

## SPESA SANITARIA E SPERANZA DI VITA IN ITALIA: UN'ANALISI REGIONALE

Maria Rosaria Alfano e Claudia Cantabene (\*)

*Abstract:* Il modello di spesa sanitaria italiano ha subito riforme significative, già dagli anni Novanta del secolo scorso, passando da un sistema universalistico e centralizzato ad un modello basato sulla spesa regionale e sulle intese triennali Stato-regioni. Queste ultime sono state messe a dura prova dalla riforma di inizio millennio, che ha definito i Lea, e dai problemi di finanza pubblica, con la conseguente introduzione di un sistema di forte responsabilizzazione della spesa e della identificazione di regioni virtuose e regioni che hanno registrato elevati disavanzi e dunque sono sottoposte a specifici piani di rientro. Nel lavoro è stata studiata la relazione fra spesa sanitaria e aspettativa di vita alla nascita, per le regioni italiane negli ultimi vent'anni. L'analisi sulle regioni a statuto ordinario ha evidenziato una correlazione positiva tra aspettativa di vita e spesa pubblica sanitaria *pro capite* corrente. Inoltre, sono state esaminate le differenze esistenti tra regioni virtuose e quelle che, avendo manifestato gravi disavanzi, sono state sottoposte a piani di rientro/commissariamento; i risultati mostrano che, in generale, tali piani hanno provocato una significativa riduzione della speranza di vita. Infine, è stato calcolato il valore della spesa sanitaria in termini di costo per anno di vita guadagnato e, anche in questo caso, emerge che talune regioni sottoposte al piano di rientro hanno registrato un costo inferiore alla media nazionale. In sintesi l'analisi svolta ha evidenziato che negli ultimi vent'anni le riforme poste in essere nel processo della spendita dei fondi sanitari hanno incrementato i divari regionali e minato il diritto alla salute costituzionalmente garantito a tutti i cittadini italiani.

Sommario: 1. *Premessa.* – 2. *Intese Stato-regioni in materia sanitaria.* – 3. *Un'analisi dei dati per regioni.* – 4. *Conclusioni.*

### 1. *Premessa*

Nell'ultimo ventennio si è avuta una importante evoluzione nella cura delle malattie e nei percorsi di assistenza dei pazienti, causata da numerosi fattori: dal progresso degli studi scientifici allo sviluppo delle biotecnologie. Questo processo ha ridotto significativamente gli esiti negativi a lungo termine delle malattie, allungando la sopravvivenza dei pazienti, ma ha anche incrementato il costo di gestione delle malattie.

L'effetto di crescita della spesa sanitaria ha suscitato l'interesse degli studiosi, che hanno investigato il rapporto costo-efficacia, dei singoli trattamenti medici e dei programmi sanitari, quantificando il valore della spesa con il costo per anno di vita guadagnato.

Di fondamentale importanza sono il lavoro di Tengs *et al.* (1995) della Harvard School of Public Health di Boston, che calcola il costo mediano per anno di vita salvato, e l'analisi dell'Oms (1995) Qaly (1), diventata uno strumento riconosciuto a livello internazionale per valutare il valore monetario di una politica sanitaria o di un trattamento terapeutico.

Queste tematiche relative alla spesa che una collettività è disposta a sostenere per salvare una vita assumono fondamentale importanza in un sistema come quello italiano, che già dagli anni Novanta del secolo scorso, con l'acuirsi dei problemi di finanza pubblica, ha dovuto affrontare la questione del miglioramento dell'efficienza della spesa per il servizio sanitario nazionale, che rappresenta una grossa parte dei bilanci regionali. Per queste ragioni, l'evoluzione storica della spesa sanitaria nelle regioni italiane ha assunto un'importanza ancora più cruciale allorché è stata modificata la lunga stagione di aggiustamenti *ex post* rispetto alla spesa storica.

Ad inizio del nuovo millennio, ed in virtù del d.lgs. n. 56/2000, la sede di definizione del sistema di *governance* nel settore sanitario è stata individuata nelle intese Stato-regioni. In tali intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le regioni convengono sul livello di finanziamento del Ssn per il periodo di vigenza dell'intesa, al fine di garantire alle regioni le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Con le intese sono state definite anche le regole di governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti a carico delle regioni.

---

(\*) Professoressa associate presso il Dipartimento di economia dell'Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

(1) Indice di qualità della vita – *Life quality index* – rappresenta un indicatore sociale combinato per la valutazione della vita, considerata anche dal punto di vista qualitativo. Comprende: misure del Pil *pro capite* come indice delle risorse e della qualità della vita; misure riferite all'aspettativa di vita come indice dello sviluppo sociale, della qualità ambientale e della salute pubblica di un Paese.

Tuttavia, fino alla recente l. 5 maggio 2009, n. 42 (delega al Governo in materia di federalismo fiscale) e ai successivi provvedimenti, lo snodo della spesa storica ha ancora un qualche rilievo.

L'impostazione del modello SaniRegio, che stima una relazione funzionale media della spesa sanitaria, fornisce scostamenti regionali che possono essere imputati a inefficienza e a differenze qualitative delle prestazioni offerte a livello territoriale.

## 2. Intese Stato-regioni in materia sanitaria

Le intese su cui si è retto un sistema in via di modificazione sono recepite con apposita disposizione normativa e riguardano periodi di tempo limitati. Con l'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, recepito dal d.l. n. 347/2001, e la legge finanziaria per l'anno 2002 (l. n. 448/2001) è stato introdotto il cosiddetto "sistema premiale" che consiste nel subordinare l'erogazione alle regioni di una parte del finanziamento del Ssn al rispetto dell'equilibrio di bilancio del settore sanitario, attraverso la garanzia dell'equilibrio di bilancio annuale dei singoli sistemi sanitari regionali (Ssr).

Con la riforma di inizio millennio sono stati definiti i Lea (Livelli essenziali di assistenza), per rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni minime dei Ssr e le regole di compartecipazione in ordine alle prestazioni sociosanitarie (2).

Negli anni considerati la dinamica della spesa sanitaria corrente ha registrato un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel quinquennio 2001-2005, tuttavia, l'attuazione del sistema premiale ha evidenziato la presenza di due gruppi di regioni: a) le regioni virtuose, che hanno manifestato equilibrio o disavanzi sanitari contenuti e B) le regioni con elevati disavanzi, che hanno manifestato disavanzi rilevanti e difficilmente affrontabili con ordinarie misure di copertura e allo stesso tempo hanno evidenziato gravi carenze nell'erogazione dei Lea.

Con i Patti per la salute 2007-2009 (intesa Stato-regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (intesa Stato-regioni del 3 dicembre 2009) è stata predisposta una strumentazione normativa che ha indirizzato il sistema sul "principio della forte responsabilizzazione" sia delle regioni "virtuose", sia delle regioni con elevati disavanzi. Per queste ultime sono stati previsti specifici piani di rientro, che hanno costituito uno strumento fondamentale del sistema di *governance* del Ssn diretto alla risoluzione dei problemi di efficienza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse.

Il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie, la definizione di indicatori di efficienza e di appropriatezza e il monitoraggio dei fattori di spesa hanno consentito di conseguire, negli ultimi anni, un significativo rallentamento della dinamica della spesa, che nel periodo 2007-2016 ha registrato una variazione media annua pari allo 0,9% con un decremento assoluto negli anni 2011-2016.

A ciò si aggiunge l'esigenza di armonizzazione dei bilanci della pubblica amministrazione, introdotta fin dall'approvazione della l. delega n. 42 del 5 maggio 2009 sul federalismo fiscale, e della Legge di contabilità e finanza pubblica (l. n. 196 del 31 dicembre 2009), che è divenuta realtà a seguito dell'approvazione del d.lgs. n. 118/2011 e, ancor più, con il d.lgs. integrativo e correttivo n. 126/2014. Così, dopo tre anni di sperimentazione, il nuovo sistema di contabilità e bilancio definito dal decreto legislativo delegato di attuazione della l. n. 42/2009, è diventato definitivo. Dal primo gennaio 2015 per gli enti territoriali sono state introdotte le disposizioni dirette a garantire un'agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, attraverso l'istituzione della Gestione sanitaria accentrata (Gsa); la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative alla sanità; la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario, attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità. Il d.lgs. n. 118/2011 si caratterizza per l'adozione della competenza potenziata, che rafforza la programmazione di bilancio; consente di conoscere i debiti effettivi delle p.a.; evita l'imputazione contabile di entrate future e di impegni inesistenti; favorisce la modulazione dei debiti secondo gli effettivi fabbisogni e avvicina la competenza finanziaria a quella economica.

Le novità hanno interessato il sistema contabile, spostando l'attenzione sulle osservazioni *ex post* della gestione e sulla contabilità economico-patrimoniale, e allo stesso tempo hanno introdotto nel settore pubblico logiche e principi manageriali (3). Le p.a. sono indotte al cambiamento, implementando politiche improntate ad un virtuoso rapporto con l'ambiente esterno, che si sostanziano nell'adozione di soluzioni innovative di governo basate sulla cooperazione nel contesto attuale post crisi e post pandemia.

Le soluzioni innovative si concretizzano nel superamento delle difformità negli schemi di bilancio che provocava dispendiose attività per portare a coerenza i diversi schemi contabili delle amministrazioni attraverso lavori di riconciliazione *ex post*, limitando di fatto la trasparenza delle elaborazioni. In questo modo è stata garantita maggiore trasparenza dei dati contabili, che permette il raggiungimento dell'efficienza nella gestione e

(2) Il 12 gennaio 2017 è stato emanato il nuovo d.p.c.m. che ha provveduto ad aggiornare i Lea definiti nel 2000.

(3) Christensen e Lægreid (2009), Meneguzzo e Lega (1999).

nell'utilizzo delle risorse pubbliche, la migliore allocazione delle risorse pubbliche e la confrontabilità dei dati di bilancio, nonché di migliorare la rappresentazione della situazione economico finanziaria delle p.a. con sistemi più rispondenti alle esigenze degli *stakeholder* e dei *policy maker* che devono perseguire le politiche di contenimento della spesa pubblica.

### 3. Un'analisi dei dati per regioni

La sanità pubblica ha tradizionalmente considerato che il ruolo principale dei servizi sanitari fosse quello di alleviare le malattie, piuttosto che di migliorare la salute della popolazione. Alcuni importanti studi statunitensi (4) stimano che l'accesso alle cure mediche potrebbe avere effetti sulla longevità. In questo scenario, una maggiore offerta di cure primarie e di medici curanti potrebbe essere associata a un miglioramento della salute e a una riduzione della mortalità. Questa teoria è confermata anche per l'Italia, se consideriamo i dati a livello nazionale, come si evince dall'analisi di Russo, Romano e Straniscia (2019) sulla serie storica 1990-2016.

Queste analisi, unitamente agli effetti delle riforme improntate al federalismo sanitario che hanno interessato il sistema sanitario italiano e alla considerazione che ad oggi le singole regioni sono investite delle competenze inerenti alla spesa sanitaria, costituiscono la premessa del nostro lavoro. In linea con l'approccio metodologico utilizzato da Cutler *et al.* (2006), abbiamo condotto un'analisi della serie storica dei dati di spesa sanitaria e di aspettativa di vita alla nascita per le regioni italiane, al fine di evidenziare l'evoluzione e la relazione tra spesa sanitaria regionale e aspettativa di vita a livello di singola regione italiana negli ultimi 20 anni.

Sulla base della tipologia di dati statistici nazionali utilizzati, sono stati raccolti i dati di aspettativa di vita alla nascita e di spesa sanitaria pubblica corrente *pro capite* per tutte le regioni d'Italia, relativi al periodo compreso tra il 2000 e il 2019.

I grafici riportati in Appendice 1 evidenziano che, per le regioni a statuto ordinario, si conferma nella maggior parte dei casi una correlazione positiva tra l'aspettativa di vita e la spesa pubblica sanitaria *pro capite* corrente, per cui l'aspettativa di vita cresce al crescere della spesa.

Successivamente, considerato che il percorso istituzionale ha distinto tra regioni virtuose, che hanno manifestato equilibrio o disavanzi sanitari contenuti, e regioni con elevati disavanzi, che hanno manifestato disavanzi rilevanti e gravi carenze nell'erogazione dei Lea, abbiamo investigato quali effetti si sono avuti, in termini di speranza di vita, nelle regioni che sono state sottoposte a piani di rientro/commissariamento.

Abbiamo calcolato la media delle variazioni nel periodo, per vedere l'andamento della speranza di vita nelle regioni sottoposte a piano di rientro che hanno, quindi, dovuto imporre restrizioni all'accesso alle cure e all'utilizzo dei servizi sanitari. I risultati, riportati nei grafici in Appendice 2, evidenziano che, ad eccezione del Molise, in tutte le regioni la variazione media della speranza di vita ha subito una significativa riduzione nel periodo durante il quale la regione è stata sottoposta a piano di rientro. Ulteriore conferma di tale andamento è desumibile dai grafici di Piemonte e Liguria che, una volta ultimato il piano di rientro, hanno visto un debole incremento della speranza di vita, anche se non hanno raggiunto i livelli precedenti. Pertanto, risulta confermata la relazione positiva tra spesa sanitaria e aspettativa di vita e risulta altresì evidente che le restrizioni della spesa sanitaria sono correlate ad una riduzione della speranza di vita. Ciò pone in evidenza il problema della disuguaglianza nell'accesso alle cure e all'utilizzo dei servizi per i contribuenti/cittadini che, pur avendo identici obblighi tributari, vedono violato il loro principio di equità orizzontale.

L'analisi degli effetti ha evidenziato che è necessario abbattere le disuguaglianze e garantire universalmente il diritto alla salute dei cittadini indipendentemente dallo spazio geografico in cui risiedono. La sfida futura sarà ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli servizi sanitari regionali, tra la quantità e tipologia di prestazioni erogate dai Ssr e i Lea, nonché tra finanziamento del Ssn e vincoli di finanza pubblica. Il divario già esistente nel campo della sanità potrebbe essere allargato dall'attuazione del progetto di autonomia differenziata (5) che, per quanto fondata sui Lep (Livelli essenziali di prestazioni), potrebbe restringere le risorse statali per i servizi e le funzioni da devolvere a livello regionale.

Per completare l'analisi è stato calcolato il valore della spesa sanitaria in termini di costo per anno di vita guadagnato per ciascuna regione; attualizzando i valori annuali di spesa corrente *pro capite* al 2015 sulla base dei coefficienti di conversione dei valori monetari annuali tra il 2000-2019, individuati dall'Istat attraverso gli indici regionali dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati. Infine, è stato calcolato il costo per anno di vita guadagnato rapportando la variazione di spesa sanitaria *pro capite* con la variazione di aspettativa di vita alla nascita nel periodo considerato.

---

(4) Gulliford (2017).

(5) Petretto (2023).

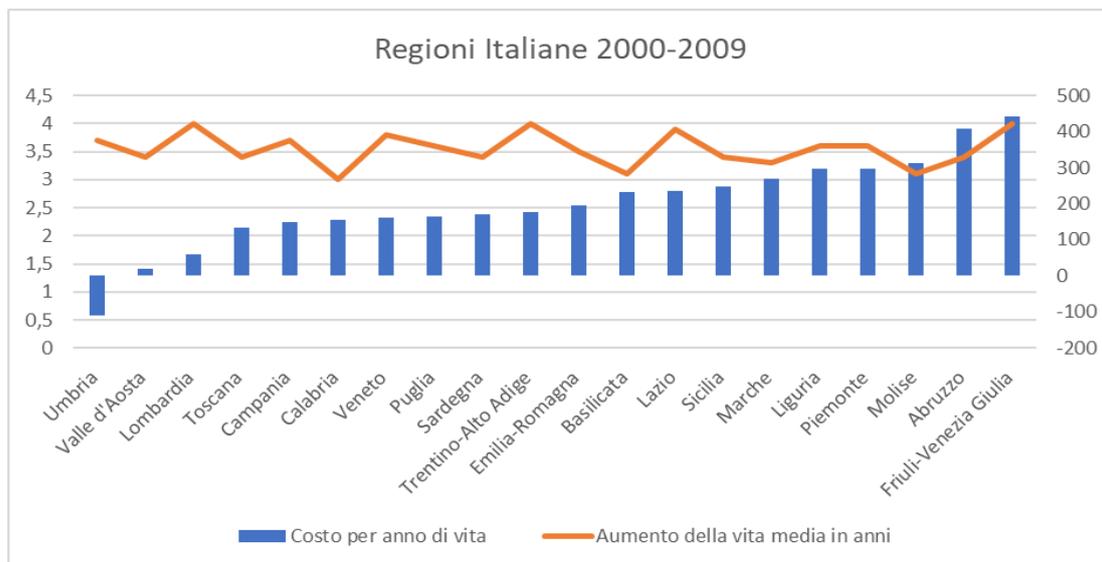
Seguendo l'approccio di Russo, Romano e Straniscia (2019), per ciascuna regione il costo per anno di vita guadagnato è stato calcolato assumendo che il 50% della variazione di aspettativa di vita alla nascita fosse la conseguenza dell'organizzazione sanitaria, mentre una quota complementare della crescita dell'aspettativa di vita fosse l'effetto di fattori indipendenti. I risultati sono nella tabella 1

Tabella 1. Spesa sanitaria, aspettativa di vita e costo per anno di vita guadagnato nelle regioni italiane

		2000	2005	2010	2015	2019	$\Delta$ 2000 - 2019	
Piemonte	Spesa	1521.89	1666.73	1963.99	1810.32	2059.28	537.39	
	Aspettativa di vita	79.3	80.6	81.7	82.1	82.9	3.6	
	Costo							298.55
Valle d'Aosta	Spesa	1767.59	1951.30	2108.42	1810.01	1802.92	35.33	
	Aspettativa di vita	79.3	79.7	81.3	81.1	82.7	3.4	
	Costo							20.78
Lombardia	Spesa	1788.15	1780.23	1799.84	1759.50	1908.57	120.42	
	Aspettativa di vita	79.6	80.9	82	82.8	83.6	4	
	Costo							60.21
Trentino-Alto Adige	Spesa	1684.05	1966.69	2204.65	2021.30	2035.59	351.54	
	Aspettativa di vita	80.2	81.4	82.6	83.4	84.2	4	
	Costo							175.77
Veneto	Spesa	1558.64	1705.09	1729.99	1515.98	1867.17	308.53	
	Aspettativa di vita	80	81.3	82.4	82.9	83.8	3.8	
	Costo							162.38
Friuli-Venezia Giulia	Spesa	1393.22	1637.50	1874.21	1691.60	2280.53	887.31	
	Aspettativa di vita	79.5	80.7	81.8	82.4	83.5	4	
	Costo							443.66
Liguria	Spesa	1485.90	1723.23	1905.74	1524.49	2018.28	532.39	
	Aspettativa di vita	79.5	80.7	81.7	82.2	83.1	3.6	
	Costo							295.77
Emilia-Romagna	Spesa	1790.48	1753.76	2025.50	2007.35	2130	339.52	
	Aspettativa di vita	80.1	81.3	82.4	82.9	83.6	3.5	
	Costo							194.01
Toscana	Spesa	1594.69	1701.99	1804.62	1445.59	1824.20	229.51	
	Aspettativa di vita	80.2	81.5	82.5	82.8	83.6	3.4	
	Costo							135.01
Umbria	Spesa	1963.98	1785.82	1833.96	1781.84	1943.35	-20.62	
	Aspettativa di vita	80.3	81.1	82.3	82.8	84	3.7	
	Costo							-11.15
Marche	Spesa	1435.59	1590.44	1825.12	1828.29	1879.43	443.84	
	Aspettativa di vita	80.7	82.1	82.8	83	84	3.3	

	Costo							268.99
Lazio	Spesa	1434.64	1843.54	1914.95	1765.41	1896.15	461.51	
	Aspettativa di vita	79.3	80.4	81.3	82	83.2	3.9	
	Costo							236.67
Abruzzo	Spesa	1186.98	1567.87	1685.47	1834.99	1880.16	693.17	
	Aspettativa di vita	79.9	81.1	81.7	82.3	83.3	3.4	
	Costo							407.75
Molise	Spesa	1293.08	1289.25	1572.95	2094.41	1775.94	482.86	
	Aspettativa di vita	79.9	80.6	81.6	82	83	3.1	
	Costo							311.52
Campania	Spesa	1362.05	1367.61	1441.06	1515.12	1640.66	278.61	
	Aspettativa di vita	77.9	79.1	80.1	80.4	81.6	3.7	
	Costo							150.60
Puglia	Spesa	1397.05	1482.10	1772.89	1560.76	1695.38	298.33	
	Aspettativa di vita	79.6	81	82.1	82.3	83.2	3.6	
	Costo							165.74
Basilicata	Spesa	1467.84	1607.20	1658.04	1606.96	1827.14	359.29	
	Aspettativa di vita	79.4	80.6	81.8	82	82.5	3.1	
	Costo							231.80
Calabria	Spesa	1316.40	1652.33	1539.7	1701.06	1550.261	233.86	
	Aspettativa di vita	79.4	80.5	81.6	81.7	82.4	3	
	Costo							155.91
Sicilia	Spesa	1356.89	1558.70	1587.65	1603.69	1778.88	421.99	
	Aspettativa di vita	78.6	80	80.9	81.2	82	3.4	
	Costo							248.23
Sardegna	Spesa	1512.34	1815.85	1862.61	1774.14	1804.45	292.10	
	Aspettativa di vita	79.6	80.6	81.8	82.2	83	3.4	
	Costo							171.82

Il valore complessivo della spesa sanitaria pubblica, espresso in termini di costo per anno di vita guadagnato, nelle regioni italiane negli ultimi 19 anni è riportato nel grafico seguente in funzione della quota di variazione cumulativa dell'aspettativa di vita attribuibile alla gestione sanitaria.



Dalla tabella e dal grafico si desume agevolmente che regioni come Campania, Calabria, Puglia e Sardegna, che sono state sottoposte al piano di rientro, hanno un costo inferiore alla media nazionale, che si attesta sul costo di 201 euro per anno di vita guadagnato. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che, nel periodo in cui le regioni sono state sottoposte al piano di rientro, il valore della spesa sanitaria è sensibilmente diminuito. Riducendosi il numeratore, il costo per anno di vita guadagnato risulta più basso. Nel periodo considerato l'aumento nell'aspettativa di vita è stato in media di 3,5 anni, oscillando fra un minimo di 3 anni in Calabria e Basilicata ad un massimo di 4 anni in Lombardia, Trentino Alto-Adige e Friuli-Venezia Giulia.

Le variazioni regionali nella spesa sanitaria sono, invece, molto più marcate e il differenziale regionale nel costo per anno di vita guadagnato riflette tali disuguaglianze. In alcune regioni del Nord l'incremento nella spesa sanitaria fra il 2000 e il 2019 è stato di più di 500 euro *pro capite* (Piemonte, Liguria) arrivando a superare 800 euro *pro capite* in Friuli-Venezia Giulia. Invece, la stessa variazione nelle regioni del Sud è compresa tra i 230 e i 420 euro *pro capite*; fanno eccezione Molise e Abruzzo, che hanno rispettivamente un incremento nella spesa sanitaria di oltre 480 e 690 euro *pro capite*. In queste regioni, nonostante i piani di rientro, la variazione è elevata perché la spesa nell'anno iniziale era molto bassa.

Dalle analisi si evince che i piani di rientro/commissariamento, imposti a talune regioni dal 2007 in poi, hanno contribuito ad ampliare i divari esistenti fra regioni virtuose e regioni in disavanzo. Ovviamente, l'aspettativa di vita dipende sia da fattori interni sia esterni al sistema sanitario, ma comunque le riforme istituzionali del servizio sanitario hanno prodotto un rilevante valore, ad un costo per anno di vita guadagnato decisamente basso se rapportato a quello di altri Paesi sviluppati.

#### 4. Conclusioni

Il diritto alla salute rappresenta un diritto fondamentale per ogni individuo. Si tratta di un diritto universale che dovrebbe essere garantito a chiunque, indistintamente. Come emerge dal piano sopra delineato, lo stato delle disuguaglianze esistente al momento tra le regioni italiane in ambito sanitario non permette un diritto alla salute di tipo universalistico.

La Costituzione italiana tutela il diritto alla salute dei cittadini sia come diritto individuale che come diritto collettivo. In questo *framework* fu istituito il Ssn, di cui alla l. n. 833/1978, che intendeva fornire assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro. Nella stessa direzione si muove la Carta sociale europea, la quale statuisce che ogni persona ha diritto di usufruire di tutte le misure che consentono di godere del miglior stato di salute ottenibile.

Il ciclo di riforme degli anni Novanta e le due importanti novità legislative, la riforma del titolo V della Costituzione e il d.lgs. n. 56/2000, hanno attivato un processo di federalismo fiscale in materia di sanità. Queste riforme hanno statuito che la sanità è divenuta materia concorrente tra Stato e regioni; realizzando il principio di sussidiarietà, secondo il quale il sistema di governo deve essere vicino ai cittadini per coglierne meglio i bisogni. Pertanto, lo Stato ha il compito di stabilire il quadro normativo generale, le regioni hanno il compito di legiferare sul proprio territorio, per attuare le linee guida del Governo centrale e organizzare i servizi della sanità pubblica utilizzando il gettito dell'Iva, dell'Irpef e il fondo di perequazione e successivamente dell'Irap. Formalmente, la devoluzione avrebbe funzionato, in quanto è lo Stato a stabilire l'ammontare dei fondi per finanziare i Lea, ma il problema è che gli eventuali deficit di bilancio sono stati posti a carico della fiscalità regionale.

Questa circostanza, congiuntamente ai vincoli di finanza pubblica che negli anni sono stati sempre più stringenti, ha spinto il sistema fino al punto in cui i volumi di assistenza erogati debbano essere compatibili con le risorse assegnate. Se poi consideriamo che i finanziamenti sono stati sempre più a carico della fiscalità regionale e che il divario tra lo sforzo fiscale delle diverse regioni non si è ridotto a causa dell'attuazione del federalismo fiscale, è evidente che le disuguaglianze territoriali sono marcate. In questo modo uno dei principi cardine del nostro *welfare* sanitario è stato violato, come conferma il nostro studio sulla speranza di vita e come abbiamo avuto modo di sperimentare durante il periodo della pandemia di Covid-19.

I nostri risultati sono in linea con la letteratura (McCartney *et al.* 2019) che afferma l'importanza della politica, dell'economia e delle politiche pubbliche nel determinare la salute della popolazione. I *policy makers* dovrebbero essere consapevoli che migliori livelli assistenziali, migliore accesso all'assistenza sanitaria, più efficienti politiche in materia di salute e l'aumento della spesa sanitaria nelle aree a più basso reddito hanno impatto positivo sulla speranza di vita; al contrario maggiori disuguaglianze sia sanitarie che di reddito influiscono negativamente sulla speranza di vita media. Quindi, è fondamentale che anche i sistemi economici ed istituzionali moderni tengano in considerazione la salute della popolazione e implementino politiche volte a sostenere gli stati assistenziali, attraverso una spesa pubblica adeguata ai bisogni delle popolazioni

Se ai fattori fiscali ed istituzionali associamo anche le dinamiche demografiche dei prossimi decenni, che indicano un'espansione della domanda di beni e servizi sanitari, imputabili all'aumento della popolazione nelle fasce di età più elevate, in cui i bisogni sanitari sono maggiori, la situazione è destinata a peggiorare. L'aumento della quota di popolazione anziana dipende sia dal costante incremento della speranza di vita, dal processo di invecchiamento delle generazioni del *baby boom* nonché dalla recente tendenza di riduzione delle nascite.

L'elevato livello della speranza di vita e la significativa dinamica attesa per i prossimi decenni potrebbero generare problemi rispetto al vincolo delle risorse disponibili. Tuttavia, se l'aumento della speranza di vita sarà accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute una parte importante dell'incremento dei costi sanitari non si realizzerà. Ma è altresì evidente che per fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche, senza compromettere il livello di benessere, sarà necessario recuperare maggiori livelli di efficienza ed efficacia nell'azione di *governance* del sistema sanitario; ma allo stesso tempo sarà necessario contrastare le persistenti disuguaglianze con interventi e politiche urgenti (6).

L'esperienza maturata nell'ambito dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria relativa ai criteri di riparto del finanziamento, al controllo dei programmi di spesa regionali, alla verifica delle performance in termini di produzione ed erogazione di servizi nonché la correzione degli andamenti rispetto a valori di *benchmark* dovrebbe garantire margini di razionalizzazione, senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi tra le regioni. Tuttavia, al momento quello che desta attenzione è che, in talune regioni, i fattori di natura demografica (nascite e migrazione giovanile) e i fattori di natura economica (progresso tecnologico, ecc.) potrebbero operare in senso restrittivo e mettere a serio rischio il diritto alla salute in talune aree del Paese, andando ad ampliare i divari già esistenti.

Tale circostanza dipende essenzialmente dall'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionalizzato. Pertanto, sarebbe necessario allocare una divisione del Fondo sanitario alle regioni, che vada a ridurre i divari territoriali e soddisfi i bisogni di salute della popolazione residente. Non sembra sostenibile che, nei prossimi anni, regioni come la Campania e la Calabria ricevano minori finanziamenti per la sanità, senza tenere in alcun conto lo stato di salute dei cittadini, che è peggiore rispetto ad altre regioni. In un contesto come quello italiano, anche se si raggiungesse un efficiente ed efficace sistema di *governance*, non ci sarebbero le risorse adeguate a far fronte alla crescente domanda di beni e servizi sanitari dovuti all'invecchiamento della popolazione residente, alla migrazione degli individui in età lavorativa e alla minore attrattività territoriale di attività imprenditoriali che alimentano il finanziamento del bilancio sanitario regionale. Dall'osservazione congiunta di tutti questi elementi emerge che il problema non è solo quello della sostenibilità economica, ma anche quello della sostenibilità socio-politica del Ssn. Infatti, i divari regionali che si stanno creando minano il principio di solidarietà che ispira il *welfare* e rischiano di alimentare tensioni sociali tra una collettività che mal sopporta l'inasprimento della pressione fiscale, da un lato, e una collettività che sperimenta peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso a cure che dovrebbero essere universalmente garantite, dall'altro.

In conclusione, oggi più che mai è urgente ricercare un nuovo equilibrio tra costi, livello delle prestazioni e finanziamenti alla luce dei vincoli di finanza pubblica, per salvaguardare la sostenibilità dell'intero sistema di *welfare* costituzionalmente garantito.

---

(6) Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2018).

### *Bibliografia*

Christensen, Tom e Per Læg Reid. 1999. "New public management: Design, resistance, or transformation? A study of how modern reforms are received." *Public Productivity & Management Review*. 2:69-193.

Cutler, David M., Allison B. Rosen e Sandeep Vijan. 2006. "The value of medical spending in the United States, 1960-2000." *The New England Journal of Medicine*. 355:920-927.

Gulliford, Martin. 2017. "Access to primary care and public health." *The Lancet Public Health*. 12:e532-e533. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30218-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30218-9)>.

McCartney, Gerry, Wendy Hearty, Julie Arnot, Frank Popham, Andrew Cumbers e Robert McMaster. 2019. "Impact of political economy on population health: a systematic review of reviews." *American journal of public health*. 6:e1-e12.

Meneguzzo, Marco e Federico Lega. 1999. "Dal New Public Management al rinnovamento della pubblica amministrazione: un'analisi comparata del ruolo dei premi all'innovazione." *Azienda pubblica*. 4:457-476.

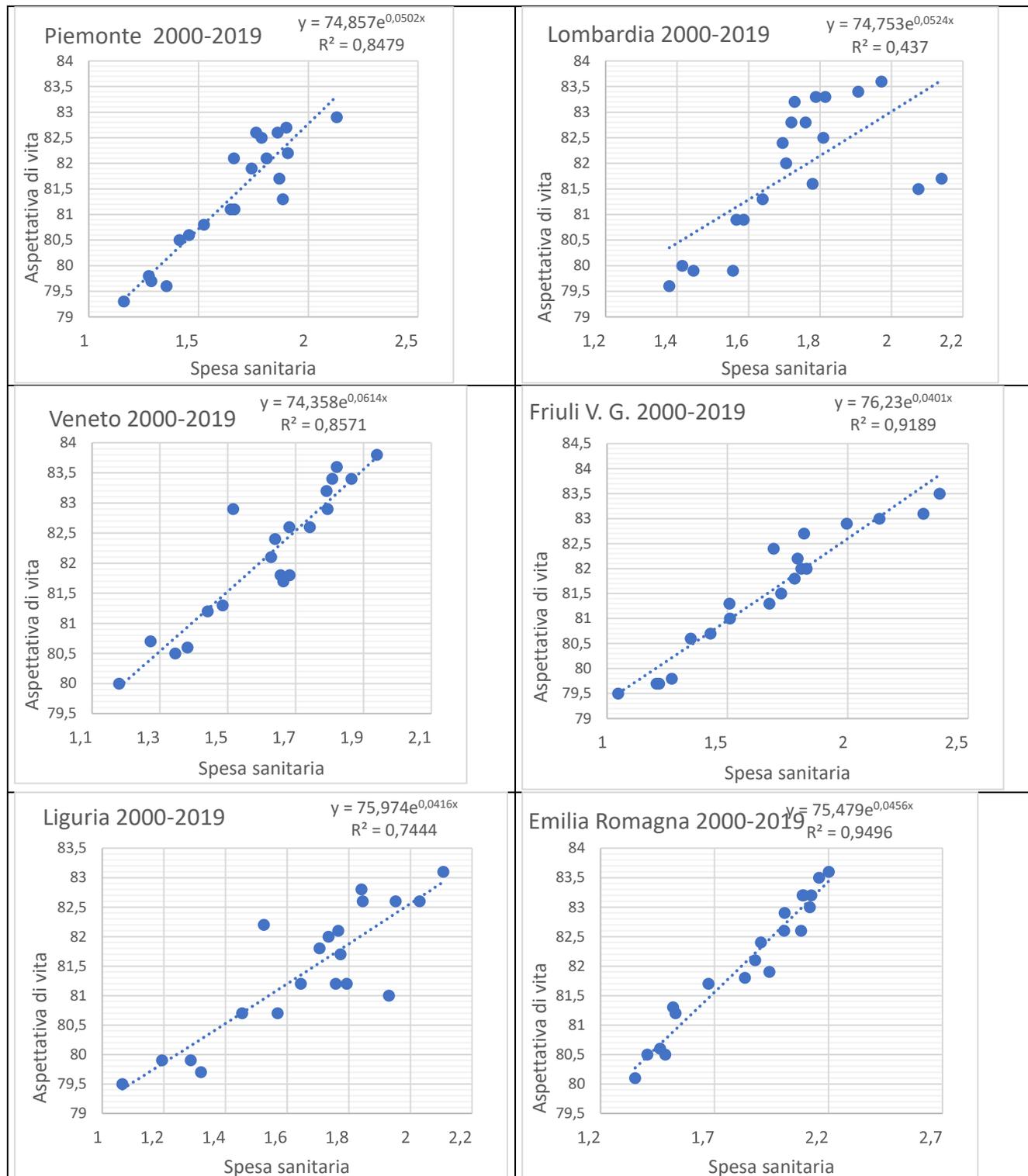
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. 2018. *Le disuguaglianze di salute in Italia*. <<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4663168.pdf>>.

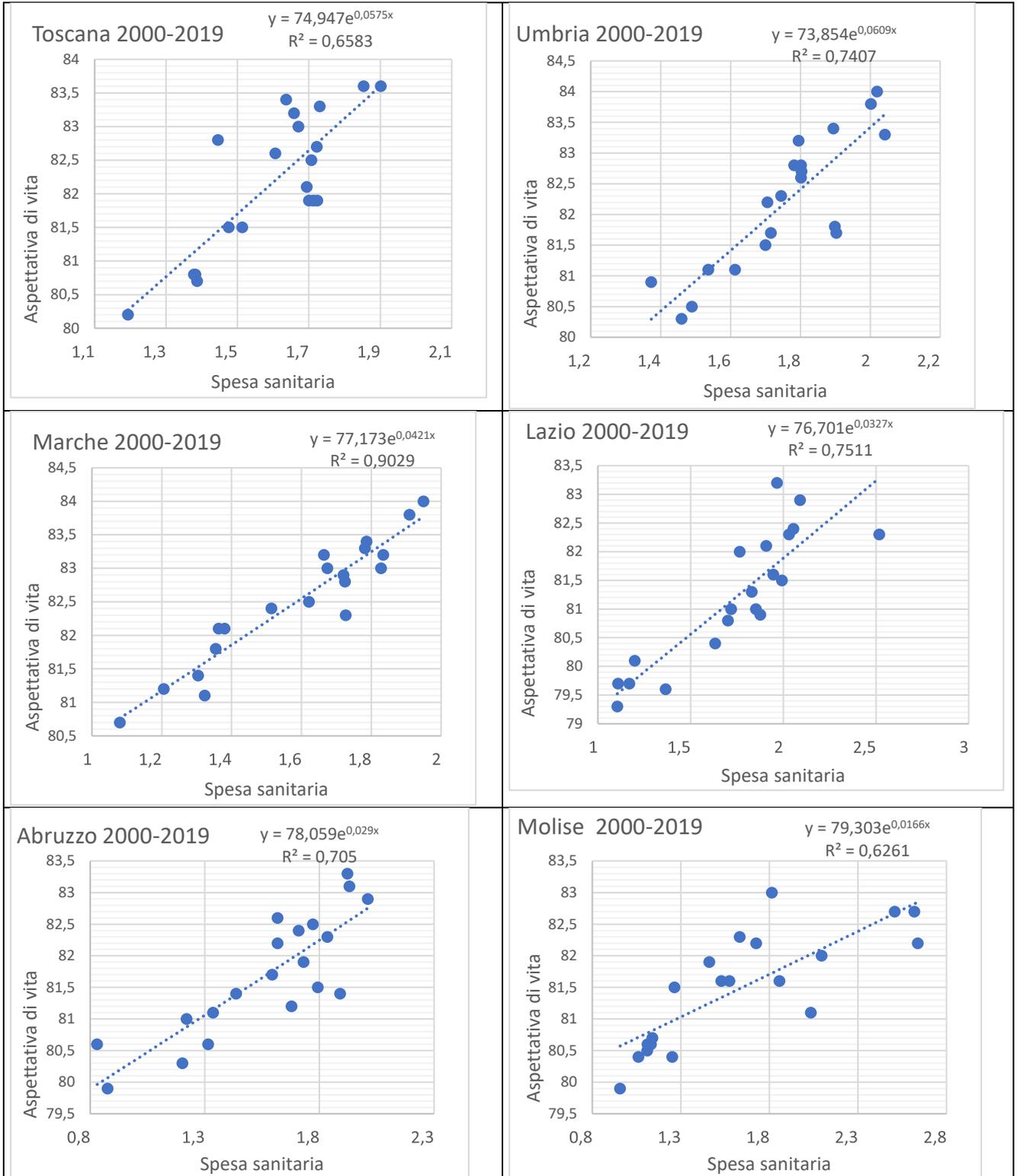
Petretto, Alessandro. 2023. *Autonomia differenziata e finanziamento delle regioni a statuto ordinario: l'idea si ripropone insieme ai problemi*. Società italiana di economia pubblica, n. 110.

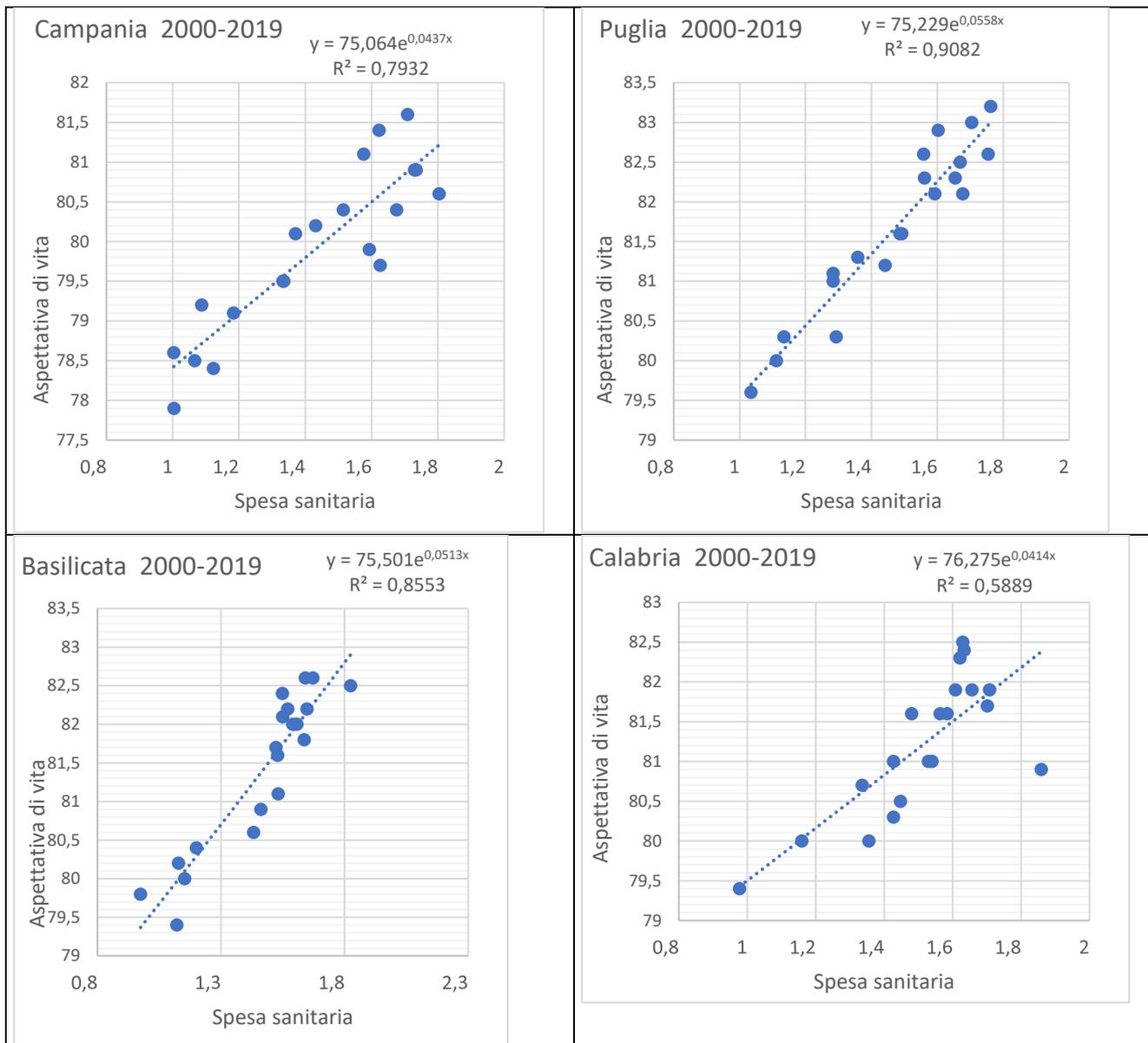
Russo, Pierluigi, Tommaso Staniscia e Ferdinando Romano. 2019. "Il valore della spesa sanitaria in Italia dal 1990 al 2016." *GIHTAD*. 12:1-6.

Tengs, Tammy O., Miriam E. Adams, Joseph S. Pliskin, Dana Gelb Safran, Joanna E. Siegel, Milton C. Weinstein e John D. Graham. 1995. "Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness." *Risk Analysis*. 3:369-390.

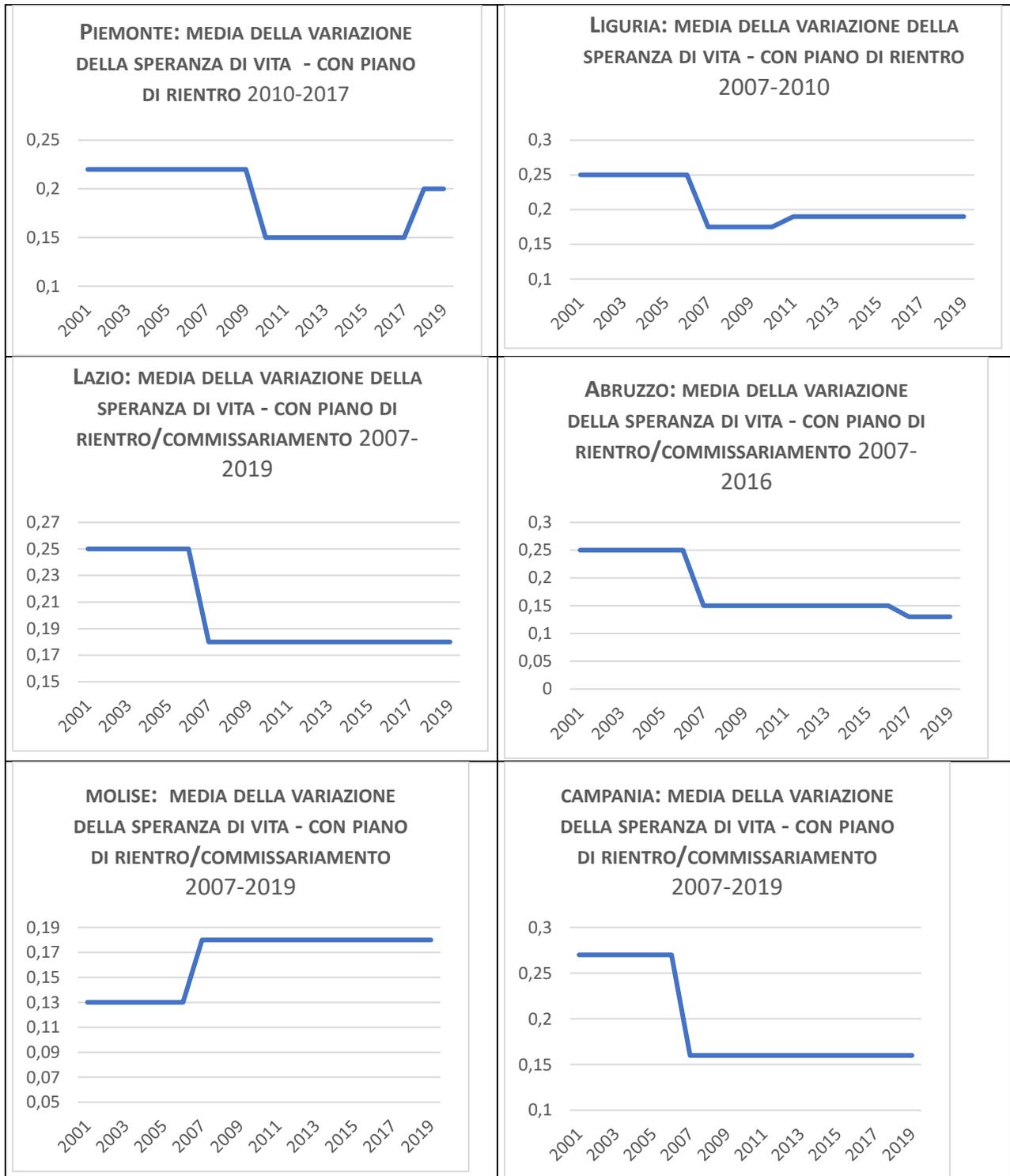
Appendice 1

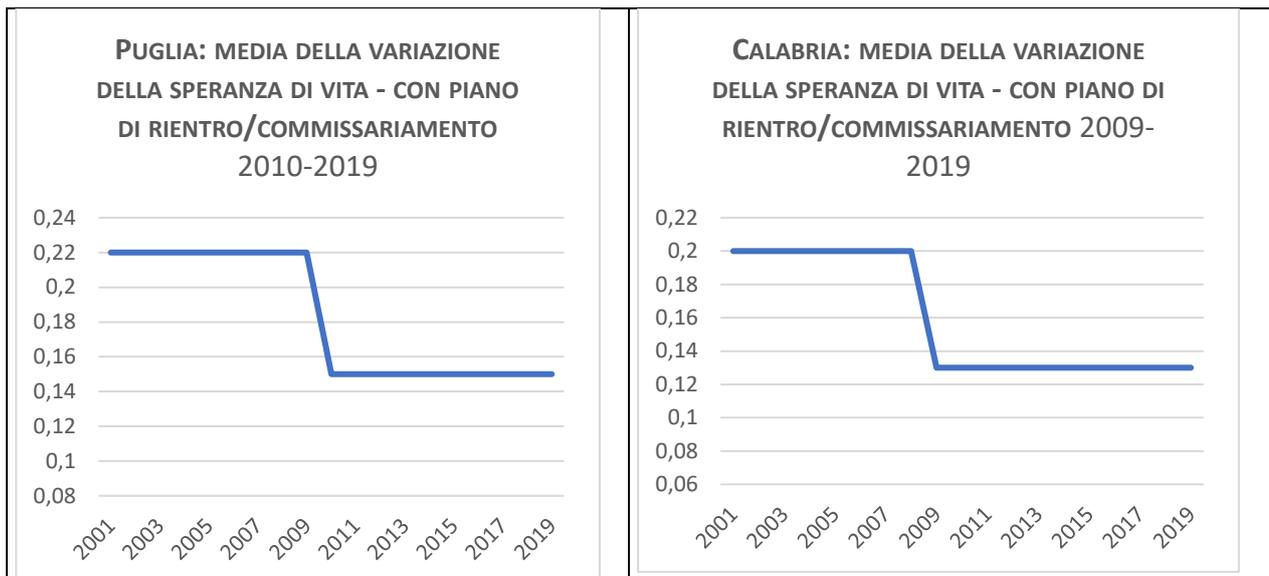






Appendice 2. Solo regioni a statuto ordinario che hanno avuto piani di rientro





\* \* \*