

UNA FOTOGRAFIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Spesa sanitaria pubblica pro capite stabile, ma resta più bassa che in altri paesi - Nel 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è di 1.817€, del tutto in linea con il valore dell'anno precedente, segnando così un arresto del trend in diminuzione dal 2010.

Con tale valore medio, l'OCSE pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno, tra i 32 dell'area OCSE, in termini pro capite. Nell'ultimo anno, ad esempio, il Canada ha speso oltre il 100% in più per ogni cittadino rispetto all'Italia, la Germania il 68% e la Finlandia il 35%, con la conseguenza che l'Italia si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226€) e la più bassa in Campania (1.689€). Il *gap* è di 537€.

Fra il 2013 e il 2014 12 regioni hanno ridotto la loro spesa sanitaria pro capite, mentre 9 ne hanno incrementato il valore. Fra queste ultime, 3 sono regioni in Piano di Rientro (Campania +0,18%, Puglia +1,07% e Molise +6,23%). Le regioni più virtuose, con una riduzione >2%, appartengono al Nord Italia (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte).

Disavanzo - Nel 2014 il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 864 milioni di euro, in netta diminuzione rispetto al 2013 (1,744 miliardi di euro). Si conferma, ancora una volta, il trend di sistematica riduzione che si è registrato a partire dal 2005.

La generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione nella maggior parte delle regioni assoggettate a piano di rientro e la presenza di numerose regioni in equilibrio, inducono anche quest'anno, per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infatti, che il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, poiché tale risultato è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

Asl in perdita, erogazione dei servizi a rischio - In questa edizione del Rapporto viene trattato, per la prima volta, il tema dei disavanzi non coperti delle Aziende Sanitarie pubbliche, aspetto molto rilevante per il funzionamento del SSN, poiché l'accumulo di deficit causa l'erosione del patrimonio netto aziendale e, quindi, la contrazione delle attività dovuta alla diminuzione delle disponibilità di cassa e all'incapacità di rinnovare adeguatamente le attrezzature.

I dati sui disavanzi non coperti mostrano che nello scorso decennio molte Aziende Sanitarie pubbliche hanno sistematicamente operato in perdita e la copertura delle perdite accumulate è stata soltanto parziale. Alla fine del 2008, per esempio, si rilevavano 38,7 miliardi di euro di perdite accumulate dalle aziende (32,6 nelle regioni con piani di rientro e 6,1 nelle altre), di cui 24,7 miliardi di euro coperti da contributi assegnati, ma non ancora erogati e i rimanenti 14 miliardi non ancora coperti nemmeno in termini di assegnazione. Di qui le ben note difficoltà incontrate dalle aziende nel pagamento dei fornitori e nel rinnovo dei cespiti, ad esempio delle apparecchiature mediche. Negli anni successivi, e soprattutto a partire dal 2012, i Servizi Sanitari Regionali (SSR) hanno continuato a rilevare perdite, ma in misura sempre più contenuta.

Nel frattempo, sono diventati più stringenti e monitorati gli obblighi di copertura, cui si è aggiunta un ingente trasferimento di liquidità da parte dello Stato. A fine 2014, tutti i disavanzi risultavano così essere stati coperti, almeno in termini di assegnazione, per il complesso del SSN e per la maggioranza dei SSR individualmente considerati.

"I risultati conseguiti nel 2014 in termini di equilibrio finanziario", afferma il dottor Solipaca, "sono positivi e testimoniano l'efficacia delle regole di responsabilizzazione delle regioni sui



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

propri equilibri economico-finanziari, dei sistemi di monitoraggio della spesa e delle iniziative di "efficientamento" delle aziende sanitarie".

"Tuttavia", sottolinea il professor Ricciardi, "l'obiettivo dell'efficienza economica non deve essere confuso con quello dell'efficacia dei sistemi sanitari regionali, da valutare attraverso gli esiti delle attività di cura e assistenza sanitaria sui territori di competenza".

Tempi di pagamento in favore dei fornitori, ridotti del 35% in tre anni - Il tema dei tempi medi di pagamento e delle procedure con le quali la Pubblica Amministrazione paga il corrispettivo delle forniture di beni e servizi è, da diversi anni, uno snodo importante della situazione economica del nostro Paese ed è di stretta attualità in un periodo di crisi economica e finanziaria come quella che attraversa non solo l'Italia, ma la maggior parte dei Paesi dell'Occidente globalizzato. In questo contesto, il richiamo alla situazione delle strutture sanitarie è d'obbligo poiché, da un lato esse rappresentano uno dei principali settori di spesa per la categoria di beni e servizi e, dall'altro, sono le strutture che denunciano i maggiori deficit e i maggiori ritardi nei pagamenti in tutte le indagini disponibili.

Uno degli elementi di maggiore disfunzionalità delle Aziende Sanitarie è dato dal ritardo nei pagamenti dei fornitori. Infatti, il ritardo nei pagamenti può essere la spia di inefficienze amministrative ed eccessive rigidità delle procedure di spesa nelle Pubbliche Amministrazioni.

Per il calcolo di questo indicatore è stato usato l'indice *Days of Sales Outstanding* (DSO), che rappresenta il numero dei giorni che, mediamente, trascorrono dalla data di fatturazione alla data di incasso, ovvero il tempo medio di incasso di un'impresa fornitrice.

A livello nazionale, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche sono passati da 300 giorni nel 2011 a 195 giorni del 2014, con una riduzione del 35%. La riduzione dei tempi medi di pagamento si è verificata, in particolar modo, a partire dal 2012, con una diminuzione più marcata tra il 2013-2014, con un abbattimento dei tempi medi di pagamento del 24,7% in questi 2 anni.

Verosimilmente tale risultato è dovuto all'entrata in vigore del D. Lgs. n. 192/2012 che stabilisce come valore di riferimento un tempo pari o inferiore a 60 giorni. Tuttavia, sebbene la situazione sia nettamente migliorata nel quadriennio preso in analisi, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche si discostano ancora molto da quanto prescritto dalla normativa vigente e in particolare, dal D. Lgs. sopra citato.

È emerso un profondo divario tra le regioni. Infatti, se in tutte le regioni viene riscontrato un trend in diminuzione tra il 2011-2014, i dati anno per anno mostrano che non tutte le regioni hanno fatto il medesimo sforzo per ridurre i tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, con situazioni limite come in Piemonte e in Molise, in cui i DSO sono aumentati tra il 2011-2013, per poi ridursi nel 2014.

Altro elemento che mostra una forte eterogeneità tra le regioni è il valore minimo e massimo rilevato nei tempi medi di pagamento, per cui si passa dai 71 giorni nel 2014 in Valle d'Aosta, valore sostanzialmente in linea con quanto prescritto dalla normativa vigente, ai 794 giorni nel 2014 in Calabria, valore oltre dieci volte superiore a quanto prescritto dalla normativa vigente. In via generale, si riscontra come nelle regioni del Nord i tempi medi di pagamento siano mediamente più bassi del valore nazionale, mentre nelle regioni del Centro-Sud e Isole i tempi di pagamento siano più elevati del dato nazionale e ancora molto lontani dal benchmark.

Si spende sempre meno per il personale sanitario - Nel 2013 la spesa per il personale ammonta a 35,169 miliardi di euro, circa il 32% della spesa totale, e registra un decremento dell'1,4% medio annuo (-4,1% assoluto) nel periodo 2010-2013, a fronte di una riduzione media annua della spesa sanitaria dell'1% (-2,9% assoluto); è la voce di spesa del SSN che ha subito i tagli maggiori tra il 2010-2013.

La diminuzione della spesa è sostanzialmente il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale, portate avanti autonomamente dalle altre regioni, nonché dell'utilizzo di forme alternative (personale interinale) di acquisizione delle risorse umane.



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Rallenta la riduzione del personale sanitario - riduzione Prosegue anche nel 2013 la contrazione del personale, ma con un tasso inferiore rispetto agli anni precedenti; infatti nel 2013 sono state assunte 85,6 persone ogni 100 pensionati, nel 2012 il rapporto si attestava a 68,9 ogni 100.

Il rallentamento della riduzione del personale è un fatto positivo, spiega il dottor Solipaca, ma non va dimenticato che le riduzioni di personale sono state più consistenti nelle regioni con maggiori deficit di bilancio. Il fattore preoccupante per la sanità pubblica è che i tagli di personale operati nel corso degli ultimi anni potrebbero produrre degli effetti sull'erogazione e sulla qualità dell'assistenza, e per di più in maniera differenziata nelle diverse aree del Paese.

Assistenza domiciliare e lungo degenza per anziani e disabili ancora carente rispetto a altri paesi – All'aumento incessante della popolazione anziana nel paese, non corrisponde un adeguato aumento dell'assistenza sul territorio e dell'erogazione dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI), nonché dei **posti letto in residenze di lungodegenza, dedicate proprio a disabili e anziani**. Dal Rapporto, spiega il professor **Gianfranco Damiani**, dell'Istituto di Sanità Pubblica – Università Cattolica di Roma, emerge infatti che l'Adi ha riguardato in un anno 733.000 assistiti (12/1000 residenti) **di cui oltre l'83% anziani (circa 611.000) pari a 50/1000 residenti ultra 65enni**. L'Adi funziona soprattutto al Centro, si osserva un gradiente geografico decrescente Centro, Nord, Sud (tasso anziani assistiti rispettivamente 68 per 1000, 53 per 1000, 36 per 1000). Si tratta ancora di valori insufficienti rispetto agli altri paesi Ocse in cui in media sono assistiti in Adi 70 anziani su 1000; il valore ottimale previsto è di oltre 100 anziani su 1000.

L'Italia resta indietro anche sul fronte della residenzialità socio-sanitaria per lungo-assistenza: la rete complessiva è di **4,5 posti letto per 1000 abitanti; in particolare risulta carente il numero di posti letto per gli ultra65enni** pari a 20 pl/1000, contro una media Ocse di 50/1000 e un valore ottimale raccomandato di 70/1000). Per quanto riguarda la disponibilità di posti letto si osserva un gradiente geografico decrescente Nord-Sud e si passa da un massimo di 10/1000 in Piemonte a un minimo di 1/1000 in Campania (per pazienti anziani si va da un massimo di 43/1000 della PA di Bolzano al minimo della Campania 0,3/1000).

Gli ospiti dei presidi sono complessivamente 310.000 di cui l'85% anziani (264.000). Si noti quindi che la somma degli interventi offerti dal SSN a disabili e anziani non autosufficienti supera di poco il milione di persone a fronte di dati amministrativi e stime che posizionano il numero di non autosufficienti e disabili gravi tra il milione e mezzo e i due milioni.

«Da questi risultati – sottolinea il professor Damiani - emerge la necessità di affrontare sia la cronicità sia la non autosufficienza sempre meno attraverso un dispendioso e frammentato approccio prestazionale, lasciando individui e famiglie "soli" nel ricorso ad una granularità di servizi che tendono inevitabilmente a crescere nei volumi e a manifestare livelli di inappropriata se è insufficiente una 'regia proattiva di tutela' che miri a **intercettare precocemente le persone con necessità sanitarie di lungo periodo a seguirle in maniera coordinata nella rete dei servizi anche attraverso predefiniti percorsi assistenziali**». Questo significa lo sviluppo da parte delle regioni di una matura e sostenibile "presa in carico di questi assistiti" **attraverso dei programmi di comunità per le popolazioni con bisogni di assistenza di lunga residenti nelle regioni e la produzione a livello locale di piani di assistenza personalizzati per ciascun assistito che predefiniscano interventi per la durata di almeno un anno.**

Prevenzione, cenerentola italiana, pochi investimenti e cittadini disattenti – La spesa per la prevenzione (che comprende, oltre alle attività di prevenzione rivolte alla persona come, ad esempio, vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, la Sanità Pubblica veterinaria e la tutela igienico-sanitaria degli



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

alimenti) ammonta in Italia a circa 4,9 miliardi di euro e rappresenta il 4,2% (dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) della spesa sanitaria pubblica. La percentuale di spesa per la prevenzione prevista dal Piano Sanitario Nazionale (livello fissato nel Patto per la Salute 2010-2012) è del 5%. Sono poche le regioni che raggiungono tale livello e a livello nazionale mancano "all'appello" 930 milioni di euro da dedicare alla prevenzione.

Secondo dati OCSE (che indicano che la spesa per la prevenzione è cresciuta del 5,6% annuo nel periodo 2005-2009, mentre si è poi ridotta mediamente dello 0,3% annuo tra 2009-2013,), anche in Italia uno dei settori che fino ad oggi ha subito di più le politiche di razionamento è quello della prevenzione: infatti, è facile tagliare gli investimenti alle politiche di prevenzione che, come si sa, danno spesso il loro ritorno a distanza di anni, tempo giudicato incompatibile con l'orizzonte temporale di chi è costantemente alle prese con i bilanci annuali o le campagne elettorali. Eppure è ben conosciuto l'impatto in termini economici della "mancata prevenzione": un'imponente lievitazione della spesa sanitaria per il peggioramento delle condizioni di salute della popolazione e, quindi, un aumento della domanda e dei bisogni socio-sanitari, in particolare per la disabilità legata all'aumentata prevalenza delle patologie croniche.

Il quadro che si configura nel nostro Paese è caratterizzato, inoltre, da una scarsa attenzione da parte dei cittadini alla tutela della propria salute, segnato da una scarsa percezione del rischio e/o da una irresponsabilità personale alquanto diffusa che può, per questo, essere annoverata tra i problemi che negli ultimi decenni stanno contribuendo a orientare la "nave" della sanità nella direzione della "tempesta perfetta", ossia una situazione in cui, a causa dei diversi fattori, il nostro SSN potrebbe incontrare seri rischi di non servire adeguatamente i suoi "passeggeri".