisce le Asl 7 di Siena, 8 di Arezzo, 9 di Grosseto.

⁸⁶ Attualmente è in vigore l'Accordo interregionale del 3 giugno 2021 per ciò che riguarda le compensazioni 2020.

peculiari interne. Una di queste riguarda la zona Empolese e la zona Val d'Elsa e in particolar modo l'ospedale di Campostaggia della Asl Toscana sud est. In questo caso, la prossimità fisica dei comuni dell'Empolese rende più appropriata l'ospedalizzazione nella provincia di Siena anziché nell'area fiorentina.

Figura 40 MAPPA DEL BACINO DI UTENZA 2021 DELL'OSPEDALE DI CAMPOSTAGGIA (A), AOU PEDIATRICO MEYER (B), AOU TRAUMA CENTER REGIONALE (C)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Toscana

In generale è possibile vedere tre tipologie di attrattività (cfr. Tabella 15): la prima è data dalla presenza dei poli ospedaliero-universitari che oltre a registrare un'attrazione nei confronti della popolazione residente fuori dall'area superiore alla media regionale, attraggono un numero rilevante di popolazione residente extra-regione. È questo il dato della zona Fiorentina (11,9% e 9,7%), della zona Pisana (11,68% e 16,23%) e di quella Senese (10,04% e 15,99%).

Tabella 15 ATTRAZIONE OSPEDALIERA FUORI AUSL E FUORI REGIONE PER ZONA-DISTRETTO

Luogo di ricovero	% Residenti fuori area vasta	% Residenti fuori regione
AUSL CENTRO	8,19	8,14
Empolese Valdelsa Valdarno	4,76	2,93
Fiorentina	11,9	9,78
Fiorentina Sud-Est	7,39	11,26
Mugello	0,93	2,66
Pistoiese	1,59	5,11
Pratese	1,92	7,37
Val di Nievole	11,83	2,43
AUSL NORD-OVEST	6,4	9,61
Alta Val di Cecina - Val d'Era	7,54	2,57
Apuane	3,22	13,97
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3,47	2,87

Elba	1,44	8,97
Livornese	1,75	2,76
Lunigiana	0,73	14,54
Piana di Lucca	5,46	4,1
Pisana	11,68	16,23
Valle del Serchio	1,25	1,61
Versilia	2,42	5,39
AUSL SUD-EST	6,35	12,57
Alta val d'Elsa	20,35	2,25
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	3,44	5,03
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	0,72	9,18
Colline dell'Albegna	1,14	8,99
Senese	10,04	15,99
Val di Chiana Aretina	1,54	3,92
Valdarno	9,21	2,96
REGIONE TOSCANA	7,18	9,62

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Toscana

La seconda tipologia di presidi ospedalieri evidenziati ha un'attrattività verso i confini extraregionali, ma non nei confronti delle altre aree vaste. In questo caso più che la presenza di centri ad alta complessità o di rinomata fama, siamo di fronte ad una componente geografica e di prossimità che spinge la popolazione di altre Regioni verso la Toscana (un esempio in questo potrebbe esser l'Ospedale di Sant'Antonio Abate in Lunigiana rispetto al confine con la Liguria).

Infine la terza tipologia di attrattività riguarda quei centri, come abbiamo visto in precedenza che per prossimità attraggono la popolazione residente in altre ASL ma per cui la collocazione geografica interna alla Regione, e la tipologia del presidio, non sono predisposti ad attrarre popolazione extra-regionale (il caso appunto dell'Alta Val d'Elsa).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il tema della mobilità sanitaria porta con sé due elementi ugualmente importanti nel dibattito regionale: il primo è quello più strettamente finanziario, mentre il secondo comprende la sfera dell'equità di accesso alle cure e alla possibilità di scelta del paziente.

Quello che il nostro lavoro ha cercato di mettere in luce è che, da un lato, una mobilità che incide per circa il 5% della spesa ospedaliera (a cui vanno aggiunte la spesa specialistica e quella farmaceutica) ha riverberi significativi sui flussi finanziari tra le regioni, avvantaggiandone e rinforzandone alcune a scapito di altre che, non solo non hanno al tempo attuale un'offerta sufficiente (per volumi o per livelli qualitativi), ma che si trovano depauperate delle risorse aggiuntive che potrebbero sostenere il proprio SSR nello sviluppo futuro.

Tuttavia, per comprendere quanta parte dell'aspetto finanziario influisca sull'equità dell'accesso alle cure è bene poter scindere la mobilità data per sotto-dotazione strutturale e quella che in realtà può essere declinata come una "falsa mobilità". Un primo elemento che appartiene a questa categoria, e che rappresenta il 50% dei flussi ospedalieri, intercetta una mobilità data da prossimità di confine o da

una domiciliazione differente dalla residenza. In questi casi non sarebbe corretto parlare di mobilità e difficilmente potrebbero essere apportati dei correttivi che salvaguardassero le decisioni dei pazienti.

Dall'altro lato, un secondo elemento che cattura tra il 17% e il 22% della mobilità regionale è quello legato agli ospedali di rilievo nazionale⁸⁷. Riguardo a questa fattispecie la scelta da parte del paziente di un certo ospedale potrebbe perfino non risultare una scelta se per competenze, strumentazioni o protocolli l'unica cura disponibile per la sua patologia fosse in una struttura ospedaliera extraregionale. Il caso più evidente è quello degli ospedali pediatrici come l'Ospedale Bambin Gesù di Roma o come il Gaslini di Genova. Non a caso questi due ospedali hanno ottenuto, anche nel recente passato, una dotazione finanziaria direttamente dal bilancio dello Stato. In questo, l'idea che le strutture di rilievo nazionale possano attingere ad un Fondo che non va ad incidere sulla regione di localizzazione potrebbe costituire un elemento di policy da discutere e considerare rispetto ai flussi per la mobilità.

Ciò che invece dovrebbe catturare in maniera sensibile l'attenzione degli interventi di policy regionali è sicuramente la mobilità dettata dall'impossibilità di trovare una risposta sanitaria adeguata nella prossimità più immediata.

Questa parte di "domanda" insoddisfatta è il fulcro della discussione sulla mobilità sanitaria che mette in discussione il principio di equità e che sconta ad oggi due particolari problemi per essere affrontata in maniera sistematica e strutturale. Il primo, evidenziato anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali⁸⁸ è la mancanza di microdati puntuali e aggiornati che permettano di mettere in relazione le prescrizioni (soprattutto in ambito di visite specialistiche e farmaceutico) con le prenotazioni e le reali erogazioni⁸⁹. Il secondo è la necessità di aggiornare il sistema dei LEA che eviti situazioni di difformità tanto palesi quanto quella che abbiamo illustrato nel paragrafo sulla PMA, e che riguarda ovviamente anche altri ambiti.

La risposta alla riorganizzazione della mobilità sanitaria non è un tema di semplice risoluzione ma sembrano emergere sempre più elementi che mirano a riformulare la prospettiva, forse semplicistica, della presenza di regioni performanti e regioni sotto-strutturate. Le tematiche legate all'appropriatezza delle prescrizioni, la trasparenza delle liste di attesa⁹⁰, l'utilizzo e la configurazione del privato convenzionato in rapporto con il pubblico, sono elementi che fino ad ora sono rimasti sullo sfondo della discussione ma che necessiterebbero di dati e approfondimenti volti a sostenere le politiche pubbliche regionali.

⁸⁷ https://agenas.gov.it/images/agenas/mobilita/Presentazione_Randazzo.pdf

⁸⁸ Tema dibattuto durante il Convegno 22 ottobre 2022, <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/atti-eventi>

⁸⁹ Un primo utilizzo del *catchment index*, è stato fatto ad esempio in Toscana dove è già attivo sia l'utilizzo delle ricette elettroniche dematerializzate che l'infrastruttura tecnologica unica del CUP (L. 30.12.2018 art.1 co 510).

⁹⁰ Si veda a tal proposito il lavoro di Hi – Healthcare Insights, Osservatorio Indipendente sull'Accesso alle Cure a opera di Fondazione The Bridge, <https://www.hiosservatorio.it/>.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Dixon, A., Robertson, R., & Bal, R. (2010). The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Health Economics, Policy and Law*, 5(3), 295-317.
- Fleurbaey, M., Schokkaert, E. (2011), Equity in Health and Health Care, in Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire, Pedro P. Barros (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 2, Elsevier.
- Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R., & Smith, L. (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of health services research & policy*, 13(3), 178-184.
- Gimbe (2020), *La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, Report osservatorio 2/2020.
- Lorusso, S. (2022), AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE. RIORGANIZZARE LA RETE DEGLI IRCCS, *Monitor* n. 45, Agenas, https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Agenas_Monitor_45_DOPPIE_Web.pdf.
- Mafrolla, E., & D'amico, E. (2013). Patients' mobility as an indicator for (in) efficiency: a panel data analysis on Italian health care authorities. *Health economics review*, 3(1), 1-13.
- Magee, H., Davis, L. J., & Coulter, A. (2003). Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(7), 338-342.
- Nante, N., Guarducci, G., Lorenzini, C., Messina, G., Carle, F., Carbone, S., & Urbani, A. (2021, September). Inter-Regional Hospital Patients' Mobility in Italy. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 9, p. 1182). MDPI.
- Propper, C., Wilson, D., & Burgess, S. (2006). Extending choice in English health care: the implications of the economic evidence. *Journal of social policy*, 35(4), 537-557.
- Roemer, J.E., Trannoy, A. (2016), Equality of Opportunity: Theory and Measurement, *Journal of Economic Literature*, 54:4, 1288-1332.
- Seghieri, C., Calovi, M., & Ferrè, F. (2018). Proximity and waiting times in choice models for outpatient cardiological visits in Italy. *Plos one*, 13(8), e0203018.
- Sloan, F.A., Hsieh, C.R. (2016), *Health Economics*, MIT Press.
- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC health services research*, 12(1), 1-16.
- Williams, A., Cookson, R. (2000), Equity in Health, in A.J. Culyer e J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, North Holland, p. 1863-1889.
- Williams, J., & Rossiter, A. (2004). Choice: the evidence. *The operation of choice systems in practice: national and international evidence*. London: Social Market Foundation.

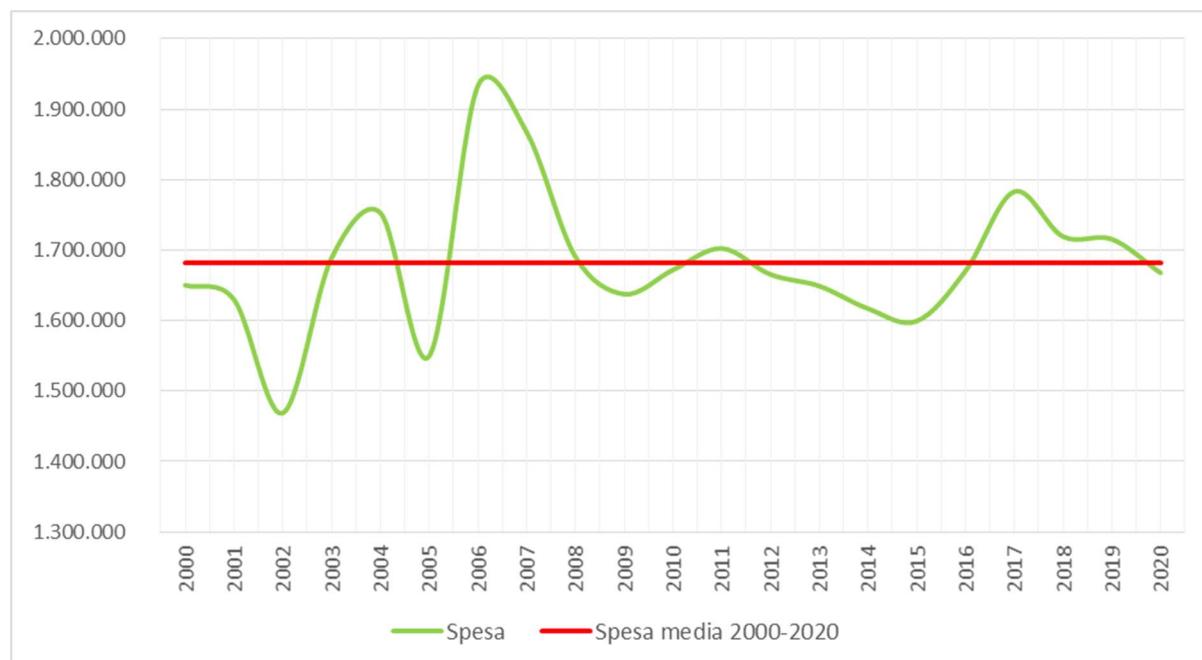
3.4 NUCLEO REGIONALE UMBRIA - LA SPESA NEL SETTORE SANITÀ BASATA SUI DATI CPT IN UMBRIA ALLA LUCE DELL'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO

LA SPESA PRIMARIA NEL SETTORE SANITÀ (Quanto si è speso?)

Nel 2020, in Umbria, la spesa sanitaria del Sistema Pubblico Allargato (SPA) al netto degli interessi e delle partite finanziarie (= spesa primaria nel settore Sanità del SPA) ammonta a 1.763 milioni di euro (l'1,5% del totale nazionale); rispetto al 2019, il valore regionale segna una riduzione del 2,8% in termini reali mentre su base nazionale si registra un incremento (+0,2%). Considerando il periodo 2000-2020, si osserva un andamento della spesa sanitaria, in termini reali, che, seppur oscillante, è tendenzialmente crescente fino al 2007, a cui segue un declino che raggiunge il minimo nel 2015, quindi una nuova ascesa che, però, è limitata al biennio 2016-2017; dal 2018, infatti, si rileva una nuova contrazione che porta il livello della spesa sanitaria al livello del 2012, sotto il valore medio del periodo 2000-2020 (pari a 1.682 milioni di euro in termini reali) (cfr. Figura 41).

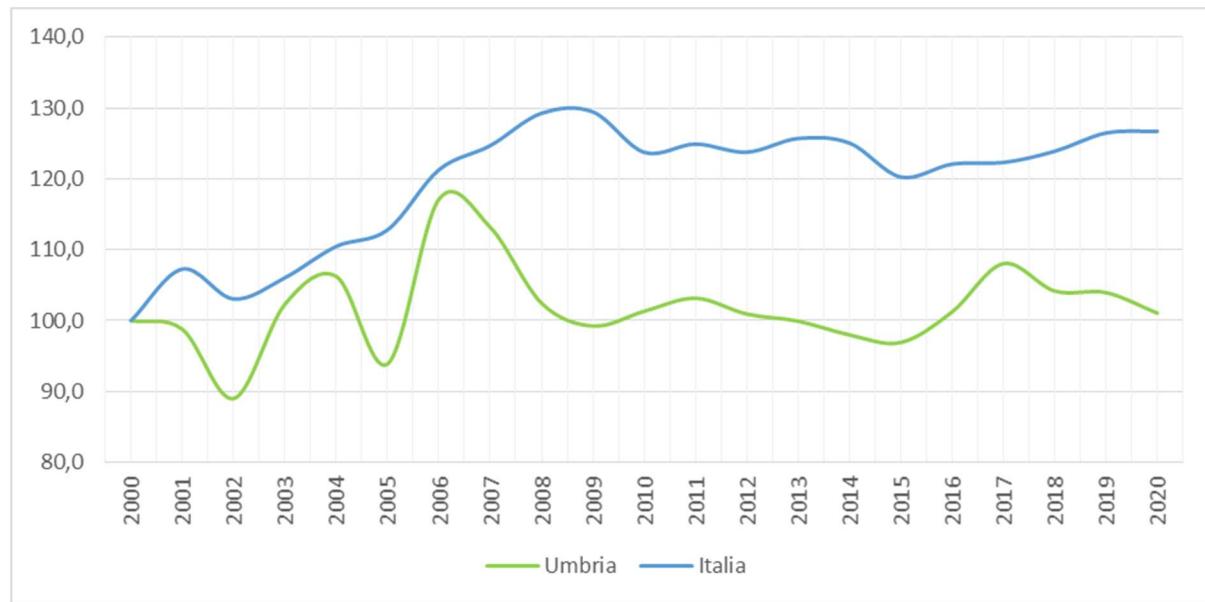
Mettendo a confronto la dinamica della spesa sanitaria in Umbria con quella rilevata mediamente in Italia (cfr. Figura 42 e Figura 43), si osserva un trend dell'aggregato regionale costantemente inferiore a quello nazionale; tale gap si amplia a partire dal 2006. In particolare, nel triennio 2018-2020, quando a fronte della riduzione della spesa in Umbria si registra una crescita nel resto del Paese. In definitiva, dal 2000 al 2020, il valore dell'aggregato umbro cresce (+1,1%, in termini reali) molto meno di quanto verificato a livello nazionale (+26,7%).

Figura 41 UMBRIA: SPESA PRIMARIA DEL SPA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ. ANNI 2000-2020 (migliaia di euro a prezzi 2015)



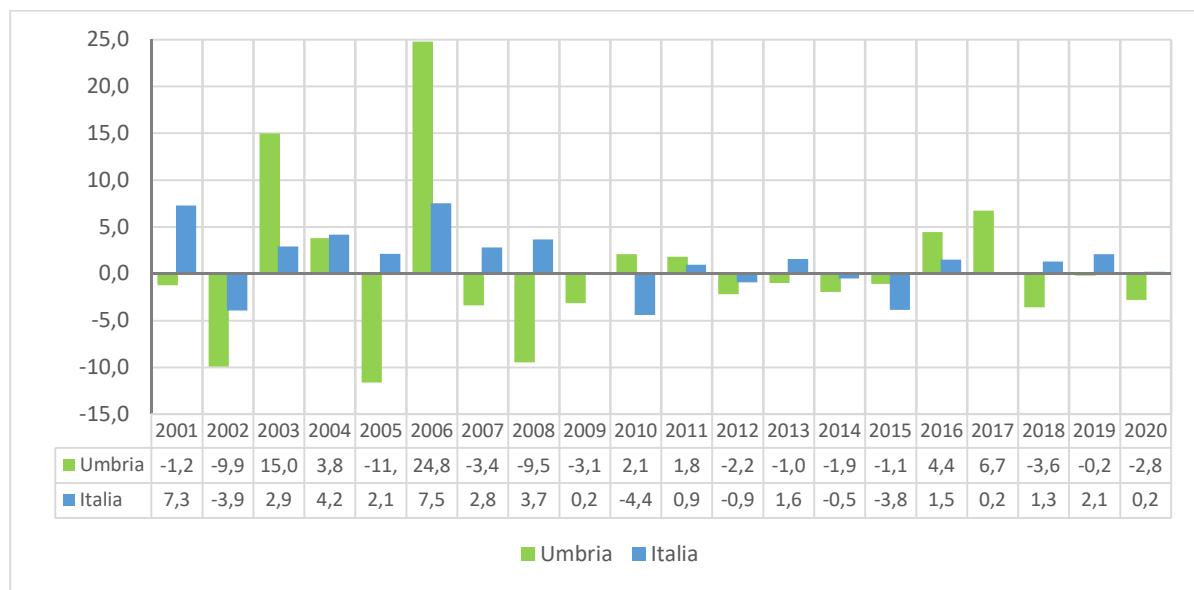
Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

Figura 42 SPESA PRIMARIA DEL SETTORE SPA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ. ANNI 2000-2020 (numeri indici 2000=100 su euro a prezzi 2015)



Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

Figura 43 SPESA PRIMARIA DEL SETTORE SPA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ. ANNI 2000-2020 (variazioni % annue)

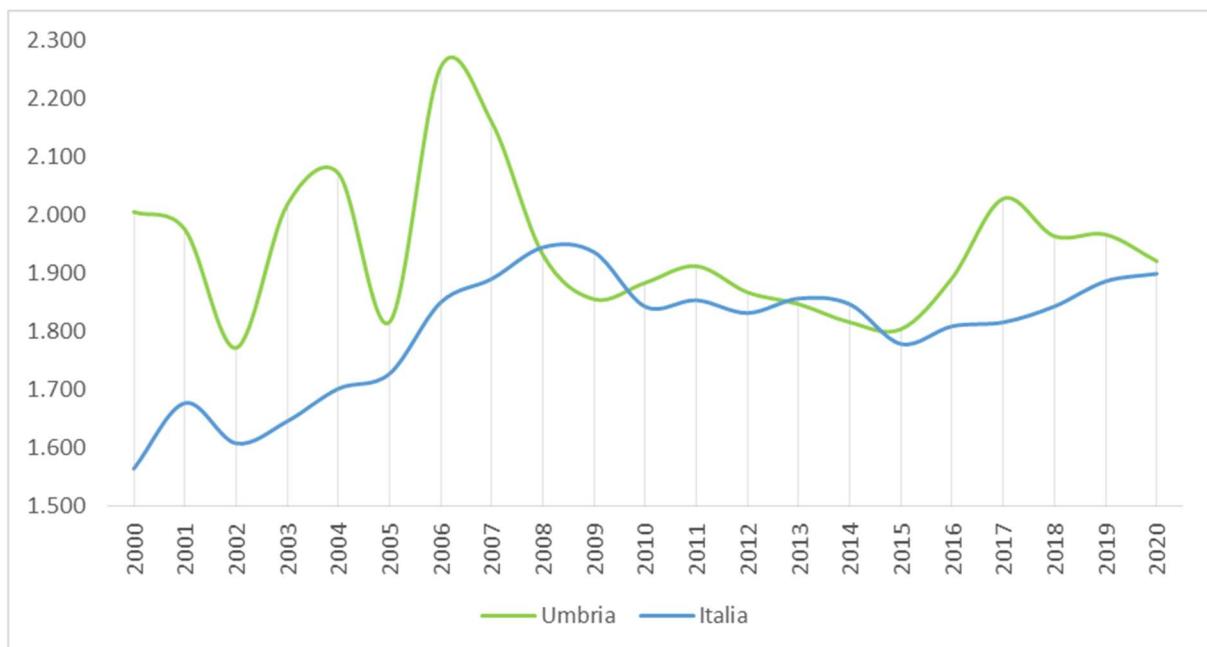


Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

L'analisi dei livelli pro capite di spesa (cfr. Figura 44) ci fornisce un ulteriore elemento che caratterizza la regione: il valore unitario della spesa in Umbria supera costantemente quello osservato a livello nazionale fino al 2007 (periodo pre-crisi); dal 2008 scende sotto tale soglia e, al netto di oscillazioni di entità irrilevante (nel biennio 2010-2012), ci rimane fino al 2015 quando il differenziale torna per la regione nuovamente in positivo, pur restando lontano dai livelli pre-crisi. Nei valori pro-capite, la riduzione della spesa nel triennio 2018-2020, pur incrociando una dinamica demografica di segno negativo (più intensa della media italiana), tende a riallineare il dato umbro con quello nazionale,

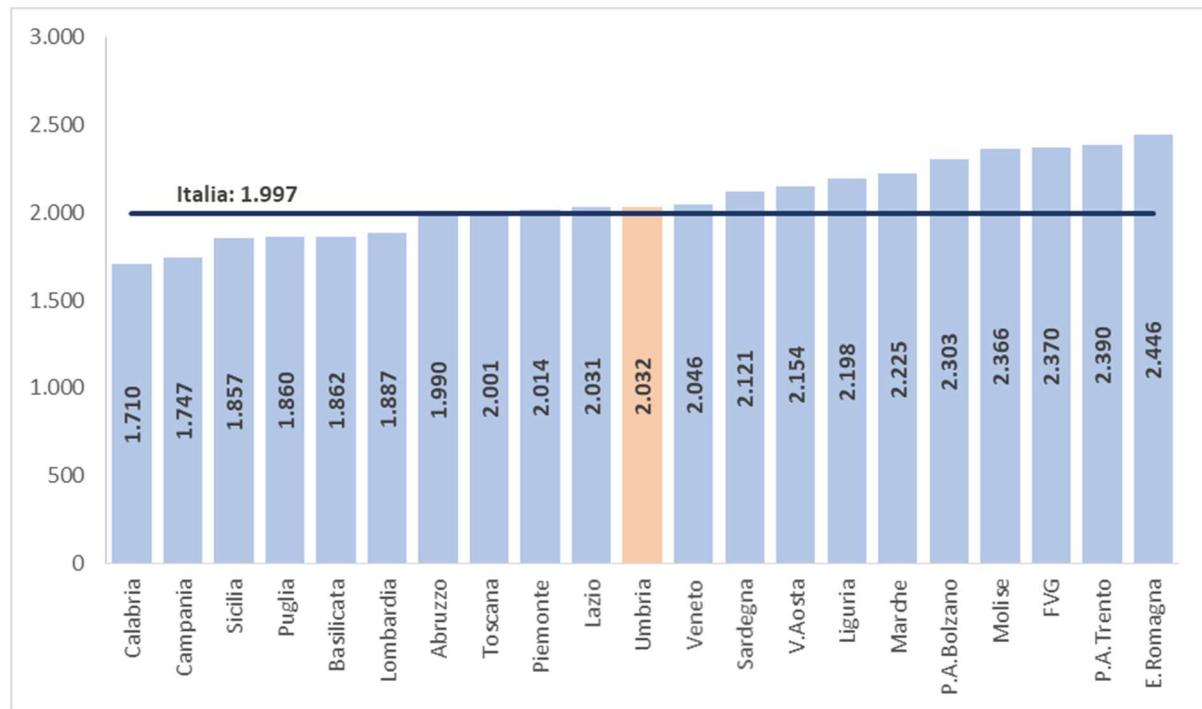
cosicché, nel 2020, il valore della spesa pro capite in Umbria (pari a 2.032€/ab.) risulta di poco superiore a quello medio nazionale (1.997€/ab.). Nella graduatoria delle regioni italiane, ordinate in modo crescente in base ai livelli unitari di spesa, l'Umbria occupa nel 2020 una posizione centrale (cfr. Figura 45) mentre nel 2000 si trovava ai vertici di tale classifica. Tale slittamento si appaia ad un decremento della spesa che, in termini reali, è di 85€ per abitante (-4,2%), in controtendenza con il dato medio italiano (+21,4% ossia +385€/ab.).

Figura 44 SPESA PRIMARIA DEL SETTORE SPA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ. ANNI 2000-2020 (euro pro capite a prezzi 2015)



Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

Figura 45 SPESA PRIMARIA DEL SETTORE SPA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ NELLE REGIONI ITALIANE. ANNO 2020 (euro pro capite a prezzi correnti)

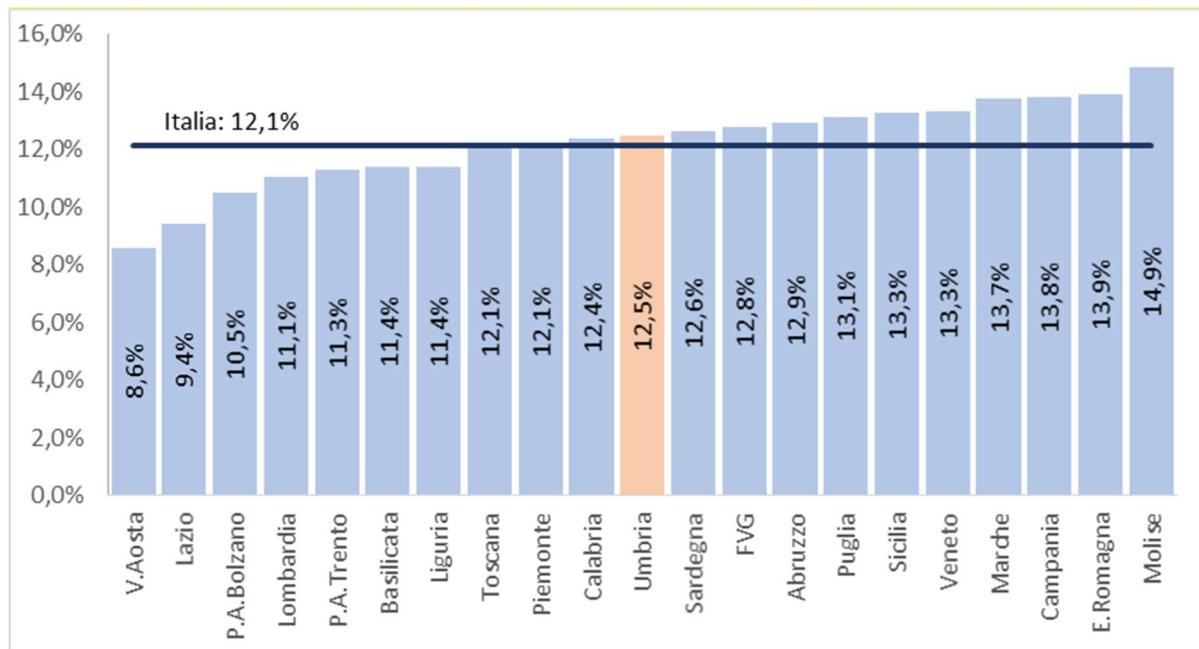


Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

In Italia, al 2020, il Settore Pubblico Allargato ha destinato alla Sanità complessivamente 118.701 milioni di euro correnti, il 12,1% dell'intera spesa pubblica. In Umbria tale valore è pari a 12,5%, risultato di una spesa sanitaria pari a 1.763 milioni di euro su un totale di 14.135 milioni di spesa primaria netta complessiva. Il dato consente di affermare che in Umbria la quota di spesa pubblica dedicata alla Sanità è sostanzialmente in linea con il dato medio nazionale. In un'analisi regionale si passa dal valore massimo del 14,9% detenuto dal Molise all'8,6% della Valle d'Aosta (cfr. Figura 46).

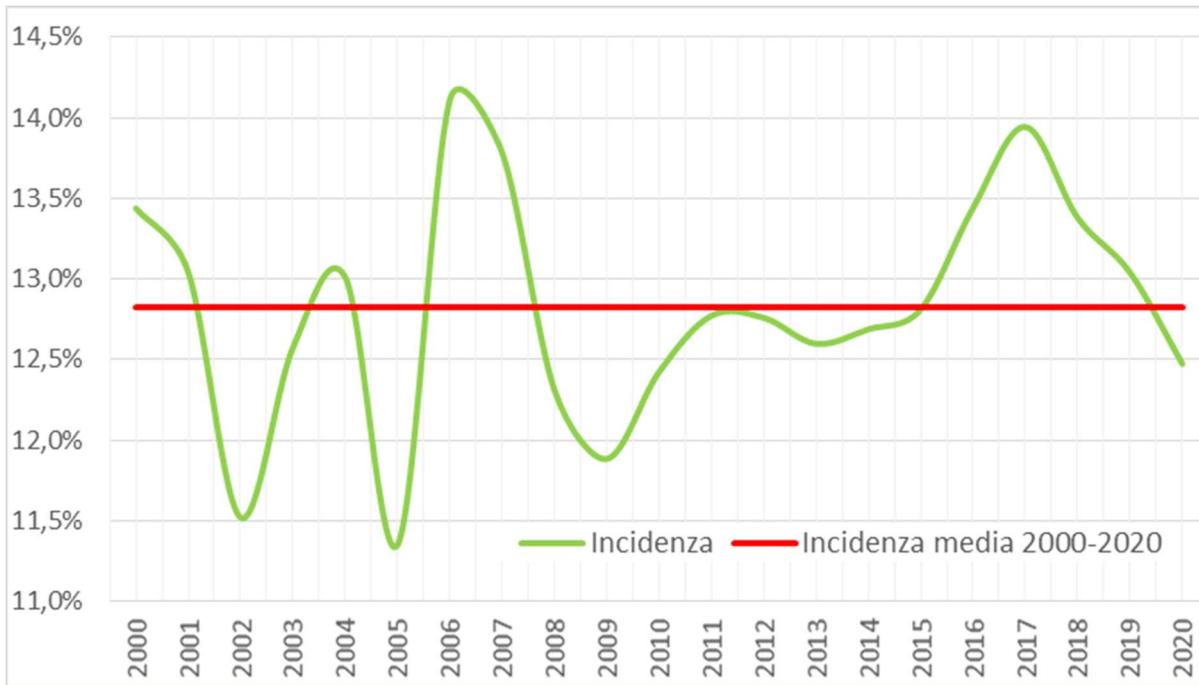
Nel periodo 2000-2020, l'incidenza della spesa pubblica in Sanità su quella complessiva (destinata a tutti i settori) in Umbria è mediamente pari al 12,8%; l'andamento dell'indicatore - analogo a quello della spesa pubblica in Sanità – mostra un campo di variazione che va dal valore minimo del 2005 (11,4%) a quello massimo (14,1%) del 2006.

Figura 46 INCIDENZA DELLA SPESA PRIMARIA DEL SETTORE SPA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ SUL TOTALE DELLA SPESA DI TUTTI I SETTORI NELLE REGIONI ITALIANE. ANNO 2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

Figura 47 UMBRIA: INCIDENZA DELLA SPESA PRIMARIA DEL SETTORE SPA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ SUL TOTALE DELLA SPESA DI TUTTI I SETTORI. ANNI 2000-2020 (valori percentuali)



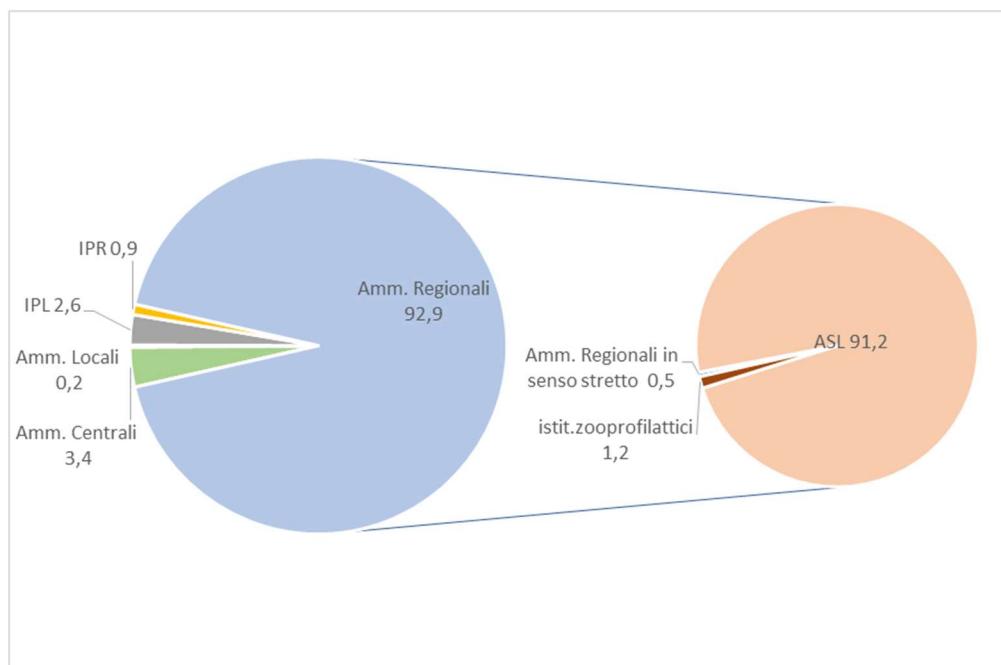
Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

LA SPESA PRIMARIA NEL SETTORE SANITÀ PER SOGGETTI EROGATORI (chi ha speso?)

Dall'analisi della composizione della spesa pubblica per i vari livelli di governo nel settore Sanità (cfr. Figura 48 e Tabella 16) emerge, sia per l'Umbria sia per le altre Regioni, la quasi esclusiva concentrazione della spesa in capo alle Amministrazioni Regionali. Tale evidenza è attribuibile al fatto che la gestione sanitaria è di loro prevalente competenza. Come si può osservare dalla Tabella 16, in media dal 2000 al 2020, il 96,5% delle spese sostenute per la Sanità in Umbria è imputabile alle Amministrazioni Regionali di cui quasi il 97% deriva dalle Aziende Sanitarie Locali (comprese delle Aziende Ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura), che sono quindi responsabili di ben il 93,4% dell'intera spesa pubblica in Sanità. Rispetto al dato medio nazionale, non si rilevano grandi differenze nelle responsabilità di allocazione di risorse pubbliche tra i differenti attori coinvolti, se non una maggiore quota di spesa ascrivibile alle Imprese Pubbliche Locali che in Umbria erogano il 2,4% del totale (contro l'1,5% mediamente rilevato nel complesso delle Regioni italiane).

Nel 2020, si osserva una leggera flessione della spesa effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali e un incremento di quella imputabile alle Amministrazioni Centrali, specificatamente, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri. Tale crescita in Umbria è nettamente superiore a quella rilevata in media in Italia: la quota di spesa attribuibile al governo centrale nella Regione arriva al 3,4% di quella totale mentre vale l'1,7% a livello nazionale⁹¹.

Figura 48 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ PER TIPOLOGIA DI SOGGETTI (e alcuni sottotipi di Enti). ANNO 2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT - Regione Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

⁹¹ Nel 2020, si verifica un investimento, mai osservato in precedenza, di circa 1.632 milioni di euro nel settore sanitario ad opera della Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'acquisto e realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali. Tale investimento che, con ogni probabilità è riferibile alle spese per il controllo/contingentamento/contrasto degli effetti della Pandemia, mostra una ripartizione regionale differenziata: si va da un'attribuzione minima (circa un milione nella Valle D'Aosta) a quella massima (708 milioni nel Lazio) con un valore per l'Umbria decisamente elevato (59 milioni di euro, il 3,4% della spesa totale in sanità) che colloca la Regione al 5° posto nella classifica nazionale (ordinata in modo crescente rispetto all'importo dell'investimento).

Tabella 16 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ PER TIPOLOGIA DI SOGGETTI. UMBRIA e ITALIA. ANNI 2019, 2020 E MEDIA 2000-2020 (valori percentuali)

Tipologia di Soggetti	2019		2020		Media 2000-2020	
	UMBRIA	ITALIA	UMBRIA	ITALIA	UMBRIA	ITALIA
Amministrazioni Centrali	0,0%	0,2%	3,4%	1,7%	0,5%	0,8%
Amministrazioni Locali	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	0,1%
Amministrazioni Regionali	97,6%	97,2%	92,9%	95,6%	96,5%	97,0%
- <i>di cui Aziende Sanitarie Locali</i>	90,1%	90,5%	91,2%	91,5%	93,4%	94,2%
Imprese Pubbliche Locali	1,4%	1,5%	2,6%	1,5%	2,4%	1,5%
Imprese Pubbliche Regionali	0,8%	1,1%	0,9%	1,3%	0,2%	0,6%
Totale complessivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

LA SPESA PRIMARIA NEL SETTORE SANITÀ: LE VOCI DI SPESA (per cosa si è speso?)

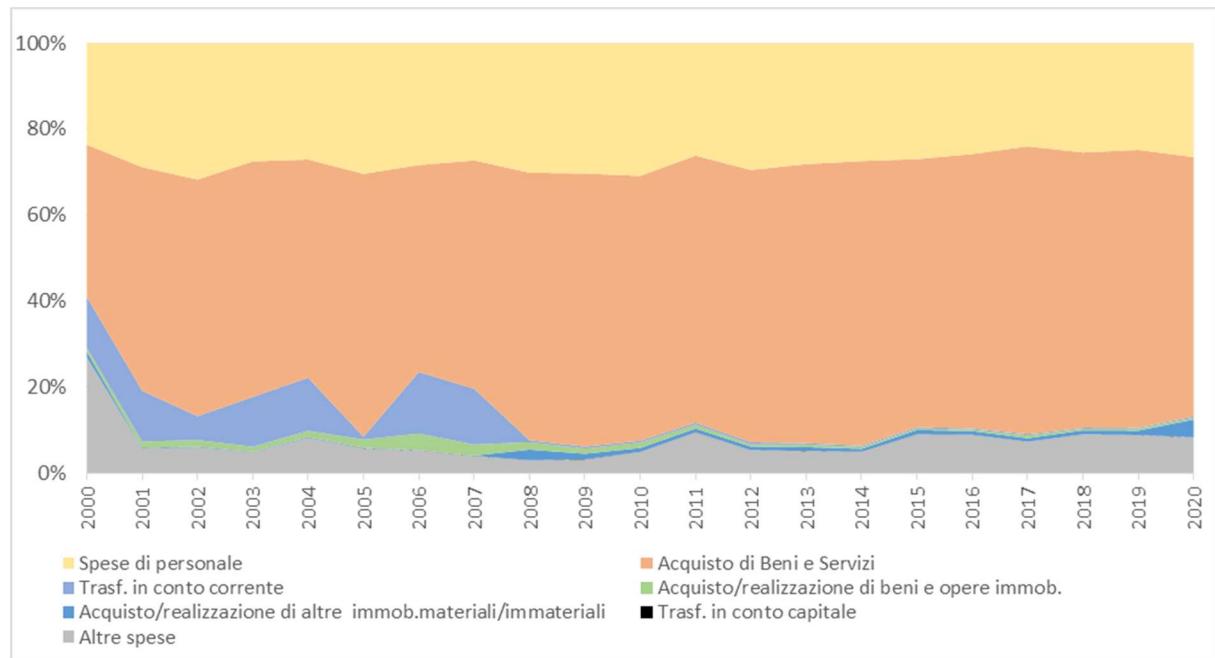
L'esame delle risorse pubbliche destinate al settore Sanità per categoria di spesa ci offre un ulteriore spaccato sulla natura di quest'ultima e la sua destinazione.

Considerando l'intero periodo 2000-2020, consapevoli delle peculiarità "emergenziali" dell'ultimo anno (legate all'evento pandemico), si osserva in Umbria (cfr. Figura 49 e Tabella 17):

- una crescente incidenza della spesa per *acquisto di beni e servizi* che, in aumento soprattutto a partire dal 2008, arriva a rappresentare il 60% della spesa totale (quasi il 66% a livello nazionale) mentre a inizio millennio aveva un peso di poco superiore al 35%;
- un peso delle *spese per il personale* che, nel periodo 2001-2016 (si esclude il 2000 che rappresenta l'anno di minimo assoluto del rapporto in questione), oscilla in un range compreso tra il 26% e il 32%; scende al 24% nel 2017 e, quindi, torna a salire nel 2020 quando rappresenta il 26,5% del totale (23,6% è il valore medio italiano);
- a partire dal 2008, una forte riduzione dei *trasferimenti in conto corrente* a che arrivano a incidere sulla spesa totale per un esiguo 0,3% nel 2020 (0,7% in Italia) quando nel 2000 ne rappresentavano quasi il 12%;
- una sostanziale tendenza al ribasso nella quota parte di spesa destinata a investimenti, sia di *beni e opere immobiliari sia di altre immobilizzazioni materiali e immateriali*, fino a tutto il 2018. Nell'ultimo biennio del periodo considerato torna a crescere la quota destinata ad entrambe le forme di investimento (soprattutto nel 2020 quando l'investimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri in altre immobilizzazioni materiali e immateriali - di cui si è detto – porta a l'incidenza di tale voce di spesa, in Umbria, al 4,1% – 2,4% il dato medio nazionale – il valore massimo del periodo 2000-2020);
- un'incidenza costantemente esigua dei *trasferimenti in conto capitale* che presenta due picchi in corrispondenza del 2009 e del 2020.

Occorre evidenziare che la spesa sanitaria si sostanzia prevalentemente in spesa in conto corrente, che in Umbria, mediamente nel periodo 2000-2020, assorbe il 98% delle risorse destinate al settore (il 97,4% nel complesso delle regioni italiane).

Figura 49 SPA - INCIDENZA DI ALCUNE CATEGORIE DI SPESA SUL TOTALE SPESA IN SANITÀ IN UMBRIA. Anni 2000-2020 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

Tabella 17 SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ PER CATEGORIA DI SPESA. UMBRIA E ITALIA. ANNI 2019, 2020 E MEDIA 2000-2020 (valori percentuali)

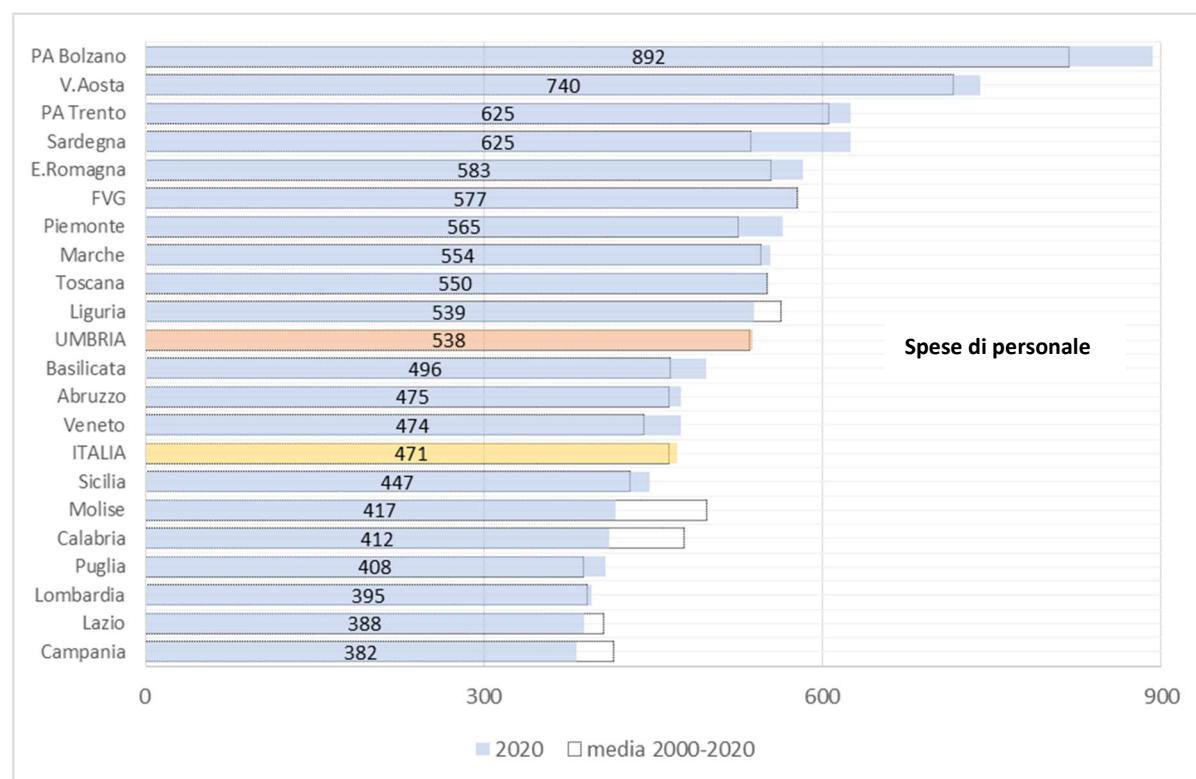
Categoria di spesa	2019		2020		Media 2000-2020	
	UMBRIA	ITALIA	UMBRIA	ITALIA	UMBRIA	ITALIA
Spese di personale	24,8%	22,6%	26,5%	23,6%	27,6%	25,7%
Acquisto di beni e servizi	64,6%	67,9%	60,3%	65,8%	58,8%	64,7%
Trasferimenti in conto corrente	0,2%	0,8%	0,3%	0,7%	4,2%	1,0%
Acquisto e realizzazione di beni e opere immobiliari	0,5%	0,6%	0,4%	0,6%	1,2%	1,6%
Acquisto e realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali	1,0%	0,9%	4,1%	2,4%	0,9%	0,9%
Trasferimenti in conto capitale	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Altre spese	8,9%	7,3%	8,3%	6,9%	7,3%	6,0%
Totale complessivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

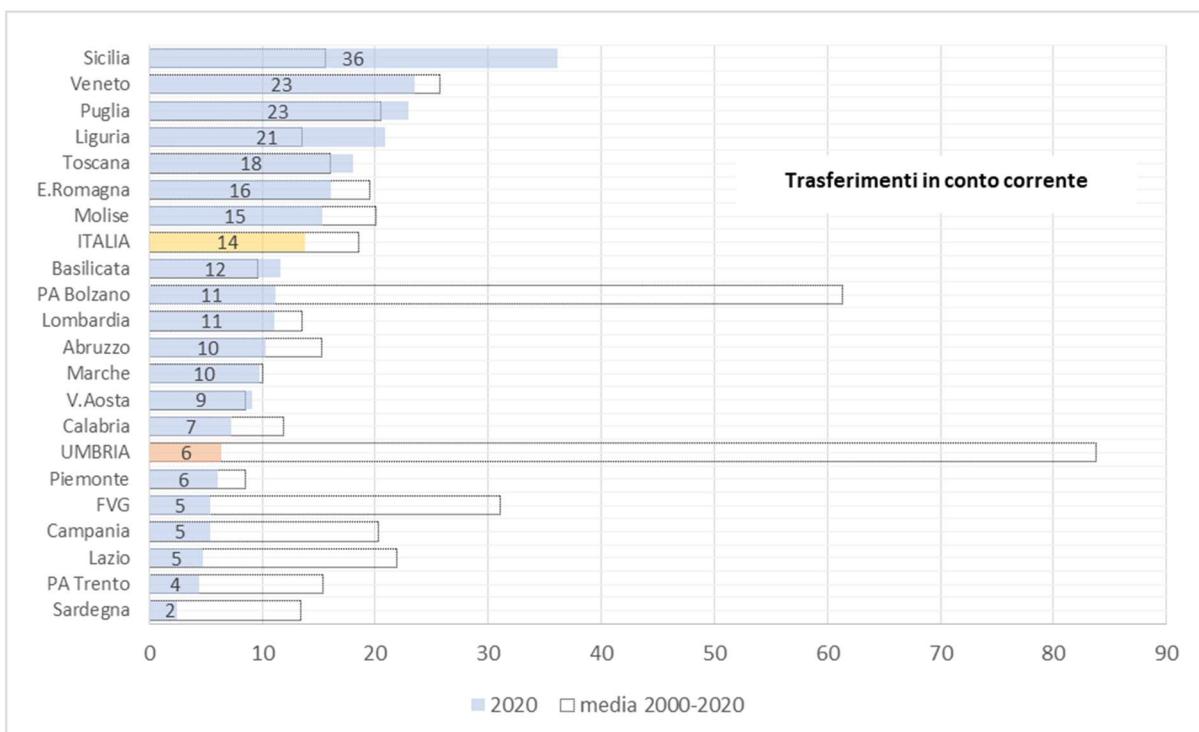
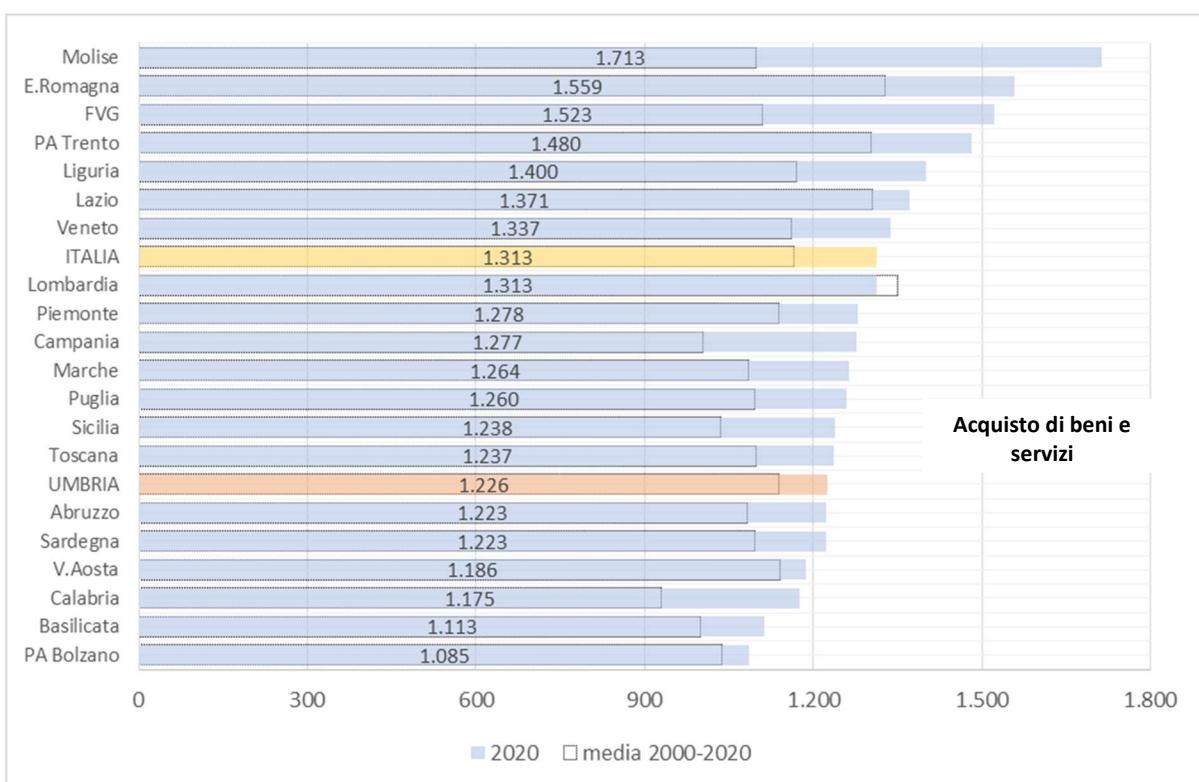
Fonte: Elaborazioni a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

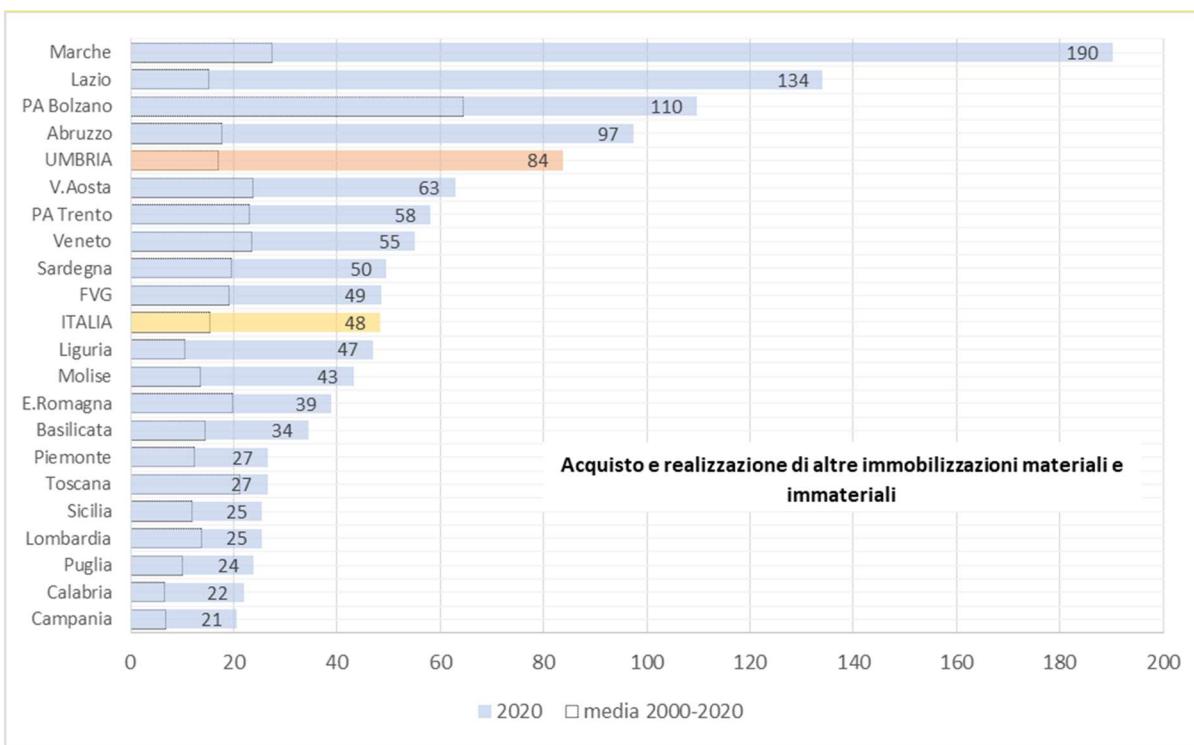
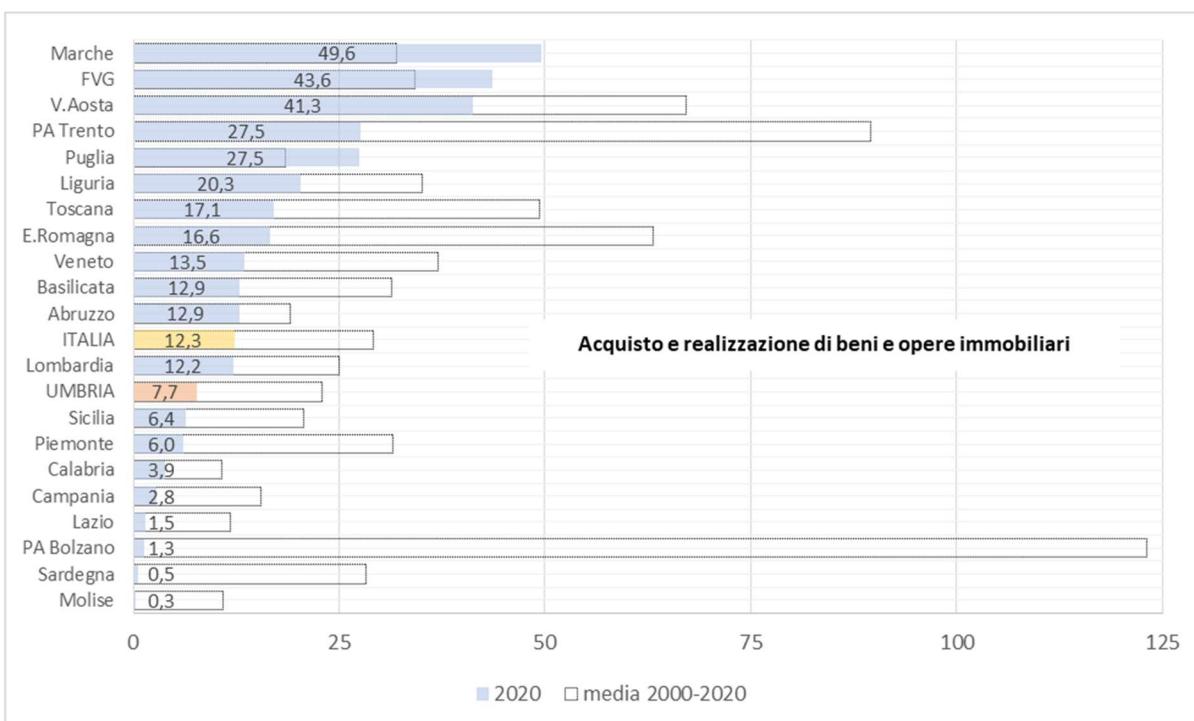
Un approfondimento proprio sui dati dell'anno in cui ha avuto origine la pandemia, in chiave di comparazione regionale, permette di comprendere quanto nei vari contesti territoriali si sia speso per abitante in una piuttosto che in un'altra destinazione allocativa; nei grafici, per un confronto temporale, vengono riportati anche i valori pro capite medi del periodo 2000-2020 (cfr. Figura 50).

Nel 2020, l’Umbria - i cui valori pro capite di spesa oscillano tra il valore massimo (1.226€ correnti pro capite) relativo all’acquisto di beni e servizi e il valore minimo (appena 6€ per abitante) della voce trasferimenti in conto corrente – mostra una spesa unitaria più elevata di quella media nazionale nelle spese per il personale e, in ragione dell’ingente investimento effettuato direttamente dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, per l’acquisto/realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali. Si colloca, invece, sotto la media italiana per i valori di spesa pro capite attinenti all’acquisto di beni e servizi, ai trasferimenti in conto corrente e agli investimenti in beni e opere immobiliari.

Figura 50 SPA – SPESA PRO CAPITE IN SANITÀ PER ALCUNE CATEGORIE DI SPESA NELLE REGIONI ITALIANE. Anno 2020 (valori correnti)* e media 2000-2020 (valori a prezzi 2015).







(*) i valori pro capite riportati nei grafici sono quelli correnti relativi all'anno 2020.

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Sistema Conti Pubblici Territoriali

LA SPESA SANITARIA E L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Il problema della cura della persona e della ricerca di modelli di organizzazione e gestione dei servizi sanitari che sappiano fronteggiare le sfide dei cambiamenti sociali ed economici in atto ha un'evidente importanza nella riflessione sulle scelte di governo del settore pubblico. Tali scelte vanno inserite in un contesto fatto di tradizioni culturali e di orientamenti politici prevalenti, ma è indubbio che il trend degli ultimi decenni, soprattutto nei Paesi più sviluppati, vede una quota crescente della propria spesa pubblica destinata ad assicurare servizi di assistenza sanitaria. In questo scenario, i mutamenti in atto sulla composizione demografica, con il progressivo invecchiamento della popolazione che la parte ricca del mondo – in particolare l'Europa – sta conoscendo, non può che porre nuove sfide da affrontare.

La crescita economica che l'Occidente ha potuto sperimentare dal secondo dopoguerra, i progressi in campo scientifico e tecnologico, il diffuso miglioramento dello stile di vita hanno comportato un generalizzato allungamento delle aspettative di vita. Se a questo si aggiunge la contestuale riduzione del tasso di natalità, è facile capire come il progressivo invecchiamento della popolazione sia un fatto inevitabile, con conseguenze evidenti sulla richiesta di servizi sanitari mirati per gli anziani, oltre che una serie più ampia di problematiche di ordine sociale ed economico (si pensi alle conseguenze sul mercato del lavoro e sulla sostenibilità dei sistemi pensionistici).

La problematica è dunque seria e di estrema attualità. Anche la condizione di emergenza sanitaria, purtroppo ancora in corso nel momento in cui si scrive, dovuta alla diffusione del Covid-19, ha messo in risalto la necessità di ripensare i criteri di definizione delle politiche sanitarie e ha evidenziato la rilevanza della composizione demografica nelle modalità di prevenzione e cura.

Nel proseguito del lavoro si propone di offrire elementi utili per una riflessione su quali criteri potrebbero guidare le scelte manageriali e di policy nella cosiddetta *elderly society*, analizzando, in un primo momento, le dinamiche in atto e prospettive che riguardano gli andamenti demografici regionali, e, successivamente, la correlazione esistente tra variabili demografiche e di spesa pubblica.

LA QUESTIONE DEMOGRAFICA IN UMBRIA: IL CALO E L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Decrescita e invecchiamento della popolazione (inteso come processo di accrescimento della componente anziana della popolazione) sono le principali problematiche del "malessere demografico" italiano. Tali fenomeni - oggi più che mai - sono al centro del dibattito politico per gli evidenti effetti prodotti sul sistema economico e sociale. Infatti, oltre ad incidere sulla sostenibilità dei sistemi sanitari e previdenziali di una data società, la "variabile demografica" co-determina le condizioni strutturali necessarie al suo sviluppo economico. Una popolazione che "decresce" e invecchia precostituisce, per un paese, un destino di sicuro declino: in primo luogo, rende via via più problematico il ricambio delle forze lavoro (sia in termini quantitativi sia qualitativi) incidendo negativamente su capacità produttiva e innovazione; in secondo luogo, implica una mutazione dei bisogni individuali, che si traduce in una ricomposizione dei consumi e di spesa pubblica condizionando in tal modo la domanda aggregata.

Significativa, a tal proposito, la recente dichiarazione di Gian Carlo Blangiardo – presidente dell'Istat – che, in una tavola rotonda al meeting di Rimini (2022), ha affermato: "*Il Pil di oggi è circa sui 1.800 miliardi, nel 2070 avremo qualcosa come 1.200 miliardi, cioè 560 miliardi in meno, ossia un 32% di Pil in meno solo per il cambiamento di carattere demografico*" indicando nella bassa natalità la principale causa dell'erosione della popolazione. Bassa natalità riconducibile certamente alle condizioni di precarietà, di difficoltà e di estrema incertezza delle giovani coppie (che decidono sempre meno frequentemente di aver figli); imputabile anche alle deboli misure di conciliazione e ai servizi per l'infanzia carenti su diversi territori ma anche, e soprattutto, alla mancanza di donne in età fertile: "*In*

Italia – è sempre Blangiardo che parla - , mancano le mamme: nel 2008 c'erano 14 milioni di donne in età produttiva, oggi siamo arrivati a 11,7 milioni, tra dieci anni saranno 10,4 milioni, tra 30 anni saranno 9 milioni”.

La riduzione del numero di potenziali genitori nella popolazione italiana è dunque conseguenza di trasformazioni demografiche che, iniziate 20-30 anni fa, oggi vanno a rafforzare, amplificandolo in ogni generazione, il circolo vizioso: meno nascite ieri → meno donne in età riproduttiva oggi → meno nascite oggi → meno donne in età riproduttiva domani → meno nascite domani... un concetto del tutto simile a quello reso dal demografo Alessandro Rosina nel corso di una TEDxMilano - “*Un figlio nel XXI secolo tra scelta individuale e valore collettivo*” - che spiega come gli squilibri demografici si autoalimentano, vincolando progressivamente ogni nuova generazione verso il basso (trappola demografica).

Il presente Report, ricostruendo serie storiche lunghe dei principali indicatori demografici, vuole fornire una rappresentazione delle trasformazioni che hanno interessato la popolazione umbra che, rispetto al dato medio nazionale, ne amplifica le criticità.

Alle analisi storiche vengono affiancate quelle sulle previsioni demografiche di Istat per il periodo 2022-2070, così da consentire – sulla base delle ipotesi del modello previsionale di Istat – di osservare quel che potrebbe accadere, a condizioni immutate (*ceteris paribus*), alla demografia umbra⁹².

IL CALO DEMOGRAFICO

La lunga serie (1952-2070)⁹³ relativa alla popolazione residente mostra come l’Umbria, dopo un quasi un ventennio di costante calo demografico (-3,8% dal 1956 al 1972), torni a crescere dal 1973 a tutto il 2013. Per 40 anni i residenti umbri aumentano di quasi il 15%, passando da poco più di 776 mila unità del 1973 alle quasi 893 mila del 2013. A partire dal 2014, si assiste invece ad una progressiva e continua erosione della popolazione che, in soli otto anni, perde oltre 33 mila residenti (-3,7%), poco più dei residenti di un comune grande come Gubbio.

La contrazione dei residenti umbri, però, è iniziata prima che in Italia e nelle regioni centrali e sta mostrando esiti più marcati: la popolazione inizia a diminuire a partire dal 2014 (tale processo comincia nel 2015 in Italia e nel 2016 nel Centro), quando i saldi migratori (soprattutto quello dall'estero) – che avevano sostenuto la crescita della popolazione – si contraggono (cfr. Figura 51) e non sono più in grado di compensare il saldo naturale strutturalmente negativo (peggiorato nel corso degli ultimi anni a causa dell’incremento dei decessi dovuti alla pandemia). Dal 2014 al 2022, la popolazione della Regione subisce una contrazione del 3,7%, superiore a quella osservata mediamente in Italia e nel Centro (-2,3% dal 2015 al 2022 e -1,5% dal 2016 al 2022, rispettivamente).

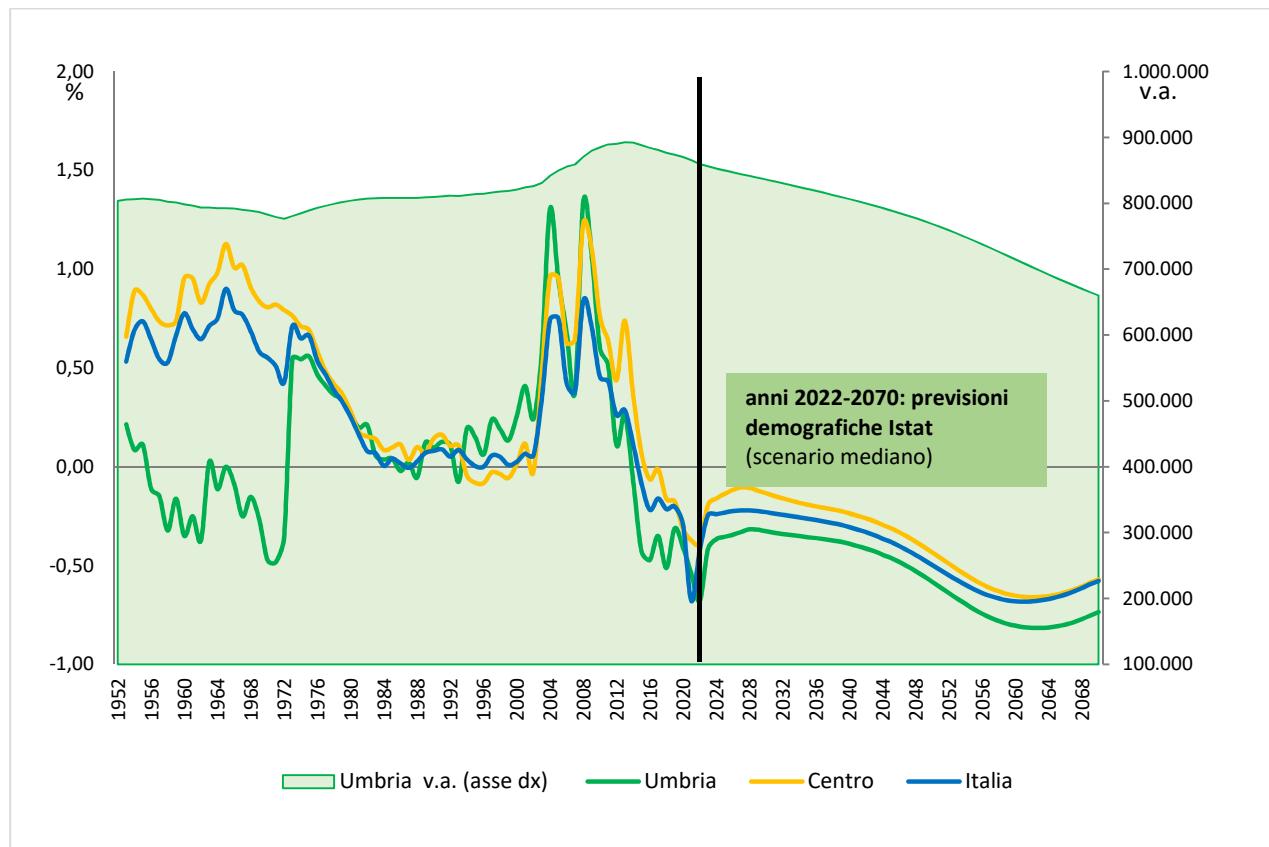
Le previsioni demografiche di Istat, che si spingono fino al 2070, prefigurano un ulteriore impoverimento della popolazione italiana, che continuerà inesorabilmente a scendere. La stima per il 2070 vede la Regione popolata da poco più di 660 mila persone: una diminuzione, rispetto al dato

⁹² Le previsioni demografiche regionali dell’Istat sono costruite con l’obiettivo di rappresentare il possibile andamento futuro della popolazione, sia in termini di numerosità totale sia in termini di struttura per età e sesso. Le informazioni prodotte rappresentano uno strumento importante a supporto delle decisioni nelle politiche economiche e sociali, come quelle relative ai sistemi pensionistici, sanitari, scolastici e abitativi. Le previsioni sono aggiornate periodicamente riformulando le ipotesi evolutive sottostanti la fecondità, la sopravvivenza, i movimenti migratori internazionali e quelli interni (le previsioni utilizzate in questo lavoro sono in base 1° gennaio 2021 – diffuse nell’agosto 2022 – e sostituiscono quelle in base 2020 pubblicate dall’Istat nel novembre 2021). L’approccio metodologico, attorno al quale ruota tutto il modello previsivo, è di tipo semi-probabolistico. La caratteristica fondamentale delle previsioni probabilistiche è quella di considerare l’incertezza associata ai valori previsti, determinando gli intervalli di confidenza delle variabili demografiche e dando la possibilità all’utente di poter scegliere autonomamente il grado di fiducia da assegnare ai risultati (per un maggiore dettaglio del modello previsionale di Istat, si veda “*Previsioni della popolazione residente base 1.1.2021. Nota metodologica*”).

⁹³ I dati sulla popolazione al 01/01/2022 quelli provvisori disponibili sul sito Istat a fine novembre 2022.

attuale, di quasi 200 mila unità (-23%). A mancare all'appello sarebbe una quota di umbri equivalente alla somma degli attuali residenti di Perugia (164mila) e di Spoleto (36mila). L'erosione riguarderebbe anche Centro e Italia che perderebbero rispettivamente - dal 2022 al 2070 - il 17% e il 19% della popolazione.

Figura 51 POPOLAZIONE RESIDENTE. ANNI 1952-2070 (valori assoluti e variazioni % annue)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

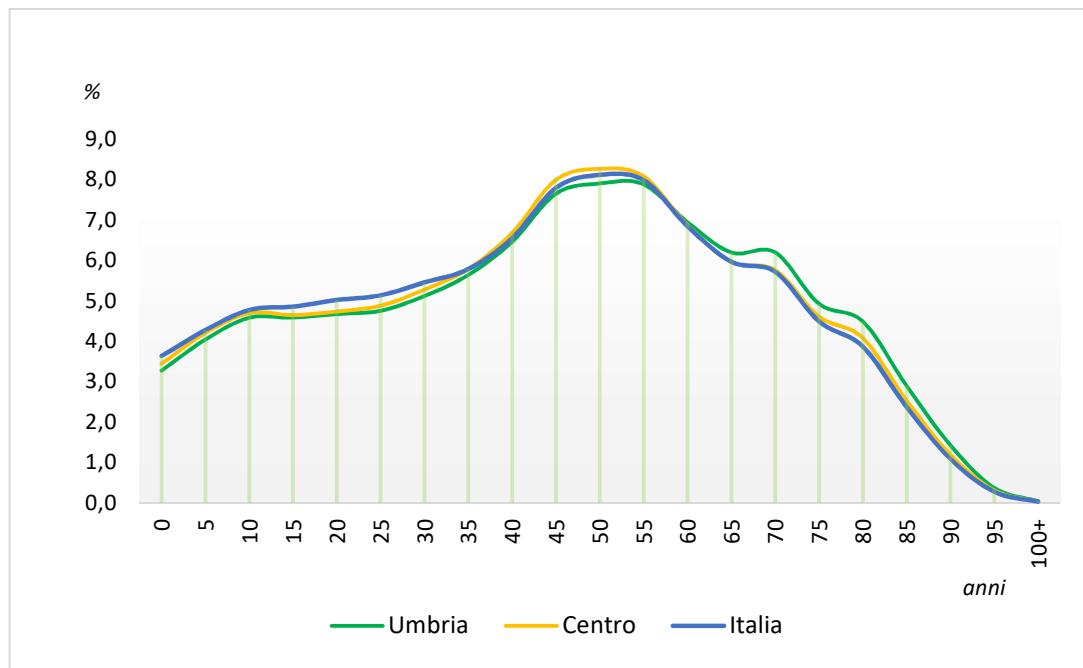
L'altro fenomeno demografico, che caratterizza l'intero Paese e che in Umbria si presenta con caratteristiche più evidenti, è l'invecchiamento della popolazione.

Nel 2022 la Regione Umbria si trova al quinto posto nella classifica delle regioni più vecchie (viene preceduta da Liguria, Sardegna, Molise e Friuli-Venezia Giulia). Il suo indice di vecchiaia è pari a 223,1%: ciò significa che ci sono circa 223 over 65 ogni 100 bambini con età inferiore ai 14 anni, dato che dicono da quello del Centro (198 ogni 100) e dalla media nazionale (188 ogni 100).

La Figura 52 - che rappresenta la struttura per età della popolazione residente nel 2022 in Umbria, nel Centro e in Italia - ci mostra il maggior squilibrio generazionale rispetto alle altre ripartizioni geografiche prese come benchmarking. Se in Umbria i giovani sotto i 25 anni sono quasi il 26% della popolazione residente, gli over 60 rappresentano oltre il 33% (in Italia rispettivamente il 28% e il 31%). Da notare che l'Umbria, analogamente alle regioni del Centro e all'intero Paese, ha da tempo superato il "punto di non ritorno demografico" che, secondo la "legge dell'invecchiamento" del demografo Antonio Golini, si raggiunge quando la percentuale di ultrasessantenni risulta pari o superiore al 30%

del totale della popolazione. Tale soglia critica, che segna l'incapacità di una popolazione di crescere a meno di una massiccia immigrazione, è stata superata in Umbria nel 2011, ben dieci anni prima della media nazionale (le Regioni del Centro hanno superato il punto di non ritorno demografico nel 2019).

Figura 52 STRUTURA PER ETÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE. ANNO 2022 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

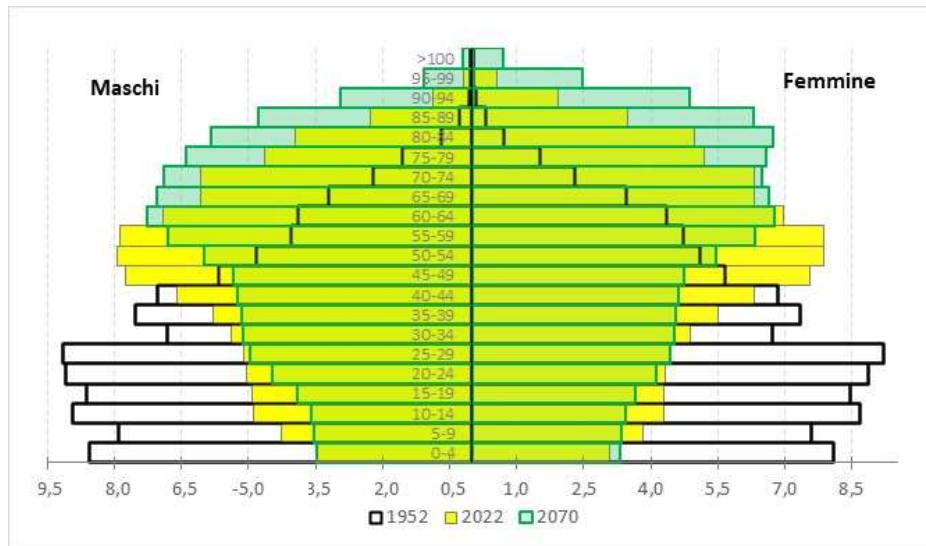
Per fornire un'immagine del cambiamento della struttura per età dei residenti umbri e delle ripartizioni territoriali prese a confronto, si è scelto di rappresentarne la piramide delle età secondo la più classica delle successioni temporali: il passato (anno 1952), il presente (anno 2022) e il futuro (anno 2070). Le Figure 53, 54 e 55 mostrano come, tanto in Umbria quanto nelle aree geografiche benchmark, vi sia – passando dal 1952 al 2070 - una progressiva riduzione della base della piramide (dove si collocano le quote di residenti di età più giovane) e un concomitante incremento di quello che dovrebbe essere il vertice (dove, invece, troviamo la componente più anziana della popolazione) ma che vertice non è più, dato che da tempo la struttura per età della popolazione ha perso l'ideale forma piramidale per assumere quella a “urna” o addirittura a “goccia”⁹⁴.

Volendo spiegare, con un esempio numerico, la trasformazione della struttura per età della popolazione umbra, se nel 1952, i bambini e le bambine umbre tra 0 e 9 anni rappresentavano il 16% della popolazione residente, nel 2022 diventano il 7,3% (con una riduzione di oltre il 51%) e, secondo le previsioni Istat, saranno appena il 6,8% degli umbri nel 2070 (con una ulteriore riduzione, dal 2022

⁹⁴ Le piramidi dell'età della maggior parte dei paesi più sviluppati, come l'Italia, presentano oggi una base più ristretta rispetto alla parte centrale per effetto della denatalità che ha eroso la consistenza quantitativa delle nuove generazioni, mentre la crescente longevità, sta invece producendo una espansione del vertice. La rappresentazione per fasce d'età della popolazione di tali paesi, in effetti, non assume più la tradizionale *forma piramidale* (alto tasso di natalità, un alto tasso di mortalità e una breve aspettativa di vita; questo modello è tipico nei paesi meno sviluppati economicamente) ma piuttosto quella a *urna* (la popolazione diminuisce. La base della piramide può essere anche più stretta del centro - ecco perché forma ad "urna" – e spesso accompagnata da un ampio top costituito dai *baby boomer*. La forma a urna, tipica di molti paesi dell'Europa occidentale, indica un calo del tasso di natalità e un'aspettativa di vita alta) o addirittura a *goccia* (la popolazione diminuisce velocemente. La base della struttura è molto stretta, si allarga al centro e anche la parte superiore appare molto larga. I tassi di natalità sono molto bassi; la speranza di vita è lunga; la popolazione rimane stabile fin quando le immigrazioni compensano i saldi naturali negativi).

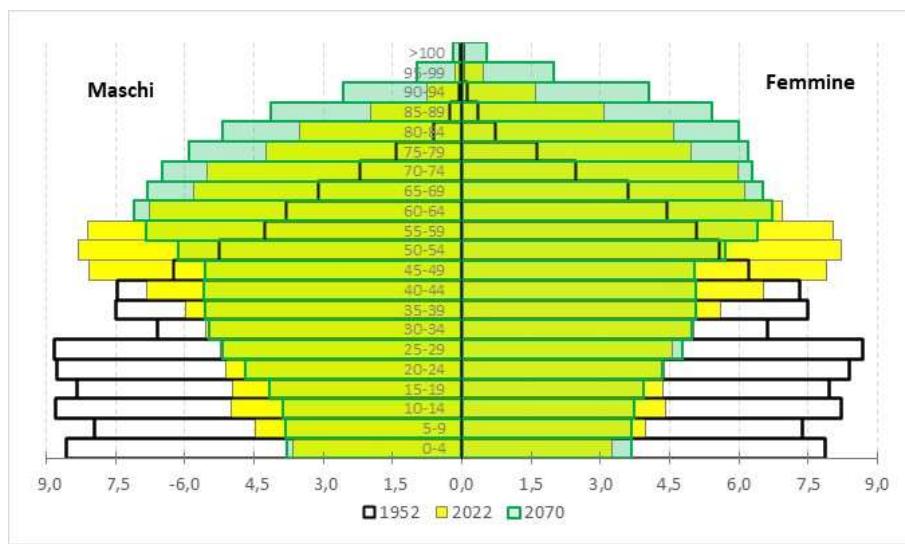
al 2070, del 28,3%); la quota degli umbri ultraottantenni nel 1952 era dell'1,1% del totale dei residenti, oggi è pari al 9,2% e rappresenterà nel 2070 il 17,9%.

Figura 53 UMBRIA: PIRAMIDE DELL'ETÀ 1952, 2022 E 2070 (valori percentuali)



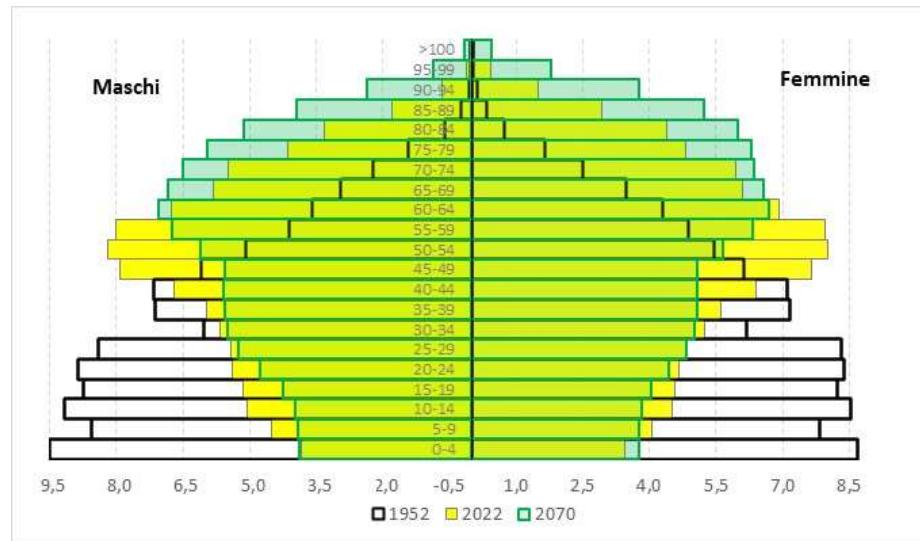
Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

Figura 54 CENTRO: PIRAMIDE DELL'ETÀ 1952, 2022 e 2070 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

Figura 55 ITALIA: PIRAMIDE DELL'ETÀ 1952, 2022 e 2070 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

Dati gli squilibri generazionali appena descritti, l'indice di vecchiaia è destinato ad aumentare: secondo l'Istituto di Statistica, dall'attuale 223,1% nel 2070 si arriverà al 367%, cioè, 367 over 65 ogni 100 bambini con età inferiore ai 14 anni (306% e 294%, le previsioni per Centro e Italia, rispettivamente).

La contrazione dei flussi migratori, di cui si è già detto, ha certamente contribuito all'accelerazione dei fenomeni demografici "critici" in Umbria. La componente straniera dei residenti ha, infatti, una struttura per età e un indice di vecchiaia che denotano una popolazione più giovane rispetto a quella dei residenti di cittadinanza italiana, tuttavia tale contributo non appare decisivo, data l'incidenza che tale componente ha sul totale della popolazione umbra (10,7% nel 2022). Le vere determinanti dei fenomeni demografici oggetto di analisi sono dunque da imputare alla componente italiana dei residenti umbri e sono sostanzialmente riconducibili all'allungamento della vita media e alla scarsa natalità (che compromette il ricambio generazionale).

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

Iniziamo con il considerare in quale maniera l'allungamento della speranza di vita media abbia influito sul tasso di crescita naturale, sulla struttura per età e, quindi, sull'invecchiamento della popolazione umbra. La Figura 57, riproducendo la serie storica (1974-2070, comprensiva, dunque, delle previsioni demografiche di Istat) della speranza di vita alla nascita per le componenti maschile e femminile della popolazione, mostra in maniera evidente che:

- l'aspettativa di vita di uomini e donne in Umbria è da sempre superiore a quella rilevata mediamente nelle regioni del Centro e a livello nazionale (in Umbria si vive di più);
- la componente femminile – tanto in Umbria, quanto alle altre ripartizioni benchmark – ha una speranza di vita più lunga di quella della componente maschile (la differenza era di circa 6 anni nel 1974, è di 5 anni oggi, sarà di circa 4 anni nel 2070);
- l'aumento dell'aspettativa di vita degli umbri, dal 1974 al 2021, è di oltre 9 anni per gli uomini (da 71 anni del 1974 agli 80 del 2021) e di 8 anni per le donne (nello stesso periodo, si passa da 77 a 85 anni); l'incremento verificato in Centro e a livello nazionale è maggiore (i cui valori medi di partenza erano tuttavia più contenuti);

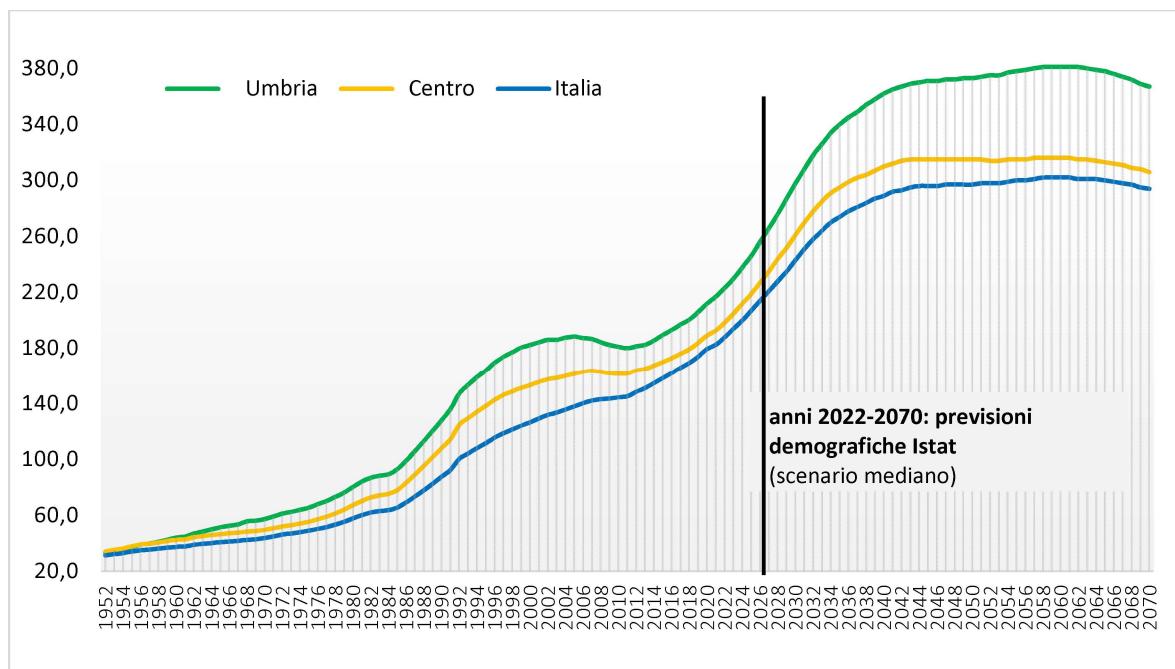
- le previsioni demografiche dell'Istat mostrano un ulteriore incremento dell'aspettativa di vita da qui al 2070: in Umbria, gli uomini potranno arrivare a vivere fino a 87 anni (+7 anni rispetto ad oggi) mentre le donne fino a 91 anni (+6 anni); gli incrementi previsti per Centro e Italia sono, per entrambe le componenti, inferiori di un anno.

Sono soprattutto questi due ultimi punti a condizionare fortemente la dinamica di invecchiamento della popolazione umbra.

Se i progressi della diagnostica e della scienza medica hanno svolto un ruolo essenziale per quel che concerne l'aumento dell'aspettativa di vita, non dobbiamo dimenticare le "criticità sistemiche" di una società sempre più anziana. Le previsioni ci dicono che nei prossimi decenni invecchieremo sempre di più; quindi, la percentuale di persone abili al lavoro (in termini di età) andrà a ridursi sensibilmente e il PIL sarà più basso; l'invecchiamento della popolazione - unito alla riduzione del PIL – modificherà sostanzialmente la domanda aggregata e creerà instabilità nei conti pubblici, specie sotto il profilo della spesa sanitaria e assistenziale.

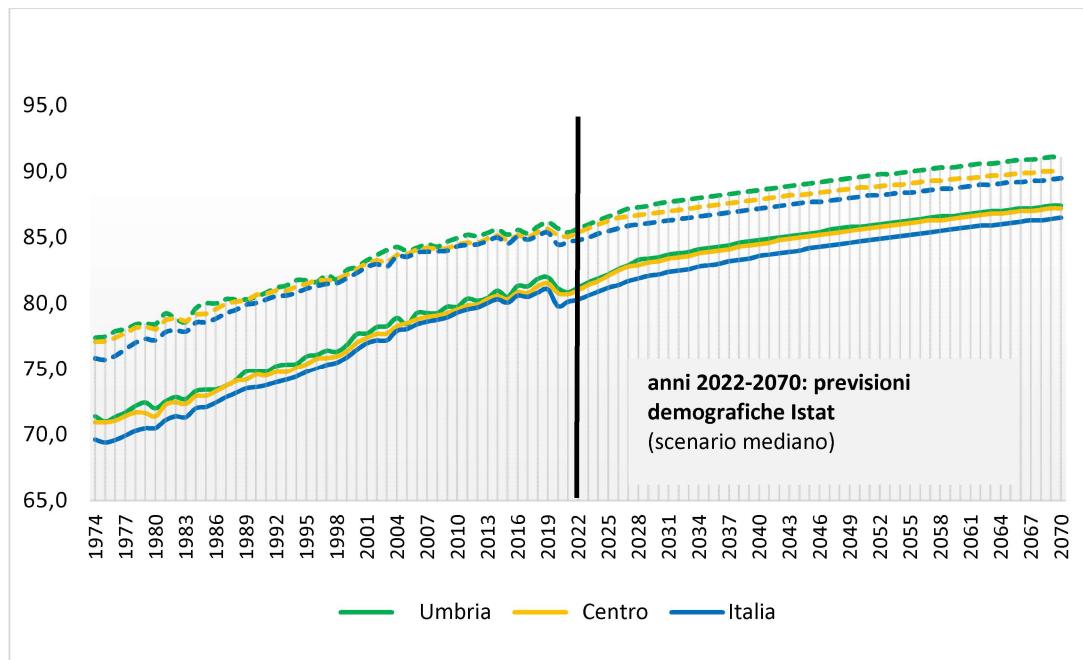
A destare grande preoccupazione non è tanto l'aumentare della speranza di vita media e il conseguente invecchiamento della popolazione ma soprattutto il dato relativo alle future nascite, che non saranno sufficienti a compensare i decessi, destinati ad aumentare, data la maggiore concentrazione della popolazione nelle fasce più anziane.

Figura 56 INDICE DI VECCHIAIA DELLA POPOLAZIONE. ANNI 1952-2070 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

Figura 57 SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO*. ANNI 1974-2070 (anni)



(*) linea continua = maschi; linea tratteggiata = femmine

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

INVECHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E TASSO DI FECONDITÀ

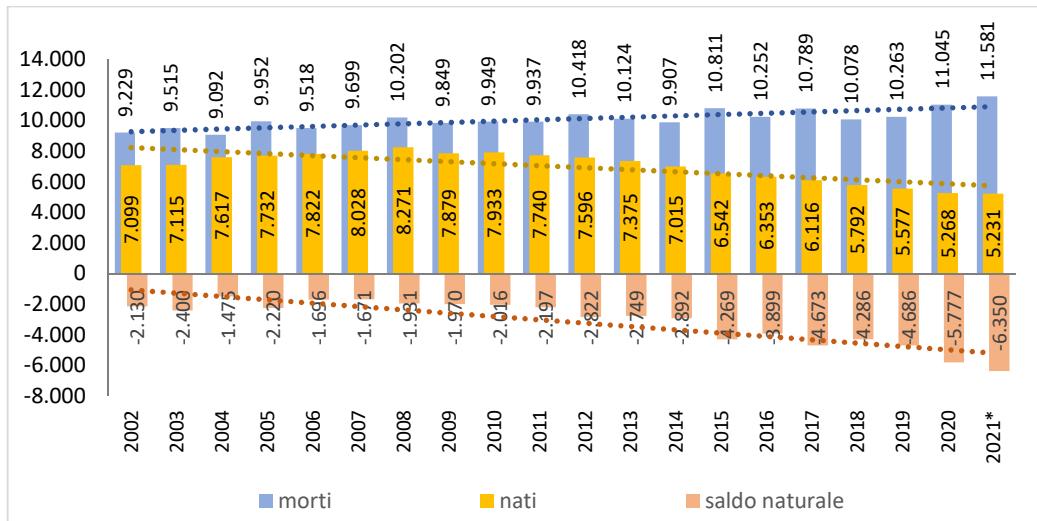
L'invecchiamento della popolazione e il tasso di fecondità sono, dunque, due elementi da analizzare congiuntamente per comprendere appieno le trasformazioni demografiche che oggi destano tanta preoccupazione.

Considerando il valore assoluto di nascite e di decessi nell'ultimo ventennio nella nostra regione (cfr. Figura 58), si evince chiaramente che mentre la tendenza delle prime è sostanzialmente decrescente (si passa dalle 7.099 nascite del 2002 alle 5.231 del 2021; la riduzione è del 26,3%), quella delle seconde è crescente (9.229 decessi nel 2002 contro i 11.581 nel 2021; l'incremento del 25,5% - certamente esacerbato dalle morti per Covid19 - era già rilevabile negli anni antecedenti il 2020 e 2021. Pertanto, il saldo naturale, strutturalmente negativo, continua a decrescere: se l'eccesso dei morti sui nati era pari a 2.130 unità nel 2002, oggi ammonta a 6.350 (quasi tre volte il dato iniziale) e diverrà ancora più negativo nel futuro.

La figura 59, ampliando lo spazio temporale di osservazione - si considera, infatti, il periodo 1952-2070 (che comprende dunque le stime dell'Istat per i prossimi 50 anni) - consente di constatare come il tasso di crescita naturale della popolazione umbra:

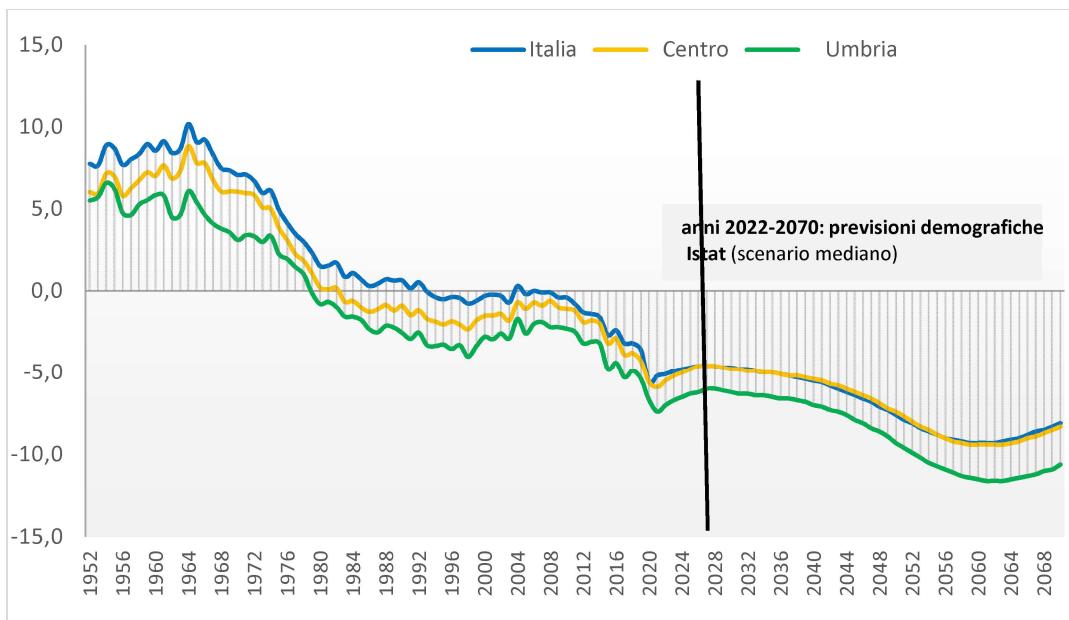
- è costantemente inferiore a quello medio nazionale e delle Regioni del Centro;
- diventa negativo a partire dal 1979 mentre nel Centro e in Italia la discesa sotto lo zero inizia dopo (rispettivamente, nel 1983 e nel 1994);
- è destinato, secondo le previsioni Istat, a ridursi ulteriormente in futuro (più anziani oggi → più decessi domani e contemporaneamente meno nascite oggi → meno nascite domani, per tornare al concetto di "trappola demografica").

Figura 58 UMBRIA: NATI, MORTI E SALDO NATURALE DELLA POPLAZIONE. ANNI 2002-2021 (v.a.)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

Figura 59 TASSO DI CRESCITA NATURALE DELLA POPLAZIONE. ANNI 1952-2070 (valori per mille abitanti)



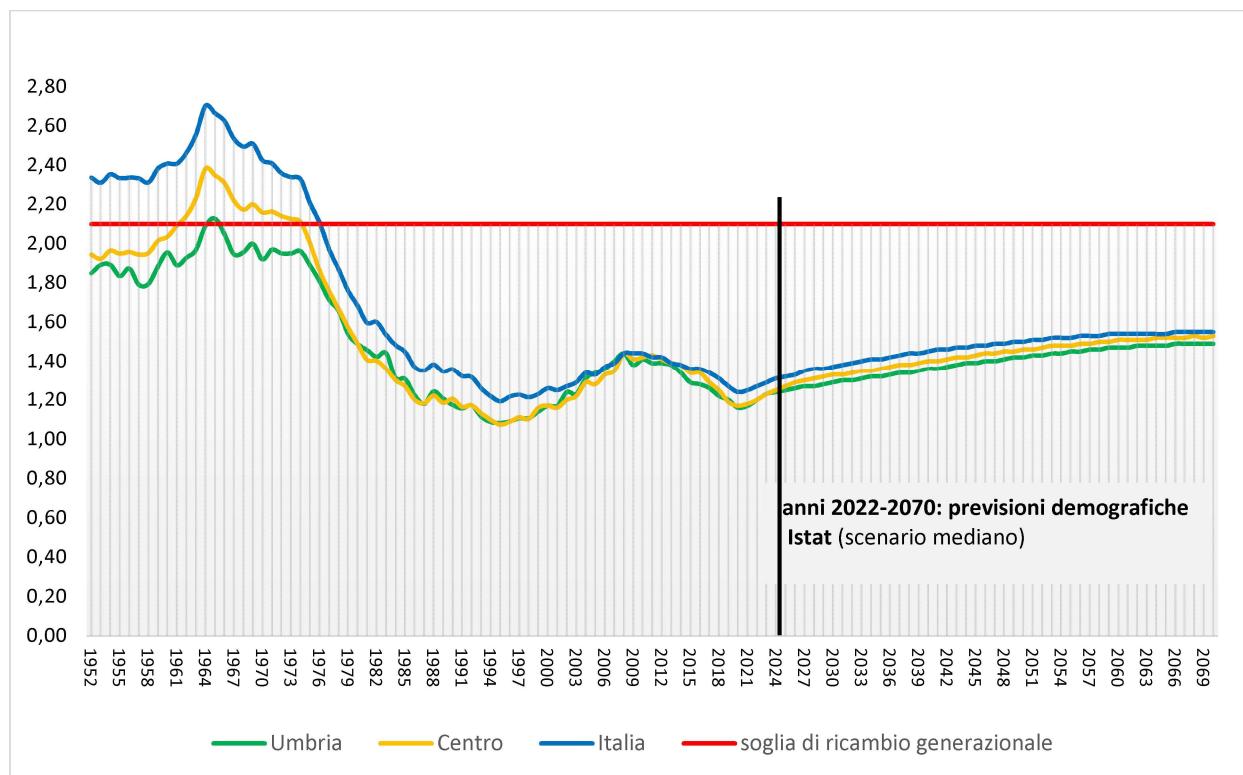
Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

L'altro elemento determinante di alterazione dell'edificio demografico è la riduzione della fecondità. *"Se la longevità fa aggiungere piani al vertice, la diminuzione delle nascite porta a indebolire le fondamenta. Il numero medio di figli era molto alto nel passato. Ancora nei primi decenni dell'Unità d'Italia era pari in media a cinque nati per donna. La fecondità è poi progressivamente diminuita fino a raggiungere un valore pari a due a metà degli anni Settanta del secolo scorso..."* (A. Rosina).

La Figura 60, ricostruendo la serie storica (1952-2070, comprensiva dunque delle previsioni demografiche dell'Istat) del tasso di fecondità totale, mostra che se a livello nazionale il numero medio

di figli per donna scende sotto la soglia di ricambio generazionale⁹⁵ a partire dal 1977, in Umbria risultava inferiore già nel 1952 (solo nel biennio 1964-1965 la Regione supera tale soglia critica). L'indicatore regionale mostra una ripresa all'inizio del nuovo millennio (crescita che tuttavia non è in grado di riportare il tasso di fecondità sopra la soglia che assicura il ricambio generazionale), una nuova contrazione negli anni della pandemia e, secondo le previsioni Istat, pur essendo destinato a risalire, non supererà mai più la soglia critica nel futuro.

Figura 6o TASSO DI FECONDITÀ TOTALE. ANNI 1952-2070 (numero medio di figli per donna)



Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

C'è da dire, infine, che il calo della fecondità ha riguardato anche le donne residenti di cittadinanza straniera che tendono a conformarsi alla media delle italiane (cfr. Figura 61): se nel 2002 il tasso di fecondità delle straniere residenti nella nostra regione era pari a 2,7 figli per donna - sopra la soglia di ricambio generazionale - nel 2020 (ultimo anno per cui si dispone dei dati), il valore si attesta a 1,68 quindi sotto la soglia critica che garantisce detto ricambio.

Il "conformarsi" delle cittadine straniere residenti ai tassi di fecondità delle italiane ha a che fare con una molteplicità di motivi. Può essere imputabile sia all'avvicinamento alle scelte di pianificazione delle famiglie italiane sia alla diffusione di una migrazione femminile orientata alla ricerca di un'occupazione e che quindi viene a confrontarsi – anche in ragione di reti familiari deboli o assenti - con le difficoltà legate alla conciliazione tra lavoro e cura dei figli.

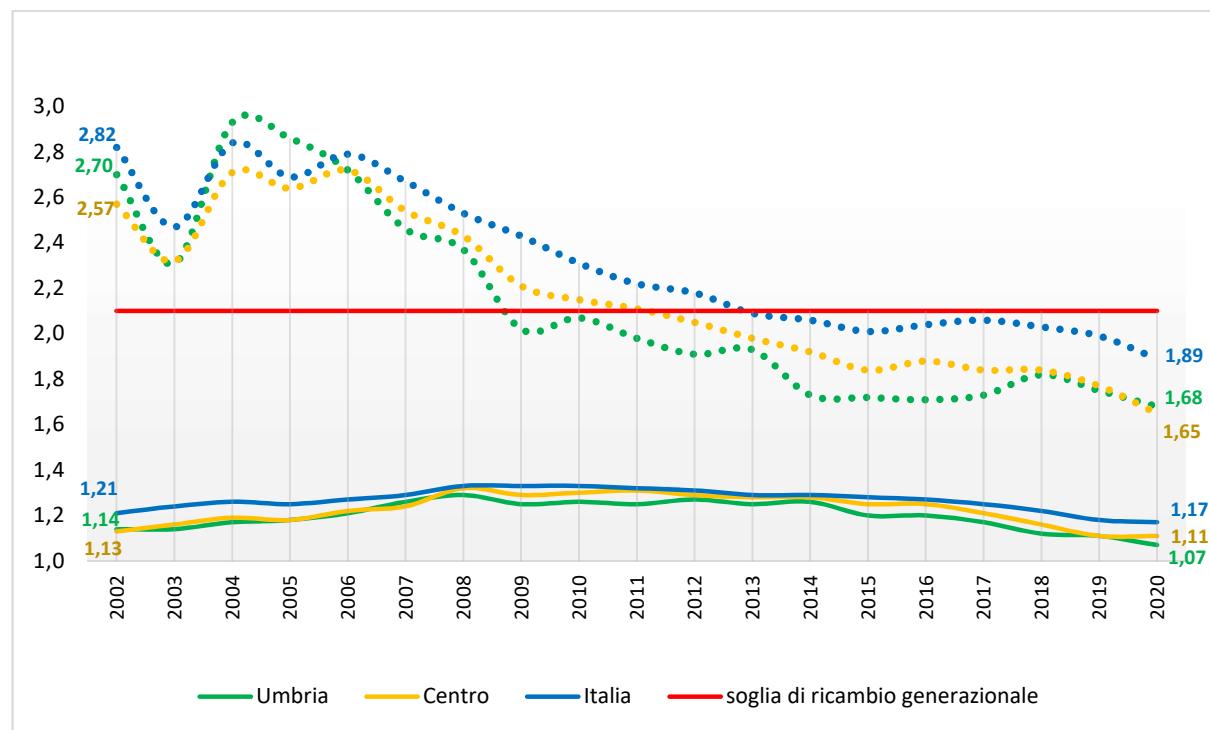
Il legame tra lavoro, reddito e maternità appare determinante: in Italia, nel 2013 il tasso di fecondità delle donne straniere residenti tocca il 2,1 (in Umbria addirittura nel 2009). Poi scende, per restarci,

⁹⁵ La soglia di ricambio generazionale – pari a 2,1 figli per donna - rappresenta un livello neutro di fecondità in grado di assicurare il semplice ricambio generazionale che si ottiene quando il numero delle nascite compensa il numero delle morti annuali.

sotto la soglia di ricambio generazionale. Non a caso, sono gli anni in cui la crisi economica e finanziaria comincia a far sentire effetti decisamente più pronunciati.

Il tema del lavoro, dei redditi e della conciliazione ricongiunge quindi i “destini” di donne italiane e straniere per quel che concerne la decisione di avere figli. La decisione delle nuove generazioni di concepire figli/e si confronta, rispetto alle precedenti, con la maggiore friabilità occupazionale e la difficoltà nel raggiungere buone retribuzioni (se non in una fase tardiva della propria carriera lavorativa). Limitandoci al rapporto tra maternità e lavoro, nel nostro paese il tasso di occupazione nella fascia 20-49 anni per le donne senza figli è (dati 2020, Eurostat) pari al 61,9% (media UE: 76,2%); con uno o più figli scende al 55,2% (media UE: 71,2%). Per gli uomini la situazione si rovescia completamente: il tasso di occupazione degli uomini senza figli è del 71,8% (media UE: 79,1%) mentre con uno o più figli è dell’83,5% (media UE: 89,1%). I dati italiani ci direbbero che la presenza di figli è in relazione negativa con il tasso di occupazione femminile. Con un/una bambino/a che ha meno di 6 anni in Europa lavorano 2 donne su 3, in Italia lavora solo una su 2. Percentuali più basse di quelle italiane si ritrovano solo in Cecia, Slovacchia e Ungheria (un triste primato che apre le grandi questioni dei servizi educativi per l’infanzia e dei congedi, elementi anche questi determinanti ai fini di una possibile inversione del tasso di fecondità).

Figura 61 TASSO DI FECONDITÀ TOTALE PER CITTADINANZA DELLA MADRE*. ANNI 2002-2020 (numero medio di figli per donna)



(*) linea continua = cittadinanza italiana; linea tratteggiata = cittadinanza straniera

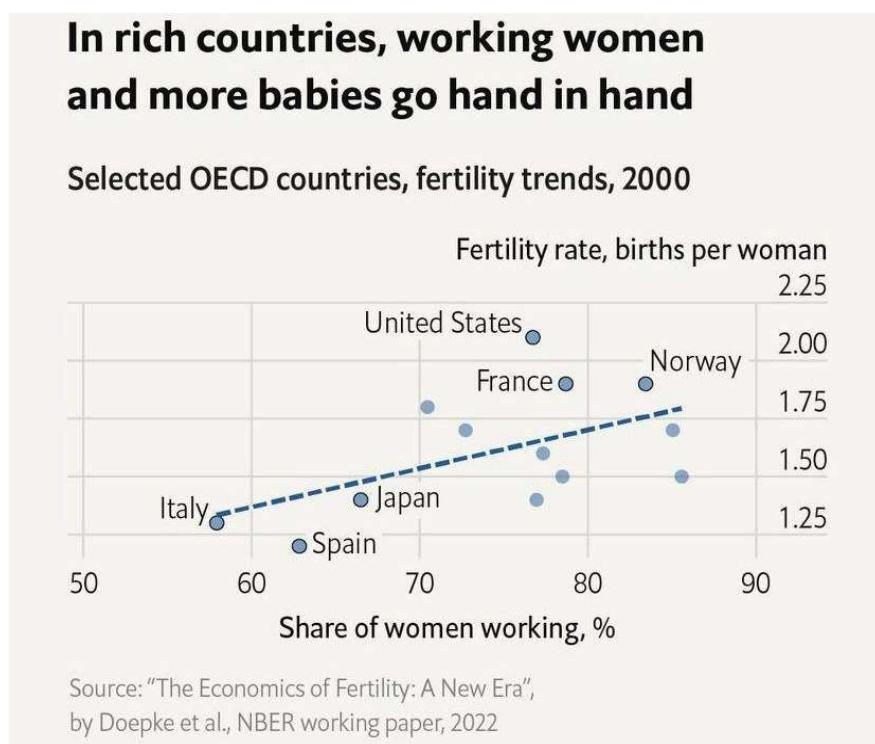
Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati Istat

Un primo elemento per provare a frenare la denatalità è pertanto legato all’aumento dell’occupazione femminile: diversi studi, infatti, dimostrano come all’aumentare della partecipazione delle donne alla forza lavoro si associi un aumento del tasso di fecondità.

Una recente ricerca del National Bureau of Economic Research, *“The economics of fertility: a new era”* (M.Doepke, A. Hannusch, F. Kindermann e M. Terlit, April 2022), mostrerebbe come l’analisi della

fertilità sia entrata in una nuova era. Se, infatti, i modelli tradizionali si basavano sulla validità empirica di due relazioni: la relazione negativa tra fertilità e reddito e quella, sempre negativa, tra fertilità e partecipazione delle donne alla forza lavoro. Oggi, nei Paesi ad alto reddito (i Paesi economicamente sviluppati) tali relazioni vengono meno: la relazione tra reddito e fertilità si è appiattita e in alcuni casi invertita e la relazione tra la partecipazione delle donne alla forza lavoro e la fertilità è ora positiva. Come si può vedere dal grafico, estratto dal paper del *National Bureau* e pubblicato recentemente anche dalla rivista *The Economist*, esisterebbe una correlazione positiva tra il tasso di fertilità e la quota di donne che lavorano che vede l'Italia collocarsi agli ultimi posti tra i Paesi considerati nell'analisi.

La ricerca evidenzia, inoltre, quattro fattori che faciliterebbero la combinazione di carriera lavorativa per le donne e carico familiare: *politiche familiari, padri collaborativi, norme sociali favorevoli e mercati del lavoro flessibili*. È su questi fattori che l'Italia dovrebbe concentrare i propri sforzi per invertire il trend negativo del tasso di fertilità. Soprattutto dovrebbe diventare senso comune e progetto politico il concetto che “*un/una figlio/a non può considerarsi un costo privato a carico della famiglia ma un investimento collettivo sul futuro*” (A. Rosina).



LA SPESA SANITARIA CPT E L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Il nucleo CPT della Regione Umbria già nell'aprile del 2021 aveva dedicato una pubblicazione - “*La spesa sanitaria in Umbria. Un'analisi evolutiva e comparata alla luce dell'invecchiamento demografico*” - all’analisi degli effetti dell’invecchiamento demografico sulla gestione del sistema sanitario e sugli indirizzi delle politiche connesse. Dopo aver esaminato la spesa del settore pubblico allargato in Sanità nel periodo 2000-2018, la pubblicazione forniva una stima della spesa sanitaria per la **popolazione**

anziana⁹⁶, argomentando come la sostenibilità dei modelli di distribuzione esistenti per l’assistenza sanitaria e sociale sia seriamente messa in da quello che viene definito “inverno demografico”.

Il presente focus propone un’analisi delle correlazioni tra la spesa pubblica in Sanità secondo il sistema CPT e gli indicatori demografici che danno conto del fenomeno dell’invecchiamento. Tale analisi si è resa necessaria poiché il database dei Conti Pubblici Territoriali non fornisce l’ammontare delle voci di spesa disaggregate in base alla distribuzione per età dei soggetti beneficiari e pertanto non consente di individuare, in modo deterministico, la parte di spesa pubblica in Sanità riferibile alla popolazione anziana.

L’analisi delle correlazioni ha riguardato la spesa primaria in Umbria del Settore Pubblico Allargato nel periodo 2000-2020 (a prezzi costanti 2015) rispetto a tre indicatori demografici: *l’indice di vecchiaia* (rapporto percentuale tra la popolazione over 65 e quella della fascia 0-14 anni); *l’indice di dipendenza degli anziani* (rapporto percentuale tra la popolazione over 65 e quella della fascia 15-64 anni) e *l’indice di dipendenza strutturale* (rapporto percentuale tra popolazione in età non attiva, 0-14 anni e 65 anni e più, e popolazione in età attiva, 15-64 anni).

Abbiamo iniziato con la verifica dell’esistenza di eventuali correlazioni tra la spesa primaria (totale, corrente e in conto capitale) e gli indicatori demografici scelti e i risultati (cfr. Tabella 18) non sono stati di particolare interesse poiché in nessun caso si evidenzia una correlazione significativa.

Tabella 18 CORRELAZIONE TRA SPESA PRIMARIA AL NETTO DELLE PARTITE FINANZIARIE NEL SETTORE SANITÀ (corrente, in c/capitale e totale) E INDICATORI DEMOGRAFICI. ANNI 2000-2020

		Spesa primaria in conto capitale	Spesa primaria corrente	Spesa primaria totale
Indice di dipendenza strutturale	Correlazione di Pearson	-0,062	0,141	0,121
	Sign. (a due code)	0,791	0,542	0,603
	N	21	21	21
Indice di dipendenza anziani	Correlazione di Pearson	-0,028	0,128	0,115
	Sign. (a due code)	0,904	0,579	0,620
	N	21	21	21
Indice di vecchiaia	Correlazione di Pearson	0,059	0,080	0,086
	Sign. (a due code)	0,800	0,729	0,712
	N	21	21	21

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati CPT e Istat

Si è deciso, quindi, di procedere disaggregando la spesa totale in Sanità nelle sue principali componenti; dunque, si è analizzata la correlazione tra i tre indicatori demografici presi in esame e spese per il personale, acquisto di beni e servizi, trasferimenti in conto corrente, acquisto e realizzazione di opere immobiliari, acquisto e realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali, trasferimenti in conto capitale. I risultati di questo secondo step ci sono apparsi più incoraggianti. Si evidenzia, infatti (cfr. Tabella 19):

- *acquisto di beni e servizi*: una correlazione **positiva, piuttosto alta e significativa**, con l’indice di dipendenza strutturale ($r= 0,78$ e $p < 0,001$) e con l’indice di dipendenza degli anziani ($r= 0,7$ e $p= 0,001$);

⁹⁶ La spesa totale per l’assistenza è stata stimata considerando la spesa in Farmaceutica Territoriale (OsMed 2019), il costo dei ricoveri ospedalieri (SDO 2018), le risorse destinate della specialistica ambulatoriale netta (Rapporto RGS 2019) e della Medicina Generale (dati MEF 2019).

- *trasferimenti in conto corrente*: in questo caso la correlazione, significativa, è **negativa** e assume valori dell'indice di correlazione considerevoli con l'indice di dipendenza strutturale ($r= -0,67$ e $p= 0,001$) e con l'indice di dipendenza degli anziani ($r= -0,59$ e $p= 0,005$);
- correlazioni meno forti e con un livello di significatività inferiore tra *spese di personale* e indice di vecchiaia (correlazione negativa con $r= -0,51$ e $p= 0,019$), tra *acquisto/realizzazione di beni e opere immobiliari* e entrambi gli indici di dipendenza (per entrambi gli indicatori, la correlazione è negativa con valori del tutto simili di $r= -0,49$ e $p= 0,02$), tra *acquisto/realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali* e indice di dipendenza anziani e indice di vecchiaia (i risultati del tutto analoghi mostrano una correlazione positiva con $r= 0,48$ e $p= 0,03$);
- incorrelazione tra *trasferimenti in conto capitale* e ciascun indicatore demografico analizzato.

Tabella 19 CORRELAZIONE TRA LE PRINCIPALI CATEGORIE DI SPESA DEL SPA IN SANITÀ E INDICATORI DEMOGRAFICI. ANNI 2000-2020

		Spese di personale	Acquisto di beni e servizi	Trasferimenti in conto corrente	A/R di beni e opere immobiliari	A/R di altre immob. materiali e immateriali	Trasferimenti in conto capitale
Indice di dipendenza strutturale	Correlazione di Pearson	-0,326	,778**	-,667**	-,491*	0,433	0,370
	Sign. (a due code)	0,149	0,000	0,001	0,024	0,050	0,099
	N	21	21	21	21	21	21
Indice di dipendenza anziani	Correlazione di Pearson	-0,405	,690**	-,594**	-,494*	,476*	0,334
	Sign. (a due code)	0,068	0,001	0,005	0,023	0,029	0,139
	N	21	21	21	21	21	21
Indice di vecchiaia	Correlazione di Pearson	-,509*	0,329	-0,287	-0,394	,476*	0,189
	Sign. (a due code)	0,019	0,145	0,207	0,077	0,029	0,413
	N	21	21	21	21	21	21

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

*La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati CPT e Istat

Per le categorie di spesa che evidenziavano una correlazione bivariata, abbiamo, quindi, eseguito uno studio sulla correlazione parziale (di 1° e 2° grado) considerando come variabili di controllo le componenti della popolazione appartenenti alle fasce d'età 0-14 anni e 15-64 anni in ragione della stretta correlazione esistente tra queste e gli indicatori demografici considerati. Questo secondo step, ci ha consentito di valutare la correlazione esistente tra le varie voci di spesa e gli indicatori demografici scelti al netto della correlazione esistente tra questi ultimi e le due componenti indicate della popolazione residente. Da questa ulteriore scrematura emerge una correlazione che, al netto degli effetti delle componenti 0-14 e 15-64 della popolazione, è (cfr. Tabella 20):

- positiva per acquisto di beni e servizi; per ciascun indicatore, l'indice di correlazione è pari a 0,7 con $p=0,001$;
- positiva per acquisto e realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali; l'indice di correlazione esprime una relazione meno forte e meno significativa, rispetto alla precedente, con un indice di correlazione che varia tra 0,5 (con $p=0,02$) in corrispondenza dell'indice di dipendenza strutturale e 0,6 degli altri due indicatori demografici ($p=0,01$).

Per quanto concerne lo studio della correlazione tra investimenti (acquisto/realizzazione di beni e opere immobiliari e acquisto/realizzazione di altre immobilizzazioni materiali e immateriali) e indicatori demografici, potrebbe essere interessante, in ragione della natura pluriennale delle spese in

conto capitale, replicare in futuro l'analisi proposta nel contributo considerando lag temporali nelle variabili demografiche per verificare un possibile incremento nel la forza e nella significatività della correlazione.

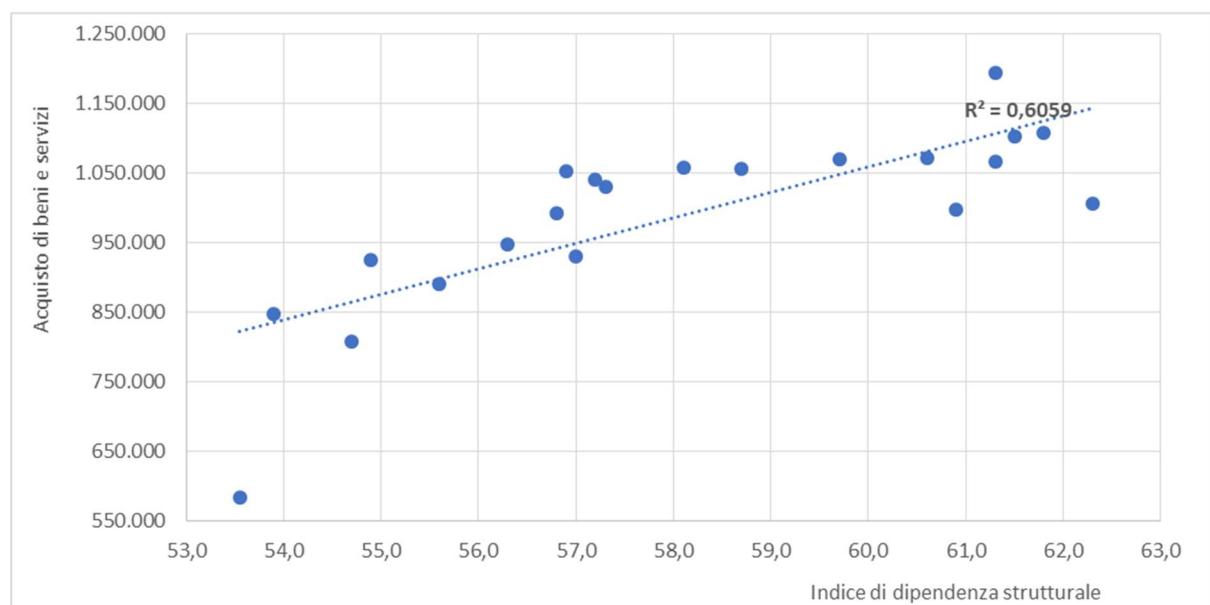
Tabella 20 CORRELAZIONE PARZIALE TRA ACQUISTO DI BENI E SERVIZI, ACQUISTO/REALIZZAZIONE DI ALTRE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI E IMMATERIALI E INDICATORI DEMOGRAFICI. ANNI 2000-2020

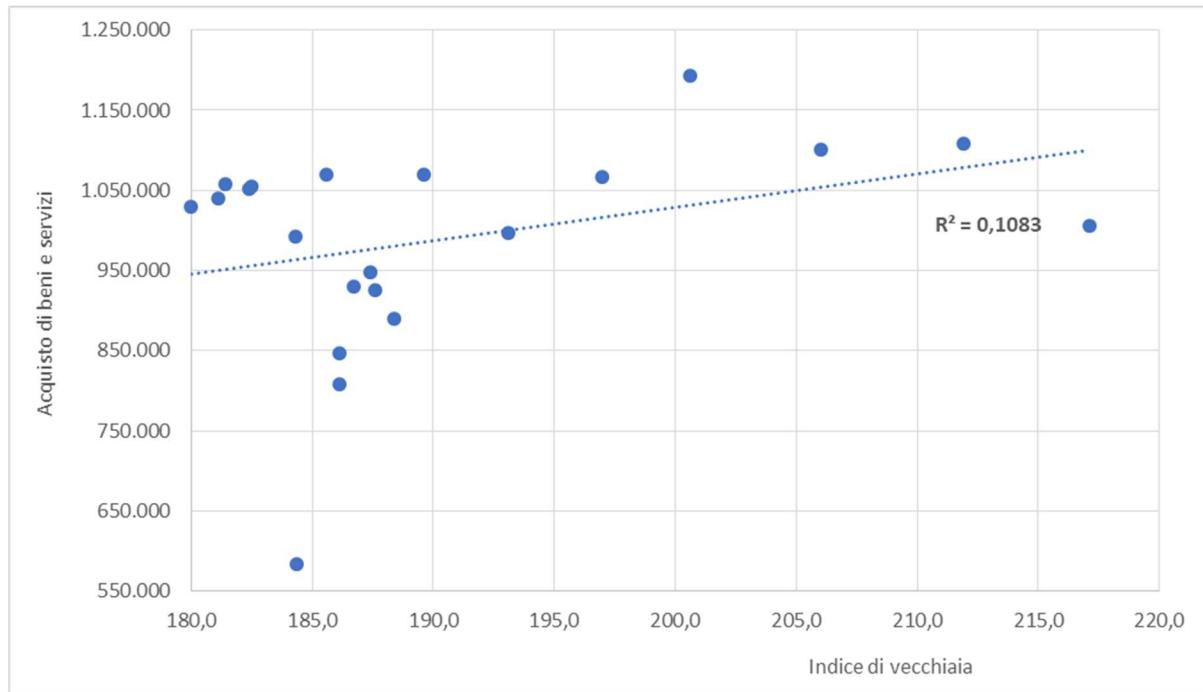
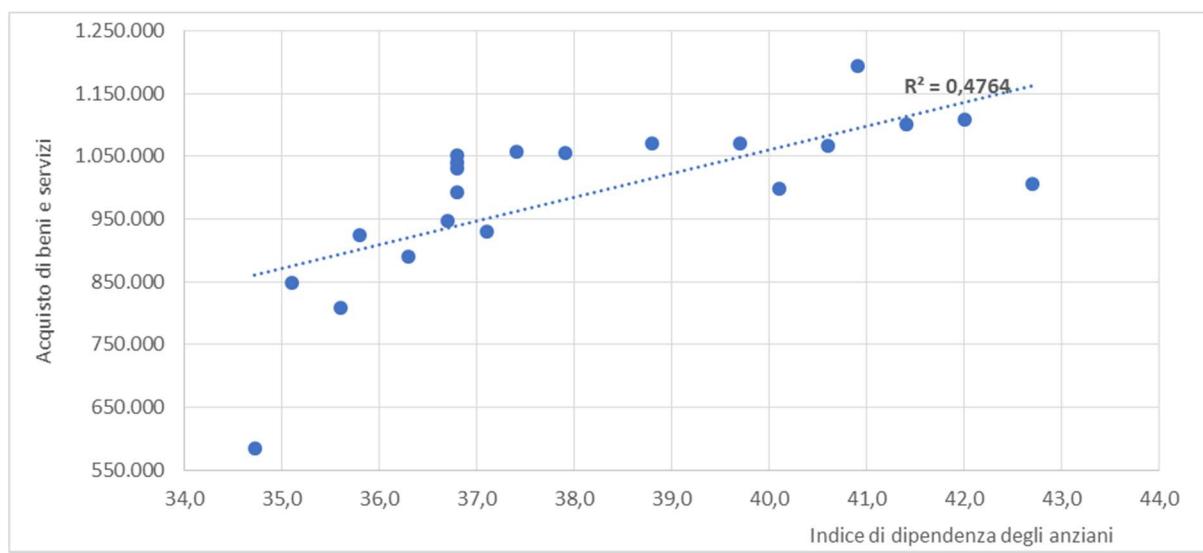
		Acquisto di beni e servizi			A/R di altre immobilizzazioni materiali e immateriali		
		variabili di controllo			variabili di controllo		
		0-14 anni	15-64 anni	(0-14 e 15-64) anni	0-14 anni	15-64 anni	(0-14 e 15-64) anni
Indice di dipendenza strutturale	Correlazione	0,710	0,850	0,701	0,459	0,435	0,547
	Sign. (a due code)	0,000	0,000	0,001	0,042	0,056	0,015
	gl	18	18	17	18	18	17
Indice di dipendenza anziani	Correlazione	0,721	0,861	0,701	0,479	0,472	0,561
	Sign. (a due code)	0,000	0,000	0,001	0,033	0,036	0,013
	gl	18	18	17	18	18	17
Indice di vecchiaia	Correlazione	0,742	0,849	0,689	0,514	0,560	0,566
	Sign. (a due code)	0,000	0,000	0,001	0,020	0,010	0,012
	gl	18	18	17	18	18	17

Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati CPT e Istat

I risultati di tale analisi, corroborate da molteplici studi in materia, ci portano a supporre che possa esistere un legame causale tra spesa corrente per acquisto di beni e servizi e componente anziana della popolazione ma, poiché *“correlation does not imply causation”*, tale relazione dovrebbe essere meglio indagata tramite l'utilizzo di modelli statistici/econometrici più complessi, in grado di individuare possibili nessi causali anche non lineari tra le variabili considerate (cfr. Figura 62) e che, soprattutto, siano in grado di valutare l'apporto di altre variabili presumibilmente esplicative della spesa in Sanità quali ricchezza prodotta dal sistema economico e produttivo (PIL), dati sulla dotazione infrastrutturale, stato generale della salute della popolazione (morbilità), vincoli di bilancio, organizzazione della medicina territoriale, politiche di prevenzione, situazioni ambientali.

Figura 62 SCATTER PLOT: ACQUISTO DI BENI E SERVIZI E INDICATORI DEMOGRAFICI. ANNI 2000-2020





Fonte: Elaborazione a cura del Nucleo CPT Umbria su dati CPT e Istat



Per maggiori informazioni:

www.agenziacoesione.gov.it/sistema-conti-pubblici-territoriali

EUTALIA
studiare sviluppo Pubblicazione realizzata con il supporto di Eutalia Srl