

Osservatorio Uil Roma e Lazio – Eures

sulla qualità e la trasparenza del Sistema Sanitario Regionale

***Sanità e Piano di Rientro dal disavanzo:
chi paga il conto?***

Approfondimento Osservatorio Sanità 1/2014

Novembre 2014

Indice

Introduzione

1. ... ancora sulla trasparenza

2. La sanità regionale: il quadro economico-finanziario
 - 2.1 Il deficit sanitario regionale e i risultati del Piano di Rientro
 - 2.2 La situazione debitoria regionale
FOCUS: I disavanzi del Lazio nel panorama nazionale
 - 2.3 Il bilancio sanitario della Regione Lazio

3. La sanità regionale: più costi e meno servizi
 - 3.1 I costi della sanità sostenuti dai cittadini
 - 3.2 La riduzione dell'offerta sanitaria regionale dopo l'introduzione del PdR
 - 3.2.1 L'assistenza ospedaliera: posti letto e ricoveri
 - 3.2.2 Le prestazioni ambulatoriali
FOCUS: i ticket sulle prestazioni

4. La spesa farmaceutica regionale
FOCUS: i farmaci di classe A, ticket e ricette nelle regioni italiane

GLOSSARIO

Introduzione

Il diritto alla salute e all'accesso alle cure, che si inserisce nel più ampio contesto delle tutele sociali, economiche e culturali riconosciute dalle disposizioni normative di ogni Paese democratico moderno, rappresenta un valore prioritario e irrinunciabile, la cui garanzia dovrebbe essere alla base dei programmi politici di ogni buon governante.

Nel nostro Paese il diritto alla tutela della salute per tutti i cittadini è garantito dall'Articolo 32 della Costituzione, in base al quale "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"; tale responsabilità universalistica è assegnata al settore pubblico, che opera come erogatore diretto con l'impiego di ingenti risorse e, spesso, facendo ricorso all'indebitamento: secondo i dati elaborati dalla Corte dei Conti, la spesa assegnata alle Regioni per la tutela del diritto alla salute e l'erogazione dei servizi sanitari essenziali nel 2013 ammonta a 109 miliardi di euro, pari al 7% del Prodotto Interno Lordo, mentre i disavanzi regionali si attestano complessivamente a 1,6 miliardi di euro.

Proprio in virtù della forte incidenza del bilancio sanitario sui conti pubblici, i recenti interventi normativi in materia di *spending review*, volti a migliorare la situazione debitoria in cui versa il nostro Paese e a risanare i conti nazionali, hanno coinvolto in maniera particolarmente incisiva la spesa sanitaria, imponendo ingenti tagli e pesanti politiche di razionalizzazione e contenimento dei costi.

Sotto il profilo strettamente economico-contabile, gli ultimi dati relativi al deficit e al debito sanitario del Lazio, oggetto della presente analisi, confermano come le politiche di revisione della spesa abbiano garantito un discreto miglioramento dei problemi di sostenibilità finanziaria del SSN e un effettivo risparmio; tuttavia, un aspetto che desta preoccupazione è la modalità con cui sono stati ottenuti i tagli alle risorse e il contenimento dei disavanzi.

Sul fronte delle entrate, infatti, la ridotta disponibilità di risorse e l'esigenza di realizzare risparmi a tutti i livelli di governo hanno determinato un aumento delle compartecipazioni alla spesa per i farmaci e per le prestazioni; inoltre, le misure prescrittive previste per il mancato adempimento degli obblighi sottoscritti nel Piano di Rientro hanno imposto un aumento della fiscalità regionale – attraverso l'aumento delle aliquote IRAP e IRPEF – richiedendo pertanto ai cittadini un ulteriore sforzo.

Contestualmente sul fronte dei servizi offerti, le politiche di contenimento dei costi si sono tradotte in una progressiva riduzione dei servizi e delle prestazioni, obbligando di fatto una quota rilevante di cittadini a rivolgersi al mercato sanitario privato per ottenere quei servizi (analisi, diagnostica, visite specialistiche) che il settore pubblico non è in grado di offrire in maniera idonea (in primo luogo per i lunghi tempi di attesa, ma anche per la qualità degli stessi).

Ciò premesso, muovendo dal consolidato rapporto di collaborazione tra l'Istituto di ricerca socio-economica Eures e la Uil di Roma e del Lazio e dall'esperienza dell'Osservatorio sui costi, l'efficienza e la produttività della politica, che nell'ultimo biennio ha prodotto numerose importanti indagini (sulla produttività delle Amministrazioni locali, sui Municipi di Roma Capitale, sulle società partecipate, sul TPL, soltanto per citare le principali), si è deciso di costituire un Osservatorio sui Costi e l'efficienza della sanità regionale del Lazio, sia per la centralità del tema nella misurazione della qualità sociale di un territorio, sia per i continui interventi e processi di riforma che continuano a ridefinirne le caratteristiche. L'Osservatorio neo-costituito dall'Eures e dalla UIL di Roma e del Lazio, si presenta quindi pubblicamente attraverso una prima iniziativa di analisi sullo stato della sanità regionale, concentrando l'attenzione sugli effetti delle politiche di risanamento sui cittadini, sia in termini di accesso ai servizi sia in termini di contributo economico ad essi richiesto per sostenerlo.

Al di là della propaganda sulla "buona amministrazione" di cui il ceto politico si dice da sempre protagonista, occorre infatti ricordare che sono i cittadini, attraverso l'imposizione fiscale ordinaria, i ticket sulle prestazioni, sulla diagnostica e sui farmaci, nonché attraverso le addizionali ad essi imposte proprio per recuperare i danni generati dalla cattiva politica, a sostenere interamente i costi di funzionamento e gli oneri del risanamento di un servizio che meriterebbero efficiente, qualitativamente elevato ed accessibile a tutti.

Il presente lavoro è articolato in 4 capitoli: il primo, di carattere introduttivo, spiega le diverse fasi di realizzazione dell'indagine e le difficoltà incontrate nel reperimento dei dati, offrendo una lettura critica sulle difficoltà di accesso ad informazioni complete e aggiornate, anche dove normativamente dovute, evidenziando il deficit di trasparenza riscontrato anche nel sistema sanitario, ed in particolare nelle ASL – peraltro già evidenziato in altri contesti della pubblica amministrazione locale; il secondo capitolo realizza una panoramica del contesto economico-finanziario del sistema sanitario regionale, approfondendo gli effetti dei Piani di rientro sui conti pubblici e sulla situazione debitoria regionale; all'interno del terzo capitolo si cerca di dare risposta al complesso quesito che ha ispirato il titolo dell'intero lavoro, ovvero "*chi paga il conto del risanamento sanitario?*", evidenziando come gli interventi finalizzati a sostenere il "piano di rientro" abbiano progressivamente accresciuto l'impegno economico richiesto ai cittadini e tendenzialmente ridotto la disponibilità di servizi; il quarto capitolo approfondisce infine il tema della spesa farmaceutica territoriale, concentrandosi sulle dinamiche della sua distribuzione tra Sistema Sanitario pubblico e cittadini, analizzando in dettaglio, così come avviene per l'intero lavoro, gli anni del risanamento nel confronto con il periodo precedente.

Infine, si sottolinea come, nonostante il grande impegno e le pressanti richieste formulate agli uffici competenti, numerosi dati riferiti al 2014 non siano stati resi disponibili né ai nostri ricercatori né all'opinione pubblica, generando un preoccupante vuoto informativo che rischia di apparire come deficit di democrazie.

... ancora sulla trasparenza

L'esperienza maturata nell'ambito dell'Osservatorio su "costi e produttività della politica", nato dalla collaborazione con la UIL di Roma e del Lazio, ha consentito di pervenire alla conoscenza analitica del contesto economico e politico regionale e – nel contempo - di individuare le problematiche e le aree di criticità che caratterizzano gli apparati pubblici territoriali.

Un importante problema costantemente riscontrato negli approfondimenti realizzati – dall'analisi della produttività della politica, allo studio delle società partecipate dal Comune di Roma e dalla Regione Lazio, all'analisi del TPL regionale – è stato il deficit di trasparenza, ovvero uno scarso livello di accessibilità alle informazioni sulla gestione amministrativa, anche dopo l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 33/2013, che impone alle strutture pubbliche obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni.

Anche in ambito sanitario sono state rilevate le stesse criticità in merito alla pubblicità e accessibilità delle informazioni e dei dati; in particolare, il principale problema riscontrato è consistito nella difficoltà di reperire dati aggiornati, tanto più a seguito della messa in liquidazione dell'Agenzia di Sanità Pubblica Regionale, che si occupava di gestire il sistema informativo sanitario e di pubblicare e diffondere i dati in merito al sistema assistenziale e ospedaliero regionale; l'ASP Lazio pubblicava peraltro - con cadenza mensile - i dati relativi al numero di prestazioni sanitarie ambulatoriali erogate nel Lazio, non più disponibili proprio a partire da ottobre 2013, ovvero da quando le competenze dell'Agenzia sono passate alla Giunta Regionale e al dipartimento di epidemiologia della ASL Roma E (articolo 35, comma 1 della LR n. 4/2013); né, ad oggi, risulta attivo il nuovo portale (www.laziosanita.it) che dovrebbe "ospitare" in futuro i contenuti informativi sul sistema sanitario regionale. Ed anche la ASL Roma E - alla quale, dopo l'avvio delle procedure di liquidazione dell'ASP Lazio, è stata affidata la diffusione dei dati sanitari - non ha mai neanche risposto ad alcuna delle nostre richieste di dati e informazioni al riguardo.

Ad oggi, quindi, le ultime informazioni sulle prestazioni sanitarie disponibili – analizzate all'interno del Capitolo 3 – sono riferite a Settembre 2013; pertanto i dati relativi alle ultime 3 mensilità sono stati ottenuti attraverso procedure di stima che considerano i valori mensili delle annualità precedenti e i valori cumulati dei primi 9 mesi del 2013.

Un altro problema, rilevato anche nei precedenti approfondimenti, è stato quello della scarsa comparabilità tra i bilanci degli enti, pubblicati spesso secondo metodi di classificazione e criteri contabili differenti, che pertanto risultano poco comparabili tra loro e rendono estremamente complessa la possibilità di realizzare analisi di confronto spaziale e temporale.

Passando all'analisi dei risultati del lavoro di ricerca, le prime osservazioni riguardano proprio la valutazione del livello di trasparenza e accessibilità dei dati,

in particolare in relazione alle 12 Aziende Sanitarie Locali di Roma e del Lazio. Anche le ASL, al pari degli enti e delle società pubbliche, in base a quanto disposto dal D.Lgs. n. 33/2013 sono infatti tenute ad adempiere agli obblighi di pubblicità e diffusione delle informazioni nell'apposita sezione "Trasparenza" dei siti web.













Tuttavia, nonostante gli obblighi di legge, la disponibilità delle informazioni sui siti delle Aziende Sanitarie risulta ancora limitata e i dati sono spesso incompleti, frammentari e poco confrontabili: con riferimento ai bilanci, ad esempio, ben 6 ASL non hanno ancora provveduto a pubblicare i documenti di previsione relativi all'anno 2014: in 5 è disponibile il bilancio 2013 mentre nella ASL Roma H gli ultimi documenti contabili disponibili fanno addirittura riferimento all'anno 2010.

Ciò premesso, al fine di pervenire ad una misura quantitativa del livello di trasparenza delle ASL del Lazio, è stato costruito un indice sintetico, al pari di quanto realizzato nell'approfondimento relativo alle società partecipate dal Comune di Roma e dalla Regione Lazio. Sotto il profilo metodologico, dopo aver stilato un elenco di informazioni "obbligatorie" (compensi e curricula di dirigenti e direttori, dati relativi al bilancio, informazioni sul patrimonio e sui beni di proprietà delle ASL) e assegnato una "scala" di punteggi sulla base dell'effettiva reperibilità delle stesse, è stata quindi calcolata per ciascuna ASL la percentuale di informazioni disponibili e liberamente consultabili online.

Passando all'analisi dei dati, tra le 12 ASL del Lazio analizzate, 5 registrano un livello di trasparenza "elevato", pubblicando cioè sul proprio sito web oltre il 75% delle informazioni dovute (in media l'88,5%), anche se occorre evidenziare che nessuna delle 12 ha pubblicato tutte le informazioni dovute, non raggiungendo cioè in alcun caso il 100%; le altre 7 ASL presentano un indice di trasparenza "medio", con una disponibilità di informazioni compresa tra il 50% e il 75% di quelle dovute. Le peggiori performance si registrano nella ASL di Frosinone, che pubblica solo il 53,8% delle informazioni dovute, seguita dalla ASL di Roma C con il 65,4%. Sul fronte opposto, la ASL Roma F evidenzia il livello di trasparenza più elevato, con un indice di trasparenza pari al 96,2%.

In generale, comunque, la percentuale di informazioni liberamente consultabili dai cittadini si attesta in media al 76%: un punteggio che sarebbe positivo se non esistessero obblighi normativi.

Tabella 1 – Indice di trasparenza delle ASL*

	Indice di trasparenza			% di info disponibili
	Elevato (≥75%)	Medio (≥50%-≤75%)	Basso o assente (<50%)	
ASL RM A				92,3
ASL RM B				69,2
ASL RM C				65,4
ASL RM D				92,3
ASL RM E				73,1
ASL RM F				96,2
ASL RM G				69,2
ASL RM H				69,2
ASL Frosinone				53,8
ASL Latina				76,9
ASL Rieti				69,2
ASL Viterbo				84,6
MEDIA	5 (88,5%)	7(67,0%)	-	76,0

Fonte: Siti delle ASL * Informazioni disponibili all'1/1/2014

Attraverso l'analisi dei dati sul personale pubblicati sui siti web si è cercato infine di individuare il livello retributivo delle 3 figure apicali che gestiscono le strutture sanitarie locali, ovvero i direttori generali, i direttori sanitari e i direttori amministrativi.

Questo tipo di informazione è risultata non disponibile nelle ASL di Frosinone e Viterbo – dove è reperibile solo il dato retributivo dei direttori generali, mentre manca quello dei direttori sanitari e amministrativi, mentre la ASL Roma E, ente destinatario delle competenze relative alla diffusione dei dati sanitari dopo la liquidazione dell'ASP Lazio, ha reso disponibili i dati sulle retribuzioni delle figure apicali solo da novembre 2014.

Ciò premesso, le informazioni raccolte consentono di concludere che la spesa complessiva per i compensi annui dei direttori delle ASL ammonta complessivamente a 4,3 milioni di euro (di cui 1,7 milioni per i compensi dei direttori generali e 2,6 per le retribuzioni delle altre figure). In media, quindi, i direttori generali delle ASL del Lazio percepiscono un compenso pari a 140 mila euro annui, mentre le retribuzioni dei direttori sanitari e amministrativi ammontano rispettivamente a 110 e 111 mila euro annui, risultando dunque 5 volte maggiori rispetto al livello medio retributivo di un lavoratore dipendente nel Lazio (pari a circa 22 mila euro annui).

Tabella 2 – Retribuzioni lorde annue* dei direttori delle ASL del Lazio.*Valori assoluti in euro*

	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo
ASL RM A	122.710	98.168	98.168
ASL RM B	151.833	89.371	97.177
ASL RM C	153.388	122.710	122.710
ASL RM D	150.289	120.231	120.231
ASL RM E	125.031	120.231	120.231
ASL RM F	144.091	115.273	115.273
ASL RM G	151.838	97.177	97.177
ASL RM H	153.388	122.710	122.710
ASL Frosinone	154.937	n.d.	n.d.
ASL Latina	153.388	122.710	122.710
ASL Rieti	108.208	96.185	96.185
ASL Viterbo	113.552	n.d.	n.d.
MEDIA	140.221	110.477	111.257

*Fonte: Siti delle ASL * Informazioni disponibili all'1/12/2014*

1 La sanità regionale: il quadro economico-finanziario

Come ribadito in apertura del precedente capitolo, i problemi di accessibilità alle informazioni e il mancato rispetto della disciplina sulla trasparenza hanno reso particolarmente complessa l'analisi della situazione attuale, sia in merito alle variabili economico-finanziarie, che saranno oggetto del presente capitolo, sia in relazione ai dati sull'attività sanitaria, che saranno approfonditi al capitolo 3.

Tuttavia, utilizzando le statistiche del MEF nonché – per la determinazione dei dati più recenti – i dati dell'ultimo bilancio regionale e i risultati dell'attività di monitoraggio della Corte dei Conti, è stato definito un quadro generale della situazione economico-finanziaria regionale in materia sanitaria.

Il presente capitolo si propone pertanto di fornire una chiave di lettura, a carattere generale, in merito all'entità della spesa sanitaria regionale ed alla situazione debitoria del Lazio, con particolare attenzione agli effetti del Piano di Rientro sui disavanzi.

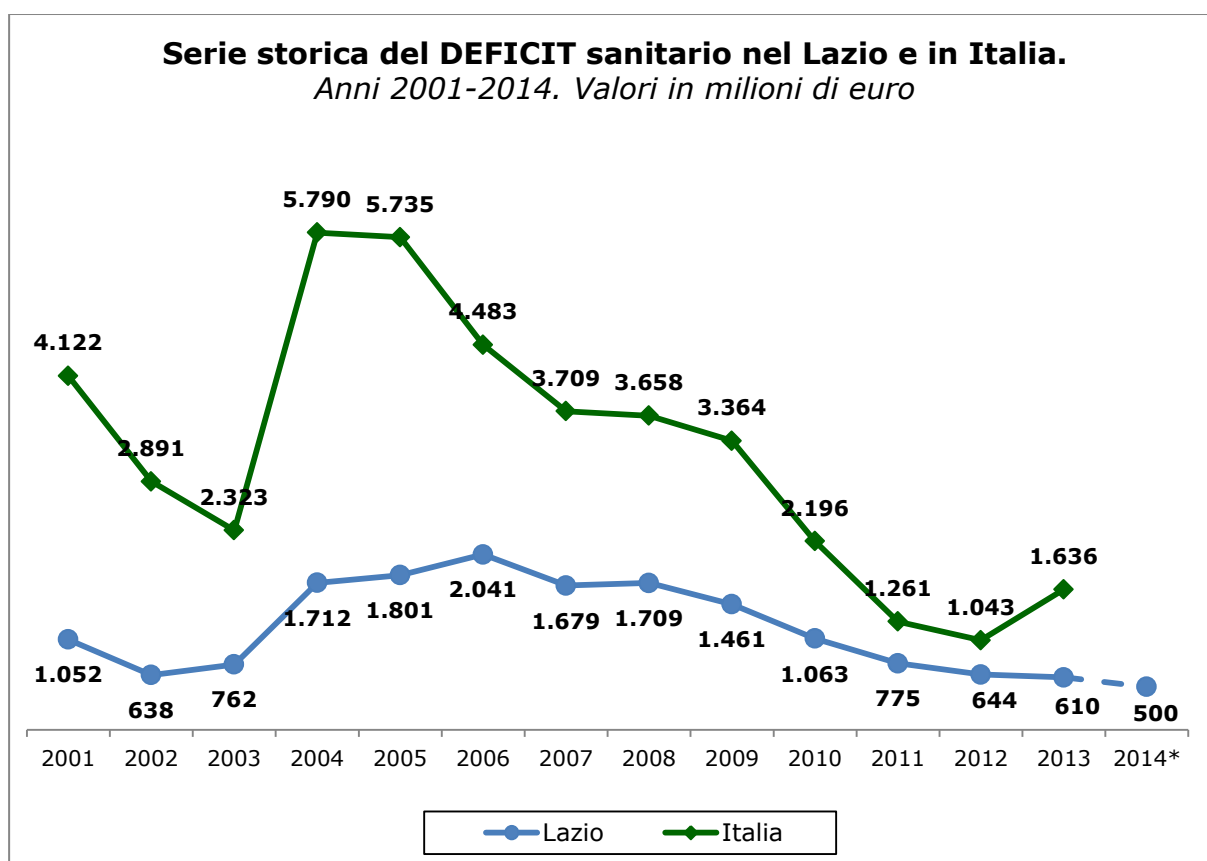
2.1 Il deficit sanitario regionale e i risultati del Piano di Rientro

In ambito sanitario, la Regione Lazio è impegnata dal 2007 nell'attuazione degli adempimenti previsti dal Piano di Rientro dal debito, un documento programmatico volto a delineare una riorganizzazione strutturale del sistema sanitario con lo scopo di raggiungere il riequilibrio della situazione finanziaria. La "cattiva" gestione politica che ha caratterizzato la storia recente del nostro Paese, infatti, ha avuto effetti devastanti sulle finanze pubbliche e i provvedimenti di revisione della spesa non hanno risparmiato neanche il settore sanitario e gli stanziamenti per la tutela della salute.

Nello specifico, in materia sanitaria i principali interventi previsti dal Piano di Rientro hanno riguardato la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, l'efficientamento nell'acquisizione di beni e servizi sanitari – in particolare la farmaceutica -, il potenziamento dei servizi territoriali, la rideterminazione di tetti di spesa e budget per i soggetti erogatori privati e il blocco del *turn over* del personale.

Dopo tre anni dall'applicazione delle politiche di rientro, in ragione dell'elevato disavanzo sanitario regionale e del mancato adempimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro per il triennio 2007-2009 (a livello regionale i costi effettivi eccedevano del 6,4% quelli programmati), la Regione ha inoltre perduto potestà decisionale in materia sanitaria: la legge 191/2009 ha infatti imposto la nomina di un commissario *ad acta* (l'incarico è stato ricoperto dallo stesso Governatore), con il compito di dare concreta attuazione alle direttive stabilite dal Governo centrale.

Sul piano più strettamente economico-finanziario, le politiche di risparmio hanno tuttavia avuto esiti positivi in termini di riduzione dei disavanzi: le previsioni relative al 2014 - diffuse recentemente dal Consiglio Regionale del Lazio - annunciano un deficit sanitario pari a 500 milioni di euro mentre, secondo quanto dichiarato dal Presidente Zingaretti, per il 2015 è previsto il raggiungimento del pareggio di bilancio. Rispetto al 2006, anno il cui il livello del deficit sanitario raggiunse il suo massimo storico superando i 2 miliardi di euro (pari al 45% del totale nazionale), si evidenzia dunque una forte dinamica decrescente, con una riduzione complessiva del deficit pari al 75%.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF e Sole24Ore Sanità
* dichiarazione del Governatore Zingaretti al 30 maggio 2014 (fonte: Regione Lazio)

Anche sul fronte dei costi, i risultati attesi dalla Regione Lazio relativi al biennio 2014-2015 annunciano "tagli" in materia sanitaria per 281 milioni di euro (73 milioni nel 2014 e 208 per il 2015). Gli interventi più significativi interessano soprattutto la sfera occupazionale (il blocco del turnover consentirà risparmi per quasi 150 milioni di euro in 2 anni e la riduzione di 16 mila unità), la risoluzione dei contenziosi (per 39 milioni di euro) e la riduzione dei tempi di pagamento (con un risparmio di 33 milioni di euro).

Tabella 1 – Risultati attesi dalla spending review regionale in materia sanitaria.
Anni 2014-2015, valori in milioni di euro

	Risparmi previsti 2014	Risparmi previsti 2015
Riduzione consulenze e atti sanità	5	18
Farmaceutica	19	19
Applicazione blocco del turnover	49	99
Tempi di pagamento sanità	-	33
Riduzione contenzioso sanità	-	39
Totale	73	208

Fonte: Comunicato regionale

2.2 La situazione debitoria regionale

I dati relativi al disavanzo e alle previsioni di risparmio, che evidenziano come la Regione stia lentamente volgendo verso il miglioramento dei conti pubblici, devono tuttavia essere letti contestualmente alle informazioni relative al debito, che rappresenta una grandezza di stock comprensiva degli interessi maturati sulle passività pregresse.

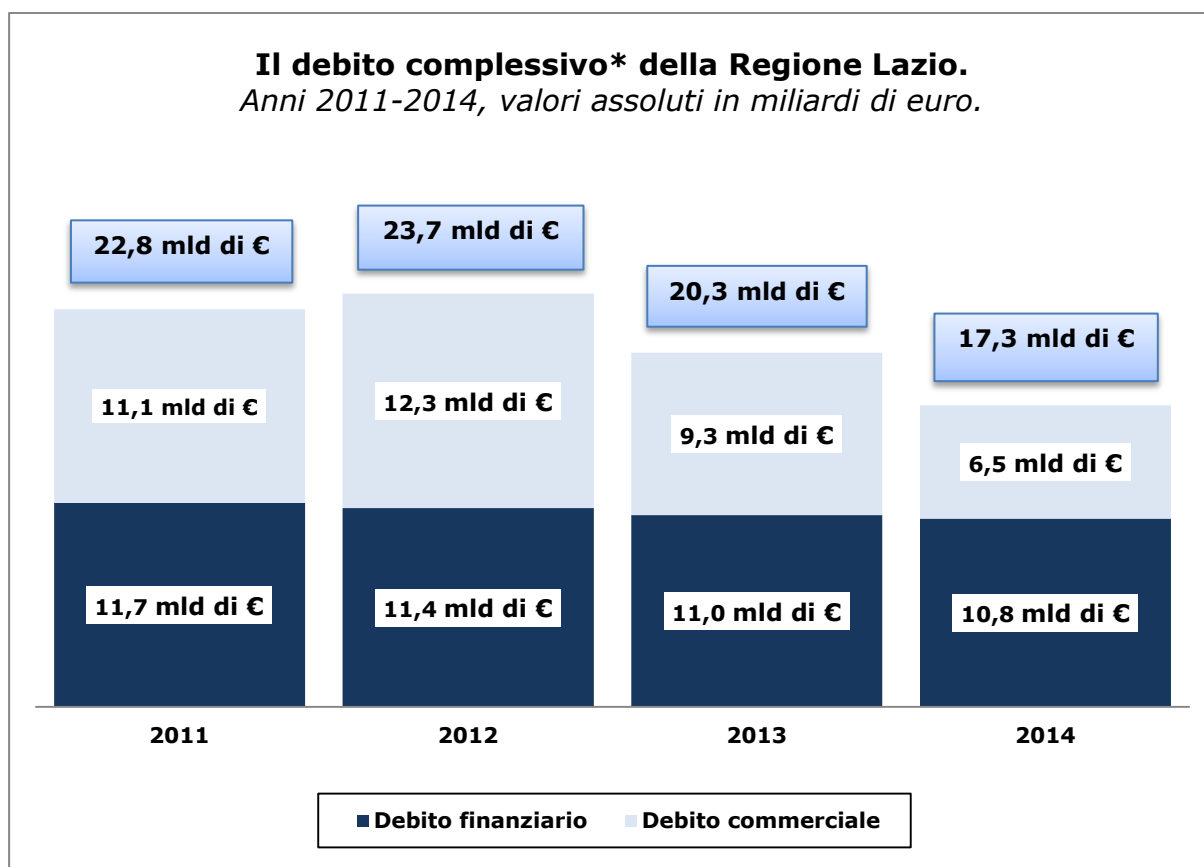
Nonostante l'attuazione delle politiche di risparmio previste dalla *Spending Review*, che ha mostrato significativi miglioramenti in termini di disavanzi e contenimento della spesa, l'Italia, infatti, non è ancora uscita dal rischio default e rimane tra i "sorvegliati speciali" d'Europa, con un debito pubblico nazionale pari al 130% del PIL (2.148,4 miliardi di euro ad agosto 2014, dati Bankitalia).

Su base regionale, sebbene non sia possibile rintracciare una serie storica relativa al debito pregresso – gli unici strumenti informativi in tal senso sono le dichiarazioni diffuse dalla Regione e l'Osservatorio sul Debito Regionale, uno strumento sorto nel segno della trasparenza e dell'accessibilità alle informazioni che tuttavia non contiene significativi dati storici di riferimento – i dati disponibili evidenziano che il debito complessivo regionale si attesta a 17,3 miliardi di euro.

Nel dettaglio, i debiti finanziari (ovvero quelli maturati verso banche e istituti di credito, nonché istituti di previdenza e sicurezza sociale) ammontano a 10,8 miliardi di euro e costituiscono il 62,4% del totale. Le passività finanziarie sono costituite soprattutto da mutui e debiti a lungo termine, che hanno tempi lunghi di esigibilità (e dunque determinano interessi sul debito consistenti): secondo le stime dell'Osservatorio sul Debito Regionale, infatti, per estinguere le passività finanziarie la Regione Lazio sarà costretta a pagare 310 milioni di euro all'anno fino al 2042. Più contenuta, invece, la quota di debiti commerciali, che ammonta a 6,5 miliardi (pari al 37,6% del totale).

In termini dinamici, tra il 2011 e il 2014 si evidenzia una riduzione complessiva del 24,1% (-5,5 miliardi in valori assoluti), imputabile in massima parte alla riduzione dei debiti commerciali (-41,4%, da 11,1 miliardi nel 2011 a

6,5 nel 2014). Secondo quanto recentemente dichiarato dal Governatore Zingaretti, la forte contrazione dei debiti commerciali è riconducibile all'applicazione del decreto 35/2013, che ha consentito di firmare un accordo con il Governo per l'anticipazione di somme destinate al pagamento dei debiti della PA e, pertanto, di abbattere la parte commerciale del debito.



Fonte: Regione Lazio, Osservatorio sul debito regionale *Comprende i debiti finanziari, maturati verso banche e istituti di credito, e quelli commerciali, maturati invece verso i fornitori.

Tabella 2 – Il debito complessivo della Regione Lazio.

Anni 2011-2014, composizione %

	Debito finanziario	Debito commerciale	Totale indebitamento
2014	62,4	37,6	100,0
2013	54,2	45,8	100,0
2012	48,1	51,9	100,0
2011	51,3	48,7	100,0

Fonte: Regione Lazio, Osservatorio sul debito regionale

La riduzione del debito regionale riscontrata negli ultimi 3 anni analizzati è stata determinata anche dalla contrazione delle passività sanitarie. Pertanto, l'analisi della struttura debitoria regionale non può prescindere da qualche considerazione sul debito sanitario, che costituisce un'importante percentuale del

totale delle passività regionali: con riferimento al 2011, l'unico anno per cui si possiedono dati confrontabili sul debito complessivo e sulla sua "frazione" sanitaria, le passività regionali costituiscono quasi il 40% del totale, percentuale che sale al 66% considerando i soli debiti commerciali.

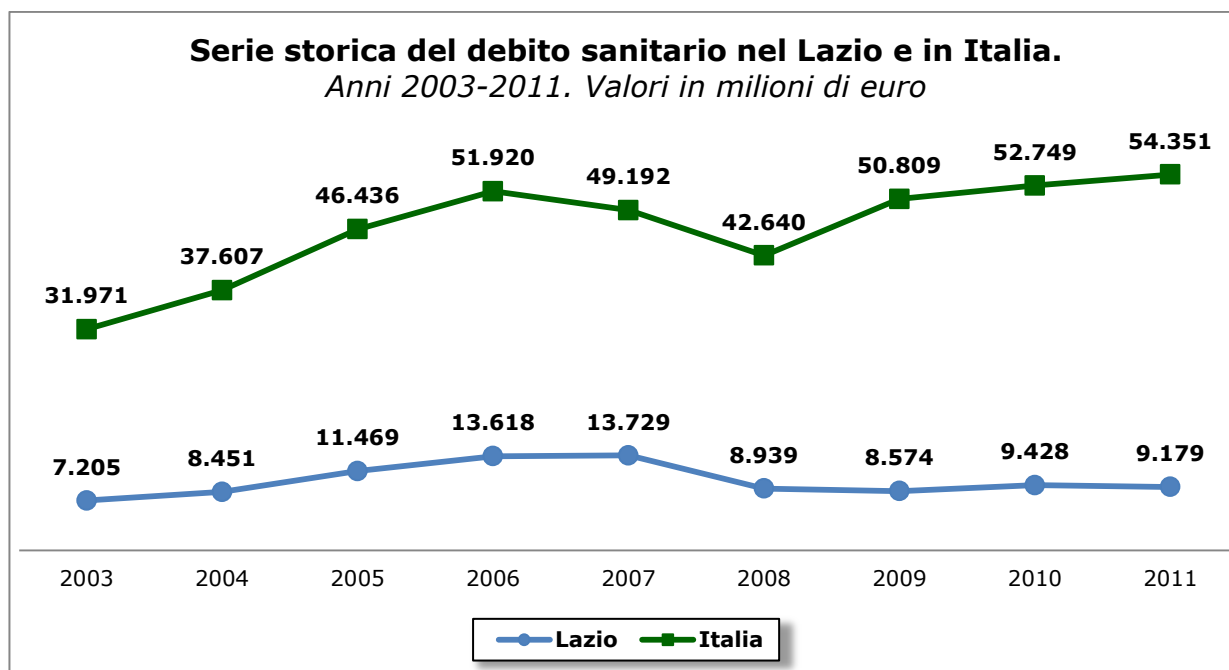
I debiti sanitari regionali hanno evidenziato una forte dinamica di crescita dopo la riforma del titolo V della Costituzione, che ha riconosciuto ampi margini di autonomia e gestione finanziaria alle Regioni, delegando a queste ultime l'organizzazione della sanità in conformità alle esigenze e alle specificità di ogni singolo territorio. Le regioni, pertanto, sono diventate destinatarie delle risorse e degli investimenti in sanità, ma nel contempo hanno ereditato anche la componente debitoria che faceva capo al Sistema Sanitario Nazionale.

L'equilibrio finanziario della Regione, pertanto, è stato fortemente condizionato dal debito sanitario. Le cause che hanno determinato questa pesante situazione debitoria sono state molteplici (assenza di un bilancio consolidato per le aziende sanitarie che consentisse una migliore gestione delle spese, dilazione dei tempi di pagamento, ecc), ma sicuramente l'assenza di trasparenza e controlli ad ogni livello di governo ha contribuito a generare un circolo vizioso, producendo squilibri crescenti, inefficienze e, conseguentemente, crescita dei costi di produzione, che la Regione non è stata più in grado di sostenere con le risorse a disposizione.

Inoltre, i recenti scandali nella sanità che hanno coinvolto gli amministratori regionali confermano come il "mercato" sanitario, a causa delle notevoli dimensioni della spesa, della presenza di "asimmetrie informative" e dell'assenza di un sistema di regolazione centrale, risulti fortemente esposto al rischio di uso improprio delle risorse pubbliche e di corruzione.

La serie storica relativa al debito sanitario regionale descrive in larga misura gli eventi che negli ultimi anni hanno caratterizzato la storia sanitaria della Regione: il debito raggiunge il suo massimo storico negli anni 2006-2007 (13,6 miliardi di euro circa, pari al 26% del totale dei debiti sanitari regionali), negli anni in cui scoppiò lo scandalo sanitario regionale e vennero alla luce le operazioni di "finanza creativa" degli anni passati, che riversarono i disavanzi e le passività sugli esercizi futuri. Successivamente, a seguito dell'applicazione dei programmi di rientro, si registra un miglioramento della posizione debitoria regionale, che nel 2011 – ultimo anno disponibile - raggiunge i 9,2 miliardi di euro (-33,1% rispetto al 2007), pari al 16,9% del totale nazionale (54,4 miliardi).

Tra il 2009 e il 2011, tuttavia, si assiste a un lieve incremento del debito sanitario, sia a livello regionale che, soprattutto, sul fronte nazionale. Questo fenomeno è imputabile all'incremento dei debiti verso i fornitori (e dunque a una dilazione tra gli incassi di competenza e quelli di cassa) piuttosto che alle passività finanziarie, che al contrario evidenziano una dinamica discendente.



Fonte: Corte dei Conti, Rapporti sulla gestione finanziaria delle Regioni

Tabella 3 – Composizione del debito sanitario: Lazio e Italia.

Anni 2009-2011, valori assoluti in milioni di euro.

	Lazio			Italia		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Debiti commerciali	6.743,7	7.517,0	7.340,2	32.657,0	35.256,0	37.505,0
Debiti finanziari*	1.830,0	1.910,6	1.838,8	18.153,0	17.493,3	16.845,6
Totale	8.573,7	9.427,6	9.179,0	50.810,0	52.749,3	54.350,6

Fonte: Regione Lazio, Osservatorio sul debito regionale * comprende i debiti verso Stato, Comuni e altri enti pubblici, verso tesorerie e istituti di credito, verso dipendenti, verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale, nonché debiti tributari.

FOCUS: il disavanzo del Lazio nel panorama nazionale

A fronte della pesante situazione debitoria della Regione Lazio (pur alleggeritasi nel corso degli ultimi anni), è stata realizzata un'analisi comparativa con le altre Regioni italiane, con particolare attenzione a quelle che condividono con il Lazio l'esperienza del Piano di Rientro dal debito sanitario – ovvero Piemonte, Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria e Sicilia – allo scopo di determinarne la "posizione" nel contesto nazionale e di verificare l'effettivo impatto delle politiche di rientro anche negli altri contesti regionali.

Nel 2013, nonostante le politiche di risparmio avviate, il Lazio si conferma la Regione con il più elevato deficit (-610 milioni) e debito sanitario (9,2 miliardi di euro nel 2011): in relazione al primo indicatore è seguita a grande distanza dal Trentino Alto Adige (con un deficit di 402 milioni), che mantiene tuttavia una

buona situazione debitoria complessiva, per la quale si colloca in quarta posizione (con un debito di 475 milioni), preceduta dalle più virtuose Umbria, Basilicata e Valle D'Aosta. Con riferimento al debito, la Regione Lazio è seguita dalla Campania (8 miliardi di euro) e dall'Emilia Romagna (4,8 miliardi), che tuttavia nel 2013 registrano entrambe un avanzo di bilancio (pari rispettivamente a 11,7 e 1,7 milioni di euro).

Anche in termini pro capite il Lazio evidenzia una pesante situazione debitoria, registrando la Regione il secondo valore più alto (1.668 euro, a fronte di una media nazionale di 910 euro), dopo quello del Molise (1.835 euro).

Tabella 4 – DEFICIT E DEBITO SANITARIO nelle Regioni Italiane.
Anno 2013 (deficit) e 2012 (debito), valori assoluti in migliaia di euro.
Debito medio per abitante e per famiglia, valori assoluti in euro.

	Deficit sanitario (2013)	Debito sanitario (2012)	Debito medio per abitante	Debito medio per famiglia
Lazio*	-609.890	9.179.080	1.668	3.857
Campania	11.760	7.973.808	1.383	3.744
Emilia Romagna	1.663	4.752.450	1.090	2.378
Piemonte*	-41.866	4.708.380	1.080	2.335
Sicilia	24.974	4.555.409	911	2.242
Lombardia	10.262	4.259.082	437	966
Veneto*	7.585	4.126.522	850	2.016
Toscana	3.111	3.516.845	956	2.137
Calabria*	-30.616	2.693.823	1.375	1.335
Puglia	-49.574	2.434.598	601	1.543
Sardegna*	-379.113	1.095.922	669	1.565
Liguria	-91.346	997.304	637	906
Abruzzo	340	981.079	749	1.744
Marche	32.141	614.807	398	955
Molise	-51.298	574.904	1.835	4.387
Friuli V.G.	-42.936	509.688	418	1.261
Trentino A.A.	-402.283	474.758	459	1.076
Umbria*	29.874	403.919	457	1.055
Basilicata*	-6.089	224.390	388	284
Valle d'Aosta	-52.997	57.955	456	945
Italia*	-1.636.296	54.246.810	910	1.981

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF, Cortei dei Conti e Sole24Ore Sanità

* i dati relativi al debito fanno riferimento all'anno 2011

La somma dei deficit cumulati – relativa alle sole Regioni in Piano di Rientro – evidenzia ancora una volta il pesante contributo della regione Lazio al deficit complessivo: tra il 2001 e il 2013 la Regione ha infatti generato un disavanzo di 15,4 miliardi di euro, pari al 36,5% del totale nazionale (42,2 miliardi) e al 43% del totale delle Regioni in Piano di Rientro.

Nonostante la significativa riduzione del deficit, nel 2013 il Lazio continua a detenere il 37,3% del disavanzo complessivo nazionale (pari a 1,6 miliardi) e circa l'82% dei disavanzi sanitari delle Regioni in Piano di Rientro (nel frattempo,

infatti, Campania e Sicilia, che vantavano quote significative di deficit cumulato, nel 2013 hanno raggiunto l'avanzo di bilancio).

Tabella 5 – Dimensione dei disavanzi delle Regioni in Piano di Rientro.

Valori assoluti (in migliaia di euro) e contributo al deficit sanitario nazionale (%).

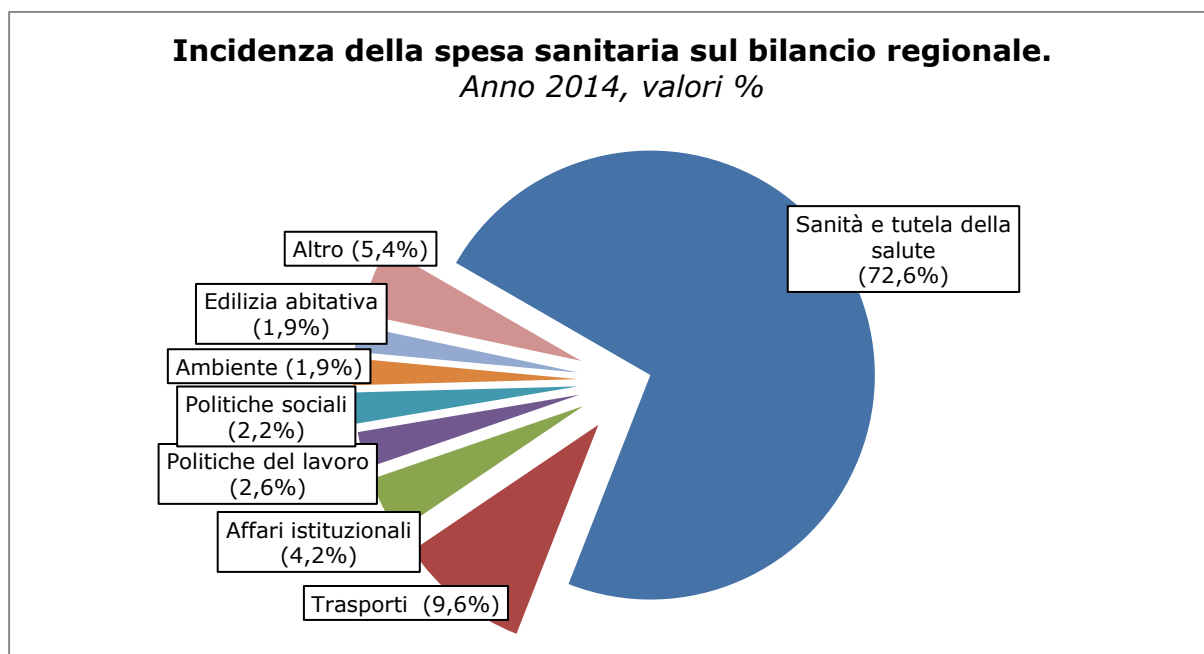
	Deficit cumulati 2001-2013	Contributo al deficit sanitario nazionale (2011-2013)	Deficit medio annuo (2011-2013)	Deficit 2013	Contributo al deficit sanitario nazionale (2013)
Abruzzo	-1.183.165	2,8	-91.013	340	0,0
Calabria	-1.552.178	3,7	-119.398	-30.616	1,9
Campania	-8.858.899	21,0	-681.454	11.760	-0,7
Lazio	-15.404.346	36,5	-1.184.950	-609.890	37,3
Molise	-748.919	1,8	-57.609	-51.298	3,1
Piemonte	-993.325	2,4	-76.410	-41.866	2,6
Puglia	-2.043.665	4,8	-157.205	-49.574	3,0
Sicilia	-4.336.830	10,3	-333.602	24.974	-1,5
Totale Regioni in PdR	-35.121.326	83,2	-2.701.640	-746.170	45,6
Italia	-42.211.173	100,0	-3.247.013	-1.636.296	100,0

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF, Corte dei Conti e Sole24Ore Sanità

2.3 Il bilancio sanitario della Regione Lazio

L'analisi della situazione debitoria del Lazio non offre informazioni esaustive sull'effettiva "dimensione" del bilancio sanitario regionale. Al fine di cogliere l'effettivo "peso" del disavanzo sanitario sulle finanze pubbliche regionali, occorre infatti leggere le informazioni sulla situazione debitoria congiuntamente ai principali aggregati di bilancio relativi alla sanità e alla tutela della salute.

Se, infatti, una significativa quota del debito regionale è determinata dalle passività in materia sanitaria, anche sul fronte della spesa le risorse destinate alla sanità – oltre 12 miliardi di euro secondo i dati di previsione del 2014 – costituiscono una quota consistente del totale delle spese iscritte in bilancio, pari al 72,6% se si considera il totale della spesa per missioni (complessivamente 16,7 milioni) e al 41,1% includendo anche le spese di accantonamento e le componenti "finanziarie" del bilancio regionale (servizi in conto terzi, anticipazioni finanziarie e debito pubblico relativo all'esercizio in corso).



Fonte: Bilancio di Previsione 2014, Regione Lazio

Tabella 6 – Il BILANCIO REGIONALE: principali voci di spesa.
Anno 2014, valori assoluti (in milioni di euro) e %.

	Valori assoluti	Valori %	Valori % (esclusi costi finanziari)**
Capitoli di spesa per missioni	16.699,0	56,6	100,0
Sanità e tutela della salute	12.125,2	41,1	72,6
Trasporti e diritto alla mobilità	1.601,9	5,4	9,6
Affari istituzionali	698,2	2,4	4,2
Politiche del lavoro	438,7	1,5	2,6
Politiche sociali e della famiglia	371,7	1,3	2,2
Ambiente e sviluppo sostenibile	318,6	1,1	1,9
Territorio e edilizia abitativa	312,3	1,1	1,9
Altro	832,4	2,8	5,0
Accantonamenti e costi finanziari	12.815,0	43,4	-
Fondi e accantonamenti	1.222,9	4,1	-
Debito pubblico	535,4	1,8	-
Anticipazioni finanziarie	2.190,4	7,4	-
Servizi per conto terzi	8.866,3	30,0	-
Totale*	29.514,0	100,0	-

Fonte: Bilancio di Previsione 2014, Regione Lazio * al netto dei disavanzi di amministrazione relativi all'esercizio precedente **Sono escluse le voci relative al debito pubblico, fondi e accantonamenti, anticipazioni finanziarie e servizi per conto terzi.

In dettaglio, la spesa sanitaria regionale è costituita soprattutto da finanziamenti correnti, che è difficile comprimere perché si tratta di risorse destinate alla copertura dei c.d. Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero tutte le attività, i servizi e le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale riconosce come fondamentali e che eroga a tutti i cittadini gratuitamente o dietro

pagamento di un ticket. Al contrario, una quota molto ridotta delle risorse è destinata alle spese in conto capitale, che finanziano gli investimenti in sanità (ad esempio, la riqualificazione della rete ospedaliera regionale).

Sebbene non sia disponibile una serie storica dei bilanci regionali articolata per spese correnti e spese in conto capitale, i dati relativi agli esercizi 2013 e 2014 evidenziano come, a fronte di una sostanziale stabilità delle spese correnti (da 11,7 miliardi nel 2013 a 11,8 nel 2014), le spese in conto capitale siano state oggetto dei tagli più consistenti (da 607 a 112 milioni).

Tabella 7 – Il BILANCIO SANITARIO REGIONALE: spese correnti e in conto capitale. Anni 2013-2014, valori assoluti in milioni di euro.

	2013	2014	Var. %
Spese correnti	11.718,0	11.822,5	0,9
Spese in conto capitale	607,6	112,2	-81,5
Altro (rimborso prestiti)	270,9	190,6	-29,6
Totale	12.596,5	12.125,2	-3,7

Fonte: Bilanci regionali

La serie storica dei bilanci sanitari regionali, disponibile solo per voci aggregate, consente di verificare come, a fronte di ingenti investimenti per il ripiano dei disavanzi in sanità, gli stanziamenti destinati alla tutela della salute e alla garanzia dei servizi sanitari e assistenziali, dopo una fase di crescita durata fino al 2011, hanno subito un'inversione di tendenza.

La copertura dei disavanzi sanitari è stata ottenuta mediante stanziamenti disposti da Leggi di Bilancio e Finanziarie, che hanno vi destinato ingenti risorse regionali e statali. I fondi di copertura sono stati particolarmente ingenti tra il 2008 e il 2009, anni in cui la Regione Lazio, insieme a Abruzzo e Campania, utilizzò il Fondo per le Aree Sottoutilizzate (FAS), originariamente sorto per lo sviluppo delle infrastrutture, per la copertura dei disavanzi sanitari. Questa pratica è stata successivamente bloccata dal Governo centrale.

Tabella 8 – Il BILANCIO SANITARIO REGIONALE: gli impegni di spesa. Anni 2002-2014, valori assoluti in milioni di euro.

	Tutela della salute e strutture sanitarie	Copertura disavanzi sanità*	Totale
2014	10.477,0	1.648,2	12.125,2
2013	10.659,9	1.936,6	12.596,5
2012	10.564,9	1.332,8	11.897,7
2011	13.253,3	4.280,7	17.534,0
2010	11.584,3	2.005,9	11.584,3
2009	11.567,5	4.607,4	11.576,5
2008	9.853,0	9.514,3	19.367,3
2007	8.578,4	1.636,9	8.578,4
2006	8.208,3	630,8	8.659,1

Fonte: Bilanci regionali * comprende interessi passivi, servizi finanziari e, soprattutto, trasferimenti alle strutture locali per il ripiano dei debiti

3. La sanità nel Lazio: più costi e meno servizi

I risultati precedentemente illustrati hanno evidenziato come le politiche di rientro dal debito abbiano comportato, in termini finanziari, una razionalizzazione dei costi ed una riduzione degli stanziamenti di risorse.

A fronte di tale riduzione, si è assistito ad un progressivo aumento della spesa a carico dei cittadini (condotta sia direttamente, attraverso l'aumento delle compartecipazioni alla spesa, sia indirettamente, attraverso un incremento del prelievo fiscale), accompagnata tuttavia dalla riduzione dei servizi offerti.

Il presente capitolo analizza quindi i "costi reali" delle politiche di ripiano del debito nelle diverse prospettive che questo ha comportato.

3.1 I costi del risanamento sanitario sostenuti dai cittadini

È possibile stimare in 2,1 miliardi di euro il contributo complessivo al risanamento sanitario che ogni anno grava sulle tasche dei cittadini e delle imprese laziali. In particolare, gli extra costi a carico dei cittadini sono pari complessivamente a 1,2 miliardi di euro annui, mentre le imprese regionali pagano 924 milioni di euro.

Con riferimento ai cittadini, la stima è stata determinata considerando le principali voci di costo che hanno subito un aumento dopo l'introduzione del Piano di Rientro e l'avvio delle politiche di razionalizzazione, ed in primo luogo l'aumento dell'imposizione regionale, incentivato dalla normativa di approvazione dei Piani di Rientro (che prevedeva, in caso di mancato rispetto degli obiettivi prefissati, l'automatica applicazione delle aliquote massime per l'addizionale regionale Irpef). La Regione Lazio - che nonostante i risultati raggiunti in termini di riduzione del deficit e contrazione del debito ancora risulta lontana dal pareggio di bilancio - ha pertanto incrementato l'addizionale Irpef all'1,73% , a fronte di un valore medio nazionale pari all'1,23%. La stima degli aumenti fiscali, pertanto, è stata determinata considerando il differenziale tra le aliquote medie delle Regioni italiane non assoggettate ai Piani di Rientro e quella stabilita dalla Regione Lazio, e calcolando il relativo onere fiscale dovuto.

I risultati ottenuti evidenziano come gli aumenti Irpef abbiano gravato complessivamente per 1,2 miliardi di euro sulle tasche dei contribuenti; in media, dunque, il finanziamento dei disavanzi è stato pagato dalle famiglie laziali con un aumento dell'imposizione Irpef pari a 145 euro annui (69 euro in valori pro capite).

Il secondo aspetto considerato ha interessato il fronte della spesa farmaceutica (oggetto di approfondimento nel successivo capitolo), visto che le politiche di ripiano del debito hanno anche determinato un incremento della

compartecipazione privata alla spesa sanitaria. Con riferimento al settore farmaceutico, pertanto, tra il 2006 e il 2013 si è verificata una forte crescita della spesa per i ticket sanitari sui farmaci di fascia A (ovvero quelli essenziali che dovrebbero essere erogati gratuitamente dal SSN) e, inoltre, è stata introdotta la possibilità di incrementare i prezzi dei farmaci di fascia C (ovvero quelli non essenziali il cui costo è interamente a carico dei cittadini).

La stima realizzata ha pertanto tenuto in considerazione la spesa per i farmaci di fascia C e la quota privata per i farmaci di fascia A costituita, oltre che dai ticket, dal differenziale di spesa – a carico dei cittadini – tra i farmaci prescritti in ricetta e i cd “farmaci equivalenti” a brevetto scaduto, disponibili a un costo inferiore. I risultati ottenuti evidenziano che il risanamento sanitario regionale ha determinato (tra il 2006 e il 2013) un incremento complessivo della spesa farmaceutica a carico dei cittadini per 587 milioni di euro; in altri termini, l’aumento della compartecipazione “privata” alla spesa farmaceutica ha comportato per ogni famiglia del Lazio una spesa media annua “aggiuntiva” di 222 euro (che equivale a 105 euro in valori pro capite).

L’incremento delle compartecipazioni private, tuttavia, ha interessato anche il settore delle prestazioni sanitarie, in termini di incremento della spesa per i ticket: come verrà argomentato in seguito, infatti, tra il 2005 e il 2013, a fronte di una riduzione del numero complessivo di prestazioni sanitarie, si evidenzia una contestuale crescita della spesa per i ticket.

Sempre con riferimento alle prestazioni, inoltre, i tagli alle risorse e la conseguente riduzione dei servizi ha determinato una riduzione dell’offerta sanitaria che ha costretto i cittadini a rivolgersi al mercato privato. Questa considerazione trova riscontro in un’indagine campionaria realizzata dall’Eures nel 2011 tra 2.000 intervistati, dalla quale emergeva come il 47,1% dei cittadini che usufruiscono di prestazioni sanitarie private lo facciano a causa degli eccessivi tempi di attesa per le prestazioni ordinarie e dunque per una sostanziale carenza di offerta; tale percentuale saliva inoltre al 58,5% tra quanti avevano usufruito di una prestazione in regime di intramoenia; pertanto, all’interno degli “extra costi” legati alle politiche di risanamento è stata inserita una quota delle prestazioni erogate privatamente e in regime di intramoenia.

Le stime sono state realizzate considerando uno scenario piuttosto “prudente” e ipotizzando che il 33% delle prestazioni sanitarie private (a fronte del 47,1% dichiarato dagli intervistati) siano state determinate dai lunghi tempi di attesa e, dunque, da una ridotta offerta pubblica, percentuale che sale al 50% (a fronte del 58,5% dichiarato) per le prestazioni in intramoenia.

Ciò premesso, è stato stimato che la spesa per le prestazioni sanitarie a carico dei cittadini imputabile alle politiche di risanamento regionale ammonta complessivamente a 240 milioni di euro annui. Per ciascuna famiglia laziale si tratta di un extra costo annuo di 91 euro, di cui 51 per l’incremento dei ticket sulle prestazioni, 9 per l’intramoenia e 31 euro per le prestazioni private.

Stima dei costi del risanamento sanitario a carico delle famiglie e delle imprese del Lazio (valori annui)

Ammontare complessivo dei costi del risanamento:

2,1 miliardi di €

di cui **1,2 mld a carico delle famiglie e 925 mln a carico delle imprese**



Fonte: Stime Eures Ricerche Economiche e Sociali su fonti diverse.

Tabella 1 – I “costi” del risanamento sanitario a carico dei cittadini: stima della spesa media annua individuale e familiare. *Valori in euro.*

	Spesa media annua individuale	Spesa media annua familiare
Aumento dell'addizionale regionale IRPEF	69	145
Spesa per farmaci (fascia A + C)	105	222
Spesa per prestazioni	43	91
-di cui pubbliche (ticket)	24	51
-di cui in regime di intramoenia (50%)	4	9
-di cui private (33%)	15	31
Totale	217 €	458 €

Fonte: Stime Eures Ricerche Economiche e Sociali su fonti diverse.

Come anticipato in apertura del paragrafo, i tagli alla spesa regionale e l'esigenza di contenere i costi hanno determinato un aumento dell'imposizione fiscale anche per le imprese. Dopo l'introduzione del Piano di Rientro, infatti, è stata rimodulata l'aliquota IRAP, che attualmente nel Lazio ha raggiunto il livello massimo consentito dalla legge (all'aliquota ordinaria del 3,90% è stata infatti aggiunta la maggiorazione massima dello 0,92%, pertanto l'IRAP è calcolata considerando un'aliquota complessiva pari al 4,82%).

Analogamente a quanto fatto per le addizionali Irpef a carico dei cittadini, la stima dell'aumento del gettito IRAP è stata pertanto determinata considerando il differenziale tra l'aliquota media delle Regioni italiane non assoggettate ai Piani di Rientro (pari al 3,90%) e quella stabilita dalla Regione Lazio (4,82%), e calcolando il relativo onere fiscale dovuto.

Nel 2013 il gettito complessivo dell'IRAP è stato pari a circa 4,8 miliardi di euro nel Lazio: ciò significa che ciascuna delle circa 500 mila imprese della Regione assoggettate alla contribuzione IRAP ha pagato mediamente un'imposta di 11.165 euro annui. Al contrario, se l'aliquota regionale fosse stata pari al 3,90% l'importo dovuto sarebbe stato di 9.265 euro annui (e il gettito complessivo pari a 3,9 miliardi di euro). Da ciò si deduce dunque che nel Lazio ogni impresa paga annualmente un extra costo di 2.185 euro rispetto alle aziende con sede legale nelle Regioni non in Piano di Rientro (per un valore complessivo di 924 milioni di euro). Ciò comporta un consistente aggravio di costi per le strutture produttive del territorio, che frena l'iniziativa imprenditoriale e la capacità di crescita. In più, se si considera che il tessuto produttivo regionale è costituito da piccole e piccolissime imprese, l'incremento del gettito IRAP ha un effetto particolarmente incisivo anche sull'economia familiare: su base familiare, infatti, "l'extra gettito" IRAP ammonta a 350 euro annui che, sommati ai 458 euro di costi per le maggiorazioni di Irpef, farmaci e prestazioni comportano un onere complessivo di 808 euro annui.

Tabella 2 – I "costi" del risanamento sanitario a carico delle imprese: stima dell'incremento del gettito IRAP (complessivo e per singola impresa). *Valori annui in euro.*

	Differenziale complessivo del gettito annuo	Maggiorazione annua dovuta da ogni impresa
IRAP	924 mln di €	2.186 €

Fonte: Stime Eures Ricerche Economiche e Sociali su fonti diverse.

3.2 La riduzione dell'offerta sanitaria regionale dopo l'introduzione del Piano di Rientro

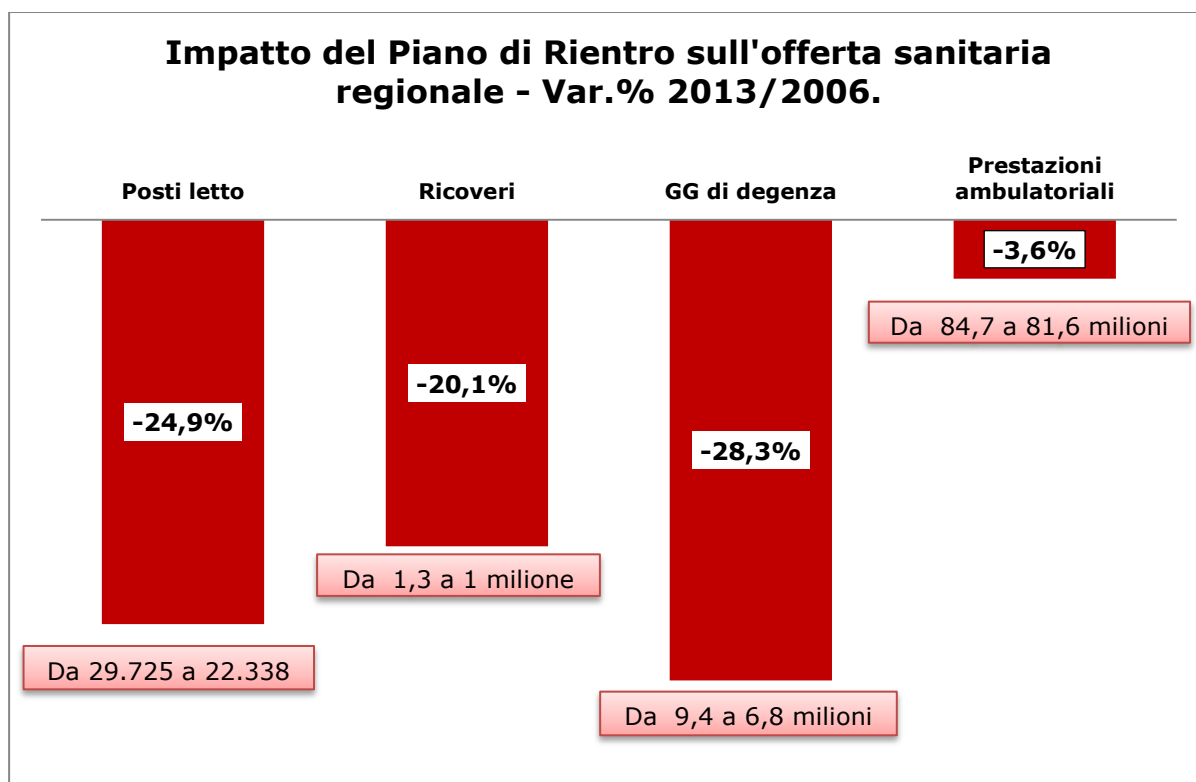
Per una più completa lettura dei costi del risanamento sanitario a carico dei cittadini, occorre affiancare all'analisi dei costi economici quella dei suoi effetti sull'offerta dei servizi, oggetto del presente paragrafo.

I tagli alla spesa, se non accompagnati da interventi di efficientamento e razionalizzazione, determinano inevitabilmente una riduzione dei servizi. L'esperienza dimostra tuttavia che con opportuni interventi di riorganizzazione e una gestione efficiente della spesa è possibile risanare i bilanci sanitari mantenendo nel contempo un livello adeguato di offerta sanitaria: è il caso, ad esempio, dell'Emilia Romagna, dove convivono un sistema sanitario efficiente e bilanci sanitari in attivo, garantendo, secondo la classifica stilata dall'*European Observatory on Health Systems and Policies*, l'offerta qualitativamente migliore d'Italia per i LEA, e collocandosi al terzo posto in Europa.

Passando all'analisi del contesto regionale, i dati relativi al Lazio evidenziano come la riduzione delle risorse abbia determinato una forte contrazione

dell'offerta sanitaria, che ha comportato un crescente ricorso alla sanità privata, soltanto recentemente frenato dalla contrazione dei consumi indotta dalla crisi.

Osservando ancora una volta i dati (analizzati in dettaglio nelle pagine successive), si evidenzia infatti in primo luogo una significativa riduzione di tutti gli indicatori relativa all'offerta sanitaria ospedaliera: tra il 2006 e il 2013 i posti letto si riducono infatti del 24,9% (passando da 29.725 a 22.338), mentre i ricoveri e le giornate complessive di degenza diminuiscono rispettivamente del 20,1% e del 28,3%; sul fronte delle prestazioni ambulatoriali si evidenzia al contrario una riduzione più contenuta (anche se il dato presenta un andamento molto altalenante nel periodo considerato), pari al 3,6%.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su fonti diverse.

3.2.1 L'assistenza ospedaliera: posti letto e ricoveri

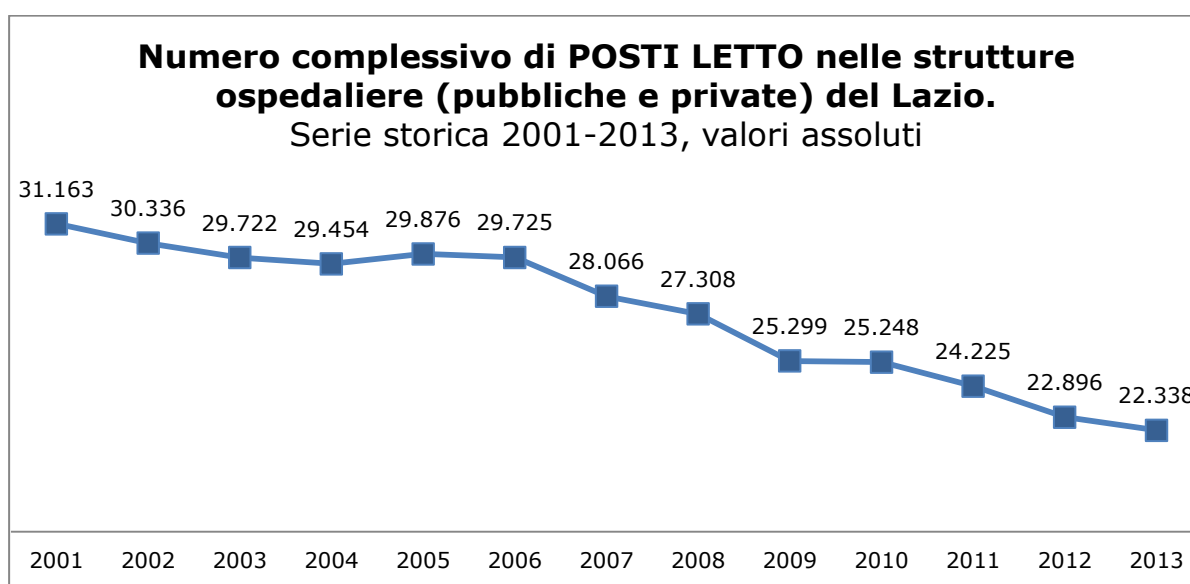
I provvedimenti di razionalizzazione della spesa previsti dalla *Spending Review* hanno imposto una significativa riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e una riduzione della dotazione di posti letto. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, meno onerosa per il SSN. La politica del ridimensionamento dei posti letto, tuttavia, doveva essere accompagnata da una parallela crescita dei servizi territoriali che però stenta tuttora a realizzarsi in molte Regioni italiane: la riduzione dei posti letto in corsia

ha invece spesso generato il sovraffollamento dei Pronto Soccorso ospedalieri ed un peggioramento della qualità del servizio erogato.

Con riferimento ai posti letto, lo schema di regolamento sulla "Definizione degli standards qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha imposto l'obbligo di adeguare il numero complessivo di posti letto a determinati standard quantitativi calcolati in base a criteri oggettivi quali la popolazione residente, l'indice di vecchiaia e il saldo della mobilità interregionale.

Al fine di garantire il rispetto delle disposizioni normative, la Regione Lazio negli ultimi anni ha realizzato significativi interventi di razionalizzazione del numero dei posti letto, che hanno coinvolto le strutture sanitarie pubbliche e private che operano nel territorio regionale: tra il 2001 e il 2013 sono stati tagliati il 28,3% dei posti letto ospedalieri pubblici e privati (pari a -8.825 in valori assoluti); le variazioni più consistenti, tuttavia, hanno interessato il periodo compreso tra il 2006 e il 2013 – ovvero quello immediatamente successivo all'introduzione del Piano di Rientro – durante il quale si rileva una riduzione del 24,9% (-7.387 posti letto in valori assoluti), scendendo il numero complessivo dei posti letto da 29.725 del a 22.338.

Utilizzando i dati relativi al costo medio annuo di un posto letto – che considera le spese di produzione, i costi del personale sanitario e le spese di pulizia – recentemente diffusi dal Ministero della Salute, è stato infine possibile stimare il risparmio derivante dagli interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera: secondo il Ministero la spesa media annua per un posto letto ammonterebbe in media a 233.415 euro, anche se in alcune strutture la cifra risulta considerevolmente più alta (nel Policlinico Umberto I di Roma è pari a 513 mila euro). Nel 2013, pertanto, si registra un risparmio di 2 miliardi di euro rispetto al 2001 e di 1,7 miliardi se si considera solo il periodo successivo all'introduzione del Piano di Rientro.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat e Ministero della Salute.

L'analisi della composizione percentuale tra le strutture pubbliche e private evidenzia come circa 6 posti letto su 10 siano di dotazione pubblica (13.497 in valori assoluti), mentre il 16,2% (3.613 posti letto) appartenga alle strutture private e il 23,4% (5.228 posti letto) a quelle private accreditate con il SSN. Tra il 2010 e il 2013 la composizione percentuale si è mantenuta sostanzialmente invariata, il che evidenzia come la contrazione dei posti letto abbia interessato in misura pressoché analoga sia le strutture pubbliche sia quelle private.

Tabella 3 – POSTI LETTO pubblici e privati nel Lazio
Anni 2010-2013, valori assoluti e composizione %.

	2010		2011		2012		2013	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Strutture pubbliche	15.013	59,5	14.509	59,9	13.723	59,9	13.497	60,4
Strutture private	3.944	15,6	3.879	16,0	3.818	16,7	3.613	16,2
Strutture private accreditate	6.291	24,9	5.837	24,1	5.355	23,4	5.228	23,4
Totale	25.248	100,0	24.225	100,0	22.896	100,0	22.338	100,0

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute e Istat

Anche il rapporto tra posti letto e popolazione, che consente di misurare l'offerta regionale in ragione degli "utenti potenziali", conferma la dinamica negativa determinata dalla consistente riduzione dei posti letto, amplificata dall'incremento demografico.

Tra il 2001 e il 2013 nel Lazio l'offerta di posti letto per 1.000 abitanti passa infatti da 6,2 a 4, interessando ancora una volta le variazioni più consistenti il periodo compreso tra il 2006 e il 2013, durante il quale il numero medio di posti letto per abitante scende da 5,9 a 4.

In base a quanto disposto dal decreto sulla spending review (135/2012), si prevede peraltro un'ulteriore riduzione dell'offerta, considerando che la normativa indica quale "rapporto ottimale" 3,7 posti letto per 1.000 abitanti (di cui 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza e 3 per gli acuti). Le Regioni con un numero di posti letto superiore a quello previsto dai nuovi standard dovranno quindi provvedere ad una riorganizzazione: il Lazio dovrà pertanto ridurre il rapporto di 0,3 punti percentuali, pari, in valori assoluti, ad un ulteriore taglio di circa 700 posti letto.

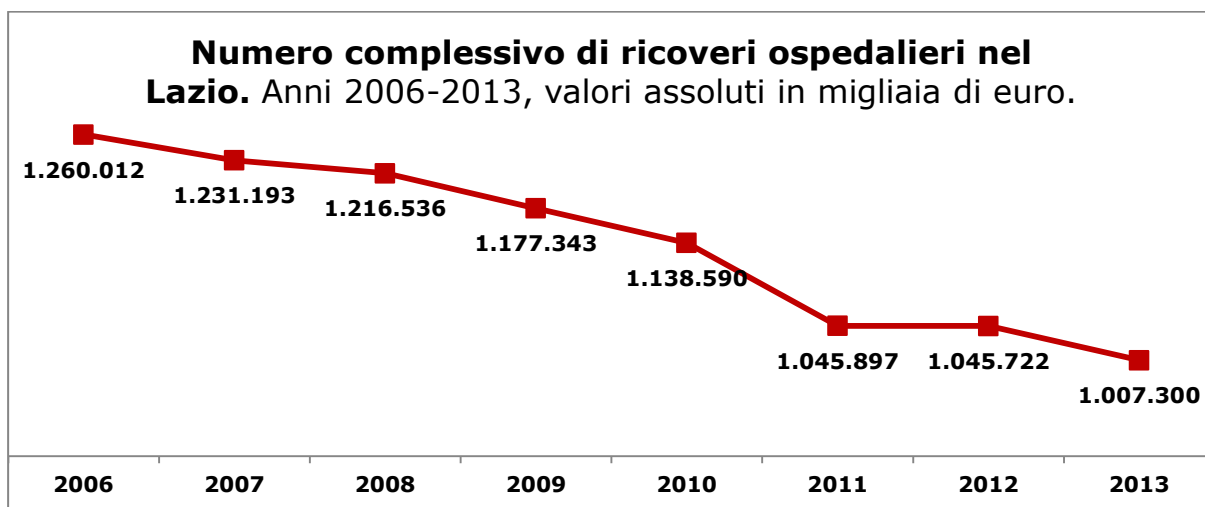
In ottemperanza al decreto sulla spending review e per garantire il rispetto degli standard stabiliti, il Governatore Zingaretti ha recentemente firmato il decreto sulla programmazione della rete ospedaliera per il 2014-2015 che, tra le altre cose, prevede la riduzione della dotazione di posti letto a 21.611 unità (rispetto ai 22.338 censiti nel 2013); inoltre, si provvederà ad una redistribuzione provinciale che terrà conto delle specificità socio-demografiche del territorio (indice di invecchiamento della popolazione e mobilità inter e intraregionale).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

I dati e gli indicatori relativi al numero di posti letto, che hanno consentito di evidenziare una significativa riduzione della capacità di offerta ospedaliera, non offrono tuttavia informazioni esaustive sull'effettivo utilizzo dell'offerta stessa. Per disporre di un quadro più preciso risulta quindi utile realizzare un confronto tra l'offerta potenziale e quella effettiva, affiancando alla lettura dei dati relativi al numero dei posti letto, quella relativa alle degenze ospedaliere: come anticipato in apertura del capitolo, anche il numero dei ricoveri ospedalieri è infatti interessato da un trend negativo, quantificabile in una riduzione del 20,1% tra il 2006 e il 2013 (da 1 milione 260 mila a 1 milione circa).

Per chiarezza metodologica, è necessario specificare che il numero dei ricoveri di seguito riportato in tabelle e utilizzato per la costruzione degli indicatori dell'offerta ospedaliera si riferisce all'ammontare complessivo di schede di dimissione compilate da ciascun ospedale - e censite dal Ministero della Salute - e non al numero di pazienti ricoverati, a ciascuno dei quali potrebbero anche corrispondere più schede di dimissione (nel caso di più ricoveri).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Le schede di dimissione ospedaliera forniscono anche informazioni utili sulle giornate di degenza di ciascun paziente che, se analizzate contestualmente ai ricoveri e ai posti letto, consentono di costruire gli indicatori sintetici dell'attività ed efficienza ospedaliera, tradizionalmente utilizzati nelle statistiche sanitarie per ottenere un'analisi più precisa dell'offerta del territorio.

Al pari dei ricoveri, anche le giornate di degenza complessive, calcolate sommando la durata di degenza (in giorni) dichiarata in ciascuna scheda di dimissione, registrano una significativa contrazione nel periodo compreso tra il 2006 e il 2013 (-28,3%, pari a -2,7 milioni di ore complessive).

Considerato che il rapporto tra le giornate di degenza e i ricoveri ospedalieri consente di calcolare la "degenza media", ovvero la durata media di un ricovero, si evidenzia una costante contrazione anche per questo indicatore, passato da 7,5 giorni nel 2006 a 6,7 nel 2013. Questo indice, che sembra evidenziare un aumento dell'efficienza nella produzione dei servizi ospedalieri, deve tuttavia essere interpretato con molta cautela, perché una riduzione della degenza media in un contesto di variazione delle caratteristiche dell'offerta sanitaria non risulta immediatamente correlata ad un miglioramento complessivo del servizio.

La riduzione della degenza media sembra piuttosto imputabile allo sviluppo del *day hospital* a scapito del ricovero ordinario e quindi a cambiamenti organizzativi della rete ospedaliera, non necessariamente traducibile in una maggiore qualità ed efficacia dei servizi.

Il tasso di occupazione dei posti letto, ottenuto dal rapporto percentuale tra i giorni di degenza utilizzati e il totale di quelli disponibili, fornisce un'indicazione del livello di utilizzo dei posti letto. Ovviamente, un valore prossimo al 100% è indice di un'eccellente capacità di utilizzo delle risorse disponibili; viceversa, il complemento a 100 rappresenta l'indice di recettività residua e indica l'offerta di assistenza non fruita dai cittadini.

Ciò premesso, tra il 2006 e il 2013 si evidenzia una contrazione delle giornate di degenza superiore alla riduzione dei posti letto (-28,3% a fronte del -24,9%) e quindi una riduzione della degenza utilizzata, superiore alla contrazione di quella disponibile, da cui deriva una significativa riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, passata dall'87% del 2006 all'83% del 2013.

Anche l'indice di rotazione – ottenuto dal rapporto tra il numero di ricoveri e la dotazione complessiva di posti letto – rappresenta un indicatore del grado di utilizzo dell'offerta sanitaria e indica il numero di pazienti che si sono alternati mediamente in ciascun posto letto: tra il 2006 e il 2013 tale indicatore registra una dinamica di crescita (passando a 42,4 a 45,1 pazienti medi per posto letto), determinata da una contrazione dell'offerta effettiva (rappresentata dal numero di ricoveri) inferiore a quella potenziale (ovvero della dotazione complessiva di posti letto).

Tabella 4a – L'attività ospedaliera nel Lazio

Anni 2006-2013. Posti letto, ricoveri, giorni di degenza totale e di degenza media, tasso di occupazione e indice di rotazione dei posti letto.

	N. posti letto	N. ricoveri	Giorni di degenza complessivi	Degenza media	Tasso di occupazione dei posti letto*	Indice di rotazione dei posti letto**
2013	22.338	1.007.300	6.768.580	6,7	83,0	45,1
2012	22.896	1.045.722	7.130.451	6,8	85,3	45,7
2011	24.225	1.045.897	7.258.929	6,9	82,1	43,2
2010	25.248	1.138.590	8.044.052	7,1	87,3	45,1
2009	25.299	1.177.343	8.348.459	7,1	90,4	46,5
2008	27.308	1.216.536	8.747.303	7,2	87,8	44,5
2007	28.066	1.231.193	8.912.042	7,2	87,0	43,9
2006	29.725	1.260.012	9.441.468	7,5	87,0	42,4

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute *Tasso di occupazione: (gg di degenza/(posti letto*365)*100; **Indice di rotazione: ricoveri/posti letto

Tabella 4b – L'attività ospedaliera nel Lazio

Posti letto, ricoveri e giorni di degenza: variazioni assolute e %.

	2013-2012		2013-2006	
	Var. ass.	Var. %	Var. ass.	Var. %
Posti letto	-558	-2,4	-7.387	-24,9
Ricoveri	-38.422	-3,7	-252.712	-20,1
Giorni di degenza	-361.871	-5,1	-2.672.888	-28,3

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

Un importante indicatore dell'assistenza ospedaliera, infine, è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione, ossia il numero di ricoveri ogni 1.000 abitanti. Considerando che la tendenza all'invecchiamento della popolazione determina anche un aumento dell'esigenza di cure, l'allungamento della vita media registrato dalle statistiche demografiche nel tempo dovrebbe aver determinato un progressivo incremento del livello di ospedalizzazione del territorio; tuttavia, i dati mostrano l'esatto contrario: la serie storica 2006-2013 evidenzia infatti una costante riduzione del tasso, che passa da 246,7 a 188,2 ricoveri ogni 1.000 abitanti.

La riduzione del livello di ospedalizzazione, infatti, è stata determinata dalla riduzione dei ricoveri e amplificata dall'incremento della popolazione.

Inoltre, al pari di quanto osservato per i posti letto, le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera previste dalla *Spending Review* hanno disposto degli standard quantitativi anche per il livello di ospedalizzazione complessivo (che comprende ricoveri ordinari e *day hospital*), che non dovrà eccedere i 160 ricoveri per 1.000 abitanti. Il Lazio, pertanto, con i suoi 188,2 ricoveri risulta ancora lontana dal raggiungimento del target.



* Ricoveri/popolazione residente *1000.

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su fonti diverse

3.3.2. Le prestazioni ambulatoriali

Per "prestazioni ambulatoriali" si intendono i servizi (diagnostica, visite specialistiche, ecc.) erogati ai cittadini all'interno delle strutture pubbliche (ospedali, ASL, strutture territoriali) ma non in regime di ricovero.

I dati raccolti evidenziano come le strutture sanitarie del Lazio eroghino annualmente 81,6 milioni di prestazioni ambulatoriali, di cui 61,1 milioni sono rivolte alla popolazione residente nelle rispettive ASL di competenza, mentre 18,7 milioni di prestazioni sono elargite a cittadini residenti nel territorio regionale ma afferenti ad un'altra Azienda Sanitaria. Infine, 1,9 milioni rappresentano la mobilità attiva regionale, essendo prestazioni erogate a cittadini non residenti nella Regione.

In termini dinamici, tra il 2006 e il 2013 non si evidenzia una variazione significativa del volume di prestazioni: come anticipato in apertura del capitolo, le prestazioni ambulatoriali si riducono del 3,6%, passando da 84,7 milioni nel 2006 a 81,6 nel 2013. Tuttavia, è interessante notare come la maggiore contrazione si verifichi tra il 2011 e il 2012, quando il volume complessivo di prestazioni si riduce di quasi 6 milioni: il motivo di ciò è imputabile all'introduzione del "superticket", un'ulteriore compartecipazione di 10 euro che si aggiunge al ticket ordinario. L'aumento dei ticket ha quindi determinato un incremento del costo privato delle prestazioni che ha ridotto i "consumi", riportando il numero complessivo di prestazioni al livello del 2008.

Prima di passare all'analisi dei ticket sanitari, i dati relativi al numero di prestazioni ambulatoriali necessitano di qualche chiarimento metodologico: la serie storica 2006-2013 è stata ricostruita utilizzando il database messo a disposizione dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio; come anticipato in apertura del presente lavoro, gli ultimi aggiornamenti disponibili sono relativi a Settembre 2013, pertanto le ultime 3 mensilità sono state stimate considerando i dati cumulati dei 9 mesi precedenti e i valori storici delle annualità pregresse. Il tema dell'accesso ai dati è stato ampiamente trattato nel Capitolo 1, pertanto per ulteriori approfondimenti relativi al "caso" dell'ASP Lazio e alla scarsa accessibilità ai dati a seguito della liquidazione dell'ente si rimanda al capitolo 1.

In secondo luogo, quando si parla di prestazioni sanitarie si fa riferimento ad ogni singola prestazione elencata nel tariffario regionale, quindi se un'analisi diagnostica è articolata in molteplici tipologie di accertamenti (è il caso, ad esempio, delle analisi del sangue), viene presa in considerazione la somma di tutte le prestazioni elementari realizzate, ovvero del numero delle "singole prestazioni" in essa contenute.

Tabella 5 – Volume delle prestazioni sanitarie ambulatoriali* nel Lazio per residenza dell'assistito. Anni 2005-2013, valori assoluti.

	ASL di competenza	Mobilità intraregionale	Mobilità extraregionale	Totale
2013**	61.107.587	18.657.210	1.860.184	81.626.981
2012	61.268.372	18.692.873	1.821.682	81.787.927
2011	65.701.698	20.038.452	2.028.100	87.768.250
2010	57.092.034	26.091.055	1.792.373	84.975.462
2009	57.494.168	25.094.855	1.689.662	84.278.685
2008	55.650.985	24.285.416	1.529.477	81.465.878
2007	53.719.337	23.673.027	1.462.635	78.854.999
2006	61.411.553	21.843.904	1.446.559	84.702.016

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati ASP Lazio. * I dati comprendono anche le Aziende Ospedaliere, inserite nelle rispettive ASL di ubicazione territoriale. **I dati relativi agli ultimi 3 mesi del 2013 sono stati stimati considerando i dati cumulati delle mensilità precedenti e i valori storici.

Focus: i ticket sulle prestazioni

Come evidenziato in maniera approfondita in apertura del presente capitolo, le esigenze di risparmio e razionalizzazione della spesa sanitaria hanno determinato un incremento della compartecipazione privata a carico dei cittadini, che, nell'ambito dell'assistenza sanitaria ambulatoriale, si è tradotta in un aumento dei ticket sulle prestazioni.

Attualmente i cittadini del Lazio che usufruiscono di prestazioni specialistiche - e non hanno diritto a esenzioni parziali o totali - sono obbligati al pagamento di un ticket che varia a seconda della tariffa della prestazione (stabilita con apposito

tariffario regionale) e che può raggiungere l'importo massimo di 36,15 euro, cui, dal 2011, si aggiunge il già menzionato "superticket" di altri 10 euro. Infine, dal 2008, nell'ipotesi di accertamenti diagnostici che richiedano l'utilizzo di macchinari particolari, è previsto un ulteriore contributo regionale che per accertamenti molto onerosi come TAC e risonanza magnetica arriva anche a 15 euro. Questo vuol dire che il costo complessivo del ticket sanitario su una singola prestazione ambulatoriale nel Lazio può raggiungere complessivamente la cifra di 61,15 euro.

La serie storica relativa ai ticket sanitari per le prestazioni evidenzia quindi prevedibilmente una forte dinamica di crescita: tra il 2006 e il 2013 il totale dei ticket sanitari pagati dai cittadini del Lazio per le prestazioni ambulatoriali passa da 99 a 134,5 milioni, con un incremento complessivo del 35,9% (+22% considerando i valori deflazionati).

In particolare, si evidenzia una forte crescita della spesa subito dopo l'applicazione del Piano di Rientro: tra il 2006 e il 2007, infatti, l'ammontare complessivo della spesa per i ticket sulle prestazioni aumenta di 16,4 milioni di euro. Successivamente, si rileva un trend di crescita significativo tra il 2008 e il 2009 - determinato dall'introduzione del contributo fisso regionale sulla diagnostica e del ticket di 25 euro sui "codici bianchi" di pronto soccorso - e tra il 2010 e il 2011, a seguito dell'introduzione, dal 18 luglio 2011, del "superticket" di 10 euro sulle prestazioni.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Ministero della Salute

*i dati comprendono anche le Aziende Ospedaliere, inserite nelle rispettive ASL di ubicazione territoriale.

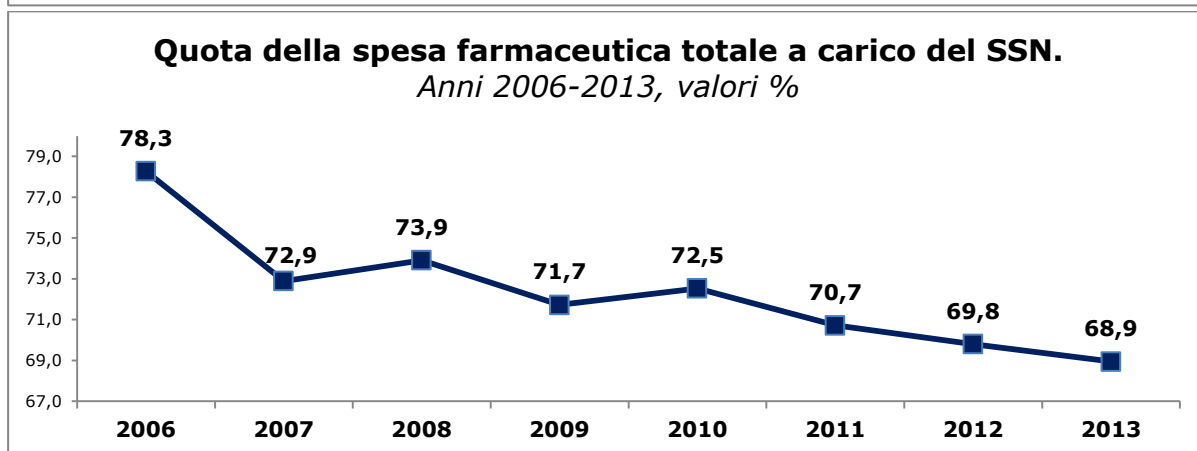
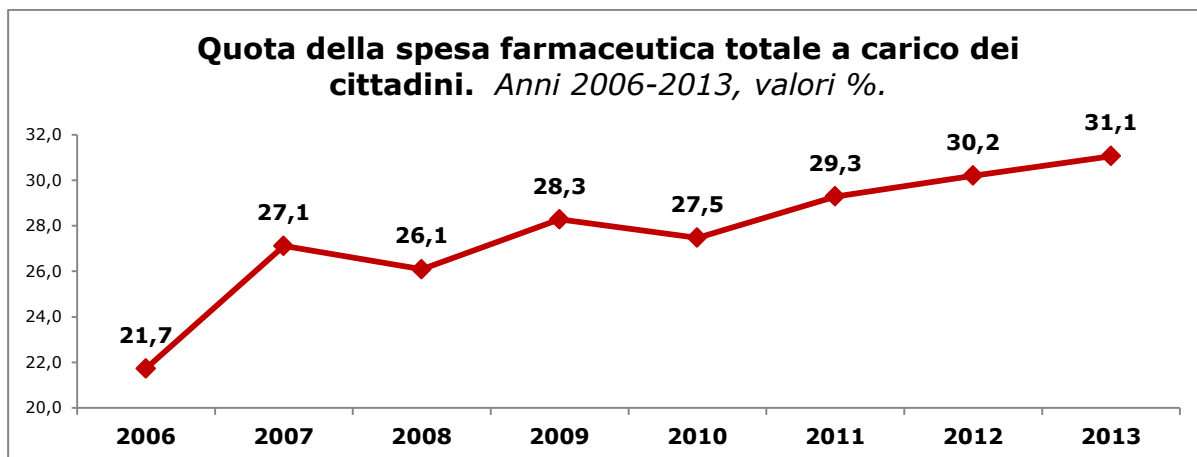
4. La spesa farmaceutica nel Lazio

L'assistenza farmaceutica pubblica - che in base ai dati del rapporto *Osservasalute 2013* in Italia raggiunge quasi i 20 miliardi di euro assorbendo circa il 10% del finanziamento complessivamente destinato al SSN - nel corso degli ultimi anni è stata interessata da numerosi interventi di natura economica e regolamentare (dall'introduzione dei ticket sulle ricette e sulle confezioni, approfonditi in chiusura del presente capitolo, alle misure per la tracciabilità del farmaco), introdotti con l'intento di contenere la spesa pubblica e ridurre l'abuso di farmaci.

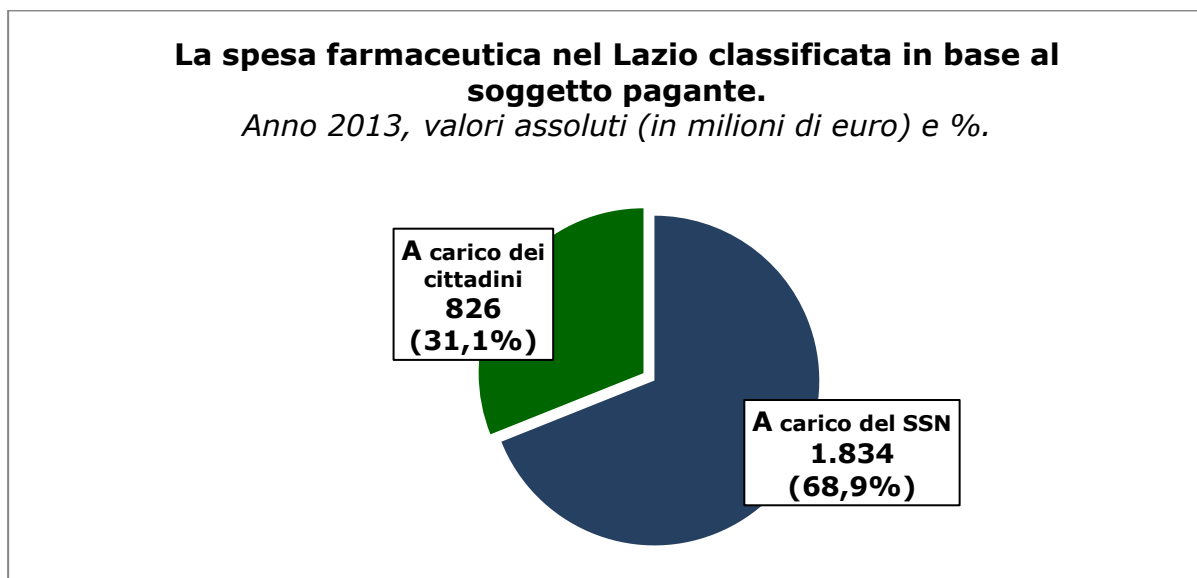
Anche la spesa farmaceutica è stata quindi fortemente interessata dal piano di risanamento del debito sanitario, imponendo, anche in questo ambito, un incremento della compartecipazione dei cittadini: in ambito farmaceutico le politiche di rientro sono state infatti condotte attraverso l'aumento dei ticket sulle confezioni e la compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto (che rappresenta il differenziale di prezzo tra il farmaco generico e quello originale, interamente a carico del cittadino), che hanno inciso in maniera significativa sulla spesa media familiare: in base alle stime illustrate all'inizio del capitolo 3, infatti, l'incremento annuo derivante dall'aumento della spesa farmaceutica ammonta a 222 euro per famiglia.

Queste considerazioni trovano ulteriore conferma nei dati diffusi dall'osservatorio AIFA sul consumo di farmaci in Italia, che evidenziano una forte crescita della spesa sanitaria privata, sia in termini assoluti che in percentuale sulla spesa totale: tra il 2006 e il 2013 la spesa farmaceutica regionale a carico dei cittadini subisce un incremento complessivo di 275 milioni (+50%), passando dal 21,7% al 31,1% del totale (da 551 a 826 milioni in valori assoluti). Sul fronte opposto si evidenzia una riduzione della spesa farmaceutica a carico del SSN che registra un rallentamento in termini assoluti (-151 milioni di euro in valori correnti tra il 2006 e il 2013, pari al -7,6%), ed evidenzia una significativa riduzione in percentuale sul totale (dal 78,3 al 68,9%).

Complessivamente, dunque, nel 2013 la spesa farmaceutica del Lazio raggiunge i 2,7 miliardi di euro (circa il 10% del totale nazionale, pari a 27 miliardi), di cui 1,8 miliardi (il 68,9%) a carico del SSN e 826 milioni (il 31,1%) a carico dei cittadini.



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Rapporto OSMED 2013, "Il Consumo di Farmaci in Italia"



Fonte: Rapporto OSMED, "Il Consumo di Farmaci in Italia"

La scomposizione della spesa farmaceutica pubblica e privata sulla base delle fasce farmacologiche stabilite dalle disposizioni ministeriali ha consentito di pervenire ad una conoscenza più approfondita del fenomeno e di valutare le

variazioni della spesa intercorse negli ultimi anni congiuntamente al contesto economico-sanitario di riferimento.

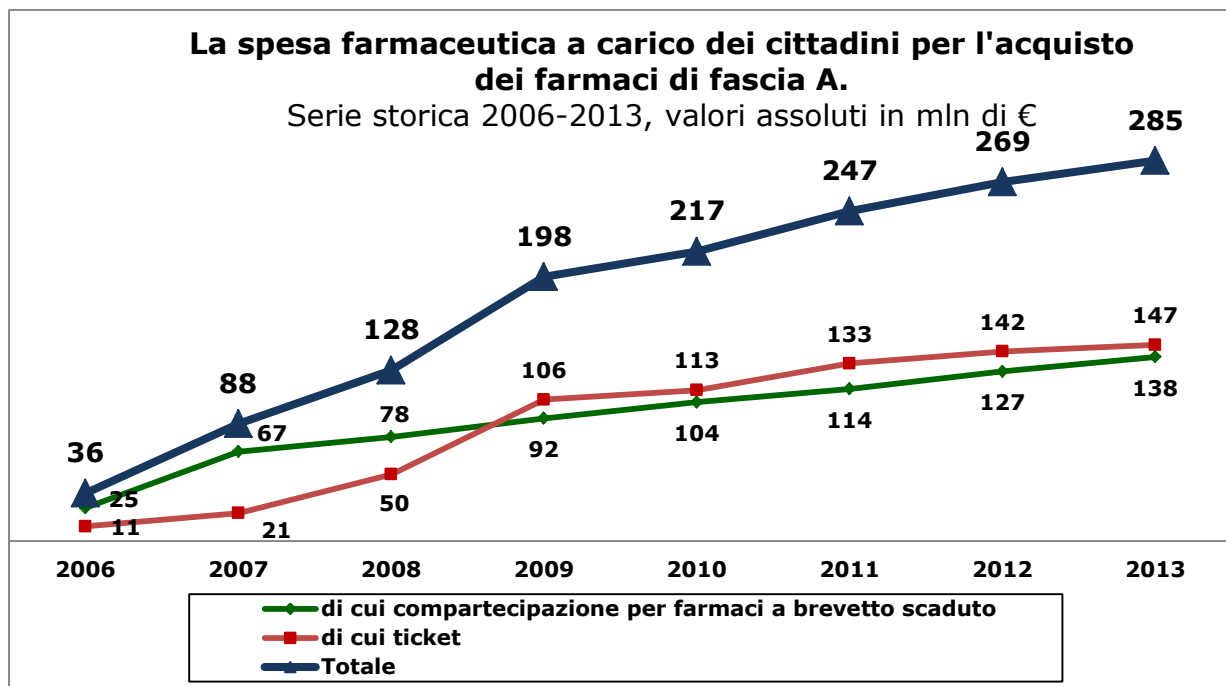
La spesa farmaceutica a carico del SSN copre l'erogazione dei farmaci di fascia A – quelli essenziali, forniti dietro presentazione di ricetta "rossa" - e di quelli di fascia H, ovvero i farmaci erogati all'interno delle strutture sanitarie regionali. La serie storica 2006-2013 evidenzia come, a fronte di una significativa riduzione della spesa per i farmaci di fascia A – da 1,5 miliardi del 2006 a 942 milioni di euro del 2013 – si registri un forte incremento della spesa per i farmaci ospedalieri, cresciuta del 105% (da 384 a 789 milioni di euro).

La riduzione della spesa pubblica per i farmaci di classe A è stata compensata dall'incremento della compartecipazione privata, che per questa categoria di farmaci tra il 2006 e il 2013 cresce in misura esponenziale (da 36 a 285 milioni): nel dettaglio, la compartecipazione per i farmaci a brevetto scaduto aumenta di quasi sei volte (da 25 a 138 milioni di euro) mentre i costi complessivi dei ticket sulle confezioni (pari a 147 milioni di euro nel 2013) risultano 13 volte superiori rispetto al livello del 2006 (11 milioni).

Al contrario, il forte aumento della spesa per i farmaci ospedalieri non trova alcuna spiegazione e anzi sembra ancora meno comprensibile se si considera che, come evidenziato nel capitolo precedente, nello stesso periodo si registra una forte riduzione dell'offerta sanitaria ospedaliera, sia con riferimento al numero di ricoveri, sia relativamente alle giornate complessive di degenza. Rapportando il valore della spesa per i medicinali di fascia H al numero complessivo di ricoveri, infatti, si deduce che la spesa farmaceutica media per ogni paziente ricoverato aumenta di quasi 3 volte, passando da 273 euro nel 2006 a 783 nel 2013. Partendo dalla considerazione che la morbilità generale della popolazione negli ultimi anni sia rimasta pressoché inalterata e dunque il fabbisogno complessivo di medicinali non sia cambiato, il forte incremento della spesa per i farmaci ospedalieri pone seri interrogativi circa il loro corretto utilizzo; i recenti interventi di regolamentazione della tracciabilità del farmaco, tra l'altro, sono stati introdotti proprio con l'intento di smascherare eventuali frodi e contrastare il traffico illegale di farmaci.

Con riferimento alla spesa privata, i farmaci pagati dai cittadini sono quelli di fascia C (erogati dietro presentazione di ricetta "bianca"), i medicinali da banco e la "quota" privata dei farmaci di fascia A (ticket e compartecipazioni sui farmaci a brevetto scaduto).

Complessivamente nel 2013 ogni famiglia laziale ha speso in media 313 euro per l'acquisto di medicinali, mentre nel 2006 la spesa media familiare si attestava a 266 euro. In termini dinamici, a fronte di un considerevole incremento della spesa per i farmaci di fascia A a carico dei cittadini, già evidenziato e commentato nelle pagine precedenti, tra il 2006 e il 2013 si registra una sostanziale stabilità della spesa per i farmaci di fascia C (da 305 a 301 milioni di euro) e per i medicinali da banco (da 210 a 240 milioni).



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati OSMED "Il Consumo di Farmaci in Italia"

Tabella 1 – Composizione della **Spesa Farmaceutica** nel Lazio.
Anni 2006-2013, valori assoluti in milioni di euro.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A carico del SSN	1.985	1.648	1.856	1.854	1.967	1.908	1.826	1.834
Farmaci fascia A	1.503	1.312	1.255	1.184	1.194	1.086	938	942
Farmaci fascia H	384	254	519	572	675	708	771	789
A carico dei cittadini	551	613	655	731	745	790	790	826
Farmaci fascia A (privato)	25	67	78	92	104	114	127	138
Ticket (fascia A)	11	21	50	106	113	133	142	147
Farmaci fascia C	305	309	312	321	315	325	302	301
Automedicazione	210	216	215	212	213	218	219	240
Totale	2.536	2.261	2.511	2.585	2.712	2.698	2.616	2.660

Fonte: Rapporti OSMED "Il Consumo di Farmaci in Italia"

Tabella 2 – Composizione della **Spesa Farmaceutica** nel Lazio.
Anni 2006-2013, composizione %.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A carico del SSN	78,3	72,9	73,9	71,7	72,5	70,7	69,8	68,9
Farmaci fascia A	59,3	58,0	50,0	45,8	44,0	40,3	35,9	35,4
Farmaci fascia H	15,1	11,2	20,7	22,1	24,9	26,2	29,5	29,7
A carico dei cittadini	21,7	27,1	26,1	28,3	27,5	29,3	30,2	31,1
Farmaci fascia A (privato)	1,0	3,0	3,1	3,6	3,8	4,2	4,9	5,2
Ticket (fascia A)	0,4	0,9	2,0	4,1	4,2	4,9	5,4	5,5
Farmaci fascia C	12,0	13,7	12,4	12,4	11,6	12,0	11,5	11,3
Automedicazione	8,3	9,6	8,6	8,2	7,9	8,1	8,4	9,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Rapporti OSMED "Il Consumo di Farmaci in Italia"

FOCUS: i farmaci di fascia A, ticket e ricette nelle regioni italiane

L'analisi della spesa farmaceutica regionale si conclude con un approfondimento relativo all'incremento della compartecipazione privata per l'acquisto dei farmaci essenziali. Come già evidenziato all'inizio del presente capitolo, infatti, tra il 2006 e il 2013 si rileva nel Lazio una crescita esponenziale della spesa complessiva per i ticket sui farmaci di fascia A (che passa da 11 a 147 milioni) determinata dalle politiche di razionalizzazione dei costi.

A tale riguardo, nel 2008 nel Lazio è stata approvata una legge – ancora in vigore - che ha rimodulato il sistema delle compartecipazioni private alla spesa farmaceutica, stabilendo che il contributo previsto per ciascuna confezione venduta varia da 1 a 4 euro ed è determinato in base al prezzo dei farmaci e alle tipologie di esenzione. Più in dettaglio, per gli assistiti che non hanno diritto ad alcuna esenzione è previsto il pagamento di un ticket di 4 euro sulle confezioni di prezzo superiore a 5 euro, che scende a 3 euro per i farmaci di prezzo inferiore; al contrario, per gli esenti parziali (per patologia o invalidità) è previsto un contributo di 2 euro per le confezioni di prezzo superiore a 5 euro, che scende a un euro se i farmaci hanno valore inferiore a 5 euro.

Il confronto tra le Regioni italiane evidenzia come gli incrementi più consistenti della spesa riguardino le Regioni sottoposte ai Piani di Rientro: la crescita più significativa si registra nel Lazio (dove, come già osservato, la spesa per i ticket nel 2013 risulta di 13 volte superiore a quella del 2006), seguita dalla Campania (dove la spesa cresce di 12,8 volte, passando da 14 a 179 milioni) e dall'Abruzzo (dove cresce di circa 10 volte, da 3 a 31 milioni).

Complessivamente, a livello nazionale la spesa per i ticket sui farmaci nel 2013 ammonta a 1,4 miliardi di euro, con un incremento del 246,9% rispetto al livello del 2006, quando ammontava a 414 milioni.

È interessante inoltre osservare come sia notevolmente cresciuta la quota percentuale della spesa sostenuta dai cittadini laziali sul totale nazionale: nel 2006 il valore complessivo dei ticket nel Lazio ammontava al 2,7% del totale nazionale, raggiungendo il 10,2% nel 2013.

Tabella 3 – Spesa per **ticket sanitari (sui farmaci di fascia A)** nelle Regioni italiane.
Anni 2006-2013, valori assoluti in milioni di euro.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Lombardia	138	142	160	182	199	237	247	254
Campania	14	47	54	72	102	172	173	179
Sicilia	52	93	113	135	147	174	162	162
Lazio	11	21	50	106	113	133	142	147
Veneto	59	63	74	86	97	119	124	127
Puglia	28	33	37	44	51	113	119	122
Piemonte	63	62	47	54	59	74	76	75
Emilia	7	10	18	28	36	59	70	69
Toscana	7	9	16	26	31	47	57	61
Calabria	5	8	12	34	44	46	47	48
Liguria	9	14	16	19	23	32	43	42
Abruzzo	3	9	12	21	25	30	30	31
Marche	3	4	7	11	15	22	24	25
Sardegna	3	6	9	13	16	22	24	24
Friuli V. G.	2	3	5	8	10	15	16	16
Umbria	2	2	4	6	8	13	16	16
Basilicata	1	2	3	4	5	9	13	14
Trentino	5	6	6	8	10	13	13	13
Molise	4	4	5	6	6	8	9	9
Valle D'Aosta	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Totale	414	539	647	862	998	1.337	1.406	1.436

Fonte: Corte dei Conti, Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica.

Poiché l'incremento della spesa è stato determinato dall'aumento del prezzo dei ticket, il numero complessivo di ricette "rosse" non evidenzia la stessa dinamica di crescita, registrando un incremento del 25,1% nel Lazio: da 52 milioni di ricette - per un totale di 105 milioni di confezioni vendute - nel 2006 a 65 milioni di ricette - per un totale di 116 milioni di confezioni - nel 2013.

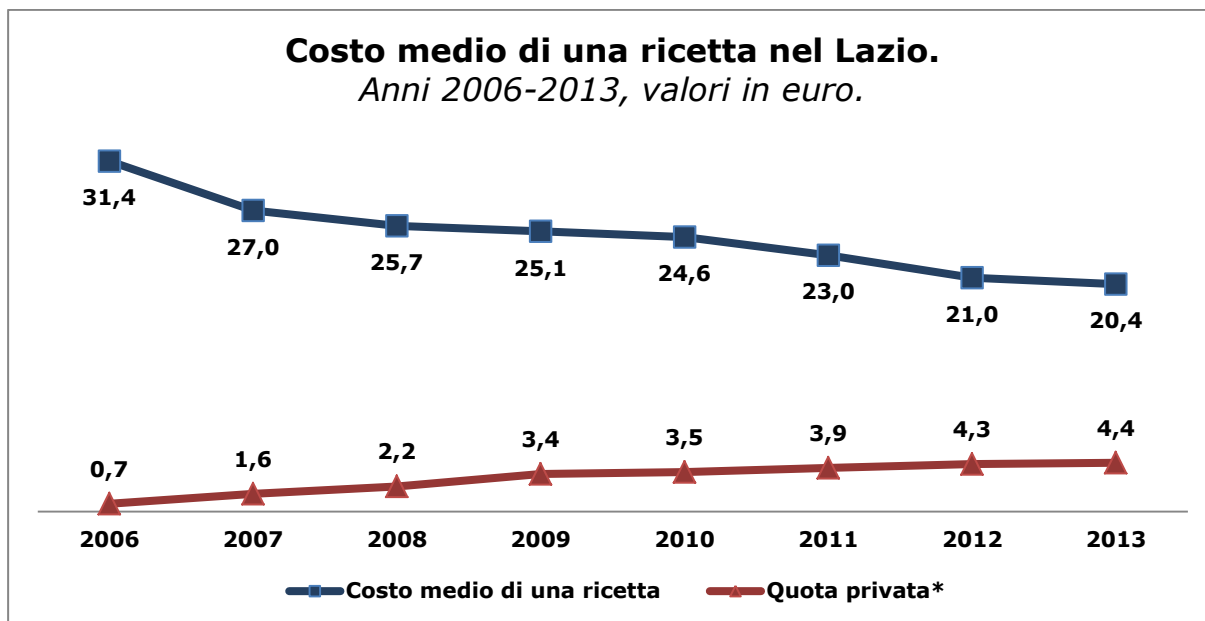
A livello nazionale si registra una crescita complessiva del 20,8% che, in termini assoluti, equivale ad un incremento di circa 100 milioni di ricette (da 503 a 607 milioni).

Tabella 4 – Numero di ricette (farmaci di fascia A) per Regione.
Anni 2006-2013, valori assoluti (in migliaia).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Lombardia	63.633	66.303	69.917	72.202	74.946	77.357	78.786	81.054
Lazio	52.058	54.862	57.110	58.853	61.230	62.875	63.049	65.130
Campania	54.556	54.666	58.171	60.874	59.581	56.298	56.396	58.565
Sicilia	50.547	51.513	53.490	55.554	56.930	57.740	57.295	58.502
Puglia	38.303	40.024	42.721	45.101	46.997	43.769	43.700	45.334
Piemonte	32.747	34.595	37.823	39.757	41.030	42.032	42.796	44.103
Emilia R.	35.506	37.169	38.802	40.491	42.088	42.599	41.992	42.533
Veneto	32.659	35.237	36.149	37.429	39.005	39.723	40.189	40.916
Toscana	32.288	33.801	35.679	36.729	38.082	38.573	38.104	38.648
Calabria	20.616	22.743	24.558	23.269	22.500	22.284	22.738	23.439
Sardegna	14.891	15.611	16.367	17.119	17.805	18.294	18.764	19.044
Marche	14.063	14.723	15.376	15.891	16.121	16.465	16.475	17.114
Liguria	14.954	15.361	15.957	16.368	16.635	16.773	16.505	16.581
Abruzzo	13.048	13.244	14.020	14.334	14.766	15.145	15.603	15.929
Friuli V.G.	9.399	9.869	10.338	10.676	11.142	11.436	11.619	11.959
Umbria	8.764	9.033	9.446	9.825	10.156	10.341	10.413	10.749
Trentino	5.814	6.108	6.413	6.699	6.964	7.212	7.297	7.405
Basilicata	5.755	5.974	6.252	6.537	6.749	6.895	6.428	6.480
Molise	2.791	2.939	3.152	3.270	3.320	3.377	3.318	3.377
Valle d'Aosta	916	949	979	1.030	1.064	1.078	1.099	1.132
Totale	503.307	524.723	552.721	572.009	587.111	590.265	592.567	607.798

Fonte: Corte dei Conti, Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica.

Infine, confrontando i dati relativi al numero di ricette con quelli sul costo complessivo (pubblico e privato) dei farmaci di fascia A, emerge una generale riduzione del valore delle ricette, che tra il 2006 e il 2013 scende complessivamente di 11 euro (da 31,40 a 20,40 euro); tuttavia, parallelamente si registra una consistente crescita della componente "privata" del costo, ovvero quella pagata dai cittadini attraverso le compartecipazioni: nel dettaglio, il "costo privato" di una ricetta passa da una media di 0,70 euro nel 2006 a 4,40 euro nel 2013. In valori percentuali ciò significa che mentre nel 2006 ciascun cittadino pagava di tasca propria il 2,2% del costo complessivo di una ricetta, nel 2013 tale percentuale raggiunge il 21,4%.



Fonte: Elaborazioni Eures su dati OSMED e Corte dei Conti. * Comprende i ticket sulle ricette e i farmaci di fascia A per i quali è previsto pagamento da parte del cittadino.

Tabella 5 – Costo medio di una ricetta nel Lazio: importo totale, quota a carico del SSN e quota a carico dei cittadini. *Anni 2006-2013, valori assoluti in euro.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Quota a carico del SSN	30,8	25,4	23,4	21,8	21,1	19,1	16,7	16,0
Quota a carico dei cittadini	0,7	1,6	2,2	3,4	3,5	3,9	4,3	4,4
Costo medio totale	31,4	27,0	25,7	25,1	24,6	23,0	21,0	20,4

Fonte: Elaborazioni Eures su dati OSMED e Corte dei Conti.

Tabella 6 – Costo medio di una ricetta nel Lazio: importo totale, quota a carico del SSN e quota a carico dei cittadini. *Anni 2006-2013, valori percentuali.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Quota a carico del SSN	97,8	94,1	91,3	86,6	85,6	82,9	79,7	78,6
Quota a carico dei cittadini	2,2	5,9	8,7	13,4	14,4	17,1	20,3	21,4
Costo medio totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni Eures su dati OSMED e Corte dei Conti.

Glossario

A

ADI – è l'acronimo di Assistenza Domiciliare Integrata. Forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie nonché competenze sociali al fine di rispondere a esigenze di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di una assistenza continuativa di tipo sociosanitario.

APA - è l'acronimo di Accorpamenti Prescrizioni Ambulatoriali, un criterio di raggruppamento delle prestazioni ufficialmente utilizzato dal Ministero della Salute. Indica un insieme di prestazioni composte generalmente da una principale chirurgica e da un insieme di prestazioni accessorie quali visite ed esami pre e post-intervento.

Assistenza sanitaria - il complesso delle prestazioni e dei servizi erogati dal SSN. Comprende la prevenzione, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera.

Attività intramoenia - l'attività libero professionale che i medici dipendenti delle strutture pubbliche possono svolgere dentro le strutture stesse secondo modalità, tempi e remunerazione economica fissate dai diversi regolamenti aziendali.

Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere - aziende sanitarie pubbliche senza finalità di profitto che si prefiggono come scopo l'erogazione di servizi di interesse collettivo primario, finalizzati alla protezione e alla promozione della salute degli individui e delle comunità. Nell'attuale assetto del Servizio Sanitario Nazionale le Aziende sanitarie pubbliche sono Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO), le quali sono dotate di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale.

Aziende ospedaliere integrate con l'Università - é un'azienda sanitaria di tipo ospedaliero mista che gode di personalità giuridica e autonomia gestionale; i suoi compiti sono definiti in base a protocolli congiunti tra Regione e Università nelle loro sedi di appartenenza.

F

Farmaci di fascia A – sono i farmaci essenziali e quelli per le malattie croniche, elargiti dietro presentazione di ricetta unificata SSN (la "ricetta rossa"). Per il paziente sono gratuiti, a meno di un eventuale ticket il cui importo varia da regione a regione.

Farmaci di fascia C – sono i farmaci utilizzati per la cura di patologie di lieve entità, il cui costo è totalmente a carico del paziente. Sono elargiti dietro presentazione di ricetta "bianca".

Farmaci di fascia C bis (o di automedicazione) – introdotti con la Finanziaria 2005, sono i medicinali non soggetti a ricetta medica con accesso alla pubblicità al pubblico.

Farmaci generici (o equivalenti) – sono i medicinali non coperti da brevetto, aventi uguale composizione in principi attivi, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie di una specialità a brevetto scaduto.

Farmaci di fascia H - sono i farmaci di esclusivo uso ospedaliero utilizzabili solo in ospedale o che possono essere distribuiti dalle strutture sanitarie.

I

Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Il "riconoscimento del carattere scientifico" è la procedura attraverso cui queste realtà ospedaliere emergenti, che trattano particolari patologie di rilievo nazionale, vengono qualificate come IRCCS: ciò conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale (che va ad aggiungersi a quello regionale) finalizzato esclusivamente allo svolgimento della attività di ricerca relativa alle materie riconosciute.

L

Livelli essenziali di assistenza (LEA) - sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

M

Mobilità ospedaliera - modalità attraverso la quale può verificarsi che utenti del servizio sanitario di una Regione possano transitare in strutture sanitarie di altre Regioni o, quando autorizzati, anche fuori dai confini del proprio Paese, nel caso in cui necessitino di servizi e prestazioni non offerti (o offerti in maniera ritenuta non soddisfacente) dal servizio sanitario della Regione d'appartenenza. In generale la mobilità sanitaria, dal punto di vista economico, viene compensata dai rapporti stabiliti per il tipo di prestazione dalle diverse Regioni.

O

Ospedale a gestione diretta - rappresenta la singola struttura che costituisce le ASL. A differenza delle aziende ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta non sono dotati di autonomia imprenditoriale. Mantiene comunque autonomia a livello direttivo (presenza di un medico responsabile delle funzioni igienico - organizzative e un dirigente amministrativo responsabile della gestione amministrativa) e autonomia economico-finanziaria con contabilità separata seppure interna al bilancio dell'Azienda sanitaria locale (ASL) di riferimento.

P

PAC - è l'acronimo di Prescrizioni Ambulatoriali Complesse, un criterio di raggruppamento delle prestazioni ufficialmente utilizzato dal Ministero della Salute. Sono pacchetti di prestazioni relative a più branche specialistiche, che includono un insieme di prestazioni di carattere fondamentalmente diagnostico.

Policlinici Universitari - aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

Presidio Ospedaliero – vedi "Ospedale a gestione diretta"

Presidio Sanitario - struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio, ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie DPR 37, 14.1.97 .

Prestazione Sanitaria - rappresenta l'aspetto di contenuto tecnico specifico del servizio sanitario ed è connotata da livelli di complessità differenti in funzione della richiesta.

PSN - è l'acronimo di Piano Sanitario Nazionale. È un atto di programmazione, emanato ogni 3 anni, con il quale si stabiliscono le linee guida per la politica sanitaria nazionale. In particolare stabilisce la programmazione degli obiettivi di salute, dell'organizzazione dei servizi e delle risorse da destinare alla tutela della salute in ambito nazionale.

PSR – è l'acronimo di Piano Sanitario Regionale. È un atto di programmazione con il quale si delinea il piano strategico degli interventi relativi al raggiungimento degli obiettivi di salute e al funzionamento dei servizi, anche in riferimento agli obiettivi del PSN.

S

Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) - è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati, sia in regime di ricovero ordinario che di day hospital

SSN – è l'acronimo di Servizio Sanitario Nazionale. Istituito con la legge n. 833 del 1978, votata dall'85% del Parlamento, il Servizio Sanitario Nazionale pubblico è basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria e sull'equità di accesso alle prestazioni.