

La revisione della spesa pubblica: il caso della sanità

1. Introduzione

Con gli interventi del disegno di legge (DDL) di stabilità per il 2016, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) viene posto a 111,0 miliardi, livello superiore a quello del 2015 (pari a 109,7), ma inferiore di 2,1 miliardi a quanto previsto, a legislazione vigente, dopo la manovra dello scorso anno (113,1 miliardi)¹.

L'impatto sull'indebitamento netto delle misure del DDL di stabilità per il 2016 è tuttavia limitato a 1,8 miliardi, perché è sterilizzato l'effetto sulle Regioni a statuto speciale (RSS). Una quota del finanziamento, pari a 0,8 miliardi, viene condizionata all'adozione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA)².

¹ La legge di stabilità per il 2015 fissava il finanziamento per il 2016 in 115,4 miliardi, coerentemente con il Patto per la salute 2014-16, ma al contempo chiedeva alle Regioni un contributo al riequilibrio della finanza pubblica; con le Intese in Conferenza Stato-Regioni del 26 febbraio e del 2 luglio del 2015 e con la legge 125/2015 (che ha convertito, con modifiche, il DL 78/2015) la quota di tale contributo assegnata alla sanità è stata fissata in circa 2,4 miliardi.

² Si ricorda che uno schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM)

Per il triennio 2017-19, il DDL prevede riduzioni aggiuntive del finanziamento, a seguito della richiesta alle Regioni di garantire un ulteriore contributo al riequilibrio delle finanze pubbliche.

Lo sforzo richiesto alle Regioni, pari a 4,0 miliardi per il 2017 e 5,5 sia per il 2018 che per il 2019, dovrà essere allocato tra gli ambiti di spesa e ripartito tra le Regioni annualmente attraverso un accordo da recepire in Conferenza Stato-Regioni. In caso di mancata Intesa, sarà il Governo, con DPCM, a stabilire l'allocazione del taglio tra i settori di spesa regionale – compresa, dichiaratamente, la sanità – e il riparto tra gli enti (da determinare anche sulla base della popolazione e del PIL)³. Quanto alle precedenti riduzioni a carico delle Regioni a statuto ordinario (RSO), già stabilite fino al 2018 (DL 66/2014 e legge di stabilità per il 2015) e confermate per il 2019 dal DDL di stabilità (circa 4,2 miliardi), il DL 78/2015 aveva già identificato e reso permanente la quota attribuita alla sanità (circa 2 miliardi),

contenente i nuovi LEA era stato fatto circolare nel febbraio del 2015, con una stima del costo pari a 0,4 miliardi. Tuttavia, la Relazione tecnica al DDL di stabilità include nell'operazione relativa ai LEA la revisione dei nomenclatori nazionali delle prestazioni.

³ Per le RSS si dovranno raggiungere Intese separate.

ma al settore potrebbe essere domandato un ulteriore contributo, qualora non sia possibile giungere alle riduzioni richieste solo a carico degli altri comparti⁴.

Data la composizione dei bilanci delle Regioni, sembrerebbe peraltro inevitabile che una quota significativa della correzione venga posta a carico del SSN. Considerando le stime sull'evoluzione della spesa sanitaria a legislazione vigente contenute nella *Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2015*, che prevedono un calo, in rapporto al PIL, da 6,8 a 6,5 punti percentuali tra il 2015 e il 2019, nel quadro programmatico la riduzione del rapporto a fine periodo potrebbe risultare di circa mezzo punto di PIL.

Il DDL di stabilità ribadisce che il "rispetto dei livelli essenziali di assistenza" non deve essere messo a repentaglio dai risparmi, ma rimane da dimostrare la concreta compatibilità tra la riduzione del finanziamento programmata e la sostenibilità del SSN che, se non garantita, potrebbe dare luogo a sforamenti delle previsioni di spesa e/o a carenze nell'assolvimento della funzione di tutela della salute.

Si tratta di riuscire a gestire la pressione generata da fattori contrapposti: da un lato, il ridimensionamento delle risorse rispetto a quanto concordato; dall'altro, l'impegno ad adottare i nuovi LEA e i nuovi

nomenclatori, l'introduzione di importanti e costosi farmaci innovativi⁵, l'avvio della contrattazione economica per il personale dipendente (e forse quello convenzionato), l'applicazione di nuovi parametri sulla quantità/qualità delle prestazioni e delle norme europee sugli orari di lavoro del personale sanitario⁶ ed eventualmente l'adozione del nuovo Piano vaccini⁷. I risparmi ricavabili con alcune misure di *spending review* previste dal DDL di stabilità per il 2016 potrebbero favorire l'alleggerimento della pressione, e quindi il successo delle Regioni nello sforzo di ridurre gli sprechi.

Il Focus contiene una riflessione sulla complessa relazione esistente tra risorse, efficienza/efficacia nell'uso delle stesse, qualità e accesso ai servizi, per evidenziare i rischi e le difficoltà da fronteggiare.

Per approfondire questi aspetti è stato necessario innanzitutto, nel paragrafo 2,

⁵ Il Governo ha stanziato 100 milioni nel 2015 per i farmaci innovativi, mentre le altre risorse del Fondo a destinazione vincolata (500 milioni, sia per il 2015, sia per il 2016), sono state dirottate dal finanziamento degli specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. Con il maxiemendamento al DDL di stabilità per il 2016 approvato dal Senato è stato stabilito che la spesa che supera l'ammontare dello specifico Fondo rientri nel massimale della spesa farmaceutica per il 2015 e per il 2016 (e inoltre un programma strategico annuale verrà predisposto per garantire la sostenibilità dell'accesso ai nuovi trattamenti). La Relazione tecnica non attribuisce effetti a questa norma, che sembrerebbe porre il costo dell'eventuale sfioramento relativo ai farmaci innovativi a carico delle aziende titolari degli altri prodotti, mentre la legge di stabilità per il 2015 lo poneva, nella misura del 20 per cento, a carico dell'azienda produttrice, in caso di fatturato superiore a 300 milioni di euro.

⁶ Su questi aspetti si tornerà più oltre.

⁷ La discussione sul Piano vaccini è stata rinviata in Conferenza Stato-Regioni, con la richiesta del Ministero dell'Economia e delle finanze di approfondire l'analisi del testo, la cui applicazione sembrerebbe costare circa 300 milioni aggiuntivi.

⁴ I 2,2 miliardi circa non ancora attribuiti andranno pertanto allocati e ripartiti per il 2016 mediante Intesa, o comunque tramite DPCM (in coerenza con il DL 66/2014), e per gli anni successivi con le procedure sopra indicate per il nuovo contributo, che sembrano differenziarsi da quelle applicabili nel primo anno essenzialmente perché viene esplicitata la possibilità di intervenire sul finanziamento al comparto sanitario.

risalire al Patto per la salute 2014-16, che aveva stabilito alcuni principi e obiettivi per la politica sanitaria, e collocare in questo quadro la revisione del finanziamento del SSN e i provvedimenti di *spending review*. Nel paragrafo 3, dedicato a esplorare gli spazi disponibili per migliorare il rapporto costo/efficacia della spesa, si confrontano anche diverse concezioni di “spesa efficiente”, un aspetto connesso alla controversa questione dei costi e fabbisogni standard e della ripartizione delle risorse tra le Regioni. Nel paragrafo 4 vengono presentati alcuni dati sulla spesa sanitaria; in particolare, viene messo in evidenza che la spesa sanitaria in Italia è relativamente bassa nel confronto internazionale ed è stata posta sotto controllo negli ultimi anni, anche nelle Regioni in piano di rientro. Infine, nel paragrafo 5 si sposta l’attenzione su alcune evidenze utili a ragionare sulla sostenibilità del SSN, individuando alcuni indizi di fenomeni di razionamento fisico ed economico in corso, e riportando alcuni dati che mostrano il permanere di un forte divario territoriale nella fornitura dei servizi. Nel paragrafo 6 si esprimono alcune considerazioni conclusive.

Le analisi presentate in questo Focus mostrano che il settore della sanità, che era stato relativamente preservato negli anni passati nell’ambito delle politiche di riequilibrio delle finanze pubbliche, più di recente è stato sottoposto a misure piuttosto decise di contenimento delle risorse. Al dubbio se i provvedimenti di correzione della spesa rischiano di mettere a repentaglio la funzione di tutela della salute non è possibile offrire una risposta esaustiva e definitiva. Attraverso una serie

di interventi volti alla riduzione degli sprechi, al miglioramento dell’efficienza organizzativa, alla più netta separazione tra interesse pubblico e interessi privati, all’accrescimento dell’appropriatezza è ancora possibile per le Regioni migliorare il rapporto costo/efficacia dei servizi. Tuttavia i margini di azione tendono a restringersi. Dall’altro lato, va considerato che stanno affiorando evidenze di alcune difficoltà dal lato della sostenibilità del SSN, con problemi di equità nell’accesso e carenze nell’organizzazione ed erogazione dei servizi che potrebbero intensificarsi.

2. Impegni, risorse, *spending review*

Per comprendere la portata delle misure attualmente proposte nel DDL di stabilità per il 2016 bisogna leggerle all’interno del complesso sistema regolatorio del comparto sanitario. Con il Patto per la salute 2014-16 il Governo e le Regioni avevano concordato sulla necessità di attuare uno sforzo di riqualificazione e rafforzamento dei Servizi sanitari regionali (SSR), che avrebbe dovuto tradursi, tra le altre cose, nella messa a punto di un sistema di valutazione della qualità delle cure e dell’uniformità dell’assistenza e in una revisione della concezione dei piani di rientro, per assicurare al contempo i LEA e la tenuta dei conti finanziari. Per riequilibrare questi due obiettivi si prevedeva la stabilità delle risorse in rapporto al PIL. Il Patto (attraverso le disposizioni attuate con la legge di stabilità per il 2015) prevedeva che i risparmi effettuati dalle Regioni sarebbero stati riutilizzati nell’ambito della sanità, “salvo ulteriori modifiche” da realizzare eventualmente tramite una revisione

dell'Intesa, "che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico". La riduzione del finanziamento relativa al 2016 ha sfruttato appunto questa clausola (già utilizzata peraltro nell'anno precedente), pur senza prevedere una revisione dell'Intesa. La Relazione tecnica al DDL di stabilità rimanda piuttosto alle misure di contenimento della spesa che le Regioni potranno attuare e ai meccanismi in vigore che, in caso di disavanzo, farebbero scattare aumenti delle aliquote fiscali e altri automatismi volti a contenerlo⁸. Se, da un lato, la responsabilità delle riduzioni è affidata alle Regioni, dall'altro, il DDL di stabilità prevede alcune misure nell'ambito della *spending review* che, malgrado non vengano poste in connessione diretta con le riduzioni dei finanziamenti, in concreto potrebbero contribuire a far quadrare il cerchio. Tali misure non producono effetti finanziari sui saldi di finanza pubblica misurati dalla Relazione tecnica.

⁸ Le Regioni in piano di rientro hanno già usato ampiamente i margini di aumento del gettito dell'addizionale Irpef e dell'IRAP, mentre per le altre Regioni (soprattutto le RSS) lo sforzo fiscale residuo nel 2013 era ancora molto ampio e pari rispettivamente, per le due imposte, al 58 e al 90 per cento nelle Regioni prive di piano di rientro e al 77 e al 96 per cento in quelle a statuto speciale, rispetto a una media nazionale del 38 e del 72 per cento. Tuttavia nel 2014 diverse Regioni hanno adottato aumenti più rilevanti del prelievo Irpef, mentre per l'IRAP va segnalata la riduzione della base imponibile stabilita con la legge di stabilità per il 2015. Per approfondimenti si veda A. Zanardi, "Audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio sull'attuazione e le prospettive del federalismo fiscale. Tendenze dell'autonomia tributaria degli enti territoriali" presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, 22 gennaio (<http://www.upbilancio.it/audizione-del-prof-alberto-zanardi/>).

Oltre a un rafforzamento delle disposizioni per la centralizzazione dell'acquisto di beni e servizi, nonché del sistema di valutazione delle tecnologie, nell'ambito della *spending review* è prevista l'introduzione di piani di rientro e di riqualificazione per le aziende ospedaliere (AO), anche universitarie (AOU), per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e per gli altri enti pubblici che forniscono prestazioni di ricovero e cura e, dal 2017, anche per le aziende sanitarie locali (ASL) e per i relativi presidi a gestione diretta⁹. I piani andranno approntati qualora non venga rispettato l'equilibrio finanziario – ovvero si registri uno scostamento tra costi e ricavi¹⁰ almeno pari al 10 per cento dei ricavi stessi, oppure a 10 milioni in valore assoluto¹¹ – ma anche, in coerenza con l'impostazione del Patto per la salute, nel caso in cui emergano carenze rispetto ad alcuni nuovi parametri relativi ai volumi, alla qualità e all'esito delle cure (a tal fine sarà attivato in tutti gli enti un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della relativa qualità¹²). Ai

⁹ Una quota del Fondo sanitario regionale (FSR) pari ai saldi negativi degli enti in piano di rientro sarà iscritta nel bilancio della gestione sanitaria accentrata della Regione (volta a gestire direttamente presso la Regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario) e solo se a seguito di verifiche trimestrali si osserverà un risultato positivo potrà essere erogata come anticipazione una parte delle risorse, altrimenti la Regione (o il Commissario *ad acta*) dovrà adottare le misure del piano rimaste inattuare.

¹⁰ I costi sono quelli riportati nel conto economico consuntivo, i ricavi sono determinati come remunerazione dell'attività, secondo il DL 502/1992.

¹¹ Stando ai dati pubblicati da Agenas relativamente ai ricavi netti e ai risultati di gestione delle AO, AOU e IRCCS relativi al 2014, non avrebbero rispettato questa condizione tre su sei enti in Piemonte, due su tre nel Veneto, i due della Liguria, tre su quattro in Toscana, i nove del Lazio, due su cinque in Calabria e i tre della Sardegna. Per lo più, sarebbe il vincolo dei 10 milioni a pesare, ma nel Lazio, in Calabria e in Sardegna agirebbe anche quello del 10 per cento dei ricavi. Si osservi che il disavanzo complessivo nel Lazio superava i 660 milioni (cfr. Agenas (2015), "Dati Aziende ospedaliere (AO, AOU) e IRCCS pubblici (CE 2014)", <http://www.agenas.it/>).

¹² Gli esiti del monitoraggio e i bilanci degli enti dovranno essere pubblicati sul sito internet, ed eventuali inadempienze, secondo il DDL di stabilità, implicherebbero un illecito disciplinare e sarebbero

direttori generali sono affidate importanti responsabilità: i relativi contratti (anche quelli in essere) dovranno prevederne la decadenza automatica in caso di non approvazione del piano o di esito negativo della verifica annuale. Anche la possibilità, prevista dallo stesso DDL di stabilità, di incorporare alcune AOU nelle ASL,¹³ coinvolge i direttori generali, cui sarebbero affidate strutture di dimensioni molto grandi, con maggiori difficoltà di *governance* (anche per la peculiarità della regolazione e la complessità degli enti universitari, alcuni dei quali sono in disavanzo¹⁴).

In sostanza, sia attraverso i provvedimenti di *spending review*, sia attraverso altre misure adottate autonomamente dalle Regioni al fine di non incorrere in disavanzi, si mirerebbe a realizzare una riduzione del rapporto costo/efficacia. Si osservi tuttavia che le azioni volte a ottenere questo risultato non sono specificate, se non in piccola parte (si pensi, in particolare, alla centralizzazione degli acquisti), restando piuttosto affidate alla competenza e alla responsabilità delle Regioni e dei direttori generali. Pertanto non è possibile valutare con puntualità gli effetti della manovra e ci si deve limitare a cercare di verificare quali siano gli spazi disponibili e quali i rischi.

3. Il rapporto costo/efficacia della spesa

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità gli sprechi assorbirebbero tra il 20 e il 40 per cento della spesa erogata dalla

sanità pubblica¹⁵ e queste inefficienze coinvolgerebbero i sistemi sanitari di gran parte dei paesi avanzati.

Il miglioramento del rapporto costo/efficacia può discendere tanto da un accrescimento dell'efficienza nella fornitura dei servizi sanitari, quanto da una maggiore appropriatezza delle cure offerte.

Alla base dell'eccesso di trattamenti inappropriati stanno la peculiarità del rapporto medico-paziente – in cui è il medico a decidere le cure, ma è il paziente a scegliere il medico – e l'induzione della domanda da parte dell'offerta (fino ai casi più gravi di corruzione o comparaggio), nonché l'interazione tra questi due fenomeni. Rilevano anche la formazione e l'aggiornamento dei medici, compresa la tendenza recente a trascurare la semeiotica medica in favore delle metodiche diagnostiche attraverso analisi cliniche sempre più sofisticate.

Una misura della distanza tra trattamenti appropriati e trattamenti prescritti è stata offerta già nel 1987 da una indagine condotta nel Canton Ticino¹⁶, che confrontava il numero di interventi chirurgici subito dai medici (e dai loro familiari) con quelli cui era stata sottoposta la popolazione generale. L'indagine mostrava un eccesso complessivo di consumo di circa un terzo nel secondo gruppo. Osservatori attenti sostengono che molte indagini, interventi chirurgici e *screening* sono inappropriati e possono addirittura produrre "danni collaterali", anche se allo stesso tempo sottolineano che l'inappropriatezza comprende il sotto-utilizzo oltre al sovra-utilizzo e la definizione di ciò che è appropriato cambia continuamente in funzione dell'avanzamento delle conoscenze¹⁷.

causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

¹³ Nelle Regioni e Province autonome senza piano di rientro che di recente stanno riorganizzando il SSR attraverso accorpamenti di aziende sanitarie.

¹⁴ Cfr. Agenas (2015), *ibidem*.

¹⁵ Cfr. Chisholm, D. e Evans, D.B. (2010), "*Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*", WHO.

¹⁶ Cfr. Domenighetti, G. (1994), "*Il mercato della salute*", CIC edizioni internazionali.

¹⁷ Si veda, ad esempio, Smith, R. (2012), "*The case for slow medicine*", BMJ Blogs, 17 Dicembre; Slow Medicine "*Appropriatezza? Parliamo di quella clinica*", Posizione di slow medicine sul decreto sull'appropriatezza prescrittiva,

La constatazione della diffusione di trattamenti di dubbia efficacia clinica e della variabilità delle decisioni dei medici spinge a superare l'atteggiamento di totale delega a questi ultimi e a privilegiare decisioni centralizzate basate principalmente sul criterio dell'efficacia¹⁸ – o anche del migliore rapporto costo/efficacia. Questo tuttavia è un criterio non sempre facile da applicare, per mancanza di informazioni o incertezza delle stesse in alcuni casi, nonché perché la conseguente limitazione dell'autonomia dei medici incontra problemi etici, tecnici e giuridici¹⁹. Si cerca tuttavia di intervenire attraverso strumenti quali prontuari, protocolli, linee guida.

Il tentativo di ottenere risparmi di spesa pari a 106 milioni fin dal 2015, con un decreto del Ministero della Salute volto alla revisione delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva da approvare rapidamente negli ultimi mesi del 2015 (previsto in sede di conversione in legge del DL 78/2015), ha incontrato ampie difficoltà, che ne hanno rallentato l'attuazione²⁰. Il primo schema di decreto ha alimentato un intenso dibattito nel corso del quale, da un lato, si vanno chiarendo alcuni aspetti relativi all'applicazione pratica del provvedimento, dall'altro, si è affermata l'opportunità di

una riflessione più profonda, tanto da sottoporre il documento a un'altra revisione e da riprendere il tema dell'appropriatezza con il DDL di stabilità per il 2016, in connessione con quello dell'introduzione dei nuovi LEA. L'appropriatezza insomma non sembra rappresentare un valido strumento per ottenere ritorni economici immediati (a meno che non si trasformi in un razionamento anche di prestazioni efficaci), ma piuttosto un percorso volto alla progressiva riduzione degli sprechi.

Quanto alle inefficienze, queste possono dipendere da carenze nelle capacità di gestione, ed eventualmente da fenomeni di corruzione e/o infiltrazioni della criminalità organizzata. Maggiore è l'inadeguatezza dell'amministrazione, più alto il rischio che interessi privati prendano il sopravvento.

Una *governance* inadeguata dei SSR può implicare, ad esempio²¹: 1) l'assenza di un chiaro orizzonte di programmazione, che consenta tra l'altro di dare spazio alla prevenzione e di pianificare gli investimenti nelle tecnologie; 2) la mancata o ritardata adozione dei modelli organizzativi e delle pratiche migliori, anche importabili da esperienze di altre Regioni; 3) la tendenza a difendere lo *status quo* (si pensi al mantenimento di strutture ospedaliere con casistica molto limitata²²); 4) la possibilità di riorganizzazioni inadeguate, in quanto trascurano le innovazioni relative ai processi

<http://www.slowmedicine.it/notizie/143-appropriatezza-prescrittiva/397-l-appropriatezza-secondo-slow-medicine.html>.

¹⁸ In Italia una impostazione basata sull'efficacia è stata affermata ad esempio dal DLgs 229/99, art. 7.

¹⁹ France, G. e Gabriele, S. (2001), *"Federalismo e interesse nazionale: standard sanitari e contenimento della spesa pubblica"*, in Dirindin, N. e Pagano, E. (2001), *"Governare il federalismo"*, Il pensiero Scientifico editore, Roma.

²⁰ La legge 125/2015, di conversione del DL 78/2015, prevede che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni restino a carico dell'assistito; al medico si richiederebbe la giustificazione dello scostamento e in mancanza di una risposta adeguata si applicherebbe una sanzione. Lo schema di decreto è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni solo a fine novembre e comunque rinvia a un successivo accordo per le modalità di verifica sul comportamento dei medici.

²¹ Cfr. Libera, Avviso pubblico, Coripe Piemonte, Gruppo Abele (2013), *"Illuminiamo la salute, La prevenzione il contrasto dell'illegalità nella tutela della salute, Rapporto introduttivo"*; Università Commerciale Luigi Bocconi, SDA Bocconi, Cergas (2015), *"Rapporto OASI 2015", Executive Summary*.

²² Dati sul maggiore rischio associato a volumi di attività troppo ridotti (il volume di attività può essere elevato per determinate strutture, ma basso per le singole unità operative che ne fanno parte) sono presentati in Ministero della Salute, Agenas (2015), *"Programma nazionale esiti – PNE, Edizione 2015, Sintesi risultati"*.

produttivi/erogativi e/o mancano analisi dei costi e dei benefici delle trasformazioni istituzionali (ad esempio, gli accorpamenti di aziende).

Per quanto riguarda i comportamenti di tipo illegale, o comunque ai margini della legalità e dettati dalla prevalenza di interessi privati, diverse fonti permettono di ricostruire, senza pretesa di completezza, una casistica delle principali fattispecie²³:

- 1) per i contratti di appalto e di acquisizione di beni e servizi: sovradimensionamento, frazionamento degli affidamenti, assenza di gara (proroga dei contratti e ricorso a procedure in deroga motivate con l'emergenza) o condizioni di gara non concorrenziali, pagamenti effettuati due volte, o ritardati, o che non rispettano l'ordine di presentazione delle fatture;
- 2) per i rapporti con i fornitori di prestazioni²⁴: irregolarità nell'autorizzazione e accreditamento di strutture (anche a fini di ricerca del consenso), compresi casi di assenza di certificazione antimafia, mancato rispetto delle previsioni contrattuali su tipologia e qualità delle prestazioni, sovrappagamenti e alterazioni delle codifiche delle prestazioni, pagamenti per prestazioni inappropriate, o non erogate, o oltre il budget;

²³ Cfr Corte dei conti (2015), *"Relazione del Procuratore generale Salvatore Nottola all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2015"*, febbraio; Aggiornamento 2015 al Piano nazionale anticorruzione, determinazione n. 12 del 28 ottobre del 2015 dell'Autorità nazionale anticorruzione; Agenas, Libera (2015), *"Trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario"*; Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministro per la Pubblica amministrazione e la semplificazione (2012), *"La corruzione in Italia. Per una politica di prevenzione"*, Rapporto della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione.

²⁴ Si ricorda che il DL 179/2015, con norme riprese poi con il maxiemendamento al DDL di stabilità approvato dal Senato, estende alle imprese (ma anche a fondazioni o altri tipi di enti) che erogano prestazioni sanitarie per conto del SSN alcune misure straordinarie per la prevenzione della corruzione (DL 90/2014, convertito con la L. 114/2014), introducendo disposizioni relative alla nomina degli amministratori straordinari nei casi di gestione straordinaria e temporanea dell'impresa, al fine di garantire comunque la continuità dei servizi.

- 3) per il personale e i medici: selezione dei dirigenti in base a criteri differenti dalla mera competenza²⁵, aumento artificioso delle posizioni o mancata messa a bando delle stesse, irregolare inquadramento, illegittima attribuzione di consulenze, selezioni del personale che prescindono dai requisiti necessari, illecita percezione di emolumenti in violazione del principio di esclusività, prescrizioni scorrette in cambio di vantaggi concessi dai produttori, irregolarità nell'ambito dell'attività intramoenia, trattamento più favorevole dei relativi pazienti, assenteismo, furti;
- 4) in generale: mancate attività di controllo e vigilanza, scarsa trasparenza e iniquità nei meccanismi di accesso (ad esempio, ai servizi socio-sanitari integrati) e nella gestione delle liste di attesa, insufficiente trasparenza dei bilanci. La Corte dei conti ha segnalato inoltre la riluttanza delle amministrazioni a sporgere denuncia per danno erariale.

Per porre la questione degli sprechi in modo logicamente corretto è necessario, tuttavia, chiarire alcuni aspetti. Innanzitutto, va distinta la circostanza delle *performance* inadeguate delle Regioni meno efficienti, dall'ipotesi di una inefficienza generale del sistema nazionale. Nel primo caso, si fa riferimento alle Regioni che con il finanziamento ricevuto non riescono a raggiungere l'equilibrio economico-finanziario; nel secondo, si

²⁵ Recentemente sono state riviste le norme relative alla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (DLgs 39/2013), nonché le procedure e i requisiti per il conferimento degli stessi (legge delega 124/2015), che prevedono per i direttori generali la formazione di una selezione unica nazionale e la richiesta di specifici requisiti (e, successivamente, la verifica dell'attività e la possibilità di decadenza), e per i direttori sanitari e amministrativi la formazione di liste regionali e la previsione di una selezione pubblica. Il già citato Rapporto OASI osserva che ai manager, cui in larga misura è affidato il compito di realizzare i tagli, sono state applicate riduzioni dei salari (fino a 90.000 euro lordi nel caso dei direttori sanitari e amministrativi, senza agevolazioni per gli spostamenti), che ne renderebbero impossibile la mobilità interregionale.

avrebbe un problema trasversale di sovradimensionamento della spesa nazionale, rispetto a un qualche *benchmark* (ad esempio, un livello medio internazionale o relativo a paesi paragonabili, oppure un costo standard).

Da un punto di vista istituzionale, l'approccio adottato consiste: 1) in un riparto basato sostanzialmente sul criterio pro capite pesato con l'età (in cui l'individuazione di alcune Regioni *benchmark* in definitiva non rileva²⁶); 2) nel trattamento del primo caso di inefficienza, quella presentata dalle Regioni in disavanzo, attraverso l'imposizione di piani di rientro volti a riequilibrare anche in tali Regioni la spesa con le risorse concesse; 3) nell'imposizione delle manovre di bilancio, che dovrebbero riflettere la presenza di sprechi di tipo trasversale e che dunque vengono ripartite generalmente come il finanziamento (ma eccezioni sono spesso previste per le RSS). Alle Regioni che hanno presentato disavanzi è richiesto dunque un doppio intervento di correzione della spesa: quello previsto dal piano e quello deciso dalla manovra.

Da alcune Regioni è giunta tuttavia la richiesta di una diversa distribuzione della correzione della spesa, che tenga conto della virtuosità o meno dei diversi enti. Questa impostazione implicherebbe un giudizio negativo sull'attuale meccanismo di riparto, il quale favorirebbe gli sprechi nelle Regioni con minori capacità di

gestione: infatti, si ritiene che un diverso risultato distributivo emergerebbe ove si calcolassero le competenze spettanti in base a un qualche concetto di costo standard, ovvero di spesa efficiente necessaria a produrre i livelli essenziali di assistenza. Il problema di questo approccio consiste nella difficoltà di calcolare tale standard, legata alle incertezze sia sulla stessa definizione dell'*output* (ad esempio, in termini di esiti o di quantità di trattamenti erogati), sia sui costi, difficoltà che rendono arduo pervenire a una valutazione sufficientemente trasparente e condivisa. Si osservi che, ove fosse possibile realizzare un simile calcolo, la spesa complessiva sarebbe determinata insieme al riparto, in quanto l'una e l'altro sarebbero parametrati al costo standard dei livelli essenziali, applicato all'intero Paese e alle singole Regioni.

Le Regioni più deboli, a loro volta, sottolineano un altro limite dell'attuale sistema di riparto, ovvero l'assenza di criteri di pesatura del finanziamento pro capite ulteriori rispetto all'età, volti a tenere conto, in particolare, delle diverse condizioni epidemiologiche e sociali, come suggerito da alcuni studi sulle determinanti della spesa sanitaria²⁷.

²⁶ Cfr., tra gli altri, Pisauro, G. (2010), *"Retorica e realtà nella determinazione dei fabbisogni standard nella sanità"*, nel *Merito*, 22 ottobre; Dirindin, N. (2010), *"Fabbisogni e costi standard in sanità: limiti e meriti di una proposta conservativa"*, *Politiche sanitarie*, 11, 219-234; Mapelli, V. (2010), *"Se il costo standard diventa inutile"*, *lavoce.info*, 8 ottobre.

²⁷ Cfr., tra gli altri, Costa, G., Landriscina, T., Marinacci, C., Petrelli, A. e Vannoni, F. (2008), *"I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza"*, I quaderni di monitor, 3° supplemento al n. 22 di monitor, Agenas. Si ricorda che il Patto per la salute richiedeva di considerare ai fini del riparto il *trend* di miglioramento negli standard di qualità e un sistema di pesi più ampio, che comprendesse i seguenti parametri: popolazione residente, consumi sanitari per età e sesso, tassi di mortalità, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali con rilevanza sui bisogni sanitari e indicatori epidemiologici territoriali. Tali criteri non sono stati ancora applicati.

Alla luce di queste considerazioni, si può affermare che appare opportuno chiarire, quando si ragiona sugli sprechi, su quale piano ci si ponga. Ad esempio, se si accettano gli attuali criteri di riparto, la misura dell'inefficienza è data dai disavanzi in cui incorrono certe Regioni e/o dall'incapacità di soddisfare i LEA con le risorse ottenute. Tuttavia, va ricordato che il finanziamento complessivo da ripartire oggi è determinato in base alle disponibilità finanziarie (tramite Intesa con le Regioni), ma l'adeguatezza di tale ammontare rispetto alla garanzia dei LEA, o l'eventuale eccedenza, rappresenta una questione non valutabile obiettivamente. A tal fine sarebbe necessario disporre di una metodologia per applicare concretamente il criterio del costo standard.

Alcuni lavori econometrici²⁸ hanno provato a offrire una misura dei costi standard basata essenzialmente sul criterio della Regione/i più efficiente/i usata/e come *benchmark*, ovvero sull'ipotesi che in tali Regioni la spesa effettiva sia giustificata rispetto ai servizi offerti, ritenuti a loro volta adeguati. I risultati sono stati confrontati con quelli degli attuali criteri di riparto per valutarne la solidità e, in genere, si è giunti alla conclusione che oggi viene dato troppo alle Regioni più inefficienti. Ad esempio, Pammolli *et al.* (2015) trovano un eccesso di spesa per inefficienza globale di circa 15 miliardi con riferimento al 2012, con scostamenti percentuali più elevati nel Lazio e

nelle Regioni meridionali, che calerebbe a 8 miliardi se si volesse compensare l'*output gap* (inadeguatezza dei servizi) fino a un livello standard. Atella e Kopinska (2014) valutano in quasi 6 miliardi per il 2009 l'ammontare di spesa non giustificabile dal punto di vista dell'efficienza economica, 4 miliardi se si tiene conto di obiettivi equitativi, ovvero si sconta un riequilibrio quali-quantitativo nella domanda dei servizi. I limiti di questo tipo di studi²⁹ risiedono generalmente nell'insufficiente robustezza dei risultati empirici, dipendenti dalle tecniche adoperate e dalla presenza di osservazioni estreme, e nella mancanza di consenso sulle metodologie più appropriate, problemi che ne rendono particolarmente delicata l'applicazione soprattutto ai fini delle politiche e specialmente in settori come la sanità. Tuttavia, anche se i risultati vanno trattati con la necessaria cautela, si tratta di un filone di studio che riveste un notevole interesse e che potrebbe essere ulteriormente rafforzato.

4. La spesa pubblica per la sanità

Un modo più semplice, ma più grossolano, di valutare le politiche pubbliche in un determinato settore è il confronto internazionale. La figura 1 mostra che nel 2013 la spesa pubblica corrente per la sanità in Italia è stata molto vicina alla media dei paesi OCSE sia in rapporto al PIL (6,8 per cento, contro 6,5 della media OCSE), sia in termini pro capite (2.381 contro 2.536 dollari in PPP in media). Il valore pro capite risulta tuttavia di poco inferiore alla metà di quello norvegese e al 60 per cento di quello statunitense, vicino a due terzi di quello tedesco, a tre quarti di quello francese e all'85 per cento di quello

²⁸ Cfr., tra i più recenti, Atella, V. e Kopinska, J. (2014), "Criterio di ripartizione e simulazione a medio e lungo termine della spesa sanitaria in Italia", in Politiche sanitarie, vol. 15, n. 1, gennaio-marzo, 11-28, Pammolli, F. e Salerno, N. (2011), "Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria", CERM, WP2; Pammolli, F., Porcelli, F., Vidoli, F. e Borà, G. (2015), "La Spesa sanitaria delle Regioni in Italia, Saniregio3", CERM, WP1, Francese, M. e Romanelli, M. (2011), "Healthcare in Italy: expenditure determinants and regional differentials", Banca d'Italia, Temi di discussione, n. 828, ottobre.

²⁹ Cfr. Balassone, F., Francese, M. e Giordano, R. (2003), "Efficienza nei servizi pubblici: una rassegna della letteratura", in Banca d'Italia "L'efficienza dei servizi pubblici".

del Regno Unito³⁰. Se ne ricava un quadro complessivo tale da suggerire che nel nostro Paese non vi sia un eccesso di spesa.

Un esame delle tendenze recenti della spesa in Italia può offrire qualche elemento aggiuntivo di valutazione. Innanzitutto, come si evince dalla figura 2, in cui viene confrontato l'andamento delle uscite correnti primarie, al netto dei trasferimenti a enti pubblici, delle Amministrazioni regionali, provinciali e comunali, dello Stato, degli enti previdenziali e di quelli sanitari locali³¹, si osserva che il settore sanitario sembra essere stato fino al 2010 relativamente meno colpito dalle politiche di contenimento della spesa, ma questa tendenza si interrompe nel secondo decennio del secolo.

Per un maggiore approfondimento si utilizzano i dati del periodo 2002-2014 sui costi sostenuti dagli enti dei SSR, consolidati a livello regionale, espressi in termini di competenza economica³². La tabella 1 e le figure 3 e 4 (che riportano i dati in termini di numeri indice) mostrano l'evoluzione del totale e delle singole componenti di spesa, distinguendo le

Regioni in piano di rientro (RPR) dalle altre RSO e dalle RSS³³.

La spesa corrente è aumentata in termini nominali del 40 per cento tra il 2002 e il 2010 (fig. 3) per poi rimanere sostanzialmente costante. Le Regioni che hanno dovuto adottare un piano di rientro mostrano una crescita più elevata nei primi anni, ma dal 2010 la curva che le rappresenta si posiziona al di sotto di quella delle altre Regioni; dal 2010 sono le RSS a collocarsi più in alto.

A prezzi costanti (base = 2005)³⁴, la spesa è aumentata del 120 per cento tra il 2002 e il 2008, ma negli anni successivi è diminuita, pur restando superiore ai livelli di partenza (con un incremento complessivo del 6 per cento nell'intero periodo). Anche in questo caso la crescita è stata più rapida nelle Regioni in piano di rientro, che in seguito mostrano una discesa più decisa (il livello del 2014 supera quello del 2002 appena del 3 per cento), mentre nelle altre Regioni il calo si è realizzato solo dopo il 2011³⁵.

³⁰ La spesa pubblica pro capite corrente è calata del 2,5 per cento tra il 2011, anno in cui aveva raggiunto il livello più alto, e il 2013; stando al dato ancora non definitivo, nel 2014 avrebbe recuperato quasi la metà della riduzione. Più in generale, dopo il 2009 la spesa pro capite è diminuita in alcuni paesi, in particolare quelli "periferici" dell'area dell'euro, mentre ha continuato ad aumentare in quasi tutti gli altri (ad esempio, del 9 per cento in Francia e del 17 in Germania tra il 2009 e il 2013).

³¹ I dati sono di fonte Istat e riguardano i conti economici consolidati dei diversi enti; negli enti sanitari locali sono comprese le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i policlinici universitari.

³² Ragioneria generale dello Stato (2015), *"Il monitoraggio della spesa sanitaria"*, Rapporto n. 2, dicembre.

³³ Esclusa la Sicilia, che ha un piano di rientro, e comprese le Province autonome di Trento e Bolzano.

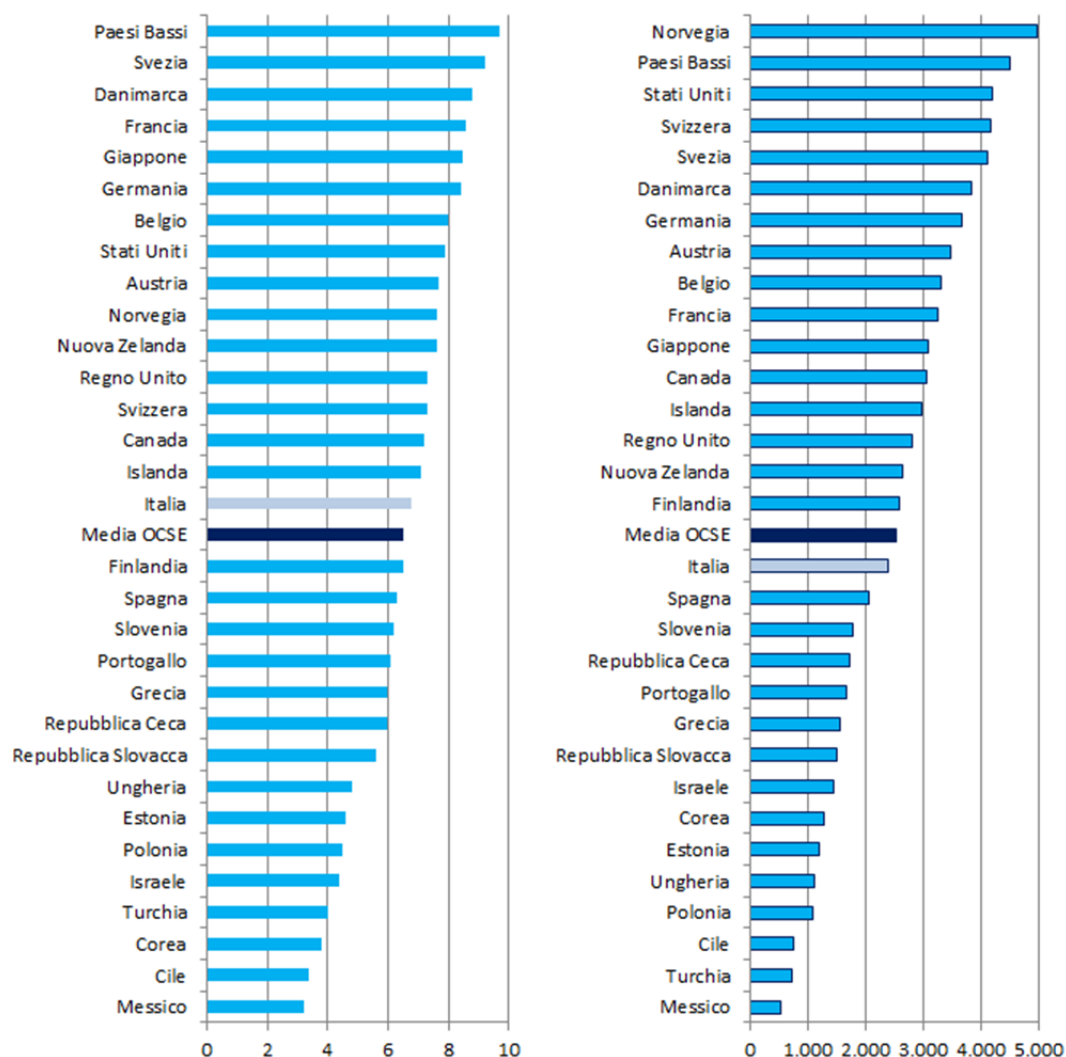
³⁴ Per il calcolo della spesa in termini reali è stato usato l'indice armonizzato dei prezzi al consumo (IPCA) relativo ai servizi sanitari e alle spese per la salute. L'uso di tassi di inflazione alternativi (deflatore del PIL, dei consumi privati e di quelli collettivi) avrebbe implicato una curva più piatta (sostanzialmente costante dal 2009 nel caso del deflatore dei consumi collettivi) e un aumento complessivo maggiore nel periodo (pari al 13 per cento nel caso del deflatore del PIL).

³⁵ I dati OCSE evidenziano che l'Italia è uno dei paesi membri che di recente hanno ridotto maggiormente la spesa sanitaria (pubblica e privata) pro capite in termini reali: -1,6 per cento in media annua tra il 2009 e il 2013 (cfr. OECD (2015), *"Health at a glance"*).

Fig. 1 – Spesa sanitaria pubblica corrente

(in percentuale del PIL)

(pro capite in dollari a PPP)



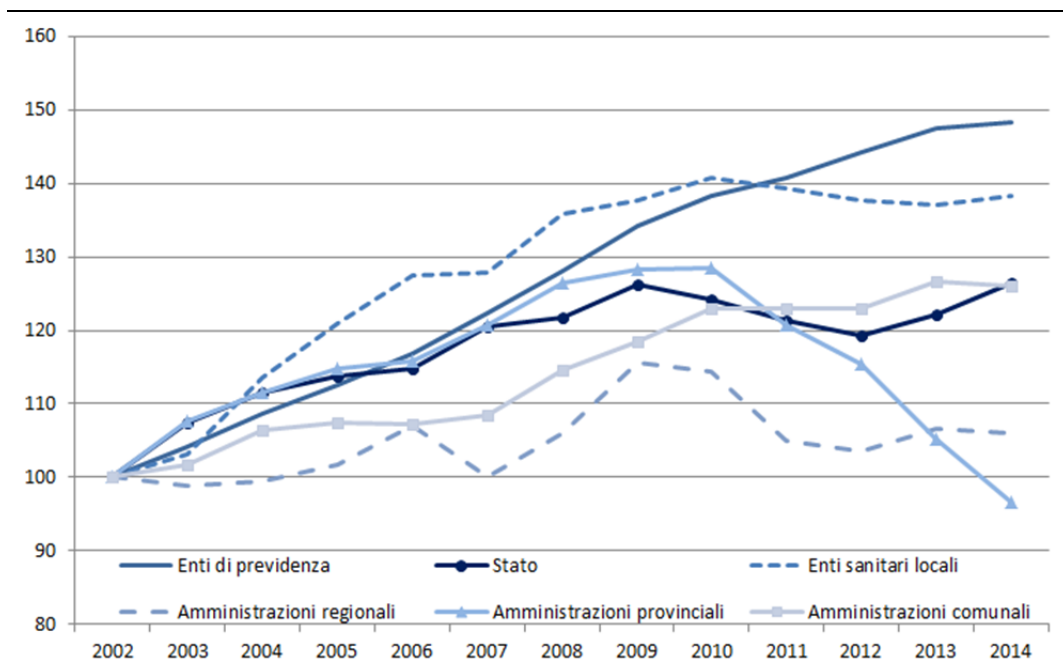
Fonte: OECD, "Health expenditure and financing", dati estratti l'11 novembre 2015

Come osservato anche dalla Ragioneria generale dello Stato (RGS)³⁶, il complesso sistema di *governance* del SSN, basato sui piani di rientro, ha consentito progressivamente di responsabilizzare le Regioni sulla gestione economico-finanziaria dei SSR, superando la precedente condizione di attesa del ripiano *ex post* dei disavanzi da parte centrale (*soft budget constraint*) e consentendo di

abbattere progressivamente il tasso di crescita della spesa. Infatti, le uscite correnti in termini nominali sono aumentate in media del 5,8 per cento tra il 2003 e il 2006 e del 2,8 per cento tra il 2007 e il 2010, per poi stabilizzarsi tra il 2011 e il 2014 (tab. 1); i tassi di incremento relativi ai tre periodi risultano decrescenti per tutte le macro-aree considerate, e quello del 2011-14 è negativo per le RPR.

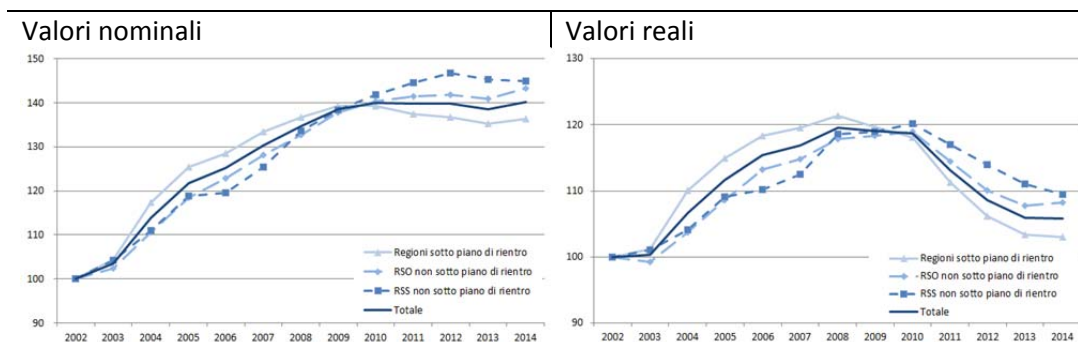
³⁶ Ragioneria generale dello Stato (2014), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 1.

Fig. 2 – Spesa primaria corrente al netto dei trasferimenti a enti pubblici
(numeri indice)



Fonte: Istat, "Sintesi dei conti e aggregati economici delle Amministrazioni pubbliche", ottobre 2015

Fig. 3 – Spesa sanitaria corrente
(numeri indice)



Fonte: Ragioneria generale dello Stato (2015), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 2.

Tab. 1 – Spesa sanitaria corrente
(tassi di crescita)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Regioni sotto piano di rientro	4,4%	12,5%	6,8%	2,5%	3,8%	2,5%	1,9%	0,0%	-1,3%	-0,5%	-1,1%	0,8%
media del periodo		6,5%				2,1%				-0,5%		
RSO non sotto piano di rientro	2,4%	8,0%	7,1%	3,8%	4,2%	3,7%	3,7%	1,9%	0,7%	0,3%	-0,6%	1,7%
media del periodo		5,3%				3,4%				0,5%		
RSS non sotto piano di rientro	4,3%	6,4%	7,2%	0,6%	4,9%	6,5%	3,6%	2,4%	1,9%	1,6%	-1,1%	-0,3%
media del periodo		4,6%				4,4%				0,5%		
Totale	3,5%	10,0%	7,0%	2,9%	4,1%	3,3%	2,8%	1,1%	-0,1%	0,0%	-0,9%	1,1%
media del periodo		5,8%				2,8%				0,0%		

Fonte: Ragioneria generale dello Stato (2015), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 2.

Guardando alle singole voci (fig. 4), la crescita delle spese per il personale è stata fortemente ridimensionata già dal 2007 nelle RPR e nelle altre RSO, per diventare negativa dal 2011, mentre nelle RSS si è arrestata solo nell'ultimo biennio.

L'incremento dei primi anni³⁷, connesso essenzialmente con la corresponsione degli aumenti contrattuali e degli arretrati, è stato frenato successivamente dal blocco della contrattazione e da altre misure di contenimento (in particolare, il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale, il tetto di spesa pari al livello del 2004 ridotto dell'1,4 per cento, il limite per il trattamento complessivo dei singoli dipendenti pari all'ammontare del 2010, la rideterminazione delle risorse per il trattamento accessorio), nonché dal blocco del *turn-over* nelle RPR³⁸ e dai limiti alle assunzioni fissati anche in altre Regioni (per gli effetti sulla riduzione del personale si veda il par. 5).

Diverso l'andamento dei costi dei beni e servizi, che le RPR sono riuscite a controllare meno delle altre: quelli per i prodotti farmaceutici sono quadruplicati nel periodo di osservazione, mentre nelle altre Regioni sono circa triplicati; i costi per altri prodotti sono aumentati rapidamente fino al 2007 e in seguito hanno rallentato, mentre nelle altre Regioni la crescita è stata più contenuta

fino al 2007, ma in seguito più veloce, soprattutto nelle RSS.

Negli anni recenti sono stati adottati diversi provvedimenti per limitare la crescita di questa voce di spesa. Si ricordano: la progressiva centralizzazione degli acquisti e la revisione delle procedure; la rinegoziazione dei contratti nel caso di un prezzo superiore a quello di riferimento; la riduzione degli importi e delle connesse prestazioni relative a contratti di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi (farmaci esclusi); l'imposizione di tetti di spesa per i farmaci ospedalieri e per i dispositivi medici, con ripiano parziale a carico delle aziende (cosiddetto *pay back*³⁹); le altre iniziative per rendere più efficienti i processi di acquisizione a livello locale, previste anche dai piani di rientro. In senso opposto hanno agito l'introduzione di farmaci innovativi, particolarmente costosi, e la diffusione della distribuzione diretta e "per conto" dei farmaci⁴⁰, che implica la contabilizzazione della spesa come acquisto di beni e servizi, piuttosto che come farmaceutica convenzionata.

Piuttosto indifferenziate tra tipologie di enti si presentano le erogazioni per la medicina di base, regolate in larga misura centralmente, che sono state stabilizzate dal 2011, mentre la farmaceutica in convenzione, nelle RSO sotto controllo già da inizio periodo, è stata ridotta in misura rilevante dal 2007, anche se nelle RSS meno intensamente.

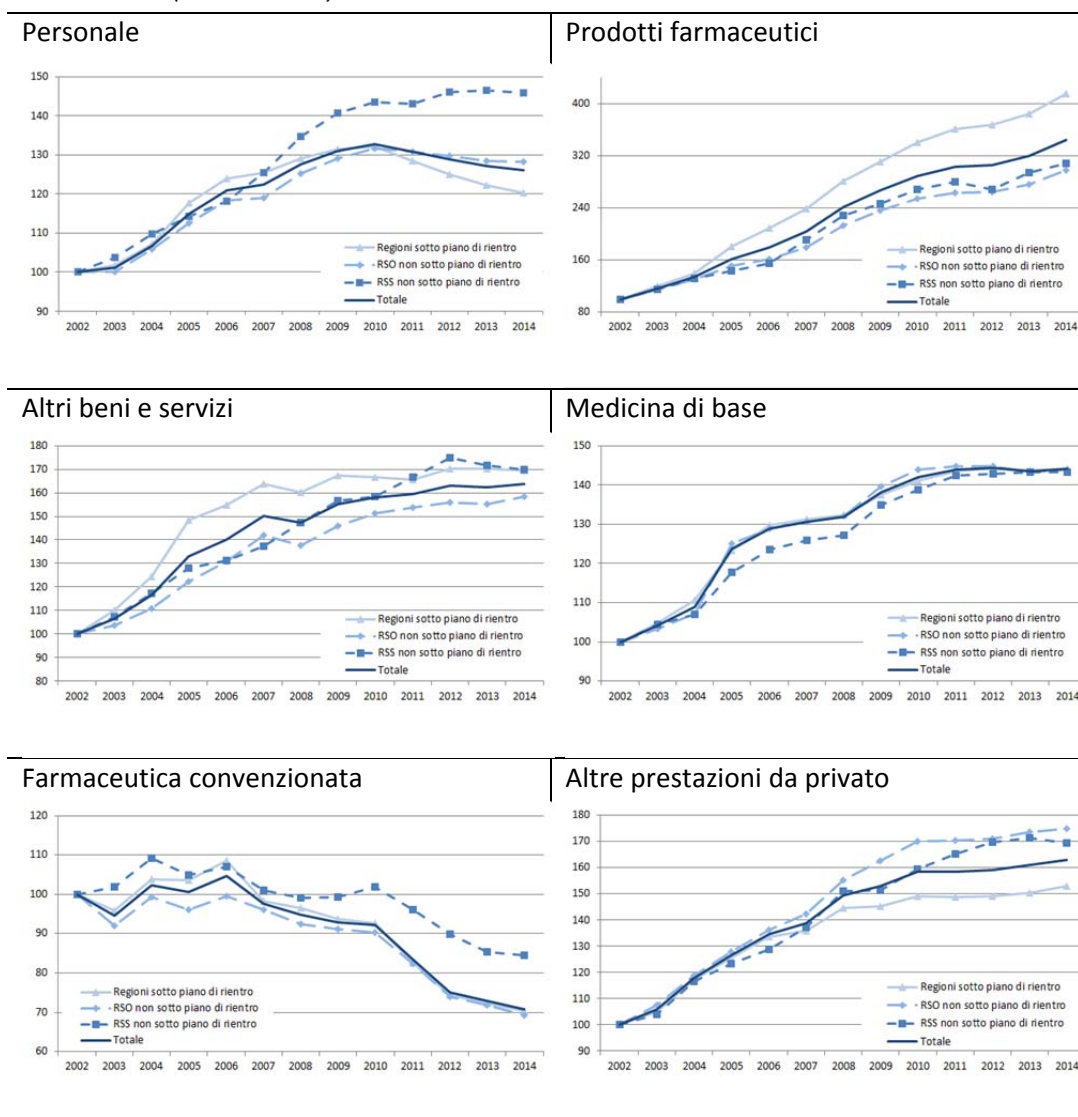
³⁷ Per la ricostruzione dei provvedimenti, qui e in seguito, cfr. Gabriele S., Viceconte N. (2014), *"La sanità e la tutela della salute"*, in Mangiameli, S. (a cura di), *"Rapporto sulle Regioni in Italia 2013"* e Gabriele S. (2015), *"La sanità e la tutela della salute"*, in Mangiameli, S. (a cura di), *"Rapporto sulle Regioni in Italia 2014-15"* (in corso di pubblicazione), ISSIRFA, Gruppo24ore, Milano.

³⁸ Si ricorda che il blocco è stato parzialmente allentato con il DL 158/2012, che consente assunzioni nei limiti del 15 per cento del *turn-over* qualora siano stati almeno parzialmente raggiunti gli obiettivi del piano di rientro, e con la legge di stabilità per il 2015, che ne riduce di un anno la durata (in attuazione del Patto per la salute 2014-16).

³⁹ Il *pay back* nel settore farmaceutico prevede il ripiano attraverso versamento in contanti da parte delle aziende su appositi conti correnti individuati dalle Regioni. Attualmente è bloccato, a seguito di alcune sentenze del TAR, e in corso di ridefinizione. Intanto il DL 179/2015 ha consentito di accertare e impegnare nel bilancio 2015 delle Regioni, a ripiano dei disavanzi del biennio precedente, il 90 per cento dei rimborsi già individuati dall'AIFA (367 milioni per gli sforamenti della spesa territoriale e di quella ospedaliera nel 2013 e 472 milioni per quella ospedaliera del 2014), al netto degli importi eventualmente già contabilizzati (salvo eventuali successive correzioni).

⁴⁰ Ovvero l'acquisto di farmaci e l'erogazione agli assistiti attraverso le strutture sanitarie, oppure, tramite specifici accordi, attraverso le farmacie.

Fig. 4 – Voci della spesa sanitaria corrente
(numeri indice)



Fonte: Ragioneria generale dello Stato (2015), *“Il monitoraggio della spesa sanitaria”*, Rapporto n. 2.

Quanto alla medicina di base, negli ultimi anni non sono state rinnovate le convenzioni, e inoltre altre disposizioni volte a controllare le erogazioni per il personale dipendente sono state estese a quello convenzionato.

Per la farmaceutica vanno ricordati, a livello nazionale, principalmente: la fissazione di un tetto di spesa, con ripiano a carico della filiera di produzione del farmaco, e l’attribuzione di un *budget* a ogni azienda (con sfioramento da coprire attraverso il meccanismo, già richiamato, del *pay back*); gli sconti e i rimborsi

richiesti a farmacie e distributori⁴¹; l’indicazione di un prezzo di rimborso per i farmaci equivalenti, con l’eventuale differenza a carico del cittadino; le norme per accrescere l’appropriatezza prescrittiva e la diffusione dei medicinali generici (con conseguente riduzione del prezzo medio dei farmaci); il monitoraggio delle prescrizioni, anche attraverso sistemi elettronici. A livello regionale un ruolo importante di contenimento della spesa farmaceutica è stato svolto dall’aumento delle

⁴¹ È stato previsto di rivedere il sistema di remunerazione della filiera distributiva, ma l’attuazione di questa disposizione è stata più volte rinviata.

compartecipazioni e dall'ampliamento della distribuzione diretta, che alleggerisce la farmaceutica convenzionata.

L'aumento delle spese per altre prestazioni acquisite dai privati è stato ridimensionato dopo il 2008, soprattutto nelle RPR.

Sulla specialistica ambulatoriale è stata introdotta una compartecipazione fissa di 10 euro per ricetta (cosiddetto *super ticket*, sui cui effetti si tornerà più oltre); inoltre è stata richiesta una riduzione dell'importo e dei volumi delle prestazioni sanitarie acquistate da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, tale da ridurre la spesa complessiva annua rispetto al 2011 in percentuali fisse e crescenti⁴²; procede intanto nelle Regioni, sia pure con qualche lentezza e resistenza, il processo di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e di razionalizzazione degli accordi contrattuali, con introduzione di *budget* e tetti di spesa; anche lo spostamento progressivo delle prestazioni dall'ospedaliera all'ambulatoriale dovrebbe ridimensionare la spesa complessiva.

L'andamento della spesa negli ultimi tredici anni conferma che è stato attuato un importante sforzo per controllarne la dinamica, sia attraverso le misure previste nell'ambito delle manovre di bilancio, sia nelle Regioni in cui si erano formati significativi disavanzi, attraverso il blocco del *turn-over* e gli interventi stabiliti con i piani di rientro⁴³. Tale sforzo ha avuto successo, soprattutto con riguardo alle voci relative alla farmaceutica convenzionata e

al personale, mentre il contenimento degli esborsi per l'acquisto di beni, servizi e prestazioni dai privati sembra complessivamente più difficoltoso.

È probabile, tuttavia, che la strada della riduzione degli sprechi diventi via via sempre più impervia, in quanto i margini di miglioramento dell'efficienza tendono a restringersi, mentre si accrescono le tensioni tra domanda di servizi e risorse⁴⁴.

5. Accesso e razionamento

Questo paragrafo si sofferma sulle difficoltà che la restrizione delle risorse disponibili per la sanità pubblica può determinare sul lato della tutela della salute, segnalando alcuni possibili indizi di fenomeni di razionamento fisico ed economico già in corso e talune evidenze sui divari tra Regioni.

L'OCSE già lo scorso anno ha osservato⁴⁵ che ulteriori tagli di spesa non mirati alla riduzione degli sprechi si tradurrebbero in limitazioni all'accesso, soprattutto per i più svantaggiati, e avrebbero effetto sui livelli e sulla qualità delle prestazioni. In diverse occasioni⁴⁶ tale Organizzazione ha pure ricordato che l'Italia ha indicatori favorevoli di salute e longevità⁴⁷, nonché di esito, qualità ed efficienza del sistema sanitario, e ha sottolineato la

⁴² Si ricorda che con decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre del 2012 sono state rideterminate le tariffe massime per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale.

⁴³ La Corte dei conti ha sottolineato come nel settore sanitario si sia sperimentata "l'esperienza più avanzata e più completa di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa" (Corte dei conti, 2012, *"Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica"*, maggio, p. 227).

⁴⁴ Cfr. a tale proposito anche Università Commerciale Luigi Bocconi, SDA Bocconi, Cergas (2015), *op. cit.*

⁴⁵ OCSE (2014), *"Proposte di spending review e sostenibilità del servizio sanitario nazionale"*, Nota a cura della Divisione Salute OCSE, a seguito di richiesta di chiarimenti da parte della Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica.

⁴⁶ Si veda anche Ministero della Salute (2015), *"Revisione OCSE sulla qualità dell'assistenza in Italia"*, 15 gennaio, sintesi dei dati.

⁴⁷ La speranza di vita in Italia è elevata e ha continuato ad aumentare negli anni della crisi; tuttavia, gli anni di vita in buona salute sono in tendenziale diminuzione.

concordanza tra le proprie raccomandazioni e molti aspetti del Patto per la salute 2014-16; tuttavia, ha anche considerato come il miglioramento della qualità si sia interrotto con la crisi e l'acuirsi dei tagli, mentre restano irrisolti i tradizionali problemi della frammentazione dell'assistenza, in particolare, tra la parte sociale e quella sanitaria, della carenza di prestazioni, soprattutto extra-ospedaliere, dell'arretratezza ancora non superata nell'assistenza agli anziani e nella prevenzione, delle intense differenze geografiche.

Un primo indicatore della tensione tra vincoli finanziari e tutela della salute è rappresentato dal numero di posti letto negli ospedali, diminuito dal 4 per mille nel 2005 al 3,4 nel 2012, contro 5,3 della media UE-28⁴⁸; la differenza è meno marcata sui posti letto per acuti (2,7 contro 3,6).

La flessione del numero di posti nel tempo riflette in tutti i paesi la tendenziale riduzione delle giornate di degenza, grazie alla maggiore efficienza dei servizi ed efficacia di alcune cure, e al passaggio di molti trattamenti al *day hospital* o alla assistenza territoriale; ma un livello molto basso dei posti letto potrebbe rispecchiare una carenza di offerta, soprattutto se non vengono nel contempo rafforzati adeguatamente i servizi di presa in carico alternativi e successivi all'ospedalizzazione. Sull'assistenza distrettuale si tornerà più oltre, nel frattempo è bene osservare che alcuni segni di una possibile situazione di razionamento (oltre che di eventuali problemi organizzativi e diffusione di accessi impropri) emergono dalla situazione di sovraffollamento dei servizi di pronto soccorso, soprattutto in alcune grandi città e in certe fasi dell'anno, come segnalato anche da alcuni sindacati medici⁴⁹.

Soprattutto in alcune aree del Paese, inoltre, le carenze di personale rischiano

di rappresentare un collo di bottiglia nel processo di produzione della salute, soprattutto nelle RPR che hanno dovuto bloccare il *turn-over*. Secondo i dati del Conto Annuale⁵⁰, i dipendenti del SSN (670.240 unità nel 2013) sono diminuiti tra il 2007 e il 2013 dell'1,8 per cento, e ancora dello 0,6 per cento nei primi nove mesi del 2014 (dati provvisori). Tuttavia, la riduzione non è stata omogenea sul territorio, in quanto la diminuzione nel periodo 2007-2013 è stata superiore al 16 per cento in Campania, al 15 nel Molise, al 13 nel Lazio e al 10 in Calabria, mentre in alcune Regioni si è verificato un aumento (addirittura pari al 12 per cento nella Provincia di Trento).

In questi anni sono stati molto dibattuti il problema della stabilizzazione dei precari della sanità e quello dell'orario di lavoro dei medici, anche a seguito di alcune procedure di infrazione aperte dalla Commissione europea. La prima questione è stata parzialmente affrontata con il DPCM del 6 marzo scorso, attuativo del DL 101/2013 (convertito con la L. 125/2013), che prevedeva la possibilità di bandire procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario, pur sempre nel limite del 50 per cento del fabbisogno e tenendo conto delle situazioni di blocco automatico del *turn-over* (disposizioni specifiche sono previste per il personale medico di emergenza e urgenza). Quanto al secondo problema, la L. 161/2014 ha cancellato alcune disposizioni introdotte tra il 2007 e il 2008, che consentivano di disapplicare, per i dirigenti e in parte per il personale del ruolo sanitario del SSN, le norme sull'orario di lavoro e sui riposi previste dal DLgs 66/2003 (attuativo delle direttive CE 104/1993 e 34/2000). Tuttavia solo il 25 novembre scorso sono entrate in vigore tali prescrizioni, che hanno pesanti implicazioni sulla organizzazione dei servizi.

⁴⁸ Secondo i dati Eurostat al 9 novembre del 2015.

⁴⁹ Cfr. Anaa Assomed (2014), *"Pronto soccorso al collasso in tutto il Paese: i medici in prima fila nella denuncia e nella difesa del servizio pubblico"*, Comunicato stampa della Segreteria nazionale, 17 gennaio.

⁵⁰ I dati del Conto annuale sono forniti dalla Ragioneria generale dello stato (<http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/SICO/Conto-annu/2014/>)

Per valutare i limiti di tipo economico all'accesso, si deve anche considerare che le compartecipazioni alla spesa⁵¹ sono aumentate del 33 per cento tra il 2010 e il 2014; l'incremento sulla farmaceutica (comprensivo della quota a carico del cittadino sul prezzo di riferimento) è stato pari al 50 per cento (130 per cento se calcolato dal 2008) e si è distribuito su più anni, mentre quello sulle altre prestazioni, pari al 19 per cento, è dovuto principalmente all'aumento sulla specialistica ambulatoriale nel biennio 2011-12, a seguito dell'introduzione del cosiddetto *super ticket* sulla ricetta alla metà del 2011.

Questo pagamento ulteriore, che si aggiunge a quello della tariffa (fino al tetto di 36,15 euro per ricetta, livello peraltro modificato da alcune Regioni), ha reso conveniente per molte prestazioni optare per il settore privato⁵², fenomeno che tra l'altro riduce il gettito delle compartecipazioni, in presenza di costi solo in parte comprimibili nelle strutture pubbliche⁵³. I problemi di accesso per le fasce più svantaggiate discendono anche dal fatto che l'esenzione è concessa a specifici gruppi di cittadini, ma non a tutti coloro che versano in situazione di disagio economico. Tuttavia, diverse Regioni, soprattutto quelle non in piano di rientro, hanno rimodulato il *super ticket* (come consentito, a parità di gettito) per renderlo più coerente con i propri criteri di equità ed efficienza. Le differenze tra Regioni si

allargano, pertanto, sia rispetto ai livelli, sia rispetto al disegno delle compartecipazioni e delle esenzioni⁵⁴. Nel caso dei consumi farmaceutici è stato riscontrato un calo nell'adesione alle cure, soprattutto laddove i servizi sanitari sono meno efficienti⁵⁵. In generale, il fatto che le compartecipazioni non siano regolate in funzione di un obiettivo di contrasto dei comportamenti opportunistici e di sovraconsumo (*moral hazard*), ma siano adoperate per motivi di copertura dei disavanzi, rende improbabile che possano funzionare efficacemente come strumento di razionalizzazione della spesa farmaceutica, invece di ridurre anche le prestazioni appropriate⁵⁶.

Anche come riflesso dell'aumento delle compartecipazioni, la spesa privata pro capite in Italia, secondo i dati dell'OCSE, è cresciuta del 18 per cento tra il 2007 e il 2011, poi è calata per un biennio (del 4 per cento), e infine nel 2014 ha recuperato in parte la flessione⁵⁷. Si ritiene che l'andamento oscillante sia dovuto alla difficoltà incontrata dalle famiglie nel tentativo di controbilanciare il contenimento delle risorse pubbliche⁵⁸, in una fase generalizzata di riduzione dei consumi in connessione con la crisi economica.

⁵¹ I dati sono tratti da Corte dei conti, *"Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica"*, anni vari, e Corte dei conti (2010), *"Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2008-2009"*.

⁵² Cfr. Cislighi, C. e Sferrazza, A. (2013), *"Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica"*, Gruppo Remolet di Agenas, Monitor, Anno XII, n. 33. Dall'analisi emerge che l'introduzione della quota fissa di 10 euro ha determinato una riduzione degli accessi alla specialistica e diagnostica nel settore pubblico e accreditato, che potrebbe essersi tradotta in una maggiore domanda verso i privati o in una diminuzione dell'accesso alle prestazioni.

⁵³ Cfr. Dirindin, N. (2011), *"Un ticket che porta alla sanità privata"*, *lavoce.info*, 19 luglio.

⁵⁴ Il livello della compartecipazione sulla farmaceutica oscillava nel 2014 tra i 9 euro pro-capite della Provincia di Trento e i 32 della Regione Campania; quello sulle altre prestazioni tra i 9 euro della Sicilia e i 47 della Valle d'Aosta.

⁵⁵ Atella, V. e Kopinska, J. (2014), *"The determinants of drug compliance: evidence based on a quantile regression approach"*, *International Journal of Public Health*, n. 59, pag. 329-339.

⁵⁶ Atella, V., Integlia D. e Kopinska, J. (2013), *"Compartecipazione alla spesa sanitaria salute dei pazienti"*, I quaderni della Fondazione Farmafactoring, n.3.

⁵⁷ Complessivamente, dal 2007 la spesa privata in Italia è aumentata del 12 per cento; tra i Paesi dell'OCSE è diminuita solo in Grecia (-20 per cento), Turchia (-15 per cento) e Regno Unito (-4 per cento).

⁵⁸ In questo senso si veda Istat (2014), *"Rapporto annuale, La situazione del Paese"*, Roma.

I problemi di accesso, soprattutto per motivi economici, sono peraltro segnalati anche dalle informazioni sulla rinuncia alle cure. La tabella 2, che presenta dati provenienti dall'indagine EU-SILC, mostra l'aumento della percentuale di individui che hanno dichiarato di avere rinunciato per motivi economici a visite mediche (dal 3,6 al 6 per cento tra il 2004 e il 2013, e dal 7,1 al 13,1 per cento con riferimento al primo quintile, ovvero al 20 per cento della popolazione in situazione economica più svantaggiata) e dentistiche (dal 6,6 al 9,7 per cento, e dal 12,1 al 18,6 per cento nel primo quintile). Le rinunce motivate non solo dal costo della prestazione, ma anche dalla distanza da percorrere o dalla presenza di liste di attesa (che segnalerebbero un problema di razionamento fisico) sono un poco più alte.

Le tensioni rivelate dalle evidenze sopra riportate non emergono chiaramente dagli indicatori utilizzati per il monitoraggio dei livelli di assistenza, che tuttavia offrono molte informazioni utili, soprattutto relativamente alle differenze tra Regioni nell'erogazione dei servizi. Secondo i risultati di tale monitoraggio⁵⁹, resi noti di recente con riguardo al 2013, nessuna Regione risulterebbe completamente inadempiente rispetto all'erogazione dei LEA (mentre lo erano la Campania nel 2012 e anche la Puglia e la Calabria nel 2011). Nove Regioni sono perfettamente adempienti, mentre le altre devono impegnarsi per migliorare alcuni indicatori: si tratta di Regioni del Centro-Sud, ovvero Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Molise, e Puglia; la Basilicata e il Lazio per il 2012 erano adempienti. In passato, erano principalmente le Regioni in piano di rientro a non garantire i LEA.

⁵⁹ Ministero della Salute (2015), *“Adempimento «mantenimento dell'erogazione dei LEA» attraverso gli indicatori della Griglia Lea, Metodologia e Risultati dell'anno 2013”*. La valutazione di adeguatezza nell'erogazione dei LEA riguarda le RSO e la Sicilia, che è in piano di rientro, ma i singoli indicatori sono riportati per tutte le Regioni.

Le carenze maggiori si riscontrano sul tasso di copertura dei vaccini (compresi morbillo, parotite e rosolia) e dei test di *screening*, sulla prevenzione veterinaria e alimentare, sull'assistenza residenziale e su quella distrettuale per salute mentale, sulla frequenza di parti cesarei.

A parte la graduatoria generale, gli specifici parametri evidenziano le profonde differenze territoriali.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, ad esempio, un indicatore utile è quello relativo alla percentuale di pazienti con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro due giorni in regime ordinario, che oscilla tra l'85 per cento della Valle d'Aosta e il 16 per cento della Campania, rimanendo comunque inferiore al 30 per cento anche in Calabria, Molise e Sardegna. Questo parametro mostra un miglioramento abbastanza generalizzato. Diversi altri indicatori riguardano aspetti di appropriatezza ed efficienza piuttosto che di adeguatezza (quota di ricoveri per trattamenti di tipo chirurgico sul totale, percentuale di ricoveri a elevato rischio di inappropriately, ecc.). Inoltre, l'unico indicatore relativo all'emergenza-urgenza (intervallo allarme-*target* dei mezzi di soccorso) non consente di valutare quello che avviene una volta che il paziente sia giunto presso l'ospedale. Quanto all'assistenza territoriale, il cui rafforzamento dovrebbe accompagnare il ridimensionamento dei posti letto, il progresso è molto differenziato: ad esempio, la percentuale di anziani in assistenza domiciliare integrata varia dal 3,96 per cento dell'Emilia Romagna allo 0,19 per cento della Calabria, e resta sotto l'1 per cento anche nel Lazio, in Puglia e in Valle d'Aosta. Anche i posti nelle strutture residenziali, che sono comunque alternative agli ospedali, risultano inferiori a 1 per mille anziani residenti in Campania, Molise e Valle d'Aosta, ma superano il 40 per mille nelle Province autonome di Trento e Bolzano e il 25 per mille in Piemonte, Lombardia e Veneto. Non sono attualmente disponibili indicatori che consentano di monitorare la qualità di queste strutture.

Tab. 2 – Rinuncia a visite mediche
(in percentuale della popolazione)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Visite mediche										
- Troppo costose										
<i>Tutti</i>	3,6	3,4	3,0	3,2	3,9	3,9	3,6	5,1	4,9	6,0
<i>I quintile</i>	7,1	7,9	7,0	7,0	8,7	8,3	7,1	11,1	10,5	13,1
- Troppo costose o troppo distante o liste di attesa										
<i>Tutti</i>	5,2	4,9	4,6	4,7	5,2	5,3	5,0	5,9	5,6	7,1
<i>I quintile</i>	9,1	9,9	9,0	9,1	10,6	10,2	9,0	12,0	11,6	14,6
Visite dentistiche										
- Troppo costose										
<i>Tutti</i>	6,6	6,5	6,1	5,8	7,2	6,5	6,7	8,9	8,1	9,7
<i>I quintile</i>	12,1	11,8	11,5	11,2	13,6	11,7	12,3	16,3	15,4	18,6
- Troppo costose o troppo distante o liste di attesa										
<i>Tutti</i>	7,5	7,3	6,8	6,6	8,1	7,2	7,4	9,5	8,7	10,0
<i>I quintile</i>	12,8	12,8	12,3	12,2	14,6	12,5	13,1	16,8	16,0	19,2

Fonte: Eurostat, dati estratti il 9 novembre del 2015.

Nella recente analisi sulle economie regionali, la Banca d'Italia⁶⁰ valuta che il divario sui LEA sarebbe rimasto stabile nel periodo 2007-09, ma sarebbe stato ridimensionato nel 2010-12; tuttavia tra il 2007 e il 2014 sarebbe aumentata la mobilità passiva (che si ritiene rifletta la differenza qualitativa nelle prestazioni) in alcune Regioni dove era già molto elevata.

Anche l'edizione 2015 del Programma Nazionale esiti, che produce misure e indicatori utili come supporto per l'*auditing* clinico e organizzativo, il miglioramento dell'efficacia e dell'equità, conferma un tendenziale miglioramento nei risultati dei parametri rilevati, ma con differenze molto marcate tra le Regioni⁶¹.

L'avanzamento nella soddisfazione degli indicatori mostra la validità del lavoro di monitoraggio, ma nell'operare dei SSR restano

ancora diversi aspetti da controllare e vi è il rischio che vengano messe in atto strategie volte a massimizzare i punteggi piuttosto che l'efficacia complessiva (ad esempio, alcuni parametri, relativi alle ospedalizzazioni per patologie trattabili sul territorio, riflettono, se in calo, un miglioramento dell'assistenza distrettuale solo se non sono al contempo irrigiditi i criteri per il ricovero).

6. Considerazioni conclusive

Le informazioni raccolte fotografano un SSN che si va ristrutturando, con un ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera (su tutto il territorio nazionale) e un qualche rafforzamento di quella territoriale (soprattutto in alcune Regioni), in presenza di un importante sforzo di contenimento delle risorse complessive, concentrato di recente soprattutto in quelle Regioni che tradizionalmente hanno mostrato minore capacità di gestione.

Il processo di riqualificazione del sistema e di superamento delle differenze

⁶⁰ Banca d'Italia (2015), "Economie regionali, L'economia delle Regioni italiane", n. 43, dicembre.

⁶¹ Cfr. il sito dell'Agenas:
<http://95.110.213.190/PNEed14/index.php>.

geografiche nei livelli quantitativi e qualitativi di fornitura è rimasto indietro rispetto a quello di responsabilizzazione finanziaria, malgrado gli sforzi messi in atto per garantire gli standard nazionali, ad esempio, attraverso il monitoraggio dei LEA e il Programma nazionale esiti. Emergono inoltre alcuni segni di limitazione dell'accesso fisico (razionamento) ed economico (compartecipazioni) e tracce di una tensione nell'organizzazione dei servizi, legata alla limitatezza delle risorse

finanziarie e umane, che potrebbero rivelarsi insostenibili se prolungate nel tempo.

Questo avviene mentre i principali paesi sviluppati allocano quantità sempre maggiori di risorse sulla sanità, seguendo una tendenza che riflette l'aumento della domanda di salute legato all'incremento del benessere e all'invecchiamento della popolazione, oltre che la scoperta di nuove tecnologie e le aspettative di sviluppo del settore.