

PARTE III

LA SANITÀ

1. L'evoluzione della spesa sanitaria

Riflessi sull'andamento dei conti pubblici

L'anno 2003 registra una consistente crescita del fabbisogno del settore statale generata dalle esigenze di finanziamento del comparto regionale.

Tale grandezza non è fra le variabili finanziarie monitorate in sede di patto di stabilità e crescita. Essa assume tuttavia rilevanza fondamentale ai fini del controllo sull'andamento di altri indicatori di finanza pubblica, primo fra i quali il rapporto fra debito pubblico e PIL.

A riguardo, va in primo luogo chiarito come il maggiore impatto sui conti di cassa che fanno capo alla gestione della tesoreria dello Stato sia da porre in relazione con le esigenze di copertura e con i meccanismi di finanziamento della spesa sanitaria. Il che vale specialmente con riguardo alle Regioni a statuto ordinario (RSO).

La seguente tabella espone l'incidenza del fabbisogno sanitario con separato riferimento ai finanziamenti del settore statale destinati al comparto delle Regioni a statuto ordinario (RSO) e al comparto delle Regioni a statuto speciale (RSS)¹.

TAB 1

(in milioni di euro)

FABBISOGNO DEL COMPARTO REGIONALE Copertura da settore statale ANNO 2003			
	Regioni a statuto ordinario	Regioni a statuto speciale	Totale Regioni
a) Trasferimenti da bilancio dello Stato	54.098	17.041	71.139
Correnti	43.103	15.134	58.237
In conto capitale	10.995	1.907	12.902
<i>di cui per disavanzi sanitari</i>	<i>5.739</i>	<i>224</i>	<i>5.963</i>
b) Anticipazioni di tesoreria per sanità	56.187	4.971	61.158
c) Variazioni conti tesoreria	27.529	724	28.253

¹ Va ricordato che lo Stato non partecipa al finanziamento del fabbisogno sanitario di Friuli V.G., Valle d'Aosta e Province autonome, mentre Sicilia e Sardegna partecipano al FSN per il 40% del fabbisogno.

Fabbisogno a) + b) – c)	82.756	21.288	104.044
-------------------------	--------	--------	---------

FONTE: Ministero dell'economia e delle finanze – IgePA

I dati mostrano l'elevato importo delle anticipazioni di tesoreria destinato alla sanità (61.158 milioni di euro), di cui 56.187 milioni di euro assegnate alle RSO in sostituzione delle entrate per IRAP, IRPEF, IVA le quali sono state erogate alle Regioni ad esercizio scaduto a causa dei tempi richiesti dalle procedure di monitoraggio per la verifica di adempimento al patto in sanità di cui all'accordo 8 agosto 2001.

Quanto ai trasferimenti da bilancio dello Stato, l'importo totale erogato alle RSO (54.098 milioni di euro) comprende, fra quelli correnti, risorse destinate al finanziamento della sanità, sia per l'integrazione ai finanziamenti conseguente lo slittamento del sistema previsto dal d.lgs. 56/2000, sia per finanziamenti a Sicilia e Sardegna (circa 4.500 milioni di euro)²; mentre per i trasferimenti in conto capitale, figurano risorse per disavanzi sanitari (5.739 milioni di euro). Relativamente a questi, i dati di cassa riguardano erogazioni riferite ai ripiani dei disavanzi degli anni 1994-1999, 2000 e 2001³, già previsti in finanziaria 2002 in Tab B - Fondo speciale di conto capitale (Ministero della salute) fra le regolazioni debitorie e la cui erogazione è slittata al 2003. A parte l'anomala collocazione in Tab. B di erogazioni destinate a ripiano di gestioni sanitarie di parte corrente, va poi considerato come tali risorse, sommate alle anticipazioni di tesoreria e ai trasferimenti correnti da bilancio, implicino un fabbisogno sanitario 2003 finanziato dal settore statale per un ammontare che rappresenta oltre l'80% del fabbisogno complessivo espresso dal comparto delle RSO.

Ciò posto, prima di mettere in chiaro il contributo riferibile a ciascuna Regione, va chiarito che l'impatto del comparto regionale sul fabbisogno di cassa del settore statale si misura in termini di risorse assorbite dal bilancio dello Stato nonché dalle anticipazioni di tesoreria, come pure dal saldo fra aumenti e diminuzioni del conto corrente di tesoreria. Tali risorse rappresentano la copertura al fabbisogno di cassa delle Regioni al netto delle entrate proprie, fra le quali è inclusa l'accisa benzina ma non l'IRAP, l'IRPEF, l'IVA che, nei conti del settore statale, figurano tra i trasferimenti.

In evidenza è lo stretto collegamento fra le esigenze di cassa del comparto regionale e i risultati di fabbisogno del settore statale, nonché l'influenza esercitata,

² Stima Corte dei conti su dati Relazione di cassa al 31.12.2003.

³ Per un dettaglio su dati e andamenti dei ripiani in questione si veda relazione sulla gestione finanziaria delle regioni anni 20001-2002 – Sez. autonomie, Del. 12.6.2003 n. 5, paragrafo 5.

oltre che sul debito pubblico, indirettamente sull'indebitamento netto delle Amministrazioni pubbliche. Va tuttavia osservato che l'incidenza dei finanziamenti al comparto regionale sconta la prassi di valutare il fabbisogno del settore statale "al netto dei disavanzi pregressi", specie quelli riferiti al settore sanitario. Seppure alla base di tale prassi vi sia l'intendimento di conferire al dato di fabbisogno del settore statale la valenza di un indicatore più significativo in rapporto all'indebitamento netto del conto della PA, che da tali oneri prescinde, resta peraltro lo scarto rispetto alle esigenze di copertura di tale fabbisogno, da realizzare dall'Amministrazione centrale anche con riguardo agli oneri pregressi, tramite emissioni di titoli ed emissioni all'estero, tenuto conto dei rapporti con l'Istituto di emissione.

Ciò posto, l'analisi dei risultati, nella articolazione dei risultati regionali, permette una prima valutazione sull'andamento dei flussi di cassa riferibili al comparto medesimo, con speciale riguardo ai risultati dell'anno 2003, nel confronto con gli andamenti degli esercizi precedenti.

Tali aspetti sono rappresentati nella seguente tabella, dalla quale è possibile cogliere elementi conoscitivi sui risultati di una strategia che ha perseguito l'obiettivo di contenimento della spesa, specie di quella corrente, in termini di contributo richiesto anche al comparto regionale a favore degli impegni assunti dal nostro paese con il Patto di stabilità e crescita.

Tabella 2 - FABBISOGNI REGIONALI
Copertura da settore statale
ANNI 2000 – 2003

(in milioni di euro)

AMMINISTRAZIONI	2000	2001	Variaz. %	2002	Variaz. %	2003	Variaz. %
PIEMONTE	6.094	6.943	13,94	6.431	-7,37	7.509	16,76
LOMBARDIA	11.637	13.677	17,52	12.884	-5,80	15.206	18,03
VENETO	5.509	6.442	16,93	6.440	-0,02	7.352	14,15
LIGURIA	2.358	3.001	27,26	2.803	-6,58	3.132	11,74
EMILIA ROMAGNA	5.645	6.687	18,46	6.423	-3,95	7.299	13,64
TOSCANA	4.774	5.448	14,11	5.777	6,03	6.124	6,00
MARCHE	2.025	2.426	19,84	2.155	-11,20	2.494	15,77
UMBRIA	1.394	1.631	17,02	1.461	-10,42	1.580	8,14
LAZIO	6.918	8.745	26,41	8.243	-5,74	9.206	11,68
ABRUZZO	1.736	2.193	26,36	1.689	-23,01	2.307	36,62
MOLISE	580	720	24,15	553	-23,27	605	9,51
CAMPANIA	7.491	9.236	23,30	8.907	-3,56	8.993	0,96
BASILICATA	1.014	1.327	30,93	1.256	-5,33	1.164	-7,39
PUGLIA	4.675	6.144	31,42	5.878	-4,33	5.967	1,52
CALABRIA	3.134	3.956	26,22	3.465	-12,40	3.818	10,19
TOTALE R.S.O.	64.983	78.575	20,92	74.364	-5,36	82.756	11,29
VAL D'AOSTA	565	917	62,32	952	3,87	1.054	10,66
TRENTINO ALTO ADIGE	291	228	-21,43	286	25,42	378	31,83
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	2.515	2.932	16,60	3.342	13,97	3.196	-4,36
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	3.147	3.589	14,04	3.232	-9,96	3.549	9,81
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.754	3.132	13,76	2.893	-7,65	3.398	17,45
SICILIA	4.020	4.063	1,05	4.508	10,96	4.821	6,95
SARDEGNA	3.579	4.203	17,44	3.688	-12,24	4.893	32,66
TOTALE R.S.S.	16.870	19.065	13,01	18.901	-0,86	21.288	12,63
TOTALE REGIONI	81.853	97.640	19,29	93.265	-4,48	104.044	11,56

FONTE: Ministero dell'economia e delle finanze - IGePA

L'esame dei dati consente ulteriori rilevazioni sui risultati dell'anno 2003.

La copertura del fabbisogno regionale (RSS+RSO) mostra una crescita rispetto all'anno precedente di 10.779 milioni di euro, corrispondente ad una evoluzione percentuale del 12%.

Le Regioni a statuto ordinario (RSO) vi contribuiscono per 8.392 milioni di euro e con un incremento percentuale dell'11% specialmente attribuibile alla gestione della sanità.

A proposito di tale voce alcuni chiarimenti sono necessari. Con l'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, recepito con la legge 405/2001 di conversione del d.l. 347/2001, il finanziamento dell'assistenza sanitaria è stato condizionato dall'adempimento di numerosi obblighi, primo fra tutti il ripiano delle quote di deficit a carico dei bilanci regionali, pena l'applicazione della sanzione prevista dall'art. 4 del d.l. 63/2002 convertito con legge 112/2002.

La dimostrazione di avvenuto assolvimento a tale ultimo onere ha richiesto per il 2002 e 2003 verifiche complesse in contraddittorio fra Ministero dell'economia e Ministero della salute, da un lato, e Regioni dall'altro. Lo slittamento dei finanziamenti, dovuti alle Regioni per la sanità, ha alleggerito i conti di cassa del Tesoro nel 2002, ma ha scaricato uguale peso sul 2003 che perciò registra una crescita riferibile per gran parte all'anno precedente.

Tale effetto è riconducibile ai seguenti profili di ordine finanziario.

Il primo, concerne la sottodotazione finanziaria per l'assistenza sanitaria 2002, pari alla integrazione prevista dall'accordo 8 agosto 2001 (3.412 milioni di euro), corrisposta solo nei primi mesi del 2003, ma per un importo inferiore (2.697 milioni di euro) a causa degli inadempimenti al patto rilevati per cinque Regioni (v. parag. 2).

Anche i ripiani degli anni precedenti, 94-99, 2000, 2001 hanno risentito di slittamenti a causa dei tempi necessari a dare dimostrazione dei riequilibri operati dalle Regioni. Così per il 1994-1999, con minore assegnazione alle Regioni e slittamento al 2003 di 2.031 milioni di euro, previsti in finanziaria 2002 ma erogati nel 2003. Così pure per i ripiani 2000, con acconto erogato nel 2002 di 697 milioni di euro e residuo versato nel 2003 di pari importo, così pure per il 2001 con 2.594 milioni di euro, previsti in Tab. B - Finanz. 2002, ma versati nel 2003.

A tener conto degli indicati slittamenti di cassa – pur calcolati al netto di quanto riversato sul 2004 per effetto del riprodursi del medesimo fenomeno⁴ - si ridimensionano le esigenze di copertura al fabbisogno espresse nel 2003, in termini di settore statale, dal comparto regionale mentre di altrettanto risulterebbe l'impatto espresso nell'anno 2002.

Conclusivamente, le esigenze di copertura del fabbisogno prodotto dal comparto regionale e correlativo impatto sui finanziamenti del settore statale, vanno sottoposte ad attenta lettura ad evitare giudizi fondati su esiti annuali che prescindono dalla ricostruzione del loro reale significato.

Va osservato che anche nel 2003, come già negli anni passati, a causa della speciale disciplina che ne regola la gestione, le anticipazioni, ancorché destinate a trovare contabile sistemazione con riversamenti nei conti regionali a seguito del passaggio di risorse dal bilancio Stato, non hanno avuto fisiologico esito nell'anno di riferimento con sollievo del bilancio statale per quanto non trasferito ai conti ordinari regionali e in tale misura trattenuto dalle Regioni in conto anticipazione. Va solo notato che per le Regioni l'indicata movimentazione viene in generale a realizzarsi, da un punto di vista contabile e per l'attuale sistema di contabilizzazione, fuori dalla parte effettiva del bilancio, entro la quale si ritagliano entrate e spese finali. Del che va tenuto conto qualora si voglia individuare il contributo del comparto all'indebitamento netto dell'anno.

Non a caso a fine anni 2002 e 2003 i rendiconti regionali mostrano un ingente importo di residui attivi per competenze non incassate relative a IVA, IRAP, e addizionale IRPEF.

Quanto agli effetti riconducibili al meccanismo previsto all'art. 4 del dl 63/2002 e poi confermato con la finanziaria 2003, la Corte non ha mancato, anche nei precedenti referti annuali, di evidenziare le ripercussioni in termini di trasparenza e funzionalità del sistema di finanziamento. Ciò, per l'inevitabile protrarsi delle operazioni di verifica sul puntuale adempimento agli obblighi del patto di stabilità interno in sanità, con la conseguenza di un regime di perdurante sottofinanziamento, a fronte di livelli di prestazioni da garantire comunque.

Va pertanto registrato positivamente il superamento di tale avvertita criticità con la disposizione recata all'art. 3, commi 30 e 31, della finanziaria 2004 che inverte il procedimento concessivo dell'integrazione al finanziamento, facendo salvo il recupero nei confronti delle Regioni inadempienti.

⁴ Il regime di transitorietà, determinato dal sistema delle verifiche annuali, ha comportato anche per l'anno 2003 il ricorso ad anticipazioni provvisoriamente misurate sull'importo stabilito con il precedente accordo del 3 agosto 2000, con temporanea decurtazione di circa 2.370 milioni di euro, slittati al 2004 e conseguente futuro impatto per tale anno.

Resta tuttavia l'inconveniente legato ad un sistema che poggia su anticipazioni, ora fissate al 95% della spettanza complessiva, in attesa di una ripartizione annua che è destinata a slittare a fine anno o all'inizio di quello successivo, condizionata fra l'altro dall'esigenza di condivisione sui criteri di riparto e sulla richiesta modifica da parte di alcune Regioni di quanto sin qui previsto dalla legge 662/'96⁵.

⁵ I criteri prevedono di tenere conto di: popolazione residente per età e per sesso; frequenza dei consumi sanitari per livello e sottolivello di assistenza e per età e sesso; tassi di mortalità della popolazione; indicatori epidemiologici territoriali; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari della popolazione.

2. La gestione dell'assistenza sanitaria

Nonostante l'accordo dell'8 agosto 2001, la spesa per l'assistenza sanitaria negli anni 2001, 2002, 2003 è risultata strutturalmente superiore a quella convenuta.

Le Regioni hanno recentemente rivendicato la revisione di tale accordo, a fronte di nuove emergenze originate da fattori esterni, quali l'invecchiamento della popolazione, il progresso tecnologico nella diagnostica strumentale, i maggiori costi per gli immigrati regolarizzati.

L'attuale sistema di finanziamento, sostituendo il FSN di parte corrente con compartecipazioni e incrementi alle addizionali, ha definito un meccanismo di copertura del fabbisogno sanitario che, misurato su una crescita del 3,5% annuo (accordo agosto 2001), sconta analoga o superiore evoluzione delle basi imponibili, in correlazione alla crescita del PIL.

Non a caso, le stime formulate dal Governo nel DPEF 2004-2007 hanno collegato il tasso di evoluzione della spesa sanitaria (3,1-3,7%) alla corrispondenza di analogo obiettivo di crescita nominale del PIL valevole ad assicurare l'annuale copertura dei livelli essenziali di assistenza⁶.

Senonchè, né questa ipotesi è stata confermata, a causa delle recenti revisioni al ribasso, né la prima può considerarsi in linea con l'equilibrio del sistema, con uno scarto dal quale dipende il riprodursi dei disavanzi annuali.

Le esigenze di riequilibrio, rimesse alla responsabilità regionale e al cui obiettivo è condizionata l'erogazione del finanziamento integrativo, impone il reperimento di risorse nell'ambito delle entrate proprie libere da vincoli il cui ammontare, già esiguo, è stato ulteriormente compresso dal recente blocco della fiscalità regionale.

Da dire semmai che proprio le difficoltà di gestione dei bilanci regionali, astretti dai vincoli riferibili al Patto di stabilità interno, è a volte all'origine di un dirottamento di risorse che, pur comprese nel finanziamento di parte corrente alla sanità, risultano in qualche caso utilizzate per altre destinazioni.

La divaricazione fra i risultati di contabilità economica e il dato finanziario riferito ai finanziamenti né è la conseguenza, come di seguito illustrato.

⁶ V. DPEF 2004-2007, II, pag. 49 e 50.

2.1 I disavanzi 2001-2003: aspetti metodologici

L'aggiornamento dei dati gestionali relativi agli anni 2001 e 2002, sui quali si è già riferito nella precedente relazione di questa Corte, trova spiegazione nell'esigenza di tener conto dei risultati definitivi nel frattempo maturati con l'approvazione dei consuntivi, nonché a seguito delle verifiche effettuate in sede di monitoraggio sul corretto adempimento e la regolare appostazione delle varie poste contabili.

Va chiarito poi che nell'individuazione dei disavanzi, al pari degli anni passati, l'individuazione del volume complessivo delle risorse di competenza, da contrapporre ai costi, tiene conto delle corrispondenti quote di finanziamento assegnate con delibera CIPE per gli anni in questione, corrette con i valori della mobilità attiva risultante dall'ultima matrice di mobilità e comunicati dalle Regioni, nonché con l'importo effettivamente introitato per ricavi e entrate proprie.

Il privilegio accordato all'indicato metodo di calcolo, rispetto alla utilizzazione dei dati di ricavo del modello CE, risulta più funzionale a fronte dell'esigenza di dar conto della coerenza dei finanziamenti in termini di programmata copertura dei fabbisogni, la cui ricorrente insufficienza fa parte degli elementi da valutare in sede di programmazione annuale e pluriennale di finanza pubblica.

Il confronto ricavi/costi della competenza economica, consente invece di valutare l'effettivo risultato gestionale non sempre dipendente dall'insufficiente grado di finanziamento deciso a livello nazionale, laddove la disposta liberazione delle risorse per sanità dal vincolo di destinazione (art. 83 finanziaria 2001) consente alle Regioni un margine di discrezionalità con effetto di ulteriore scopertura a livello regionale. Basti pensare che nel 2001 il disavanzo calcolato con il primo dei due criteri ascende a 4.950 milioni di euro, mentre il confronto costi/ricavi evidenzia un *deficit* gestionale pari a 6.706 milioni di euro.

Il confronto fra i due metodi mette in chiaro per il 2001 le minori risorse destinate alla sanità, rispetto al finanziamento nazionale, specie in tre Regioni: Sicilia (-822 milioni di euro), Lazio (-415 milioni di euro), Campania (-193 milioni di euro).

Va notato infine come, per le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e per le Province autonome di Trento e Bolzano, la partecipazione integrale al finanziamento del *servizio sanitario regionale*, ai sensi delle leggi 724/'94 e 662/'96, comporta l'ininfluenza di eventuali disavanzi sui conti nazionali della sanità. Nondimeno, anche nei confronti delle strutture sanitarie di tali Regioni,

permane l'esigenza di registrare i risultati di esercizio calcolati in tali casi con riferimento ai rispettivi conti economici e alla differenza fra ricavi e costi.

2.2 Esercizio 2001

Specie l'anno 2001 subisce una profonda correzione rispetto a quanto riferito lo scorso anno sulla base di dati ancora provvisori.

I controlli minuti effettuati sui conti delle aziende ha portato ad escludere alcune poste sin qui comprese a copertura dei livelli essenziali ed invece destinati a obiettivi specifici individuati dal Ministero della salute.

Quanto ai finanziamenti, va ricordato che il fabbisogno originario pari a 124.000 miliardi di euro è stato rideterminato, dapprima con l'accordo 3 agosto 2000 e con le disposizioni della finanziaria 2001, in 130.843 miliardi di lire (67.574,77 milioni di euro) al netto di 300 miliardi da assegnare con l'assestamento del bilancio 2001. A valere su tali complessive disponibilità di parte corrente, la destinazione ha disaggregato le seguenti destinazioni: a) 127.810 miliardi di lire (66.008,35 milioni di euro) per i livelli di assistenza; b) 229 miliardi di lire all'ospedale Bambino Gesù; c) 197 miliardi di lire alla Croce Rossa; d) 228 miliardi di lire agli Istituti zooprofilattici sperimentali; e) 2.608 miliardi di lire accantonati in attesa di proposte da parte del Ministero della salute.

Con il successivo accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 il fabbisogno 2001 è stato ulteriormente integrato di 6.608 miliardi (3.412,75 milioni di euro) i quali tuttavia, pur figurando in finanziaria 2002 (TAB C), sono stati assegnati fra il febbraio e l'aprile 2003 a favore delle sole Regioni che hanno dato dimostrazione di avere adempiuto agli impegni assunti con l'accordo dell'8 agosto 2001.

L'importo erogato ascende perciò a 5.375 miliardi di lire (2.776 milioni di euro). Hanno definitivamente perso il finanziamento integrativo: Abruzzo (85,94 milioni di euro), Molise (21,99 milioni di euro), Campania (330,97 milioni di euro), Calabria (124,72 milioni di euro), Sardegna (72,40 milioni di euro), per un ammontare complessivo di 636,03 milioni di euro (1.231 miliardi di lire).

La seguente tabella espone l'importo del finanziamento sulla base di una rideterminazione che tiene conto della perdita di risorse su indicata come pure sono indicati i risultati riferiti a quelle Regioni a statuto speciale che seppure non destinati a pesare sul SSN, espongono risultati non sempre in linea nei differenziali costi/ricavi.

Al netto di entrambe le suindicate poste il disavanzo risulterebbe di 3,9 miliardi di euro, mentre al lordo di tali voci risulta pari a 4,9 miliardi di euro.

**Tabella 3 - SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE
ANNO 2001**

(in migliaia di euro)

REGIONI	SPESA \ COSTI	FINANZIAMENTO \ RICA VI							TOTALE	DISAVANZI (-) o AVANZI
		IRAP+ Add.le IRPEF (stima)	FABB. SANITARIO ex d.lgs 56/00 (IVA E ACCISE)	ULTERIORI TRASFERIMENTI da PUBBLICO e da PRIVATO	RICA VI e ENTRATE PROPRIE VARIE	FS ex d.lgs. 56/00	SANZIONE ex art. 4 d.l. 63/2002	CONG. MOB. SAN. (da operarsi)		
PIEMONTE	5.712.713	2.688.158	2.246.671	2.619	188.045	386.675	0	-8.949	5.503.219	-209.494
V. d' AOSTA	178.491								139.848	-38.643
LOMBARDIA	11.814.880	7.445.243	2.781.274	61.843	420.897	780.225	0	44.646	11.534.128	-280.751
P. BOLZANO	776.157								475.924	-300.233
P. TRENTO	720.545								721.761	1.216
VENETO	6.042.429	2.867.369	2.163.571	8.318	317.503	389.794		-8.649	5.737.906	-304.523
FRIULI V.G.	1.586.410								1.539.983	-46.427
LIGURIA	2.340.396	717.875	1.343.806	2.980	56.737	158.234		-16.385	2.263.248	-77.148
E. ROMAGNA	5.516.627	2.763.044	2.066.213	14.774	269.175	366.130		21.016	5.500.353	-16.274
TOSCANA	4.814.482	1.934.131	2.266.009	3.759	185.989	326.282		10.254	4.726.425	-88.058
UMBRIA	1.111.795	332.598	663.034	279	41.887	76.791		-9.479	1.105.110	-6.685
MARCHE	1.943.281	711.161	912.115	1.254	67.491	128.807		-2.747	1.818.081	-125.200
LAZIO*	7.207.431	3.272.271	2.428.976	13.086	138.658	547.772		5.199	6.405.963	-801.469
ABRUZZO	1.717.857	414.198	1.023.321	1.406	40.668	111.452	-85.940	17.416	1.522.522	-195.335
MOLISE	439.397	34.086	322.909	2.252	9.654	28.944	-21.990	4.073	379.927	-59.470
CAMPANIA	7.372.401	1.155.831	4.769.454	30.705	110.947	441.836	-330.970	-27.827	6.149.976	-1.222.425
PUGLIA	4.849.622	798.959	3.464.518	25.541	87.994	311.451		-5.719	4.682.744	-166.878
BASILICATA	701.924	36.668	569.720	3.094	12.485	51.313		202	673.483	-28.441
CALABRIA	2.512.142	152.871	1.924.828	23.222	38.529	171.911	-124.720	-19.906	2.166.735	-345.407
SICILIA	6.239.834	1.374.292	-212.536	2.537.869	109.483	1.993.023		12.775	5.814.906	-424.929
SARDEGNA	2.098.989	548.994	-41.585	593.759	39.249	828.789	-72.400	-10.722	1.886.084	-212.905
TOTALE	75.697.804	27.247.750	28.692.298	3.326.760	2.135.393	7.099.430	-636.020	5.199	70.748.325	-4.949.478
SOLO DISAVANZI										-4.950.695

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Il disavanzo, al lordo delle quote di cui si è detto, risulta complessivamente pari a 4.950,70 milioni di euro (9.585,89 miliardi di lire). La rideterminazione, rispetto a quanto riportato nella scorsa relazione, è dipesa dal minore importo dei finanziamenti a fronte di costi rimasti invariati. Ad influirvi è specialmente la perdita di risorse da parte delle Regioni inadempienti al patto.

Va peraltro rilevato come all'interno del livello di disavanzo rideterminato ulteriore rilievo vada assegnato al conguaglio per mobilità ormai definito seppure ancora da operare, cui consegue -rispetto ai dati riferiti nel passato referto- il miglioramento dei risultati di Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Puglia e Lazio. Quest'ultima Regione, insieme alla Sicilia e soprattutto alla Campania, restano in cima per disavanzi realizzati nell'anno 2001.

2.3 Esercizio 2002

Anche nell'anno 2002 si è ripetuto lo slittamento nella ripartizione di risorse per l'assistenza sanitaria, avvenuta solo ad esercizio chiuso. Il finanziamento ha perciò scontato importi in anticipazione misurati su quanto determinato con l'accordo precedente a quello dell'8 agosto 2001. Ciò ha comportato l'esercizio delle attività assistenziali sulla base di assegnazioni inferiori rispetto a quanto di competenza⁷ con maggiori oneri conseguenti agli interessi per ritardi nei pagamenti⁸ o ad anticipazioni per farvi fronte. Il riparto del finanziamento 2002 è avvenuto con DPCM 10 gennaio 2003 sulla base della proposta al CIPE del Ministro della salute, pervenuta all'esame della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 24 ottobre 2002, in occasione della quale tuttavia non è stata raggiunta l'intesa fra Governo e Regioni.

Le disponibilità per il finanziamento del servizio sanitario nazionale 2002 ammontava originariamente a complessivi euro 75.601.861.228, derivanti per 75.596.861.228 (146.376 miliardi di lire) dall'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 e per 5.000.000 (9,7 miliardi di lire) ai sensi dell'art. 52, comma 31 della legge 448/2001 (finanziaria 2002).

L'utilizzazione impressa al finanziamento ha previsto:

- 72.878.584.000 euro da ripartire fra le Regioni e Province autonome per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza come individuati dal DPCM 30 novembre 2001;

⁷ L'accordo del 3 agosto 2000 aveva quantificato il fabbisogno 2002 in 131.843 miliardi di lire anziché in 138.000 miliardi.

⁸ Il d. lgs 231/2002, in attuazione della direttiva 2000/35/CE, ha previsto un tasso di interesse moratorio dell'11% nel caso di ritardo nel pagamento rispetto alla scadenza contrattuale o di legge.

- 1.032.913.798 euro da ripartire fra le Regioni sulla base di quanto previsto ai punti 16 e 17 dell'accordo agosto 2001;
- 580.497.554 euro per il finanziamento di altri enti del SSN e per spese vincolate da speciali disposizioni di legge⁹;
- 1.109.865.876 euro per finanziamento programmi particolari ai sensi della legge 662/96, art.1, commi 34 e 34-bis.

Alla copertura dell'indicato fabbisogno sanitario avrebbero concorso le seguenti risorse:

- 31.911.187.858 euro per IRAP e addizionale IRPEF (29.189,46 milioni di euro e 2.721,73 milioni di euro);
- 32.601.562.863 euro (stimati) per compartecipazione all'IVA e accise, al netto del riequilibrio di euro 1.032.913.798 di cui all'accordo 8 agosto 2001 e dei saldi provvisori della mobilità;
- 4.410.830.891 euro, quale fondo sanitario ai sensi del d.lgs 56/2000, ripartiti in euro 2.270,46 milioni per finanziamento LEA di Sicilia e Sardegna e 1.284,33 milioni per finanziamento spese vincolate;
- 6.678.279.616 euro, di cui: per entrate dirette proprie (2.153,97 milioni di euro) per partecipazioni Regioni a statuto speciale (4.524,31 milioni di euro).

L'importo delle entrate proprie è peraltro risultato superiore a quello calcolato in base all'accordo dell'agosto 2001; è stata pertanto disposta corrispondente integrazione al finanziamento pari a 165 milioni di euro, oltre a 50 milioni di euro per finanziamento al Bambin Gesù, per il solo anno 2002 (art. 52, comma 18, legge 289/2002 – finanziaria 2003).

Va intanto chiarito come anche per l'anno 2002 si siano registrati casi di non corretta copertura del disavanzo da parte di tre Regioni (Abruzzo, Molise, Sicilia) con conseguente applicazione della sanzione della perdita del finanziamento integrativo che, misurato sull'importo spettante per il 2001 ammonta rispettivamente a euro 161,07 milioni, 57,15 milioni, 496,34 milioni.

⁹ Si tratta delle seguenti fattispecie: finanziamento CRI (105.874 euro); d.lgs. 257/91, finanziamento per specializzandi (173.013 euro); finanziamento IZS ai sensi del l'art. 6, comma 1, d.lgs 270/93 (121.367 euro); finanziamento corsi di formazione e attivazione assistenza domiciliare soggetti affetti da AIDS ex legge 135/90 art. 1, comma 1, lett. d) e comma 2 (49.063 euro); provvidenze economiche a favore degli hanseniani (3.254 euro); finanziamento corsi di formazione in medicina generale ai sensi della legge 109/88, art. 5 (38734 euro); rimborso alla Cassa DD.PP delle rate mutui contratti da aziende ospedaliere (5,78 euro); indennità abbattimento animali infetti ai sensi della legge 218/88 (38.734 euro); prestazioni sanitarie a favore degli extra-comunitari, legge 40/98 (30.987 euro); fibrosi cistica, legge 362/99 (4.390 euro); erogazione gratuita farmaci classe C a invalidi di guerra, legge 203/2000 (9.038 euro); esecuzione sentenza TAR Lazio (258 euro).

La tabella seguente ne registra l'effetto.

**Tabella 4 - SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE
ANNO 2002**

(in migliaia di euro)

REGIONI	SPESA \ COSTI	FINANZIAMENTO \ RICAVI					TOTALE	DISAVANZI (-) o AVANZI
		FINANZIAMENTO INDISTINTO e VINCOLATO da DELIBERA di RIPARTO CIPE	PROVENTI e RICAVI DIVERSI da CE	RICAVI STRAORDINARI	MANCATA INTEGRAZIONE ex ART. 4 d.l. 63/2002	SALDI MOBILITA' STIMATI 2002 - RIPARTO CIPE		
PIEMONTE	6.031.689	5.592.032	340.401	79.765		-20.630	5.991.567	-40.122
<i>V. d' AOSTA</i>	<i>193.464</i>	<i>153.200</i>	<i>7.299</i>	<i>1.287</i>		<i>-12.847</i>	148.940	-44.524
LOMBARDIA	12.929.060	11.513.487	622.571	74.116		396.591	12.606.765	-322.295
<i>P. BOLZANO</i>	<i>863.696</i>	<i>553.054</i>	<i>31.442</i>	<i>1.761</i>		<i>5.576</i>	591.832	-271.864
<i>P. TRENTO</i>	<i>769.240</i>	<i>581.862</i>	<i>33.348</i>	<i>8.445</i>		<i>-12.500</i>	611.155	-158.085
VENETO	6.405.472	5.646.278	421.741	33.127		100.144	6.201.290	-204.182
<i>FRIULI V.G.</i>	<i>1.694.894</i>	<i>1.551.653</i>	<i>103.499</i>	<i>8.245</i>		<i>22.290</i>	1.685.687	-9.207
LIGURIA	2.442.918	2.279.497	111.156	5.217		2.835	2.398.705	-44.213
E. ROMAGNA	6.060.473	5.290.177	395.035	93.779		231.632	6.010.622	-49.851
TOSCANA	5.168.453	4.677.205	281.900	93.103		72.490	5.124.697	-43.756
UMBRIA	1.218.548	1.106.403	51.118	19.819		31.442	1.208.782	-9.766
MARCHE	2.086.488	1.894.919	99.401	22.492		-28.143	1.988.669	-97.819
LAZIO*	7.551.847	6.714.456	198.541	112.308		-47.295	6.978.010	-573.837
ABRUZZO	1.842.689	1.632.574	56.810	10.010	-161.710	7.709	1.545.393	-297.296
MOLISE	453.030	423.372	13.114	1.995	-57.150	-4.001	377.330	-75.700
CAMPANIA	7.838.391	7.062.469	155.627	260.329		-277.428	7.200.997	-637.394
PUGLIA	5.106.180	5.007.733	170.699	36.323		-112.772	5.101.982	-4.198
BASILICATA	732.555	769.282	17.740	802		-55.738	732.086	-469
CALABRIA	2.587.328	2.530.545	66.758	34.127		-195.278	2.436.152	-151.176
SICILIA	6.662.419	6.241.398	116.770	164.597	-496.340	-201.423	5.825.002	-837.417
SARDEGNA	2.236.726	2.025.243	78.607	21.255		-52.271	2.072.834	-163.892
Bambino Gesù e SMOM						149.618		
TOTALE	80.875.560	73.246.838	3.373.577	1.082.902	-715.200	0	76.838.499	-4.037.061
SOLO DISAVANZI								-4.037.061

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Il disavanzo dell'anno 2002, ivi compresa la mancata integrazione ad Abruzzo, Molise e Sicilia, è pari a 4.037 milioni di euro. Differenze rispetto a quanto riferito nella relazione dello scorso anno, sono da attribuire alla rilevazione di un maggiore importo dei costi per quasi tutte le Regioni cui spesso ha corrisposto maggiore importo nei finanziamenti con riduzione dell'importo di disavanzo. Non così, tuttavia, per la Campania il cui squilibrio rideterminato passa da 385 milioni di euro a 637,4 milioni e che, insieme al disavanzo del Lazio, pari a 573,8 milioni rappresentano i più elevati in assoluto e assorbono quasi un terzo del deficit complessivo. Condizione, questa, che già presente nel 2001, si ripete anche nel 2003 – come di seguito precisato.

2.4 Esercizio 2003

Il riparto delle disponibilità finanziarie del servizio sanitario nazionale per l'anno 2003 è avvenuto con la deliberazione CIPE del 14 marzo 2003, adottata su proposta del Ministro della salute e sulla base dell'intesa espressa in Conferenza Stato-Regioni del 6 febbraio 2003. Nel corso di tale seduta, i Presidenti delle Regioni hanno presentato nuovi criteri di determinazione del fabbisogno sanitario per il 2003 sui quali del resto ha convenuto anche il Ministro della salute. Tali criteri tengono conto: della popolazione residente, ivi compresa una quota del 50% delle domande di regolarizzazione degli extra-comunitari; dell'età della popolazione; della mortalità infantile applicata con un indice più elevato rispetto al passato; della densità abitativa per i maggiori costi di erogazione là dove la popolazione è maggiormente dispersa nel territorio; costi strutturali ospedalieri.

Nondimeno, anche per l'anno 2003, le erogazioni dei finanziamenti sono slittate all'anno seguente sulla base delle esigenze del previo monitoraggio sull'adempimento al patto e slittamento degli stessi adeguamenti per l'integrazione pattuita con l'accordo 2001.

Il fabbisogno per l'anno 2003 è stato determinato in euro 78.569.452.749 così finalizzato:

- 75.796.403.896 euro per i livelli essenziali di assistenza;
- 885.500.511 euro per fondo di riequilibrio ai sensi dell'accordo 8 agosto 2001 (punti 16 e 17);
- 147.416.940 euro per il finanziamento dell'esclusività del rapporto di lavoro per ospedali classificati religiosi, IRCCS, componente universitaria delle aziende miste e dei policlinici;

- 586.391.301 euro per finanziamento di quote vincolate, di cui 108.251 euro da assegnare alla Croce Rossa;
- 988.258.928 euro per programmi particolari ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34-bis della legge 662/'96.

La proposta regionale ha altresì individuato la percentuale di composizione riservata ai tre livelli di assistenza: prevenzione 5%, assistenza distrettuale 50%, assistenza ospedaliera 45%.

Ciò detto quanto al finanziamento, resta da esaminare il fabbisogno espresso a fine esercizio che, nel complessivo importo, ascende a 82.172,41 milioni di euro con un travalicamento pari a 2.201 milioni (aggiornamento fine giugno 2004).

La seguente tabella ricostruisce l'indicato risultato sulla base tuttavia di dati provvisori, i quali restano soggetti alle definitive risultanze di consuntivo.

**Tabella 5 - SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
RISULTATI FINALI DI GESTIONE
ANNO 2003**

(in migliaia di euro)

REGIONI	SPESA \ COSTI	FINANZIAMENTO \ RICAVI					TOTALE	DISAVANZI o AVANZI
		FINANZIAMENTO INDISTINTO e VINCOLATO da DELIBERA di RIPARTO CIPE	PROVENTI e RICAVI DIVERSI da CE	RICAVI STRAORDINARI	SOPRAVVENIENZE SALDO	SALDI MOBILITA' STIMATI 2002 - RIPARTO CIPE per 2004		
PIEMONTE	6.414.222	5.777.362	373.734	58.151	-1.257	-20.630	6.187.360	-226.862
<i>V. d' AOSTA</i>	<i>198.183</i>	<i>157.972</i>	<i>8.470</i>	<i>350</i>	<i>249</i>	<i>-12.847</i>	154.195	-43.988
LOMBARDIA	13.016.009	11.939.475	631.837	82.861	0	396.591	13.050.764	34.755
<i>P. BOLZANO</i>	<i>889.392</i>	<i>568.472</i>	<i>33.112</i>	<i>2.122</i>	<i>0</i>	<i>5.576</i>	609.282	-280.110
<i>P. TRENTO</i>	<i>811.690</i>	<i>600.675</i>	<i>32.629</i>	<i>348</i>	<i>0</i>	<i>-12.500</i>	621.152	-190.538
VENETO	6.626.168	5.898.391	449.455	20.338	-81	100.144	6.468.247	-157.921
<i>FRIULI V.G.</i>	<i>1.780.857</i>	<i>1.576.641</i>	<i>102.940</i>	<i>5.222</i>	<i>0</i>	<i>22.290</i>	1.707.093	-73.764
LIGURIA	2.507.481	2.355.991	102.546	6.089	245	2.835	2.467.706	-39.775
E. ROMAGNA	6.241.099	5.485.298	421.763	65.057	10.449	231.632	6.214.198	-26.901
TOSCANA	5.301.066	4.858.728	292.547	76.892	8.738	72.490	5.309.395	8.329
UMBRIA	1.262.417	1.152.070	52.008	13.695	2.036	31.442	1.251.251	-11.166
MARCHE	2.120.409	1.971.999	102.986	9.917	3.438	-28.143	2.060.197	-60.212
LAZIO	7.727.826	7.000.750	253.044	76.000	0	-47.295	7.282.498	-445.328
ABRUZZO	1.831.908	1.694.906	55.775	7.735	0	7.709	1.766.125	-65.783
MOLISE	453.537	438.282	11.512	1.605	183	-4.001	447.581	-5.956
CAMPANIA	7.606.536	7.385.453	121.075	46.085	47.596	-277.428	7.322.781	-283.755
PUGLIA	5.254.422	5.231.434	164.253	61.883	0	-112.772	5.344.798	90.376
BASILICATA	780.229	791.207	19.557	8.483	0	-55.738	763.509	-16.720
CALABRIA	2.548.672	2.666.292	50.016	7.641	3.329	-195.278	2.532.001	-16.671
SICILIA	6.598.398	6.484.784	104.485	43.651	0	-201.423	6.431.497	-166.901
SARDEGNA	2.201.889	2.096.111	66.169	3.577	0	-52.271	2.113.586	-88.303
Bambino Gesù e SMOM					0	149.618	149.618	
TOTALE	82.172.410	76.132.295	3.449.913	597.702	74.926	0	80.254.835	-2.067.193
SOLO DISAVANZI								-2.200.653

FONTE: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute aggiornati a giugno 2004

Il disavanzo 2003 ascende – come detto - a 2.201 milioni di euro, gran parte dei quali si concentrano in Piemonte, Campania e Lazio (227 milioni, 283 milioni e 445 milioni).

Tale risultato solo apparentemente segna una flessione del disavanzo rispetto all'anno precedente. Va infatti considerato che il dato relativo ai costi figura al netto della spesa per rinnovo del contratto 2002-2003 del personale del solo comparto del SSN, il cui costo, per il biennio e per gli effetti sul 2004 è pari a 2,5 miliardi di euro (al netto dell'IRAP), dei quali 328 milioni a carico dello Stato. Tale importo è destinato a pesare sui costi del prossimo anno, con riguardo al quale le Regioni già paventano un deficit di circa 5 miliardi di euro, ivi compresi i maggiori costi per gli immigrati non regolarizzati e la mancata ridefinizione del costo dei livelli essenziali di assistenza.

Va aggiunto poi che, per gli ultimi due ma specie per l'ultimo anno, l'osservazione degli andamenti di spesa e di entrata soffrono una inevitabile approssimazione che, in genere, si è dimostrata in difetto rispetto al dato definitivo.

Inoltre, gli esiti riferiti non comprendono tutti i disavanzi degli IRCCS, dei Policlinici universitari e della Aziende miste che a partire dal 2001, non sono automaticamente inclusi nei disavanzi regionali e il cui onere quantificato dalle Regioni per gli anni 2001 e 2002 è stimato in circa 1.560 milioni di euro.

E bene infine ricordare che, ai sensi dell'art. 4 della legge 112/2002, anche per l'anno 2003, come già per il 2001 e il 2002, il mancato rispetto degli impegni di cui ai punti 2 e 15 dell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 comporta, per le Regioni inadempienti, il ripristino del livello di finanziamento stabilito all'accordo precedente 3 agosto 2000, come integrato dall'art. 85, comma 6, della legge 388/2000, rivalutato percentualmente del 3,5%, 3,45%, 2,9% per gli anni 2002, 2003 e 2004 (comma 8).

La verifica sul rispetto degli obblighi regionali nell'anno 2003 è ancora in corso presso il tavolo di monitoraggio; resta aperta la questione di eventuali riduzione dei finanziamenti con effetto nella determinazione dei deficit sui quali misurare l'esigenza di ripiano da parte regionale.

Da dire a riguardo che l'art. 52 della legge 289/2002 (finanziaria 2003), nel richiamare l'art. 4 della 112 ha previsto ulteriori obblighi per le Regioni, pena la sanzione della riduzione del finanziamento e altrettanto si è ripetuto con la finanziaria 2004 che, oltre a quelli già indicati, ha espressamente richiamato anche gli obblighi imposti con il d.l. 30 settembre 2003 n. 269 convertito con la legge 24 novembre 2003 n. 326. Fra questi, l'obbligo di aderire alle disposizioni sul

trattamento elettronico delle prescrizioni mediche, per il cui adeguamento le Regioni paventano un incremento di costi in assenza tuttavia di una corrispondente copertura da parte del legislatore nazionale¹⁰.

Con riguardo alle su esposte considerazioni è forte la preoccupazione di un risultato 2003 che, a consuntivo, rischia di registrare un disavanzo superiore rispetto a quanto sin qui evidenziato, mentre sembra prendere consistenza la previsione da parte regionale di un disavanzo 2004 non inferiore a 5.000 milioni di euro.

Ciò posto, l'analisi sugli ultimi tre anni mette intanto in chiaro un'evoluzione della spesa che, al netto di quella attribuibile al Bambin Gesù e ad altri enti, mostra un andamento in crescita del 5% circa nella media annuale, ove a pesare di più è il risultato definitivo del 2001 e 2002 (+ 8,6% e + 6,8%), mentre flette considerevolmente lo scostamento dell'ultimo anno (+ 1,6%).

Rispetto al PIL, la componente percentuale della spesa, ivi compresa quella riferita all'Ospedale Bambin Gesù, è nei tre anni rispettivamente pari al 6,2%, 6,3% e 6,3%.

Si tratta di valori inferiori a quelli della maggior parte dei paesi sviluppati e che si collocano altresì sotto alla media registrata dall'OCSE¹¹.

Resta tuttavia la non coerenza rispetto ai margini di copertura offerti annualmente in sede di definizione del fabbisogno e dalle fonti di finanziamento riservate ai livelli essenziali.

Per altro verso dati recenti mostrano come il contenimento nella dinamica della spesa sanitaria pubblica nel recente periodo si sia coniugato con una consistente crescita della spesa privata con una tendenza al ridimensionamento dell'intervento pubblico favorito da recenti interventi di politica sanitaria, specie nel settore della farmaceutica (v. parag. 5).

¹⁰ Parere espresso dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni sul DDL finanziaria 2004.

¹¹ Fonte: OECD *Health data 2003*

2. La spesa sanitaria di parte corrente

Analisi per categorie economiche

Il volume globale della spesa sanitaria nazionale di parte corrente segna nell'ultimo triennio (2001-2003) un aumento medio annuo pari al 5%, che si scompone per ciascun anno in percentuali del +8,6%, +6,8%, +1,6%. L'anno che maggiormente ha pesato sulla crescita del triennio è il 2001 anche a causa della forte crescita della spesa farmaceutica.

Quanto agli anni 2002 e 2003, i dati sono ancora provvisori e perciò condizionati dallo slittamento nei finanziamenti con rischio di risultati definitivi meno positivi.

I dati acquisiti consentono tuttavia di evidenziare le voci economiche che maggiormente pesano nella totale composizione della spesa, con riferimento al triennio 2001-2003, ivi compresa la differenza fra saldo delle voci economiche e saldo dell'*intra-moenia*. Quanto al primo, il riferimento è a fattori che determinano ricavi e costi imprevisti (sopravvenienze e insussistenze) o maggiori ricavi da alienazioni patrimoniali (plusvalenze) e minori ricavi (minusvalenze) oppure accantonamenti per rinnovi contrattuali o per fronteggiare futuri costi. Quanto al saldo *intra-moenia*, va chiarito che le aziende ne registrano contabilmente i ricavi per poi corrispondere al personale la compartecipazione all'attività libero professionale e trattenere i restanti ricavi a sterilizzazione dei costi di produzione.

Nell'ultimo anno quasi tutte le grandi voci di spesa mostrano una flessione nella dinamica di crescita o una diminuzione rispetto agli anni precedenti.

Il che vale per la farmaceutica (11.163,31 milioni di euro), con una flessione percentuale del 6,2% che segue il già riscontrato rallentamento del 2002 grazie alla reintroduzione dei tickets in diverse Regioni e ad incisivi provvedimenti adottati dal Governo per il contenimento di questa spesa (v. infra, parag. 5). La spesa per medicinali resta tuttavia, anche nel 2003, al di sopra del limite del 13% rispetto alla spesa corrente complessiva (art. 3 della legge 405/2001 di conv. del d.l. 347/2001). Notevole nel 2003 la crescita di spesa per beni e servizi, (+7,6%) che sostanzialmente mantiene la dinamica dell'anno precedente e che invece nel 2001 aveva fatto registrare modesto incremento (+1,3%). Parte di questo incremento è dipeso dalla distribuzione diretta dei farmaci, incentivata su tutto il territorio nazionale a partire dalla disposizione recata all'art. 8 del d.l. 347/2001. Ulteriore incidenza è dovuta al crescente livello di tecnologia nei beni utilizzati in sanità.

Modesta nel 2003 la crescita del costo del personale (+0,9%) che conserva, con l'importo complessivo di 27.943 milioni di euro, il peso più elevato quanto a composizione della spesa corrente sanitaria (circa il 35%). La modesta crescita sconta tuttavia il ritardo nel rinnovo dei contratti relativi al biennio economico 2002-2003 con conseguente slittamento degli oneri sull'anno successivo (v. parag. seguente).

Nella composizione della spesa corrente sanitaria, elevato è il peso percentuale del personale (34,6%) e della spesa per "beni e servizi" (23,1%) mentre la "farmaceutica" e l'"ospedaliera convenzionata" assorbono rispettivamente il 13,8% e il 10,3%.

Una analisi sulla variabilità regionale consente di rilevare come, nella composizione del costo complessivo dell'assistenza sanitaria, più elevato sia il contributo percentuale di Lombardia, Campania, Sicilia, Lazio, Veneto, alle quali va rivolta particolare attenzione per il peso che le rispettive scelte sono suscettibili di rappresentare sugli equilibri del settore e di riflesso sugli indicatori di finanza pubblica.

Il sistema sanità riferibile a ciascuna di tali realtà regionali mette in risalto differenziati percorsi, ma pure differenze strutturali che ne condizionano le risposte alla volta di risultati in linea o no con le attese.

Così per la Regione Lazio, ove il problema dei Policlinici e dei rapporti con l'Università aggiunge ulteriori motivi di complessità ad un quadro già di per sé affannato nelle problematiche del settore.

Quanto alla Lombardia, la questione coinvolge scelte strutturali, che puntano sul coinvolgimento delle strutture private nella implementazione dell'offerta sanitaria.

Da dire che, a parte la maggiore apertura al mercato privato, sono poi alcuni dati strutturali ad influire sulla diversa composizione della spesa e sui suoi valori. Ciò vale, in particolare, per le caratteristiche della popolazione residente, con specifico riferimento alla incidenza della popolazione anziana (anni 65+), e alle differenti caratteristiche strutturali dell'offerta, con presenza o meno di Policlinici Universitari, IRCCS e di altre strutture equiparate alle pubbliche o accreditate.

Per quanto riguarda la popolazione anziana (anni 65+), la percentuale di incidenza pone al primo posto la Liguria (24,7%), seguita da Umbria (22,21%), Emilia Romagna (22,05%), Toscana (21,89%), Marche (21,32%).

Relativamente alla complessità delle strutture ospedaliere, la Lombardia segna il maggior numero di IRCCS (18), il Lazio registra nella sua rete di offerta ospedaliera 8 IRCCS, 2 Policlinici e 8 ospedali classificati.

4. La spesa per il personale

La spesa per il personale¹² rappresenta la voce di maggiore peso percentuale nella composizione della spesa sanitaria corrente: 34,6% nel 2003.

I reiterati provvedimenti sul blocco delle assunzioni, recati nelle ultime finanziarie, intesi al contenimento di tale voce di spesa, hanno influenzato il relativo tasso di evoluzione che, pari al 7,6% nel 2000, rallenta a partire dal 2001 (+4,7%) e nel 2002 (+3,2%) ma più ancora nel 2003 (+0,9%).

Da dire tuttavia che, specie il risultato dell'ultimo anno, riflette lo slittamento al 2004 degli oneri relativi al rinnovo dei contratti nazionali di lavoro, sia del comparto sanitario, sia della dirigenza, per il biennio economico 2002-2003.

Sul primo degli indicati contratti, la Corte si è espressa una prima volta - il 20 marzo scorso - con certificazione non positiva a causa della mancata copertura finanziaria e, successivamente - il 16 aprile - disponendo l'invio al Parlamento di apposito referto ai sensi dell'art. 47, comma 5, del d.lgs 165/2000 (SS.RR. Delib. 16- 28.4.2004 n.11 Contr/CL).

Il costo del contratto 2002-2003 del solo comparto SSN, per il biennio e gli effetti sul 2004, è pari (v. parag. 2.4) a 2,5 miliardi di euro (al netto IRAP), dei quali solo 328 milioni a carico dello Stato, che sono destinati a pesare sui costi sanitari dell'anno in corso, con riguardo al quale le Regioni non hanno mancato di esprimere serie preoccupazioni.

La Corte ha più volte segnalato come il capitolo relativo al personale sia quello che maggiormente mette a rischio i risultati delle gestioni sanitarie. L'attuale sistema di contrattazione collettiva non consente fra l'altro di indicare con precisione la copertura dei costi con riferimento ai bilanci delle aziende e/o delle Regioni che dovrebbero sostenerli. La situazione seppure riferibile anche ad altre realtà decentrate, è particolarmente grave per la sanità ove il personale pesa finanziariamente per il 35% sul totale dei costi (riferimento anno 2003) e per oltre il 50% sulla spesa ospedaliera.

Il ritardo nei rinnovi contrattuali ha influito sulla dinamica del costo del personale e sulla relativa percentuale di composizione della spesa totale, la cui incidenza flette nel 2003 (34,6%; 35,2% nel 2002) con differenze regionali tuttavia influenzate anche dai sistemi di erogazione delle prestazioni, come pure dal diverso rapporto dipendenti/popolazione, nonché dalla quota di medici a tempo pieno.

¹² Per i dati riportati nel presente paragrafo, la fonte per le elaborazioni Corte è: Ministero della salute – Direz. Generale della programmazione e Dipartimento Statistica. Per il costo del contratto nazionale: Ministero economia e finanze.

Ed invero, il confronto interregionale risente della differente distribuzione territoriale di IRCCS, Policlinici, Ospedali classificati e altre strutture equiparate pubbliche, come della presenza maggiore o minore di offerta sanitaria privata.

A riguardo, i dati disponibili più recenti, seppure riferiti al 2002, mostrano come, rispetto al totale generale di personale adibito all'offerta sanitaria pubblica, oltre il 10% sia alla dipendenza di strutture di ricovero equiparate pubbliche, il cui costo come detto non figura nel dato relativo al costo del personale del SSN. Più della metà del personale delle strutture equiparate (66,9%) appartiene al ruolo sanitario. Le Regioni ove maggiormente si concentra tale categoria di personale sono il Lazio con 21.755 unità (31,0%) e la Lombardia con 17.082 unità (14,7%), le quali, con 38.837 unità, rappresentano complessivamente oltre il 51% del totale. Seguono, ma a distanza: Campania con 7.808 unità, Puglia con 5.445, Sicilia con 5.583, Piemonte con 5.002, Liguria con 4.293.

Per restare al dato numerico, altra considerazione è sull'evoluzione del dato quantitativo riferito al personale delle due categorie indicate, che se recupera in termini numerici rispetto al 2001 in entrambe le categorie, espone diversa tendenza con riguardo all'anno 2000.

Rispetto al 2000, il 2003 espone infatti una crescita di personale nelle strutture equiparate di 1.556 unità (+2%), a fronte di una diminuzione di personale del SSN di 18.638 unità, percentualmente pari a -2,7% con conseguente spostamento dell'occupazione in sanità dall'una all'altra categoria.

Quanto ai dipendenti del SSN, la flessione rispetto al 2000 si registra specialmente nel ruolo sanitario e professionale. Nelle strutture equiparate l'aumento numerico interessa soprattutto il ruolo sanitario (+1.121 unità).

Relativamente ai dati di costo - riferiti esclusivamente ai dipendenti di aziende sanitarie - gli anni 1999-2003 mostrano come l'incidenza della spesa del personale sul totale della spesa corrente, pari a livello nazionale al 34,6% nel 2003, sia tuttavia differente nelle varie realtà territoriali e sia specialmente influenzata dai sistemi di erogazione delle prestazioni (diretta, tramite strutture equiparate, con offerta privata).

Tenendo conto di tali fattori, i costi assumono più realistico significato. Rispetto al peso percentuale medio dell'anno 2003, espongono infatti livelli superiori quelle Regioni ove la componente di ricoveri convenzionati equiparati pubblici è meno estesa o inesistente; così in Umbria (39,6%), Calabria (41,2%), Toscana (38,9%), Emilia Romagna (36,8%), Piemonte (36,6%), Molise (36%), Abruzzo (36,2%). Risultato opposto è registrabile in realtà ove forte è la presenza

di IRCCS, Policlinici universitari, ospedali classificati e altri istituti equiparati, il cui costo del personale è incluso in altra voce economica. E' questo il caso di Lazio (28,7%), Lombardia (29,9%), Puglia (33,1%), Campania (33,3%).

Va inoltre considerata la differente presenza dell'offerta sanitaria privata che prosciuga ulteriormente il peso percentuale del costo del personale sanitario pubblico, come pure indicativi a riguardo sono i dati di mobilità ospedaliera e i correlativi saldi attivi o passivi. Nel Lazio, in Campania, in Lombardia è elevato il numero delle case di cura accreditate e la quota di mercato da queste assorbita. Quanto alla mobilità, i saldi attivi di Emilia Romagna, Toscana e Veneto implicano l'esigenza di maggiore offerta sanitaria a favore di altre realtà regionali con percentuale inversa quanto a costo del personale.

La disaggregazione del costo del personale, con riguardo ai vari ruoli nei quali si ripartisce il complesso dei dipendenti, mette in chiaro la decisa prevalenza della spesa per il ruolo sanitario (medici e infermieri) che assorbe nell'anno 2003 una percentuale del costo complessivo del personale pari al 79,1% (22.094 milioni di euro/27.943 milioni di euro), mentre assai inferiore è la componente di spesa riferibile ai ruoli tecnico (12,6%), amministrativo (8%) e professionale (0,4%).

Da notare le differenze esistenti fra le Regioni ove, con riguardo al ruolo sanitario, un livello di composizione superiore alla media lo si rileva, al Nord, in Veneto, Liguria, Emilia Romagna; al Centro, in Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo; al Sud - Isole, nel Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia, Sardegna.

Quanto alla disciplina sul rapporto esclusivo e sull'esercizio della libera professione intramuraria, è da registrare la recente conversione in legge del d.l. 81 del 2004, con la trasformazione del rapporto di lavoro dei medici "a tempo pieno" e la conservazione dell'indennità di esclusività, salva la possibilità di optare per il rapporto di lavoro non esclusivo. Viene meno perciò la condizione cui sembrava legata l'attribuzione dell'indennità, cioè, l'irreversibilità della scelta. Dati recenti¹³ consentono di rilevare il costo corrispondente all'indennità di esclusività, in rapporto al compenso complessivo corrispondente ai ricavi intramuraria al netto della compartecipazione al personale medico. Ora, posta la percentuale del 93,5% di dirigenti con rapporto esclusivo, il costo complessivo per l'indennità di esclusività è stato nel 2002 pari a 1.350 milioni di euro per medici, veterinari, odontoiatri (1.501 milioni di euro l'importo complessivo), mentre poi - a fronte di ricavi per attività libero professionali pari a 800 milioni di euro - ammontano a

¹³ Fonte per il costo dell'esclusività: RGS – *Elaborazioni su dati del Conto annuale 2002 – dati relativi ad asl e aziende ospedaliere*;
Fonte per ricavi e costi attività intramuraria: Ministero della salute – dati di preconsuntivo aggiornati ad aprile 2004.

703 milioni i corrispettivi erogati a favore del personale per attività libero professionali, con un saldo di soli 96,6 milioni e aggravio perciò del fabbisogno sanitario.

Di qui, la preoccupazione che la nuova disciplina del rapporto di lavoro valga ad estendere ulteriormente l'indennità di esclusività oltre gli attuali livelli già assai elevati. Il che sarebbe favorito dall'eventuale possibilità di corrispondere l'indennità anche per l'ipotesi di scelta dal regime non esclusivo a quello di tipo esclusivo. In ogni caso, trattandosi di scelta legislativa assunta a livello nazionale, degli eventuali oneri aggiuntivi dovrà farsi carico il bilancio statale.

5. La spesa farmaceutica¹⁴

La spesa farmaceutica netta, pari nel 2003 a 11.163,31 milioni di euro, ha assorbito, negli ultimi tre anni (2001, 2002 e 2003), una percentuale rilevante della spesa sanitaria corrente (15,4%, 15,1% e 13,8%) e permane, anche nell'ultimo anno, ad un livello superiore a quello fissato con l'accordo dell'8 agosto 2001 (13,8%>13%), nonostante la consistente flessione nella dinamica annuale che passa da una crescita del 33,3% dell'anno 2001, ad una diminuzione del 6,08% del 2003.

Tale miglioramento trova conferma nella spesa netta pro-capite che, pari a 191,35 euro, flette del 5,4% rispetto al 2002. Diminuisce la spesa netta per ricetta (-2,7%) e minore, rispetto all'anno precedente, è il numero delle ricette complessivo (-0,8%) e pro-capite (-2,9%).

Sulla determinazione del livello totale della spesa netta influisce sia la misura posta a carico delle farmacie con lo sconto disposto a favore del SSN, pari nel 2003 a complessivi 617 milioni di euro, sia i ticket, introdotti dalla maggior parte delle Regioni e che, nel 2003, hanno assicurato oltre 640 milioni di euro¹⁵.

Il miglioramento dei risultati 2003 è in larga misura dipeso dai provvedimenti adottati, a partire dall'anno 2001, da parte sia del livello nazionale, sia di quello regionale.

Si pensi: a) alla possibilità di assicurare l'erogazione diretta, da parte delle strutture pubbliche, dei farmaci necessari al primo ciclo terapeutico o al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale o la possibilità di accordi con le farmacie per consentire il rifornimento di medicinali alle medesime condizioni della distribuzione diretta (art.8, legge 405/2001)¹⁶; b) alla riduzione del prezzo dei farmaci del 7%, rispetto al 5% già introdotto a maggio 2002 (d.l. 15.4. 2002 n. 63, conv. con l. 112 del 2002); c) alla revisione della lista positiva dei farmaci rimborsabili (Prontuario Farmaceutico Nazionale) avvenuta a novembre 2002 e a gennaio 2003; d) all'applicazione del prezzo di riferimento per i "genericabili" (d.l. 138/2002, conv.con l. 8.8.2002 n. 178)¹⁷; e) alla proroga al

¹⁴ Fonte dei dati riportati nel presente paragrafo: Ministero della salute – Direz. Generale della programmazione (aggiornamento marzo 2004) e Agenzia dei servizi sanitari regionali (Assr) (aggiornamento aprile 2004).

¹⁵ A fronte di una incidenza percentuale media del 5,2% sulla spesa farmaceutica lorda, i ticket più elevati per importo percentuale si riscontrano in Liguria (9,8%), Lombardia (9,4%), Piemonte (9,3%), Puglia (7,7%), Sicilia (7,4%), Veneto (7,2%).

¹⁶ Recentemente la questione della distribuzione diretta è venuta in evidenza per assorbirla nel generale parametro di riferimento del limite percentuale consentito nella composizione della spesa corrente sanitaria che, ai sensi dell'art. 48 del d.l. 269/2003 (convertito con legge 326/2003) è fissata al 16% ma comprende oltre quella territoriale anche quella a distribuzione diretta per il trattamento dei pazienti in regime di ricovero.

¹⁷ Viene sostituito il comma 1 dell'art. 7 del d.l. 347/2001 conv in legge 405, nel senso che i medicinali aventi uguale composizione di principi attivi sono rimborsati al farmacista dal SSN al prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile. Il Prontuario dovrà essere rimodulato sulla base del criterio costo/efficacia. A livello regionale l'incidenza della spesa per farmaci generici, sulla spesa

2003 del limite, per le imprese farmaceutiche, di organizzare o finanziare congressi, convegni e riunioni all'estero su tematiche aventi oggetto medicinali¹⁸.

Rispetto ai risultati positivi del 2003, va tuttavia registrata un'evoluzione in controtendenza nei primi tre mesi del 2004 che espongono una crescita dell'8,1% nel confronto con l'analogo periodo del 2003, specialmente attribuibile a Sicilia, Lombardia, Liguria, Lazio e Puglia¹⁹. A tale incremento della spesa ha contribuito l'attenuarsi dell'effetto dei tickets, la cui riduzione di impatto è dovuta agli interventi di alcune Regioni che, nel corso del 2003 e a inizio 2004, hanno deciso di allentare il peso della compartecipazione alla spesa a carico degli assistiti, ampliando altresì il numero dei soggetti esenti.

Oltre a ciò, è soprattutto l'aumento delle prescrizioni per alcune categorie di medicinali particolarmente costosi ad avere spinto la spesa farmaceutica oltre livelli di evoluzione coerenti con le percentuali di copertura fissate nel d.l. 269 del 2004 (16% della spesa corrente 2004 ivi compresa la quota in distribuzione diretta). A causa di tale impennata, sono le misure predisposte dal Ministero della salute nel recente d.l. che, mentre conferma a carico delle industrie farmaceutiche il 60% dello sfondamento del tetto di copertura e dispone le modalità operative le quali dovrebbero scattare già con riferimento agli esiti dei primi mesi del 2004 per arginare il tasso di evoluzione di tale voce di spesa.

Per la fine di giugno è previsto l'inizio dell'attività della Agenzia italiana del farmaco (Aifa), prevista dal d.l. 269/04, il cui regolamento operativo è stato approvato a seguito di intesa con le Regioni e nominati i componenti nelle due commissioni "prezzi" e comitato tecnico. Sarà compito dell'Agenzia assumere le ulteriori misure necessarie a frenare la dinamica dei prezzi dei medicinali.

Per restare all'anno 2003, un aspetto di rilievo da segnalare riguarda il costo complessivo della farmaceutica, comprensivo cioè sia della spesa pubblica, sia della spesa privata, il quale cresce nel 2003 del 2,3% a causa dell'aumento dei costi a carico dei cittadini (+17,4%).

Nel 2003 la spesa privata assorbe il 38,4% della spesa farmaceutica totale al netto dello sconto, mentre nel 2002 il peso percentuale della spesa privata è stato pari al 33,5%²⁰. I provvedimenti più recenti, se hanno contribuito, come detto, ad

totale, appare diversificata, laddove rispetto ad una media nazionale del 12,3%, al primo posto è la Toscana (16,1%), seguita da Umbria (14,5%) e Emilia Romagna (14%), che confermano politiche di favore per il ricorso ai generici.

¹⁸ Tali disposizioni, introdotte con il d.l. 63/2002 convertito con la legge 112/2002 hanno ristretto, nel limite del 50% di quanto autorizzato l'anno precedente, la misura dei finanziamenti per congressi e convegni 2002. Anche a tale disciplina è attribuibile il raffreddamento dei costi nella farmaceutica negli anni 2002 e 2003.

¹⁹ Dati riferiti ai primi quattro mesi registrano un ulteriore incremento con un + 10,1% rispetto all'analogo periodo 2003.

²⁰ Dati di spesa e consumo farmaci: Ministero della salute e IMS *Health*

arginare la preoccupante dinamica del costo dei medicinali, non hanno potuto evitare un parziale, ma non secondario, spostamento a carico dei cittadini. In particolare, la crescita 2003 della spesa privata si scompone nelle percentuali di variazione in crescita del 2,5% per compartecipazione alla spesa, dell'1,1% per acquisto privato di farmaci rimborsabili, dell'1,6% per farmaci di classe C e dell'1,1% per automedicazione. Flette di conseguenza la copertura a carico del SSN che pari nel 2002 al 66,5% della spesa totale farmaceutica segna nel 2003 la minore percentuale del 61,6%.

Con particolare riferimento al livello regionale, va rilevato come nel 2003 si riscontrino andamenti di spesa differenziati specie fra Nord e Sud-Isole, anche a motivo del diverso utilizzo degli strumenti di contenimento, quali il controllo sulle prescrizioni mediche, gli incentivi sui farmaci generici, la distribuzione diretta dei farmaci, i tickets, le limitazioni alle prescrizioni. La spesa pro-capite registra valori superiori alla media nazionale in tutte le Regioni del Sud, come pure in Sicilia e Sardegna. Sotto media tutto il Nord, ad eccezione della Liguria; al Centro, sopra media sono Lazio, Abruzzo e Marche.

A riguardo, va pure segnalato come la distribuzione diretta si coniughi con costo medio più basso, in quanto al risparmio sul prezzo dei medicinali, spesso i più costosi, si aggiunge poi, sul piano della rilevazione contabile, l'inclusione della relativa spesa non nella "farmaceutica convenzionata" ma nella voce "beni e servizi" con conseguente effetto di sottostima per il corrispondente importo. Proprio per avere dati precisi a riguardo, questa Corte ha avviato una specifica analisi tramite le Sezioni regionali per acquisire dati precisi sul costo della distribuzione diretta dei farmaci.

Quanto al rispetto del limite del 13% nella composizione della spesa corrente complessiva (previsto anche per il 2003), si ripete ancora una volta il risultato negativo per il Sud-Isole, con tutte le Regioni sopra il tetto di spesa e percentuali specialmente elevate in Calabria (17,3%) Sicilia (16,9%) e, quanto al Centro, nel Lazio (16,3%); mentre tutto il Nord è sotto il 13% ad eccezione della Liguria (14,3%).

In relazione infine al peso percentuale pubblico/privato, nelle Regioni ove sono state reintrodotte compartecipazioni (Lombardia, Veneto, Puglia, Sicilia) si assiste, in generale, a una più sensibile diminuzione della spesa pubblica e contestuale aumento di quella privata anche superiore alla media nazionale. Le Regioni che hanno optato per altre politiche, quali particolari modalità distributive (Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Marche) evidenziano una contrazione nella

spesa pubblica ma non tassi di crescita della spesa privata superiori alla media nazionale.

Da ricordare, infine, che il 16 gennaio 2003 è entrato in vigore il Prontuario Farmaceutico che ha ridotto a due le fasce di farmaci: Fascia A relativa a farmaci a carico del SSN e Fascia B con farmaci non rimborsabili. Viene eliminata la fascia C che prevedeva farmaci parzialmente rimborsabili con compartecipazione al 50%.

6. I livelli essenziali di assistenza

La percentuale di composizione dei tre livelli dell'assistenza sanitaria si ritaglia nell'ambito di obiettivi che, nel recente periodo, hanno visto i PSN privilegiare le attività di prevenzione rispetto alla eccessiva prevalenza dell'assistenza ospedaliera.

Nel mettere a confronto le previsioni programmatiche 2002 e 2003, con riferimento alle rispettive proposte CIPE, differenze percentuali confermano la tendenza indicata dal momento che, a fronte di una ripartizione 2002 nei tre livelli rispettivamente pari ad una quota del 5% per la "prevenzione", del 49% all'attività distrettuale e del 46% alla funzione ospedaliera, tali quote percentuali subiscono la modificazione dei nuovi criteri definiti in Conferenza Stato-Regioni del 6 febbraio 2003 per la ripartizione del finanziamento al fabbisogno, ove se resta al 5% la "prevenzione", ulteriore riduzione viene proposta per l'ospedaliera (45%) a favore della distrettuale (50%).

I risultati 2002²¹ si discostano tuttavia dalla articolazione programmatica con percentuali nei tre livelli rispettivamente pari al 3,6% per la "prevenzione", 48,5% per la distrettuale, 47,9% per l'ospedaliera.

6.1 L'assistenza ospedaliera e la variabilità dei costi

Nella composizione della spesa complessiva per l'assistenza sanitaria, di rilievo – come si è visto - è il peso percentuale assorbito dalla spesa ospedaliera (47,9%), i cui costi assumono tuttavia livelli differenziati nelle varie realtà regionali.

Sulla base dei primi risultati di una indagine condotta dalla Corte tramite l'attività delle Sezioni regionali, nel confronto altresì con dati analoghi della Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), è possibile riscontrare relativamente all'anno 2002 la variabilità del dato di costo medio per ricovero presente in ciascuna Regione. Le punte più elevate sono al Nord, con Bolzano che espone un costo medio unitario di 4.251 euro. Al Centro i ricoveri costano in media di più nel Lazio, mentre sotto media è la Toscana. Quanto al Sud, a fronte del dato medio nazionale di circa 3.000 euro per ricovero, si collocano al di sotto tutte le Regioni meridionali e l'Abruzzo.

Tali dati assumono maggiore chiarezza se posti a confronto con i principali indicatori di attività²², quali la complessità dei casi trattati²³ e la presenza di popolazione anziana (65+).

²¹ Fonte dei dati: Ministero della salute (aggiornamento maggio 2004).

²² Fonti degli indicatori di attività: primi elementi forniti dalle Sezioni regionali della Corte, integrati con i dati del Ministero della salute – Dipartimento statistica.

²³ Si tratta dei ricoveri con peso >2,5, secondo il DM 30 giugno 1997.

Non a caso, la percentuale di ricoveri complicati assume livelli più elevati al Nord e al Centro, mentre sotto media è il Sud. Con specifico riferimento ai presidi e alle aziende ospedaliere, il dato medio di complessità nazionale segna rispettivamente il 4,2% e il 7,1%, a fronte dei quali, mentre per le aziende ospedaliere i casi più complicati sono in Veneto (10,9%), in Toscana (10,3%) e in Liguria (10,3%), quanto ai presidi, sono invece il Friuli e l'Emilia Romagna ad avere il primato della complessità dei ricoveri (7,5% e 6,4%). Al Centro, è il Lazio che spicca per indice di complessità ma solo per ricoveri in aziende ospedaliere (9,5%), mentre è sotto media quanto ai presidi ospedalieri (3,6%).

Se la complessità dei casi trattati è in parte influenzata dalla presenza di popolazione anziana (Liguria, Emilia Romagna e Umbria sono ai primi posti), essa tende altresì ad associarsi ad una degenza media più lunga, riscontrabile infatti nelle Regioni del Nord e del Centro che trattano casi complessi.

Altrettanto vale per il numero di posti letto messi a disposizione della popolazione, il cui limite di 5 per mille abitanti è in genere superato nelle Regioni del Nord e nel Lazio, ove la complessità dei casi allunga la degenza e deve far conto su un numero di più letti a disposizione. Con riguardo al dato nazionale, la media di 5 letti per mille abitanti sconta, peraltro, il mancato rispetto alla riserva dell'1 per mille a riabilitazione e lungodegenza (legge 405/2001).

In uguale coerenza si pone il tasso di ospedalizzazione che, laddove minore è la frequenza di casi complessi, cioè al Sud, espone indici più elevati, del resto coniugati a degenza media più breve e a minor numero di posti letto per mille abitanti.

La diversa morfologia riscontrabile nella casistica dell'attività ospedaliera e nelle prestazioni, per qualità e quantità rese nelle differenti realtà regionali, si riflette altresì negli effetti negativi collegabili alla mobilità ospedaliera. Le strategie poste in atto dalle Regioni, nel perseguimento di traguardi di appropriatezza nei ricoveri riferiti ai 43 DRG -con riguardo ai quali privilegiare il day hospital rispetto al ricovero ordinario- subiscono un consistente indebolimento specie a fronte della mobilità di confine che riscontra differenti -spesso meno severi- criteri di appropriatezza per i ricoveri nonché differenze tariffarie specie nella specialistica ambulatoriale²⁴ e rischia altresì di allentare gli effetti legati a politiche regionali misurate sul collegamento del livello delle tariffe ospedaliere con i limiti definiti di offerta.

²⁴ Principali fenomeni riguardano la disomogeneità dei criteri di accesso e di appropriatezza riferiti a prestazioni strumentali quali: RMN, TAC, ECOCOLORDOPPLER.

Si tratta, in entrambi i casi, di fenomeni per i quali occorre favorire il ricorso generalizzato ad accordi bilaterali fra aziende sanitarie, nell'ambito tuttavia di intese interregionali ispirate al contenimento della domanda sanitaria in mobilità.

Va richiamato, a riguardo, quanto affermato nella relazione sulla finanza regionale dello scorso anno (Parte III, parag. 8), a proposito del rischio di inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri riferiti ai 43 DRG individuati dal Ministero della salute nei cui confronti privilegiare il regime di day hospital. Comportamenti più virtuosi adottati in alcune Regioni scontano a causa della mobilità passiva regole meno severe adottate specie dalle Regioni confinanti (v. Tab 6/REG allegata)²⁵.

Le esposte considerazioni offrono spunto ad una riflessione che coinvolge, da un lato, la sovraesposizione di finanziamento a fronte di indici di attività e prestazione sotto media, per altro verso, l'esigenza di interventi intesi a restituire alle Regioni del Sud un livello di prestazioni ospedaliere capace di corrispondere ad un più elevato indice di appropriatezza.

La spesa sanitaria, tirata da una bassa dinamica della produttività del lavoro, associata ad inevitabile crescita del suo costo per unità di prodotto, manifesta una strutturale tendenza ad evolvere ad un tasso superiore al PIL. Il che – come si è visto – non esclude il contributo di inefficienze nell'organizzazione e nella gestione delle attività. Di qui, anche l'opportunità di incentivi all'efficienza, sia tramite adeguate azioni volte a realizzare una sostanziale riqualificazione della rete ospedaliera, con ri-orientamento funzionale dei piccoli ospedali²⁶, sia meglio curando il disegno alla base dei meccanismi allocativi.

²⁵ La Tabella 6/REG riporta i dati corretti rispetto a quelli originariamente recati nella relazione 2001-2002 e già oggetto di errata-corrige nel sito della Corte dei conti

²⁶ Il PSN 2003-2005 include fra i suoi obiettivi la riorganizzazione della rete ospedaliera specie con riguardo agli ospedali minori che dovrebbero essere destinati al primo soccorso e alla diagnostica di base. Manca a riguardo un adeguato profilo attuativo.

**Tabella 6 - INDICATORI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE A RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA
ANNO 2001**

(dati numerici)

REGIONI	TOTALE RICOVERI ACUTI 1	Day Hospital e Day Surgery 2	Ordinari brevi < 2gg 3	TOTALE 4 = 2 + 3	Ordinari > = 2gg 5	Incidenza % 6 = 5/1	Ricoveri rapportati alla media del 56,8% 7	Ricoveri a rischio di non appropriatezza 8 = 5 - 7
PIEMONTE	190.855	72.326	13.276	85.602	105.253	55,1	108.368	
VALLE D'AOSTA	4.827			2.153	2.674	55,4	2.741	
LOMBARDIA	482.038	124.106	74.986	199.092	282.946	58,7	273.703	9.243
P.A. BOLZANO	18.794	4.046	2.411	6.457	12.337	65,6	10.671	1.666
P.A. TRENTO	22.281	7.500	254	7.754	14.527	65,2	12.651	1.876
VENETO	230.894	100.008	17.266	117.274	113.620	49,2	131.102	
FRIULI V.G.	39.172	17.532	9.863	27.395	11.777	30,1	22.242	
LIGURIA	102.654	37.697	11.342	49.039	53.615	52,2	58.287	
E. ROMAGNA	209.908	110.448	22.923	133.371	76.537	36,5	119.186	
TOSCANA	178.763	74.574	17.001	91.575	87.188	48,8	101.502	
UMBRIA	44.459	26.364	4.762	31.126	13.333	30,0	25.244	
MARCHE	85.443	32.182	21.892	54.074	31.369	36,7	48.515	
LAZIO	305.021	99.151	32.031	131.182	173.839	57,0	173.192	647
ABRUZZO	105.874	25.753	11.377	37.130	68.744	64,9	60.116	8.628
MOLISE	20.267	2.826	2.947	5.773	14.494	71,5	11.508	2.986
CAMPANIA	295.906			111.149	184.757	62,4	168.016	16.741
PUGLIA	277.960	68.348	29.434	97.782	180.178	64,8	157.827	22.351
BASILICATA	31.450	9.041	3.361	12.402	19.048	60,6	17.857	1.191
CALABRIA	118.253	26.649		26.649	91.604	77,5	67.144	24.460
SICILIA	348.611	121.274		121.274	227.337	65,2	197.942	29.395
SARDEGNA	103.689	32.399	9.777	42.176	61.513	59,3	58.875	2.638
TOTALE	3.217.119	992.224	284.903	1.390.429	1.826.690	56,8	1.826.690	
ECCEDENZIA TOTALE								121.822

FONTE: istruttoria delle Sezioni Regionali di controllo, coordinata dalla sede centrale della Corte dei conti

* Per la Campania e la Valle d'Aosta i dati sono del Ministero della salute e si riferiscono all'anno 2001