

Premessa

I sistemi sanitari del cosiddetto “Welfare europeo” attraversano una fase di profondi mutamenti determinati da numerosi fattori, quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all’evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, nonché la crisi economico-finanziaria e i vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti. Infatti, nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi.

Nel nostro Paese si è quindi sviluppato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale e alla necessità di riorganizzare l’offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione.

In considerazione del nuovo quadro costituzionale, la concreta definizione dei rapporti tra Governo centrale e regioni è affidata ad apposite intese, che delineano, da oltre un decennio, un sistema non più fondato sull’aspettativa da parte delle regioni del ripiano dei loro disavanzi, ma sul principio della forte responsabilizzazione, sia delle regioni virtuose sia delle regioni con elevati disavanzi.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, tanto che nel 2012 tale spesa si è attestata a quota 110,8 miliardi di euro, facendo registrare, per il secondo anno consecutivo, una riduzione in termini nominali (pari allo 0,7 per cento contro lo 0,8 per cento dell’anno precedente). La spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento. Si tratta di un aggregato di spesa che, per altro, non trova separata evidenziazione nell’ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, ai costi del personale, facenti parte dell’aggregato redditi da lavoro dipendente, e alle spese per l’acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

In questo quadro, considerata la complessità e la rilevanza della spesa sanitaria e dei diritti costituzionali ad essa sottesi, le Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione economica) e XII (Affari sociali) hanno ravvisato l’opportunità di svolgere un’indagine conoscitiva concernente “la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”, al fine di:

- 1) effettuare una comparazione degli andamenti tendenziali della spesa sanitaria pubblica e privata tra i maggiori Paesi europei, sia in termini di spesa assoluta pro capite, che di incidenza percentuale sul PIL;
- 2) verificare le conseguenze della progressiva riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenuta dal 2008 al 2013 sul livello di appropriatezza del sistema, in particolare individuando e valutando l'entità e l'effettiva efficacia degli interventi di *spending review*;
- 3) valutare l'impatto atteso sulla complessiva erogazione delle prestazioni sanitarie in conseguenza del progressivo passaggio al sistema di finanziamento regionale attraverso "i costi standard";
- 4) verificare gli effetti dell'introduzione dei *ticket* dal punto di vista economico-finanziario, dell'orientamento della domanda di prestazioni sanitarie e della coerenza e della congruità del sistema delle esenzioni con gli obiettivi di protezione delle fasce più deboli della popolazione;
- 5) verificare gli effetti dei piani di rientro sull'organizzazione sanitaria regionale, sull'accesso alle cure e sull'effettivo ripiano dei deficit sanitari;
- 6) valutare il livello di omogeneità su tutto il territorio nazionale dell'accesso alle cure e del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate;
- 7) verificare l'incidenza e l'efficacia della spesa sociale e socio-sanitaria, anche alla luce del riparto delle risorse tra comuni e ASL;
- 8) verificare gli esiti del processo di adeguamento delle procedure amministrative, di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011, finalizzato alla corretta rilevazione dei fatti di gestione, attraverso l'adozione di nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie, anche in vista della certificazione dei loro bilanci.

Al fine di realizzare i predetti obiettivi, le Commissioni riunite hanno svolto, dal 17 giugno al 30 ottobre 2013, le audizioni dei seguenti soggetti:

- rappresentanti di Istituzioni e Fondazioni di studio di settore: prof. Elio Borgonovi, presidente del CeRGAS-Bocconi; prof.ssa Sabina Nuti, responsabile del laboratorio Management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; prof. Davide Croce, direttore del Centro di Ricerca in Economia e Management di Sanità e nel Sociale (CREMS) della LIUC Cattaneo; prof. Gualtiero Ricciardi, coordinatore del Rapporto Osservasalute dell'Osservatorio nazionale per la salute nelle regioni italiane;
- Prof.ssa Carlotta De Franceschi, presidente di *Action Institute*; rappresentanti di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato; Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO); Associazione italiana ospedalità privata (AIOP); Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);
- rappresentanti di sindacati di categoria: CGIL, CISL, UIL e UGL – Sindacato autonomo medici italiani (SNAMI), Associazione medici dirigenti (ANAAO-ASSOMED),

Coordinamento italiano dei medici ospedalieri-Associazione sindacale dei medici dirigenti (CIMO-ASMD), Federazione italiana medici di famiglia (FIMMG), Federazione italiana medici pediatri (FIMP), Associazione anestesisti e rianimatori (AAROI), Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana (SUMAI) e Associazione italiana odontoiatri (AIO);

- rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), della Federazione delle società medico scientifiche (FISM), della Federazione italiana per la salute pubblica e l'organizzazione sanitaria (FISPEOS), del Sindacato dei medici italiani (SMI), della Federazione veterinari e medici (FVM), Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI), del Segretariato italiano giovani medici (SIGM), di Federfarma, della Federazione ordini farmacisti italiani, del Sindacato nazionale farmacisti dirigenti del SSN (Si.Na.F.O.) e di Assobiomedica;

- rappresentanti di Farindustria, Associazione nazionale industrie farmaci generici (Assogenerici), Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie Assobiotec-Federchimica, Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia (F.A.V.O.), Osservatorio italiano salute globale e Movimento decrescita felice;

- Rappresentanti di professioni sanitarie: Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);

- rappresentanti dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), dell'Associazione nazionale sanità integrativa (ANSI), del Fondo assistenza sanitaria integrativa (FASI), della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S);

- rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, della Struttura tecnica di monitoraggio paritetica istituita presso la Conferenza Stato-Regioni (STEM), di Confindustria, della CONSIP e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);

- dott. Francesco Massicci, Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della RGS;

- Ministro della salute, Beatrice Lorenzin;

- Ministro dell'economia e delle finanze, Fabrizio Saccomanni.

1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi.

L'articolo 32 della Costituzione stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Si tratta di una norma che è al contempo, programmatica, poiché impegna il legislatore a promuovere idonee iniziative volte all'attuazione di un compiuto sistema di tutela adeguato alle esigenze di una società che cresce e progredisce, e precettiva, in quanto implica che l'individuo, come cittadino, vanti nei confronti dello Stato un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela della propria salute, intesa non solo come bene personale, ma anche come bene della collettività, che ha bisogno della salute di tutti i suoi componenti per meglio crescere ed affermare i propri valori.

Sul piano legislativo la realizzazione del principio costituzionale di tutela della salute è avvenuta, con la legge n. 833 del 1978, essenzialmente attraverso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, definito come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. L'aspetto peculiare della riforma del 1978 è rappresentato dalla costituzione delle Unità Sanitarie Locali, ossia le strutture operative dei Comuni, singoli o associati alle Comunità Montane, preordinate a soddisfare le esigenze socio-sanitarie dei cittadini.

Con il decreto legislativo n. 502 del 1992 si è assistito ad un nuovo riordino del Servizio sanitario nazionale attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.); il principio di aziendalizzazione, la riduzione del numero delle USL; il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni; la libera scelta del cittadino; l'istituzione delle figure di Direttore generale, di Direttore sanitario aziendale e di Direttore Amministrativo; l'introduzione del sistema di accreditamento istituzionale; l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni. Con il decreto legislativo n. 112 del 1998 si è disposto un generale conferimento di competenze in favore degli enti territoriali, individuando specificamente i compiti residuali riservati allo Stato. Tale conferimento ha riguardato prevalentemente le Regioni, mentre gli enti locali sono coinvolti per lo più a livello di programmazione concertata, mediante la Conferenza unificata, e in alcuni casi a livello di amministrazione attiva.

La regionalizzazione del Sistema venne quindi rafforzata con la legge n. 419 del 1998 e il decreto legislativo n. 229 del 1999, riconoscendo alle Regioni nuove e più ampie facoltà nella programmazione regionale e nella gestione dei servizi, tanto che il Servizio sanitario nazionale venne definito come il *“complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale”*.

Infine, nel 2001, con la riforma del Titolo V e la modifica dell'articolo 117 della Costituzione, la gestione del sistema sanitario è stata affidata allo Stato e alle Regioni secondo la ripartizione di competenze ivi definita. In particolare, alla legislazione statale è stata affidata

la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali garantiti su tutto il territorio nazionale (L.E.A.), mentre alla competenza legislativa concorrente Stato-Regioni spetta la tutela della salute: in tal senso compete allo Stato, con proprie leggi, definire i principi fondamentali in materia, ed alle regioni di legiferare nel rispetto dei citati principi.

I livelli essenziali e uniformi di assistenza (L.E.A.) individuano le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie garantite nell'ambito del Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini tramite le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, e sono definiti, di norma, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

In particolare, l'articolo 6 del decreto-legge n. 347 del 2001, in applicazione dell'Accordo dell'8 agosto 2001 tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome, ha disciplinato la procedura per la definizione dei livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano).

Più in dettaglio, il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal DPCM 5 marzo 2007, distingue tra prestazioni garantite, a carico del SSN, individuate nell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, nell'assistenza distrettuale (medicina di base e di emergenza, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e specialistica ambulatoriale) e nell'assistenza ospedaliera, e prestazioni a carico del cittadino, come gli interventi di chirurgia estetica, l'erogazione di medicine non convenzionali, delle vaccinazioni non obbligatorie, ecc.

L'esigenza di una revisione dei L.E.A. è stata ribadita dall'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012 – cosiddetto decreto Balduzzi – che ne ha previsto l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2012, con prioritario riferimento alle malattie croniche e alle malattie rare, nonché con riferimento alle prestazioni rivolte alle persone affette da ludopatia. Il relativo schema di decreto è attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

In tema di riparto delle competenze, nel corso dell'indagine conoscitiva, gli auditi hanno lamentato, in modo diverso e a seconda del settore di riferimento, notevoli differenze territoriali nell'efficacia e nell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sollecitando un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei L.E.A. omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali.

In questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei LEA, anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. A questo riguardo, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104,

sottolinea come sia necessario definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale.

Il rafforzamento del ruolo dello Stato, per altro, potrebbe implicare una revisione del riparto delle competenze previsto dal vigente Titolo V della Costituzione. A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera m) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".

1.1. Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario.

Attualmente il sistema sanitario è caratterizzato da servizi regionali profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In particolare, è stato sottolineato come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessiti di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale italiano, non più fondato su una famiglia estesa in grado di supportare i componenti deboli, sembrano richiedere un'evoluzione del sistema verso un modello orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e alla presenza di una popolazione con una rilevante incidenza di anziani.

In effetti, la crisi economica e il cambiamento delle dinamiche demografiche hanno determinato, negli ultimi anni, l'adozione di politiche nazionali e regionali diverse dal passato anche in tema di assistenza. Nel settore dell'assistenza ospedaliera, ad esempio, le misure adottate hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a scapito del ricovero in regime ordinario, che viene riservato alle patologie gravi, con un sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*⁴⁷.

⁴⁷ E' all'esame della Conferenza Stato-regioni lo schema di regolamento sulla Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Lo schema contiene l'indicazione programmatica di riduzione dello standard dei

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva è stata sottolineata, da un lato, l'esigenza di integrare il modello assistenziale con l'inserimento della componente sociale nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai fini della presa in carico della non autosufficienza, dall'altro, la necessità di cambiare l'assetto e la presenza sul territorio del SSN attraverso un rafforzamento dell'assistenza territoriale e una razionalizzazione della rete ospedaliera. La rete territoriale dovrebbe essere a tal fine rivista nell'ottica del *long term care*, in modo che si possa progressivamente realizzare quella che è stata definita una assistenza basata sulla sanità di iniziativa, vale a dire una modalità di intervento nella quale le strutture non aspettano il paziente che arriva, ma gli vanno incontro per seguirlo costantemente, anche in termini di prevenzione e di cure del post acuzie.

Il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità con una piccola *équipe* multiprofessionale, potrebbe far sì che l'ospedale tenda a divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. Per come attualmente operante, invece, l'assistenza territoriale, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, presenta un'offerta che non appare soddisfacente e, soprattutto, molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina una consistente difficoltà assistenziale.

La rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale/primaria, intesa come un complesso di attività e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.

La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali e di strutture intermedie, con l'obiettivo teorico, nel medio-lungo periodo, di pervenire ad un sistema reticolare, mettendo in comunicazione tutti i vari attori del sistema: l'ospedale e i vari componenti del territorio, dagli specialisti ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, impegnando al contempo risorse e finanziamenti per rafforzare le strutture territoriali, aumentando la tecnologia a disposizione ed ampliando l'assistenza domiciliare integrata: portare cioè a livello territoriale le prestazioni "leggere" erogate, talvolta impropriamente, a livello ospedaliero.

Va tuttavia considerato che si tratta di un'evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso,

posti letto ospedalieri, nonché indicazioni utili ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del SSN in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale, posto che la rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale primaria.

sembra richiedere nell'immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa. Si dovrebbe pertanto procedere ad un attento bilanciamento di questi effetti tra loro opposti, traendo, ad esempio, risorse dalla razionalizzazione-riduzione della spesa ospedaliera, da investire contestualmente nello sviluppo della rete territoriale.

Recentemente l'articolo 1 del decreto-legge n. 158 del 2012 ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, anche in riferimento all'assistenza domiciliare, attraverso la costituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP). In particolare, le unità complesse di cure primarie dovranno privilegiare la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le AFT e le UCCP forniranno le prestazioni attraverso personale convenzionato con il SSN, ovvero medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti che operano sul territorio.

Tuttavia il decreto-legge n. 158 del 2012 non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Di fatto, quindi, la situazione si presenta diversa a seconda delle realtà regionali, con risposte non omogenee anche sul versante della tutela dei LEA; l'effettiva realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio, diffuso uniformemente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, invece, potrebbe rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia.

2. La spesa sanitaria.

Nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi⁴⁸. Si tratta di un incremento determinato da una pluralità di fattori, quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, eccetera.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, anche se la spesa del comparto

⁴⁸ Secondo quanto riportato nel documento dell'aprile 2013 della Ragioneria generale dello Stato "La spesa pubblica in Europa – anni 2000-2011", la spesa sanitaria dell'Unione europea è infatti passata dal 7,6 per cento del Pil nel 2009 al 7,3 per cento nel 2011. Analogamente si è registrato in Italia, ove tale spesa è scesa dal 7,3 per cento nel 2009 al 7,1 per cento nel 2012, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati definitivi di consuntivo.

rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento nel 2012. Tale aggregato di spesa, per altro, non trova separata evidenziazione nell'ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, dai costi del personale, facenti parte dell'aggregato redditi da lavoro dipendente, e dalle spese per l'acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

Un aggregato di spesa complessivo concernente il settore sanitario è invece esposto nel Conto della Pubblica Amministrazione. Il consolidamento dei conti del settore viene effettuato a consuntivo dall'Istat sulla base dei dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute, facendo riferimento ai soggetti operatori: le prestazioni sono infatti erogate agli utenti direttamente attraverso le strutture del Servizio sanitario nazionale, o indirettamente attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati⁴⁹. Sotto tale profilo, pertanto, la spesa sanitaria si divide in quella riconducibile ai produttori di beni e servizi *non market* - per le prestazioni erogate direttamente dalle strutture del SSN - e nella spesa riconducibile a prestazioni erogate da produttori *market* (erogate, quindi, per conto del SSN e da questo remunerate).

Secondo i dati ISTAT la spesa sanitaria pubblica si situa su un valore - 110,8 miliardi circa - pari al 7,1 per cento del PIL nel 2012. Tale percentuale sale, sempre nel 2012, a circa il 9,2 per cento con riguardo alla spesa sanitaria complessiva (che considera anche la componente di spesa sanitaria privata, cifrabile intorno ai 30 miliardi) e risulta tra le più basse dei paesi avanzati, attestandosi sia sotto la media OCSE, pari al 9,3 per cento, sia sotto quella dei paesi UE-15, pari al 10 per cento.

I dati della tabella che segue mostrano la crescita della percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL dal 2000 al 2011, che riguarda indistintamente i tre modelli sanitari: universalistici (Italia), assicurativi (USA), mutualistici (Germania).

*Spesa complessiva in percentuale rispetto al PIL e sua suddivisione tra pubblica e privata (a sua volta divisa in out-of-pocket o spesa delle famiglie e assicurata) in alcuni Paesi del mondo*⁵⁰

⁴⁹ Le prestazioni sanitarie costituiscono la parte preponderante delle prestazioni sociali in natura, mentre la parte restante è costituita da prestazioni di tipo assistenziale.

⁵⁰ Si veda la documentazione presentata dal prof. Davide Croce, direttore CREMS, nel corso della sua audizione presso le Commissioni riunite V e XII nella seduta del 17 giugno 2013.

			PUBBLICA		PRIVATA				Fonte: WHO, National Health Accounts, 2013, rielaborazione CREMS	
	Spesa sanitaria totale come % del PIL		Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale		Spesa procapite in \$ a PPP	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Australia	8,1%	9,0%	66,8%	68,5%	19,8%	19,8%	13,4%	11,7%	2.253	3.692
Brasile	7,2%	8,9%	40,3%	45,7%	38,0%	31,3%	21,7%	22,9%	503	1.043
Russia	5,4%	6,2%	59,9%	59,7%	30,9%	35,4%	10,5%	4,9%	369	1.316
India	4,3%	3,9%	26,0%	31,0%	66,1%	59,4%	6,1%	9,6%	65	141
Cina	4,6%	5,2%	38,3%	55,9%	59,0%	34,8%	2,7%	9,3%	108	242
Sudafrica	8,3%	8,5%	41,3%	47,7%	13,0%	7,2%	46,4%	45,1%	552	942
Canada	8,8%	11,2%	70,4%	70,4%	15,9%	14,4%	13,7%	15,2%	2.519	4.520
Giappone	7,6%	9,3%	80,8%	80,0%	15,4%	16,4%	3,8%	3,6%	1.974	3.174
USA	13,4%	17,9%	43,2%	45,9%	14,5%	11,3%	42,3%	42,8%	4.703	8.608
Italia	8,0%	9,5%	72,5%	77,2%	22,6%	19,9%	3,0%	2,8%	2.064	3.130
Francia	10,1%	11,6%	79,4%	76,7%	7,1%	7,5%	13,5%	15,8%	2.546	4.085
Germania	10,4%	11,1%	79,5%	75,9%	10,4%	12,4%	10,0%	11,7%	2.679	4.371
Spagna	7,2%	9,4%	71,6%	73,6%	23,6%	20,1%	4,9%	6,3%	1.538	3.041
UK	7,0%	9,3%	78,8%	82,7%	11,4%	9,2%	9,4%	8,1%	1.835	3.322
Svezia	8,2%	9,4%	84,9%	80,9%	13,8%	16,9%	1,3%	2,1%	2.287	3.870
Swizzera	9,9%	10,9%	55,4%	65,4%	33,0%	25,0%	11,6%	9,6%	3.210	5.564

Nel confronto con i principali paesi europei, la spesa sanitaria complessiva dell'Italia in rapporto al PIL risulta di circa due punti percentuali inferiore rispetto a quella di Francia e Germania. Analoghi risultati emergono eseguendo il raffronto con riferimento alla sola componente pubblica della spesa sanitaria, che per l'Italia è pari al 7 per cento del PIL.

Guardando ai dati di consuntivo degli anni 2008-2012, si osserva che, come già accennato, la spesa sanitaria assorbe una quota significativa della spesa al netto degli interessi (circa il 15,6 per cento). Il rallentamento della dinamica di crescita rispetto al precedente quinquennio (+1,7 per cento la crescita media annua rispetto al +5,2 per cento del 2003-2007) si accentua nell'ultimo periodo quando, per due anni consecutivi (2011 e 2012), si assiste ad una riduzione in valore assoluto della spesa. La caduta del PIL anche in termini nominali verificatasi nel 2008-2009 e nuovamente nel 2012 ne determina, tuttavia, un'incidenza sul prodotto che si mantiene superiore al 7 per cento. La dinamica osservata nella spesa è effetto di andamenti differenziati nei vari comparti. La seguente tavola analizza l'andamento della spesa con riferimento alla classificazione per operatori, prendendo quindi in considerazione le prestazioni offerte dalle strutture del SSN (c.d. produttori *non market*) e quelle erogate attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati (c.d. produttori *market*). A queste si aggiungono le altre uscite correnti, quali le contribuzioni diverse o le spese relative ai servizi amministrativi, che contribuiscono insieme alle prestazioni in natura alla determinazione della spesa sanitaria complessiva.

Composizione della spesa sanitaria (milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012
Prestazioni sociali in natura	101.102	102.644	104.711	103.609	102.791
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market</i>	39.607	40.809	41.316	40.406	39.578
- Farmaci	11.226	10.997	10.913	9.862	9.145
- Assistenza medico-generica	6.079	6.949	6.984	6.724	6.736
- Assistenza medico-specialistica	3.948	4.112	4.542	4.737	4.720
- Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.407	9.493	9.449	9.503	9.395
- Assistenza protesica e balneo termale	3.903	3.954	3.940	4.113	3.944
- Altra assistenza	5.044	5.304	5.488	5.467	5.638
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market</i>	61.495	61.835	63.395	63.203	63.213
- Redditi da lavoro dipendente	35.757	34.467	35.449	34.425	33.961
- Consumi intermedi	23.230	24.777	25.220	26.168	26.779
- Altro	2.508	2.591	2.726	2.610	2.473
Contribuzioni diverse	952	894	852	876	1.001
Servizi amministrativi	5.482	5.705	5.797	5.838	5.825
- Redditi da lavoro dipendente	2.802	2.894	2.897	2.828	2.747
- Consumi intermedi	2.507	2.630	2.717	2.833	2.906
- Altro	173	181	183	177	172
Altre uscite	1.355	1.231	1.166	1.270	1.225
di cui: interessi passivi	588	424	326	380	335
TOTALE USCITE CORRENTI	108.891	110.474	112.526	111.593	110.842

Come emerge dalla tabella precedente, nel quinquennio 2008-2012 il tasso di crescita della spesa sanitaria risulta progressivamente in diminuzione, a seguito della crescente efficacia degli strumenti di *governance*. Tale valutazione è stata confermata, e anzi accentuata, dai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, riferiti al più ampio orizzonte temporale dal 2000 al 2012, da cui risulta che, nel periodo 2000-2006, la spesa sanitaria evidenziava un tasso di crescita medio annuo pari al 7 per cento, mentre nel periodo 2006-2012 la crescita media era pari all'1,4 per cento. All'interno di tale secondo periodo, più in particolare, la variazione media annua è risultata pari a circa il 2,5 per cento nel segmento 2006-2010, per scendere poi a - 0,8 per cento nel triennio 2010-2012. Tale ultimo valore deriva da un andamento particolarmente virtuoso registratosi negli anni 2011 e 2012, nei quali la spesa diminuisce non solo in termini reali ma – con un andamento senza precedenti nella recente storia degli andamenti della spesa sanitaria – anche in termini nominali. Il contenimento del tasso di crescita ha riguardato, come meglio si vedrà in seguito, tutte le componenti della spesa, dal personale (dipendente e convenzionato), ai privati accreditati, ai beni e servizi, fino ad arrivare alla spesa farmaceutica.

Si tratta di una tendenza confermata per il periodo 2013-2017 dal Documento di economia e finanza 2013, come risulta dalla seguente tabella:

La spesa sanitaria nel conto della PA: le previsioni nel DEF 2013 (milioni di euro - %)

Previsioni DEF 2013	2013	2014	2015	2016	2017
Valore assoluto	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789
var % su anno precedente	0,2	1,7	2,1	1,9	1,8
% su spesa primaria	15,29	15,60	15,61	15,72	15,74
% su PIL	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7

In particolare, la spesa sanitaria è prevista crescere dello 0,2 per cento nel 2013, a fronte di un ritmo più sostenuto nel periodo successivo (+1,9 per cento in media annua). Data una variazione attesa del PIL nominale pari a +3,2 per cento annuo, l'incidenza della spesa sul prodotto si riduce, passando dal 7,1 per cento del 2013 al 6,7 per cento nel 2017. Aumenta, invece, di 0,4 decimi di punto l'incidenza sulla spesa primaria per la quale si prevede una variazione più contenuta⁵¹.

L'evoluzione stimata per il periodo 2013-2017 dal Documento di Economia e Finanza dovrebbe essere favorita, secondo quanto segnalato dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, dall'implementazione di alcune disposizioni recate dalla disciplina attuativa del federalismo fiscale. Si tratta, innanzitutto, del decreto legislativo n. 68 del 2011, per la parte relativa ai fabbisogni del settore sanitario, laddove si prevede l'individuazione di tre regioni *benchmark*, sulla base di requisiti sia finanziari, quali l'equilibrio di bilancio, che qualitativi - come ad esempio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza ed appropriatezza - che consentirà l'individuazione di parametri di riferimento, per la *governance* delle altre regioni, basati sia sulla spesa che sulla qualità dei risultati. In secondo luogo, si tratta del decreto legislativo n. 118 del 2011 sull'armonizzazione dei sistemi contabili, che consentirà una migliore individuazione, nell'ambito del bilancio regionale, dell'area del finanziamento sanitario⁵².

Nel corso dell'indagine conoscitiva sono state affrontate le problematiche concernenti l'andamento di alcune spese dianzi menzionate che incidono in misura significativa sulla complessiva spesa sanitaria: la spesa per il personale medico e sanitario, la spesa per beni e servizi e la spesa farmaceutica.

⁵¹ Come precisato dal DEF, gli andamenti descritti riflettono il quadro macroeconomico previsto per il periodo di riferimento, i risultati per il 2012, nonché l'efficacia delle misure di contenimento della spesa adottate negli anni precedenti.

⁵² In ordine a tale provvedimento la Conferenza delle regioni, per altro, ha evidenziato alcune criticità, con riguardo in particolare: all'obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti nello stesso esercizio in cui sono stati acquisiti; obbligo che ha effetti negativi sugli investimenti medesimi, in presenza di un finanziamento degli stessi che avviene prevalentemente con risorse provenienti dal Fondo sanitario nazionale o da risorse proprie regionali; all'innalzamento delle aliquote di ammortamento delle diverse categorie di beni (cespiti), che comporta un appesantimento degli oneri a carico delle aziende.

2.1. La spesa per il personale medico e sanitario.

Allo stato attuale la spesa per il personale del sistema sanitario ammonta a oltre 36 miliardi di euro, rappresentando uno dei maggiori aggregati di spesa (circa un terzo del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale) e, quindi, uno dei principali fattori su cui incidere ai fini della razionalizzazione dei costi per la sanità.

Tale spesa, dopo essere cresciuta in media del 5,4 per cento negli anni dal 2000 al 2006, rallenta ad un incremento medio dell'1,4 per cento dal 2006 al 2010, per diminuire poi in termini anche nominali nell'ultimo biennio (-2,1 per cento annuo). In media la spesa per il personale è scesa dell'1,3 per cento. Si è infatti passati dai 36,618 miliardi del 2010 ai 36,149 miliardi del 2011. La maggior parte della spesa per il personale è imputabile al ruolo sanitario (dirigenti medici e non medici e comparto del ruolo sanitario); da notare che dal confronto dei due anni appare che l'incidenza dei dirigenti medici sul totale del costo del personale è diminuita passando dal 37,2 per cento al 36,9 per cento. Per contro, l'incidenza del comparto del ruolo sanitario è aumentata arrivando a sfiorare il 40 per cento.

Come per altro precisato nell'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, tale riduzione non è dovuta solo a misure straordinarie ma anche a interventi strutturali quali il blocco del *turnover*, attuato e monitorato, in particolare, nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro di cui si dirà in seguito, l'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle risorse umane e le disposizioni relative alla corretta contabilizzazione degli oneri contrattuali: queste prevedono infatti che le regioni siano tenute ad accantonare annualmente nei propri bilanci gli eventuali oneri connessi con i rinnovi contrattuali, indipendentemente dal fatto che il contratto venga sottoscritto. L'applicazione di questa norma ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano *ex post* da parte dello Stato degli oneri arretrati, incidendo quindi in modo deciso sui comportamenti degli amministratori.

Per quanto attiene al costo medio, il costo del personale delle Regioni si attesta ad un valore, sempre per il 2011, pari a 56.240 euro, sostanzialmente invariato rispetto al 2010 (+0,4 per cento), anche per l'effetto delle manovre che hanno portato al congelamento della contrattazione collettiva in quasi tutto il pubblico impiego. Il *range* tra il valore minimo ed il valore massimo del costo medio del personale tra le Regioni, esclusa la Provincia di Bolzano, è pari a circa 14.000 euro.

Si rileva una forte variabilità nei dati sia nel confronto tra Regioni sia all'interno delle Regioni stesse. Difatti, dalla comparazione tra i costi medi dei singoli ruoli delle regioni sono riscontrabili differenze che arrivano a 30.000 euro, mentre all'interno della stessa regione possono raggiungere picchi di quasi 50.000 euro annui. Queste differenze sono da imputare principalmente alla diversa composizione dei fondi integrativi a disposizione delle strutture del