

# I 100 ANNI DEL REGIO DECRETO 2440 DEL 1923

Università La Sapienza, Roma

25 maggio 2023

"Analisi e valutazione della spesa pubblica  
per massimizzare l'efficacia: conseguenze  
della nuova Governance"

Prof.ssa Sabina Nuti  
Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa





Ragioneria  
Generale  
dello Stato

Unità di missione  
per l'analisi e la valutazione  
della spesa

DETERMINA

Art. 1

(Componenti del Comitato scientifico per le attività inerenti alla  
revisione della spesa)

1. La composizione del Comitato istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, ai sensi dell'articolo 9, comma 8, del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, convertito in legge, con modificazioni dalla legge 29 dicembre 2021, n. 233 (di seguito "Comitato"), di cui alla Determina del Ragioniere Generale dello Stato prot. n. RR 87 del 01/04/2022, è integrata con la partecipazione della Prof.ssa Sabina Nuti, Rettrice della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per il mandato 2019-2025, nonché Professore Ordinario di Economia e Gestione delle Imprese presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

A

In coerenza con il vigente principio costituzionale del buon andamento dell'amministrazione (art. 97, secondo comma, Cost.), nel 2022, è stato istituito, presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, **il Comitato scientifico per le attività inerenti alla revisione della spesa** (art. 9, comma 8, d.l. n. 152/2022, conv., con mod., dalla legge n. 233/2021), con funzioni di indirizzo e programmazione delle attività di analisi e di valutazione della spesa e di supporto alla definizione della proposta del Ministro dell'economia e delle finanze per l'applicazione dell'articolo 22-bis della legge 31 dicembre 2009, n. 196, ai fini del rafforzamento delle attività, degli strumenti di analisi e monitoraggio della spesa pubblica e dei processi di revisione e valutazione della spesa.



Ragioneria  
Generale  
dello Stato

Unità di missione  
per l'analisi e la valutazione  
della spesa



Il DEF 2023, come il precedente, segnatamente nel contesto della riforma della governance europea che si va definend, ha ribadito che i Piani di analisi e valutazione della spesa (Piani) sono uno strumento di programmazione che individua, sulla base delle evidenze disponibili, le strategie perseguibili per migliorare le **capacità di governo della spesa pubblica**, con la finalità di **incrementare il valore prodotto con le risorse e di ridurre eventuali inefficienze e sprechi**, nonché di rendere disponibili tali informazioni in tempi utili per la predisposizione del disegno di legge di bilancio.

La valutazione e il governo della spesa pubblica  
... le domande aperte:  
per governare la spesa ...che **cosa** misurare?

SPESA

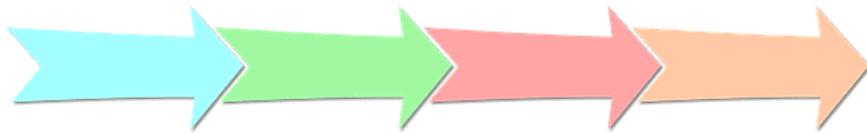


DISTRIBUZIONE DI  
RISORSE

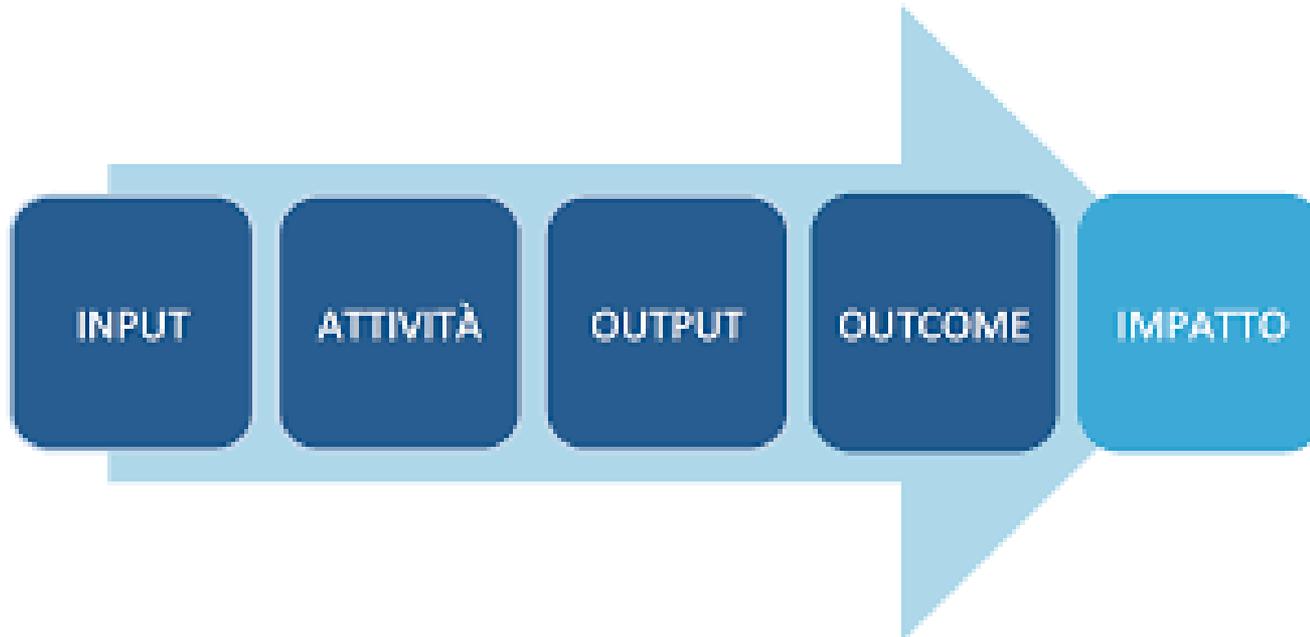
PRODUZIONE DI BENI  
ED EROGAZIONE DI  
SERVIZI

per governare la spesa ...che **cosa** misurare?

PROCESSO



RISULTATO



# Un esempio su cui riflettere...

'A



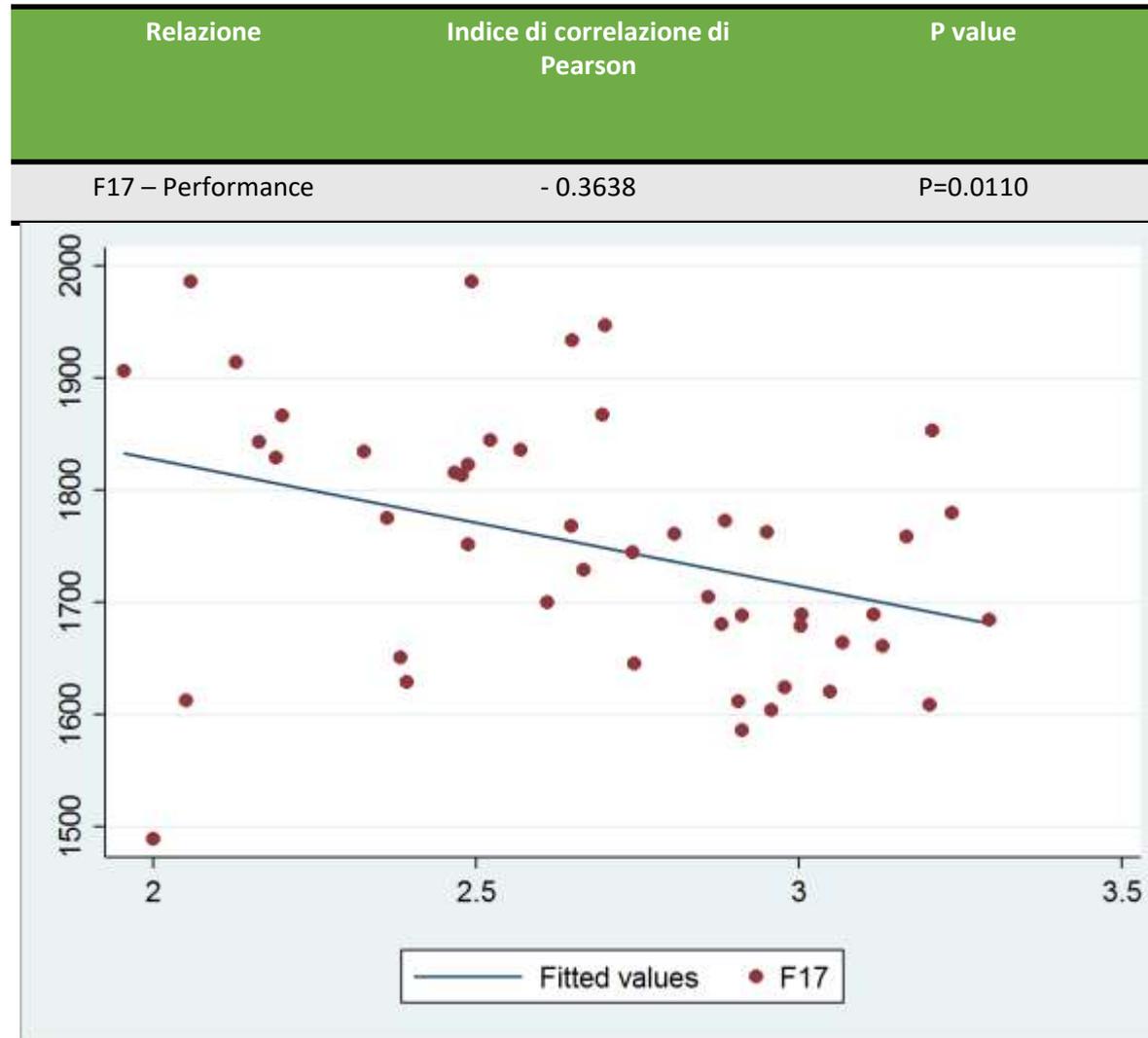
*Nel 2007 i principali indicatori di performance del SSN risultavano fortemente negativi. I conti erano fuori controllo in molte Regioni. [...] Nel 2007 il governo decise di effettuare una due diligence straordinaria sui conti della sanità. Le evidenze che emersero fecero scattare l'allarme rosso; la crisi del sistema e soprattutto il rischio della sua non sostenibilità già nel breve periodo erano evidenti.*

Le manovre più rilevanti che hanno «salvato» il SSN

- Le intese Stato-Regioni con l'introduzione di strumenti di rilevazione della misurazione della performance
- Una cornice regolatoria su spesa e standard

# Evidenze dal sistema di valutazione del network delle regioni

## Relationship between per capita cost and global performance



Per capita  
cost in  
euro

Global performance

# La strategia dei tetti di spesa per fattore produttivo!





- L'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (**legge finanziaria 2007**) stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la **spesa del personale**, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, **non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%**.



- L' art. 1, comma 584, lett. b), della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (**legge di stabilità del 2015**) stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, la regione è giudicata **adempiente** ove sia accertato l'effettivo conseguimento del predetto obiettivo di spesa. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto **l'equilibrio economico** e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, **un percorso di graduale riduzione della spesa di personale fino al totale conseguimento nell'anno 2020** degli obiettivi previsti.

Confronto dei costi da bilancio di 21 sistemi sanitari regionali/provinciali dal 2012 al 2017 usando il **costo del personale** (incluso IRAP) e costi per **l'acquisto di servizi** sanitari (escluse le convezioni con MMG e PLS e spesa farmaceutica ) e non sanitari (escluse utenze, manutenzioni...) e costo totale



- 65% del totale costi
- Possono considerarsi come scelte di «*make or buy*»:

  - + personale - servizi → «*make*»
  - Personale + servizi → «*buy*»

Tre fattori produttivi analizzati

- Costo del personale
- Acquisto di servizi
- Totale costi

Dopo l'introduzione del tetto di spesa sul personale si notano i seguenti risultati:

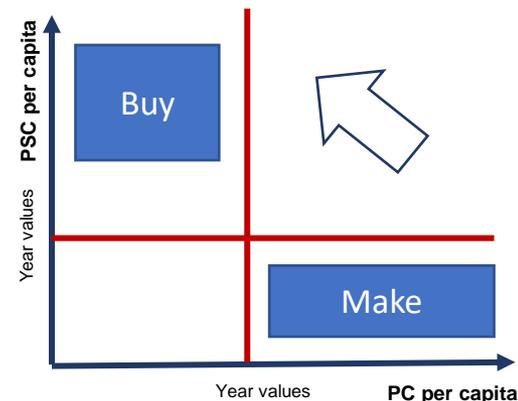
- **Aumento dei costi totali** (contenimento/riduzione costi per il personale e aumento dei costi per Servizi)
- Cristallizzazione delle scelte di mix produttivo e dei modelli organizzativi verso una **Maggiore propensione all'esternalizzazione dei Servizi** (anche core)

↓ **Costo personale : - €1,29 miliardi (- 0.70% CAGR)**

↑ **Costo per servizi: €1,36 miliardi (0.75% CAGR)**

↑ **Totale : €0,07 miliardi (0.05% CAGR)**

La manovra del tetto certamente ha «congelato» la spesa del personale ma non ha garantito i risultati e gli esiti finali ... il controllo della spesa deve sempre combinare input, processo, output e outcome...



per governare la spesa ...**come** misurare?  
alcune parole chiave...

## CONFRONTO SISTEMATICO

per superare l'autoreferenzialità e per imparare



**Privato**

**Servizi Pubblici**

**Mercato**

**Benchmarking**

**Competizione**

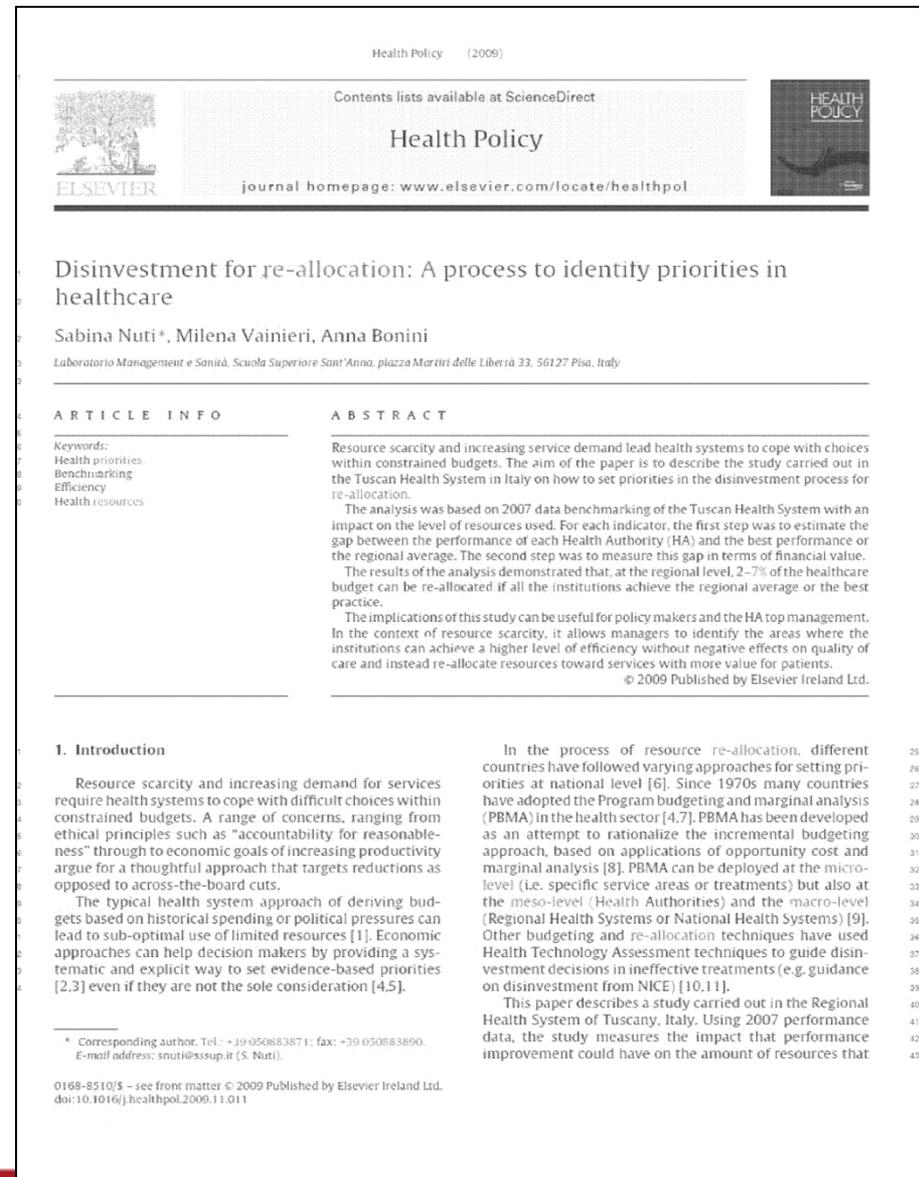
Capacità di cambiamento ed  
innovazione al fine di  
migliorare la qualità

**Reputazione**

# BENCHMARKING

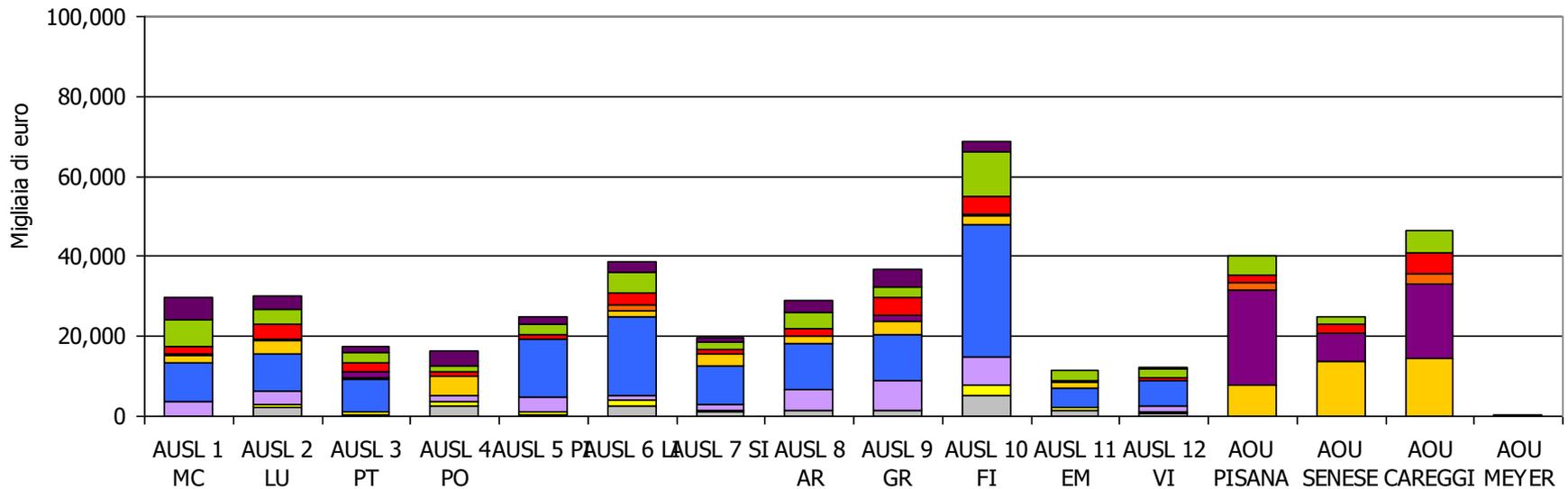
una prima applicazione:  
lavorando sulla gestione  
della variabilità evitabile si  
possono ridurre le  
prestazioni inappropriate,  
migliorare la qualità dei  
servizi e **riallocare le  
risorse.**

Quelle riallocabili nel medio  
periodo nel sistema sanitario  
toscano nel 2008 erano pari  
al 7% del bilancio regionale



## Ipotesi Sfidante

- Costo pro-capite MMG
- Altri costi pro-capite medicina territoriale
- Indice di performance della degenza (DRG Medici)
- Ricoveri ripetuti entro 30 giorni
- Tasso di assenza
- Tasso di ospedalizzazione inappropriato
- Costo pro-capite PLS
- Spesa pro-capite farmaceutica
- Degenza media preoperatoria
- % Ricoveri con degenza superiore ai 30 giorni
- Dipendenti previsti cessanti

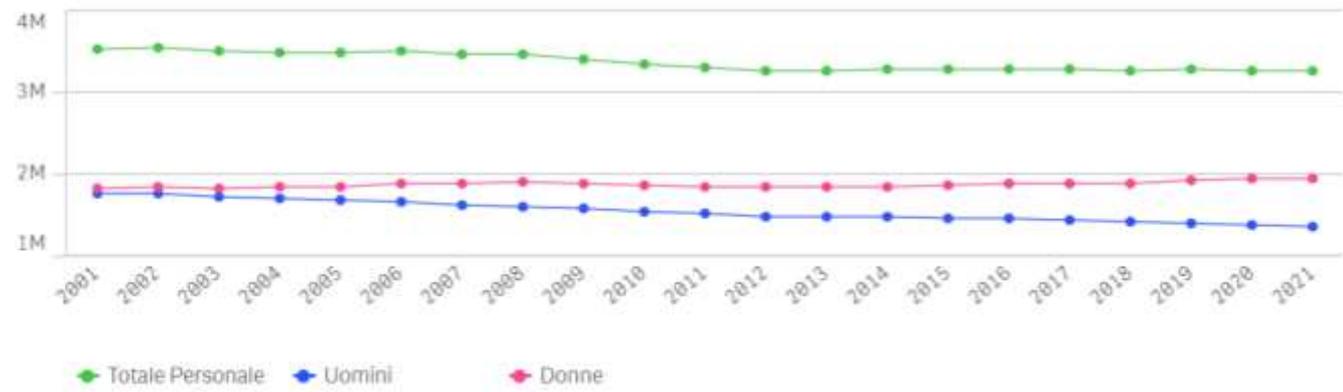


# Un esempio attuale su cui riflettere...

## Personale dipendente dei Comuni – anno 2021

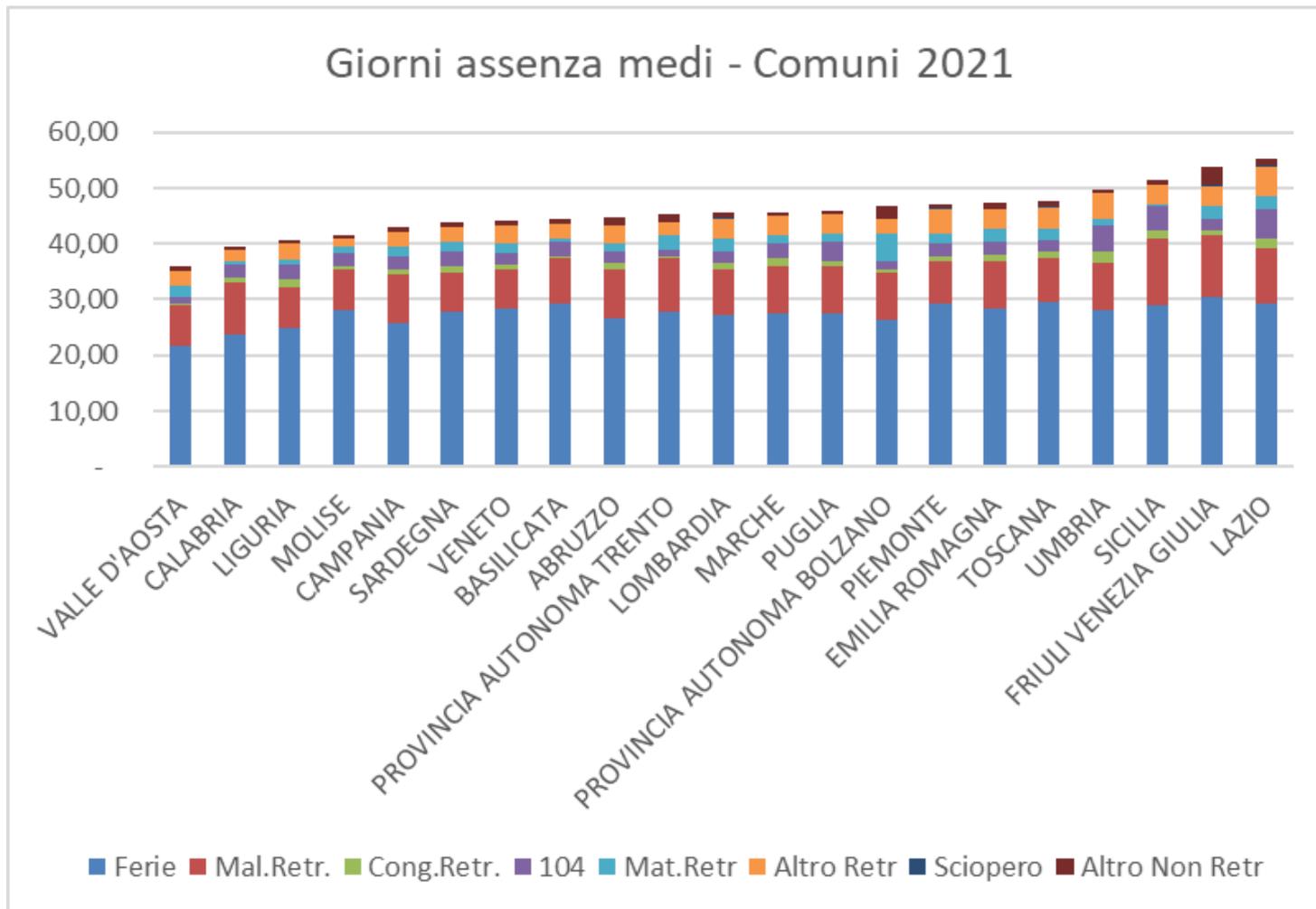


Andamento Occupazionale



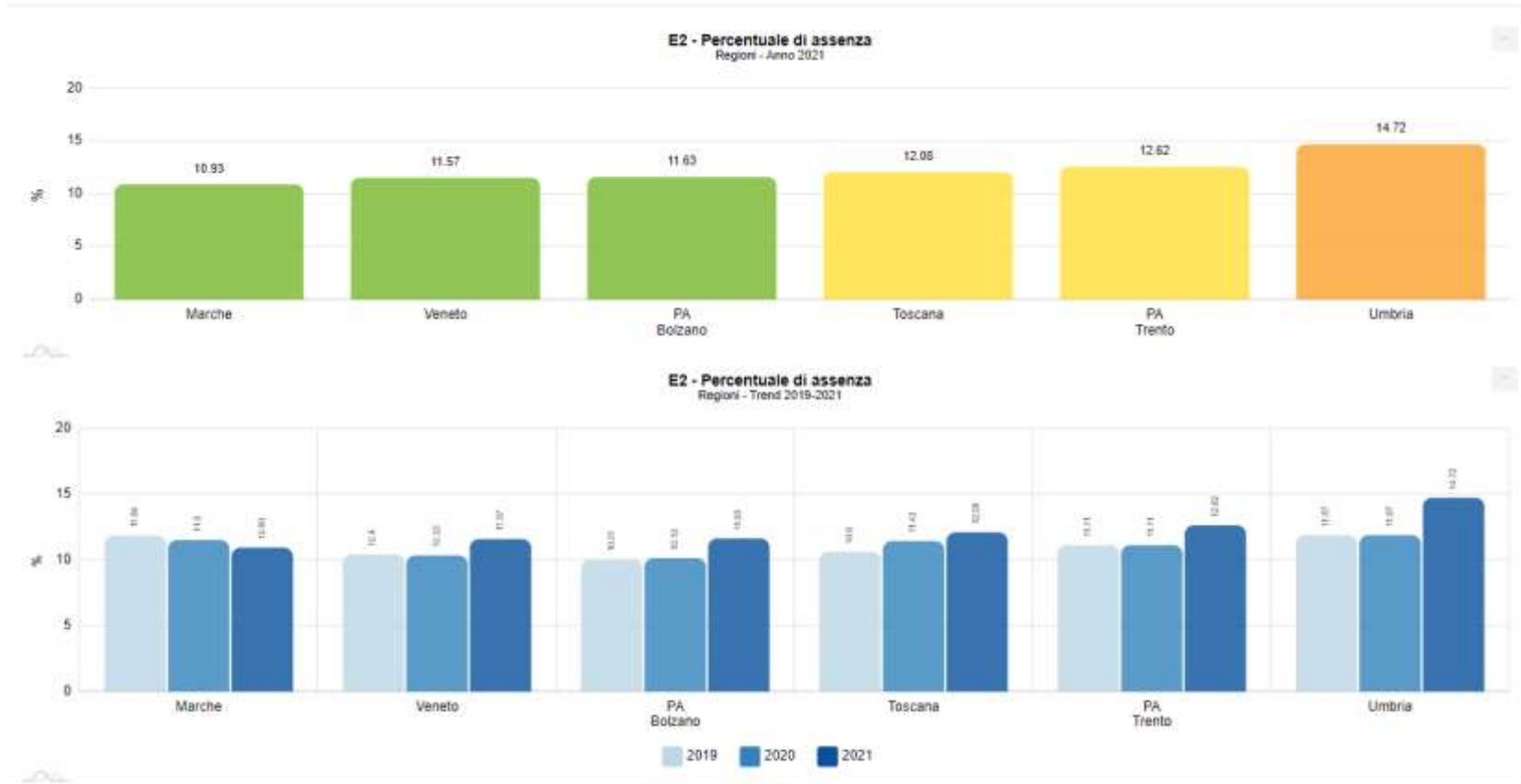
Fonte: Conto Annuale del personale  
<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/assenze-e-turnover/assenze>

# Giorni medi di assenza del personale dipendente nei comuni per regione- anno 2021



Elaborazioni su dati Conto Annuale del personale  
<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/assenze-e-turnover/assenze>

# % di assenza del personale sanitario regioni del Network anno 2021



Fonte: Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance Network delle Regioni (dati da Conto Annuale del Personale)

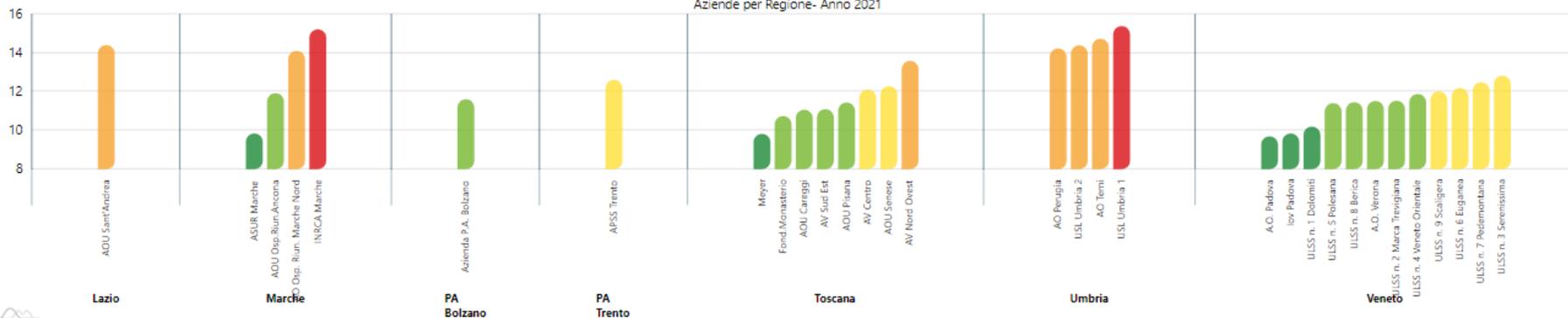
# % di assenza del personale sanitario per azienda sanitaria anno 2021



**E2- Percentuale di assenza**  
Aziende - Anno 2021



**E2 Percentuale di assenza**  
Aziende per Regione- Anno 2021



Min 9% AO Padova

Max 15% UsI Umbria 1

Fonte: Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance Network delle Regioni (dati da Conto Annuale del Personale)

# Benchmark:

## Liguria con 40 giorni di assenza

# Benchmark:

## la media italiana 46 giorni di assenza



REGIONI	Giorni di assenza media	Giorni medi in più da Liguria	Giorni medi in più da media	Totale dipendenti	Giorni totali in più rispetto alla media della Liguria	Giorni di assenza in più rispetto alla media	Persone su Liguria	Persone su Media
VALLE D'AOSTA	35,97			1.223	-		-	
CALABRIA	39,35			10.644	-		-	
LIGURIA	40,63			11.527	-		-	
MOLISE	41,65	1,02		1.253	1.281		6	
CAMPANIA	42,96	2,33		22.093	51.437		234	
SARDEGNA	43,87	3,24		9.251	29.967		136	
VENETO	44,09	3,46		22.873	79.162		360	
BASILICATA	44,46	3,83		2.423	9.274		42	
ABRUZZO	44,63	4,00		5.651	22.617		103	
LOMBARDIA	45,57	4,94		51.156	252.958		1.150	
MARCHE	45,73	5,11	0,06	8.307	42.410	498	193	2
PUGLIA	45,91	5,28	0,24	13.740	72.574	3.251	330	15
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	46,75	6,12	1,08	4.725	28.932	5.093	132	23
EMILIA ROMAGNA	47,42	6,79	1,74	24.261	164.689	42.284	749	192
TOSCANA	47,61	6,98	1,94	22.498	157.147	43.638	714	198
UMBRIA	49,64	9,01	3,97	4.743	42.752	18.822	194	86
SICILIA	51,49	10,86	5,81	36.034	391.255	209.452	1.778	952
FRIULI VENEZIA GIULIA	53,79	13,16	8,12	8.447	111.180	68.562	505	312
LAZIO	55,17	14,55	9,50	33.956	493.923	322.604	2.245	1.466

Elaborazioni su dati Conto Annuale del personale

<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/assenze-e-turnover/assenze>

# In termini di persone e di **produttività\***



REGIONI	Persone su Liguria	Persone su Media	Produttività su Liguria	Produttività su Media
VALLE D'AOSTA	-			
CALABRIA	-			
LIGURIA	-			
MOLISE	6		145.556 €	
CAMPANIA	234		5.845.077 €	
SARDEGNA	136		3.405.310 €	
VENETO	360		8.995.648 €	
BASILICATA	42		1.053.855 €	
ABRUZZO	103		2.570.133 €	
LOMBARDIA	1.150		28.745.223 €	
MARCHE	193	2	4.819.288 €	56.627 €
PUGLIA	330	15	8.247.028 €	369.460 €
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	132	23	3.287.760 €	578.771 €
EMILIA ROMAGNA	749	192	18.714.635 €	4.805.052 €
TOSCANA	714	198	17.857.644 €	4.958.843 €
UMBRIA	194	86	4.858.131 €	2.138.822 €
SICILIA	1.778	952	44.460.825 €	23.801.415 €
FRIULI VENEZIA GIULIA	505	312	12.634.067 €	7.791.140 €
LAZIO	2.245	1.466	56.127.569 €	36.659.542 €

Benchmark:

Liguria con 40  
giorni di  
assenza

Benchmark:

la media  
italiana

46 giorni di  
assenza



\* Numero di persone stimato sulla base del seguente calcolo: giornate in più rispetto al benchmark diviso 220 giorni – La produttività stimata come numero di persone rispetto al benchmark per 25.000 euro

Elaborazioni su dati Conto Annuale del personale

<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/assenze-e-turnover/assenze>

# Un esempio su cui riflettere...

## I farmaci a brevetto scaduto: la ricaduta sui cittadini



**Figura 2.1.3.** Andamento dell'incidenza della spesa dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti sul totale della spesa classe A-SSN: confronto 2011-2020



### 2.1 Farmaci a brevetto scaduto e biosimilari

#### Farmaci a brevetto scaduto in regime di assistenza convenzionata

Nel 2020 i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito il 67,6% della spesa e l'84,8% dei consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A. La quota percentuale dei farmaci equivalenti, ossia i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, hanno rappresentato il 20,5% della spesa e il 30,7% dei consumi (Figura 2.1.1 e Figura 2.1.2). Si conferma dunque il trend in crescita sia della spesa che dei consumi per questi farmaci, sebbene sia piuttosto contenuto negli ultimi due anni (Figure 2.1.3 e 2.1.4).

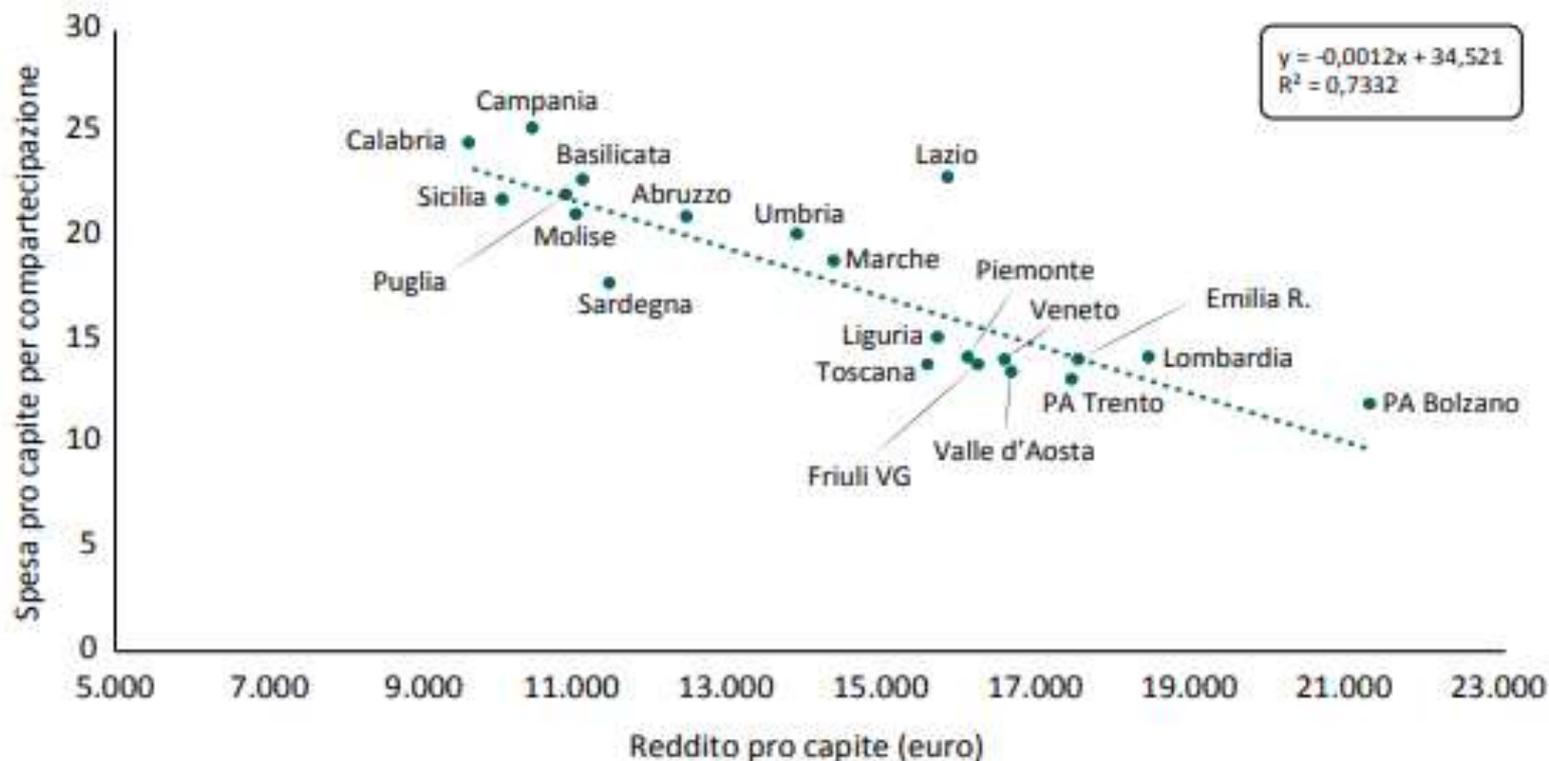
A livello nazionale la spesa pro capite per i farmaci a brevetto scaduto è stata pari a 110,17 euro, in riduzione di quasi il 2% rispetto al 2019, sebbene sia evidenziabile un aumento dell'incidenza percentuale sul totale della spesa, che è passata dal 67,3% del 2019 al 67,6%. Considerando gli ultimi due anni, anche la percentuale di spesa dei farmaci equivalenti è leggermente aumentata, passando dal 20,8% al 20,4% (Tabella 2.1.1). Le Regioni del Sud (69,6%) e del Centro (68,3%) presentano la maggiore incidenza di spesa, sia rispetto alle Regioni del Nord (65,5%), che rispetto alla media italiana (67,6%), infatti il valore più basso si è registrato nella PA di Bolzano (76,51 euro), mentre quello più alto in Campania (139,72 euro). L'andamento è riprodotto se si considera la percentuale di spesa dei farmaci equivalenti avendo le Regioni del Nord incidenza maggior (39,2%), rispetto a quelle del Centro (27,8%) e del Sud (22,1%).

Nel 2020, per i farmaci a brevetto scaduto, si sono consumate 842,28 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti, in aumento di quasi l'1% rispetto all'anno precedente, corrispondente all'84,8% delle DDD totali. Rimane stabile, invece, la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti, che nel 2020 è stata pari al 36,2% (Tabella 2.1.1). Le Regioni del Nord consumano una percentuale maggiore di equivalenti (45,0%), rispetto a quelle del Centro (31,0%) e del Sud (26%), infatti il valore maggiore si è registrato nella PA di Trento (51,2%), mentre quello più basso in Basilicata (22,3%).

Nel ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, è evidente la profonda eterogeneità regionale sia in termini di spesa, che di consumo. La composizione della spesa farmaceutica convenzionata (Figura 2.1.3) evidenzia come Calabria, Basilicata e Campania mostrino un minor ricorso agli equivalenti (10%), corrispondente alla PA di Trento (8,4%), alla Lombardia (14%) e al Friuli Venezia Giulia (14%) per le quali si registrano i valori più alti.

Le tre categorie terapeutiche che presentano una maggiore incidenza di spesa per i farmaci a brevetto scaduto (Tabella 2.1.3) sono rappresentate dal cardiovascolare (91,1%), dai farmaci attivi sul sistema genito-urinario (88,7%) e sul sistema muscolo-scheletrico (86,6%). In particolare per l'IRC G, probabilmente è la scadenza brevettuale di sildenafil e solifenacina ad aver contribuito a questi andamenti. Per la categoria dei vari (V), degli oncofarmaci e immunosoppressori (I) e dei farmaci attivi sul tratto gastrointestinale e sul metabolismo (A), si registrano le percentuali maggiori di spesa per gli equivalenti, rispettivamente pari a 36,2%, 29,1% e 25,3%.

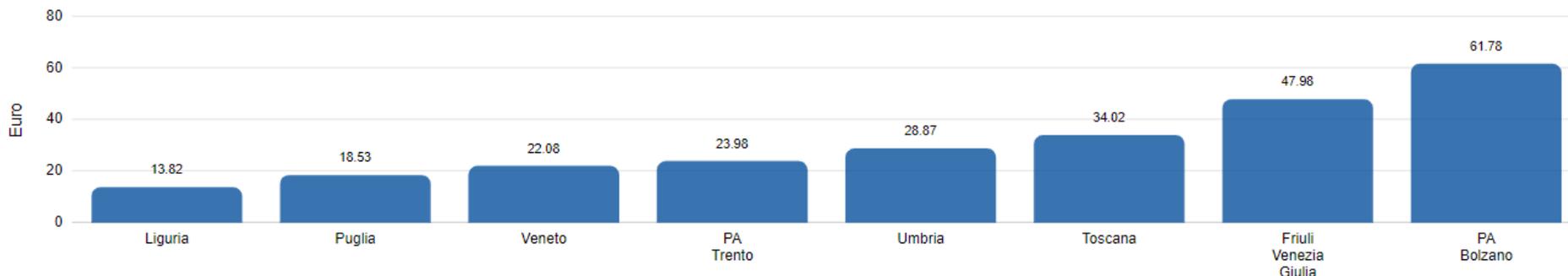
Figura 2.1.6. Analisi di correlazione tra spesa per compartecipazione e reddito pro capite



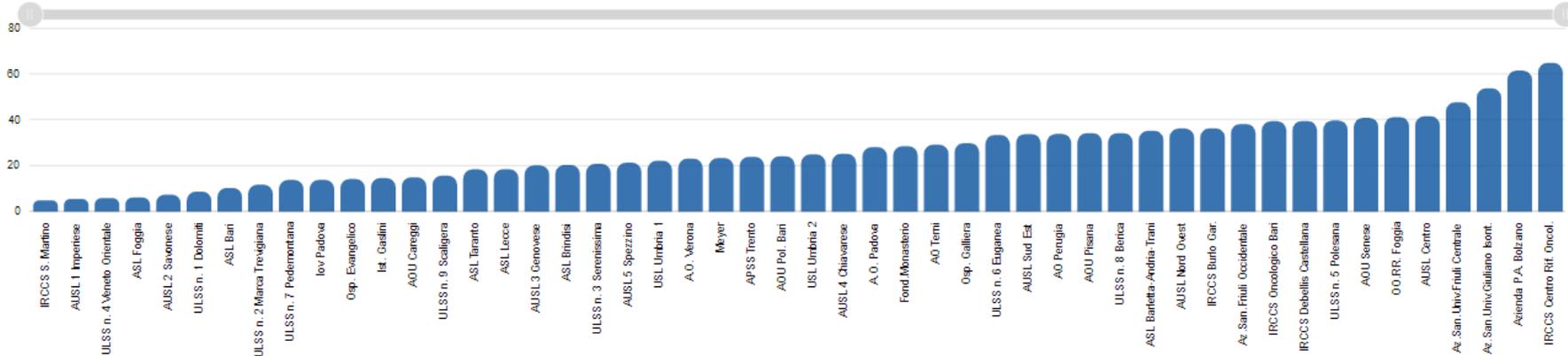
# Costo medio per punto drg per siringhe, guanti e dispositivi di assorbenza: da 14 euro in Liguria a 62 euro a Bolzano...



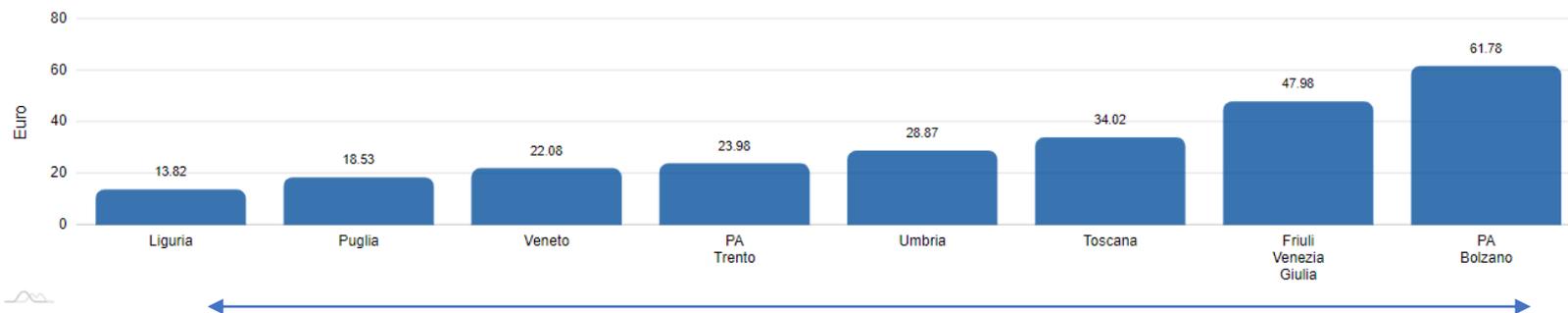
F10.3.1 - Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG  
Regioni - Anno 2021



F10.3.1- Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG  
Aziende - Anno 2021



F10.3.1 - Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG  
Regioni - Anno 2021



Se tutte le regioni avessero il costo per punto DRG della Liguria si sarebbero potuti riallocare circa 27 milioni di euro  
Alla media (30 euro per punto drg) 6 milioni di euro

Regione	Costo medio	Differenz a al minimo	Differenz a alla media	Punti DRG	Costi potenzialmente riallocabili scenario 1	Costi potenzialmente riallocabili scenario 2
Bolzano	61,78	47,96	30,40	73.262	3.513.639 €	2.226.978 €
FVG	47,98	34,16	16,60	157.154	5.368.378 €	2.608.362 €
Liguria	13,82	0		244.535	- €	- €
Puglia	18,53	4,71		469.388	2.210.818 €	- €
Toscana	34,02	20,2	2,64	458.229	9.256.228 €	1.208.579 €
Trento	23,98	10,16		63.601	646.186 €	- €
Umbria	28,87	15,05		121.318	1.825.837 €	- €
Veneto	22,08	8,26		548.839	4.533.409 €	- €
					27.354.495 €	6.043.919 €

per governare la spesa ...**come** misurare?

alcune parole chiave...

## **TRASPARENZA... PUBLIC DISCLOSURE**

per rafforzare la responsabilità e per render  
conto ai cittadini





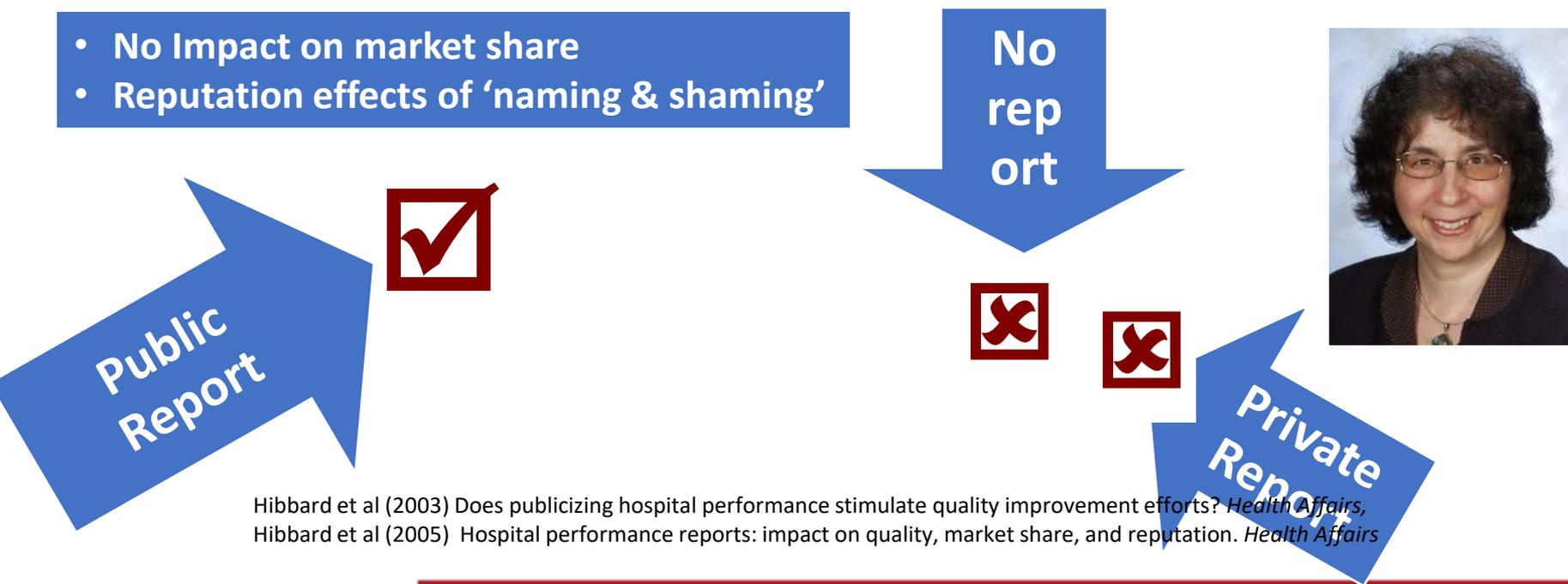
# Un esempio su cui riflettere...

## Un esperimento controllato in Wisconsin USA sulle modalità di utilizzo della reportistica



### Impatto su tre gruppi di ospedali ....

- No Impact on market share
- Reputation effects of 'naming & shaming'



Hibbard et al (2003) Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Affairs*,  
 Hibbard et al (2005) Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affairs*

per governare la spesa ...Come impostare un sistema capace di «**motivare**» il personale pubblico?





# Gli ostacoli



# Oltre 140.000 questionari raccolti in 9 regioni...



**PARTECIPARE PER ORIENTARE IL CAMBIAMENTO**

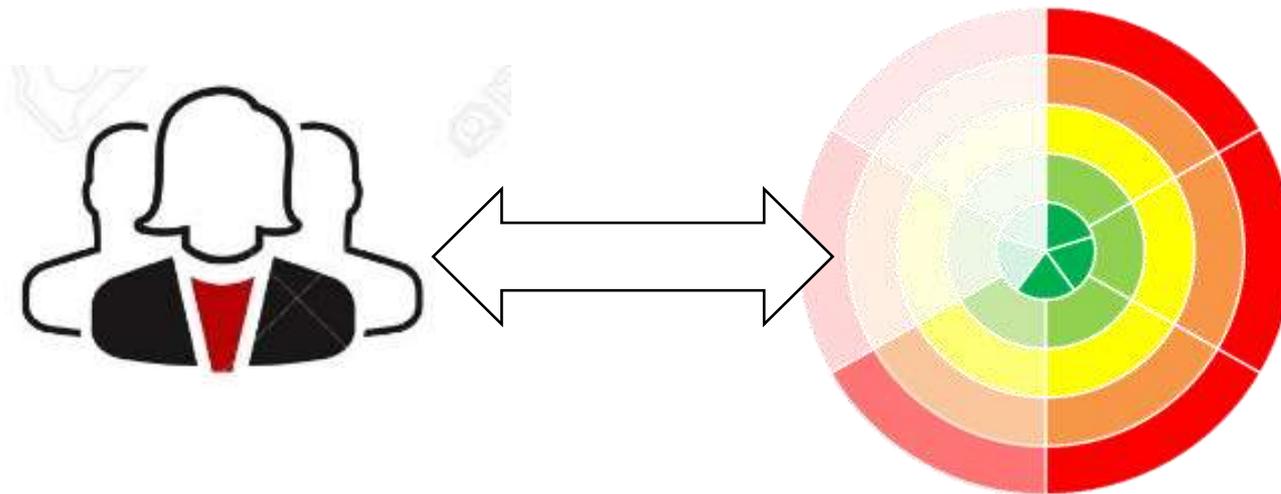
RISPONDI ALL'INDAGINE DI CLIMA ORGANIZZATIVO

Compila online il questionario tramite il link che ti viene inviato via email da [indagineclima@santanna.pisa.it](mailto:indagineclima@santanna.pisa.it) oppure collegati a <http://indagineclima.santanna.pisa.it/clinamaveneto>. L'indagine si svolge tra il 1 febbraio e il 10 marzo 2017.

I dati, in forma anonima, sono raccolti ed elaborati dal Laboratorio MGS (Management e Servizi) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Le tue risposte entreranno a far parte del Sistema di Valutazione della Performance dei Servizi Sanitari della nostra Azienda per l'anno 2016-2017.

REGIONE del VENETO | UNIVERSITA' di PISA | mcs management services

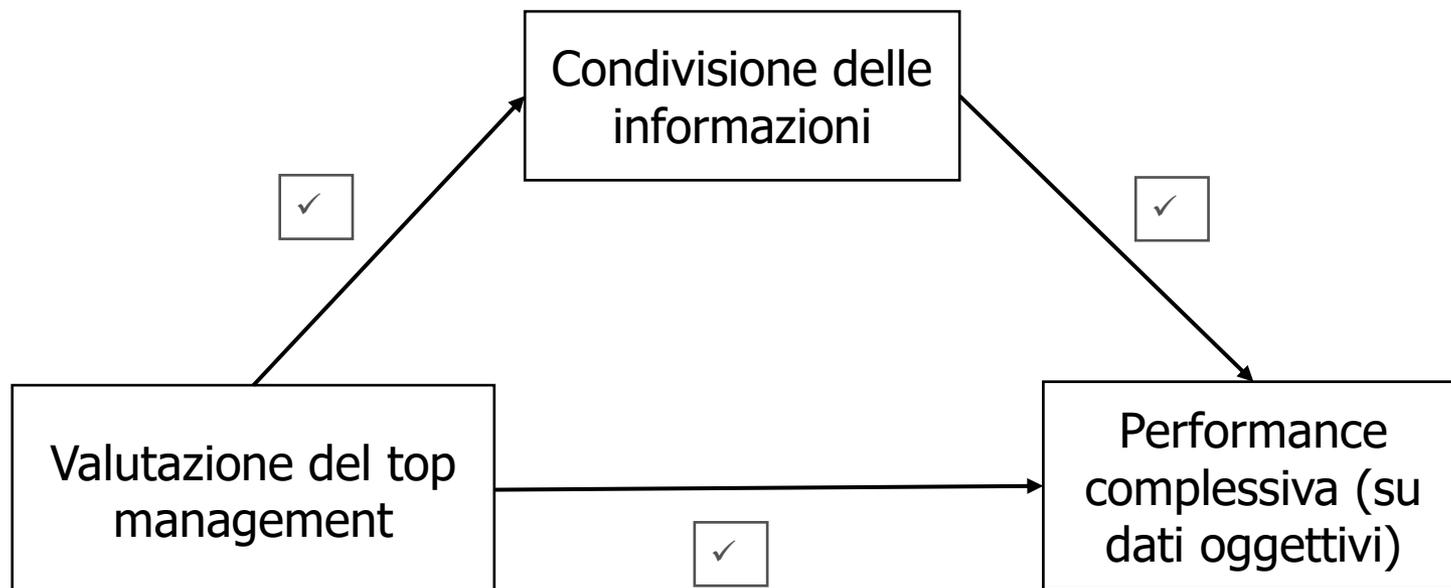
# Il top management fa la differenza nelle performance aziendali?



Indagini 2008 – 2010 –  
2012- 2014 Regione  
Toscana

Valutazione dei bersagli  
2008-2010-2012-2014

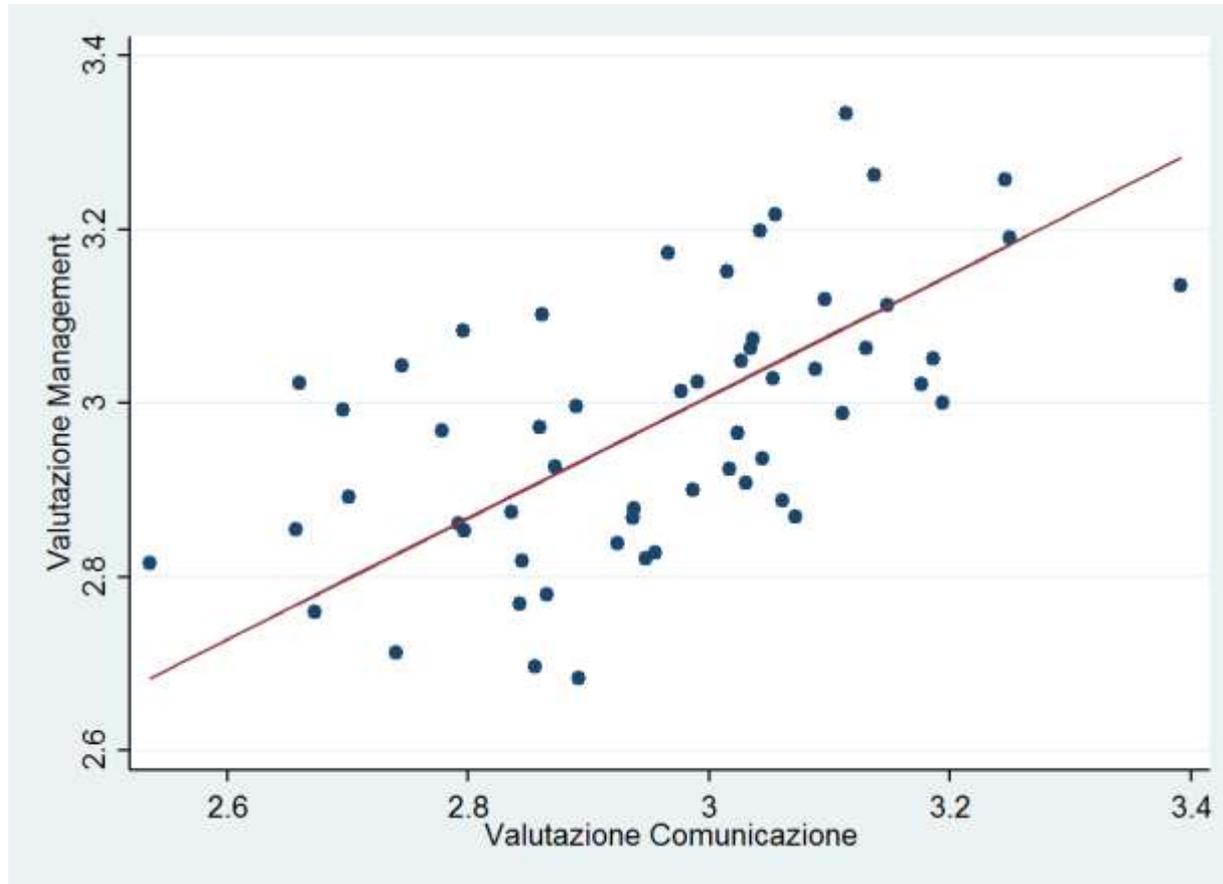
*Vainieri, Ferrè, Giacomelli, Nuti (2017) Explaining performance in healthcare: how and when top management competencies make the difference. Health care Management Review*



*Vainieri, Ferrè, Giacomelli, Nuti (2017) Explaining performance in healthcare: how and when top management competencies make the difference. Health care Management Review*

# La relazione tra management e comunicazione

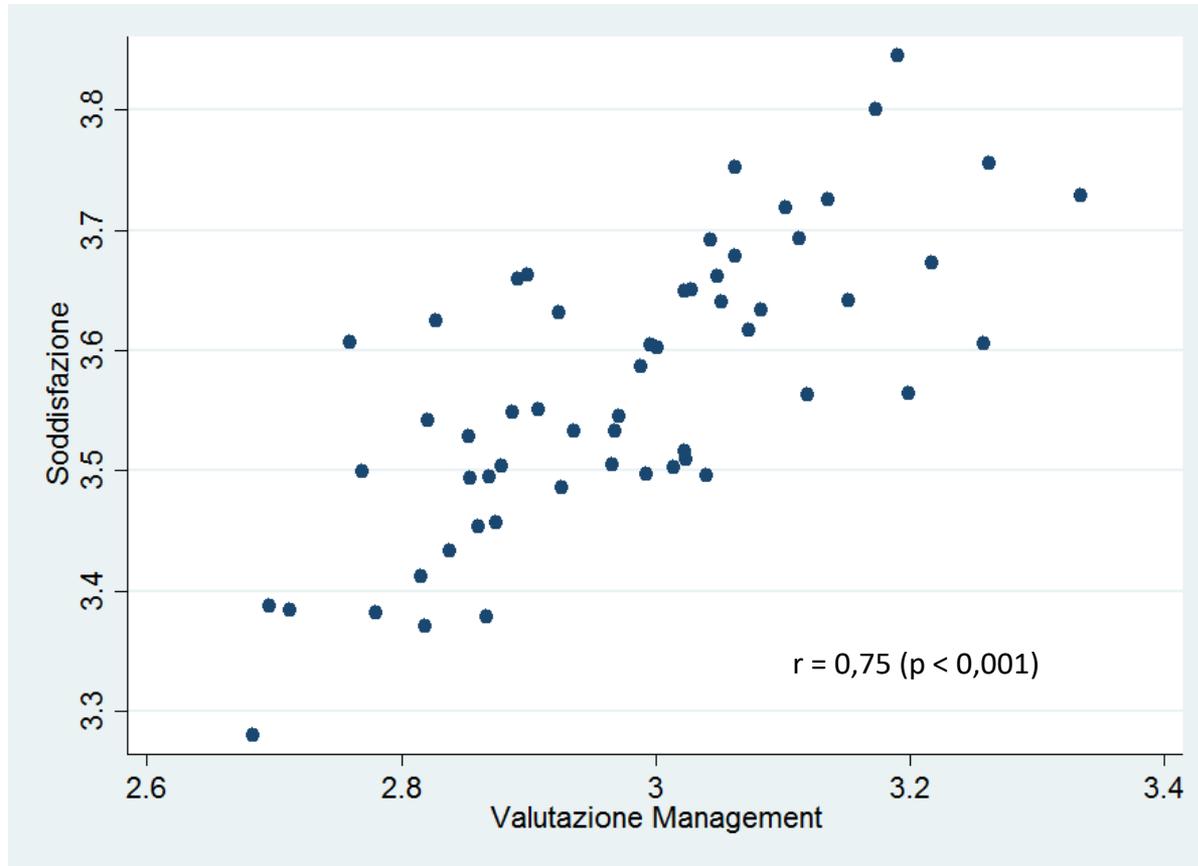
Analisi multilivello effettuata sui dipendenti delle regioni: Toscana, Veneto, Puglia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Umbria, Bolzano e Basilicata



Circa 100.000 dipendenti

# La relazione tra soddisfazione\* e management

Analisi effettuata sui dipendenti delle regioni: Toscana, Veneto, Puglia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Umbria, Bolzano e Basilicata



● Aziende sanitarie territoriali del Network delle Regioni

Circa 100.000 dipendenti

\* La soddisfazione è calcolata come media della soddisfazione verso il proprio lavoro, verso l'azienda e l'orgoglio di lavorare nel SSR

Grazie!

E buon lavoro!