

LA RIVISTA DELL'IMPRESA ITALIANA
SEI SIGMA & QUALITÀ

ORGANO DELL'AISS - ACCADEMIA ITALIANA DEL SEI SIGMA

ISSN: 2039-2583

Volume 4 Numero 1
Gennaio, Febbraio, Marzo 2013

RCEMULTIMEDIA
COMMUNICATION COMPANY

SEI

SEI SIGMA & QUALITÀ

ORGANO DELL'AISS - ACCADEMIA ITALIANA DEL SEI SIGMA

ISSN: 2039-2583

VOLUME IV NUMERO 1

Gennaio, Febbraio, Marzo 2013

Direttore Responsabile

Egidio Cascini

Consigliere AISS, Presidente AICQCN, Vicepresidente AICQNA, Centro Studi S.r.l.

Comitato scientifico

Paolo Citti

Presidente AISS e Università degli Studi Guglielmo Marconi

Gabriele Arcidiacono

Consigliere AISS e Università degli Studi Guglielmo Marconi

Niccolò Bacci

Consigliere AISS e Mediocredito Italiano S.p.A. (Intesa San Paolo Group)

Alberto Bresci

Consigliere AISS e GA Srl

Gianni Campatelli

Segretario Generale AISS e Università degli Studi di Firenze

Luigi D'Ambra

Università degli Studi Federico II di Napoli

Alessandro Giorgetti

Consigliere AISS e Università degli Studi Guglielmo Marconi

Carlo La Torre

Consigliere AISS e 4S – Sistemi Sicuri e Sostenibili S.r.l.

Marina Miuccio

Consigliere AISS e Engineering Ingegneria Informatica S.p.A.

Mario Vianello

Consigliere AISS e Politecnico di Torino - Ingegneria dell'Autoveicolo

RCEMULTIMEDIA
COMMUNICATION COMPANY

Rivista trimestrale registrazione Tribunale di Potenza
abbonamento annuo euro 80,00
una copia euro 25,00

Copyright © 2010, 2011, 2012, 2013

I diritti di traduzione, di riproduzione e di adattamento totale o parziale e con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le riproduzioni fotostatiche) sono riservati.

Finito di stampare aprile 2013

RCE Multimedia

Piazza Bagnoli, 19 – 80124 Napoli tel./fax 081 2303416 3471706215

E-mail: rcemultimedia@yahoo.it www.rcemultimedia.com

SOMMARIO

<i>La Redazione</i>	
Testi di Sei Sigma & Qualità pervenuti in Redazione	1
<i>E. Cascini</i>	
Rassegna dei lavori proposti	7
<i>M. Bray</i>	
Una ricerca sulla qualità del sistema educativo. L'esperienza di una rete di scuole della Regione Marche	9
<i>E. Cascini</i>	
Misura della efficienza di una FMEA di Processo	19
<i>M. Giacalone, G. Suvero</i>	
Aspetti normativi e statistico-aziendali della <i>Spending Review</i> : il caso della Sanità	57
<i>Rubrica di probabilità, statistica e altri strumenti</i>	
Carte di controllo - 2	77



La cultura del Sei Sigma in Italia

ACCADEMIA ITALIANA DEL SEI SIGMA

Sede operativa: Viale Vittorio Veneto, 80 - 59100 PRATO

Coordinatrice: Chiara PARRETTI

telefax +390574570489

mob. +393204267676

+393204267676

chiara.parretti@aiss.it



Associazione Italiana Cultura Qualità
Centronord



TESTI DI SEI SIGMA & QUALITÀ PERVENUTI IN REDAZIONE

G. Arcidiacono, C. Calabrese, S. Rossi (2009), *gabriele.arcidiacono@unifi.it*
Six Sigma - Manuale per Green Belt con Minitab
Springer

E. Cascini (2009), *e.cascini@alice.it*
Sei Sigma per Docenti in 14 Capitoli
RCEMultimedia

B. Nicoletti (2010), *bernardo.nicoletti@katamail.com*
La metodologia del Lean & Digitize
FrancoAngeli

B. Nicoletti (2010), *bernardo.nicoletti@katamail.com*
Gli strumenti del Lean & Digitize
FrancoAngeli

E. Cascini (2010), *e.cascini@alice.it*
Esercizi di Qualità con la Statistica
RCE Multimedia – Volume 2, N.1

M. Giacalone (2009), *maxgiacit@yahoo.it*
Manuale di Statistica Giudiziaria
Bel – Ami

E. Cascini, A. Celegato (2013), *e.cascini@alice.it; alesandro.celegato@alice.it*
ISO 9001 e Controllo statistico della qualità
RCE Multimedia

RASSEGNA DEI LAVORI PROPOSTI

Questo numero contiene 3 articoli, oltre alla consueta rubrica di *Probabilità, Statistica e altri Strumenti*.

Precisamente:

- Una ricerca sulla qualità del sistema educativo. L'esperienza di una rete di scuole della regione Marche, a cura di **Maurizio Bray**
- Misura della Efficienza di una FMEA di processo, a cura di **Egidio Cascini**
- Aspetti normativi e statistico-aziendali della Spending Review: il caso della Sanità, a cura di **Massimiliano Giacalone e Giorgio Suvero**
- E, nella rubrica Probabilità, Statistica e altri strumenti, una trattazione della seconda parte delle carte di controllo, a cura della **Redazione**

NEL PRIMO ARTICOLO:

UNA RICERCA SULLA QUALITÀ DEL SISTEMA EDUCATIVO. L'ESPERIENZA DI UNA RETE DI SCUOLE DELLA REGIONE MARCHE, vengono fornite interessanti informazioni su una iniziativa in atto, nell'ambito scolastico della regione Marche, per la valutazione della Qualità delle scuole di questo territorio. L'articolo propone aspetti organizzativi e indicazioni sui tempi realizzativi, sui metodi di raccolta dati e su alcune indagini statistiche effettuate e in atto.

NEL SECONDO ARTICOLO:

MISURA DELLA EFFICIENZA DI UNA FMEA DI PROCESSO, viene proposto un metodo per valutare in modo quantitativo l'efficienza di una FMEA di processo. Il motivo fondamentale di questa ricerca è stato quello di proporre un modo per ottimizzare l'uso dello strumento, ai fini di un miglioramento reale del processo, evitando, in tal modo, pericoli di formalismi di scarso impatto reale, e, talvolta, conclusioni fuorvianti, perché incontrollate.

NEL TERZO ARTICOLO:

ASPETTI NORMATIVI E STATISTICO – AZIENDALI DELLA SPENDING REVIEW: IL CASO DELLA SANITÀ, vengono confrontati gli effetti di tagli lineari nell'ambito sanitario su Regioni storicamente e culturalmente diverse, come l'Emilia Romagna e la Sicilia, con lo scopo fondamentale di mostrare, in modo oggettivo e statisticamente significativo, come le conseguenze di riduzione del budget possano essere completamente diverse, se non addirittura, inversamente proporzionali alla situazione di partenza degli erogatori dei servizi sanitari.

NELLA RUBRICA:

PROBABILITÀ, STATISTICA E ALTRI STRUMENTI, è trattata la seconda parte di uno degli strumenti di controllo statistico del processo più noti, cioè le carte di controllo. Sono completate le carte di controllo per variabili, con quelle cumulative o CUSUM, e con le EWMA, *Exponentially Weighted Moving Average*, oltre a quelle per variabili, relative ai processi di breve durata, e a quelle multivariate. Sono trattate le carte per attributi, le cosiddette carte p e c , rispettivamente per frazioni difettose e numero di difetti.

Egidio Cascini

ASPETTI NORMATIVI E STATISTICO-AZIENDALI DELLA SPENDING REVIEW: IL CASO DELLA SANITÀ

Massimiliano Giacalone

Università degli Studi di Bologna
e-mail: massimilia.giacalone@unibo.it

Giorgio Suvero

e-mail: suverogiorgio@gmail.com

Riassunto

Il lavoro ha investigato la relazione intercorrente tra gli aspetti normativi introdotti dalla Spending review e il livello di qualità delle prestazioni reali nel mondo della Sanità, attraverso indicatori concreti, relativi a due realtà distinte, come le Regioni Emilia Romagna e Sicilia. Attraverso una larga messe di dati comparativi, si fa vedere come una riduzione delle risorse, secondo criteri uniformi, finisce per danneggiare maggiormente, tra le due realtà a confronto, quella inizialmente più virtuosa.

Parole chiave: conti della sanità, spesa, posti letto, consumi, indicatori, report.

1. INTRODUZIONE

Nel campo dei servizi sanitari c'è consenso sui criteri di valutazione della qualità delle prestazioni: efficacia, efficienza, equità, etica e soddisfazione di tutti gli attori.

Il settore sanitario è caratterizzato dalle cosiddette "asimmetrie informative": l'utente non sempre è in grado di conoscere molte delle caratteristiche dei servizi che si appresta ad acquistare, anche perché tali servizi manifestano le loro qualità solo al momento della loro erogazione. Fornire all'utente i risultati della valutazione significa dare informazioni riguardo alla qualità fino ad allora raggiunta dalla struttura sanitaria che gli erogherà il servizio. La valutazione diviene quindi fondamentale.

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di valutare la qualità nella sanità in presenza di condizioni strutturalmente diverse da quelle di qualche anno addietro, cioè in presenza dei tagli economico-finanziari operati dalla Spending Review, includendo nella suddetta manovra economica alcuni

concetti di uso comune, come quello di “rivisitazione della spesa” o di “rivisitazione dei criteri”.

La Spending Review, ha influenzato le modalità di erogazione dei servizi in tutti i settori.

Cosa è stato fatto per cercare di mantenere i livelli qualitativi in presenza di minori risorse?

Essenzialmente, razionalizzando la spesa, intervenendo sugli acquisti di beni e servizi non sanitari, sui dispositivi medici e sulla spesa farmaceutica, con l'introduzione di un sistema di prezzi di riferimento e tetti di spesa per combattere sprechi e comportamenti inadeguati.

Il concetto di ottimizzazione delle risorse si è viepiù sviluppato nel corso degli anni, e, quindi, con discussioni in misura sempre maggiore, sulla corretta allocazione delle risorse disponibili in modo da soddisfare i reali bisogni di salute della popolazione.

Nell'ultimo anno sono state approvate norme di politica economica che hanno ridotto ancora di più e sensibilmente le risorse disponibili per il Servizio Sanitario Nazionale.

Il risultato combinato di applicazione legislativa frutto dell'unione dei tre provvedimenti di indirizzo emanati negli ultimi due anni, e cioè la Legge 111/2011 (Tremonti), la Legge 135/2012 (Spending Review) e Legge di stabilità 2012, ha portato ad una riduzione del Fondo Sanitario Nazionale per un ammontare di circa 14,3 miliardi di euro nel triennio 2012-2014, che corrisponde all'incirca ad una riduzione percentuale del 12,6% della spesa sanitaria pubblica del 2011 (circa 112 miliardi di euro).

Partendo da queste premesse, sulla base dei dati delle Regioni italiane, si è tentato un confronto tra due realtà sicuramente diverse: l'Emilia Romagna, che per tradizione è una delle regioni virtuose in questo campo, e la Sicilia.

Le regioni sono state scelte per un nota differenza di carattere culturale e gestionale, storicamente accertato.

L'obiettivo del confronto è stato di studiare l'interazione tra riduzione delle risorse e risultati ottenibili in termini di qualità del servizio.

L'analisi è strutturata in tre parti, che costituiscono l'oggetto dei paragrafi seguenti.

Nel primo, vengono fornite informazioni statistiche e valutazioni generali sulla situazione dei conti sanitari nelle due Regioni, esaminando la dinamica dei costi dell'assistenza sanitaria erogata da Enti a gestione diretta e da Enti convenzionati e accreditati nel 2011, con un confronto nel quinquennio considerato, i costi pro-capite e, le relative incidenze, e presentando gli indicatori che compongono la spesa sanitaria erogata direttamente

dalle strutture pubbliche.

Nel secondo si evidenzia il meccanismo di finanziamento del sistema sanitario, ovvero tramite le entrate proprie e le entrate da contributi e trasferimenti. Vengono analizzati gli andamenti dei finanziamenti nel loro complesso, i ricavi e, gli effetti che produce una riduzione dell'indice di "autofinanziamento sanitario".

Nel terzo vengono, infine, evidenziate - in prospettiva - le conseguenze dei tagli operati dalla Spending Review sul finanziamento sanitario.

1. INFORMAZIONI STATISTICHE E VALUTAZIONI GENERALI SULLA SITUAZIONE DEI CONTI SANITARI IN EMILIA ROMAGNA E IN SICILIA

1.1 LA GESTIONE DELLA SANITÀ

Nel quinquennio oggetto della nostra analisi, emerge una situazione positiva per i conti sanitari dell'Emilia Romagna, per la Sicilia invece si presenta una situazione negativa. Tra il 2007 e il 2011 l'Emilia Romagna ha sempre fatto registrare saldi attivi nella gestione della sanità. Nel 2011 l'avanzo sanitario è pari a 35 milioni di euro, in crescita di 7 milioni rispetto al 2010. Mentre in Sicilia, nello stesso periodo oggetto d'analisi si registrano saldi passivi nella gestione della sanità. Nel 2011 il disavanzo sanitario è di ben "-99", in peggioramento rispetto al 2010.

Nel periodo 2007-2011 si registra un saldo attivo medio pari a 6 euro per cittadino che consente all'Emilia Romagna di occupare la quinta posizione nella classifica delle migliori Regioni, dietro a Bolzano, Friuli - VG, Umbria e Marche. Nell'arco temporale considerato, l'avanzo sanitario dell'Emilia Romagna è oscillato da un minimo +5 e un massimo di +8 euro per abitante (Fig. 1), comunque sempre in terreno positivo.

L'andamento costante e positivo dell'Emilia Romagna si contrappone a quello della Sicilia: il deficit sanitario nel 2007 era addirittura pari a -114 euro procapite e solo più recentemente si è attestato su valori meno preoccupanti (20 euro nel 2011), anche a seguito del potenziamento di misure di controllo come i Piani di rientro¹ (Fig. 1). I disavanzi cumulati

¹ *I piani di rientro (PdR) sono gli strumenti attraverso cui le Regioni, che presentano deficit sanitari strutturali, stabiliscono, di concerto con i Ministeri della Salute e dell'Economia, gli obiettivi e le azioni strategiche finalizzate al recupero dell'equilibrio finanziario e alla rimozione delle determinanti strutturali del disequilibrio.*

negli ultimi cinque anni ammontano a 15,4 miliardi di euro: di questi, ben il 42,7% sono attribuibili al Lazio e il 20,7% alla Campania e a seguire il 7,6% imputabile alla Sicilia. L'Emilia Romagna, invece, fa registrare un attivo cumulato pari a 138 milioni di euro, che rappresenta il 19,5% dei 710 milioni di avanzi prodotti dalle Regioni più virtuose.

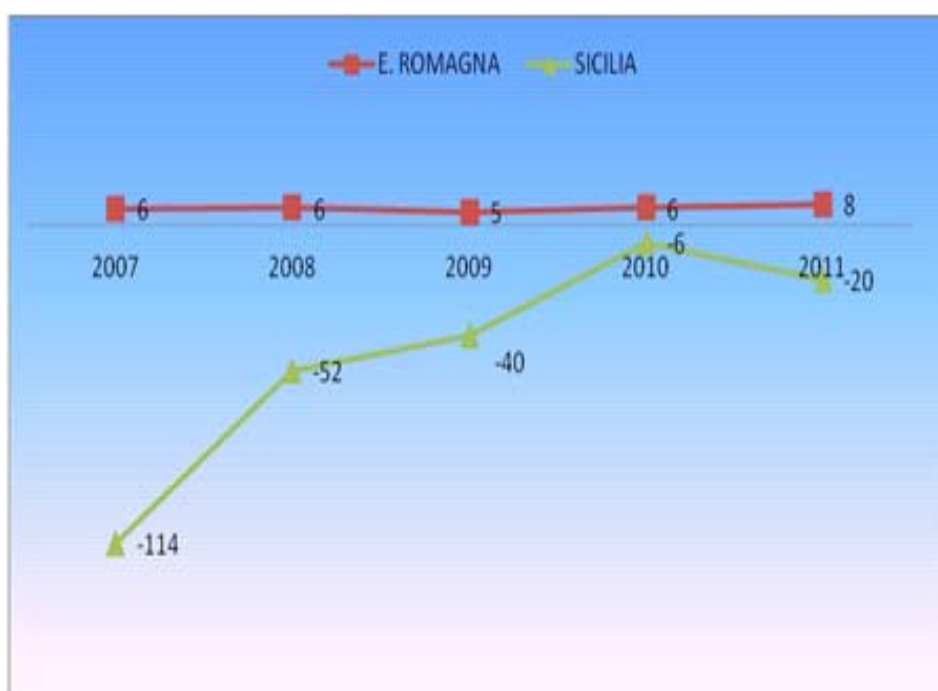


Fig. 1: Dinamica dei risultati d'esercizio dei servizi sanitari regionali (euro procapite).
Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Annuale del Ministero della Salute.

1.2 I COSTI SANITARI: DINAMICA E STRUTTURA

I costi per la gestione e l'erogazione dei servizi sanitari in Emilia Romagna ammontano nel 2011 a 8.345 milioni di euro, sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente anche se in crescita dell'11,4% rispetto al 2007. Mentre in Sicilia nello stesso anno i costi ammontano a 9.030 milioni di euro, in lieve aumento rispetto all'anno precedente.

Si tratta, inoltre, di una dinamica superiore rispetto alla tendenza media nazionale (+8%). La spesa sanitaria procapite dell'Emilia Romagna (1.883 euro) appare leggermente superiore al dato medio nazionale (1.881 euro).

Mentre in Sicilia (1.788 euro) appare leggermente inferiore al dato medio nazionale (1.881 euro). Nella graduatoria regionale, l'Emilia Romagna occupa l'undicesimo posto, in una posizione intermedia tra i 2.358 euro procapite della Valle d'Aosta e i 1.776 euro della Campania. La Sicilia occupa il penultimo posto.

Tuttavia, negli ultimi anni i dati registrano il "sorpasso" dell'Emilia Romagna rispetto alla media nazionale in termini di spesa sanitaria per abitante, avvenuto nel 2009. Nel 2007 la spesa sanitaria dell'Emilia Romagna era superiore di 37 euro procapite rispetto alla Sicilia, fino ad un sorpasso vertiginoso nel 2011 che risulta essere, quindi superiore di 95 euro per cittadino (Fig. 2).

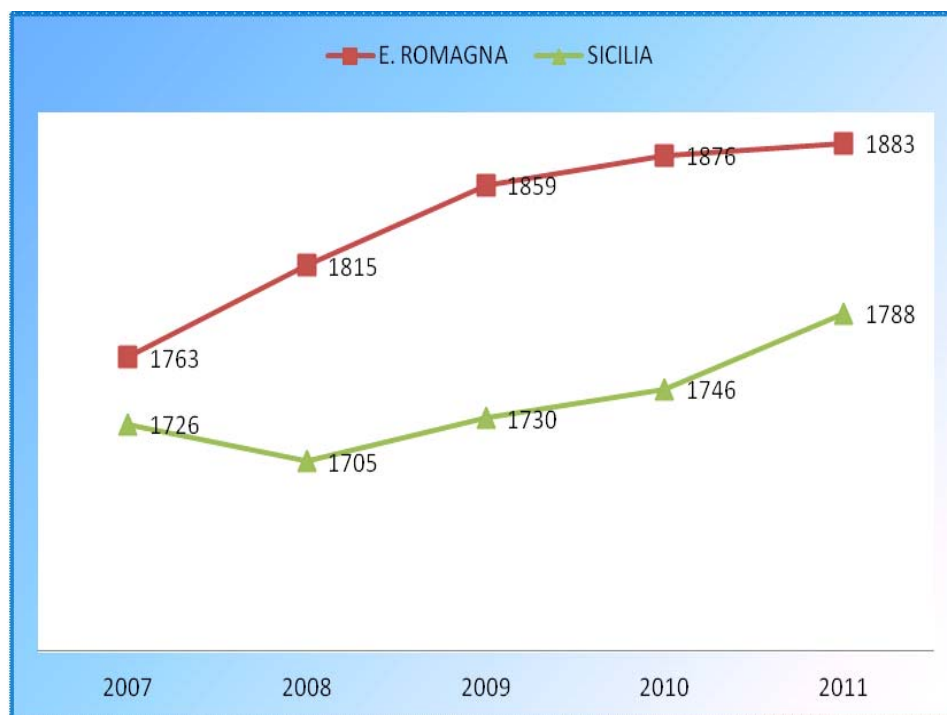


Fig. 2 : Dinamica dei costi sanitari regionali (euro procapite). Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Annuale del Ministero della Salute.

Le prestazioni sanitarie possono essere erogate direttamente dalla Regione o da strutture private accreditate e convenzionate con l'operatore pubblico.

In Emilia Romagna i costi sanitari per la parte direttamente riferibile alla Regione sono aumentati negli ultimi cinque anni del 12%, a fronte di un +9,4% fatto segnare dalle strutture private accreditate e convenzionate. In Sicilia invece i costi sanitari per la parte direttamente riferibile alla Regione sono aumentati negli ultimi cinque anni del 4,3%, quasi pari a un +4,0% fatto segnare dalle strutture private accreditate e convenzionate. I costi della gestione sanitaria diretta ammontano dunque a 5.947 milioni di euro nel 2011, in crescita di un punto percentuale rispetto all'anno precedente. In Sicilia, invece, tali costi ammontano a 5.356 milioni di euro nel 2011, in crescita di ben quattro e mezzo punti percentuali rispetto all'anno precedente.

Analizziamo la spesa media procapite che in Emilia Romagna è pari a 1.342 euro: si tratta di un valore superiore di ben 282 euro rispetto alla Sicilia e indice di una situazione strutturale, dato che nell'ultimo quinquennio il valore medio dell'Emilia Romagna è sempre stato ampiamente al di sopra della media complessiva nazionale e di conseguenza di quella della Sicilia. La gestione della sanità in Emilia Romagna avviene, dunque, prevalentemente attraverso le strutture direttamente gestite dall'operatore pubblico.

I dati indicano che il 71,3% della spesa sanitaria passa attraverso le ASL, a fronte di un valore del 59,3% che è quello registrato dalla Sicilia (Tab. 1).

Il "modello" sanitario Emiliano - romagnolo appare affine a quello delle altre tre Regioni del Centro-Nord (Toscana, Umbria e Marche, tutte sopra il 70%) e non lontano da quello maggiormente autonomo dalle Regioni a statuto speciale del Nord.

I costi relativi all'assistenza sanitaria erogata da enti accreditati e convenzionati in Emilia Romagna si è stabilizzata nell'ultimo anno (+0,2%), dopo una crescita rilevante nel quadriennio precedente. Mentre in Sicilia notiamo una leggera decrescita dello -0,5, dopo una crescita nel quadriennio precedente. Nel complesso, tra il 2007 e il 2011 tale macro-aggregato di spesa è aumentato del 9,4%, più del doppio rispetto alla Sicilia e alla tendenza media nazionale (rispettivamente +4,0 e +4,5). La spesa media per l'assistenza sanitaria "esternalizzata" si attesta nel 2011 in Emilia Romagna a 619 euro procapite, valore che colloca la Regione all'undicesimo posto nella graduatoria dedicata. A differenza della Sicilia che viene collocata al quinto posto della graduatoria con 687 euro procapite. Lo scarto tra il costo

Tab. 1: Incidenza dell'assistenza sanitaria erogata da enti a gestione diretta sul totale dei costi nel 2011. Fonte: elaborazione propria su dati del CNA Emilia Romagna

	In %
P.A. BOLZANO	78,7
FRIULI-V.G.	76,9
VALLE D'AOSTA	76,3
TOSCANA	75,6
UMBRIA	74,8
EMILIA ROMAGNA	71,3
MARCHE	71,1
SARDEGNA	68,5
LIGURIA	67,8
BASILICATA	66,5
VENETO	66,5
PIEMONTE	65,9
ABRUZZO	65,9
P.A. TRENTO	65,2
MOLISE	64,7
ITALIA	64,4
CALABRIA	60,3
CAMPANIA	60,3
PUGLIA	59,6
LOMBARDIA	59,3
SICILIA	59,3
LAZIO	59,1

procapite dell'Emilia Romagna rispetto alla Sicilia è andato progressivamente riducendosi, passando dai -73 euro nel 2007 ai -67 euro nel 2011.

La riduzione del divario è tuttavia imputabile in buona parte all'ultimo anno in ragione delle forti riduzioni dei costi nella Regione Siciliana.

La spesa sanitaria erogata direttamente dalle strutture pubbliche è composta in buona sostanza dalle spese per il personale (medico, infermieristico, tecnico, amministrativo) e dalle spese per l'acquisto dei beni e servizi (forniture e apparecchiature mediche, bollette per luce, gas, riscaldamento, cancelleria). In Emilia Romagna, i costi per il personale rappresentano il 48% della spesa sanitaria direttamente gestita dalle ASL e il 34% del totale dei costi complessivi. Si tratta di un aggregato di spesa che ha conosciuto rilevanti tassi di crescita, soprattutto nel periodo 2007-2009.

Nell'ultimo anno la dinamica si è attestata ad un modesto +0,5%, anche se nell'arco del quinquennio considerato l'incremento è stato del +12,4%, un incremento rilevantisimo rispetto alla Sicilia, la quale registra una lieve crescita dello 0,8 %.

Il confronto con la Sicilia e con le altre Regioni colloca l'Emilia Romagna all'ottavo posto della graduatoria della spesa per il personale in rapporto alla popolazione (680 euro), valore superiore di ben 99 euro rispetto alla Sicilia (Tab. 2). I dati manifestano una tendenza generale in Sicilia alla riduzione dei costi per il personale sanitario, soprattutto nell'ultimo anno; tuttavia, l'Emilia Romagna nel recente passato non ha dato segnali di riduzione dei costi per questa tipologia di spesa, anche se nell'ultimo biennio la dinamica è fortemente decelerata (Fig. 3).

Tab. 2: Dinamica dei costi del personale sanitario nel 2011. Fonte: elaborazione propria su dati del CNA Emilia Romagna.

	euro procapite
P.A. BOLZANO	1.082
VALLE D'AOSTA	877
P.A. TRENTO	780
FRIULI-V.G.	768
LIGURIA	715
TOSCANA	699
SARDEGNA	694
EMILIA ROMAGNA	680
UMBRIA	678
BASILICATA	668
PIEMONTE	659
MARCHE	657
MOLISE	654
CALABRIA	627
ITALIA	596
SICILIA	581
ABRUZZO	577
VENETO	558
LAZIO	522
CAMPANIA	521
PUGLIA	519
LOMBARDIA	516

Diversamente dal personale, le spese per l'acquisto di beni e servizi sia in Emilia Romagna che in Sicilia sono cresciute: si nota però che riguardo all'Emilia Romagna sono cresciute ma ad un tasso inferiore rispetto al complesso delle Regioni (+10,3% a fronte di un +11,6%). Tuttavia, in Emilia Romagna questa voce di spesa del bilancio sanitario risulta essere ancora al di sopra del riferimento medio nazionale. Infatti, nel 2011 i costi per i beni e i servizi sanitari ammontano a 646 euro per cittadino, dato che colloca la

Regione al sesto posto nella graduatoria generale (Tab.3). A differenza della Sicilia i cui costi ammontano a 443 euro per cittadino. Tale dato dell'anno 2011 colloca la regione Sicilia all'ultimo posto nella graduatoria generale.

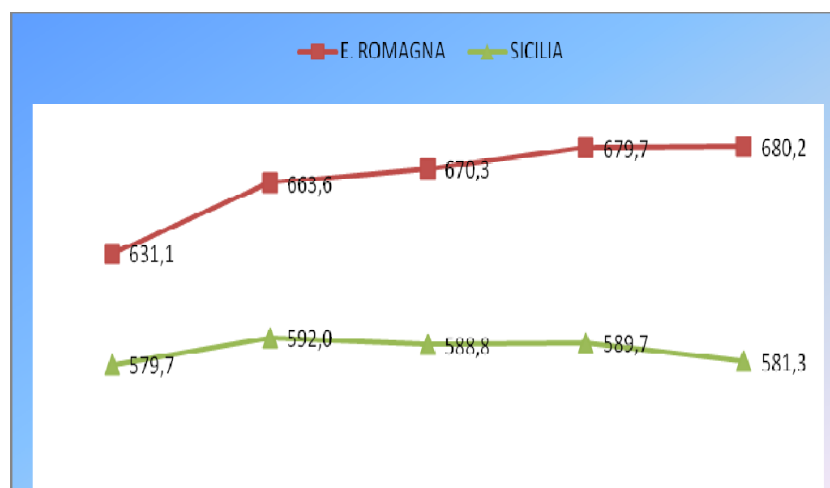


Fig. 3: Dinamica dei costi del personale sanitario (euro procapite). Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Annuale del Ministero della Salute.

Tab. 3: I costi dei beni e servizi sanitari nel 2011. Fonte: elaborazione propria su dati del CNA Emilia Romagna.

Regione	euro procapite
VALLE D'AOSTA	85
FRIULI-V.G.	76
TOSCANA	71
UMBRIA	66
LIGURIA	66
EMILIA ROMAGNA	64
P.A. BOLZANO	63
MARCHE	63
VENETO	63
MOLISE	61
SARDEGNA	61
P.A. TRENTO	61
LAZIO	60
PIEMONTE	60
ABRUZZO	59
ITALIA	58
BASILICATA	55
LOMBARDIA	53
PUGLIA	52
CAMPANIA	51
CALABRIA	45
SICILIA	44

2. IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO

2.1 COME VENGONO ATTUALMENTE FINANZIATE LE PRESTAZIONI SANITARIE

Il finanziamento del sistema sanitario avviene mediante due grandi tipologie di risorse: le entrate proprie, vale a dire i tributi e i ticket che la Regione impone direttamente ai propri cittadini, e le entrate da contributi e trasferimenti, che in buona sostanza corrispondono alla quota di finanziamento sanitario a carico dello Stato. Nel complesso, i ricavi del sistema sanitario emiliano - romagnolo ammontano nel 2011 a 8.381 milioni di euro, in crescita dell'11,4% rispetto al 2007 mentre in Sicilia i ricavi del sistema sanitario ammontano a 8.930 milioni di euro, in crescita anch'essi del 10,3% rispetto al 2007.

Si tratta di un ammontare di risorse superiore ai costi registrati, elemento che consente sia alla Regione Emilia Romagna che alla Regione Sicilia di presentare degli avanzi nella gestione sanitaria complessiva.

Il complesso delle risorse sanitarie a disposizione della Regione (1.891 euro per abitante) colloca innanzitutto l'Emilia Romagna ad un livello superiore alla media nazionale, e di conseguenza si registra uno scarto per il 2011 rispetto invece alla Sicilia (1.768 euro per abitante) di 123 euro. Si segnala la crescita significativa del finanziamento sanitario a livello nazionale nell'ultimo anno (+1,5%), verosimilmente in ragione dei meccanismi di incremento automatico della pressione fiscale nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro. Il finanziamento del sistema sanitario dell'Emilia Romagna poggia in gran parte sulle entrate proprie (Irap, addizionale, ticket, ricavi propri delle ASL). In Emilia Romagna, i ricavi propri sanitari ammontano nel 2011 a 3.986 milioni di euro : trattasi di un ammontare di risorse che consente alla Regione di piazzarsi al quarto posto nella graduatoria delle entrate proprie procapite (899 euro), dietro solo a Bolzano, Valle d'Aosta e Lombardia. In Sicilia, i ricavi propri sanitari ammontano invece nel 2011 a 2.212 milioni di euro, si tratta quindi di un ammontare di risorse che penalizzano la regione piazzandosi di conseguenza al sedicesimo posto nella graduatoria delle entrate proprie procapite (438 euro).

Tuttavia, in Emilia Romagna nel periodo oggetto della presente analisi, emerge una lieve flessione delle entrate proprie (-1,3% tra il 2007 e il 2011), dovuta soprattutto ad una diminuzione del carico tributario regionale, vale a dire IRAP e addizionale IRPEF a differenza invece della regione Sicilia che

addirittura registra una crescita dello +0,7 %, dovuta di riflesso ad un aumento del carico tributario. Lo scarto rispetto alla Sicilia si è così progressivamente ridotto, passando da 513 euro per cittadino nel 2007 a 191 euro nel 2011.

(Fig. 4). Anche questo fenomeno può essere messo in relazione ai recenti meccanismi di incremento fiscale imposti alle Regioni in disavanzo sanitario.

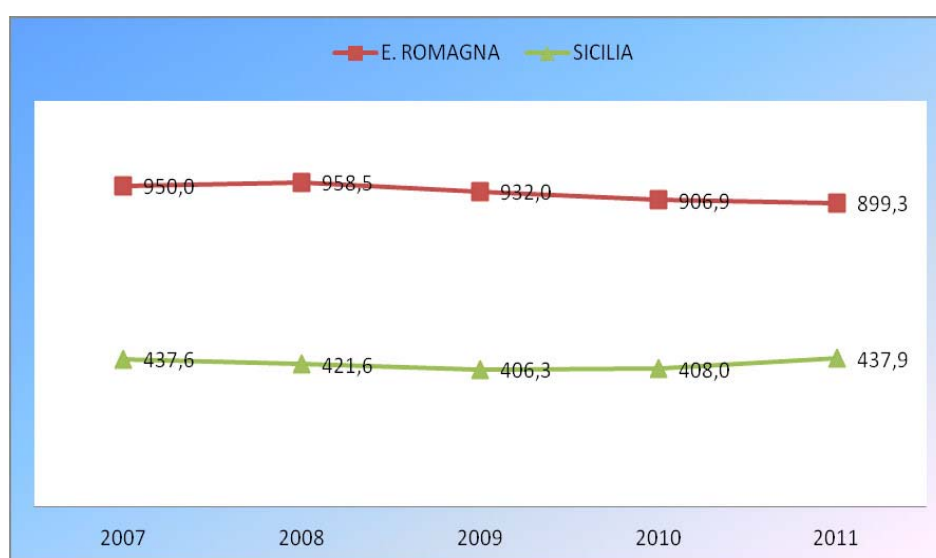


Fig. 4: Dinamica delle entrate proprie (euro procapite). Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Annuale del Ministero della Salute.

La combinazione tra la leggera flessione delle entrate proprie e la crescita dei finanziamenti erariali ha prodotto la riduzione dell'indice di "autofinanziamento sanitario" sia in Emilia Romagna che in Sicilia, passato rispettivamente in Emilia Romagna dal 53,7% nel 2007 al 47,6% nel 2011 e in Sicilia dal 27,1 % nel 2007 al 24,8 % nel 2011 (Tab. 4).

Tale dinamica, comune soprattutto anche ad altre Regioni del Nord, permette ugualmente all'Emilia Romagna di occupare il terzo posto in questa apposita classifica, dietro solo a Lombardia e Lazio , ma, penalizza fortemente la Sicilia la quale occupa il sedicesimo posto.

Tab. 4: L'incidenza delle entrate proprie sul totale dei ricavi sanitari nel 2011. Fonte: elaborazione propria su dati del CNA Emilia Romagna.

	in %
LOMBARDIA	54,9
LAZIO	47,9
EMILIA ROMAGNA	47,0
VENETO	46,0
P.A. BOLZANO	45,7
VALLE D'AOSTA	42,7
FRIULI-V.G.	42,7
TOSCANA	42,4
PIEMONTE	40,7
P.A. TRENTO	38,9
ITALIA	38,2
MARCHE	36,5
LIGURIA	35,8
UMBRIA	32,1
ABRUZZO	28,4
SARDEGNA	27,9
SICILIA	24,8
CAMPANIA	21,4
PUGLIA	21,0
MOLISE	18,0
BASILICATA	13,9
CALABRIA	10,6

3. CONSEGUENZE DEI TAGLI OPERATI DALLA *SPENDING REVIEW* SUL FINANZIAMENTO SANITARIO

3.1 LA SITUAZIONE DEI CONTI DELLA SANITÀ PRIMA DELLE MODIFICHE

L'analisi dei dati fin qui escussa ci consente di affermare che sia l'Emilia Romagna che la Sicilia presentano una situazione di equilibrio nella gestione finanziaria del servizio sanitario. Tra il 2007 e il 2011, le Regioni hanno fatto costantemente registrare dei saldi attivi tra ricavi e costi sanitari, ad eccezione delle Sicilia che nel 2007 ha fatto registrare un saldo negativo. Tuttavia, in Emilia Romagna emerge una crescita della spesa sanitaria che, in termini procapite, ha recentemente superato quella della Sicilia e la media nazionale. Al netto dei saldi per la mobilità sanitaria interregionale (ovvero, i pazienti provenienti da altre Regioni), i costi del servizio sanitario dell'Emilia Romagna sono aumentati dell'10,2% tra il 2007 e il 2011; nello stesso periodo, la spesa sanitaria per la Sicilia è aumentata in misura minore, per la precisione del +4,2%.

Il sistema sanitario emiliano romagnolo è orientato ad un modello di erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari che si fonda in prevalenza

sull'utilizzo delle risorse interne al settore pubblico: infatti, i costi dell'assistenza diretta rappresentano ben il 71,3% della spesa complessiva, a fronte della Sicilia che invece tali costi rappresentano il 59,3%.

Tuttavia, è proprio la componente legata all'assistenza diretta a far registrare i maggiori incrementi di spesa: tra il 2007 e il 2011, tale macro-aggregato di costo è passato dai 5,3 ai 5,9 miliardi di euro, pari al +10,7%.

Nello stesso periodo, invece, i costi relativi all'assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati sono cresciuti del +8,6%, in particolare per quanto riguarda la medicina specialistica (+19,8%), la medicina generale (+20%) e le altre forme di assistenza convenzionata e accreditata (+8,6%). In controtendenza la spesa farmaceutica, in flessione di 13 punti percentuali.

In Sicilia la situazione è pressoché stabile in entrambi i macro aggregati di spesa, in particolare la componente legata all'assistenza diretta fa registrare incrementi di spesa: tra il 2007 e il 2011, tale macro-aggregato di costo è passato dai 5,1 ai 5,3 miliardi di euro, pari al +4,1%, incremento non rilevante rispetto all'Emilia Romagna. Un uguale incremento, nello stesso periodo, hanno registrato i costi relativi all'assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati sono cresciuti anch'essi del 4,1%, in particolare quelli che hanno un peso maggiore sono le cosiddette altre forme di assistenza convenzionata e accreditata (+61,2%), per quanto riguarda la medicina specialistica (+6,4%), la medicina generale (+8,1%).

In controtendenza la spesa farmaceutica, in flessione di circa diciannove punti percentuali. (Tab. 5).

Il grado di "autofinanziamento sanitario" dell'Emilia Romagna è più elevato rispetto a quello della Sicilia: ben il 47,6% delle risorse derivano da entrate proprie, come l'IRAP e l'addizionale IRPEF mentre in Sicilia solo il 24,8 % è fonte di tale entrata.

Tuttavia, si segnala la progressiva perdita di peso di questa tipologia di entrata, che nel 2007 valeva il 53,7% di tutto il finanziamento sanitario. In Sicilia la situazione è pressoché dove tale entrata nel 2007 si attestava intorno al 27 % con un leggero calo nel 2011 di cui abbiamo un valore che si attesta attorno al 24%.

Tra il 2007 e il 2011 le entrate fiscali sanitarie manifestano una flessione dell'1,7% mentre in Sicilia abbiamo addirittura un aumento del 7%. Tale fonte di entrata nel caso dell'Emilia Romagna è in parte compensata dai ricavi propri delle ASL (Tab. 6): in quest'ultima categoria rientrano i ticket sanitari, i cui introiti sono aumentati del +3,7% negli ultimi cinque anni.

Tab. 5. : Dettaglio dei costi sanitari in Emilia Romagna e in Sicilia (milioni di euro).

	EMILIA ROMAGNA			SICILIA		
	2007	2011	VAR.% 2011/07	2007	2011	VAR.% 2011/07
A SSI STENZA EROGATA DA ENTI A GESTIONE DIRETTA	5.311	5.947	10,7	5.134	5.356	4,1
Beni e Servizi	2.596	2.862	9,3	2.107	2.236	5,8
Personale	2.662	3.015	11,0	2.912	2.936	0,8
Ammortamenti	0	47		0	165	
Costi Straordinari, stimati e Variazione delle Rimanenze	34	24	-44,2	116	19	
A SSI STENZA EROGATA DA ENTI CONVENZIONATI E ACCREDITATI	2.509	2.745	8,6	3.327	3.466	4,1
Medicina generale convenzionata	414	517	20,0	541	589	8,1
Farmaceutica convenzionata	770	680	-13,3	1.139	965	-19,3
Specialistica convenzionata e accreditata	153	191	19,8	487	520	6,4
Riabilitativa accreditata	9	7	-22,4	159	168	5,4
Integrativa e protesica convenzionata e accreditata	101	120	16,4	176	196	10,0
Altra assistenza convenzionata e accreditata	502	616	18,6	133	342	61,2
Ospedallera accreditata	561	612	8,4	692	699	1,0
Mobilità verso Bambini Genù e SMOM	0	1		3	4	32,0
TOTALE COSTI	7.821	8.693	10,0	8.464	8.826	4,1
Saldo mobilità sanitaria interregionale	327	347	5,7	-199	-201	1,1
TOTALE COSTI (al netto della mobilità)	7.493	8.345	10,2	8.265	8.625	4,2

Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Annuale del Ministero della Salute.

Tab. 6 - Dettaglio dei ricavi sanitari in Emilia Romagna e in Sicilia (milioni di euro).

	EMILIA ROMAGNA			SICILIA		
	2007	2011	VAR.% 2011/07	2007	2011	VAR.% 2011/07
ENTRATE PROPRIE	4.037	3.986	-1,3	2.198	2.21	
Irap e addizionale regionale					2.00	
Irpef	3.531	3.473	-1,7	1.855	1	7
Ricavi e entrate proprie varie delle Aziende Sanitarie	450	480	6,2	248	157	-58
Ricavi straordinari delle Aziende Sanitarie	56	34	-65,3	95	55	-72
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI	3.482	4.376	20,4	5.898	6.62	
Fabbisogno sanitario (Dgls 56/2000)	3.263	4.105	20,5	0	0	
FSN e quote vincolate a carico dello Stato	108	140	22,6	2.446	2.36	-3
Ulteriori trasferimenti pubblico e privato	110	132	16,3	3.452	4.26	19
Costi capitalizzati	0	18		0	89	
TOTALE RICAVI	7.519	8.381	10,3	8.096	8.93	9

Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Annuale del Ministero

Mentre in Sicilia si registra una forte flessione sia per le entrate proprie e sia per i ricavi straordinari delle ASL, i cui valori si attestano con valori negativi, quindi, rispettivamente per le entrate proprie delle varie ASL -58% mentre per i ricavi straordinari valori di -72%.

Tuttavia la stagnazione delle entrate proprie non ha impedito il raggiungimento dell'equilibrio finanziario anche in ragione dei crescenti finanziamenti statali, collegati soprattutto alla compartecipazione IVA. Si tratta, con tutta probabilità, degli effetti indotti dal meccanismo delineato dal Dlgs 56/2000 che prevede il progressivo (lento) superamento del criterio di riparto basato sui trasferimenti "storici" a quello maggiormente legato agli effettivi fabbisogni sanitari (e più favorevole all'Emilia Romagna).

3.2 GLI EFFETTI DELLA SPENDING REVIEW: UNA VISIONE IN PROSPETTIVA

Le Regioni che attualmente presentano un numero di posti letto superiore a quello previsto dagli standard della *Spending Review* dovranno provvedere alla contestuale riduzione; diversamente, le Regioni con un numero di posti letto inferiore avranno la facoltà di aumentarli fino alla soglia indicata dal Ministero.

L'Emilia Romagna rappresenta forse il caso più esemplare di questo meccanismo paradossale. La Regione può ritenersi virtuosa sotto il profilo finanziario. Infatti:

- presenta un saldo tra ricavi e costi sanitari (risultato d'esercizio) ampiamente e costantemente positivo;
- si contraddistingue per un elevato grado di autofinanziamento della spesa con entrate proprie (47,6% a fronte della Sicilia del 24% in confronto ad una media del 38,2%);
- riceve una quantità limitata di trasferimenti statali destinati alla sanità (987 euro procapite) a fronte invece della Sicilia che è una tra le regioni che riceve una quantità di trasferimenti (1.312 euro procapite) ovvero un valore addirittura superiore ad una media pari a 1.126 euro che rappresenta la media nazionale (Tab.8);
- fa registrare un livello di compartecipazione ai cittadini (ticket) superiore alla Sicilia e alla media nazionale;
- presenta una forte attrattività di pazienti provenienti da altre Regioni: infatti il saldo della mobilità sanitaria nel 2011 è in attivo di 347 milioni di euro a fronte invece della Sicilia che presenta valori negativi.

Gli effetti saranno marginali, nella relazione tecnica il Governo ha ipotizzato un risparmio complessivo derivante dalla riorganizzazione del numero dei posti letto pari a 20 milioni per il 2013 e a 50 milioni per il 2014.

Tab. 7: Spending Review: riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera.

	Posti letto al 1° gennaio 2012			Posti letto dopo Speding review			Differenza		
	acuti	post-acuti	totale	acuti	post-acuti	totale	acuti	post-acuti	totale
PIEMONTE	13.706	4.595	18.301	14.155	3.303	17.458	+449	-1.292	-843
VALLE									
DAOSTA	450	8	458	363	448	448	-87	+77	-10
LOMBARDIA	31.938	8.030	39.968	30.512	7.119	37.631	-1.426	-911	-2.337
P.A.									
BOLZANO	1.795	305	2.100	1.436	335	1.771	-359	+30	-329
P.A.TRENTO	1.751	510	2.261	1.533	358	1.890	-218	-152	-371
VENETO	16.125	2.784	18.909	14.900	3.477	18.377	-1.225	+693	-532
FRIULI-V.G.	4.679	389	5.068	3.989	931	4.919	-690	+542	-149
LIGURIA	5.677	742	6.419	5.442	1.270	6.712	-235	+528	+293
EMILIA									
ROMAGNA	16.673	3.958	20.631	14.666	3.422	18.088	-2.007	-536	-2.543
TOSCANA	12.301	1.272	13.573	12.195	2.845	15.040	-106	+1.573	+1.467
UMBRIA	2.827	323	3.150	2.921	682	3.603	+94	+359	+453
MARCHE	5.293	810	6.103	4.867	1.136	6.003	-426	+326	-100
LAZIO	18.734	4.307	23.041	17.090	3.988	21.078	-1.644	-319	-1.963
ABRUZZO	4.234	699	4.933	4.026	939	4.965	-208	+240	+32
MOLISE	1.146	330	1.476	1.047	244	1.291	-99	-86	-185
CAMPANIA	16.963	1.684	18.647	15.253	3.559	18.812	-1.710	+1.875	+165
PUGLIA	12.326	1.490	13.816	11.436	2.669	14.105	-890	+1.179	+289
BASILICATA	1.804	357	2.161	1.697	369	2.093	-107	+39	-68
CALABRIA	6.327	902	7.229	5.387	1.257	6.644	-940	+355	-585
SICILIA	15.036	1.879	16.915	14.118	3.294	17.412	-918	+1.415	+497
SARDEGNA	6.137	411	6.548	4.846	1.131	5.976	-1.291	+720	-572
ITALIA	195.922	35.785	231.707	181.879	42.438	224.318	14.043	+6.653	-7.389

Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Annuale del Ministero della Salute.

Tab. 8: Una Spending Review che penalizza la virtuosità sanitaria.

	Indicatori di virtuosità sanitaria					Var. % posti letto dopo la Spending review
	Risultato di esercizio sanitario (media 2007-11, euro proc.)	Incidenza % delle entrate proprie sul totale dei ricavi sanitari	Entrate da contributi e trasferimenti (2011, euro proc.)	Entrate da ticket sanitari (2011, euro proc.)	Saldo mobilità sanitaria interregionale (2011, milioni di euro)	
PIEMONTE	+3	40,7	1.141	28	-3	-4,6
VALLE D'AOSTA	-49	42,7	1.304	44	-13	-2,2
LOMBARDIA	+1	54,9	789	21	495	-5,8
P.A. BOLZANO	+35	45,7	1.179	34	8	-15,7
P.A. TRENTO	-16	38,9	1.315	29	-16	-16,4
VENETO	+6	46,0	986	29	86	-2,8
FRIULI-V.G.	+16	42,7	1.144	32	26	-2,9
LIGURIA	-73	35,8	1.259	25	-58	+4,6
EMILIA ROMAGNA	+6	47,6	987	33	339	-12,3
TOSCANA	+2	42,4	1.110	33	125	+10,8
UMBRIA	+9	32,1	1.241	26	10	+14,4
MARCHE	+9	36,5	1.163	29	-32	-1,6
LAZIO	-234	47,9	937	24	-132	-8,5
ABRUZZO	-53	28,4	1.313	28	-67	+0,6
MOLISE	-186	18,0	1.537	20	31	-12,5
CAMPANIA	-110	21,4	1.352	10	-309	+0,9
PUGLIA	-69	21,0	1.388	14	-181	+2,1
BASILICATA	-45	13,9	1.561	21	-29	-3,1
CALABRIA	-81	10,6	1.570	13	-237	-8,1
SICILIA	-46	24,8	1.312	8	-194	+2,9
SARDEGNA	-96	27,9	1.317	17	-59	-8,7
ITALIA	-49	38,2	1.126	22	-	-3,2

Fonte: elaborazione propria su dati del CNA Emilia Romagna.

4. CONCLUSIONI

Lo scopo del lavoro è stato quello di mostrare come interventi legislativi di tipo lineare possano avere conseguenze diverse, da un punto di vista della qualità del servizio erogato, in ambiti operativi culturalmente ed operativamente diversi.

La diversità degli effetti potrebbe derivare da comportamenti iniziali disomogenei, influenzati, a loro volta, da condizioni economiche non simili. La virtuosità di alcune regioni, come ad esempio l'Emilia Romagna, in condizioni di budget, diciamo comode, potrebbe anche essere interpretata,

ad esempio, come una qualche forma di spreco dovuto a condizioni di benessere generalizzato.

In ogni caso, potremmo concludere dicendo che, se da un lato esiste un impatto diverso a livello regionale di leggi emanate a livello nazionale, diviene chiara la necessità di una maggiore condivisione ed approfondimento ex ante delle possibili conseguenze di provvedimenti generalizzati.

D'altro canto è anche evidente la necessità di una reazione diversa da parte di Regioni diverse al cambiamento delle condizioni ambientali, perché, in fondo, la situazione negativa non ricada sui più deboli che, in questo caso, sono i fruitori del servizio.

La *Spending Review*, in definitiva, dovrebbe divenire un moderno strumento di programmazione delle finanze pubbliche volto anche a fornire una metodologia per migliorare sia il processo di decisione delle priorità e di allocazione delle risorse sia la performance delle amministrazioni pubbliche in termini di qualità ed efficienza dei servizi offerti.

SOME LEGAL AND STATISTICAL ASPECTS OF SPENDING REVIEW: THE HEALTH CARE CASE

Summary

The work deals with the consequences of some federal laws on the service quality, within the health care organizations. In particular two Regions are compared, very different for history and culture, to examine the quality results, due to a significant budget reduction, as, for example, that due to the recent Italian Spending Review laws, adopted to face today's crisis. The study results suggest the need for different Regions to organize, each one in a different way, to maintain quality, when the ambient conditions change.

BIBLIOGRAFIA

- AICQ (2002), "Qualità, soddisfare i consumatori", Anno XXXII, n. 3 Marzo 2002.
- Andreini P. (2004), *Qualità Certificazione Competitività. La norma ISO 9001 (Vision 2000) e la guida ISO 9004: la nuova frontiera della qualità*, HOEPLI editore.
- Anthony R.n. (2005), *Sistemi di controllo: analisi economiche per le decisioni aziendali*, McGraw-Hill, Milano.
- Borgonovi E., (1993) "La rilevanza del concetto di istituto per l'economia aziendale". In AA.VV.: *Scritti in onore di C. Masini*, Egea, Milano.
- Borgonovi E., (1996), "Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche", Egea, Milano.

- D'ambra L., Gori E., Rossi C., Zangrandi A.**, (2004) *Qualità e valutazione delle strutture sanitarie. Manuale di analisi e misurazione della performance*, Etas, Parma.
- De Risi P.** (2001), *Dizionario della Qualità, il Sole 24 ORE*.
- Gerla T.** (1992) *Flessibilità, automazione, qualità totale*, Torino, Giappichelli.
- La Rosa S.** (2002) *Cultura della qualità e new economy. Radici, itinerari, e prospettive di un lungo cammino di civiltà*. In contributi del corso di perfezionamento in controllo della qualità. A cura di Luigi Papa.
- Zanella A.**, (2002) *Qualità, normativa e certificazione: il ruolo della statistica, in Controllo della Qualità (a cura di Luigi Papa)*.

DOCUMENTI

- BASINI V.** et al. (2002), *FMEA-FMECA Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie*, Dossier 75, Regione Emilia-Romagna/ Agenzia sanitaria regionale.
- CENSIS** (2001), Dossier: rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute, pp. I-54.
- CNA EMILIA ROMAGNA**, (<http://www.cnaemiliaromagna.it/>)
- CORTE DEI CONTI** (2 agosto 2012): “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni negli esercizi 2010-2011”, delibera n. 14/2012/SEZAUT/FRG.
- FONDAZIONE FARMAFACTORING, CENSIS**, (2009), *Il Sistema Sanitario in controluce*, Franco Angeli, Milano.
- GALGANO, A.** (1993), *La qualità totale: il Company-Wide Quality Control come nuovo sistema manageriale*, Milano, Il Sole-24 ore Libri, II ed.
- LEGGE 244** del 24 dicembre 2007, articolo 3 comma 67-73 - legge finanziaria per il 2008.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**: (15 giugno 2012) “Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2011”.
- MINISTERO DELLA SALUTE**: (gennaio 2012) “Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e delle aziende ospedaliere. Anno 2009”.
- MINISTERO DELLA SALUTE** (ottobre 2012): “Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011”, dicembre 2012 Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome: “La sanità delle manovre finanziarie 2012 (Governo Monti)”, dossier di documentazione.
- MINISTERO PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E L'INNOVAZIONE** (2010), *Manuale tecnico Barometro della Qualità effettiva dei servizi pubblici*.
- ZURICH CONSULTING RISK MANAGEMENT** (2002), Dossier: “Quando l'errore entra in ospedale”, Milano.

LA RIVISTA DELL'IMPRESA ITALIANA
SEI SIGMA & QUALITÀ
ORGANO DELL'AISS - ACCADEMIA ITALIANA DEL SEI SIGMA

SEI