



# *Corte dei Conti*

## **GIUDIZIO SUL RENDICONTO GENERALE DELLO STATO**

**2013**

**MEMORIA**

**DEL PROCURATORE GENERALE**

**SALVATORE NOTTOLA**

(UDIENZA DEL 26 GIUGNO 2014 - PRESIDENTE RAFFAELE SQUITIERI)

## LA SANITÀ (Estensore: V.P.G. Roberto Benedetti)

Secondo i dati provvisori<sup>121</sup> finora raccolti ed elaborati dal “Nuovo sistema informativo sanitario” del Ministero della Salute, l’andamento della gestione finanziaria del comparto sanitario ha presentato anche lo scorso anno alcuni aspetti positivi e di miglioramento rispetto agli esercizi precedenti, frutto degli effetti favorevoli delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica, che hanno consentito di attestare i risultati finali di spesa a livelli più contenuti di quelli inizialmente previsti. Fra l’altro, pur considerata la particolare congiuntura economica, la sua incidenza sul prodotto interno lordo è tornata a diminuire, in misura tuttavia contenuta, attestandosi al **7,2%** (nel 2012: 7,3%).

Una parte del merito di tale esito positivo è dovuto alle manovre di contenimento dei disavanzi, poste in essere dalle regioni soggette ai piani di rientro, anche se connesse a scelte talvolta impopolari e contestate.

Sarà però necessario capire meglio se per consolidare tale

---

<sup>121</sup> Secondo quanto precisato dal Ministero della Salute in occasione della trasmissione della situazione aggiornata al IV trimestre 2013, i dati in commento sono da considerarsi provvisori (anche in relazione al fatto che non sono ancora chiuse le attività del Tavolo di verifica istituito presso il Ministero dell’Economia e delle finanze) ed il loro aggiornamento si riferisce al mese di aprile 2014; essi rappresentano, pertanto, una anticipazione di quelli definitivi che lo stesso Ministero metterà a disposizione, presumibilmente, nel prossimo mese di settembre con una apposita pubblicazione.

trend positivo sia sufficiente proseguire nel rallentamento dei saggi di incremento della spesa, oppure si renderanno indispensabili interventi più radicali che comportino l'effettiva riduzione degli stessi livelli di spesa.

1. Il finanziamento del S.S.N. 2013.

In attuazione delle “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell’articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133” recate dal decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, il finanziamento del Sistema sanitario nazionale è alimentato dal gettito di un insieme di imposte (irap, addizionale regionale irpef, iva, accise), ricavi ed entrate proprie, trasferimenti pubblici e privati ed integrazioni a carico dello Stato. Il complesso delle risorse acquisite a tale titolo nello scorso anno è ammontato a € **113,039** miliardi (a fronte di euro 114,535 miliardi nel 2012; di euro 111,548 nel 2011; di euro 109,135 nel 2010), con una diminuzione del **-1,3% sul 2012** (in precedenza + 2,7 sul 2011; + 2,2 sul 2010; +2,1 sul 2009), che a fronte del volume generale della spesa di € **112,658** miliardi (nel 2012 euro 113,955 miliardi; nel 2011 euro 112,810; nel 2010 euro 111,331), di cui si dirà di seguito, comporta un avanzo complessivo nazionale di settore pari a € **0,381** miliardi, risultato che conferma, anche se in modesta diminuzione, il trend positivo già registrato l’anno

precedente (nel 2012: euro 0,580), consolidando l'inversione di tendenza rispetto al biennio 2010-2011, che aveva invece fatto registrare disavanzi (nel 2011: euro -1,262 miliardi; nel 2010: euro -2,196); tale risultato va a tutto vantaggio delle regioni e province autonome, mentre fino all'esercizio 2009 una quota (all'epoca pari ad € 0,892 miliardi) era rimasta a carico dello Stato, coperta con i due strumenti istituiti con la legge finanziaria 2007 (legge n. 296/2006).

Anche per il 2013, le due voci più consistenti di finanziamento sono rappresentate, rispettivamente, per il **48,2%** dal gettito stimato della quota parte di iva ed accise (il c.d. federalismo fiscale), l'anno scorso in leggero aumento in valore assoluto ed in percentuale rispetto al dato dell'esercizio precedente (46,5% nel 2012; 48,5%, nel 2011; 49,3%, nel 2010), pari a € **54,145** miliardi (nel 2012 euro 52,969 miliardi; nel 2011 euro 53,803; nel 2010 euro 53,498), e per il **33,3%** da quello dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale irpef (35,0% nell'esercizio precedente; 34,4% nel 2011, 34,0% nel 2010), che nel 2013 è invece diminuito, rendendo € **37,466** miliardi (nel 2012 euro 39,902 miliardi; nel 2011 euro 38,134; nel 2010: euro 36,874); in complesso, pertanto, **l'81,5%** del finanziamento del sistema sanitario deriva

dal pagamento di imposte, con inversione però del pregresso trend calante per iva ed accise (in aumento per +2,2% contro il precedente -1,6%) e di quello ascendente di irap ed addizionale regionale irpef (stavolta in diminuzione del -6,1%, a fronte del precedente +4,6%). Sempre largamente marginale resta, come di consueto, l'apporto dei ricavi e delle entrate proprie, attestatosi a € **3,156** miliardi (nel 2012 euro 3,302 miliardi; nel 2011 euro 3,115; nel 2010: euro 2,994), pari al **2,8%** del totale, stabilizzatosi praticamente allo stesso volume dell'anno precedente (+2,9%); un sensibile calo (**-2,5%**) fa, anche, registrare l'incidenza degli ulteriori trasferimenti da pubblico e privato (pari al **10,6%** del totale), ammontati a € **11,888** miliardi (nel 2012: euro 12,189 miliardi; nel 2011 euro 10,752; nel 2010: euro 10,995); mentre un aumento (**+5,1%**) si apprezza per le entrate derivanti dalle integrazioni a carico dello Stato, attestatesi a € **4,207** miliardi (a fronte di euro 4,004 miliardi nel 2012; euro 4,002 nel 2011, euro 4,212 nel 2010), incidendo nell'aggregato per **3,7%** (quasi come l'anno precedente, quando era stato del 3,5%).

Completano il quadro delle risorse a disposizione per l'anno 2013 i costi capitalizzati (€ **1,463** miliardi, a fronte di euro 1,480 del 2012 e di euro 1,101 del 2011), le risorse

derivanti da rettifiche e dall'utilizzo di fondi per € **0,122** miliardi (a fronte di euro 0,043 del 2012), nonché l'apporto degli altri enti del S.S.N. per € **0,592** miliardi (l'importo più basso, quest'ultimo, registrato a partire dal 2011).

La tabella che segue espone l'andamento delle fonti di finanziamento del SSN, nelle varie voci che lo compongono, in raffronto all'anno precedente.

Finanziamento del S.S.N. anno 2013 (importi in miliardi di euro) (*)								
Voci	2012				2013			
	composizione	+ / -		procapite	composizione	+ / -		procapite
		anno				anno		
		preced.	euro			preced.	euro	
%	%		%	%				
<b>FINANZIAMENTO (1)</b>	<b>114,535</b>	<b>100,5</b>	<b>2,7</b>	<b>1.924</b>	<b>113,039</b>	<b>100,3</b>	<b>-1,3</b>	<b>1.894</b>
Finanziamento SSN / PIL		7,3				7,2		
- REGIONI e PP.AA.	<u>113,888</u>	<u>100,0</u>	<u>2,7</u>	<u>1.913</u>	<u>112,447</u>	<u>100,0</u>	<u>-1,3</u>	<u>1.884</u>
Irap e Addizionale Irpef	39,902	35,0	4,6	670	37,466	33,3	-6,1	628
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	52,969	46,5	-1,6	890	54,145	48,2	2,2	907
Ulteriori trasferimenti da Pubblico e da Privato	12,189	10,7	13,4	205	11,888	10,6	-2,5	199
Ricavi e Entrate Proprie varie	3,302	2,9	6,0	55	3,156	2,8	-4,4	53
FSN e quote vincolate a carico dello Stato	4,004	3,5	0,0	67	4,207	3,7	5,1	70
Costi capitalizzati	1,480				1,463			
Rettifiche e utilizzo fondi	0,043				0,122			
- ALTRI ENTI DEL SSN	<u>0,647</u>		<u>1,0</u>		<u>0,592</u>		<u>-8,5</u>	
Finanziati con quote vincolate a carico dello Stato								
<b>AVANZO/DISAVANZO (2)</b>	<b>0,580</b>	<b>-0,5</b>	<b>-146,0</b>	<b>10</b>	<b>0,381</b>	<b>-0,3</b>	<b>-34,3</b>	<b>6</b>
Disavanzo SSN / PIL		0,0				0,0		
Avanzo/Disavanzo a carico dello Stato								
Avanzo/Disavanzo a carico dello Stato coperto con fondi appositi								
Avanzo/Disavanzo a carico delle Regioni	<b>0,580</b>				<b>0,381</b>			

(\*)Fonte : MINISTERO DELLA SALUTE : NSIS, dati di consuntivo ad eccezione dell'ultimo anno.

*Per il 2012 e per il 2013 i dati sono stati aggiornati rispettivamente alla data del 12 luglio 2013 e dell'8 aprile 2014.*

*Per il calcolo del procapite relativo all'anno 2012 è stata presa come riferimento rispettivamente la popolazione al 31 gennaio 2011 e al 1 gennaio 2012. La finalità di tale scelta è derivata dalla necessità di evitare distorsioni derivanti dal censimento effettuato nel corso del 2011. Conseguentemente, la popolazione presa come riferimento negli anni 2011-2012 risulta la medesima.*

*I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento.*

*(1) Per Finanziamento del SSN si intende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia.*

*(2) Corrispondente alla somma algebrica degli avanzi e dei disavanzi delle singole Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.*

## 2. La spesa sanitaria 2013.

La spesa complessiva del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2013 - cioè la somma dei costi di produzione delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (ricavi straordinari e costi straordinari, costi stimati per accantonamenti e variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia, ai quali si sono aggiunti dal 2001 anche gli ammortamenti - è ammontata complessivamente a **€ 112,658** miliardi (contro gli euro 113,955 del 2012; gli euro 112,810 del 2011; gli euro 111,331 del 2010), di cui **€ 112,065** miliardi relativi a regioni e province autonome (quasi il 100 % del totale) e **€ 0,592** miliardi relativi agli enti finanziati direttamente dallo Stato (finanziamento corrente della Croce Rossa Italiana e degli Istituti zooprofilattici sperimentali, rimborso mutui pre-riforma della Cassa Depositi e prestiti, borse di studio per gli specializzandi universitari, Centro nazionale trapianti e dal 2011 anche altre amministrazioni pubbliche per gli accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti) - rispettando

sostanzialmente nell'articolazione interna le stesse dimensioni percentuali dell'anno precedente - con un'incidenza sul P.i.l. del **7,2%** (dato in diminuzione rispetto al precedente di 7,3%, ma sostanzialmente in linea con quello dell'ultimo quinquennio).

Considerato che le risorse acquisite per il finanziamento del S.S.N. si sono attestate a € **113,039** miliardi (nel 2012: 114,535; nel 2011: 111,548; nel 2010: 109,135), l'avanzo del settore, come già detto, è quantificabile in € **0,381** miliardi (era stato di euro 0,580 l'anno precedente), saldo positivo interamente a favore di regioni e province autonome (come sopra esposto).

Le fonti ordinarie di finanziamento hanno coperto, quindi, l'intero fabbisogno. Rispetto all'anno precedente, si è registrata una diminuzione percentuale della spesa di **-1,1%** a livello nazionale (a fronte del +1,0% dell'anno precedente; del +1,3 del 2011; +1,0% del 2010), e di pari valore a livello regionale attestandosi al livello più basso del quinquennio (**-1,1%** a fronte del +1,0% del 2012; del +1,3% del 2011; +1,1 del 2010).

La tabella che segue illustra l'andamento della spesa sanitaria nelle sue principali componenti, con raffronto con l'anno precedente in valore assoluto ed in percentuale.

Spese del S.S.N. per l'anno 2013 (importi in miliardi di euro) (*)								
	2012				2013			
		composizi one	+ / -	Procap		composizi one	+ / -	procapit
			anno	ite			anno	e
			prece d.	Euro			preced	euro
%	%	%	%					
<b>SPESA (1)</b>	<b>113,955</b>	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1.914</b>	<b>112,658</b>	<b>100,0</b>	<b>-1,1</b>	<b>1.888</b>
PIL e Spesa SSN / PIL	1.566,9 12	7,3	-0,8	26.31 7	1.560,0 24	7,2	-0,4	26.138
<u>- REGIONI e PP.AA</u>	<u>113,308</u>	<u>100,0</u>	<u>1,0</u>	<u>1.903</u>	<u>112,06</u> <u>5</u>	<u>100,0</u>	<u>-1,1</u>	<u>1.878</u>
Personale	35,585	31,4	-1,4	598	35,169	31,4	-1,2	589
Beni e altri Servizi	35,596	31,4	3,4	598	35,183	31,4	-1,2	589
Medicina Generale convenzionata	6,648	5,9	0,3	112	6,609	5,9	-0,6	111
Farmaceutica convenzionata	8,891	7,8	-9,8	149	8,592	7,7	-3,4	144
Specialistica convenzionata e accreditata	4,755	4,2	1,9	80	4,759	4,2	0,1	80
Riabilitativa accreditata	1,883	1,7	-3,6	32	1,878	1,7	-0,2	31
Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata	1,851	1,6	-4,3	31	1,853	1,7	0,1	31
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	6,799	6,0	6,7	114	7,102	6,3	4,5	119
Ospedaliera accreditata	8,522	7,5	-1,4	143	8,525	7,6	0,0	143
Saldo gestione straordinaria	0,056				-0,205			
Saldo intramoenia	-0,195				-0,208			
Saldo svalutazioni/rivalutazio ni	0,161				0,066			
Mobilità verso B. Gesù (2)	0,167		0,0		0,193		15,6	
Mobilità verso Smom (2)	0,035		0,0		0,039		11,0	
Ammortamenti	2,553				2,507			
<u>- ALTRI ENTI DEL SSN (3)</u>	<u>0,647</u>		<u>1,0</u>	<u>-</u>	<u>0,592</u>		<u>-8,5</u>	<u>-</u>
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato								

(\*) Fonte : MINISTERO DELLA SALUTE : NSIS, dati di consuntivo ad eccezione dell'ultimo anno.

Per il 2012 e per il 2013 i dati sono stati aggiornati rispettivamente alla data del 12 luglio 2013 e dell'8 aprile 2014.

Per il calcolo del procapite relativo all'anno 2012 è stata presa come riferimento rispettivamente la popolazione al 31 gennaio 2011 e al 1 gennaio 2012. La finalità di tale scelta è derivata dalla necessità di evitare distorsioni derivanti dal censimento effettuato nel corso del 2011. Conseguentemente, la popolazione presa come riferimento negli anni 2011-2012 risulta la medesima.

I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento e di spesa.

*(1) Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (ricavi straordinari e costi straordinari, costi stimati per accantonamenti e variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia.*

*A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale.*

*Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati.*

*Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.*

*Dal 2011 sono stati inclusi tra la spesa, gli ammortamenti secondo le regole dettate dal Tavolo di verifica di cui ai verbali del 24 marzo 2011 e 4 novembre 2011. In particolare per l'anno 2011 per le Regioni Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Molise e Basilicata sono stati indicati i valori degli ammortamenti riferiti ai beni entrati in produzione negli anni 2010-2011 (analogamente dal lato dei ricavi sono stati considerati i costi capitalizzati che sterilizzano i medesimi ammortamenti). Per le restanti Regioni, invece, il valore degli ammortamenti considerato è quello risultante dal modello CE (analogamente, dal lato dei ricavi i costi capitalizzati sono stati valorizzati così come risultanti da CE). Dal 2012 gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, analogamente dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati.*

*(2) Le spese relative al Bambin Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta) sono da imputarsi alle funzioni "Specialistica convenzionata e accreditata" e "Ospedaliera accreditata".*

*(3) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente), Centro Nazionale Trapianti, altre Amministrazioni pubbliche, in applicazione dell'articolo 17, comma 5, del decreto-legge 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011 in materia di accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti.*

### 3.- L'articolazione delle spese a livello regionale.

L'articolazione delle spese fra le varie regioni e province autonome conferma sostanzialmente un quadro ormai da tempo consolidato, con situazioni più volte ricorrenti e ripetutesi anche nello scorso anno.

Dalla tabella sotto riportata, nella quale regioni e province sono indicate secondo l'ordine decrescente in valore assoluto, si può osservare come, per lo più, i volumi di spesa risultino ugualmente dimensionati, come lo erano stati negli anni passati, cosicché le varie posizioni in "classifica" rimangono sostanzialmente quelle già note, nonostante gli

aumenti e le diminuzioni pur avutesi, con l'eccezione di Emilia Romagna e Veneto (che si scambiano il quarto posto a favore della seconda).

A fronte di una media nazionale comportante una riduzione del **-1,1%**, l'unica regione che ha fatto registrare un (peraltro assai) modesto aumento percentuale è stata la Lombardia (+0,4%); anche il Veneto non ha diminuito la spesa, che è però rimasta pressoché invariata (0,0%), mentre in tutte le altre Regioni e nelle Province autonome si sono registrate contenute percentuali di spesa negative rispetto al 2012.

Relativamente alla distribuzione territoriale, è appena il caso di ricordare come nel 2008 i maggiori aumenti di spesa si erano generalmente concentrati nelle regioni settentrionali (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, provincia di Trento); nel 2009 il fenomeno si era, poi, rivelato più equamente distribuito territorialmente, riguardando realtà di nord, centro ed isole; nel 2010, questo andamento si è nuovamente modificato, tornando a concentrare i maggiori incrementi percentuali ancora nelle aree settentrionali. Nel 2011, il fenomeno si è nuovamente rivelato più equamente distribuito territorialmente, con prevalenza nel nord e nelle isole. Nel 2012 i maggiori incrementi si sono registrati nuovamente in prevalenza nel nord (in particolare

Emilia, Veneto, P.A. Bolzano e P.A. Trento). Nel 2013, infine, come già detto, la sola Lombardia ha incrementato le spese.

In valori assoluti la Lombardia rimane di gran lunga la regione che gestisce il più alto volume di assistenza sanitaria in termini finanziari, seguita come di consueto da Lazio, Campania, Veneto, Emilia Romagna e Sicilia.

Le più significative percentuali in diminuzione, secondo questi primi dati provvisori, concernono innanzi tutto la P.A. di Bolzano (-5,2%), poi la Valle d'Aosta (-3,8%), il Lazio (-3,4%), la Toscana (-3,1%), il Piemonte (-2,6%), l'Emilia Romagna e l'Umbria (entrambe con -2,4%), la Calabria (-2,2%), il Molise (-2,1%), la Campania (-1,9%), la P.A. di Trento (-1,8%), la Sardegna ed il Friuli Venezia Giulia (entrambe con -1,7%), l'Abruzzo e la Liguria (entrambe con -1,5%); si tratta, per lo più, delle regioni impegnate nei piani di rientro dei disavanzi.

Le diminuzioni percentuali fatte registrare dalla Liguria e dall'Abruzzo (-1,5%) sono quelle più vicine alla media nazionale (-1,1%); altre regioni che si sono avvicinate risultano essere state, per eccesso, il Friuli V.G. e la Sardegna (entrambe con -1,7%), le Marche e la Basilicata, per difetto (entrambe con -0,7%).

Spese per Regione del S.S.N. per l'anno 2013 a confronto con il 2012 (milioni di euro)						
	2012			2013 (*)		
		+ / - anno preced. %	procapite euro		+ / - anno preced. %	procapite euro
LOMBARDIA	18.663,760	0,5	1.924	18.734,478	0,4	1.913
LAZIO	11.307,063	0,5	2.056	10.921,589	-3,4	1.965
CAMPANIA	9.904,264	-0,7	1.718	9.713,658	-1,9	1.684
VENETO	8.982,817	2,1	1.851	8.985,069	0,0	1.841
E. ROMAGNA	9.103,536	6,7	2.097	8.886,224	-2,4	2.030
SICILIA	8.749,217	0,9	1.750	8.699,552	-0,6	1.740
PIEMONTE	8.576,554	1,5	1.968	8.354,338	-2,6	1.910
TOSCANA	7.423,038	3,4	2.024	7.193,673	-3,1	1.948
PUGLIA	7.112,653	0,5	1.756	7.084,275	-0,4	1.749
CALABRIA	3.418,493	0,2	1.746	3.341,633	-2,2	1.706
SARDEGNA	3.311,644	2,3	2.022	3.256,034	-1,7	1.985
LIGURIA	3.235,031	-2,1	2.064	3.186,125	-1,5	2.036
MARCHE	2.828,853	0,8	1.836	2.808,129	-0,7	1.817
FRIULI V.G.	2.595,919	1,2	2.132	2.552,524	-1,7	2.089
ABRUZZO	2.409,517	2,5	1.844	2.372,217	-1,5	1.807
UMBRIA	1.703,519	2,1	1.929	1.663,263	-2,4	1.877
PA TRENTO	1.199,957	2,6	2.286	1.177,998	-1,8	2.221
PA BOLZANO	1.210,075	6,7	2.398	1.146,977	-5,2	2.251
BASILICATA	1.061,397	-0,6	1.838	1.053,943	-0,7	1.829
MOLISE	670,278	2,9	2.140	656,198	-2,1	2.094
V. AOSTA	288,393	0,6	2.278	277,570	-3,8	2.171
<b>TOTALE (arrotondato)</b>	<b>113.308,000</b>	<b>1,0</b>	<b>1.903</b>	<b>112.065,000</b>	<b>-1,1</b>	<b>1.878</b>

(\*)Fonte : *MINISTERO DELLA SALUTE : NSIS, dati di consuntivo ad eccezione dell'ultimo anno, per il quale i dati sono relativi al IV trimestre.*

- Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, stimati e variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia

Per il 2012 e per il 2013 i dati sono stati aggiornati rispettivamente alla data del 12 luglio 2013 e dell'8 aprile 2014.

Per il calcolo del procapite relativo all'anno 2012 è stata presa come riferimento rispettivamente la popolazione al 31 gennaio 2011 e al 1 gennaio 2012. La finalità di tale scelta è derivata dalla necessità di evitare distorsioni derivanti dal censimento effettuato nel corso del 2011. Conseguentemente, la popolazione presa come riferimento negli anni 2011-2012 risulta la medesima.

- I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento e di spesa.

- Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia.

A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale.

Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE.

Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.

Si ricomprendono inoltre: i valori della mobilità passiva verso il Bambin Gesù e lo Smom; tra i costi, quelle partite, qualora valorizzate, relative alla mobilità infraregionale.

#### 4. L'articolazione dei costi per materie e territorio.

Alcuni interessanti elementi di informazione e riflessione si possono desumere dalla disaggregazione delle spese per materie e per ambiti territoriali. Sotto quest'ultimo profilo, infatti, emerge, come si potrà vedere, che non sempre le regioni con maggiore volume di spesa confermano questo dato per tutte le voci, ma in taluni casi e per singole voci si alternano nella relativa graduatoria, nelle posizioni di vertice, anche regioni che complessivamente gestiscono ed erogano una minore quantità di risorse complessive oppure che hanno fatto registrare minori aumenti ovvero addirittura diminuzioni di spesa. Va però sempre ricordato che anche nel 2013 numerose regioni (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Puglia, Calabria e Sicilia) sono state soggette a particolari vincoli di spesa, a causa dei disavanzi da loro realizzati e pertanto il confronto non appare sempre del tutto omogeneo.

##### *a) Il costo del personale*

Con una percentuale analoga alla precedente (**31,4%**, a fronte del 31,4% del 2012; 32,2% del 2011; 33,1% del 2010), l'aggregato di spesa relativo alla gestione delle risorse umane è il secondo per incidenza sui costi sostenuti dal S.S.N., che alla fine dello scorso anno ha fatto registrare un volume di spesa di €

**35,169** miliardi (contro gli euro 35,585 del 2012; gli euro 36,101 del 2011; gli euro 36,674 del 2010), con una diminuzione di circa € **0,416** miliardi, che tradotto in percentuale significa una diminuzione del **-1,2%** rispetto al dato precedente, in linea con quest'ultimo (-1,4%) ed in chiara controtendenza rispetto agli aumenti degli ultimi anni (2008-2010).

Come in precedenza, per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati, nell'ordine, in Lombardia, Emilia Romagna, Sicilia, Piemonte, Campania, Lazio, Veneto e Toscana. Come è evidente, questo ordine decrescente non corrisponde pienamente a quello generale di spesa e lascia quindi presumere una differente distribuzione di personale sul territorio nazionale, non sempre coerente con i costi generali dell'attività svolta.

Abbastanza contenuti sono stati gli aumenti dei costi, dove avutisi; i maggiori si sono registrati in Sardegna (+0,9%), Abruzzo e Valle d'Aosta (entrambe con +0,4%), nella Provincia autonoma di Trento (+0,1%); nessuna variazione è stata registrata in Umbria (0,0%) mentre tutte le altre Regioni hanno fatto registrare contrazioni di spesa e la diminuzione più significativa si è avuta in Campania (-3,6%), Calabria (-2,8%), Puglia (-2,4%), Molise (-2,3%) e Lazio (-2,2%); variazioni più

contenute in Liguria e Piemonte (entrambe -1,6%), Marche (-1,2%), Basilicata e Toscana (entrambe -1,1%) pressoché stabili i costi in Emilia Romagna (-0,7%), Lombardia e Sicilia (entrambe -0,5%) ed in Friuli V.G., Veneto e P.A. di Bolzano (tutte con -0,1%).

*b) L'acquisto di beni e altri servizi.*

Seppure in maniera lieve è diminuito (**-1,2%**) anche il costo dell'aggregato "beni e altri servizi", che fa registrare (finora) un dato di consuntivo di **€ 35,183** miliardi (a fronte degli euro 35,596 del 2012; degli euro 34,423 del 2011; degli euro 33,103 del 2010), con un decremento in valore assoluto di circa **0,413** miliardi di euro e che rappresenta la prima voce di maggior peso sul comparto (seguita da quella del personale) con un'incidenza del **31,4%**, pur mantenendo una dimensione tutto sommato alquanto stabile nell'ultimo triennio (nel 2012: 31,4%; nel 2011: 30,7%; nel 2010: 29,9%).

All'aggregato contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; nonché accantonamenti tipici ed interessi passivi ed oneri finanziari.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, il maggior volume di costi si è registrato in Lombardia, Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Campania, Piemonte, Toscana, Sicilia e Puglia.

Rispetto all'esercizio precedente, l'aumento percentualmente maggiore dell'aggregato complessivo si è verificato in Veneto (+2,6%), Basilicata (+2,4%), Calabria (+2,1%), Sicilia (+1,7%); gli sforzi di maggiore contenimento hanno, invece, dato i migliori risultati nella P.A. di Bolzano (-11,2%), in Valle d'Aosta (-7,4%), Umbria (-5,6%), Lazio (-5,0%), Emilia Romagna (-3,5%) e P.A. di Trento (-3,1%); in contrazione, sia pure con minori percentuali, anche Sardegna, Molise, Campania, Marche, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Abruzzo (tutte con valori diversi compresi tra -2,6% e -2,0%).

*c) La spesa farmaceutica convenzionata*

Prosegue l'effetto positivo delle manovre di contenimento della spesa farmaceutica, che nel 2013 ha assorbito € **8,592** miliardi (a fronte di euro 8,891 del 2012; 9,862 del 2011; e di euro 10,913 del 2010), risultato che significa un nuovo notevole risparmio ed un sensibile decremento rispetto all'anno precedente di **-3,4%** (rispetto al -9,8% del 2012; -9,6% del 2011; del -0,8% del 2010), utile certamente a far ancora di

più diminuire l'incidenza sul comparto all'attuale **7,7%** (in precedenza 7,8% nel 2012; 8,8% nel 2011; 9,9% nel 2010). Si tratta, senza dubbio, di uno dei settori del S.S.N. sul quale si è prestato maggiore attenzione e si è più inciso normativamente negli ultimi anni, sia a livello centrale, sia a livello regionale.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono evidenziati, come in precedenza, in Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Piemonte; i minori, in valore assoluto, in Valle d'Aosta, nella Provincia autonoma di Bolzano ed in Molise.

Come, peraltro, per lo più già accaduto in passato, rispetto all'anno precedente tutte le regioni hanno diminuito la spesa, ad eccezione della Regione Marche che ha fatto registrare un aumento, in valore assoluto, di euro **6,827** miliardi (**+2,9%** rispetto al 2012); mentre le diminuzioni più evidenti si sono registrate in Toscana (-13,0%), Molise (-7,8%), Sicilia (-6,8%), Sardegna (-6,6%), Calabria (-5,6%); i minori risparmi si sono invece avuti in Veneto (-0,8%), Campania (-1,0%), Abruzzo (-1,3%), Basilicata e Lombardia (entrambe con -1,7%) e Valle d'Aosta e Puglia (entrambe con -1,8%).

Esaminando i dati contabili dell'ultimo quinquennio, si può rilevare che la farmaceutica convenzionata è l'unica voce di

spesa che ha fatto registrare un trend in costante diminuzione (essendo stata caratterizzata sempre dal segno “meno” in percentuale), circostanza che fa valutare positivamente i numerosi tentativi di contenimento dei costi e di ricerca di più affidabili strumenti di governo e di controllo dell’andamento della relativa dinamica. E’, però, assai probabile che, fra gli altri, i migliori risultati siano stati prodotti per mezzo dell’introduzione delle compartecipazioni personali (i noti tickets), che hanno il torto di rappresentare la misura più impopolare ed antipatica, perché incide direttamente sugli assistiti più bisognosi.

Sarà tutto da verificare, tuttavia, se possano esistere ancora spazi di ulteriore miglioramento, se si pensa che negli anni scorsi si sono avute sentenze delle Sezioni giurisdizionali regionali della Corte dei conti riguardanti episodi, peraltro diffusi in più ambiti regionali, di eccessive prescrizioni di farmaci o di falsità delle stesse ovvero di loro sostanziale inappropriatazza terapeutica, per i quali sono stati condannati a risarcire il relativo danno alcuni medici di base convenzionati. A ciò si aggiunga il preoccupante fenomeno dei furti nelle farmacie ospedaliere, riguardanti troppo spesso specialità particolarmente costose e quindi maggiormente appetibili alla sottrazione.

E' dato anche avvertire una maggiore sensibilità verso i farmaci equivalenti (i cosiddetti "generici"), che pure a parità di validità terapeutica consentirebbero altri apprezzabili risparmi di spesa.

Altro possibile intervento potrebbe riguardare una più appropriata dimensione delle confezioni dei farmaci, talvolta non sempre adeguate alla durata delle terapie.

Non può che preoccupare, infine, il mercato parallelo dei farmaci falsificati, alquanto favorito dalle opportunità offerte dalla globalità della rete informatica, che denota la sussistenza non solo di una molteplicità di offerte quasi sempre truffaldine, ma anche la resistenza di una domanda invero anomala, che danneggia il regolare commercio e, in definitiva, anche l'immagine del settore.

*d) La spesa per l'assistenza ospedaliera accreditata*

Sostanzialmente stabile il dato della spesa per l'assistenza ospedaliera accreditata; invertendo la tendenza alla diminuzione registrata l'anno precedente (-1,4%), questa voce non ha fatto registrare nel 2013 variazioni apprezzabili (**0,0%**), attestandosi infine ad un valore assoluto di € **8,525** miliardi (nel 2012 erano stati 8,522; nel 2011 erano stati 8,641; nel 2010 euro 8,849) e rappresentando in percentuale il **7,6%**, con

un'incidenza sul comparto ormai praticamente stabilizzata.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati, come negli anni scorsi, in Lombardia, Lazio e Campania (che messe insieme raggiungono già da sole quasi il 50% del totale), seguite da Puglia, Sicilia ed Emilia Romagna; i minori costi si riscontrano, invece, in Valle d'Aosta e Basilicata, dove pure si registrano gli aumenti più significativi, addirittura dell'11,9% per la Valle d'Aosta e del 3,7% per la Basilicata; anche la Sardegna è in sensibile aumento (+ 3,3%).

Quasi tutte le regioni hanno fatto (finora) registrare valori sostanzialmente analoghi a quelli dell'anno precedente, così da lasciar ritenere che si tratti di una voce di spesa abbastanza sotto controllo (si va dal +2,7% delle Marche al -4,1% dell'Umbria).

*e) La spesa per la medicina generale e convenzionata*

Con una diminuzione dello **-0,6%** questa voce di spesa evidenzia nel 2013 una lieve inversione di tendenza rispetto agli anni scorsi quando faceva registrare valori in sia pur decrescente aumento (nel 2012: +0,3%; nel 2011: +1,3%; nel 2010: +2,8%), il costo complessivo si è attestato ad € **6,609** miliardi (contro gli euro 6,648 del 2012; euro 6,626 del 2011; euro 6,541 del 2010) e la fa “pesare” nel comparto per un buon **5,9%**, comunque

pienamente in linea con la media dell'ultimo triennio.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono registrati in Lombardia, Campania, Lazio, Sicilia, Veneto, Emilia Romagna e Puglia.

L'Umbria (+6,4%), la Valle d'Aosta (+2,3%), la P.A. di Bolzano (+1,7%) e la Sardegna (+1,4%), hanno fatto registrare l'aumento percentuale maggiore dell'anno, seguite dalla Calabria (+0,5%), Provincia Autonoma di Trento e Marche (entrambe con +0,3%), Puglia e Sicilia (entrambe +0,2%); a riequilibrare la media nazionale hanno, invece, contribuito, in particolare, i risparmi del Molise (-4,1%), Lombardia (-2,2%), Lazio (-2,0%) e Campania (-1,8%); tutte le altre regioni hanno avuto incrementi contenuti, abbastanza prossimi alla media nazionale (-0,6%).

*f) La spesa per l'altra assistenza convenzionata ed accreditata.*

Questa voce di spesa riunisce le altre prestazioni assistenziali a carico del S.S.N. diverse da quelle tipiche; concerne per la maggior parte le cure termali e quelle destinate alle categorie più deboli (anziani, disabili, tossicodipendenti, alcolisti, psicolabili, ecc.). Il costo totale di € **7,102** miliardi (nel 2012: euro 6,799; nel 2011 euro 6,372; nel 2010 euro 6,292) evidenzia un'incidenza del **6,3%**, ormai stabile nell'aggregato,

effetto di un aumento del **+4,5%** rispetto all'anno 2012, comunque ben più che contenuto rispetto ai precedenti, risultato che ne conferma tuttavia la decisa tendenza ad un costante incremento (quinta voce di spesa in questo senso nel 2013, mentre era stata la sesta - sempre in percentuale – negli anni 2010-2011) e sconta le conseguenze derivanti dalle esigenze connesse al prolungamento della vita e dalle necessità, evidentemente anch'esse in costante aumento, emergenti dalle classi sociali più deboli, pur con tutti i limiti del nostro sistema di assistenza socio-sanitaria.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono riscontrati, come negli anni precedenti, in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Sicilia e Toscana.

Particolarmente significativi gli aumenti percentuali, a doppia cifra, fatti registrare in Campania (+19,1%), Puglia (+18,4%), Lazio (+13,1%), Marche (+11,3%) e Umbria (+11,2%), altrettanto consistente, anche se minore, l'incremento di Sicilia (+7,7%) e Friuli Venezia Giulia (+5,7%), mentre la diminuzione più sensibile si è registrata l'anno scorso in Valle d'Aosta (-5,1%) e, in misura minore, in Piemonte (-3,9%), Basilicata e Abruzzo (entrambe con -1,5%).

*g) La spesa specialistica convenzionata e accreditata*

Fa registrare ancora un modesto aumento (+0,1%), seppure molto più contenuto dell'anno precedente (quando aveva fatto registrare +1,9%), anche questa voce di spesa, ammontante nel 2013 a circa € **4,759** miliardi (a fronte di euro 4,755 del 2012; euro 4,668 del 2011; euro 4,504 del 2010), con incidenza ormai sostanzialmente stabile, pari al **4,2%** del comparto. Concerne le prestazioni per assistenza specialistica convenzionata di vario tipo (SUMAI, ospedali classificati, istituti di cura e ricovero a carattere scientifico privati ed altri operatori privati accreditati).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono registrati anche stavolta in Lombardia, seguita dalla Campania, dalla Sicilia, dal Lazio e dal Veneto.

Sotto il profilo percentuale, la differenziazione fra aree territoriali si presenta particolarmente accentuata: si va dagli incrementi, comunque più contenuti rispetto all'anno precedente, della P.A. di Trento (+8,4%), Basilicata (+7,6%) e Molise (+7,3%), alle diminuzioni di Piemonte (-5,5%), P.A di Bolzano (-5,4%), Valle d'Aosta (-5,2%), Toscana (-4,8%) e Veneto (-4,6%).

*h) La spesa per la riabilitativa accreditata.*

In linea con la tendenza dell'anno precedente, quando era assai diminuita (-3,6%), questa voce di spesa ha confermato il trend in diminuzione dello scorso anno (-0,2%) che l'aveva già caratterizzata dal 2010 (quando era diminuita di -0,3%, mentre nel 2008 ben -12,2%). Nel 2013, pertanto, la spesa per la riabilitativa accreditata è ammontata a quasi euro € **1,878** miliardi (contro gli euro 1,883 del 2012; euro 1,954 del 2011; euro 1,971 del 2010), mantenendo con il suo **1,7%** un'incidenza assolutamente stabile nel comparto (a conferma del pressoché identico dato del triennio precedente), che costituisce una delle due incidenze percentuali più basse di tutto il comparto.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati in Campania (che mantiene così la prima posizione già "conquistata" e confermata negli anni precedenti), Lombardia, Lazio, Piemonte Sicilia e Puglia.

Rispetto all'anno precedente, aumentano la P.A. di Trento (+99,6%), Sardegna (+10,0%), Valle d'Aosta (+8,1%) e Molise (+5,3%), seguite dagli incrementi più contenuti di Calabria (+2,7%) e Friuli Venezia Giulia (+2,2%). Numerose, di contro, le regioni che hanno fatto registrare diminuzioni: tra di esse,

quelle più significative sono avvenute in Puglia (-12,8%), Emilia Romagna (-7,9%) e della P.A. di Bolzano (-3,4%).

*i) La spesa per l'integrativa e protesica convenzionate e accreditata.*

Stabile, anche se in leggero aumento (+0,1%) rispetto all'anno precedente (quando aveva invece fatto registrare una netta diminuzione del -4,3%), la spesa per le prestazioni integrative e protesiche che si attesta a **1,853 miliardi di euro** (nel 2012: euro 1,851; nel 2011: euro 1,935; nel 2010: euro 1,915), con una incidenza stabilizzatasi all'**1,7%** del comparto (nel 2012: 1,6%; nel 2011 e nel 2010: 1,7%).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa, l'importo maggiore in percentuale, è stato sostenuto nel Lazio (+3,6% rispetto al 2012), in Lombardia (-1,6% rispetto al 2012), in Sicilia (-1,7% rispetto al 2012), in Campania (+17,3% rispetto al 2012), in Piemonte (-2,9% rispetto al 2012) ed in Emilia Romagna (-2,4% rispetto al 2012).

I maggiori aumenti, rispetto alla media nazione (+0,1%) si sono registrati in Campania (17,3%), Puglia (7,4%), Abruzzo (6,4%), Calabria (5,4%), Lazio (3,6%) e P.A. di Bolzano (3,3%). Le maggiori diminuzioni si sono avute in Veneto (-14,4%), Friuli V.G. (-13,2%), P.A. di Trento (-7,2%), Liguria (-6,6%),

Molise (-4,3%).

La regione più vicina alla media nazionale è stata la Sardegna (-0,3%).

#### 5. Le altre funzioni di spesa.

Completano l'utilizzazione delle risorse dello scorso anno, fra l'altro, gli ammortamenti (€ **2,507** miliardi a fronte di euro 2,553 dell'anno precedente), il finanziamento degli altri enti del S.S.N. con quote vincolate a carico dello Stato (€ **0,592** miliardi, in diminuzione rispetto al 2012 del -8,5%), la c.d. mobilità verso l'ospedale "Bambin Gesù" (€ **0,193** miliardi, importo aumentato rispetto al 2012 del +15,6%) e quella verso il Sovrano militare ordine di Malta (S.M.O.N., per € **0,039** miliardi, in aumento dell'11,0% sul 2012), il saldo negativo della gestione straordinaria (€ **-0,205** miliardi) e quello per svalutazioni/rivalutazioni (€ **0,066** miliardi).

Per quanto riguarda, infine, la spesa destinata al finanziamento per la ricerca e la sperimentazione - già segnalatesi in passato per essere la parente povera del sistema (a dispetto dei tanti, ripetuti buoni propositi, mai realizzati) - nel 2013 i fondi a disposizione sono rimasti sostanzialmente gli stessi dell'anno precedente, attestandosi a complessivi € **274,687** milioni di euro, di cui euro 257,187 milioni di parte

corrente ed euro 17,500 milioni in conto capitale (nel 2012: 274,922 milioni di euro complessivi), ritornando praticamente al livello del 2009.

L'aggregato fa tuttavia rilevare una redistribuzione interna dei fondi disponibili, nell'ambito della quale si avvantaggiano sia la quota parte destinata alla ricerca finalizzata di vari enti (€ 77,500 milioni di euro), sia quella per l'Istituto superiore di sanità (€ 11 milioni di euro), a scapito di quella riservata agli Istituti di ricerca e ricovero a carattere scientifico (I.R.R.C.S.), diminuita ad € 153,628 milioni di euro oltre ai 17,500 milioni in conto capitale; meno risorse hanno avuto a disposizione anche gli altri enti (Istituti zooprofilattici sperimentali, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, il Registro nazionale italiano dei donatori del midollo osseo) e le stesse regioni per i rimborsi spettanti per l'assistenza agli stranieri; immutato, infine, il finanziamento per il bollettino delle ricerche.

#### 6. Il cittadino "mediamente" assistito.

Le notevoli differenziazioni esistenti nell'articolazione del sistema sanitario sul territorio nazionale trovano ulteriore conferma nel parametro rappresentato dal costo medio pro capite dell'assistenza prestata.

I dati consuntivi del 2013 attestano che, lo scorso anno,

ogni cittadino assistito è costato mediamente al sistema sanitario nazionale **1.888 euro** (rispetto ai 1.914 del 2012; ai 1.880 euro del 2011; ai 1.841 euro del 2010), di cui 1.878 euro riferibili direttamente a regioni e province autonome e, a sua volta, ha partecipato al suo finanziamento (sotto forma di imposte, tasse, contributi, ecc.) con **1.894 euro** (rispetto ai 1.924 euro del 2012; ai 1.859 euro del 2011; ai 1.804 euro del 2010). Si è, pertanto, determinata in +6 euro la differenza positiva, che rappresenta in pratica il contributo medio di ciascuno all'avanzo complessivo, che costituisce comunque un dato in linea con l'anno precedente (+10 euro), e comunque migliorativo dei precedenti esercizi (nel 2011: -21 euro; nel 2010 -36 euro).

La forbice abbastanza accentuata all'inizio dell'ultimo decennio, si è dunque progressivamente ridotta in maniera costante, a conferma del crescente sacrificio economico richiesto ai cittadini negli ultimi anni.

Depurato dai costi nazionali, il valore medio pro-capite delle regioni si attesta ad **euro 1.878** (a fronte degli euro 1.903 del 2012; ai 1.869 del 2011; agli euro 1.831 del 2010). Come avvenuto negli anni precedenti, anche nel 2013 l'assistito più costoso risiede in provincia di Bolzano con 2.251 euro (che migliora il dato precedente di 2.398 euro, riportandolo verso

valori più vicini a quelli del periodo 2008-2011), seguito dal residente nella Provincia autonoma di Trento (2.221 euro, in diminuzione rispetto ai 2.286 euro del 2012), in Valle d'Aosta (euro 2.171, inferiore ai precedenti euro 2.278), Molise (euro 2.094, in leggera diminuzione rispetto ai precedenti 2.140 euro), in Friuli Venezia Giulia (euro 2.089, minore dei precedenti euro 2.132), e in Liguria (euro 2.036, in diminuzione rispetto ai precedenti euro 2.064), mentre quello più economico risiede in Campania (euro 1.684 contro i precedenti euro 1.718), in Calabria (euro 1.706), in Sicilia (euro 1.740), in Puglia (euro 1.749) ed in Abruzzo (euro 1.807); più prossimi alla media regionale, per difetto, i residenti in Umbria (1.877, quasi in perfetta media nazionale) e Veneto (euro 1.841), e per eccesso quelli di Piemonte (euro 1.910), Lombardia (euro 1.913); tutti gli altri oscillano dagli euro 1.817 (Marche) agli euro 2.030 (Emilia Romagna).

### 7. La sanità malata.

Se i flussi finanziari sembrano ormai avviati verso approdi contabili più accettabili, appaiono ancora latitare interventi significativi per le varie criticità sostanziali che affliggono da tempo il nostro sistema sanitario, dimostrando nuovamente l'evidente difficoltà di giungere a convincenti soluzioni.

Del resto, la sommaria analisi dei dati contabili, fin qui effettuata, richiede alcune necessarie considerazioni integrative relative all'effettivo stato di salute del sistema, al di là, cioè, di quanto potrebbero indurre a ritenere i pur provvisori dati di consuntivo, per verificare in concreto il bilanciamento fra i vari interessi pubblici in gioco, tenuto conto che le pur importanti esigenze di bilancio vanno temperate con il risultato di assicurare un effettivo e generalizzato diritto alla salute.

In altri termini, in un settore molto particolare, come quello sanitario, la validità di una gestione non può essere valutata esclusivamente con i dati numerici, ma va vista anche in funzione degli obiettivi da raggiungere ovvero, se ritenuti già raggiunti, da mantenere.

Da diversi anni, ormai, la sanità è stata fatta oggetto delle più svariate manovre di contenimento della spesa pubblica, che hanno comportato una costante diminuzione delle risorse a disposizione a fronte di livelli di assistenza in tendenziale espansione. Bisognerà allora interrogarsi sulla ulteriore sostenibilità di una eccessiva contrazione delle risorse da destinare al settore, senza prima affrontare il vero nodo del problema, rappresentato da una coerente riqualificazione della spesa da sostenersi, da depurare innanzi tutto da fenomeni di

*mala gestio* e da sprechi, spessi dovuti a deficienze organizzative che andrebbero risolte con sollecitudine.

Anche perché la vulnerabilità intrinseca del sistema, oggetto di male intenzionate incursioni esterne ma anche di tarli interiori alquanto attivi, finisce talvolta per depotenziare o addirittura annullare del tutto gli effetti positivi che i vari strumenti riformistici hanno faticosamente conseguito.

*Sempre liste d'attesa* – Neppure il 2013 è stato l'anno di significativi miglioramenti dell'antica problematica delle liste d'attesa, che rappresentano una delle spie più sensibili del difficoltoso funzionamento del sistema e per il quale si devono nuovamente sollecitare interventi organizzativi strutturali. L'effetto ingolfante della c.d. medicina difensiva, invero difficile da scongiurare senza un'appropriata riforma culturale di operatori sanitari ed assistiti, va fronteggiato con adeguati strumenti che assicurino l'effettuazione delle prestazioni in tempi ragionevoli, magari escludendo dai vincoli di spesa e dai tetti programmati quegli accertamenti riguardanti patologie particolarmente rischiose, che richiedono una risposta pronta ed efficace. Da monitorare, comunque, i tentativi posti in atto in alcune regioni del centro nord per lo svolgimento di accertamenti diagnostici anche in giorni festivi ed in orari notturni.

*Sanità pubblica senza coperture assicurative* – Già in passato si è avuto modo di richiamare l'attenzione sulla progressiva disaffezione delle compagnie assicuratrici nei confronti di un settore ritenuto evidentemente poco remunerativo. La carenza di specifiche informazioni al riguardo, non consente, per ora, di valutare i riflessi contabili della scelta effettuata in alcune regioni di far assumere a diretto carico delle strutture sanitarie (e quindi dell'amministrazione pubblica) il rischio da responsabilità civile verso terzi derivante da errori professionali, non ricorrendo più alle coperture offerte dalle imprese assicurative. Anche al di là, comunque, del potenziale impatto economico, resta pur sempre una scelta controversa, perché da un lato espone il sistema a futuri potenziali oneri oggi non previsti e forse neppure prevedibili e quindi in oggettiva collisione con le esigenze di programmazione; mentre dall'altro, considerate le intuibili limitatezze delle risorse a ciò disponibili, favorisce un sistema di garanzie affievolite a fronte di contenziosi spesso economicamente rilevanti, a tutto discapito oltre che delle strutture sanitarie coinvolte, anche degli operatori sanitari e degli stessi soggetti danneggiati.

*La crisi della sanità privata* – Altro aspetto segnalato in passato, che ha fatto registrare segnali di oggettivo

peggioramento, è quello della crisi manifestata nell'ambito della sanità privata, le cui difficoltà finanziarie hanno talvolta trovato le proprie cause in gestioni non corrette, quando addirittura illecite. I segnali degli anni passati, già di per sé preoccupanti, riguardanti tale contesto, hanno trovato lo scorso anno la propria inevitabile conferma, rendendo inequivocabilmente manifeste situazioni assai critiche concernenti anche importanti e rinomate strutture sanitarie, che al di là dell'innato dualismo fra pubblico e privato, non da tutti correttamente apprezzato, hanno comunque concorso in passato alla piena realizzazione delle finalità del sistema sanitario e che rappresentano pur sempre una valida alternativa ai limiti delle strutture pubbliche.

*Le compartecipazioni di spesa* – Altro fenomeno sul quale riflettere è quello del livello raggiunto dal pagamento dei tickets sulle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, che in alcuni casi sta progressivamente avvicinandosi ai costi di mercato di alcune prestazioni effettuate in privato, incentivandone paradossalmente il ricorso in quella direzione. Seppure rimane alquanto difficile pensare ad una loro diminuzione, va però ribadita la necessità che un tale strumento vada adottato in maniera più equa, razionalizzando prescrizioni, dimensioni delle confezioni farmaceutiche alle effettive esigenze

terapeutiche, migliorando anche altri aspetti del sistema, all'apparenza secondari, per venire soprattutto incontro a quella parte più debole della popolazione, per la quale curarsi si è trasformato in un lusso.

*I danni erariali alla sanità* – In occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2014, si è dato conto dell'attività svolta dalle Procure e dalla Sezioni giurisdizionali nei giudizi di responsabilità amministrativa riguardanti il settore, caratterizzato da numerose fattispecie di danno erariale, a riprova di un ambito facilmente incline a ruberie e sprechi, che incidono prima ancora che finanziariamente, anche sotto un profilo etico, quando non sono addirittura forieri di mettere in discussione gli stessi equilibri politici delle realtà territoriali. Del resto, poiché gli errori sanitari sono diventati sempre più oggetto di contenziosi giudiziari, anche per fattispecie un tempo inimmaginabili, il riflesso negativo che peserà sulle finanze pubbliche è largamente scontato, con la conseguente necessità di risarcire il danno prodotto alle strutture.

*Sempre meno operatori sanitari?* - Se i dati provvisori finora disponibili saranno in seguito definitivamente confermati, per la prima volta negli ultimi anni la spesa per l'aggregato delle risorse umane non rappresenta più quella maggiormente