



* * *

SANITÀ (Estensori V.P.G. Luigi Impeciati e V.P.G. Giancarlo C. Pezzuto)

Sommario: Premessa; 1. Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale nel 2017; 2. La spesa del Servizio sanitario nazionale nel 2017; 3. L'articolazione della spesa a livello regionale; 4. Considerazioni conclusive.

Premessa

L'Italia, al pari degli altri Paesi membri dell'Unione europea, continua a risentire degli effetti del prolungato periodo di rallentamento economico, cui si accompagnano, tuttora e necessariamente, restrizioni di bilancio anche significative che inevitabilmente si traducono, sul piano generale, in politiche volte a contenere e comunque a rendere più efficiente la spesa pubblica.

Il comparto sanità non fa certamente eccezione ed anzi, costituendo un settore fra i più rilevanti che impattano sul bilancio pubblico, non può che risentire a sua volta della non favorevole situazione complessiva, anche se, come noto, nel periodo più recente la crescita economica del nostro Paese ha fatto registrare segnali positivi in termini, peraltro, più confortanti delle non sempre ottimistiche stime di varia fonte, anche sovranazionale.

I riflessi di caduta sui sistemi di sicurezza sociale sono stati spesso considerati nelle politiche di rigore imposte dalla *governance* europea ai fini del rispetto dei vincoli di bilancio. Non va, tuttavia, trascurato che incidere sulle risorse per la salute, a parte le misure di efficientamento e di riduzione degli sprechi, è suscettibile di produrre effetti in termini di volume e qualità delle prestazioni e, quindi, sulla salute dei cittadini e sul sistema di *welfare* nel suo complesso.

Tutti i sistemi sanitari europei stanno a vario titolo cercando di



contenere le uscite e di recuperare efficienza nel settore; parallelamente, anche in Italia si assiste ad un progressivo aumento della compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie, con conseguente allargamento della forbice del ricorso all'assistenza sanitaria in base al reddito.

Peraltro, come di recente è stato autorevolmente sottolineato¹³², non viene sempre adeguatamente considerato il contributo che la sanità pubblica è in grado di offrire non soltanto con riferimento al benessere delle generazioni presenti e future, ma anche in relazione all'economia e alla crescita economica, soprattutto in termini, tra l'altro, di fonte di occupazione e di reddito, nonché quale importante ambito di ricerca scientifica e di innovazione tecnologica.

Sarebbe, peraltro, a dir poco riduttivo confrontare il legame fra sanità e Pil senza tener conto dei livelli di salute della popolazione e della qualità delle cure e dei connessi fattori che contribuiscono al miglioramento della qualità della vita e, più in generale, al benessere equo e sostenibile (cosiddetto BES). E non è un caso che nel 2017 l'Italia sia stato il primo Paese ad utilizzare proprio gli indicatori di benessere equo e sostenibile nell'attuazione e nel monitoraggio delle politiche pubbliche, collegandoli alla programmazione economica e di bilancio e inserendoli in via sperimentale, in forma innovativa anche rispetto al panorama internazionale, in un apposito allegato del documento di economia e finanza (DEF) 2017.

L'iniziativa è stata confermata nel DEF 2018¹³³, in un allegato nel quale si analizzano le tendenze recenti degli indicatori selezionati

¹³² Ci si riferisce al Documento della 12^a Commissione Permanente Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, approvato il 10 gennaio 2018 e comunicato alla Presidenza il 7 febbraio 2018, "A conclusione dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità", in www.senato.it.

¹³³ DEF 2018 deliberato dal Consiglio dei Ministri il 26 aprile 2018, in www.ges.mef.gov.it



dall'apposito Comitato e si effettuano delle proiezioni sulle evoluzioni future. Ciò, nel presupposto che la crisi ha verosimilmente intaccato il benessere dei cittadini, incidendo sulla percezione della qualità di vita e sulla capacità di spesa di ognuno, specie in un settore, quale quello della salute, di evidente, elevato grado di sensibilità.

Per quanto concerne la sanità, fra i fattori che principalmente influenzano l'evoluzione, anche prospettica, del sistema e, quindi, della spesa vanno sicuramente ricordati l'*invecchiamento* della popolazione in relazione all'evoluzione del profilo demografico del Paese e all'aumento dell'aspettativa di vita, nonché i riflessi dell'*innovazione*, che per sua natura implica la necessità di investimenti suscettibili di generare ritorni, e quindi risparmi, che richiedono necessariamente un certo arco temporale per manifestarsi e produrre effetti tangibili¹³⁴.

Le ipotesi demografiche considerate dal DEF 2018 si basano sullo scenario elaborato dall'Eurostat con base 2015, il quale, con riferimento al nostro Paese, prevede una speranza di vita al 2070 pari a 86,9 anni per gli uomini e a 90,9 anni per le donne, con un tasso di fecondità totale alla stessa data dell'1,66 e un flusso netto annuo di immigrati mediamente pari a circa 190mila unità, in quest'ultimo caso con un profilo crescente fino al 2040 e una successiva inversione di tendenza¹³⁵.

¹³⁴ Interessanti riflessioni in proposito sono contenute nel 13° *Rapporto Sanità. Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema*, a cura del Consorzio per la ricerca economica applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), con la *partnership* di alcune aziende private, dicembre 2017, in www.creasanita.it.

¹³⁵ Il dato è confermato dalle analisi dell'Istat, che il 3 maggio 2018 ha elaborato uno studio su *Il futuro demografico del Paese*, secondo il quale l'aspettativa di vita è in aumento. In particolare, la sopravvivenza si attesta nel 2016 a 80,6 anni per gli uomini e a 86 anni per le donne. Entro il 2065 è previsto un aumento del dato, rispettivamente, a 86,1 e 90,2 anni. Secondo la medesima analisi, il tasso di fecondità nel



In tale scenario, anche l'Italia, al pari dei Paesi dell'EU-15, ha fatto registrare nel periodo recente taluni contenimenti delle risorse destinate alle politiche per la salute, anche se, nel complesso, il dato è sostanzialmente stabile ed anzi presenta un costante, seppur lieve, incremento in termini nominali.

Tra il 2009 ed il 2016¹³⁶, in particolare, il nostro Paese ha ridotto le risorse destinate alla sanità di tre decimi di punto all'anno. Nel confronto internazionale, questa flessione risulta più contenuta rispetto ad altri Paesi, ritenuti in pari difficoltà (Portogallo -1,3; Grecia -5) ma con un andamento diverso rispetto a quello registratosi in altri Stati membri che hanno attraversato significative crisi finanziarie (Spagna +0,3; Irlanda +0,1). La spesa è, al contrario, mediamente cresciuta dello 0,9 per cento in Francia, dell'1 per cento in Olanda e dell'1,8 per cento in Germania.

Sulla base dei dati contenuti nel DEF 2018, nel 2017 la spesa sanitaria corrente del Conto economico consolidato della sanità delle amministrazioni pubbliche è risultata, nelle stime di Contabilità nazionale, pari a 113,599 mld¹³⁷, con un tasso di incremento dell'1,1 per cento rispetto all'anno precedente.

periodo 2017-2065 è destinato a passare da 1,34 a 1,59 figli per donna, anche se con un elevato intervallo di confidenza. Peraltro, si prevede che le future nascite non saranno sufficienti a compensare i decessi, con un saldo negativo di 200mila unità/anno, destinato peraltro a crescere nel medio e nel lungo termine. Il saldo migratorio con l'estero è previsto in positivo, con una media di 165mila unità annue (144 mila l'ultimo rilevamento del 2016), seppure contraddistinto da forte incertezza. La stima sulla popolazione residente (60,6 milioni il dato del 2017) si attesta su 59 milioni nel 2045, per scendere a 54,1 milioni nel 2065. Sul punto, cfr www.istat.it

¹³⁶ *Health at a glance 2017*, Ocse, 2017.

¹³⁷ Come precisato nel DEF 2018, la stima per il 2017 tiene conto dei dati del Conto economico degli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) relativi al IV trimestre 2017.



Tabella 1	2014	2015	2016	2017
Spesa Sanitaria	110.961	111.240	112.372	113.599
In % di PIL	6,8%	6,7%	6,7%	6,6%
<i>Tasso di variazione in %</i>		0,3%	1,0%	1,1%

Fonte: DEF 2018.

Nel medesimo contesto, la spesa sanitaria per il 2018 è prevista in 115,818 mld, con un tasso di incremento del 2%, mentre per il triennio 2019-2021 si prevede un'ulteriore crescita del dato ad un tasso medio annuo dell'1,4%.

Tabella 2	2018	2019	2020	2021
Spesa Sanitaria	115.818	116.382	118.572	120.894
In % di PIL	6,6%	6,4%	6,3%	6,3 %
Tasso di variazione in %	2,0%	0,5%	1,9 %	2,0%

Fonte: DEF 2018.

Le linee tendenziali descritte nell'ultimo Documento di economia e finanza trovano conferma nei dati di consuntivo forniti dal Ministero della salute, secondo cui, in termini globali, la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale (SSN) è stata pari nel 2017 a 117,472 mld, in crescita dell'1,34% rispetto al 2016 e con una spesa *pro capite* che si attesta su 1.939 euro (1.912 nel 2016).

A questo proposito è bene precisare, sul piano metodologico, che la presente analisi è basata sui dati comunicati dal Ministero della Salute, elaborati e riportati, da questa Corte – Sezioni Riunite in sede di controllo, nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2018 nonché



sull'analisi della spesa del SSN effettuata dalle amministrazioni pubbliche rientranti nel conto consolidato, non considerando la spesa "privata"¹³⁸, che è pari a circa il 25% del totale complessivo del comparto (dato, come si dirà *infra*, significativamente superiore a quello medio dell'Unione europea e, in particolare, dei nostri principali *partner*) e che viene sostenuta da famiglie (c.d. spesa *out of pocket*), imprese, istituzioni senza scopo di lucro e assicurazioni sanitarie volontarie (c.d. quota *intermediata*)¹³⁹. Al riguardo, appare comunque utile evidenziare che la spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici è gravata solo per il 56,9% sul SSN, mentre è rimasta a carico delle famiglie per il 42,4%¹⁴⁰.

La situazione finanziaria incide, in generale, sull'offerta di servizi, che risente della fase di pluriennale risanamento necessaria per riassorbire significativi squilibri strutturali registrati in passato. Con riferimento alla specialistica ambulatoriale, permangono criticità relative alle liste d'attesa; inoltre, tariffe e *ticket* disincentivanti risultano in taluni casi scoraggianti e producono una diminuzione dei volumi dei servizi di assistenza alla popolazione assicurati dal SSN.

Criticità si rilevano, inoltre, con riferimento alle cronicità, alla riabilitazione e alle cure intermedie, settori nei quali il fabbisogno è in

¹³⁸ Secondo le stime Ocse il valore *pro capite* della spesa sanitaria comprensivo della quota privata nel 2016 è stato pari in Italia a 3.064 euro, a fronte di quasi 5.000 euro in Germania e di 4.156 euro in Francia.

¹³⁹ Per un'analisi che tenga conto anche della spesa privata si rinvia a *Il sistema dei conti della Sanità per l'Italia* a cura dell'Istat, 4 luglio 2017, che analizza gli anni 2012-2016, di il quale si evince che nel 2016 (ultimo dato disponibile) la spesa privata ha contribuito nella misura del 25 per cento alla spesa sanitaria corrente complessiva, in un'ottica comparativa. Sempre sul tema si rinvia, inoltre, ai documenti citati in nota 1 e 3, nei quali sono richiamati ed elaborati anche gli interessantissimi studi comparativi prodotti in materia dall'Ocse.

¹⁴⁰ Può essere utile evidenziare che la spesa sanitaria a carico delle famiglie presenta rilevanti differenze in relazione alle diverse aree territoriali: a fronte di una media *pro capite* di 571 euro, oscilla tra i 1.160 euro della Valle d'Aosta e i 284 euro della Campania.



crescita in ragione del costante incremento dell'età media della popolazione.

Peraltro, merita di essere ricordato che il 2017 ha fatto segnare l'entrata in vigore di un'importante riforma in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Ci si riferisce alla legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge "Gelli-Bianco"), che, in prospettiva, dovrebbe – auspicabilmente – comportare significativi risparmi derivanti da una prevedibile contrazione della cosiddetta *medicina difensiva*. Secondo stime risalenti ad alcuni anni or sono e che si auspica non si perpetuino in quelli a venire, questo fenomeno produceva un *surplus* di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche, bensì alla mera riduzione del rischio di contenzioso, valutato nell'ordine di circa 10 miliardi di euro all'anno¹⁴¹.

1. Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale nel 2017

Anche per il 2017 le principali fonti di finanziamento¹⁴² della spesa del Sistema sanitario nazionale sono state rappresentate da gettito tributario (in particolare, Irap, addizionale regionale Irpef, Iva e accise), ricavi ed entrate proprie, trasferimenti pubblici e privati ed integrazioni a carico del bilancio pubblico.

Il complesso delle risorse pubbliche, che hanno alimentato il comparto (al netto di ricavi straordinari e rivalutazioni), è stato pari, nell'annualità appena conclusa, a 117,191 mld di euro, con un incremento dell'1,3% rispetto al dato di 115,695 mld del 2016, che a sua volta aveva

¹⁴¹ Relazione conclusiva rassegnata il 22 gennaio 2013 dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali della Camera dei Deputati, in leg16.camera.it/_dati/leg16/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/.../INTERO.pdf.

¹⁴² Secondo i dati forniti dal Ministero della salute, per "Finanziamento del SSN" si intende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'*intramoenia*.



fatto registrare una crescita dell'1,6% rispetto ai valori del 2015, consolidati in 113,909 mld. È interessante notare che proprio in quest'ultimo esercizio, al contrario, si è registrata una leggera contrazione del finanziamento della spesa rispetto al 2014 (114,484 mld, con un decremento percentuale dello 0,5%).

Il rapporto finanziamento/Pil, sempre secondo i dati del Ministero della Salute, è stato pari nel 2017 al 7,0%, anche questo sostanzialmente in linea con quello dell'anno precedente (6,9%).

Andando ad analizzare le singole voci, si rileva che anche per l'annualità in esame le due fonti più consistenti del finanziamento pubblico sono state rappresentate dalla quota-parte di Iva e accise da un lato e di Irap e addizionale Irpef dall'altro, rispettivamente nella misura del 56,2 e del 25,2% del totale (nel 2016 i corrispondenti valori erano risultati pari al 55,4 ed al 26,6%).

In termini assoluti, il gettito di Iva e accise destinato al comparto è stato pari a 65,458 mld, a fronte di 29,322 mld di Irap e addizionale regionale Irpef.

Una quota tutt'altro che trascurabile è derivata anche dagli ulteriori trasferimenti da pubblico e privato, nella misura di 12,248 mld (pari al 10,5% del totale, con una crescita di quasi un punto percentuale rispetto al 9,6% dell'anno precedente, nel quale il dato si era assestato a 11,101 mld).

Del tutto in linea con l'esercizio pregresso è risultato anche l'apporto del Fondo sanitario nazionale (FSN) e delle quote vincolate a carico dello Stato, attestato come nel 2016 a 4,564 mld, pari al 3,9 per cento (l'incidenza era stata del 4,0% nel 2016). In lieve controtendenza si è confermato, invece, il dato relativo a ricavi ed entrate proprie, pari in termini assoluti a 2,969



mld ed al 2,5% (rispetto a 3,065 mld ed al 2,7% dell'anno precedente).

Il quadro è completato dai costi capitalizzati, anch'essi in leggero decremento rispetto al 2016 (1,813 mld rispetto a 1,859 mld).

In termini complessivi e sempre sulla base dei dati aggregati a livello nazionale, si è registrato nel comparto un disavanzo¹⁴³ di 0,280 mld, pari allo 0,2%. Anche in questo caso il dato non si discosta significativamente da quello relativo all'anno precedente (0,221 mld in termini assoluti, sempre pari allo 0,2% del totale).

Per una visione d'insieme, si riporta nella tabella 3, un raffronto dei dati relativi al finanziamento della spesa del SSN riferita all'ultimo biennio.

Finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Tabella 3

	composizione %	2016		procapite euro	2015	2014		2013
		anno preced.	%			anno preced.	%	
FINANZIAMENTO	100,0	1,6	1,908	117,191	160,0	1,9	1,9	
Finanziamento S.S.N.	6,9				7,0			
REGIONI e PP.AA.	115,042	100,0	1,857	116,538	180,0	1,923	1,923	
Irap e Addizionale Irpef	30,649	26,6	506	29,322	25,7	4,3	4,4	
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	63,786	55,4	1.051	65,458	11,7	2,6	1.080	
Riparto quota premiale	0,278			0,281				
Trasferimenti da Pubblici	11,101	9,6	183	12,248	10,5	10,5	202	
Ricavi e Entrate Proprie varie	3,065	2,7	51	2,969	2,5	-3,1		
FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,564	4,0	75	4,564	3,9	0,9	75	
Costi capitalizzati	1,859			1,813				
Rettifiche e utilizzi o fondi	(0,258)			(0,118)				
REGIONI e DEL SSN	0,653			0,653		0,0		
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato								
DISAVANZO	-0,221	0,2	-4	-0,180	0,2	26,8	-5	
Disavanzo a carico dello Stato		0,0			0,0			
Disavanzo a carico dello Stato coperto con contributi apposti								
Disavanzo a carico delle Regioni	-0,221			-0,280				

Fonte: MINISTERO DELLA SANITÀ

Nota: ove non diversamente indicato, i dati sono espressi in miliardi di euro

¹⁴³ Corrispondente alla somma algebrica degli avanzi e dei disavanzi delle singole Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

Dal confronto internazionale sulla serie storica 2000/2016 basato su dati Ocse¹⁴⁴, emerge che, a partire dal 2010, la quota pubblica della spesa italiana nel comparto ha fatto registrare costanti, seppur lievi, decrementi, mantenendosi sempre al di sotto della media EU-14¹⁴⁵, con un differenziale che nel 2016 ha superato i 4 punti percentuali. Nel complesso, a parte, come detto, l'Italia, dove il contributo pubblico alla spesa sanitaria presenta un *trend* in diminuzione e nel 2016 si è assestato al 75 per cento del totale, nei Paesi dell'Europa occidentale il valore è mediamente aumentato negli anni di crisi più pronunciata, mostrando una lieve flessione soltanto negli anni più recenti. A titolo esemplificativo, secondo la stessa fonte, la quota di copertura pubblica della spesa nel 2016 è stata pari al 78,8% in Francia ed al 79,2% nel Regno Unito. Spiccano positivamente Lussemburgo (83,0%), Svezia (83,9%), Danimarca (84,1%) e Germania (84,6%), mentre i valori più bassi si registrano per Grecia (59,3%), Portogallo (66,2%), Irlanda (70,2%) e Spagna (70,6%). Al contrario, tale quota è progressivamente diminuita nei Paesi dell'Europa orientale¹⁴⁶, con il valore più basso registrato in Lettonia (56,4%).

Il nostro Paese si colloca, con il 75 per cento, al di sotto dello *standard* dei Paesi dell'Europa occidentale – che, ricomprendendo anche il nostro valore nazionale (EU-15), presentano un valore medio della quota di partecipazione pubblica al comparto pari al 78,8 per cento – e si

¹⁴⁴ Cfr. 13° Rapporto sanità di C.R.E.A. Sanità, cit..

¹⁴⁵ Per EU-14 si intendono i Paesi dell'Europa occidentale, tradizionalmente intesi come quelli dell'Europa a 15 (cc.dd. EU-15, corrispondenti a Grecia, Portogallo, Irlanda, Spagna, Finlandia, Italia, Austria, Belgio, Francia, Regno Unito, Olanda, Lussemburgo, Svezia, Danimarca, Germania) tranne l'Italia.

¹⁴⁶ Per Paesi dell'Europa orientale si intendono Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Slovenia, Estonia, Slovacchia e Repubblica Ceca. Nelle analisi Ocse considerate nel contesto citato non sono ricompresi gli ulteriori Paesi membri dell'Unione europea, vale a dire Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania.



avvicina progressivamente a quelli dell'Europa orientale, per i quali l'incidenza è del 72,3%. Per inciso, sempre sul piano comparativo, la spesa sanitaria totale in Italia ha rappresentato nel 2016, l'8,9% del Pil, dato simile a quello della Spagna (9%), a fronte dell'11,3% della Germania e dell'11% di Svezia e Francia.

2. La spesa del Servizio sanitario nazionale nel 2017

Come anticipato in premessa, la spesa complessiva del Sistema sanitario nazionale ha gravato, nell'anno considerato, sulle risorse pubbliche per 117,472 mld di euro, con un'incidenza del 6,85% circa sul Pil¹⁴⁷, rispetto a 115,916 mld nel 2016 e a 114,578 nel 2015 (in entrambi i casi pari al 6,9% del Pil). Il dato, quindi, conferma una lieve crescita in valori assoluti, mantenendosi sostanzialmente stabile rispetto all'incidenza sul prodotto interno lordo, come del resto avvenuto anche negli anni immediatamente precedenti.

La spesa complessiva è, infatti, aumentata dell'1,34% rispetto all'anno precedente, confermando il *trend* già registrato nelle annualità pregresse (l'incremento era stato dello 0,28% nel 2015 e dell'1,17 nel 2016).

La voce che presenta la maggior incidenza percentuale è quella relativa all'acquisizione di beni e altri servizi¹⁴⁸, che “pesa” per il 34,9 per cento sul totale, attestandosi in 40,714 mld, con un incremento piuttosto significativo (del 3,8%) rispetto al 2016, allorché il dato risultava pari a 39,219 mld nel 2016, con un'incidenza sul totale del 34,0

¹⁴⁷ Secondo le rilevazioni Istat, il Pil a prezzi di mercato si è attestato nel 2017 in 1.716,238 mld di euro correnti, con una crescita dell'1,5 per cento rispetto all'anno precedente (in www4.istat.it/it/archivio/209813).

¹⁴⁸ Si tratta di un insieme composito, comprendente anche le manutenzioni, gli altri servizi sanitari e non, gli oneri per il godimento di beni di terzi e i servizi appaltati.



per cento. Al riguardo, si può osservare che il valore continua a presentare una tendenza in crescita, nonostante le misure adottate per la centralizzazione delle procedure di acquisto, ed in particolare la necessità di fare di ricorso a Consip S.p.A o agli altri soggetti aggregatori per determinate forniture¹⁴⁹.

Gli acquisti di beni, in particolare, rappresentano la voce più dinamica dell'aggregato di spesa, con una variazione superiore al 4 per cento. Le componenti più rilevanti risultano, a tal proposito, i prodotti farmaceutici, per i quali comunque si rileva un seppur lento processo di riduzione del tasso di crescita, e i dispositivi medici, per i quali viene confermata una tendenza in aumento. Tra le voci "minori" (in termini di pura spesa, ovviamente), merita di essere ricordata la dinamica della spesa per vaccini, che presenta, però, un incremento superiore al 34 per cento.

Al contrario, fa registrare una sostanziale stabilità, seppur con una lievissima diminuzione, nella misura dello 0,1 per cento sul totale, la spesa relativa al personale, che passa da 34,332 mld nel 2016 (29,8 per cento del totale) a 34,313 mld (corrispondente al 29,4 per cento) nel 2017, anche se, come si dirà, con andamenti non sempre uniformi nei diversi ambiti territoriali.

Sul risultato appaiono aver influito il blocco del *turn over* nelle Regioni in piano di rientro, le altre politiche di contenimento delle assunzioni anche nelle Regioni non in piano, gli automatismi relativi alla rideterminazione dei fondi per il trattamento accessorio del personale e lo slittamento al 2018 dei vincoli contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

Sostanzialmente stabile è la spesa per il personale sanitario, anche se

¹⁴⁹ È previsto che l'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) rilasci il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti, in modo da verificare il ricorso a Consip S.p.A. o agli altri soggetti aggregatori.



nel 2017 si è registrata una modestissima ripresa, giustificata, nella sua modestia, dall'attesa del rinnovo contrattuale, mentre si apprezza una lieve flessione del costo del personale amministrativo, compensata da una seppur limitata crescita di quello professionale e tecnico. L'aumento della spesa per il personale sanitario e tecnico è, ad ogni modo, concentrata nelle aree del Nord del Paese, soprattutto con riferimento alle Regioni a statuto speciale.

Anche il valore della medicina generale convenzionata (6,649 mld per il 5,7%), che cresce dello 0,2% rispetto all'anno precedente (6,633 mld), appare complessivamente e sostanzialmente stabile.

Sempre in crescita, con percentuali variabili dallo 0,5 (ospedaliera accreditata) al 2,9 per cento (altra assistenza convenzionata e accreditata), risultano le ulteriori voci aggregate che compongono le uscite pubbliche del comparto.

A conferma di un *trend* già manifestatosi nell'ultimo quadriennio, diminuisce, invece, in misura piuttosto significativa la spesa per la farmaceutica convenzionata, che fa registrare un meno 6,1% rispetto al 2016, passando da 8,1 a 7,605 mld. Si tratta del valore che presenta il più rilevante decremento in termini percentuali, anche se va segnalata una crescita della spesa per la farmaceutica ospedaliera, frutto di modifiche organizzative introdotte con la legge di bilancio per il 2017, che ha disposto una revisione dei meccanismi che regolano il sistema.

Continua a contrarsi la spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici, con una flessione nel 2017 di oltre il 5 per cento dei pagamenti. Tra il 2013 ed il 2017, il volume complessivo delle somme pagate a tale titolo si è ridotto in modo drastico, passando da poco più di 2,4 mld a circa 1,4 mld, con un calo di oltre il 42%. In particolare, si registrano difficoltà nel portare a



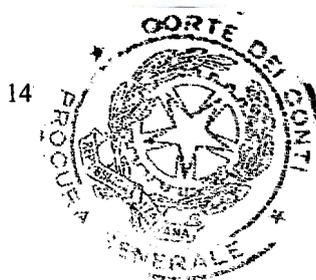
termine programmi di intervento previsti da specifiche leggi, che procedono con notevole lentezza. Significativo appare, al riguardo, il caso del programma di *adeguamento alla normativa antincendio*, previsto dalla legge n. 189 del 2012, in relazione al quale risultano ammessi al finanziamento a fine 2017 solo 16,5 milioni di euro (per interventi localizzati in Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna), a fronte dei 90 complessivamente ripartiti tra le Regioni con deliberazione CIPB n. 16 del 2013.

Analogamente, forti ritardi sono stati accumulati nella fase di attuazione del Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dei grandi centri urbani, di cui alla legge n. 448 del 1998: a quasi vent'anni dall'avvio del programma, che prevedeva investimenti per 1,2 mld, risulta sinora utilizzato dalle Regioni solo il 72,7% dei fondi (855 milioni, di cui 39,2 nel 2017).

Sul piano generale, la riduzione interessa tutti i settori, ad eccezione di automezzi (+6,6%) e arredi (+15,4%). Gli acquisti di attrezzature diminuiscono dell'1,5%, mentre è più vistoso il decremento relativo a impianti e macchinari (-27,1%, con un calo complessivo rispetto al 2013 pari al 47%).

A questa situazione complessiva si accompagna inevitabilmente la conferma di un significativo tasso di obsolescenza delle tecnologie a disposizione delle strutture. Secondo dati del Ministero della Salute, nonostante un lieve miglioramento nel 2016, circa un terzo delle apparecchiature è operativo da più di dieci anni. Questo, naturalmente, incide sui tempi di indisponibilità delle strumentazioni per l'aumento dei guasti e, conseguentemente, sulle spese di manutenzione.

Inoltre, la *distribuzione* degli investimenti e delle tecnologie presenta uno scenario piuttosto disomogeneo sul territorio nazionale, con accentuate



criticità in ordine alla tempestiva attuazione degli Accordi di Programma tra Stato e Regioni¹⁵⁰.

Sotto questo angolo di visuale va osservato il mutato scenario delle problematiche connesse alla realizzazione degli investimenti da parte degli enti del SSN che, a differenza di quanto avveniva negli anni '80, trovano (o possono trovare) la soluzione alle loro esigenze di provvista finanziaria nell'autofinanziamento o nei finanziamenti straordinari ex art. 20 della legge n. 67/1988.

In disparte gli investimenti realizzati con forme diverse (ad es. il *project financing* o con apporti finanziari di privati, ad es. donazioni o altro) il D.Lgs n. 118/2011 ha previsto una diversa forma di contabilizzazione dei contributi destinati a tale fine (rettifica dei contributi correnti in conto esercizio con possibile destinazione ad investimento) ma che, a partire dal 2016, ha consentito, da un lato e allo scopo di rendere evidente l'onere complessivo dell'investimento, di stornare il contributo in c/esercizio a conto capitale ma ha imposto di ammortizzare al 100% il cespite acquistato con contributo in c/esercizio nell'esercizio di acquisizione del bene. La conseguenza possibile, alla luce della ristrettezza temporale di ammortamento, è un paventato disincentivo all'investimento che si vuole evitare attraverso il ricorso agli "Accordi di Programma" tra Stato e regioni.

La tabella che si riporta evidenzia, però, da un lato, la diversa capacità di spesa delle regioni rispetto agli Accordi di Programma ma anche, dall'altro, la differente utilizzazione delle risorse, specie nel centro-sud.

Al contrario, al centro-nord, molte regioni, non avendo ottenuto il

¹⁵⁰ Per un'analisi, nel dettaglio, del programma pluriennale di investimenti, si fa rinvio alla Deliberazione n. 4/2018/G, del 9 marzo 2018, della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti.

rifinanziamento del programma pluriennale degli investimenti ex art. 20 legge cit., non hanno potuto evitare il ricorso al finanziamento di parte corrente.

Regione	Fondo di cui all'art. 20 Legge n. 30 del 28.2.1999		Accordi di Programma sottoscritti al 31.12.2003		Accordi di Programma sottoscritti al 31.12.2003		Numero interventi ammessi a finanziamento
	Risorse destinate ad Accordi di Programma	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31.12.2003	Finanziamento a carico del Programma di riferimento	Incidenza % Risorse residue su risorse Accordi di programma	Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti	Incidenza % Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti	
	a	b	c=a-b	d=c/a	e	f=e/b	g
Piemonte	1.049.050.971	671.405.557	377.645.414	36,00%	669.987.454	99,79%	151
Valle d'Aosta	43.750.727	43.750.727	0	0,00%	43.750.727	100,00%	8
Lombardia	2.072.650.894	2.072.650.176	714	0,00%	1.895.847.477	91,47%	207
P.A. di Bolzano	115.118.394	115.118.394	0	0,00%	67.688.907	58,80%	7
P.A. di Trento	120.681.235	63.494.438	57.186.797	22,53%	93.494.438	100,00%	11
Veneto	1.036.274.368	1.036.274.367	1	0,00%	702.161.795	93,62%	236
Friuli V.G.	291.309.045	291.309.045	0	0,00%	240.080.144	82,41%	7
Liguria	493.575.789	493.575.789	0	0,00%	424.475.332	86,00%	225
Emilia Romagna	947.129.467	947.129.467	0	0,00%	892.187.417	93,99%	254
Toscana	877.519.531	877.519.531	0	0,00%	811.218.170	92,44%	135
Umbria	138.243.376	138.243.376	0	0,00%	107.674.577	77,89%	36
Marche	325.518.745	325.190.233	328.512	0,00%	325.190.233	100,00%	119
Lazio	1.227.197.342	915.144.998	312.052.344	25,43%	663.925.629	72,55%	196
Abruzzo	359.625.126	131.106.370	228.522.756	63,55%	130.649.844	99,60%	54
Molise	127.704.611	27.400.392	100.304.219	78,54%	27.400.392	100,00%	10
Campania	1.721.752.227	535.492.000	1.186.260.227	68,90%	535.492.000	100,00%	45
Puglia	1.204.430.339	640.229.425	564.220.915	46,84%	640.229.425	100,00%	126
Basilicata	203.662.955	203.662.955	0	0,00%	174.008.579	85,44%	31
Calabria	608.640.240	350.145.425	258.494.815	42,47%	319.502.916	96,99%	26
Sicilia	1.774.479.077	971.302.748	803.130.325	45,26%	971.302.748	100,00%	215
Sardegna	547.671.941	303.792.696	243.879.245	44,53%	303.657.959	99,96%	199
ITALIA	15.285.958.368	11.183.932.109	4.102.026.259	26,84%	10.326.017.620	92,33%	2.374

La qual cosa, se ha consentito alle stesse regioni di essere più "libere" rispetto alle regole di finanziamento di cui al citato art. 20, dall'altro ha avuto l'effetto di drenare risorse agli scopi assistenziali, con il rischio di una possibile maggiore difficoltà di erogazione dei LEA.

La consapevolezza di quanto precede, in una con la finalità di garantire un adeguamento e ammodernamento del parco tecnologico degli



enti del SSN, conduce alla riflessione sulla necessità di un ripensamento del sistema di finanziamento degli investimenti e delle regole contabili, anche attraverso eventuali, specifici interventi normativi che tengano conto della mutata cornice legislativa (D.M. n. 70/2015, DPCM 12.1.2017 e, da ultimo, la c.d. legge Gelli-Bianco, legge n. 24/2017) e dello sforzo di riassetto economico degli stessi enti del SSN, in essere da vari anni.

In ogni caso, nel 2017 è, poi, proseguito il potenziamento delle basi informative sanitarie, che rappresentano un elemento fondamentale ai fini del monitoraggio e del controllo della spesa e della misurazione del servizio reso ai cittadini.

La tabella 4. riporta una sintesi per macroaggregati dell'andamento della spesa complessiva del Servizio sanitario nazionale nell'ultimo biennio.

Tabella 4	composizione	2016		procapite euro	2017		procapite euro	
		anno preced.	%		anno preced.	%		
SPE SA (1)	117.916	100,0	1,17	1.917	117.472	100,0	1,34	1.939
REGIONI e PP-AA	116.523	6,9	1,7	27.719	1.680.523	7,0	0,0	27.719
PERSONALE	34.332	29,3	-0,3	566	34.316	29,4	-0,1	566
Beni e altri Servizi	39.219	34,0	3,5	647	40.714	34,9	1,0	647
Medicina Generale convenzionata	6.655	5,8	0,2	109	6.649	5,7	-0,1	109
Farmacologica convenzionata	8.100	7,0	-1,6	134	7.605	6,5	-4,1	126
Specialistica convenzionata e accreditata	4.622	4,0	1,5	76	4.712	4,0	1,0	78
Riabilitazione accreditata	1.743	1,5	0,3	29	1.777	1,5	0,0	29
Urgenza e Pronto Soccorso convenzionati e accreditati	1.915	1,7	1,9	32	1.919	1,7	0,0	32
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	7.934	6,9	3,3	131	8.166	7,0	2,9	135
Ospedalità accreditata	8.697	7,5	4,7	143	8.737	7,5	0,5	144
Saldo gestione straordinaria	-0,471				-0,235			
Saldo istruttoria	-0,226				-0,227			
Saldo svalutazioni e rivalutazioni	0,133				0,098			
Saldo mobilità internazionale	0,015				0,014			
Mobilità verso B. Gestiti	0,192		-6,3		0,192		-0,2	
Mobilità verso SSN	0,037		4,7		0,049			
Ammortamenti	2.394				2.336			
ALTRI ENTI DEL SSN (2)	0,653				0,653		0,0	
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato								

Nota: ove non diversamente indicato, i dati sono riportati in miliardi di euro.

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE: dati del contabile NSIS, tranne per il 2017 anno in cui è stato preso in considerazione il IV trimestre. Per il 2017 il dato è stato rivisitato al 21 novembre 2017, mentre per il 2016 e il 2017 l'ultimo aggiornamento risale rispettivamente al 4.04.2018 e al 10.04.2018.

Per il calcolo del procapite relativo all'anno 2011 e all'anno 2012 è stata presa come riferimento rispettivamente la popolazione al 31 dicembre 2011, al 1 gennaio 2012 e al 1 gennaio 2013. 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 ultimi due anni risulta la medesima.

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

(1) Per Spesa del SSN si intende la somma di quanto pagato dalle Regioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi fissati per accertamenti e Costi di Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'istruttoria.

A partire dall'anno 2011 sono stati sottratti dalla 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 di attuazione del federalismo fiscale.

Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del nuovo regolamento contabile, i costi 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.

Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai movimenti, in termini di saldo tra attività e passività.

(2) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-normati), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituto Zooprofilattico Sperimentali (finanziamento corrente), Centro Nazionale Tropicani, 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 ed erogazioni ai pubblici dipendenti.



3. L'articolazione della spesa a livello regionale

Pur registrandosi tendenze in miglioramento in diversi settori, permangono in taluni casi limiti già riscontrati in passato, avuto anche riguardo ai bisogni crescenti che derivano da cronicità e non autosufficienza. In ogni caso, sul piano generale, tutte le Regioni fanno registrare un sostanziale equilibrio finanziario, tenuto conto anche delle entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria.

Si confermano, altresì, talune criticità con riferimento alle Regioni tuttora in piano di rientro¹⁵¹, in ragione del mancato completamento delle procedure di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni per il servizio sanitario, come pure di ritardi nella definizione del *budget* e nell'effettuazione dei pagamenti ai fornitori rispetto ai termini previsti dal dPCM 22 settembre 2014. In taluni casi, anche a causa di contenziosi insorti con i fornitori di beni e servizi, si sono verificate anche difficoltà nel perfezionamento del processo di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati.

Permangono, sul piano generale, differenziali nella qualità e nella disponibilità dei servizi tra le Regioni del Nord e quelle del Sud.

Il dato è indirettamente confermato dall'incidenza crescente della mobilità sanitaria. In particolare, è in aumento la mobilità passiva extra-regionale, misurata dall'incidenza dei ricoveri fuori regione dei residenti rispetto al totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario (il valore raggiunge l'8 per cento nel 2015 e l'8,2 nel 2016).

Anche in questo caso il dato non è omogeneo sul territorio. Nelle Regioni non in piano di rientro la mobilità passiva è generalmente

¹⁵¹ Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia.



accompagnata da un significativo tasso di mobilità attiva, mentre il saldo resta negativo nelle Regioni in piano. Spicca in questo senso il valore della Calabria, con una mobilità passiva del 21,3 per cento nel 2016, a fronte di una mobilità attiva del 2,5 per cento. In Campania il dato si attesta su 8,9 per cento per la mobilità passiva e a 2,8 per quella attiva; nel Lazio il flusso di pazienti in uscita (9,3 per cento) non compensa quello in entrata (8 per cento), anche se il saldo negativo è meno evidente. La Sicilia evidenzia, a sua volta, un saldo negativo, con una mobilità passiva del 7,1 per cento solo parzialmente compensata da quella attiva, nella misura dell'1,8 per cento,

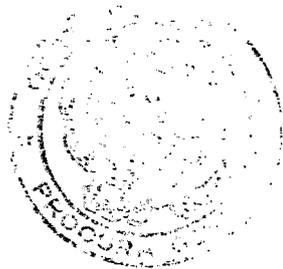
Peculiare appare il caso del Molise, che fa registrare una mobilità passiva del 26,6 per cento ed una attiva del 27,8 per cento, verosimilmente in ragione della presenza sul territorio di una struttura privata convenzionata particolarmente importante.

Quali poli di attrazione per i cittadini che decidono di ricevere le cure in aree diverse da quelle di residenza spiccano Lombardia e Veneto al Nord, Emilia Romagna, Toscana e Umbria al Centro.

* * *

L'analisi dei dati relativi alla spesa sanitaria disaggregati per Regione conferma, nella sostanza, il *trend* di seppur lieve crescita complessiva già registrato negli anni più recenti, con l'unica eccezione del 2013, che aveva fatto registrare un decremento complessivo dello 0,7 per cento, frutto di risparmi che, seppur con alcuni distinguo, avevano interessato la quasi totalità del territorio nazionale.

Il 2017 ha fatto segnare un incremento complessivo medio dello 0,9 per cento rispetto all'anno precedente. L'ente territoriale che ha fatto



registrare il più significativo aumento della spesa è stata la Provincia autonoma di Trento (+3,7 per cento). Seguono l'Umbria (+2,7 per cento), il Veneto e la Provincia autonoma di Bolzano (entrambi al +2,6 per cento), la Lombardia (+2,1 per cento), le Marche (+1,9 per cento), il Friuli Venezia Giulia (+1,3 per cento) e l'Emilia Romagna (+1,2 per cento). Negli altri casi i valori sono sostanzialmente stabili o presentano incrementi attestati sotto il punto percentuale. Al contrario, hanno conseguito risparmi rispetto al 2016 il Molise (-3,9 per cento), la Sardegna (-2,9 per cento), l'Abruzzo (-1,5 per cento), la Calabria (-0,5 per cento) ed il Lazio (quest'ultimo pressoché stabile con -0,2 per cento).

In valori assoluti, la Lombardia continua a vantare il primato del maggior volume di assistenza sanitaria in termini finanziari, seguita con notevole "distacco", come già era accaduto nel precedente esercizio, da Lazio, Campania, Veneto, Emilia Romagna, Sicilia e Piemonte.

Non del tutto omogeneo si manifesta il dato relativo alla spesa *pro capite*, che presenta un picco positivo per la Province autonome di Bolzano e Trento, rispettivamente per 2.430 euro e 2.329 euro, ed uno negativo di 1.808 euro per la Calabria. A conferma di una situazione territorialmente disomogenea nel settore, i valori più elevati si concentrano nel Nord del Paese. Nelle aree meridionali, al contrario, il dato tende a stabilizzarsi al di sotto della media (che è di 1.957 euro), con l'unica eccezione del Molise, che sostiene un onere pari a 2.142 euro per ogni cittadino. Per la parte insulare, la Sicilia fa registrare il secondo valore più basso a livello nazionale (1.821 euro), mentre la Sardegna si attesta su 2.036 euro *pro capite*.

Un dato di sintesi è riportato nella tabella 5, che pone a raffronto i



valori riferiti all'ultimo biennio e le relative variazioni percentuali.

Spesa del S.S.N. per Regione (dati in milioni di euro)

Tabella 5

	2016		2017			
		Anno precedente + / -%	Procapite euro	Anno precedente		Procapite euro
				+ / -%	Procapite euro	
Piemonte	8.559,189	1,4	1.943	8.608,584	0,6	1.960
Valle D'Aosta	270,602	-1,7	2.125	271,298	0,3	2.138
Lombardia	19.699,899	-0,5	1.968	20.105,184	2,1	2.007
PA Bolzano	1.241,778	1,8	2.384	1.273,849	2,6	2.430
PA Trento	1.209,624	0,2	2.247	1.254,593	3,7	2.329
Veneto	9.435,557	1,7	1.920	9.683,644	2,6	1.973
Friuli V.G.	2.489,660	0,9	2.039	2.522,052	1,3	2.071
Liguria	3.298,538	0,3	2.100	3.324,274	0,8	2.124
Emilia Romagna	9.320,020	0,6	2.095	9.431,317	1,2	2.120
Toscana	7.744,640	1,2	2.068	7.783,338	0,5	2.080
Umbria	1.744,716	2,0	1.958	1.792,338	2,7	2.016
Marche	2.919,497	1,5	1.891	2.976,274	1,9	1.935
Lazio	11.351,813	0,3	1.928	11.328,247	-0,2	1.921
Abruzzo	2.568,068	2,8	1.936	2.528,619	-1,5	1.912
Molise	691,749	3,8	2.217	665,053	-3,9	2.142
Campania	10.319,662	1,7	1.764	10.338,044	0,2	1.770
Puglia	7.446,481	1,8	1.826	7.482,009	0,5	1.841
Basilicata	1.071,056	-0,6	1.867	1.077,379	0,6	1.889
Calabria	3.571,489	2,7	1.812	3.553,827	-0,5	1.808
Sicilia	9.133,436	2,2	1.800	9.208,415	0,8	1.821
Sardegna	3.465,786	2,5	2.090	3.366,223	-2,9	2.036
Totale	117.553,262	1,1	1.938	118.574,562	0,9	1.957

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE

Con riferimento alle più significative componenti, la spesa per il *personale* è ammontata complessivamente a 3,313 mld di euro circa. L'analisi dei dati riferiti ai singoli enti territoriali conferma anche in questo caso il valore più elevato con riferimento alla Lombardia con 4,962 mld, sostanzialmente stabile rispetto al 2016 (-0,1%); a seguire, si collocano

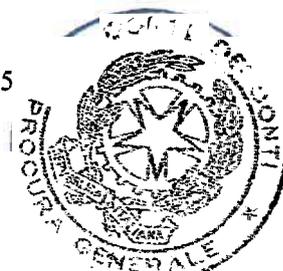


l'Emilia Romagna con 2,983 mld (+0,7% rispetto all'anno precedente), il Piemonte con 2,768 mld (-0,3% sul 2016), la Sicilia con 2,759 mld (stabile, con -0,1% sull'anno precedente), il Veneto con 2,727 mld (-0,3% rispetto al 2016), il Lazio con 2,621 mld (-1,5% rispetto al precedente esercizio), la Campania con 2,584 mld (-0,9% rispetto al 2016), la Toscana con 2,518 mld (-0,2% sul 2016), la Puglia con 2,0 mld (+0,6% sempre rispetto al 2016). A parte quest'ultima Regione e l'Emilia Romagna, quindi, tutte le realtà territoriali che presentano i valori assoluti più elevati hanno conseguito un seppur lieve contenimento degli oneri relativi al personale del comparto. Si evidenziano, per un apprezzabile contenimento della spesa, il Molise (-3,4%), la Basilicata (-1,7%), la Valle d'Aosta (-1,6%) ed il Lazio (-1,5%). Al contrario, si registra un significativo incremento del differenziale rispetto al 2016 da parte, in particolare, delle Province autonome di Trento (+4,1%) e di Bolzano (+3,5%).

Valutando la grandezza in connessione con la popolazione residente nelle diverse aree geografiche¹⁵², emerge che la distribuzione dell'incidenza del costo del personale per singolo cittadino presenta variazioni alquanto rilevanti. A titolo esemplificativo, in Lombardia, a fronte di 10.019.166 residenti, l'incidenza delle spese del personale della sanità è pari a 0,495 euro per cittadino (dati analoghi per Lazio con 5.898.124 residenti e 0,444 euro; Campania con 5.839.084 con 0,442 euro *pro capite*), mentre nella Provincia autonoma di Bolzano, con 524.256 residenti, lo stesso dato si attesta su 1,144 euro¹⁵³ ed è pari a 0,819 euro per la Provincia autonoma di

¹⁵² In proposito si rinvia ai dati Istat della popolazione residente al 1° gennaio 2017, in http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1#

¹⁵³ Come si è appena ricordato, peraltro, il costo del personale della Provincia autonoma di Bolzano è fra i pochi che presentano un significativo incremento rispetto al 2016.



Trento, che vanta 538.604 residenti (vicino a quello della Valle d'Aosta, con 0,885 euro per 126.883 residenti). Su valori intermedi si attestano, sempre a titolo indicativo, la Sicilia (0,544 euro per 5.056.641 abitanti) e la Calabria (0,573 euro per 1.965.128 abitanti).

In definitiva, quindi, il dato relativo alla spesa del personale, riepilogato nella tabella seguente, presenta una distribuzione territoriale piuttosto eterogenea, soprattutto se comparato al dato numerico della popolazione residente.

spesa del S.S.N. del personale per Regione per l'anno 2017 a confronto con il 2016 (migliaia di euro)

Tabella 5	2016	2017	%
PIEMONTE	2.776.512	2.704.282	97,43
V. AOSTA	112.284	112.284	100,00
LOMBARDIA	4.961.977	4.961.977	100,00
PA. BOLZANO	559.716	559.716	100,00
PA. TRENTO	441.343	441.343	100,00
VENETO	2.775.752	2.775.752	100,00
FRIULI	925.064	925.064	100,00
LIGURIA	1.078.567	1.078.567	100,00
E. ROMAGNA	2.982.572	2.982.572	100,00
TOSCANA	2.517.542	2.517.542	100,00
UMBRIA	613.938	613.938	100,00
MARCHE	1.005.050	1.005.050	100,00
LAZIO	2.621.337	2.621.337	100,00
ABRUZZO	753.738	753.738	100,00
MOLISE	175.319	175.319	100,00
CAMPANIA	2.583.567	2.583.567	100,00
PUGLIA	2.000.139	2.000.139	100,00
BASILICATA	369.168	369.168	100,00
CALABRIA	1.126.450	1.126.450	100,00
SICILIA	2.759.033	2.759.033	100,00
SARDEGNA	1.139.921	1.139.921	100,00
TOTALE	34.312.709	34.312.709	100,00

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE



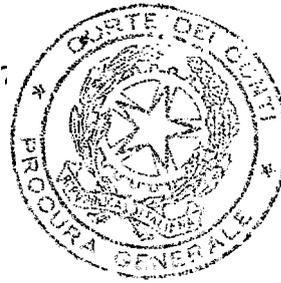
A fronte di una spesa complessiva di 78,667 mld euro per l'assistenza erogata da enti a gestione diretta, a livello regionale l'acquisto di beni costituisce complessivamente la seconda voce più elevata di spesa dopo il personale, facendo registrare un totale di 18,742 mld, in crescita sull'anno precedente.

Considerando la distribuzione territoriale dell'aggregato, i maggiori oneri in termini assoluti sono stati sostenuti dalle Regioni più grandi, quali Lombardia, Campania, Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia. In termini di variazioni percentuali rispetto al 2016, il dato continua a far registrare aumenti diffusi della spesa, in particolare in Friuli Venezia Giulia (+7,9%), Basilicata (+6,8%), Puglia (+6,7%) e Veneto (+6,2%, al pari della Provincia autonoma di Trento). Aumenti significativi si evidenziano anche per Lazio (+5,1%), Marche (+4,9%), Emilia Romagna (+4,7%), Calabria (+4,4%), Sicilia (+4,3%), Lombardia (+4,2%), Provincia autonoma di Bolzano (+3,9%), Liguria (+3,5%), Campania (+3,4%) e Piemonte (+3,3%).

spesa del S.S.N. acquisto beni per Regione peranno 2017 a confronto con il 2016 (migliaia di euro)

Tabella 7	2016	2017	%
3	1.175.838	1.421.303	3,3
	36.468	36.892	1,2
	2.459.691	2.663.516	4,22
	170.983	177.005	3,91
	153.758	163.294	6,20
	1.392.088	1.478.749	6,23
	436.314	470.752	7,89
	516.703	534.781	3,50
	1.396.784	1.462.025	4,67
	1.403.502	1.436.416	2,37
	334.684	344.813	3,03
	546.491	573.418	4,93
	1.551.495	1.634.141	5,33
	444.732	457.035	2,77
	96.152	97.520	1,42
	1.655.319	1.712.236	3,44
	1.327.875	1.416.879	6,70
	183.889	196.304	6,75
	564.290	588.974	4,37
	1.321.913	1.379.329	4,34
	595.04	600.094	0,85
	17.963.973	18.746.146	4,37

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE



La spesa delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano per l'assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati è stata complessivamente pari nel 2017 a 39,506 mld di euro.

In questo contesto, sono stati sostenuti per la *medicina generale convenzionata* oneri complessivi per 6,649 mld, con un lieve incremento dello 0,2 per cento rispetto ai 6,633 mld dell'anno precedente e con una ripartizione in termini assoluti che sostanzialmente ricalca quella già esaminata con riferimento alle altre voci sin qui considerate.

Nella maggior parte del territorio la spesa è risultata sostanzialmente in linea con quella dell'anno precedente, con lievissime variazioni in aumento o in diminuzione.

Fa eccezione, anche per la medicina di base, la Provincia autonoma di Bolzano, con un differenziale del +11,6%, mentre la spesa è apprezzabilmente diminuita in Basilicata (-3,5%) ed in Friuli Venezia Giulia (-2,9%).

La spesa per la *farmaceutica convenzionata* è stata pari a 7,605 mld, confermando un *trend* in diminuzione già evidenziatosi in maniera netta nei precedenti esercizi. A tal proposito, può essere ricordato che il valore era stato pari a 8,390 mld nel 2014 (con una variazione di -2,6 per cento sull'anno precedente); 8,235 mld nel 2015 (-1,8 sul 2014); 8,100 mld nel 2016 (ancora con un decremento dell'1,6% sull'anno precedente).

In questa funzione tutti gli enti territoriali hanno conseguito risparmi, con l'unica eccezione della Provincia autonoma di Trento (+6,1%).

Per converso, i contenimenti più significativi hanno riguardato la Sardegna (-9,6%), la Puglia (-9,5%), la Liguria (-8,4%), le Marche (-8,0%), la Sicilia (-7,8%), l'Emilia Romagna (-7,5%), il Piemonte (-7,0%). Fra le altre Regioni di maggiori dimensioni si ricordano anche la Lombardia (-3,8%), il



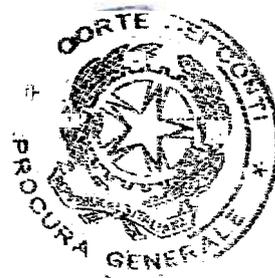
Lazio (-5,3%), la Campania (-6,7%), la Toscana (-6,4%), il Veneto (-4,8%), la Calabria (-5,9%).

Il dato appare positivamente rimarchevole, considerato che la spesa farmaceutica rappresenta un elemento essenziale nell'opera di generale contenimento dei costi del comparto.

Come è evidente nella tabella che segue, l'impatto della spesa farmaceutica dimostra una sostanziale spaccatura tra regioni settentrionali e regioni meridionali. Nelle prime, il dato evidenzia come il dato non si presenta come particolarmente incidente, attestandosi su valori piuttosto modesti, o comunque, accettabili, variando tra gli 88,10 euro della Provincia Autonoma di Bolzano, ai 110,57 euro del Veneto, ai 111,57 euro dell'Emilia Romagna. Questo, in evidente contrasto con il carico sopportato dai residenti delle regioni del Centro-sud, ove il concorso dei singoli si attesta intorno ai 174,65 euro dell'Abruzzo, ai 165,91 euro della Sardegna, ai 155,53 euro della Calabria, ai 151,17 euro della Puglia.

La fotografia è quella di un evidente diverso carico della spesa in capo alle famiglie.

Regione	Rapporto spesa farmaceutica per abitante		
	Spesa sanitaria	Abitanti	Spesa pro capite
Piemonte	582.954.000,00	4.392.526	132,74
Vallée d'Aosta	16.584.000,00	126.883	130,70
Lombardia	1.307.143.000,00	10.019.166	130,34
P. A. Bolzano	46.189.000,00	524.256	88,10
P. A. Trento	61.878.000,00	538.604	115,89
Veneto	542.602.000,00	4.907.529	110,57
Friuli V. G.	181.216.000,00	1.217.872	148,80
Liguria	209.252.000,00	1.665.307	125,68
Emilia Romagna	496.474.000,00	4.448.841	111,60
Toscana	450.080.000,00	3.742.437	120,28
Umbria	127.291.000,00	888.908	143,20
Marche	233.745.000,00	1.538.055	152,07
Lazio	887.261.000,00	3.898.124	130,13
Abruzzo	230.918.000,00	1.322.247	174,63
Molise	45.886.000,00	310.449	147,81
Campania	562.405.000,00	5.839.084	117,70
Puglia	614.347.000,00	4.063.888	151,17
Basilicata	81.483.000,00	570.365	142,86
Calabria	305.627.000,00	1.965.128	155,53
Sicilia	677.091.000,00	5.056.641	133,90
Sardegna	274.261.000,00	1.653.135	165,91



Un'ulteriore voce che contribuisce in misura significativa ai costi della sanità è tradizionalmente costituita dalla *spesa ospedaliera accreditata*, che nell'anno appena concluso ha fatto registrare uscite per complessivi 8,737 mld di euro, con un lieve incremento, nella misura dello 0,5%, rispetto all'anno precedente, allorquando era stata pari a 8,697 mld.

Il dato è piuttosto omogeneo sul territorio e i principali scostamenti hanno riguardato l'Umbria (+8,6 per cento), il Molise (+6,7%), la Basilicata (+3,7%) e le Marche (+2,9%); per converso, il dato più "virtuoso" è ascrivibile alla Puglia (-2,0%).

Con riferimento alla *specialistica convenzionata e accreditata*, si è passati da 4,622 mld nel 2016 a 4,712 mld nel 2017, con un incremento del 2,0 per cento complessivo.

Percentualmente, gli scostamenti più rilevanti rispetto al precedente esercizio hanno interessato la Provincia autonoma di Trento (+8,7), la Valle d'Aosta (+7,6), la Basilicata (+5,7), l'Emilia Romagna (+5,3), l'Umbria (+4,9), il Piemonte e la Puglia (entrambe +4,3), la Toscana (+4,1), la Sicilia (+3,5), le Marche (+3,4) ed il Veneto (+3,3); al contrario, emerge il dato della Calabria, che ha fatto registrare un -9,9% rispetto al 2016.

Un'ulteriore funzione da considerare nel medesimo contesto è quello della *riabilitativa accreditata*, per la quale la spesa del 2017 si è attestata in 1,777 mld, pressoché stabile rispetto agli oneri dell'anno precedente, che sono risultati pari a 1,743 (+2,0 per cento sul dato aggregato).

Considerata la peculiarità della funzione e trattandosi di valori



assoluti complessivamente meno elevati, le variazioni percentuali sono state in questo caso più significative rispetto al 2016, soprattutto nelle realtà geografiche meno estese. Si passa, così, dal +13 dell'Umbria, +12,8 delle Marche, +12,4 dell'Emilia Romagna, al -31,9 della Provincia autonoma di Bolzano (valore però, in assoluto, molto modesto).

Anche la funzione cosiddetta *integrativa e protesica convenzionata e accreditata*, con una spesa aggregata di 1,919 mld, è rimasta assai prossima a quella del precedente esercizio (+0,3 per cento aggregato). In questo caso, però, gli scostamenti per area territoriale sono stati più omogenei. Si segnalano, per le più significative variazioni in aumento percentuale, la Valle d'Aosta (+3,4), il Molise (+3,3), il Friuli Venezia Giulia (+3,2) e le Marche (+3,0); in diminuzione, invece, il dato di Emilia Romagna (-6,1), Puglia (-4,5), Sardegna (-4,2) e Veneto (-3,0).

Più rilevante, nel complesso, è risultato anche nel 2017 il macroaggregato *altra assistenza convenzionata e accreditata*, che ha comportato una spesa pari a 8,166 mld. Si tratta, in estrema sintesi, di prestazioni diverse da quelle assistenziali comunemente intese e destinate a categorie sociali più deboli, quali anziani, disabili, tossicodipendenti, alcolisti, ecc..

Il dato presenta un andamento costantemente in crescita e, negli ultimi anni, ha fatto registrare incrementi percentuali costanti (+3,5 nel 2014; +4,5 nel 2015; +3,3, nel 2016 e, da ultimo, +2,9 nel 2017), quale conseguenza correlata, tra l'altro, al prolungamento della vita media della popolazione.

La Lombardia presenta anche in questo caso il valore assoluto



decisamente più elevato, con 2,1 mld, peraltro in crescita del 3,4 per cento rispetto al 2016, anche se in termini percentuali le variazioni più significative sono fatte segnare da Molise (+9,9), Provincia autonoma di Bolzano (+9,0), Friuli Venezia Giulia (+7,1), Marche (+6,9), Umbria (+6,4), Calabria (+5,7), Abruzzo e Sicilia (entrambe +5,3) e Campania (+4,2).

In valori assoluti seguono sulla specifica voce di spesa l'Emilia Romagna (863,5 milioni), il Veneto (859 milioni) ed il Lazio (780,8 milioni).

Un dato che, sempre su base regionale, merita di essere evidenziato riguarda la compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie mediante i *ticket*, che riguardano essenzialmente la *specialistica ambulatoriale* ed il *pronto soccorso*.

Con riferimento alla prima voce, su un totale su base nazionale di 1,279 mld, i valori più elevati si registrano in Lombardia (207,7 milioni), Veneto (156,6 milioni), Emilia Romagna (150,1 milioni), Toscana (130,4 milioni), Piemonte (110,9 milioni) e Lazio (102,9 milioni). Notevolmente più basso appare il dato di altre Regioni di rilevanti dimensioni, quali la Campania (55,6 milioni) e la Sicilia (43,4 milioni).

In relazione alle prestazioni di pronto soccorso il dato appare di un certo interesse, in quanto non in linea con i valori assoluti riscontrati in relazione alle diverse voci di spesa sin qui analizzate. Nel complessivo importo di €. 42.769 migliaia di euro, al primo posto si colloca, infatti, il Veneto con 13,3 milioni, seguito a notevole distanza da Emilia Romagna (7,5 milioni), Lombardia (5,3 milioni), Puglia (3,5 milioni) e Toscana (3,1 milioni). Notevolmente più bassi, come si



evince dalla tabella riepilogativa riportata di seguito, i dati relativi ad altre grandi Regioni, quali Lazio, Campania e Sicilia.

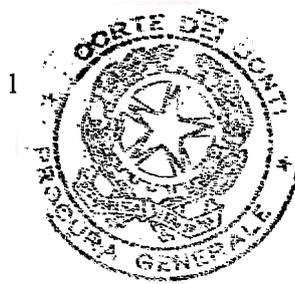
COMPARAZIONE ALLA SPESA PER LE PRESTAZIONI (MIGLIAIA DI EURO)

Regione	2017			2016			2016/2017
	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket - Altro	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket - Altro	
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	
Piemonte				111.	11.573	571	
Valle D'Aosta	5.911			4	5.812	142	
Lombardia	227.717			213.	223.455	5.034	
P.A. Piemonte	17.630			19.	6.919	1.392	
P.A. Trentino	17.850	1.410	0	21.	17.819	471	
Veneto	165.389	10.327	0	173.1	155.951	7.327	
Friuli V.G.	37.791	424	0	42.	39.434	471	
Ugona	42.269	247		42.	41.697	597	
Emilia Romagna	151.355	7.411		157.	149.354	8.755	
Toscana	100.444	1.010	10	134	30.773	1.034	
Umbria	27.162	391		27.	26.791	481	
Marche	53.144	20		33.151	40.342	146	
Lazio	112.575	110		103.1	12.743	215	
Abruzzo	42.810	714		33.32	39.747	1.599	
Molise	4.500	15		4.51	4.280	71	
Campania	35.644	340		55.	10.722	339	
Puglia	42.919	3.491		45.51	43.374	1.741	
Basilicata	10.648	20		10.	10.455	19	
Calabria	23.824	1.961		25.	33.454	419	
Sardegna	43.337	231		43.64	42.804	219	
Sicilia	21.152	300		22.151	25.537	355	
Totale	1.279.229	42.769	14.11	1.136.	1.293.10	42.8	2.553

Fonte: ISTAT - ISTAT - ISTAT

4. Considerazioni conclusive.

Le riflessioni di questa Procura Generale, che hanno accompagnato l'analisi del bilancio 2016, improntate ad un cauto ottimismo nell'ottica di un generalizzato riequilibrio, possono trovare una loro sostanziale conferma nello scrutinio del bilancio 2017, anche se appare doveroso



sottolineare come perdurino alcune situazioni di squilibrio nel Paese, persistendo, negli anni, fattori di squilibrio per macro aree territoriali che rischiano di diventare fattori caratteristici di divario tra le stesse e mostrando, in taluni ambiti, una sorta di possibile, incolmabile divario tra nord e sud.

In disparte l'incidenza, nella spesa pubblica complessiva, rappresentata dai risarcimenti per *malpractice* sanitaria, essendo gli stessi a carico delle singole Aziende regionali, deve dirsi che, pur nel lieve incremento delle risorse pubbliche destinate a tale settore, si modificano, *in peius*, i segnali rappresentati dalla non uniforme copertura delle esigenze di assistenza da parte della sanità pubblica, sempre più spesso – soprattutto nel settore farmaceutico – integrata dalla quota parte gravante sulle famiglie.

Famiglie che, alla ricerca di una (comprensibile) pretesa ad un'assistenza e cura che vogliono vedere posizionata a livelli ottimali, fanno ricorso ad una permanente migrazione verso quelle strutture pubbliche che ritengono possano offrire una risposta maggiormente adeguata alla loro domanda.

E, questo, in particolar modo, nelle cronicità, nella riabilitazione e nelle cure intermedie, legate, anche, all'aumento, costante, dell'età media.

Lo Stato, pur aumentando il proprio impegno per far fronte alle aspettative della collettività, collegate ad un'assistenza di livello qualitativo adeguato, - evidente nella spesa per beni e servizi, tra i quali, posto di rilievo è rappresentato dalla somministrazione, sostanzialmente in ambito ospedaliero, di farmaci innovativi nonché dal programma di



miglioramento e di riqualificazione dei LEA - sconta un'evidente difficoltà nella realizzazione degli Accordi di Programma in materia di investimento, che trovano una limitata attuazione a fronte delle risorse rese disponibili in tale ambito.

La legge di bilancio 2017, poi, ha previsto, a decorrere da tale anno, una sostanziale modifica della ripartizione, tra classi, della spesa farmaceutica, modificando l'inclusione dei medicinali e comportando, per i farmaci di classe A, ora rientranti nella spesa ospedaliera e non più in quella territoriale, una modifica dei tetti di spesa dall'11,35% al 7,96% per la territoriale ad un aumento dal 3,5% al 6,89% di quella ospedaliera, con conseguenze che incidono sulla stessa dinamica di spesa che non sembra portare ad una puntuale collimazione tra la stessa e le esigenze dei fabbisogni correlati.

Ciò si evidenzia, quale correlato termine di confronto, con i dati connessi ai ricoveri ospedalieri, che hanno visto aumentare, secondo gli indicatori DRG, in maniera che può considerarsi eccessiva, quelli di tipo diagnostico diurno, soprattutto per patologie specifiche trattabili a livello territoriale.

Assistenza territoriale che non sempre appare adeguata a rispondere alle pressanti richieste della fascia più debole di popolazione, anziani e disabili, anche se non può negarsi che il *trend*, seppur lentamente, è in crescita ma anche che insufficiente appare, sia nelle Regioni in piano e non, l'offerta di posti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti e per disabili in strutture semiresidenziali.

Questa inadeguatezza, derivante anche dalla necessità di riorganizzare la spesa sotto il profilo di una migliore allocazione delle



risorse, che sconta tempi non sempre collimati al mutare delle esigenze della popolazione (ma la complessità del fenomeno non è, sicuramente, di agevole lettura) ha comportato, di riflesso, un maggior impegno economico delle famiglie nel tentativo di accedere, in tempi non dilatati, alle cure.

A fianco di questa si schiera il maggior contributo coperto da regimi di finanziamento volontario ed, entrambi, si pongono a copertura e giustificazione del divario rappresentato dal peso gravato, nel quadriennio 2013/2016, sulle famiglie, cresciuto dell'8,3% rispetto all'impegno di spesa delle amministrazioni pubbliche cresciuto, nel medesimo arco temporale, solo del 2%.

Pur con queste criticità, negli ultimi anni gli sforzi di riorganizzazione della spesa, sia in termini di assistenza diretta – attraverso un miglior e più appropriato sistema di acquisizione di beni – sia di rimodulazione delle operazioni di efficientamenti (dai LEA, al piano delle cronicità) hanno consentito di ottenere significativi progressi, incentivati dall'abbandono della logica dei tagli lineari e all'implementazione dei percorsi di rientro dalle criticità regionali e dell'assistenza ospedaliera, su cui grava, però, la ricordata difficoltà a tramutare, tempestivamente, in realtà, gli accordi di programma con le singole regioni.

Una integrale riforma del settore è lungi dal potersi definire realizzata ma la sintetica analisi che procede ha come denominatore comune, negli anni via via esaminati, un cauto ottimismo sulla possibilità che risultati sempre migliori e sempre più adeguati alle mutate, pressanti esigenze della popolazione, possano raggiungerci.