

XXXIX CONFERENZA ITALIANA DI SCIENZE REGIONALI

REGIONALISMO DIFFERENZIATO E SANITA'. LIVELLI DI SPESA, LEA E PERFORMANCE: IL CASO DELLA REGIONE PUGLIA

Roberta GARGANESE¹, Benedetto Giovanni PACIFICO², Iary I.P. GOFFREDO³

SOMMARIO

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, pur contando su un livello di spesa pubblica relativamente basso, continua ad essere, a livello internazionale, uno dei più qualitativamente avanzati. Una delle maggiori criticità osservabili è quella relativa al drammatico divario che caratterizza, nel nostro Paese, la qualità del sistema sanitario nel Centro-Nord e nel Mezzogiorno, divario confermato dai più recenti dati di monitoraggio dei LEA e dal datawarehouse del Programma Nazionale Esiti.

Per il Mezzogiorno, come dimostrato dal paper che si sofferma in particolare sulla situazione della Regione Puglia, il problema principale non pare connesso all'esigenza di ridurre la spesa eliminando gli sprechi, ma è anzi legato all'esigenza di poter beneficiare di un più equo meccanismo di attribuzione delle risorse del Fondo sanitario, per poter sostenere gli investimenti indispensabili per recuperare il gap infrastrutturale con il resto del Paese e per incrementare la qualità dell'offerta, riuscendo così a garantire i LEA, come previsto dalla Costituzione italiana.

¹ IPRES, piazza Garibaldi 13, 70122, Bari, e-mail: roberta.garganese@ipres.it (corresponding author).

² REGIONE PUGLIA, Via Gentile 52, 70126, Bari, e-mail: bg.pacifico@Regione.puglia.it.

³ IPRES, piazza Garibaldi 13, 70122, Bari, e-mail: iary.goffredo@ipres.it.

1. Alcuni indicatori sul Sistema Sanitario italiano nel contesto internazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), caratterizzato per essere un sistema pubblico di carattere universalistico e solidaristico, ispirato a principi di equità di accesso ai servizi sanitari e gratuità delle cure, continua ad essere, a livello internazionale, uno dei più qualitativamente avanzati, come attestato dall'indicatore dell'aspettativa di vita alla nascita (in Italia pari ad 83,4 anni, a fronte di una media europea pari a 81).

Anche l'indicatore relativo all'aspettativa di vita in salute⁴, premia, nel confronto internazionale, il nostro Paese.

Tabella 1 - Aspettativa di vita alla nascita negli Stati dell'Unione Europea (valori in anni). Anno 2016

Paese		Paese	
Svizzera	83,7	Germania	81,0
Spagna	83,5	Danimarca	80,9
Italia	83,4	Repubblica Ceca	79,1
Lussemburgo	82,7	Albania	78,5
Francia	82,7	Croazia	78,2
Cipro	82,7	Turchia	78,1
Malta	82,6	Polonia	78,0
Norvegia	82,5	Estonia	78,0
Svezia	82,4	Slovacchia	77,3
Liechtenstein	82,3	Montenegro	76,5
Islanda	82,2	Ungheria	76,2
Irlanda	81,8	Serbia	75,7
Austria	81,8	Macedonia	75,4
Olanda	81,7	Romania	75,3
Grecia	81,5	Armenia	75,1
Finlandia	81,5	Lituania	74,9
Belgio	81,5	Lettonia	74,9
Portogallo	81,3	Bulgaria	74,9
Slovenia	81,2	Bielorussia	74,2
Regno Unito	81,2	Georgia	72,7
Unione Europea			81,0

Fonte: Eurostat (2018).

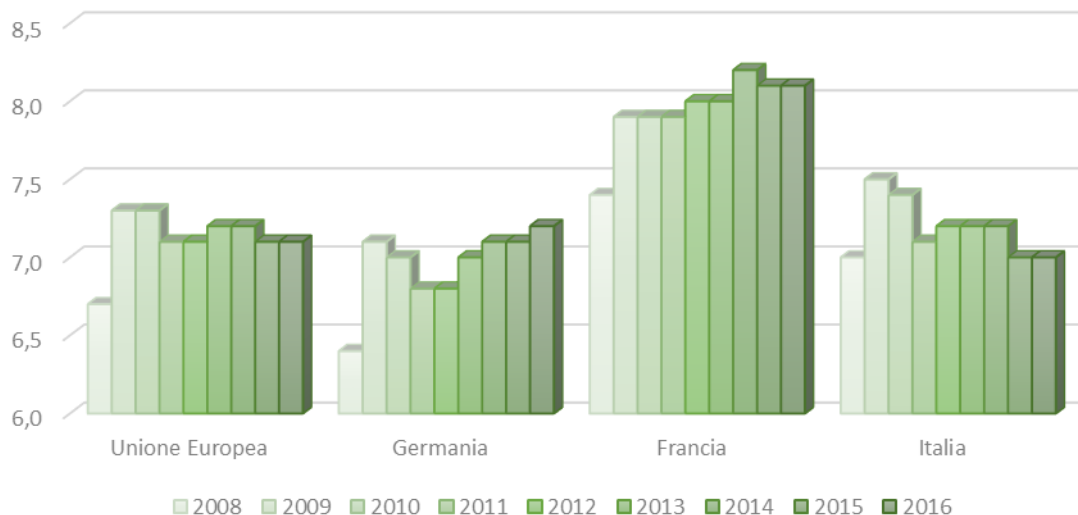
Il sistema italiano è, inoltre, quello che associa, alla più elevata aspettativa di vita in salute, la più bassa spesa pro-capite, con un trend che ha fatto registrare, tra il 2009 e il 2016, una riduzione, in termini reali, delle risorse destinate alla sanità di 3 decimi di punto l'anno. La stessa dinamica decrescente ha interessato in media l'Unione Europea, mentre un andamento opposto hanno fatto registrare Paesi come la Germania e la Francia.

La spesa pubblica sanitaria rappresenta il 7 per cento del Pil italiano nel 2016, un dato simile a quello medio dell'Unione Europea (7,1 per cento) ed a quello della Germania (7,2 per cento), ma significativamente più basso di quello della Francia (8,1 per cento) e del Regno Unito (7,6 per cento).

⁴ L'aspettativa di vita è probabilmente meno influenzata da fattori ambientali e genetici ma è anche vero che molte patologie da fattori di rischio ambientali sono croniche, e quindi interferiscono con la speranza di vita in salute (si pensi alle patologie tumorali). Inoltre, alcuni fattori di rischio agiscono su soggetti cronici, vulnerabili, accelerando esiti negativi.

Da sottolineare, inoltre, come, nel nostro Paese, tre quarti della spesa sanitaria siano finanziati con risorse pubbliche, dato inferiore a quello della media UE e dei principali Paesi (Germania 82,9 per cento, Francia 78,8 per cento) ma superiore a quello della Spagna (70,6 per cento).

Figura 1 - Spesa pubblica sanitaria in alcuni Stati dell'Unione europea (in percentuale rispetto al PIL). Anni 2008-2016

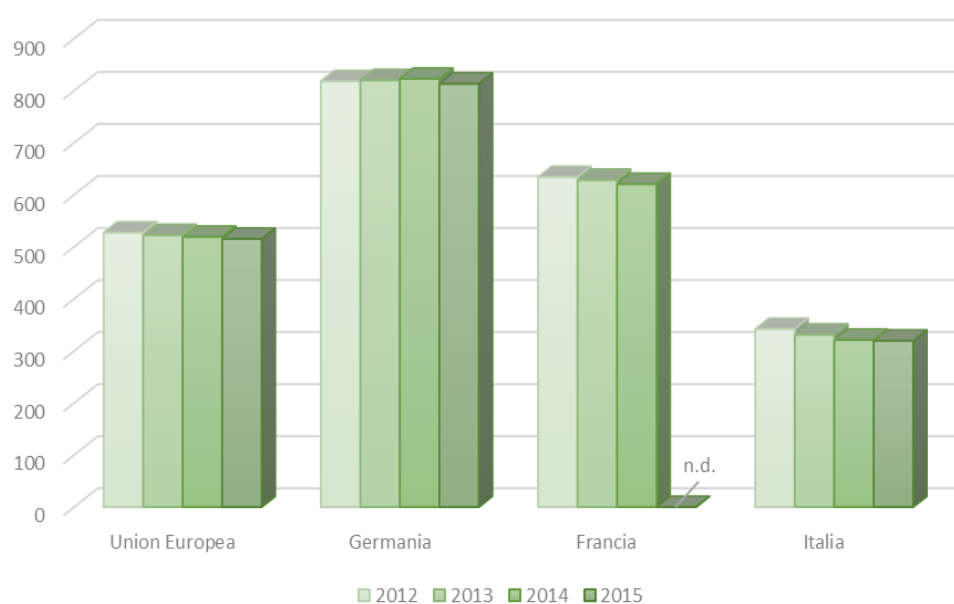


Fonte: Eurostat (2018).

L'indicatore relativo alla dotazione di posti letto, che fornisce una misura delle risorse disponibili per l'erogazione di servizi di degenza ospedaliera, conferma come l'Italia, rispetto agli altri Paesi, abbia efficacemente intrapreso, già da diversi anni, un processo di deospedalizzazione, incentivando in particolar modo le prestazioni ambulatoriali.

Anche le dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti, infatti, registrano in Italia un trend in riduzione negli ultimi anni e un valore inferiore alla media europea, con una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei. Infine, l'Italia registra, nel confronto internazionale, uno tra i valori più bassi di ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete).

Figura 2 - Posti letto per 100mila abitanti in alcuni Stati dell'Unione Europea (valori assoluti). Anni 2012-2015



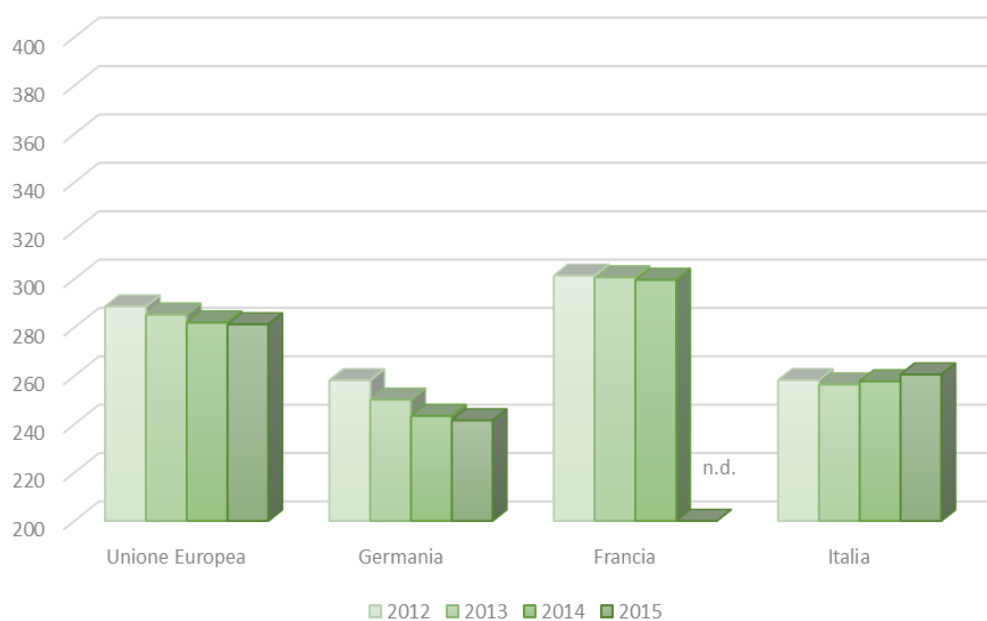
Fonte: Eurostat (2018).

Nel SSN italiano lavora un numero di medici per abitanti simile a quello di nazioni paragonabili come la Germania, mentre, ad esempio, il personale infermieristico è pari a circa la metà di quello tedesco, pur a parità di profilo epidemiologico di cronici e persone con bisogni di LTC (CERGAS, 2017).

Al tempo stesso, in Italia, il 52% del personale medico ha più di 55 anni, e tale dato suggerisce l'opportunità di programmare, nel prossimo futuro, un intervento sullo skill mix del SSN, ovvero sul rapporto infermieri/medici che, a livello nazionale è del 2,5, ma con significative disparità interregionali (in Sicilia è 1,8, in Veneto è 3,1).

Come sottolineato dal Rapporto Oasi 2017 del Cergas, inoltre, *‘tra i medici occorre riflettere sulla quota di «generalisti» rispetto ai professionisti sempre più specializzati. Anche nel mondo delle professioni sanitarie occorre valutare quanti professionisti è necessario specializzare e portare ad accrescere le proprie competenze. In particolare, è necessario distinguere tra crescita verticale nel coordinamento di pari, specializzazione nel contenuto tecnico professionale e sviluppo di ruoli contendibili con altri profili professionali (case manager, gestore di piastra, operations manager)’*.

Figura 3 - Numero di medici in alcuni Stati dell'Unione Europea (valori per 100mila abitanti). Anni 2012-2015



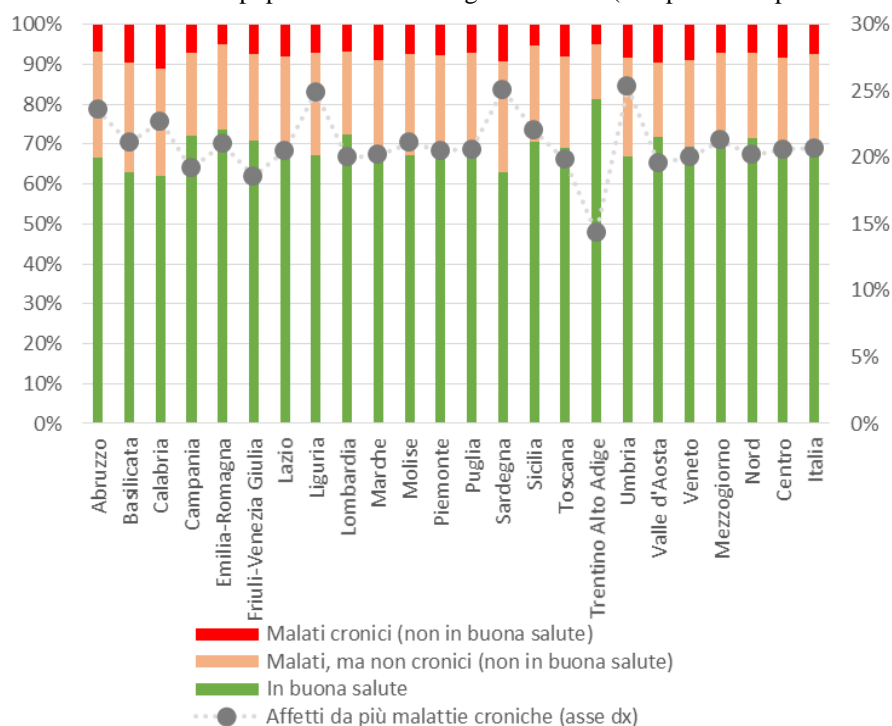
Fonte: Eurostat (2018).

2. Divario Nord-Sud in sanità: un confronto tra le Regioni Puglia ed Emilia Romagna

In questo paragrafo si riportano alcuni indicatori, relativi alle performance sanitarie ed ai LEA, che dimostrano il persistere, ed anzi il drammatico aggravarsi negli anni più recenti, del divario tra il Mezzogiorno d'Italia ed il resto del Paese.

Si pongono in particolare a confronto, in virtù di una comparabile struttura dimensionale, demografica e relativa allo stato di salute, le Regioni Puglia ed Emilia Romagna.

Figura 4 - Lo stato di salute della popolazione nelle Regioni italiane (composizione percentuale). Anno 2016



Fonte: ISTAT Elaborazioni IPRES (2017).

Le più recenti analisi concordano tutte nel confermare il peggioramento del differenziale Nord-Sud in relazione al profilo quali-quantitativo dei servizi e dei risultati raggiunti dal sistema sanitario. Non è un caso che l'indicatore relativo all'aspettativa di vita alla nascita passi dagli 81,1 anni della Campania agli 83,6 anni del Trentino Alto Adige, ed anche la speranza di vita in buona salute oscilli dai 59,6 anni del Nord ai 56 anni del Sud.

È inoltre significativo che - pur se con riferimento a dati basati solo sull'auto-percezione - a parità di prevalenza di patologie croniche, al Nord il 49,6% dei soggetti si percepisca in buona salute, al Sud il 36,6%. Ed infine, come si dirà più diffusamente più avanti, continua a crescere, nonostante il permanere - soprattutto al Mezzogiorno - di una pesante crisi economica, la mobilità sanitaria dal Sud al Nord.

Tabella 2 - Aspettativa di vita alla nascita nelle Regioni italiane (valori in anni). Anno 2016

Regione		Regione	
Trentino Alto Adige	83,6	Liguria	82,7
Marche	83,4	Lazio	82,7
Veneto	83,3	Piemonte	82,6
Toscana	83,3	Molise	82,6
Umbria	83,3	Sardegna	82,6
Lombardia	83,2	Basilicata	82,4
Emilia-Romagna	83,2	Calabria	82,3
Friuli-Venezia Giulia	82,8	Valle d'Aosta	81,9
Abruzzo	82,8	Sicilia	81,8
Puglia	82,8	Campania	81,1

Fonte: ISTAT (2018).

Passando alle performance, il DM 70/2015 ha imposto, tra l'altro, che le singole strutture ospedaliere raggiungessero determinati standard in termini di volume di attività e di qualità delle prestazioni erogate, fissando, a tale scopo, specifici indicatori corredati da opportune soglie.

Le tabelle che seguono mostrano, ponendo a confronto le Regioni Puglia ed Emilia Romagna, una sintesi dei più recenti dati disponibili nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Gli indicatori di volume attestano come in Puglia vi siano, complessivamente, 143 strutture 'sopra soglia' e 124 'sotto soglia', con prevalenza di strutture che non raggiungono i target minimi di attività solo con riferimento a due indicatori (Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri e Parti: volume di ricoveri).

In Emilia Romagna, invece, le strutture 'sotto soglia' superano quelle 'sopra soglia' (rispettivamente 204 e 133), con un solo indicatore per il quale le strutture che raggiungono il target di attività sono superiori alle altre (PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica).

Tabella 3 - Puglia ed Emilia-Romagna: strutture ospedaliere per raggiungimento delle soglie minime degli indicatori di volume (valori assoluti). Anno 2016

Indicatori di volume	Soglie di attività	Puglia		Emilia-Romagna	
		Strutture sopra soglia	Strutture sotto soglia	Strutture sopra soglia	Strutture sotto soglia
<i>Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri</i>	minimo 200 interventi/anno	2	8	2	5
<i>Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri</i>	minimo 100 interventi/anno	26	22	26	34
<i>Frattura del collo del femore: volume di ricoveri</i>	minimo 100 interventi/anno	33	17	33	47
<i>IMA: volume di ricoveri</i>	minimo 75 interventi/anno	30	27	26	55
<i>Parti: volume di ricoveri</i>	minimo 150 interventi/anno	9	32	11	26
<i>PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica</i>	minimo 500 interventi/anno	27	6	20	8
<i>Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri</i>	minimo 250 interventi/anno	16	12	15	29
Totale		143	124	133	204

Fonte: PNE e DM 70/2015. Elaborazioni IPRES (2018)

La situazione appare, invece, diametralmente opposta quando si passa a considerare gli indicatori di esito, con riferimento ai quali la Puglia fa registrare 40 strutture 'sopra soglia' e 100 'sotto soglia', mentre, in Emilia Romagna, le strutture che superano il target sono 102, a fronte delle 66 che restano sotto l'obiettivo.

Rispetto ai singoli indicatori di esito, le performance delle strutture pugliesi sono prevalentemente negative per tutti gli indicatori (drammatiche quelle relative alla proporzione di parti con taglio cesareo primario), con la sola eccezione del By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni.

Al contrario, in Emilia Romagna sono più numerose le strutture che raggiungono il target con riferimento a tutti gli indicatori, ad esclusiva eccezione di quello relativo ai parti con taglio cesareo primario.

Tabella 4 - Puglia ed Emilia-Romagna: strutture ospedaliere per raggiungimento delle soglie minime degli indicatori di qualità (valori assoluti). Anno 2016

Indicatori di esito	Soglie di rischio	Puglia		Emilia-Romagna	
		Strutture sopra soglia	Strutture sotto soglia	Strutture sopra soglia	Strutture sotto soglia
<i>By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni</i>	max 4%	10	1	7	0
<i>Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni</i>	min 70%	15	30	40	17
<i>Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni</i>	min 60%	10	32	41	28
<i>Proporzione di parti con taglio cesareo primario</i>	max 15%	0	32	7	20
<i>Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni</i>	max 4%	5	5	7	1
Totale		40	100	102	66

Fonte: PNE e DM 70/2015. Elaborazioni IPRES (2018)

Particolarmente significative sono, inoltre, le informazioni derivanti dal sistema di monitoraggio della capacità delle Regioni di erogare servizi sanitari che garantiscano i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), informazioni che pure confermano le profonde disuguaglianze che caratterizzano il nostro Servizio Sanitario Pubblico e soprattutto l'urgente necessità di attivare nuove iniziative per il loro contrasto.

L'attività di monitoraggio è stata affidata al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA che, a tale scopo, ha predisposto un set di indicatori che vengono annualmente rilevati in ogni Regione al fine di evidenziare eventuali criticità⁵.

I più recenti dati disponibili, al momento in cui si scrive, sono relativi all'anno 2015, mentre i dati del 2016 sono ancora provvisori ed in attesa di essere ufficializzati dal Ministero della Salute.

La Puglia, che nel 2015 era una delle cinque Regioni inadempienti, con un punteggio complessivo pari a 155, ha, nel 2016, secondo i dati provvisori disponibili, superato la soglia di adempienza (fissata a 160), facendo registrare su scala nazionale il più rilevante incremento di punteggio, e raggiungendo i 169 punti (+14 rispetto al 2015). Stabile, invece, la performance dell'Emilia Romagna (205), che si colloca al quarto posto su scala nazionale, alle spalle di Veneto, Toscana e Piemonte.

⁵ Per ognuno degli indicatori si assegna un punteggio in funzione del livello di adempimento da parte della Regione secondo lo schema seguente:

Status	Punteggio
Valore normale	9 punti
Scostamento minimo	6 punti
Scostamento rilevante ma in miglioramento	3 punti
Scostamento non accettabile	0 punti
Dato mancante o palesemente errato	- 1 punto

Tabella 5 - Regioni italiane: punteggi conseguiti nel monitoraggio dell'adempimento ai LEA (verde=Regione adempiente, giallo=Regione parzialmente adempiente, rosso=Regione inadempiente). Anni 2012-2016

Regione	2012	2013	2014	2015	2016 (dati provvisori)
Toscana	193	214	217	212	208
Emilia Romagna	210	204	204	205	205
Piemonte	186	201	200	205	207
Veneto	193	190	189	202	209
Lombardia	184	187	193	196	198
Liguria	176	187	194	194	196
Marche	165	191	192	190	192
Umbria	171	179	190	189	199
Abruzzo	145	152	163	182	189
Lazio	167	152	168	176	179
Basilicata	169	146	177	170	173
Molise	146	140	159	156	164
Puglia	140	134	162	155	169
Sicilia	157	165	170	153	163
Calabria	133	136	137	147	144
Campania	117	136	139	106	124

Fonte: Ministero della Salute e Corte dei Conti

Nella tabella seguente si riportano, con riferimento all'anno 2015 che è l'ultimo per il quale sono disponibili i dati di dettaglio, i punteggi relativi ai soli indicatori rispetto ai quali è particolarmente significativo lo scostamento tra le performance delle Regioni Puglia ed Emilia Romagna, e che maggiormente contribuiscono a generare il rilevante gap di punteggio tra le due Regioni, complessivamente pari, per il 2015, a 50 punti (205 Emilia Romagna e 155 Puglia).

Da sottolineare come l'unico indicatore rispetto al quale la Puglia consegue un punteggio maggiore rispetto all'Emilia Romagna è il tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti (9 punti per la Puglia a fronte dei 3 dell'Emilia Romagna).

Tabella 6 - Indicatori LEA – Puglia ed Emilia Romagna 2015

Indicatori	Puglia		Emilia Romagna	
	Status	Punteggio	Status	Punteggio
Prevenzione				
Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Scostamento non accettabile	0	Valore normale	9
Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Scostamento rilevante ma in miglioramento	3	Valore normale	9
Prevenzione veterinaria e alimentare				
Malattie animali trasmissibili all'uomo - percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovis-caprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	Scostamento non accettabile	0	Valore normale	9
Distrettuale anziani				
Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	Scostamento rilevante ma in miglioramento	3	Valore normale	9
Distrettuale farmaceutica				
Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	Scostamento rilevante ma in miglioramento	3	Valore normale	9
Ospedaliera				
Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	Valore normale	9	Scostamento rilevante ma in miglioramento	3
Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	Scostamento non accettabile	0	Valore normale	9
Percentuale parti cesarei primari	Scostamento rilevante ma in miglioramento	3	Valore normale	9
Punteggio complessivo 2015	154,83		205,02	

Fonte: Ministero della Salute. Elaborazioni IPRES (2018)

3. Fonti di finanziamento, livelli di spesa e poste di bilancio

Per poter comprendere più compiutamente le differenze regionali in materia di sanità non si può non partire dai livelli di finanziamento e di spesa delle singole Regioni.

Le Regioni, per quanto concerne la sanità, predispongono annualmente il bilancio consolidato sanitario quale aggregato delle singole aziende sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS) e GSA al netto delle poste intra-gruppo, così come previsto dai Principi Contabili e dal D.Lgs 118/2011 – Titolo II.

Il Bilancio si compone, in particolare, di due parti essenziali: lo stato patrimoniale ed il conto economico.

Nell'ambito del Conto Economico, tra i ricavi (valore della produzione) una delle voci più significative è rappresentata dai Contributi in c/esercizio, posta in cui sono classificati i contributi relativi alla quota del Fondo Sanitario nazionale indistinti e vincolati nonché gli altri contributi da Regione.

Il riparto del FSN avviene di fatto per quote capitarie. La Legge n. 662 del 1996 ha previsto l'utilizzo di quota capitarie pesate. L'art. 1 co. 34 della richiamata Legge 662 ha previsto che, ai fini della determinazione della quota capitaria, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, i pesi fossero attribuiti ai seguenti elementi: 1. popolazione residente, 2. frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, 3. tassi di mortalità della popolazione, 4. indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni ed indicatori epidemiologici territoriali.

Per motivi storici ed "utilitaristici" la quota capitaria è stata in realtà pesata, per circa il 40%, tenendo conto solo del criterio del sesso e dell'età mentre gli ultimi due parametri non sono mai stati presi in considerazione.

La successiva tabella riporta, nella prima parte, i Contributi in c/esercizio 2015 e 2016 degli enti del Servizio sanitario aggregati per Regioni (sono state selezionate le principali e più significative Regioni a statuto ordinario) e, nella seconda parte, il rapporto tra i "Contributi in c/esercizio" e l'intero "Valore della produzione". Questo rapporto percentuale è particolarmente significativo perché segnala la dipendenza di una Regione dai Contributi in c/esercizio (e quindi dalla sola quota del FSN) rispetto ad altre voci di ricavo.

E' di tutta evidenza che, se una Regione ha altri ricavi (derivanti da: mobilità interregionale, ticket e compartecipazione alla spesa), potrà permettersi, conseguentemente, anche maggiori costi e maggiori investimenti.

Tabella 7 – Contributi in conto esercizio e rapporto tra contributi in conto esercizio e valore della produzione

Contributi in c/esercizio degli enti del Servizio sanitario a livello regionale [*] = Regioni in Piani di Rientro				Rapporto tra Contributi in c/esercizio e Valore della Produzione		
Regione	Anno 2015	Anno 2016	Var % 2016 -2015	Descrizione	Anno 2015	Anno 2016
Piemonte*	8.017.843	8.154.691	1,7%	Piemonte*	91,80%	92,50%
Lombardia	17.684.398	17.886.592	1,1%	Lombardia	88,40%	89,50%
Veneto	8.660.020	8.809.642	1,7%	Veneto	91,10%	91,60%
Liguria	3.043.972	3.077.456	1,1%	Liguria	89,30%	89,80%
Emilia Romagna	8.140.897	8.239.631	1,2%	Emilia Romagna	85,50%	86,70%
Toscana	6.805.564	6.890.631	1,2%	Toscana	86,80%	88,40%
Umbria	1.620.055	1.641.479	1,3%	Umbria	88,90%	89,60%
Lazio*	10.780.380	10.939.512	1,5%	Lazio*	92,70%	92,80%
Campania*	10.173.261	10.351.454	1,8%	Campania*	96,00%	96,50%
Puglia*	7.299.279	7.333.780	0,5%	Puglia*	94,50%	95,40%
RSO	92.655.705	93.894.468	1,3%	RSO	90,70%	91,50%

Fonte: Tab. 7/APP/SA - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Esercizio 2016 [Deliberazione n. 3/SEZAUT/2018/FRG –Corte Conti].

Si nota immediatamente che le Regioni del Centro-Nord hanno, di fatto, una dipendenza dei propri ricavi rispetto alla quota del Fondo Sanitario al di sotto del 90%, mentre le Regioni del Mezzogiorno (nella tabella Campania e Puglia) sono al disopra del 95%. Ciò significa che le Regioni del Centro-Nord, che già dispongono di quote da riparto storicamente superiori, possono disporre di ulteriori ricavi di esercizio, ogni anno, per un ulteriore 5%.

Tale maggiore capacità di ricavi annui consente parallelamente di sostenere più elevati livelli di spesa. Nella tabella seguente si riportano i costi di produzione riferiti al 2015 e 2016 ed il costo di produzione per abitante relativo all'anno 2016.

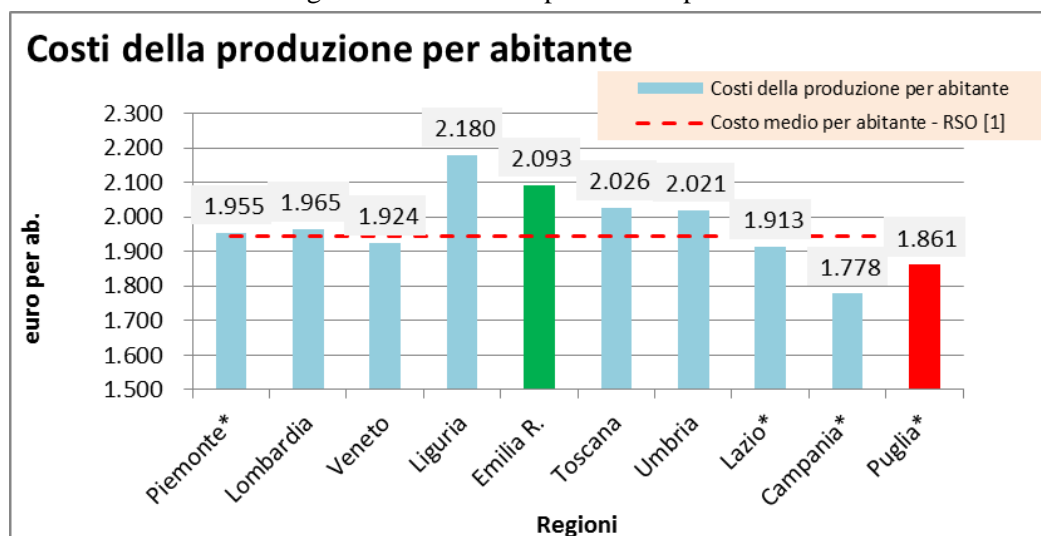
Tabella 8 – Costi della produzione

Descrizione	Costo della produzione Anno 2015	Costo della produzione Anno 2016	Var% 2016-2015	Popolazione residente 2016	Costo produzione 2016 per abitante
Piemonte*	8.551.316	8.588.162	0,43%	4.392.526	1.955,18
Lombardia	19.809.272	19.690.152	-0,60%	10.019.166	1.965,25
Veneto	9.320.701	9.441.545	1,30%	4.907.529	1.923,89
Liguria	3.416.564	3.412.527	-0,12%	1.565.307	2.180,10
Emilia Romagna	9.349.412	9.309.712	-0,42%	4.448.841	2.092,62
Toscana	7.599.129	7.582.760	-0,22%	3.742.437	2.026,16
Umbria	1.778.188	1.796.182	1,01%	888.908	2.020,66
Lazio*	11.356.560	11.282.169	-0,66%	5.898.124	1.912,84
Campania*	10.244.273	10.380.709	1,33%	5.839.084	1.777,80
Puglia*	7.577.191	7.564.573	-0,17%	4.063.888	1.861,41
RSO	89.002.606	89.048.491	0,05%	45.765.810	1.945,74

Fonte: Costo della Produzione: Tab. 19/APP/SA - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Esercizio 2016 [Deliberazione n. 3/SEZAUT/2018/FRG –Corte Conti] ed elaborazione Regione Puglia (2018).

Sia dalla tabella sopra riportata che dal grafico seguente emergono chiaramente le differenze dei costi della produzione per residente. La forbice tra la Regione Liguria, che ha un costo per abitante di 2.180 euro, e la Regione Campania, che ha un costo di 1.778 euro per abitante, è pari a 402 euro per abitante (valori che di fatto si ripetono di anno in anno). La differenza dei costi di produzione tra l'Emilia Romagna e la Puglia è di 232 euro per abitante nel 2016.

Figura 5 – Costi della produzione per abitante



Elaborazione Regione Puglia (2018)

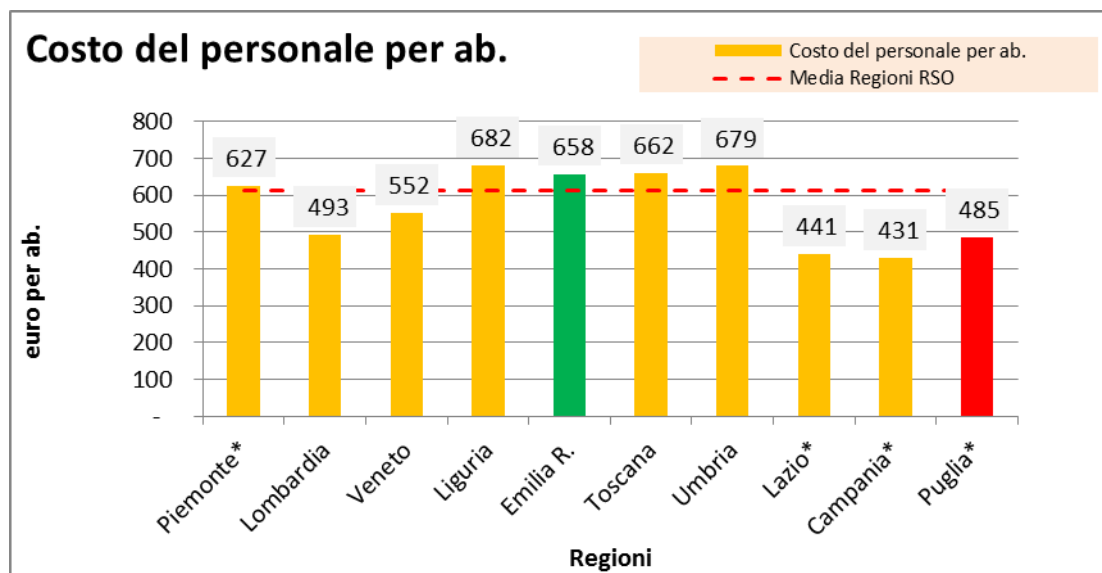
Di seguito si presentano i dati relativi ai costi del personale dipendente che, come noto, sono una delle principali voci di un bilancio sanitario.

Tabella 9 – Costi del personale

Costo del personale per Regione e Prov. Aut. – Conto Economico degli enti del Servizio sanitario 2012-2016						
Regioni	Anno 2015	Anno 2016	Var% 2016-2015		Incidenza % sul Valore della Produzione	
					Anno 2015	Anno 2016
Piemonte*	2.772.834	2.753.758	-0,69			
Lombardia	4.970.577	4.939.437	-0,63		31,74%	31,22%
Veneto	2.708.355	2.709.958	0,06		24,84%	24,71%
Liguria	1.074.714	1.066.764	-0,74		28,49%	28,17%
Emilia -Romagna	2.929.696	2.927.737	-0,07		31,54%	31,11%
Toscana	2.502.528	2.476.679	-1,03		30,77%	30,80%
Umbria	603.630	603.880	0,04		31,93%	31,78%
Lazio*	2.640.623	2.599.551	-1,56		31,85%	32,14%
Campania*	2.591.772	2.514.157	-2,99		27,71%	24,83%
Puglia*	1.975.158	1.971.394	-0,19		24,46%	23,43%
RSO	28.216.375	27.982.176	-0,83		30,05%	29,65%

Fonte dati: Costo della Produzione: Tab. 22.1/APP/SA - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Esercizio 2016 [Deliberazione n. 3/SEZAUT/2018/FRG –Corte Conti] ed elaborazione Regione Puglia (2018).

Figura 6 – Costi del personale per abitante



Elaborazione Regione Puglia (2018).

Emerge piuttosto nettamente che le differenze riscontrate tra le Regioni con riferimento ai costi di produzione sono riconducibili soprattutto al personale, che, peraltro, rappresenta l'elemento cruciale per la qualità dell'assistenza sanitaria⁶. Ad ogni buon conto, a fronte di una media delle Regioni di 611 euro per abitante, si passa dai 658 euro per abitante della Regione Emilia Romagna ai 431 della Regione Campania e

⁶ Si precisa che il costo del personale sopra riportato (da bilancio consolidato) ricomprende solo le strutture pubbliche e pertanto in Regioni, come la Lombardia, dove il settore privato ha una maggiore presenza è del tutto coerente che vi sia un valore inferiore.

485 della Regione Puglia, dove, anche a causa delle limitazioni derivanti dai Piani di Rientro (blocco del turnover), le unità di personale risultano notevolmente insufficienti a garantire adeguati LEA e prestazioni di eccellenza e di alta complessità.

Al fine di far emergere in maniera più netta le possibili ragioni delle differenze regionali si è valutato di focalizzare l'analisi operando un confronto diretto tra due Regioni: Emilia Romagna e Puglia, da sempre utilizzate per un confronto sia perché simili in termini di distribuzione territoriale che per numero di abitanti.

Si riportano di seguito i principali valori del Bilancio Consolidato 2017 delle due Regioni.

Tabella 10 – Conto economico 2017

CONTO ECONOMICO 2017 (<i>importi in migliaia di euro</i>)		Emilia Romagna	Puglia	Emilia R. vs Puglia
	RICAVI	Anno 2017	Anno 2017	
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	8.375.591	7.384.803	+13,42
AA0020	A.1.A) Contributi da Regione ... per quota F.S.	8.133.788	7.318.543	+11,14
AA0050	A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	224.578	60.611	+270,52
AA0450	A.4.A.3) Ricavi delle strutture pubbliche per [...] Mobilità attiva extrareg.	361.942	101.621	+256,17
AA0610	A.4.B) Ricavi delle strutture private per [...] Mobilità attiva extrareg.	245.577	42.822	+473,48
AA0670	A.4.D) Ricavi ... intramoenia [ALPI]	127.707	36.924	+245,86
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	158.844	46.457	+241,92
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	9.706.060	7.819.748	+24,12

CONTO ECONOMICO 2017 (<i>importi in migliaia di euro</i>)		Emilia Romagna	Puglia	Emilia R. vs Puglia
	COSTI	Anno 2017	Anno 2017	
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	1.433.815	1.387.528	+3,34
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	4.128.828	3.807.917	+8,43
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	496.331	622.979	-20,33%
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	601.270	461.737	+30,22
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	202.686	121.886	+66,29
BA2080	Totale Costo del personale	2.946.790	1.985.537	+48,41
BA2560	Totale Ammortamenti	249.347	111.487	+123,66
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	9.525.694	7.687.534	+23,91

Elaborazione Regione Puglia (2018).

Fonte dati: Regione Emilia: DGR n. 968/2018 "Approvazione bilancio d'esercizio consolidato 2017 del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del d.lgs. 118/2011 " e SS.MM.II e Regione Puglia. DGR n. 1431 del 2 agosto 2018. La Regione Emilia Romagna ha il 10% di popolazione in più rispetto alla Puglia (dato al 31.12.2017 - 4.457.318,00 vs 4.048.242).

I contributi in c/esercizio per quota del Fondo Sanitario sono, per l'Emilia, pari all'11% in più (per una ulteriore analisi si rinvia al prossimo paragrafo), mentre molto maggiori risultano tutti i contributi extra fondo di natura regionale, così come è molto superiore il valore dei ricavi per ticket e mobilità attiva.

Sul fronte dei costi, invece, è interessante evidenziare che:

- per l'acquisto di beni sanitari, a fronte di una maggiore popolazione residente - e nonostante la popolazione servita ed assistita sia di fatto ulteriormente superiore - la Regione Emilia Romagna ha consumi superiori per solo il 3,3% (In Puglia, purtroppo, si registrano maggiori costi anche perché si è in ritardo con gli acquisti centralizzati ed è inferiore il consumo dei farmaci generici);
- significativo è, invece, il valore della farmaceutica convenzionata che, per ragioni storico-culturali, è una delle voci di spesa più alte per la Regione Puglia. Infatti, nonostante una popolazione inferiore del 10%, la spesa in Puglia risulta maggiore del 20% (sebbene il dato della

farmaceutica sia in calo, i livelli di spesa risultano in Puglia ancora troppo alti ed in effetti la Regione Puglia è la seconda Regione in Italia per consumi di farmaci);

- preoccupanti, inoltre, sono i rapporti che riguardano i servizi non sanitari, le manutenzioni, il costo del personale e gli ammortamenti; In particolare, rispetto al personale, la Regione Emilia sostiene un costo superiore a quello della Puglia di ben il 48% circa. Tale differenza, come accennato, si traduce inevitabilmente in maggiori servizi offerti ed in una maggiore capacità di assistenza sanitaria e socio sanitaria a garanzia dei LEA;
- le manutenzioni e gli ammortamenti (costo collegato agli investimenti) sono in percentuale il 66% ed il 123% in più per l'Emilia Romagna, rappresentando, indubbiamente, una delle differenze più significative tra le due Regioni considerate, in quanto sintomatica di una grave 'forbice' relativa ad investimenti e dotazioni strutturali.

Tale ultimo aspetto emerge anche dall'analisi dei più significativi valori dello Stato Patrimoniale. In particolare, il valore delle immobilizzazioni (dotazione di ospedali, strutture immobiliari e soprattutto attrezzature) è superiore in Emilia Romagna rispetto alla Puglia del 129%.

I finanziamenti per investimenti risultano in Emilia Romagna il 16% in più, anche se in Puglia si registrano, negli ultimi due anni, incrementi di investimenti finanziati da fondi comunitari.

Interessanti sono, infine, due ulteriori aspetti. Il debito v/fornitori risulta superiore in Emilia Romagna e sempre in Emilia Romagna risultano ancora da ripianare perdite del SSR per 362 milioni di euro mentre in Puglia tutte le perdite degli anni precedenti (perdite storiche ante 2012) risultano ripianate e le somme erogate alle aziende sanitarie.

Tabella 11 – Stato Patrimoniale 2017

STATO PATRIMONIALE 2017 (<i>importi in migliaia di euro</i>)		Emilia Romagna	Puglia	Emilia R.
CODICE	VOCE MODELLO SP	2017	2017	vs Puglia
AAZ999	A) IMMOBILIZZAZIONI	3.900.265	1.702.474	+129,09
ABA350	B.II.2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma	1.026.076	389.174	+163,65
PAA010	A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI	2.294.233	1.979.100	+15,92
PAA210	A.VI) UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	-362.943	5.915	
PAA220	A.VII) UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	698	4.165	-83,24%
PDA280	D.VII) DEBITI V/FORNITORI	1.389.601	1.043.381	+33,18

Elaborazione Regione Puglia (2018).

Fonte: Regione Emilia: DGR n. 968/2018 "Approvazione bilancio d'esercizio consolidato 2017 del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del d.lgs. 118/2011 " e SS.MM.II e Regione Puglia. DGR n. 1431 del 2 agosto 2018.

4. Temi aperti: riparto del Fondo sanitario e mobilità interregionale

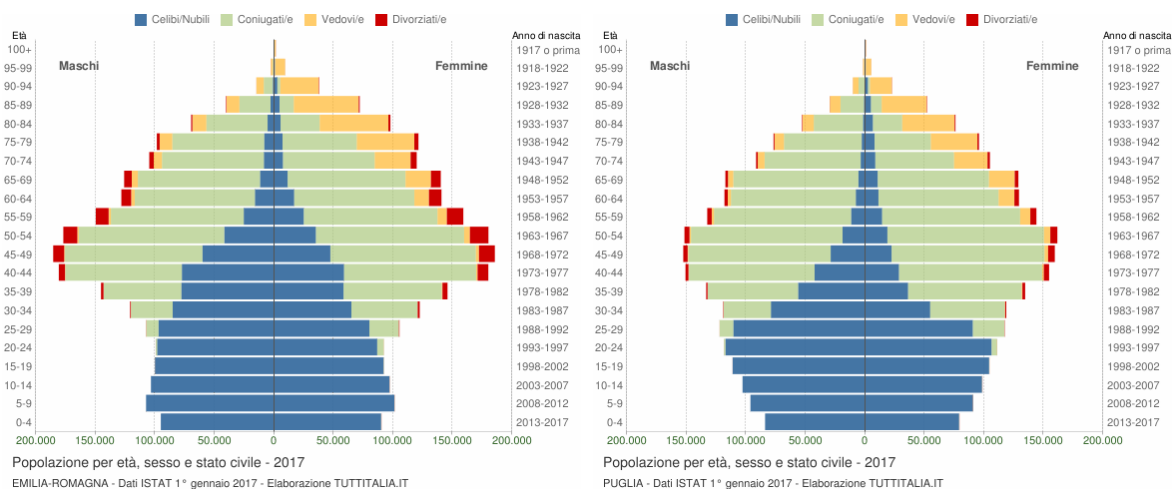
Come già evidenziato, il riparto delle risorse del Fondo sanitario è stato effettuato, negli ultimi 15 anni, tenendo conto esclusivamente della popolazione residente e dei parametri dell'età e del sesso. Nelle competenti sedi istituzionali, anche con l'istituzione di tavoli e gruppi di lavoro, diverse Regioni hanno in più occasioni richiesto di aggiornare i criteri di riparto, ma sempre senza successo, soprattutto perché nessuno intende recedere dai propri livelli di finanziamento e perdere status acquisiti.

Emerge, da una prima analisi della composizione della popolazione residente per età, che vi siano differenze significative tra le Regioni italiane. Analizzando la piramide italiana e la sua evoluzione nel tempo

è inevitabile evidenziare che, rispetto a 70 anni fa, le nascite sono diminuite, mentre l'aspettativa di vita è aumentata. Anche in Puglia si è registrata questa tendenza sebbene, rispetto alla media nazionale, la popolazione pugliese sia più giovane.

Osservando le piramidi d'età, riportate di seguito per le due Regioni considerate, si intuisce come, utilizzando solo la ponderazione per età per l'aggiustamento della quota capitaria, siano privilegiate le Regioni con una maggiore popolazione anziana. Per la Puglia significa subire una decurtazione di milioni di euro annui rispetto ad una ripartizione al 100% per c.d. popolazione secca. Al contrario, per l'Emilia Romagna (come già evidenziato Regione equiparabile alla Puglia per numero di abitanti e distribuzione territoriale) la quota capitaria pesata per età permette di ricevere una assegnazione maggiore rispetto a quella per quota capitaria secca⁷.

Figura 7 – Piramidi d'età Regioni Puglia ed Emilia Romagna



Fonte: Istat. Elaborazione Tuttitalia (2017)

Di seguito si riportano le quote capitarie da Riparto FSN degli ultimi anni. A parità di popolazione, la quota per abitante negli anni è stata sempre notevolmente superiore e ciò in ragione del calcolo che tiene conto della popolazione pesata e quindi della popolazione anziana.

Tabella 12 - Le quote capitarie da Riparto FSN (2005-2017)

Anno	Emilia Romagna	Puglia	Delta Emilia R. vs Puglia	Anno	Emilia Romagna	Puglia	Delta Emilia R. vs Puglia
2005	1.489,61	1.385,29	+104,32	2011	1.748,37	1.709,52	+38,85
2006	1.538,01	1.470,46	+67,55	2012	1.753,50	1.720,52	+32,98
2007	1.640,55	1.562,60	+77,95	2013	1.732,80	1.697,80	+35,00
2008	1.689,23	1.613,20	+76,03	2014	1.756,89	1.709,11	+47,78
2009	1.735,26	1.661,83	+73,43	2015	1.780,93	1.743,52	+37,41
2010	1.731,24	1.675,77	+55,47	2016	1.802,53	1.770,79	+31,74
2011	1.748,37	1.709,52	+38,85	2017	1.803,57	1.788,36	+15,21

Fonte: Intese Conferenza Stato Regioni

⁷ Con ciò non si vuole sostenere che la scelta di considerare l'età sia sbagliata, ma forse non è la migliore possibile. Scientificamente è dimostrato che al crescere dell'età cresce anche l'accesso alle cure e quindi i costi, ma è anche vero che scientificamente è dimostrato che l'80% della spesa sanitaria è assorbita solo dal 20% della popolazione, quasi sempre malati cronici.

Inoltre, in Regioni dove il reddito pro-capite è maggiore e vi sono più "ricchi", ci si rivolge anche ad una sanità a pagamento non pubblica, sanità privata e pertanto è più alta la così detta spesa out of pocket che non risulta sui bilanci pubblici.

E' interessante osservare come, con il progressivo invecchiamento della popolazione anche in Puglia e con l'introduzione del riparto su base costi standard, la distanza della quota capitaria negli ultimi anni si sia ridotta.

Per comprendere cosa abbia significato, in questi anni, l'adozione di una simile quota capitaria per il Riparto del Fondo Sanitario, nella successiva tabella si è effettuata una elaborazione comparando il riparto effettivo su quote pesate rispetto ad un ipotetico riparto a quote capitarie secche ovvero uguali per tutti.

Nella tabella si riportano in ordine: Popolazione residente, Quota del Riparto del FSN in milioni di euro da intese CSR, Ipotesi di Riparto del FSN senza tener conto del parametro età e quindi le relative "Differenze".

Tabella 13 – Differenze da riparto con popolazione pesata e popolazione secca

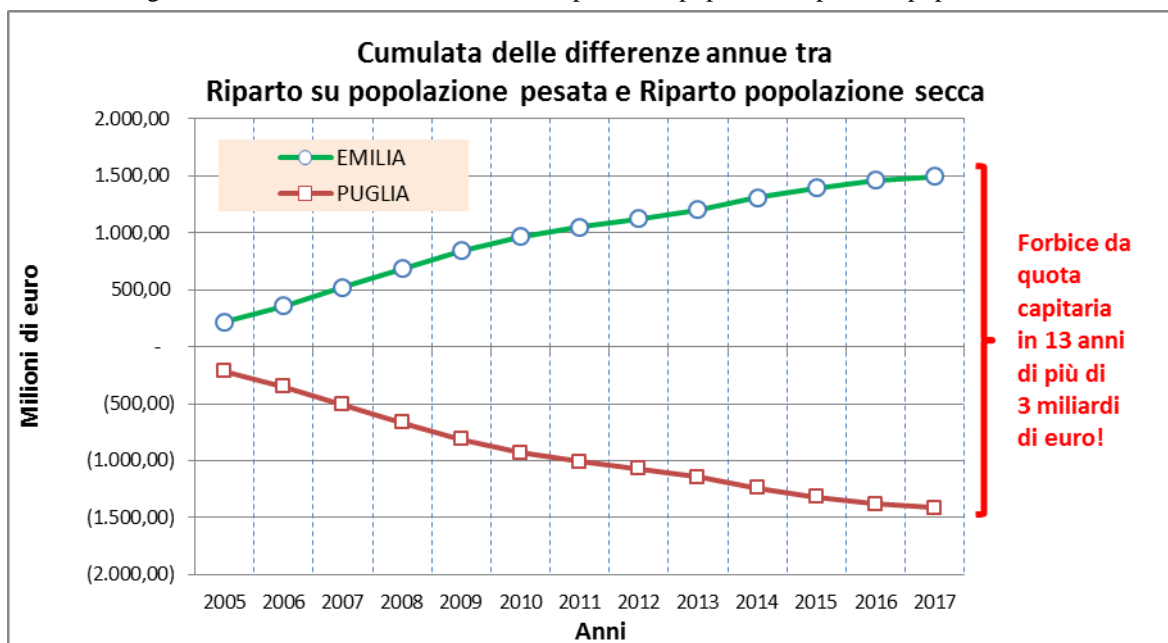
	Popolazione residente			[A] Riparto FSN da Intese CSR su popolazione pesata Importi in milioni di euro		[B] Ipotesi Riparto su popolazione secca Importi in milioni di euro		Differenze tra A-B Distanza in milioni di euro tra le due Regioni	
	ABITANTI			EMILIA	PUGLIA	EMILIA	PUGLIA	EMILIA	PUGLIA
	EMILIA	PUGLIA		EMILIA	PUGLIA	EMILIA	PUGLIA	EMILIA	PUGLIA
2005	4.151.335	4.071.518	2005	6.183,85	5.640,22	5.967,32	5.852,59	216,53	- 212,37
2006	4.187.544	4.069.869	2006	6.440,50	5.984,59	6.299,06	6.122,05	141,44	- 137,46
2007	4.223.585	4.076.546	2007	6.929,00	6.370,00	6.764,38	6.528,89	164,62	- 158,89
2008	4.275.843	4.079.702	2008	7.222,90	6.581,38	7.060,35	6.736,48	162,55	- 155,10
2009	4.337.966	4.084.035	2009	7.527,48	6.786,98	7.368,22	6.936,91	159,25	- 149,93
2010	4.395.606	4.091.259	2010	7.609,85	6.856,02	7.487,94	6.969,49	121,91	- 113,46
2011	4.432.439	4.052.566	2011	7.749,54	6.927,95	7.663,45	7.006,67	86,09	- 78,71
2012	4.459.246	4.050.803	2012	7.819,27	6.969,49	7.745,75	7.036,28	73,52	- 66,79
2013	4.471.104	4.090.266	2013	7.747,53	6.944,46	7.669,29	7.016,03	78,24	- 71,58
2014	4.452.782	4.090.105	2014	7.823,03	6.990,43	7.716,66	7.088,14	106,37	- 97,71
2015	4.457.115	4.077.166	2015	7.937,80	7.108,63	7.854,44	7.184,88	83,36	- 76,25
2016	4.454.393	4.063.888	2016	8.029,17	7.196,28	7.958,47	7.260,78	70,70	- 64,50
2017	4.457.318	4.048.242	2017	8.039,10	7.239,72	8.005,20	7.270,51	33,90	- 30,79
				97.059,01	87.596,15	95.560,53	89.009,69	1.498,48	- 1.413,54
				Emilia R.- Puglia =	9.462,86	Emilia R.- Puglia =	6.550,84	Forbice=	2.912,02

Elaborazione Regione Puglia (2018) su Quota Indistinta FSN da Intese CSR Anni 2005-2017

Effettuando una semplice somma delle differenze tra riparto effettivo per quote pesate e riparto per popolazione secca (senza tener conto della differenza di età) la forbice tra Emilia e Puglia è stata in 13 anni di circa 3 miliardi di euro.

Considerando anche gli ulteriori connessi benefici derivanti dalle così dette economie di scala, si comprende da dove possa essere derivata la differente capacità in termini di dotazione strutturale rilevata tra le Regioni considerate.

Figura 8 – Cumulata delle differenze da riparto con popolazione pesata e popolazione secca



Elaborazione Regione Puglia (2018).

Ciò naturalmente non significa che i criteri di riparto siano l'unica ragione delle differenze regionali. Non è infatti possibile trascurare gli storici limiti culturali che purtroppo attanagliano le Regioni del sud Italia, da troppi decenni, e che naturalmente incidono sulla capacità di programmare ed implementare politiche virtuose, anche in campo sanitario.

Per contro, tuttavia, è innegabile che tale maggiore dotazione economica e finanziaria, aggiunta ad una maggiore capacità organizzativa, abbia permesso, ad esempio, alla Regione Emilia Romagna, di disporre di ospedali tecnologicamente avanzati, con una dotazione organica come già evidenziato del 50% in più, e di diventare anche una Regione attrattiva in materia di prestazioni sanitarie.

Una ulteriore variabile significativa delle differenze è, quindi, la mobilità sanitaria.

Il flusso migratorio dei cittadini residenti in una determinata Regione che scelgono di farsi curare in una altra Regione [decreto legislativo n. 502/1992], infatti, non è solo fisico, ma anche economico. La Regione dove risiede il cittadino che si cura in una altra Regione deve corrispondere una tariffa per il ricovero, la prestazione, il farmaco, ecc.

Nell'intesa del Riparto del FSN, definito il fabbisogno regionale e quindi l'assegnazione indistinta in ultimo sono sommati algebricamente i saldi di mobilità interregionali (per alcune Regioni i saldi sono positivi per altre negativi). Si riporta, ad esempio, la matrice di mobilità sanitaria ordinaria così come riportata sul riparto finale 2017, giusta Intesa Stato-Regioni DOC_060789_Rep. Atti. n 184 del 26 ottobre 2017, dalla quale si evince che l'Emilia Romagna ha un saldo attivo di 348 milioni di euro e la Puglia ha un saldo negativo di 172 milioni di euro.

Tabella 14 – Saldi di mobilità sanitaria 2017

MOBILITA' (importi in euro)	Riparto FSN 2017 CREDITI (Rif. ANNO 2015)	Riparto FSN 2017 DEBITI (Rif. ANNO 2015)	SALDO
REGIONI			
PIEMONTE	209.242.705	256.418.846	-47.176.142
VALLE D'AOSTA	11.644.322	20.197.238	-8.552.916
LOMBARDIA	936.368.866	333.305.058	603.063.808
BOLZANO	27.998.126	22.806.436	5.191.690
TRENTO	49.116.802	62.587.592	-13.470.790
VENETO	342.301.583	228.534.999	113.766.584
FRIULI VENEZIA GIULIA	88.180.138	76.177.095	12.003.043
LIGURIA	125.003.408	185.527.552	-60.524.144
EMILIA ROMAGNA	589.386.561	241.260.765	348.125.796
TOSCANA	330.145.782	178.718.772	151.427.010
UMBRIA	107.875.178	85.144.408	22.730.770
MARCHE	105.666.729	151.877.647	-46.210.918
LAZIO	301.915.221	372.813.015	-70.897.793
ABRUZZO	102.474.337	169.302.714	-66.828.377
MOLISE	91.623.980	64.372.139	27.251.841
CAMPANIA	137.680.559	400.544.186	-262.863.626
PUGLIA	129.609.705	301.907.757	-172.298.052
BASILICATA	80.399.210	101.942.774	-21.543.564
CALABRIA	27.491.781	294.120.403	-266.628.623
SICILIA	69.206.589	252.974.295	-183.767.706
SARDEGNA	17.085.723	79.883.613	-62.797.890
TOTALE	3.880.417.305	3.880.417.305	0

Fonte: Intesa Stato-Regioni DOC_060789_Rep. Atti. n 184 del 26 ottobre 2017

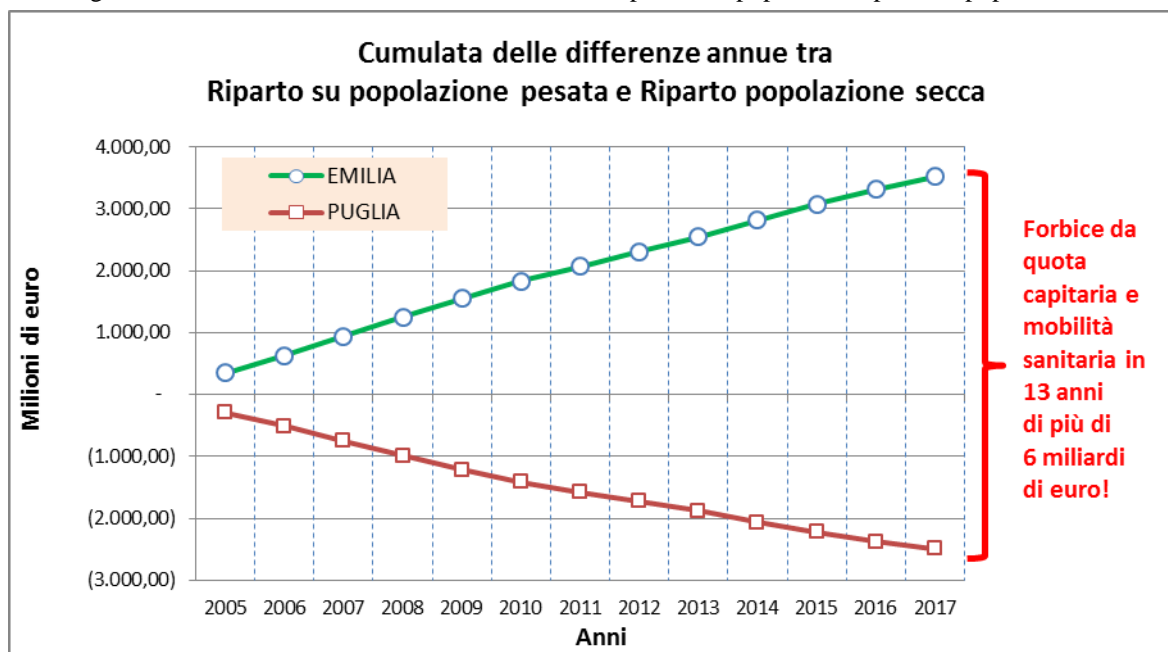
Il rimborso delle prestazioni in mobilità è indiscutibile. Le Regioni con mobilità attiva, anzi, lamentano maggiori costi rispetto alle tariffe di rimborso sebbene, anche per ragioni di costi marginali, le tariffe siano più che remunerative salvo probabilmente che per talune prestazioni ad alto costo.

Per una Regione con saldo passivo, tuttavia, la mobilità rappresenta una duplicazione di costi in quanto la Regione deve sempre garantire il proprio servizio pubblico e quindi standard minimi nelle proprie strutture ospedaliere e territoriali (con conseguenti costi fissi incompressibili). Inoltre, il DM 70⁸ ha introdotto una modalità di cristallizzazione della mobilità passiva attraverso il meccanismo di correzione dei posti letto per il quale chi ha mobilità attiva ha diritto a quote aggiuntive di posti letto e chi non la ha perde posti letto, e pertanto “chi è ricco diventa più ricco e chi è povero diventa più povero”.

Se si tiene conto, oltre che delle differenze da quota capitaria pesata, anche dei dati relativi alla mobilità sanitaria (attiva per l'Emilia Romagna e passiva per la Puglia) - e pur limitandosi solo a quella prodotta da strutture pubbliche e non private (che comunque in Emilia Romagna costituiscono quasi il 52% dell'intero valore della mobilità attiva) - si osserva che la forbice tra le due Regioni ha superato i 6 miliardi di euro, importo che, come è intuibile, rappresenta per una Regione, in 13 anni, un'incredibile occasione per sostenere investimenti di potenziamento e modernizzazione.

⁸ 3. Ai fini del calcolo della dotazione dei posti letti di cui al comma 2, in ciascuna regione: [...] si divide il costo medio del posto letto a livello nazionale per il valore finanziario del saldo di mobilità attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione, come riportato nella matrice della mobilità utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'ultimo anno disponibile al fine di individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra le regioni; 3. il numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80, ridotto a 0,65 a decorrere dall'anno 2016.

Figura 9 – Cumulata delle differenze da mobilità e riparto con popolazione pesata e popolazione secca



Elaborazione Regione Puglia (2018).

5. Conclusioni

Il paper si sofferma su quello che pare, al momento, uno dei principali problemi del Sistema Sanitario italiano che, pur dimostrandosi, nel confronto internazionale, uno dei più qualitativamente avanzati, evidenzia un drammatico e crescente divario territoriale, in particolar modo dal punto di vista della qualità dei servizi offerti.

L'analisi dimostra come, contrariamente a quanto spesso sostenuto dai fautori dei costi standard, il principale problema del Mezzogiorno rispetto alle risorse finanziarie non è legato all'esigenza di ridurre la spesa eliminando gli sprechi (i costi della produzione per abitante sono stati, nel 2016, pari a 1.861 euro in Puglia e a 2.093 euro in Emilia Romagna), quanto semmai quello di riconsiderare in maniera più equa i parametri di attribuzione delle risorse del Fondo sanitario, anche in virtù dei non trascurabili elementi di contesto che caratterizzano i rispettivi territori. Dai dati riportati nel paper emergono infatti:

- il rilevante impatto prodotto dall'adozione, negli ultimi quindici anni, del solo parametro dell'età per il riparto del FSN;
- la totale irrilevanza attribuita ad altri determinanti di salute, che hanno ripercussioni in termini di qualità della vita, prevenzione ed anche costi diretti ed indiretti (tra i quali la deprivazione);
- l'enorme e crescente incidenza dei costi della mobilità sanitaria che, da un lato, produce una duplicazione di costi per le Regioni a saldo passivo e, per altro verso, genera ulteriori ricavi per le Regioni a saldo attivo.

Il nostro Sistema sanitario è decentralizzato e organizzato in tre livelli: nazionale, regionale e locale e uno dei principali problemi a livello di erogazione è proprio l'eterogeneità a livello regionale, con le Regioni del Mezzogiorno che a stento riescono ad erogare i LEA la cui garanzia è prevista dalla Costituzione.

Per sanare differenze così rilevanti, che riguardano la quantità, e soprattutto la qualità, dei servizi sanitari offerti dalle Regioni del Mezzogiorno, è evidente l'imprescindibile necessità che sia lo Stato, nel suo ruolo di garante dei LEA come di tutti gli altri diritti costituzionalmente previsti, a riformare profondamente l'attuale meccanismo di distribuzione delle risorse.

Per quanto riguarda il riparto del Fondo sanitario, già la semplice riduzione del gap tra le quote determinate con le quote capitarie pesate rispetto a quelle ‘secche’ sarebbe un passo avanti (anche senza il voler considerare altri parametri la cui quantificazione risulta più difficoltosa). Ed in ogni caso si potrebbe prevedere l’istituzione di una task force che definisca una metodologia per la stima del fabbisogno di prestazioni e servizi sanitari, omogenei sul territorio nazionale, da cui far discendere un riparto effettivamente collegato ai bisogni di salute della popolazione.

Un ulteriore correttivo potrebbe essere quello di assegnare alle Regioni che hanno un saldo di mobilità sanitaria passivo, oltre alle quote del fondo indistinto, un finanziamento a 7/10 anni, di importo a scalare nel tempo, che permetta di sostenere nuove assunzioni e di finanziare dotazioni strumentali al fine di garantire un periodo minimo per la riduzione dei gap con le altre Regioni (forbice al contrario).

Infine, sarebbe possibile istituire una task force - anche coordinata direttamente dal Ministero della Salute - per realizzare in tema di sanità, attraverso specifici investimenti, quella perequazione infrastrutturale indispensabile ai fini della riduzione del divario e peraltro (anch’essa) prevista dalla Costituzione.

La task force potrebbe riproporre, in tema di investimenti, la stessa metodologia messa in campo per i Piani di Rientro.

I piani di Rientro, infatti, hanno certamente permesso il conseguimento dell’equilibrio economico in Regioni storicamente in perdita, ma hanno di fatto limitato gli investimenti e la crescita (si pensi al blocco del turnover), facendo in modo che, soprattutto nel Mezzogiorno, gli errori del passato diventassero insormontabili eredità per le nuove generazioni.

E’ questo il regionalismo differenziato che già vige nella sanità italiana, ed è di tutta evidenza che, senza la pianificazione di un vero percorso di convergenza coordinato dalle Amministrazioni centrali ed incentrato sul potenziamento delle dotazioni infrastrutturali e del personale sanitario, difficilmente le Regioni del Mezzogiorno potranno colmare gli attuali gap di cui soffrono rispetto al resto d’Italia.

Le altre policies cui le Regioni possono ricorrere, infatti, (centralizzazione degli acquisti, contrasto all’uso eccessivo dei farmaci e promozione dell’uso dei farmaci generici), pur essendo indubbiamente importanti, da sole non possono certamente far fare, ai rispettivi sistemi sanitari, i necessari passi avanti in termini di sviluppo e qualità.

Il punto cruciale, per le Regioni del Mezzogiorno, è quindi quello della corretta attribuzione delle risorse e della loro corretta allocazione, prima ancora di quello dell’autonomia gestionale.

C’è forse chi desidererebbe 20 Regioni a statuto speciale, ma se, a distanza di 40 anni dalla Legge 833 del 1978, dopo decenni di gestioni affidate alle singole Regioni (si parla di 20 servizi sanitari in Italia) vi sono differenze così significative, come si può pensare che una ulteriore autonomia possa essere la soluzione?

Potrà semmai essere vantaggiosa per quelle Regioni che dispongono di cospicue fonti di finanziamento aggiuntive rispetto alle quote del Fondo sanitario, mentre, per le Regioni del Mezzogiorno, un simile percorso molto più verosimilmente rischierebbe di tradursi in un ulteriore fattore di divaricazione della forbice di cui si è dato conto nel paper.

Ed infatti bisognerebbe addirittura chiedersi se, tenuto conto delle regole di finanza pubblica delle Regioni a statuto speciale e del finanziamento del Fondo Sanitario, in caso di una maggiore autonomia concessa ad alcune Regioni, alle altre residuerebbero, senza lo strumento della perequazione nazionale, le risorse necessarie alla sola propria sopravvivenza.

Bibliografia

- AA.VV. Rapporto sulla Finanza territoriale in Italia, Franco Angeli, anni vari.
- AA.VV. IL CONTROLLO COSTI IN UNA AZIENDA SANITARIA dalla Contabilità Analitica ai Costi Standard, gueriniNEXT.
- AIOP, L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto, 2016.
- ATELLA V., Spesa sanitaria e sostenibilità finanziaria: quale futuro?, in ASTRID, La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato, a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola, Bologna, il Mulino, 2010.
- CERGAS-SDA BOCCONI, Rapporto OASI 2017, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario, Egea, Milano (2017).
- CORTE DEI CONTI, Rapporto 2017 sul coordinamento della Finanza pubblica, luglio 2018.
- CORTE DEI CONTI, Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali, 2018.
- IPRES, Rapporto Puglia 2017, Cacucci editore, in corso di stampa.
- ISTAT, (2017), Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, disponibile on line www.istat.it.
- Ministero della Salute (2017), Rapporto SDO 2016, disponibile on line [http:// www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- PAMMOLLI F. , PAPA G. , SALERNO N. C. , La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la scatola nera delle differenze regionali, Quaderno CERM n. 2/2009.
- Ragioneria Generale dello Stato (2015), Le tendenze di medio-lungo termine del sistema pensionistico e sociosanitario, Rapporto 16 (settembre 2015).

ABSTRACT

The Italian Health System, one of the most performing in the World, is characterized by a dramatic divide existing between the South and the rest of the Country, as confirmed by recent monitoring data of LEA and PNE.

The paper analyses, in particular, the situation of Apulia Region, showing that, in recent years, the mechanism of National Health Fund distribution has completely ignored factors such as poverty and social privation, producing the increase of the gap between poor and rich territories and impeding the Southern Region to realize the investments necessary to recover this gap.