

tetti di spesa per gli operatori privati accreditati, tale da rendere più efficace la programmazione regionale.

Spesa sanitaria corrente 2011 e variazioni percentuali anni 2011/2010

	Spesa SSN 2011 (in milioni)	2011/2010*
Beni e servizi da produttori <i>non market</i>, <i>di cui</i>:		
Redditi da lavoro dipendente	37.526	-2,4
Consumi intermedi	29.060	3,6
Beni e servizi da produttori <i>market</i>, <i>di cui</i>:		-1,8
Farmaci	10.002	-8,3
Medicina di base	6.699	-4,7
Altre prestazioni (ospedaliera, specialistica, riabilitative, integrative, altra assistenza)	23.920	2,2
Altre componenti di spesa	4.832	-1,6
TOTALE SPESA SSN 2011	112.039	

*Elaborazione Corte dei conti su dati di contabilità nazionale, DEF 2012.

3.1 La spesa per il SSN e le altre spese sociali nel contesto europeo

La spesa sanitaria, in termini di contabilità nazionale, è, per volume di risorse impegnate, la spesa sociale più importante dopo quella pensionistica, mentre rappresenta circa il 70% dei flussi finanziari intermediati dai bilanci regionali.

Spesa corrente pubbliche amministrazioni*

	2010	2011	2012	2013	2014
Spesa corrente					
Redditi da lavoro dipendente	172.085	170.052	169.116	168.243	168.017
Consumi intermedi	136.098	136.126	136.104	134.310	134.896
Prestazioni sociali, di cui:	298.418	305.122	311.720	317.120	326.400
Pensioni	237.346	244.243	249.930	255.070	262.310
Altre prestazioni sociali	61.072	60.879	61.790	62.050	64.090
Altre uscite correnti	63.780	61.327	59.902	58.052	58.396
Totale spese correnti netto interessi	670.381	672.627	676.842	677.725	687.709
Interessi passivi	71.112	78.021	84.217	88.456	93.832
Totale spesa corrente	741.493	750.648	761.059	766.181	781.541
Di cui: spesa sanitaria	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421
Incidenza % SSN/spesa primaria	16,82	16,66	16,92	16,93	16,78
Incidenza % prestazioni sociali/spesa primaria corrente	44,51	45,36	46,06	46,79	47,46
Incidenza spesa sanitaria sul PIL	7,3	7,1	7,2	7,1	6,9
Incidenza interessi sul PIL	4,6	4,9	5,3	5,4	5,6

*Elaborazione Corte dei conti su dati da conto economico consolidato della PA (DEF 2012, i dati 2010/11 si riferiscono a valori di consuntivo)

Esaminando la composizione delle spese correnti riportate nel conto economico della pubblica amministrazione (anni 2010-2014), le spese per prestazioni sociali sono pari, mediamente, al 45% della spesa corrente al netto degli interessi, e sono destinate, per una quota preponderante, a spesa pensionistica (solo una percentuale residua trascurabile è destinata al sostegno di individui e imprese in difficoltà), mentre la sanità assorbe circa il 16% delle spese corrente al netto degli interessi, con un'incidenza sul PIL moderatamente decrescente, che passa dal 7,1% (nel 2011), al 6,9% (nel 2014).

Secondo i dati di consuntivo e le previsioni di conto economico per il periodo 2010-2014, tutte le voci di spesa corrente mostrano un andamento stabile o decrescente in percentuale al PIL, ad eccezione della spesa per interessi, che aumenta la quota sul PIL da 4,6 al 5,6%.

L'Istat elabora annualmente i conti economici della protezione sociale³⁰⁹, che, sulla base della metodologia Eurostat, alimenta il Sistema Europeo delle Statistiche Integrate della Protezione Sociale (SESPROS); statistiche che hanno lo scopo di misurare e analizzare le politiche sociali all'interno dei paesi dell'Unione europea, limitatamente a tre aree di intervento: sanità, previdenza e assistenza sociale.

Le statistiche SESPRES, per le sole funzioni di prestazione sociale appena ricordate, indicano la netta prevalenza della spesa pensionistica sulle altre spese sociali che, nel periodo 2008-2010, senza particolari variazioni nel triennio, assorbe circa il 66% delle risorse, seguita da quella per la sanità (25,6% nel 2010) e per l'assistenza (8%).

Prestazioni di protezione sociale- Anni 2008/2010
(composizione percentuale)

Prestazioni da istituzioni delle Amministrazioni pubbliche	2008	2009	2010
Previdenza	65,9	66,0	66,4
Sanità	26,1	25,4	25,6
Assistenza	8,0	8,6	8,0
Totale	100	100	100

Incidenza sul PIL

Prestazioni da istituzioni delle Amministrazioni pubbliche	2008	2009	2010
Previdenza	16,2	17,5	17,7
Sanità	6,4	6,7	6,8
Assistenza	2,0	2,3	2,1
Totale	24,6	26,5	26,6

³⁰⁹ Fonte: ISTAT, Annuario statistico italiano 2011 (capitolo 5:conti economici della protezione sociale).

Incidenza sulla spesa pubblica corrente

Prestazioni da istituzioni delle Amministrazioni pubbliche	2008	2009	2010
Previdenza	35,5	36,3	37,0
Sanità	14,1	14,0	14,3
Assistenza	4,3	4,7	4,5
Total	53,9	55,0	55,8

Confrontando, infine, la spesa per le principali prestazioni sociali erogate nel nostro paese con quella degli altri paesi europei, emergono peculiarità specifiche della spesa pubblica italiana, che ne fanno un'anomalia nel contesto europeo.

Le statistiche Eurostat per l'anno 2010, infatti, evidenziano che, se nel complesso la spesa per il Welfare è allineata a quella media dei paesi europei, sensibile è la differenza nella composizione di tale spesa, con un 16% di spesa pensionistica (a fronte di una media europea dell'11,7%) e un 7% per i servizi sanitari, a fronte di una media europea del 7,7%. In particolare, per la spesa sanitaria, i dati 2010 indicano una spesa inferiore a quella italiana solo in Danimarca (6,7) e Spagna (6,8), mentre Francia e Germania spendono, rispettivamente, circa l'8,7 e l'8,1 del PIL.

**Statistiche Eurostat: prestazioni di protezione sociale 2010
(spesa in rapporto al PIL)**

	Totale prestazioni di protezione sociale	Salute	Vecchiaia e superstiti	Disoccupazione	Famiglia/minori	Altro*
EU-27	25,3	7,5	11,5	1,3	2,1	2,8
Eu-15	26,0	7,7	11,7	1,4	2,1	3,1
Danimarca	28,9	6,7	11,1	1,4	3,8	5,9
Germania	26,7	8,1	11,5	1,4	2,8	2,9
Spagna	22,2	6,8	8,8	3,0	1,5	2,1
Francia	29,2	8,7	13,4	1,7	2,5	2,9
Italia	26,5	7,0	16,1	0,5	1,3	1,7

*Spese per invalidità, abitazioni, altra esclusione sociale

Tuttavia, pur essendo il volume complessivo della spesa sanitaria allineato (se non inferiore) a quello dei maggiori paesi europei, esistono ampi margini di migliorabilità della stessa, sia in termini di efficienza nell'uso delle risorse, sia in termini di qualità dei servizi erogati.

Recuperi di efficienza della spesa conseguibili, innanzitutto, incrementando l'accentramento delle procedure di acquisto per la fornitura di beni e servizi per il SSN, attualmente soggetto, a parità di bene fornito, ad ingiustificata variabilità di prezzo tra le regioni o tra le stesse strutture sanitarie operanti a livello infraregionale. A questo scopo, diviene indispensabile dare piena attuazione, nell'ambito del Sistema nazionale di e-

Procurement, al “sistema a rete” tra Centrali di acquisto regionali e Consip S.p.A., che, previsto dalla finanziaria 2007³¹⁰, appare in sensibile ritardo rispetto ai tempi programmati.

Il “sistema a rete” può garantire, a parità di servizi erogati, rilevanti risparmi di spesa: basti pensare che, attualmente, solo circa il 3%³¹¹ di tutti gli acquisti della pubblica amministrazione avviene mediante convenzioni Consip.

Altri settori fondamentali per la realizzazione di risparmi di spesa sono il consumo farmaceutico e l’assistenza ospedaliera.

Per la spesa farmaceutica, la l. 30 luglio 2010, n. 122 potenzia il monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva, sia finanziando lo sviluppo di reti informatiche necessarie ad implementare il progetto di trasformazione della tessera sanitaria in Carta nazionale dei servizi³¹², sia incrementando l’attività svolta dall’AIFA di elaborazione di tavole comparative tra le regioni al fine di evidenziare le migliori pratiche prescrittive che, a parità di efficacia terapeutica, abbiano costi relativamente inferiori.

Il patto per la Salute 2010/12 impegna le regioni a rispettare il livello ottimale di risorse da destinare a ciascuno dei tre livelli assistenziali³¹³ (prevenzione, distrettuale, ospedaliera), che costituiscono indicatori di rispetto della programmazione nazionale, ponendo particolare attenzione all’appropriatezza dell’assistenza erogata in ambito ospedaliero. Le Regioni, in particolare quelle in Piano di rientro, stanno riorganizzando la rete ospedaliera, per adeguarla al rapporto ottimale, indicato nel patto 2010-2012, di quattro posti letto per mille abitanti (di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post acuzie). I più recenti dati disponibili sul numero di posti letto pubblici e da privato accreditato per l’anno 2009³¹⁴, indicano che tale rapporto è al 4,2% per 1.000 abitanti, di cui 3,6 per acuti. Tuttavia, i dati Eurostat per il 2009 sulle reti ospedaliere nei principali paesi europei³¹⁵ indicano che il dato nazionale, pari, appunto, a 3,6 posti-letto per acuti ogni mille abitanti, è tra i più bassi in Europa, dove, a fronte di una offerta media di 5,5 posti letto ogni mille abitanti, Germania Austria e Francia registrano valori ben più alti (rispettivamente, 8,3 7,6 e 6,6), e solo il Regno Unito (3,3) e la Spagna (3,2) riportano un dato inferiore a quello italiano. Specificità, piuttosto, della nostra rete ospedaliera, è la maggiore presenza, rispetto agli altri paesi, di ospedali di piccole dimensioni, che contribuiscono alla crescita dei costi unitari di gestione: in questo caso, la riorganizzazione della rete ospedaliera ha il fine di

³¹⁰ L’art. 1 co. 457 della legge finanziaria 2007 prevede che le centrali regionali e la Consip S.p.A. costituiscano un sistema a rete “perseguendo l’armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa e realizzando sinergie nell’utilizzo degli strumenti informatici per l’acquisto di beni e servizi.”

³¹¹ Rapporto Giarda in “Elementi per la revisione della spesa pubblica”, maggio 2012.

³¹² Attualmente, il progetto di creazione del fascicolo sanitario elettronico è in corso di sperimentazione in Piemonte, Campania e Calabria.

³¹³ Secondo tale indicatore, il 5% è destinato alla prevenzione, il 51% all’assistenza distrettuale, il 44% all’assistenza ospedaliera.

³¹⁴ Fonte: Annuario statistico del SSN, anni 2000 e 2009.

³¹⁵ Fonte: Eurostat, Tavole statistiche sulla percentuale di posti letto per 100.00 abitanti, anni 2000/2009.

ridurne la dispersione territoriale, migliorando l'efficienza organizzativa e realizzando quelle economie di scala che unità troppo sottodimensionate non sono in grado di conseguire, fornendo, al contempo, una più elevata qualità del servizio. Ciò che serve, dunque, è una ristrutturazione del sistema produttivo "salute". Nel periodo 2000-2009, infine, il numero complessivo dei posti letto pubblici passa da 244.950 a 202.845 (-17,2%). Riduzioni superiori alla media si sono registrate in Sardegna (-26,3), Puglia (-25,5), Friuli Venezia Giulia (-24,2), Provincia autonoma di Trento (-22,7), Piemonte (-21,4), Basilicata (-20,9), Liguria (-20,8), Umbria (-19,5), Abruzzo (-19,3), Toscana (-18,7) e Calabria (-18,6); unica Regione in "controtendenza", il Molise, che incrementa la dotazione di posti letto pubblici del 4,6 per cento.

Per riqualificare la spesa e perseguire l'appropriatezza e l'efficienza nell'uso delle risorse cliniche è indispensabile potenziare i servizi offerti in ambito distrettuale, sia incrementando l'assistenza domiciliare o in strutture residenziali per la cura delle malattie ad andamento cronico degenerativo, sia trasferendo in ambito ambulatoriale la cura delle patologie di minore entità.

A tal fine il patto, in aggiunta ai 43 DRG elencati dal d.p.c.m. 29 novembre 2001, ha individuato ulteriori 108 prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza. Essi riguardano sia prestazioni in regime di *day surgery* (trasferibili in regime ambulatoriale) sia prestazioni in regime di degenza ordinaria, per le quali le regioni hanno l'obbligo di introdurre sistemi di remunerazione penalizzanti.

I dati del ministero della Salute al riguardo, riferiti al 2010, indicano che su 11.085.404 schede di dimissione ospedaliera (SDO), 1.992.323 riguardano DRG chirurgici, di cui circa il 70% (1.361.000) per ricoveri a rischio inappropriatezza.

3.1.1 Le misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria disposte con il d.l. n. 95/2012

Le aree "critiche" della spesa sanitaria appena ricordate (procedure di acquisto di beni e servizi, spesa farmaceutica, assistenza ospedaliera), sulle quali intervenire attraverso la revisione della spesa ("*spending review*"), sono state di recente oggetto del d.l. 6 luglio 2012, n. 95 ("Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini").

Scopo del decreto è realizzare risparmi nella spesa pubblica che evitino l'innalzamento di due punti percentuali dell'IVA per l'ultimo trimestre del corrente anno e il primo semestre del 2013, contribuendo, così, a conseguire l'obiettivo, previsto dal precedente governo, del pareggio di Bilancio nel 2013, senza operare ulteriori interventi potenzialmente recessivi a carico dell'economia. Sebbene il testo sia appena stato presentato al Senato per la conversione in legge, per la rilevanza delle novità sui temi affrontati nella relazione, è

opportuno fornire di seguito una sintetica ricognizione delle misure che riguardano specificamente il servizio sanitario, e che integrano gli interventi sul settore contenuti nella manovra correttiva degli andamenti di finanza pubblica disposta, nel luglio dell'anno scorso, con d.l. 98/2011, convertito, con modificazioni, della legge 15 luglio 2011, n. 111.

- *Spesa farmaceutica territoriale*

Viene aumentata la percentuale di sconto che farmacisti e aziende farmaceutiche devono corrispondere al Servizio Sanitario Nazionale, che incrementa, per le farmacie, dall'1,82 al 3,85%, e, per i produttori farmaceutici, (ma esclusivamente per il 2012, a partire dall'entrata in vigore del decreto), dall'1,83 al 6,5%. Dal 2013, inoltre, il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale si riduce dal 13,3% all'11,5%; l'eccesso di spesa, rispetto al tetto così rideterminato, è integralmente recuperato a carico della filiera farmaceutica (aziende, grossisti, farmacisti) attraverso il meccanismo del *pay-back*, e ripartito, per il 25%, tra le regioni che hanno superato tale limite di spesa, e, per il restante 75%, tra tutte le regioni secondo la percentuale del riparto del fabbisogno indistinto.

- *Spesa farmaceutica ospedaliera*

Il tetto alla spesa farmaceutica ospedaliera è incrementato dal 2,4% al 3,2%, ma il ripiano dell'eventuale spesa eccedente il nuovo limite, fino ad ora a totale carico delle regioni, è invece posto, per il 50%, a carico dei produttori farmaceutici.

- *Acquisti di beni e servizi*

Sono ridotti del 5% gli importi e le prestazioni previsti nei singoli contratti di fornitura (ad eccezione dei contratti per la fornitura di prodotti farmaceutici); tale disposizione è efficace per tutta la durata dei contratti medesimi, mentre per i dispositivi medici si applica solo fino al 31 dicembre del corrente anno, poiché, a partire dal 2013, diviene operativo il tetto previsto dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 per tale categoria di beni, che è pari al 4,8% della spesa complessiva.

Le aziende sanitarie sono tenute a rinegoziare tali contratti (ed eventualmente recedere da essi) nel caso vi siano scostamenti superiori del 20 per cento rispetto ai prezzi individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici. Gli enti sanitari (o, per essi, gli enti territoriali), infine, dovranno utilizzare, per gli acquisti di beni e servizi inclusi nelle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti telematici di *e-procurement* messi a disposizione dalla CONSIP o dalle centrali di committenza regionali.

- *Assistenza ospedaliera e da privato accreditato*

Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano devono adottare, entro il 30 novembre del corrente anno, misure a carico dell'assistenza ospedaliera che riducano lo standard di posti letto complessivamente a carico del SSN dal 4 al 3,7 per mille (di cui 0,7 per riabilitazione e lungo degenza), effettuare una ricognizione della funzionalità (sotto il

profilo sia assistenziale che gestionale) delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, e promuovere l'appropriatezza e il corretto utilizzo delle risorse favorendo, ove possibile, il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e da quello diurno all'assistenza in regime ambulatoriale.

Ai contratti per le prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera fornita dagli erogatori privati accreditati del SSN si applica una riduzione, per l'anno in corso, dello 0,5 per cento dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto dei servizi e, per il successivo biennio, rispettivamente, dell'uno e del 2 per cento.

Il Ministro della Salute, infine, di concerto con il Ministro dell'Economia, emanerà un decreto che fisserà le tariffe massime che Regioni e Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate per i servizi da loro erogati, rimanendo a carico dei bilanci regionali la copertura dei livelli eccedenti i tetti indicati nel decreto.

- *Effetti finanziari*

Secondo il decreto presentato dal Governo, infine, gli effetti finanziari attesi dalle misure adottate determinano un minor fabbisogno del SSN pari a 900 milioni di euro per il 2012, 1.800 per il 2013 e 2.000 milioni di euro per il 2014, con conseguente riduzione del relativo finanziamento annuale indistinto.

3.2 Il monitoraggio dei LEA

I sistemi sanitari regionali non hanno solo l'obbligo di rispettare il vincolo quantitativo dell'equilibrio economico, ma anche di garantire qualità ed efficacia dei servizi erogati per il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Al riguardo, il rapporto annuale sul monitoraggio dei LEA, diffuso dal Ministero della Salute nel febbraio 2012, esamina, sulla base di un set di indicatori, qualità e appropriatezza dei servizi erogati dalle regioni per ciascuna delle tre aree assistenziali (prevenzione, distrettuale, ospedaliera).

Complessivamente, le regioni inadempienti, nel 2010, risultano essere sei: Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre Abruzzo e Liguria risultano adempienti ma con impegno su alcuni indicatori.

Si tratta di un risultato più negativo rispetto a quello degli anni precedenti, quando le regioni inadempienti, nel 2008, erano solamente tre.

Le aree di maggiore criticità sono quelle legate all'inappropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri e, per quanto riguarda l'assistenza distrettuale, all'insufficiente disponibilità di posti nelle strutture residenziali o di servizi per l'assistenza domiciliare integrata. Fenomeni correlati, che si manifestano soprattutto nelle regioni centro-meridionali in Piano di rientro. Più dettagliatamente, per l'assistenza ospedaliera l'indicatore che rileva il

tasso di ospedalizzazione segnala valori superiori, rispetto allo standard normativo di 180 per mille, in tutte le regioni del Sud, cui si aggiungono Lazio e Liguria. Il valore massimo (213 per mille) si registra in Puglia, il minimo in Veneto (146 per mille). Anche l'indicatore di appropriatezza, relativo alle percentuali di parti cesarei sul totale, indica risultati estremamente differenziati tra le regioni, con valori sistematicamente più alti in quelle meridionali, con punte del 62 per cento in Campania e del 53 per cento in Sicilia, e inferiori nelle aree settentrionali, pari al 28-32 per cento, comunque nettamente superiori rispetto al valore medio registrato negli altri paesi europei (15 per cento). L'assistenza distrettuale, invece, appare carente, soprattutto nelle regioni in Piano di rientro e contraddistinte da livelli anomali di ospedalizzazione e prestazioni improprie: mentre Lombardia e Veneto registrano i valori più positivi, con 25 posti letto ogni mille anziani, il Lazio si ferma a 4 e Campania e Sicilia allo 0,6 per mille anziani. Anche per quanto riguarda la percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI), si registrano valori molto bassi in Sicilia e Calabria (rispettivamente 1,1 e 2,8 per cento), e più alti in Umbria (7,7 per cento) ed Emilia Romagna (11,6 per cento). Per l'assistenza ai disabili e per gli affetti da patologie nella fase terminale, nelle regioni meridionali con i disavanzi più marcati il numero dei posti in strutture residenziali è nettamente inferiore rispetto a quello disponibile nelle regioni centro settentrionali.

In particolare, gran parte delle 120 strutture attualmente esistenti, per il supporto ai malati affetti da patologie neoplastiche terminali, è situata nelle Regioni settentrionali. Il finanziamento per tali opere, pari a 206,5 milioni³¹⁶, è stato utilizzato solo per 182,3 milioni. A tal fine, il Ministero della Salute ha recentemente definito, ai sensi dell'art. 3 della l. 15 marzo 2010, n. 38, le *Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore*, con le quali si promuove la creazione di specifiche strutture di coordinamento per il governo della rete assistenziale di cure palliative, della rete assistenziale di terapia del dolore e della rete specifica per i pazienti in età pediatrica, sia a livello regionale che a livello aziendale.

Infine, gli indicatori di qualità delle prestazioni danno risultati meno soddisfacenti nelle Regioni meridionali: nelle Regioni adempienti, ad esempio, l'indicatore che misura la tempestività dell'intervento in caso di frattura del femore raggiunge una quota tra il 50 e il 75 per cento dei pazienti interessati, mentre nelle regioni non adempienti la quota scende sensibilmente al di sotto del 50 per cento.

Anche per quanto riguarda i test per la prevenzione di gravi patologie, i risultati sono migliori nelle regioni settentrionali, con quote oscillanti tra il 7 e il 13 per cento della popolazione potenzialmente interessata, ad eccezione della Liguria, che invece registra un

³¹⁶ Finanziamento erogato dal Ministero della salute con d.m. 28 settembre 1999 e d.m. 5 settembre 2001.

valore pari al 2 per cento. Nelle regioni centro-meridionali, invece, le percentuali oscillano tra l'uno per cento in Abruzzo e Campania e il 2 per cento nel Lazio, Sicilia e Calabria. Nell'ambito delle regioni meridionali, eccezione positiva è costituita dalla Basilicata, che si allinea ai migliori risultati delle regioni settentrionali.

Scarsa qualità e inappropriatezza dei servizi erogati, quindi, che si concentrano soprattutto nelle regioni con più elevati disavanzi di gestione e determinanti un duplice onere per i residenti delle regioni in deficit, in conseguenza sia del maggior contributo Irpef e Irap necessario a coprire i disavanzi sanitari, sia della percezione negativa della qualità dei servizi offerti dai rispettivi servizi sanitari, che alimenta il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale e l'aumento della spesa sanitaria privata (*"out of pocket"*), non coperta da sistemi assicurativi.

La mobilità interregionale vede tutte le regioni meridionali "debitrici nette" verso i sistemi sanitari del centro nord, con i saldi maggiormente negativi concentrati, nel 2011, in Campania (-285,3 mln di euro), Calabria (-230,2 mln di euro) e Sicilia (-200,9 mln di euro), mentre l'incidenza della spesa sanitaria privata delle famiglie sul PIL è superiore nel Mezzogiorno (2,0 per cento) rispetto alle regioni centro settentrionali (1,8 per cento). In particolare, l'incidenza sul reddito disponibile della spesa sanitaria *"out of pocket"*³¹⁷ delle famiglie è al 2,4 per cento nelle regioni Molise e Calabria, al 2,2 in Friuli V.G. e Campania, al 2,1 in Piemonte e Puglia, al 2,0 in Sicilia e decresce progressivamente fino all' 1,7 per cento in Veneto, Lombardia e Lazio, con i valori minimi rilevati in Basilicata (1,6 per cento) e nelle Province autonome di Bolzano (1,5 per cento) e Trento (1,4 per cento). Questi dati, apparentemente paradossali, sono spiegabili con la minore quota di reddito disponibile di cui godono le regioni meridionali, che, a fronte di una domanda di assistenza sanitaria percepita come bene attinente a un diritto primario incomprimibile come la tutela della salute e in mancanza di una efficace offerta di servizi pubblici sul territorio o di una loro tempestiva fruibilità (si veda, ad esempio, il problema delle liste di attesa per visite specialistiche o esami diagnostici), incrementa l'incidenza sul reddito disponibile della spesa privata destinata alla soddisfazione dei bisogni sanitari.

Tuttavia, pur in presenza di risultati estremamente differenziati sul piano regionale, il Servizio sanitario nazionale, nel confronto con i sistemi sanitari dei maggiori paesi europei, raggiunge risultati di eccellenza in diversi indicatori di qualità delle cure, che lo collocano ai vertici delle classifiche internazionali. In particolare, il recente rapporto OCSE³¹⁸ sui servizi sanitari nazionali evidenzia che l'Italia consegne risultati migliori della media dei paesi OCSE nell'indicatore sul tasso di mortalità ospedaliera nei 30 giorni successivi al ricovero per

³¹⁷ Fonte: Compendio statistico ISTAT "Noi Italia" edizione 2012.

³¹⁸ Fonte: *Health at a Glance* 2011, OECD. I dati si riferiscono al 2009.

patologie cardiache (3.7 contro 5.4), eventi ischemici (3.4 contro una media di 5.2) o emorragici (17.6 contro una media del 19.0). Altrettanto positivi sono i risultati evidenziati dagli indicatori di qualità rispetto ai ricoveri ospedalieri evitabili per complicanze da asma (19 per 100.000 adulti, a fronte di una media OCSE di 52) e diabete non controllato (33, media OCSE 50). Risultati meno positivi, invece, nel campo della prevenzione, dove, ad esempio, solo il 39% delle donne a rischio è stata sottoposta a *screening* per il tumore del collo dell'utero, a fronte di una media OCSE del 61 per cento. Dato, quest'ultimo, estremamente negativo, sia per la potenziale perdita di vite umane, sia per i maggiori costi che ne derivano in termini di successive cure assistenziali.

4 L'esposizione debitoria degli enti del Servizio sanitario nazionale

4.1 Aspetti generali

La Corte dei conti sta ponendo da tempo l'attenzione sul tema dell'indebitamento degli enti sanitari nazionali.

L'istituto ha già avuto modo di porre in evidenza come l'esatta valutazione del fenomeno richieda un'analisi complessiva delle passività, e, in particolare, dell'esposizione debitoria verso i fornitori³¹⁹.

Questo profilo può essere assunto quale sintomatico indicatore di rischio per la tenuta degli equilibri di bilancio.

L'incremento delle passività a breve termine indica la difficoltà degli enti nel far fronte ai propri impegni commerciali, per insufficiente liquidità. Poiché le aziende sanitarie si alimentano essenzialmente con la quota del fondo sanitario ad esse attribuito dalla Regione di appartenenza, il problema è strettamente connesso al ritardo con cui le Regioni trasferiscono le risorse. Ciò comporta un allungamento dei tempi di pagamento delle forniture, il frequente ricorso alle anticipazioni di tesoreria, e – in passato – ha indotto ad effettuare operazioni di cartolarizzazione dei debiti. Soluzioni che comportano tutte un aggravio di oneri, quanto meno in termini di interessi, e che – nel caso delle cartolarizzazioni - riversano sugli esercizi futuri le difficoltà attuali.

Il contenzioso derivante dall'insolvenza degli enti, poi, costituisce, in talune realtà territoriali, un fenomeno rilevante, di cui anche il legislatore si è dovuto fare carico per dare respiro ad enti in estrema sofferenza finanziaria. Sono state disposte, infatti, reiterate sospensioni delle azioni esecutive nei confronti di aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni sottoposte a Piano di rientro dai disavanzi sanitari³²⁰.

³¹⁹ Vd., da ultimo, il referto al Parlamento sulla gestione finanziaria delle Regioni approvato con deliberazione n. AUT/17/2010/FRG (pagg. 341 ss.).

³²⁰ Art. 11, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, conv. con mod. dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e art. 1, comma 51, Legge 13.12.2010 n° 220 , G.U. 21.12.2010, modificato dall'art. 17, comma 4, lett. e), del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, conv. con mod. dalla legge 15 luglio 2011, n. 111: "Al fine di assicurare il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti oggetto della ricognizione di cui all'articolo 11, comma 2, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, nonché al fine di consentire l'esplicitamento delle funzioni istituzionali in situazioni di ripristinato equilibrio finanziario per le regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, fino al 31 dicembre 2012. I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni di cui al presente comma alle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, effettuati prima della data di entrata in vigore del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010, non producono effetti dalla suddetta data fino al 31 dicembre 2012 e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesorieri, i quali possono disporre, per le finalità istituzionali dei predetti enti, delle somme agli stessi trasferite durante il suddetto periodo."

Il fenomeno è tuttora monitorato sia sotto il profilo degli andamenti generali, sia delle più puntuale verifiche che le Sezioni regionali di controllo effettuano sui singoli enti del Servizio sanitario pubblico (vd. *infra* l'apposito riquadro) ai sensi dell'art. 1, co. 170 della l. n. 266/2005, che prevede che i collegi sindacali di detti enti inviano una relazione sul bilancio d'esercizio, sulla base di linee guida elaborate annualmente dalla Sezione delle Autonomie della Corte (nelle linee guida 2012, deliberazione n.9/AUT/2012/INPR, una sezione del questionario è dedicata a questo fenomeno con particolari approfondimenti).

Le elaborazioni che seguono sono basate sui dati forniti dalle Regioni e corrispondenti alle risultanze di Stato Patrimoniale, consolidato a livello regionale in base ai modelli SP utilizzati per le comunicazioni al Sistema informativo della Sanità. Occorre chiarire che, le rilevazioni di Stato Patrimoniale presentano ancora ampi margini di errore e di approssimazione, che condizionano le valutazioni ed impongono un'avvertenza di cautela nell'interpretazione delle informazioni disponibili. A causa delle criticità della qualità dei dati desumibili dallo stato patrimoniale, le ricostruzioni operate, quindi, non hanno carattere di definitività.

La qualità del dato è, peraltro, in corso di miglioramento: nel 2011 sono state avviate le cognizioni straordinarie sulle procedure contabili; l'istituzione, dal 2012, prevista dal d.lgs. n. 118/2001, della Gestione Sanitaria Accentrata comporta l'adozione delle necessarie scritture contabili, con la ricostruzione di tutte le posizioni debitorie e creditorie tra Regione ed enti sanitari; i criteri per la redazione dello Stato Patrimoniale sono stati resi uniformi (art. 29 d.lgs. n. 118/2011).

Anche l'attività di monitoraggio sulle Regioni in Piano di rientro (vd. *infra*, cap. 5.3), costituisce occasione e stimolo per l'esatta ricostruzione delle posizioni debitorie. Per quanto riguarda la Regione Calabria, ad. esempio, è stata effettuata una complessa operazione di cognizione e riconciliazione dei debiti verso i fornitori al 31.12.2007, che ha portato a risultati più favorevoli rispetto alla prima approssimativa stima delle passività.

Per quanto riguarda le attività di "pulizia" dei conti dello Stato Patrimoniale da parte delle Regioni, l'Abruzzo ha eliminato dai bilanci delle Aziende sanitarie le poste relative alle passività da cartolarizzazioni, da imputarsi, invece, alla Regione.

La Regione Lazio ha proceduto all'eliminazione dai conti dei singoli enti e dal consolidato regionale delle passività verso i fornitori, per debiti pagati centralmente dalla Regione stessa, ma ancora iscritti nei bilanci delle Aziende Sanitarie.

4.2 L'indebitamento complessivo degli enti del SSN

Le informazioni sull'indebitamento, desumibili dallo Stato Patrimoniale delle Aziende sanitarie, sono state richieste alle Regioni anche con riferimento all'ultimo esercizio. Alcune

Regioni, fino a conclusione dell'istruttoria, hanno comunicato che i dati del 2011 non sono ancora disponibili. In dettaglio le Regioni di cui mancano i dati del 2011 sono Campania, Abruzzo, Lazio, Sicilia e Calabria.

Nella tabella che segue sono esposti i dati relativi al periodo 2007-2011 relativi all'indebitamento complessivo degli enti facenti parte del Servizio sanitario nazionale, quali le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, anche universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). L'indebitamento complessivo s'intende costituito da mutui, debiti verso i fornitori, debiti verso aziende sanitarie extraregione e altre tipologie d'indebitamento. In questa voce residuale confluiscono, tra gli altri, i debiti verso l'istituto tesoriere ed eventuali operazioni finanziarie relative ai debiti verso i fornitori, che non sono di immediata individuazione.

Ai fini del calcolo dell'indebitamento complessivo del sistema Regioni, viene riportato anche il totale al netto dei debiti verso aziende sanitarie extra-regionali, per gli anni in cui il dato di dettaglio è disponibile e di cui si dà dimostrazione nella tab.11/SA.

Per quest'ultimo profilo, allo stato delle informazioni acquisite, si rilevano divari notevoli, che non sembrano giustificabili con la diversità delle caratteristiche demografiche e strutturali delle Regioni, ma potrebbero essere frutto di diversi metodi di contabilizzazione (a seconda, ad esempio, che si siano riportati dati debitori o, invece, il saldo della mobilità attiva e passiva). Sul punto sono state inserite specifiche domande di approfondimento nelle linee guida per i collegi sindacali degli enti del servizio sanitario nazionale (deliberazione n. 9/AUT/2012/INPR).

Per una valutazione dell'indebitamento effettivo, comunque, trattandosi di movimenti interni al comparto, il debito verso aziende sanitarie di altre Regioni va espunto. L'entità del debito delle singole Regioni, invece, pur con le cautele relative alle perplessità evidenziate, può essere sintomatico della dipendenza di alcune Regioni verso altre per l'erogazione di servizi ai propri residenti.

TAB.10/ SA**INDEBITAMENTO TOTALE ENTI SSN**

(importi in migliaia di euro)

RSO.	ASL + AZIENDE OSPEDALIERE + AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE + IRCCS								
	2007	2008	variaz. %	2009	variaz. %	2010	variaz. %	2011	variaz. %
PIEMONTE*	3.919.491	4.118.601	5,08	4.166.278	1,16	4.532.319	8,79	4.733.899	4,44
LOMBARDIA	4.806.578	4.120.947	-14,26	3.929.258	-4,65	4.408.055	12,19	4.184.165	-5,08
VENETO	3.396.754	3.217.930	-5,26	3.613.396	12,29	3.827.964	5,94	4.126.522	7,80
LIGURIA	1.089.314	974.013	-10,58	1.022.713	5,00	1.087.178	6,30	928.193	-14,62
E. ROMAGNA	4.425.416	4.389.946	-0,80	4.557.871	3,83	4.807.254	5,47	5.052.955	5,11
TOSCANA	2.456.523	2.482.197	1,05	3.129.379	26,07	3.389.558	8,31	3.584.834	5,76
UMBRIA	353.868	324.372	-8,34	369.076	13,78	387.387	4,96	403.919	4,27
MARCHE	801.048	680.569	-15,04	632.666	-7,04	624.761	-1,25	704.091	12,70
LAZIO*	13.728.787	8.938.682	-34,89	8.578.865	-4,03	9.427.637	9,89	n.d.	
ABRUZZO*	2.073.695	1.720.473	-17,03	1.664.533	-3,25	1.041.499	-37,43	n.d.	
MOLISE*	369.367	349.651	-5,34	380.269	8,76	430.936	13,32	455.568	5,72
CAMPANIA*	7.350.641	6.846.319	-6,86	7.950.595	16,13	7.903.212	-0,60	n.d.	
PUGLIA*	2.193.830	2.602.065	18,61	2.752.453	5,78	2.576.911	-6,38	2.977.608	15,55
BASILICATA	212.146	236.919	11,68	197.982	-16,43	208.793	5,46	224.390	7,47
CALABRIA*	2.014.282	1.637.449	-18,71	2.324.738	41,97	2.676.093	15,11	n.d.	
TOTALE RSO	49.191.740	42.640.133	-13,32	45.270.072	6,17	47.329.557	4,55		
totale al netto dei debiti verso az. san. Extra reg.	49.010.426	42.449.788	-13,39	45.063.848	6,16	47.236.854	4,82		
RSS	2007	2008	variaz. %	2009	variaz. %	2010	variaz. %	2011	variaz. %
VALLE D'AOSTA	45.846	57.096	24,54	56.614	-0,84	60.066	6,10	59.587	-0,80
P.A. BOLZANO	193.026	200.288	3,76	228.478	14,07	191.233	-16,30	247.610	29,48
P. A. TRENTO	100.581	94.521	-6,02	167.826	77,55	160.032	-4,64	217.273	35,77
FRIULI V. G.	515.339	340.114	-34,00	347.151	2,07	355.980	2,54	505.852	42,10
SICILIA*	4.925.457	3.770.496	-23,45	4.023.869	6,72	3.988.705	-0,87	n.d.	
SARDEGNA	837.931	712.156	-15,01	968.389	35,98	951.699	-1,72	1.099.211	15,50
TOTALE RSS /Prov. Aut.	6.618.180	5.174.671	-21,81	5.792.327	11,94	5.707.715	-1,46		
totale al netto dei debiti verso az. san. extra reg.	6.577.411	5.117.623	-22,19	5.745.230	12,26	5.698.926	-0,81		
Totale Nazionale	55.809.920	47.814.804	-14,33	51.062.399	6,79	53.037.272	3,87		
Totale naz. al netto debiti verso az. san. Extra reg.	55.587.837	47.567.411	-14,79	50.809.078	6,81	52.935.780	4,19		

Fonte: Uffici ed Enti delle Reg/Prov.Aut.; Sezioni reg. di contr.

*Regioni sottoposte a Piani di rientro.

TAB. 11/ SA

DEBITI VERSO AZIENDE SANITARIE EXTRA-REGIONALI

(importi in migliaia di euro)

RSO	ASL + AZIENDE OSPEDALIERE + AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE + IRCCS								
	2007	2008	variaz. %	2009	variaz. %	2010	variaz. %	2011	variaz. %
PIEMONTE*	3.344	3.743	11,93	13.335	256,27	28.283	112,10	25.519	-9,77
LOMBARDIA	0	0	-	1667		1.207	-27,59	1.597	32,31
VENETO	0	3.196	-	3.637	13,8	3.745	2,97	4.418	17,97
LIGURIA	696	605	-13,07	811	34,04	848	4,56	807	-4,83
E. ROMAGNA	2.577	2.773	7,61	3.565	28,56	5.039	41,35	5.333	5,83
TOSCANA	143.694	135.188	-5,92	142.432	5,35	10.893	-92,35	10.221	-6,17
UMBRIA	24.917	26.479	6,27	26.435	-0,17	26.545	0,42	29.381	10,68
MARCHE	2.466	2.821	14,4	2.406	-14,71	2.006	-16,63	2.255	12,41
LAZIO*	0	10.081	-	5.173		4.137	-20,03	n.d.	
ABRUZZO*	2.713	0	-100	485	-	668	37,73	n.d.	
MOLISE*	0	0	-	74	-	349	371,62	515	47,56
CAMPANIA*	0	303	-	789	160,4	1.099	39,29	n.d.	
PUGLIA*	0	4.050	-	4.139	2,2	4.652	12,39	4.574	-1,68
BASILICATA	907	863	-4,85	235	-72,77	1.781	657,87	1.323	-25,72
CALABRIA*	0	243	-	1041	328,39	1.451	39,39	n.d.	
TOTALE RSO	181.314	190.345	4,98	206.224	8,34	92.703	-55,05		
RSS	2007	2008	variaz. %	2009	variaz. %	2010	variaz. %	2011	variaz. %
VALLE D'AOSTA	203	374	83,74	113	-69,7	238	110,62	490	105,88
P.A. BOLZANO	2.993	1.998	-33,24	2.362	18,21	1.087	-53,98	1928	77,37
P. A. TRENTO	0	0	-	110	-	109	-0,91	65	-40,37
FRIULI V. G.	2.203	2.429	10,26	2.788	14,78	2.906	4,23	887	-69,48
SICILIA*	35.370	52.243	47,7	36.559	-30,02	2.324	-93,64	n.d.	
SARDEGNA	0	4	-	5.165	129.025,00	2.125	-58,86	3.289	54,78
TOTALE RSS /Prov. Aut.	40.769	57.048	39,93	47.097	-17,44	8.789	-81,34		
TOTALE NAZIONALE	222.083	247.393	11,40	253.321	2,40	101.492	-59,94		

Fonte: Uffici ed Enti delle Reg./Prov.aut.

*Regioni sottoposte a Piani di rientro.

L'indebitamento complessivo netto degli enti delle Regioni a statuto ordinario, dopo un costante aumento negli anni antecedenti al 2007, si riduce nel 2008 del 13,3% e del 22% per gli enti delle Regioni e Prov. Aut. a statuto speciale. A livello nazionale si registra un decremento complessivo del 14,3%.

Nel 2009 si rileva, invece un incremento complessivo del 6,79%. L'andamento è più marcato nelle Regioni a statuto speciale, che segnano un aumento dei debiti dell'11,94%.