

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

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

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

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

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

Nel 2003 la spesa privata assorbe il 38,4% della spesa farmaceutica totale al netto dello sconto, mentre nel 2002 il peso percentuale della spesa privata è stato pari al 33,5%²⁰. I provvedimenti più recenti, se hanno contribuito, come detto, ad arginare la preoccupante dinamica del costo dei medicinali, non hanno potuto evitare un parziale, ma non secondario, spostamento a carico dei cittadini. In particolare, la crescita 2003 della spesa privata si scompone nelle percentuali di variazione in crescita del 2,5% per compartecipazione alla spesa, dell'1,1% per acquisto privato di farmaci rimborsabili, dell'1,6% per farmaci di classe C e

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

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

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

dell'1,1% per automedicazione. Flette di conseguenza la copertura a carico del SSN che pari nel 2002 al 66,5% della spesa totale farmaceutica segna nel 2003 la minore percentuale del 61,6%.

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

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

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

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

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

6. I livelli essenziali di assistenza

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

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

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

6.1 L'assistenza ospedaliera e la variabilità dei costi

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

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

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

Non a caso, la percentuale di ricoveri complicati assume livelli più elevati al Nord e al Centro, mentre sotto media è il Sud. Con specifico riferimento ai presidi e alle aziende ospedaliere, il dato medio di complessità nazionale segna rispettivamente il 4,2% e il 7,1%, a

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

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

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

fronte dei quali, mentre per le aziende ospedaliere i casi più complicati sono in Veneto (10,9%), in Toscana (10,3%) e in Liguria (10,3%), quanto ai presidi, sono invece il Friuli e l'Emilia Romagna ad avere il primato della complessità dei ricoveri (7,5% e 6,4%). Al Centro, è il Lazio che spicca per indice di complessità ma solo per ricoveri in aziende ospedaliere (9,5%), mentre è sotto media quanto ai presidi ospedalieri (3,6%).

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

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

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

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

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

Va richiamato, a riguardo, quanto affermato nella relazione sulla finanza regionale dello scorso anno (Parte III, parag. 8), a proposito del rischio di inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri riferiti ai 43 DRG individuati dal Ministero della salute nei cui confronti privilegiare il regime di day hospital. Comportamenti più virtuosi adottati in alcune Regioni scontano a

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

causa della mobilità passiva regole meno severe adottate specie dalle Regioni confinanti (v. Tab 6/REG allegata)²⁵.

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

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

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

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

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

(dati numerici)

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

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

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