

Lo stato della sanità in Italia

1 Introduzione e sintesi

In attesa del nuovo Patto per la salute 2019-2021, alla cui sottoscrizione entro la fine del 2019 (DL 124/2019) è condizionato l'incremento del finanziamento al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (2 miliardi per il 2020 e 3,5 per il 2021)¹, il presente Focus fornisce un quadro generale delle condizioni attuali del sistema sanitario italiano, mettendone in evidenza alcuni aspetti problematici. Le criticità rilevate rappresentano questioni centrali anche del confronto finanziario e programmatico tra Governo e Regioni, che attualmente si rinnova dopo un lungo periodo di sospensione (il più recente Patto per la salute era riferito agli anni 2014-16).

Il SSN, confrontato con i sistemi sanitari degli altri paesi industrializzati e, in particolare, con quelli europei, appare piuttosto efficiente (poco costoso) e, in base ad alcuni indicatori, anche abbastanza efficace. Tuttavia, negli anni si è assistito, in relazione con le politiche di consolidamento adottate, a un

significativo disinvestimento nella sanità pubblica, che si manifesta con carenze soprattutto sulla dotazione di personale. La contrazione delle risorse ha favorito solo in parte miglioramenti dell'efficienza e una efficace riorganizzazione dell'offerta. Ne sono derivate conseguenze sull'accesso fisico ed economico, soprattutto nel periodo della crisi, e uno spostamento di domanda verso il mercato privato.

Malgrado nel confronto internazionale la spesa sanitaria italiana risulti alquanto contenuta, la preoccupazione di controllarne la crescita è stata sempre viva, per i vincoli derivanti dall'elevato debito pubblico e per l'asimmetria tra la responsabilità della spesa (in capo alle Regioni) e quella della raccolta del finanziamento (in larghissima parte proveniente dalla fiscalità generale); questa asimmetria, presente sin dalla nascita del SSN nel 1978, è rimasta irrisolta anche dopo la riforma costituzionale del 2001, che ha consolidato l'autonomia delle Regioni e ha stabilito una competenza concorrente sulla tutela della salute². Pertanto, negli anni

¹ L. 145/2018.

² France, G. (2006), "Seeking a better balance: Developments in intergovernmental relations in Italian health care", Eurohealth, vol. 13, n. 3.

duemila sono state impostate una serie di regole volte a monitorare la spesa regionale e a rientrare dagli sforamenti dei bilanci. Nel corso degli anni, inoltre, le manovre di finanza pubblica hanno imposto forti ridimensionamenti dei finanziamenti rispetto a quanto precedentemente concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni, obbligando a contenere la spesa attraverso le misure individuate centralmente oppure con interventi alternativi. Per il futuro, le previsioni di spesa sanitaria a legislazione vigente contenute nella NADEF 2019 indicano una ulteriore lieve riduzione in rapporto al PIL, dal 6,6 per cento del 2019 al 6,5 nel 2022.

Il divario nella quantità e qualità dei servizi forniti dalle singole Regioni è evidenziato da diversi indicatori. La regolazione sempre più rigida e il controllo centrale progressivamente più stringente sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) sono stati finalizzati prioritariamente, e con successo, al rientro dai disavanzi sanitari e sono stati rivolti solo con ritardo alla garanzia del rispetto uniforme sul territorio dei livelli essenziali di assistenza (LEA), rimanendo a tal fine meno efficaci. La capacità di riorientare i servizi, compensando il ridimensionamento di quelli ospedalieri ordinari con un rafforzamento di quelli territoriali e delle risorse allocate alle nuove tecnologie, non è stata peraltro uniforme sul territorio. Per superare il divario nella capacità di fornire il livello standard di prestazioni che deve essere garantito su tutto il territorio nazionale vanno affrontati i limiti presenti soprattutto in alcune aree del paese, in termini di capacità di programmazione, gestionali e organizzative e anche di resistenza alle pressioni della criminalità organizzata. Le ipotesi estreme ed

emergenziali contemplate di recente, quali la nomina di Commissari *ad acta* diversi dai presidenti delle Regioni e le molteplici misure contenute nel decreto Calabria (DL 35/2019), si collocano in uno stretto crinale tra i dettami costituzionali sulla ripartizione delle competenze e quelli sul rispetto degli standard nazionali, oltre che degli equilibri finanziari. Resta peraltro disatteso l'impegno a superare il rilevante differenziale territoriale nella dotazione di infrastrutture: in un contesto di generale sacrificio della spesa per investimenti nell'ambito del consolidamento delle finanze pubbliche, le previsioni dell'art. 119 della Costituzione sulla perequazione sono rimaste sinora incompiute.

Una delle voci di spesa che hanno risentito maggiormente delle restrizioni è stata quella per il personale, con una riduzione in valore assoluto di quasi 2 miliardi tra il 2010 e il 2018, malgrado il parziale recupero nell'ultimo anno grazie alla ripresa della contrattazione. A questo andamento ha corrisposto un ridimensionamento del numero di lavoratori, compresi medici e infermieri, in particolare nelle Regioni in piano di rientro, e un peggioramento delle condizioni di lavoro (orari, organizzazione, contenzioso, ecc.). Se pure si è preso atto di queste difficoltà, con l'allentamento delle regole per il controllo della spesa, i finanziamenti per le assunzioni, la regolazione dell'orario di lavoro, la licenza di assumere anche medici che non hanno concluso il percorso della specializzazione, rimane prioritario rafforzare la formazione e individuare, nell'ambito del vincolo di bilancio, una risposta all'urgenza di alleviare le attuali carenze di personale.

La riduzione del personale degli enti sanitari pubblici ha accompagnato a sua volta il forte

ridimensionamento delle strutture ospedaliere (con un obiettivo in termini di posti letto nettamente inferiore alla media europea). La diminuzione della quota di spesa per servizi ospedalieri sul totale ha rappresentato un obiettivo esplicito delle politiche sanitarie, volte a spostare le cure su strutture meno costose e più vicine ai cittadini, ma l'insufficiente potenziamento dei servizi territoriali pone un'incognita sul successo dell'operazione, con segnali di razionamento delle prestazioni rispetto ai bisogni, che emergono in particolare nei servizi di emergenza. Nelle Regioni con piano di rientro le carenze strutturali, la presenza di un forte settore privato accreditato, le dimensioni troppo piccole delle strutture e la penuria di risorse rendono più difficile superare i motivi di arretratezza e attuare le necessarie riorganizzazioni.

Negli scorsi anni sono state rilevate anche notevoli criticità nell'equità di accesso ai servizi, che si sono tradotte, tra l'altro, in un forte aumento, fino al 2015, della percentuale di cittadini che dichiarano di aver rinunciato a visite mediche per motivi economici, soprattutto tra quelli con reddito basso (primo quintile). I cambiamenti successivi nelle caratteristiche dei dati disponibili rendono difficile comprendere se questo problema sia stato in seguito in qualche misura alleviato.

Inoltre, l'aumento del costo delle prestazioni specialistiche a compartecipazione (che il DDL di bilancio prevede di eliminare) tende a spostare la domanda verso il privato, con l'ingresso di nuovi attori e il rafforzamento di quelli esistenti. Nello stesso senso vanno le agevolazioni fiscali concesse alle misure di "welfare aziendale". Queste misure favoriscono un sistema categoriale-corporativo alternativo al servizio pubblico,

che si dispiega anche fuori dal campo dei servizi integrativi (essenzialmente rappresentati da odontoiatria e cure a lungo termine). Assecondare questa tendenza e contemporaneamente continuare nella compressione del finanziamento del servizio pubblico potrebbe mettere in discussione l'universalità del sistema vigente, laddove il passaggio a un sistema sanitario mutualistico, o addirittura privatistico, potrebbe avere l'effetto di aumentare la spesa complessiva per la sanità, con pressioni anche su quella pubblica.

Da ultimo si ricorda che nel campo della farmaceutica, con la continua proposizione di costosi farmaci innovativi (per i quali è stato vincolato dal Governo un miliardo di finanziamenti annui), emerge in modo particolarmente evidente la questione del ruolo del progresso tecnico – ritenuto ormai da molti il principale fattore di aumento della spesa – nella gestione dei sistemi sanitari. Oltre alla necessità di far valere il peso degli Stati sul mercato dell'innovazione, affinché i prezzi non lievino fino a diventare inaccessibili per i sistemi pubblici, e di valutare con attenzione il rapporto rischio-beneficio e costo-efficacia dei nuovi prodotti e tecnologie, si osserva che una visione di lungo periodo dovrebbe guardare al progresso tecnico, in tutte le aree della sanità, come a un'opportunità piuttosto che come a una minaccia per la sostenibilità del sistema.

Nel prossimo paragrafo si esamina il SSN a confronto con quello degli altri principali paesi; nel successivo si descrivono le politiche di regolazione della spesa sanitaria e le misure adottate a fini di riequilibrio delle finanze pubbliche; il quarto paragrafo si sofferma sui dati relativi al personale; il quinto paragrafo propone una discussione

su alcune principali problematiche e sfide che il SSN ha di fronte: lo spostamento delle cure dall'ospedale al territorio (par. 5.1), le carenze di personale (par. 5.2), le difficoltà di accesso fisico ed economico (par. 5.3), l'evoluzione del federalismo sanitario e i profondi divari territoriali (par. 5.4), lo spostamento del confine tra pubblico e privato (par. 5.5), la gestione del progresso tecnico nei moderni sistemi sanitari (par. 5.6).

2 Il SSN italiano a confronto con quelli dei principali paesi OCSE

2.1 I livelli e la dinamica della spesa

Ordinando i paesi OCSE in base alla spesa sanitaria pubblica (pubblica amministrazione e schemi obbligatori) corrente in rapporto al PIL (fig. 1), l'Italia si colloca in una posizione abbastanza centrale, con una percentuale del 6,5 per cento nel 2018 (contro il 6,6 della media OCSE non pesata), inferiore a quella della maggior parte dei paesi dell'Europa settentrionale e centrale, degli Stati Uniti, che presentano la quota più elevata³, del Giappone, del Canada e della Nuova Zelanda e superiore a quella rilevata nei paesi dell'Europa meridionale e orientale e in quelli Baltici, in Australia, Irlanda, Lussemburgo, Cile, Israele, Corea, Turchia e Messico. La spesa privata (schemi

assicurativi volontari e spesa diretta delle famiglie) supera appena quella media (2,3 per cento contro il 2,2).

L'Italia perde qualche posizione nella classifica se si passa ai valori *pro capite* (fig. 2). Il SSN spende in media 2.545 dollari per ogni cittadino, un importo molto lontano, ad esempio, dai 5.289 dollari della Norvegia e dai 5.056 della Germania (gli 8.949 dollari degli Stati Uniti includono la spesa delle assicurazioni individuali obbligatorie, come si è visto⁴). Queste differenze non trovano spiegazione nella struttura demografica della popolazione. Al contrario, è noto che i profili di spesa sanitaria mostrano importi più elevati per le persone anziane, e l'Italia è il paese europeo con la maggiore percentuale di individui oltre 65 anni e oltre 85 anni (fig.3, in cui i dati sono ordinati secondo la percentuale di individui con 65 anni o più).

Per un paese come l'Italia, con elevato debito pubblico, il modello prescelto di gestione della sanità, ovvero il servizio sanitario pubblico, oltre a favorire una maggiore equità⁵, rappresenta uno strumento essenziale per controllare i costi, che in altri sistemi, basati su mutue e assicurazioni pubbliche (ad esempio, Francia o Germania) o su una preponderanza del privato (Stati Uniti), tendono a crescere con ritmi molto più veloci, portando spesso a una spesa pubblica più alta.

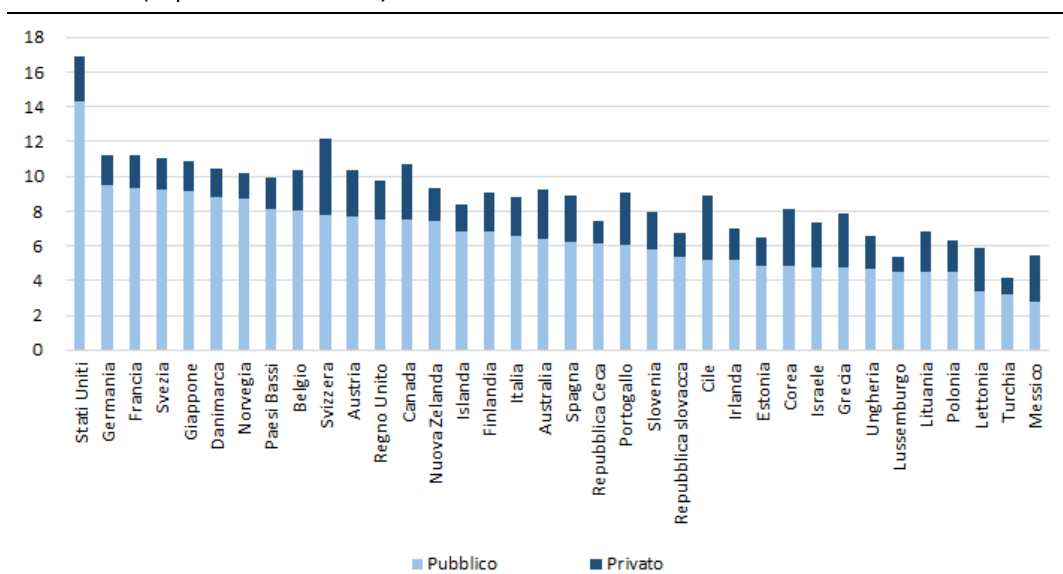
³ Si osservi che negli Stati Uniti, a seguito dell'introduzione dell'"Affordable Care Act", ovvero la riforma nota come *Obamacare*, che ha imposto un obbligo individuale di assicurarsi, la spesa pubblica è passata dal 7,9 per cento del 2013 al 13,8 del 2014 e quella privata dall'8,3 per cento al 2,6.

⁴ Il dato del 2013, che non lo includeva, era pari a 4.210, contro i 7.610 del 2014.

⁵ Secondo una analisi recente (Osservatorio sulla Salute nelle Regioni italiane dell'Università Cattolica

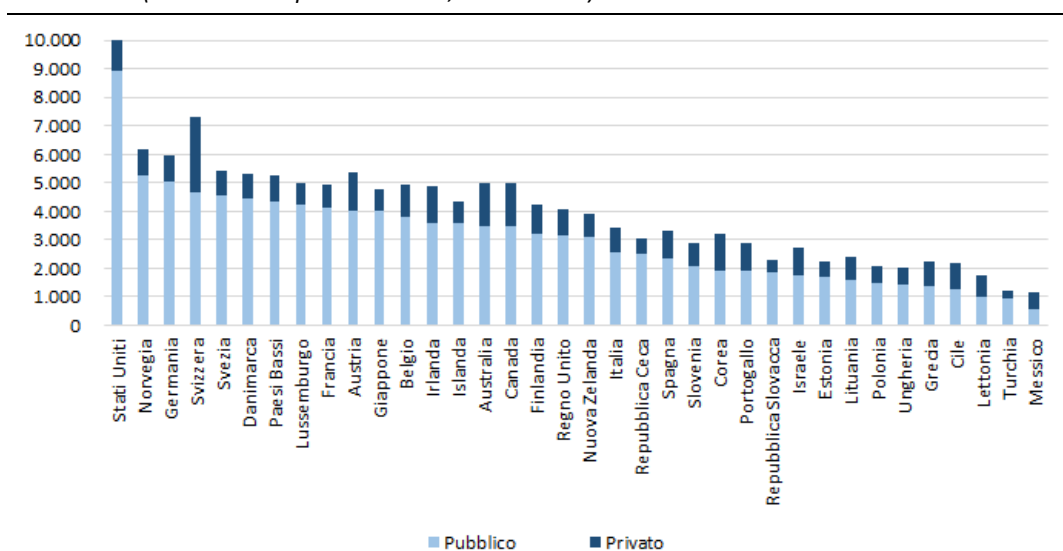
del Sacro cuore (2018), "Le disuguaglianze di salute in Italia", Focus) le maggiori disuguaglianze rispetto al livello di istruzione si rilevano per i sistemi sanitari di tipo mutualistico, dove la quota di individui in cattive condizioni di salute è più elevata di quasi 15 punti percentuali tra coloro che hanno titoli di studio più bassi e i laureati, mentre l'Italia è il Paese con la differenza minore (6,6), tra quelli esaminati, dopo la Svezia (4,4).

Fig. 1 – Spesa sanitaria corrente nei paesi OCSE nel 2018 (1) (2)
(in percentuale del PIL)



Fonte: elaborazioni su dati OCSE, “Health expenditure and financing 2019”, dati estratti il 7 ottobre 2019.
(1) La spesa pubblica include gli schemi assicurativi obbligatori; la spesa privata comprende gli schemi assicurativi volontari e i pagamenti diretti (*out-of-pocket*). – (2) Dati stimati o provvisori; i dati dell’Australia per la spesa pubblica e di Australia e Austria per quella privata sono basati su una metodologia diversa.

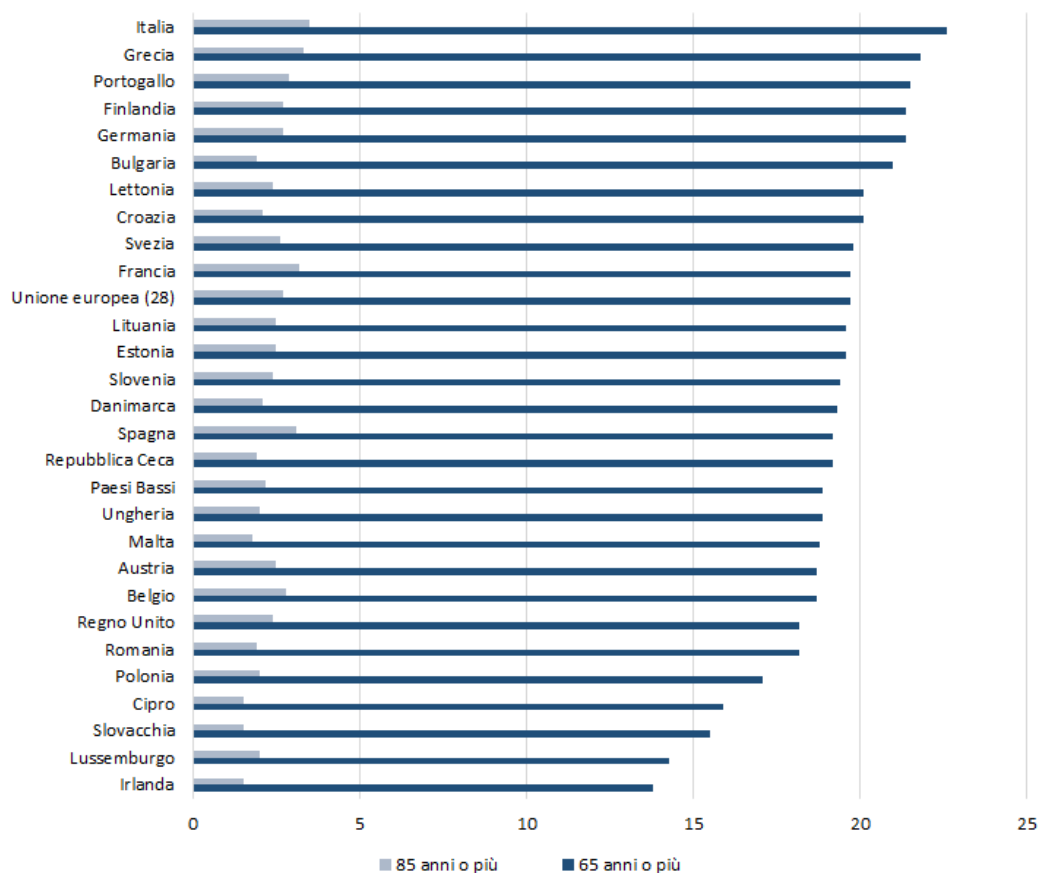
Fig. 2 – Spesa sanitaria *pro capite* nei paesi OCSE nel 2018 (1) (2)
(dollari USA a prezzi correnti, usando PPP)



Fonte: elaborazioni su dati OCSE (2018), “Health expenditure and financing 2019”, dati estratti il 7 ottobre 2019.

(1) La spesa pubblica include gli schemi assicurativi obbligatori; la spesa privata comprende gli schemi assicurativi volontari e i pagamenti diretti (*out-of-pocket*). – (2) Dati stimati o provvisori; i dati dell’Australia per la spesa pubblica e di Australia e Austria per quella privata sono calcolati con metodologia diversa.

Fig. 3 – Presenza di anziani – Anno 2018
(quota sulla popolazione)



Fonte: Eurostat, "Populatio:structure indicators", dati estratti il 7 ottobre 2019.

L'ordinamento dei paesi è in parte anche l'effetto di un andamento diversificato della spesa sanitaria nel corso degli anni 2000 (fig. 4). Soffermandosi in particolare sul confronto con i principali paesi europei (Francia, Germania e Regno Unito) e con quelli dell'Europa meridionale (Grecia, Spagna e Portogallo), si osserva infatti che la distanza tra i due gruppi di paesi si allarga durante la crisi, con il primo gruppo che prosegue su un sentiero di crescita della quota di PIL dedicata alla sanità e gli altri paesi che la riducono, per poi tornare un poco sopra il livello di partenza (Italia,

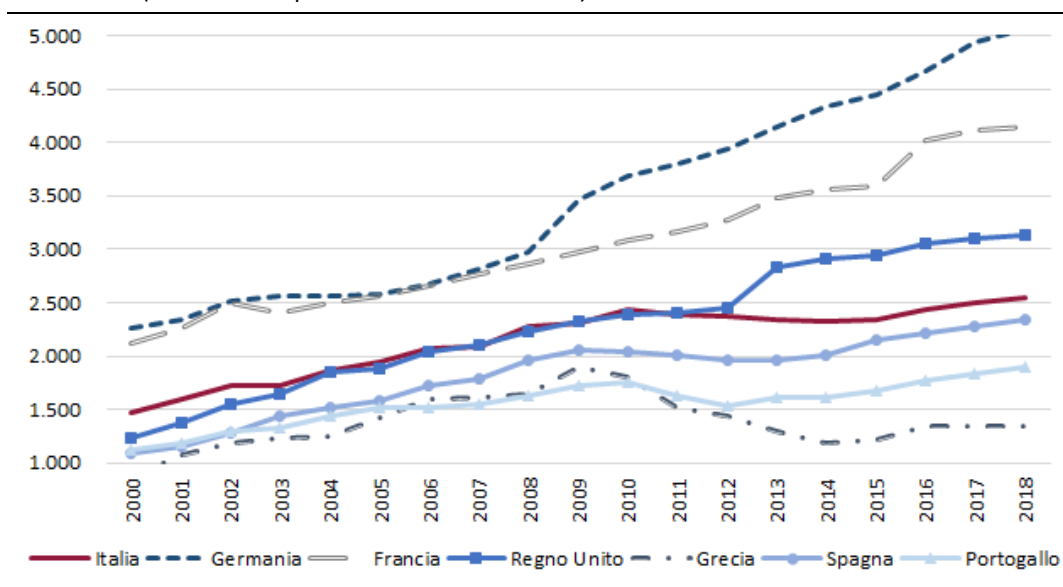
Spagna e Portogallo) o restarne al di sotto (Grecia).

Se si guarda alla spesa a prezzi costanti (fig. 5), per tutti i paesi dell'Europa meridionale, Italia compresa, emerge una forma leggermente a campana, per effetto della riduzione delle risorse reali allocate alla salute di ogni cittadino negli anni della crisi, in connessione con le politiche di risanamento delle finanze pubbliche, nell'ambito delle quali è stato ampiamente coinvolto il settore sanitario⁶; negli ultimi anni si verifica un parziale recupero, molto limitato per l'Italia.

⁶ Per approfondimenti, si veda Gabriele, S. (2015), "Crisi, austerità, sistemi sanitari e salute nei paesi

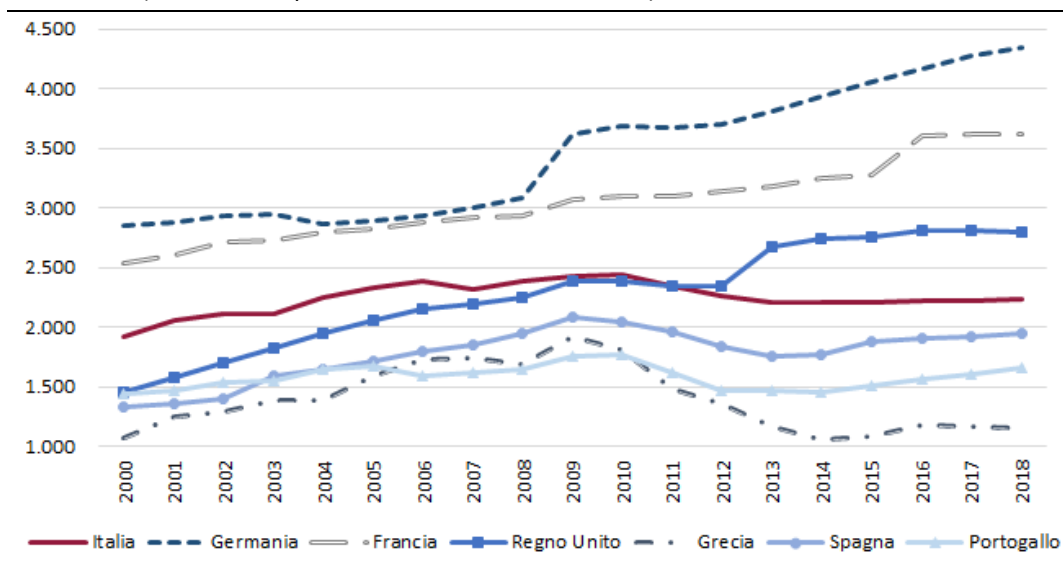
dell'Europa meridionale", Meridiana, Welfare mediterraneo, Viella, n. 83.

Fig. 4 – Spesa sanitaria pubblica nominale *pro capite* nei principali paesi europei (1)
(dollari USA a prezzi correnti usando PPP)



Fonte: elaborazioni su dati OCSE (2018), “Health spending indicator”, dati estratti il 7 ottobre 2019.
(1) Molti dati, soprattutto i più recenti, sono stimati o provvisori; sono presenti rotture di serie: per la Francia e la Spagna nel 2003; per la Grecia nel 2009; per l’Italia nel 2012; per il Regno Unito nel 2013.

Fig. 5 – Spesa sanitaria pubblica reale *pro capite* in alcuni paesi europei (1)
(dollari USA a prezzi costanti 2010, usando PPP)



Fonte: elaborazioni su dati OCSE (2018), “Health spending (indicator)”, dati estratti il 7 ottobre 2019.
(1) Molti dati, soprattutto i più recenti, sono stimati o provvisori; sono presenti rotture di serie: per la Francia e la Spagna nel 2003; per la Grecia nel 2009; per l’Italia nel 2012; per il Regno Unito nel 2013.

2.2 Considerazioni sull'efficacia

Malgrado il ridimensionamento delle risorse, gli indicatori generali di salute e di efficacia del SSN restano complessivamente piuttosto buoni, anche se emerge qualche segnale di difficoltà.

- 1) La speranza di vita alla nascita, secondo dati OCSE (Health Status, 2019) riferiti al 2017, risulta pari a 83 anni in media; è più alta, tra i paesi OCSE, solo in Giappone, Svizzera e Spagna (tuttavia nel 2000 solo il Giappone superava l'Italia). Per quanto riguarda la dinamica, la tabella 1, che confronta, su dati Eurostat, la speranza di vita a 65 anni in Italia con quella media europea, mostra che entrambe sono aumentate. Al di là delle oscillazioni, dovute anche ai frequenti cambiamenti di metodologia (interruzioni di serie), il vantaggio dell'Italia sembra mantenersi nel tempo.
- 2) L'indicatore della speranza di vita in buona salute a 65 anni di età (Eurostat) non sembrava eccellente fino al 2015 (tab. 1), se confrontato con la media europea, ma dopo il cambiamento di metodologia applicato per la media europea nel 2015 e in Italia nel 2016 il dato italiano appare molto vicino a quello medio. Tuttavia nel 2017 si osserva, per l'Italia, un peggioramento, sia assoluto, sia relativo.
- 3) La mortalità infantile nel nostro Paese è contenuta, risultando pari a 3 (per 1.000

nati vivi) nel 2016, contro 3,7 per la media europea (Eurostat). I dati OCSE riportati in tabella 2 mostrano le variazioni del tasso di mortalità infantile negli stessi paesi europei considerati nel precedente paragrafo. Ovunque si registra una riduzione complessiva, realizzata soprattutto nel periodo compreso tra il 2000 e il 2008. Dopo il 2008 si è verificato un rallentamento in tutti i paesi, compresa l'Italia, e addirittura un aumento del tasso di mortalità infantile in Grecia e, qualora il dato provvisorio venga confermato, in Francia.

- 4) L'Italia nel 2016 era uno dei paesi con il numero più basso in Europa di anni di vita potenziale persi (una misura della mortalità prematura⁷), come mostra la tabella 3. Dal 2011 l'indicatore è migliorato sia in Italia, sia in media.
- 5) Per quanto riguarda la salute percepita, in Italia la percentuale di coloro che la giudicavano buona o molto buona nel 2018 era superiore alla media europea (73,3 per cento contro 68,3), secondo dati Eurostat.
- 6) Indicatori favorevoli per l'Italia, malgrado non possano rappresentare misure certe della qualità di un sistema sanitario e vadano interpretati con cautela, anche per i problemi legati alla qualità dei dati a essi sottostanti⁸, sono quelli relativi alla mortalità evitabile⁹, un concetto che traduce l'idea che alcuni decessi, in

⁷ Somma del numero di decessi per tutte le cause a tutte le età fino alla soglia di 70 anni, moltiplicata per il numero di anni che rimarrebbero da vivere fino alla soglia, rapportata a una misura della popolazione per ottenere un indicatore standardizzato. L'indicatore è espresso per 100.000 abitanti.

⁸ In particolare si incontrano problemi con riguardo alla classificazione delle cause di morte.

⁹ Si veda Eurostat (2017), "Health in the European Union – facts and figures, Statistics explained". Ivi viene anche sottolineato come gli effetti di eventuali

determinate età e per certe patologie, avrebbero potuto non verificarsi grazie a cure sanitarie ottimali (*amenable deaths*, mortalità trattabile) o interventi di salute pubblica sulle determinanti della salute – comportamenti e stile di vita, condizioni socio-economiche e fattori ambientali (*preventable deaths*, mortalità prevenibile). Secondo dati Eurostat riferiti al 2016 i tassi standardizzati per

l'Italia (per 100.000 abitanti) sono bassi sia per *amenable deaths* (66,7 contro 92,7 per la media europea), sia per *preventable deaths* (110 contro 161,5).

7) Un recente studio¹⁰ colloca l'Italia al dodicesimo posto nel mondo in base a un indicatore fondato sulla mortalità trattabile (*Healthcare Access and Quality Index*).

Tab. 1 – Speranza di vita e anni di vita in buona salute (1)
(numero di anni)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
		<i>Speranza di vita a 65 anni</i>										
Donne	UE ⁽²⁾	20,5	20,7	20,9	21,0	21,3	21,1	21,3	21,6	21,2	21,6	21,4
	Italia	21,7	21,7	22,1		22,6	22,1	22,6	22,8	22,2	22,9	22,4
	Differenza	1,2	1,0	1,2		1,3	1,0	1,3	1,2	1,0	1,3	1,0
Uomini	UE ⁽²⁾	17,0	17,1	17,3	17,5	17,8	17,7	17,9	18,2	17,9	18,2	18,1
	Italia	17,9	17,9	18,3		18,8	18,5	18,9	19,2	18,9	19,4	19,2
	Differenza	0,9	0,8	1,0		1,0	0,8	1,0	1,0	1,0	1,2	1,1
		<i>Anni di vita in buona salute a 65 anni</i>										
Donne	UE ⁽²⁾	9,0	8,5	8,4	8,8	8,6	8,5	8,6	8,6	9,4	10,1	10,2
	Italia	7,6	7,1	7,2		7,0	7,1	7,1	7,3	7,5	10,1	9,8
	Differenza	-1,4	-1,4	-1,2		-1,6	-1,4	-1,5	-1,3	-1,9	0,0	-0,4
Uomini	UE ⁽²⁾	8,7	8,3	8,4	8,7	8,5	8,5	8,5	8,6	9,4	9,8	9,8
	Italia	8,1	7,6	8,0		8,1	7,7	7,7	7,8	7,8	10,4	9,4
	Differenza	-0,6	-0,7	-0,4		-0,4	-0,8	-0,8	-0,8	-1,6	0,6	-0,4

Fonte: elaborazioni su dati Eurostat; dati estratti il 7 ottobre 2019.

(1) Il dato UE comprende la Croazia dal 2010. – (2) Interruzioni di serie si verificano nel 2008 e nel 2015 per la UE e nel 2016 per l'Italia; alcuni dati per la UE sono stimati.

Tab. 2 – Tasso di mortalità infantile (1)
(variazioni assolute; il tasso è calcolato su 1.000 nati vivi)

	2000-2008	2008-2017	2000-2017
Italia	-1,2	-0,4	-1,6
Germania	-0,9	-0,2	-1,1
Francia	-0,8	0,3	-0,5
Regno Unito	-1,0	-0,7	-1,7
Grecia	-3,2	0,8	-2,4
Spagna	-1,1	-0,6	-1,7
Portogallo	-2,2	-0,6	-2,8

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (*Health Statistics 2019*), dati estratti l'8 ottobre 2019.

(1) Per la Francia il dato 2017 è provvisorio e i dati presentano interruzioni di serie nel 2002 e nel 2009.

miglioramenti delle politiche sanitarie plausibilmente impattino solo con parecchio ritardo sui tassi di mortalità.

¹⁰ Global Burden of Disease Healthcare Access and Quality Collaborators (2017), "Healthcare Access and

Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, Volume 390, Issue 10091, pagg. 231-266.

Tab. 3 – Anni di vita potenziali persi

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
UE	4.009	3.906	3.795	3.694	3.692	3.628
Italia	2.812	2.752	2.628	2.520	2.579	2.477
Differenza	-1.197	-1.154	-1.167	-1.174	-1.113	-1.151

Fonte: elaborazioni su dati Eurostat, dati estratti l'8 ottobre 2019.

3 Il governo della spesa e gli equilibri di bilancio

3.1 La governance dei SSR e il rientro dai disavanzi attraverso i meccanismi premiali e i piani di rientro

Negli anni 2000 la *governance* della sanità in Italia è stata progressivamente ridefinita, perseguendo una maggiore responsabilizzazione finanziaria delle Regioni. Si è aperta la stagione dei “Patti per la salute”, che il Ministero della Salute definisce come accordi finanziari e programmatici triennali tra il Governo e le Regioni, relativi alla spesa e programmazione del SSN¹¹. Si è poi deciso che una quota del finanziamento di quest’ultimo (quota premiale) fosse attribuita condizionatamente a una serie di adempimenti da parte delle Regioni ed è divenuta necessaria la copertura dei disavanzi, eventualmente attraverso l’aumento automatico delle aliquote di alcune imposte (IRAP e addizionale

regionale all'Irpef). Quindi si è arrivati ai piani di rientro, ovvero programmi di ristrutturazione industriale che devono essere predisposti dalle Regioni in caso di squilibrio superiore al 5 per cento del finanziamento complessivo (inizialmente il 7 per cento)¹². I piani devono prevedere gli obiettivi di contenimento per i fattori di spesa critici, le azioni da realizzare e il relativo impatto finanziario. Al contempo, si è rafforzato il monitoraggio delle Regioni¹³, che viene svolto attraverso il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, presso il Ministero dell’Economia e delle finanze, e il Comitato permanente per l’erogazione dei LEA, presso il Ministero della Salute. I meccanismi adottati implicano un progressivo aumento delle sanzioni e un restringimento dell’autonomia regionale al permanere delle inadempienze, fino alla eventuale nomina di un commissario governativo¹⁴ e

¹¹ Si veda il sito del Ministero della salute (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1299&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto).

¹² Circa metà delle Regioni è stata sottoposta a piano di rientro: nel 2007 Lazio, Liguria, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna; nel 2009 la Calabria; nel 2010 sono uscite Liguria e Sardegna (la seconda grazie alla propria natura di Regione a statuto speciale, non per il raggiungimento degli obiettivi) e sono entrate Puglia e Piemonte, con piani di rientro “leggeri” (volti al recupero delle quote premiali pregresse, anche in assenza di disavanzi

eccessivi), dunque meno dettagliati e soggetti a verifiche meno frequenti e a sanzioni più leggere (non vi è l’obbligo di aumentare le aliquote fiscali). Il Piemonte è uscito dal piano di rientro nel 2017.

¹³ Con il coinvolgimento dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dell’Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

¹⁴ Sono state sottoposte a commissariamento le Regioni Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria. La Regione Abruzzo è uscita dalla condizione di commissariamento nel 2016.

all'incremento delle imposte su famiglie e imprese¹⁵.

Tra le sanzioni, oltre all'aumento delle aliquote dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'Irpef ai livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e anche oltre (per le Regioni inadempienti nel risanamento del disavanzo è stato previsto l'aumento in misura fissa dello 0,3 per cento dell'addizionale Irpef e dello 0,15 per cento dell'aliquota IRAP, oltre i massimi indicati dalla legge statale), sono stati previsti il blocco automatico del *turn-over* del personale e il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello in cui si effettua la verifica¹⁶. Successivamente, in presenza di risultati favorevoli, si è consentito di abbassare le aliquote delle imposte eventualmente aumentate (o destinare il gettito a settori diversi da quello sanitario) e di attenuare sia il blocco automatico del *turn-over* (consentendo assunzioni, in caso di risultati del piano di rientro parzialmente favorevoli, nei limiti del 10 e poi del 15 per cento), sia il divieto di effettuare spese. Il DL 35/2019, convertito con L. 60/2019 (su cui poi si tornerà) ha infine cancellato la sanzione costituita dal blocco automatico del *turn-over*.

Le Regioni, con i piani di rientro, hanno disposto numerosi provvedimenti volti a controllare l'evoluzione della spesa, oltre all'applicazione del blocco del *turn-over* (adottato anche a prescindere dalle procedure sanzionatorie automatiche), e a governare gli equilibri finanziari dei SSR.

Si ricordano in particolare gli interventi sulle piante organiche e sulla contrattazione

integrativa aziendale, la rideterminazione dei posti letto e le ristrutturazioni ospedaliere, il potenziamento dei servizi territoriali, il rafforzamento dei controlli sull'appropriatezza e dei sistemi di monitoraggio, il miglioramento del sistema di programmazione degli acquisti di prestazioni da fornitori privati¹⁷, l'introduzione di meccanismi di centralizzazione degli acquisti, gli incrementi delle compartecipazioni alla spesa a carico dei cittadini. Inoltre, le Regioni si sono impegnate per la certificazione della posizione debitoria e il pagamento dei debiti pregressi accertati¹⁸.

I piani di rientro si sono rivelati strumenti di successo nel riportare in equilibrio i conti dei SSR. La tabella 4 riporta i risultati di esercizio per gruppi di regioni (non sotto piano di rientro, sotto piano di rientro, sotto piano di rientro leggero e autonome, ovvero quelle a statuto speciale e le Province autonome, eccetto la Sicilia che è sotto piano di rientro), come risultano dai modelli di Conto Economico (CE) degli Enti sanitari locali. Si deve osservare preliminarmente che le Regioni autonome finanziano direttamente i propri SSR con risorse a disposizione che non dipendono dai criteri standardizzati applicati per quelle a statuto ordinario; dunque il disavanzo riportato in tabella per queste Regioni resta virtuale, rispecchiando un differenziale tra la spesa e il finanziamento teorico, calcolato in base al fabbisogno sanitario standard, che può essere coperto con risorse proprie.

¹⁵ Si veda Ragioneria generale dello Stato (2017), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4.

¹⁶ Precedentemente al 2015 blocco e divieto duravano fino al secondo anno successivo.

¹⁷ Applicando, sia pure con ritardi e difficoltà, i meccanismi di regolazione e controllo già adottati da altre Regioni, come una migliore gestione delle

autorizzazioni e degli accreditamenti delle strutture private e la razionalizzazione degli accordi contrattuali con le stesse attraverso *budget* e tetti di spesa.

¹⁸ Si veda per maggiori approfondimenti Ragioneria generale dello Stato (2017), *op. cit.*.

Tab. 4 – Risultato di esercizio dai modelli di Conto Economico (CE) degli Enti sanitari locali (1)

(in valore assoluto e in percentuale del finanziamento effettivo (2))

Regioni ⁽¹⁾	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tutte	-6.014 -6,5	-5.053 -5,2	-4.848 -4,8	-4.835 -4,6	-3.924 -3,7	-2.697 -2,5	-2.142 -1,9	-1.785 -1,6	-928 -0,8	-1.004 -0,9	-942 -0,8	-1.069 -0,9	-1.227 -1,1
Non sotto piano di rientro	-727 -1,7	-278 -0,6	-299 -0,6	-504 -1,0	-407 -0,8	-250 -0,5	-167 -0,3	-35 -0,1	50 0,1	-38 -0,1	-49 -0,1	-85 -0,2	-67 -0,1
Sotto piano di rientro	-4.126 -13,7	-3.710 -11,8	-3.254 -10,0	-2.832 -8,5	-1.902 -5,6	-1.157 -3,3	-848 -2,4	-784 -2,3	-346 -1,0	-378 -1,1	-286 -0,8	-212 -0,6	-274 -0,7
Sotto piano di rientro leggero	-540 -4,1	-437 -3,1	-580 -4,0	-738 -5,0	-755 -5,0	-383 -2,5	-122 -0,8	-80 -0,5	71 0,5	-48 -0,3	-30 -0,2	6 0,0	-108 -0,7
Autonome	-622 -10,1	-628 -9,7	-715 -10,4	-761 -10,7	-860 -12,0	-907 -12,4	-1.004 -13,6	-886 -11,9	-702 -9,3	-539 -7,0	-578 -7,5	-778 -10,2	-778 -10,0

Fonte: Ragioneria generale dello Stato (anni vari), “Il monitoraggio della spesa sanitaria”, Rapporto n. 3, 4, 6. (1) Le Regioni “sotto piano di rientro” sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia; quelle “non sotto piano di rientro” sono Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Liguria (sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-09); quelle “sotto piano di rientro leggero” sono Piemonte e Puglia; per Regioni autonome si intendono quelle a statuto speciale e le Province autonome, eccetto la Sicilia che è sotto piano di rientro. – (2) Il finanziamento effettivo comprende, oltre a quello ordinario (le risorse attribuite dallo Stato alla sanità pubblica), le entrate proprie degli enti del SSN.

Il disavanzo delle Regioni sottoposte a piani di rientro (standard o leggeri) si è ridotto progressivamente da 4,7 miliardi circa nel 2006¹⁹ (il 13,7 per cento del finanziamento in quelle sotto piano di rientro standard e il 4,1 in quelle con piano leggero) a poco meno di 0,4 nel 2018 (lo 0,7 per cento in entrambi i gruppi). L’importo registrato nel 2018 rappresenta meno di un terzo del disavanzo complessivo dell’anno, che è stato prodotto soprattutto dalle Regioni autonome.

L’esito positivo dei piani di rientro sui disavanzi sanitari è dovuto innanzitutto a una forte compressione della spesa (su cui si tornerà poco oltre); tuttavia, è stato osservato²⁰ che i risultati sono per lo più dovuti allo sforzo di massimizzare i risparmi

immediati piuttosto che a un processo di riorganizzazione complessiva dell’offerta sanitaria, che avrebbe dovuto consentire di rafforzare i servizi alternativi all’ospedale e di superare la maggiore frammentazione della rete e il maggiore ricorso a strutture private accreditate di dimensioni limitate (caratteristici delle Regioni con servizi sanitari più deboli). Va inoltre considerato che la riduzione dei disavanzi riflette anche l’aumento dei livelli delle compartecipazioni richieste ai cittadini e delle aliquote di imposta²¹. La figura 6 mostra l’andamento del finanziamento effettivo (comprensivo del finanziamento ordinario attribuito dallo Stato e delle entrate proprie degli enti del SSN), la cui crescita è interrotta solo nel 2013.

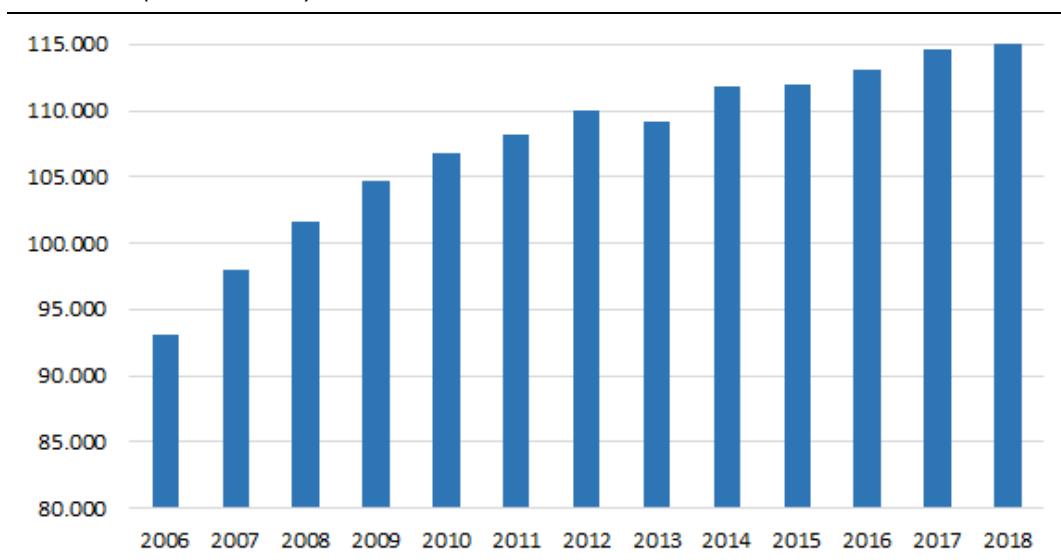
¹⁹ Nel 2006 il 33 per cento del disavanzo era concentrato nel Lazio, il 18 per cento in Sicilia e il 12 per cento in Campania.

²⁰ Aimone Gigio, L., Alampi, D., Camussi, S., Ciaccio, G., Guatini, P., Lozzi, M., Mancini, A. L., Panicara, E. e Paolicelli, M. (2018), “La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi

nelle regioni in piano di rientro”, Banca d’Italia, Questioni di Economia e Finanza, n. 427.

²¹ Sull’utilizzo della leva fiscale si veda l’Audizione dell’Ufficio parlamentare di bilancio sulle “Tendenze dell’autonomia tributaria degli enti territoriali” presso la Commissione parlamentare per l’attuazione del federalismo fiscale, 22 gennaio 2015.

Fig. 6 – Finanziamento effettivo 2016 (1)
(milioni di euro)



Fonte: Ragioneria generale dello Stato (anni vari), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4 e 6..
(1) Il finanziamento effettivo comprende, oltre a quello ordinario (le risorse attribuite dallo Stato alla sanità pubblica), le entrate proprie degli enti del SSN.

Le Regioni che sono state sottoposte a piano di rientro, in generale, oltre agli squilibri economici presentavano tradizionalmente elevata mobilità passiva e livelli delle prestazioni non soddisfacenti. Agli obiettivi di rafforzamento delle prestazioni è stata data attenzione soprattutto a partire dal secondo ciclo di programmazione²² (triennio 2010-12), dopo che si era diffuso l'allarme sui rischi di peggioramento della qualità dei servizi come effetto collaterale dell'applicazione dei piani di rientro, caratterizzati da un forte orientamento al ripristino degli equilibri finanziari. Sui risultati di questi sforzi e più in generale sui divari regionali si torna nel paragrafo 5.4.

L'evoluzione più recente delle politiche di governo della spesa sanitaria ha portato a concentrare l'attenzione, piuttosto che sui disavanzi regionali, ormai in via di riassorbimento, sulla riqualificazione della spesa²³ e sui risultati finanziari delle singole aziende sanitarie e sulle relative *performance*.

Attraverso i piani di rientro e riqualificazione per gli enti del SSN (legge di stabilità per il 2016), che riguardano in una prima fase le aziende ospedaliere, si è cercato di focalizzare l'attenzione verso le strutture meno efficienti/efficaci, con interventi più mirati sulle singole realtà in sofferenza. Due sono le condizioni il cui mancato rispetto implica l'adozione di un piano di rientro: 1) uno scostamento tra costi e ricavi non superiore al 7 per cento dei ricavi o a 7 milioni (inizialmente erano stati indicati il 10 per cento o 10 milioni);

²² Aimone Gigio *et al.* (2018), *op. cit.*.

²³ Si ricorda che la legge di bilancio per il 2017 prevedeva che ogni Regione avrebbe potuto proporre al Comitato LEA un programma annuale di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del SSR, con la possibilità di accedere a una quota premiale sperimentale aggiuntiva per il 2017 (indicata nello 0,1 per cento del finanziamento). I

programmi presentati sono rivolti essenzialmente al miglioramento dell'assistenza territoriale, degli interventi di emergenza-urgenza e della prevenzione (vaccini e *screening*) (si veda Corte dei Conti (2018), "Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica").

2) l'adesione ad alcuni parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Il decreto del Ministero della Salute con le indicazioni metodologiche per la verifica del rispetto delle condizionalità è stato emanato nel giugno 2016 e molte Regioni si sono attivate per individuare le aziende che necessitavano di un piano, mentre altre hanno ritenuto di non procedere, avendo compiuto ristrutturazioni complessive del sistema di aziende sanitarie (ad esempio, la Lombardia) o aprendo piuttosto un contenzioso in sede costituzionale (il Veneto), che ha portato a una interruzione di tutto il processo. Prime analisi sulle aziende ospedaliere²⁴ mostrano che i disavanzi²⁵ più elevati sono concentrati in aziende appartenenti alle Regioni in piano di rientro (o che sono state in piano di rientro) e individuano le maggiori criticità sulla spesa di personale, che probabilmente rifletterebbe strutture dell'organico sovradimensionate e con composizione non ottimale, nonché la necessità di svolgere un ruolo di supplenza rispetto a servizi territoriali non abbastanza sviluppati. Da alcuni approfondimenti svolti dall'Ufficio parlamentare di bilancio in un lavoro di prossima uscita emerge poi una riduzione dei ricavi delle aziende ospedaliere, soprattutto quelle che non rispettano i parametri di disavanzo nel 2015, negli anni che precedono l'introduzione dei piani di rientro; inoltre, si è rilevato un impatto della nuova normativa sia sulla trasparenza delle informazioni di bilancio e di quelle sulle prestazioni erogate, sia sui risultati delle aziende in termini di equilibri finanziari e di volumi, qualità ed esiti. Se quest'ultimo aspetto resta difficile da valutare, per quanto riguarda i bilanci si osserva un miglioramento consistente dei saldi fino al 2017, ma un lieve peggioramento nel 2018.

Con il DL 35/2019, convertito con L. 60/2019, si è intervenuti poi al fine di tutelare il rispetto dei LEA e garantire il fondamentale diritto alla salute nella Regione Calabria attraverso misure eccezionali, volte tra l'altro a superare le

²⁴ Cantù, E., Notarnicola, E. e Anessi Pessina, E. (2017), "Le performance economiche delle aziende ospedaliere nella prospettiva dei «Piani di Rientro aziendali»", in CERGAS_SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2017*.

gravi inadempienze amministrative e gestionali rilevate e sostenere l'azione commissariale di risanamento.

Il decreto Calabria prevede una verifica straordinaria sull'attività dei direttori generali delle aziende da parte del Commissario *ad acta* e regola la nomina di commissari straordinari nonché, in caso di gravi e reiterate irregolarità nella gestione dei bilanci o di manifesta e reiterata incapacità di gestione, la possibilità di arrivare al dissesto finanziario degli enti e alla gestione straordinaria. Il decreto interviene sulle procedure per gli appalti, sullo sviluppo dei progetti di edilizia sanitaria e sull'ammodernamento tecnologico (per il quale viene vincolata una parte del finanziamento); inoltre esso regola alcuni aspetti relativi alla prevenzione della corruzione nelle imprese che esercitano attività sanitaria per conto del SSR, al coinvolgimento del Corpo della Guardia di finanza e allo scioglimento per fenomeni di infiltrazione e di condizionamento di tipo mafioso.

3.2 Il controllo della spesa

Oltre ai meccanismi premiali e ai piani di rientro, il controllo della spesa sanitaria è passato attraverso una serie di misure e regolamentazioni, introdotte soprattutto nella fase della crisi, rivolte a tutte le Regioni e mirate a contenere la dinamica delle uscite, principalmente attraverso l'imposizione di standard, tetti, *budget* e vincoli sulle diverse voci o di procedure gestionali più efficienti.

Tra gli interventi principali si ricordano:

- le misure per contrastare l'incremento della spesa di personale: tra queste, oltre al blocco del *turn-over*, quello della

²⁵ Disavanzi calcolati con la metodologia prevista dal decreto del Ministro della Salute del 21 giugno 2016, che standardizza i ricavi, principalmente sulla base delle tariffe nazionali.

- contrattazione per il personale dipendente e i medici in convenzione, in vigore dal 2010 al 2015, con i contratti per il triennio 2016-18 approvati solo a fine periodo o ancora da chiudere²⁶; il tetto alla spesa di personale pari all'importo registrato nel 2004 ridotto dell'1,4 per cento (al netto degli aumenti contrattuali successivi al 2004), introdotto nel 2007 e successivamente riconfermato (consentendo di raggiungerlo nel 2020 attraverso un percorso graduale, fissato in una diminuzione almeno dello 0,1 per cento annuo dalla legge di bilancio per il 2018, purché il SSR sia in equilibrio), sostituibile dal 2019, se più favorevole, con il livello del 2018 (DL 35/2019, convertito con L. 60/2019), incrementato ogni anno del 5 per cento dell'aumento del Fondo sanitario regionale; il limite al trattamento complessivo pari all'ammontare del 2010 (al netto dell'indennità di vacanza contrattuale) per gli anni 2011-14; il contenimento del trattamento accessorio; il congelamento dei livelli retributivi anche del personale in convenzione;
- la limitazione delle dotazioni strutturali degli ospedali attraverso la fissazione di uno standard di posti letto (inclusa riabilitazione e lungodegenza) pari inizialmente a 4,5 per 1.000 abitanti, poi a 4 e quindi a 3,7, come indicato anche nel Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera²⁷, obiettivi questi da perseguire con il

rafforzamento del *day-hospital* e delle forme alternative al ricovero;

- con riguardo ai consumi intermedi: le regole per la riduzione dell'importo e dei volumi delle prestazioni acquistate da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in modo da ridurre la spesa complessiva annua in percentuali fisse e crescenti; le misure per la riduzione del 10 per cento degli importi e delle prestazioni relative a contratti di appalto e di fornitura di beni e servizi (eccetto i farmaci); l'obbligo di rinegoziazione dei contratti in caso di un prezzo superiore del 20 per cento a quello di riferimento; le norme per la progressiva centralizzazione degli acquisti e per la revisione delle procedure di gara;
- nel campo della specialistica ambulatoriale, le regole introdotte per accrescere l'appropriatezza delle prestazioni erogate²⁸ e l'imposizione di un "superticket" fisso di 10 euro per ricetta, su cui si tornerà più avanti (par. 5.3)²⁹;
- i numerosi interventi sulla *governance* del settore farmaceutico, la cui gestione è stata posta in capo all'AIFA dal 2003, con la definizione di tetti di spesa per la farmaceutica e il ripiano parzialmente posto

²⁶ Si ricorda che le Regioni, obbligate ad accantonare gli importi relativi agli aumenti contrattuali, avevano stanziato inizialmente fondi (circa 600 milioni) insufficienti a coprire aumenti coerenti con quelli previsti per il personale dello Stato (3,48 per cento). L'accordo del comparto sanità è stato sottoscritto solo nel maggio 2018, mentre per quello dei dirigenti medici si è arrivati alla pre-intesa a luglio 2019. Quanto alle convenzioni della medicina generale, della specialistica e della pediatria, sono stati firmati gli accordi con la quantificazione degli arretrati 2010-15 e 2016-17 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN e agli arretrati per gli anni 2016-17), in attesa della conclusione della contrattazione del triennio 2016-18 sugli aspetti economici e normativi (tra cui l'assistenza continua sulle 24 ore). Per la medicina generale è stata anche sottoscritta una pre-intesa per gli arretrati dell'anno 2018 e gli arretrati e incrementi per il 2019. Inoltre, con la legge di bilancio per il 2019 si è stabilito di

includere l'indennità di esclusività dei dirigenti medici, veterinari e sanitari nel monte salari, a partire dal triennio di contrattazione 2019-2021, con oneri a carico del SSN.

²⁷ Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015. Il Regolamento ha anche disposto che dal 2015 avrebbero potuto essere accreditate solamente le strutture con almeno 60 posti letto per acuti (80 dal 2017), con previsione di misure per favorire riconversioni o fusioni delle strutture già accreditate con posti letto compresi tra 40 e 60, a eccezione delle strutture mono-specialistiche.

²⁸ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2016), "L'intervento per l'appropriatezza della specialistica ambulatoriale", Focus n. 4.

²⁹ La legge di bilancio per il 2018 ha istituito un limitato fondo (60 milioni) volto a ridurre l'impatto su alcuni soggetti vulnerabili e il DDL di bilancio per il 2020 ne prevede la soppressione.

a carico delle aziende³⁰ (*pay-back*)³¹, gli sconti e i rimborsi richiesti alla filiera del farmaco, le norme per incentivare la distribuzione diretta dei medicinali e l'uso dei generici, l'introduzione del prezzo di rimborso per i farmaci equivalenti con la differenza a carico dei cittadini, il monitoraggio delle prescrizioni e dei consumi e l'incremento delle compartecipazioni.

Di recente il ridimensionamento della spesa sanitaria è stato attuato attraverso la richiesta di un contributo finanziario alle Regioni come concorso al riequilibrio della finanza pubblica, senza che venissero individuati a priori i settori da colpire e le specifiche misure di risparmio, prevedendo che la quota relativa alla sanità³² e il riparto tra le Regioni fossero definiti attraverso accordo in Conferenza Stato-Regioni. Si ricorda che sono emerse difficoltà con riguardo al concorso delle Regioni a statuto speciale, che non hanno sottoscritto l'accordo sul contributo previsto dalla legge di stabilità per il 2016, andato pertanto a carico delle altre Regioni.

Come mostra la tabella 5³³, i piani di rientro e le misure per il controllo della spesa

hanno consentito di ridurne la dinamica, con una lieve ripresa negli ultimissimi anni: il tasso di crescita complessivo, di poco inferiore al 7 per cento in media tra il 2003 e il 2005, si riduce al 2,8 per cento tra il 2006 e il 2010 e mostra un valore sostanzialmente nullo nel periodo 2011-15, per superare l'1 per cento nel triennio successivo. Nelle Regioni in piano di rientro, che inizialmente mostravano una crescita più rapida, lo sforzo è stato più intenso: ad esempio, si è passati, per quelle con piano di rientro standard, da un tasso di incremento superiore all'8 per cento nel triennio 2003-05 all'1,7 nel quinquennio 2006-2010 e a una variazione lievemente negativa in quello successivo, seguita da un incremento dell'1,1 per cento nel 2016-18. La rilevanza relativa delle singole voci di spesa emerge dalla figura 7, riferita al 2018, oltre che dalla tabella 5.

L'aggregato più consistente è costituito dai redditi da lavoro dipendente (30 per cento del totale), seguiti dalle altre prestazioni sociali in natura da privato (21 per cento) e dai consumi intermedi non farmaceutici (20 per cento).

³⁰ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2017), "Il governo della spesa farmaceutica tra massimali e *pay-back*", Focus n. 5, per un approfondimento sulle difficoltà incontrate nell'applicazione del *pay-back* e più in generale sulla regolazione del settore farmaceutico. Il meccanismo del *pay-back* è stato modificato più volte, ancora con la legge di bilancio per il 2018 e con quella per il 2019 e con successivi provvedimenti, cercando di semplificare e migliorare i meccanismi di monitoraggio della spesa farmaceutica e di superare il contenzioso con le imprese (si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2019), "Rapporto sulla politica di bilancio 2019"). Si ricorda che il pagamento complessivo per gli anni 2013-17, utile a chiudere il contenzioso, è stato determinato in 2,378 miliardi di euro, una cifra inferiore a quanto precedentemente calcolato da AIFA, che le imprese hanno finito di versare nel 2019.

³¹ Anche sulla spesa per dispositivi medici è stato posto un tetto, ma non si è poi proceduto ad applicare il meccanismo di *pay-back*.

³² Si tenga presente che le uscite degli Enti sanitari locali rappresentano circa il 70 per cento di quelle delle Regioni.

³³ I dati di bilancio utilizzati nella tabella 5 in parte differiscono da quelli di spesa sopra riportati, forniti dall'Istat all'OCSE, pur restando coerente la dinamica. Infatti l'Istat apporta una serie di correzioni alle informazioni dei conti CE. Per una analisi dettagliata dell'andamento a livello nazionale delle voci di spesa sanitaria corrente, sia secondo i dati di contabilità nazionale, sia sulla base dei conti CE, e per una sintesi delle principali differenze tra le due fonti si veda Ragioneria generale dello Stato (2017), *op. cit.*.

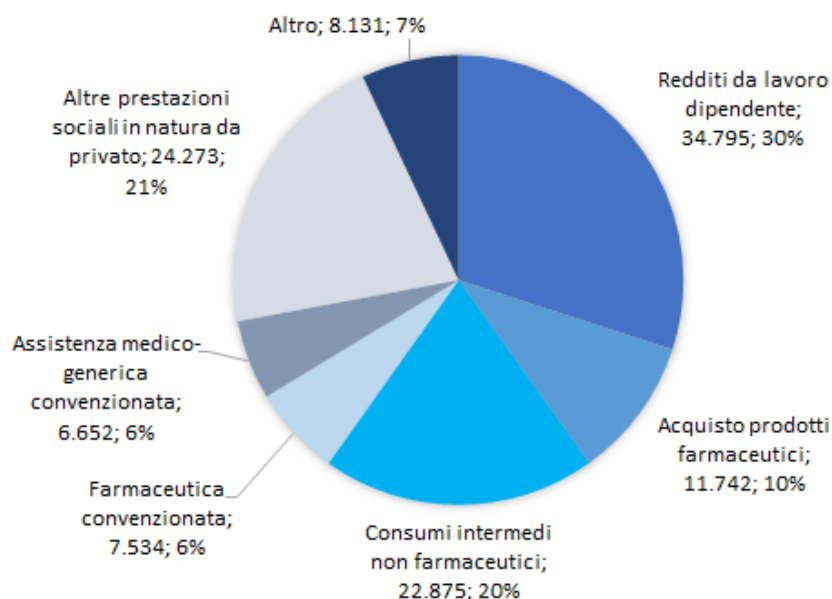
Tab. 5 – Spesa corrente rilevata dai modelli di Conto Economico (CE) degli Enti sanitari locali
(tassi di crescita)

Regioni ⁽¹⁾	Totale				Redditi lavoro dipendente				Acquisto prodotti farmaceutici				Consumi intermedi diversi dai farmaceutici				Farmaceutica convenzionata				Assistenza medico-generica convenzionata				Altre prestazioni sociali in natura da privato			
	2003-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2018	2003-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2018	2003-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2018	2003-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2018	2003-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2018	2003-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2018	2003-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2018
Tutte	6,8	2,8	0,1	1,4	4,8	2,9	-1,2	0,2	17,4	12,3	6,5	5,0	10,1	3,5	0,4	1,9	0,3	-1,6	-5,4	-2,9	7,4	2,8	0,2	0,2	8,1	4,6	0,8	1,6
Non sotto piano di rientro	5,8	3,5	0,5	1,6	4,0	3,2	-0,6	0,5	14,7	11,0	6,0	4,5	7,0	4,4	0,7	1,0	-1,1	-1,2	-5,0	-1,6	7,9	2,9	-0,1	0,1	8,5	5,9	1,0	1,6
Sotto piano di rientro	8,2	1,7	-0,2	1,1	6,2	1,9	-2,3	-0,6	24,4	12,6	8,6	5,1	16,0	2,0	0,5	3,1	1,4	-2,8	-5,7	-4,0	7,0	2,1	0,4	0,1	8,8	2,5	1,0	1,7
Sotto piano di rientro leggero	7,1	3,3	-0,6	1,4	4,3	3,3	-1,5	0,4	17,1	15,8	4,0	7,3	10,8	3,2	-0,3	2,9	1,1	-0,1	-6,0	-3,2	7,9	4,4	0,6	0,2	5,4	6,3	-0,1	1,3
Autonome	6,0	3,6	0,2	1,6	4,5	4,7	0,3	1,0	12,7	13,6	5,6	4,0	8,6	4,4	-0,1	1,5	1,7	-0,5	-4,7	-4,2	5,6	3,4	0,4	0,8	7,3	5,3	0,7	1,6

Fonte: Ragioneria generale dello Stato (anni vari), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 3, 4 e 6.

(1) Le Regioni "sotto piano di rientro" sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia; quelle "non sotto piano di rientro" sono Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Liguria (sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-09); quelle "sotto piano di rientro leggero" sono Piemonte e Puglia; per Regioni autonome si intendono quelle a statuto speciale e le Province autonome, a eccezione della Sicilia che è in piano di rientro.

Fig. 7 – Composizione della spesa sanitaria rilevata dai modelli di Conto Economico (CE) degli Enti sanitari locali nel 2018 (1)
(milioni di euro e quote sul totale)



Fonte: Ragioneria generale dello Stato (2017), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4
(1) La voce Altro comprende le componenti di spesa non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, come accantonamenti, oneri tributari e finanziari e saldo delle poste straordinarie.

Tutte le voci di spesa (tabella 5), sono state stabilizzate nel periodo 2011-15, con tassi di crescita dell'1 per cento o inferiori (anche negativi), tranne l'acquisto di prodotti farmaceutici (+6,5 per cento), il cui andamento riflette l'introduzione di medicinali innovativi, particolarmente costosi, e il passaggio di alcuni farmaci dal sistema di distribuzione attraverso le farmacie in convenzione alla consegna direttamente effettuata dalle strutture sanitarie³⁴ a pazienti non ricoverati (che comunque ha consentito di ridurre il costo complessivo dei medicinali, contribuendo a determinare la riduzione di spesa della farmaceutica convenzionata). La ripresa del tasso di crescita nell'ultimo triennio è dovuta principalmente ai consumi intermedi diversi dai farmaceutici e alle altre prestazioni sociali in natura da privato, a fronte di un andamento dell'acquisto di prodotti farmaceutici sempre vivace (+5 per cento in media). Le Regioni in piano di rientro nel biennio 2003-05 registravano tassi di crescita della maggior parte delle voci di spesa superiori a quelli delle

altre Regioni (quelle in piano di rientro leggero in genere si collocavano più vicine alla media); particolarmente elevato è stato l'incremento dei consumi intermedi (farmaceutici e non). Negli ultimi due periodi gli aumenti nelle Regioni in piano di rientro sono stati abbastanza allineati alla media, oppure la spesa è diminuita più della media (ad esempio, nel caso redditi da lavoro dipendente), ma resta più elevato il tasso di crescita dei consumi intermedi (farmaci e altro).

4 Il personale

4.1 La riduzione del personale nel SSN

A seguito del blocco del *turn-over* nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni negli ultimi dieci

³⁴ La distribuzione diretta può essere effettuata anche attraverso le farmacie (distribuzione per conto), con accordi specifici.

anni, data la presenza del vincolo di spesa, il personale a tempo indeterminato del SSN nel 2017 è risultato inferiore a quello del 2008 per circa 42.800 lavoratori (di cui 42.300 stabili), con una riduzione continua a partire dal 2010 (complessivamente si è registrata una diminuzione del 6,2 per cento). Il personale non “stabile”, che nel caso del SSN comprende i direttori generali e il personale contrattista, è diminuito del 35 per cento (tab. 6).

Il ricorso consistente, sebbene variabile negli anni, a personale flessibile ha compensato questo calo solo in minima parte (tab. 7, che riporta i dati relativi alle unità di lavoro annue o al numero di contratti, secondo le diverse tipologie di rapporto di lavoro).

In particolare, le unità di lavoro a tempo determinato o in formazione-lavoro sono diminuite fino al 2012 (-9.700 rispetto al 2007), per recuperare abbondantemente negli anni

successivi (+9.900), e anche quelle in somministrazione hanno presentato una riduzione (fino a un minimo nel 2013) e poi sono aumentate, con un incremento complessivo pari a circa 2.300; gli incarichi e le collaborazioni, nel complesso, sono diventati più numerosi tra il 2008 e il 2009 (+1.400) e poi sono stati ridimensionati (-6.000), i lavoratori socialmente utili sono rimasti abbastanza stabili, malgrado le oscillazioni, e le prestazioni professionali, rilevate dal 2009, complessivamente sono aumentate (+1.300)³⁵.

4.2 L'andamento del numero di dipendenti per gruppi di regioni

La distribuzione del personale per Regioni mostra alcuni aspetti di interesse. Nella tabella 8 i dati sui dipendenti a tempo indeterminato sono presentati secondo gli stessi raggruppamenti di regioni sopra utilizzati per analizzare l'andamento del disavanzo e della spesa.

Tab. 6 – Personale dipendente a tempo indeterminato degli enti del SSN (numero dipendenti e variazioni percentuali)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017/ 2008
Dipendenti a tempo indetermin.	689.873	693.600	688.484	682.542	673.416	670.241	663.796	653.477	648.729	647.048	
Var. %	1,1%	0,5%	-0,7%	-0,9%	-1,3%	-0,5%	-1,0%	-1,6%	-0,7%	-0,3%	-6,2%
Personale stabile dipendente dalle Amm. pubbliche	688.319	692.102	687.108	681.195	672.127	668.949	662.568	652.379	647.621	646.038	
Var. %	1,1%	0,5%	-0,7%	-0,9%	-1,3%	-0,5%	-1,0%	-1,5%	-0,7%	-0,2%	-6,1%
Altro personale dipendente	1.554	1.498	1.376	1.347	1.289	1.292	1.228	1.098	1.108	1.010	
Var. %	-2,1%	-3,6%	-8,1%	-2,1%	-4,3%	0,2%	-5,0%	-10,6%	0,9%	-8,8%	-35,0%

Fonte: Ministero dell'Economia e delle finanze – Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale.

³⁵ Nei primi anni probabilmente la rilevazione, non ancora a regime, mancava di completezza (si veda il documento della Ragioneria generale dello Stato

“Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2007-2016” sul sito del Conto annuale 2016 sul pubblico impiego).

Tab. 7 – Personale degli enti del SSN con contratto flessibile
(unità di personale; numero di contratti attivi nell'anno per collaborazioni, incarichi e prestazioni professionali)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017/ 2008 ⁽¹⁾
Tempo determinato e formazione lavoro	36.810	33.356	33.134	29.376	27.159	27.337	28.271	30.685	33.343	37.028	
Var. %		-9%	-1%	-11%	-8%	1%	3%	9%	9%	11%	1%
Contratto di somministrazione	5.122	6.221	6.151	4.980	4.408	4.270	5.103	6.137	7.414	7.443	
Var. %		21%	-1%	-19%	-11%	-3%	20%	20%	21%	0%	45%
Lavoratori socialmente utili	581	690	674	627	576	660	851	707	644	617	
Var. %		19%	-2%	-7%	-8%	15%	29%	-17%	-9%	-4%	6%
Collaborazioni coordinate e continuative	10.955	8.073	7.378	7.382	6.856	7.185	6.915	6.940	6.671	6.061	
Var. %		-26%	-9%	0%	-7%	5%	-4%	0%	-4%	-9%	-45%
Incarichi libero professionale, studio, ricerca e consulenza	12.240	16.549	15.345	14.125	13.444	13.527	12.987	12.433	12.646	12.514	
Var. %		57%	35%	-7%	-8%	-5%	1%	-4%	-4%	1%	2%
Prestazioni professionali consistenti nella resa di servizi o adempimenti obbligatori per legge		4.218	5.103	4.727	5.367	5.614	5.826	5.803	5.069	5.565	
Var. %			21%	-7%	14%	5%	4%	0%	-13%	10%	32%

Fonte: Ministero dell'Economia e delle finanze – Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale.

(1) Nel caso delle prestazioni professionali 2017/2009.

Tab. 8 – Personale dipendente a tempo indeterminato degli enti del SSN per gruppi di Regioni (1) (2)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tutte ⁽²⁾	689.873	693.600	688.484	682.542	673.416	670.241	663.796	653.477	648.729	647.048
Var. %	1,12%	0,54%	-0,74%	-0,86%	-1,34%	-0,47%	-0,96%	-1,55%	-0,73%	-0,26%
Non sotto piano di rientro	337.738	341.660	341.719	341.735	339.274	338.526	336.171	332.145	329.894	330.204
Var. %	1,58%	1,16%	0,02%	0,00%	-0,72%	-0,22%	-0,70%	-1,20%	-0,68%	0,09%
Sotto piano di rientro	197.532	193.621	188.294	184.390	179.615	176.847	173.538	169.421	167.113	165.428
Var. %	-1,09%	-1,98%	-2,75%	-2,07%	-2,59%	-1,54%	-1,87%	-2,37%	-1,36%	-1,01%
Sotto piano di rientro leggero	95.762	98.197	98.459	96.606	94.710	94.015	93.223	91.724	91.289	91.147
Var. %	3,40%	2,54%	0,27%	-1,88%	-1,96%	-0,73%	-0,84%	-1,61%	-0,47%	-0,16%
Autonome	58.841	60.122	60.012	59.811	59.817	60.853	60.864	60.187	60.433	60.269
Var. %	2,51%	2,18%	-0,18%	-0,33%	0,01%	1,73%	0,02%	-1,11%	0,41%	-0,27%

Fonte: elaborazioni su dati del MEF – Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale.

(1) Le Regioni “sotto piano di rientro” sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia; quelle “non sotto piano di rientro” sono Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Liguria (sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-09); quelle “sotto piano di rientro leggero” sono Piemonte e Puglia; per “Regioni autonome” si intendono quelle a statuto speciale e le Province autonome, eccetto la Sicilia che è in piano di rientro.

La riduzione del personale è concentrata nelle Regioni in piano di rientro, dove dal 2008 si riscontrano quasi 36.700 persone in meno, con un calo del 16,3 per cento in quelle con piano standard e del 4,8 in quelle con piano leggero, a fronte del 2,2 nelle Regioni a statuto ordinario senza piano e di un aumento del 2,4 per cento nelle Regioni autonome.

I dati distinti per qualifica mostrano che le Regioni in piano di rientro standard hanno ridotto fortemente il numero di medici e infermieri, mentre le altre sono riuscite a evitare di incidere significativamente sul personale sanitario o ad accrescerlo (tab. 9).

In particolare, tra il 2008 e il 2017 nelle Regioni sotto piano di rientro standard i medici sono diminuiti del 18 per cento e gli infermieri dell'11, mentre i dirigenti non medici sono calati del 23 per cento e il restante personale non dirigente del 20 per cento circa. Le Regioni con piano di rientro leggero hanno diminuito in misura rilevante il personale dirigente non medico (14 per cento) e l'altro personale non dirigente (-8 per cento), in misura minore i medici e gli infermieri (rispettivamente, -3 e -2 per cento). Nelle Regioni non sotto piano di rientro il numero di medici è rimasto stabile, mentre per le altre qualifiche si è verificata una riduzione più limitata, e nelle Regioni autonome sono aumentati i lavoratori di tutte le qualifiche, a eccezione dei dirigenti non medici.

Per un esame degli aspetti di adeguatezza del personale, a partire dai dati sulla densità di medici, infermieri e altri dipendenti rispetto alla popolazione, si rinvia al paragrafo 5.2.

5 Elementi di criticità del SSN

5.1 *L'integrazione tra ospedali e servizi territoriali: un passaggio incompleto*

L'impostazione volta a spostare una parte dei trattamenti dal livello ospedaliero a quello distrettuale (non solo medicina di base e farmaceutica convenzionata, ma anche, ad esempio, emergenza territoriale e assistenza socio-sanitaria domiciliare e residenziale) risponde a principi di efficienza (minore costo di gestione) e di appropriatezza (adeguatezza del trattamento rispetto alla patologia), ma richiede una forte integrazione tra i due livelli e una compensazione nell'allocazione della spesa. In Italia si è verificato sicuramente un ridimensionamento dei servizi ospedalieri, ma non sembra che, soprattutto in alcune regioni, a questo abbia fatto riscontro un sufficiente rafforzamento delle strutture diffuse sul territorio e dell'integrazione. I Conti della protezione sociale dell'Istat sembrano riflettere un cambiamento nella struttura dei servizi, con spostamento dall'assistenza ospedaliera (pubblica, non quella accreditata) verso la territoriale, in coerenza con le politiche perseguite – soprattutto nei confronti delle Regioni in piano di rientro³⁶ – e con l'evoluzione tipica dei paesi industrializzati.

³⁶ Uno degli squilibri rilevati dalla Ragioneria generale dello Stato nelle Regioni con forti disavanzi era proprio l'eccesso di offerta ospedaliera (e farmaceutica) rispetto alla programmazione nazionale, con elevati tassi di ospedalizzazione e

inappropriatezza dei ricoveri (Ragioneria generale dello Stato (2016), "Il monitoraggio della spesa sanitaria 2016", Rapporto n. 3 e Ragioneria generale dello Stato (2017), "Il monitoraggio della spesa sanitaria 2016", Rapporto n. 4).

Tab. 9 – Personale dipendente a tempo indeterminato degli enti del SSN per gruppi di Regioni (1)

(variazioni percentuali)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017- 2008
<i>Medici (compresi odontoiatri e veterinari)</i>										
Tutte le Regioni	0,51	-1,27	-1,45	-0,70	-0,73	-0,93	-1,62	-0,36	0,34	-6,07
Non sotto piano di rientro	1,68	0,14	-0,20	-0,29	-0,32	-0,51	-1,22	0,04	1,08	0,37
Sotto piano di rientro	-1,95	-4,05	-2,32	-1,34	-1,75	-2,11	-2,34	-2,04	-1,20	-17,58
Sotto piano di rientro leggero	1,80	0,66	-3,94	-1,68	-1,14	-0,11	-1,48	1,18	1,95	-2,88
Autonome	2,92	-0,37	-0,35	1,31	1,78	-0,02	-1,33	1,27	-0,57	4,66
<i>Dirigenti non medici</i>										
Tutte le Regioni	0,29	-1,62	-1,64	-1,33	-1,51	-2,00	-2,82	-1,49	-1,39	-12,75
Non sotto piano di rientro	1,92	0,16	-0,41	-0,38	-0,91	-1,42	-2,37	-1,58	-1,72	-6,59
Sotto piano di rientro	-2,69	-4,78	-2,64	-2,84	-3,30	-3,49	-3,01	-1,50	-2,07	-23,45
Sotto piano di rientro leggero	0,64	0,00	-4,40	-1,95	-1,47	-2,63	-4,23	-1,30	1,05	-13,56
Autonome	3,05	-1,42	-0,35	-0,12	1,57	0,86	-2,66	-1,22	-0,77	-1,17
<i>Infermieri</i>										
Tutte le Regioni	0,34	-0,27	-0,44	-1,01	-0,33	-0,70	-1,04	-0,64	0,02	-4,00
Non sotto piano di rientro	0,85	-0,02	-0,05	-0,66	-0,18	-0,55	-0,60	-0,58	0,54	-1,25
Sotto piano di rientro	-1,43	-1,27	-0,90	-1,86	-1,03	-1,32	-1,87	-1,30	-0,56	-10,97
Sotto piano di rientro leggero	2,14	0,74	-1,11	-1,41	-0,09	-0,33	-0,91	-0,59	-0,42	-2,01
Autonome	0,46	-0,05	-0,17	0,38	0,69	-0,19	-1,15	0,94	-0,52	0,36
<i>Altro personale non dirigente</i>										
Tutte le Regioni	0,80	-0,87	-0,97	-1,93	-0,43	-1,15	-1,92	-0,92	-0,69	-7,83
Non sotto piano di rientro	1,23	0,03	0,16	-0,95	-0,19	-0,85	-1,61	-1,01	-0,57	-3,72
Sotto piano di rientro	-2,48	-3,39	-3,23	-4,16	-1,84	-2,23	-2,95	-0,98	-1,30	-20,46
Sotto piano di rientro leggero	3,34	-0,30	-1,59	-2,60	-1,15	-1,52	-2,19	-0,99	-0,84	-7,67
Autonome	3,46	-0,17	-0,48	-0,80	2,69	0,26	-0,91	-0,27	0,17	3,91

Fonte: elaborazioni su dati del Ministero dell'Economia e delle finanze – Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale.

(1) Le Regioni “sotto piano di rientro” sono Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia; quelle “non sotto piano di rientro” sono Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Liguria (sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-09); quelle “sotto piano di rientro leggero” sono Piemonte e Puglia; per “Regioni autonome” si intendono quelle a statuto speciale e le Province autonome, eccetto la Sicilia che è in piano di rientro.

Va osservato tuttavia che da qualche tempo sono stati introdotti nuovi criteri metodologici per la produzione dei dati³⁷, che prevedono l'uso della Rilevazione dei costi per livelli di assistenza, fornita dal Ministero della Salute sulla base delle informazioni inviate dagli enti del SSN: resta da valutare quanto i dati rilevati con questi diversi criteri corrispondano a un concreto cambiamento nella struttura dell'offerta.

La quota di spesa per prestazioni sanitarie delle Amministrazioni pubbliche dedicata all'assistenza ospedaliera (erogata da strutture pubbliche), appena inferiore al 41 per cento nel 1995, in seguito si è ridotta fino al 35,5 per cento del 2018, con due scalini in particolare tra il 1997 e il 2001 (-4,4 punti) e tra il 2012 e il 2014 (-2,5 punti) e un lieve incremento nel periodo compreso tra di essi (+1,5 punti). La percentuale relativa alle strutture ospedaliere accreditate ha invece oscillato lievemente nel periodo, per tornare al punto di partenza nell'ultimo anno di osservazione (8,7 per cento). Contestualmente, è aumentata la quota di spesa dedicata agli altri servizi sanitari prodotti da produttori pubblici che, dopo aver perso poco meno di un punto tra il 1995 e il 2002, in seguito ne ha guadagnati più di 6, arrivando al 27 per cento, mentre quella corrispondente a beni e servizi prodotti da produttori market, esclusa l'assistenza ospedaliera (assistenza farmaceutica, medico-generica, medico-specialistica, riabilitativa, integrativa e protesica, altra assistenza), è aumentata di quasi 5 punti tra il 1995 e il 2001, e poi è diminuita di altrettanto, sospinta in entrambi i casi dalla farmaceutica

³⁷ Con l'adeguamento al nuovo SEC2010 sono state anche modificate le fonti impiegate. L'ammontare degli altri servizi sanitari prodotti da produttori *non market* è quasi raddoppiato rispetto alla vecchia serie (prendendo a confronto l'anno 2012) e il tasso di incremento è diventato molto più alto a seguito dello spostamento di una parte crescente delle uscite dai servizi ospedalieri agli altri servizi, sempre nell'ambito del settore *non market*. Si ricorda che nell'ambito del meccanismo di ripartizione dei finanziamenti è previsto un obiettivo di allocazione delle risorse all'assistenza ospedaliera del 44 per cento in tutte le Regioni.

convenzionata. Al netto di quest'ultima voce, la quota di spesa delle prestazioni market non ospedaliere ha guadagnato 4 punti in tutto il periodo, arrivando al 21,7 per cento.

Gli indicatori strutturali confermano il ridimensionamento dell'offerta di servizi ospedalieri. In base a dati Eurostat, in Italia il numero di posti letto per 1.000 abitanti negli ospedali è sceso da 3,9 nel 2007 a 3,2 nel 2017, contro una media europea diminuita da 5,7 a 5. La riduzione è avvenuta principalmente nelle Regioni sottoposte per prime a piano di rientro (e soprattutto nelle strutture pubbliche)³⁸, dove inizialmente, malgrado la mobilità verso altre Regioni, la dotazione complessiva era appena superiore alla media nazionale (4,4 contro 4,3), grazie soprattutto alla presenza di una ampia offerta da parte delle case di cura private; le altre Regioni avevano diminuito i posti letto già nel triennio precedente. Inoltre, tra il 2007 e il 2017 il tasso di ospedalizzazione (standardizzato per età e sesso) si è ridotto da 187 dimissioni per 1.000 abitanti a 123³⁹, con una diminuzione maggiore nelle Regioni in piano di rientro.

Secondo alcuni osservatori⁴⁰ la riduzione dei posti letto, da un lato, potrebbe accrescere l'efficienza spingendo a un migliore utilizzo delle risorse e a una maggiore appropriatezza nella scelta del

³⁸ Aimone Gigio L. *et al.* (2018), *op. cit.*

³⁹ Si veda Ministero della salute, "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO", anni vari.

⁴⁰ Aimone Gigio L. *et al.* (2018), *op. cit.*; Piccoli, A. (2018), "Tra presente e futuro. Volume di interventi ed esiti delle cure: risultati attuali e possibili effetti del DM 70", in Agenas, Monitor 43, *Focus on Programma Nazionale Esiti*; Agenas, "Programma Nazionale Esiti", Edizione 2018.

percorso di cura (regime ordinario, *day hospital*, ambulatori territoriali) e, dall'altro lato, rischia di ridurre la quantità e qualità dei servizi. Nel caso concreto, l'efficienza sembra essere aumentata in tutte le Regioni (riduzione del numero e della durata dei ricoveri, nonché di quelli inappropriati), ma la struttura più frammentata della rete di offerta nelle Regioni in piano di rientro (strutture con basso numero di posti letto) avrebbe reso più difficile lo sfruttamento delle economie di scala, mentre l'assistenza territoriale si sarebbe sviluppata meno intensamente rispetto alle altre Regioni. A conferma di questa analisi, è stato anche sottolineato⁴¹ che il tasso di occupazione dei posti letto resta limitato nelle Regioni in piano di rientro e che questo potrebbe dipendere da un riordino delle strutture ospedaliere che ha accresciuto le differenze territoriali nella distribuzione di alcune specialità, con maggiore presenza dei grandi ospedali al Nord e nelle aree metropolitane di Roma e Milano e conseguente attrazione di pazienti in queste zone.

I dati sugli esiti dei ricoveri ospedalieri (tratti dal Piano Nazionale Esiti e pubblicati dall'Agenas) mostrano in qualche caso un miglioramento relativo nelle Regioni in piano di rientro (in termini di riduzione delle strutture con valori di esito particolarmente carenti e aumento di quelle che soddisfano gli standard di qualità stabiliti per legge)⁴², nell'ambito di un generale progresso, ma in un quadro di

forte eterogeneità delle strutture anche nella stessa Regione.

Malgrado i dati di spesa sopra esaminati, non sembra che l'assistenza residenziale alternativa all'ospedale e quella territoriale siano state sufficientemente rafforzate e, soprattutto, le differenze geografiche in questo settore sono molto ampie, come mostrano le seguenti informazioni.

Il numero di posti letto in strutture residenziali per cure a lungo termine, secondo dati Eurostat, era pari a 4,2 per 1.000 residenti in Italia nel 2017, contro 9,8 in Francia, 11,5 in Germania e 8,2 nel Regno Unito, mentre la percentuale di soggetti che dichiarano di aver utilizzato servizi di assistenza domiciliare, riferita al 2014, risulta essere del 3,5 per cento in Italia, contro il 4 per cento della media europea. La diffusione delle cure a domicilio dipende dall'organizzazione dei diversi paesi: alcuni, come la Francia (9,3 per cento) e i Paesi Bassi (6,9), puntano molto su questo tipo di prestazioni.

Secondo dati tratti dal monitoraggio dei LEA⁴³, nel 2017 la percentuale di soggetti con più di 64 anni trattati in assistenza domiciliare integrata era superiore a 4 in Veneto e Molise, inferiore o uguale a 2 in Valle d'Aosta, Lazio, Campania, Puglia e Calabria; il numero di posti equivalenti per assistenza a individui con più di 64 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti era superiore a 70 nella provincia di Trento e arrivava quasi a 28 in Piemonte e Lombardia, ma restava inferiore a 2 in Valle d'Aosta, Molise, Campania e Basilicata; i posti letto attivi in *hospice* (strutture residenziali per le cure palliative) erano pari a 5,05 per 100 deceduti per tumore in Sardegna, ma restavano inferiori a 1 in Campania, Calabria e Sicilia.

Quanto al tentativo di assicurare una presenza continua sulle 24 ore dei medici di base, avviato con il cosiddetto decreto Balduzzi (DL 158/2012)⁴⁴, si tratta di un obiettivo che non ha

Bolzano e alla Sardegna sono considerati ancora insufficienti.

⁴⁴ Che prevedeva l'organizzazione, da parte delle Regioni, di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), forme organizzative monoprofessionali di soli

⁴¹ Corte dei Conti (2018), *op. cit.*

⁴² Si veda Aimone Gigio *et al.* (2018), *op. cit.*

⁴³ Si veda Ministero della Salute (2019), "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. griglia LEA", febbraio. I dati relativi alla Provincia Autonoma di

trovato applicazione diffusa, anche per carenza di finanziamenti e per il ritardo nel rinnovo delle convenzioni, malgrado alcune esperienze si siano avviate in molte regioni (ad esempio quella delle Case della salute).

A causa sia dell'insufficienza dei servizi territoriali, sia della ridotta disponibilità di posti letto negli ospedali si è determinato un problema di affollamento e difficile gestione dei servizi di emergenza, soprattutto nelle grandi città e in alcune stagioni dell'anno, cui possono contribuire, oltre alle carenze di personale (par. 5.2), con utilizzo di medici precari, anche problemi di organizzazione.

Nei servizi di emergenza i pazienti vengono infatti trattenuti a volte anche per più giorni, in situazioni di disagio e di promiscuità tra traumatizzati e infettivi per varia causa: nel 2017 la percentuale di accessi al Pronto soccorso con durata della permanenza superiore a 24 ore è stata pari, in Italia, al 2,8 per cento, ma oscillava tra lo 0 e il 18 per cento, secondo le strutture, superando il 10 per cento in 17 ospedali, di cui molti collocati nel Lazio (dati del Piano nazionale esiti)⁴⁵. Anche l'introduzione dell'Osservazione breve intensiva (un sistema organizzativo ormai molto diffuso per gestire i pazienti in attesa di valutazione clinica ai fini della dimissione o del ricovero dopo le prime 4-6 ore dall'arrivo in Pronto soccorso), se da un lato consente un monitoraggio continuo delle situazioni in emergenza da parte di personale specializzato in maniera piuttosto efficiente ed efficace, dall'altro non sembra aver risolto i problemi di cui si è detto, ma piuttosto pare corrispondere a

medici, e di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), a carattere multiprofessionale (compresi infermieri, tecnici della riabilitazione, ecc.). La questione doveva essere affrontata con la nuova convenzione.

⁴⁵ Uno dei segnali del disagio è dato dal numero di aggressioni al personale sanitario (da parte di assistiti o relativi congiunti): quelle denunciate all'INAIL sono circa 1.200 all'anno, di cui più di 450 nel pronto soccorso (QuotidianoSanità (2019), "Aggressioni al personale sanitario. Al via la campagna di Fp Cgil per contrastare il fenomeno", 10 maggio). Un disegno di legge per contrastare queste violenze è stato approvato dal Senato nel settembre scorso.

un adeguamento dell'organizzazione dei servizi di emergenza per affrontare la situazione di intasamento ormai abituale. È da segnalare che il monitoraggio dei LEA non prevede indicatori specifici volti a controllare questi aspetti, essendo l'unico parametro previsto l'intervallo tra la segnalazione e l'arrivo dei mezzi di soccorso, che non dovrebbe superare i 18 minuti (in Basilicata e Valle d'Aosta nel 2017 si arrivava a 24)⁴⁶. Inoltre in alcuni casi si è provato ad avviare una demedicalizzazione (assenza di medici) dei mezzi del 118.

5.2 Le carenze di personale

Il ridimensionamento del personale e, in particolare, del numero di medici e infermieri, rappresenta un elemento di particolare difficoltà nella gestione dei SSR, soprattutto per le Regioni in piano di rientro, come risulta dai dati sulla densità rispetto alla popolazione, l'indicatore più adatto per valutare la disponibilità di personale sanitario.

In confronto agli altri paesi europei, la presenza complessiva di medici in Italia non è particolarmente limitata (il numero di medici che esercitano la pratica clinica per 1.000 abitanti era pari a 4 nel 2016, contro 3,6 della media europea)⁴⁷, ma è molto contenuta quella di infermieri (5,6 infermieri e ostetriche praticanti per 1.000 abitanti nel 2016 contro una media europea di 8,4). Soprattutto, le differenze regionali all'interno del SSN sono oggi molto ampie. Nel 2017 la densità di

⁴⁶ Neanche il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, che sarà in vigore dal 2020 (e su cui si tornerà più avanti), prevede ulteriori indicatori sulla permanenza nel pronto soccorso (tuttavia è contemplato un parametro sulla quota di interventi con mezzo di soccorso avanzato per talune specifiche gravi patologie).

⁴⁷ OCSE (2018), "Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle", OECD Publishing, Paris.

personale a tempo indeterminato del SSN corrispondeva complessivamente a 81 per 10.000 abitanti nelle Regioni in piano di rientro standard e 108 in quelle con piano di rientro leggero, contro 119 in quelle senza piano e 148 in quelle autonome; la differenza non era elevata per i medici (17 per le Regioni in piano di rientro standard, 19 per quelle in piano di rientro leggero, 18 per quelle senza piano, 24 in quelle autonome), ma risultava più consistente, ad esempio, per gli infermieri, con una densità di 35 (piano standard) e 43 (piano leggero), contro 49 (senza piano) e 57 (autonome)⁴⁸.

Un segno delle tensioni presenti nel sistema di gestione del personale è la dilatazione dell'orario di lavoro oltre quanto previsto dalle direttive europee. Dal 25 novembre 2015 in base alla L. 161/2014 non è più consentita la disapplicazione delle norme e di conseguenza è stata attuata una apposita riorganizzazione del lavoro e dei turni, in alcuni casi con accorpamento di servizi anche a livello interaziendale e/o effettuando alcune assunzioni, come rilevato da un'indagine CERGAS-FIASO⁴⁹. Tuttavia non tutte le aziende hanno saputo realizzare l'auspicabile adattamento organizzativo, mettendo a rischio l'erogazione dei servizi e le attività formative.

L'indagine CERGAS-FIASO sottolinea la rilevanza della nuova normativa, anche perché si deve tenere conto, da un lato, della limitata

fungibilità del personale e dell'ampia presenza di lavoro per turni e, dall'altro, della diffusione di istituti o tutele quali ad esempio l'allattamento, i permessi legge 104/1992, le limitazioni lavorative certificate (che dipendono anche dal progressivo invecchiamento del personale⁵⁰). Un altro problema segnalato è il rischio, emerso anche da indagini su esperienze di altri paesi, che la riduzione delle ore di lavoro, implicando turnazioni più frequenti, generi difficoltà ai pazienti in relazione alla frequenza dei passaggi di consegne. La stessa indagine conclude comunque che, mentre alcune aziende hanno saputo e potuto cogliere l'occasione per riorganizzarsi, altre si sono limitate a trovare soluzioni di breve periodo non sostenibili nel lungo e a ridurre i servizi; pertanto, a parità di risorse, non sarebbe facile garantire la continuità dei servizi nel medio termine e potrebbero emergere una serie di criticità, legate anche all'attuale contrazione di attività quali, ad esempio, la formazione, la pianificazione del lavoro e l'attività di confronto multidisciplinare (che pure hanno rilevanza, anche per gestire l'integrazione con il territorio). Lo studio auspica pertanto il mantenimento di una serie di deroghe alle norme sull'orario.

La pesantezza degli orari di fatto e la mancata crescita delle remunerazioni (più basse nel 2017 rispetto a quelle del 2010, in termini nominali, per il personale del SSN⁵¹) hanno alimentato il disagio nel personale e, in particolare, nei medici e infermieri, che

⁴⁸ La densità è stata calcolata sulla base dei dati del Conto annuale e di quelli Istat (Geodemo) sulla popolazione. Anche nel caso dei medici generici (*general practitioners*), il cui numero era pari a 75 per 100.000 abitanti nel 2013, contro 80 nella media europea (Commissione europea (2016), "Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability", Institutional paper n. 37, ottobre), la densità si è ridotta nel tempo (secondo dati Eurostat da 80 per 100.000 abitanti nel 2007 a 72 nel 2017). Nel caso dei medici di base tuttavia spesso la presenza è maggiore nelle Regioni del Mezzogiorno (il numero di medici generici per 10.000 residenti nel 2016 variava da 6,2 in Trentino-Alto Adige a 8,6 in Basilicata e quello dei pediatri per residenti di età inferiore a 15 anni da 7,7 in Piemonte a 10,7 in Sicilia) (Istat, elaborazioni su dati del

Ministero della Salute, si veda il sito Istat, alla sezione Salute e sanità).

⁴⁹ CERGAS-FIASO (Federazione italiana aziende sanitarie ospedaliere) (2017), "Impatto della legge 161/14 sulle Aziende del SSN", I quaderni FIASO, a cura di De Pietro, C., Giacomazzi, M., Pinelli, N. e Sartirana, M. in collaborazione con D. de Maffiis e F. Di Pasquale. All'indagine hanno risposto quasi 60 aziende distribuite su tredici regioni.

⁵⁰ Si veda a tale proposito CERGAS_SDA Bocconi (a cura di), "Rapporto OASI 2015".

⁵¹ Ragioneria Generale dello Stato (2019), Conto annuale, Focus specifici, Servizio sanitario nazionale, disponibile sul sito <https://www.contoannuale.mef.gov.it/>.

hanno risentito anche della diffusione del contenzioso medico-legale⁵² (e del moltiplicarsi degli episodi di violenza), con rischi di *burn-out* (stress da lavoro che riguarda in particolare il personale che svolge le cosiddette “professioni d’aiuto”) per il personale sanitario⁵³, un fenomeno che retroagisce sulla richiesta dei permessi previsti dalla L. 104/1992 e delle limitazioni lavorative e che può avere effetti sulla qualità delle prestazioni.

Di fronte alle tensioni emerse, le scelte effettive operate nell’ambito del vincolo di bilancio – allentamento del blocco del *turn-over*, di cui si è detto, assunzioni straordinarie, revisione del tetto di spesa – non sembrano ancora avere trovato una soluzione adeguata all’urgenza di alleviare le carenze di personale.

Sono state consentite assunzioni straordinarie, con procedure riservate per il personale precario, mantenendo tuttavia meccanismi di reclutamento molto vincolanti e appostando risorse limitate (con la legge di stabilità per il 2016 è stato istituito un fondo dotato di 75 milioni per il 2017 e 150 milioni per gli anni successivi). La procedura prevista è di lenta gestazione: sono richiesti innanzitutto la riduzione dei posti letto in base al regolamento sugli standard ospedalieri, quindi la predisposizione di un piano di fabbisogno del personale tale da garantire il rispetto delle normative europee sull’orario di lavoro

attraverso una migliore allocazione delle risorse. L’operazione è stata rinviata più volte e il termine per la chiusura delle procedure concorsuali straordinarie è stato posto alla fine del 2019 (decreto “milleproroghe” del 2016 e D.Lgs. 75/2017, rivisto dalla legge di bilancio per il 2018⁵⁴). Con il D.Lgs. 75/2017, tra l’altro, sono state introdotte nuove norme per le stabilizzazioni, nel triennio 2018-2020, del personale in servizio a tempo determinato (assunzione) o con contratto flessibile (concorsi con riserva del 50 per cento dei posti) con almeno tre anni di servizio, che riguardano anche il SSN (L. 205/2017). Le assunzioni devono comunque essere coerenti con il piano triennale dei fabbisogni e devono avere una copertura finanziaria. In seguito si è ulteriormente intervenuti anche per estendere il periodo di validità delle graduatorie (laddove non sia altrimenti disposto da leggi regionali), pur tuttavia se ne è limitato l’utilizzo.

Con il decreto Calabria, poi, come si è visto, sono stati rivisti i tetti per le spese di personale, parametrati al valore storico del 2018 (in alternativa a quello del 2004 ridotto dell’1,4 per cento), più un aumento annuo pari al 5 per cento del Fondo sanitario regionale – corrispondente a circa 55 milioni –, oltre a un eventuale ulteriore incremento in caso di re-internalizzazione di alcuni servizi. Dal 2021 l’aumento è subordinato all’adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale⁵⁵.

Peraltro altri fattori contribuiscono a creare difficoltà nella gestione delle sostituzioni. Tra questi il fatto che il blocco del *turn-over* e i limiti alle assunzioni hanno provocato un aumento dell’età media⁵⁶,

quella per la stipula di nuovi contratti flessibili nel caso del personale medico, tecnico professionale e infermieristico del SSN.

⁵⁵ Il Ministero per la Semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con quello dell’Economia e delle finanze e con quello della Salute, previa intesa in Conferenza unificata, ha definito, con decreto pubblicato in GU nel luglio 2018, le linee di indirizzo per i piani del fabbisogno di personale (modificabili in caso di incrementi di spesa connessi alle assunzioni ritenuti motivo di rischio per gli equilibri di finanza pubblica).

⁵⁶ Si veda Aimone Gigio *et al.* (2018), *op. cit.*, in cui si evidenzia anche come l’incremento dell’età media

⁵² La legge di stabilità per il 2016 e la L. 24/2017 hanno affrontato il problema assai spinoso della responsabilità professionale.

⁵³ Si osservi tra l’altro che la Regione Lazio aveva emanato anche un decreto volto all’adozione dei cosiddetti “tempari”, ovvero tempi predefiniti per la durata di un certo numero di esami o visite specialistiche (e altre Regioni si stavano muovendo in questa direzione), annullato poi dal TAR Lazio.

⁵⁴ Intanto si è consentito di continuare a utilizzare le forme di lavoro flessibili, anche in deroga al *Jobs Act*. In seguito il D.Lgs. 75/2017, rivisto dalla legge di bilancio per il 2018, ha abolito la deroga per le Amministrazioni pubbliche sulle collaborazioni coordinate e continuative, ma ha prorogato al 2018

soprattutto nelle Regioni in piano di rientro: secondo dati del Conto annuale, l'età media è passata da 43,5 anni nel 2001 a 47,2 nel 2009 e a 50,7 nel 2017; nel 2017 nelle Regioni in piano di rientro la media (pesata con la popolazione regionale) era più alta di 3 anni rispetto alle altre Regioni, anche se, nel caso dei medici, il *gap* che si era prodotto fino al 2015⁵⁷ si è in parte riassorbito (più di 51 anni nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, meno di 50 nelle altre). Il problema delle sostituzioni può essere aggravato dai meccanismi di pensionamento più favorevoli introdotti dalla legge di bilancio dello scorso anno, che pure potrebbero favorire il ringiovanimento del personale se le procedure di assunzione fossero più agili e non vi fossero limitazioni dal lato dell'offerta di lavoro, dovute anche alle difficoltà del sistema di formazione. Infatti, con riguardo ai posti e alle borse di studio per le scuole di specializzazione per la medicina generale e per la specialistica, il numero di nuove immissioni è inferiore rispetto alle richieste delle Regioni.

ridimensioni il risparmio di spesa legato alla riduzione del personale.

⁵⁷ Aimone Gigio *et al.* (2018), *op. cit.*

⁵⁸ La stima del fabbisogno di medici è molto complessa. Da un lato, i sindacati medici prevedono una significativa insufficienza di medici di base e ospedalieri nel prossimo futuro (ANAAO-ASSOMED (2017), "Il fabbisogno di personale medico nel SSN dal 2016 al 2030. La relazione tra pensionamenti, accessi alle scuole di medicina e chirurgia e formazione post-laurea", a cura di Palermo C., Ragazzo F., Montemurro D. e D'Arienzo M.). Dall'altro, alcune ricerche sottolineano come il problema possa essere affrontato non solo dal lato della formazione, ampliando il numero di borse di studio, ma anche attraverso una riorganizzazione volta a rivedere l'attuale struttura dell'offerta (Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna (2014), "Risorse umane in sanità. Per una previsione dei fabbisogni in Emilia-Romagna", Dossier. 239, a cura di Senese F.,

Secondo il testo dell'Accordo in conferenza Stato-Regioni del 2018 sul fabbisogno di medici specialisti per il triennio accademico 2017-2020 tale fabbisogno era pari a 8.569 unità per l'anno accademico 2017-18, 8.523 per il 2018-19 e 8.604 per il 2019-2020. Per l'anno accademico 2018-19, tuttavia, erano solo 6.200 i contratti di formazione specialistica a carico del bilancio dello Stato, cui aggiungere 640 borse messe a disposizione dalle Regioni e 94 da altri enti pubblici e privati⁵⁸. In seguito la legge di bilancio ha stanziato importi crescenti da 22 milioni nel 2019 a 100 a partire dal 2023 (900 ulteriori borse di studio dal 2019 secondo la Relazione tecnica, per arrivare quasi a 8.000 nel complesso)⁵⁹.

Per la formazione dei medici di medicina generale invece lo stanziamento annuo era da tempo di circa 38,7 milioni. Le risorse sono state in seguito progressivamente rafforzate, con 40 milioni per il solo 2018 reperiti dalle quote vincolate per gli obiettivi di piano (Intesa del 1° agosto 2018 sul riparto dei finanziamenti per il 2018) e 10 milioni annui per il triennio 2019-2021 (legge di bilancio per il 2019). Il numero di borse è arrivato a quasi 2.100 per il triennio iniziato con l'anno accademico 2018-21.

La carenza di posti nelle scuole di specializzazione è stata il frutto di una errata programmazione dei fabbisogni, della limitatezza delle risorse messe a disposizione⁶⁰, della difficoltà di gestire un

Ruozzi C., Grilli R., Tubertini P., Lodi A. e Mazzocchetti A. e Fiaso (2018), *op. cit.*

⁵⁹ Il decreto Calabria ha aggiunto 2 milioni all'anno per tre anni per coprire gli oneri necessari per l'organizzazione dei corsi onde includere, senza borsa di studio, alcuni medici risultati idonei al concorso.

⁶⁰ Si ricorda tra l'altro che la sentenza C-616/16 e C-617/16 della Corte di giustizia della UE ha confermato il diritto degli specializzandi a essere adeguatamente remunerati, riconosciuto a partire dal 1982 dalle norme comunitarie. Il contenzioso nasce principalmente dal fatto che tale diritto è stato recepito in Italia solo dieci anni dopo, escludendo dal diritto coloro che hanno frequentato i corsi di specializzazione tra il 1982 e il 1991. In altri casi i ricorsi hanno riguardato il mancato versamento, tra il 1994 e il 2006, degli oneri previdenziali e della copertura assicurativa dei rischi professionali e degli infortuni. Il costo potrebbe essere elevato.

numero maggiore di studenti da parte delle università, soprattutto per quanto riguarda le attività pratiche⁶¹. Inoltre sono stati criticati alcuni aspetti organizzativi, quali la variabilità dei costi di organizzazione e la perdita di risorse a seguito delle rinunce⁶² alle borse⁶³. La soluzione di questi problemi deve riuscire a contemperare le esigenze delle Regioni, che hanno bisogno di personale, e quelle relative alla qualità dei percorsi di formazione, che richiedono la permanenza delle scuole di specializzazione in ambito universitario, da un lato, e la possibilità di svolgere attività pratiche, dall'altro.

La preoccupazione sulla crescente indisponibilità di medici (soprattutto per alcune specializzazioni⁶⁴), infermieri e altri operatori sanitari si sta intensificando e già viene denunciata dalle Regioni la mancata partecipazione ai concorsi per alcune specializzazioni⁶⁵. In molti paesi industrializzati si è presentato da tempo un

problema di carenza di medici, tanto che si è affermata una tendenza a importare professionisti della salute, ma in Italia la situazione sembra essere più complessa. Da un lato, si starebbero diffondendo tra i medici o futuri medici l'opzione per il privato⁶⁶ o la scelta di emigrare, per cercare altrove migliori opportunità di lavoro e di guadagno⁶⁷. Dall'altro lato, le Regioni cercano di applicare soluzioni emergenziali per tamponare la situazione, di cui alcune difficilmente praticabili⁶⁸: contratti di natura temporanea⁶⁹, rivolti anche a stranieri, che in molti casi non possono poi partecipare ai concorsi per le assunzioni perché privi del requisito di cittadinanza, reclutamento di medici in convenzione con paesi della UE, richiamo di medici in quiescenza, utilizzo di specializzandi (o addirittura laureati abilitati) e di medici militari. Si è cercato pertanto di fornire alcune regole generali per le misure di emergenza, indirizzandole

⁶¹ Il decreto n. 58 del 9 maggio 2018 del Ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca, recante il nuovo regolamento per l'esame di abilitazione, prevede la possibilità di effettuare il tirocinio professionalizzante durante il percorso di studi, piuttosto che dopo la laurea.

⁶² Si verificano spesso rinunce in quanto gli specializzandi partecipano a nuovi concorsi per spostarsi su sedi che preferiscono.

⁶³ A tale proposito si veda Cappelli, C. (2019), "Il defianziamento della formazione MMG: analisi delle delibere", Associazione liberi specializzandi, reperibile al link http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato24_03026.pdf.

⁶⁴ Ad esempio anestesia e rianimazione e medicina d'emergenza-urgenza (si veda Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) (2018), "Dal fabbisogno specialistico di personale SSN allo sviluppo organizzativo delle competenze", Executive summary); ANAAO-ASSOMED (2019), "La mappa delle carenze di medici specialisti regione per regione", Studio ANAAO-ASSOMED.

⁶⁵ Si vedano ad esempio le dichiarazioni del Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, Antonio Saitta, riportate in Regioni.it (2018), "Saitta su emergenza medici specialisti", n. 3433, 2 agosto 2018.

⁶⁶ Il nuovo regime delle partite IVA introdotto con la legge di bilancio per il 2019, rendendo più conveniente la professione privata e l'intramoenia, potrebbe influire su queste scelte (Corte dei Conti (2019), "Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica 2019"). Tuttavia il DDL di bilancio in discussione introduce alcune limitazioni.

⁶⁷ I sindacati medici segnalano infatti che si starebbero intensificando l'emigrazione di medici verso altri paesi e i passaggi dal pubblico al privato attraverso il pensionamento o anche le dimissioni (ANAAO-ASSOMED (2017), *op. cit.*; si veda anche l'intervento del Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed, Palermo, C. (2018) "Fuga dagli ospedali", in *quotidianosanità.it*, 9 aprile. <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2019-05-16/offre-italia-via-campagna-fnomceo-contro-fuga-medici-estero-183930.php?uuid=ACJX1nD&cmpid=nlqf>.

⁶⁸ Si veda anche il documento contenente le proposte in materia delle Regioni, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2019), "Proposte riguardanti la carenza di medici specialisti e la valorizzazione delle professioni sanitarie non dirigenziali", 26 settembre.

⁶⁹ Ad esempio contratti di somministrazione, contratti d'opera, affidamento a cooperative e imprese specializzate.

soprattutto verso l'assunzione degli specializzandi (che tra l'altro dovrebbe liberare risorse per le borse di studio).

In particolare, è stato consentito agli specializzandi iscritti all'ultimo anno di corso (legge di bilancio per il 2019) – o al penultimo in caso di percorso quinquennale (DL 35/2019, convertito con L. 60/2019) – di partecipare ai concorsi per la dirigenza del ruolo sanitario; l'assunzione dei vincitori, iscritti in una graduatoria separata, resta subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione e all'esaurimento della graduatoria dei medici già specializzati alla scadenza del bando. Inoltre, in casi di emergenza e sotto determinate condizioni, i medici iscritti nella graduatoria separata possono essere assunti a tempo determinato (fino al 31 dicembre 2021 e al più per la durata residua del corso di formazione specialistica) e *part-time*, continuando a svolgere la specializzazione universitaria a tempo parziale; la formazione teorica dovrà rimanere di competenza delle università, mentre quella pratica spetterà all'ente sanitario in cui lo specializzando è inquadrato.

È stato poi provvisoriamente consentito ai laureati abilitati, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, di partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, subordinatamente ai medici già formati e aventi diritto, fermo restando il conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro i tempi previsti dal corso (DL 135/2018 e DL 35/2019, convertito con L. 60/2019). Le Regioni dovranno stabilire limitazioni del massimale degli assistiti o del monte ore settimanale, nell'ambito dell'accordo collettivo nazionale, e potranno organizzare i corsi anche a tempo parziale, in modo tale da garantire la compatibilità tra lo svolgimento delle attività assistenziali e la frequentazione di quelle didattiche (legge di bilancio per il 2019 rivista dal decreto Calabria). Si è inoltre introdotta la possibilità di un incremento del numero massimo di assistiti per

medico di base nel caso di alcuni modelli organizzativi multi professionali e si prevedono incentivi per i medici inseriti nelle graduatorie onde garantire il servizio nelle zone carenti di personale medico e altre specifiche misure in caso di rinuncia agli incarichi assegnati⁷⁰.

In definitiva, per superare la fase di emergenza è cruciale che con il Patto per la salute si arrivi a condividere tra livelli di governo una nuova metodologia di determinazione del fabbisogno di personale e di quello formativo, mentre si sbloccano gli incrementi delle risorse per il SSN.

5.3 *Le difficoltà di accesso fisico ed economico*

Permangono nel SSN, e anzi sembrano essersi per certi versi accresciute, almeno nel periodo della crisi economica, alcune difficoltà di accesso, legate a forme di razionamento e presenza di liste di attesa (accesso fisico) e a livelli elevati delle compartecipazioni (accesso economico).

Come si è visto, l'impatto delle riduzioni di spesa sull'offerta di servizi sembra essersi tradotto innanzitutto in un contenimento nell'erogazione di servizi ospedalieri, che avrebbero dovuto essere sostituiti da più economiche prestazioni territoriali. Tuttavia, le informazioni, più incerte e frammentarie, sul volume di queste ultime sembrano mostrare che, se un incremento vi è stato, questo è stato limitato e non uniforme in tutta la Penisola.

⁷⁰ Si è anche intervenuti per la stabilizzazione del personale di ricerca e la regolazione dei rapporti di lavoro degli IRCCS e degli IZS (legge di bilancio per il 2018 e per il 2019); sono stati allargati i requisiti per operare presso le reti delle cure palliative per i medici già in servizio con almeno tre anni di esperienza; in

considerazione dell'istituzione dei nuovi albi professionali per le professioni sanitarie (L. 3/2018), si è regolata la possibilità, per coloro che hanno svolto alcune professioni sanitarie per almeno 36 mesi negli ultimi 10 anni, di continuare a svolgerle.

Gli standard di posti letto contenuti, non compensati da un sufficiente e omogeneo rafforzamento dei servizi territoriali, possono implicare forme di razionamento, che emergono ad esempio attraverso l'affollamento dei servizi di emergenza.

Le liste di attesa, che rappresentano un altro indicatore di problemi di accesso fisico, restano lunghe⁷¹. Si osservi che sui tempi di attesa influiscono, oltre alla capacità produttiva determinata dalle risorse finanziarie e umane, importanti aspetti di programmazione, vigilanza e governo della domanda (attraverso le classi di priorità e il perseguimento dell'appropriatezza). Le Regioni si sono impegnate in misura e con strumenti diversificati, ma in molti casi si possono rilevare ritardi e criticità, in particolare in relazione alla trasparenza nei confronti dei cittadini e alle garanzie a essi fornite, all'efficienza dei CUP, al controllo dell'intramoenia, all'applicazione delle sanzioni in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, alla tutela dei pazienti cronici⁷². Il nuovo Piano nazionale per le liste d'attesa è stato approvato di recente (febbraio 2019) e prevede la rapida definizione dei piani regionali (tuttavia esso non contempla l'allocatione di nuove risorse⁷³).

Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021 rafforza il precedente, indicando i tempi massimi di attesa e le classi di priorità per alcune prestazioni e richiedendo la differenziazione tra prestazioni di primo accesso e di accesso successivo (prescritte dallo specialista, senza un ulteriore passaggio dal medico di base). Sono confermati i percorsi di accesso preferenziali (percorsi diagnostico terapeutici) per le aree cardiovascolare e oncologica, prevedendo di individuare ulteriori aree critiche. Si promuove poi la trasparenza delle prenotazioni, nel settore pubblico, in quello privato accreditato e nell'intramoenia, da gestire attraverso i Centri Unificati di prenotazione informatizzati (CUP), e si estendono le azioni di monitoraggio delle prestazioni in regime istituzionale e in regime di attività libero professionale intramuraria⁷⁴. Quanto a quest'ultima, oltre a ipotizzarne addirittura il contestato blocco, in caso di superamento del rapporto con l'attività istituzionale⁷⁵ o di sfioramento dei tempi di attesa, si precisa che non possono essere prescritte, nell'ambito di tale regime, successive prestazioni a carico del SSN. Vengono incoraggiati alcuni modelli gestionali, in particolare l'erogazione delle prestazioni in fasce orarie non tradizionali e la corretta programmazione dell'offerta. È confermata la possibilità per il cittadino, se i tempi non vengono rispettati e in via eccezionale e temporanea, di ottenere la prestazione anche in intramoenia pagando esclusivamente il *ticket*.

Emergono problemi anche in relazione alla disponibilità e uso delle apparecchiature sanitarie. La dotazione di attrezzature è elevata, ma lo è anche il grado medio di obsolescenza, sul quale si riflette il basso

⁷¹ In base a Ministero della Salute (2019), "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero", ad esempio, nel 2017 le attese in media erano pari a oltre 27 giorni per il tumore alla mammella, 53 per il tumore alla prostata, 119 per la tonsillectomia, 90 per l'ernia inguinale. Secondo dati pubblicati in Corte dei Conti (2019), *op. cit.*, nel 2018 la percentuale di prestazioni di classe di priorità B garantite effettivamente entro 10 giorni, per otto prestazioni, secondo la rilevazione a livello nazionale, oscillava tra il 78 e l'87 per cento mentre la percentuale di prestazioni di classe D garantite entro 30 giorni per le visite e 60 per gli accertamenti diagnostici oscillavano tra il 68 e il 95 per cento, con un peggioramento, nella maggior parte dei

casi, rispetto all'anno precedente per quelle più urgenti (in 7 su 8 casi).

⁷² Si ricorda che nella valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie rientra l'impegno rivolto a ridurre le liste di attesa.

⁷³ La legge di bilancio per il 2019 e il DL 119/2018 hanno stanziato 150 milioni per il 2019, altrettanti per il 2020 e 100 per il 2021 per la realizzazione e ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche relative ai sistemi di prenotazione elettronica.

⁷⁴ Le Aziende devono anche rilevare l'impegno orario dedicato sia all'attività istituzionale, sia a quella intramoenia.

⁷⁵ Definito in base alla L. 120/2007.

livello degli investimenti, mentre la distribuzione sul territorio degli strumenti più costosi è sperequata e le prescrizioni sono difformi tra aree geografiche⁷⁶.

Quanto all'accesso economico, il gettito complessivo dei cosiddetti *ticket*, escluse le strutture accreditate dove il dato non viene rilevato, è passato da 1,8 miliardi nel 2008 a 3 nel 2018, secondo informazioni rilevate dai modelli CE.

In particolare, il cosiddetto *superticket*, ovvero la quota fissa di 10 euro per ricetta sull'assistenza specialistica ambulatoriale introdotta nel 2011⁷⁷, aggiungendosi alle compartecipazioni preesistenti a carico del cittadino, che già potevano essere piuttosto elevate per i non esenti⁷⁸, ha probabilmente rappresentato un rilevante fattore di riduzione della domanda di prestazioni pubbliche, spingendo verso la rinuncia alle cure o verso il privato (si veda più avanti il paragrafo 5.5).

L'aumento delle compartecipazioni alla spesa, in connessione con il peggioramento delle condizioni economiche delle famiglie in seguito alla crisi, ha contribuito a provocare un forte incremento della quota

di cittadini che hanno rinunciato a visite mediche per il costo eccessivo, passata, secondo dati Eurostat (indagine EU-SILC), dal 3,9 per cento nel 2008 al 6,5 nel 2015. Se si guarda al 20 per cento di popolazione più povera, si osserva addirittura un aumento della frequenza di cittadini che hanno rinunciato a visite mediche per motivi economici dal 7,1 per cento nel 2004 al 14,5 nel 2015. Nel 2016 sono intervenute modifiche nelle domande poste agli intervistati, dunque i dati non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti. A seguito di questo cambiamento la percentuale crolla al 2 per cento nei tre anni successivi, e al 4,3 per il primo quintile. Un'altra indagine Istat (Indagine sugli aspetti della vita quotidiana⁷⁹) rileva invece nel 2017 una quota di rinunce per motivi economici a visite specialistiche (non odontoiatriche) o accertamenti pari al 6,8 per cento (circa 5 per cento al Nord, 7 nel Centro e più del 9 per cento nel Mezzogiorno) e per le liste di attesa pari al 3,3. Le percentuali relative ai motivi economici appaiono in aumento se confrontate con quelle, riferite al 2012, rilevate da una terza indagine Istat, quella sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi

⁷⁶ Per approfondimenti si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2016), *op. cit.* e Corte dei Conti (2019), *op. cit.*, che mostra, sulla base di dati del Ministero della Salute, che il fabbisogno di investimenti in nuove tecnologie per il triennio 2018-2020 era di circa 1,5 miliardi, di cui 1,1 per sostituzioni di macchinari obsoleti e 0,4 per il potenziamento del patrimonio tecnologico. La quota relativa alle Regioni in piano di rientro era pari al 43 per cento; quella del Nord era pure del 43 per cento, contro il 17 per cento del Centro e il 40 per cento del Mezzogiorno.

⁷⁷ Si ricorda che le Regioni hanno potuto adottare misure alternative, purché assicurassero lo stesso impatto di bilancio. Per approfondimenti sul *superticket* e sul fondo previsto dalla legge di bilancio per il 2018 al fine di attutirne gli effetti si rimanda a Ufficio parlamentare di bilancio (2017),

“L'emendamento per la riduzione del *superticket*”, Flash n. 8

⁷⁸ La compartecipazione preesistente è pari alla tariffa della prestazione, fino a un tetto massimo di 36,15 euro per ricetta. Sono esenti per motivi economici i cittadini di età inferiore a 6 anni e superiore a 65, appartenenti a un nucleo familiare (inteso a fini fiscali) con reddito annuo complessivo non superiore a 36.151,98 euro, e alcune limitate fasce di cittadini in condizioni di disagio economico.

⁷⁹ Si veda Istat (2019), “Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale”, Audizione parlamentare, XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati, 9 aprile, dove si sottolinea che la rinuncia a specifiche prestazioni non implica necessariamente rinuncia generale a curarsi.

sanitari⁸⁰, secondo la quale il 4,3 per cento degli intervistati aveva dichiarato di aver rinunciato a visite specialistiche (contro il 6,2 indicato per il 2017) e il 2,8 per cento ad accertamenti (il 3,3 nel 2017). Quanto ai motivi legati a problemi di offerta, le rinunce risultavano pari al 2,9 per cento per le visite (contro il 2,2 nel 2017 a causa di liste di attesa) e all'1,8 per cento per gli accertamenti (1,6).

Il nuovo sistema di garanzia dei LEA opportunamente tiene conto delle diseguaglianze di accesso nella salute, e in particolare include un indicatore relativo alla rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche, anche con riferimento a gruppi in situazione socio-economica sfavorevole (tratto dall'indagine Istat sulle condizioni di salute). Saranno inoltre utilizzati specifici indicatori sentinella per rilevare le eventuali difficoltà di accesso a percorsi assistenziali da parte di soggetti appartenenti a questi stessi gruppi.

5.4 *Federalismo sanitario e sperequazione regionale*

Il sistema sanitario è caratterizzato da ampi divari territoriali, che mettono a rischio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio e possono contribuire alle diseguaglianze di salute. La

figura 8 sintetizza il divario tra i SSR attraverso le informazioni relative a tre variabili: il saldo della mobilità (che offre un segnale sulla disponibilità di servizi di buona qualità), il risultato di esercizio (che indica la capacità di gestire gli equilibri finanziari del SSR) e il punteggio LEA, risultante dal nuovo sistema di garanzia, applicato sperimentalmente al 2016 (volto a misurare l'adeguatezza dei servizi⁸¹).

La mobilità implica un trasferimento di fondi dalle Regioni meridionali, dalle Marche e dal Lazio ad altre Regioni, prima di tutto la Lombardia, e poi l'Emilia Romagna, il Veneto e la Toscana⁸². Le prime così, oltre ad avere meno risorse da investire nei propri SSR, contribuiscono, da un lato, a finanziare i servizi sanitari (e in definitiva il sistema economico) delle seconde e, dall'altro, ad affollarli.

Le Regioni con maggiore disavanzo non sono più quelle in piano di rientro, se si eccettua la Calabria, ma quelle a statuto speciale non in piano (tranne la Valle d'Aosta) che, come si è visto, non sono obbligate a sottostare ai vincoli di spesa. Se si guarda ai dati *pro capite*, lo sfioramento del Molise e della Calabria appaiono ancora molto elevati, con 116 euro e 86 euro rispettivamente, anche se inferiori a quelli di Bolzano (510), Trento (367), della Valle d'Aosta (150) e della Sardegna (124).

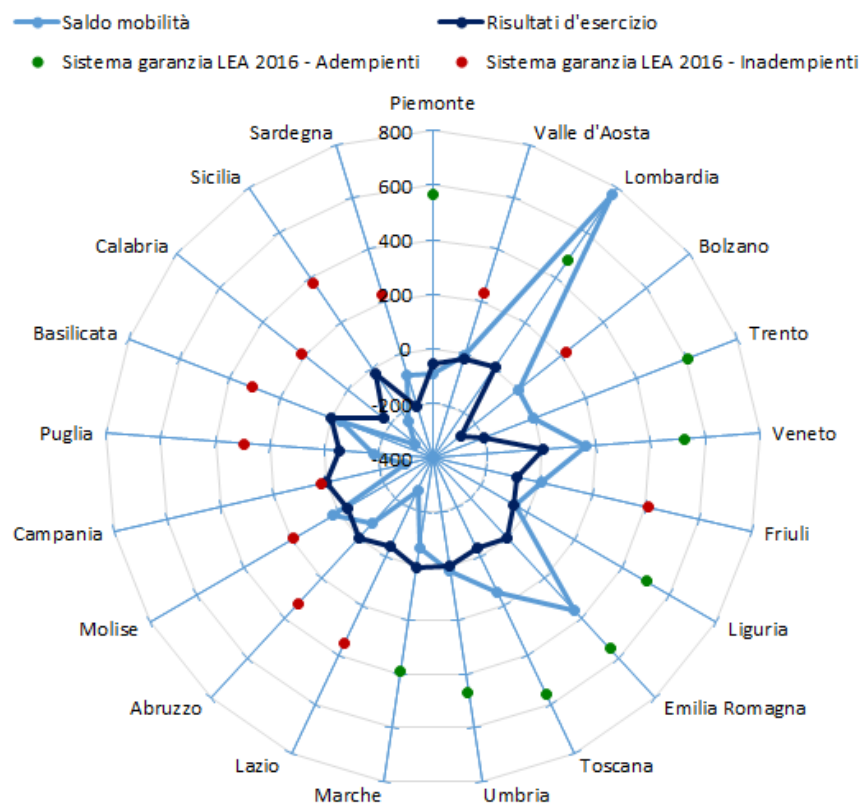
⁸⁰ Si veda Istat (2014), "Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione", 29 dicembre.

⁸¹ Il nuovo sistema di garanzia dei LEA in effetti comprende indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa, di efficacia e appropriatezza clinica, di sicurezza. Il sistema fornisce tre diversi indicatori di sintesi, basati su 22 degli 88 rilevati, relativi alle tre aree della prevenzione, dell'assistenza distrettuale e di quella ospedaliera. Il punteggio di ogni area deve

superare 60 punti (su 100) perché la Regione sia considerata adempiente. Nel grafico tuttavia, a scopo solamente indicativo, si presenta la somma dei tre indicatori.

⁸² Si ricorda che la mobilità verso Bambin Gesù e l'ACISMOM (Associazione dei Cavalieri Italiani Sovrano Militare Ordine Di Malta) è pari a quasi 230 milioni, a fronte di una mobilità passiva del Lazio di più di 270.

Fig. 8 – Divari tra SSR
 (saldo mobilità e risultato di esercizio 2018 in milioni di euro (1); punteggio LEA relativo al nuovo sistema di garanzia, somma degli indicatori relativi ai tre livelli, misurato sul secondo asse: ogni 50 punti LEA nel grafico è visibile un cerchio tratteggiato)



Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato (2019), *op. cit.*, Corte dei Conti (2019), *op. cit.*, Ministero della Salute (2019), "Il Nuovo Sistema di Garanzia", agosto, disponibile al link <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>.

(1) Nel Lazio è stata esclusa la mobilità verso gli enti Bambin Gesù e ACISMOM, di cui alla nota 82.

Le Regioni che, secondo il nuovo sistema di garanzia, non assicurano i LEA sono tutte quelle del Mezzogiorno, il Lazio, e anche la Provincia di Bolzano, la Valle d'Aosta e il Friuli-Venezia Giulia. Quest'ultima, in realtà, anche se in termini di punteggio complessivo supera la Regione Marche, considerata adempiente, presenta una valutazione insufficiente sulla prevenzione.

Sulla base del precedente sistema, era stato osservato che, dalla seconda fase di programmazione dei piani di rientro, il monitoraggio dei LEA mostrava un qualche miglioramento⁸³, ma restava molto elevato il divario con le altre Regioni⁸⁴. Va ricordato che le Regioni che non presentano disavanzi possono offrire prestazioni extra-LEA, finanziate con proprie risorse, mentre nelle altre questo non è concesso. Per valutare gli aspetti quali-quantitativi degli

⁸³ Non si può escludere che vengano messi in atto comportamenti volti a privilegiare le situazioni monitorate da specifici indicatori, con sofferenza per altre che restano in ombra.

⁸⁴ Aimone Gigio *et al.* (2018), *op. cit.*.

effetti dei piani di rientro sono stati considerati una serie di altri elementi⁸⁵, che offrono un quadro complessivamente poco favorevole.

Il saldo tra mobilità attiva e passiva è peggiorato per le Regioni in piano di rientro (da -2,7 a -4,3 per cento dei ricoveri per acuti); si è già detto del parziale miglioramento dei dati sugli esiti dei ricoveri ospedalieri (par. 5.2); le liste di attesa sulle prestazioni monitorate tra il 2011 e il 2015 si sono accorciate nelle Regioni in piano di rientro e sono aumentate nelle altre, ma questo potrebbe dipendere anche dalla elevata mobilità dei pazienti; quanto alla qualità percepita: 1) con riguardo all'assistenza medica e infermieristica il divario è aumentato, in quanto le Regioni in difficoltà non sono riuscite a tenere il passo con i miglioramenti delle altre; 2) le differenze sulla durata delle file presso le ASL si sono ridotte a seguito di un peggioramento più intenso nelle Regioni senza piano di rientro (probabilmente anche in relazione alla mobilità); la facilità di accesso ai servizi di pronto soccorso sarebbe diminuita nelle Regioni in piano, forse per la difficoltà a riorganizzare le reti di emergenza dopo la chiusura di alcuni piccoli ospedali.

Di recente l'attenzione si è focalizzata sulle differenze di salute legate alle condizioni sociali, la cui intensità è stata rilevata da molti studi⁸⁶. Una fotografia della situazione attuale mostra che in Italia le differenze dovute a variabili socio-economiche sono superate da quelle geografiche e ancor più i divari emergono dalla combinazione degli aspetti sociali e territoriali.

Guardando alla speranza di vita, l'indicatore i cui *gap* appaiono più inquietanti, i recenti dati Istat regionali per genere e livello di istruzione⁸⁷ (una *proxy* della condizione sociale) mostrano che in media l'aspettativa di vita alla nascita

oscilla tra 86,0 e 84,5 anni per le donne secondo il livello di istruzione e tra 82,3 e 79,2 anni per gli uomini, ma il *gap* tra gli individui con basso livello di istruzione della Campania e quelli con alto livello di istruzione della Provincia autonoma di Bolzano arriva a 4 anni per le donne e a 6,1 anni per gli uomini. Un recente lavoro dell'Istat⁸⁸ rende disponibili ulteriori interessanti informazioni. Ad esempio, la percentuale di sopravvissuti a 90 anni risulta pari a 37,1 per cento per le donne con basso livello di istruzione (18,9 gli uomini) e 44,5 per quelle con alto livello di istruzione (27 per gli uomini); in Campania rispettivamente 30,3 e 39,7 per le donne e 14,7 e 22,1 per gli uomini. Quanto alla mortalità evitabile, gli anni di vita potenziali perduti per mortalità sotto i 70 anni in Italia risultano essere stati pari a 259,1 nel biennio 2014-15 (valori standardizzati per 10.000 abitanti), ma in Campania a 315,2 e in Sardegna e Valle d'Aosta a circa 292. In generale, con l'eccezione della Valle d'Aosta, i risultati più sfavorevoli si riscontrano nel Mezzogiorno, in particolare con riguardo agli anni persi per cause morbose e non traumatiche (rispetto a 222,1 anni per tutto il Paese, la Campania arriva a 291,1 e Sicilia e Calabria a circa 253). Inoltre, l'Istat ha individuato 5 gruppi di regioni italiane con caratteristiche simili, sulla base di alcuni indicatori dello stato di salute della popolazione. Malgrado i profili di ogni *cluster* siano in realtà più articolati, in sintesi è emerso che: la Valle d'Aosta e la Campania fanno gruppo da sole, essendo la prima caratterizzata da mortalità prematura e comportamenti a rischio e la seconda da precarie condizioni di salute; le altre regioni del Mezzogiorno e il Lazio sono contraddistinte dalla intensa presenza di malattie croniche, mentre Veneto e Trentino-Alto Adige presentano buone condizioni di salute e le altre regioni del Centro-Nord discrete condizioni di salute e comportamenti a rischio.

In definitiva, ancora lungo è il percorso verso una fornitura omogenea di servizi e prestazioni sul territorio. Mentre alcune

⁸⁵ Aimone Gigio *et al.* (2018), *op. cit.*.

⁸⁶ Il riferimento principale è Marmot, M. (2015), "The health gap. The challenge of an unequal world", Ed. Italiana (2016), *La salute disuguale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

⁸⁷ Istat (2018), "Diseguaglianze regionali nella speranza di vita per livello di istruzione", 18 aprile, periodo di osservazione 2012-14.

⁸⁸ Istat (2019), "La salute nelle regioni italiane, periodo di osservazione 2012-14".

Regioni, dotate per statuto di particolari margini di autonomia e/o che dispongono di maggiori risorse rispetto alle altre, sono riuscite a sfruttare questi margini di bilancio per compensare le riduzioni del finanziamento centrale, altre, soprattutto quelle in piano di rientro, hanno dovuto fronteggiare simultaneamente la riduzione di risorse e il riequilibrio di bilancio. Il processo di consolidamento ha aggravato le carenze strutturali già presenti, accentuando i fenomeni di mobilità passiva e comportando una ulteriore riduzione delle risorse a disposizione per il territorio.

Per fronteggiare il crescente divario di dotazione infrastrutturale del Paese, da più parti è stato suggerito di ricorrere agli interventi speciali previsti dalla Costituzione per rimuovere gli squilibri economici e sciali (*spending power*)⁸⁹. La perequazione infrastrutturale peraltro è un tema che sta tornando all'attenzione nell'ambito del dibattito sui livelli differenziati di autonomia richiesti da alcune Regioni.

Allo stesso tempo, l'evidenza di una mancata erogazione dei LEA in alcune regioni ha reso sempre più accesa la discussione tra i diversi livelli di governo sulle responsabilità e sui poteri rispettivi, in particolare, con riguardo alla natura dei commissariamenti e al modo di affrontare le emergenze (decreto Calabria). La normativa relativa ai commissariamenti è stata più volte rivista, cercando un difficile equilibrio

tra le esigenze di garanzia dei livelli di assistenza e degli equilibri finanziari e quelle di rispetto dell'autonomia⁹⁰. Da un lato, si ritiene necessario concedere i poteri sostitutivi a un soggetto diverso da quello cui è attribuita la responsabilità ultima dei problemi e delle carenze che hanno portato al commissariamento; dall'altro, esiste il rischio di esasperare la contraddizione insita in un potere normativo, che in alcuni casi finisce per essere anche di tipo sostanzialmente legislativo, in capo a un soggetto non eletto.

5.5 *Il ruolo del pubblico nella garanzia del servizio universale*

Le misure di riduzione della spesa sanitaria sono state introdotte come strumenti di rafforzamento dell'efficienza dei servizi e in alcuni casi dell'appropriatezza delle prestazioni. Tuttavia, la successione degli interventi e alcune operazioni che hanno direttamente o indirettamente favorito il settore privato e/o il trasferimento in quella sfera di una parte della produzione potrebbero alla lunga portare a uno spostamento della frontiera tra *market* e *non market*.

Negli ultimi anni, mentre la spesa pubblica pro capite in termini reali passava da 2.266 dollari a parità di potere d'acquisto del 2012 a 2.235 nel 2018 (par. 2), quella privata *out of pocket* (compartecipazioni alla spesa e pagamenti diretti di servizi e

nomina a Commissario *ad acta* con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento – anche in relazione agli incarichi commissariali in atto – e sono stati rivisti i requisiti che il Commissario deve presentare. Attualmente in Calabria e Molise il Commissario *ad acta* non coincide con il Presidente della Regione.

⁸⁹ Si veda, ad esempio, Di Caro, P. e Monteduro, M.T., "La finanza locale in tempo di crisi: verso un modello di decentramento più equo e sostenibile?", in Arachi, G. e Baldini M. (a cura di) (2017), *La finanza pubblica italiana, Rapporto 2017*, il Mulino, Bologna; Corte dei Conti (2019), *op. cit.*

⁹⁰ Di recente, con la conversione in legge del DL 119/2018, è stata estesa l'incompatibilità della

prestazioni) e per assicurazioni volontarie aumentava in media da 710 dollari pro capite a 776 (dal 2,1 al 2,3 per cento del PIL). Bisogna considerare tuttavia che la spesa privata può essere diretta a prestazioni non appropriate e potrebbe aumentare in presenza di un rafforzamento dell'appropriatezza da parte pubblica.

Si osservi che, secondo dati Istat presentati nel database *Wealth for All* e riferiti al 2014, le macro-aree con più elevata spesa privata pro capite sono il Nord Est (697 euro) e il Nord Ovest (626), seguite dal Centro (548), dal Sud (423) e dalle Isole (414), mentre il tasso di crescita più alto, tra il 2007 e il 2014, si è verificato nel Nord Est (35 per cento). Evidentemente la spesa privata non rappresenta semplicemente una compensazione del livello di quella pubblica, ma è sospinta anche da altre circostanze, quali le condizioni economiche personali, l'attenzione alla salute, eventuali fenomeni di induzione da parte dell'offerta.

I dati Istat sul sistema dei conti per la sanità consentono di approfondire la relazione tra finanziamento pubblico e privato dei servizi, per singola funzione di assistenza sanitaria⁹¹, e confermano che la differenza tra gestione pubblica e privata nelle spese amministrative e generali è molto rilevante.

Le Amministrazioni pubbliche nel 2018 coprivano il 95 per cento della spesa per gli

⁹¹ I dati sono elaborati secondo il System of Health Accounts (SHA), volto a fornire un quadro comparabile tra paesi e coerente con il Sistema europeo dei conti (SEC 2010). Per maggiori dettagli si veda Istat (2017), "Il sistema dei conti della sanità per l'Italia", Statistiche report, 4 luglio. Si vedano anche le presentazioni al Convegno dell'Istat "Il nuovo sistema dei conti della sanità per l'Italia", svoltosi a

ospedali, il 58 per cento di quella per le strutture ambulatoriali, il 45 per cento di quella delle farmacie e altri fornitori di presidi medici, il 65 per cento di quella per strutture residenziali a lungo termine e il 54 per cento della spesa per servizi di amministrazione e finanziamento. Tra il 2012 e il 2018 la spesa complessiva per assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare) è aumentata del 4,8 per cento: mentre quella a finanziamento pubblico è rimasta abbastanza stabile (+0,8 per cento) – essendo frenata dalla riduzione dell'ospedaliera (-2,5 per cento) – quella diretta delle famiglie è aumentata del 25,1 per cento, soprattutto a causa dell'incremento della componente ambulatoriale (30 per cento), mentre la componente ospedaliera privata si è ridotta (-1,9 per cento). Per quanto riguarda l'assistenza a lungo termine, la crescita della spesa pubblica è stata pari al 10,5 per cento medio annuo; quella diretta delle famiglie è aumentata del 13,7 per cento. La spesa pubblica per prodotti farmaceutici ed altri apparecchi terapeutici finanziata dalle Amministrazioni pubbliche è cresciuta del 16,8 per cento e quella diretta delle famiglie dell'8 per cento. Dunque la spesa privata si è rafforzata in particolare nell'assistenza ambulatoriale e in quella a lungo termine.

Si consideri inoltre che le spese per il governo e l'amministrazione e per il finanziamento sono state pari all'1,4 per cento della spesa corrente complessiva pubblica nel 2018, essendo diminuite del 13,6 per cento dal 2012, e al 33,4 per cento nel caso dei regimi di finanziamento volontari (assicurazioni sanitarie volontarie e istituzioni senza scopo di lucro, non includendo il sistema di welfare aziendale⁹²), che hanno sperimentato un aumento del 57,3 per cento nello stesso periodo (a fronte di un incremento complessivo di spesa del 31,5 per cento).

Questi dati da un lato riflettono il livello ancora arretrato dei servizi pubblici per le

Roma il 4 luglio 2017: Fugnitto, M.A. e Martina, L. (2017), "La spesa sanitaria in Italia secondo il System Health Accounts", Istat; aprile, R. (2017), "I dati SHA nelle previsioni di medio-lungo periodo della spesa socio-sanitaria", Ragioneria Generale dello Stato.

⁹² Viene così denominato l'insieme di beni, servizi, prestazioni o somme che le imprese possono fornire ai propri dipendenti.

cure a lungo termine e per la non autosufficienza, dall'altro potrebbero confermare un qualche travaso di spesa dal settore pubblico a quello privato nella specialistica, legato probabilmente anche all'introduzione del *superticket*. Come sopra accennato in presenza di quest'ultimo alcune prestazioni, soprattutto gli esami di laboratorio, possono diventare più convenienti sul mercato privato (anche grazie alla diffusione di un privato *low cost* e di forme personalizzate di sconto), senza peraltro che i costi del settore pubblico possano essere compressi, almeno nel breve periodo, a seguito del calo della domanda⁹³. Tuttavia questo calo, laddove l'offerta pubblica fosse carente, potrebbe consentire di eludere il rafforzamento della capacità produttiva necessario per ridurre le liste di attesa. Nel medio-lungo periodo, poi, il mercato privato tende a farsi più aggressivo, sfruttando i margini di prezzo resi disponibili, e la minore domanda potrebbe giustificare addirittura il ripiegamento (*retrenchment*) del pubblico (a seguito della riduzione dei finanziamenti e della spesa per il personale).

La rinuncia all'uso del servizio pubblico, soprattutto per alcune prestazioni, esercitata da parte di soggetti appartenenti alle fasce di reddito più elevate, che possono optare per il privato, ma in alcuni

casi anche da quelli con redditi medio-bassi, che più spesso finiscono per essere esclusi dalle cure, può rappresentare un fattore di disgregazione del SSN, segnalandone la diminuita affidabilità. Ne potrebbero derivare richieste di fuoriuscita dal SSN da parte dei cittadini – e di esonero dalle imposte volte a finanziarlo – e una messa in discussione dell'universalismo.

Anche la riduzione dei posti letto nel servizio ospedaliero pubblico va considerata con attenzione da questo punto di vista, se porta a un peggioramento della qualità e a forme di razionamento delle prestazioni. Sarà interessante seguire lo sviluppo dei piani di rientro delle aziende ospedaliere, che sembrano invece ipotizzare, oltre alla riduzione dei costi, un rilancio dell'offerta di prestazioni come strumento per riportare i conti in equilibrio.

Intanto si sta affermando un travaso di servizi dal settore pubblico ai privati. Ad esempio, in nove Regioni si sta sperimentando la remunerazione della "farmacia dei servizi", una definizione che sottintende la possibilità, concessa alle farmacie, di fornire una serie di prestazioni (esami di laboratorio e altri test, prestazioni professionali infermieristiche e fisioterapiche, ma anche monitoraggio dell'aderenza alle terapie, distribuzione diretta dei farmaci e prenotazione delle prestazioni specialistiche del SSN)⁹⁴. Il

⁹³ Si veda Cislighi, C. e Sferrazza, A. (a cura di) (2013), "Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica", Gruppo Remolett di Agenas, Monitor, Anno XII, n. 33; si osservi anche che l'importo della compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche è aumentato del 27 per cento con l'introduzione del *superticket* (da circa 1,1 miliardi nel 2010 a 1,4 nel 2013), ma poi si è ridotto del 7,6 per cento tra il 2013 e il 2018 (ammontando a circa 1,3 miliardi negli ultimi tre anni). Per un'analisi più

ampia si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2019), *op. cit.*

⁹⁴ La sperimentazione è sottoposta a monitoraggio da parte del Comitato permanente per la verifica dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, onde controllarne le modalità organizzative e gli impatti sanitari ed economici, nonché valutarne una eventuale estensione sull'intero territorio nazionale. La spesa autorizzata è pari a 36 milioni di euro in tre anni e il finanziamento

costo di queste esternalizzazioni di funzioni, che il settore pubblico rinuncia a svolgere, pur continuando a finanziarle, andrebbe ponderato attentamente e comparato con quello di una gestione interna, tenendo conto della qualità del servizio (ad esempio, il decentramento su una rete capillare di farmacie può agevolare il cittadino).

Inoltre, va considerata la progressiva promozione, attraverso agevolazioni fiscali, del *welfare* “di comunità”, realizzato dalle Fondazioni bancarie⁹⁵, e soprattutto del *welfare* occupazionale o aziendale, che spinge verso la privatizzazione e frammentazione categoriale del sistema sanitario, soprattutto in presenza di un depotenziamento della parte pubblica. Di recente, oltre ad ampliare il ventaglio di prestazioni e la platea dei beneficiari, soprattutto in connessione con il premio di risultato⁹⁶, sono state progressivamente rafforzate le possibilità di realizzare misure di *welfare* agevolate (opere e servizi riconosciuti dal datore di lavoro volti a diverse finalità, tra cui quella sanitaria), non solo in caso di offerta volontaria da

è a carico delle quote del Fondo sanitario nazionale vincolate alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

⁹⁵ Numerose sono le agevolazioni fiscali introdotte per attività delle Fondazioni che fanno parte dei loro scopi statutari.

⁹⁶ Si ricorda che il premio variabile di risultato legato agli incrementi di produttività può essere erogato anche sotto forma di servizi di *welfare*, su scelta del lavoratore e in base a contrattazione collettiva, e in questo caso l'imposta sul reddito delle persone fisiche, già abbattuta al 10 per cento sul premio in denaro, si annulla (l'importo non concorre a formare il reddito imponibile).

⁹⁷ Per quanto riguarda i contributi di assistenza sanitaria, va rilevato che gli ambiti di intervento delle prestazioni erogate dai fondi sanitari integrativi dovrebbero riguardare trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, mentre per gli enti e casse con fini esclusivamente assistenziali è sufficiente, anche ai

parte del datore di lavoro, ma anche nelle fattispecie decise in base alla contrattazione aziendale, nonché a quella territoriale e nazionale, agli accordi interconfederali e nel settore pubblico⁹⁷. Il costo delle agevolazioni fiscali, indicato dalle Relazioni tecniche ai recenti provvedimenti, è stato stimato come molto contenuto⁹⁸, ma l'eventuale diffusione di strumenti di questo tipo nell'ambito della contrattazione collettiva, spostando gli aumenti salariali da voci soggette a tassazione a voci esenti, potrebbe sottrarre consistenti risorse potenziali all'Irpef. Solo un attento monitoraggio dell'attuazione delle misure può segnalare il reale impatto sui conti pubblici, portando di conseguenza a una corretta riflessione sui *trade-off* tra finanziamento del SSN universale e del *welfare* aziendale categoriale.

Per il futuro, l'orientamento a proseguire nel contenimento della sanità pubblica apparirebbe frenato dalle previsioni a legislazione vigente riportate nella Nota di aggiornamento del DEF 2019, in base alle quali la spesa sanitaria in quota di PIL è attesa diminuire solo marginalmente nel

fini delle agevolazioni fiscali, che soltanto una quota di risorse non inferiore al 20 per cento riguardi prestazioni (non sostitutive) di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria per soggetti non autosufficienti e finalizzate al recupero di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio. Secondo COVIP (2018), “Relazione per l'anno 2017”, giugno, i fondi che operano sul mercato sono circa 500 e potrebbe essere utile migliorare la regolazione del sistema e rafforzarne la vigilanza.

⁹⁸ Inferiore a 10 milioni di euro annui per le misure di estensione delle agevolazioni adottate nell'ambito delle manovre per il 2016 e per il 2017; un effetto nullo è stato attribuito alla norma interpretativa che assicura la non concorrenza al reddito delle opere e servizi riconosciuti dal datore di lavoro privato o pubblico in base a contratti collettivi nazionali o territoriali o accordi interconfederali.

prossimo triennio (dal 6,6 del 2019 al 6,5 del 2022). Il finanziamento ordinario al SSN è stato aumentato di 2 miliardi nel 2020 e 3,5 miliardi nel 2021 (legge di bilancio per il 2019).

5.6 *Il progresso tecnologico e la spesa sanitaria*

La sfida dell'innovazione oggi si impone nel campo farmaceutico con particolare intensità. Di recente in Italia si è deciso di introdurre degli appositi fondi (un miliardo annuo dal 2017) per coprire i costi dei farmaci innovativi. L'erogazione di medicinali nuovi rappresenta uno dei principali motivi di aumento dei costi dell'assistenza farmaceutica. I prezzi di tali farmaci non riflettono solo gli oneri della ricerca, ma spesso includono rendite monopolistiche molto elevate. In qualche misura questi oneri vengono coperti con il risparmio derivante dalla diffusione dei farmaci generici, meno costosi rispetto a quelli di marca (e da ultimo si stanno verificando anche le possibilità offerte dai biosimilari⁹⁹, la cui regolazione tuttavia implica maggiori difficoltà), ma si rende anche necessaria una rigorosa *governance* del sistema.

In Italia gli interventi per il governo della spesa farmaceutica sono stati molteplici e hanno consentito di porre sotto controllo la crescita, riducendo, nell'ultimo decennio, gli esborsi per i medicinali distribuiti attraverso le farmacie, in presenza di un aumento di quelli per prodotti acquistati direttamente dalle strutture sanitarie, dovuto anche all'ingresso sul mercato dei costosi farmaci innovativi. Tuttavia la regolazione del sistema, basata su *budget* predeterminati e rimborso degli sforamenti in parte a carico della filiera del farmaco, come si

è accennato (par. 3.2), ha incontrato forti difficoltà. Resta la richiesta, da parte delle imprese, di rideterminare i tetti di spesa, per consentire un aumento di quella diretta, che sistematicamente sfora i limiti predeterminati. Allo stesso tempo, mentre alle farmacie, come si è visto, si sta chiedendo di fornire nuovi servizi, la revisione dei margini della distribuzione, preannunciata da molti anni, non ha ancora visto soluzione. Affrontare insieme le due questioni potrebbe peraltro facilitare l'individuazione di soluzioni equilibrate nell'interesse delle finalità pubbliche e tutelando gli operatori del settore.

Resta una forte incognita sulla possibile lievitazione della spesa nel futuro. Nella *governance* del settore farmaceutico si deve tenere conto che, da un lato, i prezzi fissati dal mercato rischiano di escludere fasce di popolazione dai trattamenti e di non essere sostenibili neanche per i sistemi sanitari pubblici e, dall'altro lato, è necessario valutare con estrema attenzione fino a che punto i medicinali nuovi rappresentino realmente un favorevole rapporto rischio-beneficio e costo-efficacia.

Guardando oltre la farmaceutica, con riguardo all'assimilazione del progresso tecnico nel SSN va ricordato che nel 2017 sono stati introdotti i nuovi LEA (DPCM del 12 gennaio 2017), essendo i precedenti, risalenti al 2001, ritenuti da tempo obsoleti rispetto all'evoluzione delle cure e della diagnostica. Tuttavia, il DPCM sui nuovi LEA subordinava l'entrata in vigore delle disposizioni relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e a quella protesica alla pubblicazione dei decreti (di competenza del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenas, previa

⁹⁹ Farmaci comparabili a un prodotto biologico già autorizzato, la cui copertura brevettuale è scaduta.

intesa con la Conferenza Stato-Regioni) con le tariffe massime dell'assistenza specialistica ambulatoriale e di quella protesica, che non sono ancora stati emanati, nel permanere di incertezze e preoccupazioni sul costo dei nuovi LEA e sulla relativa copertura¹⁰⁰. Pertanto le prestazioni introdotte non sono ancora esigibili uniformemente sul territorio nazionale (anche se alcune Regioni le forniscono come extra-LEA).

Più in generale, i sistemi sanitari devono affrontare due compiti difficili: il primo riguarda la regolazione dei mercati, in relazione all'ampia discussione in corso sul sistema dei brevetti e sulle sue ricadute in termini di esclusione da cure salvavita; il secondo consiste nello stabilire quando e come il progresso tecnologico debba essere assorbito nell'ambito della sanità pubblica. A tale ultimo proposito si ritiene che il criterio dirimente debba essere quello del vantaggio sostanziale e comprovato per lo stato di salute della collettività. Va cercato l'equilibrio tra introduzione dell'innovazione e garanzia dei servizi di base, nell'ambito di un sistema sostenibile. Sulla bilancia possono essere poste considerazioni di sviluppo industriale, soprattutto in un paese, come l'Italia, in cui l'industria farmaceutica

rappresenta un settore in espansione e che esporta, ma è importante che tali considerazioni siano svolte in maniera trasparente e che le risorse rivolte a questo scopo non siano reperite attraverso il definanziamento di servizi e prestazioni essenziali e costituzionalmente garantiti.

Guardando al futuro, le proiezioni di spesa più inquietanti oggi vedono nel progresso tecnico il principale *driver* dell'aumento di spesa, mentre gli effetti del fattore demografico sono stati ridimensionati, avendo riscontrato degli errori di composizione nei precedenti studi, che ipotizzavano profili di spesa per età immutati alla riduzione della mortalità e non consideravano come l'invecchiamento venga probabilmente accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute a parità di età e da un allontanamento nel tempo dell'aumento dei costi legati agli ultimi mesi di vita. Appare plausibile, e non di per sé motivo di allarme, che nei paesi industrializzati, con l'incremento del benessere e la scoperta di tecnologie più efficaci, le preferenze dei cittadini possano spingere nel tempo verso una ristrutturazione dei consumi che privilegi i servizi per la salute¹⁰¹, allargando la quota di risorse da dedicare al sistema sanitario.

¹⁰⁰ Le risorse mancanti sarebbero pari a circa 600 milioni di euro (seguito dell'Audizione del Ministro Grillo sulle linee programmatiche del Ministero della Salute in Commissioni congiunte 12a Senato e XII Camera, giovedì 2 agosto 2018).

¹⁰¹ L'ipotesi di un rafforzamento nel tempo delle risorse allocate ai servizi alla persona è stata già esplorata da Baumol (1993), "Social wants and dismal science: the curious case of the climbing costs

of health and teaching", Fondazione Enrico Mattei, nota di lavoro n. 64, Milano. Con la sua analisi sul morbo dei costi mostra come un trasferimento di risorse da settori a maggiore crescita della produttività, come la manifattura, a settori dei servizi dove tale crescita è scarsa (l'esempio tradizionale è quello della durata di un concerto, che non può essere ridotta), possa rappresentare un fenomeno sostenibile e probabilmente auspicabile.