



Osservatorio Uil Roma e Lazio - Eures sulla qualità e la trasparenza del Sistema Sanitario Regionale

I numeri della sanità del Lazio nel panorama italiano ed europeo

Approfondimento Osservatorio Sanità 1/2016

Indice

Introduzione	4
1. Il bilancio Regionale	5
1.1. Entrate e spese	5
1.2. L'indebitamento	7
2. La spesa a carico dei cittadini e stima dei costi del risanamento sanitario	12
3. La gestione sanitaria	18
3.1 Le fonti di finanziamento del SSR	18
3.1.1 Fiscalità generale regionale	19
3.1.2 Le entrate proprie delle aziende del SSR	21
3.1.3 Bilancio dello Stato: compartecipazione IVA e finanziamento SSR	24
3.2 La spesa farmaceutica	25
4. Le "dimensioni" dell'offerta	32
4.1 Il personale	32
4.2 L'offerta di servizi sanitari regionale	39
4.3 La mobilità sanitaria interregionale	48
4.4 Monitoraggio e verifica dei LEA	53

Introduzione

L'Osservatorio sui costi e l'efficienza della sanità regionale, nato dal rapporto di collaborazione tra la UIL di Roma e del Lazio e l'Istituto Eures Ricerche Economiche e Sociali, propone a distanza di due anni dalle prime analisi al riguardo, una seconda indagine di approfondimento sullo "stato" della sanità regionale: un settore, questo, che sia per i numerosi interventi di riforma che l'hanno interessato, sia per le persistenti inefficienze organizzative e gestionali, continua a rappresentare un ambito di particolare fragilità organizzativa e finanziaria, molto al di là dei parziali risultati ottenuti e dei periodici annunci sul suo risanamento e/o sul rafforzamento della sua efficienza, efficacia e qualità del servizio offerto.

Se a 8 anni dall'approvazione del Piano di Rientro regionale sono riscontrabili importanti progressi sotto il profilo finanziario che hanno prodotto un significativo miglioramento dei conti pubblici (anche se, ad oggi, permane una pressante situazione debitoria e non si è ancora giunti al raggiungimento dell'equilibrio finanziario), ciò è avvenuto anche riducendo la quantità e la qualità dell'offerta sanitaria erogata: si evidenziano, infatti, importanti criticità nell'accesso alle cure e ai servizi assistenziali (allungamento delle liste d'attesa, riduzione dei posti letto in regime ospedaliero, ricorso al privato "per necessità", ecc.), che richiederebbero un ripensamento finalizzato a garantire una effettiva ed universale accessibilità ad un servizio sanitario pubblico di qualità per tutti i cittadini.

Gli oneri del risanamento dei conti pubblici sono stati peraltro pagati dai cittadini attraverso una crescente pressione fiscale ed un aumento delle compartecipazioni private alla spesa, cui non ha affatto corrisposto la garanzia del mantenimento dei servizi e delle prestazioni erogate dal pubblico.

Ciò premesso – al pari di quanto realizzato nella precedente edizione (anno 2014) del Rapporto sulla qualità e la gestione della sanità pubblica del Lazio – la presente analisi muoverà da un'osservazione di carattere generale sulla situazione finanziaria regionale, concentrando successivamente l'attenzione sugli effetti delle politiche di risanamento sui cittadini, sia in termini di "extracosti" di natura fiscale sia in merito alle difficoltà di accesso ai servizi.

Il presente Rapporto risulta articolato in quattro capitoli, rispondenti ai principali gruppi di obiettivi sopra indicati: dopo un primo complessivo inquadramento della situazione finanziaria regionale e, nello specifico, della situazione debitoria, realizzati nel capitolo 1, il lavoro si propone di approfondire quali siano stati gli effetti delle politiche di risparmio sull'impegno economico richiesto alle famiglie (e alle imprese) analizzando, nel dettaglio, tutte le voci che concorrono - direttamente o indirettamente - al finanziamento della spesa sanitaria (capitoli 2 e 3); l'ultimo capitolo ospita infine un'analisi della riduzione delle "dimensioni" dell'offerta sanitaria regionale conseguente alle politiche di rientro, sia sul fronte delle risorse umane coinvolte, sia in termini di numerosità dei servizi erogati.

1. Il bilancio Regionale

L'analisi dei documenti contabili rappresenta una fonte di studio essenziale per comprendere e analizzare in maniera critica la gestione sanitaria regionale in termini strettamente economico-finanziari. Sotto il profilo normativo l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari è delegata alle Regioni, le quali hanno pieno potere in materia di programmazione, finanziamento, organizzazione, funzionamento e controllo delle attività, oltre che una discreta autonomia contabile in materia sanitaria – la determinazione dell'ammontare delle risorse complessive rimane tuttavia di competenza del Governo centrale –, nonché la responsabilità per i risultati finali di gestione, sia in termini finanziari sia di qualità del servizio offerto.

Prima di procedere all'analisi della contabilità sanitaria vera e propria, appare dunque utile una ricognizione generale delle principali macrovoci del bilancio regionale, pervenendo così a valutazioni complessive, approfondendo successivamente l'analisi del comparto sanitario, che rappresenta il settore di competenza regionale più rilevante sia in termini di spesa (nel Lazio l'82% del totale della spesa corrente per missioni afferisce a tale comparto), sia in termini di risorse impegnate.

1.1. Entrate e spese

Sul fronte delle entrate i dati desunti dai bilanci regionali evidenziano come negli ultimi anni, anche a seguito della riduzione dei trasferimenti pubblici agli enti locali, sia progressivamente aumentata l'autonomia finanziaria regionale (fino al 2014 sono disponibili i dati di rendiconto mentre per il triennio 2015-2017 sono stati utilizzati i documenti di previsione): se nel 2013 le entrate derivanti da trasferimenti costituivano infatti l'11,3% del totale delle entrate correnti (1,6 miliardi di euro in valori assoluti), tale percentuale scende al 7,1% nel 2014 (quasi 920 milioni), al 5,4% nel 2015 (800 milioni) e al 5,9% nel 2016 (879 milioni di euro); sul fronte opposto, la percentuale di entrate proprie – costituite, oltre che dal totale dei tributi regionali, anche dalle entrate extratributarie, ovvero le risorse proprie determinate dai proventi per servizi pubblici e per utilizzo di beni – passa dall'88,7% nel 2013 (quasi 12,5 miliardi di euro in valori assoluti) al 94,1% nel 2016 (quasi 14 miliardi).

Più in particolare, l'incremento delle entrate proprie è imputabile agli aumenti fiscali, che tra il 2013 e il 2016 evidenziano una crescita complessiva pari a 1,2 miliardi di euro (passando da 12,3 a 13,5 miliardi, con una variazione pari a +10,1%), imputabile in primo luogo all'aumento della compartecipazione IVA sulla spesa sanitaria (+19,4% nello stesso periodo), ma anche al consistente incremento della componente extratributaria, che tra il 2013 e il 2016 evidenzia una forte dinamica di crescita (+135%, pari a +250 milioni di euro in valori assoluti).

Le entrate destinate al finanziamento della spesa sanitaria – che verranno trattate ampiamente in seguito – rappresentano quasi i tre quarti del totale degli introiti correnti del bilancio regionale (il 73,4% nel 2016). Tali entrate sono costituite in misura maggioritaria da tributi propri e, solo in minima parte, da trasferimenti statali del Fondo Sanitario Nazionale; più in particolare, concorrono al finanziamento della spesa sanitaria quasi l'intero importo del gettito IRPEF, IRAP e la compartecipazione IVA erogata dallo Stato per il finanziamento della sanità, oltre a una quota minoritaria costituita da finanziamenti pubblici per la copertura delle spese sanitarie vincolate.

Tabella 1 – Le fonti di finanziamento regionale: le entrate proprie e i trasferimenti.
Anni 2013-2017*, valori assoluti in MLN di euro.

	2013	2014	2015	2016	2017
ENTRATE PROPRIE	12.468,5	12.072,0	13.978,8	13.958,4	14.014,4
Entrate tributarie	12.284,5	11.863,1	13.800,3	13.526,1	13.626,1
IRPEF	1.913,0	1.377,8	1.934,7	1.966,1	1.966,1
IRAP	4.648,1	4.146,9	5.129,8	4.961,6	4.961,6
IVA**	4.859,9	5.468,0	5.728,5	5.800,6	5.800,6
Tassa di circolazione veicoli	608,5	609,3	775,0	642,0	642,0
Altre imposte e tasse	255,0	261,2	232,3	155,9	255,9
Entrate extratributarie	184,0	208,9	178,5	432,3	388,3
TRASFERIMENTI	1.592,3	916,9	802,1	879,2	759,4
Da parte di AA.PP.	794,8	910,2	693,4	739,1	692,8
Da parte dell'UE	796,7	2,5	107,4	125,1	66,5
Altri trasferimenti	0,0	4,1	1,3	15,0	0,0
TOTALE ENTRATE CORRENTI	14.060,8	12.988,9	14.780,9	14.837,6	14.773,8

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali sui dati di Bilancio della Regione Lazio *Per l'anno 2014 si tratta di dati di rendiconto, per gli anni 2015-2017 sono stati utilizzati i bilanci di previsione **tra i tributi regionali è stata inserita anche l'IVA poiché, pur essendo un'imposta nazionale, una quota del gettito complessivo (determinata in base ai consumi regionali calcolata dall'Istat) è ridistribuita agli enti territoriali sotto forma di compartecipazione alla spesa rappresentando dunque un'entrata perequativa.

Tabella 2 – Le fonti di finanziamento regionale: le entrate proprie e i trasferimenti.
Anni 2013-2017*, composizione %.

	2013	2014	2015	2016	2017
ENTRATE PROPRIE	88,7	92,9	94,6	94,1	94,9
Entrate tributarie	87,4	91,3	93,4	91,2	92,2
IRPEF	13,6	10,6	13,1	13,3	13,3
IRAP	33,1	31,9	34,7	33,4	33,6
IVA**	34,6	42,1	38,8	39,1	39,3
Tassa di circolazione veicoli	4,3	4,7	5,2	4,3	4,3
Altre imposte e tasse	1,8	2,0	1,6	1,1	1,7
Entrate extratributarie	1,3	1,6	1,2	2,9	2,6
TRASFERIMENTI	11,3	7,1	5,4	5,9	5,1
Da parte di AA.PP.	5,7	7,0	4,7	5,0	4,7
Da parte dell'UE	5,7	0,0	0,7	0,8	0,5
Altri trasferimenti	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
TOTALE ENTRATE CORRENTI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali sui dati di Bilancio della Regione Lazio

Sul fronte della spesa è interessante osservare come le risorse destinate alla erogazione dei servizi sanitari e alla tutela della salute costituiscano una quota particolarmente consistente del totale delle spese per missioni.

Nel dettaglio, facendo riferimento alle previsioni relative all'anno 2016 ed escludendo dall'analisi le spese per accantonamento e le componenti finanziarie del bilancio regionale, la spesa sanitaria assorbe infatti l'82,1% del totale delle spese per missioni (12,1 miliardi di euro su un totale di 16,4), percentuale che scende al 74,6% considerando la sola componente corrente della spesa (11,9 miliardi di euro su un totale di quasi 14,7).

Tabella 3 – Le spese. Anni 2013-2017*, valori assoluti in MLN di euro.

	2013	2014	2015	2016	2017
Spesa corrente per missioni	14.681,4	14.745,3	14.402,6	14.656,5	14.083,2
-di cui sanità	12.307,9	11.325,8	11.835,1	11.899,0	11.865,5
Totale spesa per missioni	17.192,1	15.771,4	16.059,3	16.368,9	14.966,3
-di cui sanità	13.112,4	11.683,0	12.177,1	12.206,1	12.170,5
Fondi e accantonamenti	0,0	0,0	754,0	7.723,1	6.874,8
Debito pubblico	422,7	527,5	630,4	550,9	711,3
Anticipazioni finanziarie	7.060,5	4.332,9	1.468,4	1.429,9	15,0
Servizi per conto terzi	17.064,2	10.029,6	16.379,8	10.874,0	10.885,9
TOTALE	41.739,5	30.661,4	35.291,8	39.946,8	33.453,4

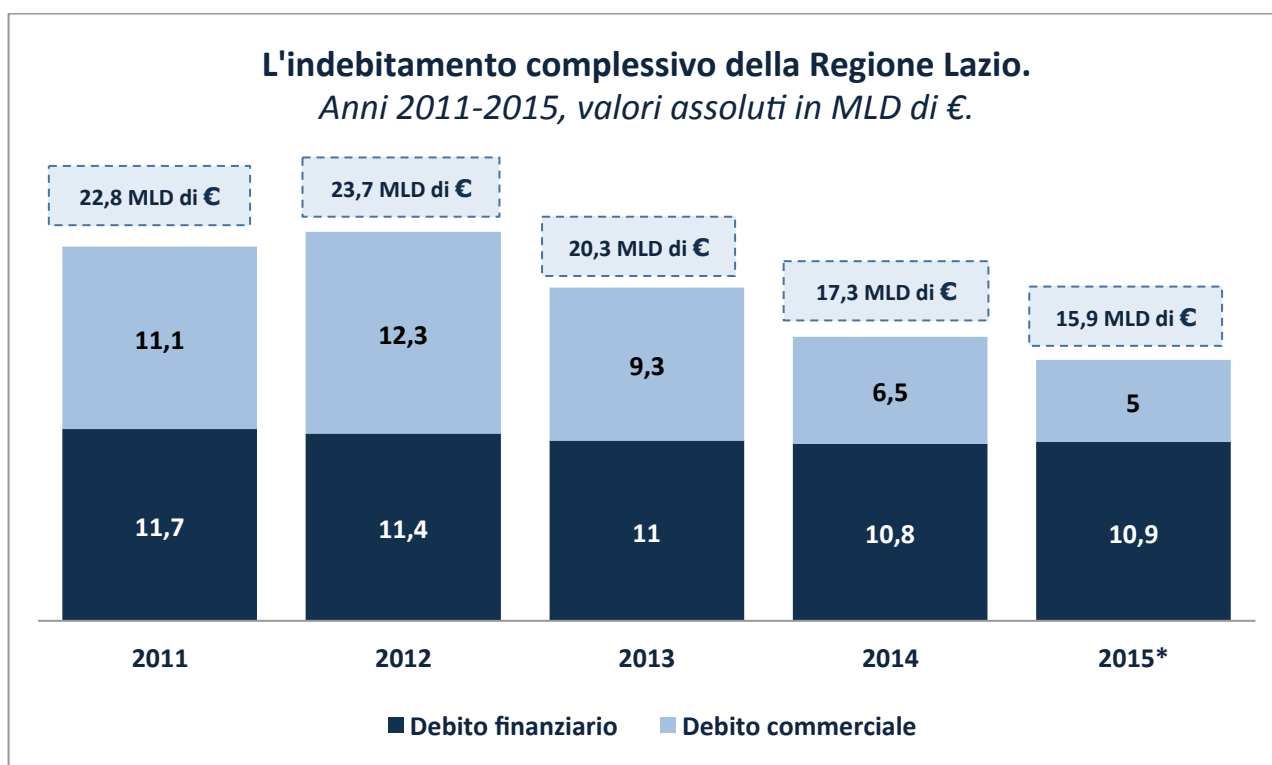
Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali sui dati di Bilancio della Regione Lazio *Per l'anno 2014 si tratta di dati di rendiconto, per gli anni 2015-2017 sono stati utilizzati i bilanci di previsione

1.2. L'indebitamento

Un tema oggi ineludibile sia per un inquadramento della situazione finanziaria regionale sia per una possibile lettura delle scelte politiche e gestionali operate dall'Amministrazione Regionale è costituito dall'analisi della situazione debitoria che, al pari di quanto già evidenziato nell'analisi da noi realizzata nel 2014, continua a presentare una progressiva riduzione: nel 2015 il debito della Regione Lazio scende infatti a 15,9 miliardi di euro, a fronte di 17,3 miliardi rilevati nell'annualità precedente ed agli oltre 20 miliardi del 2013. Tale dinamica è riconducibile alla riduzione della componente commerciale del debito (che tra il 2014 e il 2015 passa da 6,5 a 5 miliardi di euro), diretta conseguenza dell'accordo firmato con il Governo nel 2013 per l'anticipazione di somme destinate al pagamento dei debiti della PA, mentre i debiti finanziari (ovvero quelli maturati verso banche e istituti di credito, nonché istituti di previdenza e sicurezza sociale) risultano addirittura in leggera crescita (passando da 10,8 a 10,9 miliardi di euro); si tratta, in questo caso, di mutui e debiti a lungo termine, con interessi particolarmente onerosi, il cui "abbattimento" richiederebbe risorse attualmente non disponibili.

La forte difficoltà di contrazione della componente finanziaria del debito regionale, infatti, deriva dalla consistente spesa per il servizio del debito – costituito dagli interessi passivi da corrispondere ai detentori delle obbligazioni e dalla quota annua di ammortamento dei mutui – che annualmente grava sulle casse regionali: in base ai

dati desunti dagli ultimi bilanci regionali, infatti, il costo complessivo del debito ammonta a oltre mezzo miliardo di euro annuo (nello specifico, con riferimento al 2016 si tratta di 551 milioni di euro).



Fonte: Elaborazioni Uil Roma e Lazio - Eures - Osservatorio sul debito regionale

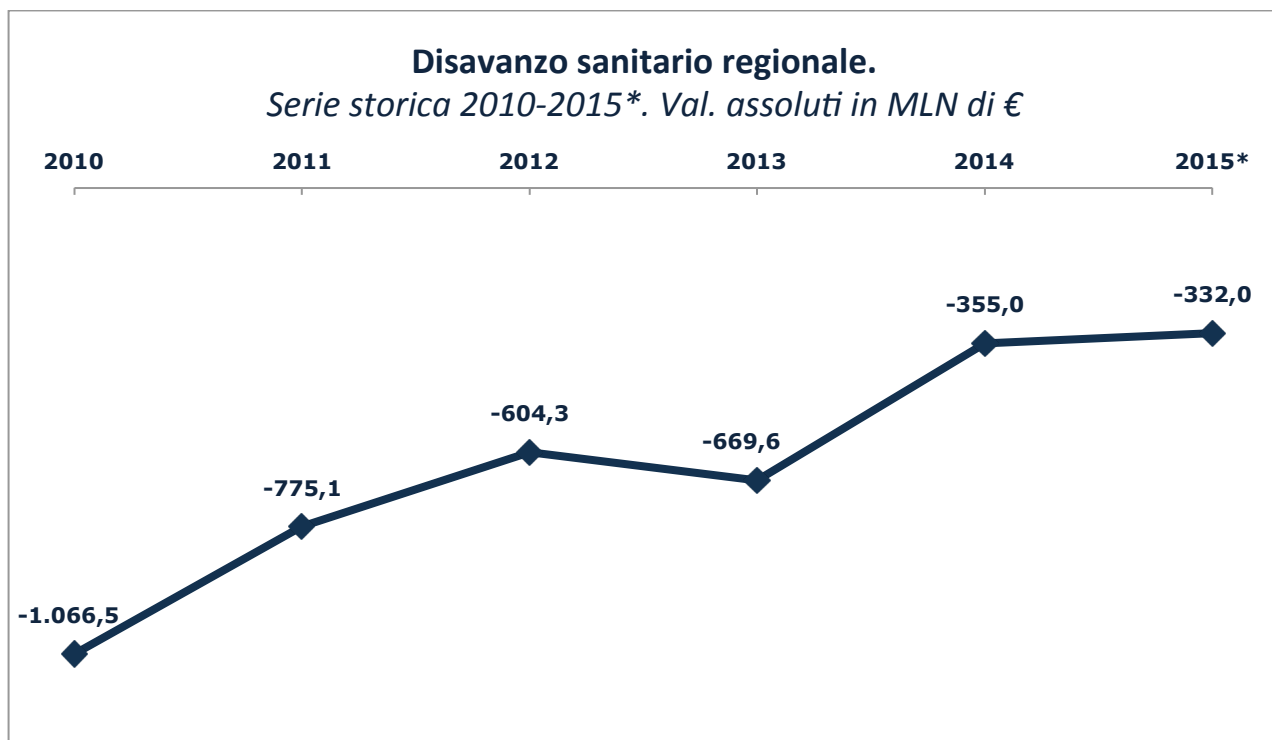
Tabella 4 – Il costo del servizio del debito.
Anni 2013-2017*, valori assoluti in MLN di euro.

	2013	2014	2015	2016	2017
Quota interessi	254,9	277,2	347,7	315,0	421,0
Quota ammortamento mutui	167,8	250,4	282,6	235,9	290,4
Totale servizio del debito	422,7	527,5	630,4	550,9	711,3

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Regione Lazio Bilanci regionali

Passando all'analisi degli indicatori finanziari relativi al solo settore della sanità, cui è imputabile una quota fortemente maggioritaria del debito regionale, occorre in primo luogo evidenziare come anche la serie storica relativa al disavanzo sanitario regionale risulti caratterizzata da una forte dinamica decrescente, pur mantenendosi ancora distante dal suo auspicato azzeramento: tra il 2010 e il 2015 il disavanzo passa infatti da -1 miliardo di euro circa a -332 milioni, con un risultato apprezzabile tra il 2010 e il 2011 (da -1 miliardo a -775 milioni) e tra il 2013 e il 2014 (quando è sceso da 670 a 355 milioni di euro) ed un leggero incremento proprio nell'ultimo anno.

Occorre peraltro considerare, nella lettura di tali risultati, che il dato relativo al deficit sanitario contiene anche l'impegno di spesa destinato al pagamento del servizio del debito e che, in assenza di tale onere, il risultato di bilancio si muoverebbe su un terreno di equilibrio, se non addirittura positivo.

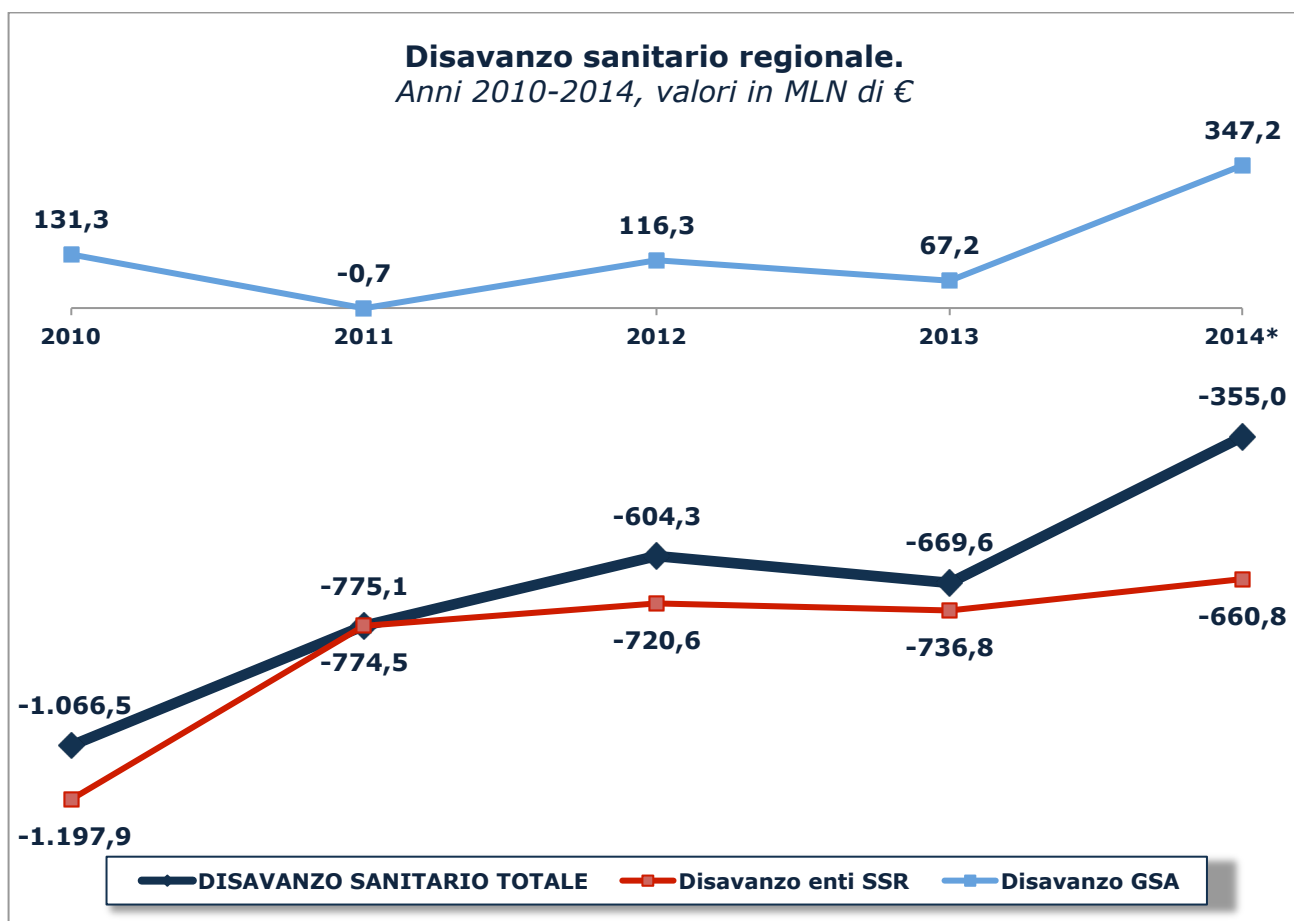


Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Corte dei Conti e Programma Operativo Regione Lazio 2016-2018
*comunicato regionale

La dinamica decrescente del deficit sopra osservata deriva dal risultato di esercizio della Gestione Sanitaria Accentrata¹, mentre le aziende del SSR continuano a presentare, in termini complessivi, un risultato finanziario in perdita (in dettaglio, la GSA riporta un avanzo di quasi 350 milioni, a fronte di un deficit di -660,8 milioni di euro registrato dagli enti del SSR, quali le ASL e le Aziende Ospedaliere autonome).

In base alla relazione della Corte dei Conti sul rendiconto finanziario della Regione Lazio nell'anno 2014, tuttavia, questo risultato "non risulta conseguente ad un intervento strutturale migliorativo derivante dalla capacità di gestione dell'attività demandata ai vertici regionali/GSA, bensì a fattori esogeni e straordinari": le due principali cause della contrazione del disavanzo regionale sono infatti da ricollegare all'incremento dei contributi dalla Regione a favore della Gestione Sanitaria Accentrata (da 145 milioni nel 2013 a 381 milioni nel 2014) e allo svincolo del fondo accantonato verso il Policlinico Gemelli (con Decreto del Commissario ad Acta n. 339/2014), del valore di 68,7 milioni di euro.

¹ la GSA, istituita con D.Lgs. n. 118/2011, è il centro di responsabilità regionale deputato all'introduzione e alla tenuta della contabilità economico-patrimoniale del settore sanitario e atta a rilevare i rapporti economici e finanziari intercorrenti tra Regione, Stato, ASL e altri enti del SSR in merito alle operazioni finanziate con risorse destinate alla sanità.



Fonte: Elaborazioni Eures – UIL Roma e Lazio su dati Corte dei Conti e Programma Operativo Regione Lazio 2016-2018
*il risultato regionale non corrisponde alla somma algebrica del disavanzo degli enti SSR e della GSA perché il dato complessivo regionale è stato desunto dal Piano Operativo Triennale 2016-2018 e risulta più aggiornato rispetto al rapporto Corte dei Conti da cui è stata estratta la presente analisi di confronto.

Tabella 5 – Disavanzo sanitario della Regione Lazio.
Anni 2010-2014, valori assoluti in MLN di euro.

	2010	2011	2012	2013	2014*
Risultato enti SSR	-1.197,9	-774,5	-720,6	-736,8	-660,8
Risultato Gestione Sanitaria Accentrata	131,3	-0,7	116,3	67,2	347,2
Disavanzo totale	-1.066,5	-775,1	-604,3	-669,6	-355,0

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Corte dei Conti e Programma Operativo Regione Lazio 2016-2018
*il risultato regionale non corrisponde alla somma algebrica del disavanzo degli enti SSR e della GSA perché il dato complessivo regionale è stato desunto dal Piano Operativo Triennale 2016-2018 e risulta più aggiornato rispetto al rapporto Corte dei Conti da cui è stata estratta la presente analisi di confronto.

Passando ad analizzare il deficit delle singole aziende sanitarie, si evidenzia come, in linea generale, nell'anno 2014 i bilanci delle ASL si siano chiusi in una situazione di sostanziale pareggio, mentre il disavanzo registrato sia esclusivamente imputabile alla performance delle Aziende Ospedaliere, che chiudono tutte in deficit: tra queste è l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini a registrare il risultato peggiore (-158,6 milioni di euro), seguita dal San Filippo Neri (-104,6 milioni), dall'ospedale San Giovanni (-91,6 milioni), dal Policlinico Umberto I (-89,2 milioni) e dal Policlinico Tor Vergata (-73,6 milioni).

Tabella 6 – Disavanzo enti SSR. Dettaglio. Anni 2010-2014, valori assoluti in MLN di euro.

	2010	2011	2012	2013	2014
ASL RM/A	-18,8	-3,6	8,8	-4,3	0,000
ASL RM/B	-115,0	-66,8	-42,8	-19,4	0,006
ASL RM/C	-123,5	-86,8	-1,3	-10,4	-0,002
ASL RM/D	-12,5	-39,9	0,0	-4,7	0,003
ASL RM/E	-95,6	-55,9	-1,4	-2,5	0,004
ASL RM/F	-8,3	19,3	0,1	-1,2	0,002
ASL RM/G	-32,8	-9,4	-23,5	-5,9	0,011
ASL RM/H	-85,0	-56,9	-32,3	-7,2	-0,004
ASL Frosinone	71,1	89,9	0	-5,0	0,000
ASL Latina	-6,4	39,2	0	-3,3	-0,002
ASL Rieti	-18,2	-12,9	-15,4	-4,4	-0,007
ASL Viterbo	-26,8	-9,6	-6,3	-5,6	0,007
Totale ASL	-471,7	-113,6	-114,0	-73,9	0,018
AO San Camillo Forlanini	-191,5	-182,9	-135,5	-151,3	-158,6
AO San Giovanni Addolorata	-103,2	-94,1	-90,1	-102,3	-91,6
AO San Filippo Neri	-89,0	-102,9	-105,1	-96,8	-104,6
Policlinico Sant'Andrea	-55,2	-47,9	-52,6	-56,9	-53,7
Policlinico Tor Vergata	-81,8	-60,4	-57,1	-73,4	-73,6
Policlinico Umberto I	-109,4	-80,5	-78,3	-77,3	-89,2
IFO	-62,7	-64,1	-59,7	-54,4	-42,6
Spallanzani	-27,6	-20,1	-11,0	-20,8	-27,4
ARES 118	-5,7	-8,0	-17,1	-29,7	-19,6
Totale AO, AOU, IRCCS, ARES 118	-726,1	-660,9	-606,5	-662,9	-660,8
Totale	-1.197,9	-775,1	-720,6	-736,8	-660,8

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio Eures - su dati Corte dei Conti

2. La spesa a carico dei cittadini e stima dei costi del risanamento sanitario

Se, come evidenziato dalla Relazione della Corte dei Conti sul rendiconto finanziario 2014 della Regione Lazio, la riduzione del disavanzo sanitario non è dovuta a interventi organizzativi e gestionali di carattere strutturale, i veri "protagonisti" della dinamica evidenziata sono stati i cittadini e le imprese del Lazio, che si sono fatti carico di un importante incremento della spesa destinata alla sanità.

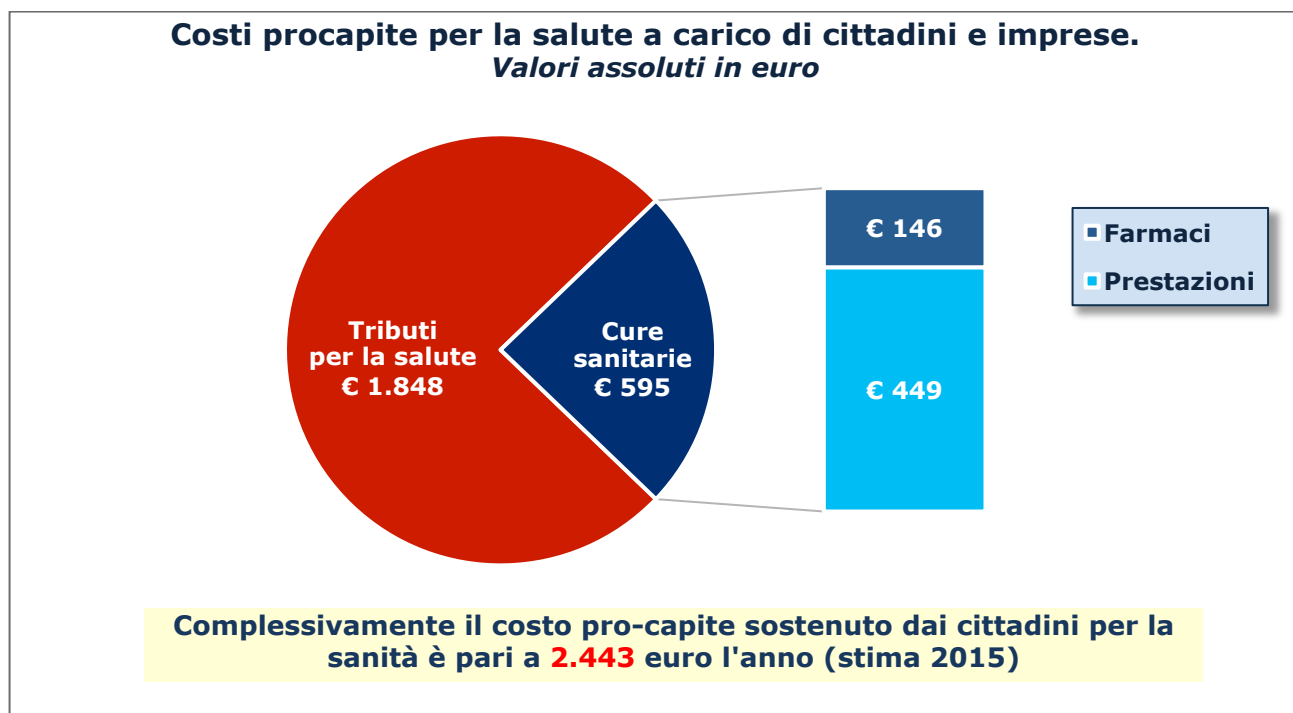
Sulla base di tale premessa il presente capitolo si propone di analizzare il costo della sanità sostenuto dai cittadini del Lazio approfondendone, in dettaglio, gli aggravii derivanti sia dalle politiche di razionalizzazione della spesa (e quindi dei servizi) che hanno accompagnato e continuano ad accompagnare la lunga fase del Commissariamento del settore, ma anche dagli aumenti fiscali destinati al risanamento finanziario della sanità regionale.

In base agli ultimi dati disponibili, il costo pro-capite che ciascun cittadino versa per la salute (attraverso le tasse e, secondariamente, la spesa sostenuta per le cure sanitarie) si attesta infatti a ben 2.443 euro l'anno, per una spesa complessiva di 14,4 miliardi di euro. Con riferimento alla sola imposizione fiscale, la "quota" di tributi che i cittadini hanno pagato per il finanziamento della spesa sanitaria si attesta nel 2015 a ben 1.848 euro pro capite (pari a una spesa totale di quasi 11 miliardi di euro, ovvero il 75,5% della spesa complessivamente sostenuta dai cittadini per la tutela della salute); nel dettaglio, i tributi destinati al finanziamento della sanità sono costituiti dalla quota maggioritaria dell'addizionale regionale all'Irpef (1,3 miliardi di euro, pari a 222 euro annui in termini pro capite), dalla quasi totalità del gettito derivante dall'Irap (3,9 miliardi, pari a un importo pro capite di 661 euro) e da una quota del gettito IVA (pagata annualmente dai cittadini e dalle imprese), che tuttavia non rappresenta un'imposta diretta ma è trasferita dallo Stato alle regioni sotto forma di compartecipazione (nel Lazio pari complessivamente a 5,7 miliardi, ovvero 694 euro in termini pro capite). I costi relativi alle cure sanitarie, invece, rappresentano il 24,3% del totale della spesa (595 euro pro capite l'anno e 3,5 miliardi di euro complessivi), e sono costituiti dal costo delle prestazioni sanitarie – pari a 449 euro annui in valori pro capite – e dalla spesa privata per l'acquisto dei farmaci, pari a 146 euro annui (nel dettaglio si tratta di 53 euro per la quota privata dei farmaci di fascia A, 52 euro per i farmaci di fascia C e 42 euro per i farmaci di automedicazione).

A tale riguardo, in termini generali (per un maggiore approfondimento sulle spese farmaceutiche sostenute dai cittadini si rimanda al paragrafo 3.2 del presente rapporto), appare di particolare interesse sottolineare il significativo aumento della spesa farmaceutica sostenuta negli ultimi anni dai cittadini anche per i farmaci di fascia A (ovvero quelli "essenziali", necessari per la cura di gravi patologie e malattie croniche), per effetto dell'aumento della quota a carico dei privati e del significativo incremento del costo del ticket regionale.

Per quanto riguarda, infine, il costo delle prestazioni sostenuto dai cittadini, colpisce il fatto che ad assorbire la quasi totalità della spesa pro-capite (408 euro su

un totale di 449 euro annui) sia il settore privato - dove il costo è interamente sostenuto dal paziente; la spesa per i ticket per le prestazioni pubbliche ammonta infatti ad appena 20 euro pro capite, mentre il costo delle prestazioni erogate in intramoenia è pari a 21 euro, confermando le evidenti carenze di un sistema pubblico sempre meno capace di garantire un adeguato accesso alle cure ai propri cittadini.



Fonte: Stime UIL Roma e Lazio - Eures

Tabella 1 – Costi per la salute a carico dei cittadini (e delle imprese).
Ultimi anni disponibili*. Costi complessivi (in MLN di €) e pro capite (in €).

	Costi complessivi		Costo pro capite (in €)
	Valori assoluti (in MLN di €)	Composizione %	
Tributi per la salute	10.885	75,7	1.848
IRPEF	1.309	9,1	222
IRAP	3.895	27,1	661
IVA	5.681	39,5	964
Cure sanitarie	3.503	24,4	595
Farmaci	862	6,0	146
- Fascia A	312	2,2	53
- Fascia C	304	2,1	52
- Automedicazione	246	1,7	42
Prestazioni	2.641	18,4	449
- pubbliche (compartecipazioni)	117	0,8	20
- intramoenia	122	0,8	21
- private	2.402	16,7	408
Totale	14.388	100,0	2.443

Fonte: Stime UIL Roma e Lazio - Eures *I dati relativi alle prestazioni in intramoenia sono relativi all'anno 2013, quelli sulle prestazioni private al 2014 mentre, per tutti gli altri dati, si fa riferimento all'anno 2015.

Muovendo dai dati preliminari sopra illustrati (in linea con l'analisi realizzata nella precedente edizione del Rapporto), sono stati stimati i costi del risanamento che nel 2015 hanno gravato sui cittadini e sulle imprese laziali, attraverso l'analisi delle principali voci di spesa che hanno subito un aumento a seguito dell'introduzione del Piano di Rientro del 2007.

Le procedure di stima, realizzate attingendo a fonti diverse (Bilanci regionali, banca dati del Ministero della Salute, Istat, Rapporto Osmed, ecc.) differiscono in parte dai risultati ottenuti nel lavoro precedente, sia perché ai costi fiscali è stata aggiunta la compartecipazione IVA destinata al finanziamento della spesa sanitaria - che quindi ha contribuito a incrementare il valore complessivo degli aggravii fiscali per cittadini e imprese - sia perché sono state inserite alcune correzioni nel calcolo degli "extracosti" relativi alle cure sanitarie, che hanno contribuito a rendere più puntuale la determinazione dell'incremento della spesa (ad esempio, non è stata considerata la compartecipazione per i ticket sulle cure termali, non più mutuabili, e sono state altresì escluse le cure odontoiatriche dalla spesa per le prestazioni, poiché relative ad un mercato quasi esclusivamente privato, indipendentemente dalle politiche di razionalizzazione della spesa avviate negli ultimi anni).

Ciò premesso, è possibile stimare in 2,3 miliardi di euro il costo complessivamente sostenuto nel 2015 dai cittadini e dalle imprese del Lazio per il risanamento dei conti della sanità.

Nello specifico, circa un miliardo di euro grava direttamente sui cittadini sotto forma di addizionale regionale all'IRPEF (475 milioni di euro) e spesa per farmaci e prestazioni (524 milioni di euro), mentre le imprese sostengono il risanamento con 743 milioni di euro annui derivanti dall'aumento dell'aliquota ordinaria IRAP. A questa cifra è necessario aggiungere circa mezzo miliardo di euro (516 milioni) derivante dall'incremento dell'aliquota IVA, che ha determinato un aumento del gettito complessivo nazionale e, conseguentemente, del finanziamento erogato alla Regione e destinato alla copertura del disavanzo sanitario.

Prima di passare all'analisi delle singole voci di costo, è necessario ribadire ancora una volta che la difficile situazione debitoria regionale e il commissariamento della gestione sanitaria hanno determinato un progressivo incremento del prelievo fiscale regionale, che grava direttamente sui cittadini e sulle imprese. La stima degli extragettiti fiscali, pertanto, è stata calcolata come differenza tra le aliquote medie stabilite delle regioni italiane non assoggettate ai Piani di Rientro e quella determinata dalla Regione Lazio.

Con riferimento all'addizionale regionale all'IRPEF, a fronte di un valore medio nazionale - per le regioni non in Piano di Rientro - pari all'1,23%, la Regione Lazio ha progressivamente incrementato l'aliquota, passando dapprima all'1,73% e, a cominciare dall'anno 2014, introducendo un sistema impositivo di tipo progressivo che prevede un'aliquota pari all'1,73% per i redditi fino a 15mila euro e del 2,33% per gli importi superiori. A partire dal 2015 l'aliquota massima è stata ulteriormente incrementata di un punto percentuale, passando al 3,33% (l'aliquota media, calcolata considerando il reddito pro capite dei residenti nel Lazio, si attesta all'1,93%). I risultati ottenuti evidenziano come gli aumenti IRPEF abbiano gravato

complessivamente per quasi 475 milioni di euro annui sui contribuenti che, in termini pro capite, equivalgono a un incremento di costo pari a circa 81 euro annui.

Passando alla spesa per le cure sanitarie, la stima dei costi è stata realizzata distinguendo tra le spese farmaceutiche e i costi sostenuti per le prestazioni sanitarie.

Con riferimento alle prime, ai fini della stima sono stati considerati solo i costi privati relativi ai farmaci di fascia A, i cosiddetti farmaci "essenziali" finanziati dal SSN e da una quota di compartecipazione privata. L'aumento del valore dei ticket sui farmaci di fascia A e l'incremento della "quota" privata (costituita dal differenziale di prezzo tra i farmaci prescritti in ricetta e i cd "farmaci equivalenti" disponibili a un prezzo inferiore), hanno determinato un aumento complessivo della spesa pari a 272 milioni di euro (circa 46 euro pro capite).

L'incremento delle compartecipazioni alla spesa ha interessato anche il settore delle prestazioni sanitarie pubbliche, pur registrandosi in questo caso un valore complessivo molto contenuto, determinato presumibilmente da un calo del numero delle prestazioni erogate. Sempre con riferimento alle prestazioni, inoltre, è necessario considerare che l'aumento dei ticket e la riduzione dell'offerta di servizi hanno determinato un maggiore ricorso dei cittadini al mercato privato: pertanto, nella determinazione degli "extracosti" legati alle politiche di risanamento sanitario, è necessario includere anche la quota relativa alle prestazioni private o in regime intramoenia "per necessità", ovvero derivante dall'inadeguatezza dell'offerta pubblica in regime ordinario.

In assenza di un dato "ufficiale" sull'ammontare della spesa per le prestazioni private derivante da una riduzione quantitativa e qualitativa dell'offerta pubblica, le procedure di stima al riguardo sono state realizzate ricorrendo ai risultati di un'indagine sulle spese per la salute condotta dall'Eures (2011) su un campione di 2000 cittadini del Lazio di 18+ anni, stratificato per territorio, fascia di età e genere. Secondo tale indagine, tra i cittadini che hanno usufruito di prestazioni sanitarie private, nel 47,1% dei casi questa scelta è stata motivata dagli eccessivi tempi di attesa nelle strutture pubbliche o, comunque, da una sostanziale carenza dell'offerta pubblica (tale indicazione raggiunge il 58,5% tra i cittadini che hanno usufruito di prestazioni in regime di intramoenia). Sulla base di questi risultati, la "quota" di spesa per le prestazioni private imputabile alle politiche di razionalizzazione del settore pubblico è stata considerata nella misura del 50% per il regime di intramoenia (a fronte del 58,3% dichiarato dagli intervistati) e del 33% per il settore privato "puro" (a fronte del 47,1% dichiarato), pervenendo così ad una stima comunque prudente del valore economico del ricorso alla sanità privata "per necessità".

Ciò premesso, gli "extracosti" relativi alle prestazioni sanitarie si attestano a quasi 252 milioni di euro annui (43 euro in valori pro capite); di essi, 35,8 milioni fanno riferimento al comparto pubblico, 60,8 milioni all'intramoenia e 155,3 milioni al settore privato (pari rispettivamente a 6, a 10 ed a 26 euro in valori pro capite).

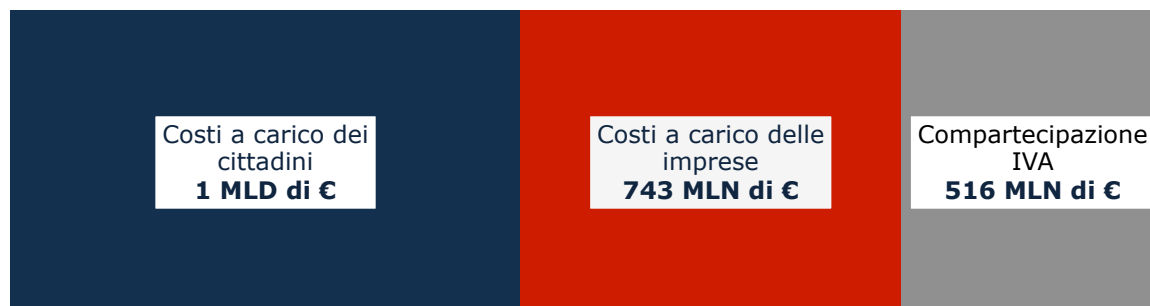
I dati relativi al gettito IRAP evidenziano come anche le imprese laziali siano chiamate a pagare il "prezzo" del risanamento sanitario: dopo l'introduzione del Piano di Rientro, infatti, la Regione Lazio ha progressivamente incrementato anche l'aliquota IRAP, che oggi raggiunge il livello massimo consentito dalla legge. Analogamente a quanto realizzato per la determinazione dell'extragettito IRPEF, anche l'IRAP

aggiuntiva è stata determinata considerando il differenziale tra l'aliquota regionale (pari al 4,82%) e quella stabilita dalle regioni non in Piano di Rientro (pari al 3,90%). Considerando che, in base ai dati di bilancio regionale, il gettito complessivo IRAP destinato al finanziamento della sanità è pari a circa 3,9 miliardi di euro, ciascuna delle 478mila imprese aventi sede legale nel territorio regionale ha sostenuto un costo pari a 8.145 euro; se l'aliquota ordinaria fosse stata pari al 3,90%, invece, il costo medio per impresa si sarebbe attestato a 6.590 euro; da ciò si deduce che le politiche di risanamento hanno determinato un extracosto a carico delle imprese pari a 1.555 euro in termini pro capite, pari complessivamente a circa 743 milioni di euro.

Passando, infine, alla determinazione dell'extragettito IVA, la procedura di stima si è basata su un criterio differente: considerando, infatti, che l'IVA è un tributo nazionale, non è stato ovviamente possibile determinare l'extracosto come differenziale rispetto alle regioni non in Piano di Rientro; pertanto, la stima è stata realizzata facendo riferimento all'aliquota IVA in vigore nel 2006 (pari al 20%, incrementata al 21% nel 2011 e di un ulteriore punto percentuale nel 2013) e calcolandone la differenza rispetto a quella del 2015 (22%), considerando l'incidenza percentuale della sola componente destinata al risanamento dei conti della sanità regionale. I risultati ottenuti hanno consentito di determinare un extragettito IVA di 516 milioni di euro, pari a circa 88 euro per abitante.

I costi (annui) del risanamento sanitario a carico dei cittadini e delle imprese del Lazio.

Ammontare complessivo: **2,3 MLD di €**



Fonte: Stime UIL Roma e Lazio - Eures

Tabella 2 – Costi del risanamento sanitario a carico dei cittadini e delle imprese. Dettaglio – Anno 2015

	Valori complessivi (in MLN di €)	Valori pro capite
Costi a carico delle famiglie		
Fisco	474,8	81
IRPEF	474,8	81
Cure sanitarie	523,6	89
Farmaci	271,7	46
Prestazioni	251,9	43
- <i>pubbliche</i>	35,8	6
- <i>intramoenia (50%)</i>	60,8	10
- <i>private (33,3%)</i>	155,3	26
Totale costi a carico delle famiglie	998,4	169
Costi a carico delle imprese		
IRAP	743,4	1.555
Totale costi a carico delle imprese	743,4	1.555
Quota indistinta		
IVA	516,4	88
Totale quota indistinta	516,4	88

Fonte: Stime UIL Roma e Lazio - Eures

3. La gestione sanitaria

Le fonti di finanziamento della spesa sanitaria sono disciplinate dal decreto legislativo n. 56/2000 ("Disposizioni in materia di federalismo fiscale", a norma dell'articolo 10 della legge n. 133/1999). Tale decreto ha delegato allo Stato poteri decisionali in merito all'entità degli stanziamenti e soppresso i trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario per il finanziamento alla spesa sanitaria corrente e in conto capitale, relegando il Governo centrale a un ruolo perequativo (attraverso una compartecipazione regionale all'Imposta sul valore aggiunto, determinata in base al gettito prodotto sul territorio regionale).

Tuttavia, se da un lato con il federalismo "sanitario" le Regioni hanno acquisito la possibilità di realizzare interventi più incisivi, data la maggiore conoscenza delle peculiarità del contesto territoriale, dall'altro questo sistema ha finito per generare una pluralità di sistemi sanitari differenti, dove l'accesso alle prestazioni e, più in generale, ai servizi di cura è profondamente diversificato e iniquo nel confronto tra i diversi territori. Trascurando, per il momento, l'analisi dell'offerta sanitaria del Lazio (che sarà trattata ampiamente nell'ultimo capitolo anche attraverso un confronto interregionale), in questa sede si porrà l'accento sulle fonti che, a diverso livello, concorrono al finanziamento della spesa sanitaria regionale.

3.1 Le fonti di finanziamento del SSR

Attualmente il "fabbisogno sanitario", ovvero il livello complessivo delle risorse disponibili e volte al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale viene finanziato dalle seguenti fonti:

1. fiscalità generale delle regioni (ovvero IRAP e addizionale regionale all'IRPEF);
2. entrate proprie delle aziende del SSN, ovvero ticket e ricavi derivanti dall'attività intramuraria dei propri dipendenti;
3. bilancio dello Stato, al quale è assegnata la funzione di determinare i fabbisogni sanitari standard e stabilire un livello di finanziamento capace di garantire un'offerta sanitaria efficiente e adeguata. Il Governo centrale si occupa sostanzialmente di riequilibrare le differenze regionali attraverso la redistribuzione della compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (fino al 2011 anche un'accisa sui carburanti che finanziava la sanità) e attraverso l'erogazione dei trasferimenti del Fondo Sanitario Nazionale, utilizzati soprattutto per finanziare le spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi;

La gestione delle risorse complessive è invece di competenza delle regioni, che si occupano dell'assegnazione dei fondi alle Aziende Sanitarie Locali e alle strutture ospedaliere autonome attraverso parametri che tengono conto dei servizi erogati, ma anche della mobilità passiva (residenti che si curano in strutture di altre aziende

sanitarie o in altre regioni) e attiva (nel caso in cui siano state curate persone provenienti dall'esterno della competenza territoriale dell'azienda), mentre solo una percentuale molto esigua è gestita direttamente agli organismi regionali attraverso la gestione sanitaria accentrata.

3.1.1 Fiscalità generale regionale

La spesa sanitaria è finanziata in misura maggioritaria dalla fiscalità regionale attraverso l'addizionale regionale IRPEF (l'imposta sul reddito delle persone fisiche) e l'IRAP (l'imposta regionale sulle attività produttive), il cui gettito è quasi interamente destinato al finanziamento della spesa sanitaria. In particolare, nelle regioni sottoposte ai Piani di Rientro l'esigenza di risanamento dei conti ha reso necessario il reperimento di risorse aggiuntive attraverso incrementi impositivi a carico di cittadini e imprese, in virtù dell'applicazione della legge n.147/2004 che prevede, in caso di disavanzo di gestione del SSR che persista nel quarto trimestre di un dato esercizio finanziario e a fronte del quale non siano stati adottati in corso d'esercizio i necessari provvedimenti di copertura o i medesimi siano risultati insufficienti, l'adozione da parte del Presidente della Giunta regionale, in qualità di commissario ad acta, dei necessari provvedimenti per il ripianamento, inclusi gli aumenti dell'addizionale IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP, entro i limiti previsti dalla legge vigente.

Nella Regione Lazio, in particolare, è stata prevista l'applicazione automatica delle aliquote massime IRPEF e IRAP fino all'uscita dal Programma di Rientro.

Ricordando che l'analisi dettagliata degli extra-costi derivanti dall'approvazione dei programmi di risanamento dei conti è già stata ampiamente esposta nel capitolo precedente, l'obiettivo del presente approfondimento è quello di determinare l'entità complessiva delle fonti di finanziamento sanitario regionale, con particolare attenzione alle quote di addizionale IRPEF e IRAP destinate alla copertura della spesa sanitaria (che costituiscono circa il 90% del gettito totale).

Passando all'analisi dei dati, tra il 2006 e il 2013 il gettito IRPEF e IRAP destinato alla copertura della spesa sanitaria regionale registra un incremento del 54,4%, passando complessivamente da 4,2 a 6,5 miliardi di euro. Nel dettaglio, il gettito dell'addizionale regionale all'IRPEF evidenzia l'incremento più consistente, passando da 582 milioni di euro nel 2006 a 1,9 miliardi nel 2013, mentre l'IRAP nello stesso periodo registra una crescita del 27% (da 3,7 a 4,6 miliardi di euro).

Tabella 1a – Entrate fiscali destinate alla copertura del fabbisogno finanziario.
Anni 2006 e 2013-2017, valori assoluti in MLN di €

	2006	2013	2014	2015	2016	2017
IRAP – Fondo Sanitario Regionale	3.658,5	3.646,4	3.360,3	3.360,3	3.360,3	3.360,3
IRAP – Manovra fiscale regionale	---	1.001,7	534,4	534,4	500,1	500,1
Add.le IRPEF	581,6	1.147,9	930,6	930,6	930,6	930,6
Add.le IRPEF – Manovra fiscale regionale	---	751,2	378,6	378,6	390,0	390,0
Totale fiscalità regionale	4.240,1	6.547,2	5.203,9	5.203,9	5.181,0	5.181,0

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Regione Lazio – Bilanci regionali

Tabella 1b – Ammontare delle aliquote fiscali regionali (addizionale IRPEF e IRAP)
Anni 2006 e 2013-2017, valori assoluti in MLN di €

Anno	Addizionale regionale IRPEF	Note
2006	1,23%	Sull'intero reddito
2013	1,73%	Sull'intero reddito
2014	1,73% 2,33%	Fino a 15.000€ Oltre 15.000€
2015	1,73% 3,33%	Fino a 15.000€ Oltre 15.000€
2016	1,73% 3,33%	Fino a 15.000€ Oltre 15.000€
Anno	IRAP	Note
2006	4,25%	Aliquota ordinaria
2013	4,82%	Aliquota ordinaria
2014	4,82%	Aliquota ordinaria
2015	4,82%	Aliquota ordinaria
2016	4,82%	Aliquota ordinaria

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Regione Lazio – Bilanci regionali

Prima di procedere ad analizzare le altre fonti di finanziamento del Sistema Sanitario Regionale è opportuno evidenziare come, nel corso degli ultimi anni, le maggiorazioni fiscali derivanti dall'incremento delle aliquote IRAP ed IRPEF siano state destinate, in taluni casi, al finanziamento di voci di spesa extrasanitarie, con particolare riferimento al trasporto pubblico locale.

Più in dettaglio, in base agli accertamenti condotti dagli uffici territoriali della Corte dei Conti, il Tavolo di Verifica degli adempimenti del Piano di Rientro dal debito ha autorizzato a svincolare dalla finalità sanitaria quasi 400 milioni di euro (nello specifico, 195 milioni afferenti al bilancio 2012 e 211 milioni al bilancio 2013), che sono stati iscritti nel bilancio 2014 come voci atte a finanziare i contratti di servizio con le principali società di trasporto operanti nel territorio regionale.

Tabella 6 – Maggiorazioni fiscali Irap e Irpef destinate a finalità extrasanitarie. *Bilancio 2014.*

Importo	Finalità
100 MLN di €	Contributo a Roma Capitale per il TPL
57,4 MLN di €	Saldo 2013 contratto di servizio con Trenitalia Spa
224,5 MLN di €	Acconto 2014 contratto di servizio con Trenitalia Spa
12 MLN di €	Contratto di servizio con Cotral Spa
2,5 MLN di €	Contratto di servizio con Laziomar Spa
396,5 MLN di €	Totale

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Corte dei Conti, Sezione Regionale di Controllo per il Lazio

3.1.2 Le entrate proprie delle aziende del SSR

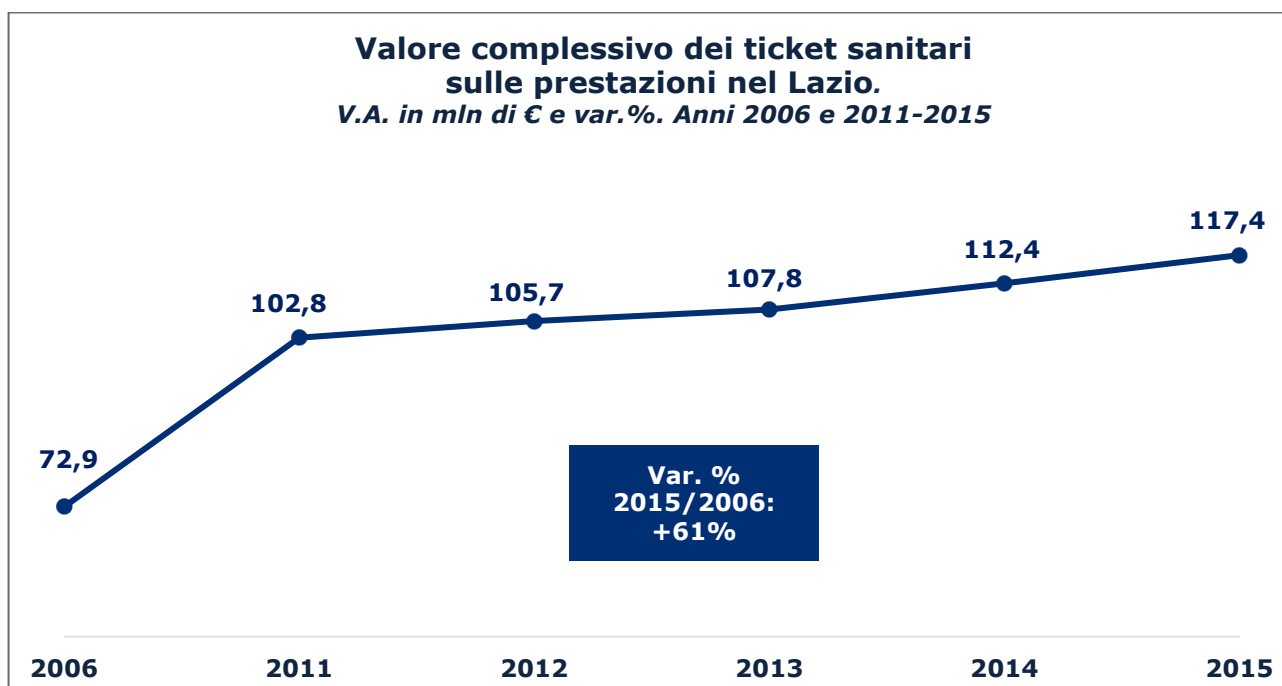
I cittadini finanziano la spesa sanitaria anche attraverso compartecipazioni private, corrisposte a fronte dell'acquisto dei farmaci di fascia A (sono i c.d. farmaci "essenziali" finanziati in misura maggioritaria dal SSN e, per una quota minore, dal sistema dei ticket) e dell'erogazione di prestazioni specialistiche.

Nel presente paragrafo sarà approfondita solo la dinamica delle compartecipazioni sulle prestazioni sanitarie, poiché rappresentano un'entrata per le Aziende Sanitarie Locali, rimandando l'analisi relativa ai ticket sulle ricette per i farmaci di fascia A al paragrafo 3.2, relativo alla dinamica della spesa farmaceutica territoriale.

Facendo quindi riferimento ai ticket sulle prestazioni sanitarie, attualmente la legge prevede che, in assenza di esenzioni parziali o totali legate alle caratteristiche del "paziente" (età, condizione economica, struttura familiare, ecc.), i cittadini che intendano usufruire di una prestazione ambulatoriale nelle strutture sanitarie pubbliche sono tenuti al versamento di una compartecipazione privata alla spesa che varia tra le diverse Regioni; in particolare, nel Lazio, l'ammontare complessivo della compartecipazione dipende dal tipo di prestazione eseguita e - per alcuni servizi diagnostici particolarmente onerosi per il SSN - può raggiungere un importo complessivo superiore a 60 euro: una cifra, questa, talvolta molto vicina a quella richiesta sul mercato privato per l'intera prestazione.

Nello specifico, il valore "base" del ticket può raggiungere l'importo massimo di 36,15 euro a cui, dal 2011, occorre sommare una maggiorazione (il c.d. "superticket") di 10 euro; inoltre, per le prestazioni particolarmente complesse che richiedono l'uso di macchinari specifici come la TAC o la risonanza magnetica, è richiesto un ulteriore contributo regionale che può arrivare fino a un massimo di 15 euro, per un valore complessivo di 61,15 euro.

Considerando quindi i dati relativi all'ammontare complessivo dei ticket sulle prestazioni riscossi dalle ASL e dalle Aziende Ospedaliere regionali, si rileva innanzitutto una dinamica di costante crescita: escludendo dall'analisi la compartecipazione alla spesa sulle cure termali - in passato mutuabili per alcune malattie croniche - tra il 2006 e il 2015 il valore complessivo delle compartecipazioni private alla spesa sulle prestazioni aumenta del 61% passando da 72,9 a 117,4 milioni di euro (+44,5 milioni di euro in valori assoluti); nel dettaglio, l'incremento è attribuibile quasi esclusivamente alla compartecipazione alla spesa sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, mentre i ticket sui codici bianchi di pronto soccorso costituiscono una percentuale molto esigua del totale delle compartecipazioni.



Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Corte dei Conti - Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica *esclusi i ticket per le cure termali, non più mutuabili

Tabella 2 – Valore complessivo dei ticket sanitari sulle prestazioni nel Lazio.
Anni 2006 e 2011-2015, valori assoluti in MLN di €

	2006	2011	2012	2013	2014	2015
Ticket sulle prestazioni*	72,9	102,8	105,7	107,8	112,4	117,4
-di cui specialistica ambulatoriale	72,8	102,6	105,4	107,6	112,0	117,0
-di cui pronto soccorso	0,1	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Corte dei Conti - Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica *esclusi i ticket per le cure termali, non più mutuabili

Sul fronte opposto, negli ultimi anni si registra un calo dei ricavi delle ASL e delle AO derivante dall'attività libero professionale intramuraria, imputabile sia agli effetti del peggioramento della situazione reddituale delle famiglie ed al limite intrinseco (organizzativo, qualitativo, ecc.) di questa forma di prestazione, che ne ha significativamente ridotto l'appel presso i cittadini/utenti, ma soprattutto all'entrata in vigore della c.d. "Legge Balduzzi" (L.158/2012) che ha riformato il sistema dell'intramoenia confinando l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria nell'ambito delle strutture aziendali e abolendo la c.d. intramoenia "allargata" (ovvero l'esercizio di attività libero professionale intramuraria presso studi privati autorizzati).

In dettaglio, a partire dal 2011 la dinamica di crescita degli incassi derivanti dall'attività intramuraria, registrata nelle annualità precedenti, subisce un'inversione di tendenza, particolarmente evidente nell'ultimo biennio disponibile (dati consolidati nazionali), quando i ricavi complessivi passano da 142,8 milioni di euro del 2012 a 121,5 milioni nel 2013 tornando quindi, in quest'ultimo anno, al valore del 2006 (119,8 milioni di euro).

Parallelamente alla riduzione dei ricavi, le ASL regionali evidenziano nello stesso periodo anche una diminuzione dei costi di "compartecipazione al personale", che

rappresentano gli introiti spettanti ai medici per le prestazioni erogate in regime di intramoenia: tra il 2012 e il 2013, infatti, il valore complessivo dei costi per le compartecipazioni al personale diminuisce del 15,7%, passando da 116,3 a 98 milioni di euro (a fronte di una riduzione del 14,9% registrata nello stesso periodo per i ricavi delle ASL per l'intramoenia).

Il numero di medici che esercitano attività intramuraria nel Lazio rimane comunque particolarmente consistente: in base ai dati dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero professionale diffusi annualmente dal Ministero della Salute, infatti, nel territorio regionale circa il 63% dei dirigenti medici a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo esercitano la libera professione intramuraria, a fronte di una media nazionale pari a circa il 50%.



Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della salute e bilanci delle ASL

Tabella 3 – Ricavi delle ASL per le prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia.
Anni 2001, 2006 e 2010-2014, valori assoluti in MLN di €

	2001	2006	2010	2011	2012	2013	Var.% 13/01	Var % 13/06
Ricavi per intramoenia	46,3	119,8	146,4	150,0	142,8	121,5	+162,4	+1,4

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della salute e bilanci delle ASL

3.1.3 Bilancio dello Stato: compartecipazione IVA e finanziamento SSR

Come anticipato, il D.lgs. 56/2000 sul federalismo fiscale ha previsto la sostituzione del fondo sanitario nazionale con il gettito IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e una compartecipazione IVA redistribuita alle regioni dal Governo centrale che, nonostante sia contabilizzata tra le entrate tributarie dei bilanci regionali, rappresenta, di fatto, un trasferimento statale. Tale sistema di finanziamento, costituito in prevalenza da risorse regionali e in quota minoritaria da finanziamenti statali, rappresenta un'evoluzione rispetto al passato, quando l'erogazione delle risorse alla sanità era di esclusiva competenza nazionale e si basava sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale, un fondo a destinazione vincolata che annualmente lo Stato distribuiva tra le Regioni per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, a cui si aggiungevano i contributi sanitari pagati dai lavoratori (sostituiti dall'IRAP).

Attualmente il Governo centrale ha la funzione di determinare i fabbisogni sanitari standard, rivestendo un ruolo quasi esclusivamente "perequativo" in merito all'erogazione dei finanziamenti, esercitato attraverso la redistribuzione della compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto e attraverso l'erogazione dei trasferimenti del Fondo Sanitario Nazionale.

Con riferimento alla compartecipazione IVA destinata al finanziamento della spesa sanitaria, lo stesso decreto 56/2000 prevede che l'ammontare complessivo sia ripartito alle regioni in base alla media dei consumi finali delle famiglie residenti rilevati dall'Istat nell'ultimo triennio, "corretto" in base a un criterio perequativo che tiene conto del fabbisogno territoriale e della differente dotazione di risorse fiscali delle altre regioni.

Passando all'analisi dei dati, tra il 2006 e il 2015 si evidenzia un incremento del valore complessivo della compartecipazione all'IVA erogato alla Regione Lazio per il finanziamento della spesa sanitaria, che passa da quasi 3,3 miliardi di euro nel 2006 e 5,7 miliardi nel 2015, con una variazione pari al +74,7%. Si segnala, inoltre, che fino al 2011 il valore complessivo delle compartecipazioni erogate dallo Stato per la sanità era comprensivo dell'accisa sulle benzine per una quota pari a 0,00413 euro al litro; considerando che, nel 2006, il valore totale di tale accisa era pari a circa 200 milioni di euro, l'ammontare delle compartecipazioni nel 2006 si attestava complessivamente a 3,5 miliardi di euro.

Tabella 4 – Compartecipazione IVA destinata al finanziamento del SSR
Anni 2006 e 2013-2017, valori assoluti in MLN di €

	2006	2013	2014	2015	2016	2017
Compartecipazione IVA – FSR	3.252,4	4.817,0	5.662,6	5.680,6	5.752,6	5.752,6
Accisa sulla benzina per autotrazione	200,5	---	---	---	---	---
Totale bilancio dello Stato	3.452,9	4.817,0	5.662,6	5.680,6	5.752,6	5.752,6

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Regione Lazio – Bilanci regionali

In merito ai trasferimenti "in senso stretto", questi sono utilizzati per il finanziamento delle spese soggette a vincolo di destinazione (si tratta,

sostanzialmente, di attività di prevenzione, assistenza ai malati di AIDS, finanziamenti per la ricerca e la cura di malattie rare, medicina penitenziaria, ecc).

Con riferimento ai soli dati di rendiconto – nei documenti di previsione non sono disponibili i dati relativi agli ambiti di destinazione dei trasferimenti – si rileva nell'ultimo periodo uno stanziamento pari a circa 635 milioni di euro annui, a fronte di un valore molto più esiguo registrato nel 2006 (276 milioni di euro).

Tabella 5 – Trasferimenti correnti dello Stato per il finanziamento del SSR.

Anni 2006, 2013 e 2014, valori assoluti in MLN di €

	2006	2013	2014
Trasferimenti correnti – finanziamento SSR	276,2	633,9	635,2

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su bilanci regionali

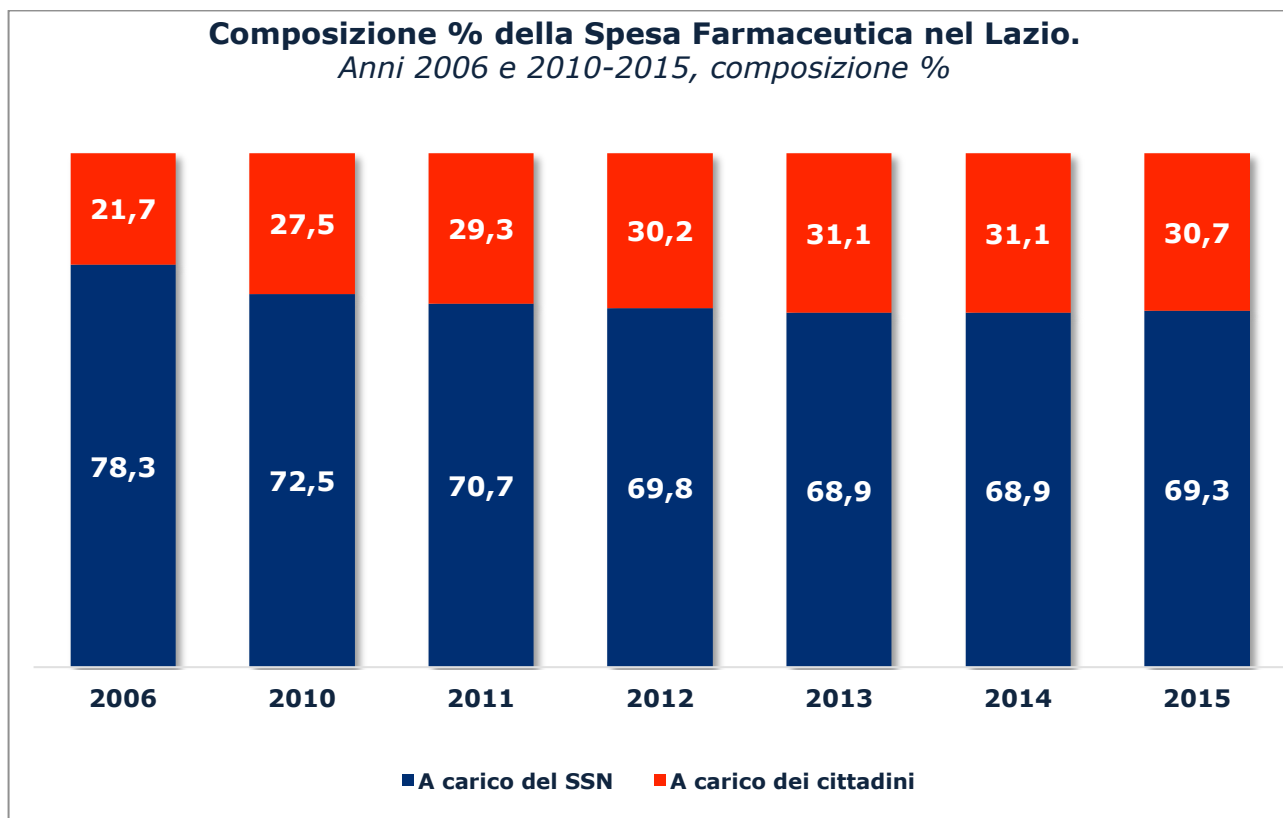
3.2 La spesa farmaceutica

Un approfondimento molto interessante all'interno del Rapporto sulla sanità nel Lazio riguarda la spesa farmaceutica, in quanto argomento di assoluta centralità in un Paese in cui i mutamenti sociali e demografici (in primis legati al progressivo invecchiamento della popolazione), pongono nuove e sempre più avanzate sfide in termini di modelli e sostenibilità del welfare e di qualità della vita della popolazione.

Passando quindi ad analizzare i dati relativi alla dinamica e alle caratteristiche della spesa farmaceutica nel Lazio in primo luogo è possibile osservare una sua costante crescita (pari, tra il 2006 e il 2015, a +10,6%), passando l'importo complessivo destinato alla spesa farmaceutica nel Lazio da 2,5 miliardi di euro nel 2006 a 2,8 miliardi nel 2015.

Disaggregando i dati in base al "carico" pubblico o privato della spesa farmaceutica emerge tuttavia un incremento non omogeneo, evidenziandosi, piuttosto, che ad aumentare è soltanto la spesa sostenuta dai privati cittadini; questa è infatti passata da 551 milioni di euro nel 2006 al valore record di 862 milioni nel 2015, con una crescita complessiva pari a ben il 56,4%. Sul fronte opposto, diminuisce di 40 milioni di euro la spesa a carico del Sistema Sanitario Nazionale, passata da 1.985 milioni di euro nel 2006 a 1.943 nel 2015, con una flessione del 2,1%.

Coerentemente a tale dinamica, l'incidenza della spesa farmaceutica sostenuta dal SSN, pur risultando ancora ampiamente maggioritaria, registra nei 10 anni considerati una flessione di ben 9 punti percentuali, scendendo dal 78,3% al 69,3% del totale, a fronte di una significativa contestuale crescita della quota della spesa farmaceutica sostenuta dai cittadini, salita dal 21,7% del 2006 al 30,7% del 2015.



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

Approfondendo ulteriormente la struttura della spesa farmaceutica in base alla classificazione proposta dall'AIFA², all'interno della spesa sanitaria a carico del SSN aumenta la spesa per i farmaci ospedalieri (di fascia H, forniti nei soli ospedali/ambulatori), i cui importi risultano quasi triplicati in 10 anni, passando da 384 milioni di euro nel 2006 a 1.033 nel 2015), mentre diminuisce la quota pubblica della spesa per i farmaci di fascia A (-39,5%, da 1,5 miliardi nel 2006 a 910 milioni di euro nel 2015), ovvero quelli ritenuti essenziali e necessari per la cura di malattie croniche, acquistabili nelle farmacie.

Di contro, per i farmaci di fascia A, a fronte di una riduzione del costo per lo Stato, aumenta in misura esponenziale la spesa a carico dei cittadini, che comprende una quota "privata" (data dalla differenza tra il prezzo del medicinale e quello rimborsato

² Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, per identificare se il costo del medicinale è a carico dello Stato o del cittadino, è stabilita la seguente classificazione (decreto legislativo 539/1992 e successive modificazioni):

● **classe "A"**: comprende i farmaci essenziali e per le malattie croniche il cui costo è a carico dello Stato. I medicinali che rientrano in questa fascia sono dunque gratuiti anche se, a seconda delle normative regionali, può essere previsto un ticket di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino.

● **classe "H"**: comprende i farmaci che, per caratteristiche farmacologiche, per modalità di somministrazione, per innovatività o per altri motivi di salute pubblica sono dispensabili negli ospedali (o per conto di questi nelle farmacie) o somministrabili negli ambulatori specialistici.

● **classe "C"**: tutti gli altri farmaci non appartenenti alla fascia "A". La spesa per i farmaci di fascia C è a totale carico del cittadino. In questa fascia vengono inseriti i farmaci che curano patologie di lieve entità o, comunque, non considerati essenziali o salvavita.

● **Classe "C-bis"-AUTOMEDICAZIONE**: i farmaci di automedicazione anch'essi a totale carico del cittadino.

dal SSN) e il ticket (ovvero una compartecipazione alla spesa che le Regioni autonomamente decidono di applicare per ogni ricetta o confezione).

Con riferimento ai ticket, il contributo previsto dalla Regione Lazio varia da 1 a 4 euro per ogni confezione venduta ed è determinato in base al prezzo dei farmaci e alla tipologia di esenzione prevista; in particolare, in assenza di esenzioni, il prezzo "pieno" del ticket è pari a 4 euro sulle confezioni di prezzo superiore a 5 euro, scendendo a 2,50 euro per i farmaci venduti a prezzo inferiore; tali cifre si attestano rispettivamente a 2 euro e 1 euro per i cittadini che abbiano diritto a esenzioni per reddito o per categoria. Passando all'analisi dei dati, la spesa complessiva per il differenziale di prezzo rispetto ai farmaci equivalenti tra il 2006 e il 2015 quintuplica il suo valore, passando da 25 a 151 milioni di euro, mentre ancora maggiore risulta l'incremento della spesa per i ticket, che nello stesso periodo passa da 11 a 161 milioni di euro.

Decisamente più contenute appaiono infine le variazioni della spesa sostenuta dai privati cittadini per i farmaci di fascia C (ovvero quelli con ricetta "bianca", non ritenuti essenziali, a totale carico degli utenti), passata da 305 a 304 milioni di euro (pari a -0,3% in termini percentuali), mentre più significativa è la crescita per i cosiddetti farmaci "da banco" (da 210 a 246 milioni di euro, pari ad un incremento del 17,1%).

Tabella 7 – Composizione della **Spesa Farmaceutica** nel Lazio.

Anni 2006 e 2010-2015, valori assoluti in milioni di euro.

	Valori assoluti							Var.% 15/06
	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
A carico del SSN	1.985	1.967	1.908	1.826	1.834	1.875	1.943	-2,1
Farmaci fascia A	1.503	1.194	1.086	938	942	921	910	-39,5
Farmaci fascia H	384	675	708	771	789	853	1.033	169,0
A carico dei cittadini	551	745	790	790	826	847	862	56,4
Farmaci fascia A (privato)	25	104	114	127	138	152	151	504,0
Ticket (fascia A)	11	113	133	142	147	160	161	1.363,6
Farmaci fascia C	305	315	325	302	301	295	304	-0,3
Automedicazione	210	213	218	219	240	240	246	17,1
Totale	2.536	2.712	2.698	2.616	2.660	2.722	2.805	10,6
	Valori %							Diff. 15/06
	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
A carico del SSN	78,3	72,5	70,7	69,8	68,9	68,9	69,3	-9,0
Farmaci fascia A	59,3	44,0	40,3	35,9	35,4	33,8	32,4	-26,9
Farmaci fascia H	15,1	24,9	26,2	29,5	29,7	31,3	36,8	21,7
A carico dei cittadini	21,7	27,5	29,3	30,2	31,1	31,1	30,7	9,0
Farmaci fascia A (privato)	1,0	3,8	4,2	4,9	5,2	5,6	5,4	4,4
Ticket (fascia A)	0,4	4,2	4,9	5,4	5,5	5,9	5,7	5,3
Farmaci fascia C	12,0	11,6	12,0	11,5	11,3	10,8	10,8	-1,2
Automedicazione	8,3	7,9	8,1	8,4	9,0	8,8	8,8	0,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0

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

Complessivamente nel 2015 sono state 63 milioni le ricette "rosse" per i farmaci di fascia A (mediamente oltre 10 per ogni cittadino residente) emesse nel Lazio, con una significativa crescita rispetto al 2006 (quando il numero delle ricette di fascia A era inferiore di circa 10 milioni di unità) e sostanzialmente stabile nell'ultimo quinquennio.

Analizzando il costo complessivo – pubblico e privato - dei farmaci di fascia A nel 2015 (pari a 1,2 miliardi di euro) si osserva una netta riduzione rispetto al 2006 (quando le 52 milioni di ricette hanno registrato un costo complessivo di 1,5 miliardi), che tuttavia interessa soltanto la quota a carico dello Stato, passata da 1,5 miliardi a 910 milioni di euro, a fronte di un incremento esponenziale della spesa sostenuta dai cittadini, che risulta decuplicata in 10 anni, passando da 36 a ben 312 milioni di euro.

Tabella 8 – Numero di ricette (in migliaia) e costo totale (in milioni di €) per farmaci di fascia A nel Lazio Anni 2006 e 2010-2015, valori assoluti.

	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Numero ricette fascia A	52.058	61.230	62.875	63.049	65.130	64.439	63.348
Costo farmaci fascia A	1.539	1.411	1.333	1.207	1.227	1.233	1.222
- a carico del SSN	1.503	1.194	1.086	938	942	921	910
- a carico dei cittadini	36	217	247	269	285	312	312

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

Rapportando il costo complessivo delle ricette di fascia A al numero totale delle ricette emesse si ricava il costo medio per ricetta che, coerentemente a quanto emerso precedentemente, registra negli ultimi 5 anni una forte flessione, attestandosi nel 2015 a 19,3 euro (a fronte dei 23 euro del 2010 e dei 29,6 euro del 2006).

Tuttavia, quello che potrebbe essere letto come un dato positivo in una prospettiva di contenimento della spesa, rimanda in realtà ad una dinamica "punitiva" per la popolazione: negli ultimi 10 anni si osserva infatti una consistente redistribuzione del "carico" economico relativo ai farmaci di Fascia A, che mentre nel 2006 era di fatto totalmente sostenuto dal Sistema Sanitario nazionale - che "copriva" il 97,6% dei costi, a fronte del 2,4% richiesto ai cittadini -, vede progressivamente aumentare la compartecipazione dei cittadini che nel 2015 arrivano a sostenere oltre un quarto della spesa dei farmaci di fascia A (il 25,4% del totale), con un impegno pari 4,9 euro per ciascuna ricetta presentata, contro i 14,4 del SSN.

Tabella 9 – Costo medio di una ricetta per farmaci di fascia A nel Lazio: importo totale, quota a carico del SSN e quota a carico dei cittadini). Anni 2006 e 2010-2015, valori assoluti (in €) e composizione %.

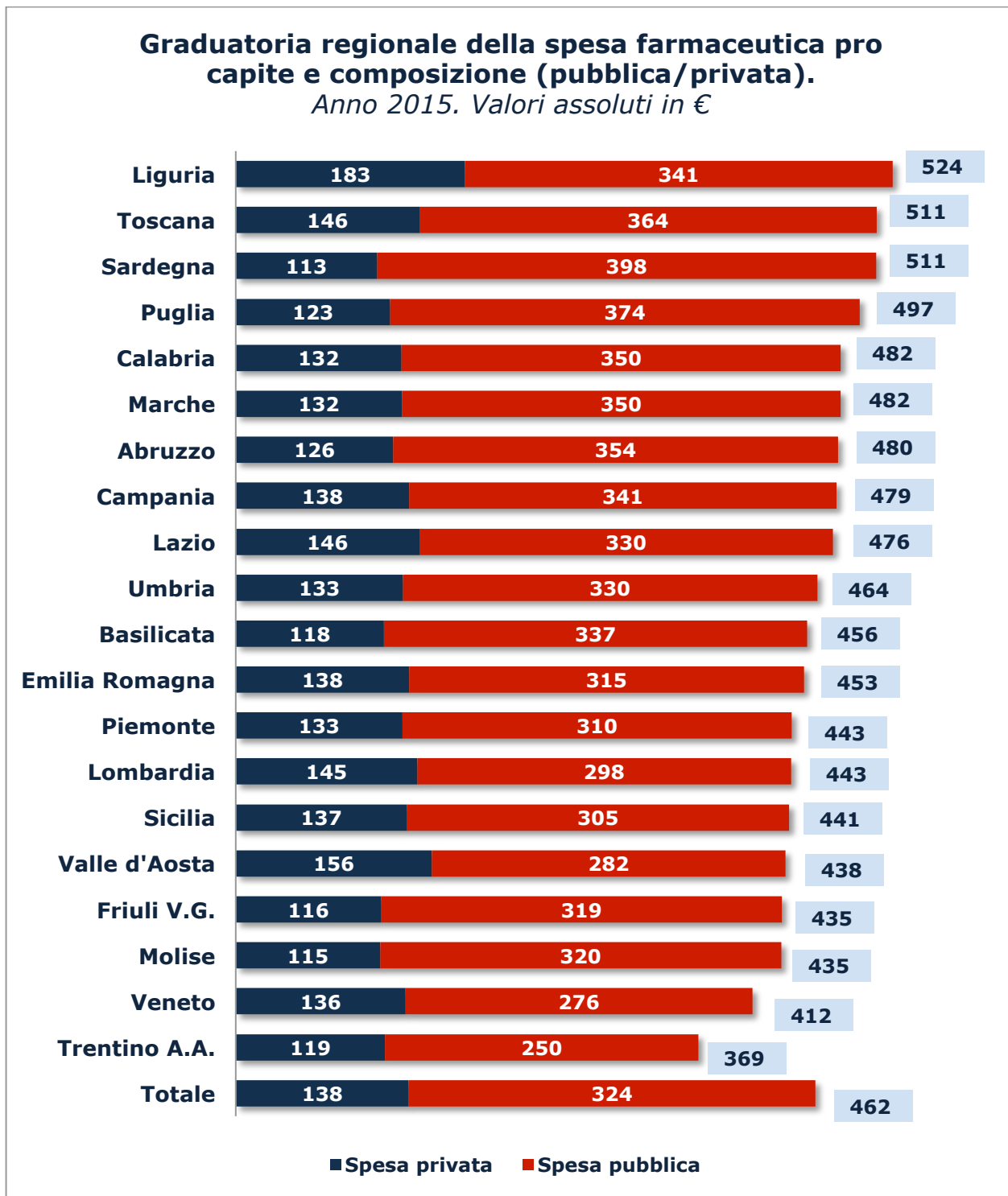
Valori assoluti	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Quota a carico del SSN	28,9	19,5	17,3	14,9	14,5	14,3	14,4
Quota a carico dei cittadini	0,7	3,5	3,9	4,3	4,4	4,8	4,9
Costo medio di una ricetta	29,6	23,0	21,2	19,1	18,8	19,1	19,3
Composizione %	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Quota a carico del SSN	97,6	84,8	81,6	78,0	77,1	74,9	74,6
Quota a carico dei cittadini	2,4	15,2	18,4	22,5	23,4	25,1	25,4
Costo medio di una ricetta	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

A margine dell'analisi della dinamica e distribuzione della spesa farmaceutica nel Lazio, appare utile inserire un confronto interregionale, allo scopo di inquadrare il dato regionale all'interno di un adeguato contesto comparativo; a tale riguardo, l'analisi dei dati evidenzia come il Lazio, con una spesa farmaceutica totale pari a 476 euro per residente nel 2015, si colloca in nona posizione nella graduatoria regionale, con un valore soltanto di 14 euro superiore alla media nazionale (462 euro pro capite). Analizzando le performance regionali, i territori con il valore più elevato sono la Liguria (524 euro), la Toscana e la Sardegna (entrambe 511 euro pro capite) mentre, sul fronte opposto, il valore minimo si registra in Trentino Alto Adige, con una spesa pro capite pari a 369 euro.

Scomponendo la spesa complessiva in base alla "fonte di finanziamento" (ovvero SSN/cittadini), considerando la sola spesa privata del 2015, il Lazio risulta essere una delle regioni più "punitiva", con un costo pro-capite direttamente sostenuto da ciascun cittadino pari a 146 euro (138 euro la media italiana), ovvero un valore uguale a quello della Toscana e inferiore soltanto a quello della Liguria (183 euro) e della Val d'Aosta (156 euro). Sul fronte opposto, le regioni con i valori più bassi risultano essere la Sardegna, il Molise, il Friuli Venezia Giulia, la Basilicata e il Trentino Alto Adige, tutte caratterizzate da una spesa privata pro capite inferiore a 120 euro.

Confrontando i dati relativi alla componente pubblica della spesa sanitaria, appare invece particolarmente interessante evidenziare la forte sperequazione tra il Sud e il Nord del Paese, risultando in linea generale la spesa a carico del SSN registrata dalle regioni del Sud superiore alla media nazionale (pari a 324 euro), con il valore più elevato in Sardegna (398 euro) e in Puglia (374 euro); sul fronte opposto, le regioni del Nord si caratterizzano per una spesa inferiore a quella del Sud e della media nazionale, con il valore più basso, pari a 250 euro, nel Trentino Alto Adige.



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

Tabella 10 – Spesa farmaceutica pro-capite territoriale (pubblica e privata).
Anno 2015- Valori assoluti in € e composizione %

	Valori assoluti			Valori %		
	Spesa pubblica classe A-SSN	Spesa privata (classe A, C, ...)	Spesa farmaceutica a totale	Spesa pubblica classe A-SSN	Spesa privata (classe A, C, ...)	Spesa farmaceutica a totale
Liguria	341,1	182,6	523,7	65,1	34,9	100,0
Toscana	364,4	146,5	510,9	71,3	28,7	100,0
Sardegna	398,0	112,6	510,6	77,9	22,1	100,0
Puglia	374,2	123,2	497,4	75,2	24,8	100,0
Calabria	350,1	132,2	482,4	72,6	27,4	100,0
Marche	349,6	132,5	482,1	72,5	27,5	100,0
Abruzzo	354,4	125,7	480,0	73,8	26,2	100,0
Campania	340,7	138,3	479,0	71,1	28,9	100,0
Lazio	329,9	146,3	476,2	69,3	30,7	100,0
Umbria	330,4	133,3	463,6	71,3	28,7	100,0
Basilicata	337,3	118,2	455,5	74,0	26,0	100,0
Emilia Romagna	314,9	138,2	453,1	69,5	30,5	100,0
Piemonte	310,4	133,0	443,3	70,0	30,0	100,0
Lombardia	297,9	144,7	442,7	67,3	32,7	100,0
Sicilia	304,7	136,5	441,3	69,1	30,9	100,0
Valle d'Aosta	281,7	156,5	438,1	64,3	35,7	100,0
Friuli V.G.	319,4	116,0	435,4	73,4	26,6	100,0
Molise	319,8	115,1	434,9	73,5	26,5	100,0
Veneto	276,3	135,5	411,9	67,1	32,9	100,0
Trentino A.A.	249,6	119,1	368,8	67,7	32,3	100,0
Totale	324,1	138,0	462,0	70,1	29,9	100,0

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

4. Le "dimensioni" dell'offerta

Le politiche di risanamento dei conti pubblici in sanità, condotte soprattutto attraverso un aumento del carico fiscale sui cittadini e senza adeguati interventi di efficientamento e riorganizzazione dell'offerta, hanno inciso negativamente sulla quantità e sulla qualità dei servizi erogati. Il presente capitolo si occuperà quindi di indagare i principali elementi di criticità legati alle scelte operate dai vertici regionali in materia di risanamento del Bilancio, ed in particolare quelli connessi alla contrazione della dotazione di risorse umane, accompagnata da una costante riduzione del numero di posti letto presso le strutture ospedaliere, con evidenti negative conseguenze sull'accessibilità e, secondariamente, sulla qualità del servizio offerto.

4.1 Il personale

Analizzando i dati relativi al personale delle strutture sanitarie regionali (estratti dal Conto Annuale del Tesoro) si evidenzia come i provvedimenti di razionalizzazione della spesa imposti dal Piano di Rientro abbiano investito in misura significativa tale comparto, colpito dal blocco del turnover – che di fatto ha ridotto gli sbocchi occupazionali nel mercato sanitario pubblico per tutti i profili professionali coinvolti – ed esposto alle politiche di esternalizzazione dei servizi "accessori" (lavanderie, sterilizzazione, mense, ecc.) e, secondariamente, delle stesse figure sanitarie.

Sulla base degli ultimi dati consolidati disponibili emerge infatti come a fine 2014 il personale impiegato nelle strutture sanitarie regionali sia costituito da 44.617 unità, a fronte delle oltre 53,6 mila del 2006, con una perdita di quasi 9 mila unità di lavoro (-8.888 unità), pari al -16,8%% rispetto al valore iniziale considerato.

Analizzando le singole qualifiche professionali, circa 3 dipendenti su 4 risultano non dirigenti (la percentuale si attesta al 77,7% nel 2014): in particolare, con riferimento all'ultimo anno, circa 24.500 unità afferiscono all'area sanitaria (si tratta soprattutto di infermieri, fisioterapisti e personale tecnico sanitario), 5.097 sono inquadrati come tecnici (operatori socio sanitari, ausiliari e operatori tecnici) e 5.021 operano nel settore amministrativo; si contano invece 8.475 dirigenti medici e 1.464 figure dirigenziali non mediche (farmacisti, biologi, chimici, psicologi che operano nelle strutture sanitarie).

Sebbene tra il 2006 e il 2014 ciascuna delle categorie prese in considerazione abbia subito una contrazione in termini di risorse umane, i profili tecnici non dirigenti rappresentano il comparto maggiormente colpito dalle politiche di razionalizzazione successive all'introduzione dei programmi di rientro: escludendo dall'analisi i dati relativi al personale contrattista e al personale professionale non sanitario (rappresentato, in larga misura, da personale ecclesiastico che presta opera nelle strutture sanitarie regionali), i dati relativi alla dotazione organica di tecnici non sanitari evidenziano infatti una contrazione pari al -27,6% (-2.375 unità in valori assoluti), seguite dal comparto dirigente, che segnala una perdita pari al -25% per la

dirigenza non medica e al -18,2% per quella medica (in valori assoluti si tratta di una contrazione pari rispettivamente a -489 e -1.888 unità), mentre i profili amministrativi e sanitari non dirigenti perdono rispettivamente il 16,6% e l'11,4% delle proprie risorse (-998 unità per gli amministrativi e -3.148 unità per i sanitari).

Tabella 1 – Dotazione organica degli enti del SSR*.
Anni 2001, 2006 e 2011-2014. Valori assoluti e composizione %.

Valori assoluti	2001	2006	2011	2012	2013	2014
Dirigenza medica	9.382	10.363	9.912	8.936	8.976	8.475
Dirigenza non medica	1.892	1.953	2.077	1.597	1.550	1.464
Totale personale dirigente	11.274	12.298	11.989	10.533	10.526	9.939
Profili amministrativi	5.550	6.019	5.820	5.283	5.163	5.021
Profili professionali	69	44	63	52	53	36
Profili sanitari	24.681	27.642	25.083	25.084	24.855	24.494
Profili tecnici	9.257	7.472	6.067	5.628	5.456	5.097
Totale personale non dirigente	39.558	41.177	37.033	36.047	35.527	34.648
Contrattisti	28	34	47	29	16	30
Totale	50.860	53.642	49.069	46.702	46.069	44.617
Composizione %	2001	2006	2011	2012	2013	2014
Dirigenza medica	18,4	19,3	20,2	19,1	19,5	19,0
Dirigenza non medica	3,7	3,6	4,2	3,4	3,4	3,3
Totale personale dirigente	22,2	22,9	24,4	22,6	22,8	22,3
Profili amministrativi	10,9	11,2	11,9	11,3	11,2	11,3
Profili professionali	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Profili sanitari	48,5	51,5	51,1	53,7	54,0	54,9
Profili tecnici	18,2	13,9	12,4	12,1	11,8	11,4
Totale personale non dirigente	77,8	76,8	75,5	77,2	77,1	77,7
Contrattisti	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF – Conto annuale del tesoro *Il dato è comprensivo delle 12 ASL regionali e delle seguenti strutture: Policlinico Umberto I, Policlinico e Fondazione Tor Vergata, Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Istituto Malattie Infettive Spallanzani e ARES 118.

Tabella 2 – Dotazione organica degli enti del SSR. Variazioni 2014/2013 e 2014/2006 (assolute e %).

	Variazioni 2014/2013		Variazioni 2014/2006	
	Assolute	%	Assolute	%
Dirigenza medica	-501	-5,6	-1.888	-18,2
Dirigenza non medica	-86	-5,5	-489	-25,0
Totale personale dirigente	-587	-5,6	-2.359	-19,2
Profili amministrativi	-142	-2,8	-998	-16,6
Profili sanitari	-361	-1,5	-3.148	-11,4
Profili tecnici	-359	-6,6	-2.375	-31,8
Totale personale non dirigente	-879	-2,5	-6.529	-15,9

Totale	- 1.452	-3,2	- 8.888	-16,8
---------------	-------------------	-------------	-------------------	--------------

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro

La riduzione delle assunzioni che caratterizza il settore sanitario - e, più in generale, il pubblico impiego - risulta particolarmente evidente analizzando la serie storica relativa al numero annuo di nuovi assunti: a fronte di un consistente numero di nuovi ingressi nel 2001 e nel 2006 (il personale in entrata è pari rispettivamente a 3.815 e 3.485 unità), tra il 2011 e il 2014 si segnala infatti una marcata contrazione delle nuove assunzioni, che si attestano a 1.734 unità nell'intero periodo considerato (un dato pari a circa la metà delle assunzioni registrate nel solo anno 2006) e a 290 unità nell'ultimo anno disponibile. Tale negativa dinamica risulta ancor più evidente osservando i dati relativi alle assunzioni tramite concorso pubblico, che nel pubblico impiego dovrebbe rappresentare la modalità di ingresso "ordinaria": a fronte di 1.818 nomine nel 2001 e 1.310 nel 2006, nel 2014 si contano infatti soltanto 46 nuovi ingressi tramite concorso. Analogamente, il numero annuo di cessazioni evidenzia una dinamica negativa, determinata dagli interventi in materia pensionistica che hanno significativamente allungato i tempi di permanenza nel mercato del lavoro, contribuendo a ridurre ulteriormente gli spazi in ingresso: nel corso del 2014 si contano infatti 1.333 cessazioni, con una riduzione del 49,7% rispetto alle 2.652 registrate nel 2006.

Anche analizzando distintamente la dinamica relativa alle cessazioni per limiti di età (le c.d. "pensioni di vecchiaia") e quella della dimissioni con diritto a pensione (le "pensioni di anzianità"), si rileva in entrambi i casi una dinamica negativa: nel 2014 si contano infatti 269 pensionamenti per vecchiaia e 227 per anzianità, a fronte di valori pari rispettivamente a 449 e 814 nel 2006 (-40,1% e -72,1% in termini percentuali).

Conseguentemente, il tasso di compensazione - dato dal rapporto tra assunti e cessati - che offre una misura del ricambio occupazionale, subisce un decremento notevole: se nel 2006 tale indice era pari al 131,4% (con un numero di nuove assunzioni superiore rispetto alle cessazioni), nel 2014 tale valore si attesta al 21,8%. In maniera analoga, anche l'indice di turnover complessivo, che misura la percentuale di assunti e cessati in relazione alla forza lavoro totale, mostra un calo di circa 8 punti passando dall'11,4% nel 2006 al 3,6% nel 2014.

Tabella 3 - Turnover del personale: assunti, cessati, tasso di compensazione e indice di turnover.

Anni 2001, 2006 e 2011-2014. Valori assoluti e tassi.

	2001	2006	2011	2012	2013	2014
Assunti	3.815	3.485	601	419	424	290
-di cui nomina da concorso	1.818	1.310	38	149	31	46
Cessati	2.191	2.652	1.980	1.851	1.126	1.333
-di cui collocamento per limiti di età	318	449	256	326	205	269
-di cui dimissioni con diritto a pensione	629	814	842	680	311	227
Tasso di compensazione*	174,1	131,4	30,4	22,6	37,7	21,8
Indice di turnover complessivo**	11,8	11,4	5,3	4,9	3,4	3,6

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro

*(Assunti/Cessati)*100; **(Assunti+Cessati)/Dotazione organica*100

Il progressivo contenimento del flusso occupazionale in entrata e, contestualmente, l'inasprimento dei requisiti di accesso al pensionamento che hanno innalzato l'età di uscita dal lavoro, hanno prevedibilmente determinato un progressivo invecchiamento della forza lavoro impegnata a vario titolo nel comparto sanitario regionale, ostacolando dunque il ricambio generazionale.

Al fine di pervenire ad una informazione sintetica capace di "fotografare" gli effetti del prolungato blocco del turnover, è stato realizzato un confronto della struttura per età del personale a fine 2014 con quella dell'anno 2006: confrontando la prima distribuzione con quella relativa al 2006 si evidenzia in primo luogo un assottigliamento della fasce più giovani del personale (parte inferiore della piramide) ed una contestuale estensione delle fasce più anziane (in particolare degli over54), tanto che la forma generale della distribuzione, tendenzialmente romboidale poiché la quota più consistente di addetti si distribuiva nelle fasce centrali, tende ad assumere le caratteristiche di una piramide rovesciata.

Analizzando, nel dettaglio, i cambiamenti intercorsi nelle classi polari si osserva come a seguito del blocco delle nuove assunzioni il numero di lavoratori under29 si sia considerevolmente ridotto, passando da 1.075 unità nel 2006 (294 uomini e 781 donne) a sole 53 unità nel 2014 (20 uomini e 33 donne); in termini percentuali gli under29 rappresentano nel 2014 solo lo 0,1% del personale totale, a fronte di una percentuale pari al 2% nel 2006. Appare inoltre interessante osservare, inoltre, come le 50 unità rilevate nel 2014 abbiano tutte un'età compresa tra 25 e 29 anni, mentre non si conta nessun dipendente minore di 25 anni a fronte di 40 unità registrate nel 2006. Sul fronte opposto, gli interventi normativi volti ad innalzare l'età di accesso al pensionamento hanno accresciuto il numero di over54enni impiegati a vario titolo nelle strutture sanitarie nazionali: nello specifico, i lavoratori di età compresa tra 55 e 59 anni passano dal 14,7% al 23,6% del totale, registrando in valori assoluti un incremento del 34,3% (da 7.825 unità nel 2006 a 10.510 nel 2014), mentre gli over59enni, che costituivano il 6,5% del totale dei lavoratori nel 2006, salgono al 14,2% nel 2014 evidenziando in valori assoluti una crescita del 56% (da 3.492 a 6.299 unità).

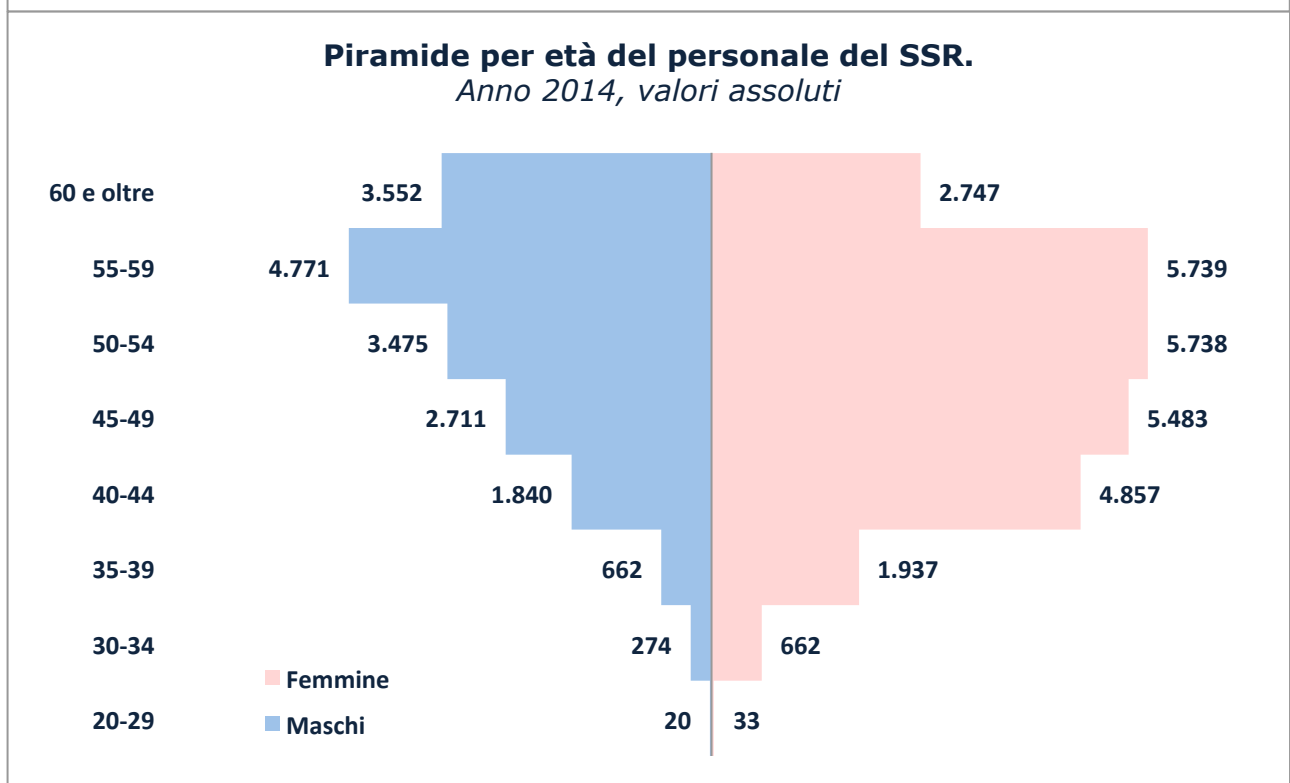
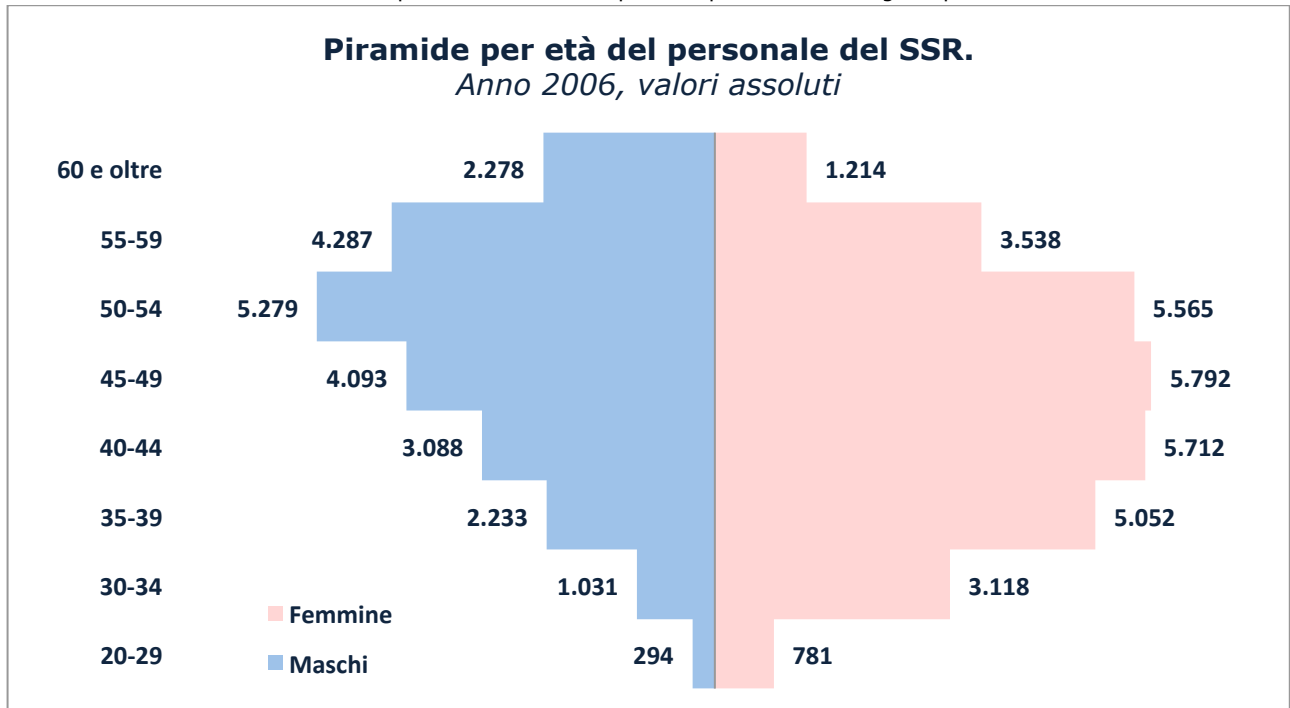
Tabella 4 – Distribuzione per classi di età del personale dipendente delle strutture del SSR nel Lazio. Confronto 2006-2014, valori assoluti e composizione %

Classi di età	2006		2014	
	V.A.	%	V.A.	%
20-29 anni	1.075	2,0	53	0,1
30-34 anni	4.149	7,8	936	2,1
35-39 anni	7.285	13,7	2.599	5,8
40-44 anni	8.800	16,5	6.697	15,0
45-49 anni	9.885	18,5	8.194	18,4
50-54 anni	10.844	20,3	9.213	20,7
55-59 anni	7.825	14,7	10.510	23,6
60 anni e oltre	3.492	6,5	6.299	14,2

Totale*	53.355	100,0	44.501	100,0
---------	--------	-------	--------	-------

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro

*Il totale della distribuzione risulta inferiore alla dotazione organica complessiva (in tabella 1) perché in alcune strutture il dato relativo all'età dei dipendenti non era disponibile per tutte le categorie professionali.



Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro

Il cambiamento della composizione demografica del personale dipendente delle strutture sanitarie regionali ha determinato un innalzamento dell'età media, che tra il 2006 e il 2014 è aumentata di 4,2 anni, passando da 47,2 a 51,4 anni.

Nello specifico, è il personale dirigente a registrare l'incremento più significativo, pari a 4,5 anni (passando da 50,8 a 55,3 anni), mentre per il personale non dirigente l'età media sale di 4,1 anni (da 46,2 a 50,3 anni).

Tabella 5 – Età media del personale delle strutture sanitarie regionali.
Confronto 2014-2006, età media e differenza (in anni).

	Età media		Diff. 2014-2006 (in anni)
	2006	2014	
Dirigenza medica	50,6	55,2	4,6
Dirigenza non medica	51,8	55,9	4,1
Totale personale dirigente	50,8	55,3	4,5
Profili amministrativi	49,9	52,5	2,6
Profili sanitari	44,2	49,1	4,9
Profili tecnici	50,5	53,9	3,4
Totale personale non dirigente	46,2	50,3	4,1
Totale	47,2	51,4	4,2

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro

Le politiche di "risanamento" hanno avuto effetti importanti anche sulle dinamiche retributive: a fronte dell'incremento registrato tra il 2001 e il 2006, quando il valore complessivo del costo del lavoro aumenta di quasi un miliardo di euro (passando da 2,4 a 3,4 miliardi), tra il 2006 e il 2014 si evidenzia una contrazione dell'11,3% (-24% al netto dell'inflazione), pari, in valori assoluti, a una perdita di circa 383 milioni di euro (il valore complessivo passa da 3,4 a circa 3 miliardi).

Considerando le sole voci stipendiali (stipendi, tredicesime, RI, arretrati e recuperi per ritardi), la riduzione ammonta a circa 300 milioni di euro, pari al -5,9% in termini nominali e al -19,4% in valori deflazionati. Le indennità (ovvero l'ammontare complessivo delle retribuzioni di posizione, di risultato, delle indennità di vacanza contrattuale e delle indennità professionali), al contrario, sono le uniche voci di costo in aumento: tra il 2006 e il 2014 si evidenzia infatti una crescita del 38,5% in valori nominali e del 18,7% in termini deflazionati. Questa dinamica è in parte attribuibile all'incremento dell'anzianità lavorativa dei dipendenti, diretta conseguenza delle politiche di blocco del turnover.

Tabella 6a Il costo del lavoro nelle strutture sanitarie regionali. Composizione.
Anni 2001, 2006 e 2011-2014, valori assoluti in MLN di €.

	2001	2006	2011	2012	2013	2014
Voci stipendiali	1.152,7	1.669,2	1.485,6	1.424,8	1.396,9	1.370,8
-di cui stipendi	636,1	1.198,8	1.215,3	1.166,9	1.147,58	1.127,6
Indennità	252,1	258,3	392,7	391,4	372,4	357,8
Altre accessorie	940,0	1.386,5	1.316,2	1.249,1	1.206,1	1.189,1
- retribuzioni personale a td	26,7	81,0	113,7	103,7	106,4	109,3
- incarichi libero prof. li	0,0	20,9	12,3	12,3	11,8	9,2
-Co.Co.Co.	7,9	35,3	30,5	28,2	25,6	29,3
- contributi a carico dell'ente	493,7	635,8	645,9	625,5	609,7	590,9

- IRAP	155,0	206,2	198,9	195,1	188,8	183,1
Straordinari	67,2	80,2	87,4	95,2	93,3	93,6
Totale	2.412,0	3.394,3	3.281,9	3.160,4	3.068,8	3.011,3

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro

Tabella 6b - Il costo del lavoro nelle strutture sanitarie regionali.

Variazioni % 2014/2001, 2014/2006 e 2014/2013 (nominali e reali)

	Variazioni nominali (%)			Variazioni reali (%)		
	'14/'01	'14/'06	'14/'13	'14/'01	'14/'06	'14/'13
Voci stipendiali	18,9	-17,9	-1,9	-9,6	-29,6	-2,1
-di cui stipendi	77,2	-5,9	-1,7	34,8	-19,4	-2,0
Indennità	41,9	38,5	-3,9	7,9	18,7	-4,2
Altre accessorie	26,5	-14,2	-1,4	-3,8	-26,5	-1,6
Straordinari	39,3	16,7	0,3	5,9	0,0	0,1
Totale	24,8	-11,3	-1,9	-5,1	-24,0	-2,1

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro

Relativamente al solo personale a tempo indeterminato, l'analisi del costo medio per dipendente evidenzia un significativo incremento del cuneo fiscale e contributivo: tra il 2006 e il 2014 il costo medio totale del lavoro passa infatti da 60.719 a 64.180 euro annui, mentre, considerando le sole voci stipendiali, il valore medio ammonta rispettivamente a 31.118 e 30.373 euro annui; conseguentemente, il costo annuo per le indennità e le componenti accessorie del salario subisce un incremento di quasi 3.900 euro in termini pro capite (da 29.601 a 33.457 euro).

Tabella 7a - Il costo del lavoro medio pro capite nelle strutture sanitarie regionali

Anni 2001, 2006 e 2011-2014, valori assoluti in €

	2001	2006	2011	2012	2013	2014
Costo medio pro capite	46.745	60.719	63.694	64.586	63.491	64.180
- di cui voci stipendiali	22.664	31.118	30.276	30.508	30.323	30.373
- di cui altre voci*	24.081	29.601	33.418	34.078	33.168	33.457

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro *indennità, contributi a carico dell'ente, IRAP, straordinari, ecc.

Tabella 7b - Il costo del lavoro medio pro capite nelle strutture sanitarie regionali

Variazioni % 2014/2001, 2014/2006 e 2014/2013 (nominali e reali)

	Variazioni nominali (%)			Variazioni reali (%)		
	'14/'01	'14/'06	'14/'13	'14/'01	'14/'06	'14/'13
Costo medio pro capite	37,3	5,7	1,1	4,4	17,7	0,8
- di cui voci stipendiali	35,6	-1,3	1,3	3,1	16,2	1,1
- di cui altre voci*	38,9	13,0	0,9	5,6	19,1	0,6

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati MEF - Conto annuale del tesoro *indennità, contributi a carico dell'ente, IRAP, straordinari, ecc.

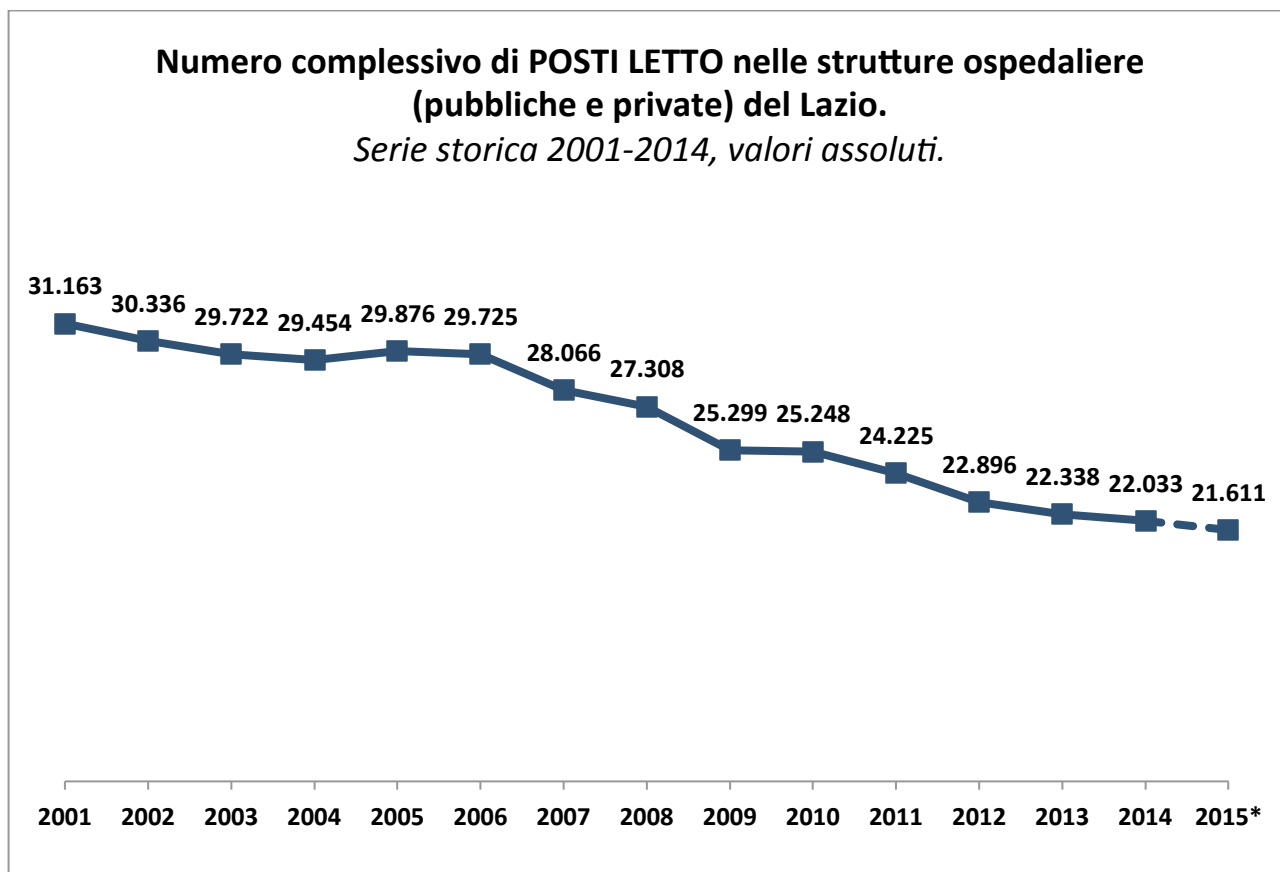
4.2 L'offerta di servizi sanitari regionale

Passando ad analizzare l'offerta di servizi sanitari nel Lazio, e in particolare il numero dei posti letto nelle strutture ospedaliere (pubbliche e private) un primo dato che colpisce riguarda la loro progressiva riduzione: tra il 2001 e il 2014, a fronte di un forte incremento in particolare della popolazione anziana, ovvero della componente più fragile della popolazione e maggiormente bisognosa di assistenza e di cure (gli over 64 registrano nel Lazio un aumento del 34,6% e gli over 84 - i cosiddetti "grandi vecchi" - dell'80,4%) si assiste ad una flessione significativa del numero dei posti letto nelle strutture ospedaliere che passano da 31.163 a 22.033 (-29,3% in valori percentuali), ovvero da 6,1 posti letto ogni 1.000 abitanti nel 2001 a 3,7 nel 2014.

Con riferimento al 2015 i dati previsionali di fonte regionale (Decreto del commissario ad acta di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale per il biennio 2014/2015) annunciano un'ulteriore riduzione, con un numero complessivo di posti letto, destinato a scendere a 21.611 unità (-422 posti letto rispetto al 2014 e -8.144 rispetto al 2006).

Tale riduzione dell'offerta ospedaliera non sembra peraltro essere compensata da una contestuale crescita di servizi "paralleli": ad oggi, infatti, non si registra nel territorio regionale quella diffusione capillare delle "Case della Salute" - le strutture territoriali che garantiscono cure primarie e di continuità assistenziale evitando il ricorso inappropriato ai punti di primo soccorso degli ospedali - paventata nel Programma Operativo 2013 e 2015 e non ancora realizzata compiutamente.

Anche sul fronte della lungodegenza l'aumento dei posti letto nelle RSA (le Residenze Sanitarie Assistite che si occupano della cura degli anziani e dei disabili) appare del tutto insufficiente: nel 2015 i posti letto presso le RSA accreditate nel territorio regionale ammontano a circa 7.700 (fonte Quotidiano Sanità), con una crescita del 25% negli ultimi 6 anni; tale incremento (circa 1.600 posti letto nell'intero periodo), risulta non soltanto ancora lontano dalla copertura del fabbisogno regionale stimato in 11.400 posti letto (delibera della Giunta Regionale n. 448/2009), ma al tempo stesso non in grado di compensare la perdita di oltre 4 mila posti letto registrata nelle strutture ospedaliere del Lazio nel medesimo intervallo di tempo.



Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della Salute e Istat *dato estratto dall'allegato tecnico del decreto di "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari" per l'anno 2014/2015 (Decreto del commissario ad acta 368/2014)

Tabella 9 – Andamento popolazione nel Lazio tra il 2001 e il 2014 e andamento dei posti letto nelle strutture ospedaliere del Lazio. *Anni 2001-2014, valori assoluti e var. %.*

Andamento Popolazione e anziani				Andamento posti letto			
	2001	2014	Var.%		2001	2014	Var.%
Popolazione tot.	5.116.344	5.892.425	+15,2%	Posti letto	31.163	22.033	-29,3%
- 65+ anni	905.459	1.218.458	+34,6%				
- 85+ anni	93.571	168.811	+80,4%				

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Istat e Ministero della Salute

La flessione riscontrata nel Lazio tra il 2001 e il 2014, trova pieno riscontro negli ultimi 5 anni, durante i quali si è attestata sul -12,7%. Tale riduzione ha riguardato in misura più significativa i posti letto nelle strutture private accreditate (passate in 5 anni da 10.235 a 8.680, pari a -15,2%) e in misura più contenuta quelli delle strutture pubbliche (-11,1%, passando da 15.013 e 13.353).

Conseguentemente a tale dinamica, si registra nell'ultimo quinquennio un aumento dell'incidenza dei posti letto nelle strutture pubbliche, che nel 2014 rappresentano il 60,6% dell'offerta (a fronte del 59,5% nel 2010), mentre il 39,4% dell'offerta regionale è invece affidata al settore privato accreditato, che perde 1,1 punti percentuali rispetto al 2010.

Tabella 10 – Dotazione di posti letto nel Lazio. Anni 2010-2014, valori assoluti e %

Valori assoluti					
	2010	2011	2012	2013	2014
Strutture pubbliche	15.013	14.509	13.723	13.497	13.353
Strutture private accreditate	10.235	9.716	9.173	8.841	8.680
Totale	25.248	24.225	22.896	22.338	22.033
Valori %					
	2010	2011	2012	2013	2014
Strutture pubbliche	59,5	59,9	59,9	60,4	60,6
Strutture private accreditate	40,5	40,1	40,1	39,6	39,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della Salute

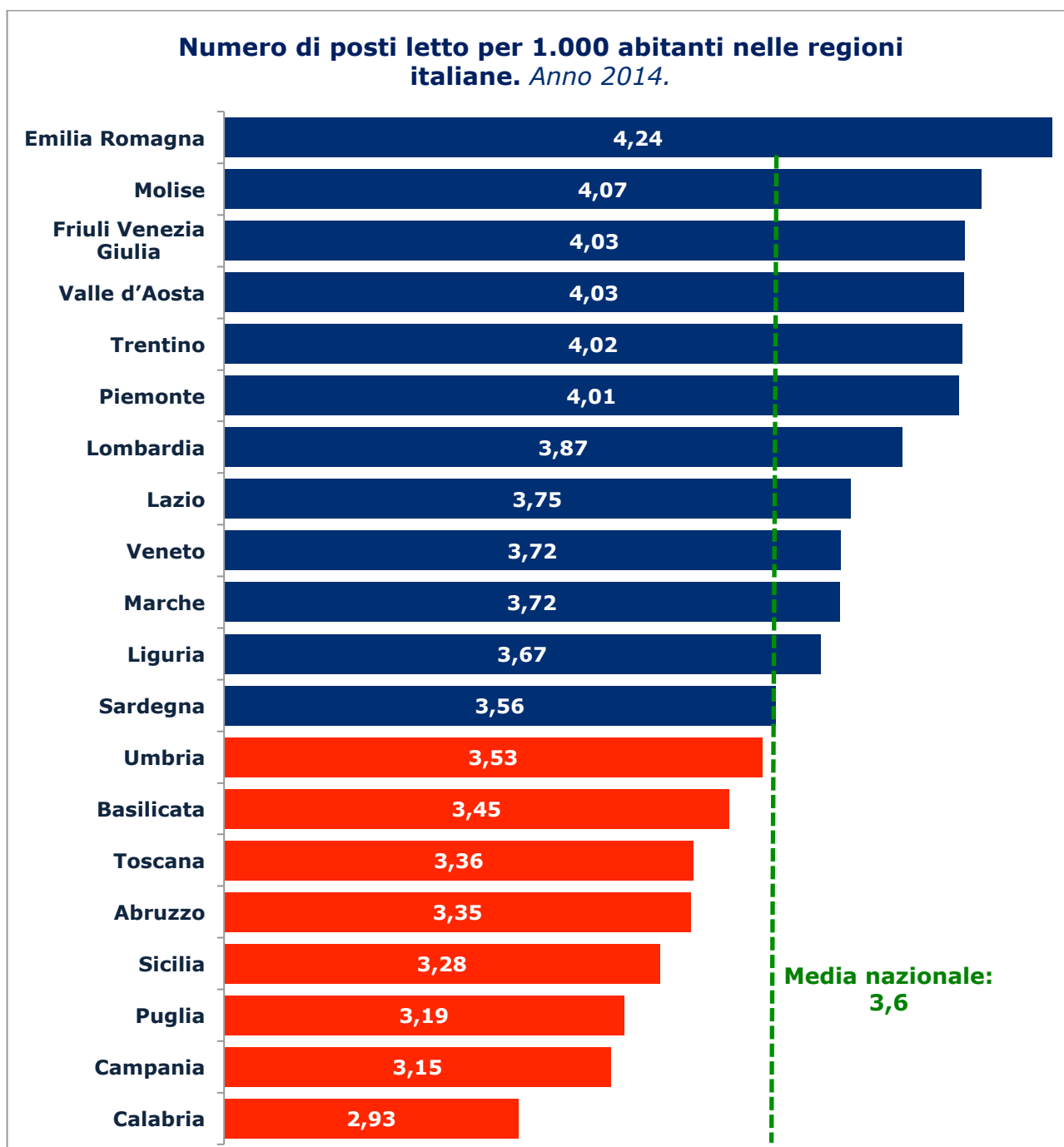
Tabella 11 – Dotazione di posti letto nel Lazio. Anni 2010-2014, variazioni assolute e %.

	Var. 2014/2013		Var. 2014/2010	
	V.A.	%	V.A.	%
Strutture pubbliche	-144	-1,1	-1.660	-11,1
Strutture private accreditate	-161	-1,8	-1.555	-15,2
Totale	-305	-1,4	-3.215	-12,7

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della Salute

In termini relativi, rapportando il numero dei posti letto alla popolazione residente, si confermano a livello nazionale le forti sperequazioni che caratterizzano in particolare le regioni settentrionali e quelle meridionali. A fronte di una media nazionale di 3,6 posti letto per 1.000 abitanti censita nel 2014, infatti, la totalità delle regioni del Nord si colloca al di sopra degli standard nazionali, registrando un'offerta sanitaria superiore (con il valore più elevato in Emilia Romagna, dove si contano 4,2 posti letto ogni 1.000 abitanti); sul fronte opposto, la quasi totalità delle regioni del Sud presenta evidenti criticità, collocandosi al di sotto dei già non lusinghieri standard nazionali (con il valore minimo di 2,9 posti letto per 1.000 abitanti in Calabria).

Il Lazio, con 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, si colloca in una situazione intermedia, evidenziando un valore soltanto leggermente superiore a quello medio nazionale. Occorre tuttavia sottolineare come i servizi ospedalieri della regione Lazio, e in particolare quelli della Capitale, non rispondano alle sole esigenze dei cittadini che vi abitano, ma anche a quelle di migliaia di turisti e di *city users* (studenti fuori sede e pendolari), così come delle migliaia di persone, in particolare residenti nelle regioni del Sud, costrette a "migrare" a Roma per ricevere cure che le strutture delle proprie regioni non sono in grado di offrire: un computo, questo, che certamente collocherebbe l'offerta di posti letto del Lazio ben al di sotto degli standard medi nazionali.



Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della Salute

Al fine di sottolineare ulteriormente le contraddittorietà legate alle politiche di riduzione dei posti letto su scala regionale (e nazionale), si è ritenuto opportuno contestualizzarne il dato all'interno di uno scenario europeo, confrontando la dotazione sanitaria del Lazio con quella di alcune altre importanti "regioni capitali" (attraverso l'elaborazione dei dati Eurostat-Nuts2). Analizzando quindi l'incidenza dei posti letto sulla popolazione residente nelle regioni-capitali europee per le quali è reperibile il dato (Praga, Vienna, Bruxelles, Berlino, Atene, Parigi, Lisbona e Madrid), emerge chiaramente l'inadeguatezza dell'offerta sanitaria del Lazio rispetto agli standard europei, considerando che, tra le 9 grandi regioni metropolitane considerate, soltanto

Madrid (con 2,9 posti letto per 1.000 abitanti) presenta un indice inferiore a quello del Lazio.

Sul fronte opposto, sono le regioni-capitali del Nord Europa (quelle di Praga, Vienna e Bruxelles) a presentare l'offerta migliore, con un valore di oltre 2 volte superiore a quello del Lazio (la dotazioni di posti letto ospedalieri è infatti pari rispettivamente a 8,3, a 7,9 e a 7,6 posti letto per 1.000 abitanti); seguono la regione Berlino, quella di Parigi e di Atene, con un'offerta pari a 5,9 posti letto per 1.000 abitanti, e la regione di Lisbona, con un valore leggermente superiore a quello del Lazio, pari a 3,9.

Tabella 12 – Dotazione di posti letto in alcune grandi regioni Capitali europee. *Ultimo anno disponibile. Valori per 1.000 abitanti*

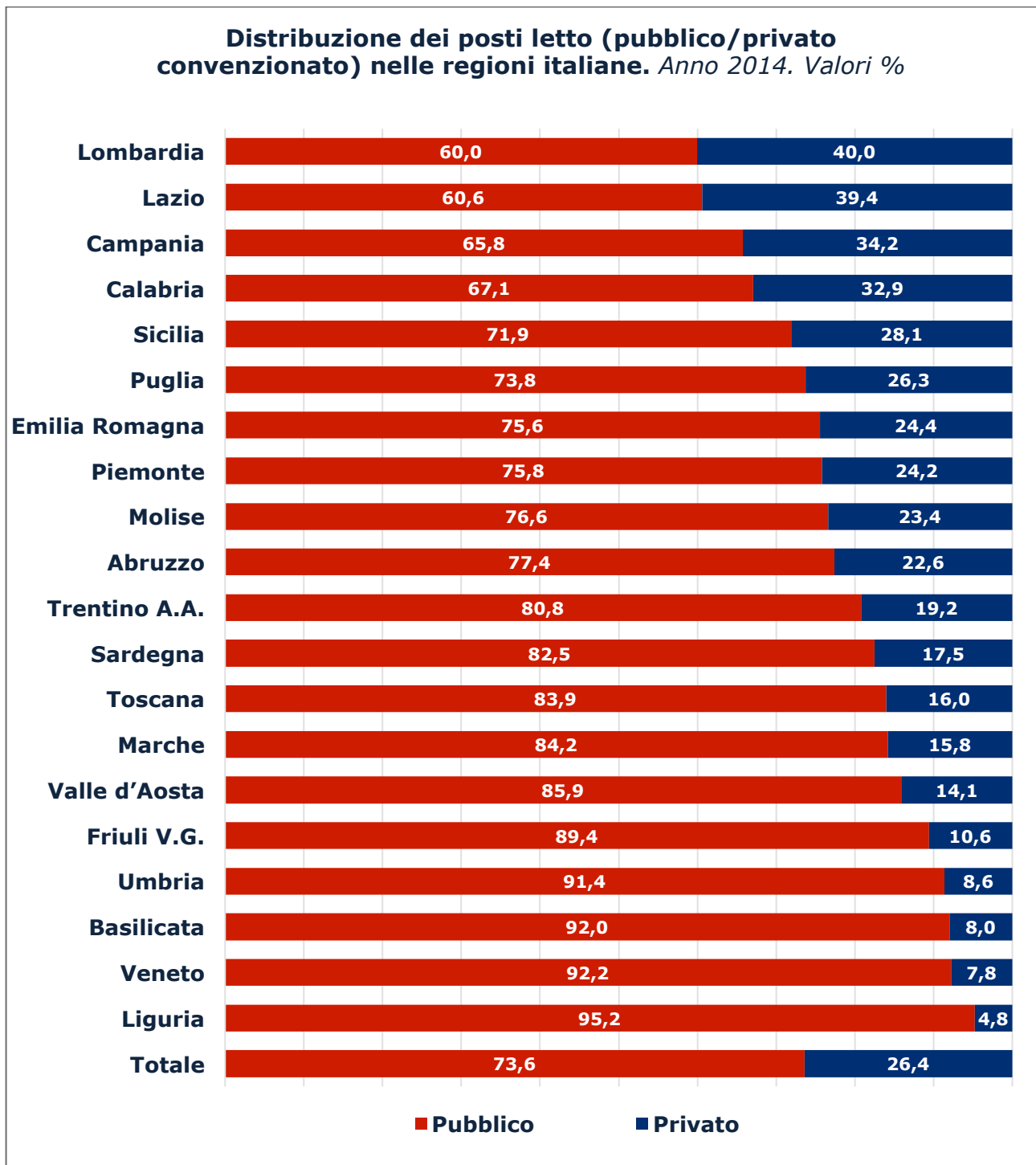
Regioni Capitali	Posti letto/1.000 abitanti
Praga	8,3
Vienna	7,9
Bruxelles	7,6
Berlino	5,9
Atene	5,9
Parigi (Île de France)	5,9
Lisbona	3,9
Lazio	3,7
Madrid	2,9

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della Salute

Passando ad analizzare le caratteristiche dell'offerta sanitaria laziale in relazione alla tipologia delle prestazioni (pubbliche o private), appare interessante rilevare come la nostra regione, nonostante la dinamica sopra evidenziata, si distingua per un'elevata incidenza di posti letto in ospedali e strutture private accreditate, che rappresentano ben il 39,4% dell'offerta totale, a fronte del 60,6% dei posti letto disponibili presso le strutture pubbliche: una percentuale, questa, che colloca il Lazio, dopo la Lombardia (che detiene il primato, con il 40% dei posti letto in strutture private convenzionate) al secondo posto nella graduatoria nazionale (la media italiana dei posti letto in strutture private si attesta su un ben più contenuto 26,4%).

A presentare una componente privata dell'offerta superiore alla media nazionale sono inoltre la Campania (34,2%), la Calabria (32,9%) e la Sicilia (28,1%).

Sul fronte opposto, la Liguria (95,2%), il Veneto (92,2%), la Basilicata (92%) e l'Umbria (91,4%), si caratterizzano per una offerta quasi esclusivamente pubblica, risultando marginale la dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate.



Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della Salute

Tabella 13 – Dotazione di posti letto nelle regioni italiane per tipologia di struttura.
Confronto 2010-2014, composizione %.

2010			2014		
Regioni	Pubblico	Privato convenz.	Regioni	Pubblico	Privato convenz.
Lazio	59,5	40,5	Lombardia	60,0	40,1
Lombardia	61,4	38,6	Lazio	60,6	39,4
Campania	66,8	33,2	Campania	65,8	34,2
Calabria	68,6	31,4	Calabria	67,1	32,9
Molise	70,9	29,0	Sicilia	71,9	28,1
Toscana	74,1	25,9	Puglia	73,8	26,3
Sardegna	75,8	24,2	Emilia Romagna	75,6	24,4
Piemonte	77,2	22,8	Piemonte	75,8	24,2
Sicilia	78,5	21,5	Molise	76,6	23,4
Abruzzo	79,7	20,3	Abruzzo	77,4	22,6
Emilia Romagna	81,3	18,7	Trentino A.A.	80,8	19,2
Puglia	83,9	16,1	Sardegna	82,5	17,5
Marche	85,0	15,0	Toscana	83,9	16,0
Valle d'Aosta	85,0	15,0	Marche	84,2	15,8
Trentino A.A.	85,4	14,6	Valle d'Aosta	85,9	14,1
Friuli V.G.	88,9	11,1	Friuli V.G.	89,4	10,6
Umbria	91,6	8,4	Umbria	91,4	8,6
Basilicata	92,5	7,5	Basilicata	92,0	8,0
Veneto	92,6	7,3	Veneto	92,2	7,8
Liguria	96,4	3,7	Liguria	95,2	4,8
Totale	74,7	25,2	Totale	73,6	26,4

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della Salute

Approfondendo la dinamica dell'offerta di posti letto (in strutture pubbliche e private) negli ultimi 5 anni, appare interessante confermare come la flessione osservata a livello nazionale (-9,8%) trovi pieno riscontro in tutte le regioni italiane, con la riduzione più rilevante in Molise (-25%), in Calabria (-24,7%), in Puglia (-17,9%) e in Abruzzo (-16,2%). Anche il Lazio (-12,7%) presenta un decremento superiore a quello medio nazionale, con una variazione analoga a quella della Toscana (-12,6%). Sul fronte opposto, l'Umbria (-2,3%), la Valle d'Aosta (-2,8%) e l'Emilia Romagna (-3,7%) evidenziano una riduzione significativamente più contenuta.

Interessante risulta infine disaggregare i dati in base alla tipologia della prestazione "tagliata": se infatti a livello nazionale si osserva una riduzione più consistente dei posti letto nelle strutture pubbliche (-11,2%) rispetto a quelle private accreditate (-5,7%), tale dinamica non trova riscontro nel Lazio, dove sono i posti letto nelle strutture private a subire i tagli più consistenti (-15,2% contro -11,1% negli ospedali pubblici).

Sul fronte opposto, in Emilia Romagna alla significativa riduzione di posti letto nelle strutture pubbliche (-10,4%) si contrappone un forte incremento di posti letto in

quelle private convenzionate (+25,5%), così come avviene in Liguria (rispettivamente -16,6% e +11,1%), in Trentino Alto Adige (-11,7% e +9,1%) e, in misura più contenuta, in Piemonte (-6,7% e +0,8%), in Veneto (-6,1% e +0,7%), in Sicilia (-10,14% e +0,6%) e in Umbria (-2,5% e +0,4%).

Tabella 14 – Dotazione di posti letto nelle regioni italiane per tipologia di struttura
Variazioni 2014/2010, assolute e %

Variazioni assolute 2014/2010				Variazioni % 2014/2010			
Regioni	Pubblico	Privato convenz.	Totale	Regioni	Pubblico	Privato convenz.	Totale
Lazio	-1.660	-1.555	-3.215	Lazio	-11,1	-15,2	-12,7
Lombardia	-2.744	-842	-3.586	Lombardia	-10,6	-5,2	-8,5
Campania	-1.344	-381	-1.725	Campania	-9,9	-5,7	-8,5
Calabria	-1.390	-512	-1.902	Calabria	-26,4	-21,2	-24,7
Molise	-229	-196	-425	Sicilia	-10,1	0,6	-7,3
Toscana	-1.743	-80	-1.823	Puglia	-20,0	-11,1	-17,9
Sardegna	-597	-467	-1.064	Emilia Romagna	-10,4	25,5	-3,7
Piemonte	-970	33	-937	Piemonte	-6,7	0,8	-5,0
Sicilia	-1.341	27	-1.314	Molise	-19,0	-39,6	-25,0
Abruzzo	-795	-70	-865	Abruzzo	-18,7	-6,5	-16,2
Emilia Romagna	-1.659	936	-723	Trentino A.A.	-11,7	9,1	-8,4
Puglia	-2.408	-425	-2.833	Sardegna	-10,9	-31,1	-15,2
Marche	-587	-47	-634	Toscana	-14,2	-3,8	-12,6
Valle d'Aosta	-8	-7	-15	Marche	-10,8	-4,9	-9,9
Trentino A.A.	-456	68	-388	Valle d'Aosta	-1,8	-8,8	-2,8
Friuli V.G.	-177	-53	-230	Friuli V.G.	-3,8	-9,2	-4,4
Umbria	-74	1	-73	Umbria	-2,5	0,4	-2,3
Basilicata	-134	0	-134	Basilicata	-6,8	0,0	-6,3
Veneto	-1.101	10	-1.091	Veneto	-6,1	0,7	-5,6
Liguria	-1.106	28	-1.078	Liguria	-16,6	11,1	-15,6
Totale	-20.523	-3.532	-24.055	Totale	-11,2	-5,7	-9,8

Fonte: Elaborazioni UIL Roma e Lazio - Eures su dati Ministero della Salute

A fronte della significativa riduzione dei posti letto rilevata nel Lazio, si registra una riduzione ancora più significativa sia del numero dei ricoveri (-30,2% tra il 2006 e il 2015) sia dei giorni di degenza complessivi (-31,8%). Conseguentemente il tasso di occupazione (giorni di degenza su posti letto in un anno) risulta progressivamente decrescente (era pari all'87% nel 2006 e scende all'81,6% nel 2015), evidenziando una "disponibilità effettiva" ancora inferiore a quella ufficialmente dichiarata, nonché un evidente limite organizzativo connesso anche alle carenze di personale che non consentono di utilizzare al meglio l'offerta disponibile.

La riduzione del tasso di occupazione dei posti letto nelle non deve quindi indurre a ipotizzare una diminuita richiesta di cure da parte della popolazione, ma deve piuttosto far riflettere sulla capacità del sistema ospedaliero di fornire adeguate

prestazioni sanitarie alla popolazione, così come sull'effettiva disponibilità della dotazione di posti letto "dichiarata" dalle strutture, risultando in alcuni casi, come documentato dalle cronache, una parte dei posti letto inagibile o inutilizzabile, per assenza di personale medico, infermieristico o ausiliario, o per l'inadeguatezza stessa delle strutture rispetto ad alcuni standard di qualità.

Anche l'indice di rotazione dei posti letto (ovvero il numero di ricoveri sui posti letto disponibili) registra negli ultimi anni una flessione, attestandosi nel 2015 al valore minimo di 43 (a fronte dell'indice più elevato di 45,7 registrato nel 2012).

Tabella 15 – L'attività ospedaliera nel Lazio Anni 2006 e 2010-2015. 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	Giorni medi di degenza	Tasso di occupazione dei posti letto**	Indice di rotazione dei posti letto***
2015*	21.611	929.800	6.439.700	6,9	81,6	43,0
2014	22.033	959.843	6.549.523	6,8	81,4	43,5
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
2006	29.725	1.332.191	9.441.468	7,1	87,0	44,8

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

A livello nazionale il decremento del tasso di occupazione dei posti letto (-4 punti, passando da 81 nel 2006 a 77 nel 2014) trova conferma in 10 regioni italiane: Piemonte (-10,3 punti), Sicilia (-9,9), Veneto (-9,6), Friuli Venezia Giulia (-7,2), Lazio (-5,6), Lombardia (-5,1), Toscana (-3,5), Emilia Romagna (-2,1), Campania (-1,9) e Marche (-1,6), mentre cresce in misura significativa in Molise (+4,4 punti, passando da 80,3 a 84,7), in Liguria (+4,5), in Basilicata (+5,5) e in Sardegna (+7,7 punti).

Nonostante la significativa flessione del tasso di occupazione dei posti letto registrata nel Lazio nell'ultimo quinquennio, occorre sottolineare come la nostra regione (con 81,4 giorni di degenza per posto letto in un anno) presenti un valore inferiore soltanto a quello della Liguria (91%), dell'Abruzzo (85,1%), del Molise (84,7%) e dell'Emilia Romagna (83,7%).

Tabella 16 – L'attività ospedaliera nelle regioni italiane. *Confronto 2006-2014. Tasso di occupazione e indice di rotazione dei posti letto.*

2006			2014		
Regioni	Tasso di occupazione posti letto*	Indice di rotazione dei posti letto**	Regioni	Tasso di occupazione posti letto*	Indice di rotazione dei posti letto**
Lazio	87	44,8	Liguria	91	46,9
Liguria	86,5	50,8	Abruzzo	85,1	46,1
Emilia Romagna	85,8	41,9	Molise	84,7	47,8
Abruzzo	84,6	56,2	Emilia Romagna	83,7	41,3
Piemonte	84,2	42,1	Lazio	81,4	43,6
Veneto	84	42,8	Trentino	80,7	41,2
Campania	82,1	59,3	Campania	80,2	52,6
Molise	80,3	44,6	Umbria	79,9	46,5
Trentino	80,1	41,3	Puglia	79,7	47,1
Puglia	79,9	51,2	Valle d'Aosta	79,7	46,8
Lombardia	79,4	48,4	Marche	76,2	39,8
Sicilia	79,4	61,8	Basilicata	74,9	39,6
Umbria	79,2	53,8	Veneto	74,4	35,6
Valle d'Aosta	78	41,2	Lombardia	74,3	37,5
Friuli V.G.	77,9	41,6	Piemonte	73,9	35,6
Marche	77,8	44,9	Toscana	73	45,1
Toscana	76,5	44,1	Calabria	72,8	40,2
Calabria	71,8	44,8	Sardegna	72,1	44,4
Basilicata	69,4	46,7	Friuli V.G.	70,7	37,6
Sardegna	64,4	41,8	Sicilia	69,5	38,1
Italia	81,0	48,1	Italia	77,0	41,5

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

4.3 La mobilità sanitaria interregionale

All'interno della riflessione complessivamente proposta, appare particolarmente interessante il fenomeno della "mobilità interregionale", ovvero della migrazione sanitaria verso strutture di cura localizzate in territori diversi rispetto alla regione di residenza. L'analisi delle dinamiche migratorie per motivi sanitari, infatti, consente di mettere in luce le differenze regionali in merito alla dotazione di servizi essenziali ed al livello di fiducia dei cittadini verso l'offerta sanitaria della propria regione.

Prima di passare all'analisi dei dati è necessario tuttavia premettere che la mobilità sanitaria in alcuni casi è determinata da ragioni di carattere personale e/o familiare e non sempre dipende da una carenza dell'offerta sanitaria o da inefficienze nell'erogazione dei LEA: poiché, infatti, la determinazione della mobilità attiva e passiva – e del relativo saldo – nonché la compensazione economica delle prestazioni

avviene sulla base della regione di residenza, risultano oggetto di mobilità anche tutte le prestazioni erogate a cittadini che dimorano abitualmente nel territorio dove ricevono il servizio ma che risultano residenti altrove; pertanto le attività sanitarie ad essi erogate rientrano nel computo delle prestazioni in mobilità regionale pur in assenza di attività migratoria. In questi casi, dunque, "l'abbandono" della regione di residenza risulta connesso a esigenze di tipo lavorativo/familiare e non ad un atteggiamento di sfiducia o insoddisfazione verso l'offerta sanitaria della regione di residenza. In determinate situazioni, inoltre, è possibile che si verifichi la cosiddetta "mobilità di prossimità", determinata dal fatto che, nei territori "di confine", la struttura ospedaliera più vicina possa essere geograficamente collocata in una regione diversa da quella di residenza.

Infine, per le prestazioni di complessità e specificità particolarmente elevate, erogate solo in poche strutture qualificate sul territorio nazionale, è possibile che si osservino consistenti flussi di mobilità in entrata nelle regioni in cui sono collocate le strutture specializzate; in questo caso le dinamiche migratorie sono motivate dalla ricerca di competenze non presenti nei territori di origine, più che da un generale atteggiamento di sfiducia verso il Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso.

Ciò premesso, osservando i dati regionali – che riguardano solo la mobilità relativa ai ricoveri ospedalieri, ovvero la componente principale della mobilità sanitaria complessiva – si evidenzia come ben 12 Regioni su 20 presentino un saldo della mobilità ospedaliera negativo, con un numero di residenti ricoverati fuori regione sensibilmente più alto rispetto ai ricoveri regionali di pazienti provenienti dalle altre regioni. In termini assoluti i saldi più negativi si evidenziano nelle "grandi" regioni del Meridione, ovvero in Campania (-54mila ricoveri nel 2014 e -28mila nel primo semestre del 2015), Calabria (-50mila ricoveri nel 2014 e -25mila relativamente al primo semestre del 2015), Sicilia (rispettivamente -33mila e -18mila) e Puglia (-31mila e -16mila), mentre un maggiore livello di attrattività e, dunque, un flusso in entrata particolarmente elevato si segnala in Lombardia (+79mila ricoveri nel 2014 e +49mila nel primo semestre del 2015, grazie anche all'elevata disponibilità di posti letto), Emilia Romagna (+66mila ricoveri nel 2014 e +33mila relativamente al primo semestre 2015) e Toscana (rispettivamente +32mila e +16mila).

In generale, quindi, è possibile osservare una forte tendenza alla migrazione verso il Nord e, conseguentemente, un netto divario tra Nord e Sud del Paese, con una capacità attrattiva fortemente concentrata nelle regioni settentrionali e, al contrario, una tendenza alla "fuga" che contraddistingue i cittadini del Meridione (tra le regioni del Sud, il Molise è l'unica a registrare un saldo della mobilità positivo).

Passando all'analisi dinamica, tra il 2010 e il 2014 si registra un generale incremento della mobilità ospedaliera interregionale che, oltre a rappresentare un indice di sfiducia dei cittadini nei confronti delle strutture sanitarie vicine al luogo di residenza implica anche un costo aggiuntivo relativo allo spostamento territoriale. Passando all'analisi dei dati, il totale dei ricoveri in mobilità in Italia passa da 809.552 a 734.875, con un decremento del 9,2%, mentre il numero complessivo di ricoveri ospedalieri passa da 10.869.148 a 9.140.116 registrando una riduzione pari al 15,9%: conseguentemente, il rapporto tra il numero complessivo di dimissioni in mobilità e il totale dei ricoveri evidenzia un incremento, passando dal 7,5% del 2010 all'8% del

2014. A livello regionale è il Lazio a segnalare la maggiore contrazione, con un saldo che rimane attivo ma che – a seguito della riduzione della mobilità attiva –, passa da 32.124 a 12.534; allo stesso modo, anche la Liguria evidenzia un peggioramento del saldo, che passa da -952 a -4.570.

Tabella 16 – La mobilità ospedaliera interregionale nelle Regioni Italiane: mobilità attiva*, mobilità passiva**, e saldo. Anni 2010, 2014 e I semestre 2015, valori assoluti

	2010			2014			2015 (I semestre)		
	Mob. attiva	Mob. passiva	Saldo	Mob. attiva	Mob. passiva	Saldo	Mob. attiva	Mob. passiva	Saldo
Piemonte	42.416	49.759	-7.343	38.599	46.037	-7.438	19.350	22.497	-3.147
Valle d'Aosta	1.955	4.916	-2.961	2.654	3.749	-1.095	1.274	1.864	-590
Lombardia	147.795	68.989	78.806	142.684	63.749	78.935	77.504	28.097	49.407
Trentino A.A.	16.288	17.927	-1.639	14.357	15.364	-1.007	6.801	7.293	-492
Veneto	62.222	48.045	14.177	54.768	45.750	9.018	27.549	21.352	6.197
Friuli V.G.	20.779	14.131	6.648	20.117	11.993	8.124	8.365	6.280	2.085
Liguria	37.941	38.893	-952	30.817	35.387	-4.570	13.224	17.855	-4.631
Emilia Romagna	115.086	45.745	69.341	107.902	42.295	65.607	53.742	20.411	33.331
Toscana	70.452	39.725	30.727	66.379	34.223	32.156	33.408	17.044	16.364
Umbria	24.081	20.635	3.446	23.303	18.529	4.774	11.375	8.973	2.402
Marche	27.811	29.780	-1.969	24.627	28.343	-3.716	10.884	14.692	-3.808
Lazio	99.849	67.725	32.124	81.871	69.337	12.534	37.840	32.910	4.930
Abruzzo	26.925	42.192	-15.267	23.496	36.005	-12.509	10.043	16.963	-6.920
Molise	19.199	13.365	5.834	16.439	13.375	3.064	8.290	6.247	2.043
Campania	23.892	87.879	-63.987	23.911	77.997	-54.086	8.680	37.085	-28.405
Puglia	29.036	62.279	-33.243	26.137	56.828	-30.691	11.619	27.637	-16.018
Basilicata	15.207	23.760	-8.553	14.810	20.520	-5.710	6.483	9.733	-3.250
Calabria	8.329	62.524	-54.195	5.844	55.780	-49.936	1.773	27.212	-25.439
Sicilia	15.740	55.618	-39.878	12.422	45.443	-33.021	4.635	22.665	-18.030
Sardegna	4.549	15.665	-11.116	3.738	14.171	-10.433	1.149	7.178	-6.029
Totale	809.552	809.552	-	734.875	734.875	-	353.988	353.988	-

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

*Numero di ricoveri erogati a pazienti residenti in altre regioni; **Numero di residenti nella regione ricoverati altrove;

Al fine di pervenire a una valutazione della mobilità sanitaria non “distorta” dalle differenze demografiche tra i territori e di determinare la reale incidenza del fenomeno migratorio nel nostro Paese, per ciascuna regione è stato calcolato il relativo indice di attrazione – che misura la percentuale di ricoveri di pazienti residenti in altre regioni sul totale dei ricoveri registrati dalle strutture sanitarie della regione stessa – e l’indice di fuga – che misura la percentuale di residenti ricoverati presso ospedali di altre regioni sul totale dei ricoveri dei residenti (sia regionali che extraregionali).

Sulla base degli indici utilizzati, è interessante osservare come le regioni che presentano un livello di attrattività elevato sono, in generale, i territori di “piccole” dimensioni demografiche, ovvero il Molise (26,9% nel 2014 e 28,2% nel primo semestre del 2015), la Basilicata (18,8% nel 2014 e 17,8% nel primo semestre 2015) e l’Umbria (rispettivamente 15% e 15,9%), mentre la tendenza alla “fuga” si riscontra soprattutto nelle grandi regioni del Sud, con la Calabria in testa (24,3% nel 2014 e

24,5% con riferimento al primo semestre del 2015), seguita dalla Campania (rispettivamente 23% e 22,8%) che in valori assoluti presentava il saldo più negativo e, infine, dalla Sicilia (19,7% nel 2014 e 22,7% nel primo semestre del 2015).

In termini dinamici, tra il 2010 e il 2014 ben 10 regioni registrano un incremento dell'indice di fuga; in particolare, gli aumenti più consistenti si segnalano in Campania (+15,3 punti percentuali), Sicilia (+13,9 punti percentuali) e Calabria (+7,2 punti percentuali); con riferimento all'attrattività, invece, si segnala un incremento dell'indice in ben 15 regioni, con gli aumenti più consistenti in Basilicata (+3,7 punti percentuali), Valle d'Aosta (+1,6 punti percentuali) e Umbria (+1,2 punti percentuali). Particolarmente interessante la dinamica dell'indice di fuga registrata nella Regione Lazio: a fronte di una sostanziale stabilità del numero di ricoveri di residenti fuori regione (passati da 67.725 del 2010 a 69.337 del 2014), infatti, la contrazione dei ricoveri registrata nello stesso periodo ha determinato il passaggio dell'indice di fuga dal 6,1% al 12,2%, raddoppiando quindi il proprio valore.

Tabella 17 – La mobilità ospedaliera interregionale nelle Regioni Italiane: indice di attrazione* e indice di fuga**. Anni 2010, 2014 e I semestre 2015, valori assoluti

	2010		2014		2015 (I semestre)	
	Indice di attrazione	Indice di fuga	Indice di attrazione	Indice di fuga	Indice di attrazione	Indice di fuga
Piemonte	5,7	6,6	6,1	7,2	6,1	7,0
Valle d'Aosta	9,4	20,7	11,0	14,8	10,6	14,8
Lombardia	8,7	4,3	9,8	4,7	10,4	4,0
Trentino A.A.	8,4	9,2	8,2	4,1	8,1	4,1
Veneto	8,1	6,4	8,4	13,4	8,3	13,2
Friuli V.G.	10,2	7,2	10,8	7,1	10,0	6,6
Liguria	11,0	11,2	11,3	6,7	10,6	7,7
Emilia Romagna	13,5	5,9	13,9	12,7	14,0	13,8
Toscana	11,1	6,6	11,7	5,9	12,0	5,8
Umbria	14,7	12,9	15,9	6,4	15,9	6,5
Marche	10,5	11,2	10,7	13,0	10,8	13,0
Lazio	8,8	6,1	8,5	12,2	8,4	14,0
Abruzzo	11,6	17,0	11,4	7,3	11,1	7,4
Molise	26,0	19,7	26,9	16,5	28,2	17,4
Campania	2,2	7,7	2,5	23,0	2,5	22,8
Puglia	3,5	7,2	4,3	7,6	4,0	10,0
Basilicata	15,1	21,8	18,8	8,8	17,8	9,0
Calabria	2,7	17,1	2,5	24,3	1,9	24,5
Sicilia	1,7	5,8	2,0	19,7	1,6	22,7
Sardegna	1,6	5,2	1,4	6,8	0,9	7,3

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

*Ricoveri in regione di non residenti/Totale ricoveri in regione; **Ricoveri fuori regione dei residenti/Totale ricoveri dei residenti (regione+fuori regione).

In termini economici, il flusso di denaro che viene trasferito da una regione all'altra attraverso meccanismi compensativi derivanti dalle migrazioni sanitarie interregionali ammonta complessivamente a circa 3,8 miliardi di euro (anno 2014); il dato risulta inclusivo non solo della mobilità ospedaliera appena descritta ma comprende, più in generale, la mobilità sanitaria complessiva.

Ovviamente, le regioni che presentano un saldo della mobilità positivo (e quindi il numero di cittadini residenti in altre regioni da "assorbire" risulta superiore rispetto al numero di residenti che emigrano per curarsi) avranno un flusso della mobilità in entrata e riceveranno i "rimborsi" per questa domanda sanitaria aggiuntiva, mentre i territori con un saldo della mobilità negativo vedranno un flusso di risorse in uscita che andrà a finanziare i rimborsi delle regioni più attrattive. Complessivamente, a livello nazionale il saldo della mobilità risulterà prevedibilmente nullo.

Passando all'analisi dei dati, l'ammontare dei rimborsi dipende ovviamente dalle "dimensioni" del saldo realizzato, risultando particolarmente positivo in Lombardia (+496,6 milioni di euro), Emilia Romagna (+335,4 milioni) e Toscana (+139,6 milioni); sul fronte opposto, i maggiori "disavanzi" si rilevano in Campania (-265,8 milioni di euro), Calabria (-234,7 milioni), Sicilia (-174,4 milioni) e Puglia (-169,9 milioni). Particolarmente interessante, infine, appare il dato relativo alla Regione Lazio che, sebbene nel 2014 presenti un saldo della mobilità ospedaliera positivo, con un numero di ricoverati provenienti da altre regioni superiore rispetto agli "esodi" (+12.534 ricoveri) con riferimento alla mobilità sanitaria generale evidenzia un risultato negativo, pari a -146,7 milioni di euro, determinato dalla contabilizzazione separata dell'Ospedale Bambin Gesù e dell'ACISMOM (l'Ospedale dell'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta), che registrano crediti rispettivamente per 178,6 e 37,4 milioni di euro.

Tabella 18 – I saldi della mobilità interregionale. Riparto 2014, valori assoluti in MLN di €.

	Crediti	Debiti	Saldo
Piemonte	221,0	234,1	-13,1
Valle d'Aosta	10,3	22,0	-11,7
Lombardia	818,6	324,0	494,6
Trentino A.A.	80,9	85,9	-5,0
Veneto	309,1	223,7	85,3
Friuli V.G.	97,7	69,2	28,5
Liguria	123,7	186,5	-62,9
Emilia Romagna	557,2	222,4	334,8
Toscana	301,9	164,0	137,9
Umbria	94,2	89,2	5,0
Marche	103,1	140,6	-37,6
Lazio*	305,7	452,4	-146,7
Abruzzo	102,1	170,4	-68,3
Molise	85,1	55,9	29,2
Campania	112,0	395,6	-283,6
Puglia	107,8	289,7	-181,9
Basilicata	62,6	97,6	-35,0
Calabria	28,4	271,8	-243,5
Sicilia	69,6	249,7	-180,1
Sardegna	17,4	79,5	-62,2
O.P. Bambin Gesù	178,6	0	178,6
ACISMOM	37,4	0	37,4
Totale	3.824,2	3.824,2	-

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

4.4 Monitoraggio e verifica dei LEA

Un ultimo approfondimento relativo alle dinamiche dell'offerta è rappresentato dall'analisi dei documenti di monitoraggio e verifica dei LEA, diffusi periodicamente dal Ministero della Salute e volti a valutare le condizioni di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza dell'offerta sanitaria garantita nonché a indagare l'equità nell'accesso alle cure, evidenziando eventualmente le criticità territoriali emerse in fase di verifica.

Il monitoraggio dell'assistenza sanitaria regionale è determinato in base a un set di 32 indicatori (riportati nel D.lgs. n. 56/2000 e successivamente oggetto di numerose revisioni), relativi all'assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, all'assistenza territoriale e all'assistenza ospedaliera a partire dai quali si provvede, attraverso un sistema di "pesi" specifici per ciascun dato utilizzato, all'elaborazione di un punteggio sintetico per ogni territorio oggetto di analisi. In base al risultato ottenuto le regioni si collocano in una delle 3 "classi di valutazione" previste: le regioni appartenenti all'ultima fascia – che rappresenta l'area critica – sono inadempienti mentre quelle che si collocano nella prima e nella seconda fascia risultano adempienti con la discriminante che per le regioni della seconda classe è previsto uno specifico impegno da assolvere (che spesso è circoscritto ad alcune aree dell'assistenza).

Con riferimento al 2013, le Regioni che hanno avviato un programma di valutazione sugli adempimenti da assolvere in tema di Livelli essenziali di assistenza (Lea) per l'anno 2013 sono 16 (tutte le regioni a statuto ordinario e la Sicilia), ossia quelle che hanno accesso al fondo sanitario e che vengono private del 3% di questo se risultano inadempienti (o del 2% nel caso di Regioni adempienti nell'ultimo triennio). Osservando gli esiti del monitoraggio LEA 2013 si evidenzia che nessuna delle regioni oggetto di analisi si colloca nella fascia critica, risultando 9 territori adempienti e 7 adempienti con impegno; nello specifico, i migliori risultati si registrano in Toscana – con un punteggio di 214 – Emilia Romagna (204) e Piemonte (201) mentre sul fronte opposto le peggiori performance si rilevano in Puglia – con un punteggio di 134 – Campania e Calabria (entrambe 136); in linea generale, comunque, i territori che si collocano nella seconda fascia sono quasi esclusivamente regioni sottoposte ai programmi di rientro (con la sola eccezione del Piemonte, che si posiziona nella prima fascia).

Confrontando i risultati del 2013 con quelli realizzati nel quinquennio precedente si evidenzia come 5 regioni abbiano cambiato classe di appartenenza; più in particolare, la Calabria, la Campania e il Lazio sono migliorate passando dall'area critica alla classe adempiente con obbligo di impegno, la Sicilia è passata dalla seconda alla prima classe mentre solo in Molise si evidenzia un peggioramento dalla prima alla seconda fascia. In termini relativi, tuttavia, molte regioni del Sud evidenziano un peggioramento in graduatoria, a fronte di una ripresa registrata dal Lazio (che passa dal 15esimo all'11esimo posto), dalle Marche (dal settimo al quarto posto), dal Piemonte (dal quarto al terzo posto), dalla Liguria (dall'ottavo al settimo), dalla Sicilia (da 12esimo al nono), dall'Abruzzo (dal 13esimo al decimo) e, in ultimo, dalla Calabria (dal 16esimo al 14esimo).

Particolarmente significativo appare il caso della Campania che, pur avendo registrato un miglioramento in relazione alla fascia di valutazione (passando, come anticipato, dall'area "critica" alla seconda fascia), tuttavia in relazione alla posizione relativa in graduatoria perde una posizione, passando dal 14esimo al 15esimo posto.

Tabella 19 – Esiti del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza: confronto 2008-2013

Esiti monitoraggio LEA 2013				Variazione posizione rispetto al 2008		Variazione valutazione rispetto al 2008
Regioni	Posiz.	Punteggio	Valutazione			
Toscana	1	214	Adempiente	1	==	==
Emilia Romagna	2	204	Adempiente	2	==	==
Piemonte	3	201	Adempiente	4	↑	==
Marche	4	191	Adempiente	7	↑	==
Veneto	5	190	Adempiente	3	↓	==
Lombardia	6	187	Adempiente	6	==	==
Liguria	7	187	Adempiente	8	↑	==
Umbria	8	179	Adempiente	5	↓	==
Sicilia	9	165	Adempiente	12	↑	↑
Abruzzo	10	152	Adempiente con impegno	13	↑	==
Lazio	11	152	Adempiente con impegno	15	↑	↑
Basilicata	12	146	Adempiente con impegno	10	↓	==
Molise	13	140	Adempiente con impegno	9	↓	↓
Calabria	14	136	Adempiente con impegno	17	↑	↑
Campania	15	136	Adempiente con impegno	14	↓	↑
Puglia	16	134	Adempiente con impegno	11	↓	==
Sardegna	-	-	-	16	-	-

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