

I su esposti dati evidenziano situazioni di disavanzo che si ripetono per ognuno dei tre anni 2002-2004. Complessivamente, lo squilibrio ammonta a 9.461 milioni di euro, con una media annuale pari a oltre 3.000 milioni. Ciò, malgrado l'incremento di risorse a fronte del maggiore fabbisogno riconosciuto con l'accordo dell'8 agosto 2001.

I costi relativi ai livelli di assistenza, all'attività libero professionale *intramoenia*, alla gestione straordinaria, sostenuti negli anni considerati, segnano importi che passano dagli 81.025 milioni di euro del 2002 a 83.077 del 2003 e 88.934 milioni del 2004; anno, questo, che registra il maggiore aumento (+5.857 milioni).

La percentuale di crescita dei tre anni –tenuto conto dei risultati dell'anno 2001 e del relativo importo di costo globale (77.288 milioni)– segna rispettivamente le percentuali del 4,8%, 2,5%, 7,1%, con una media annuale del 4,8%. I risultati del 2004 inglobano, peraltro, i costi dei rinnovi contrattuali del personale dirigenziale (Area 3 e 4), biennio economico 2000-2001, e non dirigenziale, biennio economico 2002-2003, ivi compresi gli arretrati in realtà contabilmente riportati nella gestione straordinaria (v. *infra*, par. 5).

Rispetto alla crescita del fabbisogno, pari nel complesso al 7%, si collocano a livelli superiori Piemonte, Veneto, Liguria, Toscana, Lazio, Campania con percentuali che vanno dal 10,6% del Lazio al 7,2% del Veneto. Minore la crescita al Sud –tranne come detto in Campania– con percentuali che segnano dal +2,9% al 4,5%.

Quanto al finanziamento, l'anno 2004 vede maggiori risorse a copertura del fabbisogno con un incremento percentuale, rispetto al 2003, del 5,9%. A fronte del dato di spesa, lo scarto dell'1,1% si risolve nel risultato di fine anno che espone un disavanzo pari a 3.555 milioni di euro.

Nel confronto interregionale emerge una realtà differenziata; se, in genere, ai maggiori disavanzi corrispondono dati percentuali di crescita di spesa, finanziata percentualmente in misura minore rispetto all'anno precedente (si vedano i dati della Campania ma pure della Toscana e Liguria), resta la sorpresa del Lazio che, a fronte dell'aumento notevole del fabbisogno 2004 (+10,6%), altrettanto ottiene a copertura (+10,4%) la quale non vale tuttavia a evitare il consistente risultato di disavanzo, pari a 568 milioni di euro (497 milioni nel 2003).

Quanto al Sud, i minori incrementi nei finanziamenti corrispondono in genere, tranne però in Campania, a minore incremento di spesa.

Al disavanzo complessivo di 3,5 miliardi di euro contribuiscono per oltre la metà i risultati di Campania (1.023 milioni), Lazio (568 milioni), Sicilia (492 milioni).

Da segnalare, nel 2004, risultati positivi per Puglia (+63 milioni) e Lombardia (+7,9 milioni) che rinnovano la situazione di avanzo già registrata nel 2003.

Si aggravano, nel 2004, i disavanzi di Emilia Romagna e Toscana che, nei due anni precedenti, li avevano invece mantenuti sotto controllo.

Resta stabile la situazione di preoccupante disavanzo del Lazio (1.712 milioni nei tre anni), mentre è allarme per il deficit della Campania che, pari a 1.023 milioni nel solo 2004, ascende nel triennio all'importo globale di 2.169 milioni.

Come più volte osservato nelle annuali relazioni di questa Corte, le descritte situazioni di squilibrio, alcune decisamente gravi, depongono per una cronica insufficienza di copertura rispetto all'annuale evoluzione dei fabbisogni, alla cui crescita contribuiscono certamente e in modo rilevante fenomeni strutturali, quali l'invecchiamento della popolazione, il progresso tecnologico, l'aumento della domanda; a fronte dei quali non mancano tuttavia situazioni di inefficienza nell'organizzazione e nella gestione delle attività che, oltre a influire negativamente sui costi, si coniugano spesso con più bassi livelli qualitativi e quantitativi di prestazioni sanitarie.

5 La spesa farmaceutica¹²⁵

La normativa introdotta con il d.l. 30 settembre 2003 n. 269 ha integrato l'accordo dell'8 agosto 2001 con la previsione di ulteriori vincoli e regole da rispettare, oggi confermati ulteriormente con l'intesa del 23 marzo 2005.

Fra questi (art. 48), l'ulteriore limite previsto per la spesa farmaceutica che, oltre a quello del 13% rispetto alla spesa corrente complessiva, introduce anche il tetto del 16%, includendovi l'assistenza farmaceutica a favore dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero (c.d. distribuzione diretta). Vi si lega una speciale sanzione a carico delle imprese farmaceutiche chiamate a rispondere, in caso di superamento del tetto, nella misura del 60%, mentre il rimanente 40% resta a carico dei bilanci regionali.

L'applicazione di tale sanzione è rimessa alla competenza dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), istituita con il d.l. 269/2003 (art. 48) con effetto dal 1° gennaio 2004 e il cui inizio di attività è stato fissato per la fine del successivo mese di giugno.

In caso di superamento dei livelli programmati, l'Agenzia provvede "anche temporaneamente" a ridefinire, nella misura pari al 60%, la quota di spettanza del produttore (sul prezzo dei farmaci ammessi a rimborso) mentre il rimanente 40% è ripianato dalle singole Regioni tramite l'adozione di specifiche misure (introduzione di ticket, ricorso alla fiscalità, introduzione di meccanismi nella distribuzione dei farmaci).

Il citato art. 49 del d.l. 269/2003, nel definire la responsabilità regionale per la quota del 40% di travalicamento, ha richiamato la sanzione prevista dall'art. 4 della legge 112 del 2002, della perdita di accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Sanzione, questa, che sembra ormai superata a seguito della differente disciplina recata nella finanziaria 2005 (co. 181), la quale tuttavia ne conferma in altro modo gli effetti condizionando l'erogazione alle Regioni di complessivi 1.000 milioni di euro (1.200 e 1.400 per il 2006 e il 2007) al rispetto dei livelli di spesa farmaceutica fissati dal d.l. 269, dai quali e dal necessario ripiano è poi possibile prescindere –ma limitatamente all'anno 2004– qualora l'equilibrio complessivo del relativo sistema sanitario venga rispettato e puntualmente assolto l'obbligo di erogazione dei livelli essenziali.

La perdita di risorse, conseguente l'applicazione della sanzione prevista dal comma 181, è perciò destinata a pesare sui conti della sanità regionale e già se ne possono prevedere

¹²⁵ I dati utilizzati per l'elaborazione di questo documento sono forniti e certificati dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed), sulla base dei dati mensili trasmessi all'AIFA dalle 18.000 farmacie, dati che si riferiscono a tutte le prescrizioni di medicinali rimborsati dal SSN; tale base di dati è costituita da 469 milioni di ricette per l'anno 2004. La spesa netta è quantificata al netto del valore del ticket e dello sconto obbligatorio per il farmacista, ed al lordo dell'IVA sui farmaci (10%).

eventuali effetti a carico di quelle Regioni di seguito indicate che hanno in misura maggiore oltrepassato i tetti (v. TAB 4 e 5).

Per restare intanto ai dati globali, va osservato come la spesa farmaceutica abbia assorbito negli ultimi tre anni (2002-2004) una percentuale rilevante della spesa sanitaria corrente (14,6%, 13,5%, 13,6%). La crescita nel 2004 segna un +8% rispetto all'anno precedente, dipesa sia dall'aumento dei consumi e del numero delle ricette (+6,8%), sia dallo spostamento dei consumi su farmaci a più alto prezzo nell'ambito di categorie omogenee.

Permane, anche nel 2004, la differenza fra spesa farmaceutica programmata, indicata nel 13% (art. 48, co. 1, d.l. 30.9.2003 n. 269, conv. con legge 24.11.2003 n. 326) e spesa effettiva (14,6%) con uno sfondamento complessivo pari a 1.341 milioni.

La finanziaria 2005 impone alle Regioni che non abbiano mantenuto la spesa farmaceutica entro i limiti fissati di adottare –dall'anno 2005– misure di contenimento pari al 50% del proprio sfondamento. Va ricordato, a riguardo, che le rilevazioni circa il rispetto delle prescrizioni recate dall'art. 48, co. 1 del d.l. 269 del 2003, sono di competenza dell'Agenzia italiana del farmaco [cac1] (AIFA) cui spetta altresì di definire eventuali compensazioni sugli effetti derivanti dai provvedimenti a carico delle Aziende produttrici.

Le seguenti tabelle riportano con riferimento a ciascuna Regione l'importo, in valore assoluto e percentuale, dello sfondamento dell'anno 2004, ricostruito tramite i dati trasmessi all'AIFA dalle 18.000 farmacie e si riferiscono a tutte le prescrizioni di medicinali rimborsati dal SSN. Essi presentano divergenze –tuttavia modeste– con i dati risultanti dai modelli di conto economico forniti dalle Regioni al Ministero della Salute.

Solo sei Regioni e una Provincia autonoma sono riuscite a star dentro al tetto del 13% (Umbria, Lombardia, Toscana, Veneto, Trento, Piemonte, Bolzano); dieci Regioni espongono un valore compreso fra il 13% e il 16% (Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Friuli VG, Marche, Basilicata, Molise, Abruzzo, Liguria, Puglia, Calabria); quattro Regioni presentano valori percentuali assai superiori: Lazio 18,9%, Sicilia 18,4%, Sardegna 16,6%, Campania 16,5%. Per queste ultime Regioni è difficile sperare in sostanziali recuperi nel 2005, tali da rientrare nei valori di legge.

E' poi interessante notare come siano proprio queste ultime quattro Regioni, insieme alla Puglia e alla Calabria, a determinare lo sfondamento complessivo.

In conclusione, è difficile ritenere che le distanze rilevate rispetto al tetto percentuale di legge possano essere corrette e riportate nel 2005 al valore programmato da parte di ciascuna realtà regionale; il che vale specialmente nei casi di Lazio, Sicilia, Sardegna e Campania .

TAB 4

SPESA FARMACEUTICA ANNO 2004

Regione	Spesa 2004 (milioni di euro)	Sfondamento	
		assoluto (milioni di euro)	%
Lazio	1.405	438	18,9
Sicilia	1.267	369	18,4
Sardegna	373	81	16,6
Campania	1.254	268	16,5
Calabria	444	79	15,8
Puglia	860	145	15,6
Liguria	377	48	14,9
Abruzzo	275	33	14,8
Molise	71	9	14,8
Basilicata	123	13	14,5
Marche	303	20	13,9
Friuli V.G.	233	6	13,4
E. Romagna	803	19	13,3
V. D' Aosta	23	1	13,3
Umbria	165	0	13,0
Lombardia	1.639	-36	12,7
Toscana	676	-17	12,7
Veneto	789	-45	12,3
P. Trento	79	-7	11,9
Piemonte	749	-74	11,8
P. Bolzano	74	-8	11,8
ITALIA	11.982	1.343	14,6

FONTE: ASSR

Nota: Per ogni singola regione viene riportato, in ordine decrescente, lo sfondamento assoluto del tetto di spesa regionale per il 2004 e la % di ciascun sfondamento rispetto allo sfondamento complessivo.

TAB 5

CALCOLO DELLO SFONDAMENTO DEL TETTO DI SPESA PROGRAMMATO IN OGNI SINGOLA REGIONE

Regione	Spesa 2004 (milioni di euro)	Sfondamento		
		Assoluto (milioni di euro)	%	% cum
Lazio	1.405	438	32,7	32,7
Sicilia	1.267	369	27,5	60,2
Campania	1.254	268	19,9	80,1
Puglia	860	145	10,8	90,9
Sardegna	373	81	6,0	
Calabria	444	79	5,9	
Liguria	377	48	3,6	
Abruzzo	275	33	2,5	
Marche	303	20	1,5	
E. Romagna	803	19	1,4	
Basilicata	123	13	1,0	
Molise	71	9	0,6	
Friuli V. Giulia	233	6	0,5	
V. D' Aosta	23	1	0,0	
Umbria	165	0	0,0	
P. Trento	79	-7	-0,6	
P. Bolzano	74	-8	-0,6	
Toscana	676	-17	-1,3	
Lombardia	1.639	-36	-2,7	
Veneto	789	-45	-3,3	
Piemonte	749	-74	-5,5	
ITALIA	11.982	1.343	100,0 %	

FONTE: ASSR

Nota: Per ogni singola regione viene riportato lo sfondamento assoluto del tetto di spesa regionale per il 2004 e la % di ciascun sfondamento rispetto allo sfondamento complessivo e la % cumulativa.

6 La spesa per il personale

La spesa per il personale¹²⁶ rappresenta la voce di maggiore peso percentuale nella composizione della spesa sanitaria corrente: 33,6% nel 2004 (v. TAB 6 e 7).

I reiterati provvedimenti sul blocco delle assunzioni, recati nelle ultime finanziarie, intesi al contenimento di tale voce di spesa, hanno influenzato il relativo tasso di evoluzione che rallenta a partire dal 2001 (+4,7%) e nel 2002 (+3,2%) ma più ancora nel 2003 (+2,2%), ma risale nuovamente nel 2004 (+4,2%), anche a causa dello slittamento degli oneri relativi al rinnovo del contratto nazionale di lavoro, sia del comparto sanitario (biennio 2002-2003), sia della dirigenza (area 3 e 4) per il biennio economico 2000-2001.

Sul primo degli indicati contratti, la Corte si è espressa, una prima volta, il 20 marzo 2004 con certificazione non positiva a causa della mancata copertura finanziaria e, successivamente il 16 aprile disponendo l'invio al Parlamento di apposito referto ai sensi dell'art. 47, co. 5, del d.lgs. 165/2000 (SS.RR. Delib. 16- 28.4.2004 n.11 Contr/CL).

Il costo del contratto 2002-2003 del solo comparto SSN, per il biennio e gli effetti sul 2004, è pari a circa 2,6 miliardi di euro (al netto Irap), dei quali 328 milioni a carico dello Stato; sul 2004 pesano altresì i costi dei contratti relativi alla dirigenza sanitaria, professionale, tecnico-amministrativa e medico veterinaria del biennio economico 2000-2001 per l'ulteriore importo di 296 milioni. In totale, oltre 2,6 miliardi al netto della quota a carico Stato.

La Corte ha più volte segnalato come il capitolo relativo al personale sia quello che maggiormente mette a rischio i risultati delle gestioni sanitarie. Non a caso, anche nel 2004, come nel passato, tale voce di spesa ha rappresentato circa il 34% del costo globale per l'assistenza sanitaria.

L'attuale sistema di contrattazione collettiva non consente del resto di indicare con precisione la copertura dei costi con riferimento ai bilanci delle aziende e/o delle Regioni che dovrebbero sostenerli.

Nelle certificazioni non positive di questa Corte è stata di recente rilevata la mancanza di una corretta individuazione dei parametri su cui fondare la sostenibilità finanziaria degli effetti di natura economica dei singoli contratti con il risultato di non poter avere contezza sulla copertura dei relativi oneri.

In particolare, preoccupa che neppure sia omogeneo il comportamento seguito nelle varie Regioni in ordine all'accantonamento, nei bilanci degli enti del comparto sanitario, delle risorse

¹²⁶ Per i dati riportati nel presente paragrafo, la fonte per le elaborazioni Corte è: Ministero della Salute – Direzione Generale della programmazione e Dipartimento Statistica. Per il costo del contratto nazionale: Ministero Economia e Finanze.

necessarie per sostenere i rinnovi contrattuali, con la conseguenza di scaricare sugli anni successivi l'importo degli arretrati. La situazione, seppure riferibile anche ad altre realtà decentrate, è particolarmente grave per la sanità ove il personale, come detto, pesa notevolmente sul totale dei costi e per oltre il 50% sulla spesa ospedaliera.

Il ritardo nei rinnovi contrattuali ha influito sulla dinamica del costo del personale e sulla relativa percentuale di composizione della spesa totale, la cui incidenza si è ripercossa sul 2004, con differenze regionali tuttavia influenzate anche dai sistemi di erogazione delle prestazioni, come pure dal diverso rapporto dipendenti/popolazione, nonché dalla quota di medici a tempo pieno.

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

A riguardo, i dati disponibili più recenti, seppure riferiti al 2003, mostrano come, rispetto al totale generale di personale adibito all'offerta sanitaria pubblica, oltre il 10% sia alla dipendenza di strutture di ricovero equiparate pubbliche, il cui costo come detto non figura nel dato relativo al costo del personale del SSN.

Quanto al dato numerico (v. TAB 8), il personale dipendente del SSN¹²⁷ enumerava, nel 2003, 659.177 unità composte per il 68,1% dal ruolo sanitario, per il 20,3% dal ruolo tecnico, per l'11,3% dal ruolo amministrativo, per lo 0,2% dal ruolo professionale (v. Grafico 1). Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 104.704 unità, pari al 23,3%, mentre quello infermieristico ascende a 262.807 unità, pari al 58,6% (v. Grafico 2). Il rapporto fra infermieri e medici si attesta sul valore di 2,5 infermieri per ogni medico, ma diverso risulta tale rapporto se riferito alle strutture del Nord o del Centro-Sud, che si colloca nel primo caso in una variabilità che passa da un minimo del 2,8 di infermieri per medico ad un massimo di 3,5; nel secondo caso la variabilità è fra 1,8 e 2,2.

La disaggregazione del costo del personale, con riguardo ai vari ruoli nei quali si ripartisce il complesso dei dipendenti (v. TAB 9), mette in chiaro la decisa prevalenza della spesa per il ruolo sanitario (medici e infermieri) che assorbe nell'anno 2004 una percentuale del costo complessivo del personale pari al 77,7% (23.199 milioni di euro/29.838 milioni di euro), mentre assai inferiore è la componente di spesa riferibile ai ruoli tecnico (12,3%), amministrativo (8%) e professionale (0,4%).

Da notare le differenze esistenti fra le Regioni ove, con riguardo al ruolo sanitario, un livello di composizione superiore alla media lo si rileva, al Nord, in Veneto, Liguria, Emilia

¹²⁷ Il personale del SSN è costituito dal personale delle Aziende sanitarie locali, compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta, e dal personale delle aziende ospedaliere.

Romagna; al Centro, in Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo; al Sud - Isole, nel Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia, Sardegna.

Quanto alla disciplina sul rapporto esclusivo e sull'esercizio della libera professione intramoenaria, è da registrare la recente conversione del d.l. 81 del 2004 (legge 138/04), con la trasformazione del rapporto di lavoro dei medici "a tempo pieno" e la conservazione dell'indennità di esclusività, salva la possibilità di optare per il rapporto di lavoro non esclusivo. E' venuta meno perciò la condizione cui sembrava legata l'attribuzione dell'indennità, cioè, l'irreversibilità della scelta. Dati recenti¹²⁸ consentono di rilevare il costo corrispondente all'indennità di esclusività, in rapporto al compenso complessivo corrispondente ai ricavi intramoenaria al netto della compartecipazione al personale medico. Ora, posta la percentuale del 93,5% di dirigenti con rapporto esclusivo, il costo complessivo per l'indennità di esclusività è stato nel 2004 pari a 1.500 milioni di euro per medici, veterinari, odontoiatri, mentre poi –a fronte di ricavi per attività libero professionali pari a 928 milioni di euro– ammontano a 814 milioni i corrispettivi erogati a favore del personale per attività libero professionali, con un saldo di soli 114 milioni e complessivo aggravio del fabbisogno sanitario.

Va anche detto che per esigenze di tecnica contabile, le quali andrebbero peraltro superate al più presto, il dato relativo ai costi sostenuti per l'ammontare dell'indennità di esclusività (e relativi oneri), pari –come detto– a circa 1.500 milioni, è incluso tra i costi per funzioni assistenziali; il che impedisce di cogliere il reale livello di passività conseguente l'attività libero professionale intramoenaria la quale, del resto, non ha prodotto ricadute positive in termini di tempi di attesa e si è invece risolta in una spesa aggiuntiva di notevole importo.

L'avviso è allora quello di una eliminazione di tale costo, assicurandone la copertura prima di distribuire i rimanenti introiti ai medici, i quali del resto dovrebbero assicurare l'esaurimento delle liste di attesa quale condizione per l'esercizio dell'*intramoenaria*.

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

¹²⁸ Fonte per il costo dell'esclusività: RGS – *Elaborazioni su dati del Conto annuale 2002 – dati relativi ad asl e aziende ospedaliere*; Fonte per ricavi e costi attività intramoenaria: Ministero della Salute – dati di preconsuntivo aggiornati ad aprile 2004.

TAB 6

COSTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA
ANNI 2002 - 2004

(in migliaia di euro)

CLASSIFICAZIONE ECONOMICA	A	y	A	x	y	A	x	y
	2002	%	2003	%	%	2004	%	%
PERSONALE	28.026.778	34,65	28.641.016	2,19	34,54	29.838.118	4,18	33,63
BENI E SERVIZI	20.935.239	25,89	22.382.603	6,91	26,99	24.462.346	9,29	27,57
ASSISTENZA SANITARIA di BASE	4.602.921	5,69	4.792.447	4,12	5,78	4.992.530	4,17	5,63
FARMACEUTICA	11.829.204	14,63	11.175.135	-5,53	13,48	12.084.514	8,14	13,62
OSPEDALIERA CONVENZIONATA	8.150.854	10,08	8.430.315	3,43	10,17	8.946.122	6,12	10,08
SPECIALISTICA INTERNA	150.978	0,19	183.976	21,86	0,22	180.832	-1,71	0,20
SPECIALISTICA ESTERNA	2.543.025	3,14	2.634.006	3,58	3,18	2.793.083	6,04	3,15
ALTRE PRESTAZIONI	2.992.687	3,70	3.144.341	5,07	3,79	3.310.750	5,29	3,73
ONERI FINANZIARI	187.475	0,23	174.724	-6,80	0,21	152.813	-12,54	0,17
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-122.261	-0,15	-94.819	-22,45	-0,11	-69.611	-26,59	-0,08
COMPARTECIPAZIONE PERSONALE INTRAMOENIA	702.453	0,87	791.472	12,67	0,95	814.366	2,89	0,92
VOCI STRAORDINARIE	876.066	1,08	663.731	-24,24	0,80	1.227.255	84,90	1,38
TOTALE	80.875.419	100,0	82.918.947	2,5	100,00	88.733.118	7,0	100,00

FONTE: Ministero della Salute.

LEGENDA:

A - valore assoluto

x - percentuale di scostamento rispetto all' esercizio precedente

y - percentuale rispetto al totale dell' esercizio

TAB 7

**COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
per Regioni e funzioni di spesa ANNO 2004**

(in migliaia di euro)

REGIONI	personale	beni e servizi	assistenza sanitaria di base	farm. conv.	osped. conv.	spec. int. conv.	spec. est. conv.	altre prestazioni	oneri finanziari	variazione delle rimanenze	compartecip. personale intramoenia	voci straord.	TOTALE COSTI
PIEMONTE	2.394.496	2.124.685	368.627	751.863	591.329	0	166.619	245.567	6.492	-5.981	95.958	229.214	6.968.869
V..D'AOSTA	93.375	67.900	9.969	23.650	6.324	0	4.955	4.141	5	0	2.300	300	212.919
LOMBARDIA	3.887.564	3.890.738	699.330	1.651.142	2.250.827	68.681	472.163	423.213	21.493	-14.533	159.411	100.415	13.610.444
P.A.BOLZANO	402.582	372.053	39.993	73.638	17.105	0	4.628	19.669	32	-28	13	6.312	935.997
P.A.TRENTO	328.435	301.447	47.835	82.027	47.510	0	9.950	13.218	8	160	6.440	801	837.831
VENETO	2.489.418	2.521.911	399.264	794.432	466.474	22.110	209.293	183.891	13.840	-36.896	89.737	10.681	7.164.155
FRIULI V.G.	715.748	672.614	98.443	233.919	96.415	14.845	26.623	54.434	179	-955	18.221	25.229	1.955.715
LIGURIA	988.446	686.716	123.635	380.092	266.643	285	48.905	174.130	3.771	-3.473	29.711	22.140	2.721.001
E. ROMAGNA	2.400.988	2.344.791	329.876	803.814	446.125	3.010	93.676	97.562	18.709	-3.234	88.091	92.876	6.716.284
TOSCANA	2.168.152	1.974.932	316.163	677.609	224.823	7.937	92.364	118.383	8.765	-11.036	80.542	145.666	5.804.300
UMBRIA	525.442	450.376	71.468	165.256	37.390	0	11.484	49.324	1.612	0	12.505	5.064	1.329.921
MARCHE	859.629	687.545	136.686	305.609	79.836	12.332	21.196	69.317	3.723	0	27.326	40.977	2.244.176
LAZIO	2.304.422	1.969.227	422.674	1.405.033	1.469.850	42.897	334.250	383.707	6.318	0	80.777	106.714	8.525.869
ABRUZZO	696.710	522.482	115.711	278.733	161.471	14	32.920	142.388	3.140	-3.936	13.108	4.562	1.967.303
MOLISE	182.420	120.761	31.567	71.399	34.909	1.326	12.518	28.432	405	1.701	2.802	8.635	496.875
CAMPANIA	2.855.018	1.730.173	586.976	1.300.141	891.277	876	499.253	451.262	34.245	2.292	27.157	177.806	8.556.476
PUGLIA	1.822.563	1.312.231	332.162	871.741	602.030	4.198	185.896	276.541	2.797	-1.104	34.858	58.381	5.502.294
BASILICATA	299.695	229.882	61.678	129.370	4.800	0	15.798	58.656	230	0	3.300	10.510	813.919
CALABRIA	1.088.784	530.575	194.368	451.574	175.607	148	74.710	97.322	5.456	-7.174	5.320	31.492	2.648.182
SICILIA	2.420.558	1.325.485	456.594	1.250.060	940.725	2.173	406.047	324.290	19.028	16.738	28.246	108.442	7.298.386
SARDEGNA	913.673	625.822	149.511	383.412	134.652	0	69.835	95.303	2.565	-2.152	8.543	41.038	2.422.202
TOTALE	29.838.118	24.462.346	4.992.530	12.084.514	8.946.122	180.832	2.793.083	3.310.750	152.813	-69.611	814.366	1.227.255	88.733.118

FONTE: Ministero della Salute

TAB 8

PERSONALE DIPENDENTE DEL SSN
(Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere)
ANNO 2003

REGIONE	RUOLI				TOTALE	DI CUI	
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo		Medici e Odontoiatrici	Personale Infermieristico
PIEMONTE	35.030	111	11.330	7.661	54.133	8.168	19.768
VALLE D'AOSTA	1.207	5	434	285	1.931	258	660
LOMBARDIA	64.975	221	21.628	11.828	98.662	13.841	38.527
P.A. BOLZANO	4.701	20	1.911	1.055	7.696	828	2.917
P.A. TRENTO	4.261	12	1.654	799	6.727	810	2.487
VENETO	40.235	123	11.800	6.287	58.446	7.830	25.514
FRIULI V.G.	11.409	37	3.458	1.674	16.578	2.111	7.292
LIGURIA	15.134	46	4.002	2.571	21.753	3.282	9.200
EMILIA R.	38.871	182	9.883	5.816	54.753	7.891	23.017
TOSCANA	34.791	159	9.610	4.778	49.343	7.147	21.171
UMBRIA	7.989	31	1.793	1.089	10.908	1.854	4.564
MARCHE	12.649	26	3.343	1.851	17.876	2.732	7.603
LAZIO	35.612	143	8.376	5.908	50.048	9.476	20.070
ABRUZZO	11.107	35	3.437	1.615	16.194	2.834	6.673
MOLISE	2.903	5	800	348	4.057	700	1.562
CAMPANIA	36.373	137	11.173	6.136	53.875	9.773	21.315
PUGLIA	24.109	78	7.675	3.930	35.810	6.109	13.595
BASILICATA	4.473	14	1.331	566	6.390	1.094	2.617
CALABRIA	15.471	57	4.979	3.227	23.799	4.346	8.569
SICILIA	32.467	110	10.685	5.375	48.765	9.832	17.547
SARDEGNA	14.987	46	4.403	1.993	21.433	3.788	8.139
TOTALE (f)	448.754	1.598	133.705	74.792	659.177	104.704	262.807

FONTE: Ministero della Salute - Direzione generale del sistema informativo

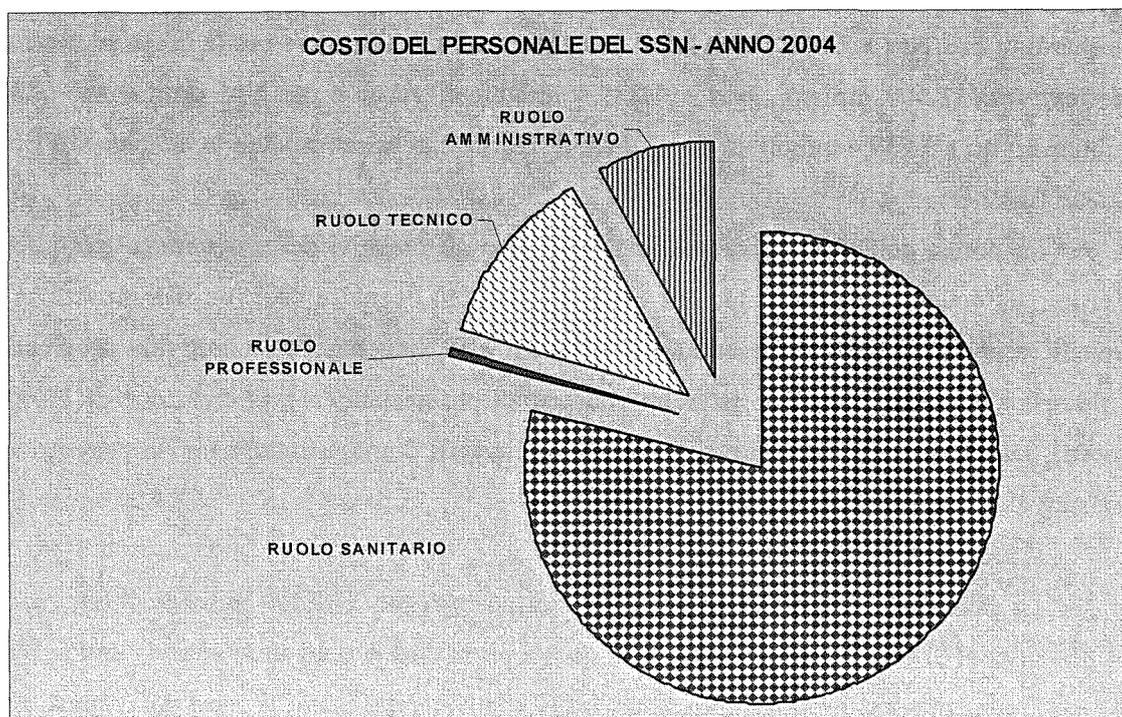
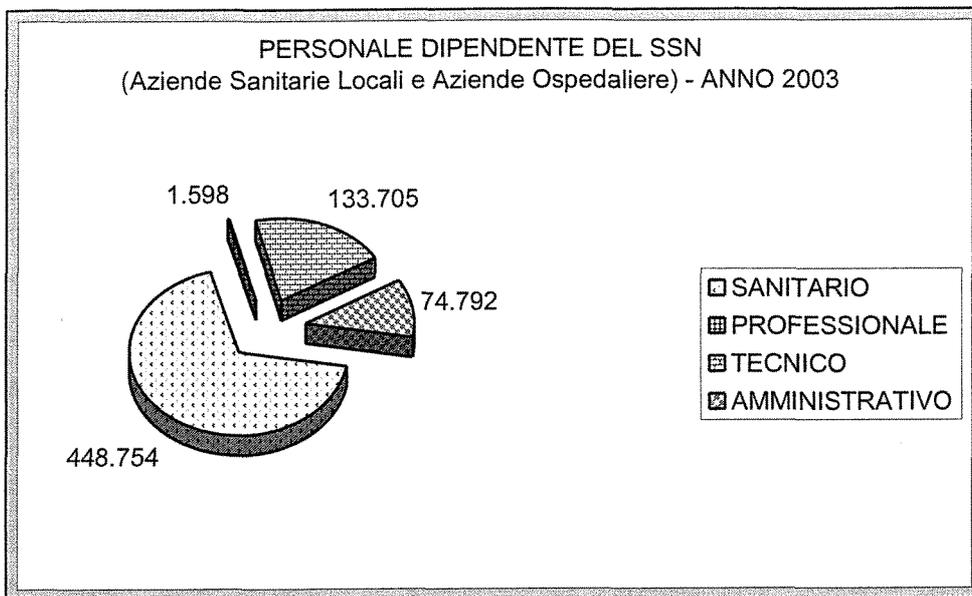
TAB 9

**COSTO DEL PERSONALE DEL SSN
ANNO 2003**

(in migliaia di euro)

REGIONE	ruolo sanitario (a)	Inc % (a)/(f)	ruolo professionale (b)	Inc % (b)/(f)	ruolo tecnico (c)	Inc % (c)/(f)	ruolo amministrativo (d)	Inc % (d)/(f)	TOTALE (e)	Inc % (e)/(f)
PIEMONTE	1.825.361	7,87	7.099	6,37	314.105	8,59	238.560	9,99	2.385.125	8,12
VALLE D'AOSTA	70.613	0,30	294	0,26	12.917	0,35	8.835	0,37	92.659	0,32
LOMBARDIA	2.988.218	12,88	14.778	13,26	537.192	14,69	335.570	14,05	3.875.758	13,20
P.A. BOLZANO	287.863	1,24	1.425	1,28	60.299	1,65	38.448	1,61	388.035	1,32
P.A. TRENTO	235.714	1,02	1.024	0,92	46.951	1,28	27.123	1,14	310.812	1,06
VENETO	1.968.594	8,49	12.282	11,02	307.473	8,41	199.351	8,34	2.487.700	8,47
FRIULI V.G.	548.121	2,36	2.702	2,42	103.229	2,82	50.758	2,12	704.810	2,40
LIGURIA	767.885	3,31	3.065	2,75	120.870	3,30	79.232	3,32	971.052	3,31
EMILIA R.	1.941.412	8,37	14.149	12,69	263.083	7,19	170.067	7,12	2.388.711	8,14
TOSCANA	1.739.071	7,50	11.715	10,51	244.869	6,69	162.488	6,80	2.158.143	7,35
UMBRIA	422.643	1,82	2.092	1,88	54.953	1,50	35.280	1,48	514.968	1,75
MARCHE	687.915	2,97	2.084	1,87	102.398	2,80	58.451	2,45	850.848	2,90
LAZIO	1.855.525	8,00	8.600	7,71	246.019	6,73	191.563	8,02	2.301.707	7,84
ABRUZZO	546.258	2,35	1.780	1,60	83.431	2,28	46.833	1,96	678.302	2,31
MOLISE	148.250	0,64	220	0,20	21.891	0,60	12.054	0,50	182.415	0,62
CAMPANIA	2.180.623	9,40	9.706	8,71	352.740	9,64	221.221	9,26	2.764.290	9,42
PUGLIA	1.352.675	5,83	4.480	4,02	218.475	5,97	132.339	5,54	1.707.969	5,82
BASILICATA	234.835	1,01	843	0,76	39.225	1,07	18.447	0,77	293.350	1,00
CALABRIA	819.856	3,53	3.187	2,86	129.971	3,55	110.242	4,61	1.063.256	3,62
SICILIA	1.838.084	7,92	7.652	6,86	298.168	8,15	185.814	7,78	2.329.718	7,94
SARDEGNA	738.857	3,18	2.306	2,07	99.490	2,72	66.398	2,78	907.051	3,09
TOTALE (f)	23.198.373	100,00	111.483	100,00	3.657.749	100,00	2.389.074	100,00	29.356.679	100,00

FONTE: Ministero della Salute - Direzione generale del sistema informativo



7 Spesa sanitaria per investimenti

La Corte ha analizzato nella Relazione per gli anni 2001 e 2002 l'evoluzione del programma di investimenti nel settore sanitario (prima fase e seconda fase sino al 2002). Nella presente Relazione sono forniti, sulla base dei dati disponibili, gli ulteriori sviluppi di questo programma realizzati negli anni 2003 e 2004. Rinviando alle considerazioni generali svolte nella citata Relazione, si ricorda solo che questo programma è stato avviato in base all'art.20 della legge n. 67 del 1988 con la previsione di spesa di 30.000 miliardi di lire (pari a 15.493 milioni di euro) per investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie; lo scopo, in termini generali, era quello di riqualificare il patrimonio edilizio e tecnologico pubblico e di realizzare adeguate strutture di residenze sanitarie assistenziali (RSA), per far fronte ai delicati problemi posti dal progressivo invecchiamento della popolazione specie in alcune Regioni. Successivamente i finanziamenti sono stati portati a poco più di 34.000 miliardi di lire (pari a 17.575 milioni di euro) con l'art. 28 della legge n. 488/99 per interventi volti al potenziamento della radioterapia (30 miliardi di lire, pari a 15,49 milioni di euro) e con l'art. 83 della l. n. 388/2000 (4.000 miliardi di lire, pari a 2.066,8 milioni di euro) per realizzare strutture per la libera professione *intramoenia* (1.600 miliardi, pari a 1.239,4 milioni di euro) e per altri programmi (2.400 miliardi, pari a 1.239,4 milioni di euro, alla cui ripartizione ha provveduto la delibera CIPE del 2.8.2002).

La norma dell'art. 20 indicava con precisione gli obiettivi del programma: riequilibrio territoriale delle strutture; sostituzione dei posti letto più degradati (20%) e ristrutturazione di quelli recuperabili (30%), conservazione di quelli efficienti; misure ispirate alla progressiva "deospedalizzazione", quali le strutture residenziali per anziani (con la creazione di 140.000 posti), reti di poliambulatori extraospedalieri e ospedali diurni; strutture per la prevenzione; misure di sicurezza degli impianti.

Il programma è stato articolato in due fasi.

La prima fase si è conclusa nel 1996 con un impegno di 9.400 miliardi di lire (pari a 4.854 milioni di euro); il finanziamento in questa prima fase è stato assicurato da mutui, il cui onere di ammortamento era assunto a carico del bilancio dello Stato, ai sensi del comma 6 del citato art. 20 della legge 67/88. Restano "code" di finanziamenti per il completamento di alcuni interventi.

7.1 La seconda fase del programma di investimenti

Il quadro generale

La seconda fase, avviata nel 1998 con la Delibera CIPE n. 52 del 6.5.1998, è stata caratterizzata dal cambiamento delle modalità di finanziamento non più con mutui, ma con rifinanziamenti annuali nella tab. D delle leggi finanziarie e con importi da iscrivere in bilancio nella tab. F, in relazione alle autorizzazioni di spesa previste da leggi di spesa, in base agli sviluppi della programmazione negoziata tra Ministero della Salute e le Regioni (con il concerto del MEF e d'intesa con la Conferenza Stato Regioni).

Un elemento caratterizzante del programma di investimenti nella sanità è costituito dall'attivazione di strumenti di programmazione negoziata: gli Accordi di programma di cui all'art.5 *bis* del d.lgs. n. 502/92 e gli Accordi di programma quadro di cui all'art.2 della legge n.662/1996.

Al 31.12.2004 sono stati sottoscritti in totale 27 Accordi (di cui 8 nel 2004), alcuni di questi sono accordi integrativi; dei 27 Accordi 4 sono Accordi di programma quadro nell'ambito di Intese istituzionali di programma ai sensi dell'art. 2, co. 203 della legge n. 662/96 e 23 sono Accordi di programma *ex art. 5 bis* del d.lgs. n. 502/92.

Dei 12.720 milioni di euro previsti per la seconda fase del programma dal 1998 al 31.12.2004 ne sono stati stanziati 10.656; di questi da ultimo: 1.840 dalla finanziaria 2004 e 1000 dalla finanziaria 2005.

La realizzazione di questa seconda fase del programma di investimenti si inserisce nella prospettiva di una sempre migliore utilizzazione delle strutture e del personale sanitari per raggiungere allo stesso tempo l'obiettivo del miglioramento delle prestazioni fornite ai cittadini e quello di una riduzione della spesa attraverso una maggiore appropriatezza delle prestazioni stesse. In questa ottica il programma –del resto per la sua stessa natura- si sviluppa in continua aderenza con l'evoluzione della politica sanitaria, che, con il nuovo assetto costituzionale, deve essere condivisa dallo Stato e dalle Regioni. In questo senso assume un particolare valore lo strumento degli Accordi di programma, attraverso i quali questi due attori istituzionali procedono ai necessari adeguamenti ai mutamenti intervenuti. A conferma dell'esigenza di continui adattamenti si può richiamare l'individuazione dei nuovi *standards* di riferimento per il numero di posti letto (p. l.) per 1000 abitanti, che l'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005 ha fissato in 4,5 p. l./1000, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza, laddove solo 4 anni prima la precedente Intesa dell'8.8.2001 l'aveva fissato in 4 p. l./1000, per acuti e 1 per la riabilitazione. Analogamente nella linea di ridimensionamento dell'offerta ospedaliera si iscrive

la tendenza ad accentuare il ruolo dei medici di medicina generale e le prestazioni della libera professione *intramoenia*, nonché il progressivo ammodernamento delle strutture, sul quale la finanziaria 2005 ha inteso porre l'accento. Con la disposizione contenuta nell'art. 1, comma 188, infatti, si richiede alle Regioni, che alla data del 1.1.2005 abbiano ancora in corso il completamento del loro programma di investimenti nella sanità, di destinare una quota delle risorse residue "al potenziamento ed ammodernamento tecnologico". La citata *Intesa* del 23.3.2005 ha fissato, all'art. 10, tale quota al 15%, precisando che essa va considerata come minima ed ha escluso dall'applicazione della norma le Regioni che dimostrino "di avere già investito risorse per l'ammodernamento tecnologico".

Questo sistema, basato sugli accordi e su una collaborazione tra Governo e Regioni, permette lo svolgimento del programma secondo le capacità di programmazione e di spesa delle Regioni. Il grafico I mostra, infatti, che ad un incremento limitato degli Accordi sottoscritti corrisponde una più marcata attivazione degli Accordi stessi ed una più rapida crescita delle ammissioni al finanziamento. Su questa maggiore capacità programmatoria ed attuativa ha certamente influito positivamente l'azione svolta dal Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute e dagli analoghi Nuclei, creati, ai sensi della legge n. 144/99, in tutte le Regioni, ma anche l'esperienza acquisita dalle stesse Regioni nella elaborazione dei documenti di programmazione degli interventi finanziati dall'Unione europea e soprattutto nella gestione degli stessi, attingendo ai più moderni strumenti di analisi, quali gli S.W.O.T. (punti di forza e debolezza, opportunità e rischi).

L'affinamento degli strumenti di analisi e i migliori risultati anche sul piano attuativo hanno indotto il Ministero della Salute e le Regioni a individuare nuovi obiettivi strategici orientando gli interventi in funzione delle nuove esigenze, per tenere conto sia dei progressi scientifici che delle compatibilità finanziarie in una fase di riduzione delle risorse.

In questo contesto di riorientamento del Sistema sanitario nazionale (SSN) si collocano gli impegni assunti con il documento approvato nel maggio del 2004 dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni¹²⁹. In esso sono state delineate alcune direttrici volte ad accrescere l'efficienza del SSN e individuate varie iniziative (i cd "mattoni" del SSN) attraverso le quali realizzare la nuova strategia e attuare in concreto le citate direttrici. La base di partenza è costituita dalla creazione di un "linguaggio comune" a livello nazionale che consenta la confrontabilità delle informazioni.

I "mattoni" si possono così riassumere:

¹²⁹ Questo documento teneva conto dei risultati del *Forum* "Sanità futura", tenuto a Cernobbio il 6 aprile 2004.