



www.lavoce.info

Sanità

SANITÀ: GLI SPRECONI

di [Massimiliano Piacenza](#) e [Gilberto Turati](#) 21.05.2010

Ancora disavanzi nei bilanci sanitari di alcune regioni, sempre le solite. Ma a quanto possono ammontare i risparmi di spesa non sfruttati? Nessuno lo sa con certezza, ma una stima per le regioni a statuto ordinario mostra che per quasi tutte il valore medio dell'inefficienza risulta sensibilmente più elevato negli ultimi anni. Forse è l'effetto della crescita delle aspettative di salvataggio da parte del governo centrale. E i risparmi potenziali di spesa pro capite più consistenti sono proprio in quelle con i conti in disordine. Cosa accade se il governo riduce i trasferimenti.



La storia si ripete: la **sanità** regionale ha accumulato anche nel 2009 più di 4 miliardi di euro di disavanzi, sostanzialmente concentrati in poche regioni, come negli ultimi anni. Tre dei quattro miliardi sono infatti dovuti ai conti di **Lazio, Campania e Calabria**, tre regioni che ricorrono spesso

nelle cronache degli ultimi anni per le difficoltà finanziarie. La storia potrebbe però avere un finale (forse) diverso rispetto al passato. Il governo ha infatti deciso nei giorni scorsi di non utilizzare i famosi Fondi per le aree sottoutilizzate (Fas) per ripianare i disavanzi di Campania, Lazio, Molise e Calabria, “graziando” invece Sicilia e Abruzzo. Per le regioni con i conti non in regola si richiede un nuovo piano di rientro, in assenza del quale scatterebbe un aumento delle aliquote delle imposte regionali. Seguendo la logica delle teorie economiche sul federalismo fiscale, sono infatti i cittadini delle regioni in rosso - responsabili di aver eletto politici inadatti a gestire le finanze regionali - che si devono sobbarcare il costo della loro decisione improvida.

SPESA EFFICIENTE PER LA SALUTE DEI CITTADINI

Naturalmente, perché la “punizione” possa funzionare come incentivo a migliorare, è necessario presupporre che ci siano effettivamente risparmi di spesa non sfruttati. E dall’evidenza aneddotica che abbiamo, raccolta anche dalle commissioni parlamentari di inchiesta, gli sprechi di risorse sembrano diffusi, più o meno in tutte le regioni, con carattere endemico in alcune. Ma **quanti** sono i quattrini che si potrebbero ragionevolmente risparmiare alla luce dei dati che abbiamo a disposizione? Aldilà degli aneddoti, nessuno ovviamente lo sa con certezza. È possibile tuttavia provare a “stimare” l’inefficienza regionale attraverso moderne tecniche di *benchmarking* disponibili in letteratura.

Esercizi di questi tipo sono diffusi nel settore della sanità, anche su dati italiani. **(1)** E ce ne saranno altri ancora non appena si cercherà di rendere operativa la legge 42/2009. Qui riportiamo i risultati di un esercizio sulle **regioni a statuto ordinario** nel periodo 1993-2006. **(2)**

Ma è necessaria una considerazione preliminare: l’individuazione dell’obiettivo perseguito dai sistemi sanitari regionali. È bene osservare che non si tratta affatto di un esercizio retorico: dall’analisi dei piani sanitari regionali sembra infatti evidente che nella gran parte dei casi non c’è una **visione strategica** nella gestione delle risorse. **(3)** Aldilà di qualche parola chiave (l’equità, l’efficienza, l’efficacia), evidentemente senza troppo significato, in molte regioni non si sa da dove si parte né dove si vuole arrivare. Immaginiamo quindi di attribuire ai Ssr l’obiettivo di garantire un certo livello di salute per i cittadini al minor costo possibile. Si tratta di un obiettivo plausibile alla luce della legge 833/78 che ha istituito il Ssn. E a partire da questo obiettivo ci chiediamo qual è la spesa efficiente (standard) necessaria per garantire quel dato livello di salute.

A questo punto dobbiamo però affrontare un secondo problema: come misuriamo la **salute dei cittadini**? A livello internazionale, si utilizzano spesso due indicatori: l’aspettativa (media) di vita alla nascita e il tasso di mortalità infantile. Sulla base di questi indicatori, nel periodo in esame, i Ssr hanno effettivamente contribuito a migliorare la salute: secondo i dati Istat, campiamo di più (da 80 a 84 anni per le donne, da 74 a 78 per gli uomini) e la mortalità infantile si è ridotta (da 8,1 a 3,7 bimbi morti per mille nati sani). Naturalmente con differenze, talvolta marcate, tra regioni.

Partendo dall’obiettivo di minimizzazione del costo di produzione della salute e utilizzando il **tasso di mortalità infantile** come *proxy* per misurare la salute, possiamo ora provare a “stimare” l’inefficienza, ovvero la percentuale di spesa sanitaria regionale in eccesso rispetto a quella minima necessaria per garantire un certo stato di salute ai cittadini, tenendo anche conto di altre variabili che possono influenzare la salute medesima, come il livello di istruzione, la spesa sanitaria privata, la composizione per sesso ed età delle popolazioni regionali. Si noti che questi risultati sono robusti rispetto alla specificazione della variabile di “output”, dal momento che valori analoghi di inefficienza si ottengono utilizzando l’aspettativa di vita alla nascita come indicatore per lo stato di salute. **(4)** Poiché il modello di *frontiera* di spesa stimato include anche un controllo per le caratteristiche peculiari delle singole regioni invariabili nel tempo (gli “effetti fissi”, come si dice in gergo, che catturano l’eterogeneità non osservata imputabile a fattori geografici, economici, culturali, ecc.), i valori di inefficienza risultanti vanno interpretati come spesa “in eccesso” rispetto all’inefficienza

“strutturale”: in altre parole, riflettono il **minimo risparmio** conseguibile. Si potrebbe ragionevolmente risparmiare ancora di più intervenendo su alcuni fattori strutturali che condizionano la “posizione” (elevata) della frontiera, in modo particolare per le regioni del Sud.

UN ESERCIZIO SUL RISPARMIO

Tabella 1. Inefficienza e risparmio pro capite di spesa sanitaria per le regioni a statuto ordinario

	Inefficienza media (%)1993-2006	Inefficienza media (%)2004-2006	Risparmio pro capite (€)2004-2006
Piemonte	2,2	4,2	70
Lombardia	1,1	1,5	24
Veneto	1,6	2,2	35
Liguria	2,4	3,2	59
Emilia Romagna	1,7	2,7	45
Toscana	2,0	3,6	60
Umbria	2,4	3,5	58
Marche	1,8	1,9	29
Lazio	1,9	4,5	88
Abruzzo	3,1	5,3	90
Molise	5,7	14,4	265
Campania	3,0	5,0	84
Puglia	2,8	3,3	50
Basilicata	3,2	5,5	82
Calabria	3,5	4,4	66

Fonte: rielaborazioni da Piacenza e Turati (2010)

La tabella 1 mostra i risultati delle stime, con riferimento sia all'intero periodo analizzato (1993-2006) sia a un sotto-periodo che include solo gli anni più recenti (2004-2006). È interessante notare come per quasi tutte le regioni il **valore medio dell'inefficienza** risulti sensibilmente più elevato nel secondo caso (in media 4,3 per cento di sovra-spesa, contro 2,5 per cento per l'intero periodo): l'incremento può essere interpretato come l'effetto della crescita delle aspettative regionali di *bailout* dei deficit da parte del governo centrale, fortemente accentuata a partire dal 2004, a seguito della sospensione e del successivo “allentamento” dei vincoli finanziari sovra-nazionali previsti dal Patto di stabilità e crescita. **(5)**

Focalizzando l'attenzione sul periodo 2004-2006 - che è quello più significativo alla luce del dibattito in corso sulla necessità di una revisione della disciplina fiscale a livello europeo - dalla tabella si evince come tra le regioni con **risparmi potenziali** di spesa pro capite più consistenti ci siano proprio quelle che attualmente presentano i conti in disordine. In particolare, il **Molise** presenta un valore di spesa inefficiente (265 euro pro capite) undici volte superiore a quello della regione più “virtuosa” (Lombardia, 24 euro pro capite); a seguire l'Abruzzo (90 euro pro capite), il Lazio (88 euro pro capite) e la Campania (84 euro pro capite), con risparmi potenziali circa 3,5 volte superiori. La **Calabria** – un'altra delle regioni con la sanità in rosso, a cui il governo ha negato in questi giorni la possibilità di utilizzare i fondi Fas per ripianare il deficit – pur esibendo un eccesso di spesa pro capite sui tre anni leggermente inferiore (66 euro pro capite), resta comunque nell'ordine di quasi tre volte il risparmio conseguibile dalla Lombardia e due volte quello delle Marche (la seconda regione più “virtuosa”, 29 euro pro capite) ed è fra le situazioni peggiori in termini di inefficienza media stimata (4,4 per cento), a breve distanza da Lazio (4,5 per cento) e Campania (5 per cento). Da evidenziare anche che alcune di queste realtà (Campania, Lazio) presentano “effetti fissi” di entità

elevata, dietro ai quali si annidano (almeno in parte) probabili inefficienze “strutturali” che si sommano a quelle presentate nella tabella 1. **(6)**

C'è di più. Una questione importante è capire cosa accadrebbe qualora il governo decidesse di “ridurre” i trasferimenti, incrementando la quota di finanziamento della spesa sanitaria a carico delle regioni, oggi principalmente basato sul gettito Irap. Due sono le possibilità: le regioni potrebbero **ridurre i servizi** ai cittadini e, per questa via, la salute potrebbe pure peggiorare. Oppure le regioni potrebbero **limitare gli sprechi**, ovvero la spesa pro capite in eccesso, naturalmente senza alcun effetto reale sulla salute dei cittadini. Ebbene, per il periodo 1993-2006, in base alle stime discusse sopra, le variazioni intervenute nel finanziamento regionale – attraverso il meccanismo delle aspettative di *bailout* – sembrano avere influenzato **solo** gli sprechi. Forse il rifiuto del ripiano da parte del governo non è poi un'idea così cattiva. Alle regioni la sfida del risanamento.

(1) Vedi Pammolli F., Papa G. e Salerno N.C. (2009), [La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la “scatola nera” delle differenze regionali - Il modello SaniRegio](#), Quaderno Cerm, n. 2-2009.

(2) Vedi Piacenza M. e Turati G. (2010), *Does fiscal discipline towards sub-national governments affect citizens' well-being? Evidence on health*, Università di Torino, Dipartimento di Scienze Economiche e Finanziarie “G. Prato”, Working Paper n. 12, aprile 2010.

(3) Vedi Pelliccia L. e Trimaglio F. (2009), “I Piani sanitari regionali: aspetti metodologici, contenuto e funzione”, in P. Bosi, N. Dirindin, G. Turati (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria*, Milano: Vita e Pensiero.

(4) Si veda ancora Piacenza e Turati della nota 2.

(5) Vedi Bordignon M. e Turati G. (2004), “Deficit e conflitti”, *lavoce.info*. La versione più tecnica è disponibile come Bordignon M. e Turati G. (2009), “Bailing out expectations and public health expenditure”, *Journal of Health Economics*, 28, 305–321.

(6) Un limite dei moderni modelli econometrici di frontiera con “effetti fissi” è l'impossibilità di misurare la componente “strutturale” (o persistente) di inefficienza, dal momento che essa viene assorbita dal termine che cattura l'eterogeneità regionale non osservata. Vedi Greene W. (2004), “Distinguishing between heterogeneity and inefficiency: stochastic frontier analysis of the World Health Organization's panel data on national health care systems”, *Health Economics*, 13, 959–980.