

\* \* \*

**LA SANITÀ PUBBLICA** (Estensore: V.P.G. Roberto Benedetti)

Secondo i dati finora raccolti ed elaborati dal “Nuovo sistema informativo sanitario” del Ministero della Salute, l’andamento della gestione finanziaria del comparto sanitario dello scorso anno presenta alcuni aspetti positivi e di miglioramento rispetto agli esercizi precedenti, frutto degli effetti favorevoli delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica, che hanno consentito di attestare i risultati finali di spesa a livelli più contenuti di quelli inizialmente previsti.

Ne ha beneficiato, per conseguenza, anche il suo rapporto con il prodotto interno lordo, che ha proseguito nel suo trend discendente, fermandosi al 7,1%.

Una parte del merito di tale esito positivo è dovuto alle manovre di contenimento dei disavanzi, poste in essere dalle regioni soggette ai piani di rientro, anche se connesse a scelte talvolta impopolari e contestate.

Sarà però necessario capire meglio se per consolidare tale trend positivo sia sufficiente proseguire nel rallentamento dei saggi di incremento della spesa, oppure si renderanno indispensabili interventi più radicali che comportino l’effettiva riduzione degli stessi livelli di spesa.

**1 - Il finanziamento del S.S.N. 2011**

A seguito di quanto previsto dal decreto legislativo n. 56 del 2000, il finanziamento del Sistema sanitario nazionale è stato rimesso al gettito di un insieme di imposte (irap, addizionale regionale irpef, iva, accise), ricavi ed

entrate proprie, trasferimenti pubblici e privati ed integrazioni a carico dello Stato. Il complesso delle risorse acquisite a tale titolo nello scorso anno è ammontato a **€111,110 miliardi** (a fronte di euro 109,127 miliardi nel 2010, di euro 106,795 miliardi nel 2009, euro 103,483 miliardi del 2008 ed euro 100,095 miliardi del 2007), con un incremento dell'**1,8% sul 2010** (in precedenza: + 2,2 sul 2009, +3,2 sul 2008 e +3,4% sul 2007), che a fronte del volume generale della spesa di **€ 112,889 miliardi** (nel 2010 euro 111,333 miliardi, nel 2009 euro 110,160 miliardi, nel 2008 euro 107,141 miliardi, nel 2007 euro 103,805 miliardi), di cui si dirà di seguito, comporta un disavanzo complessivo nazionale di settore pari a **€ 1,779 miliardi** fin qui il più basso degli ultimi anni (nel 2010: euro -2,206 miliardi; nel 2009: euro -3,364; nel 2008: euro -3,658 miliardi, nel 2007: euro - 3,709 miliardi), tutto a carico delle regioni e province autonome, mentre fino all'esercizio 2009 una quota pari ad € 0,892 miliardi era rimasta a carico dello Stato, coperta con i due strumenti istituiti con la legge finanziaria 2007 (legge n. 296/2006).

Con riguardo ai risultati consuntivi del 2011, come sempre le due voci più consistenti di finanziamento sono rappresentate, rispettivamente, per il **48,7%** dal gettito stimato della quota parte di iva ed accise (il c.d. federalismo fiscale), l'anno scorso in nuovo aumento in valore assoluto, seppure in leggera diminuzione percentuale rispetto al dato dell'esercizio precedente (49,3%, nel 2009: 46,3%, nel 2008: 46,2%, nel 2007: 45,0%), pari a **€ 53,803 miliardi** (nel 2010 euro 53,498 miliardi, nel 2009: euro 49,206 miliardi; nel 2008: euro 47,507 miliardi), e per il **34,5%** da quello dell'irap e

dell'addizionale regionale irpef (34,0% nell'esercizio precedente, 36,9% nel 2009 e 37,8% nel 2008), che nel 2011 ha reso **€ 38,134 miliardi** (nel 2010: euro 36,874 miliardi; nel 2009: euro 39,235 miliardi; nel 2008: euro 38,888 miliardi); in complesso, pertanto, più dell'83% del finanziamento del sistema sanitario deriva dal pagamento di imposte, con inversione però dei pregressi trend ascendente per iva ed accise (solamente + 0,6% contro il precedente +8,7) e di quello calante di irap ed addizionale regionale irpef (stavolta in aumento del + 3,4%, a fronte del precedente -6,0%). Sempre largamente marginale resta, nuovamente, il contributo dei ricavi e delle entrate proprie, attestatosi a **€ 2,995 miliardi** (nel 2010: euro 2,994 miliardi; nel 2009: 2,986 miliardi; nel 2008: 2,820 miliardi) pari al **2,7%** del totale, stabilizzatosi praticamente allo stesso volume dell'anno precedente (+2,8%); un sensibile calo (-4,7%) fa, anche, registrare l'incidenza degli ulteriori trasferimenti da pubblico e privato (pari al **9,5%** del totale), ammontati a **€ 10,468 miliardi** (nel 2010: euro 10,986 miliardi; nel 2009: euro 10,765 miliardi; nel 2008: euro 9,884 miliardi), mentre una ancor più netta diminuzione (-5,0%) si apprezza per le entrate derivanti dalle integrazioni a carico dello Stato, ridottesi a **€ 4,002 miliardi** (a fronte di euro 4,212 miliardi nel 2010, euro 4,049 miliardi nel 2009 ed euro 3,839 miliardi nel 2008), incidendo ancor meno nell'aggregato (**3,6%** del totale).

La tabella che segue espone l'andamento delle fonti di finanziamento del SSN, nelle varie voci che lo compongono, in raffronto all'anno precedente.

Finanziamento del S.S.N. anno 2011 (importi in miliardi di Euro) (*)								
Voci	2010				2011			
		composizione %	+ / -	procapite euro		composizione %	+ / -	procapite euro
			anno				anno	
			preced.				preced.	
<b>FINANZIAMENTO (1)</b>	<b>109,127</b>	<b>98,0</b>	<b>2,2</b>	<b>1.804</b>	<b>111,110</b>	<b>98,4</b>	<b>1,8</b>	<b>1.833</b>
Finanziamento SSN / PIL		7,0				7,0		
<u>- REGIONI e PP.AA.</u>	<u>108,564</u>	<u>100,0</u>	<u>2,2</u>	<u>1.795</u>	<u>110,469</u>	<u>100,0</u>	<u>1,8</u>	<u>1.822</u>
Irap e Addizionale Irpef	36,874	34,0	-6,0	610	38,134	34,5	3,4	629
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	53,498	49,3	8,7	885	53,803	48,7	0,6	887
Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	10,986	10,1	2,1	182	10,468	9,5	-4,7	173
Ricavi e Entrate Proprie varie	2,994	2,8	0,3	49	2,995	2,7	0,0	49
FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,212	3,9	4,0	70	4,002	3,6	-5,0	66
Costi capitalizzati					1,067			
<u>- ALTRI ENTI DEL SSN (2)</u>	<u>0,563</u>		<u>1,3</u>	<u>-</u>	<u>0,641</u>		<u>13,9</u>	<u>-</u>
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato								
<b>DISAVANZO (3)</b>	<b>-2,206</b>	<b>2,0</b>	<b>-34,4</b>	<b>-36</b>	<b>-1,779</b>	<b>1,6</b>	<b>-19,3</b>	<b>-29</b>
Disavanzo SSN / PIL		0,1				0,1		
Disavanzo a carico dello Stato								
Disavanzo a carico dello Stato coperto con Fondi appositi								
Disavanzo a carico delle Regioni	<b>-2,206</b>				<b>-1,779</b>			

(\*) I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento e di spesa.

(1) Per Finanziamento del SSN si intende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia.

(2) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente), Centro Nazionale Trapianti, altre Amministrazioni pubbliche, in applicazione dell'articolo 17, comma 5, del decreto-legge 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011 in materia di accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti.

(3) Corrispondente alla somma algebrica degli avanzi e dei disavanzi delle singole Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

## 2 - La spesa sanitaria 2011

La spesa complessiva del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2011 -  
cioè la somma dei costi di produzione delle sole funzioni assistenziali con il

saldo della gestione straordinaria (ricavi straordinari e costi straordinari, costi stimati per accantonamenti e variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia - è ammontata complessivamente a euro **112,889 miliardi** (contro gli euro 111,333 miliardi del 2010; euro 110,160 miliardi del 2009 e gli euro 107,141 miliardi del 2008), di cui euro **112,249 miliardi** relativi a regioni e province autonome (99,43 % del totale) e euro **0,641 miliardi** (0,57% del totale) relativi agli enti finanziati direttamente dallo Stato (finanziamento corrente della Croce Rossa Italiana e degli Istituti zooprofilattici sperimentali, rimborso mutui pre-riforma della Cassa Depositi e prestiti, borse di studio per gli specializzandi universitari) - rispettando sostanzialmente nell'articolazione interna le stesse dimensioni percentuali dell'anno precedente, con un lieve spostamento a carico statale - con un'incidenza sul P.i.l. del 7,1% (dato in diminuzione rispetto al precedente di 7,2%, ma sostanzialmente in linea con l'ultimo quadriennio).

Considerato che le risorse acquisite per il finanziamento del S.S.N. si sono attestate a euro **111,110 miliardi** (nel 2010: 109,127 miliardi; nel 2009: 106,795 miliardi; nel 2008: euro 103,483 miliardi), il disavanzo del settore, come già detto, è quantificabile in euro **1,779 miliardi** (era stato di -2,206 miliardi l'anno precedente), saldo negativo interamente a carico di regioni e province autonome (come sopra esposto).

Le fonti ordinarie di finanziamento hanno coperto, quindi, quasi il 98,4% del fabbisogno. Rispetto all'anno precedente, l'aumento percentuale della spesa è dell'1,4% a livello nazionale (a fronte del +1,1 del 2010; +2,8%

del 2009; del +3,2 del 2008), mentre a livello regionale si attesta sul più basso + 1,3% (a fronte del +1,1% del 2010; +2,8 del 2009; del +3,2% del 2008). La tabella che segue illustra l'andamento della spesa sanitaria nelle sue principali componenti, con raffronto con l'anno precedente in valore assoluto ed in percentuale.

Spese del S.S.N. per l'anno 2011 (importi in miliardi di Euro) (*)								
	2010				2011			
		composizione	+ / -			composizione	+ / -	
			anno	procapite			anno	procapite
			preced.	euro			preced.	euro
%	%	%	%					
<b>SPESA (1)</b>	<b>111,333</b>	<b>100,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1.841</b>	<b>112,889</b>	<b>100,0</b>	<b>1,4</b>	<b>1.862</b>
PIL e Spesa SSN / PIL	1.553,166	7,2	2,2	25.679	1.580,220	7,1	1,7	26.065
<b>- REGIONI e PP.AA</b>	<b>110.770</b>	<b>100,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1.831</b>	<b>112.249</b>	<b>100,0</b>	<b>1,3</b>	<b>1.851</b>
Personale	36,674	33,1	1,3	606	36,149	32,2	-1,4	596
Beni e altri Servizi	33,103	29,9	0,8	547	34,095	30,4	3,0	562
Medicina Generale convenzionata	6,541	5,9	2,8	108	6,625	5,9	1,3	109
Farmaceutica convenzionata	10,913	9,9	-0,8	180	9,930	8,8	-9,0	164
Specialistica convenzionata e accreditata	4,504	4,1	10,4	74	4,654	4,1	3,3	77
Riabilitativa accreditata	1,971	1,8	-0,3	33	1,972	1,8	0,1	33
Integrativa e Protetica convenzionata e accreditata	1,915	1,7	2,6	32	1,922	1,7	0,4	32
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	6,292	5,7	5,1	104	6,413	5,7	1,9	106
Ospedaliera accreditata	8,849	8,0	0,3	146	8,891	7,9	0,5	147
Saldo gestione straordinaria	-0,132				-0,013			
Saldo intramoenia	-0,058				-0,081			
Mobilità verso B. Gesù (2)	0,164		2,4		0,164		0,0	
Mobilità verso Smom (2)	0,035		2,2		0,035		0,0	
Ammortamenti					1,494			
<b>- ALTRI ENTI DEL SSN (3)</b>	<b>0,563</b>		<b>1,3</b>	<b>-</b>	<b>0,641</b>		<b>13,9</b>	<b>-</b>
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato								

(\*) I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento e di spesa.

(1) Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. Per il 2011 sono stati inclusi tra la spesa gli ammortamenti e nel finanziamento la quota dei costi capitalizzati

(2) Le spese relative al B. Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta) sono da imputarsi alle funzioni "Specialistica convenzionata e accreditata" e "Ospedaliera accreditata".

(3) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici

### ***3 - L'articolazione delle spese a livello regionale***

L'articolazione delle spese fra le varie regioni e province autonome conferma sostanzialmente un quadro ormai da tempo consolidato, con situazioni più volte ricorrenti e ripetutesi anche nello scorso anno.

Dalla tabella sotto riportata, nella quale regioni e province sono indicate secondo l'ordine decrescente in valore assoluto, si può osservare come, per lo più, i volumi di spesa risultino ugualmente dimensionati, come lo erano stati negli anni passati, cosicché le varie posizioni in "classifica" rimangono tutte immutate, nonostante gli aumenti e le diminuzioni pur avutesi.

A fronte di una media nazionale attestatasi al +1,3%, l'aumento percentuale più rilevante è stato fatto registrare dalla Provincia Autonoma di Trento (+6,7%), seguita dal Friuli Venezia Giulia (+4,9%), dalla Provincia Autonoma di Bolzano (+4,2%) e dalla Lombardia (+3,9%); aumenti più contenuti si sono poi avuti in Sicilia e Valle d'Aosta (entrambe +2,6%), in Sardegna (+2,4%) e in Umbria (+2,2%); è ancora proseguita la contrazione in Emilia Romagna (solo +0,9%).

Relativamente alla distribuzione territoriale, è appena il caso di ricordare come nel 2007 i maggiori aumenti di spesa si erano generalmente concentrati nelle regioni meridionali (Calabria, Puglia e Basilicata); nel 2008, viceversa, in quelle settentrionali (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, provincia di Trento); nel 2009 il fenomeno si era, poi, rivelato più equamente distribuito territorialmente, riguardando realtà di nord, centro ed isole; nel

2010, questo andamento si è nuovamente modificato, tornando a concentrare i maggiori incrementi percentuali ancora nelle aree settentrionali.

Nel 2011, invece, il fenomeno si è nuovamente rivelato più equamente distribuito territorialmente, con prevalenza nel nord e nelle isole.

In valori assoluti la Lombardia rimane di gran lunga la regione che gestisce il più alto volume di assistenza sanitaria in termini finanziari, seguita come di consueto da Lazio, Campania, Veneto e Sicilia (che conservano le posizioni acquisite in precedenza) e dall'Emilia Romagna, che già l'anno scorso aveva scavalcato il Piemonte.

Le più significative percentuali in diminuzione, secondo questi dati, concernono innanzitutto la Puglia (-2,1%), la Calabria (-0,8%), il Molise (-0,7%), la Campania ed il Piemonte (entrambe con -0,3%), cioè, per lo più, le regioni impegnate nei piani di rientro dei disavanzi, circostanza che dimostra come misure straordinarie (ancorché spesso invise, impopolari e conseguentemente contestate) riescano a favorire gli auspicati contenimenti dei flussi di spesa del settore.

Come negli anni precedenti, sono ancora numerose (seppur diminuite) le realtà territoriali (dieci) che hanno fatto registrare in termini percentuali una crescita superiore alla media nazionale (1,3%), solo parzialmente compensate dalle diminuzioni già dette e dagli aumenti molto più contenuti, fra gli altri, di Toscana (+0,4%) e Lazio (+0,8%).

Le regioni più vicine alla media nazionale risultano essere state, pertanto, l'Abruzzo (1,1%) per difetto e, per eccesso, il Veneto (+1,8%).



<b>Spese per Regione del S.S.N. per l'anno 2011 a confronto con il 2010</b>						
	2010			2011 (*)		
		+ / - anno preced. %	procapite euro		+ / - anno preced. %	Procapite Euro
LOMBARDIA	17.818,517	3,6	1.805	18.514,009	3,9	1.867
LAZIO	11.191,305	-1,1	1.962	11.280,459	0,8	1.969
CAMPANIA	10.011,058	-1,4	1.717	9.976,620	-0,3	1.710
VENETO	8.784,613	1,7	1.784	8.946,090	1,8	1.812
SICILIA	8.510,839	1,4	1.686	8.732,121	2,6	1.729
E. ROMAGNA	8.441,743	2,1	1.912	8.518,794	0,9	1.922
PIEMONTE	8.467,556	1,5	1.902	8.445,965	-0,3	1.895
TOSCANA	7.083,960	-0,5	1.894	7.111,197	0,4	1.896
PUGLIA	7.237,308	1,3	1.771	7.083,998	-2,1	1.731
CALABRIA	3.455,227	-1,2	1.719	3.426,834	-0,8	1.704
LIGURIA	3.241,112	-0,9	2.005	3.304,101	1,9	2.044
SARDEGNA	3.127,958	2,5	1.869	3.202,214	2,4	1.911
MARCHE	2.800,780	2,3	1.793	2.797,055	-0,1	1.787
FRIULI	2.442,845	1,4	1.978	2.562,462	4,9	2.074
ABRUZZO	2.333,618	-0,5	1.741	2.358,247	1,1	1.757
UMBRIA	1.627,671	0,7	1.801	1.663,047	2,2	1.835
PA TRENTO	1.096,169	3,2	2.079	1.169,561	6,7	2.209
PA BOLZANO	1.099,056	3,2	2.174	1.145,423	4,2	2.256
BASILICATA	1.058,388	2,3	1.799	1.067,584	0,9	1.817
MOLISE	662,526	-0,3	2.070	657,897	-0,7	2.057
V. AOSTA	277,760	5,3	2.169	284,938	2,6	2.222
<b>TOTALE</b>	<b>110.770,008</b>	<b>1,1</b>	<b>1.831</b>	<b>112.248,615</b>	<b>1,3</b>	<b>1.851</b>

#### **4 - L'articolazione dei costi per materie e territorio**

Alcuni interessanti elementi di informazione e riflessione si possono desumere dalla disaggregazione delle spese per materie e per ambiti territoriali. Sotto quest'ultimo profilo, infatti, emerge, come si potrà vedere, che non sempre le regioni con maggiore volume di spesa confermano questo dato per tutte le voci, ma in taluni casi e per singole voci si alternano nella relativa graduatoria, nelle posizioni di vertice, anche regioni che complessivamente gestiscono ed erogano una minore quantità di risorse complessive oppure che hanno fatto registrare minori aumenti ovvero

addirittura diminuzioni di spesa. Va però sempre ricordato che anche nel 2011 numerose regioni (Lazio, Campania, Sicilia, Liguria, Abruzzo, Molise, Calabria, Piemonte, Sardegna e Puglia) sono state soggette a particolari vincoli di spesa, a causa dei disavanzi da loro realizzati e pertanto il confronto non appare sempre del tutto omogeneo.

#### ***a) Il costo del personale***

Con una percentuale sostanzialmente analoga alla precedente (32,2%, a fronte del 33,1% nel 2010, del 33,0% nel 2009, del 33,1% nel 2008), l'aggregato di spesa che ha maggiore incidenza sui costi sostenuti dal S.S.N. resta quello relativo alla gestione delle risorse umane, che alla fine dello scorso anno ha fatto registrare un volume di spesa di euro 36,149 miliardi (contro gli euro 36,674 del 2010, gli euro 36,192 miliardi del 2009, gli euro 35,266 miliardi del 2008), con una diminuzione di euro 525 milioni circa, che tradotto in percentuale significa una diminuzione del -1,4% rispetto al dato precedente, in chiara controtendenza rispetto agli aumenti degli ultimi anni.

Come in precedenza, per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati in Lombardia, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Sicilia e Piemonte. Come è evidente, questo ordine decrescente non corrisponde pienamente a quello generale di spesa e lascia quindi presumere una differente distribuzione di personale sul territorio nazionale, non sempre coerente con i costi generali dell'attività svolta.

Abbastanza contenuti sono stati gli aumenti dei costi, dove avutisi; i

maggiori si sono registrati nella Provincia Autonoma di Trento (+2,5%) e in Emilia Romagna (+0,5%); la diminuzione più significativa si è avuta in Campania (-5,6%), Puglia (-3,1%), Lazio (-2,8%) e Molise (-2,7%); pressoché stabili i costi in Umbria (+0,2%), Sardegna (0,0%), Toscana (-0,1%), Basilicata e P.A. di Bolzano (entrambe -0,2%). Lombardia (-0,5%).

***b) L'acquisto di beni e altri servizi***

In maniera certamente più evidente del passato, è di nuovo aumentato (+3,0%) anche il costo dell'aggregato "beni e altri servizi", che fa registrare (finora) un dato di consuntivo di euro 34,095 miliardi (a fronte degli euro 33,103 miliardi del 2010, euro 32,826 miliardi del 2009 e degli euro 31,373 miliardi del 2008), con un incremento in valore assoluto di circa 992 milioni di euro e che rappresenta la seconda voce di maggior peso (dopo quella del personale) con un'incidenza di 30,4% sul comparto, mantenendo una dimensione alquanto stabile nell'ultimo triennio (nel 2010 e nel 2009: 29,9%; nel 2008: 29,4%).

All'aggregato contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione ed imposte e tasse; nonché accantonamenti tipici ed interessi passivi ed oneri finanziari.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, il maggior volume di costi si è registrato in Lombardia, Lazio, Veneto, Campania, Emilia Romagna, Piemonte e Toscana.

Rispetto all'esercizio precedente, l'aumento percentualmente maggiore dell'aggregato complessivo si è verificato in Sicilia (+8,2%), Veneto (+6,4%) e Lombardia (+5,9%); gli sforzi di maggiore contenimento hanno, invece, dato i migliori risultati nel Lazio ed in Puglia (entrambe con -0,7%) e nelle Marche (-0,1%).

***c) La spesa farmaceutica convenzionata***

Proseguono evidentemente gli effetti delle manovre di contenimento della spesa farmaceutica, che nel 2011 ha assorbito euro 9,930 miliardi (a fronte di euro 10,913 miliardi del 2010; euro 10,997 miliardi del 2009 e di euro 11,227 miliardi nel 2008), risultato che significa un notevole risparmio ed un sensibile decremento rispetto all'anno precedente di -9,0% (certamente più sostenuto del -0,8% del 2010, del -2,0% realizzato nel 2009 e del -2,7% realizzato nel 2008), utile certamente a far ancora diminuire l'incidenza sul comparto all'attuale 8,8% (in precedenza: 9,9% nel 2010; 10,0% nel 2009 e 10,5% nel 2008). Si tratta, senza dubbio, di uno dei settori del S.S.N. sul quale si è prestato maggiore attenzione e si è più inciso normativamente negli ultimi anni, sia a livello centrale, sia a livello regionale.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono evidenziati, come in precedenza, in Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Puglia; i minori, in valore assoluto, in Valle d'Aosta e Molise.

Come, peraltro, per lo più già accaduto in passato, rispetto all'anno precedente tutte le regioni hanno diminuito la spesa; le diminuzioni più

evidenti si sono registrate in Calabria (-17,4%), Puglia (-16,8%), Campania (-10,5%), Marche (-10,3%) Toscana e Basilicata (entrambe - 10,2%), mentre i minori risparmi si sono avuti nella provincia autonoma di Trento (-1,9%), Sardegna (-4,0%), Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna (entrambe -4,9%).

Esaminando i dati contabili dell'ultimo quadriennio, si apprende che la farmaceutica convenzionata è l'unica voce di spesa che ha fatto registrare un trend in costante diminuzione (essendo stata caratterizzata sempre dal segno "meno"), circostanza che fa valutare positivamente i numerosi tentativi di contenimento dei costi e di ricerca di più affidabili strumenti di governo e di controllo dell'andamento della relativa dinamica. E', però, assai probabile che, fra gli altri, i migliori risultati siano stati prodotti per mezzo dell'introduzione delle compartecipazioni personali (i noti tickets), che hanno il torto di rappresentare la misura più impopolare ed antipatica, perché incide direttamente sugli assistiti più bisognosi.

Esistono, tuttavia, spazi di ulteriore miglioramento, se si pensa che anche nello scorso anno si sono avute sentenze delle Sezioni regionali della Corte dei conti riguardanti episodi, peraltro diffusi in più ambiti regionali, di eccessive prescrizioni di farmaci o di falsità delle stesse ovvero di loro sostanziale inappropriatazza terapeutica, per i quali sono stati condannati a risarcire il relativo danno alcuni medici di base convenzionati.

Inoltre, a quanto è dato sapere, continuano a stentare ad imporsi i farmaci equivalenti (i cosiddetti "generici"), che pure a parità di validità

terapeutica consentirebbero altri apprezzabili risparmi di spesa.

Altro possibile intervento potrebbe riguardare una più appropriata dimensione delle confezioni dei farmaci, talvolta non sempre adeguate alla durata delle terapie.

Non può che preoccupare, infine, il mercato parallelo dei farmaci falsificati, alquanto favorito dalle opportunità offerte dalla globalità della rete informatica, che denota la sussistenza non solo di una molteplicità di offerte quasi sempre truffaldine, ma anche la resistenza di una domanda invero anomala, che danneggia il regolare commercio e, in definitiva, anche l'immagine del settore.

***d) La spesa per l'assistenza ospedaliera accreditata***

Proseguendo la modesta crescita del 2010 (+0,3%), questa voce ha fatto registrare nel 2011 un ulteriore incremento (+0,5%), comunque più contenuto di quello degli anni precedenti (nel 2007 +2,6% e nel 2008 +2,0%; nel 2009 si era invece registrata una flessione di -0,6%), attestandosi infine ad un valore assoluto di euro 8,891 miliardi (nel 2010 erano stati euro 8,849 miliardi; nel 2009 euro 8,827 miliardi; nel 2008 euro 8,877 miliardi) e rappresentando in percentuale il 7,9%, con un'incidenza sul comparto ormai praticamente stabilizzata, seppure in leggera flessione.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati, come negli anni scorsi, in Lombardia, Lazio e Campania (che messe insieme superano già da sole il 50% del totale), seguite da Puglia, Sicilia ed Emilia Romagna; i minori costi

si riscontrano, invece, in Valle d'Aosta e Basilicata, dove pure si registrano i soli aumenti, rispettivamente, dello 0,4% e dell'1,6%.

Quasi tutte le regioni hanno fatto (finora) registrare valori sostanzialmente analoghi a quelli dell'anno precedente, così da lasciar ritenere che si tratti di una voce di spesa abbastanza sotto controllo.

***e) La spesa per la medicina generale convenzionata***

Con l'incremento del +1,3% questa voce di spesa evidenzia nel 2011 una crescita ben più contenuta di quella, certamente maggiore, registrata negli anni 2009 e 2010 (biennio che aveva scontato gli effetti del ritardato rinnovo della convenzione per il biennio 2006-2007, perfezionatasi solo nel luglio 2009), crescita che fa attestare il costo complessivo ad euro 6,625 miliardi (contro euro 6,541 miliardi del 2010; euro 6,361 miliardi del 2009 ed euro 6,068 miliardi del 2008) e la fa "pesare" nel comparto per un buon 5,9%, comunque sostanzialmente in linea con la media dell'ultimo triennio.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono registrati in Lombardia, Campania, Lazio, Sicilia e Veneto, che già dall'anno precedente aveva superato l'Emilia Romagna.

Valle d'Aosta (+6,4%) e Lazio (+5,6%), hanno fatto registrare l'aumento percentuale maggiore dell'anno, seguite da Marche (+3,4%), Molise e Umbria (entrambe +2,2%); a riequilibrare la media nazionale hanno, invece, contribuito, in particolare, i risparmi di Lombardia (-0,6%) e Piemonte (-0,2%); tutte le altre regioni hanno avuto incrementi: pienamente

in linea con la media nazionale quello dell'Emilia Romagna (+1,3%).

***f) La spesa per l'altra assistenza convenzionata ed accreditata***

Questa voce di spesa riunisce le altre prestazioni assistenziali a carico del S.S.N. diverse da quelle tipiche; concerne per la maggior parte le cure termali e quelle destinate alle categorie più deboli (anziani, disabili, tossicodipendenti, alcolisti, psicolabili, ecc.). Il costo totale di euro 6,413 miliardi (nel 2010 euro 6,292 miliardi; nel 2009 euro 5,984 miliardi; nel 2008 euro 5,650 miliardi), evidenzia un'incidenza del 5,7%, ormai stabile nell'aggregato, effetto di un aumento del +1,9% rispetto all'anno 2010, ben più che contenuto rispetto ai precedenti, risultato che ne conferma la decisa tendenza all'incremento (terza voce di spesa in questo senso nel 2011, mentre era stata la seconda - sempre in percentuale - nell'anno 2010 e, di gran lunga, la prima nel 2009) e sconta le conseguenze derivanti dalle esigenze connesse al prolungamento della vita e dalle necessità, evidentemente anch'esse in costante aumento, emergenti dalle classi sociali più deboli, pur con tutti i limiti del nostro sistema di assistenza socio-sanitaria.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono riscontrati, come negli anni precedenti, in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Lazio e Toscana.

Particolarmente significativi gli aumenti percentuali, a doppia cifra, fatti registrare nel Lazio (+12,0%) e nelle Marche (+10,6%); pure consistente l'incremento di + 7,8% di Calabria e Sardegna, nonché il +7,7% del Friuli,



mentre la diminuzione più sensibile si è registrata l'anno scorso in Valle d'Aosta (-5,9%) e, in misura molto minore, in Toscana (-2,9%) e Veneto (-0,6%).

***g) La spesa specialistica convenzionata e accreditata***

Fa registrare ancora un aumento (+3,3%), seppure molto più contenuto dell'anno precedente (quando aveva fatto registrare ben +10,4%), anche questa voce di spesa, ammontante nel 2011 a circa euro 4,654 miliardi (a fronte di euro 4,504 miliardi del 2010; euro 4,080 miliardi del 2009 ed euro 3,906 miliardi del 2008), con incidenza ormai sostanzialmente stabile, pari al 4,1% del comparto. Concerne le prestazioni per assistenza specialistica convenzionata di vario tipo (SUMAI, ospedali classificati, istituti di cura e ricovero a carattere scientifico privati ed altri operatori privati accreditati).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono registrati anche stavolta in Lombardia, seguita dalla Campania, dal Lazio, dalla Sicilia e dal Veneto.

Sotto il profilo percentuale, la differenziazione fra aree territoriali si presenta particolarmente accentuata: si va dagli incrementi, a doppia cifra, della Basilicata (+45,2%), che rappresenta un vero e proprio record, dell'Abruzzo (+16,2%), della Calabria (+15,0%) e della Provincia Autonoma di Bolzano (+10,7%), alle limitate diminuzioni della Valle d'Aosta (-11,1%), della Liguria (-3,3%) e del Friuli Venezia Giulia (-3,2%).

***h) La spesa per la riabilitativa accreditata***

In controtendenza rispetto all'anno precedente, quando era sia pure

assai leggermente diminuita (-0,3%), questa voce di spesa ha ripreso il trend in aumento (+0,1%) che l'aveva già caratterizzata nel 2009 (quando era incrementata di +0,3%, mentre nel 2008: -12,2%). Nel 2011, pertanto, la spesa per la riabilitativa accreditata è ammontata a quasi euro 1,972 miliardi (contro gli euro 1,971 miliardi del 2010; gli euro 1,976 miliardi del 2009 e gli euro 1,969 miliardi del 2008), mantenendo con il suo 1,8% un'incidenza assolutamente stabile nel comparto (a conferma dell'identico dato del triennio precedente), che costituisce una delle due incidenze percentuali più basse di tutto il comparto.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati in Campania (che mantiene così la prima posizione già "conquistata" e confermata negli anni precedenti) e Puglia, che nel 2011 ha scavalcato la Lombardia; a seguire Lazio, Piemonte e Sicilia.

Rispetto all'anno precedente, aumentano particolarmente la provincia autonoma di Trento (+138,3%, passando da euro 2,973 milioni ad euro 7,085 milioni), Molise (+10,7%) e Valle d'Aosta (+10,5%), seguite dagli incrementi più contenuti di Sicilia (+6,9%) e Sardegna (+5,5%). Numerose, di contro, le regioni che hanno fatto registrare diminuzioni: tra di esse, quelle più significative sono avvenute in Basilicata (-24,9%), Emilia Romagna (-6,0%), Lazio (-3,9%) e Campania (-3,0%).

##### **5 - Il cittadino "mediamente" assistito.**

Le notevoli differenziazioni esistenti nell'articolazione del sistema

sanitario sul territorio nazionale trovano ulteriore conferma nel parametro rappresentato dal costo medio pro capite dell'assistenza prestata.

I dati consuntivi del 2011 attestano che, lo scorso anno, ogni cittadino assistito è costato mediamente al sistema sanitario nazionale **1.862 euro** (rispetto ai 1.841 euro del 2010; 1.830 euro del 2009; 1.791 euro del 2008), di cui 1.851 euro riferibili a regioni e province autonome e, a sua volta, ha partecipato al suo finanziamento (sotto forma di tasse, contributi, ecc.) con **1.833 euro** (rispetto ai 1.804 euro del 2010; ai 1.774 euro del 2009; ai 1.730 euro del 2008). Si è, pertanto, ridotta a -29 euro la differenza negativa, che rappresenta in pratica il contributo medio di ciascuno al disavanzo complessivo, che costituisce comunque un dato ulteriormente migliorativo dei precedenti esercizi (nel 2010 -36 euro; nel 2009 - 56 euro; nel 2008 - 61 euro).

La forbice abbastanza accentuata all'inizio dell'ultimo decennio, si sta dunque progressivamente riducendo in maniera sostanzialmente costante, a conferma del crescente sacrificio economico richiesto ai cittadini negli ultimi anni.

Depurato dai costi nazionali, il valore medio pro-capite delle regioni si attesta, come già detto, ad **euro 1.851** (a fronte degli euro 1.831 del 2010; degli euro 1.821 del 2009; degli euro 1.782 del 2008). Come avvenuto negli anni precedenti, anche nel 2011 l'assistito più costoso risiede in provincia di Bolzano con 2.256 euro (che peggiora il dato precedente di 2.174 euro, riportandolo verso valori più vicini a quelli del 2008), seguito dal residente in

Valle d'Aosta (2.222 euro, in costante aumento rispetto ai 2.169 euro del 2010), in provincia di Trento (euro 2.209, superiore ai precedenti euro 2.079), in Friuli (euro 2.074, superiore ai precedenti euro 1.978), in Molise (euro 2.057, comunque in leggera diminuzione rispetto ai precedenti 2.070 euro) e in Liguria (euro 2.044, in aumento rispetto ai precedenti euro 2.005), mentre quello più economico continua a risiedere in Calabria (euro 1.704 contro i precedenti euro 1.719), in Campania (euro 1.710), in Sicilia (euro 1.729), in Puglia (euro 1.731) ed in Abruzzo (euro 1.757); più prossimi alla media regionale, per difetto, i residenti in Umbria (euro 1.835), Basilicata (euro 1.817), Veneto (euro 1.812) e per eccesso quelli di Lombardia (euro 1.867), Piemonte (euro 1.895) e Toscana (euro 1.896); tutti gli altri oscillano dagli euro 2.044 (Liguria) agli euro 1.787 (Marche).

#### ***6 - I fondi per la ricerca e la sperimentazione***

Dopo la drastica riduzione subita nel 2008 (euro 288,274 milioni) e proseguita nel 2009 (euro 275,672 milioni), e la leggera ripresa del 2010, quando era lievemente risalita a complessivi euro 306,276 milioni (di cui euro 276,276 milioni di parte corrente ed altri 30 milioni in conto capitale), nel 2011 la quota del Fondo sanitario nazionale destinata al finanziamento per la ricerca e la sperimentazione è nuovamente diminuita a 296,584 milioni di euro (di cui euro 270,584 milioni di parte corrente ed euro 26 milioni in conto capitale). Nonostante tanti buoni propositi, migliori intenzioni e ricorrenti promesse, mai mantenute, la ricerca resta irrimediabilmente il “parente povero” del sistema.

### ***7 - Regole contabili ed interessi sostanziali: confronto e non scontro***

Già in altre occasioni, in questa stessa sede, si è avuto modo di sottolineare che, probabilmente, il problema principale della *governance* del settore sanitario è quello del confronto fra i vari interessi pubblici presi in considerazione, almeno all'apparenza contrapposti e di difficile composizione, che si traduce nel rapporto, non sempre facile e spesso conflittuale, esistente fra esigenze di bilancio e diritto alla tutela della salute.

In altri termini, a differenza di ciò che magari accade in altri settori, in quello sanitario la validità di una gestione non può essere sempre affermata solo sulla base di conti che quadrano (quando quadrano...), ma va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito (tutela della salute).

Secondo quanto autorevolmente affermato da fonti governative, nel prossimo futuro la sanità sarà oggetto di particolare attenzione nell'ambito della prevista *spending review*; anzi, dal settore ci si attenderebbe un contributo particolarmente consistente (addirittura si è ipotizzato circa un quarto dei risparmi complessivamente necessari). E' ben nota l'esigenza che la spesa di settore vada opportunamente riqualificata, sfrondandola innanzi tutto da ricorrenti episodi di malaffare e da persistenti sprechi. Sarà bene, però, che si faccia anche una attenta riflessione sulle possibili conseguenze negative che una eccessiva contrazione delle risorse potrà avere sul funzionamento del sistema e sull'adeguato mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

Una visione esclusivamente contabilistica del settore rischia, cioè, di entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema, producendo talvolta anche contenziosi giudiziari.

E' appena il caso di ricordare che con la sentenza n. 8254/11 del 23 novembre 2010 – 2 marzo 2011, la Suprema Corte di cassazione, chiamata a verificare la corretta applicazione delle regole giuridiche in un caso di responsabilità professionale di un medico, ha enunciato un principio molto importante ai fini di stabilire la prevalenza degli interessi in considerazione, affermando chiaramente che *“a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell’ammalato”*, dando quindi prevalenza all’interesse sostanziale rappresentato dal benessere umano rispetto alle pur apprezzabili esigenze di contenimento della spesa.

Pertanto, il governo della spesa sanitaria non può essere esclusivamente subordinato al mero rispetto delle regole contabili; il miglioramento dei saldi di bilancio, sempre ovviamente auspicabile ed apprezzabile, va finalizzato ad un’elevazione dei livelli di assistenza e, più in generale, alla ricerca di risorse da destinare a strumenti in grado di consentire maggiore uniformità all’erogazione delle prestazioni sull’intero territorio nazionale, eliminando quelle situazioni di accentuata sperequazione, che ancora oggi caratterizzano (in negativo) il funzionamento del sistema sanitario.

Tutto sommato in linea con l'orientamento espresso dalla Cassazione, sono poi da annoverarsi alcune pronunce del giudice amministrativo, che hanno portato all'annullamento degli atti di chiusura dei c.d. ospedali minori nel quadro delle iniziative per il contenimento della spesa sanitaria, attuate nelle regioni soggette ai piani di rientro.

***8 - La responsabilità politica e giuridica del Presidente della Giunta regionale, in funzione di Commissario ad acta, al verificarsi del grave dissesto finanziario***

Una delle novità di maggior rilievo, se non altro per le conseguenze prospettate, è senza dubbio rappresentata dall'entrata in vigore nell'ottobre 2011 dei "*Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articoli 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42*" recati dal decreto legislativo 6 settembre 2011 , n. 149. In particolare, per quanto di specifico interesse in questa parte di memoria, l'articolo 2 ha disciplinato la responsabilità politica del Presidente della Giunta regionale nei casi in cui si verifichi una situazione di grave dissesto finanziario presso una regione commissariata, assoggettata a piano di rientro dal disavanzo sanitario.

La norma prevede che tale fattispecie si realizzi al verificarsi congiuntamente di tre condizioni: 1) l'inadempimento, totale o parziale, del Presidente, nominato Commissario *ad acta* (ex art. 2, commi 79 e 83, della legge n. 191 del 2009), all'obbligo di redazione del piano di rientro o agli obblighi operativi, anche temporali, derivanti dal piano stesso; 2) il mancato

raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente perdurare del disavanzo sanitario oltre la misura consentita dal piano medesimo o il suo aggravamento; c) l'adozione per due esercizi consecutivi, in presenza del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro e del conseguente incremento delle aliquote fiscali, di un ulteriore incremento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef al livello massimo previsto dall'articolo 6 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

Al contestuale realizzarsi di tutte e tre le ricordate condizioni, la situazione integra una grave violazione di legge (secondo la previsione dell'art. 126, comma 1, della Costituzione) e comporta lo scioglimento del Consiglio regionale e la rimozione del Presidente della Giunta regionale (*ibidem*, comma 3) per responsabilità politica nel proprio mandato di amministrazione, con il divieto - nei successivi dieci anni - di potersi candidare a cariche elettive a livello locale, regionale, nazionale ed europeo ovvero di essere nominato quale componente di alcun organo o carica di governo degli enti locali, delle Regioni, dello Stato e dell'Unione europea.

Spetterà a questa Corte l'accertamento della sussistenza delle condizioni e, soprattutto, la riconducibilità al Presidente della Giunta regionale della diretta responsabilità, con dolo o colpa grave, dell'accaduto.

In disparte ogni considerazione sugli effetti singolari ricadenti su altri soggetti (ad esempio, le forze politiche di opposizione) del comportamento posto in essere da un singolo, espletato peraltro in funzione di amministratore straordinario, come spesso è avvenuto negli ultimi anni, la norma intesta alla



Corte dei conti un nuovo compito limitandosi ad esternare le finalità, ma senza nulla precisare sulle regole sostanziali e procedurali da seguire, pur in presenza di effetti decadenziali ed interdittivi di notevole spessore.

Nel silenzio del legislatore, può ragionevolmente ritenersi che il nuovo compito attribuito alla Corte dei conti coinvolga tutte e due le sue storiche funzioni di controllo e giurisdizione e che, pertanto, allo stesso possa applicarsi – *mutatis mutandi* – il procedimento ormai largamente collaudato e consolidato del giudizio di parificazione, il quale, come è ben noto, si svolge in gran parte in sede di controllo (con il prioritario accertamento delle risultanze contabili di fine esercizio, tipico di ogni gestione finanziaria), per poi concludersi in sede giurisdizionale, con l'intervento del Pubblico ministero contabile, con tutta l'indiscutibile autorevolezza di un vero e proprio giudicato.

Nella prima fase si procederà alla verifica della sussistenza delle condizioni normativamente previste, effettuando tutti i controlli necessari a tal fine, e quindi in sede giurisdizionale si procederà all'individuazione della personale responsabilità del Presidente della Giunta regionale ed alla sussistenza del richiesto elemento soggettivo (dolo o colpa grave), secondo le richieste formulate dal Pubblico ministero.

### **9 - *La sanità malata***

Anche a prescindere da ciò che ci dicono i dati contabili, parecchi altri segnali lasciano ritenere che le condizioni di salute della nostra sanità siano tutt'altro che buone.

***Ancora liste d'attesa*** - Non è dato apprezzare alcun miglioramento nella problematica relativa alle liste d'attesa, più volte evidenziata in passato nell'auspicio di possibili soluzioni. Se è pur vero che la c.d. medicina difensiva, praticata dagli operatori sanitari per timore di possibili contenziosi, finisce per ingolfare le strutture sanitarie, allungando i tempi delle prestazioni, è anche vero che la tempistica in atto è scarsamente compatibile con le necessità diagnostiche richieste per una tempestiva terapia, quando realmente necessaria, costringendo spesso alla ricerca di soluzioni alternative, in genere ben più costose. Entro novembre, inoltre, andranno riviste le regole delle prestazioni intramoenia, e c'è il fondato timore che la situazione possa divenire sotto tale aspetto ancor più critica.

***Strutture di pronto soccorso in difficoltà.*** Ancor peggiore, se possibile, la situazione ripetutamente verificatasi in alcune importanti strutture di pronto soccorso che, a dispetto del loro nome e della loro funzione, hanno visto i pazienti attendere in maniera inusuale il proprio turno di visita e successivamente stazionare oltre misura nei locali appositi, per impossibilità dei reparti di assegnazione di accoglierli per il seguito terapeutico. A completare un quadro già di per sé sconcertante, c'è poi il fenomeno, già segnalato, delle autoambulanze "sequestrate" per parecchio tempo ed impossibilitate a riprendere il proprio servizio a causa della mancata restituzione delle barelle che sono trattenute (con una provvisorietà spesso indefinita) per ospitare i pazienti trasportati, in attesa dei necessari accertamenti, cosicché i soccorsi di emergenza vengono poi necessariamente

sub appaltati alla rete dei mezzi privati, con relativo aggravio dei costi.

***La sanità privata in crisi?*** Negli ultimi tempi si sono fatti sempre più ricorrenti segnali di crisi provenienti dalle strutture sanitarie private; in alcuni casi si è trattato di gruppi o strutture di rinomanza nazionale, da tempo ben presenti ed attivi nel panorama sanitario italiano. La situazione va evolvendosi in maniera preoccupante, considerato il notevole contributo concorrente dato alla realizzazione delle finalità del sistema sanitario. In alcuni casi le difficoltà finanziarie hanno trovato origine in investimenti alquanto arditi e anche di dubbia liceità.

***Le compartecipazioni di spesa.*** Ancora una volta “ha pagato”, è proprio il caso di dirlo, il ricorso ai tickets, ma non è possibile pensare di utilizzare tale strumento all’infinito, anche se il futuro in questo senso è tutt’altro che roseo. Andrebbe adottato però un sistema più equo, razionalizzando prescrizioni, dimensioni delle confezioni farmaceutiche alle effettive esigenze terapeutiche, migliorando anche altri aspetti del sistema, all’apparenza secondari.

***I danni erariali alla sanità.*** Rimane consistente il volume del contenzioso di responsabilità amministrativa nel settore, caratterizzato da numerose fattispecie di danno erariale. In occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario 2012, si è dato conto dell’attività svolta dalle Procure e dalle Sezioni giurisdizionali a tale proposito, che hanno dato conferma di un settore facilmente incline a ruberie e sprechi, che incidono prima ancora che finanziariamente, anche sotto un profilo etico, per tacere poi dei conseguenti

riflessi politici nelle realtà territoriali, considerato che quella sanitaria è una delle politiche regionali per eccellenza.

***La fuga delle assicurazioni.*** Altro dato preoccupante è rappresentato dalla resistenza attuata dalle compagnie assicurative a stipulare polizze a garanzia della responsabilità civile contro terzi derivante dalle attività degli operatori sanitari. Alcune forme di “autoassicurazione” predisposte da qualche azienda sanitaria non sembrano essere una soluzione ottimale; sarebbe probabilmente più utile ed opportuno un intervento legislativo.

***Stili di vita migliori.*** La prossima entrata in vigore del divieto di interventi chirurgici estetici per i soggetti minorenni offre lo spunto per ricordare, ancora una volta, che un minimo contributo al miglioramento del sistema potrebbe essere recato anche da ciascuno di noi, privilegiando stili di vita più salubri, evitando quei comportamenti a rischio e quelle abitudini (alcolismo, fumo, tossicodipendenze, ecc.) o anche quelle tendenze di moda (come abbronzature artificiali, tatuaggi, ecc.) che finiscono per avere, prima o poi, un impatto negativo sul sistema e quindi sulla collettività, assorbendo risorse diversamente utilizzabili.

\* \* \*

#### **PREVIDENZA (Estensore: V.P.G. Mario Condemi)**

La materia previdenziale nel nostro Paese – anche in relazione alle strategie europee in campo economico e sociale per fronteggiare persistenti crisi di crescita economica – ha costituito oggetto, negli ultimi due decenni, di diversi interventi riformatori (in particolare, decreto Amato del 1992 e