

L'ECONOMIA E LA SOCIETA' SICILIANA: TRA  
CONSUNTIVO E TENDENZE  
2004-2005

A CURA DEL CERDFOS  
CENTRO STUDI CGIL SICILIA

## L'ECONOMIA SICILIANA: CONSUNTIVO E TENDENZE

Dai dati disponibili, l'economia siciliana nel 2004 ha mostrato, ancora una volta, una fase di stagnazione che si protrae ormai da diversi anni.

Il Prodotto Interno Lordo si è attestato su un valore pari a poco più di 79 miliardi di euro con un incremento in termini reali dello 0,5%, modesto se comparato con la media nazionale 1,2% e con quella relativa all'insieme delle regioni del mezzogiorno 1,3%. Complessivamente le risorse disponibili della Sicilia nel 2004 sono state di oltre 94,8 miliardi di euro con una crescita considerevole delle importazioni nette di beni e servizi che si attestano a 15,5 miliardi di euro.

Preoccupa il trend crescente delle importazioni nette di beni e servizi che misura il grado di dipendenza dell'economia della Sicilia. Appare interessante a tal fine segnalare in tale ottica l'incremento continuo dei finanziamenti alle famiglie per beni di consumo, andamento che ci dà in misura inequivocabile le problematicità attuali del Sistema Sicilia. La Sicilia complessivamente continua ad indebitarsi con l'esterno non per finanziare investimenti ma per sostenere i consumi. Infatti, la componente principale della domanda interna siciliana è rappresentata dai consumi che si attesterebbero intorno ai 79 miliardi di euro (circa il 7,5% dei consumi nazionali e il 25% di quelli del Mezzogiorno). L'altra componente della domanda interna, cioè gli investimenti, segnala dinamiche in leggera crescita sia negli investimenti in macchinari e attrezzature sia negli investimenti per le costruzioni. Per l'anno in corso il modello econometrico della regione parrebbe stimare la crescita intorno allo 0,2%. Stima ben lontana dalle previsioni di crescita del 2% formulate nel DPEF 2005-2007.

Alla stazionarietà dei livelli produttivi ha corrisposto nei primi sei mesi di quest'anno un incremento degli scambi con l'estero sia per quanto riguarda le importazioni (+ 22%) sia per le esportazioni che hanno fatto registrare un incremento (+ 21,7%) rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tale andamento è da imputare alla considerevole crescita del prezzo del petrolio.

Ancora una volta la nostra isola presenta un quadro complessivo poco orientato alla crescita di tutte le variabili macroeconomiche con prospettive per il 2006 certamente non rosee. Tale situazione di stallo è da imputare oltre alla bassa crescita del PIL ad un generale indebolimento della domanda aggregata sia per quanto riguarda gli investimenti (che risentono dei bassi coefficienti di attivazione finanziaria delle risorse di Agenda 2000, sia più in generale per la flessione dell'erogazione a sostegno delle iniziative imprenditoriali. L'altra variabile della variabile della domanda aggregata, cioè i consumi, continuano ad evidenziare un sostanziale contenimento sia per quanto riguarda quelli alimentari sia per quelli non alimentari. Tale trend se correlato, così come evidenziato dalla CGIL siciliana anche negli anni scorsi, con l'andamento degli impieghi bancari relativamente ai

prestiti al consumo, evidenzia analisi di non poco conto. Infatti, correlando i due andamenti parrebbe che le famiglie siciliane, per tentare di mantenere lo stesso potere d'acquisto degli anni precedenti continuano ad indebitarsi con il sistema bancario e finanziario. Gli ultimi dati della Banca d'Italia relativi al primo semestre del 2005 evidenziano un trend di crescita del 19% per i prestiti al consumo erogati dal sistema bancario e addirittura del 27% per i prestiti erogati dagli altri intermediari finanziari.

## INDUSTRIA

Il settore manifatturiero ha registrato nel 2004 una sostanziale stazionarietà; in base agli indicatori dell'ISAE forniti dalla Banca d'Italia, l'anno in questione è risultato molto incerto con una flessione anche del grado di utilizzo degli impianti rispetto al 2003. Una buona parte del campione ha dichiarato

una lieve ripresa negli investimenti che fa ben sperare per l'anno in corso.

La Sicilia, nel 2001 (ultimo censimento), aveva un livello di industrializzazione molto più basso di quello del 1991, ma addirittura più basso di quello di trent'anni prima. E questi livelli di industrializzazione non possono in alcun modo essere interpretati come l'avvio di una ipotetica prospettiva post industriale, perché dal 1951 ad oggi la Sicilia è sempre rimasta a livelli inferiori ai cinque addetti all'industria ogni 100 abitanti: vale a dire non si è mai industrializzata. La mancanza di una base produttiva endogena, ha reso la Sicilia doppiamente dipendente dall'esterno: per i trasferimenti di risorse dallo stato e per le importazioni di beni di consumo e di beni capitali; non a caso in questi ultimi anni le importazioni nette di beni e servizi (variabile che misura il grado di dipendenza di un sistema economico) hanno registrato costanti incrementi. Appare opportuno evidenziare che il flusso di ricchezza annualmente prodotto in Sicilia, per il 5% viene prodotto dal settore primario, per il 18% dall'industria e per il 77% dal terziario, stiamo parlando di una ricchezza pari ad oltre 79 miliardi di euro ed è importante capire che il 77% di questa ricchezza è prodotta dal terziario, servizi destinabili alla vendita e non destinabili.

Un recente studio della Facoltà di Economia e Commercio di Palermo, estrapolando le tendenze in atto nel nostro sistema, conferma che, se non interverranno nuove politiche economiche nel sistema siciliano, nel 2013 - alla fine del secondo periodo di convergenza dei fondi comunitari- il terziario avrà un peso superiore all'85%. Ciò significherebbe che il nostro sistema economico sarà bloccato; cioè non riusciremo più a produrre beni, ma servizi.

Queste percentuali così alte nel terziario significano che avremo un Bilancio della Regione sempre di più correlato alla precarietà e all'emergenza.

## TENDENZE DEMOGRAFICHE E MERCATO DEL LAVORO

Il persistere della tendenza dei siciliani ad emigrare verso le regioni del nord e dell'estero produce un saldo negativo di eccedenza degli emigrati sugli immigrati. Come si evince dalla tab. seguente il saldo migratorio interno negli ultimi sette anni mostra che ogni anno si cancellano dai registri dell'anagrafe decine di migliaia di persone.

- Movimento naturale, movimento migratorio e saldo totale - SICILIA- ANNI 1998/2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
SALDO NATURALE	7.413	7.022	6.289	6.847	5.166	3.345	7.010
SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO ESTERO	242	-2.288	1.220	-38	2.423	10.701	5.988
SALDO MIGRATORIO INTERNO	-17.488	-15.174	-18.603	-21.309	-14.116	-11.231	-11.676
SALDO ISCR./CANCELL.PER ALTRI MOTIVI					12.982	28.323	8.497
SALDO TOTALE	-9.833	-10.440	-11.094	-14.500	6.455	31.138	9.819

Fonte: dati ISTAT

Trattasi di fasce di popolazione molto spesso laureata e diplomata e anche con specializzazioni qualificate nei vari settori produttivi, in particolare nel settore dell'edilizia.

Da un recente ricerca condotta dalla Facoltà di Scienze delle Comunicazioni dell'Università di Palermo emerge una nuova dimensione della mobilità, la cosiddetta emigrazione mordi e fuggi, un fenomeno che ufficialmente non esiste ma che costringe ogni anno 500.000 siciliani a spostarsi verso il nord d'Italia e d'Europa per trovare un lavoro, non si cerca un lavoro definitivo ma solo qualche occasione temporanea e spesso in nero. Non si cambia la residenza solo perché si torna a casa per qualche settimana per poi ripartire per la stessa o per una nuova destinazione.

### Mercato del lavoro

In Sicilia nel 2004 il livello di occupazione si è mantenuto sostanzialmente stabile mentre si è registrata, come si evince dalla tabella 1, una diminuzione delle persone in cerca di lavoro, da imputare, molto probabilmente, a fenomeni di scoraggiamento in larghe fasce della popolazione che ritengono molto difficile trovare un posto di lavoro.

Tabella 1- Forze di lavoro per condizione Sicilia-Italia -dati in migliaia di euro- (Fonte: elaborazione su dati ISTAT)

	<i>OCCUPATI</i>	<i>PERSONE IN CERCA DI OCCUPAZIONE</i>	<i>FORZE DI LAVORO</i>	<i>TASSO DI OCCUPAZIONE</i>	<i>TASSO DI DISOCCUPAZIONE</i>
<b>SICILIA</b>					
2003	1.438	361	1.798	43,4	20,0
2004	1.439	300	1.739	43,2	17,3
<b>ITALIA</b>					
2003	22.241	2.048	24.290	57,5	8,5
2004	22.405	1.960	24.365	57,4	8,1

Tabella 2 - Occupati per settore di attività economica (dati medi annui in migliaia di unità) (Fonte: elaborazione su dati ISTAT)

<i>SETTORI</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>VAR. ASS.</i>	<i>VAR. %</i>
<b>AGRICOLTURA</b>	111	110	-1	-0,9
<b>INDUSTRIA</b>	278	279	1	0,3
-in senso stretto	153	143	-10	-6,5
-costruzioni	125	136	11	8,8
<b>TERZIARIO</b>	1.049	1.050	1	0,1
<b>TOTALE</b>	1.438	1.439	1	0,06

Dai dati sopraelencati si evince che nel 2004 si sono creati 1.000 nuovi posti di lavoro. In particolare, il settore dell'agricoltura registra 1.000 unità in meno, l'industria ha fatto registrare complessivamente una crescita di 1.000 ascrivibile esclusivamente al settore delle costruzioni con 11.000 unità in più mentre l'industria in senso stretto accusa un calo di 10.000 occupati; nel terziario si registrano 1.000 unità in più. Complessivamente, quindi, fatto 100 il totale dell'occupazione in Sicilia nel 2004 il 7,7% è stato occupato in agricoltura, il 19,4% nell'industria e il restante 73% nel settore dei servizi. Ad una analisi più approfondita ancora una volta si evidenzia lo scarso livello di occupazione nel settore industriale (19,4%) rispetto al livello nazionale

(30,6%). Ma quello che preoccupa maggiormente è la perdita in un anno di 10.000 posti nell'industria siciliana.

Relativamente al tasso di disoccupazione si rileva che tale risultato positivo (dal 20,0 al 17,3) è ascrivibile ad una forte contrazione delle persone in cerca di occupazione pari 61.000 unità dovuta, come già sopra menzionato, all'effetto congiunto del saldo migratorio negativo e dallo scoraggiamento.

Gli ultimi dati disponibili, relativi al secondo trimestre 2005 evidenziano un ulteriore calo del tasso di disoccupazione da 17,4% a 16,5%, tuttavia il tasso di occupazione è rimasto sostanzialmente invariato (da 43,7% II trimestre 2004 a 43,8% II TRIMESTRE 2005 ). Confermando, qualora ci fossero dubbi, che il miglioramento del tasso di disoccupazione è da addebitare esclusivamente alla diminuzione delle persone in cerca di occupazione che, ancora una volta, registrano una flessione di 18.000 unità tra il II trimestre 2004 e il II trimestre 2005.

## **Il Programma Operativo Regionale (POR Sicilia)**

Relativamente all'avanzamento finanziario del Por Sicilia 2000-2006 si registra al 31.08.2005 un tasso di attivazione finanziaria complessiva del 28%, il livello più basso tra tutte le regioni rientranti nell'obiettivo 1. infatti, nel periodo considerato risultavano impegnati 4.194 milioni di euro dei contributi totali previsti dal POR Sicilia 2000-2006 a fronte dei previsti 8460 milioni di euro. I pagamenti effettuati al 31.08.2005 erano pari a 2.371 milioni di euro. Pare opportuno evidenziare il grave ritardo nella spesa di tali fondi considerato che i contributi a valere sui vari strumenti di programmazione previsti da Agenda 2000 dovranno essere spesi entro il 2008 pena la revoca alle regioni inadempienti degli incentivi.

## **BILANCIO DELLA REGIONE**

### *LE POLITICHE DI BILANCIO DELLA REGIONE SICILIANA*

#### *Le potenzialità finanziarie della Regione*

Molto spesso, in questi ultimi anni, si è sottolineata la necessità di una massiccia attivazione della spesa pubblica in chiave anticiclica.

Questa esigenza si è però scontrata con le difficoltà del momento realizzativo e con i ritardi nella capacità di erogazione della spesa, soprattutto di quella per investimenti.

La necessità di pensare alla spesa per investimenti della Regione in chiave anticiclica e funzionale alla creazione di nuovi processi di sviluppo, risulta rafforzata dalla scarsa efficacia della spesa pubblica statale e dal sempre più consistente irrigidimento della spesa regionale.

Da qui l'esigenza di attivare le spese dei propri bilanci in funzione dello sviluppo produttivo. La spesa statale svolge, generalmente nelle regioni meno progredite una marcata azione di sostegno del reddito e della domanda, essa mira a redistribuire piuttosto che promuovere lo sviluppo.

La Regione Siciliana, in virtù del particolare regime autonomistico, esercita una serie di competenze (potestà) legislative ed amministrative, talune in forma esclusiva, altre entro i limiti dei principi ed interessi generali cui si informa la legislazione dello Stato. In materia di finanza regionale, le entrate della regione sono disciplinate dallo Statuto e dalle norme di attuazione in materia finanziaria.

#### *I Rendiconti Generali degli ultimi esercizi finanziari*

I Rendiconti Generali degli ultimi esercizi finanziari mostrano una situazione di notevole deterioramento dello stato della finanza pubblica regionale. Tutti i saldi di bilancio presentano valori negativi; particolarmente significativo, sotto il profilo della destinazione delle risorse, appare il peggioramento del risparmio pubblico; ossia, la incapacità di finanziare la spesa corrente con le entrate tributarie ed extratributarie. In altri termini i ritmi di crescita della spesa corrente a tutti i livelli del saldo in questione sono apparsi negli ultimi anni notevolmente superiori alla dinamica delle entrate correnti. Da tali circostanze è derivato il deficit che in definitiva dimostra una insufficiente propensione delle risorse regionali ad alimentare le spese correnti e di investimento ed una certa difficoltà ad attuare manovre correttive che siano in grado di incidere sul volume della spesa corrente che, invece, richiederebbe forti azioni strutturali di contenimento.

A fronte del grave quadro di insieme delineato, per uscire dal circolo vizioso dei ripetuti disavanzi derivanti dalla gestione del Bilancio Regionale, è ormai divenuta improcrastinabile l'adozione di nuove strategie basate su riforme strutturali della spesa pubblica per consentire la riduzione del debito e il necessario spostamento di risorse verso gli interventi per lo sviluppo e l'occupazione. Appare interessante sottolineare che incrementando la ricchezza nella nostra Regione automaticamente inneschiamo un processo di crescita delle entrate finanziarie della stessa. Da ciò si deduce che i processi di spesa sono determinanti per la crescita delle entrate della Regione. Uno studio condotto alcuni anni fa da parte del servizio studi del Banco di Sicilia e dell'Università di Palermo stimava, per le caratteristiche dell'autonomia finanziaria della Regione Siciliana, che per ogni 100 lire di spesa per investimenti vi era un ritorno di imposta intorno al 25%.

La carenza di risorse finanziarie si evince anche dall'ormai consolidata prassi di redigere il bilancio di previsione di competenza dell'anno non più per 12/12mi ma 10/12mi, tutto ciò comporta almeno due assestamenti in corso d'anno, disattendendo di fatto il principio dell'annualità, una delle principali prerogative della legge di bilancio.

Altro elemento che caratterizza i bilanci della Regione Siciliana in questo specifico periodo ( tendenza evidenziata dalla stessa Corte dei Conti), è l'equilibrio che il legislatore regionale, in ottemperanza a quanto stabilito dall'articolo 81 della Costituzione, attua solamente nella fase dell'impostazione delle previsioni; non ponendo la stessa attenzione anche nel corso della gestione. Uno degli Assessorati che maggiormente disattende tali principi è quello della Sanità (cfr. paragr. sulla Sanità che riporta i dati relativi ai i disavanzi registrati negli ultimi cinque anni).

## **SANITA'**

### **IL FALLIMENTO DELLE STRATEGIE ATTUATIVE REGIONALI NEL SETTORE SANITARIO**

L'art.32 della Carta Costituzionale sancisce il diritto alla salute di ogni cittadino.

Partendo da questo principio, considerato inderogabile, dovrebbe essere organizzato il Servizio Sanitario, inteso come un'organizzazione preposta ad erogare cure e prestazioni per garantire il diritto alla salute di ogni singolo. E' per questa ragione che tutte le forze politiche e i governi nazionali e regionali, consapevoli dell'importanza di tale principio, continuano a parlare di un sistema sanitario **pubblico, universalistico e solidale**. La sanità è quindi un diritto che le nostre leggi riconoscono e che lo Stato dovrebbe tutelare. Le migliori condizioni di vita in Italia e in Sicilia e il progressivo invecchiamento della popolazione fanno pensare a cittadini che avranno, con il tempo, sempre più bisogno di accedere a prestazioni e cure sanitarie. Il nostro sistema dovrà essere in grado, in un futuro non troppo lontano, di fornire a tutti le prestazioni necessarie.

A cosa servirebbe infatti vivere più a lungo se poi la società non dovesse essere in grado di fornirci quelle cure mediche nel momento in cui ne abbiamo la massima necessità? Anche per questa ragione i principi che devono ispirare il Servizio Sanitario sono quelli espressi sopra. Bisogna insistere su questo punto perchè la nostra civiltà, in futuro, possa distinguersi proprio sulla capacità di offrire a tutti un diritto fondamentale: quello alla salute, indipendentemente dalle condizioni economiche, dalle distinzioni di ceto o di classe sociale di appartenenza.

Ed anche sotto questo profilo la strada da percorrere nella nostra Regione è lunga, atteso che, pur rappresentando gli ultra sessantacinquenni circa il 17% della popolazione totale, l'assistenza sanitaria offerta non appare adeguata: basti pensare che Unità Operative Geriatriche per acuti sono presenti solo in sei province su nove e l'assistenza domiciliare integrata (ADI), spesso assicurata in

convenzione con entità private, non è ancora operativa in diverse parti del territorio e, dove è presente, stenta a soddisfare la crescente domanda di servizi di assistenza.

La sanità deve comunque essere vista come una **risorsa e un'importante opportunità** per la società. Ma paradossalmente oggi assistiamo, soprattutto nella realtà della nostra isola, ad una politica di lento, ma costante abbandono, del sistema sanitario pubblico.

Il ceto politico dominante sta mettendo concretamente in discussione i principi della riforma sanitaria sanciti dopo l'approvazione della legge 833/78. Questa norma ha avuto il merito di superare il sistema mutualistico, pur privilegiando l'aspetto della tutela dei diritti e sottovalutando scarsità e limitazione delle risorse per il settore. E' infatti vero che ogni risorsa ha un costo e che la sanità in tal senso non fa eccezione, ma bisogna stabilire un equilibrio fra costi e benefici, non dimenticando mai il diritto fondamentale di ciascuno ad avere accesso alle migliori cure mediche che uno Stato o una Regione possono offrire.

Oggi l'incrocio perverso fra devoluzione e privatizzazione ha cominciato a devastare la sanità pubblica con conseguenze dannosissime per i cittadini.

Se infatti ipotizziamo l'eliminazione di tutti i trasferimenti effettuati dallo Stato alle Regioni, vincolando queste ultime a coprire il fabbisogno finanziario attraverso l'incremento delle aliquote Irpef, verrebbe fuori un prelievo fiscale molto diverso da Regione a Regione. Accanto alla Lombardia capace di coprire il maggiore fabbisogno finanziario per soddisfare le competenze trasferite con una aliquota addizionale Irpef appena dello 0,66 per cento, ci sarebbe la Calabria costretta invece a introdurre un addizionale Irpef del 24 per cento.

Il D.L. 56 del 2000 tende a mettere in chiaro chi dona e chi riceve. Secondo il testo di legge sulla riforma federalista, infatti, ogni singola Regione potrà determinare un proprio modello di sanità da finanziare e assorbire fino a concorrenza con l'eventuale quota di partecipazione IVA, sottraendo, di fatto, risorse alle politiche di perequazione sociale. Questo comporta un rischio concreto. Regioni "forti" come la Lombardia potrebbero spingere con maggiore determinazione verso la "devolution" nella sanità per finanziare il proprio modello regionale sanitario.

Le Regioni del Sud ed, in particolare, la Sicilia, la Calabria, la Puglia sarebbero le più svantaggiate e quelle costrette a scegliere la via di un abbassamento del livello dei servizi.

Si andrebbe così a consolidare un controllo vizioso della sanità nell'erogazione delle prestazioni, con un impoverimento crescente della qualità nelle zone più povere.

A questo si aggiunge il prepotente ingresso dei privati nella sanità, che sta intaccando sempre di più il delicato equilibrio fra bisogni sanitari e risorse disponibili.

In buona sostanza assistiamo al tentativo di portare sotto il controllo del mercato privato il soddisfacimento dei bisogni di salute. Il profitto diviene così il principale obiettivo da raggiungere

ed attualmente tutte le prestazioni più remunerative (alta tecnologia, diagnostica raffinata, ricerca biomedica applicata) sono diventate patrimoni del sistema privato, che tendono a gonfiare la domanda sanitaria fortemente condizionata dall'offerta.

La conseguenza più immediata di questo stato di cose è che gli strati più abbienti della popolazione sono spinti a chiedere di uscire dal sistema pubblico e quindi dalla contribuzione obbligatoria.

In questo senso constatiamo sempre di più come l'ambito dell'ospitalità privata accreditata (più quella non accreditata) giochi un ruolo significativo, mostrando quote di possesso e di uso di apparecchiature, rispetto al pubblico, davvero notevoli.

Assistiamo anche a cambiamenti nell'uso delle parole e dei concetti che si applicano al sistema sanitario. I cittadini, infatti con l'avvento dei privati sul mercato della sanità, sono divenuti da "pazienti" a "clienti".

La classe politica quindi è chiamata a giocare un ruolo di grande responsabilità, perchè è proprio attraverso il controllo dei privati, della concessione degli accreditamenti all'esterno delle aziende ospedaliere, delle convenzioni con i laboratori di analisi e gli ambulatori privati, che si gioca la partita: come si è visto prima, il Governo regionale in questi anni si è mosso invece con grande superficialità, favorendo i privati, non operando le verifiche previste dalle disposizioni assessoriali e solo con la recente L.R. 17/2004 ha posto un blocco agli accreditamenti provvisori, senza comunque preoccuparsi di accertare se le centinaia di strutture sanitarie, c.d. provvisoriamente accreditate e che già operano per il S.S.N., posseggano i requisiti generali, strutturali e tecnologici richiesti dalla normativa regionale sull'accredimento

La spesa sanitaria regionale, nonostante le novelle legislative succedutesi, ha registrato negli ultimi anni una evoluzione tale da compromettere l'equilibrio finanziario della Regione stessa.

Per meglio valutare la portata del fenomeno, si riportano i disavanzi registrati nella Sanità a carico della casse regionali:

Anno 2000	-229 milioni di euro
Anno 2001	-508 milioni di euro
Anno 2002	-375 milioni di euro
Anno 2003	-460 milioni di euro
Anno 2004	-750 milioni di euro
Anno 2005	-640 milioni di euro

Per comprendere gli effetti negativi che i mega-deficit sanitari determinano sui bilanci regionali, causando la contrazione delle spese sociali e degli investimenti, si rileva dai risultati conseguiti nel 2003 come l'equilibrio dei conti pubblici regionali venga stravolto dall'incidenza degli incrementi

di spesa sanitaria dovuta alla copertura dei disavanzi, come palesemente si evince dalla tabella seguente.

	Accertamenti o impegni con deficit Sanità	Accertamenti o impegni al netto dei deficit della Sanità
Risparmio pubblico	-447.235	361.824
Saldo netto da impiegare (+) o finanziare (-)	-659.988	176.521
Indebitamento (-) o accreditamento (+) netto	-581.697	254.812
Ricorso al mercato	-931.702	-95.193

Molte sono le cause che contribuiscono alla creazione dei disavanzi sanitari ed è certamente difficile analizzarle minutamente, ma a livello di macrosistema non può non evidenziarsi il continuo scostamento, spesso voluto, tra risorse programmate per la sanità e quelle effettivamente spese, in barba ai vincoli di legge ed alle sanzioni ivi contenute, con l'ovvia conseguenza della formazione di disavanzi occulti che devono essere coperti a consuntivo negli esercizi successivi, con un drenaggio costante di risorse del bilancio regionale che rende impossibile qualsiasi azione di risanamento e conduce verso il dissesto finanziario.

Un cenno significativo merita la difficile situazione di cassa della Regione, sulla quale si ripercuotono le tensioni derivanti dai deficit di competenza, ampliandone gli effetti negativi per l'insorgere di contenziosi ed il pagamento di interessi che, per il solo settore sanitario, si avvicinano alla media annua di 100 milioni di euro.

In particolare, analizzando i dati di cassa relativi all'anno 2003 si registra un peggioramento esponenziale del "Cash-flow" (comprensivo delle operazioni finanziarie di reperimento delle risorse pari a 716 milioni di euro) che ha comportato difficoltà nella gestione della Tesoreria Regionale, con incremento dei titoli di spesa non pagati e dei tempi di pagamento per mancanza di liquidità. Il predetto dato risulta il peggiore tra quelli registrati negli ultimi esercizi finanziari, come si desume dalla tabella.

Esercizio Finanziario	Cash- flow
	Importi in milioni di €.
Anno 2000	- 243

Anno 2001	- 515
Anno 2002	+ 474
Anno 2003	- 716

---

Ma vediamo di comprendere alcune delle scelte operate dal Governo regionale, che hanno pesantemente pregiudicato il precario equilibrio economico del sistema e rispetto alle quali occorre chiedersi: si tratta solo del frutto di strategie errate o esiste un disegno ben preciso di tutela degli interessi dei privati?

Con il decreto dell'Assessore alla Sanità del 12 agosto 2002 sono state adottate disposizioni per il contenimento della spesa sanitaria, indispensabili per contenere la costante crescita dei deficit e rientrare nei parametri del patto di stabilità Stato-Regioni dell'8 agosto 2001.

Il provvedimento conteneva misure destinate alle strutture pubbliche, quali il divieto di istituzione di nuove Unità Operative, restrizioni all'immissione in servizio di nuovo personale, tagli alle spese di funzionamento, etc.

Inoltre disponeva il congelamento del budget 2002 per le strutture private accreditate, ancorandolo al budget assegnato per l'anno 2001 più l'ammontare dell'extra budget dello stesso anno, valorizzato con decurtazioni che, per la parte eccedente il 10% aggiuntivo, comportavano un abbattimento del 90% del fatturato eccedente il budget: in buona sostanza il budget veniva fissato con riferimento al fatturato 2001, cui però venivano applicate forte penalizzazioni per la parte relativa all'extra budget.

Infine il decreto introduceva una significativa regressione tariffaria per le ulteriori prestazioni di extra budget per l'anno 2002, che conducevano a decurtazioni sino al 15% della tariffa per il surplus di prestazioni fatturate eccedenti il 10% quelle previste dal budget: tale sistema, che comporta una sostanziale elusione dei tetti di spesa, appare irragionevole, in quanto, pur tentando di disincentivare le iperfatturazioni, vanifica e nega in radice il concetto di budget assegnato come limite di spesa invalicabile, ipotizzando il ritorno ad una sorta di rimborso a piè di lista, che costituisce una delle cause principali del generarsi dei disavanzi.

Occorrerebbe invece procedere su linee completamente opposte, ove si volesse rispettare il vincolo del tetto di spesa introdotto dalla finanziaria regionale, autorizzando il pagamento delle prestazioni dei privati con tariffe predefinite ed esclusivamente all'interno di tetti di spesa inderogabili, evitando così il "mercato" dell'incremento volontario delle prestazioni erogate per ampliare i margini di guadagno, una volta che tutti i costi generali sono stati già remunerati con il budget assegnato.

Nonostante il provvedimento fosse, per le ragioni spiegate, inidoneo a contenere la spesa soprattutto nel settore privato, a causa delle forti critiche da parte dell'AIOP e dei sindacati degli specialisti convenzionati esterni, è stato congelato ed oggetto di rivisitazione nel corso di trattative ed incontri tra le parti sociali ed il Presidente della Regione e l'Assessore alla Sanità.

Il Governo, accogliendo in toto le richieste delle potenti lobbies delle suddette categorie, previa delibera di Giunta, ha stravolto le previsioni del primo decreto, adottando il decreto assessoriale n.2094 del 7 novembre 2002 denominato "*Nuove disposizioni per il contenimento della spesa sanitaria nella Regione siciliana*" (denominazione paradossale!), la cui applicazione ha condotto ad una emorragia per le casse regionali in favore dei privati accreditati.

Intanto, il nuovo decreto introduce un concetto di **budget minimo cui ha diritto** ciascuna struttura accreditata nella misura di € 55.000, sul quale non va applicata nessuna decurtazione: ciò in contrasto con i concetti fondamentali di accreditamento, che dà titolo alla struttura accreditata soltanto ad essere annoverata tra i soggetti di cui **possono avvalersi** le Aziende Sanitarie, nonché al principio della negoziazione delle prestazioni in relazione agli effettivi fabbisogni della popolazione.

Inoltre il tanto strombazzato concetto di budget, già fortemente pregiudicato dal decreto del 12 agosto 2002, viene sostanzialmente disapplicato.

Basti pensare che per i centri di emodialisi il budget 2002 viene quantificato nella misura del fatturato 2001 (sommando dunque budget ed extrabudget 2001 senza alcuna decurtazione tariffaria), ma si aggiunge altresì che sulle eventuali prestazioni eccedenti non verrà applicata alcuna decurtazione: in altre parole, ti diamo un grosso budget, ma se continui a fatturare in eccedenza ti paghiamo lo stesso tutto!

Con modalità analoghe si determinano i budget 2002 per le strutture di ricovero convenzionate e per gli specialisti convenzionati esterni, legittimando senza alcuna regressione tariffaria tutti gli extrabudget dell'anno precedente in seno al nuovo budget ed introducendo riduzioni tariffarie ridicole per le prestazioni fatturate in eccedenza (ad es. per gli specialisti esterni le prestazioni fatturate oltre il budget e sino al 20% vengono remunerate con il 90% della tariffa, cioè quasi per intero).

Quindi l'Assessore alla Sanità con un provvedimento adottato a novembre 2002 ha autorizzato tutte le strutture con efficacia retroattiva a disattendere tutti gli accordi (con minori oneri!) già conseguiti con i Direttori Generali per le prestazioni dell'anno 2002, negando che il budget costituisca un limite di spesa inderogabile, ma riducendolo ad una sorta di parametro orientativo, peraltro gonfiato con gli sfondamenti operati nell'anno precedente, che vengono interamente inglobati in seno al nuovo budget.

Per compensare l'esborso aggiuntivo l'art.11 del decreto prevede che entro la fine del 2002 si sarebbero adottate direttive per la distribuzione agli assistiti dei tesserini di esenzione ed alla determinazione di ticket per le singole prestazioni: naturalmente tutto ciò non è avvenuto, ma anche se fosse accaduto si sarebbe ulteriormente continuato sulla strada perversa di richiedere sacrifici economici ai cittadini per foraggiare le iperfatturazioni delle strutture sanitarie private accreditate. Va rilevato infine che entrambi i decreti non sono stati sottoposti al controllo obbligatorio della Ragioneria Centrale dell'Assessorato alla Sanità, che doveva verificarne la compatibilità finanziaria e sono pertanto privi di efficacia e nulli, in quanto carenti di copertura finanziaria, comportando, soprattutto il secondo, rilevanti oneri aggiuntivi pur in presenza di un conclamato disavanzo finanziario per l'anno 2002.

Constatati i disastrosi effetti sulle finanze pubbliche di detti provvedimenti, come si è visto, su proposta dell'Assessore al Bilancio ed alle Finanze si è pervenuti all'approvazione dell'art.25 della L.R. 4/2003, con la previsione dei tetti di spesa derivanti dalla dotazione annuale del Fondo sanitario nazionale, che costituiscono il limite invalicabile entro il quale autorizzare le relative spese.

L'introduzione di tale limite normativo ha prodotto nuovamente tensioni da parte delle categorie degli specialisti convenzionati esterni e dell'ospedalità privata accreditata, che hanno lamentato il mancato rispetto delle disposizioni del D.A. 7 novembre 2002, essendosi prodotto, nel rispetto delle regole di legge, un fenomeno di rigidità del meccanismo di quantificazione della spesa contenuta nei corrispondenti aggregati economici, la cui capienza risultava insufficiente per remunerare le prebende delle strutture sanitarie private.

Ancora una volta sono intervenuti incontri con il Presidente della Regione, che ha assicurato alle predette categorie il rispetto degli onerosi impegni assunti a novembre 2002, impegnandosi a rimodulare gli aggregati di spesa in modo da corrispondere in ogni caso ai privati per intero budget ed extrabudget.

Ed infatti con delibera n.353 del 13/11/2003 la Giunta Regionale, a tutela degli interessi dei privati, ha rimpinguato i relativi aggregati economici, decurtando gli altri ed, in particolare, quello della farmaceutica.

La CGIL siciliana denuncia come l'incremento sia avvenuto in totale assenza di copertura finanziaria ed anzi con la piena consapevolezza che nell'anno 2003 il trend della spesa registrava un pesantissimo deficit, come si legge nella relazione del 30 ottobre 2003 dell'Assessorato regionale alla Sanità, allegata alla medesima delibera.

La relazione sottolineava *“come la richiesta di implementazione degli aggregati riferiti alla spesa specialistica ed ospedaliera convenzionata avrebbe certamente comportato un ulteriore aggravio*

*del già previsto disavanzo” e si riportava “il complessivo dato di stima del disavanzo a carico del bilancio regionale per l’anno 2003 (circa € 400.000.000,00)”*

La predetta relazione rimarcava altresì l’illegittimità dell’iniziativa governativa, rimarcando “*si sottolinea, in ragione della più volte evidenziata previsione di sfioramento della spesa sanitaria e, dunque, della conseguente distonia...con le disposizioni di cui all’art.27 della L.R. 4/2003, l’esigenza che lo schema di provvedimento venga.....preventivamente rimesso all’Assessore al Bilancio”*: dalla lettura del documento emergono dunque i due elementi inequivocabili della mancanza di copertura finanziaria e dell’illegittimità del provvedimento, che viola palesemente il richiamato art.27 della L.R. 4/2003.

Volendo tradurre in termini numerici l’inarrestabile ascesa della spesa in favore della sanità privata si riportano di seguito i sottoelencati dati che mettono a confronto l’ammontare della spesa sostenuta nell’anno 2001 desunta dai conti consuntivi e gli aggregati riconosciuti per l’anno 2004, che presentano un incremento del 90% rispetto agli importi erogati nell’anno 2001.

Aggregati di spesa (Previsioni)	Anno 2001	Anno 2004	Variazione 2001/2004
Farmaceutica	1.309.218	832.226	-36,43%
Case di cura private	286.579	546.965	90,86%
Assistenza specialistica	221.549	436.659	97,09%

convenzionata esterna

Dati in migliaia di euro

Tutto ciò mentre la spesa per le strutture pubbliche dal 2001 al 2004 è invece mutata di poco, e l’aggregato per la spesa farmaceutica nello stesso periodo è stato decurtato del 36,43% (si è passati da € 1.309.218.000,00 nel 2001 a € 832.226.000,00 nel 2004) , senza tenere conto (o forse con piena consapevolezza) che la spesa effettiva per la farmaceutica è in costante crescita e che pertanto la sottostima del relativo aggregato comporta la automatica formazione di deficit occulti, gonfiando gli aggregati destinati alle strutture private, che vengono interamente spesi.

Ma il fenomeno dei disavanzi occulti nella nostra Isola purtroppo non si limita solo al deliberato scostamento tra aggregati economici previsionali e spesa effettivamente sostenuta, ma si estende all’assoluta inattendibilità dei dati contenuti nei bilanci delle nostre Aziende sanitarie, che mascherano la reale e ben più grave situazione di crisi finanziaria, che invece emerge prepotente dai ritardi dei pagamenti e dalle tensioni di tesoreria.

La CGIL denuncia infatti la presenza nei bilanci delle Aziende di crediti inesigibili nei confronti dello Stato, determinati dai c.d. impegni in eccedenza autorizzati dall’Assessorato regionale alla Sanità negli anni 1999, 2000 e 2001.

Ci si riferisce, in particolare, alle autorizzazioni di spesa concesse dall'Assessorato per spese improcrastinabili e urgenti a seguito delle risultanze degli incontri tenutisi a Roma tra Stato e Regioni e dai quali era emerso l'intendimento dello Stato di rimpinguare il fondo sanitario con somme aggiuntive, in buona sostanza, si è provveduto ad autorizzare spese aggiuntive prima dell'adozione del provvedimento da parte del CIPE che attribuisse ulteriori risorse, consentendo così l'effettuazione da parte delle Aziende sanitarie di spese in eccedenza rispetto agli stanziamenti di bilancio in assenza di certezza sulla loro copertura statale (cfr. circolare n. 1003 dell'11/08/1999 in allegato).

A tutt'oggi, nonostante siano trascorsi cinque anni dalle autorizzazioni assessoriali concesse, permangono crediti residui verso lo Stato da parte dell'intero sistema sanitario regionale per oltre € 300.000.000,00, spalmati nei vari bilanci aziendali, che debbono ormai ritenersi inesigibili alla luce della chiara volontà dello Stato di non ripianare ulteriormente i debiti contratti dalle Regioni, con la conseguenza che la futura cancellazione di detti crediti dai bilanci aggraverà ulteriormente la difficile situazione dei conti della Sanità, mettendone a nudo la reale situazione deficitaria.

D'altro canto, al di là degli artifici contabili, il vero termometro della sofferenza in cui versano le Aziende sanitarie è costituito dalla crescente difficoltà di pagare i creditori e dalle tensioni di cassa sopra evidenziate.

A tal riguardo, se si analizza il tasso di attivazione finanziaria della spesa nel 2002, si può constatare come, per la funzione 07.04.03 – Assistenza Sanitaria – a fronte di uno stanziamento di competenza di € 7.452.000 i pagamenti effettuati si sono attestati intorno a € 6.287.000, mentre le somme passate a residui passivi si cifrano intorno a € 1.165.000. Nel 2003 la massa spendibile (competenza+residui passivi) è risultata pari a € 9.500.000 (€ 1.481.000 di residui e 8.019.000 di competenza 2003): a fronte di tale massa spendibile i pagamenti effettuati si sono attestati a 7.051.000 con un tasso di attivazione della spesa del 74% e con un ammontare di residui passivi di circa € 2.450.000 alla chiusura dell'esercizio 2003.

Si tratta di cifre, così come rilevato dal Procuratore Generale della Corte dei Conti nella relazione di accompagnamento al Rendiconto Generale della Regione Siciliana per l'esercizio 2003, nettamente superiori a quelle dell'esercizio precedente e che la dicono lunga sulla precaria condizione dei conti della Sanità e sugli effetti deleteri delle politiche perseguite dal Governo Cuffaro.

La CGIL siciliana osserva come l'ammontare abnorme di residui passivi relativi al settore sanitario costituisca una bomba ad orologeria per l'intero sistema finanziario regionale, innescando forti tensioni sociali e la tendenza in crescita esponenziale da parte dei creditori ad adire le vie legali, tempestando di decreti ingiuntivi le Aziende Sanitarie.

Il consistente incremento degli oneri finanziari a carico del Servizio sanitario nazionale per il crescente numero di decreti ingiuntivi è stato segnalato alla Regione dal Presidente del TAR Palermo, il quale ha rilevato che nel secondo semestre 2003 il solo Tribunale di Palermo ha esitato 1823 provvedimenti monitori a causa della perdurante situazione debitoria del settore sanitario ed, in particolare, della farmaceutica.

Nella relazione di accompagnamento trasmessa dal Presidente del TAR Palermo si sottolinea come *“la gravità del descritto fenomeno si coglie con particolare evidenza, se si ha riguardo alla circostanza che solitamente, in questi casi, ad ogni ricorso corrisponde un decreto che condanna la parte pubblica al pagamento di una somma di denaro per spese legali solitamente superiore a quella il cui pagamento è ingiunto a titolo di sorte capitale”*.

Assistiamo cioè impotenti ad una emorragia di denaro pubblico la cui causa principale è certamente riconducibile alle scelte governative di dar corso, soprattutto in favore dei privati, a spese che il nostro sistema sanitario non può permettersi, giocando su artificiose manovre contabili, che non possono evitare però di ripercuotersi in carenza di liquidità, che costituisce la vera spia della condizione di difficoltà del sistema sanitario regionale.

Ma gli esempi di sprechi di denaro pubblico nel settore della Sanità costituiscono una consolidata consuetudine, e ne costituisce un clamoroso esempio l'operazione di cartolarizzazione dei crediti della sanità, in esecuzione dell'art.30, comma 6 della L.R. 6/2001, gestita dal Consorzio aziende sanitarie srl, costituito dalle Aziende USL ed Ospedaliere siciliane.

L'operazione finanziaria ha interessato i crediti vantati dalle Aziende nei confronti della Regione per gli anni 1995, 1997 e 1998, ammontanti a complessivi € 559.235.507,76 ed i connessi oneri di dilazionamento pari a € 226.149.439,40 a carico del bilancio regionale.

La scelta del tipo di operazione finanziaria e le condizioni economiche gravose alle quali è stata effettuata la cartolarizzazione, hanno ulteriormente contribuito ad aggravare ingiustificatamente il deficit della Sanità, come stigmatizzato a chiare lettere dalla stessa Corte dei Conti.

Si legge infatti nella relazione al rendiconto generale della Regione Siciliana per l'esercizio finanziario 2002 in aperta critica all'operazione di cartolarizzazione *“si deve rilevare che una diversa scelta, quale, ad esempio, la contrazione di un mutuo con la Cassa depositi e prestiti al tasso euribor a sei mesi (pari attualmente a c.a. il 2,26%) analogo a quello stipulato dalla stessa Amministrazione regionale nel giugno 2002, avrebbe comportato....un consistente risparmio (si pensi che i costi della cartolarizzazione in esame equivalgono a quelli di un mutuo contratto ad un tasso di interessi pari al 7,4 con uno spread di oltre cinque punti rispetto a quello convenuto con la Cassa depositi e prestiti)”*.

Conclude dunque la Corte *“del resto, non si può non ricordare che l'Amministrazione regionale avrebbe sopportato costi decisamente minori se si fosse limitata a riconoscere alle Aziende sanitarie, invece dei menzionati oneri di dilazionamento, i meri interessi legali (pari oggi al 3%)”*.

Appaiono quindi incomprensibili le ragioni di una scelta finanziaria così onerosa, ove peraltro si consideri che nello stesso periodo l'Assessorato regionale al Bilancio (stranamente non investito di tale attività), istituzionalmente deputato all'effettuazione di tutte le operazioni finanziarie per conto della Regione, ha ottenuto un prestito dalla Cassa Depositi e Prestiti con oneri inferiori quasi del 70%, circostanza che avrebbe ridotto gli oneri della cartolarizzazione al di sotto dei 100.000.000 di euro rispetto ai 226.149.439 sostenuti dal sistema sanitario e dunque dalla Regione.

## **LA MANCATA ATTUAZIONE DELLE PREVISIONI LEGISLATIVE**

Si è già trattato delle vicissitudini delle norme che hanno reintrodotta i ticket sanitari in Sicilia e della palese violazione dell'art.25 della L.R. 4/2003, perpetrata dal Governo regionale per consentire alle strutture private di poter disporre di budget ipertrofici, privi di copertura finanziaria e di qualsivoglia valutazione di compatibilità con il persistente aggravarsi dei disavanzi di bilancio. Dette contraddizioni non sono le uniche, ma sono emblematiche di una costante disapplicazione delle previsioni di legge, le quali hanno introdotto precisi vincoli per la razionalizzazione del settore sanitario, che restano lettera morta nella fase applicativa.

Si pensi alle disposizioni con cui è stato sancito il vincolo del conseguimento del pareggio economico di bilancio per le Aziende USL e l'obbligo per le Aziende Ospedaliere di conseguire un utile dell'1%, introducendo nel contempo il principio dell'assegnazione ai direttori generali di obiettivi di gestione con valenza finanziaria ed il meccanismo sanzionatorio della decadenza degli stessi se non conseguano detti obiettivi.

Orbene, è sotto gli occhi di ciascuno che tutte le Aziende USL siciliane abbiano conseguito nell'anno 2003 risultati di esercizio negativi con una gamma che va dai disavanzi contenuti nell'Azienda USL n.7 di Ragusa a quelli stratosferici delle Aziende USL n.3 di Catania e n.6 di Palermo, che superano ciascuna abbondantemente i 100 milioni di euro di deficit. Lo stesso dicasi per alcune Aziende ospedaliere che, non solo non hanno conseguito il richiesto 1% di utile di esercizio, ma hanno registrato sensibili deficit, come, ad esempio, l'Azienda Ospedaliera Cervello di Palermo (- € 5.445.798), recentemente decapitata da provvedimenti della magistratura penale, e il S. Giovanni Di Dio di Agrigento (- € 3.812.214).

Sarebbe quindi consequenziale ritenere che i rispettivi direttori generali dovrebbero essere da tempo dichiarati decaduti dall'incarico per il mancato rispetto dei vincoli di legge, mentre, in realtà, sono

tutti ancora in carica, avendo omesso il Governo regionale di attivare i meccanismi sanzionatori voluti dal legislatore.

A dire il vero, nel dicembre dell'anno 2003 è stata costituito, giusta delibera della Giunta Regionale n.342 del 13/11/2003, un Comitato di esperti per la valutazione dei direttori generali delle Aziende sanitarie, composto da funzionari regionali esperti in materia e da esterni, tra i quali un rappresentante del Ministero dell'Economia.

L'organo collegiale ha operato le proprie valutazioni ed ha relazionato nel gennaio 2004 all'Assessore alla Sanità sulle relative risultanze, sì da consentire alla Giunta di Governo di pervenire, sulla scorta delle verifiche tecniche operate, alla conferma o meno dei direttori generali esaminati.

A distanza di un anno nessun provvedimento risulta adottato e peraltro sarebbe ormai inutile, in quanto si è ormai prossimi alla scadenza naturale dell'incarico, realizzandosi una ulteriore violazione delle norme regionali rimaste disapplicate ed una palese dimostrazione di inefficienza del sistema, che non osserva le regole fondamentali che lo presiedono.

Anche sul piano dell'assegnazione congiunta all'inizio di ciascun ai direttori generali di obiettivi di valenza finanziaria da parte dell'Assessorato alla Sanità e dell'Assessorato al Bilancio, non risulta che tale norma abbia trovato applicazione, ad eccezione di quanto previsto dal decreto interassessoriale n.2285 del 10/12/2003: ma anche in questo caso all'assegnazione degli obiettivi non è seguita alcuna verifica.

In particolare si è provveduto ad incaricare le Aziende USL di procedere all'analisi comparativa della spesa media farmaceutica provinciale per ciascun medico in rapporto al numero dei propri assistibili, rilevandone le eventuali anomalie rispetto alla media, quantificabili in un incremento superiore al 20% della media individuata con l'obbligo di procedere per le prescrizioni dell'anno 2003 entro il 31 marzo 2004 e di relazionare all'Assessorato alla Sanità sulle risultanze emerse: è di tutta evidenza l'importanza dell'obiettivo che imponeva il serio monitoraggio e controllo delle prescrizioni farmaceutiche e l'individuazione dei medici iperprescrittori, consentendo così di intervenire a monte per eliminare fenomeni distorsivi e contenere la relativa spesa.

Non risulta che tali verifiche siano state rigorosamente operate (salvo qualche eccezione) e comunque non sono stati posti in essere interventi correttivi nei confronti di coloro che abbiano superato la soglia prescrittiva prevista dal decreto interassessoriale: né l'Assessorato alla Sanità è intervenuto per imporre il rispetto delle direttive impartite.

Parimenti disattesa è la previsione normativa dell'art.27 della L.R. 4/2003, come prima detto, ha introdotto un sistema costante di monitoraggio della spesa sanitaria, per consentire in corso di esercizio finanziario la verifica da parte della Regione dell'andamento dei flussi finanziari e

l'adozione di interventi correttivi del trend prima che si consolidi l'andamento negativo della spesa a consuntivo.

Orbene, nessun effetto la norma ha prodotto per l'anno 2003, in quanto il modello di rilevazione dei dati è stato formalizzato solo a dicembre 2003; ma è ancor più grave che neanche nell'anno 2004 si siano prodotti effetti significativi, anche se l'invio dei dati su supporto informatico è stato avviato, in quanto l'Assessorato alla sanità non è stato in grado di interagire e di rielaborare i dati raccolti e dunque di intervenire per frenare i direttori generali che abbiano ecceduto nella spesa rispetto alla dotazione di risorse finanziarie assegnate.

Altra disposizione rimasta lettera morta è quella dell'art. 31 della medesima legge regionale, che imponeva ai direttori generali, assegnando peraltro termini ben precisi, di ricognere il proprio patrimonio immobiliare non destinato ad uso assistenziale e di dismetterlo nel caso di mancata congruità dei proventi rispetto ai valori di mercato.

La totale disapplicazione della legge, anche in questo caso senza nessuna sanzione nei confronti dei direttori generali inadempienti, ha indotto il legislatore regionale ad introdurre una norma simile nella legge finanziaria regionale n.17/2004.

Ma l'aspetto più significativo della elusione dell'impianto normativo creato in sede legislativa è costituito dalla costante violazione dell'art.25 della L.R. 4/2003, non solo per l'aspetto del costante sfondamento dei tetti di spesa, ma anche della vanificazione di attivare un efficace e tempestivo sistema di programmazione con la fissazione del termine del 10 novembre dell'anno precedente affinché la Regione definisca gli aggregati economici ed i tetti di spesa provinciali.

Tale ottica programmatica è totalmente obliata in fase applicativa, tanto che gli stessi direttori generali delle Aziende sanitarie nel verbale di riunione del 5 luglio 2004 (e dunque già nella seconda parte dell'esercizio finanziario!) hanno lamentato l'assenza di certezza rispetto alle assegnazioni finanziarie loro spettanti, rilevando che i documenti assessoriali programmatici e previsionali per l'anno 2004 erano di fatto sospesi, facendo venir meno i presupposti indispensabili per ben operare, quali l'esatta determinazione dell'ammontare di risorse disponibili e la definizione dei tetti di spesa provinciali.

Paradossale è poi leggere che il decreto dell'Assessore alla Sanità di determinazione definitiva degli aggregati di spesa per l'anno 2004 sia stato adottato il 31 dicembre 2004, cioè l'ultimo giorno dell'esercizio finanziario, quando evidentemente tutte le risorse finanziarie erano già state utilizzate: alla luce di ciò, non ci si può dunque meravigliare se il disavanzo per l'anno 2004 raggiungesse i 500 milioni di euro, con pesantissime responsabilità della classe politica al governo e dei funzionari preposti all'applicazione delle disposizioni normative, che invece vengono sistematicamente disattese.

## **SCENARI: SERVIZIO SANITARIO, COSTO O RISORSA PER LA COLLETTIVITA'?**

Verso il sistema pubblico confluiscono una serie di norme e di circostanze atte a demolirlo. Si tratta dell'introduzione dei ticket, della spada di Damocle di addizionali e tasse, della contrazione dell'aggregato beni e servizi delle Aziende sanitarie pubbliche, del lievitare dei contenziosi e degli interessi per ritardato pagamento per la cronica assenza di liquidità e per i disastrosi disavanzi della sanità pubblica, la cui causa, come si è visto, è sempre più determinata dalle scellerate scelte del Governo regionale, volte a tutelare gli interessi delle potenti lobbies in cui sono confluiti i titolari di case di cura e laboratori privati, contribuendo a delineare il quadro di un sistema esoso e sprecone.

E' incredibile registrare come partendo dal 2001, anno di insediamento del Governo Cuffaro il buco nero dei deficit della Sanità ha fagocitato sino a dicembre 2004 la cifra astronomica di oltre 1.800 milioni di euro, che avrebbero potuto essere destinati a rilanciare l'economia con investimenti produttivi ed a dare un serio impulso alle politiche sociali.

Ma è ancora più inverosimile registrare che la Sicilia è la regione dove si registra tutt'ora il maggiore flusso dei pazienti residenti verso altre regioni per curarsi, attraverso un meccanismo di fuga dal proprio territorio per cercare ospedali ritenuti migliori, presentando un indice di attrazione dello 0,28 ed un indice di fuga del 3,59%: a fronte dunque di una spesa sanitaria esponenziale non si è nemmeno ottenuto un innalzamento dei servizi sanitari offerti, costringendo i cittadini a continuare nei c.d. viaggi della speranza.

A ciò devono aggiungersi anche il blocco delle assunzioni, le norme capestro per gli approvvigionamenti dei beni necessari che di fatto paralizzano l'attività concreta delle Aziende sanitarie, che ben poco presentano delle caratteristiche di snellezza proprie di un'azienda, concorrendo a favorire lo spostamento delle prestazioni verso le strutture private accreditate o verso il privato autorizzato.

Conseguentemente, molte Regioni, e fra queste la Sicilia, si troveranno ad assicurare i servizi sanitari con risorse finanziarie erose sia dai disavanzi strutturali che dalla riduzione delle medesime, derivanti dai nuovi meccanismi finanziari. Inoltre, dato che i fondi assegnati alla Sanità rappresentano gran parte dei bilanci regionali il settore sanitario costituirà il principale blocco di prova del processo economico-finanziario delle singole Regioni.

Sono diverse le strategie che potrebbero essere messe in campo per razionalizzare, controllare, monitorare e gestire la spesa sanitaria in Sicilia. Qui di seguito verranno indicate alcune linee guida e verranno formulate delle ipotesi che potrebbero essere realizzate con lo scopo principale di tenere sotto stretta sorveglianza l'andamento della spesa sanitaria.

In primo luogo pare utile partire da una banale constatazione: mentre le Aziende Ospedaliere sono quasi tutte in equilibrio finanziario, le Aziende USL registrano tutte deficit di bilancio, che diventano esponenziali in quelle di Palermo e Catania.

Occorre inoltre aggiungere che i Presidi Ospedalieri inseriti nelle Aziende USL presentano anch'essi rilevanti deficit, dovuti ad una gestione spesso inadeguata, che è costretta a coniugare le opposte esigenze del territorio e dell'ospedale. Una soluzione razionale induce pertanto a suggerire un modello in cui i presidi ospedalieri vengano enucleati dalle Aziende USL ed accorpati o ad Aziende Ospedaliere già esistenti o conglobati per dar vita ad un'Azienda ospedaliera autonoma.

Si creerebbero così ingenti economie di scala e soprattutto si potrebbe assicurare a tali Presidi una guida manageriale a vocazione ospedaliera, che ne razionalizzi l'operatività.

Nel contempo si sgraverebbero di competenze le aziende territoriali, rispetto alle quali si reputa necessario uno sdoppiamento delle mega aziende di Palermo e Catania, le cui attuali dimensioni difficilmente consentono l'espletamento di un servizio ispirato a criteri di efficienza ed efficacia.

L'Assessorato regionale alla Sanità dovrebbe inoltre garantire il rigoroso rispetto dei tetti di spesa annui, fissati a livello normativo, ma in realtà sistematicamente superati dalle spese di gestione sostenute dai Direttori Generali e dalle errate programmazioni regionali.

Grazie a questi vincoli finanziari dovrebbe determinarsi l'introduzione di un nuovo sistema di riduzione tariffaria per i rimborsi dei ricoveri, a favore dei residenti nella regione con lo scopo di garantire il rispetto dei volumi di attività e dei tetti di spesa negoziati con le strutture sanitarie. Si ricorda infatti che la regressione tariffaria si applica solo per le prestazioni che hanno superato il tetto annuo.

Questi strumenti di controllo della spesa sanitaria, possono essere definiti "*tradizionali*", ma accanto a controlli di questo tipo ne potrebbero essere previsti altri di tipo "*innovativo*". molta attenzione potrebbe essere fatta per quanto concerne il rispetto del principio di appropriatezza dei ricoveri, e tali strumenti di verifica potrebbero riguardare, in particolare, i casi di ricovero definiti ad elevato rischio di inappropriatezza dalle disposizioni ministeriali o dagli stessi operatori, come è avvenuto nel progetto realizzato dall'Azienda di Ragusa: basti pensare che da un esame delle prestazioni ospedaliere rese in Sicilia dalle Unità Operative Chirurgiche mediamente il 50% dei DRG sono chirurgici, mentre la restante parte è costituita da DRG medici, a testimonianza della verosimile inappropriatezza di buona parte dei ricoveri operati..

Un ulteriore tipo di controllo, infine, potrebbe essere rappresentato dalla corretta codificazione della diagnosi, eseguita dalle Aziende Sanitarie attraverso il controllo delle schede di dimissione ospedaliera rilasciate dalle case di cura private accreditate in occasione della validazione degli archivi magnetici dei ricoveri diurni.

Ulteriori controlli potrebbero essere realizzati istituendo, nelle singole regioni, degli osservatori indipendenti di controllo dei prezzi di beni e servizi.

**Sintetizzando al massimo possiamo dire che in Sicilia mancano i seguenti controlli:**

- 1) Acquisizione trimestrale delle diverse tipologie di spesa.
- 2) Report di contabilità analitica e continuo aggiornamento delle direttive per la contabilità economico-patrimoniale delle diverse aziende sanitarie.
- 3) Verifica del rispetto dei tetti di spesa annui fissati e negoziati fra l'Assessorato regionale alla Sanità e le Aziende Sanitarie, da applicarsi a cascata nelle negoziazione delle prestazioni.
- 4) Controllo effettivo trimestrale dei flussi di cassa inviati dalle Aziende Sanitarie alla Regione per rilevare in corso d'esercizio finanziario gli scostamenti tra risorse assegnate e quelle spese ed intervenire per le necessarie correzioni.
- 5) Riduzione tariffaria per i rimborsi dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza.
- 6) Corretta validazione delle diagnosi attraverso il controllo delle schede di dimissione ospedaliera delle strutture ospedaliere private accreditate.
- 7) Istituzione di speciali osservatori indipendenti di controllo dei prezzi di beni e servizi nelle singole Regioni che, grazie a database aggiornati e accessibili, potrebbero permettere il controllo dei costi.
- 8) Progetti in collaborazione con l'Osservatorio nazionale sull'impiego di medicinali per consentire il monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale.
- 9) Introduzione dell'utilizzo dei lettori ottici in farmacia collegati telematicamente con l'Agenzia delle Entrate e con l'Assessorato regionale alla Sanità.

La scommessa sul futuro della Sanità e sul reale grado di tutela del diritto alla salute in favore dei cittadini, sancito costituzionalmente, si gioca dunque sulla capacità di invertire la rotta seguita negli ultimi anni e di abbandonare la tutela degli interessi economici forti, che hanno finora condizionato le scelte di governo a detrimento dell'interesse generale della collettività.