Ministero dell'Economia e delle Finanze
Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato

Studi e pubblicazioni

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 1

2012
2013
2014
2015

MEF Ragioneria Generale dello Stato

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, Giugno 2014

INDICE

Introduzione 1

CAPITOLO 1 - Il monitoraggio della spesa sanitaria e i relativi strumenti 3

1.1 - Premessa 3
1.2 - Le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria 3
1.3 - Il monitoraggio dei conti del Sistema Sanitario Nazionale 7
1.3.1 - I modelli di rilevazione dei dati e il sistema di monitoraggio 7
1.3.2 - La procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004) 11
1.3.3 - Il decreto legislativo n. 118/2011 14
1.3.4 - La certificabilità dei bilanci degli enti del SSR 18
1.4 - Il Sistema Tessera Sanitaria 19
1.5 - Il processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi 21
1.6 - La spesa sanitaria e l'invecchiamento demografico 23

CAPITOLO 2 - L'analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio 31

2.1 - Premessa 31
2.2 - Gli aggregati della spesa sanitaria 31
2.3 - Finanziamento del settore sanitario pubblico e spesa sanitaria in termini di P.A. 33
2.3.1 - Spesa per il personale 39
2.3.2 - Spesa per beni e servizi (ivi compresi i farmaci ospedalieri) 41
2.3.3 - Spesa farmaceutica convenzionata 45
2.3.4 - Medicina di base 46
2.3.5 - Spesa per altre prestazioni da privato 48
2.4 - Spesa sanitaria corrente 49
2.4.1 - Spesa per il personale 59
2.4.2 - Spesa per beni e servizi - Prodotti farmaceutici 65
2.4.3 - Spesa per beni e servizi - Altri beni e servizi 70
2.4.4 - Medicina di base 75
2.4.5 - Spesa farmaceutica convenzionata 80
2.4.6 - Spesa per altre prestazioni da privato 85
2.5 - Focus sul periodo 2010-2013 90
2.5.1 - Spesa per il personale 91
2.5.2 - Spesa per beni e servizi - Prodotti farmaceutici 91
2.5.3 - Spesa per Beni e servizi - Altri beni e servizi 92
2.5.4 - Medicina di base 92
2.5.5 - Spesa farmaceutica convenzionata 93

2.5.6 - Spesa per altre prestazioni da privato 93

CAPITOLO 3 - I Piani di rientro 95

3.1 - Premessa 95
3.2 - Caratteristiche dei Piani di rientro 97
3.3 - I principali interventi previsti nei Piani di rientro del 2007 98
3.4 - L'attuazione dei Piani di rientro 98
3.5 - L'attività di affiancamento 99
3.6 - Le verifiche di attuazione del Piano di rientro 100
3.7 - I Piani di rientro della Regione Calabria e delle Regioni Piemonte e Puglia 101
3.8 - La mancata attuazione del Piano di rientro: diffida e commissariamento 102
3.9 - La prosecuzione dei Piani di rientro: i programmi operativi 102
3.10 - La normativa sui nuovi Piani di rientro dall'anno 2010 103
3.11 - La normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei Piani di rientro 104

CAPITOLO 4 - L'attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 107

4.1 - Premessa 107
4.2 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione 107
4.3 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale 110
4.4 - Metodologia di analisi della ricognizione della situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011 111

CAPITOLO 5 - Il Sistema Tessera Sanitaria 117

5.1 - Premessa 117
5.2 - Sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite TS 117
5.2.1 - Rilevazione telematica prestazioni erogate 117
5.2.2 - Strumenti di analisi 119
5.2.3 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito 120
5.2.4 - Ricetta elettronica 122
5.2.5 - Dematerializzazione delle ricette mediche 123
5.2.6 - Anagrafe nazionale degli assistiti 124
5.2.7 - Tessere sanitarie su supporto della Carta Nazionale dei servizi (CNS) 124
5.2.8 - Certificati telematici di malattia 124
5.3 - Il profilo per età della spesa sanitaria 125
5.3.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione 125
5.3.2 - La spesa farmaceutica convenzionata 126
5.3.3 - La spesa per assistenza specialistica 129

Appendice A - Risultati di gestione 2013 delle regioni non sottoposte ai piani di rientro 135

Appendice B - Esiti delle verifiche dell'attuazione dei Piani di rientro per l'anno 2013... 149

Appendice C - Risultanze della ricognizione della situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011 e decreto legge n. 35/2013..... 167

Bibliografia 171

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria pubblica - Tasso di variazione medio annuo del periodo 6

Fig. 1.2: attuazione procedura comma 174 sui risultati di gestione a IV trimestre 13

Fig. 2.1: spesa sanitaria in termini di P.A. (variazione percentuale media annua) 36

Fig. 2.2: spesa sanitaria in termini di P.A. (valori in milioni di euro) 37

Fig. 2.3: spesa sanitaria in termini di P.A. (variazione percentuale annua) 38

Fig. 2.4: personale (variazione percentuale media annua) 40

Fig. 2.5: personale (variazione percentuale annua) 40

Fig. 2.6: beni e servizi (variazione percentuale media annua) 42

Fig. 2.7: beni e servizi (variazione percentuale annua) 42

Fig. 2.8: altri beni e servizi (variazione percentuale media annua) 42

Fig. 2.9: altri beni e servizi (variazione percentuale annua) 43

Fig. 2.10: beni e servizi (variazione percentuale media annua) 44

Fig. 2.11: beni e servizi (variazione percentuale annua) 44

Fig. 2.12: assistenza farmaceutica convenzionata (variazione percentuale media annua) 45

Fig. 2.13: assistenza farmaceutica convenzionata (variazione percentuale annua) 46

Fig. 2.14: medicina di base (variazione percentuale media annua) 47

Fig. 2.15: medicina di base (variazione percentuale annua) 47

Fig. 2.16: altre prestazioni da privato (variazione percentuale media annua) 48

Fig. 2.17: altre prestazioni da privato (variazione percentuale annua) 49

Fig. 2.18: spesa sanitaria corrente (variazione percentuale annua) 52

Fig. 2.19: spesa sanitaria corrente (variazione media annua) 54

Fig. 2.20: disavanzi regionali (valori in migliaia di euro) 56

Fig. 2.21: spesa per il personale (variazione percentuale annua) 64

Fig. 2.22: spesa per il personale (variazione media annua) 65

Fig. 2.23: prodotti farmaceutici ospedalieri (variazione percentuale annua) 68

Fig. 2.24: prodotti farmaceutici ospedalieri (variazione media annua) 70

Fig. 2.25: altri beni e servizi (variazione percentuale annua) 74

Fig. 2.26: altri beni e servizi (variazione media annua) 75

Fig. 2.27: medicina di base (variazione percentuale annua) 79

Fig. 2.28: medicina di base (variazione media annua) 79

Fig. 2.29: farmaceutica convenzionata (variazione percentuale annua) 84

Fig. 2.30: farmaceutica convenzionata (variazione media annua) 85

Fig. 2.31: altre prestazioni da privato (variazione percentuale annua) 89

Fig. 2.32: altre prestazioni da privato (variazione media annua) 90

Fig. 5.1: sistema TS – Descrizione del processo 118

Fig. 5.2: sistema TS – Procedimento per il controllo delle esenzioni per reddito 122

Fig. 5.3: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2012 127

Fig. 5.4: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2012 127

Fig. 5.5: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2012 127

Fig. 5.6:spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2012 128

Fig. 5.7: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2012 130

Fig. 5.8: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2012 130

Fig. 5.9: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2012 130

Fig. 5.10: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2012 131

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 2.1: finanziamento ordinario e spesa sanitaria in termini di P.A. (valori in milioni di euro) 35

Tab. 2.2: spesa sanitaria in termini di P.A. – Anni 2000-2013 (valori in milioni di euro) 37

Tab. 2.3: spesa sanitaria corrente – Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro) 51

Tab. 2.4: spesa sanitaria corrente (variazione percentuale) 53

Tab. 2.5: disavanzi regionali (valori in migliaia di euro) 55

Tab. 2.6: finanziamento effettivo regionale della spesa sanitaria (valori in migliaia di euro) 58

Tab. 2.7: disavanzi sanitari in percentuale del finanziamento effettivo regionale 58

Tab. 2.8: spesa per il personale - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro) 61

Tab. 2.9: spesa per il personale (variazione percentuale) 62

Tab. 2.10: spesa per il personale in percentuale della spesa regionale 63

Tab. 2.11: spesa per prodotti farmaceutici - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro) 66

Tab. 2.12: spesa per prodotti farmaceutici (variazione percentuale) 67

Tab. 2.13: spesa per prodotti farmaceutici in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione 68

Tab. 2.14: spesa per altri beni e servizi - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro). 71

Tab. 2.15: spesa per altri beni e servizi (variazione percentuale) 72

Tab. 2.16: spesa per altri beni e servizi in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione 73

Tab. 2.17: spesa per medicina di base - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro) 76

Tab. 2.18: spesa per medicina di base (variazione percentuale) 77

Tab. 2.19: spesa per medicina di base in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione 78

Tab. 2.20: spesa farmaceutica convenzionata - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro) 81

Tab. 2.21: spesa farmaceutica convenzionata (variazione percentuale) 82

Tab. 2.22: spesa farmaceutica convenzionata in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione 83

Tab. 2.23: spesa per altre prestazioni da privato - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro) 86

Tab. 2.24: spesa per altre prestazioni da privato (variazione percentuale) 87

Tab. 2.25: spesa per altre prestazioni da privato in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione 88

Tab. 3.1: attività di affiancamento - Anno 2012 100

Tab. 3.2: verbali di verifica - Anno 2012 101

Tab. 5.1: caratteristiche del Sistema TS 119

Tab. 5.2: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS 121

Introduzione

La Costituzione italiana riconosce e tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività (art.32). In relazione a tale principio è stato istituito con la legge n. 833/1978 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) pubblico, basato sui principi di universalità, uniformità e solidarietà. Esso garantisce l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, sulla base dei bisogni di ciascuno, senza la selezione del rischio. Con la suddetta riforma è stato superato il precedente sistema mutualistico il quale era basato sulla contribuzione dei singoli lavoratori ed assicurava l'assistenza sanitaria ad una parte della popolazione.

Secondo l'articolazione delle competenze dettata dalla Costituzione italiana (art. 117), la funzione sanitaria pubblica è esercitata da due livelli di governo: lo Stato, che definisce i principi fondamentali, denominati Livelli Essenziali di assistenza (LEA), e l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento; le regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi Sanitari Regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle relative prestazioni, nel rispetto dei LEA.

La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione nel rispetto delle specifiche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica responsabile, efficiente ed efficace su tutto il territorio nazionale, che sia capace di coniugare le istanze dei cittadini in termini di bisogni sanitari ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati in funzione degli obiettivi comunitari discendenti dal Patto di stabilità e crescita.

Come certificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la performance del nostro SSN si colloca ai primi posti nel contesto europeo e mondiale, per la qualità delle prestazioni, nonché l'equità e l'universalità di accesso alle cure. Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psico-fisico della popolazione costituiscono un risultato importante sotto il profilo del soddisfacimento dei bisogni sanitari. Inoltre, presenta risvolti positivi anche in termini di contenimento della spesa sociale.

Tuttavia, il mantenimento degli *standard* qualitativi raggiunti rende indispensabile affrontare il tema della sostenibilità dei costi del sistema sanitario pubblico in presenza di livelli di finanziamento condizionati dai vincoli macroeconomici e dalle politiche di bilancio necessari per il rispetto degli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria. Ciò richiede che si prosegua nell'azione di consolidamento e di rafforzamento delle attività di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del SSN, in coerenza con l'azione svolta negli ultimi anni.

Nell'ultimo decennio, in particolare, il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di *governance*, che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito.

Tra gli strumenti essenziali del sistema di *governance*, nella regolamentazione dei rapporti tra Stato e Regioni in campo sanitario, si evidenziano in particolare: l'obbligo regionale di garantire l'equilibrio nel settore sanitario con riferimento a ciascun anno, che prevede l'obbligo dell'integrale copertura dei disavanzi sanitari da parte delle regioni che li hanno determinati; l'obbligo della redazione di un Piano di rientro per le regioni con disavanzi sanitari superiori alla soglia fissata per legge fino al Commissariamento della funzione sanitaria, qualora il Piano di rientro non sia adeguatamente redatto o non sia attuato nei tempi e nei modi previsti. Tali strumenti di *governance,* convenuti in sede pattizia tra Stato e Regioni rappresentano una risposta condivisa alle criticità rilevate in ambito sanitario e si sono rilevati strumenti efficaci nella loro attuazione pratica.

L'attività di analisi e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria a livello regionale ha dimostrato che una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi di gestione, comporta molto spesso un peggioramento della qualità dei servizi assicurati ai cittadini. Ne è una conferma il fatto che, in tutte le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari, si è registrato, contestualmente alla riduzione del disavanzo, anche un miglioramento nell'erogazione dei LEA, seppure in misura non uniforme e con diversa velocità. Queste evidenze rafforzano l'esigenza di un monitoraggio costante dell'andamento della spesa sanitaria, nonché l'esigenza di individuare le pratiche migliori che emergono nei diversi modelli organizzativi presenti a livello regionale, favorendone la diffusione.

Il rafforzamento dell'azione di governo del sistema sanitario, con l'adozione di interventi incisivi ed efficaci in tutte quelle situazioni che evidenziano inefficienza o inappropriatezza nella produzione ed erogazione delle prestazioni, costituisce uno strumento efficace anche nel fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche. L'esperienza in tale ambito, ha mostrato che esistono margini di efficientamento e razionalizzazione del sistema che possono essere utilmente attivati per far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi erogati.

Nell'ambito del processo di potenziamento del sistema di *governance*, la realizzazione del Sistema Tessera Sanitaria (TS) ha rappresentato una tappa importante. Tale progetto prevede, infatti, la realizzazione di un sistema informativo delle prescrizioni mediche in grado di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica della appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione, su tutto il territorio nazionale, dei dati relativi alle ricette mediche.

Le misure e gli interventi che, negli ultimi anni, hanno rafforzato il sistema di *governance* nella sanità, con particolare riferimento all'implementazione degli strumenti di controllo e di razionalizzazione dei principali fattori di spesa, sono illustrati nel successivo Capitolo 1. Nel Capitolo 2, viene fornita una rendicontazione quantitativa degli effetti finanziari e di struttura conseguenti al sistema di *governance*, con particolare riferimento all'articolazione regionale. Il Capitolo 3 offre un approfondimento dell'assetto normativo e gestionale dei Piani di rientro mentre il Capitolo 4 descrive l'attuazione del nuovo sistema di regole contabili introdotte, per l'intero SSN, con il decreto legislativo n. 118/2011. Infine, il Capitolo 5 illustra le fasi di implementazione del Sistema Tessera Sanitaria, lo stato di avanzamento raggiunto e fornisce alcune indicazioni quantitative sulla spesa farmaceutica e specialistica desunte dall'archivio dei dati rilevati.

CAPITOLO 1 - Il monitoraggio della spesa sanitaria e i relativi strumenti

1.1 - Premessa

Il vigente ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede due livelli di governo: lo Stato, che definisce i principi fondamentali, denominati i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e garantisce, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni; le regioni, che organizzano i propri Servizi Sanitari Regionali (SSR) e garantiscono l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

Nell'ambito dell' assetto istituzionale vigente articolato su due livelli di governo come sopra descritto, l'aspetto preminente, che merita particolare attenzione è la capacità del sistema nel suo complesso di favorire e incentivare le regioni - a cui compete la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio - ad assumere comportamenti "virtuosi", volti a perseguire recuperi di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei LEA. Tale processo consente, per un verso, un miglioramento strutturale degli equilibri di bilancio, particolarmente importante per le regioni in disavanzo e, per l'altro, di massimizzare il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini compatibilmente con le risorse preordinate per la funzione sanitaria.

La cornice normativa delineata negli ultimi anni ha consentito l'implementazione di un sistema di *governance* del settore sanitario pubblico in grado di perseguire in maniera progressiva ed efficace gli obiettivi sopra indicati. Nell'ambito di tale strumentazione normativa assumono un'importanza preminente: le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, il sistema di monitoraggio delle performance regionali e dei conti nazionali, i Piani di rientro, il Sistema Tessera Sanitaria (TS), le disposizioni concernenti la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. Tali aspetti verranno approfonditi nei successivi paragrafi. Infine, verranno sviluppate alcune considerazioni in merito agli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico.

1.2 - Le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria

A partire dall'anno 2000, la sede di definizione del sistema di *governance* nel settore sanitario è stata individuata nelle Intese Stato-Regioni (articolo 8, comma 6, della legge n. 131/2003 in attuazione dell'art. 120 della Cost.). In tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni convengono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, al fine di garantire alle regioni le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Con tali Intese si definiscono anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica dello stesso.

Tali Intese sono recepite con apposita disposizione normativa. L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 è stato recepito dal decreto legge n. 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (legge n. 448/2001); l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

è stata sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (legge n. 311/2004); il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009 è stato recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296/2006) mentre il Patto per la salute per il triennio 2010-2012 è stato recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (legge n. 191/2009).

Per il triennio 2013-2015, stante la necessità di assicurare con urgenza una manovra di finanza pubblica, il Governo ha introdotto talune disposizioni nel settore, con effetto dal 2013, prima della sottoscrizione del nuovo Patto (decreto legge n. 98/2011, articolo 17), prevedendo, comunque, la possibilità di rimodulare dette misure, a seguito di Accordo Stato-Regioni che avrebbe dovuto essere stipulato entro il 30 aprile 2012. Tale Accordo, tuttavia, non è stato raggiunto e, pertanto, le predette disposizioni sono state applicate con le modalità individuate dalla citata norma.

Il confronto tra Stato e Regioni è ripreso nel febbraio 2014, con le prime riunioni finalizzate alla sottoscrizione del Patto per la salute per il triennio 2014-2016. Il confronto è tuttora in corso.

L'Accordo dell'8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto "*sistema premiale*" in sanità che consiste nel subordinare l'erogazione alle regioni di una parte del finanziamento del SSN, detta "*quota premiale*", al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del settore sanitario attraverso la garanzia dell'equilibrio di bilancio annuale dei singoli Servizi Sanitari Regionali, anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo eventualmente presente a livello regionale. Con tale Accordo viene dato impulso al nuovo sistema di monitoraggio dei conti sanitari basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR. Inoltre, a seguito di quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001, con DPCM 29 novembre 2001, sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza al fine di rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da rendersi da parte di ciascun SSR e le regole di compartecipazione in ordine alle prestazioni socio-sanitarie nonché evidenziare le prestazioni totalmente escluse dai LEA ovvero quelle incluse per particolari soggetti e in particolari condizioni.

La successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, confermando i precedenti, ha integrato gli adempimenti oggetto di verifica annuale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN. Ha inoltre disposto la costituzione dei due Tavoli di monitoraggio attualmente operanti in campo sanitario nell'ambito del sistema premiale. Sono il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

L'attuazione, nel periodo 2001-2005, del sistema premiale in sanità ha evidenziato la presenza di due gruppi di regioni:

- il primo gruppo, detto delle "regioni virtuose" ha manifestato equilibrio o disavanzi sanitari contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale ed ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;
- il secondo gruppo, detto delle "regioni con elevati disavanzi" ha manifestato

disavanzi rilevanti e difficilmente affrontabili con ordinarie misure di copertura annuali a carico dei bilanci regionali. Unitamente a tale insostenibile squilibrio di bilancio, queste regioni hanno evidenziato gravi carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri della programmazione nazionale con alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriatezza ospedaliera particolarmente accentuati. Parallelamente tali regioni hanno evidenziato un livello di spesa farmaceutica molto alto, anch'esso ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, hanno contemporaneamente sottratto risorse all'erogazione dei restanti livelli di assistenza e determinato forti squilibri finanziari. Tali regioni sono state caratterizzate da una sistematica bocciatura nell'ambito del sistema premiale che ha precluso loro l'accesso alle quote premiali annuali.

Nonostante l'operatività del sistema premiale tutte le regioni presentavano una costante aspettativa del ripiano disavanzi da parte dello Stato. Infatti soprattutto con riferimento agli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non accantonati nei bilanci sanitari sui rispettivi anni di competenza, vi era l'aspettativa di ricevere delle somme aggiuntive a titolo di ripiano statale in relazione alla manifestazione di tali oneri che si riversava sul bilancio dell'anno di sottoscrizione dei contratti determinando, oltre agli oneri correnti, dei pesanti oneri pregressi.

Con i Patti per la Salute 2007-2009 (Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) è stata progressivamente implementata una strumentazione normativa che ha determinato un fondamentale salto di paradigma, incentrato sul passaggio dal sistema fondato sulla cosiddetta "aspettativa regionale del ripiano dei disavanzi" da parte dello Stato, al sistema basato sul "principio della forte responsabilizzazione" sia delle regioni "virtuose", sia delle regioni con elevati disavanzi. Per queste ultime, in particolare, sono stati previsti specifici percorsi di risanamento condivisi (i cosiddetti "Piani di rientro"), che la vigente normativa ha confermato anche per il triennio 2013-2015.

I Piani di rientro costituiscono uno strumento fondamentale del sistema di *governance* del SSN diretto alla risoluzione delle problematiche inerenti l'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze nell'erogazione appropriata dei LEA. In considerazione della complessità della tematica trattata si rinvia al successivo Capitolo 3 ad essa interamente dedicato.

Con riferimento alla complessa architettura di *governance* definita dalle Intese Stato-Regioni in materia sanitaria sopra citate, in via sintetica si evidenziano:

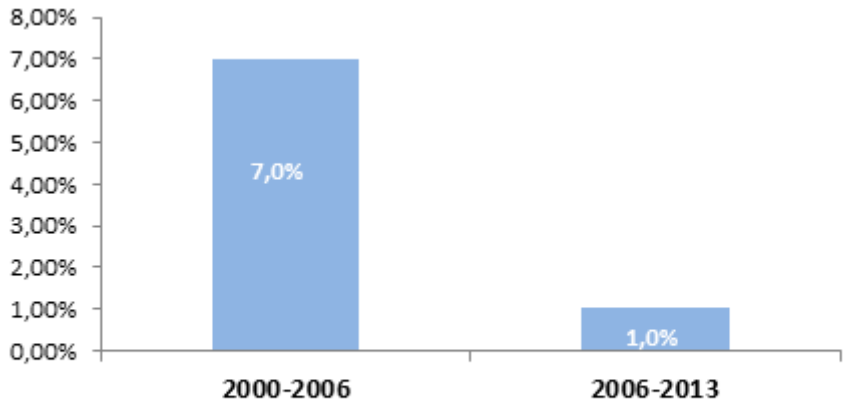
- dal 2005, l'obbligo, nell'ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire dei bilanci aziendali e del SSR interessato, che ricomprendano tutti gli oneri di competenza del singolo anno ancorché non siano stati perfezionati gli atti per la relativa corresponsione;
- dal 2005 la procedura di verifica annuale contemplata dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 recante il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo. Ciò in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale del rispetto degli equilibri di bilancio;
- l'obbligo per le Regioni con elevati disavanzi strutturali di sottoscrivere un Accordo

con il Governo, contenente un Piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario nella garanzia dell'erogazione dei LEA. I singoli Piani di rientro individuano ed affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi come veri e propri programmi di ristrutturazione industriale che incidono sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni ripristinando una più appropriata ed efficiente erogazione dei LEA;

- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- la definizione di indicatori standard di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

La *governance* implementata in materia sanitaria, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha consentito di conseguire negli ultimi anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa (Fig. 1.1). Infatti, a fronte di una variazione media annua della spesa sanitaria pari al 7% nel periodo 2000-2006, nel successivo periodo 2006-2013 la variazione media annua è risultata pari all'1,0%. Si evidenzia che, in ciascuno degli anni 2011-2013, si è registrato un decremento del livello assoluto di spesa rispetto all'anno precedente.

Fig. 1.1: spesa sanitaria pubblica - Tasso di variazione medio annuo del periodo



Si rappresenta inoltre che, a partire dall'anno 2013, nella definizione dei fabbisogni sanitari è stata applicata la metodologia dei *costi standard*, in attuazione del decreto legislativo n. 68/2011 in materia di federalismo fiscale. Si tratta di una impostazione metodologica che, nel confermare l'attuale programmazione finanziaria e il relativo contenimento della dinamica di spesa, migliora l'assetto istituzionale sia in fase di riparto delle risorse sia in relazione all'analisi delle situazioni di inefficienza o inadeguatezza (anche attraverso il raffronto tra le varie regioni), fornendo un ulteriore elemento di valutazione della programmazione in atto.

Sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, il decreto legislativo n. 118/2011, concernente l'armonizzazione dei bilanci, costituisce dall'anno contabile 2012 un ulteriore progresso per i procedimenti contabili nel settore sanitario. Con tale decreto legislativo sono state introdotte le disposizioni dirette a garantire un'agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, attraverso l'istituzione della Gestione

Sanitaria Accentrata (GSA); la perimetrazione, nell'ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sanità; la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario, attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità. Unitamente a ciò, il predetto decreto legislativo ha provveduto a disciplinare ulteriori aspetti, relativi alla definizione di regole contabili specifiche del settore sanitario con riferimento a particolari fattispecie, quali ad esempio il trattamento contabile degli investimenti ivi ricomprendendo quello degli investimenti sostenuti a carico del finanziamento corrente.

In estrema sintesi, la costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, l'omogeneizzazione dei documenti contabili, la previsione di sanzioni in caso di *deficit*, hanno delineato un sistema fondato sul corretto principio della piena responsabilizzazione delle regioni. La complessiva architettura sopra rappresentata è stata rafforzata a partire dall'anno 2001 attraverso il potenziamento del sistema di monitoraggio trimestrale dei fattori di spesa, svolto a livello centrale sulla base di una rendicontazione contabile articolata a livello di singola Azienda sanitaria. Il potenziamento degli strumenti di analisi e di controllo della spesa sanitaria si è conseguentemente tradotto anche nel potenziamento di strumenti di previsione sempre più efficaci e congrui ai fini della programmazione finanziaria, tant'è che, con riferimento ai documenti di finanza pubblica, quanto meno dell'ultimo quinquennio, i livelli di spesa effettivamente registrati a consuntivo sono risultati costantemente contenuti nell'ambito di quanto programmato. Ciò ha consentito che il settore sanitario contribuisse positivamente al contenimento della dinamica della spesa pubblica e, più in generale, al progressivo processo di stabilizzazione della finanza pubblica.

1.3 - Il monitoraggio dei conti del Sistema Sanitario Nazionale

1.3.1 - I modelli di rilevazione dei dati e il sistema di monitoraggio

L'attività di monitoraggio dei conti della sanità, come sopra rappresentato, ha ricevuto notevole impulso a partire dall'anno 2001 con l'Accordo dell'8 agosto 2001 e in considerazione dei nuovi assetti istituzionali delineati in tale anno dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Sulla base di quanto disposto dall'articolo 117 della Costituzione, infatti, la sanità è materia concorrente tra Stato e Regioni, secondo le rispettive competenze precedentemente rappresentate.

Allo Stato compete inoltre il monitoraggio della effettiva erogazione dei LEA, in condizioni di efficienza ed appropriatezza su tutto il territorio nazionale.

Il monitoraggio dei conti del SSN costituisce la base per la verifica del rispetto della garanzia dell'equilibrio annuale di bilancio da parte delle regioni; verifica fondamentale per assicurare il rispetto degli obblighi sottoscritti in sede europea dal nostro Paese. Tale verifica, come precedentemente riportato, costituisce elemento fondamentale nell'ambito del "sistema premiale" in sanità.

Dall'anno 2001 tale attività si è progressivamente ampliata e potenziata, grazie al miglioramento degli strumenti di analisi e di verifica, al potenziamento delle basi dati e ad una più efficiente e trasparente rendicontazione contabile.

Modelli di rilevazione

CE: Conto economico (modello di rilevazione a preventivo, trimestrale e consuntivo)
SP: Stato Patrimoniale (modello di rilevazione a consuntivo)
LA : Costi dei Livelli di assistenza (rilevazione a consuntivo)
CP: Costi presidi a gestione diretta (rilevazione a consuntivo)

* dal 2003 sono rilevati attraverso i modelli CE e SP anche gli IRCCS pubblici
** dal 2005 sono rilevati attraverso i modelli CE e SP anche gli ex-policlinici pubblici
*** dal 2004 il modello LA è stato oggetto di modifica
**** dal 2008 i modelli CE e SP sono stati oggetto di modifiche
***** dal 2012 i modelli CE e SP sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del decreto legislativo 118/2011.

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è la rilevazione dei dati di conto economico effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione CE che, a partire dal 2001, ciascuna azienda sanitaria e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra regionali) trasmette al Sistema Informativo Sanitario (SIS). Le predette informazioni contabili sono trasmesse da ogni azienda sanitaria e dalla regione a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ciascun anno. Il dato regionale è detto "Riepilogativo regionale" ed è contraddistinto dal codice '999'.

In via ulteriore l'attività di monitoraggio, soprattutto a partire dall'entrata in vigore del decreto legislativo n. 118/2011 si è arricchita del monitoraggio dei conti patrimoniali che sono rilevati attraverso la rilevazione dello stato patrimoniale a consuntivo mediante il modello SP inviato da ogni azienda sanitaria e da ogni regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infraregionali) al Sistema Informativo Sanitario.

Sono altresì previste rilevazioni a consuntivo relative ai costi dei livelli di assistenza mediante l'invio del modello di rilevazione LA. Tale rilevazione si sostanzia nella declinazione dei costi dei livelli di assistenza presenti nel conto economico CE opportunamente riclassificati per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale dei costi del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 ed utilizzati per i costi standard.

Una ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai costi dei presidi a gestione diretta della ASL, mediante il modello CP. Tale rilevazione permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi a gestione diretta delle ASL, i cui costi confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza.

I modelli di rilevazione, introdotti nel 2001, corredati delle relative linee guida alla compilazione, sono stati oggetto di successivi aggiornamenti, con un ampliamento dell'universo di riferimento e del livello di dettaglio delle voci contabili oggetto di rilevazione[1], in particolare con riferimento ai modelli CE e SP.

Sulla base dei dati di conto economico (CE) conferiti al SIS viene operato il monitoraggio dei conti sanitari regionali con cadenza trimestrale e a consuntivo, sia per le regioni a statuto ordinario sia per quelle regioni a statuto speciale che ricevono somme statali a titolo di Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Tale attività viene svolta dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per le regioni non sottoposte a Piano di rientro mentre per quelle sottoposte al Piano di rientro, il monitoraggio è svolto congiuntamente dal citato Tavolo in seduta congiunta con il Comitato LEA.

A partire dall'anno 2012 l'attività di monitoraggio è stata integrata con il monitoraggio dell'esatta applicazione di quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 anche con riferimento ai principi specifici del settore sanitario contenuti nell'articolo 29 del citato decreto legislativo.

Durante le riunioni di monitoraggio viene effettuata la seguente istruttoria a partire dalle contabilizzazioni effettuate sul modello CE "Riepilogativo regionale":

1. Sul versante dei ricavi di competenza:

   i. le contabilizzazioni relative ai ricavi da finanziamento indistinto e vincolato vengono confrontate con le informazioni derivanti dai provvedimenti nazionali di riparto. In merito, vengono richieste integrazioni, rettifiche o riclassificazioni in caso di dati difformi da quelli discendenti dai provvedimenti di riparto delle risorse per il finanziamento del SSN. In particolare, in occasione dell'esame dei conti relativi al IV trimestre e al consuntivo, viene richiesta alla regione la trasmissione di una tabella di raccordo tra le iscrizioni operate sul modello CE e il riparto nazionale nonché la trasmissione dei provvedimenti relativi alle conseguenti iscrizioni sul bilancio regionale a favore del SSR delle risorse preordinate in sede di riparto nazionale;

   ii. le contabilizzazioni relative alle ulteriori risorse conferite dal bilancio regionale a titolo di finanziamento aggiuntivo per l'erogazione dei LEA nonché quelle relative al finanziamento aggiuntivo regionale per l'erogazione di prestazioni extra-LEA. In occasione sia della verifica del IV trimestre che del consuntivo, vengono richieste alle regioni informazioni sulle contabilizzazioni operate mediante la produzione degli schemi di sintesi della relativa composizione, dei provvedimenti regionali che prevedono il finanziamento aggiuntivo e l'attestazione della relativa disponibilità sul bilancio regionale mediante la produzione del relativo capitolo di spesa di bilancio per verificare la disponibilità di competenza delle risorse;

[1] Nel 2001, gli enti regionali sottoposti a monitoraggio erano le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere a cui si sono aggiunti, a partire dal 2003, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e, a partire dal 2005, i policlinici a gestione diretta di università statali. Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici, figuravano nei conti di ciascuna regione mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

iii. le contabilizzazioni relative alla mobilità attiva e passiva extraregionale, dal 2012 con riferimento a quanto puntualmente prescritto dal decreto legislativo n. 118/2011 (articolo 20 e articolo 29, lettera h);

iv. in merito alle entrate da *pay back* farmaceutico viene richiesta la produzione della documentazione attestante la relativa iscrizione in entrata sul bilancio regionale e l'eventuale provvedimento di trasferimento delle risorse alle aziende;

v. con riferimento alle contabilizzazioni inerenti la procedura di sterilizzazione viene monitorato dall'anno 2012 il rispetto di quanto disposto in merito dal decreto legislativo n. 118/2011 ed effettuata la verifica delle iscrizioni contabili relative agli investimenti spesati da contributi in conto esercizio (FSN) sempre nei termini previsti dal decreto legislativo n. 118/2011;

2. sul versante dei costi di competenza (personale, beni e servizi, farmaceutica, medici convenzionati con il SSN, acquisto di prestazioni da privato accreditato):

i. per le regioni non sottoposte a Piano di rientro, viene analizzata la performance del servizio sanitario regionale attraverso l'esame di una tabella che riporta, per aggregati di costo, i valori desunti dai conti economici riepilogativi regionali e la relativa variazione percentuale rispetto al periodo corrispondente dell'anno precedente. Viene, inoltre, effettuato il confronto tra gli andamenti della spesa di ogni regione e la dinamica riscontrata a livello nazionale;

ii. per le regioni sottoposte a Piano di rientro, viene esaminato l'andamento dei conti trimestrali anche a partire dall'analisi prodotta dall'*advisor* contabile[2] contenente, oltre al raffronto con il corrispondente periodo dell'anno precedente, anche informazioni relative al confronto fra gli importi contabilizzati per le singole voci e il valore programmato nel Piano di rientro. In aggiunta a ciò, l'analisi elaborata dall'*advisor* contabile presenta alcuni approfondimenti sulle principali voci di costo;

iii. sugli accantonamenti d'esercizio vengono effettuate le seguenti verifiche:

- viene valutato, ai fini di quanto disposto dal sistema premiale, l'ammontare degli accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni, che devono essere sempre effettuati (qualora non siano ancora perfezionati i relativi atti) e parametrati ai valori contenuti negli accordi nazionali (CCNL e ACN) o nei relativi Atti di indirizzo assentiti dal Governo[3];

[2] Nelle regioni in piano di rientro è previsto che vi sia un *advisor* contabile a supporto della regione. L'attività dell'*advisor* contabile si sostanzia principalmente in un supporto contabile qualificato nell'attuazione del piano di rientro e nella presenza di un soggetto terzo che riferisce in maniera indipendente durante l'attuazione del piano di rientro in merito all'andamento dei conti.

[3] Tale verifica, come precedentemente rappresentato, prevista per legge dal 2005 nell'ambito del sistema premiale, è finalizzata a verificare che i costi di competenza siano comprensivi dei costi per rinnovi contrattuali. Storicamente, a prescindere dal blocco introdotto negli ultimi anni, i costi dei rinnovi contrattuali hanno rappresentato una grave criticità derivante dalla mancata inclusione nella programmazione regionale dei relativi costi e, quindi, nella conseguente necessità di iscrizione di ingenti sopravvenienze passive relative al personale e alle convenzioni al momento del perfezionamento dei relativi contratti e convenzioni.

- viene valutato l'ammontare degli accantonamenti per rischi sulla base delle informazioni fornite dalla regione. Per le regioni sotto Piano di rientro la valutazione è integrata con le informazioni contenute nella relazione sui conti redatta dall'*advisor* contabile.

  Si ricorda inoltre che il decreto legislativo n. 118/2011 dall'anno 2012 ha disposto che lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo (art. 29, lettera g);
- viene valutata altresì la composizione degli altri accantonamenti generici al fine di verificare l'inclusione di accantonamenti per partite di finanziamento vincolato che in diverse realtà vengono declinate in attività operative solo con molto ritardo rispetto alla programmazione annuale. L'esatta contabilizzazione di tali accantonamenti permette di ricostruire un costo di competenza correlato al livello di finanziamento di competenza stabilito a livello nazionale. Anche in questo caso dall'anno 2012 opera il decreto legislativo n. 118/2011 (articolo 29, lettera e);

3. sui ricavi e costi straordinari vengono richieste alle regioni specifiche relazioni in occasione della verifica del IV trimestre e del consuntivo in modo da avere elementi di dettaglio sulla relativa composizione, a partire dai dati contabilizzati dalle aziende, e sulle iscrizioni contabilizzate nelle poste straordinarie etichettate genericamente con la dizione "altro". Tale analisi è volta anche a valutare, in termini di *trend*, la dimensione del fenomeno relativo alle suddette contabilizzazioni, nel presupposto che le poste straordinarie debbano essere in una corretta gestione contabile importi di entità ridotta o eventi eccezionali. Per le sole regioni sotto Piano di rientro, la relazione prodotta dall'*advisor* contabile contiene ulteriori elementi di analisi su tali poste nonché approfondimenti circa la loro iscrivibilità.

A partire dai dati di conto economico di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale sopra descritta, vengono elaborate delle proiezioni del risultato di esercizio di fine anno. Nel caso si profili un disavanzo, la regione è invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la spesa entro i livelli programmati ovvero, limitatamente alle regioni non in piano di rientro, ad adottare le misure di copertura tali da assicurare al SSR il conferimento di risorse aggiuntive per coprire il disavanzo.

1.3.2 - La procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004)

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è stata dettata da quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005).

Annualmente viene valutato il risultato di esercizio di ciascun Servizio Sanitario Regionale a partire dal modello CE "Riepilogativo regionale" relativo al IV trimestre e, in caso di accertamento di un disavanzo, si procede all'analisi della idoneità e congruità delle misure di copertura predisposte dalla regione al fine di ottemperare all'obbligo, definito dalla legislazione vigente, di dare integrale copertura ai disavanzi regionali.

La procedura prevede annualmente che il risultato di gestione sia oggetto di esame a partire dalle informazioni contabili relative al modello di Conto economico CE riepilogativo regionale relativo al IV trimestre. Sono le medesime informazioni contabili che sono utilizzate per la costruzione del Conto consolidato della sanità italiana che fa parte del più complesso Conto consolidato delle Amministrazioni Pubbliche redatto secondo i criteri europei SEC 95 per valutare l'indebitamento annuale del nostro Paese ai fini del monitoraggio dei parametri di Maastricht. Tale esame avviene nei mesi di febbraio-marzo dell'anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili, in concomitanza con la notifica da parte dell'Istat ad Eurostat ai fini del rispetto dei parametri di Maastricht.

Quindi, nei mesi di febbraio-marzo, il Tavolo di verifica degli adempimenti, procede a convocare ciascuna regione, congiuntamente con il Comitato LEA per le regioni in piano di rientro, e a valutare il risultato di gestione. A partire dalle informazioni contabili il risultato di gestione può presentare alternativamente un avanzo, un equilibrio oppure un disavanzo.

Nei primi due casi la verifica viene chiusa positivamente, nel terzo caso è necessario valutare le misure di copertura adottate.

Le misure di copertura possono essere state preordinate dalla regione, per esempio mediante il conferimento di un fondo specifico nell'ambito del bilancio regionale, oppure derivare da aliquote fiscali rientranti nell'autonomia regionale che sono state variate appositamente in previsione di un disavanzo di gestione della sanità. Una volta valutata la sussistenza della misura di copertura preordinata dalla regione è necessario valutare se essa è sufficiente a coprire il disavanzo registrato. Nel caso di capienza la verifica è chiusa positivamente, mentre nel caso di insufficienza delle risorse viene chiesta l'attivazione della procedura prevista dal comma 174. Tale procedura viene altresì richiesta nel caso in cui la regione non abbia adottato entro la data della riunione alcuna misura di copertura.

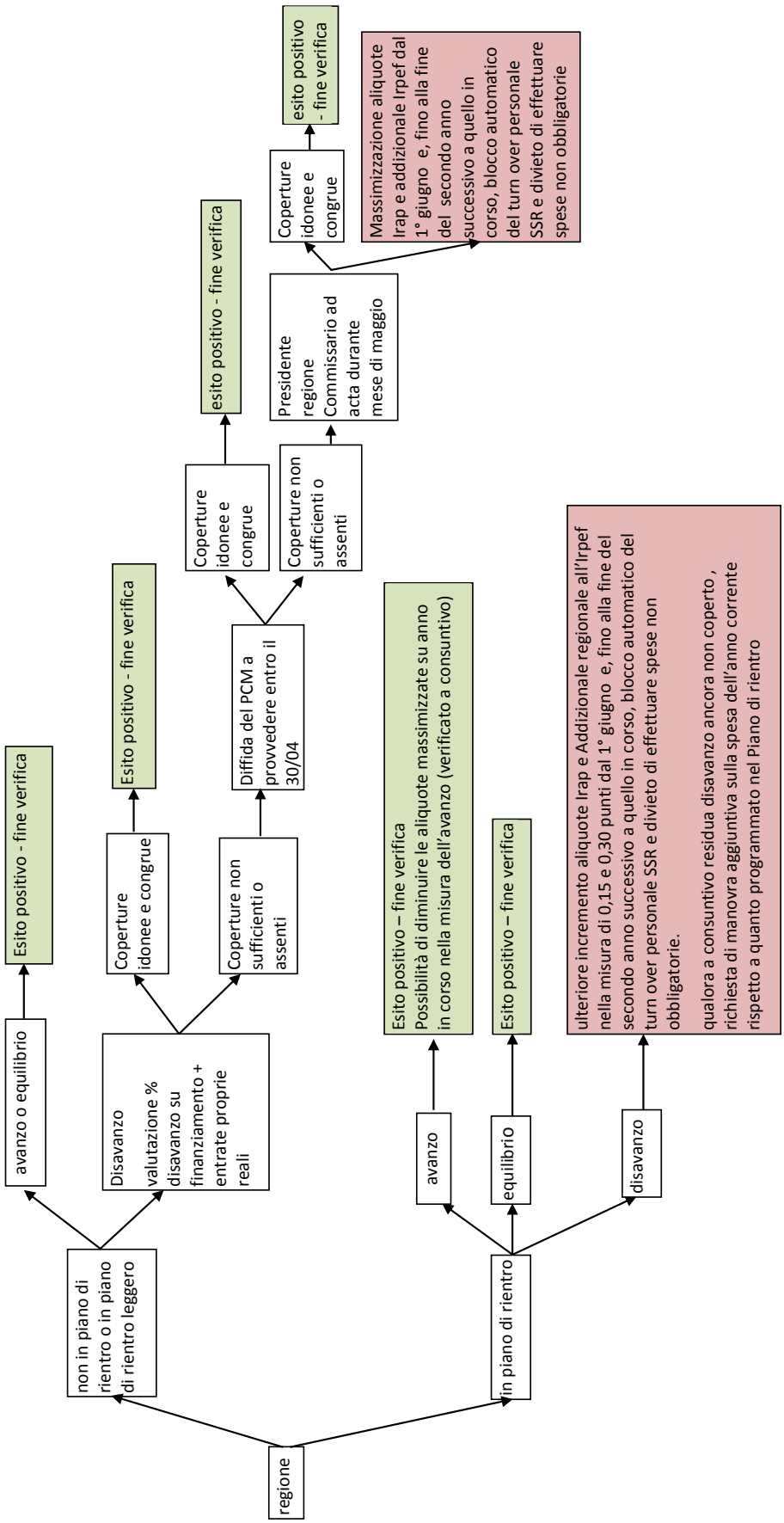
In caso di sussistenza di disavanzo la legge prevede che la regione sia diffidata dal Presidente del Consiglio dei Ministri ad adottare entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, la relativa copertura nei termini e nella dimensione valutata necessaria a garantire l'equilibrio.

Qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione, in qualità di Commissario *ad acta*, adotta le misure di copertura nel successivo mese di maggio.

La legge prevede in ogni caso, qualora anche il Commissario *ad acta* non adempia oppure qualora le misure da lui adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio, che nel territorio della regione le aliquote fiscali di Irap e Addizionale regionale all'Irpef siano innalzate sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevede anche, a partire dalla verifica per l'anno 2010, che nel territorio della regione entri in vigore il blocco automatico del turn over del personale del SSR e che entri in vigore il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso.

La procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi dell'art. 1, comma 174 della legge n. 311/2004, è riassunto nello schema riportato nella pagina seguente.

Fig. 1.2: attuazione procedura comma 174 sui risultati di gestione a IV trimestre



Il sistema sanzionatorio previsto dal comma 174 dell'articolo 1, della legge n. 311/2004 (finanziaria per l'anno 2005) ha come scopo quello di garantire l'equilibrio del settore sanitario. Nella normalità ciascuna regione avrebbe dovuto programmare le proprie attività per l'erogazione dei LEA in equilibrio e in condizioni erogative di efficienza ed appropriatezza. Tuttavia in ragione della presenza di inefficienza ed inappropriatezze ovvero nella consapevolezza di voler erogare anche livelli aggiuntivi a quelli previsti dalla legislazione vigente, in ossequio anche a quanto previsto dall'articolo 119 della Costituzione, la regione deve approntare ogni mezzo per assicurare l'equilibrio della gestione sia a preventivo che in corso d'anno. Ciò in considerazione del fatto che una eventuale spesa eccedente quella programmata, che è coerente con il livello di finanziamento, determina un indebitamento della sanità che si riflette sul sistema Italia. Quindi la previsione di indebitamento deve essere sempre accompagnata dalla previsione di conferimento di risorse aggiuntive al SSR.

Il livello di sanzioni in presenza di disavanzi viene via via crescendo, fino a limitare la sovranità regionale in merito alla scelta della copertura del disavanzo sanitario con la nomina di un Commissario governativo. In caso di inerzia anche da parte del Commissario la sanzione ultima si riflette sui cittadini e sul sistema delle imprese operanti nella regione con il pagamenti di maggiori imposte a loro carico. Per l'amministrazione regionale opera la sanzione del divieto delle spese non obbligatorie e sul Servizio Sanitario Regionale opera il blocco automatico del turn over.

1.3.3 - Il decreto legislativo n. 118/2011

Il decreto legislativo n. 118/2011 costituisce norma fondamentale per il Servizio Sanitario Nazionale con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili del SSN e di rafforzare il relativo monitoraggio, permettendo di superare le criticità evidenziate dal monitoraggio dei conti del SSN iniziato a partire dall'anno 2001.

A partire dall'anno 2001, infatti, sono state via via evidenziate delle criticità e dei limiti sia del modello di gestione della sanità, sia del sistema di monitoraggio. In particolare le principali criticità emerse sono state:

- la mancanza sul bilancio regionale di una perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa relativi al servizio sanitario con conseguente impossibilità di monitorare le iscrizioni di competenza e di cassa relative alla sanità che transitavano su tale bilancio;
- la mancanza di un soggetto terzo che desse garanzia della correttezza e della completezza delle iscrizioni sul bilancio regionale relative al Servizio sanitario regionale;
- la disomogeneità nelle contabilizzazioni relative alle immobilizzazioni e nella valutazione dei conseguenti ammortamenti da iscrivere a conto economico, anche sui beni di prima dotazione; disomogeneità nelle sterilizzazioni degli ammortamenti dei beni acquistati con finanziamenti esterni;
- l'assenza di un bilancio civilistico della Gestione sanitaria accentrata (GSA) e di un bilancio civilistico per il Consolidato regionale sanità;
- l'esistenza in un unico conto di tesoreria regionale che non permetteva di evidenziare i flussi della sanità separatamente da quelli non sanitari.

Il Titolo II del citato decreto legislativo n. 118/2011 dispone, a partire dal 1° gennaio 2012, quanto segue:

- definisce le disposizioni ivi contenute quali principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione. Tali disposizioni sono finalizzate alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al SSN concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci;
- gli enti destinatari delle disposizioni sono:
  a) le regioni;
  b) le aziende sanitarie locali; le aziende ospedaliere; gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN;
  c) gli istituti zooprofilattici sperimentali;
- nell'ambito del bilancio regionale le regioni devono garantire la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale (SSR), al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso. Pertanto il bilancio regionale deve essere articolato in capitoli tali da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, separata evidenza:
- nelle entrate:
  - al finanziamento sanitario ordinario corrente, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio;
  - al finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, ivi compreso il finanziamento aggiuntivo finalizzato all'erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA;
  - al finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;
  - al finanziamento per investimenti in ambito sanitario.
- nelle spese:
  - alla spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio;
  - alla spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;
  - alla spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
  - alla spesa per investimenti in ambito sanitario.
- sono istituiti conti di tesoreria specifici per il SSN distinti dai conti di tesoreria destinati alle spese extrasanitarie;

- viene istituito in ambito regionale uno specifico centro di responsabilità, denominato Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali. La GSA è dotata di un responsabile che cura la registrazione dei fatti contabili e gestionali. Il Responsabile della GSA elabora ed adotta il bilancio d'esercizio della GSA , compila i modelli CE ed SP e redige il bilancio consolidato regionale derivante dal consolidamento dei conti della GSA con quelli delle aziende del SSR. Viene individuato anche un terzo certificatore del bilancio della GSA;
- viene prevista l'adozione del bilancio economico preventivo annuale per ciascuno degli enti del SSR, ivi compresa la GSA e il consolidato regionale. Tali bilanci, che devono essere adottati e approvati formalmente entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, devono essere corredati dei modelli CE e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato anche da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per le aziende del SSR e dal responsabile della GSA per la regione. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;
- il bilancio d'esercizio, da adottarsi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale/dal responsabile della GSA limitatamente alla spesa regionale e al consolidato regionale. Viene redatto sugli appositi schemi riportati in allegato al decreto legislativo n. 118/2011. Sono allegati al bilancio i modelli CE ed SP sia per l'esercizio di chiusura che per l'esercizio precedente. La relazione sulla gestione deve contenere il modello LA, sempre per l'esercizio di chiusura e per l'esercizio precedente;
- viene richiesto che ciascuna voce del piano dei conti sia univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE. E' fatta salva la possibilità da parte degli enti di dettagliare il proprio piano dei conti inserendo ulteriori sottovoci, rispetto a quelle di cui ai modelli di rilevazione SP e CE, garantendo sempre la riconduzione univoca ad una sola voce del modello SP o CE;
- per la redazione del bilancio si applicano gli articoli da 2423 a 2428 del codice civile, fatto salvo quanto diversamente disposto dalla tabella di seguito riportata.

Principi di valutazione specifici del settore sanitario (art. 29)

a) il costo delle rimanenze di beni fungibili è calcolato con il metodo della media ponderata;
b) l'ammortamento delle immobilizzazioni materiali e immateriali si effettua per quote costanti, secondo le aliquote indicate nella tabella riportata nell'allegato 3. E' fatta salva la possibilità per la regione di autorizzare l'utilizzo di aliquote più elevate; in tal caso, gli enti devono darne evidenza in nota integrativa. I cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. Sono fatti salvi gli ammortamenti effettuati fino all'esercizio precedente a quello di applicazione delle disposizioni di cui al presente titolo;
c) i contributi in conto capitale da regione sono rilevati sulla base del provvedimento di assegnazione. I contributi sono iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso regione;
d) i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»;
e) le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo;
f) le plusvalenze, le minusvalenze, le donazioni che non consistano in immobilizzazioni, né siano vincolate all'acquisto di immobilizzazioni, nonché le sopravvenienze e le insussistenze, sono iscritte fra i proventi e gli oneri straordinari;
g) lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo;
h) le somme di parte corrente assegnate alle regioni, a titolo di finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, tramite atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento, sono iscritte dal responsabile GSA nella propria contabilità generale, come credito e contestualmente come passività per finanziamenti da allocare. Ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard.

- in merito al risultato d'esercizio viene disposto che l'eventuale risultato positivo di esercizio è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è reso disponibile per il ripiano delle perdite del SSR;
- il bilancio consolidato regionale, così come quello della GSA, deve essere approvato dalla Giunta regionale. E' corredato dei medesimi documenti contabili aziendali con la differenza che gli stessi sono approvati dal responsabile regionale della GSA. La Giunta regionale approva i bilanci d'esercizio degli enti e della GSA entro il termine del 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento e il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;
- l'eventuale aggiornamento degli schemi di bilancio, del piano dei conti e dei modelli CE, SP, LA viene operato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

In coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118/2011 sono stati adottati i seguenti decreti ministeriali:

- il DM 15 giugno 2012 recante "Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale" con il quale sono stati adottati nuovi schemi relativi ai modelli di conto economico e dello stato patrimoniale degli enti del SSN per contemplare le ulteriori esigenze informative di monitoraggio nate anche a seguito dell'applicazione pratica del decreto legislativo n. 118/2011;
- il DM 20 marzo 2013 recante "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale" con il quale sono stati adottati i nuovi schemi di bilancio delle aziende del SSN allegati al decreto legislativo n. 118/2011.

1.3.4 - La certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

In via ulteriore all'introduzione delle disposizioni del decreto legislativo n. 118/2011 in materia sanitaria, e facendo sistema con esse, il SSN ha intrapreso il percorso in ordine alla certificabilità dei bilanci dei propri enti.

Tale previsione è contenuta anche nel Patto per la salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009 all'articolo 11 denominato "Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività" nel quale il Governo e le Regioni hanno condiviso la necessità di pervenire alla certificazione dei bilanci sanitari, come peraltro auspicato anche dalla legge finanziaria per l'anno 2006.

A tal fine sono stati emanati i seguenti decreti:

- il decreto dedicato alla ricognizione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili (DM 18 gennaio 2011 recante "Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari" con cui è stato emanato il documento metodologico utile a consentire alle regioni di effettuare la valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili, di cui

all'articolo 11 del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012);

- il decreto concernente le linee guida per la certificabilità (DM 17 settembre 2012) adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 291, legge n. 266/2005, con il quale:
  - sono state emanate le norme in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, intesa come obbligo per le regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale, coinvolti nella gestione della spesa sanitaria finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di applicare una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che le ponga in condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle certificazioni ed alle revisioni contabili stabilite nel decreto;
  - è stata altresì emanata la casistica applicativa relativa all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della gestione sanitaria accentrata, nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici di cui all'articolo 29 del decreto legislativo n. 118/2011;
- il decreto ministeriale 1° marzo 2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" che ha definito il modello su cui redigere il Percorsi Attuativi di Certificabilità da parte delle regioni;

Le regioni hanno adottato formalmente il documento regionale contenente il PAC e sono in corso le attività di verifica della completezza della documentazione prodotta da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti, congiuntamente con il Comitato LEA per le regioni in Piano di rientro.

I PAC saranno oggetto di specifico monitoraggio infrannuale da parte dei suddetti Tavoli. Le attività in ordine al raggiungimento della certificabilità dovranno concludersi entro 36 mesi dal loro inizio.
In considerazione della complessa attività riguardante l'attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 e la definizione di ulteriori aspetti tecnici inerenti le scritture contabili, anche nell'ottica di pervenire alla certificabilità dei bilanci, è prevista la progressiva adozione di decreti ministeriali concernenti la casistica applicativa del decreto legislativo n. 118/2011.

1.4 - Il Sistema Tessera Sanitaria

Il Sistema Tessera Sanitaria (TS), istituito ai sensi dell'art. 50 della legge n. 326/2003, è finalizzato alla rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per l'attribuzione e la verifica del *budget* di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) è titolare del Sistema, realizzato per il tramite dell'Agenzia delle entrate e Sogei[4], sulla base di specifica Convenzione. Le fasi progettuali attuative sono convenute con il Ministero della salute,

[4] Società Generale d'Informatica SPA – Società del Ministero dell'economia e delle finanze.

l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e le regioni nonché, per gli aspetti di competenza, con il Dipartimento dell'Innovazione e tecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'Agenzia per l'Italia digitale, il Garante per la protezione dei dati personali, e le associazioni di categoria interessate (medici, farmacisti).

In particolare, il Sistema TS, innovativo nell'ambito della sanità elettronica a livello europeo, consente la tracciatura puntuale, tempestiva e standardizzata di tutte le fasi dell'iter prescrittivo delle ricette mediche farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale, dalla fase di prescrizione da parte del medico (primo ordinatore della spesa sanitaria) alla fase finale di erogazione della prestazione da parte delle strutture pubbliche e private convenzionate con il SSN.

Vista la rilevanza di tali informazioni ai fini della programmazione finanziaria e del monitoraggio del settore sanitario sia a livello nazionale che regionale e delle singole aziende sanitarie, l'attuazione e l'adesione al Sistema da parte delle regioni costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN.

Il Sistema TS è stato avviato a partire dall'anno 2003 con la preliminare fase di individuazione degli assistiti del SSN e successiva distribuzione della Tessera Sanitaria ai medesimi assistiti dotati di codice fiscale, la quale consente la individuazione univoca del soggetto fruitore della prestazione e le relative analisi di appropriatezza prescrittiva.

A fronte della preliminare fase di impianto, il Sistema della rilevazione telematica delle prestazioni erogate a carico del SSN di farmaceutica e specialistica ambulatoriale risulta a regime in tutte le regioni, a partire dell'anno 2009. Attraverso i procedimenti di controllo puntuale e congiunto con le regioni dei dati rilevati, negli ultimi anni la rilevazione è progressivamente migliorata in termini qualitativi e di completezza.

Pertanto, le ASL, le regioni, il Ministero della salute, l'AIFA e il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli ambiti di propria competenza, possono disporre in modo dettagliato, tempestivo, standardizzato e completo delle informazioni necessarie per la corretta programmazione e il corretto monitoraggio del settore sanitario.

Le successive evoluzioni del Sistema TS hanno consentito il potenziamento degli strumenti di controllo, mediante la verifica puntuale delle esenzioni per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, la realizzazione della ricetta elettronica con il collegamento telematico dei medici prescrittori, nonché i progressi compiuti verso la dematerializzazione delle ricette mediche.

Le informazioni rilevate tramite il Sistema TS risultano importanti anche sotto il profilo del monitoraggio dei requisiti di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, disposte con ricetta medica. L'analisi statistica dei dati si basa prevalentemente su un approccio comparativo, che presuppone la costruzione di indicatori appropriati e confrontabili sia in senso temporale (confronto fra anni) che territoriale (confronto fra regioni).Tale analisi si rende possibile grazie alla sostanziale completezza delle informazioni e al raggiungimento di un adeguato livello di omogeneità e affidabilità dei dati rilevati.

Il Sistema TS rappresenta la realizzazione di un progetto di successo che colloca il nostro Paese all'avanguardia nel confronto con altri *partners* europei. Tale risultato è stato possibile grazie ad una chiara definizione degli obiettivi e all'adozione di interventi e correttivi funzionali alla loro realizzazione. Il dettaglio relativo alla descrizione del Sistema TS e della sua evoluzione è riportato nel Capitolo 3 del presente Rapporto. Nello stesso capitolo, si fornisce anche una descrizione dei profili per età e sesso del consumo pro

capite relativo alla spesa farmaceutica e per visite specialistiche, a livello nazionale e per aree geografiche.

1.5 - Il processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi

L'assetto normativo in materia di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento ai beni e servizi e, in particolare, le disposizioni riguardanti la pubblicazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario ha subito, rispetto alle iniziali previsioni contenute nell'articolo 17, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 98/2011 (convertito con legge n. 111/2011), considerevoli mutamenti nel corso di poco più di un anno.

Il sopracitato articolo stabilisce che: *"nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'art. 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'art. 61-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'art. 11, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'art. 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa".*

In sede di applicazione amministrativa e gestionale della disposizione è stato verificato che la Banca dati dell'Osservatorio, costituito in seno all'Autorità di Vigilanza dei Contratti Pubblici (AVCP), conteneva informazioni troppo aggregate per consentire un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei singoli beni. In tali termini è stato stabilito che in fase di prima applicazione l'Osservatorio provvedesse all'individuazione dei prezzi di riferimento tramite specifici questionari da inviare alle principali aziende sanitarie locali e centrali regionali per l'acquisto di beni e servizi.

L'individuazione del prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, a seguito di un'analisi accurata dei prezzi rilevati, è stato fissato al livello del quinto, decimo, ventesimo o venticinquesimo percentile, in relazione alla numerosità dei prezzi rilevati per ogni bene o servizio.

Con il decreto legge n. 95/2012, e quindi successivamente alla pubblicazione dei prezzi da parte dell'Osservatorio (avvenuta il 1° luglio 2012), il Legislatore ha apportato alcune modifiche e integrazioni all'art. 17, comma 1, lettera a) del decreto legge n. 98/2011 in base alle quali la funzione dei prezzi di riferimento è risultata del tutto innovata. Secondo le nuove previsioni, infatti, i prezzi di riferimento non sono più semplicemente strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa ma anche parametri di riferimento per la rinegoziazione dei contratti in essere.

Più in dettaglio, viene previsto che: *"qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende Sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei*

prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento".

In tali termini, ai sensi delle vigenti disposizioni, i prezzi individuati dall'Osservatorio rappresentano:

- uno strumento di analisi e valutazione dei prezzi da utilizzare da parte delle Aziende sanitarie in sede di acquisto di beni e servizi nel futuro (prezzo di riferimento);
- uno strumento per la riconduzione dei contratti in essere ai prezzi di riferimento, qualora si registrino differenze superiori al 20% rispetto al predetto prezzo di riferimento (prezzo imposto).

Tale evoluzione normativa (cioè il passaggio da prezzo di riferimento a prezzo imposto ai fornitori) è stata eccepita in sede giudiziale, con una serie di ricorsi presso il TAR Lazio, presentati da vari fornitori che hanno lamentato un difetto nel procedimento di determinazione dei prezzi di riferimento. Sebbene taluni ricorsi siano stati parzialmente accolti, il TAR Lazio ha comunque affermato che i prezzi di riferimento, intesi come valori da considerare da parte degli enti sanitari in sede gestionale (gare e contrattualistica) e verso cui tendere progressivamente, costituiscono un validissimo strumento ai fini del miglioramento dell'efficienza della spesa, in quanto rappresentano i migliori prezzi fra quelli effettivamente rilevati presso gli enti medesimi.

Pertanto, l'AVCP ha ribadito sul proprio sito tale principio, diretto a specificare la validità degli attuali prezzi, come "prezzi di riferimento".

Inoltre con la sentenza n. 8726 del 2 ottobre 2013, il TAR Lazio sostiene che: "*…ben poteva l'Osservatorio, nel rispetto delle indicazioni del legislatore di cui all'intero comma 1 dell'art. 17 cit., che evidenziava come le misure ivi previste fossero tutte rivolte alla "realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica", dare luogo ad un'attività istruttoria basata su metodi statistici tesi ad individuare i prezzi di maggiore impatto a carico del S.S.N. in relazione all'efficienza del servizio di riferimento, con individuazione del "fattore prezzo", quindi, come quello di principale riferimento al fine dell'indagine affidata, che era tesa – dal contesto legislativo di inserimento della normativa applicata – certamente al fine di individuare la maggior "efficienza", da intendersi in senso economico quale orientata all'utilizzo delle minori risorse possibili (e quindi sostanzialmente al risparmio di spesa) per ottenere il servizio migliore. Che poi lo strumento originato dall'attività dell'Osservatorio sia stato concepito a beneficio di regioni e aziende sanitarie affinché adottino tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, testimonia proprio che il (contenimento/riduzione del) livello di spesa per gli acquisti era il fattore primario (quale indicatore di "efficienza" economica) di sbocco dell'indagine di rilevamento dei prezzi che a tal fine appare legittimamente effettuata, salvi gli interventi applicativi propri delle regioni e delle aziende sanitarie."*

Sulla base dell'esperienza maturata con l'indagine campionaria dell'anno 2012, l'AVCP, al fine di garantire il più ampio contraddittorio con tutte le parti interessate ha ritenuto utile condividere, preventivamente, con i soggetti operanti nel settore della sanità

alcune scelte riguardanti la rilevazione da condurre nell'anno 2014 per la determinazione dei prezzi di riferimento.

In particolare, gli aspetti sui quali si è ritenuto profittevole un confronto con i soggetti interessati sono quelli che richiedono una conoscenza specifica del *procurement* in ambito sanitario e per i quali il Legislatore non fornisce puntuali previsioni rimandando, invece, alla discrezionalità dell'AVCP le valutazioni necessarie per l'adempimento agli obblighi normativi.

In base alle valutazioni effettuate dall'AVCP e dall'AGENAS, si è ritenuto che le informazioni richieste con i nuovi questionari fossero idonee sia a rappresentare le molteplici ed eterogenee caratteristiche dei contratti in essere che a consentire tutte le analisi necessarie alla determinazione dei prezzi di riferimento. L'AVCP ha ritenuto, tuttavia, utile acquisire rilievi, suggerimenti, osservazioni da tutti i soggetti che in virtù della propria esperienza professionale nel settore hanno fornito il proprio contributo per la buona riuscita della rilevazione.

Sulla base dei predetti contributi, l'AVCP ha effettuato talune modifiche ritenute utili ai propri modelli di indagine e quindi ha iniziato la rilevazione nel mese di marzo 2014.

In fase di prima applicazione, i prezzi di riferimento sono stati determinati sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che abbiano effettuato i maggiori volumi di acquisto in base a quanto risulta nella Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) dell'AVCP. Coerentemente al dettato normativo, nell'istruttoria della rilevazione anno 2012, l'Osservatorio ha selezionato da BDNCP un campione di 66 stazioni appaltanti alle quali sottoporre i questionari per la rilevazione dei dati.

Per la rilevazione anno 2014, l'Osservatorio rileva i dati per la determinazione dei prezzi di riferimento su una base più ampia, considerando tutti i soggetti operanti in ambito sanitario risultanti da BDNCP, ovvero tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza regionali.

In questa nuova indagine, è stato possibile apportare ulteriori miglioramenti in relazione ad alcuni elementi emersi nel corso della rilevazione anno 2012 e tenendo conto delle osservazioni provenienti da AGENAS. In particolare, l'Osservatorio ha provveduto ad integrare i precedenti questionari con maggiori elementi di dettaglio al fine di potenziare gli strumenti di analisi a disposizione per il confronto tra i prezzi rilevati.

Inoltre, è stata ampliata la numerosità dei prezzi rilevati la quale passa dai circa 300 prezzi della rilevazione anno 2012, ai circa 450 della rilevazione anno 2014. In particolare, sono state introdotti e meglio definiti beni che afferiscono alle aree della cardiologia, della protesica e della cardiochirurgia.

Le risultanze saranno pubblicate nel mese di luglio 2014.

1.6 - La spesa sanitaria e l'invecchiamento demografico

Le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni[5] determineranno un'espansione della domanda di prodotti e servizi sanitari, in quanto aumenterà il peso

[5] Istat (2011).

della popolazione nelle fasce di età più elevate, in cui i bisogni sanitari sono maggiori. L'aumento della quota di popolazione anziana dipende sia dal costante incremento della speranza di vita, in linea con le tendenze dei decenni passati, e sia dalla transizione demografica, cioè il processo di invecchiamento delle generazioni del *baby boom* che progressivamente raggiungeranno le età più anziane. L'elevato livello della speranza di vita e la significativa dinamica attesa per i prossimi decenni, se da un lato confermano la buona *performance* del nostro sistema sanitario, dall'altra potrebbero generare, in futuro, situazioni di frizione rispetto al vincolo delle risorse disponibili.

Ci sono, tuttavia, alcuni fattori, riconducibili alle stesse dinamiche demografiche, che potrebbero limitare significativamente la crescita della spesa sanitaria rispetto a quanto emergerebbe da un'ipotesi di estrapolazione meccanica degli attuali comportamenti di consumo per età e sesso.

In primo luogo, si è dimostrato che una percentuale molto elevata del totale dei consumi sanitari nell'arco della vita di un soggetto si concentra nell'anno antecedente la sua morte. Ciò significa che la componente di spesa sanitaria relativa ai costi sostenuti nella fase terminale della vita (c.d. *death-related costs*) non risulterà significativamente condizionata dall'aumento degli anni di vita guadagnati[6].

In secondo luogo, come è avvenuto costantemente in passato, l'aumento della speranza di vita sarà verosimilmente accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute ed una riduzione dell'incidenza della disabilità a parità di età. Se gli aumenti della speranza di vita si tradurranno in tutto o in parte in anni guadagnati in buona salute (c.d. *dynamic equilibrium*)[7] una parte importante dell'incremento dei costi, calcolato nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso dei bisogni sanitari, non si realizzerebbe.

E' evidente che per fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche, senza compromettere il livello di benessere sanitario raggiunto, sarà necessario recuperare maggiori livelli di efficienza ed efficacia nell'azione di *governance* del sistema sanitario. Ciò potrebbe apparire una prospettiva ambiziosa per un settore in cui la produzione e l'erogazione delle prestazioni incide direttamente sulla salute dei cittadini. Tuttavia, l'esperienza maturata nell'ambito dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria che include, fra l'altro, i criteri di riparto del finanziamento, il controllo dei programmi di spesa regionali, la verifica delle *performance* in termini di produzione ed erogazione di servizi nonché la correzione degli andamenti rispetto a valori di *benchmark*, ha mostrato che esistono margini di razionalizzazione, senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi.

Per completezza, occorre segnalare che sono stati identificati anche altri fattori esplicativi della dinamica della spesa sanitaria, di natura non demografica, che potrebbero operare in senso espansivo. Fra questi, particolare attenzione è stata rivolta in letteratura al progresso tecnologico, per l'introduzione di apparecchiature sanitarie e principi terapeutici sempre più sofisticati e costosi. Tuttavia, nonostante gli sforzi compiuti in termini di analisi e stima, non si è arrivati a conclusioni definitive, non solo per quanto riguarda la dimensione dell'effetto, ma neppure in relazione al segno, atteso che il progresso tecnologico porta con sé una maggiore efficienza produttiva.

[6] Aprile R., Palombi M. (2006).
[7] Economic Policy Committee - European Commission (2011).

Tuttavia, l'eventuale effetto espansivo del progresso tecnologico, operando dal lato dell'offerta, necessita di un sistema di finanziamento della domanda che sia, in qualche modo, "accomodante" rispetto alle dinamiche dell'offerta. Tale circostanza dipende essenzialmente dall'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario. In un contesto come quello italiano, in cui è stato istituito un efficiente ed efficace sistema di *governance*, il controllo della domanda di prodotti e servizi sanitari risulta pienamente operante, nel rispetto degli obiettivi di equilibrio finanziario e di sostenibilità della spesa pubblica.

Box 1.1 - Determinanti della crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi

Negli anni precedenti al 2007, la spesa sanitaria è cresciuta a ritmi sostenuti. L'attività di analisi e monitoraggio ha consentito di identificare le principali ragioni che hanno determinato tale dinamica, in relazione ai principali fattori di costo e ai livelli di assistenza. Corrispondentemente, sono stati adottati specifici interventi di contenimento che hanno consentito di conseguire un forte rallentamento della dinamica della spesa nel periodo successivo al 2007. Le tabelle sottostanti riportano, per singolo fattore di costo, l'elenco delle determinanti di crescita più significative affiancato da quello delle principali azioni correttive intraprese.

Personale

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
- Crescita delle unità di personale. - Dinamica dei rinnovi contrattuali superiore all'inflazione programmata. - Mancanza di controllo sui fondi contrattuali che hanno determinato una amplificazione dell'impatto dei rinnovi contrattuali.	- Blocco del *turn over* totale o parziale e autorizzazione alle assunzioni controllato a livello regionale. - Obbligo di effettuare gli accantonamenti relativi ai rinnovi contrattuali nei bilanci sanitari al fine di tener conto di tutti i fattori produttivi ancorché non aventi ancora un'esigenza di copertura finanziaria (verifica dell'ammontare degli accantonamenti). - Blocco dei rinnovi contrattuali . Riconoscimento incrementi contrattuali parametrati secondo la normativa vigente. - Rideterminazione (in diminuzione) dei fondi contrattuali della dirigenza e del comparto in relazione alle cessazioni.

Beni e servizi

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
- Mancanza di controllo sugli ordinatori di spesa. - Mancanza di acquisti centralizzati e/o attraverso commercio elettronico. - Mancanza di collegamento tra fabbisogno effettivo e quantità acquistate (scorte non controllate, quantità di medicinali/presidi scaduti). - In appropriatezza nell'utilizzo delle risorse.	- Analisi dei fabbisogni. - Prezzi di riferimento AVCP. - Ricorso a forme di unioni di acquisto o Gare centralizzate. - Ricorso a Consip. - Rinegoziazione contratti. - Riduzione del 10% a regime degli importi e delle correlate prestazioni dei contratti in vigore (DL 95/2012).

Prestazioni da privato

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
- Mancanza di programmazione in molte regioni italiane con conseguente pagamento a piè di lista delle prestazioni effettivamente erogate. - Mancanza di controlli relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate. - Incrementi tariffari non governati. In alcuni casi, tariffe collegate direttamente ai contratti di lavoro del personale dipendente.	- Programmazione e definizione dei budget entro la prima metà dell'anno di riferimento. - Definizione del fabbisogno. - Definizione del sistema tariffario. - Implementazione di adeguati sistemi di controllo

Farmaceutica convenzionata

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
- Mancanza di controllo sui consumi. - Inappropriatezza nell'utilizzo del farmaco;. - Capacità di persuasione dei portatori di interesse sulla farmaceutica che ha determinato effetti sui consumi.	- Introduzione di forme di compartecipazione alla spesa - Monitoraggio dei consumi attraverso il sistema tessera sanitaria - Monitoraggio attivo delle prescrizioni (attraverso TS). - Controllo della sussistenza del diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa ed eventuale applicazione di sanzioni.

Investimenti

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
-Politica degli investimenti (nelle regioni del centro nord) sostenuta senza effettive risorse a disposizione creando difficoltà di cassa e determinando oneri futuri.	- Introduzione del decreto legislativo n. 118 del 2011 - Utilizzo di principi contabili omogenei in materia di investimenti. - Responsabilizzazione regionale degli investimenti senza risorse preordinate attraverso l'introduzione dell'ammortamento integrale nell'anno dei beni acquistati senza contributi in conto capitale da spesarsi integralmente a carico del Fondo sanitario corrente. - Monitoraggio degli oneri scaturenti da investimento.

Livelli di assistenza

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
-Mancata definizione fino al 2001 delle prestazioni da erogarsi da parte del SSN a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa.	- Monitoraggio dell'effettiva erogazione di prestazioni appropriate (in particolare verifica sui DRG a rischio di inappropriatezza, definiti nel 2001 e incrementati con l'Intesa Stato-Regioni del 23 dicembre 2009). - Richiesta implementazione servizi territoriali alternativi ai ricoveri.

Box 1.2 - Il prezzo di riferimento per l'acquisto di beni e servizi

Nel 2012, l'Osservatorio dei contratti pubblici ha effettuato, tramite specifici questionari inviati alle Asl e alle Centrali regionali di acquisto, la prima rilevazione campionaria per l'individuazione dei prezzi da prendere come riferimento per l'acquisto di beni e servizi sanitari. Le informazioni derivanti dall'indagine sono finalizzate ad attivare, a livello regionale, politiche correttive di contenimento dei costi.

La rilevazione ha preso in considerazione sia beni di costo modesto e di largo consumo (es. aghi, siringhe, ecc.), ma anche beni di costo rilevante (es. protesi). Per ogni bene oggetto di osservazione sono state attribuite precise specifiche tecniche, il prezzo minimo e massimo registrato, quello mediano nonché il prezzo di riferimento da considerare.

Sulla base della predetta indagine, a partire dal 1° luglio 2012, sul sito dell'AVCP sono stati pubblicati i prezzi di riferimento di:

- 130 principi attivi di farmaci per uso ospedaliero[8];

- 160 dispositivi medici;

- servizi di pulizia, ristorazione e lavanderia, distinti per le diverse tipologie.

Nel riquadro sottostante sono riportati alcuni esempi di prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio.

DESCRIZIONE	SPECIFICHE TECNICHE	NUMERO OSSERVAZIONI	MINIMO	PREZZO RIFERIMENTO	MEDIANA	MASSIMO
Aghi ipodermici sterili monouso	G18 ÷ G 25	19	0,0092	**0,01**	0,0109	0,0247
Siringhe plastica sterile monouso per tubercolina con ago	ml 1	19	0,02	**0,02**	0,04	0,39
Siringhe plastica sterili monouso cono luer eccentrico con ago	ml 20	16	0,05	**0,06**	0,09	0,12
Cateteri guida per angioplastica periferica varie forme e misure	da 6 a 9 Fr	18	8,02	**43,00**	80,00	598,00
Caricatori per suturatrici lineari per chirurgia aperta senza lama	lunghezza linea da 30 a 60 mm, altezza punto da mm 3,5 a 4,8	20	75,00	**77,50**	99,24	170,00
Protesi vascolari multiforcate in dacron maglia (arco aortico, anche collaterali multipli) e toraco addominali	con rivestimento in argento	9	395,00	**544,76**	900,00	1.330,00
Componenti femorali per impianto primario bicompartimentale	cementate	22	750,00	**1.023,27**	1.389,58	3.540,16
Piatti tibiali per protesi di ginocchio da revisione	mobili	8	650,00	**787,60**	1.275,00	1.890,00

Per migliorare la qualità delle risultanze ottenuta con l'indagine 2012, l'Osservatorio dei contratti pubblici ha integrato e perfezionato i precedenti questionari per la raccolta delle informazioni. Con riguardo ai dispositivi medici, ad esempio, la rilevazione 2014 prevede la codifica nazionale, la descrizione del dispositivo, le specifiche tecniche (integrate con informazioni relative alle caratteristiche tecniche dei materiali, ai confezionamenti, ecc.) e, per alcuni dispositivi, anche l'informazione relativa alla destinazione d'uso.

[8] La manovra sui farmaci ospedalieri è comunque garantita da un meccanismo automatico (*pay-back*) che scatta in caso di eventuale superamento del tetto di spesa fissato per legge. Il ripiano è a carico delle aziende produttrici di farmaci.

Oltre a tali novità, l'Osservatorio ha deciso di integrare la scheda di rilevazione con nuovi dati, quali, tra gli altri:

- il fabbisogno annuo;

- la durata del contratto;

- la procedura di scelta del contraente;

- il criterio di scelta (massimo ribasso/Offerta Economicamente Più Vantaggiosa - OEPV);

- il rapporto qualità/prezzo (nel caso di OEPV);

- i servizi aggiuntivi inclusi nel prezzo;

- l'incidenza dei servizi aggiuntivi sul prezzo.

CAPITOLO 2 - L'analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio

2.1 - Premessa

Il settore sanitario da oltre un decennio è stato interessato da rilevanti mutamenti del sistema di *governance*, diretti a introdurre il principio della piena responsabilizzazione regionale nell'utilizzo delle risorse, anche mediante la condivisione tra Stato e regioni di obiettivi finanziari e prospettive di sviluppo. Dal 2006, poi, la *governance* si è ulteriormente evoluta attraverso l'elaborazione di nuovi strumenti quali: costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, previsione di meccanismi premiali e sanzionatori, introduzione dell'innovativo strumento del piano di rientro. Ciò ha delineato un sistema sanitario più razionale ed efficiente ed ha permesso di conseguire un rilevante contenimento dei costi, con effetti sulla erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nei termini risultanti dagli esiti del Comitato LEA.

Il presente capitolo intende offrire, attraverso l'analisi degli andamenti della spesa sanitaria in un arco temporale pluriennale, una valutazione degli effetti che la *governance* progressivamente implementata nel settore sanitario ha prodotto, avuto riguardo, in particolare, al controllo delle dinamiche di spesa.

Esso è costituito da una parte introduttiva a carattere definitorio degli aggregati di spesa sanitaria, che saranno oggetto dell'analisi sviluppata nei successivi paragrafi.

2.2 - Gli aggregati della spesa sanitaria

Con riferimento alla spesa sanitaria, esistono due diverse definizioni: la spesa sanitaria in termini di P.A. (Conto economico consolidato della sanità – Istituzioni delle amministrazioni pubbliche) e la spesa sanitaria corrente.

La prima definizione è quella impiegata nei documenti ufficiali di finanza pubblica ed è elaborata dall'ISTAT secondo i principi del Sistema Europeo delle Statistiche Integrate della Protezione Sociale (SESPROS) in accordo ai criteri del Sistema Europeo di Contabilità (SEC95). La seconda è l'aggregato sulla base del quale viene operata la valutazione dei risultati d'esercizio regionali da parte del Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali.

I due aggregati di spesa non sono omogenei, differendo per gli elementi di seguito esposti.

a) L'insieme degli enti di riferimento:

- la spesa sanitaria corrente prende in considerazione solamente la spesa degli enti che producono servizi sanitari controllati dalle regioni e ricompresi nei rispettivi Servizi Sanitari Regionali: le ASL, le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e i Policlinici Universitari;

- la spesa sanitaria in termini di P.A. invece include la spesa effettuata in ambito sanitario da tutti gli enti facenti parte della Pubblica Amministrazione: in tale rilevazione sono pertanto compresi, oltre alle ASL, le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e i Policlinici, anche gli enti locali e altri enti, quali, ad esempio, la Croce Rossa Italiana e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

b) I valori di spesa considerati:

- la spesa sanitaria corrente registra le partite di spesa sostenute dalle aziende sanitarie per l'acquisto di servizi e prestazioni da altre amministrazioni pubbliche che, invece, non vengono rilevate nella costruzione della spesa sanitaria in termini di P.A., in quanto tali transazioni sono oggetto di consolidamento all'interno del conto della P.A.;

- la spesa sanitaria in termini di P.A. registra le seguenti voci di spesa non rilevate all'interno della spesa sanitaria corrente:
  - ammortamenti: tale voce, fino all'anno 2010, non era inclusa nell'aggregato di spesa preso a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, in relazione all'estrema differenziazione dei criteri contabili adottati dalle regioni. A partire dall'anno 2011, a seguito della individuazione di regole condivise dalle regioni per il trattamento contabile di tale posta, gli ammortamenti sono stati inclusi nell'aggregato di spesa di riferimento per la valutazione dei risultati di esercizio, in misura pari agli ammortamenti dei beni entrati in produzione negli anni 2010 e 2011. Con decorrenza 1° gennaio 2012, a seguito della definizione di principi contabili omogenei a opera del decreto legislativo n. 118/2011[9], gli ammortamenti sono integralmente inclusi nell'aggregato della spesa sanitaria corrente. Deve segnalarsi, peraltro, che i valori degli ammortamenti contabilizzati nella spesa sanitaria corrente sono diversi da quelli inclusi nella spesa sanitaria in termini di P.A. in quanto questi ultimi sono valutati sulla base di specifiche metodologie di stima definite dal SEC 95;
  - servizi vendibili e vendite residuali: tali voci rappresentano delle poste in entrata all'interno dei conti delle aziende sanitarie mentre vengono registrate come poste a riduzione della spesa nella spesa sanitaria in termini di P.A., in accordo ai criteri dettati dal SEC 95.

[9] Articolo 29, comma 1, lettera b).

c) I criteri di registrazione della spesa:

- la spesa sanitaria corrente rileva i costi sostenuti nell'anno in corso dagli enti oggetto di rilevazione secondo il principio della competenza economica, consolidati a livello regionale;

- la spesa sanitaria in termini di P.A., invece, registra i costi secondo i criteri contabili del SEC 95 e li consolida a livello nazionale.

I diversi criteri di registrazione adottati nelle due definizioni di spesa sanitaria rilevano, in particolare, con riferimento alla tempistica di registrazione degli oneri connessi al rinnovo dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni di medicina generale e al pagamento di eventuali oneri arretrati.

La spesa in termini di P.A. registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi. Infatti, in accordo ai criteri del SEC 95 solo a seguito della sottoscrizione del contratto sorge l'obbligazione giuridica al pagamento. Ciò comporta che anche eventuali oneri per arretrati devono essere imputati contestualmente alla sottoscrizione del rinnovo del contratto.

L'effetto quantitativo di tale criterio di registrazione può essere valutato osservando che negli anni di sottoscrizione dei contratti la spesa sanitaria in termini di P.A. osserva dei forti incrementi, con variazioni sensibilmente più limitate nell'anno successivo.

In termini di spesa corrente, gli oneri per il rinnovo dei contratti sono contabilizzati in ciascun anno sui bilanci delle aziende sanitarie alla voce "accantonamenti per rinnovi contrattuali" e sono inclusi nel livello complessivo della spesa, concorrendo, in tal maniera, al risultato d'esercizio di ciascun Servizio Sanitario Regionale. Sulla base del principio della programmazione finanziaria, le regioni sono tenute ad accantonare ogni anno sui bilanci delle aziende sanitarie le risorse finanziarie necessarie alla copertura integrale degli oneri contrattuali quale presupposto per l'acceso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'art. 1, comma 173, della legge n. 311/2004. Il rispetto di tale obbligo programmatico è sottoposto a verifica dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali con cadenza trimestrale e annuale.

A seguito dell'introduzione di tale obbligo, si è registrata una maggiore congruità nella valutazione del costo effettivo dei rinnovi dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni di medicina generale, riducendosi significativamente il fenomeno del manifestarsi di sopravvenienze passive di rilevante entità negli esercizi finanziari successivi a quello di sottoscrizione del contratto.

Le due definizioni di spesa sanitaria verranno analizzate rispettivamente nei paragrafi 2.3 e 2.4.

2.3 - Finanziamento del settore sanitario pubblico e spesa sanitaria in termini di P.A.

Fino all'anno 2012, a seguito della predeterminazione in sede di legge di stabilità e in accordo con le regioni del livello complessivo del finanziamento del SSN (che corrisponde alla quota di PIL che lo Stato, in concorrenza con le altre funzioni, destina alla funzione sanitaria), la ripartizione del suddetto finanziamento tra le regioni è stata effettuata sulla base della popolazione residente pesata, con pesi che tengono conto del profilo dei consumi sanitari della popolazione residente, suddivisa per classi di età e sesso.

La procedura di determinazione dei fabbisogni standard regionali è stata modificata dal decreto legislativo n. 68/2011, con decorrenza a partire dall'anno 2013. Nel seguito vengono riportate le fasi attraverso cui si esplica tale attività.

a) Prioritariamente, in ciascun anno, è definito il fabbisogno sanitario nazionale standard in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e con gli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria (artt. 25-26).

b) Viene ribadita l'allocazione ottimale delle risorse cui devono tendere le regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria (articolo 27, comma 3):

- 5% per l'assistenza collettiva;
- 51% per l'assistenza territoriale;
- 44% per l'assistenza ospedaliera.

c) Con riferimento al secondo anno precedente a quello di riferimento, si provvede a individuare le migliori 5 regioni sulla base delle seguenti caratteristiche (articolo 27, commi 4-5):

- erogazione dei livelli essenziali di assistenza in equilibrio economico e in condizione di efficienza ed appropriatezza, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali; sono considerate in equilibrio economico le regioni che hanno assicurato l'erogazione dei predetti livelli di assistenza con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente nazionale, ivi incluse le entrate proprie regionali effettive;
- superamento degli adempimenti previsti dalla vigente legislazione, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali;
- presenza di criteri di qualità, definiti con successivo decreto del Presidente del Consiglio, sulla base degli indicatori già condivisi in sede di Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

Qualora un numero inferiore a 5 regioni si trovi in condizione di equilibrio, si individuano anche le regioni con il minor disavanzo (articolo 27, comma 12): sono regioni di riferimento (*benchmark*) 3 tra le predette 5 (tra cui obbligatoriamente la prima delle 5) scelte dalla Conferenza Stato-Regioni. Nell'individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica nord, centro e sud, con almeno una regione di piccola dimensione (articolo 27, comma 5);

d) i costi sono computati a livello aggregato per ogni regione e per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera (articolo 27, comma 6);

e) i costi sono altresì computati al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva; sono depurati della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto a quelle considerate in sede di riparto; sono depurati delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del SSN e della quota che finanzia livelli assistenziali superiori ai livelli essenziali (articolo 27, comma 6, lettere a), b), c) e d));

f) il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni *benchmark* (articolo 27, comma 6);

g) il costo così ottenuto è moltiplicato in ogni regione per la popolazione pesata (articolo 27, comma 6, lettera e)). L'incidenza percentuale di tale costo, è applicata al fabbisogno *standard* nazionale dell'anno di riferimento e determina il fabbisogno *standard* regionale, (articolo 27, commi 8-9);

h) la convergenza ai valori percentuali del fabbisogno *standard* nazionale avviene in un periodo di 5 anni (articolo 27, comma 11).

Tab. 2.1: finanziamento ordinario e spesa sanitaria in termini di P.A. (valori in milioni di euro)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var % 2000-2006	var % 2006-2010	var % 2010-2013
Finanziamento ordinario	65.737	71.271	75.652	78.570	82.404	88.195	92.173	96.551	100.577	103.298	105.398	106.738	107.961	107.005	5,8%	3,4%	0,5%
% PIL	5,5%	5,7%	5,8%	5,9%	5,9%	6,1%	6,2%	6,2%	6,4%	6,8%	6,8%	6,8%	6,9%	6,9%			
var %		8,4%	6,1%	3,9%	4,9%	7,0%	4,5%	4,7%	4,2%	2,7%	2,0%	1,3%	1,1%	-0,9%			
Spesa sanitaria	67.752	74.897	79.427	81.990	90.237	96.500	101.754	102.220	108.891	110.474	112.526	111.094	109.611	109.254	7,0%	2,5%	-1,0%
% PIL	5,7%	6,0%	6,1%	6,1%	6,5%	6,7%	6,8%	6,6%	6,9%	7,3%	7,3%	7,0%	7,0%	7,0%			
var %		10,5%	6,0%	3,2%	10,1%	6,9%	5,4%	0,5%	6,5%	1,5%	1,9%	-1,3%	-1,3%	-0,3%			
PIL	1.198.292	1.255.738	1.301.873	1.341.850	1.397.728	1.436.379	1.493.031	1.554.199	1.575.144	1.519.695	1.551.886	1.579.946	1.566.912	1.560.024	3,7%	1,0%	0,2%
var %		4,8%	3,7%	3,1%	4,2%	2,8%	3,9%	4,1%	1,3%	-3,5%	2,1%	1,8%	-0,8%	-0,4%			

La tabella 2.1 espone i valori del finanziamento[10] cui concorre ordinariamente lo Stato e della spesa sanitaria in termini di P.A.

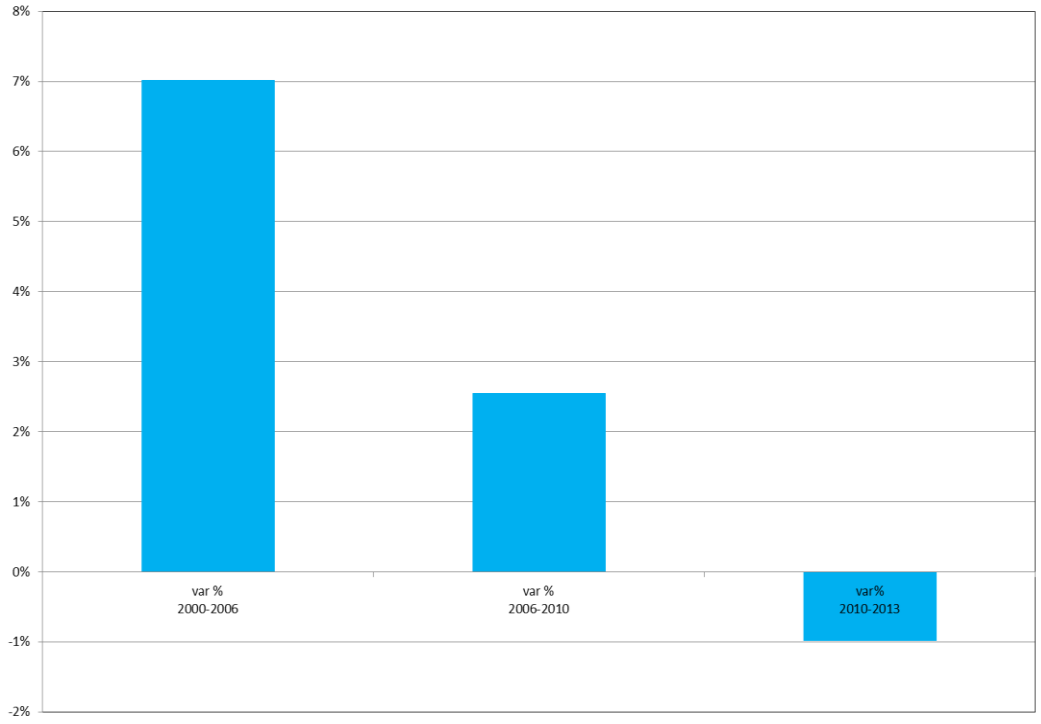
Deve osservarsi peraltro che, come precedentemente rilevato, il dato della spesa contiene anche una quota relativa alla spesa effettuata dagli altri enti della Pubblica Amministrazione diversi da quelli del SSN (ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Policlinici Universitari) che trova copertura nei rispettivi bilanci.

In relazione a ciò, il confronto tra finanziamento e spesa sanitaria della tabella 2.1 è utile a illustrare in una prospettiva intertemporale i risultati della *governance* del settore sanitario, mentre la valutazione in termini di saldo fra risorse finanziarie e spesa sanitaria deve essere effettuata più correttamente con riferimento alla spesa sanitaria corrente.

Il finanziamento ordinario della spesa sanitaria è cresciuto in media nel periodo 2000-2006 del 5,8% annuo. Nello stesso periodo la spesa sanitaria in termini di P.A. cresceva a un tasso medio annuo del 7,0% (Fig. 2.1).

[10] Il Finanziamento ordinario comprende le voci di entrata corrispondenti a Irap e addizionale Irpef, il fabbisogno sanitario ex decreto legislativo n. 56/2000, la compartecipazione delle regioni e province a statuto autonomo, le entrate proprie "cristallizzate", le quote vincolate a carico dello Stato, i fondi per la medicina penitenziaria. Esso è al netto delle risorse assegnate all'OPBG ai sensi dell'art. 22, comma 6 del decreto legge n. 78/2009 convertito con modificazioni dalla legge n. 102/2009.

Fig. 2.1: spesa sanitaria in termini di P.A. (variazione percentuale media annua)



Nel periodo 2006-2010, anche grazie all'introduzione dello strumento dei piani di rientro, la *governance* del sistema è notevolmente migliorata, consentendo un significativo contenimento della dinamica di spesa. In questo periodo, infatti, la spesa in termini di P.A. registra un incremento medio annuo del 2,5% a fronte di un tasso medio annuo di crescita del finanziamento pari al 3,4%.

Il contenimento della dinamica si è confermato negli anni successivi. Nel periodo 2010-2013, infatti, la spesa sanitaria ha registrato una riduzione dell'1,0% medio annuo, a fronte di un tasso di crescita medio annuo del finanziamento dello 0,5%.

Di seguito saranno analizzati i principali aggregati della spesa sanitaria[11].

[11] Resta esclusa dall'analisi la voce "Altre componenti di spesa" che costituisce una voce residuale, al cui interno figurano poste non direttamente legate alla gestione sanitaria tipica, quali, ad esempio, gli ammortamenti, gli oneri tributari e gli oneri finanziari.

Tab. 2.2: spesa sanitaria in termini di P.A. – Anni 2000-2013 (valori in milioni di euro)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var % 2000-2006	var % 2006-2010	var% 2010-2013
Spesa sanitaria	**67.752**	**74.897**	**79.427**	**81.990**	**90.237**	**96.500**	**101.754**	**102.220**	**108.891**	**110.474**	**112.526**	**111.094**	**109.611**	**109.254**	**7,0%**	**2,5%**	**-1,0%**
var %	11,9%	10,5%	6,0%	3,2%	10,1%	6,9%	5,4%	0,5%	6,5%	1,5%	1,9%	-1,3%	-1,3%	-0,3%			
Personale	**27.337**	**28.913**	**29.737**	**30.048**	**32.947**	**34.281**	**36.992**	**35.110**	**38.559**	**37.361**	**38.346**	**37.013**	**36.417**	**36.024**	**5,2%**	**0,9%**	**-2,1%**
% sulla spesa	40,3%	38,6%	37,4%	36,6%	36,5%	35,5%	36,4%	34,3%	35,4%	33,8%	34,1%	33,3%	33,2%	33,0%			
var %	9,4%	5,8%	2,8%	1,0%	9,6%	4,0%	7,9%	-5,1%	9,8%	-3,1%	2,6%	-3,5%	-1,6%	-1,1%			
Beni e Servizi (ivi compresi i farmaci ospedalieri)	**12.964**	**14.128**	**15.477**	**16.621**	**18.599**	**20.585**	**21.909**	**23.785**	**25.737**	**27.407**	**27.937**	**28.928**	**29.196**	**29.270**	**9,1%**	**6,3%**	**1,6%**
% sulla spesa	19,1%	18,9%	19,5%	20,3%	20,6%	21,3%	21,5%	23,3%	23,6%	24,8%	24,8%	26,0%	26,6%	26,8%			
var %	6,9%	9,0%	9,5%	7,4%	11,9%	10,7%	6,4%	8,6%	8,2%	6,5%	1,9%	3,5%	0,9%	0,3%			
Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market	**25.546**	**29.541**	**31.263**	**32.227**	**35.286**	**37.563**	**38.529**	**38.835**	**39.607**	**40.809**	**41.316**	**40.206**	**39.230**	**39.246**	**7,1%**	**1,8%**	**-1,7%**
% sulla spesa	37,7%	39,4%	39,4%	39,3%	39,1%	38,9%	37,9%	38,0%	36,4%	36,9%	36,7%	36,2%	35,8%	35,9%			
var %	17,6%	15,6%	5,8%	3,1%	9,5%	6,5%	2,6%	0,8%	2,0%	3,0%	1,2%	-2,7%	-2,4%	0,0%			
di cui:																	
- Farmaceutica convenzionata	**8.743**	**11.661**	**11.723**	**11.096**	**11.988**	**11.849**	**12.334**	**11.543**	**11.226**	**10.997**	**10.913**	**9.862**	**8.905**	**8.637**	**5,9%**	**-3,0%**	**-7,5%**
% sulla spesa	12,9%	15,6%	14,8%	13,5%	13,3%	12,3%	12,1%	11,3%	10,3%	10,0%	9,7%	8,9%	8,1%	7,9%			
var %	18,6%	33,4%	0,5%	-5,3%	8,0%	-1,2%	4,1%	-6,4%	-2,7%	-2,0%	-0,8%	-9,6%	-9,7%	-3,0%			
- Medicina di base	**4.019**	**4.505**	**4.613**	**4.795**	**5.020**	**6.453**	**5.930**	**6.076**	**6.079**	**6.949**	**6.984**	**6.724**	**6.714**	**6.669**	**6,7%**	**4,2%**	**-1,5%**
% sulla spesa	5,9%	6,0%	5,8%	5,8%	5,6%	6,7%	5,8%	5,9%	5,6%	6,3%	6,2%	6,1%	6,1%	6,1%			
var %	7,6%	12,1%	2,4%	3,9%	4,7%	28,5%	-8,1%	2,5%	0,0%	14,3%	0,5%	-3,7%	-0,1%	-0,7%			
- Altre prestazioni da privato	**12.784**	**13.375**	**14.927**	**16.336**	**18.278**	**19.261**	**20.265**	**21.216**	**22.302**	**22.863**	**23.419**	**23.620**	**23.611**	**23.940**	**8,0%**	**3,7%**	**0,7%**
% sulla spesa	18,9%	17,9%	18,8%	19,9%	20,3%	20,0%	19,9%	20,8%	20,5%	20,7%	20,8%	21,3%	21,5%	21,9%			
var %	20,4%	4,6%	11,6%	9,4%	11,9%	5,4%	5,2%	4,7%	5,1%	2,5%	2,4%	0,9%	0,0%	1,4%			
Altre componenti di spesa	**1.905**	**2.315**	**2.950**	**3.094**	**3.405**	**4.071**	**4.324**	**4.490**	**4.988**	**4.897**	**4.927**	**4.947**	**4.768**	**4.714**	**14,6%**	**3,3%**	**-1,5%**
% sulla spesa	2,8%	3,1%	3,7%	3,8%	3,8%	4,2%	4,2%	4,4%	4,6%	4,4%	4,4%	4,5%	4,3%	4,3%			
var %	9,7%	21,5%	27,4%	4,9%	10,1%	19,6%	6,2%	3,8%	11,1%	-1,8%	0,6%	0,4%	-3,6%	-1,1%			

Fig. 2.2: spesa sanitaria in termini di P.A. (valori in milioni di euro)

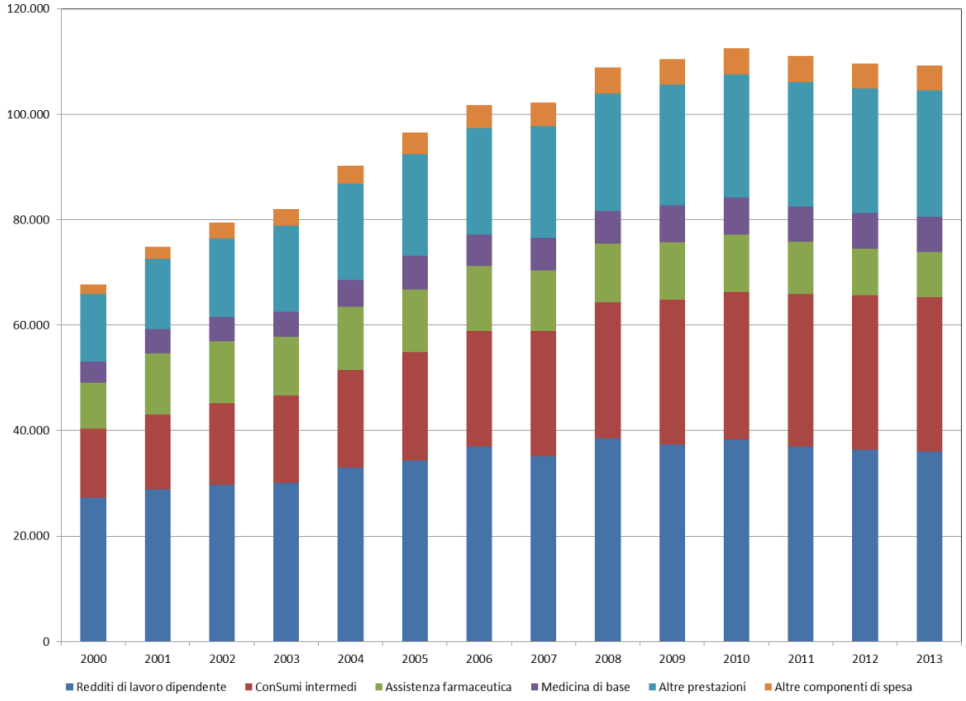
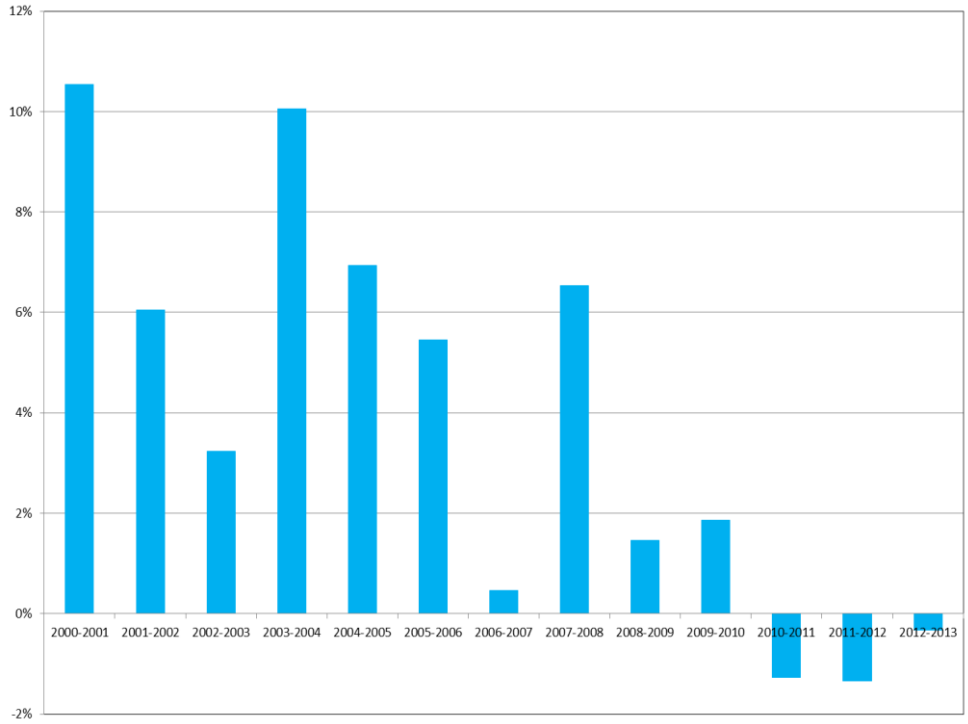


Fig. 2.3: spesa sanitaria in termini di P.A. (variazione percentuale annua)



2.3.1 - Spesa per il personale

La spesa per il personale (o redditi da lavoro dipendente, secondo la definizione del SEC95) passa da un incremento medio annuo del 5,2% nel periodo 2000-2006 allo 0,9% nel periodo 2006-2010. Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria in termini di P.A. passa dal 36,4% nel 2006 al 34,1% nel 2010.

L'andamento rilevato per la spesa per il personale è influenzato dai criteri di contabilizzazione degli oneri per i rinnovi dei contratti del personale dipendente. La spesa in termini di P.A., infatti, in accordo ai criteri del SEC 95, registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi, in quanto solo a seguito della sottoscrizione del contratto sorge l'obbligazione giuridica al riconoscimento degli aumenti contrattuali nonché di eventuali oneri arretrati. Ad esempio, il dato di spesa per il personale dell'anno 2006 sconta arretrati per circa 2.000 mln di euro, originando un incremento fra l'anno 2005 e l'anno 2006 pari al 7,9%. Analogamente, nell'anno 2008, insistono sul dato della spesa per il personale dipendente oneri arretrati relativi al contratto del biennio economico 2006-2007, che determinano una variazione annua dell'aggregato pari al 9,8% (Fig. 2.5).

Il contenimento della dinamica dell'aggregato è sostanzialmente il risultato delle politiche di blocco del *turn-over* attuate delle regioni sotto piano di rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale comunque portate avanti autonomamente dalle altre regioni.

La dinamica dell'aggregato negli anni più recenti è, inoltre, influenzata dal blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012[12] nonché dalla previsione[13] di un limite (vigente sino al 31 dicembre 2014) al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 2010, fatto salvo il riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale. Le misure sopra esposte si sono riflesse in un contenimento della dinamica dell'aggregato, che fa registrare nel periodo 2010-2013 una riduzione pari al 2,1% medio annuo (Fig. 2.4). Il peso percentuale della spesa per il personale sul totale della spesa sanitaria nell'anno 2013 è pari al 33,0%.

[12] Articolo 17 del decreto legge n. 78/2010, convertito con legge n. 122/2010.
[13] Articolo 9 del decreto legge n. 78/2010, convertito con legge n. 122/2010.

Fig. 2.4: personale (variazione percentuale media annua)

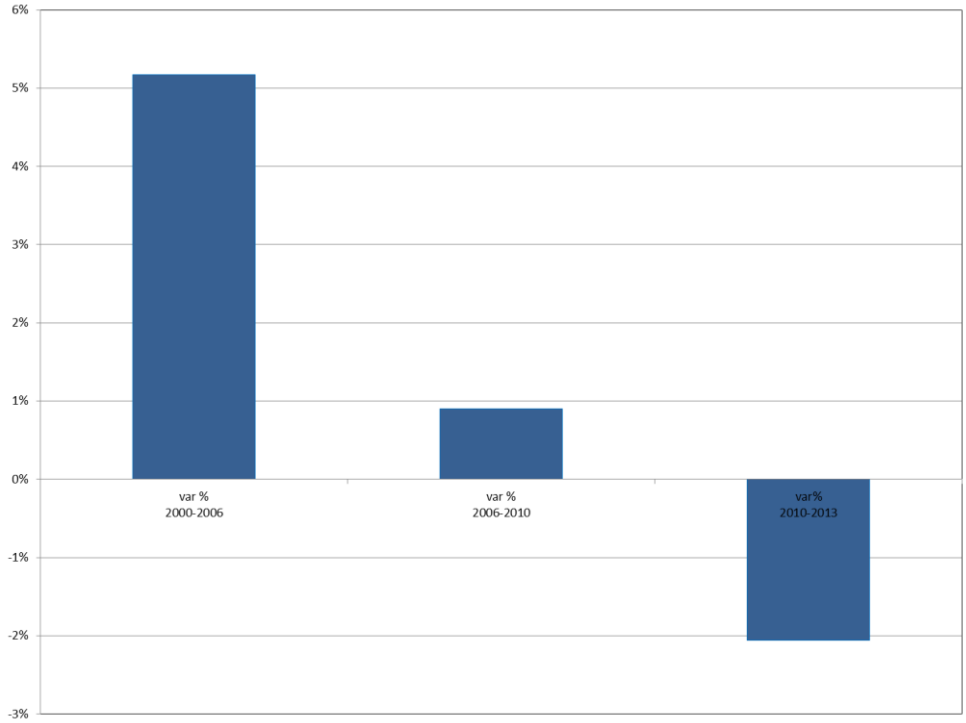
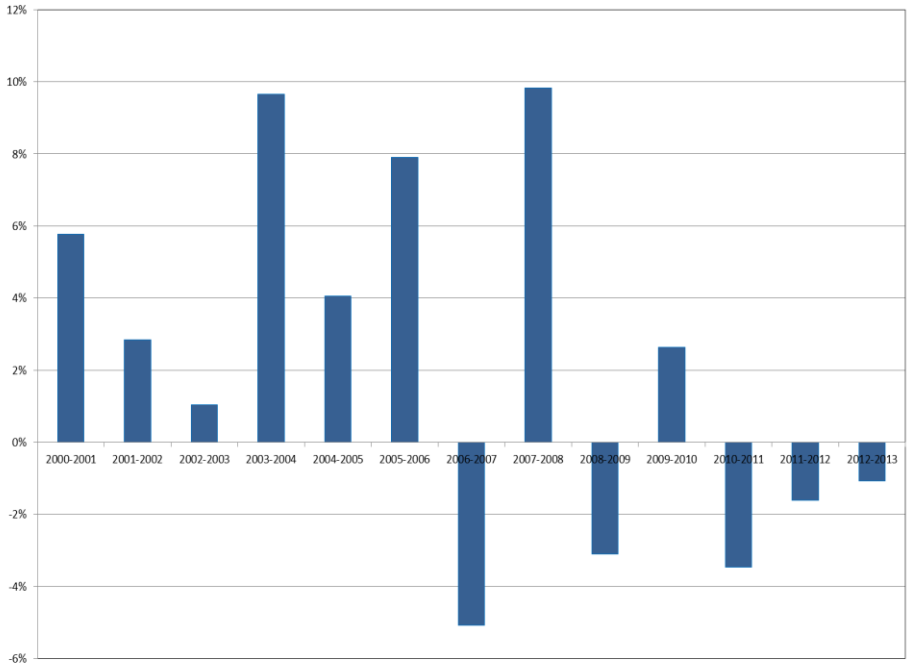


Fig. 2.5: personale (variazione percentuale annua)



2.3.2 - Spesa per beni e servizi (ivi compresi i farmaci ospedalieri)

La spesa per beni e servizi (o consumi intermedi, secondo la definizione del SEC95) passa da un incremento medio annuo del 9,1% nel periodo 2000-2006 a un incremento del 6,3% medio annuo nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso percentuale della spesa per beni e servizi sulla spesa sanitaria in termini di P.A. passa dal 21,5% nel 2006 al 24,8% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa per beni e servizi ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita, evidenziando un tasso di crescita medio annuo pari all'1,6% (Fig. 2.6). Tuttavia il peso percentuale dell'aggregato sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 26,8%.

La dinamica dell'aggregato nel periodo 2010-2013 sconta le manovre di contenimento della spesa introdotte dal decreto legge n. 98/2011, dal decreto legge n. 95/2012 e dalla Legge di Stabilità 2013[14].

In particolare, per l'anno 2013 è stato previsto:

- la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti[15] nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i Contratti Pubblici[16];
- la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard[17];
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard.

Unitamente a ciò, la dinamica dell'aggregato è positivamente influenzata dalla messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'AVCP, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

Deve rilevarsi, peraltro, che l'andamento complessivo dell'aggregato sconta la dinamica della componente dei prodotti farmaceutici ospedalieri, che registra tassi di crescita sostenuti sia a seguito della continua introduzione di farmaci innovativi (specie in campo oncologico) caratterizzati da un costo elevato sia dalle politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL, con conseguente rimodulazione della spesa dalla farmaceutica convenzionata alla farmaceutica ospedaliera. Al netto della componente dei prodotti farmaceutici, gli altri beni e servizi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2010-2013 pari allo 0,7% (Fig. 2.8).

---

[14] Legge n. 228/2012.
[15] Articolo 15, comma 13, lettera a), del decreto legge n. 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, come modificato da ultimo dall'articolo 1, comma 131, lettera a) della legge n. 228/2012 (legge di Stabilità 2013).
[16] Articolo 15, comma 13, lettera b), del decreto legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012.
[17] Articolo 15, comma 13, lettera f), del decreto legge n. 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, come modificato da ultimo dall'articolo 1, comma 131, lettera b), della legge n. 228/2012 (legge di Stabilità 2013).

Anche la componente di spesa dei prodotti farmaceutici ha fatto registrare negli ultimi anni tassi di crescita più contenuti rispetto a quelli osservati negli anni precedenti (Fig. 2.10).

Fig. 2.6: beni e servizi (variazione percentuale media annua)

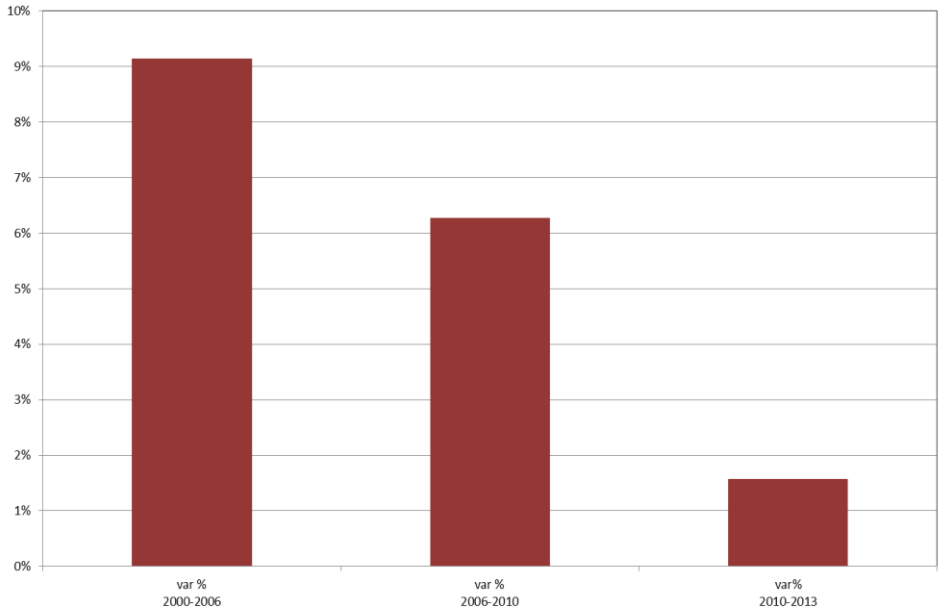


Fig. 2.7: beni e servizi (variazione percentuale annua)

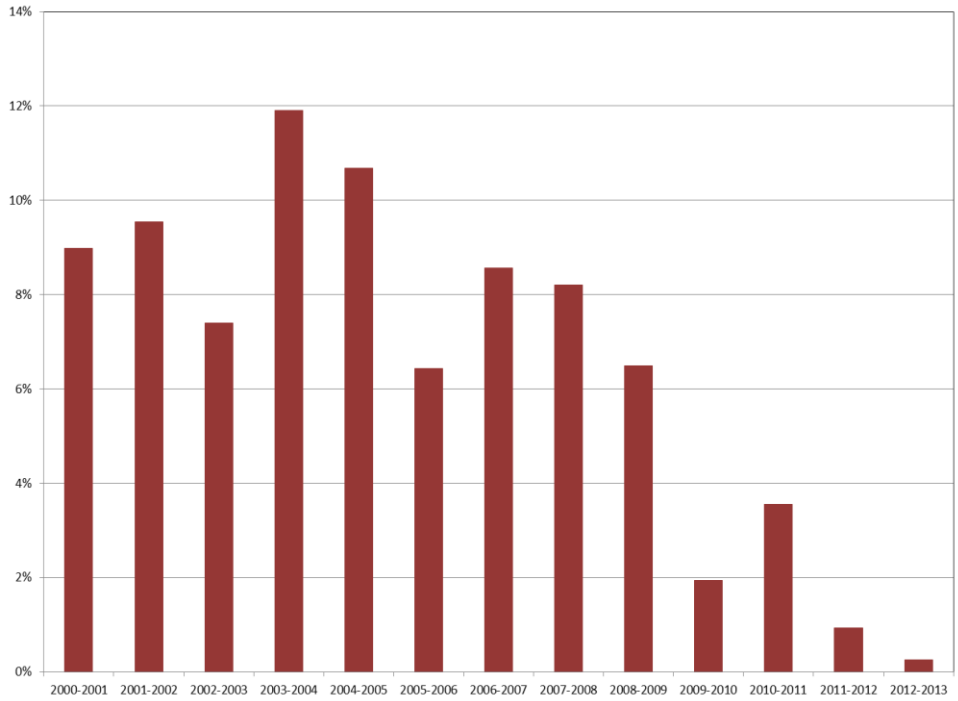


Fig. 2.8: altri beni e servizi (variazione percentuale media annua)

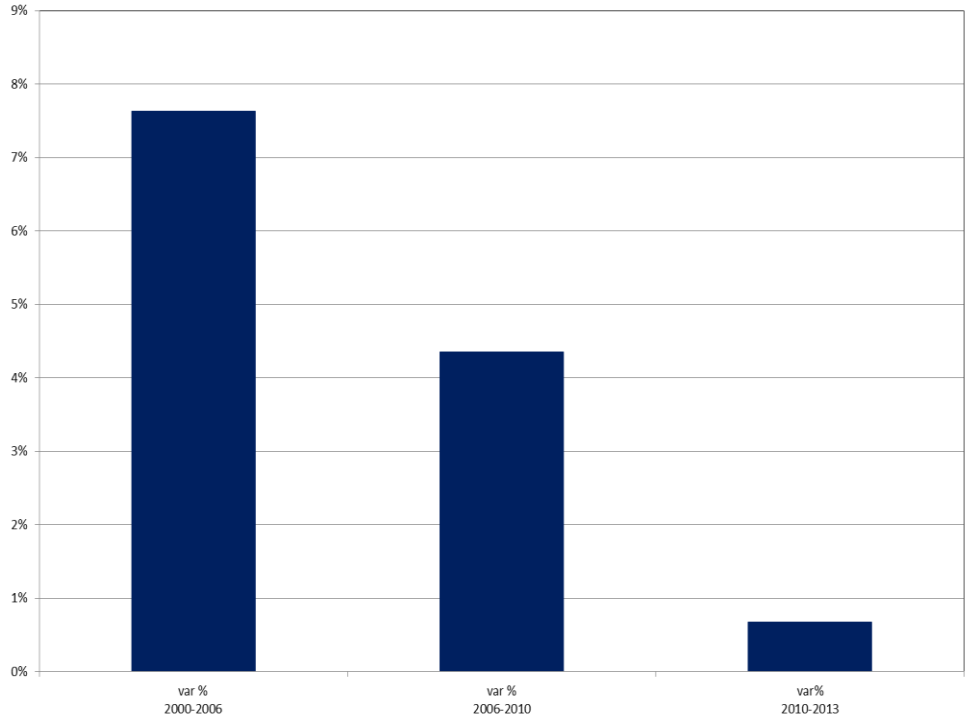


Fig. 2.9: altri beni e servizi (variazione percentuale annua)

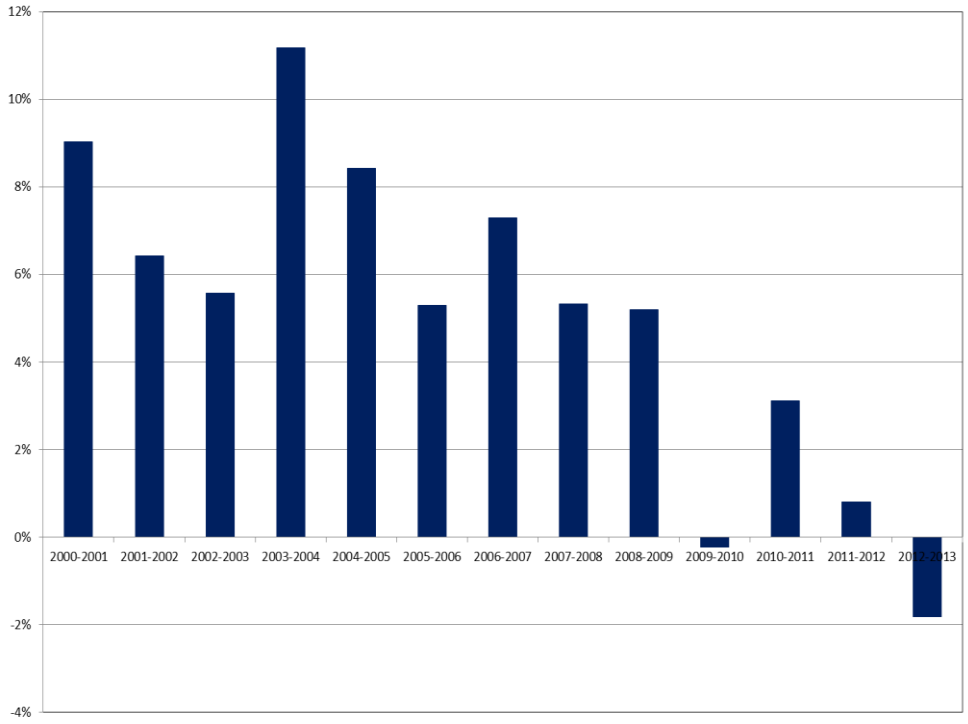


Fig. 2.10: beni e servizi (variazione percentuale media annua)

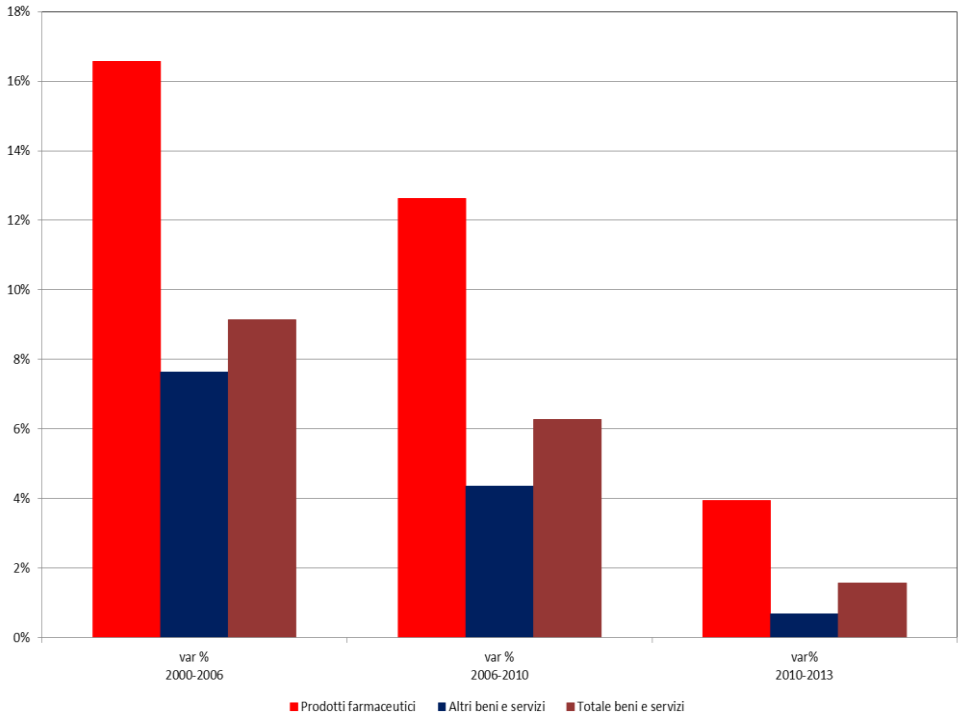
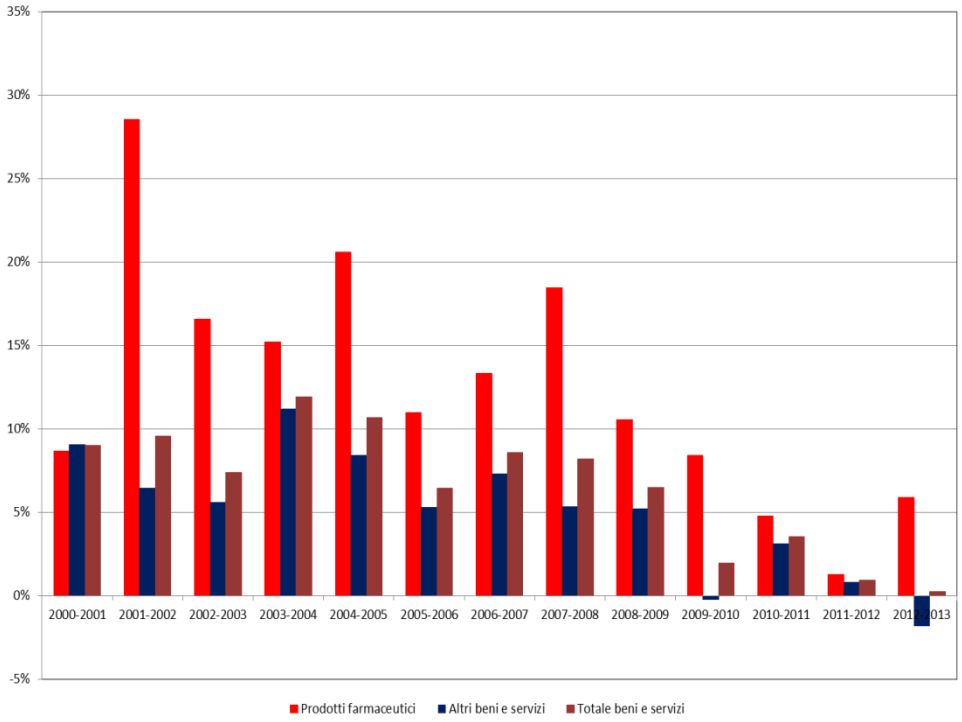


Fig. 2.11: beni e servizi (variazione percentuale annua)



2.3.3 - Spesa farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata passa da un incremento medio annuo del 5,9% nel periodo 2000-2006 ad una riduzione del 3,0% nel periodo 2006-2010, riducendo il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria, che passa dal 12,1% nel 2006 al 9,7% nel 2010.

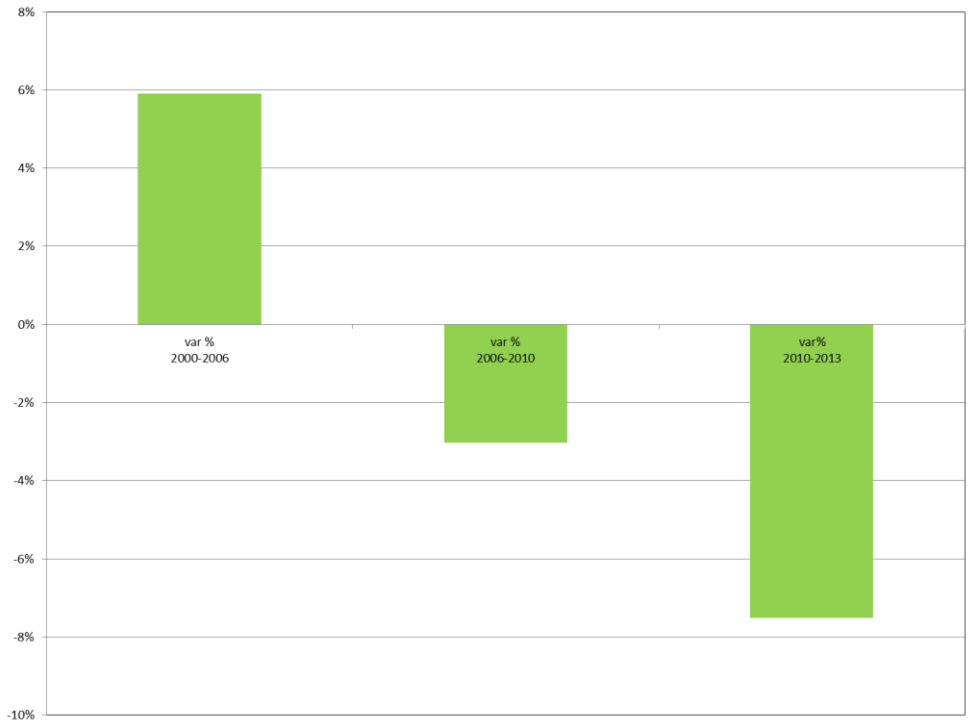
Nel periodo 2010-2013 la spesa farmaceutica convenzionata ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita, evidenziando un tasso di variazione medio annuo negativo pari a -7,5% (Fig. 2.12). Il peso percentuale della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 7,9%.

Tale *performance* è principalmente il risultato degli strumenti di monitoraggio e di *governance* della spesa farmaceutica convenzionata progressivamente introdotti.

In primo luogo, la previsione di un tetto alla spesa farmaceutica convenzionata (fissato all'11,35% per l'anno 2013) con un meccanismo di recupero automatico a carico delle aziende farmaceutiche (cosiddetto *payback*) dell'eventuale sforamento del tetto.

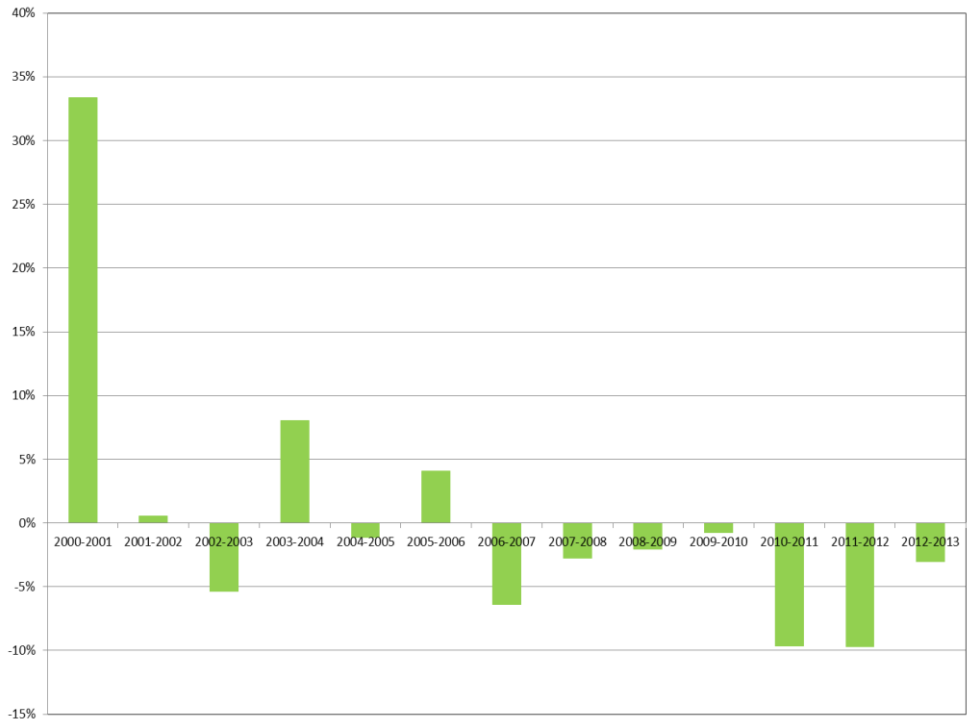
In secondo luogo, la predisposizione di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, gestito dalla RGS[18].

Fig. 2.12: assistenza farmaceutica convenzionata (variazione percentuale media annua)



[18] In merito al Sistema Tessera Sanitaria, si rinvia all'apposito Capitolo.

Fig. 2.13: assistenza farmaceutica convenzionata (variazione percentuale annua)



2.3.4 - Medicina di base

La spesa per la medicina di base passa da un incremento medio annuo del 6,7% nel periodo 2000-2006 a un incremento del 4,2% nel periodo 2006-2010 (Fig. 2.14). Tuttavia il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria passa dal 5,8% nel 2006 al 6,2% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa per medicina di base ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita. In tale periodo, infatti, la spesa si riduce dell'1,5% medio annuo. Il peso percentuale della spesa per medicina di base sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 6,1%.

Anche con riferimento all'acquisto di prestazioni di medicina di base deve osservarsi che la dinamica dell'aggregato è fortemente influenzata dalle regole contabili del SEC 95, che prevedono che gli oneri per il rinnovo delle convenzioni ed eventuali arretrati siano imputati nell'anno di sottoscrizione della nuova convenzione. Tali modalità di contabilizzazione sono alla base degli incrementi particolarmente elevati registrati in taluni anni, come, ad esempio nel 2005 o nel 2009.

Deve osservarsi, inoltre, che in analogia con quanto previsto per il personale dipendente, anche per il personale convenzionato è stato fissato un limite al

riconoscimento di incrementi retributivi, che non può eccedere il livello vigente nell'anno 2010[19].

Fig. 2.14: medicina di base (variazione percentuale media annua)

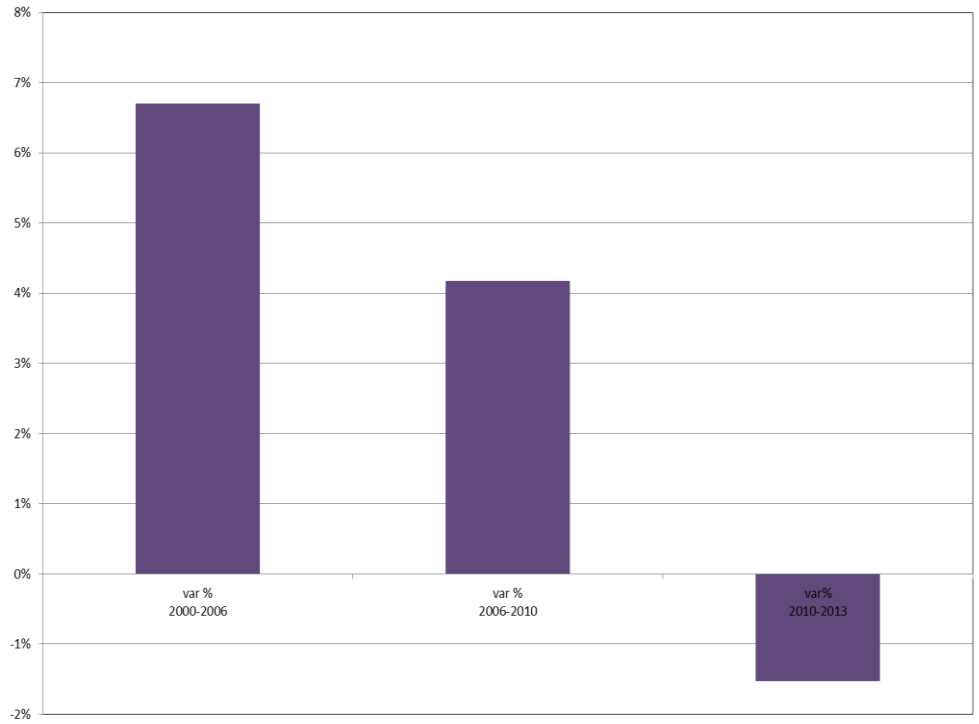
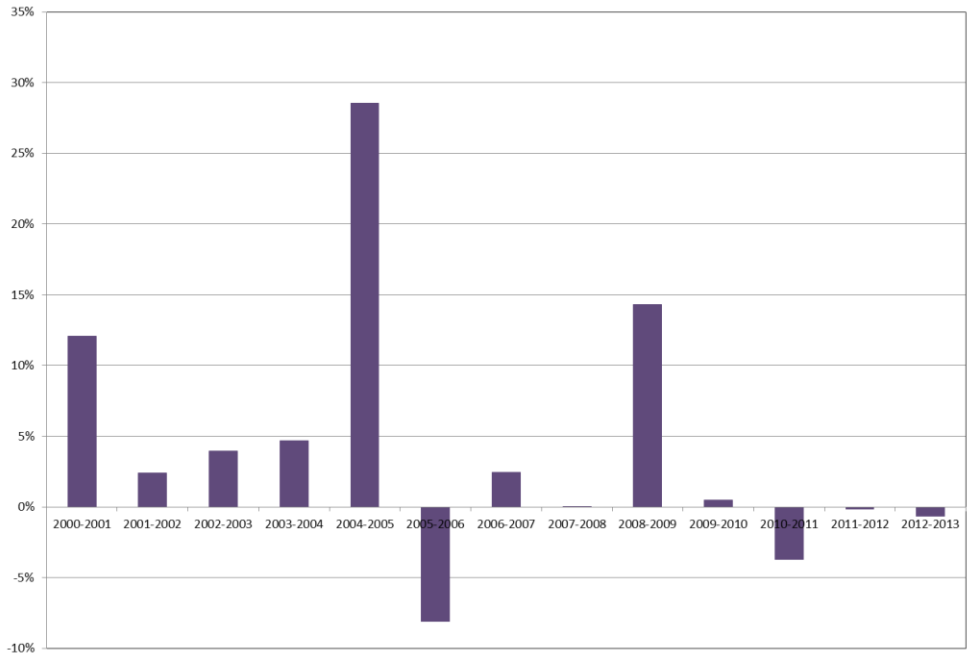


Fig. 2.15: medicina di base (variazione percentuale annua)



[19] Articolo 16, comma 2, del decreto legge n. 98/2011, convertito dalla legge n. 111/2011.

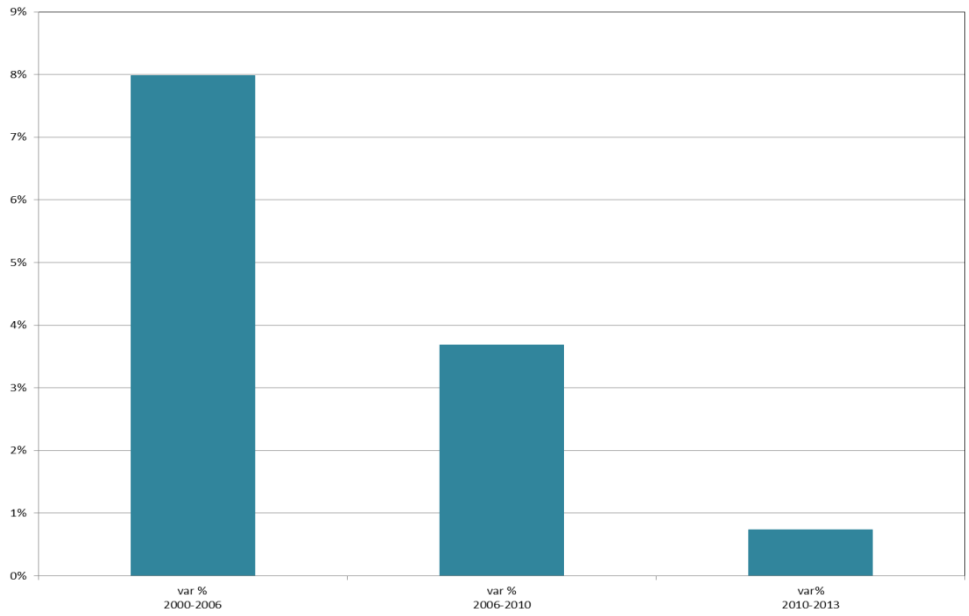
2.3.5 - Spesa per altre prestazioni da privato

La spesa per altre prestazioni da privato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati in convenzione con il SSN. L'aggregato passa da un incremento medio annuo dell'8,0% nel periodo 2000-2006 a un incremento medio annuo del 3,7% nel periodo 2006-2010 (Fig. 2.16).Tuttavia il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria passa dal 19,9% nel 2006 al 20,8% nel 2010.

Nel periodo 2010-2013 la spesa per altre prestazioni da privato ha ulteriormente ridotto la sua dinamica, evidenziando un tasso di crescita medio annuo pari allo 0,7%. Il peso percentuale della spesa per altre prestazioni da privato sulla spesa sanitaria in termini di P.A. nell'anno 2013 è pari al 21,9%.

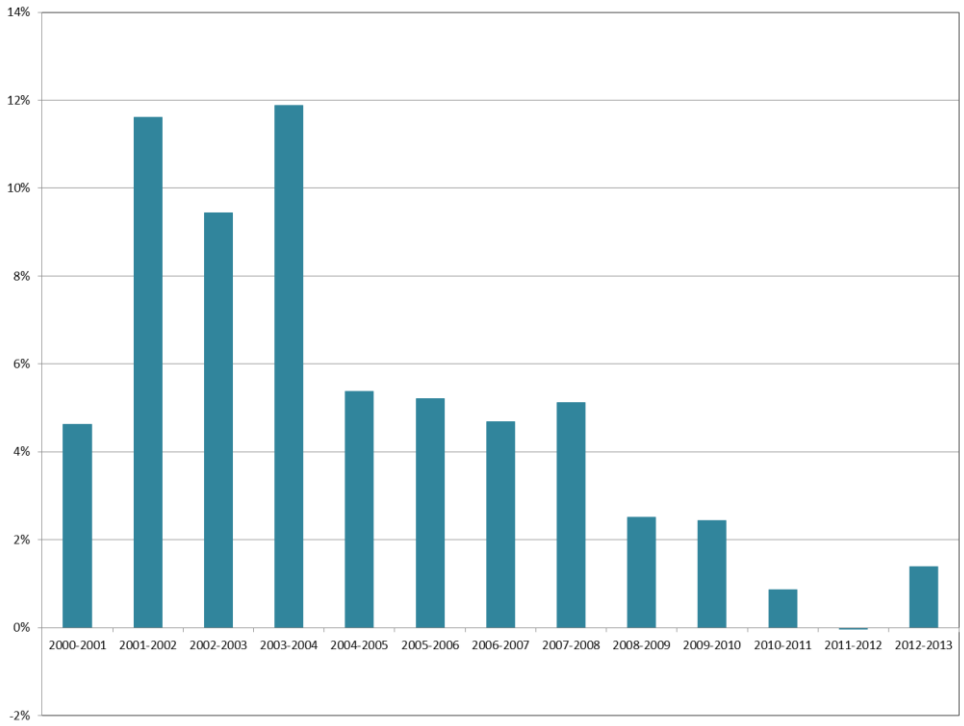
L'andamento dell'aggregato riflette il miglioramento nella regolazione, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale. Esso sconta, inoltre, le misure di contenimento della spesa per prestazioni specialistiche e ospedaliere acquistate da operatori privati introdotte con il decreto legge n. 95/2012[20].

Fig. 2.16: altre prestazioni da privato (variazione percentuale media annua)



[20] Articolo 15, comma 14, del decreto legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012.

Fig. 2.17: altre prestazioni da privato (variazione percentuale annua)



2.4 - Spesa sanitaria corrente

La spesa sanitaria corrente[21] è passata nel periodo 2002-2013 da un valore pari a 78.977 mln di euro a 109.260 mln di euro, con un incremento in valore assoluto pari a 30.283 mln di euro nell'arco di undici anni, con un tasso di crescita medio annuo pari al 3,0% (Tab.2.3).

Nello stesso periodo il prodotto interno lordo è passato da 1.301.873 mln di euro a 1.560.024 mln di euro, con un aumento in valore assoluto di 258.151 mln di euro, a un tasso di crescita medio annuo pari all'1,7%.

In termini di rapporto sul PIL, la spesa sanitaria è passata da una percentuale del 6,1% nel 2002 al 7,0% fatto registrare nel periodo 2010-2013.

Deve osservarsi, tuttavia come la dinamica della spesa sanitaria sia sensibilmente diversa negli anni antecedenti all'anno 2006 e in quelli successivi a tale anno (Tab. 2.4). Infatti, nel periodo 2002-2006 la spesa sanitaria corrente è cresciuta in valore assoluto di 19.971 mln di euro (pari a circa il 66% dell'incremento osservato nell'intero periodo 2002-2013), con un incremento medio annuo del 5,8%. Nel periodo 2006-2010 la spesa sanitaria è cresciuta in valore assoluto di 11.626 mln di euro, a un tasso medio annuo del

[21] I dati sono osservati alla data del 14/04/2014.

2,8%, con un ulteriore rallentamento nell'ultimo periodo (2010-2013), nel quale si registra un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,4%).

Tale evidente cesura nella dinamica osservata dalla spesa sanitaria è principalmente il risultato del salto di paradigma intervenuto a partire dall'anno 2006 rispetto alla legislazione previgente, a seguito della forte responsabilizzazione regionale e del venir meno della regola "dell'aspettativa del ripiano dei disavanzi", che in precedenza aveva indotto comportamenti opportunistici da parte delle regioni, allentando il vincolo di bilancio e rendendo necessaria una rinegoziazione ex-post della cornice finanziaria: nell'anno 2004[22] con il conferimento di 2.000 mln di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003 e nell'anno 2005[23] con il conferimento di ulteriori 2.000 mln di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2002-2004.

La situazione di squilibrio economico strutturale appariva particolarmente significativa in alcuni contesti regionali. Può osservarsi, infatti, (Tab. 2.5) che nell'anno 2006, dei circa 6.000 mln di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 mln di euro erano concentrati nelle regioni Lazio, Campania e Sicilia. Al fine di far fronte alla situazione di grave squilibrio economico-finanziario strutturale di alcuni sistemi sanitari regionali, come precedentemente ampiamente illustrato, è stato introdotto lo strumento innovativo del piano di rientro, che si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale finalizzato al conseguimento di una profonda e strutturale riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale interessato, attraverso l'individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza all'origine dello squilibrio economico e la programmazione e l'implementazione di opportune misure di correzione di tali criticità. In questa prospettiva, il Piano di rientro si configura come uno strumento che individua e affronta selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente il prodursi dei disavanzi.

Tale processo, come precedentemente rappresentato, è tuttora in corso ed è stato sostanzialmente confermato, pur con taluni correttivi, dal Patto per la Salute[24] per il periodo 2010-2012 che, tra l'altro, ha reso più stringente il rispetto dei vincoli di bilancio da parte delle regioni e ha ulteriormente rafforzato i connessi meccanismi di premi e sanzioni.

[22] Art. 1, comma 164 della legge n. 311/2004 (Legge Finanziaria 2005).
[23] Art. 1, comma 279 della legge n. 266/2005 (Legge Finanziaria 2006).
[24] Intesa Stato-Regioni del 9 dicembre 2009, successivamente recepita dalla legge n. 191/2009 (Legge Finanziaria 2010).

Tab. 2.3: spesa sanitaria corrente – Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro)

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	5.851.095	6.145.549	7.110.552	7.192.558	7.457.133	7.728.499	8.074.520	8.345.876	8.467.057	8.418.390	8.369.785	8.165.647
Valle d'Aosta	190.247	197.591	208.993	224.756	245.180	246.894	260.337	263.790	277.758	278.458	278.799	271.372
Lombardia	12.709.967	12.716.177	13.395.853	14.777.035	15.351.041	16.166.791	16.723.161	17.200.800	17.816.587	18.123.612	18.130.663	18.248.930
P.A di Bolzano	860.733	907.916	937.438	982.384	1.020.549	1.064.753	1.107.974	1.064.573	1.099.048	1.108.786	1.151.975	1.122.090
P.A di Trento	753.544	804.192	822.130	856.613	900.377	943.363	994.949	1.062.468	1.096.091	1.131.648	1.157.822	1.142.359
Veneto	6.277.031	6.529.873	6.965.735	7.560.550	7.871.356	8.104.794	8.387.147	8.641.173	8.783.994	8.748.116	8.713.325	8.726.963
Friuli Venezia Giulia	1.658.530	1.731.738	1.885.301	1.987.706	1.983.352	2.154.625	2.311.383	2.410.250	2.442.765	2.494.185	2.511.603	2.480.289
Liguria	2.403.793	2.470.988	2.861.962	2.924.642	2.955.716	3.097.103	3.175.811	3.270.758	3.240.405	3.232.332	3.147.364	3.113.963
Emilia Romagna	5.870.440	6.110.660	6.709.700	7.053.098	7.311.317	7.627.095	7.946.685	8.269.132	8.440.909	8.494.315	8.801.341	8.619.691
Toscana	4.998.775	5.130.166	5.671.097	5.926.310	6.198.108	6.401.825	6.658.935	7.115.498	7.081.966	7.131.152	7.120.072	6.935.428
Umbria	1.187.716	1.272.798	1.338.980	1.395.324	1.461.024	1.494.981	1.560.822	1.612.289	1.623.470	1.633.976	1.643.828	1.623.193
Marche	2.036.295	2.083.258	2.275.781	2.343.910	2.447.998	2.523.276	2.617.058	2.735.555	2.799.082	2.794.725	2.749.345	2.730.140
Lazio	7.373.436	7.950.011	9.550.299	9.958.229	10.544.281	10.740.126	10.943.445	11.175.300	11.054.664	10.892.578	10.853.603	10.570.065
Abruzzo	1.819.282	1.968.704	1.948.396	2.242.184	2.206.267	2.325.936	2.351.605	2.339.611	2.331.231	2.303.108	2.347.550	2.320.644
Molise	447.250	524.554	517.714	652.721	588.287	620.170	649.298	662.683	660.620	648.109	663.454	646.352
Campania	7.552.201	7.779.975	8.751.063	9.653.474	9.203.429	9.693.517	10.005.028	10.142.309	9.995.554	9.818.993	9.710.637	9.539.817
Puglia	5.035.209	5.121.069	5.416.321	6.154.156	6.249.039	6.743.042	7.074.628	7.135.209	7.227.200	7.051.214	6.906.303	6.958.885
Basilicata	727.762	767.268	824.442	896.265	911.628	968.852	1.014.159	1.033.490	1.056.445	1.059.610	1.030.315	1.025.330
Calabria	2.547.656	2.581.237	2.762.717	2.852.564	3.009.084	3.312.246	3.365.358	3.491.273	3.447.104	3.371.332	3.360.356	3.308.193
Sicilia	6.469.388	6.640.059	7.491.556	7.811.345	8.402.267	8.322.069	8.273.579	8.389.403	8.506.248	8.499.930	8.514.826	8.519.013
Sardegna	2.206.551	2.271.538	2.438.297	2.690.633	2.630.949	2.703.951	2.903.359	3.048.483	3.125.691	3.179.609	3.229.024	3.191.356
ITALIA	**78.976.901**	**81.705.321**	**89.884.327**	**96.136.457**	**98.948.382**	**102.983.908**	**106.399.241**	**109.409.923**	**110.573.889**	**110.414.178**	**110.391.990**	**109.259.720**
PIL a prezzi di mercato	**1.301.873.037**	**1.341.850.133**	**1.397.728.276**	**1.436.379.464**	**1.493.031.304**	**1.554.198.904**	**1.575.143.875**	**1.519.695.116**	**1.551.885.608**	**1.579.946.416**	**1.566.911.583**	**1.560.023.803**
in % del PIL	**6,1%**	**6,1%**	**6,4%**	**6,7%**	**6,6%**	**6,6%**	**6,8%**	**7,2%**	**7,1%**	**7,0%**	**7,0%**	**7,0%**
Regioni non sotto piano di rientro	36.211.779	37.081.188	40.043.550	42.877.134	44.508.188	46.384.717	48.083.778	49.878.695	50.842.858	51.217.838	51.336.253	51.023.638
% su TOTALE	45,9%	45,4%	44,6%	44,6%	45,0%	45,0%	45,2%	45,6%	46,0%	46,4%	46,5%	46,7%
Regioni sotto piano di rientro	26.209.213	27.444.540	31.021.745	33.170.517	33.953.615	35.014.064	35.588.313	36.200.579	35.995.421	35.534.050	35.450.426	34.904.084
% su TOTALE	33,2%	33,6%	34,5%	34,5%	34,3%	34,0%	33,4%	33,1%	32,6%	32,2%	32,1%	31,9%
Regioni sotto piano di rientro leggero	10.886.304	11.266.618	12.526.873	13.346.714	13.706.172	14.471.541	15.149.148	15.481.085	15.694.257	15.469.604	15.276.088	15.124.532
% su TOTALE	13,8%	13,8%	13,9%	13,9%	13,9%	14,1%	14,2%	14,1%	14,2%	14,0%	13,8%	13,8%
Regioni autonome	5.669.605	5.912.975	6.292.159	6.742.092	6.780.407	7.113.586	7.578.002	7.849.564	8.041.353	8.192.686	8.329.223	8.207.466
% su TOTALE	7,2%	7,2%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	7,1%	7,2%	7,3%	7,4%	7,5%	7,5%

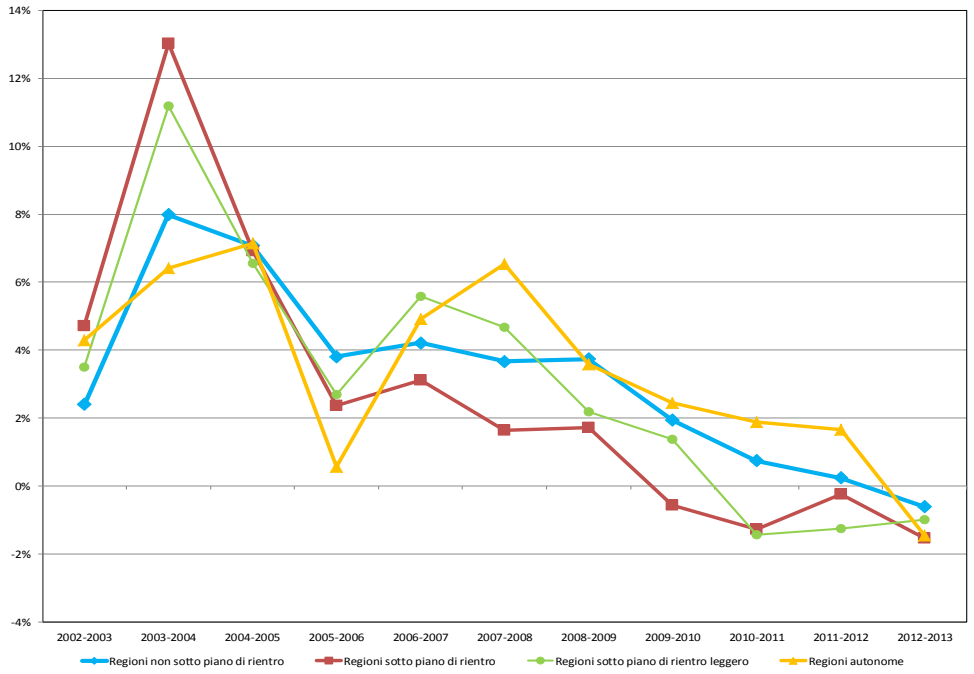
Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale dei dati, i valori della spesa totale sono, per tutti gli anni, al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni, in relazione ai differenti criteri di valutazione di tali poste esistenti a livello regionale prima della definizione di principi contabili omogenei con il D. Lgs.118/2011.

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.18: spesa sanitaria corrente (variazione percentuale annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale dei dati, i valori della spesa totale sono, per tutti gli anni, al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni, in relazione ai differenti criteri di valutazione di tali poste esistenti a livello regionale prima della definizione di principi contabili omogenei con il D.lgs 118/2011.
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel solo triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia , cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.4: spesa sanitaria corrente (variazione percentuale)

Regione	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	var% 2002-2006	var% 2006-2010	var% 2010-2013
Piemonte	5,0%	15,7%	1,2%	3,7%	3,6%	4,5%	3,4%	1,5%	-0,6%	-0,6%	-2,4%	6,3%	3,2%	-1,2%
Valle d'Aosta	3,9%	5,8%	7,5%	9,1%	0,7%	5,4%	1,3%	5,3%	0,3%	0,1%	-2,7%	6,5%	3,2%	-0,8%
Lombardia	0,0%	5,3%	10,3%	3,9%	5,3%	3,4%	2,9%	3,6%	1,7%	0,0%	0,7%	4,8%	3,8%	0,8%
P.A di Bolzano	5,5%	3,3%	4,8%	3,9%	4,3%	4,1%	-3,9%	3,2%	0,9%	3,9%	-2,6%	4,3%	1,9%	0,7%
P.A di Trento	6,7%	2,2%	4,2%	5,1%	4,8%	5,5%	6,8%	3,2%	3,2%	2,3%	-1,3%	4,6%	5,0%	1,4%
Veneto	4,0%	6,7%	8,5%	4,1%	3,0%	3,5%	3,0%	1,7%	-0,4%	-0,4%	0,2%	5,8%	2,8%	-0,2%
Friuli Venezia Giulia	4,4%	8,9%	5,4%	-0,2%	8,6%	7,3%	4,3%	1,3%	2,1%	0,7%	-1,2%	4,6%	5,3%	0,5%
Liguria	2,8%	15,8%	2,2%	1,1%	4,8%	2,5%	3,0%	-0,9%	-0,2%	-2,6%	-1,1%	5,3%	2,3%	-1,3%
Emilia Romagna	4,1%	9,8%	5,1%	3,7%	4,3%	4,2%	4,1%	2,1%	0,6%	3,6%	-2,1%	5,6%	3,7%	0,7%
Toscana	2,6%	10,5%	4,5%	4,6%	3,3%	4,0%	6,9%	-0,5%	0,7%	-0,2%	-2,6%	5,5%	3,4%	-0,7%
Umbria	7,2%	5,2%	4,2%	4,7%	2,3%	4,4%	3,3%	0,7%	0,6%	0,6%	-1,3%	5,3%	2,7%	0,0%
Marche	2,3%	9,2%	3,0%	4,4%	3,1%	3,7%	4,5%	2,3%	-0,2%	-1,6%	-0,7%	4,7%	3,4%	-0,8%
Lazio	7,8%	20,1%	4,3%	5,9%	1,9%	1,9%	2,1%	-1,1%	-1,5%	-0,4%	-2,6%	9,4%	1,2%	-1,5%
Abruzzo	8,2%	-1,0%	15,1%	-1,6%	5,4%	1,1%	-0,5%	-0,4%	-1,2%	1,9%	-1,1%	4,9%	1,4%	-0,2%
Molise	17,3%	-1,3%	26,1%	-9,9%	5,4%	4,7%	2,1%	-0,3%	-1,9%	2,4%	-2,6%	7,1%	2,9%	-0,7%
Campania	3,0%	12,5%	10,3%	-4,7%	5,3%	3,2%	1,4%	-1,4%	-1,8%	-1,1%	-1,8%	5,1%	2,1%	-1,5%
Puglia	1,7%	5,8%	13,6%	1,5%	7,9%	4,9%	0,9%	1,3%	-2,4%	-2,1%	0,8%	5,5%	3,7%	-1,3%
Basilicata	5,4%	7,5%	8,7%	1,7%	6,3%	4,7%	1,9%	2,2%	0,3%	-2,8%	-0,5%	5,8%	3,8%	-1,0%
Calabria	1,3%	7,0%	3,3%	5,5%	10,1%	1,6%	3,7%	-1,3%	-2,2%	-0,3%	-1,6%	4,2%	3,5%	-1,4%
Sicilia	2,6%	12,8%	4,3%	7,6%	-1,0%	-0,6%	1,4%	1,4%	-0,1%	0,2%	0,0%	6,8%	0,3%	0,0%
Sardegna	2,9%	7,3%	10,3%	-2,2%	2,8%	7,4%	5,0%	2,5%	1,7%	1,6%	-1,2%	4,5%	4,4%	0,7%
ITALIA	**3,5%**	**10,0%**	**7,0%**	**2,9%**	**4,1%**	**3,3%**	**2,8%**	**1,1%**	**-0,1%**	**0,0%**	**-1,0%**	**5,8%**	**2,8%**	**-0,4%**
Regioni non sotto piano di rientro	2,4%	8,0%	7,1%	3,8%	4,2%	3,7%	3,7%	1,9%	0,7%	0,2%	-0,6%	5,3%	3,4%	0,1%
Regioni sotto piano di rientro	4,7%	13,0%	6,9%	2,4%	3,1%	1,6%	1,7%	-0,6%	-1,3%	-0,2%	-1,5%	6,7%	1,5%	-1,0%
Regioni sotto piano di rientro leggero	3,5%	11,2%	6,5%	2,7%	5,6%	4,7%	2,2%	1,4%	-1,4%	-1,3%	-1,0%	5,9%	3,4%	-1,2%
Regioni autonome	4,3%	6,4%	7,2%	0,6%	4,9%	6,5%	3,6%	2,4%	1,9%	1,7%	-1,5%	4,6%	4,4%	0,7%

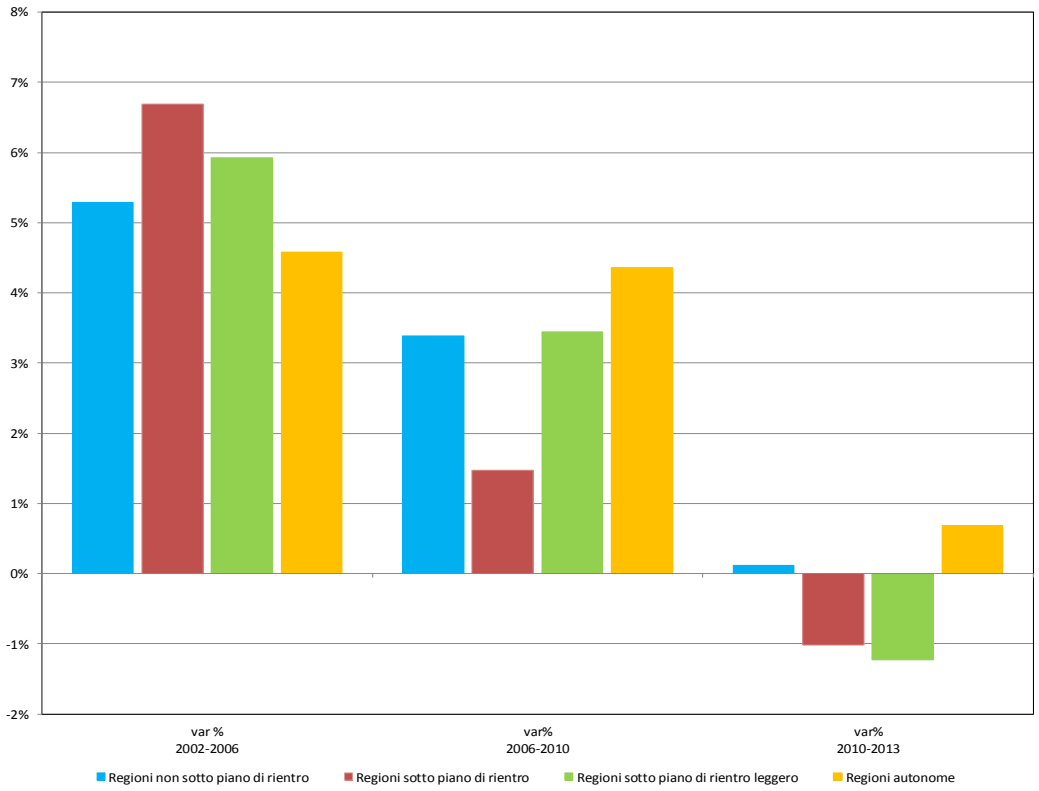
Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale dei dati, i valori della spesa totale sono, per tutti gli anni, al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni, in relazione ai differenti criteri di valutazione di tali poste esistenti a livello regionale prima della definizione di principi contabili omogenei con il D. Lgs.118/2011.

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.19: spesa sanitaria corrente (variazione media annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.5: disavanzi regionali (valori in migliaia di euro)

Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012*
Piemonte	-328.661	-170.753	-360.566	-387.523	-422.444	-274.636	-108.615	-41.865	-991.615
Valle d'Aosta	-70.554	-56.630	-61.532	-38.445	-58.561	-47.303	-49.845	-53.114	-49.845
Lombardia	-293	45	96	12.712	-44.086	13.842	2.265	10.261	2.265
P.A di Bolzano	-274.352	-261.515	-262.926	-185.596	-229.895	-222.959	-237.800	-184.507	-237.800
P.A di Trento	-143.210	-150.415	-163.744	-202.228	-210.607	-224.254	-243.419	-218.186	-243.419
Veneto	-144.620	-134.670	-148.512	-103.012	-6.095	114.961	11.575	7.584	11.575
Friuli Venezia Giulia	-4.249	-44.445	-42.125	-67.892	-77.490	-69.330	-49.057	-43.949	-49.057
Liguria	-95.593	-102.288	-109.311	-126.905	-95.402	-142.969	-46.160	-91.345	-46.160
Emilia Romagna	-288.513	-91.204	-42.204	-118.360	-134.870	-104.581	-47.652	1.256	-47.652
Toscana	-98.385	42.788	-2.445	-163.972	-71.655	-113.384	-50.614	3.111	-50.614
Umbria	-54.716	11.456	4.199	8.379	5.783	9.159	4.389	24.620	4.389
Marche	-47.520	15.879	34.304	12.788	-24.761	21.187	43.673	32.141	-44.806
Lazio	-1.966.913	-1.696.481	-1.693.342	-1.419.449	-1.059.627	-773.938	-613.186	-702.890	-613.186
Abruzzo	-197.064	-163.506	-107.656	-43.358	1.701	36.770	9.160	341	5.169
Molise	-68.494	-69.224	-78.727	-76.253	-64.695	-37.620	-54.765	-51.743	-54.765
Campania	-749.714	-862.177	-826.736	-773.853	-497.509	-245.476	-111.076	6.143	-111.076
Puglia	-210.811	-265.742	-219.575	-350.329	-332.705	-108.350	3.814	-39.574	-217.856
Basilicata	2.987	-19.868	-34.749	-25.120	-35.978	-48.550	3.861	-3.401	3.861
Calabria	-55.306	-277.059	-195.304	-249.030	-187.511	-110.431	-70.722	-30.626	-70.722
Sicilia	-1.088.413	-641.451	-352.004	-270.344	-94.253	-26.091	-7.801	-102.268	-7.801
Sardegna	-129.216	-115.437	-184.926	-266.742	-283.560	-343.401	-371.487	-379.638	-371.487
ITALIA	**-6.013.608**	**-5.052.699**	**-4.847.783**	**-4.834.532**	**-3.924.219**	**-2.697.355**	**-1.983.462**	**-1.857.649**	**-3.180.602**
Regioni non sotto piano di rientro	-726.653	-277.863	-298.621	-503.490	-407.063	-250.336	-78.663	-15.773	-167.142
% su TOTALE	12,1%	5,5%	6,2%	10,4%	10,4%	9,3%	4,0%	0,8%	5,3%
Regioni sotto piano di rientro	-4.125.903	-3.709.898	-3.253.768	-2.832.287	-1.901.894	-1.156.786	-848.390	-881.042	-852.381
% su TOTALE	68,6%	73,4%	67,1%	58,6%	48,5%	42,9%	42,8%	47,4%	26,8%
Regioni sotto piano di rientro leggero	-539.472	-436.495	-580.141	-737.852	-755.149	-382.986	-104.801	-81.440	-1.209.471
% su TOTALE	9,0%	8,6%	12,0%	15,3%	19,2%	14,2%	5,3%	4,4%	38,0%
Regioni autonome	-621.580	-628.442	-715.253	-760.902	-860.114	-907.246	-951.608	-879.394	-951.608
% su TOTALE	10,3%	12,4%	14,8%	15,7%	21,9%	33,6%	48,0%	47,3%	29,9%

Note:

I risultati di esercizio esposti nella tabella sono coerenti con le risultanze dell'attività di verifica del Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati sopra esposti possono divergere dalla mera differenza fra i dati di spesa e di finanziamento.

Con riferimento al solo anno 2012, al fine di assicurare la comparabilità intertemporale dei dati, i valori riportati nella colonna "2012"per le regioni Piemonte, Puglia e Marche registrano i risultati di esercizio "strutturali" valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, a partire dai dati del Consuntivo 2012 e non tengono conto: a) per la regione Piemonte dell'importo di 883 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, dell'importo di 292 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche della perdita pregressa dell'IRCCS INRCA (-88,479 mln di euro).

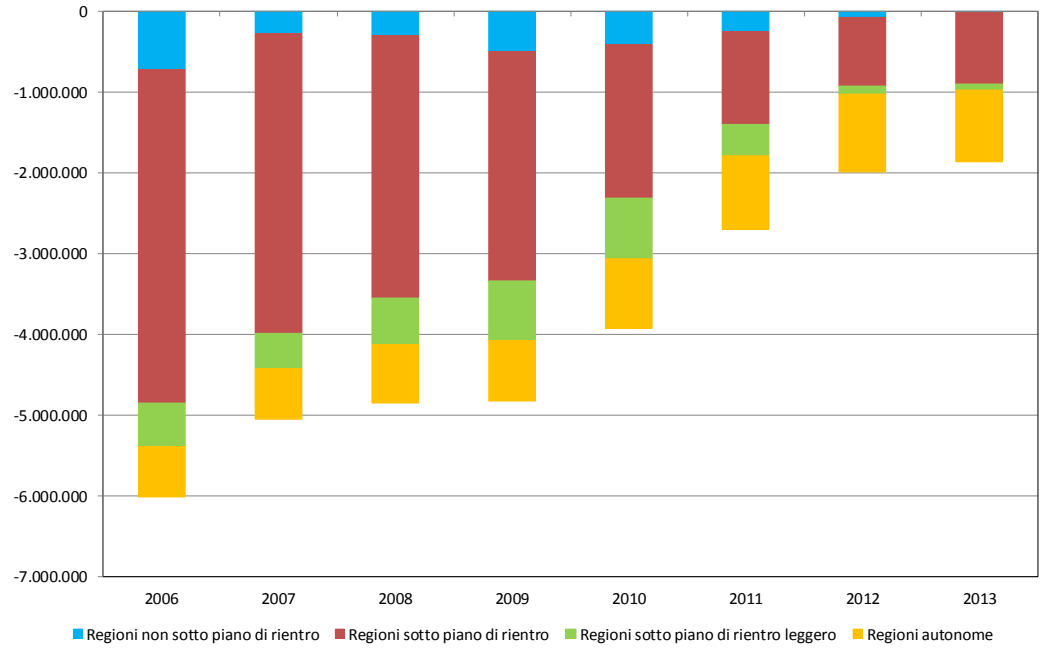
Tali importi, correlati a situazioni relativi ad anni pregressi, sono stati valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali e si sommano al risultato di esercizio rilevato a partire dai dati del Consuntivo 2012, determinando il valore del disavanzo complessivo cui dare copertura finanziaria, sulla base dei criteri del Tavolo medesimo. Tali valori sono riportati nella colonna "2012*".

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Si ricorda che durante l'anno 2006 le regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna hanno predisposto il piano di rientro di durata triennale che è stato perfezionato e definitivamente sottoscritto insieme al relativo accordo nell'anno 2007. Alla fine dell'anno 2009 anche la Calabria ha sottoscritto il suo piano di rientro per gli anni 2010-2012. Nell'anno 2010 le regioni Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno proseguito i piani di rientro anche per il successivo triennio (2010-2012) mentre la Liguria e la Sardegna sono uscite dal piano di rientro del *deficit*. Nel medesimo anno, Piemonte e Puglia hanno sottoscritto e avviato un piano di rientro, seppur caratterizzato da un livello d'intervento di minore intensità (cosiddetto "piano leggero") rispetto a quello previsto per le altre regioni sotto piano di rientro.

Fig. 2.20: disavanzi regionali (valori in migliaia di euro)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.
Con riferimento al 2012 il valore del risultato d'esercizio riportato è quello "strutturale" dell'anno (cfr. nota Tabella 2.5).

I risultati della *governance* implementata in ambito sanitario, descritta nei precedenti capitoli, sono ben visibili analizzando la dinamica della spesa a livello regionale.

Al fine di garantire una corretta rappresentazione dell'impatto dei piani di rientro sulle dinamiche della spesa delle regioni nel periodo precedente all'implementazione dei piani di rientro e in vigenza degli stessi – anche mettendo a confronto la loro *performance* con quella delle altre regioni – è stato necessario operare delle opportune aggregazioni delle regioni, tenendo conto anche del cambiamento dello status di alcune di esse all'interno delle periodizzazioni prese a riferimento nell'analisi. Ad esempio, la regione Liguria è uscita dal novero delle regioni sotto piano di rientro nel 2010, a conclusione del

suo piano triennale 2007-2009, analogamente alla Sardegna; nel 2010, Puglia e Piemonte entrano nella procedura dei piani di rientro, seppur caratterizzata da un minor livello di gravosità (c.d. piani di rientro "leggeri").

Alla luce di quanto precedentemente esposto, al fine di assicurare l'omogeneità degli aggregati regionali di riferimento e la corretta valutazione intertemporale della dinamica della spesa dei diversi gruppi di regioni è stato necessario, a fini meramente analitici, definire quattro gruppi di regioni, al cui interno figurano le medesime regioni per tutto il periodo di riferimento della presente analisi.

In particolare, il gruppo delle regioni sotto piano di rientro è composto dalle regioni "storiche" che hanno avviato il piano di rientro nell'anno 2007 e che sono tutt'ora in vigenza di piano (Lazio, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania) nonché la Calabria che ha avviato il piano nel 2009.

Da tale gruppo è stata esclusa la Liguria, in considerazione della sua sottoposizione al piano di rientro, limitatamente agli anni compresi fra il 2007 e il 2009. Conseguentemente, tale regione è stata inclusa nell'aggregato delle regioni non sotto piano, unitamente a Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Toscana, Emilia Romagna e Basilicata.

Le regioni Puglia e Piemonte sono state trattate in maniera autonoma all'interno del gruppo delle regioni con piani di rientro "leggeri" che, stante la diversità strutturale di tale tipologia di piano rispetto a quelli "ordinari", necessitava di una trattazione distinta rispetto alle altre regioni sotto piano di rientro.

Da ultimo, le regioni autonome ricomprendono le regioni a statuto speciale e province autonome, che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato. In tale gruppo è ricompresa anche la Sardegna, in considerazione del suo status giuridico e del fatto che a partire dall'anno 2007 essa finanzia integralmente la spesa sanitaria regionale senza oneri per il bilancio dello Stato.

Può osservarsi che il contenimento del tasso di crescita della spesa sanitaria registrato a livello nazionale include un sensibile contributo delle regioni che a partire dal 2006 sono state sottoposte ai piani di rientro. Infatti, se questo gruppo di regioni faceva osservare nel periodo 2002-2006 un tasso di crescita medio annuo pari al 6,7%, nel periodo 2006-2010 la crescita media annua si attestava a un valore pari all'1,5%, sensibilmente inferiore a quello fatto osservare dalle regioni non sotto piano di rientro (3,4%) che pure evidenziano una riduzione della dinamica della spesa rispetto al periodo precedente (pari al 5,3%).

Le regioni che a partire dal 2010 sono state sottoposte ai piani di rientro leggeri hanno registrato nel periodo 2002-2006 un incremento medio annuo pari al 5,9% mentre nel periodo 2006-2010 presentano un incremento medio annuo pari al 3,4%.

Le regioni autonome hanno registrato nel periodo 2002-2006 un incremento medio annuo pari al 4,6%; tale dinamica si mantiene sostanzialmente invariata nel periodo 2006-2010,nel quale si registra un incremento medio annuo pari al 4,4%, superiore a quello registrato nelle restanti regioni. Va sottolineato, al riguardo, che nei confronti di queste regioni lo Stato non ha strumenti d'intervento diretto sulla dinamica di spesa e, pertanto, le politiche di contenimento sono state meno efficaci. Con riferimento all'anno 2013, ad esempio, il 47% circa del disavanzo sanitario complessivo è generato dalle regioni e province autonome.

Il miglioramento strutturale della situazione economico-finanziaria delle regioni in piano di rientro a seguito degli interventi di riequilibrio adottati è evidente anche attraverso la valutazione del rapporto fra il disavanzo sanitario regionale registrato nei diversi anni e il relativo finanziamento effettivo, comprensivo delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle "cristallizzate" e inglobate nel livello del finanziamento ordinario.

Tale rapporto rappresenta un indicatore sintetico della capacità dei SSR di erogare servizi sanitari in condizioni di efficienza e appropriatezza, nel rispetto del vincolo di bilancio derivante dalle risorse derivanti dal finanziamento ordinario dello Stato e delle risorse proprie delle Aziende Sanitarie.

Può osservarsi (Tab. 2.7) che nell'anno 2006, tale indicatore registrava valori dell'ordine del 22,9% nella regione Lazio, del 9,5% nella regione Abruzzo, del 13,2% nella regione Molise, dell'8,9% nella regione Campania, del 14,6% nella regione Sicilia. Nell'anno 2013, tale rapporto è stato pari al 7% nella regione Lazio, all'8,6% nella regione Molise, al 1,2% nella regione Sicilia. Nel medesimo anno le regioni Abruzzo e Campania hanno registrato un avanzo di bilancio.

Tab. 2.6: finanziamento effettivo regionale della spesa sanitaria (valori in migliaia di euro)

Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	7.128.472	7.557.746	7.713.954	7.958.353	8.068.341	8.160.721	8.337.213	8.196.358
Valle d'Aosta	174.626	190.264	198.805	225.345	219.197	231.154	231.194	222.402
Lombardia	15.350.748	16.166.836	16.723.257	17.213.692	17.772.485	18.137.614	18.492.654	18.440.982
P.A di Bolzano	746.197	803.238	845.048	878.977	869.153	886.085	903.479	938.323
P.A di Trento	757.167	792.948	831.205	860.240	885.484	899.201	911.296	924.127
Veneto	7.726.736	7.970.087	8.238.635	8.527.456	8.777.898	8.906.721	9.012.713	8.993.435
Friuli Venezia Giulia	1.979.103	2.109.641	2.271.200	2.344.203	2.364.730	2.429.524	2.455.545	2.445.538
Liguria	2.860.123	2.956.815	3.066.500	3.173.846	3.154.988	3.101.786	3.110.512	3.051.052
Emilia Romagna	7.022.804	7.535.891	7.904.481	8.150.772	8.306.039	8.416.243	8.926.349	8.813.449
Toscana	6.099.313	6.443.702	6.651.243	6.933.624	7.014.170	7.040.898	7.212.632	7.074.391
Umbria	1.406.308	1.505.316	1.561.525	1.620.699	1.636.288	1.652.854	1.674.217	1.667.805
Marche	2.401.606	2.538.207	2.646.717	2.745.868	2.793.884	2.820.224	2.829.848	2.803.863
Lazio	8.577.368	9.106.192	9.271.423	9.755.829	10.062.831	10.189.754	10.326.525	10.030.669
Abruzzo	2.068.594	2.185.711	2.244.543	2.277.251	2.323.924	2.366.201	2.371.628	2.374.658
Molise	519.793	550.946	572.240	586.424	598.645	612.778	611.985	598.939
Campania	8.446.962	8.832.120	9.183.163	9.368.453	9.499.386	9.669.264	9.730.111	9.646.793
Puglia	6.038.228	6.422.014	6.780.162	6.784.880	6.894.495	6.953.136	6.997.199	6.977.370
Basilicata	914.615	949.001	979.552	1.008.370	1.020.466	1.021.782	1.042.550	1.027.052
Calabria	2.924.931	3.085.369	3.170.191	3.244.348	3.259.593	3.275.334	3.306.328	3.289.380
Sicilia	7.475.273	7.748.388	7.994.168	8.193.113	8.470.883	8.561.131	8.624.385	8.621.850
Sardegna	2.505.158	2.588.514	2.718.454	2.781.740	2.842.131	2.870.058	2.889.507	2.852.789
ITALIA	**93.124.127**	**98.038.944**	**101.566.468**	**104.633.483**	**106.835.012**	**108.202.461**	**109.997.870**	**108.991.225**
Regioni non sotto piano di rientro	43.782.253	46.065.854	47.771.911	49.374.327	50.476.219	51.098.121	52.301.474	51.872.028
% su TOTALE	47,0%	47,0%	47,0%	47,2%	47,2%	47,2%	47,5%	47,6%
Regioni sotto piano di rientro	30.012.922	31.508.726	32.435.728	33.425.418	34.215.262	34.674.461	34.970.962	34.562.290
% su TOTALE	32,2%	32,1%	31,9%	31,9%	32,0%	32,0%	31,8%	31,7%
Regioni sotto piano di rientro leggero	13.166.700	13.979.759	14.494.117	14.743.233	14.962.836	15.113.857	15.334.412	15.173.727
% su TOTALE	14,1%	14,3%	14,3%	14,1%	14,0%	14,0%	13,9%	13,9%
Regioni autonome	6.162.252	6.484.605	6.864.712	7.090.506	7.180.694	7.316.023	7.391.021	7.383.180
% su TOTALE	6,6%	6,6%	6,8%	6,8%	6,7%	6,8%	6,7%	6,8%

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.7: disavanzi sanitari in percentuale del finanziamento effettivo regionale

Regione	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	-4,6%	-2,3%	-4,7%	-4,9%	-5,2%	-3,4%	-1,3%	-0,5%
Valle d'Aosta	-40,4%	-29,8%	-31,0%	-17,1%	-26,7%	-20,5%	-21,6%	-23,9%
Lombardia	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	-0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
P.A di Bolzano	-36,8%	-32,6%	-31,1%	-21,1%	-26,5%	-25,2%	-26,3%	-19,7%
P.A di Trento	-18,9%	-19,0%	-19,7%	-23,5%	-23,8%	-24,9%	-26,7%	-23,6%
Veneto	-1,9%	-1,7%	-1,8%	-1,2%	-0,1%	1,3%	0,1%	0,1%
Friuli Venezia Giulia	-0,2%	-2,1%	-1,9%	-2,9%	-3,3%	-2,9%	-2,0%	-1,8%
Liguria	-3,3%	-3,5%	-3,6%	-4,0%	-3,0%	-4,6%	-1,5%	-3,0%
Emilia Romagna	-4,1%	-1,2%	-0,5%	-1,5%	-1,6%	-1,2%	-0,5%	0,0%
Toscana	-1,6%	0,7%	0,0%	-2,4%	-1,0%	-1,6%	-0,7%	0,0%
Umbria	-3,9%	0,8%	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%	0,3%	1,5%
Marche	-2,0%	0,6%	1,3%	0,5%	-0,9%	0,8%	1,5%	1,1%
Lazio	-22,9%	-18,6%	-18,3%	-14,5%	-10,5%	-7,6%	-5,9%	-7,0%
Abruzzo	-9,5%	-7,5%	-4,8%	-1,9%	0,1%	1,6%	0,4%	0,0%
Molise	-13,2%	-12,6%	-13,8%	-13,0%	-10,8%	-6,1%	-8,9%	-8,6%
Campania	-8,9%	-9,8%	-9,0%	-8,3%	-5,2%	-2,5%	-1,1%	0,1%
Puglia	-3,5%	-4,1%	-3,2%	-5,2%	-4,8%	-1,6%	0,1%	-0,6%
Basilicata	0,3%	-2,1%	-3,5%	-2,5%	-3,5%	-4,8%	0,4%	-0,3%
Calabria	-1,9%	-9,0%	-6,2%	-7,7%	-5,8%	-3,4%	-2,1%	-0,9%
Sicilia	-14,6%	-8,3%	-4,4%	-3,3%	-1,1%	-0,3%	-0,1%	-1,2%
Sardegna	-5,2%	-4,5%	-6,8%	-9,6%	-10,0%	-12,0%	-12,9%	-13,3%
ITALIA	**-6,5%**	**-5,2%**	**-4,8%**	**-4,6%**	**-3,7%**	**-2,5%**	**-1,8%**	**-1,7%**
Regioni non sotto piano di rientro	-1,9%	-0,7%	-0,7%	-1,1%	-0,9%	-0,5%	-0,2%	0,0%
Regioni sotto piano di rientro	-15,3%	-13,1%	-10,8%	-9,0%	-5,9%	-3,5%	-2,5%	-2,5%
Regioni sotto piano di rientro leggero	-4,6%	-3,4%	-4,4%	-5,3%	-5,2%	-2,6%	-0,7%	-0,5%
Regioni autonome	-11,5%	-10,7%	-11,6%	-11,7%	-12,5%	-12,8%	-13,3%	-12,0%

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.
Con riferimento al 2012 il valore del risultato d'esercizio utilizzato per il calcolo del rapporto è quello "strutturale" dell'anno (cfr. nota Tabella 2.5).

A livello delle singole componenti di spesa, può evidenziarsi come il contenimento della dinamica abbia interessato tutte le voci di spesa, con un contributo maggiore della spesa per il personale dipendente, per gli altri beni e servizi e per la farmaceutica convenzionata.

Di seguito si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse voci di spesa[25].

2.4.1 - Spesa per il personale

La spesa per il personale passa da un incremento medio annuo del 4,9% nel periodo 2002-2006 al 2,4% nel periodo 2006-2010, riducendo il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria totale, che passa dal 33,8% nel 2006 al 33,2% nel 2010 (Tab. 2.9).

[25] Non si darà conto nell'analisi di quelle componenti di spesa non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, quali ad esempio, gli accantonamenti, gli oneri tributari gli oneri finanziari o il saldo delle poste straordinarie. Tali componenti di spesa assommano complessivamente a circa il 6% dell'intera spesa sanitaria.

Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro, la cui dinamica è passata da un incremento medio annuo del 5,9% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo dell'1,1% nel periodo 2006-2010. Questo contenimento si è riflesso anche sul peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, passata dal 32,5% del 2006 al 32,1% del 2010. Su tale risultato ha sicuramente giocato un ruolo notevole il blocco del *turn-over* previsto nei rispettivi piani di rientro.

Tuttavia, un contenimento della dinamica dell'aggregato si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a piano di rientro, che passano da un incremento medio annuo del 4,3% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio del 2,7% nel periodo 2006-2010. Si riduce anche il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale che passa dal 33,9% del 2006 al 33,0% del 2010.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 4,7% nel periodo 2002-2006 a una variazione media annua del 2,6% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 34,0% del 2006 al 32,9% del 2010.

Diversa è la dinamica delle regioni autonome che passano da un incremento medio annuo del 4,2% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo del 5,0% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale è cresciuto, passando dal 38,7% nel 2006 al 39,6% nel 2010.

Tab. 2.8: spesa per il personale - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro)

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	2.221.989	2.273.720	2.389.043	2.562.277	2.707.098	2.710.480	2.818.941	2.927.604	2.976.052	2.930.754	2.882.725	2.837.466
Valle d'Aosta	86.556	87.787	92.229	96.819	107.661	102.170	112.831	111.618	114.683	112.865	113.040	113.494
Lombardia	3.819.049	3.788.793	3.866.082	4.363.636	4.587.176	4.641.694	4.869.836	5.015.724	5.141.956	5.114.544	5.093.478	5.065.551
P.A di Bolzano	340.338	363.571	381.492	396.741	424.335	471.226	519.163	540.893	550.315	548.998	592.847	592.363
P.A di Trento	282.534	311.218	311.285	319.249	337.849	360.495	378.252	400.284	402.731	403.990	416.808	417.319
Veneto	2.242.422	2.274.599	2.334.839	2.401.948	2.556.496	2.547.751	2.680.665	2.735.650	2.771.366	2.745.981	2.746.489	2.744.273
Friuli Venezia Giulia	622.619	634.202	711.122	751.178	735.645	824.972	888.355	940.281	953.326	946.626	950.112	949.038
Liguria	863.462	876.135	1.056.010	1.097.527	1.087.627	1.091.006	1.132.768	1.165.444	1.176.589	1.153.651	1.116.772	1.098.371
Emilia Romagna	2.255.750	2.262.462	2.424.629	2.510.644	2.662.766	2.681.731	2.857.568	2.927.302	2.999.984	3.022.382	3.013.274	2.993.357
Toscana	1.996.170	2.007.600	2.150.269	2.220.721	2.341.522	2.350.421	2.464.892	2.575.751	2.622.856	2.607.768	2.554.189	2.525.956
Umbria	478.408	488.891	506.945	519.175	554.489	556.084	588.193	604.255	613.410	610.707	610.851	610.950
Marche	800.835	777.408	860.024	895.377	948.743	946.245	970.582	1.023.042	1.040.503	1.026.888	1.005.002	993.379
Lazio	2.170.522	2.269.401	2.384.544	2.816.123	2.940.451	2.918.997	3.023.731	3.058.797	3.075.248	2.985.459	2.894.195	2.829.693
Abruzzo	649.577	672.888	677.337	702.085	741.226	742.283	776.508	776.073	788.405	772.380	764.280	767.529
Molise	174.280	175.332	188.637	196.521	209.524	208.568	208.346	210.891	215.068	209.327	203.460	198.809
Campania	2.503.510	2.542.587	2.778.187	3.075.817	3.128.011	3.172.583	3.188.221	3.264.572	3.217.395	3.070.598	2.935.666	2.831.366
Puglia	1.651.910	1.653.895	1.737.776	1.827.275	1.950.022	2.008.661	2.078.213	2.141.161	2.190.795	2.112.490	2.040.278	1.990.388
Basilicata	279.855	276.296	300.307	318.940	345.129	352.194	378.929	384.678	393.156	385.554	380.631	376.404
Calabria	1.044.240	1.048.766	1.067.653	1.117.419	1.169.112	1.205.407	1.259.735	1.290.969	1.290.335	1.254.799	1.217.780	1.183.682
Sicilia	2.246.263	2.255.330	2.346.020	2.598.541	2.861.107	2.911.629	2.980.234	2.967.704	2.976.074	2.920.591	2.882.491	2.868.738
Sardegna	887.882	904.546	940.940	970.584	1.015.182	1.026.407	1.090.496	1.129.269	1.163.281	1.164.451	1.170.844	1.181.271
ITALIA	**27.618.171**	**27.945.427**	**29.505.370**	**31.758.597**	**33.411.171**	**33.831.004**	**35.266.459**	**36.191.962**	**36.673.528**	**36.100.803**	**35.585.212**	**35.169.397**
Regioni non sotto piano di rientro	12.735.951	12.752.184	13.499.105	14.327.968	15.083.948	15.167.126	15.943.433	16.431.846	16.759.820	16.667.475	16.520.686	16.408.241
% su TOTALE	46,1%	45,6%	45,8%	45,1%	45,1%	44,8%	45,2%	45,4%	45,7%	46,2%	46,4%	46,7%
Regioni sotto piano di rientro	8.788.392	8.964.304	9.442.378	10.506.506	11.049.431	11.159.467	11.436.775	11.569.006	11.562.525	11.213.154	10.897.872	10.679.817
% su TOTALE	31,8%	32,1%	32,0%	33,1%	33,1%	33,0%	32,4%	32,0%	31,5%	31,1%	30,6%	30,4%
Regioni sotto piano di rientro leggero	3.873.899	3.927.615	4.126.819	4.389.552	4.657.120	4.719.141	4.897.154	5.068.765	5.166.847	5.043.244	4.923.003	4.827.854
% su TOTALE	14,0%	14,1%	14,0%	13,8%	13,9%	13,9%	13,9%	14,0%	14,1%	14,0%	13,8%	13,7%
Regioni autonome	2.219.929	2.301.324	2.437.068	2.534.571	2.620.672	2.785.270	2.989.097	3.122.345	3.184.336	3.176.930	3.243.651	3.253.485
% su TOTALE	8,0%	8,2%	8,3%	8,0%	7,8%	8,2%	8,5%	8,6%	8,7%	8,8%	9,1%	9,3%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.9: spesa per il personale (variazione percentuale)

Regione	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	var 2002-2006	var 2006-2010	var 2010-2013
Piemonte	2,3%	5,1%	7,3%	5,7%	0,1%	4,0%	3,9%	1,7%	-1,5%	-1,6%	-1,6%	5,1%	2,4%	-1,6%
Valle d'Aosta	1,4%	5,1%	5,0%	11,2%	-5,1%	10,4%	-1,1%	2,7%	-1,6%	0,2%	0,4%	5,6%	1,6%	-0,3%
Lombardia	-0,8%	2,0%	12,9%	5,1%	1,2%	4,9%	3,0%	2,5%	-0,5%	-0,4%	-0,5%	4,7%	2,9%	-0,5%
P.A di Bolzano	6,8%	4,9%	4,0%	7,0%	11,1%	10,2%	4,2%	1,7%	-0,2%	8,0%	-0,1%	5,7%	6,7%	2,5%
P.A di Trento	10,2%	0,0%	2,6%	5,8%	6,7%	4,9%	5,8%	0,6%	0,3%	3,2%	0,1%	4,6%	4,5%	1,2%
Veneto	1,4%	2,6%	2,9%	6,4%	-0,3%	5,2%	2,1%	1,3%	-0,9%	0,0%	-0,1%	3,3%	2,0%	-0,3%
Friuli Venezia Giulia	1,9%	12,1%	5,6%	-2,1%	12,1%	7,7%	5,8%	1,4%	-0,7%	0,4%	-0,1%	4,3%	6,7%	-0,2%
Liguria	1,5%	20,5%	3,9%	-0,9%	0,3%	3,8%	2,9%	1,0%	-1,9%	-3,2%	-1,6%	5,9%	2,0%	-2,3%
Emilia Romagna	0,3%	7,2%	3,5%	6,1%	0,7%	6,6%	2,4%	2,5%	0,7%	-0,3%	-0,7%	4,2%	3,0%	-0,1%
Toscana	0,6%	7,1%	3,3%	5,4%	0,4%	4,9%	4,5%	1,8%	-0,6%	-2,1%	-1,1%	4,1%	2,9%	-1,2%
Umbria	2,2%	3,7%	2,4%	6,8%	0,3%	5,8%	2,7%	1,5%	-0,4%	0,0%	0,0%	3,8%	2,6%	-0,1%
Marche	-2,9%	10,6%	4,1%	6,0%	-0,3%	2,6%	5,4%	1,7%	-1,3%	-2,1%	-1,2%	4,3%	2,3%	-1,5%
Lazio	4,6%	5,1%	18,1%	4,4%	-0,7%	3,6%	1,2%	0,5%	-2,9%	-3,1%	-2,2%	7,9%	1,1%	-2,7%
Abruzzo	3,6%	0,7%	3,7%	5,6%	0,1%	4,6%	-0,1%	1,6%	-2,0%	-1,0%	0,4%	3,4%	1,6%	-0,9%
Molise	0,6%	7,6%	4,2%	6,6%	-0,5%	-0,1%	1,2%	2,0%	-2,7%	-2,8%	-2,3%	4,7%	0,7%	-2,6%
Campania	1,6%	9,3%	10,7%	1,7%	1,4%	0,5%	2,4%	-1,4%	-4,6%	-4,4%	-3,6%	5,7%	0,7%	-4,2%
Puglia	0,1%	5,1%	5,2%	6,7%	3,0%	3,5%	3,0%	2,3%	-3,6%	-3,4%	-2,4%	4,2%	3,0%	-3,1%
Basilicata	-1,3%	8,7%	6,2%	8,2%	2,0%	7,6%	1,5%	2,2%	-1,9%	-1,3%	-1,1%	5,4%	3,3%	-1,4%
Calabria	0,4%	1,8%	4,7%	4,6%	3,1%	4,5%	2,5%	0,0%	-2,8%	-3,0%	-2,8%	2,9%	2,5%	-2,8%
Sicilia	0,4%	4,0%	10,8%	10,1%	1,8%	2,4%	-0,4%	0,3%	-1,9%	-1,3%	-0,5%	6,2%	1,0%	-1,2%
Sardegna	1,9%	4,0%	3,2%	4,6%	1,1%	6,2%	3,6%	3,0%	0,1%	0,5%	0,9%	3,4%	3,5%	0,5%
ITALIA	**1,2%**	**5,6%**	**7,6%**	**5,2%**	**1,3%**	**4,2%**	**2,6%**	**1,3%**	**-1,6%**	**-1,4%**	**-1,2%**	**4,9%**	**2,4%**	**-1,4%**
Regioni non sotto piano di rientro	0,1%	5,9%	6,1%	5,3%	0,6%	5,1%	3,1%	2,0%	-0,6%	-0,9%	-0,7%	4,3%	2,7%	-0,7%
Regioni sotto piano di rientro	2,0%	5,3%	11,3%	5,2%	1,0%	2,5%	1,2%	-0,1%	-3,0%	-2,8%	-2,0%	5,9%	1,1%	-2,6%
Regioni sotto piano di rientro leggero	1,4%	5,1%	6,4%	6,1%	1,3%	3,8%	3,5%	1,9%	-2,4%	-2,4%	-1,9%	4,7%	2,6%	-2,2%
Regioni autonome	3,7%	5,9%	4,0%	3,4%	6,3%	7,3%	4,5%	2,0%	-0,2%	2,1%	0,3%	4,2%	5,0%	0,7%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.10: spesa per il personale in percentuale della spesa regionale

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	38,0%	37,0%	33,6%	35,6%	36,3%	35,1%	34,9%	35,1%	35,1%	34,8%	34,4%	34,7%
Valle d'Aosta	45,5%	44,4%	44,1%	43,1%	43,9%	41,4%	43,3%	42,3%	41,3%	40,5%	40,5%	41,8%
Lombardia	30,0%	29,8%	28,9%	29,5%	29,9%	28,7%	29,1%	29,2%	28,9%	28,2%	28,1%	27,8%
P.A di Bolzano	39,5%	40,0%	40,7%	40,4%	41,6%	44,3%	46,9%	50,8%	50,1%	49,5%	51,5%	52,8%
P.A di Trento	37,5%	38,7%	37,9%	37,3%	37,5%	38,2%	38,0%	37,7%	36,7%	35,7%	36,0%	36,5%
Veneto	35,7%	34,8%	33,5%	31,8%	32,5%	31,4%	32,0%	31,7%	31,6%	31,4%	31,5%	31,4%
Friuli Venezia Giulia	37,5%	36,6%	37,7%	37,8%	37,1%	38,3%	38,4%	39,0%	39,0%	38,0%	37,8%	38,3%
Liguria	35,9%	35,5%	36,9%	37,5%	36,8%	35,2%	35,7%	35,6%	36,3%	35,7%	35,5%	35,3%
Emilia Romagna	38,4%	37,0%	36,1%	35,6%	36,4%	35,2%	36,0%	35,4%	35,5%	35,6%	34,2%	34,7%
Toscana	39,9%	39,1%	37,9%	37,5%	37,8%	36,7%	37,0%	36,2%	37,0%	36,6%	35,9%	36,4%
Umbria	40,3%	38,4%	37,9%	37,2%	38,0%	37,2%	37,7%	37,5%	37,8%	37,4%	37,2%	37,6%
Marche	39,3%	37,3%	37,8%	38,2%	38,8%	37,5%	37,1%	37,4%	37,2%	36,7%	36,6%	36,4%
Lazio	29,4%	28,5%	25,0%	28,3%	27,9%	27,2%	27,6%	27,4%	27,8%	27,4%	26,7%	26,8%
Abruzzo	35,7%	34,2%	34,8%	31,3%	33,6%	31,9%	33,0%	33,2%	33,8%	33,5%	32,6%	33,1%
Molise	39,0%	33,4%	36,4%	30,1%	35,6%	33,6%	32,1%	31,8%	32,6%	32,3%	30,7%	30,8%
Campania	33,1%	32,7%	31,7%	31,9%	34,0%	32,7%	31,9%	32,2%	32,2%	31,3%	30,2%	29,7%
Puglia	32,8%	32,3%	32,1%	29,7%	31,2%	29,8%	29,4%	30,0%	30,3%	30,0%	29,5%	28,6%
Basilicata	38,5%	36,0%	36,4%	35,6%	37,9%	36,4%	37,4%	37,2%	37,2%	36,4%	36,9%	36,7%
Calabria	41,0%	40,6%	38,6%	39,2%	38,9%	36,4%	37,4%	37,0%	37,4%	37,2%	36,2%	35,8%
Sicilia	34,7%	34,0%	31,3%	33,3%	34,1%	35,0%	36,0%	35,4%	35,0%	34,4%	33,9%	33,7%
Sardegna	40,2%	39,8%	38,6%	36,1%	38,6%	38,0%	37,6%	37,0%	37,2%	36,6%	36,3%	37,0%
ITALIA	**35,0%**	**34,2%**	**32,8%**	**33,0%**	**33,8%**	**32,9%**	**33,1%**	**33,1%**	**33,2%**	**32,7%**	**32,2%**	**32,2%**
Regioni non sotto piano di rientro	35,2%	34,4%	33,7%	33,4%	33,9%	32,7%	33,2%	32,9%	33,0%	32,5%	32,2%	32,2%
Regioni sotto piano di rientro	33,5%	32,7%	30,4%	31,7%	32,5%	31,9%	32,1%	32,0%	32,1%	31,6%	30,7%	30,6%
Regioni sotto piano di rientro leggero	35,6%	34,9%	32,9%	32,9%	34,0%	32,6%	32,3%	32,7%	32,9%	32,6%	32,2%	31,9%
Regioni autonome	39,2%	38,9%	38,7%	37,6%	38,7%	39,2%	39,4%	39,8%	39,6%	38,8%	38,9%	39,6%

Note:

Il peso relativo della voce in esame sul totale della spesa è calcolato, con riferimento ai raggruppamenti di regioni rappresentati in tabella, sulla base dell'aggregazione dei valori di spesa delle regioni incluse in ciascuno dei quattro gruppi.

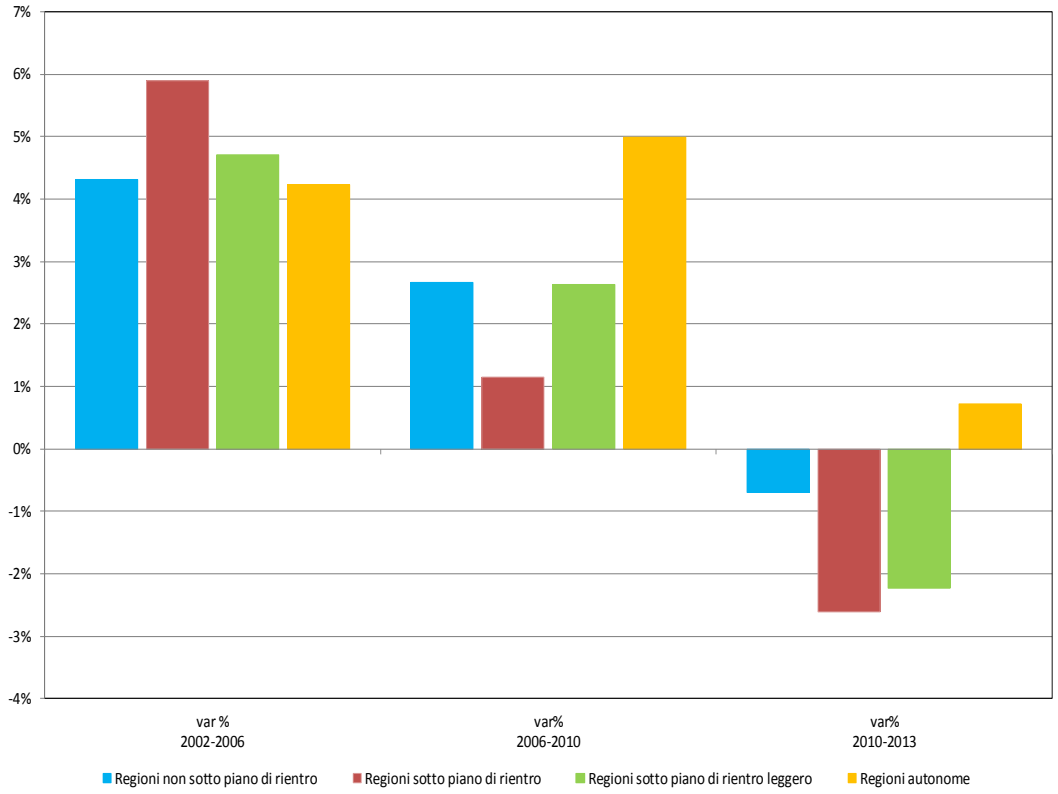
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.21: spesa per il personale (variazione percentuale annua)

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.22: spesa per il personale (variazione media annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

2.4.2 - Spesa per beni e servizi - Prodotti farmaceutici

La spesa per prodotti farmaceutici passa da un incremento medio annuo del 15,8% nel periodo 2002-2006 al 12,6% nel periodo 2006-2010. Tuttavia aumenta in media il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria totale che passa dal 4,7% nel 2006 al 6,7% nel 2010 (Tab. 2.12).

Nella dinamica di tale voce di spesa ha influito l'introduzione di farmaci innovativi (specie in campo oncologico) caratterizzati da prezzi elevati e l'incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Aziende Sanitarie. Quest'ultimo fattore, in particolare, ha portato a una ricomposizione della spesa farmaceutica, con una riduzione della farmaceutica convenzionata e un aumento della spesa per l'acquisto e la distribuzione diretta di prodotti farmaceutici da parte delle Aziende Sanitarie.

Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro, che passano da un incremento medio annuo del 21,1% nel periodo 2002-2006 a un

incremento medio annuo del 12,6% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa, per le regioni sotto piano di rientro, dal 4,2% del 2006 al 6,3% del 2010.

Un contenimento della dinamica si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a piano di rientro che passano da un incremento medio annuo del 12,8% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio dell'11,9% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 4,9% del 2006 al 6,8% del 2010.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 18,3% nel periodo 2002-2006 a una variazione media annua del 14,1% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 5,0% del 2006 al 7,4% del 2010.

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo dell'11,6% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo del 14,6% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale è cresciuto, passando dal 4,7% nel 2006 al 6,9% nel 2010.

Tab. 2.11: spesa per prodotti farmaceutici - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro)

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	199.769	242.848	285.190	331.945	365.172	405.168	489.427	535.200	613.275	638.163	612.490	638.843
Valle d'Aosta	5.265	6.195	6.785	8.294	8.562	9.123	11.370	13.066	13.659	15.170	13.946	14.135
Lombardia	343.633	364.033	410.377	516.663	561.555	631.168	765.062	856.622	956.033	1.006.556	1.056.329	1.126.670
P.A di Bolzano	23.956	27.792	28.906	31.085	41.517	44.972	49.339	51.268	54.614	58.939	60.484	65.111
P.A di Trento	24.128	27.014	29.421	31.855	34.225	38.773	34.408	38.937	41.975	43.471	45.747	45.770
Veneto	236.281	274.147	304.846	329.176	355.854	396.644	469.058	520.036	569.536	589.944	602.468	631.532
Friuli Venezia Giulia	56.308	67.506	82.013	88.492	99.492	126.533	153.061	166.318	174.353	187.360	178.015	179.505
Liguria	80.018	90.558	122.299	144.585	157.995	177.551	209.884	226.548	238.958	240.644	219.574	233.725
Emilia Romagna	265.722	313.113	352.992	384.873	403.367	435.594	529.937	578.788	613.460	624.173	614.692	659.863
Toscana	258.056	305.303	345.834	396.131	405.888	453.629	538.197	611.455	619.058	642.879	626.098	667.252
Umbria	56.597	66.710	72.359	75.132	83.606	97.371	104.156	116.819	124.841	131.725	135.198	141.563
Marche	90.887	106.197	124.292	148.764	173.090	186.945	211.563	225.617	243.598	252.983	261.569	262.153
Lazio	147.925	181.002	202.906	343.486	391.481	491.369	573.193	636.825	701.619	735.722	757.980	815.280
Abruzzo	68.945	82.330	93.232	106.311	119.405	123.080	146.581	156.311	160.630	171.875	167.848	178.454
Molise	13.645	15.871	17.580	22.294	24.199	24.535	30.106	33.108	35.155	38.979	36.601	39.190
Campania	217.770	275.405	334.979	430.046	460.019	511.622	597.316	644.448	689.648	712.629	721.007	757.666
Puglia	147.606	164.537	198.265	225.471	316.315	371.783	440.997	486.466	542.354	564.322	608.422	629.931
Basilicata	25.494	32.136	36.448	52.310	53.850	57.707	59.613	68.813	75.400	82.656	79.922	86.850
Calabria	65.039	75.081	84.238	94.594	108.147	120.837	145.255	183.886	206.399	249.536	246.743	281.781
Sicilia	147.760	171.664	194.162	266.721	318.715	356.594	418.989	463.084	488.814	524.857	556.228	582.729
Sardegna	96.963	108.409	125.438	135.406	137.159	174.612	222.625	239.571	268.526	272.374	255.797	285.080
ITALIA	**2.571.767**	**2.997.851**	**3.452.562**	**4.163.634**	**4.619.613**	**5.235.610**	**6.200.137**	**6.853.186**	**7.431.905**	**7.784.957**	**7.857.158**	**8.323.083**
Regioni non sotto piano di rientro	1.356.688	1.552.197	1.769.447	2.047.634	2.195.205	2.436.609	2.887.470	3.204.698	3.440.884	3.571.560	3.595.850	3.809.608
% su TOTALE	52,8%	51,8%	51,3%	49,2%	47,5%	46,5%	46,6%	46,8%	46,3%	45,9%	45,8%	45,8%
Regioni sotto piano di rientro	661.084	801.353	927.097	1.263.452	1.421.966	1.628.037	1.911.440	2.117.662	2.282.265	2.433.598	2.486.407	2.655.100
% su TOTALE	25,7%	26,7%	26,9%	30,3%	30,8%	31,1%	30,8%	30,9%	30,7%	31,3%	31,6%	31,9%
Regioni sotto piano di rientro leggero	347.375	407.385	483.455	557.416	681.487	776.951	930.424	1.021.666	1.155.629	1.202.485	1.220.912	1.268.774
% su TOTALE	13,5%	13,6%	14,0%	13,4%	14,8%	14,8%	15,0%	14,9%	15,5%	15,4%	15,5%	15,2%
Regioni autonome	206.620	236.916	272.563	295.132	320.955	394.013	470.803	509.160	553.127	577.314	553.989	589.601
% su TOTALE	8,0%	7,9%	7,9%	7,1%	6,9%	7,5%	7,6%	7,4%	7,4%	7,4%	7,1%	7,1%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.12: spesa per prodotti farmaceutici (variazione percentuale)

Regione	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2011-2013	var % 2002-2006	var% 2006-2010	var% 2010-2013
Piemonte	21,6%	17,4%	16,4%	10,0%	11,0%	20,8%	9,4%	14,6%	4,1%	-4,0%	4,3%	16,3%	13,8%	1,4%
Valle d'Aosta	17,7%	9,5%	22,2%	3,2%	6,6%	24,6%	14,9%	4,5%	11,1%	-8,1%	1,4%	12,9%	12,4%	1,1%
Lombardia	5,9%	12,7%	25,9%	8,7%	12,4%	21,2%	12,0%	11,6%	5,3%	4,9%	6,7%	13,1%	14,2%	5,6%
P.A di Bolzano	16,0%	4,0%	7,5%	33,6%	8,3%	9,7%	3,9%	6,5%	7,9%	2,6%	7,6%	14,7%	7,1%	6,0%
P.A di Trento	12,0%	8,9%	8,3%	7,4%	13,3%	-11,3%	13,2%	7,8%	3,6%	5,2%	0,1%	9,1%	5,2%	2,9%
Veneto	16,0%	11,2%	8,0%	8,1%	11,5%	18,3%	10,9%	9,5%	3,6%	2,1%	4,8%	10,8%	12,5%	3,5%
Friuli Venezia Giulia	19,9%	21,5%	7,9%	12,4%	27,2%	21,0%	8,7%	4,8%	7,5%	-5,0%	0,8%	15,3%	15,1%	1,0%
Liguria	13,2%	35,1%	18,2%	9,3%	12,4%	18,2%	7,9%	5,5%	0,7%	-8,8%	6,4%	18,5%	10,9%	-0,7%
Emilia Romagna	17,8%	12,7%	9,0%	4,8%	8,0%	21,7%	9,2%	6,0%	1,7%	-1,5%	7,3%	11,0%	11,1%	2,5%
Toscana	18,3%	13,3%	14,5%	2,5%	11,8%	18,6%	13,6%	1,2%	3,8%	-2,6%	6,6%	12,0%	11,1%	2,5%
Umbria	17,9%	8,5%	3,8%	11,3%	16,5%	7,0%	12,2%	6,9%	5,5%	2,6%	4,7%	10,2%	10,5%	4,3%
Marche	16,8%	17,0%	19,7%	16,4%	8,0%	13,2%	6,6%	8,0%	3,9%	3,4%	0,2%	17,5%	8,9%	2,5%
Lazio	22,4%	12,1%	69,3%	14,0%	25,5%	16,7%	11,1%	10,2%	4,9%	3,0%	7,6%	27,5%	15,7%	5,1%
Abruzzo	19,4%	13,2%	14,0%	12,3%	3,1%	19,1%	6,6%	2,8%	7,0%	-2,3%	6,3%	14,7%	7,7%	3,6%
Molise	16,3%	10,8%	26,8%	8,5%	1,4%	22,7%	10,0%	6,2%	10,9%	-6,1%	7,1%	15,4%	9,8%	3,7%
Campania	26,5%	21,6%	28,4%	7,0%	11,2%	16,7%	7,9%	7,0%	3,3%	1,2%	5,1%	20,6%	10,7%	3,2%
Puglia	11,5%	20,5%	13,7%	40,3%	17,5%	18,6%	10,3%	11,5%	4,1%	7,8%	3,5%	21,0%	14,4%	5,1%
Basilicata	26,1%	13,4%	43,5%	2,9%	7,2%	3,3%	15,4%	9,6%	9,6%	-3,3%	8,7%	20,6%	8,8%	4,8%
Calabria	15,4%	12,2%	12,3%	14,3%	11,7%	20,2%	26,6%	12,2%	20,9%	-1,1%	14,2%	13,6%	17,5%	10,9%
Sicilia	16,2%	13,1%	37,4%	19,5%	11,9%	17,5%	10,5%	5,6%	7,4%	6,0%	4,8%	21,2%	11,3%	6,0%
Sardegna	11,8%	15,7%	7,9%	1,3%	27,3%	27,5%	7,6%	12,1%	1,4%	-6,1%	11,4%	9,1%	18,3%	2,0%
ITALIA	**16,6%**	**15,2%**	**20,6%**	**11,0%**	**13,3%**	**18,4%**	**10,5%**	**8,4%**	**4,8%**	**0,9%**	**5,9%**	**15,8%**	**12,6%**	**3,8%**
Regioni non sotto piano di rientro	14,4%	14,0%	15,7%	7,2%	11,0%	18,5%	11,0%	7,4%	3,8%	0,7%	5,9%	12,8%	11,9%	3,5%
Regioni sotto piano di rientro	21,2%	15,7%	36,3%	12,5%	14,5%	17,4%	10,8%	7,8%	6,6%	2,2%	6,8%	21,1%	12,6%	5,2%
Regioni sotto piano di rientro legger	17,3%	18,7%	15,3%	22,3%	14,0%	19,8%	9,8%	13,1%	4,1%	1,5%	3,9%	18,3%	14,1%	3,2%
Regioni autonome	14,7%	15,0%	8,3%	8,7%	22,8%	19,5%	8,1%	8,6%	4,4%	-4,0%	6,4%	11,6%	14,6%	2,2%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.13: spesa per prodotti farmaceutici in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	3,4%	4,0%	4,0%	4,6%	4,9%	5,2%	6,1%	6,4%	7,2%	7,6%	7,3%	7,8%
Valle d'Aosta	2,8%	3,1%	3,2%	3,7%	3,5%	3,7%	4,4%	5,0%	4,9%	5,4%	5,0%	5,2%
Lombardia	2,7%	2,9%	3,1%	3,5%	3,7%	3,9%	4,6%	5,0%	5,4%	5,6%	5,8%	6,2%
P.A di Bolzano	2,8%	3,1%	3,1%	3,2%	4,1%	4,2%	4,5%	4,8%	5,0%	5,3%	5,3%	5,8%
P.A di Trento	3,2%	3,4%	3,6%	3,7%	3,8%	4,1%	3,5%	3,7%	3,8%	3,8%	4,0%	4,0%
Veneto	3,8%	4,2%	4,4%	4,4%	4,5%	4,9%	5,6%	6,0%	6,5%	6,7%	6,9%	7,2%
Friuli Venezia Giulia	3,4%	3,9%	4,4%	4,5%	5,0%	5,9%	6,6%	6,9%	7,1%	7,5%	7,1%	7,2%
Liguria	3,3%	3,7%	4,3%	4,9%	5,3%	5,7%	6,6%	6,9%	7,4%	7,4%	7,0%	7,5%
Emilia Romagna	4,5%	5,1%	5,3%	5,5%	5,5%	5,7%	6,7%	7,0%	7,3%	7,3%	7,0%	7,7%
Toscana	5,2%	6,0%	6,1%	6,7%	6,5%	7,1%	8,1%	8,6%	8,7%	9,0%	8,8%	9,6%
Umbria	4,8%	5,2%	5,4%	5,4%	5,7%	6,5%	6,7%	7,2%	7,7%	8,1%	8,2%	8,7%
Marche	4,5%	5,1%	5,5%	6,3%	7,1%	7,4%	8,1%	8,2%	8,7%	9,1%	9,5%	9,6%
Lazio	2,0%	2,3%	2,1%	3,4%	3,7%	4,6%	5,2%	5,7%	6,3%	6,8%	7,0%	7,7%
Abruzzo	3,8%	4,2%	4,8%	4,7%	5,4%	5,3%	6,2%	6,7%	6,9%	7,5%	7,1%	7,7%
Molise	3,1%	3,0%	3,4%	3,4%	4,1%	4,0%	4,6%	5,0%	5,3%	6,0%	5,5%	6,1%
Campania	2,9%	3,5%	3,8%	4,5%	5,0%	5,3%	6,0%	6,4%	6,9%	7,3%	7,4%	7,9%
Puglia	2,9%	3,2%	3,7%	3,7%	5,1%	5,5%	6,2%	6,8%	7,5%	8,0%	8,8%	9,1%
Basilicata	3,5%	4,2%	4,4%	5,8%	5,9%	6,0%	5,9%	6,7%	7,1%	7,8%	7,8%	8,5%
Calabria	2,6%	2,9%	3,0%	3,3%	3,6%	3,6%	4,3%	5,3%	6,0%	7,4%	7,3%	8,5%
Sicilia	2,3%	2,6%	2,6%	3,4%	3,8%	4,3%	5,1%	5,5%	5,7%	6,2%	6,5%	6,8%
Sardegna	4,4%	4,8%	5,1%	5,0%	5,2%	6,5%	7,7%	7,9%	8,6%	8,6%	7,9%	8,9%
ITALIA	**3,3%**	**3,7%**	**3,8%**	**4,3%**	**4,7%**	**5,1%**	**5,8%**	**6,3%**	**6,7%**	**7,1%**	**7,1%**	**7,6%**
Regioni non sotto piano di rientro	3,7%	4,2%	4,4%	4,8%	4,9%	5,3%	6,0%	6,4%	6,8%	7,0%	7,0%	7,5%
Regioni sotto piano di rientro	2,5%	2,9%	3,0%	3,8%	4,2%	4,6%	5,4%	5,8%	6,3%	6,8%	7,0%	7,6%
Regioni sotto piano di rientro leggero	3,2%	3,6%	3,9%	4,2%	5,0%	5,4%	6,1%	6,6%	7,4%	7,8%	8,0%	8,4%
Regioni autonome	3,6%	4,0%	4,3%	4,4%	4,7%	5,5%	6,2%	6,5%	6,9%	7,0%	6,7%	7,2%

Note:

Il peso relativo della voce in esame sul totale della spesa è calcolato, con riferimento ai raggruppamenti di regioni rappresentati in tabella, sulla base dell'aggregazione dei valori di spesa delle regioni incluse in ciascuno dei quattro gruppi.

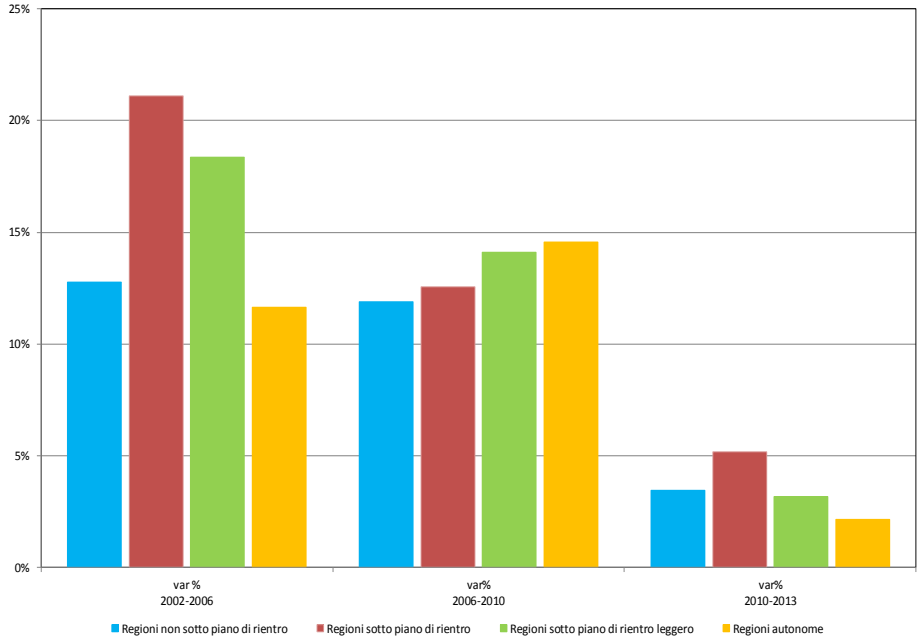
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.23: prodotti farmaceutici ospedalieri (variazione percentuale annua)

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.24: prodotti farmaceutici ospedalieri (variazione media annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

2.4.3 - Spesa per beni e servizi - Altri beni e servizi

La spesa per altri beni e servizi (al netto dei prodotti farmaceutici) passa da un incremento medio annuo dell'8,8% nel periodo 2002-2006 a un incremento del 3,0% nel periodo 2006-2010. Il peso di tale componente di spesa sulla spesa sanitaria totale si mantiene sostanzialmente invariata, passando dal 19,0% nel 2006 al 19,2% nel 2010 (Tab. 2.15).

Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro, la cui dinamica è passata da un incremento medio annuo del 12,8% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo dell'1,4% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per altri beni e servizi sulla corrispondente spesa sanitaria regionale nel periodo 2006-2010, per le regioni sotto piano di rientro, si è mantenuto intorno al 16,4%.

Un contenimento della dinamica si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a piano di rientro che passano da un incremento medio annuo del 6,9% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo del 3,7% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per altri beni e servizi sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 20,5% del 2006 al 20,8% del 2010.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 9,1% nel periodo 2002-2006 a una variazione media annua del 2,9% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per altri beni e servizi sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 19,5% del 2006 al 19,0% del 2010.

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo del 7,0% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo del 4,9% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per altri beni e servizi sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 21,2% nel 2006 al 21,6% nel 2010.

Tab. 2.14: spesa per altri beni e servizi - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro)

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	1.100.500	1.213.235	1.346.023	1.482.525	1.542.272	1.623.216	1.630.239	1.678.564	1.689.553	1.702.461	1.745.122	1.685.258
Valle d'Aosta	42.350	43.532	47.844	53.459	57.793	60.506	72.739	77.313	84.611	84.079	80.142	75.206
Lombardia	2.132.438	2.058.335	2.121.915	2.505.972	2.702.998	2.960.097	2.882.521	3.016.091	3.204.715	3.305.263	3.402.048	3.501.807
P.A di Bolzano	223.039	241.890	253.078	263.105	273.753	243.424	220.877	218.216	217.246	221.031	242.704	203.616
P.A di Trento	131.115	140.411	155.032	163.231	174.136	192.031	204.435	217.898	224.450	228.402	238.873	238.446
Veneto	1.377.814	1.485.845	1.559.624	1.638.200	1.788.566	2.048.114	1.824.140	1.928.704	2.004.048	2.075.863	2.082.017	2.112.199
Friuli Venezia Giulia	324.160	377.006	433.185	475.269	449.126	514.653	562.515	599.144	602.243	631.513	682.672	679.240
Liguria	423.645	458.814	529.258	584.843	597.202	637.418	640.165	683.473	674.379	681.693	629.044	641.766
Emilia Romagna	1.233.573	1.306.681	1.389.204	1.526.456	1.624.855	1.685.577	1.699.387	1.763.509	1.803.441	1.793.795	1.914.438	1.883.833
Toscana	1.041.409	1.122.528	1.279.410	1.362.703	1.435.858	1.559.406	1.479.857	1.671.675	1.695.817	1.714.502	1.709.411	1.663.105
Umbria	252.055	277.657	293.049	313.426	343.524	342.204	359.571	376.283	385.245	391.048	394.409	387.773
Marche	390.800	395.202	415.413	455.524	480.455	488.172	553.403	572.240	602.945	573.201	558.982	541.273
Lazio	1.036.114	1.232.809	1.422.443	1.915.839	1.971.857	2.132.755	1.989.418	2.142.200	2.183.014	2.146.610	2.154.534	2.119.743
Abruzzo	303.078	323.881	352.356	394.576	408.878	431.378	451.055	468.026	466.912	490.656	523.347	515.369
Molise	77.562	92.350	95.270	102.921	103.070	110.641	114.640	120.271	117.819	117.896	124.291	117.320
Campania	956.794	1.057.519	1.206.404	1.447.541	1.422.047	1.534.836	1.603.731	1.638.699	1.526.132	1.473.967	1.523.770	1.551.305
Puglia	781.005	820.757	963.915	1.073.447	1.125.322	1.206.788	1.213.714	1.267.772	1.298.454	1.261.592	1.292.534	1.276.829
Basilicata	140.862	150.881	152.284	165.672	169.724	195.036	197.648	193.110	198.822	213.512	196.863	194.266
Calabria	307.242	327.293	334.900	374.992	406.413	440.666	447.926	490.559	493.836	475.277	496.842	508.549
Sicilia	766.879	798.539	903.635	1.124.876	1.262.684	1.256.005	1.082.195	1.114.553	1.102.717	1.152.212	1.203.097	1.217.554
Sardegna	373.505	370.726	395.527	444.651	480.034	491.749	550.191	600.059	606.398	659.651	670.270	673.915
ITALIA	**13.415.939**	**14.295.891**	**15.649.769**	**17.869.228**	**18.820.567**	**20.154.672**	**19.780.367**	**20.838.359**	**21.182.797**	**21.394.224**	**21.865.410**	**21.788.372**
Regioni non sotto piano di rientro	6.992.596	7.255.943	7.740.157	8.552.796	9.143.182	9.916.024	9.636.692	10.205.085	10.569.412	10.748.877	10.887.212	10.926.022
% su TOTALE	52,1%	50,8%	49,5%	47,9%	48,6%	49,2%	48,7%	49,0%	49,9%	50,2%	49,8%	50,1%
Regioni sotto piano di rientro	3.447.669	3.832.391	4.315.008	5.360.745	5.574.949	5.906.281	5.688.965	5.974.308	5.890.430	5.856.618	6.025.881	6.029.840
% su TOTALE	25,7%	26,8%	27,6%	30,0%	29,6%	29,3%	28,8%	28,7%	27,8%	27,4%	27,6%	27,7%
Regioni sotto piano di rientro leggero	1.881.505	2.033.992	2.309.938	2.555.972	2.667.594	2.830.004	2.843.953	2.946.336	2.988.007	2.964.053	3.037.656	2.962.087
% su TOTALE	14,0%	14,2%	14,8%	14,3%	14,2%	14,0%	14,4%	14,1%	14,1%	13,9%	13,9%	13,6%
Regioni autonome	1.094.169	1.173.565	1.284.666	1.399.715	1.434.842	1.502.363	1.610.757	1.712.630	1.734.948	1.824.676	1.914.661	1.870.423
% su TOTALE	8,2%	8,2%	8,2%	7,8%	7,6%	7,5%	8,1%	8,2%	8,2%	8,5%	8,8%	8,6%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.15: spesa per altri beni e servizi (variazione percentuale)

Regione	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	var % 2002-2006	var% 2006-2010	var% 2010-2013
Piemonte	10,2%	10,9%	10,1%	4,0%	5,2%	0,4%	3,0%	0,7%	0,8%	2,5%	-3,4%	8,8%	2,3%	-0,1%
Valle d'Aosta	2,8%	9,9%	11,7%	8,1%	4,7%	20,2%	6,3%	9,4%	-0,6%	-4,7%	-6,2%	8,1%	10,0%	-3,9%
Lombardia	-3,5%	3,1%	18,1%	7,9%	9,5%	-2,6%	4,6%	6,3%	3,1%	2,9%	2,9%	6,1%	4,3%	3,0%
P.A di Bolzano	8,5%	4,6%	4,0%	4,0%	-11,1%	-9,3%	-1,2%	-0,4%	1,7%	9,8%	-16,1%	5,3%	-5,6%	-2,1%
P.A di Trento	7,1%	10,4%	5,3%	6,7%	10,3%	6,5%	6,6%	3,0%	1,8%	4,6%	-0,2%	7,4%	6,6%	2,0%
Veneto	7,8%	5,0%	5,0%	9,2%	14,5%	-10,9%	5,7%	3,9%	3,6%	0,3%	1,4%	6,7%	2,9%	1,8%
Friuli Venezia Giulia	16,3%	14,9%	9,7%	-5,5%	14,6%	9,3%	6,5%	0,5%	4,9%	8,1%	-0,5%	8,5%	7,6%	4,1%
Liguria	8,3%	15,4%	10,5%	2,1%	6,7%	0,4%	6,8%	-1,3%	1,1%	-7,7%	2,0%	9,0%	3,1%	-1,6%
Emilia Romagna	5,9%	6,3%	9,9%	6,4%	3,7%	0,8%	3,8%	2,3%	-0,5%	6,7%	-1,6%	7,1%	2,6%	1,5%
Toscana	7,8%	14,0%	6,5%	5,4%	8,6%	-5,1%	13,0%	1,4%	1,1%	-0,3%	-2,7%	8,4%	4,2%	-0,6%
Umbria	10,2%	5,5%	7,0%	9,6%	-0,4%	5,1%	4,6%	2,4%	1,5%	0,9%	-1,7%	8,0%	2,9%	0,2%
Marche	1,1%	5,1%	9,7%	5,5%	1,6%	13,4%	3,4%	5,4%	-4,9%	-2,5%	-3,2%	5,3%	5,8%	-3,5%
Lazio	19,0%	15,4%	34,7%	2,9%	8,2%	-6,7%	7,7%	1,9%	-1,7%	0,4%	-1,6%	17,5%	2,6%	-1,0%
Abruzzo	6,9%	8,8%	12,0%	3,6%	5,5%	4,6%	3,8%	-0,2%	5,1%	6,7%	-1,5%	7,8%	3,4%	3,3%
Molise	19,1%	3,2%	8,0%	0,1%	7,3%	3,6%	4,9%	-2,0%	0,1%	5,4%	-5,6%	7,4%	3,4%	-0,1%
Campania	10,5%	14,1%	20,0%	-1,8%	7,9%	4,5%	2,2%	-6,9%	-3,4%	3,4%	1,8%	10,4%	1,8%	0,5%
Puglia	5,1%	17,4%	11,4%	4,8%	7,2%	0,6%	4,5%	2,4%	-2,8%	2,5%	-1,2%	9,6%	3,6%	-0,6%
Basilicata	7,1%	0,9%	8,8%	2,4%	14,9%	1,3%	-2,3%	3,0%	7,4%	-7,8%	-1,3%	4,8%	4,0%	-0,8%
Calabria	6,5%	2,3%	12,0%	8,4%	8,4%	1,6%	9,5%	0,7%	-3,8%	4,5%	2,4%	7,2%	5,0%	1,0%
Sicilia	4,1%	13,2%	24,5%	12,3%	-0,5%	-13,8%	3,0%	-1,1%	4,5%	4,4%	1,2%	13,3%	-3,3%	3,4%
Sardegna	-0,7%	6,7%	12,4%	8,0%	2,4%	11,9%	9,1%	1,1%	8,8%	1,6%	0,5%	6,5%	6,0%	3,6%
ITALIA	**6,6%**	**9,5%**	**14,2%**	**5,3%**	**7,1%**	**-1,9%**	**5,3%**	**1,7%**	**1,0%**	**2,2%**	**-0,4%**	**8,8%**	**3,0%**	**0,9%**
Regioni non sotto piano di rientro	3,8%	6,7%	10,5%	6,9%	8,5%	-2,8%	5,9%	3,6%	1,7%	1,3%	0,4%	6,9%	3,7%	1,1%
Regioni sotto piano di rientro	11,2%	12,6%	24,2%	4,0%	5,9%	-3,7%	5,0%	-1,4%	-0,6%	2,9%	0,1%	12,8%	1,4%	0,8%
Regioni sotto piano di rientro leggero	8,1%	13,6%	10,7%	4,4%	6,1%	0,5%	3,6%	1,4%	-0,8%	2,5%	-2,5%	9,1%	2,9%	-0,3%
Regioni autonome	7,3%	9,5%	9,0%	2,5%	4,7%	7,2%	6,3%	1,3%	5,2%	4,9%	-2,3%	7,0%	4,9%	2,5%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.16: spesa per altri beni e servizi in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	18,8%	19,7%	18,9%	20,6%	20,7%	21,0%	20,2%	20,1%	20,0%	20,2%	20,9%	20,6%
Valle d'Aosta	22,3%	22,0%	22,9%	23,8%	23,6%	24,5%	27,9%	29,3%	30,5%	30,2%	28,7%	27,7%
Lombardia	16,8%	16,2%	15,8%	17,0%	17,6%	18,3%	17,2%	17,5%	18,0%	18,2%	18,8%	19,2%
P.A di Bolzano	25,9%	26,6%	27,0%	26,8%	26,8%	22,9%	19,9%	20,5%	19,8%	19,9%	21,1%	18,1%
P.A di Trento	17,4%	17,5%	18,9%	19,1%	19,3%	20,4%	20,5%	20,5%	20,5%	20,2%	20,6%	20,9%
Veneto	22,0%	22,8%	22,4%	21,7%	22,7%	25,3%	21,7%	22,3%	22,8%	23,7%	23,9%	24,2%
Friuli Venezia Giulia	19,5%	21,8%	23,0%	23,9%	22,6%	23,9%	24,3%	24,9%	24,7%	25,3%	27,2%	27,4%
Liguria	17,6%	18,6%	18,5%	20,0%	20,2%	20,6%	20,2%	20,9%	20,8%	21,1%	20,0%	20,6%
Emilia Romagna	21,0%	21,4%	20,7%	21,6%	22,2%	22,1%	21,4%	21,3%	21,4%	21,1%	21,8%	21,9%
Toscana	20,8%	21,9%	22,6%	23,0%	23,2%	24,4%	22,2%	23,5%	23,9%	24,0%	24,0%	24,0%
Umbria	21,2%	21,8%	21,9%	22,5%	23,5%	22,9%	23,0%	23,3%	23,7%	23,9%	24,0%	23,9%
Marche	19,2%	19,0%	18,3%	19,4%	19,6%	19,3%	21,1%	20,9%	21,5%	20,5%	20,3%	19,8%
Lazio	14,1%	15,5%	14,9%	19,2%	18,7%	19,9%	18,2%	19,2%	19,7%	19,7%	19,9%	20,1%
Abruzzo	16,7%	16,5%	18,1%	17,6%	18,5%	18,5%	19,2%	20,0%	20,0%	21,3%	22,3%	22,2%
Molise	17,3%	17,6%	18,4%	15,8%	17,5%	17,8%	17,7%	18,1%	17,8%	18,2%	18,7%	18,2%
Campania	12,7%	13,6%	13,8%	15,0%	15,5%	15,8%	16,0%	16,2%	15,3%	15,0%	15,7%	16,3%
Puglia	15,5%	16,0%	17,8%	17,4%	18,0%	17,9%	17,2%	17,8%	18,0%	17,9%	18,7%	18,3%
Basilicata	19,4%	19,7%	18,5%	18,5%	18,6%	20,1%	19,5%	18,7%	18,8%	20,2%	19,1%	18,9%
Calabria	12,1%	12,7%	12,1%	13,1%	13,5%	13,3%	13,3%	14,1%	14,3%	14,1%	14,8%	15,4%
Sicilia	11,9%	12,0%	12,1%	14,4%	15,0%	15,1%	13,1%	13,3%	13,0%	13,6%	14,1%	14,3%
Sardegna	16,9%	16,3%	16,2%	16,5%	18,2%	18,2%	19,0%	19,7%	19,4%	20,7%	20,8%	21,1%
ITALIA	**17,0%**	**17,5%**	**17,4%**	**18,6%**	**19,0%**	**19,6%**	**18,6%**	**19,0%**	**19,2%**	**19,4%**	**19,8%**	**19,9%**
Regioni non sotto piano di rientro	19,3%	19,6%	19,3%	19,9%	20,5%	21,4%	20,0%	20,5%	20,8%	21,0%	21,2%	21,4%
Regioni sotto piano di rientro	13,2%	14,0%	13,9%	16,2%	16,4%	16,9%	16,0%	16,5%	16,4%	16,5%	17,0%	17,3%
Regioni sotto piano di rientro leggero	17,3%	18,1%	18,4%	19,2%	19,5%	19,6%	18,8%	19,0%	19,0%	19,2%	19,9%	19,6%
Regioni autonome	19,3%	19,8%	20,4%	20,8%	21,2%	21,1%	21,3%	21,8%	21,6%	22,3%	23,0%	22,8%

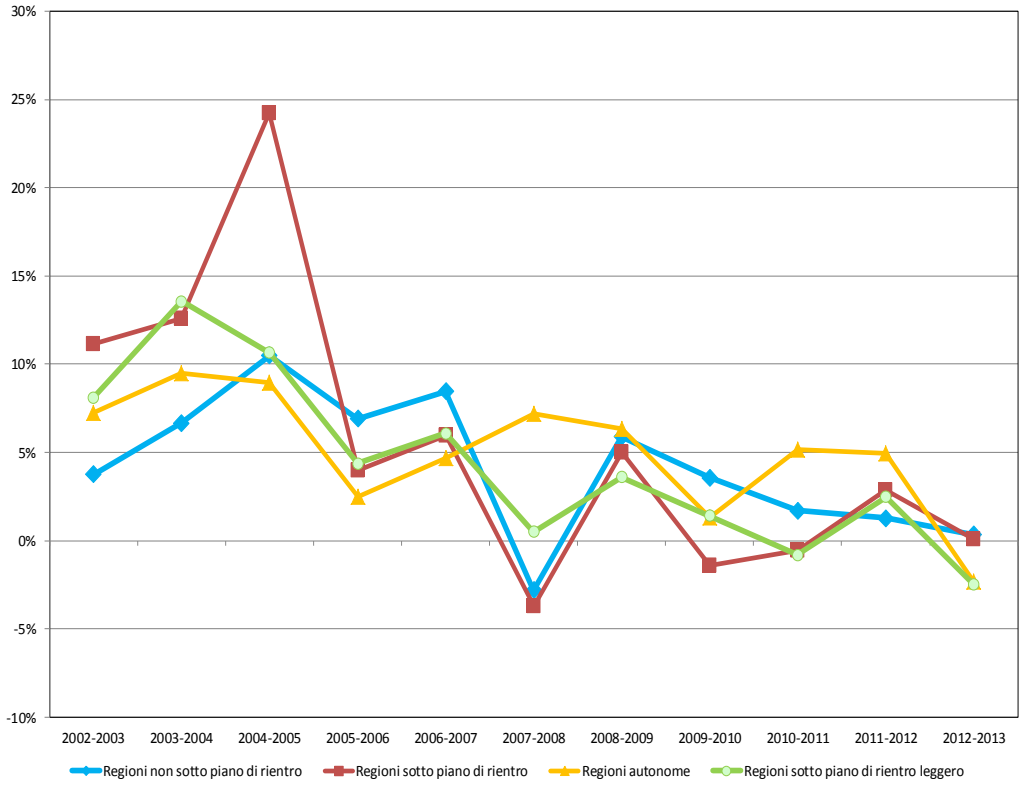
Note:

Il peso relativo della voce in esame sul totale della spesa è calcolato, con riferimento ai raggruppamenti di regioni rappresentati in tabella, sulla base dell'aggregazione dei valori di spesa delle regioni incluse in ciascuno dei quattro gruppi.

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

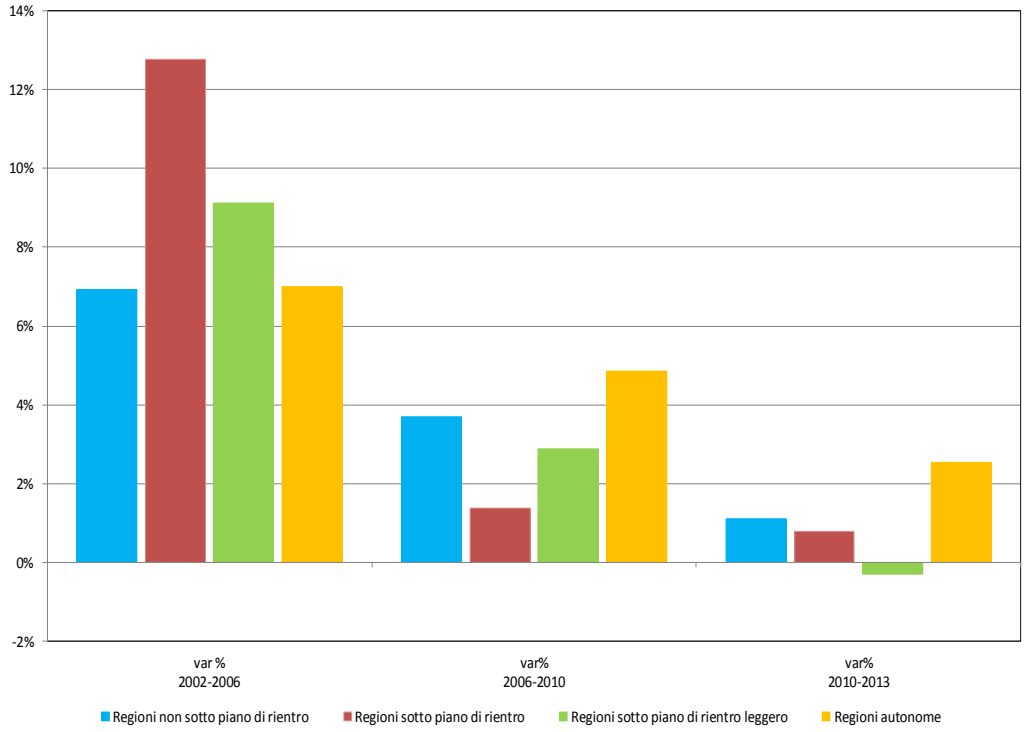
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.25: altri beni e servizi (variazione percentuale annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.26: altri beni e servizi (variazione media annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

2.4.4 - Medicina di base

La spesa per la medicina di base passa da un incremento medio annuo del 6,6% nel periodo 2002-2006 a un incremento del 2,5% nel periodo 2006-2010, riducendo lievemente il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria totale che passa dal 6,0% nel 2006 al 5,9% nel 2010 (Tab.2.18).

Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro la cui dinamica è passata da un incremento medio annuo del 6,6% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo dell'1,3% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per medicina di base sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, per le regioni in piano di rientro, nel periodo 2002-2010 si è mantenuto intorno al 6,3%.

Un contenimento della dinamica si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a piano di rientro che passano da un incremento medio annuo del 6,6% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo del 2,8% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per medicina di base sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 5,8% del 2006 al 5,6% del 2010.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 7,1% nel periodo 2002-2006 a una variazione media annua del 4,2% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per medicina di base sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 6,0% del 2006 al 6,2% del 2010.

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo del 5,4% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo del 2,9% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per la medicina di base sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 5,9% nel 2006 al 5,6% nel 2010.

Tab. 2.17: spesa per medicina di base - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro)

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	319.154	355.845	367.706	407.705	425.300	435.909	441.877	462.850	475.228	475.050	474.997	473.440
Valle d'Aosta	9.776	9.528	9.870	12.354	11.907	11.786	13.295	15.430	14.515	15.268	15.633	15.990
Lombardia	648.563	672.449	697.730	872.581	877.481	863.499	837.088	882.934	907.035	900.087	899.261	879.338
P.A di Bolzano	37.048	39.151	41.341	42.021	43.869	45.343	49.380	52.598	53.695	54.264	54.593	55.516
P.A di Trento	43.021	45.598	46.433	51.055	50.779	52.283	53.648	55.255	57.454	58.906	59.265	59.451
Veneto	365.759	380.127	391.926	438.118	460.885	472.909	487.916	524.341	540.963	546.873	548.435	549.253
Friuli Venezia Giulia	92.986	96.019	97.415	105.971	114.104	118.326	117.181	125.046	126.587	132.842	130.709	129.439
Liguria	114.392	118.885	122.329	138.770	142.822	144.178	149.774	156.486	162.297	163.424	162.442	162.255
Emilia Romagna	316.450	323.920	331.855	373.764	391.478	424.999	450.453	482.312	510.914	516.455	525.024	521.692
Toscana	298.722	303.160	321.099	373.245	385.382	382.046	378.188	395.218	407.468	413.094	412.193	411.329
Umbria	67.831	69.993	70.992	78.025	82.506	80.505	85.835	89.558	90.400	91.204	88.414	94.049
Marche	129.858	135.355	135.944	148.613	155.927	158.488	162.540	169.596	167.816	172.243	172.685	173.219
Lazio	395.391	410.204	424.613	489.949	533.127	553.004	539.354	588.209	576.942	613.341	615.431	602.992
Abruzzo	114.017	112.958	111.196	128.142	139.682	150.786	150.750	149.769	150.917	153.060	151.536	150.521
Molise	28.793	29.530	33.411	41.241	41.139	45.791	46.385	49.301	49.996	51.755	50.888	48.815
Campania	519.778	549.218	598.514	651.532	677.815	657.111	634.435	636.957	645.992	645.389	651.424	640.021
Puglia	306.161	332.814	332.833	375.468	396.126	398.721	455.929	467.031	494.778	507.412	514.899	516.175
Basilicata	53.109	56.971	65.410	72.076	75.797	76.997	81.573	84.782	82.931	83.618	80.448	80.424
Calabria	183.719	184.638	195.297	220.567	227.826	218.538	224.809	240.105	247.885	247.719	247.816	249.144
Sicilia	418.895	423.800	466.494	501.859	524.005	538.243	530.599	546.539	582.074	586.510	591.581	592.807
Sardegna	139.498	146.028	149.984	167.909	177.831	178.337	176.583	186.653	194.840	197.619	200.132	203.029
ITALIA	**4.602.921**	**4.796.191**	**5.012.392**	**5.690.965**	**5.935.788**	**6.007.799**	**6.067.592**	**6.360.970**	**6.540.727**	**6.626.133**	**6.647.806**	**6.608.899**
Regioni non sotto piano di rientro	1.994.684	2.060.860	2.137.285	2.495.192	2.572.278	2.603.621	2.633.367	2.785.227	2.869.824	2.886.998	2.888.902	2.871.559
% su TOTALE	43,3%	43,0%	42,6%	43,8%	43,3%	43,3%	43,4%	43,8%	43,9%	43,6%	43,5%	43,4%
Regioni sotto piano di rientro	1.660.593	1.710.348	1.829.525	2.033.290	2.143.594	2.163.473	2.126.332	2.210.880	2.253.806	2.297.774	2.308.676	2.284.300
% su TOTALE	36,1%	35,7%	36,5%	35,7%	36,1%	36,0%	35,0%	34,8%	34,5%	34,7%	34,7%	34,6%
Regioni sotto piano di rientro leggero	625.315	688.659	700.539	783.173	821.426	834.630	897.806	929.881	970.006	982.462	989.896	989.615
% su TOTALE	13,6%	14,4%	14,0%	13,8%	13,8%	13,9%	14,8%	14,6%	14,8%	14,8%	14,9%	15,0%
Regioni autonome	322.329	336.324	345.043	379.310	398.490	406.075	410.087	434.982	447.091	458.899	460.332	463.425
% su TOTALE	7,0%	7,0%	6,9%	6,7%	6,7%	6,8%	6,8%	6,8%	6,8%	6,9%	6,9%	7,0%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.18: spesa per medicina di base (variazione percentuale)

Regione	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	var % 2002-2006	var% 2006-2010	var% 2010-2013
Piemonte	11,5%	3,3%	10,9%	4,3%	2,5%	1,4%	4,7%	2,7%	0,0%	0,0%	-0,3%	7,4%	2,8%	-0,1%
Valle d'Aosta	-2,5%	3,6%	25,2%	-3,6%	-1,0%	12,8%	16,1%	-5,9%	5,2%	2,4%	2,3%	5,1%	5,1%	3,3%
Lombardia	3,7%	3,8%	25,1%	0,6%	-1,6%	-3,1%	5,5%	2,7%	-0,8%	-0,1%	-2,2%	7,9%	0,8%	-1,0%
P.A di Bolzano	5,7%	5,6%	1,6%	4,4%	3,4%	8,9%	6,5%	2,1%	1,1%	0,6%	1,7%	4,3%	5,2%	1,1%
P.A di Trento	6,0%	1,8%	10,0%	-0,5%	3,0%	2,6%	3,0%	4,0%	2,5%	0,6%	0,3%	4,2%	3,1%	1,1%
Veneto	3,9%	3,1%	11,8%	5,2%	2,6%	3,2%	7,5%	3,2%	1,1%	0,3%	0,1%	5,9%	4,1%	0,5%
Friuli Venezia Giulia	3,3%	1,5%	8,8%	7,7%	3,7%	-1,0%	6,7%	1,2%	4,9%	-1,6%	-1,0%	5,2%	2,6%	0,7%
Liguria	3,9%	2,9%	13,4%	2,9%	0,9%	3,9%	4,5%	3,7%	0,7%	-0,6%	-0,1%	5,7%	3,2%	0,0%
Emilia Romagna	2,4%	2,4%	12,6%	4,7%	8,6%	6,0%	7,1%	5,9%	1,1%	1,7%	-0,6%	5,5%	6,9%	0,7%
Toscana	1,5%	5,9%	16,2%	3,3%	-0,9%	-1,0%	4,5%	3,1%	1,4%	-0,2%	-0,2%	6,6%	1,4%	0,3%
Umbria	3,2%	1,4%	9,9%	5,7%	-2,4%	6,6%	4,3%	0,9%	0,9%	-3,1%	6,4%	5,0%	2,3%	1,3%
Marche	4,2%	0,4%	9,3%	4,9%	1,6%	2,6%	4,3%	-1,0%	2,6%	0,3%	0,3%	4,7%	1,9%	1,1%
Lazio	3,7%	3,5%	15,4%	8,8%	3,7%	-2,5%	9,1%	-1,9%	6,3%	0,3%	-2,0%	7,8%	2,0%	1,5%
Abruzzo	-0,9%	-1,6%	15,2%	9,0%	7,9%	0,0%	-0,7%	0,8%	1,4%	-1,0%	-0,7%	5,2%	2,0%	-0,1%
Molise	2,6%	13,1%	23,4%	-0,2%	11,3%	1,3%	6,3%	1,4%	3,5%	-1,7%	-4,1%	9,3%	5,0%	-0,8%
Campania	5,7%	9,0%	8,9%	4,0%	-3,1%	-3,5%	0,4%	1,4%	-0,1%	0,9%	-1,8%	6,9%	-1,2%	-0,3%
Puglia	8,7%	0,0%	12,8%	5,5%	0,7%	14,3%	2,4%	5,9%	2,6%	1,5%	0,2%	6,7%	5,7%	1,4%
Basilicata	7,3%	14,8%	10,2%	5,2%	1,6%	5,9%	3,9%	-2,2%	0,8%	-3,8%	0,0%	9,3%	2,3%	-1,0%
Calabria	0,5%	5,8%	12,9%	3,3%	-4,1%	2,9%	6,8%	3,2%	-0,1%	0,0%	0,5%	5,5%	2,1%	0,2%
Sicilia	1,2%	10,1%	7,6%	4,4%	2,7%	-1,4%	3,0%	6,5%	0,8%	0,9%	0,2%	5,8%	2,7%	0,6%
Sardegna	4,7%	2,7%	12,0%	5,9%	0,3%	-1,0%	5,7%	4,4%	1,4%	1,3%	1,4%	6,3%	2,3%	1,4%
ITALIA	**4,2%**	**4,5%**	**13,5%**	**4,3%**	**1,2%**	**1,0%**	**4,8%**	**2,8%**	**1,3%**	**0,3%**	**-0,6%**	**6,6%**	**2,5%**	**0,3%**
Regioni non sotto piano di rientro	3,3%	3,7%	16,7%	3,1%	1,2%	1,1%	5,8%	3,0%	0,6%	0,1%	-0,6%	6,6%	2,8%	0,0%
Regioni sotto piano di rientro	3,0%	7,0%	11,1%	5,4%	0,9%	-1,7%	4,0%	1,9%	2,0%	0,5%	-1,1%	6,6%	1,3%	0,4%
Regioni sotto piano di rientro leggero	10,1%	1,7%	11,8%	4,9%	1,6%	7,6%	3,6%	4,3%	1,3%	0,8%	0,0%	7,1%	4,2%	0,7%
Regioni autonome	4,3%	2,6%	9,9%	5,1%	1,9%	1,0%	6,1%	2,8%	2,6%	0,3%	0,7%	5,4%	2,9%	1,2%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.19: spesa per medicina di base in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	5,5%	5,8%	5,2%	5,7%	5,7%	5,6%	5,5%	5,5%	5,6%	5,6%	5,7%	5,8%
Valle d'Aosta	5,1%	4,8%	4,7%	5,5%	4,9%	4,8%	5,1%	5,8%	5,2%	5,5%	5,6%	5,9%
Lombardia	5,1%	5,3%	5,2%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	5,1%	5,1%	5,0%	5,0%	4,8%
P.A di Bolzano	4,3%	4,3%	4,4%	4,3%	4,3%	4,3%	4,5%	4,9%	4,9%	4,9%	4,7%	4,9%
P.A di Trento	5,7%	5,7%	5,6%	6,0%	5,6%	5,5%	5,4%	5,2%	5,2%	5,2%	5,1%	5,2%
Veneto	5,8%	5,8%	5,6%	5,8%	5,9%	5,8%	5,8%	6,1%	6,2%	6,3%	6,3%	6,3%
Friuli Venezia Giulia	5,6%	5,5%	5,2%	5,3%	5,8%	5,5%	5,1%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,2%
Liguria	4,8%	4,8%	4,3%	4,7%	4,8%	4,7%	4,7%	4,8%	5,0%	5,1%	5,2%	5,2%
Emilia Romagna	5,4%	5,3%	4,9%	5,3%	5,4%	5,6%	5,7%	5,8%	6,1%	6,1%	6,0%	6,1%
Toscana	6,0%	5,9%	5,7%	6,3%	6,2%	6,0%	5,7%	5,6%	5,8%	5,8%	5,8%	5,9%
Umbria	5,7%	5,5%	5,3%	5,6%	5,6%	5,4%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,4%	5,8%
Marche	6,4%	6,5%	6,0%	6,3%	6,4%	6,3%	6,2%	6,2%	6,0%	6,2%	6,3%	6,3%
Lazio	5,4%	5,2%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%	4,9%	5,3%	5,2%	5,6%	5,7%	5,7%
Abruzzo	6,3%	5,7%	5,7%	5,7%	6,3%	6,5%	6,4%	6,4%	6,5%	6,6%	6,5%	6,5%
Molise	6,4%	5,6%	6,5%	6,3%	7,0%	7,4%	7,1%	7,4%	7,6%	8,0%	7,7%	7,6%
Campania	6,9%	7,1%	6,8%	6,7%	7,4%	6,8%	6,3%	6,3%	6,5%	6,6%	6,7%	6,7%
Puglia	6,1%	6,5%	6,1%	6,1%	6,3%	5,9%	6,4%	6,5%	6,8%	7,2%	7,5%	7,4%
Basilicata	7,3%	7,4%	7,9%	8,0%	8,3%	7,9%	8,0%	8,2%	7,9%	7,9%	7,8%	7,8%
Calabria	7,2%	7,2%	7,1%	7,7%	7,6%	6,6%	6,7%	6,9%	7,2%	7,3%	7,4%	7,5%
Sicilia	6,5%	6,4%	6,2%	6,4%	6,2%	6,5%	6,4%	6,5%	6,8%	6,9%	6,9%	7,0%
Sardegna	6,3%	6,4%	6,2%	6,2%	6,8%	6,6%	6,1%	6,1%	6,2%	6,2%	6,2%	6,4%
ITALIA	**5,8%**	**5,9%**	**5,6%**	**5,9%**	**6,0%**	**5,8%**	**5,7%**	**5,8%**	**5,9%**	**6,0%**	**6,0%**	**6,0%**
Regioni non sotto piano di rientro	5,5%	5,6%	5,3%	5,8%	5,8%	5,6%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%
Regioni sotto piano di rientro	6,3%	6,2%	5,9%	6,1%	6,3%	6,2%	6,0%	6,1%	6,3%	6,5%	6,5%	6,5%
Regioni sotto piano di rientro leggero	5,7%	6,1%	5,6%	5,9%	6,0%	5,8%	5,9%	6,0%	6,2%	6,4%	6,5%	6,5%
Regioni autonome	5,7%	5,7%	5,5%	5,6%	5,9%	5,7%	5,4%	5,5%	5,6%	5,6%	5,5%	5,6%

Note:

Il peso relativo della voce in esame sul totale della spesa è calcolato, con riferimento ai raggruppamenti di regioni rappresentati in tabella, sulla base dell'aggregazione dei valori di spesa delle regioni incluse in ciascuno dei quattro gruppi.

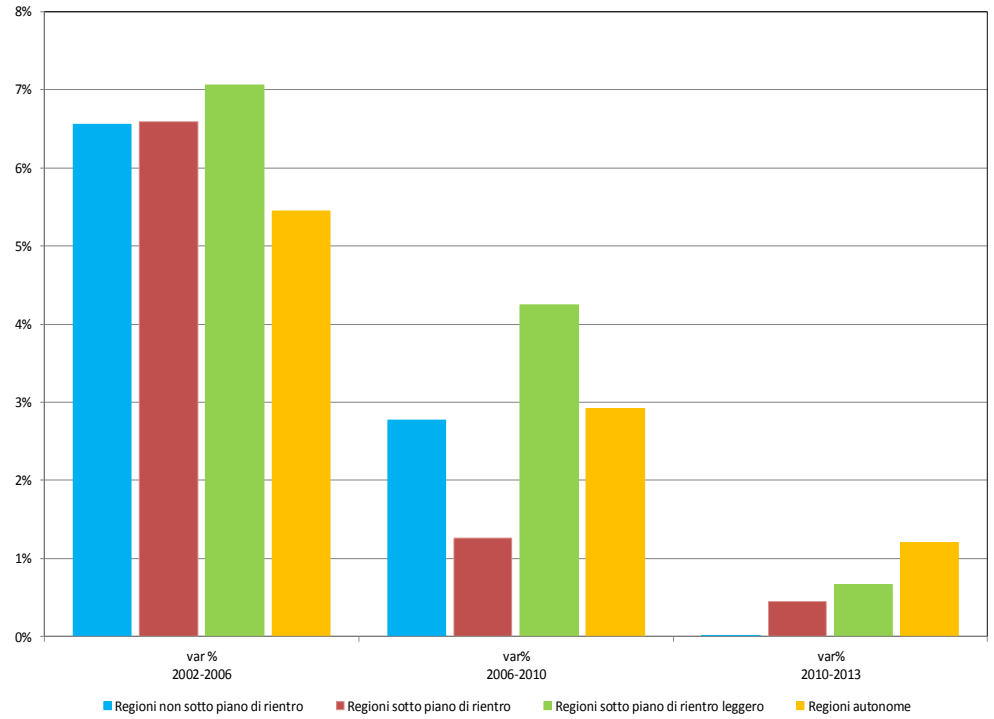
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.27: medicina di base (variazione percentuale annua)

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.28: medicina di base (variazione media annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati così costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

2.4.5 - Spesa farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata passa da un incremento medio annuo dell'1,2% nel periodo 2002-2006 a una riduzione del 3,1% nel periodo 2006-2010, riducendo il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria totale, che passa dal 12,5% nel 2006 al 9,9% nel 2010 (Tab. 2.21).

Su tale dinamica influisce sia la previsione di un tetto alla spesa farmaceutica convenzionata sia l'accresciuto controllo sulle prescrizioni farmaceutiche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria[26]. Unitamente a ciò, con particolare riferimento agli ultimi anni, il *trend* dell'aggregato ha risentito positivamente dell'introduzione, sia nelle regioni sotto piano di rientro che in quelle non sottoposte ai piani di rientro, di ticket farmaceutici.

Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro la cui dinamica è passata da un incremento medio annuo del 2,1% nel periodo 2002-2006 a

[26] In merito al Sistema Tessera Sanitaria, si rinvia all'apposito Capitolo.

una riduzione media annua del 4,8% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa, per le regioni sotto piano di rientro, dal 14,5% del 2006 all'11,3% del 2010.

Un contenimento della dinamica si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a piano di rientro che passano da una riduzione media annua dello 0,1% nel periodo 2002-2006 a una riduzione media annua del 2,4% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dall'11,1% del 2006 all'8,8% del 2010.

Le regioni sotto piano di rientro leggero passano da una variazione media annua dell'1,8% nel periodo 2002-2006 a un tasso di variazione medio annuo negativo (-1,4%) nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 12,7% del 2006 al 10,5% del 2010.

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo dell'1,7% nel periodo 2002-2006 a una riduzione media annua dell'1,3% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dall'11,5% nel 2006 al 9,2% nel 2010.

Tab. 2.20: spesa farmaceutica convenzionata - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro)

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	763.407	711.537	751.687	758.731	803.837	796.611	808.047	811.886	774.814	697.864	643.384	626.933
Valle d'Aosta	21.973	21.828	23.639	22.376	23.108	22.736	21.335	21.378	22.123	19.621	19.033	18.699
Lombardia	1.748.011	1.504.887	1.667.235	1.592.032	1.679.498	1.631.621	1.573.810	1.565.667	1.560.243	1.436.699	1.328.461	1.305.689
P.A di Bolzano	72.058	70.604	73.931	68.954	63.720	60.582	59.900	60.705	61.512	55.295	46.042	44.984
P.A di Trento	73.920	73.255	80.375	77.137	80.329	78.862	77.200	77.364	78.514	75.323	69.433	67.815
Veneto	783.578	726.642	793.248	777.297	803.738	782.856	745.307	748.972	743.232	671.133	589.109	584.395
Friuli Venezia Giulia	221.694	215.582	232.723	225.413	237.825	232.602	225.254	223.483	230.444	216.184	196.186	190.220
Liguria	359.339	353.228	379.799	378.665	385.532	348.278	335.138	318.845	299.366	283.381	246.862	236.110
Emilia Romagna	780.987	764.190	804.201	779.736	793.627	769.904	727.545	718.707	715.341	646.553	551.872	533.939
Toscana	680.149	637.885	677.381	666.169	678.954	657.242	632.320	607.753	611.310	551.632	504.682	439.313
Umbria	166.709	157.584	164.692	166.587	172.002	165.351	161.845	156.517	156.460	146.588	135.684	132.497
Marche	310.310	289.537	305.630	301.550	308.532	305.277	293.400	288.091	284.604	254.967	233.198	240.025
Lazio	1.246.753	1.263.012	1.409.900	1.397.630	1.518.103	1.312.891	1.252.352	1.171.335	1.195.440	1.087.759	926.981	899.967
Abruzzo	288.219	278.076	276.935	274.874	290.350	267.202	267.497	260.766	263.937	248.343	225.362	222.327
Molise	71.510	70.192	75.086	67.098	67.782	63.642	63.827	62.715	58.471	55.024	50.541	46.609
Campania	1.259.081	1.206.635	1.264.449	1.234.400	1.216.981	1.118.258	1.115.450	1.097.682	1.068.676	950.920	878.831	869.656
Puglia	853.675	806.696	876.811	903.483	935.263	837.090	854.821	875.690	869.413	719.939	638.022	626.295
Basilicata	131.403	127.945	132.003	109.649	120.019	111.757	114.282	114.799	106.299	95.501	82.306	80.947
Calabria	459.472	430.994	451.778	478.793	523.472	498.697	488.230	459.280	441.523	362.146	332.833	314.079
Sicilia	1.199.623	1.120.318	1.273.509	1.245.565	1.307.474	1.138.704	1.072.548	1.016.619	1.023.403	954.354	870.465	811.185
Sardegna	337.333	360.232	382.621	368.269	373.293	340.317	336.415	339.216	347.434	332.771	322.049	300.653
ITALIA	**11.829.204**	**11.190.859**	**12.097.633**	**11.894.408**	**12.383.439**	**11.540.480**	**11.226.523**	**10.997.470**	**10.912.559**	**9.861.997**	**8.891.336**	**8.592.337**
Regioni non sotto piano di rientro	4.960.486	4.561.898	4.924.189	4.771.685	4.941.902	4.772.286	4.583.647	4.519.351	4.476.855	4.086.454	3.672.174	3.552.915
% su TOTALE	41,9%	40,8%	40,7%	40,1%	39,9%	41,4%	40,8%	41,1%	41,0%	41,4%	41,3%	41,3%
Regioni sotto piano di rientro	4.524.658	4.369.227	4.751.657	4.698.360	4.924.162	4.399.394	4.259.904	4.068.397	4.051.450	3.658.546	3.285.013	3.163.823
% su TOTALE	38,2%	39,0%	39,3%	39,5%	39,8%	38,1%	37,9%	37,0%	37,1%	37,1%	36,9%	36,8%
Regioni sotto piano di rientro leggero	1.617.082	1.518.233	1.628.498	1.662.214	1.739.100	1.633.701	1.662.868	1.687.576	1.644.227	1.417.803	1.281.406	1.253.228
% su TOTALE	13,7%	13,6%	13,5%	14,0%	14,0%	14,2%	14,8%	15,3%	15,1%	14,4%	14,4%	14,6%
Regioni autonome	726.978	741.501	793.289	762.149	778.275	735.099	720.104	722.146	740.027	699.194	652.743	622.371
% su TOTALE	6,1%	6,6%	6,6%	6,4%	6,3%	6,4%	6,4%	6,6%	6,8%	7,1%	7,3%	7,2%

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.21: spesa farmaceutica convenzionata (variazione percentuale)

Regione	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	var 2002-2006	var 2006-2010	var 2010-2013
Piemonte	-6,8%	5,6%	0,9%	5,9%	-0,9%	1,4%	0,5%	-4,6%	-9,9%	-7,8%	-2,6%	1,3%	-0,9%	-6,8%
Valle d'Aosta	-0,7%	8,3%	-5,3%	3,3%	-1,6%	-6,2%	0,2%	3,5%	-11,3%	-3,0%	-1,8%	1,3%	-1,1%	-5,5%
Lombardia	-13,9%	10,8%	-4,5%	5,5%	-2,9%	-3,5%	-0,5%	-0,3%	-7,9%	-7,5%	-1,7%	-1,0%	-1,8%	-5,8%
P.A di Bolzano	-2,0%	4,7%	-6,7%	-7,6%	-4,9%	-1,1%	1,3%	1,3%	-10,1%	-16,7%	-2,3%	-3,0%	-0,9%	-9,9%
P.A di Trento	-0,9%	9,7%	-4,0%	4,1%	-1,8%	-2,1%	0,2%	1,5%	-4,1%	-7,8%	-2,3%	2,1%	-0,6%	-4,8%
Veneto	-7,3%	9,2%	-2,0%	3,4%	-2,6%	-4,8%	0,5%	-0,8%	-9,7%	-12,2%	-0,8%	0,6%	-1,9%	-7,7%
Friuli Venezia Giulia	-2,8%	8,0%	-3,1%	5,5%	-2,2%	-3,2%	-0,8%	3,1%	-6,2%	-9,3%	-3,0%	1,8%	-0,8%	-6,2%
Liguria	-1,7%	7,5%	-0,3%	1,8%	-9,7%	-3,8%	-4,9%	-6,1%	-5,3%	-12,9%	-4,4%	1,8%	-6,1%	-7,6%
Emilia Romagna	-2,2%	5,2%	-3,0%	1,8%	-3,0%	-5,5%	-1,2%	-0,5%	-9,6%	-14,6%	-3,2%	0,4%	-2,6%	-9,3%
Toscana	-6,2%	6,2%	-1,7%	1,9%	-3,2%	-3,8%	-3,9%	0,6%	-9,8%	-8,5%	-13,0%	0,0%	-2,6%	-10,4%
Umbria	-5,5%	4,5%	1,2%	3,3%	-3,9%	-2,1%	-3,3%	0,0%	-6,3%	-7,4%	-2,3%	0,8%	-2,3%	-5,4%
Marche	-6,7%	5,6%	-1,3%	2,3%	-1,1%	-3,9%	-1,8%	-1,2%	-10,4%	-8,5%	2,9%	-0,1%	-2,0%	-5,5%
Lazio	1,3%	11,6%	-0,9%	8,6%	-13,5%	-4,6%	-6,5%	2,1%	-9,0%	-14,8%	-2,9%	5,0%	-5,8%	-9,0%
Abruzzo	-3,5%	-0,4%	-0,7%	5,6%	-8,0%	0,1%	-2,5%	1,2%	-5,9%	-9,3%	-1,3%	0,2%	-2,4%	-5,6%
Molise	-1,8%	7,0%	-10,6%	1,0%	-6,1%	0,3%	-1,7%	-6,8%	-5,9%	-8,1%	-7,8%	-1,3%	-3,6%	-7,3%
Campania	-4,2%	4,8%	-2,4%	-1,4%	-8,1%	-0,3%	-1,6%	-2,6%	-11,0%	-7,6%	-1,0%	-0,8%	-3,2%	-6,6%
Puglia	-5,5%	8,7%	3,0%	3,5%	-10,5%	2,1%	2,4%	-0,7%	-17,2%	-11,4%	-1,8%	2,3%	-1,8%	-10,4%
Basilicata	-2,6%	3,2%	-16,9%	9,5%	-6,9%	2,3%	0,5%	-7,4%	-10,2%	-13,8%	-1,7%	-2,2%	-3,0%	-8,7%
Calabria	-6,2%	4,8%	6,0%	9,3%	-4,7%	-2,1%	-5,9%	-3,9%	-18,0%	-8,1%	-5,6%	3,3%	-4,2%	-10,7%
Sicilia	-6,6%	13,7%	-2,2%	5,0%	-12,9%	-5,8%	-5,2%	0,7%	-6,7%	-8,8%	-6,8%	2,2%	-5,9%	-7,5%
Sardegna	6,8%	6,2%	-3,8%	1,4%	-8,8%	-1,1%	0,8%	2,4%	-4,2%	-3,2%	-6,6%	2,6%	-1,8%	-4,7%
ITALIA	**-5,4%**	**8,1%**	**-1,7%**	**4,1%**	**-6,8%**	**-2,7%**	**-2,0%**	**-0,8%**	**-9,6%**	**-9,8%**	**-3,4%**	**1,2%**	**-3,1%**	**-7,7%**
Regioni non sotto piano di rientro	-8,0%	7,9%	-3,1%	3,6%	-3,4%	-4,0%	-1,4%	-0,9%	-8,7%	-10,1%	-3,2%	-0,1%	-2,4%	-7,4%
Regioni sotto piano di rientro	-3,4%	8,8%	-1,1%	4,8%	-10,7%	-3,2%	-4,5%	-0,4%	-9,7%	-10,2%	-3,7%	2,1%	-4,8%	-7,9%
Regioni sotto piano di rientro leggero	-6,1%	7,3%	2,1%	4,6%	-6,1%	1,8%	1,5%	-2,6%	-13,8%	-9,6%	-2,2%	1,8%	-1,4%	-8,7%
Regioni autonome	2,0%	7,0%	-3,9%	2,1%	-5,5%	-2,0%	0,3%	2,5%	-5,5%	-6,6%	-4,7%	1,7%	-1,3%	-5,6%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.22: spesa farmaceutica convenzionata in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	13,0%	11,6%	10,6%	10,5%	10,8%	10,3%	10,0%	9,7%	9,2%	8,3%	7,7%	7,7%
Valle d'Aosta	11,5%	11,0%	11,3%	10,0%	9,4%	9,2%	8,2%	8,1%	8,0%	7,0%	6,8%	6,9%
Lombardia	13,8%	11,8%	12,4%	10,8%	10,9%	10,1%	9,4%	9,1%	8,8%	7,9%	7,3%	7,2%
P.A di Bolzano	8,4%	7,8%	7,9%	7,0%	6,2%	5,7%	5,4%	5,7%	5,6%	5,0%	4,0%	4,0%
P.A di Trento	9,8%	9,1%	9,8%	9,0%	8,9%	8,4%	7,8%	7,3%	7,2%	6,7%	6,0%	5,9%
Veneto	12,5%	11,1%	11,4%	10,3%	10,2%	9,7%	8,9%	8,7%	8,5%	7,7%	6,8%	6,7%
Friuli Venezia Giulia	13,4%	12,4%	12,3%	11,3%	12,0%	10,8%	9,7%	9,3%	9,4%	8,7%	7,8%	7,7%
Liguria	14,9%	14,3%	13,3%	12,9%	13,0%	11,2%	10,6%	9,7%	9,2%	8,8%	7,8%	7,6%
Emilia Romagna	13,3%	12,5%	12,0%	11,1%	10,9%	10,1%	9,2%	8,7%	8,5%	7,6%	6,3%	6,2%
Toscana	13,6%	12,4%	11,9%	11,2%	11,0%	10,3%	9,5%	8,5%	8,6%	7,7%	7,1%	6,3%
Umbria	14,0%	12,4%	12,3%	11,9%	11,8%	11,1%	10,4%	9,7%	9,6%	9,0%	8,3%	8,2%
Marche	15,2%	13,9%	13,4%	12,9%	12,6%	12,1%	11,2%	10,5%	10,2%	9,1%	8,5%	8,8%
Lazio	16,9%	15,9%	14,8%	14,0%	14,4%	12,2%	11,4%	10,5%	10,8%	10,0%	8,5%	8,5%
Abruzzo	15,8%	14,1%	14,2%	12,3%	13,2%	11,5%	11,4%	11,1%	11,3%	10,8%	9,6%	9,6%
Molise	16,0%	13,4%	14,5%	10,3%	11,5%	10,3%	9,8%	9,5%	8,9%	8,5%	7,6%	7,2%
Campania	16,7%	15,5%	14,4%	12,8%	13,2%	11,5%	11,1%	10,8%	10,7%	9,7%	9,1%	9,1%
Puglia	17,0%	15,8%	16,2%	14,7%	15,0%	12,4%	12,1%	12,3%	12,0%	10,2%	9,2%	9,0%
Basilicata	18,1%	16,7%	16,0%	12,2%	13,2%	11,5%	11,3%	11,1%	10,1%	9,0%	8,0%	7,9%
Calabria	18,0%	16,7%	16,4%	16,8%	17,4%	15,1%	14,5%	13,2%	12,8%	10,7%	9,9%	9,5%
Sicilia	18,5%	16,9%	17,0%	15,9%	15,6%	13,7%	13,0%	12,1%	12,0%	11,2%	10,2%	9,5%
Sardegna	15,3%	15,9%	15,7%	13,7%	14,2%	12,6%	11,6%	11,1%	11,1%	10,5%	10,0%	9,4%
ITALIA	**15,0%**	**13,7%**	**13,5%**	**12,4%**	**12,5%**	**11,2%**	**10,6%**	**10,1%**	**9,9%**	**8,9%**	**8,1%**	**7,9%**
Regioni non sotto piano di rientro	13,7%	12,3%	12,3%	11,1%	11,1%	10,3%	9,5%	9,1%	8,8%	8,0%	7,2%	7,0%
Regioni sotto piano di rientro	17,3%	15,9%	15,3%	14,2%	14,5%	12,6%	12,0%	11,2%	11,3%	10,3%	9,3%	9,1%
Regioni sotto piano di rientro leggero	14,9%	13,5%	13,0%	12,5%	12,7%	11,3%	11,0%	10,9%	10,5%	9,2%	8,4%	8,3%
Regioni autonome	12,8%	12,5%	12,6%	11,3%	11,5%	10,3%	9,5%	9,2%	9,2%	8,5%	7,8%	7,6%

Note:

Il peso relativo della voce in esame sul totale della spesa è calcolato, con riferimento ai raggruppamenti di regioni rappresentati in tabella, sulla base dell'aggregazione dei valori di spesa delle regioni incluse in ciascuno dei quattro gruppi.

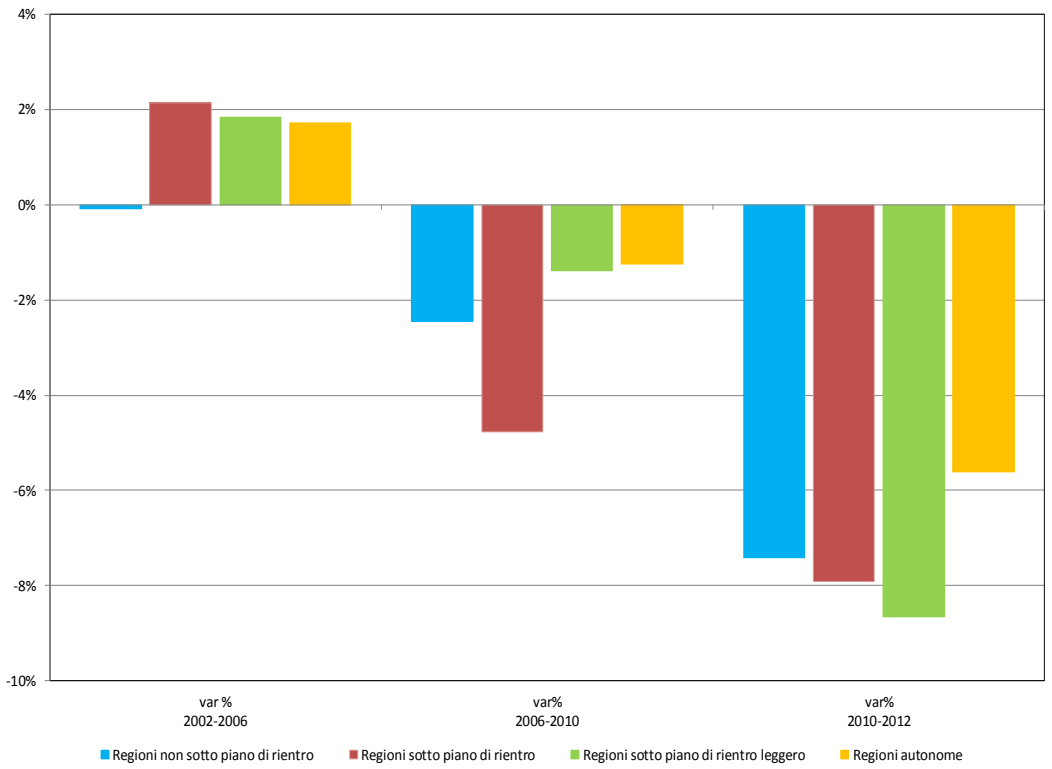
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.29: farmaceutica convenzionata (variazione percentuale annua)

Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.30: farmaceutica convenzionata (variazione media annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

2.4.6 - Spesa per altre prestazioni da privato

La spesa per altre prestazioni da privato[27] passa da un incremento medio annuo del 7,7% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo del 4,2% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria totale passa dal 19,1% nel 2006 al 20,1% nel 2010 (Tab. 2.24).

Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro la cui dinamica è passata da un incremento medio annuo del 7,9% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo dell'1,8% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa, per le regioni in piano di rientro, dal 21,8% del 2006 al 22,0% del 2010.

[27] L'aggregato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN.

Un contenimento della dinamica si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a piano di rientro, che passano da un incremento medio annuo dell'8,0% nel periodo 2002-2006 a un incremento medio annuo del 5,7% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 18,2% del 2006 al 19,9% del 2010.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 6,4% nel periodo 2002-2006 a una variazione media annua del 5,4% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 19,0% del 2006 al 20,5% del 2010.

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo del 6,5% nel periodo 2002-2006 a un aumento medio annuo del 5,5% nel periodo 2006-2010. Tuttavia il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dall'11,5% nel 2006 al 12,0% nel 2010.

Nel complesso, anche con riferimento a tale aggregato si evidenziano gli effetti positivi del sistema di *governance*, in virtù di una migliore regolazione, in particolare nelle regioni in piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale.

Tab. 2.23: spesa per altre prestazioni da privato - Anni 2002-2013 (valori in migliaia di euro)

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	1.022.631	1.091.369	1.213.708	1.157.984	1.212.855	1.299.572	1.485.219	1.548.245	1.633.619	1.595.282	1.586.477	1.535.356
Valle d'Aosta	14.124	17.505	21.048	23.184	24.468	26.306	16.753	17.950	20.747	22.481	24.150	24.882
Lombardia	2.973.293	3.167.987	3.590.647	3.865.499	4.127.648	4.363.050	4.691.420	4.898.735	5.218.796	5.258.098	5.246.321	5.343.182
P.A di Bolzano	102.574	97.792	106.386	120.648	129.575	140.095	167.518	119.181	125.048	126.080	128.448	129.105
P.A di Trento	80.134	84.967	93.207	98.100	100.946	107.487	111.798	121.195	131.645	138.349	152.517	152.344
Veneto	1.076.982	1.199.741	1.294.710	1.439.057	1.554.314	1.518.096	1.639.388	1.700.361	1.732.224	1.665.636	1.629.188	1.616.959
Friuli Venezia Giulia	146.827	164.757	173.964	182.277	192.741	213.183	239.927	252.998	266.230	274.015	274.152	271.025
Liguria	209.694	231.626	260.840	284.416	300.247	328.249	368.903	388.437	400.457	390.945	392.444	385.947
Emilia Romagna	785.489	832.998	912.845	934.145	977.121	1.045.818	1.136.433	1.162.895	1.199.768	1.222.299	1.285.013	1.330.488
Toscana	512.909	522.905	533.915	576.063	606.629	637.644	770.121	857.147	879.001	878.744	894.677	890.424
Umbria	116.718	126.310	137.860	147.271	153.690	160.877	176.119	185.134	186.773	187.769	188.199	194.133
Marche	192.631	214.485	236.647	254.396	269.880	279.031	297.664	312.972	323.818	349.106	353.452	386.973
Lazio	1.933.754	2.041.493	2.392.946	2.567.216	2.873.186	2.754.576	2.991.272	2.784.650	2.802.287	2.733.274	2.756.962	2.847.232
Abruzzo	324.852	342.541	369.783	422.494	435.134	449.359	381.060	390.006	346.256	369.327	366.211	367.746
Molise	64.417	88.983	86.965	124.126	123.295	130.721	139.260	139.828	154.838	151.718	165.206	169.213
Campania	1.571.629	1.622.315	1.740.993	1.845.067	1.785.692	1.893.775	1.954.853	2.044.933	2.172.052	2.204.053	2.161.066	2.224.012
Puglia	1.009.061	988.713	1.096.584	1.214.204	1.390.518	1.482.478	1.552.916	1.600.556	1.582.087	1.554.559	1.566.205	1.603.325
Basilicata	74.816	87.135	91.287	97.640	105.529	122.744	132.298	148.411	163.044	159.377	157.151	160.114
Calabria	396.287	398.628	426.834	462.411	516.292	523.505	576.403	603.797	574.067	587.361	588.496	593.421
Sicilia	1.165.118	1.286.786	1.441.010	1.594.723	1.654.750	1.626.102	1.739.244	1.756.630	1.879.017	1.924.303	1.961.547	1.988.550
Sardegna	261.356	264.411	309.358	321.242	331.263	341.481	376.771	403.644	420.154	438.217	447.680	462.003
ITALIA	**14.035.296**	**14.873.447**	**16.531.537**	**17.732.163**	**18.865.773**	**19.444.149**	**20.945.340**	**21.437.705**	**22.211.928**	**22.230.993**	**22.325.562**	**22.676.434**
Regioni non sotto piano di rientro	5.942.532	6.383.187	7.058.751	7.598.487	8.095.058	8.455.509	9.212.346	9.654.092	10.103.881	10.111.974	10.146.445	10.308.220
% su TOTALE	42,3%	42,9%	42,7%	42,9%	42,9%	43,5%	44,0%	45,0%	45,5%	45,5%	45,4%	45,5%
Regioni sotto piano di rientro	5.456.057	5.780.746	6.458.531	7.016.037	7.388.349	7.378.038	7.782.092	7.719.844	7.928.517	7.970.036	7.999.488	8.190.174
% su TOTALE	38,9%	38,9%	39,1%	39,6%	39,2%	37,9%	37,2%	36,0%	35,7%	35,9%	35,8%	36,1%
Regioni sotto piano di rientro leggero	2.031.692	2.080.082	2.310.292	2.372.188	2.603.373	2.782.050	3.038.135	3.148.801	3.215.706	3.149.841	3.152.682	3.138.681
% su TOTALE	14,5%	14,0%	14,0%	13,4%	13,8%	14,3%	14,5%	14,7%	14,5%	14,2%	14,1%	13,8%
Regioni autonome	605.015	629.432	703.963	745.451	778.993	828.552	912.767	914.968	963.824	999.142	1.026.947	1.039.359
% su TOTALE	4,3%	4,2%	4,3%	4,2%	4,1%	4,3%	4,4%	4,3%	4,3%	4,5%	4,6%	4,6%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.24: spesa per altre prestazioni da privato (variazione percentuale)

Regione	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	var % 2002-2006	var% 2006-2010	var% 2010-2013
Piemonte	6,7%	11,2%	-4,6%	4,7%	7,1%	14,3%	4,2%	5,5%	-2,3%	-0,6%	-3,2%	4,4%	7,7%	-2,0%
Valle d'Aosta	23,9%	20,2%	10,1%	5,5%	7,5%	-36,3%	7,1%	15,6%	8,4%	7,4%	3,0%	14,7%	-4,0%	6,2%
Lombardia	6,5%	13,3%	7,7%	6,8%	5,7%	7,5%	4,4%	6,5%	0,8%	-0,2%	1,8%	8,5%	6,0%	0,8%
P.A di Bolzano	-4,7%	8,8%	13,4%	7,4%	8,1%	19,6%	-28,9%	4,9%	0,8%	1,9%	0,5%	6,0%	-0,9%	1,1%
P.A di Trento	6,0%	9,7%	5,2%	2,9%	6,5%	4,0%	8,4%	8,6%	5,1%	10,2%	-0,1%	5,9%	6,9%	5,0%
Veneto	11,4%	7,9%	11,1%	8,0%	-2,3%	8,0%	3,7%	1,9%	-3,8%	-2,2%	-0,8%	9,6%	2,7%	-2,3%
Friuli Venezia Giulia	12,2%	5,6%	4,8%	5,7%	10,6%	12,5%	5,4%	5,2%	2,9%	0,0%	-1,1%	7,0%	8,4%	0,6%
Liguria	10,5%	12,6%	9,0%	5,6%	9,3%	12,4%	5,3%	3,1%	-2,4%	0,4%	-1,7%	9,4%	7,5%	-1,2%
Emilia Romagna	6,0%	9,6%	2,3%	4,6%	7,0%	8,7%	2,3%	3,2%	1,9%	5,1%	3,5%	5,6%	5,3%	3,5%
Toscana	1,9%	2,1%	7,9%	5,3%	5,1%	20,8%	11,3%	2,5%	0,0%	1,8%	-0,5%	4,3%	9,7%	0,4%
Umbria	8,2%	9,1%	6,8%	4,4%	4,7%	9,5%	5,1%	0,9%	0,5%	0,2%	3,2%	7,1%	5,0%	1,3%
Marche	11,3%	10,3%	7,5%	6,1%	3,4%	6,7%	5,1%	3,5%	7,8%	1,2%	9,5%	8,8%	4,7%	6,1%
Lazio	5,6%	17,2%	7,3%	11,9%	-4,1%	8,6%	-6,9%	0,6%	-2,5%	0,9%	3,3%	10,4%	-0,6%	0,5%
Abruzzo	5,4%	8,0%	14,3%	3,0%	3,3%	-15,2%	2,3%	-11,2%	6,7%	-0,8%	0,4%	7,6%	-5,6%	2,0%
Molise	38,1%	-2,3%	42,7%	-0,7%	6,0%	6,5%	0,4%	10,7%	-2,0%	8,9%	2,4%	17,6%	5,9%	3,0%
Campania	3,2%	7,3%	6,0%	-3,2%	6,1%	3,2%	4,6%	6,2%	1,5%	-2,0%	2,9%	3,2%	5,0%	0,8%
Puglia	-2,0%	10,9%	10,7%	14,5%	6,6%	4,8%	3,1%	-1,2%	-1,7%	0,7%	2,4%	8,3%	3,3%	0,4%
Basilicata	16,5%	4,8%	7,0%	8,1%	16,3%	7,8%	12,2%	9,9%	-2,2%	-1,4%	1,9%	9,0%	11,5%	-0,6%
Calabria	0,6%	7,1%	8,3%	11,7%	1,4%	10,1%	4,8%	-4,9%	2,3%	0,2%	0,8%	6,8%	2,7%	1,1%
Sicilia	10,4%	12,0%	10,7%	3,8%	-1,7%	7,0%	1,0%	7,0%	2,4%	1,9%	1,4%	9,2%	3,2%	1,9%
Sardegna	1,2%	17,0%	3,8%	3,1%	3,1%	10,3%	7,1%	4,1%	4,3%	2,2%	3,2%	6,1%	6,1%	3,2%
ITALIA	**6,0%**	**11,1%**	**7,3%**	**6,4%**	**3,1%**	**7,7%**	**2,4%**	**3,6%**	**0,1%**	**0,4%**	**1,6%**	**7,7%**	**4,2%**	**0,7%**
Regioni non sotto piano di rientro	7,4%	10,6%	7,6%	6,5%	4,5%	9,0%	4,8%	4,7%	0,1%	0,3%	1,6%	8,0%	5,7%	0,7%
Regioni sotto piano di rientro	6,0%	11,7%	8,6%	5,3%	-0,1%	5,5%	-0,8%	2,7%	0,5%	0,4%	2,4%	7,9%	1,8%	1,1%
Regioni sotto piano di rientro leggero	2,4%	11,1%	2,7%	9,7%	6,9%	9,2%	3,6%	2,1%	-2,0%	0,1%	-0,4%	6,4%	5,4%	-0,8%
Regioni autonome	4,0%	11,8%	5,9%	4,5%	6,4%	10,2%	0,2%	5,3%	3,7%	2,8%	1,2%	6,5%	5,5%	2,5%

Note:

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Tab. 2.25: spesa per altre prestazioni da privato in percentuale sulla spesa sanitaria corrente della regione

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Piemonte	17,5%	17,8%	17,1%	16,1%	16,3%	16,8%	18,4%	18,6%	19,3%	18,9%	19,0%	18,8%
Valle d'Aosta	7,4%	8,9%	10,1%	10,3%	10,0%	10,7%	6,4%	6,8%	7,5%	8,1%	8,7%	9,2%
Lombardia	23,4%	24,9%	26,8%	26,2%	26,9%	27,0%	28,1%	28,5%	29,3%	29,0%	28,9%	29,3%
P.A di Bolzano	11,9%	10,8%	11,3%	12,3%	12,7%	13,2%	15,1%	11,2%	11,4%	11,4%	11,2%	11,5%
P.A di Trento	10,6%	10,6%	11,3%	11,5%	11,2%	11,4%	11,2%	11,4%	12,0%	12,2%	13,2%	13,3%
Veneto	17,2%	18,4%	18,6%	19,0%	19,7%	18,7%	19,5%	19,7%	19,7%	19,0%	18,7%	18,5%
Friuli Venezia Giulia	8,9%	9,5%	9,2%	9,2%	9,7%	9,9%	10,4%	10,5%	10,9%	11,0%	10,9%	10,9%
Liguria	8,7%	9,4%	9,1%	9,7%	10,2%	10,6%	11,6%	11,9%	12,4%	12,1%	12,5%	12,4%
Emilia Romagna	13,4%	13,6%	13,6%	13,2%	13,4%	13,7%	14,3%	14,1%	14,2%	14,4%	14,6%	15,4%
Toscana	10,3%	10,2%	9,4%	9,7%	9,8%	10,0%	11,6%	12,0%	12,4%	12,3%	12,6%	12,8%
Umbria	9,8%	9,9%	10,3%	10,6%	10,5%	10,8%	11,3%	11,5%	11,5%	11,5%	11,4%	12,0%
Marche	9,5%	10,3%	10,4%	10,9%	11,0%	11,1%	11,4%	11,4%	11,6%	12,5%	12,9%	14,2%
Lazio	26,2%	25,7%	25,1%	25,8%	27,2%	25,6%	27,3%	24,9%	25,3%	25,1%	25,4%	26,9%
Abruzzo	17,9%	17,4%	19,0%	18,8%	19,7%	19,3%	16,2%	16,7%	14,9%	16,0%	15,6%	15,8%
Molise	14,4%	17,0%	16,8%	19,0%	21,0%	21,1%	21,4%	21,1%	23,4%	23,4%	24,9%	26,2%
Campania	20,8%	20,9%	19,9%	19,1%	19,4%	19,5%	19,5%	20,2%	21,7%	22,4%	22,3%	23,3%
Puglia	20,0%	19,3%	20,2%	19,7%	22,3%	22,0%	22,0%	22,4%	21,9%	22,0%	22,7%	23,0%
Basilicata	10,3%	11,4%	11,1%	10,9%	11,6%	12,7%	13,0%	14,4%	15,4%	15,0%	15,3%	15,6%
Calabria	15,6%	15,4%	15,4%	16,2%	17,2%	15,8%	17,1%	17,3%	16,7%	17,4%	17,5%	17,9%
Sicilia	18,0%	19,4%	19,2%	20,4%	19,7%	19,5%	21,0%	20,9%	22,1%	22,6%	23,0%	23,3%
Sardegna	11,8%	11,6%	12,7%	11,9%	12,6%	12,6%	13,0%	13,2%	13,4%	13,8%	13,9%	14,5%
ITALIA	**17,8%**	**18,2%**	**18,4%**	**18,4%**	**19,1%**	**18,9%**	**19,7%**	**19,6%**	**20,1%**	**20,1%**	**20,2%**	**20,8%**
Regioni non sotto piano di rientro	16,4%	17,2%	17,6%	17,7%	18,2%	18,2%	19,2%	19,4%	19,9%	19,7%	19,8%	20,2%
Regioni sotto piano di rientro	20,8%	21,1%	20,8%	21,2%	21,8%	21,1%	21,9%	21,3%	22,0%	22,4%	22,6%	23,5%
Regioni sotto piano di rientro leggero	18,7%	18,5%	18,4%	17,8%	19,0%	19,2%	20,1%	20,3%	20,5%	20,4%	20,6%	20,8%
Regioni autonome	10,7%	10,6%	11,2%	11,1%	11,5%	11,6%	12,0%	11,7%	12,0%	12,2%	12,3%	12,7%

Note:

Il peso relativo della voce in esame sul totale della spesa è calcolato, con riferimento ai raggruppamenti di regioni rappresentati in tabella, sulla base dell'aggregazione dei valori di spesa delle regioni incluse in ciascuno dei quattro gruppi.

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nella tabella sono stati cosi costruiti:

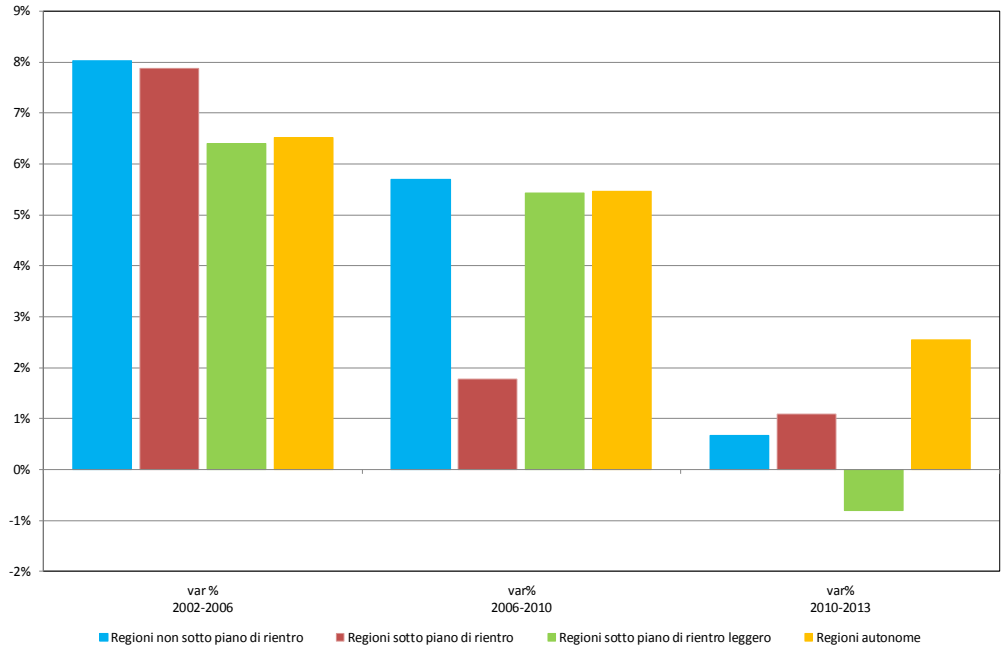
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprendono le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro leggero: ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni e province a statuto autonomo: ricomprende le regioni che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.31: altre prestazioni da privato (variazione percentuale annua)

Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:

- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

Fig. 2.32: altre prestazioni da privato (variazione media annua)



Note:
Al fine di garantire la comparabilità intertemporale, i gruppi di regioni esposti nel grafico sono stati cosi costruiti:
- Regioni sotto piano di rientro: ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia;
- Regioni non sotto piano di rientro: ricomprende le regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e la Liguria che è stata sottoposta a piano di rientro nel triennio 2007-2009;
- Regioni con piano di rientro "leggero": ricomprende Piemonte e Puglia, che a partire dall'anno 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario;
- Regioni autonome: ricomprende le Regioni a statuto speciale e Province autonome che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Sardegna che ha acquisito tale status a partire dall'anno 2010.

2.5 - Focus sul periodo 2010-2013

Gli effetti di contenimento registrati nel periodo 2006-2010 trovano conferma nel periodo 2010-2013. Gli ultimi quattro anni, infatti, hanno registrato una riduzione della spesa sanitaria di 1.314 mln di euro, pari a una riduzione media annua dello 0,4% (Tab. 2.4). La riduzione si è registrata principalmente nelle regioni sottoposte a piano di rientro e in quelle sottoposte a piano di rientro "leggero". Le prime, infatti, nel periodo 2010-2013 hanno ridotto la spesa in media dell'1,0% annuo, mentre le seconde dell'1,2% medio annuo. Le regioni non in piano di rientro hanno registrato un leggero incremento, pari allo 0,1%, mentre le regioni e le province a statuto autonomo hanno evidenziato un incremento medio annuo più elevato, pari allo 0,7%. Con riferimento alle regioni in piano di rientro "leggero", può osservarsi che dall'inizio del periodo di implementazione del piano, esse presentano una *performance* in termini di contenimento della spesa superiore a quella fatta registrare dalle altre regioni. Ciò conferma che, in generale, lo strumento dei piani di rientro determina una significativa responsabilizzazione dei comportamenti delle regioni, in relazione alle puntuali verifiche predisposte dai Tavoli di monitoraggio.

Il contenimento della dinamica ha interessato tutte le componenti di spesa, con un contributo significativo della spesa per il personale dipendente e per la farmaceutica convenzionata.

2.5.1 - Spesa per il personale

La spesa per il personale passa da un incremento medio annuo del 2,4% nel periodo 2006-2010 a una riduzione dell'1,4% nel periodo 2010-2013, riducendo in media il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria totale, che passa dal 33,2% nel 2010 al 32,2% nel 2013. Nel contenimento della dinamica per il personale hanno influito la riconferma del blocco del *turn over* per le regioni sotto piano di rientro (totale o parziale), il blocco delle procedure contrattuali per il periodo 2010-2012 e il congelamento dei livelli retributivi a quelli vigenti nell'anno 2010, fatto salvo il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale.

Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro, la cui dinamica è passata da un incremento medio annuo dell'1,1% nel periodo 2006-2010 a un tasso di variazione medio annuo negativo (- 2,6%) nel periodo 2010-2013. Questo contenimento si è riflesso anche sul peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale che passa, per le regioni in piano di rientro, dal 32,1% del 2010 al 30,6% del 2013.

Un contenimento della dinamica si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a piano di rientro, che passano da un incremento medio annuo del 2,7% nel periodo 2006-2010 ad una riduzione media dello 0,7% nel periodo 2010-2013. Si riduce anche il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale che passa dal 33,0% del 2010 al 32,2% del 2013.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 2,6% nel periodo 2006-2010 a una variazione media annua del -2,2% nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 32,9% del 2010 al 31,9% del 2013.

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo del 5,0% nel periodo 2006-2010 ad un incremento medio annuo dello0,7% nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale nell'anno 2013 si mantiene stabile al valore registrato nell'anno 2010 (39,6%).

2.5.2 - Spesa per beni e servizi - Prodotti farmaceutici

La spesa per prodotti farmaceutici passa da un incremento medio annuo del 12,6% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo del 3,8% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla spesa sanitaria totale passa dal 6,7% nel 2010 al 7,6% nel 2013.

Le regioni sottoposte a piano di rientro passano da un incremento medio annuo del 12,6% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo del 5,2% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla spesa sanitaria passa, per le regioni in piano di rientro, dal 6,3% del 2010 al 7,6% del 2013.

Le regioni non sottoposte a piano di rientro passano da un incremento medio annuo dell'11,9% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio del 3,5% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 6,8% del 2010 al 7,5% del 2013.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 14,1% nel periodo 2006-2010 ad una variazione media annua del 3,2% nel periodo

2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 7,4% del 2010 all'8,4% del 2013.

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo del 14,6% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo dello 2,2% nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 6,9% nel 2010 al 7,2% nel 2013.

2.5.3 - Spesa per Beni e servizi - Altri beni e servizi

La spesa per altri beni e servizi passa da un incremento del 3,0% nel periodo 2006-2010 a un incremento dell'0,9%nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per altri beni e servizi sulla spesa sanitaria totale passa dal 19,2% nel 2010 al 19,9% nel 2013.

Le regioni sottoposte a piano di rientro passano da un incremento medio annuo dell'1,4% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo dello 0,8%. Tuttavia il peso della spesa per altri beni e servizi sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa, per le regioni in piano di rientro, dal 16,4% del 2010 al 17,3% del 2013.

Le regioni non sottoposte a piano di rientro passano da un incremento medio annuo del 3,7% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio dell'1,1% nel periodo 2010-2012. Tuttavia il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 20,8% del 2010 al 21,4% del 2013.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 2,9% nel periodo 2006-2010 a una variazione media annua di-0,3 % nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per altri beni e servizi sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 19,0% del 2010 al 19,6% del 2013.

Relativamente alle regioni autonome, la spesa per beni e servizi delle registra un incremento medio annuo più elevato di quello fatto osservare dagli altri gruppi di regioni, con un tasso di crescita medio del 2,5% nel periodo 2010-2013, pur inferiore a quello registrato nel periodo 2006-2010 (pari al 4,9%). Il peso degli altri beni e servizi sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 21,6% nel 2010 al 22,8% nel 2013.

2.5.4 - Medicina di base

La spesa per la medicina di base passa da un incremento medio annuo del 2,5% nel periodo 2006-2010 a un incremento dello 0,3% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per medicina di base sulla spesa sanitaria totale passa dal 5,9% nel 2010 al 6,0% nel 2013.

La sostanziale stabilità di tale voce di spesa è da ricondursi principalmente al blocco del rinnovo delle convenzioni di medicina di base e al congelamento dei livelli retributivi a quelli in vigore nell'anno 2010, in analogia a quanto previsto per il personale dipendente.

Le regioni sottoposte a piano di rientro passano da un incremento medio annuo dell'1,3% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo dello 0,4% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per medicina di base sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa, per le regioni in piano di rientro, dal 6,3% del 2010 al 6,5% del 2013.

Le regioni non sottoposte a piano di rientro passano da incremento medio annuo del 2,8% nel periodo 2006-2010 ad una stabilità della spesa per la medicina di base nel

periodo 2010-2013. Anche il peso della spesa per medicina di base sulla corrispondente spesa sanitaria regionale resta invariato (pari al 5,6%).

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 4,2% nel periodo 2006-2010 a una variazione media annua dello 0,7% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per medicina di base sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 6,2% del 2010 al 6,5% del 2013.

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo del 2,9% nel periodo 2006-2010 ad un incremento medio annuo dell'1,2% nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa per medicina di base sulla corrispondente spesa sanitaria regionale resta invariato (pari al 5,6%).

2.5.5 - Spesa farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata passa da una riduzione media annua del 3,1% nel periodo 2006-2010 a una riduzione media annua del 7,7% nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria totale passa dal 9,9% nel 2010 al 7,9% nel 2013.

Le regioni sottoposte a piano di rientro passano da una riduzione media annua del 4,8% nel periodo 2006-2010 a una riduzione media annua del 7,9%nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa, per le regioni in piano di rientro, dall'11,3% del 2010 al 9,1% del 2013.

Le regioni non sottoposte a piano di rientro passano da una riduzione media annua del 2,4% nel periodo 2006-2010 a una riduzione media annua del 7,4% nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dall'8,8% del 2010 al 7,0% del 2013.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del -1,4% nel periodo 2006-2010 a una variazione media annua del -8,7% nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 10,5% del 2010 all'8,3% del 2013.

Le regioni autonome passano da una riduzione media annua dell'1,3% nel periodo 2006-2010 ad una riduzione media annua del 5,6% nel periodo 2010-2013. In termini percentuali sul totale della corrispondente spesa sanitaria regionale, la voce passa per le regioni autonome dal 9,2% nel 2010 al 7,6% nel 2013.

2.5.6 - Spesa per altre prestazioni da privato

La spesa per altre prestazioni da privato passa da un incremento medio annuo del 4,2% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo dello 0,7% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla spesa sanitaria totale passa dal 20,1% nel 2010 al 20,8% nel 2013.

Le regioni sottoposte a piano di rientro passano da un incremento medio annuo dell'1,8% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo dello 1,1% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa, per le regioni in piano di rientro, dal 22,0% del 2010 al 23,5% del 2013.

Le regioni non sottoposte a piano di rientro passano da un incremento medio annuo del 5,7% nel periodo 2006-2010 a un incremento medio annuo dello 0,7% nel periodo

2010-2013. Il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa da 19,9% nel 2010 al 20,2% nel 2013.

Le regioni in piano di rientro "leggero" passano da una variazione media annua del 5,4% nel periodo 2006-2010 a una variazione media annua negativa pari a -0,8% nel periodo 2010-2013. Il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale osserva un leggero incremento (dal 20,5% del 2010 al 20,8% del 2013).

Le regioni autonome passano da un incremento medio annuo del 5,5% nel periodo 2006-2010 a un aumento medio annuo del 2,5% nel periodo 2010-2013. Tuttavia il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 12,0% nel 2010 al 12,7% nel 2013.

CAPITOLO 3 - I Piani di rientro

3.1 - Premessa

Come precedentemente rappresentato, la consapevolezza che il sistema premiale operante dall'anno 2001 non fosse più adeguato per le regioni che erano state dichiarate inadempienti, in particolare per l'emersione di alti disavanzi di gestione, ha portato alla definizione progressiva di una legislazione straordinaria con la definizione dell'istituto del Piano di rientro.

Si partiva dalla constatazione dei seguenti fatti: nelle regioni con alti disavanzi non era stata erogata la premialità e quindi il relativo SSR aveva perso in ciascun anno il 5% del suo finanziamento ordinario per l'erogazione dei LEA; nonostante il potenziamento del sistema sanzionatorio dal 2005, queste regioni non erano riuscite a dare copertura al disavanzo di gestione annuale e, quindi, rimaneva una perdita non coperta che alimentava negli anni un debito crescente; negli operatori di tali regioni era subentrato un atteggiamento in alcuni casi di scoraggiamento e in altri di totale disinteresse delle regole imposte dal sistema premiale; in molte regioni erano state poste in essere operazioni finanziarie sul debito anche molto onerose per le regioni stesse, e i cui riflessi si sarebbero comunque sentiti su un arco temporale molto esteso.

Era maturata la consapevolezza che per le regioni con alti disavanzi strutturali era necessario un intervento mirato senza il quale, considerando la dimensione dei disavanzi rilevati, ne avrebbe avuto nocumento l'intero SSN e l'intero Paese.

Pertanto sia il legislatore, con la legge finanziaria per l'anno 2005 (articolo 1, comma 180, della legge n. 311/2004), che Governo e Regioni, nella successiva Intesa del 23 marzo 2005 (articolo 8), avevano ritenuto che la soluzione potesse essere ricercata solo nel varo da parte della regione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del SSR attraverso la sottoscrizione di un apposito accordo tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze e il Presidente della regione interessata.

In tali termini fin dall'anno 2006 le regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno iniziato a predisporre le bozze di tale programma operativo detto comunemente Piano di rientro.

Durante tale anno, anche alla luce delle problematiche emerse, è stato valutato inoltre che il programma operativo, di durata di norma triennale, dovesse essere corredato di una più puntuale cornice legislativa di attuazione che è stata successivamente prevista dal Patto per la salute 2007-2009 e poi recepita nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296/2006).

La cornice normativa per i piani di rientro definita con l'anno 2007 prevedeva per le regioni interessate:

- un fondo transitorio di accompagnamento per il triennio 2007-2009 che si aggiungeva al fondo previsto per l'anno 2006 per le regioni che sottoscrivevano un piano di rientro. Potevano accedervi le regioni nelle quali fosse scattato l'incremento automatico delle aliquote fiscali previsto dal comma 174 della legge finanziaria 2005. Tale fondo discendeva dalla consapevolezza che il livello di disavanzo raggiunto storicamente da tali regioni non potesse essere drasticamente annullato ma richiedeva uno sforzo graduale di contenimento dell'eccesso di spesa. La dimensione del fondo, decrescente, era pari a 1000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e 700 milioni di euro per l'anno 2009. Il suo ammontare era stato deciso tra Governo e Regioni congiuntamente e rappresentava lo "sforzo" di solidarietà che le regioni non in piano di rientro avevano ritenuto congruo "per aiutare" le regioni interessate dai piani di rientro nel loro sforzo straordinario;
- un ripiano selettivo dei disavanzi.
  Tale ripiano, dell'entità di 3.000 milioni di euro, era destinato ad abbattere il debito accumulato da tali regioni al 31 dicembre 2005 al fine di rendere sostenibile il percorso di rientro. In tali regioni il debito aveva, in alcune realtà, assunto dimensioni insostenibili;
- una deroga legislativa in ordine alla copertura pluriennale del debito al 31/12/2005 attraverso il conferimento di entrate certe e vincolate. Tale possibilità era stata data mediante deroga legislativa in quanto altrimenti vietata. Il fine di tale deroga era quello di permettere a tali regioni di conferire risorse annuali alla copertura del loro debito che, in relazione alla dimensione raggiunta, non poteva essere affrontata in un solo esercizio;
- un'anticipazione di liquidità per chiudere le posizioni debitorie al 31/12/2005. Tale anticipazione dell'importo complessivo di 9.100 milioni di euro ha consentito alle regioni interessate di stipulare dei prestiti con lo Stato al fine di pagare una parte del debito, dopo una procedura di certificazione dello stesso da effettuarsi con il supporto di un advisor contabile. Tale prestito sarebbe poi stato restituito dalla regione allo Stato, mediante il conferimento di risorse rinvenienti da entrate certe e vincolate in un arco di tempo trentennale;
- il mantenimento delle aliquote dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'Irap sui livelli massimi consentiti dalla legislazione vigente, quale massimo sforzo regionale sul versante delle entrate proprie. Tale previsione normativa è tuttora parte della cornice finanziaria della gestione corrente programmata con il piano di rientro in quanto è funzionale al conseguimento dell'equilibrio annuale dei conti di competenza.

Pertanto, come sopra riportato, nella cornice normativa del piano di rientro, vi sono contemporaneamente aiuti statali e obblighi regionali per la gestione corrente (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che accompagnano gradualmente lo sforzo regionale di contenimento della dinamica della spesa corrente; vi sono aiuti statali e conferimenti regionali per la gestione del debito al 31 dicembre 2005 (ripiano selettivo dei disavanzi, accesso all'anticipazione di liquidità e restituzione su base pluriennale del prestito ricevuto).

3.2 - Caratteristiche dei Piani di rientro

Il Piano di rientro si presenta come un vero e proprio piano industriale concernente la gestione del SSR nell'ambito della cornice finanziaria programmata garantendo l'erogazione dei LEA.

Esso è caratterizzato da diversi aspetti.

- La consapevolezza: è la prima fase nella stesura del piano di rientro, caratterizzata dai seguenti processi:
  - analisi del contesto normativo nazionale e regionale in materia sanitaria;
  - analisi del contesto sanitario regionale;
  - analisi del contesto regionale di controllo del servizio sanitario regionale;
  - analisi SWOT: consapevolezza dei propri punti di debolezza, ma anche dei propri punti di forza, delle opportunità e dei rischi delle scelte da compiere;
  - elaborazione del modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi.

Tale fase comporta la consapevolezza della insostenibilità finanziaria e sanitaria di un sistema senza controllo.

- La fase seguente che la regione deve affrontare è quella delle scelte da operare, che si sostanzia nel seguente processo:
  - individuazione degli interventi necessari ad efficientare il sistema e renderlo conforme al Piano sanitario nazionale per l'erogazione dei LEA;
  - definizione dei provvedimenti da adottare per attuare gli interventi;
  - elaborazione del cronoprogramma degli interventi;
  - individuazione degli effetti economici e di sistema correlati agli interventi;
  - definizione delle modalità di verifica periodica degli interventi;
  - elaborazione del modello programmato triennale sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi tale da garantire il raggiungimento dell'equilibrio con il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento, limitatamente agli anni 2007-2009, e delle entrate fiscali regionali da massimizzazione. Si tratta in sintesi di un modello programmato che associa dei risparmi di spesa con un disavanzo programmato nei limiti delle entrate aggiuntive preordinate sempre nella garanzia dell'erogazione dei LEA.

La bozza di Piano di rientro è stata sottoposta all'esame di un Gruppo tecnico interistituzionale, con la partecipazione di esponenti governativi e regionali, che ha discusso con le singole regioni le scelte proposte e, qualora necessario, chiesto modifiche ed integrazioni. Una volta stabilito il contenuto del Piano di rientro è stato possibile sottoscrivere l'Accordo per il piano di rientro da parte dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali e il Presidente della regione.

Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i piani di rientro delle regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise Abruzzo, Sicilia e Sardegna.

3.3 - I principali interventi previsti nei Piani di rientro del 2007

I principali interventi contenuti nei piani di rientro i cui accordi sono stati firmati durante l'anno 2007 sono:

- blocco del turn-over del personale → intervento da realizzarsi in relazione agli ingenti esuberi di personale;
- rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e piante organiche → intervento di sistema volto a garantire l'equità rispetto alla categoria e alle mansioni svolte;
- efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici ed altri beni sanitari → intervento strutturale di efficientamento;
- rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti ai fini del rispetto dello standard nazionale → intervento di adeguamento al fabbisogno ritenuto congruo a livello nazionale;
- potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza → intervento di sistema volto a recuperare risorse impiegate improduttivamente dal punto di vista sanitario;
- riorganizzazione della rete ospedaliera → intervento strutturale di medio-lungo periodo. E' il vero salto di qualità del sistema;
- determinazione tetti di spesa e budget per i soggetti erogatori privati → intervento volto a garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse e ad evitare l'insorgere di contenziosi;
- protocolli di intesa con le università → superamento dei vecchi policlinici universitari pubblici a gestione diretta con la creazione delle aziende miste che rispondano alle esigenze del SSR come parte di esso;
- potenziamento dei servizi territoriali → intervento strutturale di medio-lungo periodo. E' la vera sfida sull'efficientamento dei servizi sanitari per garantire i LEA;
- potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale → intervento urgente al fine di portare avanti le riforme strutturali del sistema e consolidare la cultura della programmazione e del monitoraggio;
- certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento → intervento volto a chiudere le ingenti posizioni debitorie passate che altrimenti potrebbero compromettere l'attuazione degli interventi futuri.

Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro è inoltre prevista l'individuazione di un advisor finanziario per la gestione delle operazioni di natura finanziaria e di un advisor contabile per il supporto contabile sia nella gestione della certificazione delle posizioni debitorie pregresse che nel supporto finalizzato al miglioramento della gestione contabile corrente. L'advisor contabile svolge anche la funzione di valutatore indipendente in ordine al monitoraggio contabile conseguente all'attuazione del piano di rientro.

3.4 - L'attuazione dei Piani di rientro

Una volta formalizzato l'impegno regionale contenuto nel Piano di rientro si è passati alla fase di attuazione. Tale fase si sostanzia in:

- predisposizione da parte della regione della bozza dei provvedimenti e delle azioni da adottare previsti nel piano di rientro;

- acquisizione del relativo parere da parte dei Ministeri affiancanti (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze) in ordine alla coerenza con il piano di rientro. Qualora ritenuto urgente, il provvedimento può essere inviato ai Ministeri affiancanti dopo la sua adozione, con riserva di apportare le eventuali richieste di modifica da parte dei Ministeri affiancanti;
- adozione dei provvedimenti;
- verifica degli effetti previsti dei provvedimenti;
- verifica periodica della tenuta degli obiettivi programmati.

Si ricorda inoltre che i provvedimenti concernenti l'attuazione del piano di rientro sono vincolanti per la regione e possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi e amministrativi regionali già adottati dalla regione. Pertanto, qualora si rinvengano provvedimenti in contrasto con l'attuazione del piano di rientro essi devono essere rimossi e, se il provvedimento è legislativo, la stessa legislazione nazionale ha indicato la procedura da seguire per la relativa rimozione (articolo 2, comma 80 della legge n. 191/2009).

3.5 - L'attività di affiancamento

L'attività di affiancamento nell'attuazione dei piani di rientro è svolta dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze principalmente attraverso il rilascio di pareri sui provvedimenti da adottarsi da parte della regione con riferimento alla coerenza rispetto agli obiettivi previsti dal Piano di rientro e con la normativa nazionale.

L'Accordo per il piano di rientro ha previsto la costituzione di un apposito nucleo di affiancamento del quale fanno parte i Ministeri affiancanti.

La funzione di affiancamento è svolta anche mediante il SiVeAS che è il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito con Decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della salute, in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della legge n. 266/2005. Il supporto tecnico è assicurato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Dipartimento della qualità del Ministero della salute. Il SiVeAS, che ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai LEA, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati, con la legge Finanziaria 2007 è stato investito dell'attività di affiancamento alle Regioni con Piani di rientro.

Sempre nell'ambito dell'attività di affiancamento è stato implementato il Sistema documentale dei piani di rientro mediante il quale ogni regione trasmette i provvedimenti concernenti l'attuazione del proprio piano.

Tale Sistema prevede l'attribuzione di un numero progressivo di protocollo in arrivo a ciascun documento inviato al fine di individuarlo univocamente e di legarlo ad uno degli obiettivi del piano di rientro. Successivamente il parere reso dai Ministeri affiancanti viene trasmesso alla regione sempre mediante l'attribuzione di un numero di protocollo in uscita al fine di individuarlo univocamente.

Il Sistema documentale costituisce il canale ufficiale di invio della documentazione concernente l'attuazione del piano di rientro.

A titolo esemplificativo, si riporta il numero dei provvedimenti pervenuti durante l'anno 2012, i relativi pareri resi entro il 31 dicembre 2012 e il numero delle richieste informative e di chiarimenti che sono state inviate dai Ministeri affiancanti.

Tab. 3.1: attività di affiancamento - Anno 2012

Regioni	Provvedimenti pervenuti	Pareri emessi	Richieste Ministeri
Abruzzo	204	110	15
Calabria	352	186	16
Campania	285	173	23
Lazio	293	191	27
Molise	179	103	16
Piemonte	68	47	8
Puglia	95	120	19
Sicilia	138	93	12
Totale	**1.614**	**1.023**	**136**

E' possibile evincere che durante l'anno solare 2012 sono pervenuti complessivamente 1.614 provvedimenti regionali e sono stati resi 1.023 pareri dai Ministeri affiancanti. I Ministeri affiancanti hanno dovuto procedere a richiedere chiarimenti o notizie alle regioni complessivamente in 136 casi.

3.6 - Le verifiche di attuazione del Piano di rientro

L'attuazione del Piano di rientro, secondo quanto previsto dal relativo Accordo, è effettuata in seduta congiunta dal Tavolo adempimenti con il Comitato LEA. Sono previste ordinariamente delle verifiche trimestrali e verifiche annuali. Su decisione di Tavolo e Comitato possono essere previste ulteriori verifiche oppure le stesse possono anche essere richieste dalla regione.

Verifiche trimestrali. Le verifiche trimestrali si sostanziano nell'esame della documentazione trasmessa dalla regione per l'attuazione del piano di rientro, di norma con riferimento alle scadenze previste nel trimestre chiuso immediatamente prima della riunione.

Tali verifiche operano una valutazione della situazione economica che si sta prospettando per l'anno in corso al fine di verificarne la coerenza con l'obiettivo programmato nel piano di rientro. Qualora si ravvisi uno scostamento in termini peggiorativi, la regione viene invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la gestione nell'ambito degli equilibri programmati. Tali iniziative sono esaminate nella successiva verifica.

Verifica annuale. Nella verifica annuale del piano di rientro viene effettuato un bilancio dell'intero anno trascorso. Tale verifica avviene in occasione dell'esame del risultato di gestione dell'anno appena concluso ed è effettuata sulla base di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004. Rispetto alla procedura precedentemente illustrata, con riferimento al risultato di gestione dell'anno trascorso, per le regioni in piano di rientro si possono manifestare situazioni di equilibrio, avanzo o disavanzo. Si ricorda che il risultato di gestione sconta a copertura le entrate preordinate dal piano di rientro e cioè, le entrate regionali da massimizzazione delle aliquote fiscali e, fino all'anno 2009, le entrate derivanti dal fondo transitorio di accompagnamento. Qualora il risultato di gestione di un certo anno manifesti un avanzo, la regione può chiedere la rideterminazione in riduzione delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta seguente fino alla concorrenza finanziaria del miglior risultato ottenuto. Viceversa, se il risultato di gestione evidenzia un disavanzo non coperto dalle risorse preordinate dal

piano di rientro, secondo quanto previsto dalla legislazione vigente, scattano nel territorio della regione le ulteriori massimizzazioni delle aliquote e cioè la ulteriore massimizzazione dell'Irap dello 0,15% e dell'Addizionale regionale all'Irpef dello 0,30%. Inoltre si applicano nel territorio della regione il blocco automatico del turn over del personale del SSR e il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine del secondo anno successivo a quello in cui viene effettuata la verifica.

Oltre alla verifica dell'equilibrio finanziario, la verifica annuale è un vero e proprio bilancio dell'attuazione del piano di rientro anche sotto il profilo assistenziale nonché organizzativo.

Sulla base di quanto sopra riportato, le verifiche trimestrali e annuali possono avere esito positivo oppure negativo.

In relazione all'esito delle verifiche sono collegate le erogazioni delle risorse delle premialità pregresse e correnti e delle ulteriori risorse legate all'attuazione del piano di rientro (fondo transitorio di accompagnamento, ripiano disavanzi).

Alle verifiche di attuazione del piano di rientro partecipa di norma anche l'advisor contabile.

Sempre a titolo esemplificativo si riporta la tabella contenente, sempre per l'anno 2012, il numero delle riunioni tenutesi, pari a 28, e la dimensione dei verbali di verifica espressa dalle loro pagine complessive.

Tab. 3.2: verbali di verifica - Anno 2012

Regioni	Verballi	Numero pagine complessive
Abruzzo	3	94
Campania	4	105
Calabria	3	96
Lazio	3	118
Molise	3	100
Puglia	4	50
Piemonte	3	47
Sicilia	5	108
TOTALE	**28**	**718**

La legge dispone che delle verifiche annuali dei piani di rientro sia inviata copia alla Corte dei Conti.

3.7 - I Piani di rientro della Regione Calabria e delle Regioni Piemonte e Puglia

In via ulteriore rispetto ai Piani di rientro sottoscritti nel 2007, la regione Calabria nel 2009 e le regioni Piemonte e Puglia nel 2010 hanno sottoscritto degli Accordi con allegati i Piani di rientro.

Calabria. La regione Calabria ha sottoscritto l'accordo per il piano di rientro a fine anno 2009 in relazione alle rilevate inadempienze pregresse in ordine all'equilibrio economico finanziario e alla verificata mancata erogazione dei LEA.

Gli interventi previsti nel piano di rientro della regione Calabria sono le attività per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria mediante la riorganizzazione della rete ospedaliera che ha visto anche l'operatività di una specifica ordinanza della Protezione civile in merito alla costruzione di quattro nuovi ospedali. Parallelamente a tale intervento sono state preventivate misure di contenimento del costo del personale in relazione all'alto numero di esuberi dichiarato nel piano di rientro e il contenimento delle voci di spesa dei beni e servizi. Sul versante dei rapporti con gli erogatori privati sono stati previsti interventi di normalizzazione dei rapporti mediante la sottoscrizione dei contratti relativi all'acquisto di prestazioni. Altro intervento rilevante previsto è la certificazione del debito pregresso che necessitava di un lungo lavoro di riconciliazione e ricerca dei relativi documenti giustificativi che, in molti casi, il disordine contabile ovvero la completa assenza di una tenuta della contabilità, aveva reso insufficienti o incompleti.
La Calabria, in relazione agli alti disavanzi strutturali, come per i precedenti piani di rientro sottoscritti nell'anno 2007, è tenuta a mantenere per l'intera durata del Piano le aliquote fiscali sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente.

Puglia e Piemonte. L'Accordo per il piano di rientro del Piemonte è stato sottoscritto il 29 luglio 2010 e quello della Puglia il 29 novembre 2010. I Piani di rientro di tali regioni, detti "Piani leggeri" sono caratterizzati da un minor dettaglio e da modalità di verifica semestrale. Per tali regioni non è previsto l'obbligo della massimizzazione delle aliquote fiscali.

3.8 - La mancata attuazione del Piano di rientro: diffida e commissariamento

Qualora dalla verifica di Tavolo adempimenti e Comitato LEA emergano dei gravi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione ad adempiere entro la data riportata nella diffida. Successivamente il Tavolo adempimenti e il Comitato LEA sono chiamati a valutare gli atti adottati dalla regione e la loro congruità a recuperare il grave ritardo nell'attuazione del piano di rientro. Qualora la loro valutazione sia negativa, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro. Sulla base della normativa vigente può essere nominato Commissario ad acta il Presidente della regione.

Al Commissario viene conferito un mandato in ordine all'attuazione del Piano di rientro con la specificazione anche dei principali interventi da porre in essere. Il Commissario agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al piano di rientro, i cui equilibri sono stati scontati nell'ambito degli equilibri di finanzia pubblica. Pertanto con il Commissariamento la regione perde la sua potestà sulla sanità con particolare riferimento agli obiettivi nominati esplicitamente nel mandato commissariale. Se ritenuto opportuno dal Governo, il Commissario può essere affiancato nell'attuazione del suo mandato da uno o più Sub commissari ai quali viene conferito specifico mandato.

Attualmente, delle regioni sotto piano di rientro, sono state commissariate: Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria.

3.9 - La prosecuzione dei Piani di rientro: i programmi operativi

Sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella successiva legge finanziaria per l'anno 2010 è stato disposto che i Piani di rientro delle regioni

commissariate sarebbero proseguiti mediante programmi operativi. Resta fermo l'assetto della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile. Viene in ogni caso fatta salva la possibilità della regione di ripristinare la gestione ordinaria del piano di rientro mediante la presentazione di un nuovo piano di rientro che deve essere valutato nella sua congruità.

Ha terminato positivamente il piano di rientro la regione Liguria, mentre le regioni commissariate Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria stanno proseguendo con la gestione commissariale e mediante l'attuazione di programmi operativi.

La Sicilia, il Piemonte e la Puglia, nella cui ultima verifica annuale di attuazione del piano di rientro è stata data valutazione negativa, hanno chiesto di poter proseguire il piano di rientro mediante programmi operativi.

3.10 - La normativa sui nuovi Piani di rientro dall'anno 2010

La normativa vigente dall'anno 2010 prevede l'obbligatorietà del Piano di rientro per le regioni che presentano un disavanzo pari o superiore alla soglia del 5% del livello del finanziamento del SSR ovvero per le regioni per le quali, pur avendo un livello di disavanzo inferiore alla soglia del 5%, gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo.

Qualora venga accertato, dal Tavolo per la verifica degli adempimenti, il verificarsi delle condizioni sopra descritte, la regione interessata è tenuta a presentare un Piano di rientro elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

Detto piano, approvato dalla regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio (STEM – art. 3, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori rispettivamente di trenta e di quarantacinque giorni.

Il Consiglio dei Ministri accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei Ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei Ministri nomina il presidente della regione commissario ad acta per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del presidente quale commissario ad acta:

a) oltre all'applicazione degli automatismi previsti dall' articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente;

b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'Irap e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'Irpef.

Resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell' articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004. L'approvazione del Piano di rientro da parte del Consiglio dei Ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano stesso.

La verifica dell'attuazione del Piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal Piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti.

Qualora dall'esito delle verifiche predette emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei Ministri diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata dai Tavoli tecnici, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell' articolo 120 della Costituzione nomina il Presidente della regione o un altro soggetto commissario *ad acta* per l'intera durata del piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale.

Per nessuna regione si sono verificate le condizioni per la sottoscrizione del piano di rientro introdotte a partire dall'anno 2010.

3.11 - La normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei Piani di rientro

Come precedentemente riportato, le regioni in piano di rientro sono tenute al mantenimento della massimizzazione delle aliquote fiscali Irap e addizionale Irpef durante la vigenza del piano di rientro.

L'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296/2006 (legge finanziaria per l'anno 2007) prevede che, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi previsti dal piano di rientro sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, la regione interessata possa ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo a quello di riferimento del risultato di gestione, l'addizionale all'Irpef e l'aliquota dell'Irap per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. Tale disposizione è stata confermata dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009, prevedendo inoltre che analoga misura di attenuazione si possa applicare anche al blocco automatico del turn over e al divieto di effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano.

Successivamente l'articolo 2, comma 6, del decreto legge n. 120/2013 ha integrato il predetto articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009, prevedendo che a decorrere dal

2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del Piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al decreto legge n. 35/2013, in misura tale da garantire al finanziamento del Servizio sanitario regionale un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al decreto legge n. 35/2013, in misura tale da garantire al finanziamento del Servizio sanitario regionale un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità extrasanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un Programma operativo 2013-2015 approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione delle aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'IRAP secondo le vigenti disposizioni.

Resta fermo quanto previsto dallo stesso comma 80 in caso di risultati quantitativamente migliori e quanto previsto dal successivo comma 86 in caso di determinazione di un disavanzo sanitario maggiore di quello programmato e coperto con conseguente incremento delle aliquote fiscali nella misura dello 0,15% dell'Irap e dello 0,30 dell'addizionale Irpef.

CAPITOLO 4 - L'attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

4.1 - Premessa

Come ampiamente rappresentato in precedenza le disposizioni introdotte dal decreto legislativo n. 118/2011 hanno ridisegnato le regole contabili per l'intero SSN a partire dall'anno 2012, con l'individuazione delle specificità del settore e con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili delle aziende del SSN.

In relazione all'entrata in vigore di tale decreto legislativo le attività di monitoraggio hanno richiesto un maggior dettaglio informativo in relazione al conto economico, hanno richiesto un progressivo approfondimento delle scritture patrimoniali ed una ricognizione sulla situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011, periodo antecedente all'entrata in vigore del predetto decreto legislativo.

4.2 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione

La metodologia per la verifica del risultato di gestione, valutato una prima volta in occasione della verifica dei conti economici relativi al IV trimestre per dare attuazione all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e, definitivamente, in occasione dell'acquisizione del conto consuntivo, per la conclusione della valutazione del sistema premiale annuale, tiene conto di quanto espressamente previsto dal decreto legislativo n. 118/2011, dalla circolare ministeriale del 28 gennaio 2013, dal decreto ministeriale 17 settembre 2012 in merito alla casistica applicativa, dalla circolare ministeriale del 25 marzo 2013.

Il risultato di gestione viene desunto a partire dal conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 nonché della mobilità sanitaria extraregionale e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale, perimetro sanità e con quanto riportato negli atti formali di riparto.

In attuazione di quanto disposto dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011 sono effettuate dai Tavoli tecnici le verifiche della coerenza delle iscrizioni concernenti:

- il finanziamento ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale, perimetro sanità, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento;
- il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;

- il finanziamento per obiettivi di piano e per somme vincolate o finalizzate accertato ed impegnato sul bilancio regionale, perimetro sanità, e la sua coerenza con gli atti formali di riparto;
- il finanziamento sanitario vincolato e per obiettivi di piano iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale, perimetro sanità, con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel modello CE[28] con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità.

Nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le contabilizzazioni attese sul bilancio regionale, perimetro sanità, a partire dagli atti di riparto, e quelle effettivamente accertate ed impegnate dallo stesso, se ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.

Viene richiesto alla regione di documentare la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intra regionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2013.

Nel calcolo del risultato di gestione si tiene conto di quanto previsto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 in materia di destinazione degli utili aziendali. Sono inoltre verificate le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) che necessitano di corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE.

Nel calcolo del risultato di gestione viene esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CE AA0080) in quanto risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di

[28] Si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

MOBILITA' ATTIVA	AA0460	AA0470	AA0490	AA0500	AA0510	AA0520	AA0530	AA0540	AA0550	AA0560	AA0610
MOBILITA' PASSIVA	BA0090	BA0480	BA0520	BA0560	BA0730	BA0780	BA0830	BA0990	BA1060	BA1120	BA1550

risorse aggiuntive regionali per il raggiungimento dell'equilibrio economico per le quali la regione documenta la relativa coerenza con il bilancio regionale.

Viene valutata la coerenza degli accantonamenti per rinnovi contrattuali ed eventualmente rideterminato il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato, nelle more della relativa rettifica da parte della regione.

Viene richiesta la documentazione (delibere, stanziamenti a carico del bilancio regionale, altro) attestante le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione di sintesi sulle stesse con riferimento alle voci del modello CE Riepilogativo regionale '999':

- AA0030 – "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale indistinto",
- AA0040 - "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale vincolato",
- AA0070 – "Contributi da regione (extra Fondo) vincolati
- AA0080 – "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA;
- AA0090 – "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA;
- AA0100 – "Contributi da regione (extra Fondo) - altro
- AA0280 – "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da regione per quota Fondo sanitario vincolato"

Viene richiesta documentazione inerente la composizione delle voci:

- AA0250 "Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti – da regione per quota FS".
- AA0260" Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi"
- BA2700 - "Accantonamenti per rischi"
- BA2820 - "Altri accantonamenti "
- EA0010 - "E.1) Proventi straordinari"
- EA0260 - "E.2) Oneri straordinari"

Una volta valutato il risultato di gestione, viene operata la verifica in ordine alla dimensione dell'eventuale disavanzo (articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009) al fine di valutare se ricorrano le condizioni che impongono la redazione di un Piano di rientro (si veda a tal proposito quanto riportato al Capitolo 3 (paragrafo 3.10)

Dall'anno contabile 2013 (in attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013[29]) viene richiesta la documentazione attestante l'avvenuta

[29] A decorrere dall'anno 2013 costituisce adempimento regionale - ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 - verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, l'erogazione, da parte della regione al proprio Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio SSR.

4.3 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale

Le principali innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 118/2011 che rilevano sulla redazione delle poste patrimoniali sono:

- l'istituzione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) quale specifico centro di responsabilità nella struttura organizzativa regionale deputato alla tenuta di una propria contabilità di tipo economico-patrimoniale e alla gestione delle operazioni finanziate con risorse destinate al Servizio sanitario regionale;
- la predisposizione da parte della GSA dello stato patrimoniale iniziale al 01/01/2012;
- la definizione degli enti ricompresi nel perimetro della sanità, che, quindi, sono ricompresi nel perimetro di consolidamento delle scritture del Servizio sanitario regionale da operarsi da parte della GSA;
- l'apertura di appositi conti di tesoreria intestati alla sanità sui quali sono versate le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard;
- la definizione dei libri obbligatori per la tenuta della contabilità e degli schemi di bilancio degli enti ricompresi nel perimetro di consolidamento del SSR ivi ricomprendendo la GSA.

Pertanto è stato necessario esaminare, da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti e, congiuntamente con il Comitato LEA, per le regioni sottoposte ai piani di rientro, le scritture contabili relative allo Stato patrimoniale relativo all'esercizio 2011 in quanto propedeutico alla redazione dello Stato patrimoniale di apertura relativo all'esercizio 2012.

Tale attività di analisi delle scritture patrimoniali è stata svolta anche per lo stato patrimoniale relativo all'esercizio 2012 e sarà svolta anche in occasione dell'acquisizione dello stato patrimoniale relativo all'esercizio 2013.

Durante le riunioni di verifica dello stato patrimoniale è stata effettuata l'istruttoria a partire dalle contabilizzazioni operate sul modello SP "Riepilogativo regionale" accompagnate da una puntuale relazione prodotta dalla regione e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, anche dall'*advisor contabile*, in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale (immobilizzazioni, rimanenze, crediti, attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni, disponibilità liquide, ratei e risconti attivi, conti d'ordine, patrimonio netto, rischi e oneri, trattamento di fine rapporto, debiti, ratei e risconti passivi, conti d'ordine) che desse evidenza anche della puntuale attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 e della casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012. E' stato inoltre chiesto alle regioni di allegare copia del bilancio d'esercizio, compresa la nota integrativa, il rendiconto finanziario e la relazione sulla gestione sia della GSA sia del consolidato regionale.

In particolare l'istruttoria condotta si è concentrata sull'analisi delle seguenti voci:

- voci relative ai crediti del SSR verso lo Stato e verso la Regione, di cui è stata verificata anche la coerenza con le iscrizioni di bilancio regionale. Limitatamente ai crediti verso Stato è stata operata una riconciliazione con le corrispondenti iscrizioni presenti sul bilancio dello Stato a titolo di:
  - finanziamento indistinto
  - finanziamento vincolato e per obiettivi di piano
  - concorso statale per ripiano perdite
  - ripiano selettivo dei disavanzi
  - fondo transitorio di accompagnamento
  - manovre fiscali regionali
  - FAS.

  Limitatamente ai crediti verso Stato per investimenti è stata richiesta la produzione di documentazione regionale analitica in ordine alla relativa composizione al fine di effettuare una successiva verifica. L'acquisizione di tale ultima documentazione è in corso;

- disponibilità liquide, anche con riferimento all'istituzione di conti di tesoreria intestati alla sanità, ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 118/2011;
- voci del patrimonio netto;
- voci relative ai fondi rischi e oneri;
- voci relative ai debiti.

Con riferimento all'esercizio 2013 l'analisi si è arricchita con la richiesta di una riconciliazione dei crediti verso regione con il bilancio finanziario regionale anche alla luce della ricognizione della situazione economico patrimoniale relativa agli anni 2001-2011 di cui al successivo paragrafo. Stessa riconciliazione è stata richiesta con riferimento alle voci del patrimonio netto: utili e perdite portate a nuovo e contributi per ripiano perdite.

E' stata inoltre richiesta una relazione regionale attestante la coerenza delle iscrizioni relative ai debiti, in particolare verso fornitori, con i pagamenti effettuati a seguito dell'accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi del decreto legge n. 35/2013 e il rispetto dei tempi di pagamento di cui al decreto legislativo n. 192/2012 di recepimento della direttiva 2011/7/UE.

L'analisi delle iscrizioni contabili relative allo Stato patrimoniale avviata di recente, rispetto alle analisi condotte sui conti economici, potrà portare ad una effettiva sistemazione contabile solo in un arco di tempo pluriennale anche in relazione alla complessità di tale documento contabile.

4.4 - Metodologia di analisi della ricognizione della situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011

Tale analisi, come sopra rappresentato, si è resa necessaria, prioritariamente, a seguito delle modifiche introdotte dal decreto legislativo n.118/2011, nello specifico dal Titolo II, e in attuazione dell'articolo 3, comma 3, del decreto legge n. 35/2013.

A giugno 2013 i Tavoli tecnici hanno condiviso e approvato il modello tipo della scheda di rilevazione della situazione patrimoniale ed economica al 31/12/2011 al fine di rendere possibile l'analisi.

La documentazione richiesta consisteva nella produzione di 20 tabelle, precompilate dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, da completarsi da parte di ciascuna regione con riferimento alle informazioni desunte dal proprio bilancio regionale (in termini di accertamento, impegno ed erogazione di cassa) e dai bilanci degli enti del proprio Servizio sanitario regionale nonché con riferimento alla spesa sanitaria gestita centralmente dalla stessa regione.

Le tabelle hanno riguardato le seguenti tematiche:

1) Finanziamento indistinto;
2) Finanziamento vincolato e per obiettivi di piano;
3) Ulteriori trasferimenti operati dal bilancio regionale a favore del Servizio sanitario regionale (escluse coperture);
4) Costi capitalizzati ed ammortamenti;
5) Ricalcolo ammortamenti;
6) Svalutazioni crediti, rivalutazioni e svalutazioni;
7) Rischi (solo per le regioni in piano di rientro);
8) Risultati di gestione;
9) Coperture a carico del bilancio regionale, anche attraverso la maggiorazione delle aliquote fiscali;
10) Ripiano disavanzi nazionale;
11) Ripiano selettivo dei disavanzi (solo per le regioni in piano di rientro);
12) Fondo transitorio di accompagnamento (solo per le regioni in piano di rientro);
13) Accesso anticipazione di liquidità (solo per le regioni in piano di rientro);
14) FAS (solo per le regioni in piano di rientro);
15) Crediti;
16) Anzianità dei crediti;
17) Disponibilità liquide;
18) Debiti;
19) Patrimonio netto;
20) Immobilizzazioni.

Limitatamente alle tabelle 1 e 2 è stata chiesta alle regioni la produzione di tabelle di dettaglio contenenti la ricostruzione a, partire dal bilancio regionale, delle somme relative agli accertamenti, impegni ed erogazioni a favore del SSR.

Per la tabella 4 è stata chiesta a ciascuna regione la ricostruzione degli importi dei contributi in conto capitale regionali e statali alla base delle sterilizzazioni degli ammortamenti nonché la ricostruzione degli altri contributi in conto capitale eventualmente ricevuti e collegati alla sterilizzazione degli ammortamenti iscritti nei conti economici.
In considerazione del fatto che, prima dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 118/2011, tali iscrizioni hanno risentito di principi contabili specifici regionali, è stato chiesto a ciascuna regione di fornire una illustrazione dei criteri di ammortamento e di sterilizzazione operanti nel periodo 2001-2011 e, qualora fossero stati adottati criteri difformi in merito ai beni di prima dotazione, di fornire una tabella aggiuntiva nella quale la regione ha simulato l'applicazione del criterio di sterilizzazione dei beni di prima dotazione, al fine di valutarne il relativo impatto.

Sulla base della documentazione trasmessa, nelle riunioni di verifica, il Tavolo per le regioni non in piano di rientro, e congiuntamente con il Comitato Lea, per le regioni in piano di rientro, ha effettuato la seguente analisi:

- riconciliazione su base pluriennale delle somme iscritte a titolo di finanziamento indistinto + vincolato e per obiettivi di piano desunte dalle rispettive delibere Cipe di riparto con i corrispondenti valori accertati, impegnati del bilancio regionale. Particolare attenzione verrà data alla riconciliazione degli impegni. Saranno inoltre valutate anche le somme erogate al SSR e le somme ancora da erogare;
- riconciliazione su base pluriennale delle somme iscritte a titolo di finanziamento indistinto + vincolato e per obiettivi di piano desunte dalle rispettive delibere Cipe di riparto con i corrispondenti valori iscritti nei bilanci nelle aziende sanitarie del SSR ed iscritte nella spesa accentrata regionale;
- riconciliazione su base pluriennale delle somme iscritte a titolo di ulteriore finanziamento a carico del bilancio regionale (al netto delle coperture) in termini di accertamenti ed impegni con i corrispondenti valori iscritti nei bilanci nelle aziende sanitarie del SSR ed iscritte nella spesa accentrata regionale;
- valutazione delle somme iscritte nei bilanci aziendali a titolo di costi capitalizzati e a titolo di ammortamenti nel periodo 2001-2011 con analisi di coerenza con le iscrizioni operate sul modelli CE dei relativi anni e con le fonti di finanziamento espresse dalla ricostruzione dei contributi in conto capitali ricevuti da Stato, Regione o altra fonte. Valutazione, in presenza di specifici principi regionali, della simulazione dell'applicazione del criterio di sterilizzazione dei beni di prima dotazione e del relativo impatto;
- valutazione dell'effetto del ricalcolo degli ammortamenti pregressi ai sensi di quanto disposto dalla citata circolare ministeriale del 25 marzo 2013 e della quota non sterilizzata al fine di tenerne conto nella determinazione della situazione economico patrimoniale pregressa in relazione al fatto che tale ricalcolo discende direttamente dall'applicazione del decreto legislativo n. 118/2011 e che, quindi, i conti economici pregressi non rilevano tale costo;
- valutazione delle somme iscritte nei bilanci aziendali a titolo di svalutazione crediti, rivalutazioni e svalutazioni nel periodo 2001-2011 con analisi di coerenza con le iscrizioni operate sul modelli CE dei relativi anni in considerazione della mancata valutazione degli stessi in sede di verifica in relazione ai principi contabili differenti applicati dalle regioni;
- valutazione dei risultati di gestione e ricostruzione su base pluriennale dei risultati di gestione valutati dal Tavolo e dei risultati di gestione aziendali negativi. Valutazione del risultato di gestione della spesa accentrata regionale ed eventuali rettifiche resesi necessarie in funzione dell'inclusione nei risultati di gestione di somme relative alle coperture ovvero la presenza di criteri di consolidamento e riclassificazioni da riconciliare. Si è tenuto conto anche degli eventuali interventi di ripiano operati a favore delle aziende ma a valere sul fondo sanitario presenti con riferimento ai primi anni di riferimento della rilevazione. A partire da tali valutazioni è stata definita la necessità di copertura del SSR nel periodo oggetto di analisi. Tavolo e Comitato fanno presente che, limitatamente alle regioni in piano di rientro, si è tenuto conto anche dei risultati delle procedure di ricognizione, riconciliazione e certificazione della posizione debitoria pregressa;

- valutazione delle risorse aggiuntive rispetto al Fondo sanitario (indistinto e vincolato) a titolo di ulteriori trasferimenti a carico del bilancio regionale (anche a valere sulla massimizzazione delle aliquote fiscali) e a titolo di ripiano disavanzi nazionali (legge n. 311/2004 e legge n. 266/2005). Limitatamente alle regioni in Piano di rientro sono state valutate le altre specifiche misure di copertura rappresentate dal ripiano selettivo dei disavanzi, dall'accesso al fondo transitorio di accompagnamento, dall'anticipazione di liquidità, dall'acceso alle risorse FAS per l'equilibrio del proprio SSR;
- a partire da tali informazioni, con riferimento agli impegni osservati, è stato definito l'ammontare delle risorse aggiuntive destinate alla copertura del disavanzo cumulato del SSR;
- dalla differenza tra la necessità di copertura e le coperture preordinate è stata valutata la presenza di equilibrio o di eccedenza di risorse ovvero la necessità di valutare ulteriori coperture;
- per le regioni che ne hanno fatta richiesta e hanno avuto accesso alle anticipazioni di liquidità di cui ai decreti legge n. 35/2013 e n. 102/2013 è stato valutato ai fini dell'equilibrio anche tale accesso, limitatamente alla quota destinata alla copertura degli ammortamenti non sterilizzati;
- qualora la regione abbia, con riferimento alle aziende che presentano un utile, disposto interventi di ripiano del disavanzo pregresso delle medesime aziende o con riferimento all'intero SSR, su indicazione della regione dei relativi importi, si è tenuto conto di detti importi nella determinazione dell'esigenza di copertura;
- qualora dall'analisi svolta, alla regione residui un disavanzo non coperto, il Tavolo ha valutato la presenza di una maggiore copertura sul risultato di gestione consuntivo 2012 nei termini riportati nei rispettivi verbali di verifica, aggiornando la stima dei gettiti delle aliquote fiscali eventualmente impiegate per l'equilibrio dei disavanzi regionali con la stima fornita dal competente Dipartimento delle finanze a fine anno 2013;
- qualora per la regione, dalla verifica di cui sopra, emerga la presenza di un avanzo o di un equilibrio, sulla base di quanto già riportato nei rispettivi verbali di verifica, alla stessa è data facoltà di attuare quanto previsto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 in merito ai migliori risultati di gestione fermo restando il rispetto di quanto previsto al punto seguente;
- è stata valutata l'eventuale presenza di ritardi da parte del bilancio regionale nell'ordinaria erogazione delle risorse di finanziamento del SSR ovvero nell'ordinaria erogazione delle ulteriori risorse preordinate per l'equilibrio del SSR. Nel caso di non ordinaria erogazione di tali risorse, nel caso sia stato rilevato un equilibrio nella gestione di competenza, la regione non potrà disporre delle risorse eccedenti, fino a quando non avrà regolamentato la messa a regione dell'ordinata erogazione delle risorse del finanziamento del SSR ovvero delle coperture per l'equilibrio, anche mediante l'accesso all'ulteriore anticipazione di liquidità ex decreto legge n. 35/2013 a ciò finalizzata;
- è stata operata una valutazione dei crediti iscritti nello stato patrimoniale diversi dai crediti verso Stato e verso regione in ordine alla loro anzianità e valutata la presenza di crediti con anzianità superiore ai 5 anni. E' stata valutata anche la presenza di un fondo svalutazione crediti. Particolare attenzione è stata data alle iscrizioni di crediti verso le gestioni liquidatorie che sono di fatto, salvo rare eccezioni, altri crediti verso il bilancio regionale;
- è stata valutata la dimensione dei debiti ed in particolare dei debiti verso i fornitori;
- è stata operata una valutazione del ritardo dei tempi di pagamento;

- al riguardo le regioni hanno rappresentato l'esigenza di implementare un flusso informativo dedicato ai tempi di pagamento in quanto le attuali informazioni sono frammentarie e poco confrontabili e, in altri casi, fanno riferimento ad associazioni di categoria che tendono a rappresentare tempi di pagamento superiori alle risultanze regionali;
- nelle more di disporre di una rilevazione omogenea territorialmente e confrontabile nel tempo, che le regioni hanno affermato di voler implementare, pur consci dei limiti, Tavolo e Comitato faranno riferimento alle informazioni desunte dal sito dell'associazione Assobiomedica;
- in merito a tali informazioni le regioni facenti parte di Tavolo e Comitato hanno confermato quanto sopra evidenziato e, cioè, che le informazioni desunte dal sito Assobiomedica sono sovrastimate nei valori assoluti. Nelle more della citata messa a regime di informazioni da parte di tutti gli enti del SSN sia a livello territoriale che temporale, condividono l'utilizzo di tali informazioni non in valore assoluto ma limitatamente ai fini descrittivi di tendenza.

CAPITOLO 5 - Il Sistema Tessera Sanitaria

5.1 - Premessa

Il Sistema Tessera Sanitaria (TS), istituito ai sensi dell'art. 50 della legge n. 326/2003, è finalizzato alla rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN.

La base dati rilevata tramite il sistema TS costituisce una fonte informativa importante per l'attività di analisi e monitoraggio della spesa sanitaria pubblica riconducibile alle suddette componenti, con particolare riferimento alla valutazione comparativa dei parametri di efficienza ed appropriatezza delle prescrizioni mediche.

La suddetta base dati costituisce, inoltre, la principale fonte informativa per la stima del consumo sanitario pro capite relativo alla spesa farmaceutica e specialistica, distribuito per età e sesso. Tali stime sono impiegate nei modelli di previsione di lungo periodo del Dipartimento della RGS ed utilizzati dalla Commissione Europea per le previsioni di lungo periodo delle componenti di spesa pubblica *age-related*[30].

Il presente capitolo si articola in 2 parti. La prima illustra le principali caratteristiche del sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche realizzato tramite il sistema TS (paragrafo 6.2). La seconda parte fornisce metodi e risultati della stima dei profili per età e sesso del consumo sanitario relativi alla spesa farmaceutica e specialistica (paragrafo 6.3).

5.2 - Sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite TS

5.2.1 - Rilevazione telematica prestazioni erogate

Dopo una fase preliminare di implementazione, il sistema di rilevazione telematica delle prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN, indicato come "Sistema TS", risulta a regime in tutte le regioni, a partire dell'anno 2009. Attualmente, esso gestisce circa 800 milioni di ricette su base annua, secondo il processo di seguito illustrato.

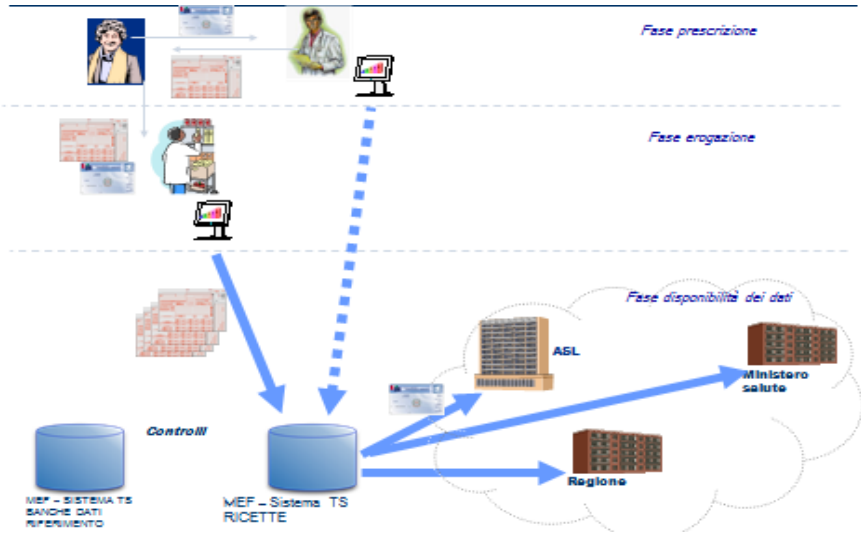
Al momento della prescrizione di una prestazione di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale e della relativa erogazione a carico del SSN, il Sistema TS, attraverso l'interconnessione telematica di tutti i medici delle strutture erogatrici, provvede, con modalità univoche e standardizzate, alla rilevazione telematica delle seguenti informazioni:

[30] Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2013), Economic Policy Committee – European Commission (2012).

- medico prescrittore (medici di base convenzionati con il SSN e medici specialisti dipendenti);
- assistito fruitore della prestazione, sia nel caso di cittadini italiani identificati attraverso il codice fiscale riportato sulla propria tessera sanitaria e assistiti da parte del Servizio Assistenza al Personale Navigante (SASN), che nel caso di stranieri (stranieri temporaneamente presenti, titolari di Tessera Europea di Assicurazione di Malattia – TEAM, etc.);
- esenzione dell'assistito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, sia per condizione reddituale che per patologia;
- struttura sanitaria erogatrice: farmacie territoriali pubbliche e private, ospedali, case di cura, ambulatori pubblici e privati convenzionati;
- prestazione erogata a carico del SSN;
- costo della prestazione ed eventuale importo della compartecipazione ("ticket"pagato).

Il Sistema provvede alla verifica delle informazioni rilevate, attraverso l'interconnessione con altre banche dati di riferimento del Ministero della salute (prontuari, nomenclatori delle prestazioni a carico del SSN) e delle ASL/regioni.

Fig. 5.1: sistema TS – Descrizione del processo



In virtù delle suddette procedure informatizzate, a regime in tutte le regioni dal 2009, il Sistema TS (Fig. 6.1) costituisce il "collettore" centrale del patrimonio informativo delle ricette mediche relative alle prestazioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale, il quale viene reso disponibile mensilmente (entro il giorno 20 del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni), nel rispetto delle indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali, alle ASL competenti, sotto forma di dati individuali comprensivi del codice fiscale dell'assistito, nonché alle regioni, al Ministero della salute e all'AIFA, sotto forma di dati individuali anonimizzati. La realizzazione del sistema di rilevazione telematica dei dati delle prescrizioni mediche ha comunque salvaguardato eventuali investimenti regionali già attivati per la predisposizione di sistemi informativi con medesime finalità, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema TS (procedimento ex comma 11

dell'articolo 50 della legge n. 326/2003), quali ad esempio quelli delle regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche.

La realizzazione del Sistema TS ha consentito di potenziare, uniformemente su tutto il territorio nazionale[31], gli strumenti di programmazione finanziaria e di monitoraggio del settore sanitario, tramite la definizione di specifici indicatori. Ciò, sia a livello nazionale che regionale, nonché delle singole aziende sanitarie (Tab. 5.1).

Tab. 5.1: caratteristiche del Sistema TS

	Sistemi regionali/locali ANTE Sistema TS	Impianto anagrafi di riferimento (dal 2003) Fase 0	Prestazioni erogate (dal 2009) Fase 1
Modalità di realizzazione	**Lettura ottica ricette cartacee farmaceutica Sporadici sistemi di specialistica**	**Ricognizione e allineamento**	**Rilevazione telematica**
Tempestività	**Disponibilità dati (consumi) > 3 mesi**	**Giornaliera**	**Entro il 20 del mese successivo**
Livello di controllo dei dati	**Basso**	**Elevato (incrocio banche dati certificate e distribuzione Tessera Sanitaria)**	**Elevato (incrocio banche dati certificate)**
Standardizzazione	**Carente - sitemi eterogenei**	**Standard NSIS - Confrontabilità nazionale**	
Disponibilità dati prescrizio	**Limitata al livello regionale**	**Amministrazioni centrali, regioni, ASL (secondo i livelli di autorizzazione al trattamento)**	
Copertura	**Sistemi parziali presenti solo in alcune regioni**	**Copertura nazionale**	**Copertura nazionale e tutte le ricette farmaceutica e specialistica**
Riservatezza - privacy	**Carente**	**Elevata (separazione dati sensibili, accedibili solo ai soggetti autorizzati al trattamento)**	

5.2.2 - Strumenti di analisi

Il Sistema TS mette a disposizione delle regioni/ASL, oltre ai dati di dettaglio, anche una strumentazione di supporto alle decisioni sia nella fase di programmazione e monitoraggio della spesa sanitaria che in quella di verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Ciò avviene attraverso la predisposizione di *report* di analisi, resi disponibili tramite il c.d. "Cruscotto TS", che organizzano le informazioni raccolte per singolo medico, paziente, prestazione e struttura erogatrice[32]. In particolare, il Cruscotto TS mette a disposizione i seguenti strumenti di analisi e valutazione:

- per quanto riguarda il settore farmaceutico, rende disponibile la reportistica per il monitoraggio mensile dei consumi e della spesa di farmaci, per singola categoria ATC e singola confezione, per singolo medico, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva.
  In particolare, ai fini del monitoraggio dei farmaci generici, il Cruscotto riporta mensilmente i dati relativi ai consumi dei farmaci a brevetto scaduto ed, in particolare, le tabelle inerenti gli indicatori individuati dall'AIFA (ex articolo 11, comma 7-bis, del decreto legge n. 78/2010), come descritti nel Box 6.1.

[31] Precedentemente, solo alcune regioni/ASL disponevano di tali informazioni che, comunque, risultavano parziali, tardive e non standardizzate e, quindi, non confrontabili fra le diverse realtà territoriali.
[32] Il Cruscotto TS è accessibile al seguente indirizzo web: www.sistemats.it.

Inoltre, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, il Cruscotto rende disponibile alle ASL le schede di riepilogo mensile (c.d. scheda medico) delle seguenti informazioni: farmaci e prestazioni specialistiche prescritte, con l'indicazione della percentuale dei farmaci a brevetto scaduto, confrontata con la media aziendale, regionale e nazionale;

- con riferimento al settore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, il Cruscotto contiene la reportistica per il monitoraggio regionale della spesa e dei consumi, anche relativi alla prestazioni c.d. "suggerite" dai medici specialisti, nonché analisi per branca specialistica (prestazioni cliniche, laboratorio, diagnostica).

  La reportistica consente anche il monitoraggio dei ticket nazionali, nonché dei ticket introdotti a livello regionale.

  Inoltre, specifici report consentono, per singola struttura erogatrice privata convenzionata con il SSN (c.d. "scheda struttura"), la verifica mensile degli andamenti delle prestazioni erogate rispetto ai *budget* prefissati a livello regionale e aziendale.

  Infine, sono resi disponibili i dati necessari per il monitoraggio regionale dei tempi di attesa. Infatti, il Piano nazionale sui tempi di attesa 2010-2012 prevede che il flusso ufficiale per tale monitoraggio sia proprio quello rilevato tramite il Sistema TS;

- riguardo alla mobilità sanitaria interregionale, il Cruscotto contiene la reportistica per la tracciabilità mensile, per ogni singola regione, delle prestazioni erogate in altre regioni ai propri assistiti.

5.2.3 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito

Il Sistema TS consente, dall'anno 2011 in tutte le regioni, la verifica della sussistenza del diritto da parte dell'assistito all'esenzione per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, stabilita a livello nazionale dalla normativa vigente (ex articolo 8, comma 16 della legge n. 537/1993[33]), attraverso l'interconnessione con le banche dati dell'Anagrafe tributaria dell'Agenzia delle entrate e le banche dati dei titolari di pensione dell'INPS e dello stato di disoccupazione rilevato dal Ministero del lavoro (DL n. 112/2008 e DM 11/12/2009).

Attraverso tale Sistema è stato introdotto un nuovo procedimento di individuazione del diritto all'esenzione per reddito che si applica, in modo automatico, già nella fase di

[33] L'art. 8, comma 16 della legge n. 537/1993 e successive modificazioni, prevede che sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i cittadini di età inferiore a sei anni e di età superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a 36.151,98 euro. Sono inoltre esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i disoccupati ed i loro familiari a carico, nonché i titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni ed i loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

prescrizione da parte del medico[34], consentendo comunque al cittadino la possibilità di dichiarare eventualmente il proprio diritto all'esenzione in difformità con le informazioni del Sistema (Tab. 5.2).

Tab. 5.2: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS

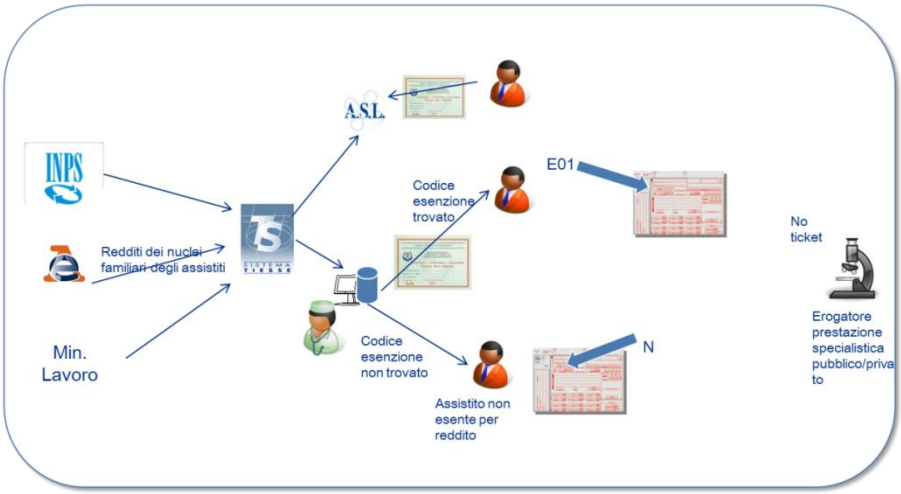
Fase	Situazione precedente (inefficacia dei controlli)	Nuovo processo Tessera sanitaria (controlli puntuali)
Accertamento diritto di esenzione	**- Firma sulla ricetta al momento erogazione prestazione - Compilazione moduli autocertificazione al momento erogazione prestazione - Tesserini regionali rilasciati su autocertificazione**	**- Fornitura annuale alle ASL e ai medici dell'indicazione, per ogni assistito SSN della sussistenza del diritto all'esenzione per reddito (si/no) - Il medico al momento della compilazione della ricetta rileva l'eventuale codice di esenzione del Sistema - Autocertificazione presso la ASL in caso di difformità**
Sistema controllo	**- *Ex post* - Criticità: difficoltà da parte della ASL nel controllo delle autocertificazioni dal cartaceo e recuperare i ticket dovuti - Controllo campione**	**- *Ex ante* - Vantaggi: - dai redditi già verificati in via preventiva - Controllo puntuale di tutte le autocertificazioni - governo delle manovre di introduzione di compartecipazione**

Il procedimento (Fig.5.2) prevede che:

- il Sistema TS, per ciascun assistito del SSN, sulla base dei dati reddituali del nucleo familiare fiscale più recenti (due anni prima) comunicati dall'Agenzia delle entrate, rende annualmente disponibili (entro il mese di marzo) alle ASL e ai medici prescrittori (mediante l'attuazione del collegamento telematico dei medici in rete, di cui al DPCM 26/3/2008) l'indicazione della sussistenza del diritto di esenzione (codice esenzione), tenuto conto delle soglie di esenzione per reddito previste dalla normativa vigente;
- l'assistito, laddove dal Sistema non risulti il codice di esenzione per reddito, può eventualmente autocertificare presso la ASL il proprio diritto all'esenzione, richiedendo il certificato provvisorio di esenzione per reddito;
- su tali soggetti, la ASL provvederà, sulla base delle informazioni rese disponibili dal Sistema TS, al relativo controllo, richiedendo all'assistito il pagamento del *ticket* non pagato, laddove l'esito del controllo sia negativo;
- il medico al momento della compilazione della ricetta rileva l'eventuale codice di esenzione dal Sistema, ovvero dal certificato di esenzione provvisorio rilasciato dalla ASL su richiesta dell'assistito;
- l'erogazione della prestazione in regime di esenzione per reddito viene effettuata unicamente in presenza del codice esenzione sulla ricetta; è abolita l'autocertificazione del diritto all'esenzione per reddito mediante la firma sulla ricetta per le prestazioni specialistiche.

[34] In sostituzione del precedente procedimento basato sulla autocertificazione dell'assistito mediante la firma sulla ricetta al momento dell'erogazione della prestazione

Fig. 5.2: sistema TS – Procedimento per il controllo delle esenzioni per reddito



Il Garante per la protezione dei dati personali ha riconosciuto tale procedimento come «buona pratica» di controllo, dando indicazione della relativa applicazione anche per le verifiche dei ticket regionali per fascia di reddito (alternativi al ticket nazionale di 10 euro).

5.2.4 - Ricetta elettronica

La legge finanziaria per l'anno 2007 ha previsto, nell'ambito del Sistema TS, il collegamento telematico dei medici prescrittori, per l'attuazione della c.d. ricetta elettronica, secondo le modalità definite con DPCM del 26/3/2008[35].

Tale dispositivo, attivato dall'anno 2010 in tutte le regioni, consente la verifica in tempo reale delle ricette prescritte e delle relative prestazioni erogate a carico del SSN, potenziando significativamente le capacità di controllo dell'appropriatezza prescrittiva.
Attualmente risultano collegati telematicamente al Sistema circa 55 mila medici convenzionati, oltre ai medici specialisti ospedalieri. Ciò consente il confronto fra le prestazioni prescritte dal singolo medico e quelle erogate dalle strutture sanitarie, monitorando, in particolare:

- la corretta prescrizione del principio attivo dei farmaci, in conformità con le modalità previste dall'articolo 15 del decreto legge n. 95/2012. Tale disposizione, infatti, ha previsto l'obbligo per il medico di indicare sulla ricetta il principio attivo del farmaco e, in caso di prescrizione dei farmaci "di marca", di indicare anche la relativa motivazione (c.d. clausola di non sostituibilità);
- i comportamenti prescrittivi in materia dei farmaci a brevetto scaduto;

[35] Vengono, comunque, salvaguardati gli investimenti regionali dei sistemi informativi già realizzati in materia, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema (procedimento ex art. 4 del DPCM 26/3/2008).

- inoltre, consente alle ASL le verifiche di appropriatezza clinica, attraverso la correlazione fra le prestazioni erogate all'assistito e la diagnosi indicata dal medico sulla ricetta.

5.2.5 - Dematerializzazione delle ricette mediche

La dematerializzazione delle ricette mediche, introdotta con il decreto legge n. 78/2010, il decreto ministeriale del 2/11/2011 ed il decreto legge n. 179/2012 (Agenda digitale), prevede la completa eliminazione del supporto cartaceo della ricetta nell'intero iter che va dalla fase di prescrizione del medico, alla erogazione della prestazione, al successivo controllo e rendicontazione. Tale applicativo consente un ulteriore potenziamento dell'accuratezza e tempestività dei controlli di appropriatezza prescrittiva.

La realizzazione del progetto, avviata nel corso dell'anno 2013, è programmata secondo i piani di diffusione convenuti con le singole regioni, in coerenza con gli obiettivi di progressiva dematerializzazione fissati dall'Agenzia digitale.

La suddetta innovazione consente, oltre la semplificazione delle attività di gestione da parte delle ASL della documentazione cartacea, la certificazione dei dati delle ricette sia in fase di prescrizione che di erogazione, al fine di migliorare la qualità dei dati del sistema, evitando errori, duplicazioni, nonché eventuali truffe e falsificazioni. Ciò viene conseguito attraverso i seguenti controlli effettuati in tempo reale:

- esistenza del nominativo dell'assistito, già in fase di prescrizione, tramite l'interconnessione con la banca dati degli assistiti;
- esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per reddito, secondo le procedure del Sistema di cui al decreto ministeriale dell'11/12/2009;
- esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per patologia, solo in relazione alle prestazioni correlate a tale patologia;
- esistenza del farmaco da erogare, attraverso l'interconnessione con la banca dati dei bollini farmaceutici del Ministero della salute, nonché la verifica che la medesima confezione del farmaco non sia stata già erogata in precedenza.

Più in dettaglio, il processo per la generazione della ricetta digitale de-materializzata prevede che:

- il medico genera la ricetta elettronica (in sostituzione della ricetta cartacea) e rilascia al paziente un promemoria cartaceo a garanzia del fatto di poter ricevere la prestazione anche in caso di emergenza e malfunzionamento del Sistema;
- sono previste casistiche per le quali il medico continuerà a prescrivere su ricetta cartacea (stupefacenti, visite domiciliari, situazioni di emergenza, indisponibilità del sistema);
- la farmacia ovvero la struttura di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ritira obbligatoriamente il promemoria cartaceo e provvede alla rendicontazione alla ASL delle prestazioni erogate secondo le vigenti disposizioni.
- Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del progetto, il Sistema di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche risulta a regime dal 1° gennaio 2014, nelle regioni: Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia e nella Provincia Autonoma di Trento.

Sono in corso le attività di implementazione nelle altre regioni, secondo i piani di diffusione delle procedure convenuti tra le medesime regioni, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute.

5.2.6 - Anagrafe nazionale degli assistiti

L'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA), prevista dall'articolo 1, commi 231 e 232, della legge di stabilità 2014, costituisce una ulteriore importante evoluzione nell'ambito del Sistema TS. Essa consente, attraverso l'interconnessione con l'Anagrafe Nazionale delle Persone Residenti (ANPR) del Ministero dell'interno, il superamento delle criticità rilevate circa l'attuale gestione delle anagrafi degli assistiti istituite presso ciascuna ASL. Tali criticità riguardano, in particolare, possibili duplicazioni dei nominativi, mancati aggiornamenti in caso di nascite, decessi, trasferimenti di residenza, le quali comportano, oltre che una gestione inefficiente del sistema, anche oneri concernenti, ad esempio, la corresponsione ai medici convenzionati di quote relative ad assistiti che non dovrebbero risultare registrati.

Tale Anagrafe peraltro costituisce lo strumento per la piena attuazione da parte delle regioni del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), introdotto dall'articolo 12 del decreto legge n. 179/2012.

E' previsto che l'ANA subentri alle anagrafi delle ASL dal 30/6/2015.

5.2.7 - Tessere sanitarie su supporto della Carta Nazionale dei servizi (CNS)

La Tessera Sanitaria, emessa a partire dall'anno 2003, consente l'identificazione certa dell'assistito, attraverso il proprio codice fiscale, in fase di prescrizione ed erogazione della prestazione a carico del SSN, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

Essa riporta sul retro la "TEAM" la quale consente l'erogazione di prestazioni a favore di cittadini italiani nei Paesi dell'UE e, pertanto, consente la tracciatura della mobilità internazionale.

L'articolo 11, comma 15, del decreto legge n. 78/2010 ha previsto l'evoluzione della Tessera Sanitaria su supporto Carta nazionale dei servizi (TS-CNS), dotata di microchip, che costituisce uno strumento per l'accesso in rete per i cittadini ai servizi on-line regionali (scelta del medico, certificazioni, ritiro referti medici, pagamento ticket, e altri servizi non sanitari), come previsto dal Codice dell'amministrazione digitale e dall'Agenda digitale italiana, a fronte di attivazione informatica a carico delle regioni.

La distribuzione della TS-CNS, a cura del Ministero dell'economia e delle finanze, avviata dall'anno 2011, viene effettuata ai soggetti per i quali risulta in scadenza la TS. Ad oggi, risulta distribuita a circa 35 milioni di soggetti.

5.2.8 - Certificati telematici di malattia

L'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, attraverso il collegamento telematico di tutti i medici, ha consentito la realizzazione dei certificati telematici di malattia (DM 26/2/2010).

Sono previste ulteriori estensioni di tali procedure, per la realizzazione:

- dei certificati telematici di malattia per il personale navigante;
- certificati telematici di gravidanza e parto (articolo 34 del DL n. 69/2013);

- certificati telematici di nascita/morte (articolo 2 del DL n. 179/2012), attraverso l'interconnessione con l'ANPR del Ministero dell'interno.

5.3 - Il profilo per età della spesa sanitaria

5.3.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione

La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. Infatti, il progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, potrebbe determinare, nei prossimi decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sulle risorse necessarie al loro finanziamento.

La suddetta correlazione rileva anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico dovrebbe spendere mediamente di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto dovrà soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Tuttavia, i differenziali di spesa sanitaria pro capite, rilevati a livello regionale, non riflettono solamente gli effetti indotti dalla diversa struttura demografica. E' indubbio, infatti, che una parte importante di tali differenze sono dovute al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche quali-quantitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che la collettività locale ritiene di destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno *standard*. Quest'ultime caratterizzazioni risultano sintetizzate nella stima dei profili regionali del consumo sanitario, i quali possono differire fra loro per livello e grado di correlazione con l'età.

Il Dipartimento della RGS è impegnato, da molti anni, nell'attività di analisi e previsione dei costi del sistema sanitario, sia a livello nazionale che in ambito europeo[36]. Tale attività si basa essenzialmente sulla stima preliminare dei profili del consumo sanitario per età e sesso, con riferimento alle principali prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda la spesa specialistica e farmaceutica, a partire dal 2011, i profili del consumo pro capite sono stati stimati sulla base dei dati rilevati con il Sistema TS.

Nei paragrafi successivi si fornirà, per ciascuna delle due componenti di spesa, una descrizione dei profili del consumo sanitario per età e sesso calcolati a livello nazionale e per area geografica.

[36] In ambito europeo, l'attività di analisi e previsione di medio-lungo periodo della spesa sanitaria è svolta presso il gruppo di lavoro *Working Group on Ageing Populations and Sustainability*, costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin.

5.3.2 - La spesa farmaceutica convenzionata

Il profilo per età della spesa farmaceutica pubblica è definito come il rapporto fra la spesa complessiva rilevata a ciascuna età e la popolazione residente alla stessa età[37]. La spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione. Resta esclusa pertanto la componente di spesa erogata direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche. Inoltre, la spesa farmaceutica è rilevata al netto degli sconti e della compartecipazione, e pertanto corrisponde al costo effettivo di finanziamento sostenuto dal SSN.

Al fine di rendere più intellegibili i profili di spesa farmaceutica, con particolare riguardo ai differenziali per età e sesso, i corrispondenti valori di spesa pro capite sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente. Per il 2012, tale valore si è attestato su circa 150 euro.

Per l'intero territorio nazionale, il profilo per età della spesa pro capite, standardizzata rispetto al valore medio complessivo, mostra l'andamento noto. Dopo un leggero incremento nelle età pediatriche, con un massimo relativo attorno ai 4 anni, la curva presenta un andamento leggermente crescente fino ai 45 anni, dove raggiunge un valore di circa 0,5. Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che, nei successivi 35-40 anni, porta la spesa pro capite ad un livello di oltre 6 volte quello rilevato per i quarantacinquenni. Oltre gli 80-85 anni si assiste, invece, ad una sensibile decrescita del profilo, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità (Fig. 5.3).

Tale fenomeno, riscontrabile anche in altri paesi, può essere ricondotto a diversi fattori, fra cui la maggiore incidenza di trattamenti sanitari in strutture, come quelle ospedaliere, dove la prestazione farmaceutica è parte integrante del trattamento. Probabilmente, esistono anche ragioni legate ad una diversa incidenza delle patologie e alle terapie farmacologiche ad esse associate.

L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune ad entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo pro capite delle donne nelle età fertili, ed una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 20% attorno a 90 anni.

L'analisi per area geografica evidenzia differenze non trascurabili in termini di livello medio di spesa pro capite, come si evince dalla figura 5.4. Nel confronto, il Centro, il Sud e le Isole mostrano un valore superiore alla media nazionale, rispettivamente del 4%, del 6% e del 18%. Viceversa il Nord-Ovest ed il Nord-Est si collocano sensibilmente al di sotto della media nazionale con scarti, rispettivamente, dell'8% e del 12%. I valori pro capite della spesa farmaceutica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 5.5.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente i profili e i differenziali di genere descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 5.6).

[37] Popolazione residente al primo gennaio 2012. Fonte Istat, www. http://demo.istat.it/pop2012/index.html

Fig. 5.3: spesa farmaceutica netta in convenzione.
Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2012

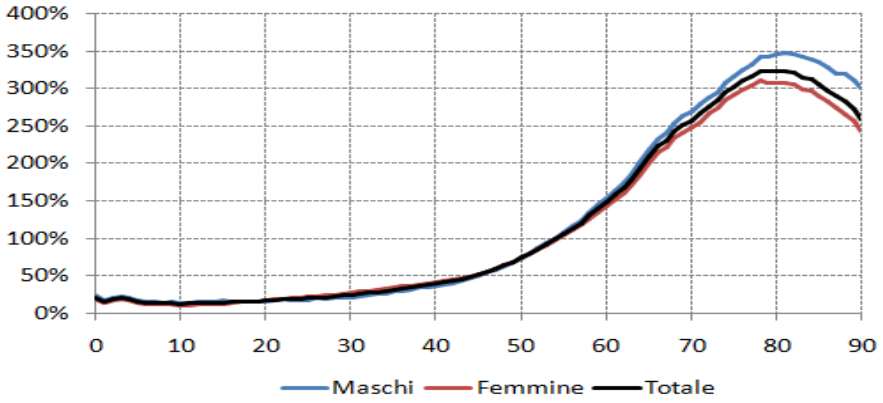


Fig. 5.4: spesa farmaceutica netta in convenzione.
Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2012

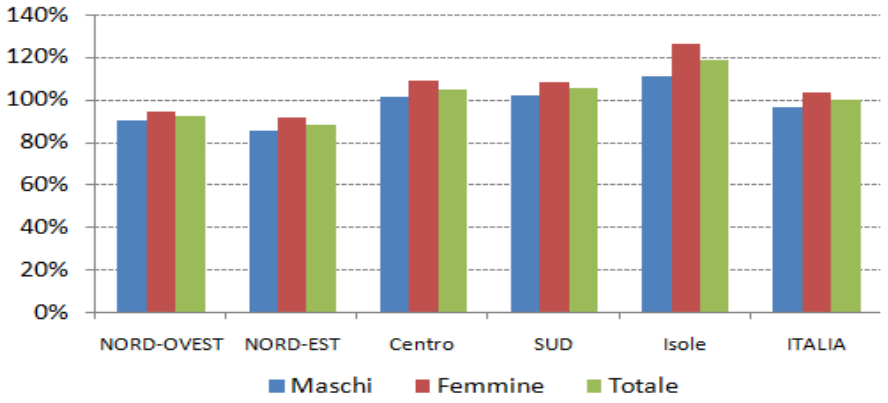


Fig. 5.5: spesa farmaceutica netta in convenzione.
Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2012

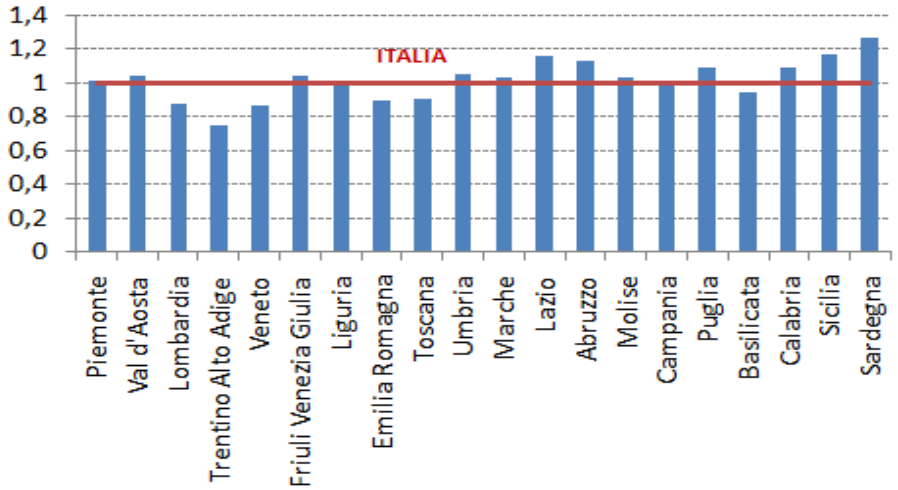


Fig. 5.6:spesa farmaceutica netta in convenzione.
Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2012

Fig. 5.6.a: Nord-Ovest

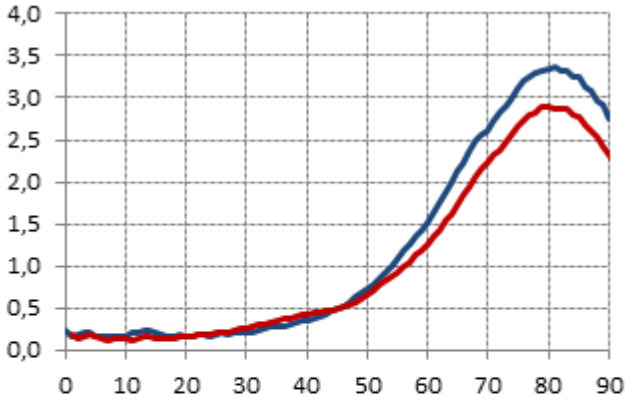


Fig. 5.6.d: Sud

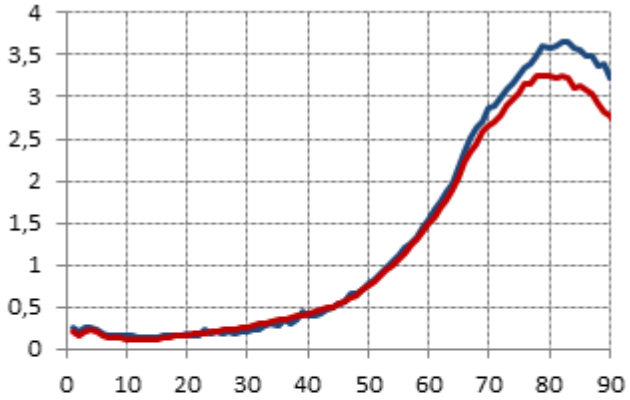


Fig. 5.6.b: Nord-Est

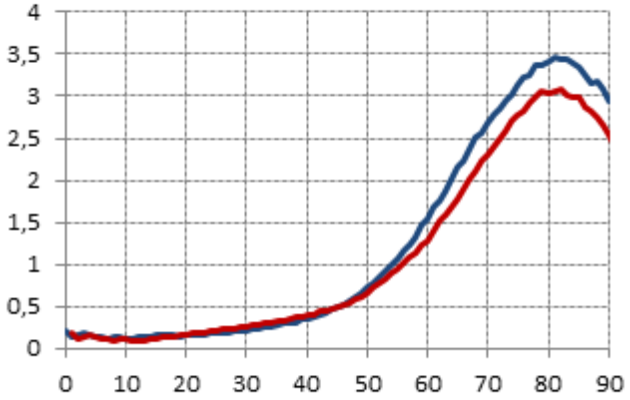


Fig. 5.6.e: Isole

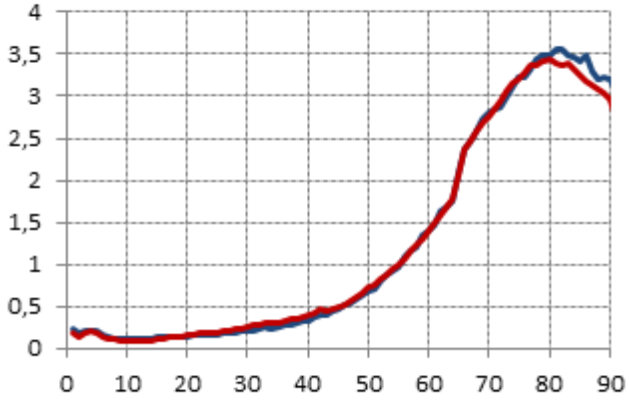


Fig. 5.6.c: Centro

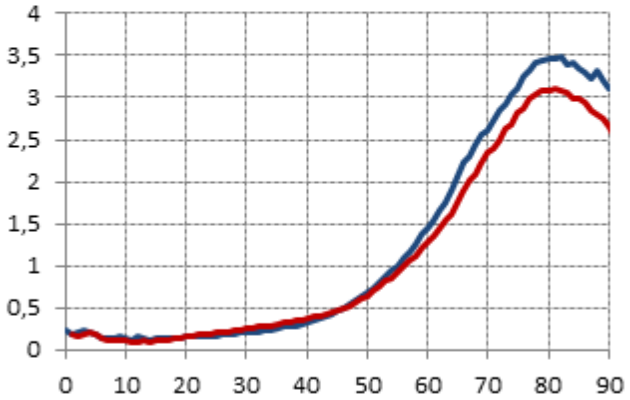
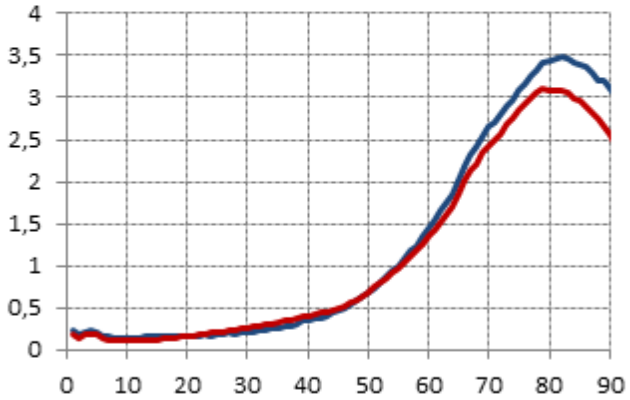


Fig. 5.6.e: Italia



Maschi Femmine

5.3.3 - La spesa per assistenza specialistica

Il profilo per età della spesa pro capite per prestazioni specialistiche presenta un andamento sostanzialmente stabile nelle età pediatriche, ad eccezione del primo anno di vita in cui si registra un livello del consumo di circa 3-4 volte più elevato rispetto alle età successive (Fig. 5.7). Dopo i 18 anni, il profilo cresce gradualmente, con una forte accelerazione a partire dai 55-60 anni. Infine, nelle età più anziane, oltre gli 80 anni circa, inizia una fase di decrescita, analoga a quella riscontrata per la spesa farmaceutica convenzionata seppure più accentuata e leggermente anticipata, che riporta i valori pro capite degli ultranovantenni sui livelli medi della popolazione in età lavorativa.

La decrescita del profilo del consumo sanitario nelle età più anziane, già evidenziata per la spesa farmaceutica, lascia intuire l'esistenza di ragioni comuni già evidenziate nel paragrafo precedente.

Ulteriori elementi di similarità con la spesa farmaceutica convenzionata sono rinvenibili nelle differenze di genere che mostrano una prevalenza della spesa pro capite delle donne nelle età fertili ed una inferiorità nelle età più elevate. Sul piano quantitativo, tuttavia, i differenziali corrispondono a scostamenti significativamente più accentuati, nel primo caso, e leggermente inferiori, nel secondo.

A differenza della spesa farmaceutica convenzionata, invece, la spesa pro capite delle prestazioni specialistiche presenta una sostanziale stabilità nelle età pediatriche, dopo il primo anno di vita.

L'analisi territoriale offre indicazioni quasi antitetiche a quelle evidenziate per la spesa farmaceutica. Infatti, nelle regioni del Nord il ricorso alle prestazioni specialistiche risulta significativamente superiore al dato medio nazionale con un scostamento percentuale di circa il 26% nel Nord-Ovest e del 11% nel Nord-Est. Diversamente, si collocano significativamente al di sotto della media nazionale il Sud, le Isole e, in misura più contenuta, il Centro con percentuali rispettivamente del 25%, 15% e 10% (Fig. 5.8).

Come per la spesa farmaceutica convenzionata, la prevalenza della spesa media pro capite delle donne rispetto agli uomini, rilevata a livello nazionale, trova conferma in tutte le aree del paese, con scostamenti pressoché equivalenti nel Nord-Est, Sud ed Isole. Gli scostamenti risultano, invece, leggermente inferiori nel Nord-Ovest e leggermente superiori nel Centro. I valori pro capite della spesa specialistica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 5.9.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente gli andamenti descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 5.10).

Fig. 5.7: spesa specialistica netta in convenzione.
Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2012

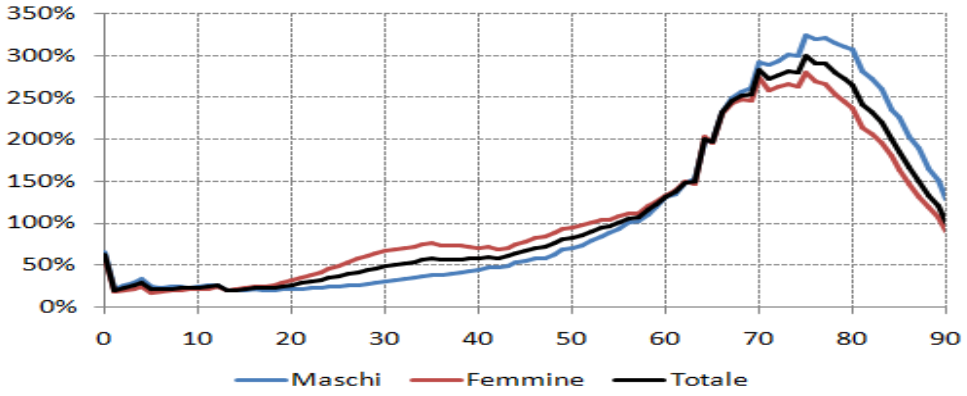


Fig. 5.8: spesa specialistica netta convenzionata.
Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2012

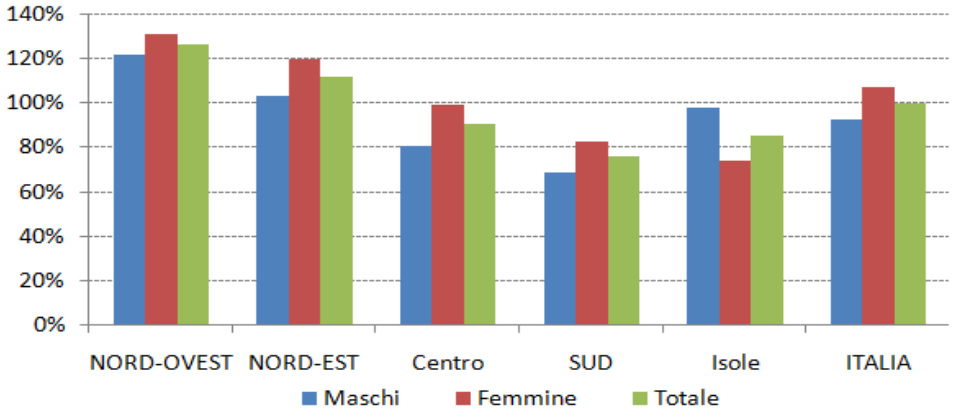


Fig. 5.9: spesa specialistica netta convenzionata.
Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2012

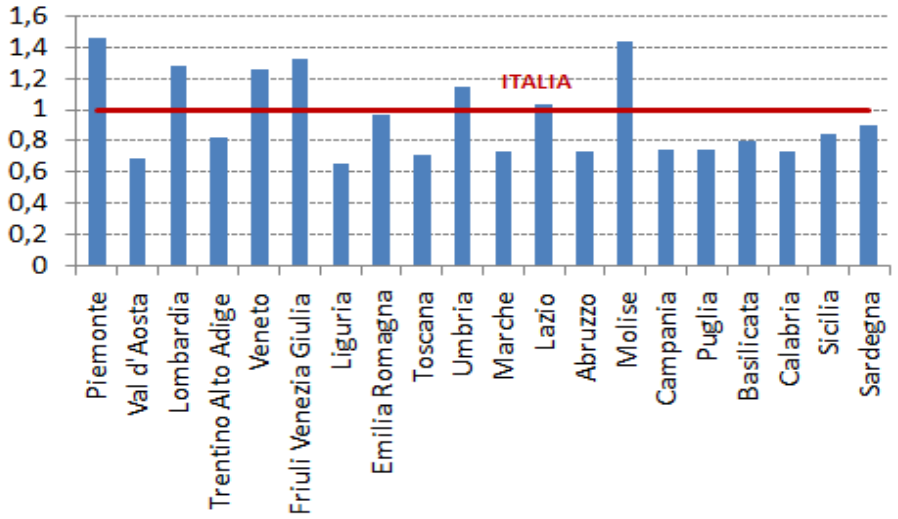


Fig. 5.10: spesa specialistica per macro area geografica.
Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2012

Fig. 5.10.a: Nord-Ovest

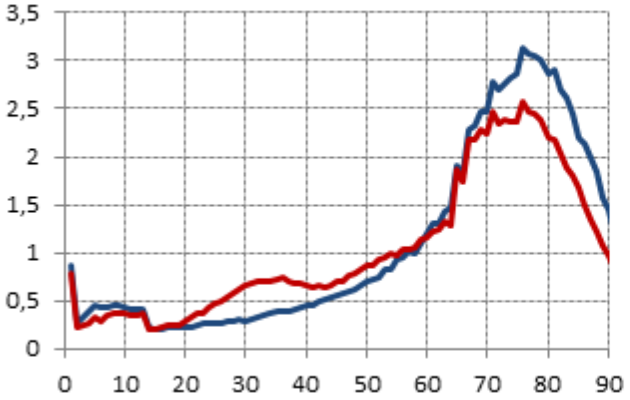


Fig. 5.10.d: Sud

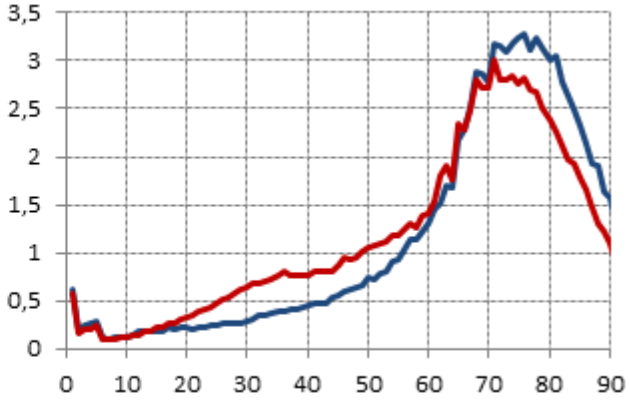


Fig. 5.10.b: Nord-Est

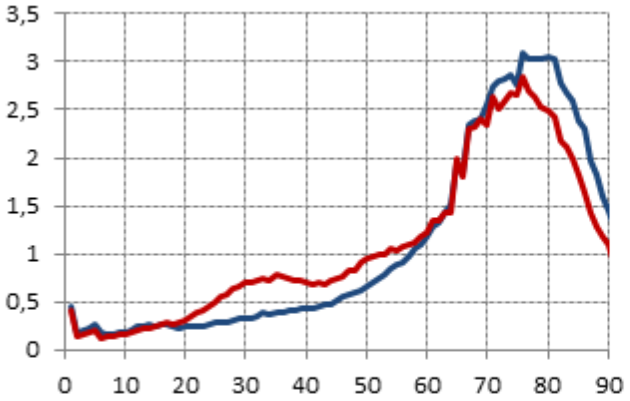


Fig. 5.10.e: Isole

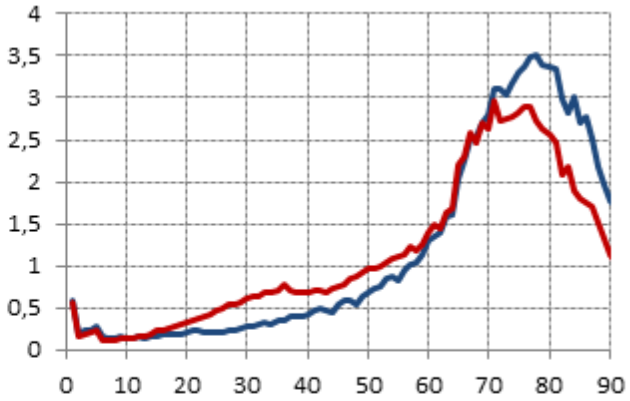


Fig. 5.10.c: Centro

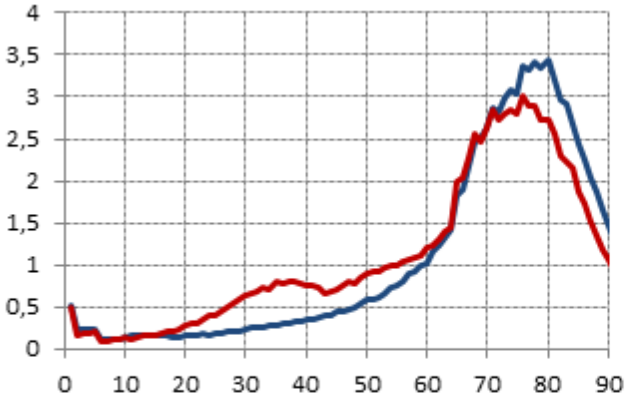
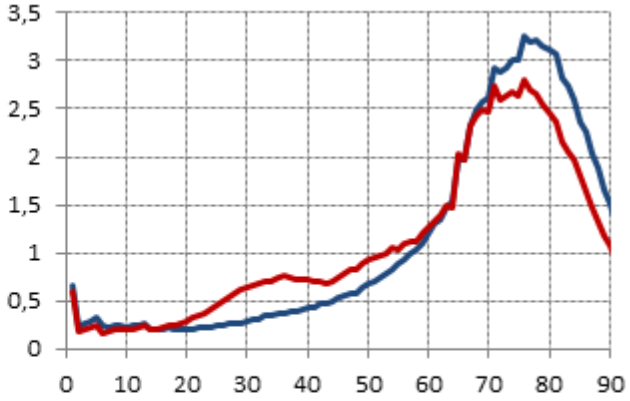


Fig. 5.10.e: Italia



Maschi — Femmine

Box 5.1 – Tabelle di monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto

Ai fini del monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto, l'articolo 11, comma 7-bis, del decreto legge n. 78/2010 ha previsto che l'AIFA provvede alla predisposizione, sulla base dei dati resi disponibili dal Sistema TS, di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente. Ciò al fine di mettere a disposizione delle regioni strumenti di programmazione e controllo idonei a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro su base annua che restano nelle disponibilità dei Servizi Sanitari Regionali.

In applicazione di tale disposizione, l'AIFA ha individuato 19 categorie di farmaci (Tab. A), per le quali ogni regione, attraverso il Sistema TS, dispone di tabelle di confronto (benchmarking) a livello nazionale con le altre regioni, circa la percentuale di farmaci a brevetto scaduto prescritti dai medici.

Tab. A: Indicatori monitoraggio farmaci a brevetto scaduto

Codici ATC 4°	Descrizione sotto gruppi ATC di 4° Livello
[1] A02BC	Inibitori della pompa acida
[2] C01DA	Nitrati organici
[3] C08CA	Derivati diidropiridinici
[4] C09AA	Ace inibibitori non associati
[5] C09BA	Ace inibitori e diuretici
[6] C09CA	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati
[7] C09DA	Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici
[8] C10AA	Inibitori della HMG COA reduttasi
[9] G04CB	Inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi
[10] J01FA	Macrolidi
[11] J01MA	Fluorochinoloni
[12] M05BA	Bifosfonati
[13] N02CC	Agonistiselettivi dei recettori 5HT1
[14] N03AX	Altri antiepilettici
[15] N06AB	Inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione
[16] N06AX	Altri antidepressivi
[17]R03AC	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici
[18] R03AK	Adrenergici ed altri farmaci per disturbi ostruttivi vie resp.
[19] S01ED	Sostanze beta-bloccanti

Tali tabelle, pubblicate anche sul sito dell'AIFA, consentono di stimare il possibile risparmio (non inferiore a 600 mln su base annua a livello nazionale) conseguibile da ogni regione laddove il comportamento prescrittivo dei propri medici raggiunga i livelli della regione più virtuosa.

Sul sito dell'AIFA, peraltro, è descritta la metodologia adottata per la definizione dei predetti indicatori e della stima del risparmio. In particolare, tale metodologia prevede che gli indicatori vengono elaborati sulla base:

- della percentuale di consumi (espressi in termini di dosi definite giornaliere – DDD) di farmaci a brevetto scaduto, rispetto al totale della medesima categoria ATC al 4° livello;

- dei medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto.

La metodologia prevede che la stima del risparmio è calcolata confrontando la percentuale di farmaci a brevetto scaduto prescritti dai medici di una regione, nell'ambito di ciascuna categoria terapeutica, con quello ottenuto per la medesima categoria terapeutica dalle Regioni benchmark. Le regioni benchmark individuate sono: Lombardia e Veneto per il Nord Italia, Emilia Romagna e Toscana per il Centro Italia, e Basilicata per il Sud Italia.

Se la percentuale dell'indicatore della singola Regione è inferiore al benchmark, è ipotizzabile un miglioramento della performance regionale a fronte di un incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. La stima del risparmio su base annua è costituito dalla sommatoria cumulativa dei risparmi stimati su base mensile.

Nel calcolo si considera il Costo DDD che indica il costo per DDD espresso in termini di spesa netta per DDD, ciò in quanto si tratta di una spesa effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non comprensiva della compartecipazione del cittadino e degli sconti già ottenuti a beneficio della Regione stessa.

Ogni regione, può ulteriormente dettagliare le informazioni di ciascuna tabella per singola ASL e, all'interno di ogni ASL, per singolo medico prescrittore e, monitorarne, mensilmente, gli andamenti.

Appendice A - Risultati di gestione 2013 delle regioni non sottoposte ai piani di rientro

In relazione alla verifica annuale prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, dettagliatamente descritta al Capitolo 1 (paragrafo 1.3.2), si sono tenute il 25 e 26 marzo 2014 le riunioni del Tavolo di verifica degli adempimenti per le regioni Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

In tali riunioni è stata inoltre valutata la dimensione percentuale dell'eventuale disavanzo, in applicazione della normativa vigente (articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009) ai fini della valutazione dell'obbligo di predisposizione di un piano di rientro nei termini precedentemente illustrati al Capitolo 3 (paragrafo 3.10).

A.1. Metodologia per la verifica del risultato di gestione

Si riporta di seguito la metodologia di verifica seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti nei termini riportati nel verbale della riunione del 25 e 26 marzo 2014.

Si fa presente che la medesima metodologia è stata utilizzata per la valutazione dei risultati di gestione delle regioni in piano di rientro di cui all'Appendice B.

" Prioritariamente il Tavolo ricorda che a partire dall'esercizio 2012 opera per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 e, pertanto, la verifica della presente riunione tiene conto di quanto espressamente previsto dal suddetto decreto legislativo e delle nuove responsabilità regionali in merito alla tenuta della contabilità della GSA, ove esistente, e del bilancio consolidato regionale. Le valutazioni faranno riferimento anche a quanto chiarito con circolare del 28 gennaio 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, a quanto riportato nella casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012, alla circolare del 25 marzo 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze.

Il Tavolo ricorda in particolare che:

- *sulla base dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 gli eventuali risultati positivi degli enti del SSR vengono portati a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti e che l'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR;*
- *l'articolo 30 del predetto decreto legislativo 118/2011 prevede altresì che resti fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009, per cui eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse;*
- *in merito agli utili aziendali occorre che la regione, tramite atto formale, renda noto agli enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo. In mancanza di tali eventuali provvedimenti regionali, il Tavolo determina il risultato d'esercizio del SSR al netto degli utili delle degli enti del SSR.*

Il Tavolo specifica inoltre che il risultato di gestione verrà desunto a partire dal conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 nonché della mobilità di cui al successivo paragrafo A e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale 2013, perimetro sanità e con quanto riportato negli atti formali di riparto.

Il Tavolo, in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo 118/2011, in particolare in attuazione di quanto disposto dall'articolo 20, effettuerà la verifica della coerenza delle iscrizioni concernenti:

- *il finanziamento ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2013, perimetro sanità, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento;*
- *il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2013, perimetro sanità;*
- *il finanziamento per obiettivi di piano e per somme vincolate o finalizzate accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2013, perimetro sanità, e la sua coerenza con gli atti formali di riparto;*
- *il finanziamento sanitario vincolato e per obiettivi di piano iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2013, perimetro sanità.*
  Con particolare riferimento alla quota vincolata delle somme destinate al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), il Tavolo sulla base di quanto dichiarato dalla regione in merito alla presenza nel modello CE dei relativi costi ovvero di appositi accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, valuterà gli effetti contabili di tale riparto sia in sede di verifica del conto economico consolidato IV trimestre 2013 che in sede di verifica del conto consuntivo 2013.
- *la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale 2013, perimetro sanità, con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;*
- *la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel modello CE [38] con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della*

[38] Si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

MOBILITA' ATTIVA	AA0460	AA0470	AA0490	AA0500	AA0510	AA0520	AA0530	AA0540	AA0550	AA0560	AA0610
MOBILITA' PASSIVA	BA0090	BA0480	BA0520	BA0560	BA0730	BA0780	BA0830	BA0990	BA1060	BA1120	BA1550

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2013, perimetro sanità;

Nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le contabilizzazioni attese sul bilancio regionale 2013, perimetro sanità, a partire dagli atti di riparto, e quelle effettivamente accertate ed impegnate dallo stesso, il Tavolo né terrà conto nella determinazione del risultato di gestione sia a IV trimestre 2013 che in sede di consuntivo 2013 ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.

Limitatamente all'anno 2013, il Tavolo, in relazione ai mancati accertamenti ed impegni presenti sul bilancio regionale 2013, sulla base di quanto richiesto dalle regioni, accetta l'iscrizione delle quote mancanti del finanziamento indistinto e vincolato per l'anno 2013, se effettivamente presenti sul bilancio di previsione 2014 in termini di accertamenti e/o impegni e destinate al finanziamento del SSN 2013.
A tal fine le regioni si impegnano ad inviare la relativa documentazione di dettaglio entro il 4 aprile 2014 e il Tavolo delega i Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze alla relativa istruttoria. In relazione all'esito di tale istruttoria, qualora emergessero dei disallineamenti in ordine alle iscrizioni presenti sul bilancio regionale rispetto agli atti di riparto, la regione sarà oggetto di ulteriore riunione di verifica.

Il Tavolo richiederà conferma delle predette iscrizioni in occasione della valutazione del Conto consuntivo 2013.

La regione in ogni caso documenterà la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intraregionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2013. Qualora in sede di esame del conto consuntivo 2013 emergessero mancate quadrature delle voci oggetto di consolidamento e contraddistinte dal codice "R", il Tavolo ne terrà conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo, sempre in occasione dell'esame del conto consuntivo 2013, valuterà anche la presenza di eventuali mancate quadrature in relazione a voci diverse da quelle contraddistinte dal codice "R".

Nel calcolo del risultato di gestione, oltre a tenere presente quanto sopra riportato in merito a quanto disposto dall'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, il Tavolo verificherà che le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) abbiano la corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE.

In considerazione della presenza nell'atto formale di riparto del conguaglio relativo alla mobilità internazionale relativo al periodo 1995-2012, il Tavolo, sulla base di quanto dichiarato dalla regione in merito alla presenza di eventuali contabilizzazioni sulla citata mobilità presenti nei bilanci pregressi, valuterà gli effetti contabili di tale riparto.

Nel calcolo del risultato di gestione sarà esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CE AA0080) in quanto risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di risorse aggiuntive regionali per il raggiungimento dell'equilibrio economico.
Con riferimento alle iscrizioni operate sulla voce CE AA0080 la regione documenterà la relativa coerenza con il bilancio regionale.

Il Tavolo valuterà inoltre se, con riferimento agli accantonamenti per rinnovi di contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il personale convenzionato con il SSN, di cui alla successive lettere F) e G), gli stessi risultano almeno pari a quelli attesi e, in caso contrario, nel richiedere alla regione la relativa rettifica, rideterminerà il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato.

Pertanto, sulla base di quanto sopra riportato, ai fini della verifica della percentuale di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009, il risultato di gestione da porre a numeratore sarà valutato a partire dal modello CE consolidato regionale inviato dalla regione al NSIS, nettizzato di quanto iscritto nella voce AA0080. Tale numeratore sarà rideterminato in ragione di eventuali differenziali tra le iscrizioni in termini di accertamento ed impegno effettuate sul bilancio regionale 2013 e 2014 per il finanziamento indistinto e vincolato per l'anno 2013 e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2013 ivi incluse la mobilità extraregionale e la mobilità internazionale, nei termini sopra riportati, nonché le somme vincolate e per obiettivi di piano, dei minori accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni attesi e degli utili aziendali, nei termini sopra riportati. Tale risultato sarà inoltre rideterminato in relazione all'eventuale presenza di perdite pregresse portate a nuovo.
Per il calcolo della predetta percentuale il denominatore sarà ottenuto sulla base di quanto iscritto a titolo di fondo sanitario regionale nell'atto formale di riparto corretto per le maggiori entrate proprie di cui al modello CE, sempre al netto della voce AA0080.

Il Tavolo, al fine di effettuale la verifica, ha chiesto alle singole regioni la produzione della seguente documentazione:

A) Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2013 Riepilogativo regionale '999':

- *AA0030 – "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale indistinto",*
- *AA0040 - "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale vincolato",*
- *AA0070 – "Contributi da regione (extra Fondo) vincolati*
- *AA0080 – "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA;*
- *AA0090 – "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA;*
- *AA0100 – "Contributi da regione (extra Fondo) -altro*

- *AA0280 – "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da regione per quota Fondo sanitario vincolato"*

è necessario produrre la documentazione (delibere, stanziamenti a carico del bilancio regionale, altro) attestante le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione di sintesi sulle stesse

Si chiede altresì di indicare la composizione delle voci:
- *AA0250 "Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti – da regione per quota FS".*
- *AA0260" Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi"*

B) *Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2013 Riepilogativo regionale '999':*
- *AA0970 - "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) - Altro"*

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.

C) *Con riferimento all'ossigeno, si chiede di produrre una relazione sulle modalità di contabilizzazione nel modello CE dei costi.*

Si chiede altresì che tale relazione sia accompagnata da una tabella di sintesi che riporti gli importi contabilizzati nel corso del 2013 con indicazione delle voci del modello CE alimentate.

D) *Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2013 Riepilogativo regionale '999':*
- *BA2700 - "Accantonamenti per rischi"*
- *BA2820 - "Altri accantonamenti "*

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999' con particolare attenzione alle voci residuali "altro".

E) *Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2013 Riepilogativo regionale '999':*
- *EA0010 - "E.1) Proventi straordinari"*
- *EA0260 - "E.2) Oneri straordinari"*

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999' con particolare attenzione alle voci residuali "altro".

F) *Con riferimento al personale dipendente è necessario confermare se è stata corrisposta ai dipendenti durante l'anno 2013 l'indennità di vacanza contrattuale relativa all'anno 2013 e se tale onere è stato valorizzato a costo o se esso è valorizzato all'interno della relativa voce di accantonamento per rinnovi contrattuali.*

G) *Con riferimento al personale convenzionato (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) è necessario confermare se è stata corrisposta ai convenzionati durante l'anno 2013 l'indennità di vacanza contrattuale relativa all'anno 2013 e se tale onere è stato valorizzato a costo o se esso è valorizzato all'interno della relativa voce di accantonamento per rinnovi convenzioni.*

H) *Si chiede di relazionare in merito al trattamento contabile dell'eventuale differenziale tra tariffe regionali rispetto alle tariffe TUC utilizzate nella regolazione dei rapporti fra le regioni. Si chiede altresì di produrre la documentazione necessaria a verificare il rispetto delle disposizione normative di cui all'articolo 1 comma 171, della legge n. 311/2004 che vietano, nell'ambito della valorizzazione della tariffa riconosciuta dalle aziende alle strutture sanitarie eroganti, l'applicazione di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente.*

I) *Relativamente alla mobilità internazionale, in considerazione dell' applicazione dell'articolo 18, comma 7 del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, tenuto conto dei conguagli già operati per gli anni 1995-1999, come da delibera CIPE n. 43 del 25 luglio 2003 relativa alla ripartizione del FSN 2002, e per gli anni 2000-2001, come risulta dall'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 3 febbraio 2005 sul FSN 2005 (atto REP. 2204), nonché per gli anni 1995-2012, come risulta dall'Intesa della Conferenza Stato-regioni sul FSN 2013 del 20 febbraio 2014 (atto rep.29/2014), e nelle more dell'adozione del regolamento previsto ai sensi dell'articolo 1, commi 82 e 83 della legge n. 228/2012 (legge di stabilità 2013) e s.m.i., si chiede di voler relazionare circa le modalità di contabilizzazione delle poste di debito e credito nonché di costo e ricavo relative alla mobilità internazionale per ciascuno degli anni 1995-2012, indicando la fonte informativa da cui sono state rilevate le poste contabili.*

J) *Si chiede altresì di indicare se sia avvenuta la riconciliazione delle partite-infragruppo (costi-ricavi, crediti-debiti) e, in caso negativo, dell'importo delle eventuali differenze, del trattamento contabile adottato e della voci nelle quali tali differenze sono state rappresentate.*

K) *In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7 del decreto legge n. 35/2013*[39] *si chiede di produrre la documentazione attestante l'avvenuta*

[39] *A decorrere dall'anno 2013 costituisce adempimento regionale - ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135- verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, l'erogazione, da parte della regione al proprio Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario*

erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale."

---

nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

A.2. Esiti delle verifiche delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi in data 25 e 26 marzo 2014 e in data 22 aprile 2014 per la verifica delle situazioni relative alle Regioni Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

Regione Lombardia

Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla regione Lombardia (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 10,189 mln di euro. Tuttavia le iscrizioni relative alla mobilità presentano uno scostamento rispetto al riparto di 0,217 mln di euro. Nelle more della rettifica da parte della regione, il Tavolo ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo ha rilevato, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile per complessivi 0,145 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile.

Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 10,261 mln di euro.
Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Veneto

Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla regione Veneto (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 25,511 mln di euro.
Il Tavolo, nelle more della rettifica regionale, procede alla rettifica della minor iscrizione sul fondo indistinto pari a 0,002 mln di euro, del differenziale relativo al saldo di mobilità extraregionale rilevato sul modello CE rispetto all'atto formale di riparto, pari a 0,013 mln di euro, e della rettifica della mobilità internazionale pari a 0,001 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile per complessivi 17,943 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile.

Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 7,584 mln di euro.
Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Liguria

Il modello CE consolidato regionale inviato al NSIS presenta, al netto della voce AA0080, un disavanzo di 91,345 mln di euro.
Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2013.
In merito alle misure di copertura, la regione ha fatto presente che sono state iscritte nel modello 000 le risorse regionali per la coperture delle perdite delle singole aziende, istituti di ricerca ed enti convenzionati del sistema sanitario regionale. La regione ha inviato l'estratto relativo al capitolo 5152 della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1784 del 27 dicembre 2013 ad oggetto "Ripartizione in capitoli delle Unità Previsionali di Base relative al bilancio di previsione della Regione Liguria per l'anno finanziario 2014". In tale capitolo risultano iscritti 97,000 mln di euro destinati al finanziamento del ripiano

disavanzi pregressi del SSR. Poiché la voce AA0080 risulta valorizzata per 91,345 mln di euro si chiedono alla regione chiarimenti in ordine alla composizione dei suddetti 97,000 mln di euro.
La regione, in sede di riunione, ha dichiarato i 97,000 mln di euro iscritti sul capitolo 5152 sono interamente destinati al finanziamento del disavanzo 2013 del Servizio sanitario regionale.
Il Tavolo raccomanda alla regione di raccordare le informazioni contabili riportate nei modelli CE e SP con quanto effettivamente presente nel bilancio regionale. Ciò anche al fine del processo di certificabilità dei bilanci sanitari.

La regione Liguria presenta a IV trimestre 2013 un disavanzo di 91,345 mln di euro. Tale risultato di gestione trova copertura nelle risorse regionali di 97,000 mln di euro.
Dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 5,655 mln di euro.
Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i., avendo la regione Liguria conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per complessivi 97,000 mln di euro ha assicurato l'equilibrio economico.
Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 3% e avendo assicurato l'equilibrio economico non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Emilia Romagna

Il modello CE inviato dalla regione evidenzia un avanzo, al netto della voce AA080 di 2,348 mln di euro. Il Tavolo prende atto delle scritture regionali in merito alla mobilità internazionale.
Nelle more della rettifica regionale, procede alla rettifica del differenziale relativo al saldo di mobilità extraregionale rilevato sul modello CE di 0,047 mln di euro.
Il Tavolo tiene conto altresì dei minori accantonamenti operati sul personale convenzionato per 0,407 mln di euro. Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2013 per 0,638 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile.

Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 1,256 mln di euro.
Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Toscana

Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla regione Toscana (al netto della voce AA0080) presenta un utile di 2,847 mln di euro. Il risultato di gestione deve essere inoltre rideterminato, per rettifica della mobilità extraregionale per un importo pari a 0,383 mln di euro. Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 che è presente un'azienda in utile a IV trimestre 2013, l'ASL della Versilia, codice 112, che presenta un risultato d'esercizio in utile per 0,119 mln di euro, pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile. Il risultato di gestione deve essere inoltre rideterminato alla luce degli esiti della verifica del conto consuntivo 2012, nella riunione del 12 marzo 2014, dalla quale era emerso che, dopo le coperture, residuava per la Regione Toscana, un disavanzo non coperto di 3,081 mln di euro.

Sulla base di quanto sopra esposto, la regione Toscana presenta a IV trimestre 2013 un avanzo di 3,111 mln di euro. Considerando la perdita 2012 portata a nuovo, valutata nella riunione del 12 marzo 2014, pari a 3,081 mln di euro, residua un avanzo di 0,030 mln di euro.
Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Umbria

La regione ha trasmesso al NSIS il modello CE dal quale si evince, al netto della voce AA0080, un avanzo di 24,603 mln di euro. In considerazione delle minori iscrizioni da Fondo sanitario, indistinto e vincolato, operate dalla regione per complessivi 0,017 mln di euro, nelle more della conseguente rettifica da parte della regione, il Tavolo ridetermina il risultato di gestione.
Il Tavolo rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, non sono presenti aziende in utile.

Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 24,620 mln di euro.
Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Marche

Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla regione Marche (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 37,667 mln di euro.
Risulta un disallineamento relativo alle contabilizzazioni per mobilità extraregionale di 0,002 mln di euro che, nelle more della rettifica da parte della regione, sarà inglobato nella valutazione del risultato di gestione. Il risultato di gestione deve essere rideterminato, sempre nelle more della rettifica da parte della regione, in relazione ai minori accantonamenti operati dalla regione per il rinnovo del personale convenzionato, pari a 0,137 mln di euro. Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 che sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2013, per complessivi 5,391 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile.

Sulla base di quanto sopra esposto, si evince che il risultato di gestione (al netto della voce AA080) presenta un avanzo di 32,141 mln di euro.
Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Basilicata

Nella riunione del 26 marzo 2014 è emerso quanto segue:
Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla regione Basilicata (al netto della voce AA0080) presenta una perdita di 3,401 mln di euro. La Regione riporta un prospetto di raccordo tra il risultato economico consolidato e quello riportato dalle aziende del SSR.
La regione fa presente quanto segue:

a) Rettifiche Mobilità: L'importo rilevato in sede di consolidamento è stato allineato a quanto riportato nelle tabelle di cui all'Intesa Stato Regioni del 20/02/2014. In

sede di ripartizione definitiva del Fondo e ad seguito delle procedure di circolarizzazione previste dalle procedure amministrative contabili di cui al Percorso Attuativo di certificabilità (ex DGR n. 677 del 07.06.2013) le aziende provvederanno a riconciliare i dati di mobilità infraregionale e ad allineare i dati di mobilità extraregionale ai valori riportati nell'Intesa.

b)Rettifiche da Contributi FSR. L'importo rilevato in sede di consolidamento è stato allineato a quanto riportato nelle tabelle di cui all'Intese Stato Regioni del 20.02.2014 (Obiettivi di Piano e Ripartizione FSN). In sede di ripartizione definitiva del Fondo Sanitario Regionale le aziende provvederanno ad allineare i dati alle assegnazioni effettive.

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 che è presente un'azienda in utile a IV trimestre 2013, l'IRCCS- CROB, con un utile di 2,688 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione consolidato regionale deve essere rettificato di tale utile.

A tal proposito la regione ha inviato la determina dirigenziale n. 130C.2014/D.00002 del 24/03/2014 con la quale ha dato atto che il risultato economico di gestione di 2,688 mln di euro rilevato al IV trimestre 2013 dall'IRCCS CROB costituisce disponibilità ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 ed è finalizzato al ripiano dei risultati economici negativi di gestione rilevati al IV trimestre 2013 nel modello CE dalle altre aziende sanitarie del SSR.

Pertanto, essendo tale utile destinato alla copertura delle perdite delle restanti aziende, il risultato cui dare copertura da parte della regione è un disavanzo di 3,401 mln di euro.

La regione rappresenta che non sono state adottate misure di copertura in quanto la regione è attualmente in esercizio provvisorio autorizzato con legge regionale n. 1 del 21 gennaio 2014.

La regione Basilicata presenta a IV trimestre 2013 un disavanzo di 3,401 mln di euro. Non ha presentato misure di copertura del predetto disavanzo.

Pertanto la regione Basilicata, con riferimento al predetto disavanzo necessita di adottare provvedimenti di copertura per un importo di 3,401 mln di euro.

In tali termini, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della legge n. 311/2004 e successive modifiche ed integrazioni.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari allo 0,3%, pertanto una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

In data 22 aprile 2014, su richiesta della regione Basilicata, il Tavolo convoca una ulteriore riunione, in relazione all'esito della verifica della riunione del 26 marzo 2014 e all'invio da parte della regione di ulteriore documentazione in ordine alle coperture del disavanzo, stante la circostanza che l'invio della prevista lettera di diffida da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri non era ancora intervenuto.

La Regione Basilicata, in data 18 aprile 2014, ha trasmesso copia del disegno di legge di approvazione del Bilancio di previsione annuale 2014 e Pluriennale 2014-2016 in corso di approvazione da parte del Consiglio regionale in pari data nel quale era previsto il conferimento al Servizio sanitario regionale (SSR) di risorse aggiuntive per 6 mln di euro al fine di assicurare l'integrale copertura del disavanzo del SSR rilevato a IV trimestre 2013.

Nel corso della riunione i rappresentanti della Regione Basilicata hanno rappresentato un ritardo nell'adozione di tale disegno di legge assicurando che la relativa approvazione sarebbe intervenuta entro il 23 aprile 2014.

In relazione a quanto rappresentato dalla regione, i componenti del Tavolo delegano il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze in seno al Tavolo a valutare, una volta approvato il disegno di legge, la conformità della copertura del disavanzo del SSR ivi contenuta al fine di chiudere l'istruttoria conferendogli il seguente mandato:

- qualora dall'istruttoria si confermi l'avvenuto conferimento della copertura di 6 mln di euro nei termini prospettati dal disegno di legge, il Tavolo valuta che per la Regione Basilicata non sussistono più i presupposti per l'avvio della procedura di diffida ai sensi del citato articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004 s.m.i.;
- qualora, viceversa, la copertura contenuta nel disegno di legge non dovesse essere confermata, il Tavolo conferma la sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della legge 311/2004 e successive modifiche ed integrazioni.

Il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze in seno al Tavolo in data 23 aprile 2014 procede ad esaminare la documentazione pervenuta da parte della Regione Basilicata con nota n. 66437/1302 di pari data. In tale nota, facendo seguito a quanto precedentemente comunicato e a quanto rappresentato nel corso della riunione del 22 aprile 2013, si comunica l'avvenuta approvazione della legge regionale contenente il Bilancio di previsione annuale 2014 e Pluriennale 2014-2016 e si invia copia del capitolo del bilancio di previsione 2014 della UPB 0741.06 U50000 "Accantonamento per il ripiano dei disavanzi del SSR" contenente il conferimento di risorse aggiuntive per 6 mln di euro.
Il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze in seno al Tavolo, sulla base del mandato ricevuto dal Tavolo in data 22 aprile 2014, dopo aver istruito la legge regionale della Regione Basilicata di approvazione del Bilancio di previsione annuale 2014 e Pluriennale 2014-2016 con la quale è stato disposto il conferimento a favore del Servizio sanitario regionale di risorse aggiuntive per 6 mln di euro iscritte sul capitolo U50000 "Accantonamento per il ripiano dei disavanzi del SSR" - UPB 0741.06 valuta quanto segue.
La regione Basilicata presenta a IV trimestre 2013 un disavanzo di 3,401 mln di euro. Ha conferito misure di copertura del predetto disavanzo per 6 mln di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 2,599 mln di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i., avendo la Regione Basilicata conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per complessivi 6 mln di euro ha assicurato l'equilibrio economico.

In tali termini non sussistono più per la Regione Basilicata i presupposti per l'avvio della procedura di diffida.

A.3. Verifica dell'attuazione dell'articolo 3 , comma 7, del decreto legge n. 35/2013 in ordine alla corresponsione al SSR del 90% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2013

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7 del decreto legge n. 35/2013 è stato chiesto a ciascuna regione di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno solare 2013, di almeno il 90% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nelle riunioni del 25 e 26 marzo 2014, tutte le regioni sono risultate adempienti.

Box 1 – Sintesi dell'attività di verifica del Tavolo di verifica degli adempimenti nell'anno 2013 per le regioni non sottoposte ai piani di rientro

Con riferimento alle risultanze delle riunioni di verifica per dare attuazione alla procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 per l'anno 2013 si rappresenta quanto segue:

le Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche hanno riportato risultati di esercizio positivi per l'anno 2013. I risultati di esercizio per l'anno 2013 delle Regioni Liguria e Basilicata hanno evidenziato dei disavanzi per i quali sono stati posti in essere, dalle medesime Regioni, le relative misure di copertura.

In particolare:

- la Regione Liguria presentava un disavanzo prima delle coperture di 91,345 mln di euro, che ha trovato copertura con risorse regionali per 97 mln di euro contabilizzate nel bilancio di previsione 2014. Il risultato di gestione dopo le coperture regionali è stato quindi valutato in un avanzo di 5,655 mln di euro;

- la regione Basilicata presentava un disavanzo prima delle coperture di 3,401 mln di euro per il quale, nella riunione del 26 marzo 2014, non aveva presentato misure di copertura. Si erano pertanto verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della legge n. 311/2004.

Successivamente la regione ha chiesto al Tavolo, qualora non fosse stata inviata la relativa lettera di diffida, di convocare nella prima data utile una ulteriore riunione per esaminare il disegno di legge relativo al Bilancio di previsione annuale 2014 e Pluriennale 2014-2016 in corso di approvazione da parte del Consiglio regionale. Si è quindi tenuta una nuova riunione di verifica in data 22 aprile 2014 dalla quale è emerso che a fronte di un disavanzo di gestione a IV trimestre 2013 di 3,401 mln di euro, la regione Basilicata, con l'approvazione della legge regionale contenente il Bilancio di previsione annuale 2014 e Pluriennale 2014-2016, ha conferito risorse aggiuntive per 6 mln di euro. Pertanto dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione ha evidenziato un avanzo di 2,599 mln di euro.

In tali termini non sussistono più per la Regione Basilicata i presupposti per l'avvio della procedura di diffida.

Tutte le regioni hanno rispettato la prevista soglia del trasferimento durante l'anno solare 2013 del 90% delle risorse destinate al settore sanitario ricevute da Stato o preordinate a livello regionale nel medesimo anno solare.

Per nessuna regione si sono verificati i presupposti per la redazione di un Piano di rientro ai sensi di quanto previsto dall'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Appendice B - Esiti delle verifiche dell'attuazione dei Piani di rientro per l'anno 2013

Si riportano di seguito gli esiti delle verifiche effettuate dai Tavoli tecnici concernenti l'attuazione dei piani di rientro per l'anno 2013 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nel mese di aprile 2014.

Limitatamente alla verifica del risultato di gestione 2013 la metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici è riportata alla precedente Appendice A.

Regione Abruzzo

Nella riunione congiunta tenutasi il 17 e 22 aprile 2014 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- in merito ai provvedimenti in contrasto con il Piano di rientro ribadiscono che sia compito precipuo del Commissario ad acta, in esecuzione del potere sostitutivo del Governo, di avviare la procedura prevista dall'art. 2, comma 80, della L. 191/2009, pur in pendenza del giudizio promosso dal Governo avanti la Corte Costituzionale per la declaratoria di incostituzionalità delle Leggi regionali;
- in merito alla situazione economico patrimoniale 2001-2011, valutano che la perdita non coperta del periodo 2006-2011 di 102,001 mln di euro, valutata nella riunione del 13 novembre 2013, debba essere rideterminata in 61,294 mln di euro in relazione alle maggiori iscrizioni del saldo negativo di mobilità extraregionale presenti sui bilanci aziendali 2010 e 2011 per 40,707 mln di euro. Chiedono alla struttura commissariale e al responsabile della GSA di effettuare le conseguenti sistemazioni contabili patrimoniali al 31/12/2011 in occasione della redazione dei bilanci d'esercizio 2013. In considerazione della verificata attribuzione degli utili aziendali alla copertura delle perdite pregresse per 57,097 mln di euro, includendo l'utile della GSA di 1,174 mln di euro, per complessivi 58,271 mln di euro, Tavolo e Comitato valutano che residua una perdita non coperta per il periodo 2006-2011 di 3,023 mln di euro;
- rideterminano l'utile a consuntivo 2012 in 38,024 mln di euro in relazione alla nuova stima dei gettiti delle aliquote fiscali degli anni d'imposta 2012 e 2013 e della consuntivazione del gettito dell'anno d'imposta 2011. Tavolo e Comitato valutano quindi che una quota di 3,023 mln di euro di tale utile sia da destinarsi alla copertura del disavanzo pregresso residuo valutato nella riunione odierna pari ai predetti 3,023. Il differenziale può rientrare nella disponibilità regionale. Al riguardo il Commissario rappresenta che la regione intende destinare gli utili del SSR relativi all'anno 2012 alla copertura delle perdite pregresse e rappresenta che la regione intende avvalersi, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 80, della legge n. 191/2009 - ultimo periodo, della facoltà di rideterminare le aliquote fiscali in diminuzione e si riserva di produrre ai Tavoli il relativo disegno di legge corredato della relazione in ordine al conseguente impatto economico redatta dal competente Dipartimento delle Finanze;

- ricordano che nella riunione del 21 novembre 2013, avevano valutato che "sulla base di quanto previsto dall'articolo 6, comma 2, del dl 120/2013, la regione Abruzzo, alla luce della verifica positiva con prescrizioni da parte dei Tavoli, nella riunione odierna, del Programma Operativo 2013-2015, avendo fatto registrare nel biennio 2011-2012 un disavanzo decrescente, nei termini valutati per l'anno 2011 nel paragrafo B del presente verbale, è consentita nel Programma operativo l'eliminazione o la destinazione a finalità extrasanitarie del gettito delle aliquote fiscali, massimizzate (nella misura lasciata libera dalla cartolarizzazione) avendo registrato nel biennio 2011-2012 un risultato medio che evidenzia un avanzo medio annuo di 2,3 mln di euro". La regione ha esercitato tale facoltà con la legge regionale n. 8 del 13 gennaio 2014 che ha escluso la destinazione al SSR della leva fiscale derivante dalle massimizzazioni. Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale se la destinazione a finalità extra-sanitarie della leva fiscale, derivante dalle massimizzazioni, sia stata disposta a decorrere dall'anno d'imposta 2014 o solo per tale anno. La struttura commissariale precisa che solo per l'anno d'imposta 2014 la leva fiscale derivante dalle massimizzazioni delle aliquote fiscali è stata destinata a settori extra-sanitari;
- in merito al risultato del IV trimestre 2013, valutano che la Regione Abruzzo presenta un avanzo di 0,341 mln di euro;
- avendo la regione erogato risorse al SSR per il 98% delle risorse complessivamente ricevute dallo Stato o preordinate dalla regione, valutano la regione abbia rispettato quanto previsto all'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013;
- valutano che il PO 2013-2015, adottato con Decreto 112/2013 sia stato integrato con le prescrizioni di cui alla riunione del 21 novembre 2013. Ritengono altresì necessario che la struttura commissariale proceda all'invio dei chiarimenti richiesti e proceda con atto formale di integrazione del Programma operativo 2013-2015 a recepire le ulteriori integrazioni del PO 2013-2015 con riferimento a quanto riportato nel presente verbale ed, in particolare, in relazione al prospettato piano dei trasferimenti al SSR delle spettanze pregresse di 150 mln di euro, nel prendere atto della presenza del rilevante contenzioso in essere, chiedono che lo stesso si concluda entro il 31 luglio 2015;
- in merito alla verifica annuale del Piano di Rientro:
  - si resta in attesa di ulteriori e costanti aggiornamenti su tutti i contenziosi pendenti;
  - relativamente all'accreditamento, si chiede di essere informati sullo stato del processo di accreditamento con un unico report riassuntivo. Si resta in attesa di una informativa sullo stato di avanzamento dei lavori di complessiva revisione della legge regionale LR n. 32/2007 e sui tempi di definizione della nuova proposta;
  - relativamente agli atti aziendali, richiedono un cruscotto di sintesi per tutte le strutture ospedaliere pubbliche da cui sia possibile individuare posti letto (ordinari e diurni) e discipline (unità operative complesse, unità operative semplici), e del numero esatto delle strutture complesse e semplici previsto a livello regionale, a seguito della loro rimodulazione.
  - si resta in attesa del provvedimento commissariale relativo alla riorganizzazione dei Punti nascita;
  - in relazione alla compartecipazione ribadiscono quanto già precedentemente rappresentato, risultando i provvedimenti emanati in contrasto con la normativa nazionale;

- relativamente al processo di riconversione dei presidi ospedalieri, attendono indicazioni in merito al numero complessivo di UCCP da attivare sul territorio regionale, evidenziandone le caratteristiche e le azioni intraprese a livello regionale;
- relativamente agli hospice, rimangono in attesa di una tabella riepilogativa dei posti letto per singola struttura attivata ed informazioni relative alle caratteristiche strutturali ed organizzative delle strutture;
- relativamente alla rete territoriale residenziale e semiresidenziale, rilevano la non coerenza, in termini di posti letto, tra quanto dichiarato nel provvedimento di riorganizzazione della rete e quanto rappresentato all'interno dei Programmi Operativi e chiedono di chiarire il numero di posti letto da "attivare o disattivare" per singola ASL per i diversi setting assistenziali evidenziando: il fabbisogno di p.l. previsto dalla DCA 52/2012; il numero di p.l. accreditati; numero di p.l. solo autorizzati e quelli di cui si prevede l'accreditamento; il numero di p.l. da attivare o disattivare;

- la regione ha superato la verifica adempimenti per gli anni 2009 e 2010. Permangono criticità sugli anni 2011 e 2012.

Pertanto, sulla base di quanto valutato, si sono manifestate le condizioni, sulla base di quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto legge n. 154/2008, convertito con modificazioni, dalla n. 189/2008, per l'erogazione alla regione di spettanze residue a 31 dicembre 2012, pari a 110 mln di euro, per un importo di 40 mln di euro.

Regione Calabria

Nella riunione congiunta tenutasi il 4 aprile 2014 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Calabria a IV trimestre 2013 presenta un disavanzo di 30,626 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzate relative all'anno d'imposta 2014, che copre il 2013 pari a 109,398 mln di euro, il risultato di gestione a IV trimestre 2013 evidenzia un avanzo di 78,772 mln di euro;
- in relazione al risultato di gestione a IV trimestre 2013 e alla documentazione inerente gli utili aziendali 2010-2011 già destinati alla copertura delle perdite pregresse, è possibile rideterminare gli effetti finanziari da ultimo valutati nella riunione del 31 gennaio 2014 con riferimento alla situazione economico patrimoniale pregressa relativa al periodo 2001-2011. Tavolo e Comitato valutano che la situazione economico patrimoniale pregressa del periodo 2001-2011 emersa nella riunione del 31 gennaio 2011 possa trovare copertura, oltre che nel verificato conferimento degli utili aziendali 2010 e 2011, nel conferimento dell'avanzo dopo le coperture relativo all'anno 2012 e nel conferimento dell'avanzo dopo le coperture relativo al IV trimestre 2013. Tale valutazione viene operata nel presupposto che la regione abbia accesso alle risorse FAS per ulteriori 333 mln di euro. Pertanto, la residua copertura di 43,608 mln di euro emersa nella riunione odierna potrà rientrare nella disponibilità della regione dopo la definitiva chiusura del conto economico 2013 a consuntivo 2013, nei termini di tale ultimo risultato di gestione, e dopo l'accesso materiale alle risorse FAS di 333 mln di euro e l'effettiva destinazione alla copertura dei disavanzi pregressi dell'avanzo 2012 e 2013, limitatamente alla quota richiesta;

- risultano, per il debito 2007 e ante e per il debito 2008, pagamenti per complessivi 220 mln di euro a fronte di 1.109 mln di euro di risorse, di cui 860 mln di euro a disposizione della regione al netto dei 249 mln di euro ancora non trasferiti dallo Stato. Le risorse utilizzate per i pagamenti sono pari a circa il 26% delle risorse nella effettiva disponibilità della regione.
- Tavolo e Comitato non possono non evidenziare l'estremo ritardo con cui si sta procedendo ai pagamenti del debito 2007 e ante e del debito 2008. Rilevano il permanere della criticità in ordine ai tempi di pagamento che vedono la Calabria ed, in particolare, le Aziende sanitarie provinciali calabresi registrare i tempi di pagamento più alti in Italia;
- in merito all'attuazione dei pagamenti di cui all'anticipazione di liquidità di cui al DL 35/2013 chiedono chiarimenti in merito ai pagamenti dell'ASP di Reggio Calabria e chiedono inoltre di conoscere le iniziative che la struttura commissariale ha posto in essere per il superamento delle criticità relative a tale ASP per i "debiti da regolarizzare su pignoramenti assegnati" pari a circa 394 mln di euro e per il superamento delle criticità connessa ai rapporti tra la ASP e l'istituto tesoriere;
- in relazione alla complessiva tematica dei ritardati pagamenti chiedono alla struttura commissariale di inserire nel Programma operativo 2013-2015 un intervento straordinario di recupero dei ritardati pagamenti;
- in merito all'attuazione dell'articolo 3, comma 7, del dl 35/2013, valutano che la regione ha assicurato il trasferimento al proprio SSR nella misura dell'80,9% delle somme ricevute nell'anno solare 2013.
- Tuttavia rilevano che le risorse FAS, quota delle risorse ante 2013 e parte delle aliquote fiscali, per circa 572 mln di euro sono stati trasferite al SSR nel periodo 19/30 dicembre 2013. Per tali somme la regione non ha effettuato i trasferimenti al SSR entro il 31 dicembre 2013. Valutano che, al netto di tali importi, le somme trasferite sono pari a 94%.
- Tavolo e Comitato evidenziano che le risorse FAS, pari a 355,872 mln di euro, incassate dalla regione in data 30 dicembre 2013, sono state impegnate sul bilancio di previsione 2014 solo in data 21 marzo 2014.
- Tavolo e Comitato invitano la regione e la struttura commissariale ad attuare tutte le iniziative necessarie a rendere tempestivo il trasferimento all'SSR delle risorse incassate dalla regione al fine di rispettare i tempi di pagamento previsti dalla direttiva europea. Ribadiscono la richiesta di emendare il Programma operativo 2013-2015 con uno specifico obiettivo contenente un intervento straordinario per il recupero dei ritardati pagamenti;
- relativamente alla proposta di Programmi Operativi 2013-2015, valutando condivisibile l'impostazione generale del documento, ritengono che lo stesso potrà essere definitivamente approvato dopo il recepimento da parte della struttura commissariale delle prescrizioni riportate nel presente verbale e con l'inserimento dei seguenti interventi:
  - intervento straordinario per il recupero dei ritardati pagamenti;
  - individuazione dell'assetto definitivo della Fondazione Tommaso Campanella;
  - revisione del Regolamento regionale 13/2009 che contiene la previsione di una differenziazione delle tariffe in funzione del CCNL adottato dagli erogatori privati e abrogazione, adottando la procedura di cui all'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009, dei provvedimenti legislativi regionali connessi, che si pongono in contrasto con l'ordinamento nazionale e con i principi del Piano di rientro;

I Tavoli, pertanto, rimangono in attesa di ricevere una nuova proposta del PO con le modifiche/integrazioni richieste entro e non oltre il 30 maggio 2014;

- relativamente alla verifica del Piano di rientro rappresentano quanto segue:
  - in relazione alla bozza di documento (prot. 82_14 del 21.03.2014) di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'Emergenza Urgenza, delle reti tempo-dipendenti e del territorio e delle reti: SCA - Sindrome Coronarica Acuta; Stroke; politrauma; per il trasporto neonatale, data la complessità del documento si riservano di approfondirne l'esame. Tuttavia, pur rilevando che ancora ci sono aspetti anche rilevanti da chiarire o completare, apprezzano il lavoro svolto dalla struttura commissariale e l'approccio utilizzato per la definizione degli obiettivi di riconfigurazione dell'intera rete assistenziale compatibilmente con i nuovi fabbisogni analizzati;
  - rispetto alla richiesta di deroga al blocco del turn over, riportata anche nello schema di protocollo d'intesa, rammentano che a legislazione vigente la Regione Calabria non può avere accesso alle deroga al blocco prevista dal DL. 158/12. Il Ministero della salute rimane disponibile per un eventuale incontro tecnico volto ad approfondire le necessità informative da documentare;
  - rispetto alle studio di fattibilità della definizione del percorso giuridico della Fondazione Campanella invitano i Ministeri affiancanti ad organizzare un incontro tecnico volto ad approfondire la complessa questione;
- valutano ancora non conclusa la verifica adempimenti per gli anni 2011 e precedenti. Rilevano il ritardo nella trasmissione della documentazione relativa alla verifica adempimenti 2012.

Regione Campania

Nella riunione congiunta tenutasi il 10 aprile 2014 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- alla luce della volontà regionale di accesso all'anticipazione di liquidità ex DL 35/2013 e della sussistenza delle risorse per il relativo accesso, la regione possa rientrare nella disponibilità della maggiore copertura fiscale rilevata sul risultato di gestione a consuntivo 2012, pari a 121,902 mln di euro, valutata nella riunione di verifica del 25 luglio 2013, al momento della sottoscrizione del contratto di prestito ex art. 3, dl 35/2013 per l'importo di 993 mln di euro;
- la Regione Campania a IV trimestre 2013 presenta un avanzo di 6,143 mln di euro. Le coperture a valere sulla leva fiscale massimizzata relativa all'anno d'imposta 2014 effettivamente impegnata a favore del SSR sul bilancio regionale 2014, pari a 107,098 mln di euro, rettificate della rideterminazione dei gettiti delle aliquote fiscali degli anni d'imposta 2012 e 2013 nonché della consuntivazione del gettito dell'anno d'imposta 2011, sono pari a 53,999 mln di euro. Dopo il conferimento di tali coperture rideterminate il risultato di gestione evidenzia a IV trimestre 2013 un avanzo di 60,142 mln di euro. Tavolo e Comitato valutano che tale maggiore copertura fiscale possa rientrare nella disponibilità del bilancio regionale per un importo pari alla metà dell'avanzo valutato nella riunione odierna. La restante maggiore copertura fiscale potrà rientrare nella disponibilità del bilancio regionale in occasione della valutazione definitiva della stessa a consuntivo 2013;

- valutano positivamente la presente versione del Programma Operativo con le ulteriori prescrizioni rese nel presente verbale. La struttura commissariale può pertanto procedere ad adottare il provvedimento di approvazione del Programma Operativo 2013-2015 contenente la risoluzione delle ulteriori criticità rese nel presente verbale;
- in attuazione del comma 6, dell'art. 2, del DL 15 ottobre 2013 n. 120, alla regione Campania, alla luce della verifica positiva del Programma Operativo 2013-2015 con prescrizioni da parte dei Tavoli intervenuta nella riunione del 27 novembre 2013 e delle ulteriori prescrizioni rese nella riunione odierna sulla bozza di Programma Operativo 2013-2015, avendo fatto registrare nel biennio 2012-2013 un disavanzo sanitario decrescente ed inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle aliquote fiscali, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie, in misura tale da garantire al finanziamento del Servizio sanitario regionale, a partire dall'anno d'imposta 2015, un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio, pari a 52,467 mln di euro incrementato di una prudenzialità di 30 mln di euro, per complessivi 82,467 mln di euro, in considerazione del fatto che non si dispone della consuntivazione dell'anno 2013. Tale valutazione potrà essere rivista in occasione dell'esame del conto consuntivo 2013;
- in ordine a quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del DL 35/2013 valutano che la regione ha assicurato il trasferimento al proprio SSR nella misura del 96,6% delle somme ricevute nell'anno solare 2013;
- in ordine alla verifica annuale del Piano di rientro:
  - rilevano il grave ritardo accumulato nel tempo sul processo di accreditamento e anche in virtù dei processi di riorganizzazione delle reti assistenziali in atto attendono il passaggio dall'accreditamento provvisorio all'accreditamento definitivo entro il 31 ottobre 2014;
  - pur apprezzando le azioni effettuate per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate invitano la struttura commissariale a prevedere ulteriori azioni considerando i risultati che emergono dagli indicatori utilizzati nella Griglia LEA;
  - rilevano non ancora concluso il processo di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati per l'anno 2013;
  - rimangono in attesa della rideterminazione delle tariffe socio-sanitarie e di riabilitazione alla luce dei pareri non favorevoli espressi dai Ministeri affiancanti;
  - restano in attesa di quanto già richiesto in merito alla sottoscrizione dei protocolli d'intesa con l'Università Federico II di Napoli e SUN;
  - in merito alle deroghe al blocco del turn over di cui all'art. 4 bis della L. 189/2012, rimangono in attesa di una relazione puntuale sulle assunzioni effettuate in base al decreto interministeriale del 10 gennaio 2014;
  - relativamente alla riorganizzazione della rete ospedaliera attendono la riformulazione della stessa entro il 30 settembre 2014;
  - considerate le gravi carenze dell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per gli anziani e i malati terminali, sollecitano l'attuazione di quanto previsto nel PO 2013-2015;
  - invitano a provvedere quanto prima all'approvazione dei piani attuativi per attivare concretamente il piano emergenza – urgenza;

- sollecitano la completa attuazione delle azioni previste in materia di prevenzione con particolare riferimento agli screening oncologici;

- in ordine alla verifica adempimenti permangono criticità.

Regione Lazio

Nella riunione congiunta tenutasi il 15 aprile 2014 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- ricordano che nella riunione del 18 dicembre 2013, la Regione Lazio presentava una maggiore copertura, con riferimento al risultato d'esercizio consuntivo 2012, di 195,496 mln di euro;
- in merito a tale risultato, inoltre, Tavolo e Comitato, nel rappresentare che l'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 prevede che resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009 per cui eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse, precisavano che gli eventuali risparmi nella gestione del SSR avrebbero dovuto essere accertati da Tavolo e Comitato stessi con riferimento all'intera gestione sanitaria regionale sia da un punto di vista patrimoniale che economico; solo a seguito di tali analisi la regione avrebbe potuto effettivamente disporre di eventuali eccedenze. A tal proposito Tavolo e Comitato, avendo effettuato la ricognizione delle risultanze economico-patrimoniali degli anni 2001-2011 in data 12 febbraio 2014, valutano che la regione possa rientrare nella disponibilità della maggiore copertura fiscale rilevata sul risultato di gestione a consuntivo 2012, pari a 195,496 mln di euro, al momento della sottoscrizione dell'ulteriore contratto di prestito ex art. 3, dl 35/2013;
- la Regione Lazio a IV trimestre 2013 presenta un disavanzo prima delle coperture, di 609,888 mln di euro. Tuttavia Tavolo e Comitato, sulla base delle informazioni ad oggi disponibili, provvedono a rettificare tale risultato con riferimento alle iscrizione migliorative effettuate dalla GSA il 20 marzo 2014 per 93 mln di euro, relative a 63 mln di euro, riferiti al contenzioso 2007 con il Policlinico Gemelli, e a 30 mln di euro relativi agli abbattimenti tariffari per controlli di appropriatezza. Pertanto, in attesa di ulteriori informazioni sulle predette poste da parte della regione e dell'advisor, il risultato d'esercizio a IV trimestre 2013 viene rideterminato dell'importo di 93 mln di euro e risulta, quindi, pari a -702,890 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR relative all'anno d'imposta 2014 accertate e impegnate dal bilancio regionale per un importo di 868,031 mln di euro e delle ulteriori rettifiche sulle stime precedentemente effettuate per +12,275 mln di euro, residua un avanzo di 177,416 mln di euro.
  Tavolo e Comitato valutano che tale maggiore copertura fiscale possa rientrare nella disponibilità del bilancio regionale per un importo pari alla metà dell'avanzo valutato nella riunione odierna. La restante maggiore copertura fiscale potrà rientrare nella disponibilità del bilancio regionale in occasione della valutazione definitiva della stessa a consuntivo 2013;
- rilevano che la regione, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del DL 35/2013, ha assicurato il trasferimento al proprio SSR nella misura del 90% delle somme ricevute nell'anno solare 2013;

- relativamente alla proposta di Programmi Operativi 2013-2015, valutando condivisibile l'impostazione generale del documento, ritengono che lo stesso potrà essere definitivamente approvato dopo il recepimento da parte della struttura commissariale delle indicazioni riportate nel presente verbale. I Tavoli, pertanto, rimangono in attesa di ricevere una nuova proposta del PO con le modifiche/integrazioni richieste entro e non oltre il 30 maggio 2014;
- in merito alla verifica del Piano di rientro:
  - ribadiscono la necessità che l'intera offerta assistenziale sia stabilita secondo l'effettivo fabbisogno assistenziale, tenendo in considerazione le osservazioni ministeriali già espresse nonché le disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito in legge n. 135/2012;
  - chiedono un aggiornamento sulle iniziative che la struttura commissariale sta intraprendendo per governare in maniera adeguata il settore del contenzioso;
  - in merito ai Protocolli d'intesa con le Università statali e non statali, sollecitano ancora una volta il rinnovo degli stessi nel più breve tempo possibile;
  - in relazione all'accreditamento, evidenziano il permanere di criticità e restano in attesa del completamento delle procedure; ribadiscono anche la necessità che tutte le strutture che erogano prestazioni a carico del SSR siano accreditate;
  - in materia di personale restano in attesa della conclusione della procedura di riapertura del Conto annuale;
  - in materia di beni e servizi restano in attesa degli ulteriori chiarimenti;
  - con riferimento a Tessera sanitaria restano in attesa dei chiarimenti richiesti;
- con riferimento alla verifica degli adempimenti persistono delle criticità.

Regione Molise

Nella riunione congiunta tenutasi il 10 aprile 2014 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- fanno presente che con nota del 7 aprile 2014, prot. 8537 del 9 aprile 2014, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha diffidato, ai sensi dell'articolo 2, comma 84, della l. 191/2009, il Commissario a presentare entro 15 giorni un Programma operativo 2013-2015 che contenga interventi tali da recuperare lo squilibrio finanziario rilevato dai Tavoli e idonei a modificare strutturalmente l'entità e la qualità della spesa sanitaria regionale;
- in ordine all'attuazione di quanto disposto dall'articolo 3, comma 7 , del Dl 35/2013, la regione ha assicurato il trasferimento al proprio SSR nella misura dell'90% delle somme ricevute nell'anno solare 2013;
- la regione Molise a IV trimestre 2013 presenta un disavanzo di 51,743 mln di euro, pari all'8,6% del finanziamento annuale assegnato alla regione.
  Dopo il conferimento delle aliquote fiscali relative all'anni d'imposta 2014 nei termini preordinati dal Piano di rientro, nell'importo stimato dal competente Dipartimento delle finanze in 24,126 mln di euro al netto di 2 mln di euro destinati al rimborso della rata del mutuo per il pagamento dei debiti al 31/12/2005, residua un disavanzo non coperto di 27,617 mln di euro.
  Considerando la perdita 2012 e precedenti non coperta, valutata nella riunione del 31 gennaio 2014 pari a 182,806 mln di euro, la perdita cui dare copertura è pari a 210,423 mln di euro.

Il disavanzo cumulato al 31.12.2013 rappresenta il 35% del finanziamento annuale attribuito dal riparto alla Regione Molise.

Alla luce di quanto sopra riportato, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2013 e precedenti, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

- restano in attesa di ricevere i capitoli di bilancio regionale che diano evidenza, ai sensi dell'articolo 20, comma 2, lettera b), dell'avvenuto accertamento e impegno di tutte le somme afferenti il finanziamento della sanità per l'anno 2013;
- relativamente ai vertici ASREM non risultano rispettati gli impegni assunti in merito dal Presidente/Commissario e il dott. Percopo, rimosso nell'aprile 2013 a seguito di copiosa istruttoria dalla guida dell'unica azienda sanitaria della regione, continua gestire un'azienda gravata da pesanti criticità;
- la definizione del fabbisogno non risulta sufficientemente articolata in relazione alle diverse caratteristiche delle strutture di offerta né supportata da un'analisi di domanda e deve essere rivista alla luce degli standard e delle disposizioni normative introdotte con D.L. 95/2012 (conv. con L. 135/2012);
- in merito all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, ribadiscono che i provvedimenti di accreditamento risultano ancora carenti nell'istruttoria;
- ribadiscono la necessità di procedere tempestivamente a regolamentare il fenomeno della mobilità sanitaria attraverso la sottoscrizione degli Accordi di confine;
- ai fini della riconferma del riconoscimento di IRCCS della struttura Neuromed, attendono dalla struttura commissariale un report di coerenza con la programmazione sanitaria regionale, che attualmente risulta ancora in via di definizione;
- permane l'alto livello di contenzioso espresso in particolare dalle principali strutture private accreditate a diretta gestione regionale;
- l'estremo ritardo con il quale si procede nella stipulazione di accordi/contratti con le strutture private accreditate per i diversi setting assistenziali;
- in merito alle riorganizzazioni delle reti assistenziali si resta in attesa di una completa definizione;
- non risulta pervenuto l'Atto Aziendale dell'Asrem;
- non risultano aggiornamenti circa l'attuazione del DL 95/2012 in materia di beni e servizi;
- in relazione al Piano Sanitario Regionale 2013-2015, non risultano aggiornamenti;
- in materia di rapporti con gli erogatori privati si evidenzia la grave mancanza di contrattazione sia per l'anno 2012 che per l'anno 2013. Si rimane in attesa della corretta applicazione del D.L. 95/2012 con riferimento alla definizione dei limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato;
- con riferimento a Tessera sanitaria persistono delle criticità;
- valutano ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti.

Regione Piemonte

Nella riunione congiunta tenutasi il 17 aprile 2014 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento allo Stato Patrimoniale 2012 sollecitano con urgenza l'invio della più volte richiesta relazione di dettaglio;
- ribadiscono quanto già valutato nella riunione del 13 novembre 2013 in merito alla difficoltà della struttura amministrativa regionale a dare seguito nei termini prescritti alle richieste dei Tavoli e dei Ministeri affiancanti ed alla necessità di potenziare adeguatamente sia la struttura amministrativa regionale che deve sovraintendere al monitoraggio dei fatti economici che tutta la struttura regionale deputata al monitoraggio dell'attuazione del Piano di rientro;
- in ordine all'attuazione dell'articolo 3, comma 7, del dl 35/2013 rilevano che risultano erogate risorse statali per il 95%, ivi includendo l'accesso all'anticipazione di liquidità del dl 35/2013 e regionali per il 17%. Complessivamente risultano erogate risorse statali e regionali per il 93% delle risorse ricevute;
- il risultato di gestione relativo al IV trimestre 2013, presenta un disavanzo di 41,865 mln di euro e, dopo il conferimento delle coperture per 50 mln di euro, un avanzo a IV trimestre 2013 di 8,135 mln di euro;
- con riferimento alla verifica dello stato di attuazione del Piano di rientro valutano quanto segue:
  - prendono atto delle numerose iniziative poste in essere dalla regione volte al potenziamento dei flussi informativi;
  - sui rapporti con gli erogatori privati, sottolineano come i budget di specialistica ambulatoriale debbano essere al lordo del ticket e che non risulta condivisibile il punto 4 delle premesse della Delibera laddove la Direzione Sanità è autorizzata a rivedere semestralmente la tipologia di prestazioni sanitarie richieste;
  - valutano positivamente il percorso avviato in materia di beni e servizi, ma suggeriscono alla regione di predisporre un documento di pianificazione che possa essere ricompreso nel complessivo studio di fattibilità economica del progetto di gestione del servizio di logistica sanitaria regionale;
  - in materia di rete di emergenza-urgenza rimangono in attesa di una relazione volta a illustrare lo stato dell'arte della riorganizzazione del servizio 118;
  - relativamente alla dgr 14-7070 ritengono necessario rivedere il provvedimento e integrarlo con una relazione dettagliata che riporti:
  - il numero di posti letto per post-acuzie presenti nelle Case di cura, pre e post riconversione per singola disciplina;
  - l'impatto economico, e la coerenza, anche in termini di modifica del fabbisogno, con la D.G.R. n. 6-5519/2013, dato l'elevato numero di posti letto in RSA ed ex art. 26 della L. 833/78 che si prevede di riconvertire in posti letto di continuità assistenziale;
  - restano in attesa di ricevere documentazione in merito agli interventi previsti dal PO il cui termine risulta già decorso;
- con riferimento al Programma operativo 2013-2015 adottato dalla regione valutano che la Regione abbia in gran parte recepito le prescrizioni di cui al verbale della riunione del 13 novembre 2013. Ritengono che i nuovi interventi nonché le residue prescrizioni non recepite saranno oggetto di esame e monitoraggio in fase di attuazione;

- valutano ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini dell'istruttoria della verifica adempimenti per l'anno 2011 e 2012.

  Tavolo e Comitato nel rilevare positivamente l'adozione del Programma Operativo 2013-2015 nonché il positivo andamento del Piano di rientro, valutano che possano essere erogate risorse a valere sulle premialità degli anni 2004 e 2010 per complessivi 243,873 mln di euro.

Regione Puglia

Nella riunione congiunta tenutasi il 4 aprile 2014 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la regione ha rispettato quanto disposto dall'articolo 3, comma 7, del DL 35/2013 in quanto risultano erogate nell'anno solare 2013 risorse statali per il 98 % delle risorse ricevute, ivi includendo l'accesso all'anticipazione di liquidità del dl 35/2013 e regionali per lo 0%. Complessivamente risultano erogate risorse statali e regionali per il 96,7%;
- la regione Puglia a IV trimestre 2013 presenta un disavanzo, prima delle coperture, di 39,574 mln di euro. La regione ha predisposto misure di copertura rinvenienti dal bilancio autonomo regionale, per 46,620 mln di euro. Pertanto la regione presenta un risultato di esercizio al IV trimestre 2013, dopo le coperture, in avanzo di 7,046 mln di euro;
- relativamente alla bozza di Programma operativo 2013-2015 valutano che la regione possa adottare formalmente il documento con le prescrizioni riportate nel presente verbale;
- in merito alla verifica del Piano di rientro valutano che:
  - in relazione alle reti assistenziali evidenziano la necessità di portare a compimento in tempi brevi le azioni già programmate con particolare riferimento alla completa attuazione delle reti ospedaliera e territoriale e alla definitiva configurazione della rete di emergenza-urgenza;
  - in relazione ai rapporti con gli erogatori privati si confermano le richieste di chiarimenti contenuti nei precedenti verbali con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni di cui al D.L. 95/12; inoltre si ritengono necessarie le modifiche agli schemi di contratto come da indicazioni del presente verbale;
  - relativamente ai protocolli di intesa con l'università si resta in attesa delle modifiche richieste e si ribadisce la necessità che gli stessi pervengano in preventiva approvazione;
  - relativamente al lodo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, nell'evidenziare la presenza di diverse criticità, restano in attesa dell'ulteriore documentazione che la regione si è impegnata a produrre al fine di concludere la relativa istruttoria;

- con riferimento all'autorizzazione a nuove assunzioni per l'anno 2013, in esito a quanto stabilito nella riunione del Tavolo del 27/11/2013, ribadiscono che la valorizzazione delle nuove assunzioni deve essere effettuata dalla Regione considerando l'ammontare delle somme erogate al personale in virtù dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004. Si ricorda, infatti, che lo scorporo degli importi corrispondenti a tali rinnovi rileva solamente ai fini del rispetto del tetto di spesa previsto ai sensi dell'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 e non anche ai fini della quantificazione della spesa derivante dalle assunzioni che devono invece essere considerate nella misura totale del loro impatto sul bilancio e quindi al lordo dei rinnovi contrattuali (così come di ogni altro emolumento spettante e degli oneri riflessi). Pertanto Tavolo e Comitato invitano la Regione a rettificare la DGR 183/2014;
- in merito alla verifica adempimenti valutano la regione adempiente con riferimento all'anno 2011 mentre l'istruttoria relativa all'anno 2012 presenta ancora criticità.

Sulla base della verifica positiva con prescrizioni del Programma operativo 2013-2015 che può essere formalmente adottato, sulla base della conclusione della verifica adempimenti 2011 e in relazione alle criticità ancora esistenti, con particolare riguardo alla tematica del Lodo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, valutano che possano essere erogate alla regione risorse nella misura del 50% delle spettanze residue all'anno 2011 pari a 664,827 mln di euro, per un importo di 332 mln di euro.

Regione Siciliana

Nella riunione congiunta tenutasi il 15 aprile 2014 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- prendono atto del recepimento nell'ordinamento contabile della Regione siciliana delle disposizioni contenute nel Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 a partire dall'anno contabile 2014;
- con riferimento alla rilevazione della situazione economico patrimoniale pregressa 2001-2011:
  - non possono non evidenziare la criticità di liquidità della regione Siciliana in relazione a quanto emerso nella riunione del 13 novembre 2013 nella quale è stato rilevato l'ammontare dei crediti verso il bilancio regionale di 2.607 mln di euro per il quale la regione ad oggi, ha solo manifestato la volontà di accedere al prestito ex dl 35/2013 limitatamente all'importo di 606 mln di euro senza tuttavia dare attuazione a tale richiesta.

    In via ulteriore Tavolo e Comitato non possono non rilevare che dallo Stato patrimoniale 2012 della regione Siciliana risultano debiti verso fornitori per 1.931,273 mln di euro e debiti per anticipazioni da istituto tesoriere per 966,465 mln di euro.

    Inoltre fanno presente che i tempi di pagamento desunti dal sito Assobiomedica con riferimento all'anno 2013 evidenziano ritardi di 242 giorni, pari a circa 8 mesi ben al di sopra dei tempi previsti dalla specifica direttiva europea in merito;

- ribadiscono quanto già espresso nel verbale della riunione del 13 novembre 2013 in merito alla necessità che i 221 mln di euro relativi alla copertura valutata non idonea del disavanzo 2006 siano ripristinati a favore delle aziende sanitarie. Chiedono inoltre alla regione di ultimare la prevista verifica patrimoniale entro il 31.12.2014.

- non senza evidenziare ancora una volta un comportamento regionale di non leale collaborazione,
  - sulla base di quanto dichiarato dalla regione in merito al mancato conferimento dell'intero ammontare delle risorse fiscali da massimizzazione (292,901 mln di euro) destinate per legge all'equilibrio del Piano di rientro per l'anno 2012 che sono state conferite al SSR limitatamente all'importo di 7,846 mln di euro;
  - sulla base dell'impegno regionale volto a inglobare gli effetti derivanti per l'anno 2012 dalla contabilità parallela, coerente con i principi contenuti nel Titolo II del decreto legislativo 118/2011, sul bilancio del SSR dell'anno 2014 in relazione al recepimento del predetto Titolo II a decorrere dal 1° gennaio 2014, in coerenza con quanto riportato nel Programma operativo 2013-2015;

  procedono alla rideterminazione del risultato di gestione consuntivo 2012.
  Il risultato di gestione consuntivo 2012 presenta un disavanzo di 7,801 mln di euro e dopo il conferimento delle aliquote fiscali per 7,846 mln di euro, la regione Siciliana ha assicurato l'equilibrio;

- la Regione Siciliana presenta a IV trimestre 2013 un avanzo di 6,017 mln di euro. Considerando:
  - le rettifiche sulle voci di FSR indistinto e vincolato e saldo di mobilità extraregionale ed internazionale, per 97,796 mln di euro generate dal parziale conferimento delle risorse da garantirsi da parte della Regione Siciliana per il finanziamento del SSR, sulla base della legislazione vigente, a titolo di compartecipazione regionale;
  - l'effetto di quanto disposto dall'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 in merito alla presenza di utili aziendali, pari a 10,489 mln di euro;

  il risultato di gestione prima delle coperture è rideterminato in -102,268 mln di euro.
  In ordine alle coperture la regione con DDG 625 del 14/04/2014 ha impegnato a valere sulla leva fiscale massimizzata l'importo 108,343 mln di euro, coerentemente con quanto atteso da Tavolo e Comitato nella riunione del 13 novembre 2013 in attuazione del Dl 120/2013.
  Il risultato di gestione, dopo le coperture, presenta un avanzo di 6,075 mln di euro.

- chiedono alla regione di ripristinare tempestivamente l'intero Fondo sanitario indistinto e vincolato, comprensivo della mobilità extraregionale ed internazionale come risultante dal Riparto 2013 e non possono non rilevare la gravità del mancato conferimento da parte della regione di quota parte delle risorse costituenti compartecipazione regionale al finanziamento del SSR e preordinate per l'erogazione dei LEA da parte del SSR;
- valutano inoltre cha la gestione della sanità, qualora le risorse del Fondo Sanitario indistinto e vincolato preordinate per l'erogazione dei LEA fossero state interamente conferite al SSR siciliano, presenterebbe una situazione di equilibrio;

- con riferimento all'attuazione ex articolo 3, comma 7 del decreto legge n. 35/2013, valutano che la regione, avendo corrisposto risorse nel limite del 59,8%, non ha rispettato il previsto vincolo legislativo;
- il PO 2013-2015, adottato con Decreto 476/14, adeguatamente impostato e ritengono che gli ulteriori elementi di criticità dovranno essere superati in fase di attuazione che sarà oggetto di valutazione nel monitoraggio;
- ribadiscono la richiesta di ricevere il provvedimento di revisione dell'Accordo di confine tra Regione Sicilia e Regione Emilia Romagna;
- relativamente ai rapporti di collaborazione con la struttura Istituto Ortopedico Rizzoli ribadiscono la richiesta di ricevere aggiornamenti;
- relativamente alla rete territoriale ed alla rete laboratoristica, rimangono in attesa di aggiornamenti sull' attuazione di quanto previsto dal PO 2013-2015;
- valutano positivamente le azioni intraprese in materia di flussi informativi;
- in merito all'emergenza-urgenza rimangono in attesa di un cronoprogramma di attuazione degli interventi previsti nel piano di riorganizzazione;
- valutano positivamente le numerose iniziative poste in essere dalla Regione in merito alla gestione del rischio clinico attraverso specifiche azioni dedicate;
- la verifica adempimenti per gli anni 2011 e 2012 è ancora in corso.

Sulla base di quanto valutato nella riunione odierna, pur riconoscendo i progressi ottenuti, Tavolo e Comitato valutano conclusivamente che:

- in relazione al mancato completo conferimento delle risorse regionali derivanti dalla compartecipazione regionale al finanziamento del SSR per l'erogazione dei LEA da parte del bilancio regionale per 97,796 mln di euro;
- in relazione al mancato accesso all'anticipazione di liquidità ex dl 95/2012 nei termini valutati da Tavolo e Comitato nella riunione del 13 novembre 2013 che ha evidenziato il persistere di crediti verso il bilancio regionale di 2.607 mln di euro,

alla regione Siciliana non è possibile erogare spettante pregresse.
Tavolo e Comitato chiedono alla Regione Siciliana di ripristinare tempestivamente l'integrale finanziamento del SSR con riferimento all'anno 2013 e chiedono altresì di attivarsi per la risoluzione della problematica dei crediti del SSR verso il bilancio regionale che deve trovare adeguata azione volta al suo superamento mediante l'accesso all'anticipazione di liquidità di cui al dl 35/2013.
Valutano che la gestione della sanità, qualora le risorse del Fondo Sanitario indistinto e vincolato preordinate per l'erogazione dei LEA fossero state interamente conferite al SSR siciliano, presenterebbe una situazione di equilibrio.

Box 1 – Sintesi dell'attività di verifica dei Tavoli tecnici nell'anno 2013 per le regioni in piano di rientro

Regione Abruzzo: Nella riunione del 17 aprile 2014 i Tavoli tecnici hanno valutato un risultato di gestione a IV trimestre 2013, pari a 0,341 mln di euro. Il PO 2013-2015 è stato ritenuto adeguato, anche se è stato chiesto alla Regione Abruzzo di procedere ad ulteriori integrazioni. In relazione alla verifica condotta i Tavoli hanno valutato che si sono manifestate le condizioni per l'erogazione di quota parte delle spettanze residue per l'importo di 40 mln di euro.

Regione Calabria: Nella riunione del 4 aprile 2014 i Tavoli tecnici hanno valutato un risultato di gestione a IV trimestre 2013 pari a -30,626 mln di euro. Dopo le coperture derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali, la regione presenta un avanzo di 78,772 mln di euro. In relazione al risultato di gestione a IV trimestre 2013, alla documentazione inerente gli utili aziendali 2010-2011 già destinati alla copertura delle perdite pregresse, alla destinazione dell'utile a consuntivo 2012 è possibile rideterminare la situazione al 31/12/2011 nel presupposto di ulteriore accesso alle risorse FAS per 333 mln di euro. La residua copertura di 43,608 mln di euro emersa nella riunione potrà rientrare nella disponibilità della regione dopo la definitiva chiusura del conto economico 2013 a consuntivo 2013, nei termini di tale ultimo risultato di gestione, e dopo l'accesso materiale alle risorse FAS di 333 mln di euro e l'effettiva destinazione alla copertura dei disavanzi pregressi dell'avanzo 2012 e 2013, limitatamente alla quota richiesta.

I Tavoli tecnici relativamente alla proposta di Programmi Operativi 2013-2015, valutando condivisibile l'impostazione generale del documento, hanno ritenuto che lo stesso potrà essere definitivamente approvato dopo il recepimento da parte della struttura commissariale delle prescrizioni riportate nel verbale.

Regione Campania: Nella riunione del 10 aprile 2014 i Tavoli tecnici hanno valutato un risultato di gestione a IV trimestre 2013 pari a 6,143 mln di euro. Dopo le coperture derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali, la regione presenta un avanzo di 60,142 mln di euro. I Tavoli tecnici hanno valutato che la maggiore copertura fiscale possa rientrare nella disponibilità del bilancio regionale per un importo pari alla metà dell'avanzo. Hanno valutato positivamente con prescrizioni il Programma operativo 2013-2015 di prosecuzione del Piano di rientro.

Regione Lazio: Nella riunione del 15 aprile 2014 è emerso un risultato di gestione a IV trimestre 2013 di -702,890 mln di euro. Dopo le coperture derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali, la regione presenta un avanzo di 177,416. I Tavoli tecnici hanno valutato che la maggiore copertura fiscale possa rientrare nella disponibilità del bilancio regionale per un importo pari alla metà dell'avanzo. I Tavoli tecnici relativamente alla proposta di Programmi Operativi 2013-2015, valutando condivisibile l'impostazione generale del documento, hanno ritenuto che lo stesso potrà essere definitivamente approvato dopo il recepimento da parte della struttura commissariale delle prescrizioni riportate nel verbale.

Regione Molise: Nella riunione del 10 aprile 2014 i Tavoli tecnici hanno valutato un risultato di gestione a IV trimestre 2013 pari a -51,743 mln di

euro. Dopo le coperture derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali, la regione presenta un disavanzo di 27,617 mln di euro. Tuttavia la Regione Molise presenta ancora oggi dei disavanzi pregressi non coperti valutati, da ultimo nella riunione del 30 gennaio 2014, in -182,806. Pertanto il disavanzo complessivo non coperto a tutto il 2013, risulta pari a -210,423 mln di euro.

Alla luce di quanto sopra riportato, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2013 e precedenti, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

In considerazione delle rilevanti criticità riscontrate, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha diffidato, ai sensi dell'articolo 2, comma 84, della legge n. 191/2009, il Presidente della Regione/Commissario ad acta a presentare un Programma operativo 2013-2015 che contenga interventi tali da recuperare lo squilibrio finanziario rilevato dai Tavoli ed idonei a modificare strutturalmente l'entità e la qualità della spesa sanitaria regionale. La procedura è in corso.

Regione Piemonte: Nella riunione del 17 aprile 2014 i Tavoli tecnici hanno valutato un risultato di gestione a IV trimestre 2013 di - 41,865 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture per 50 mln di euro, la Regione Piemonte presenta un avanzo a IV trimestre 2013 di 8,135 mln di euro. I Tavoli hanno valutato positivamente il Programma operativo 2013-2015 adottato dalla regione e hanno ritenuto che i nuovi interventi nonché le residue prescrizioni non recepite saranno oggetto di esame e monitoraggio in fase di attuazione.

I Tavoli, sulla base della verifica condotta, hanno valutato che possano essere erogate alla regione quota parte delle spettanze residue per un importo di 244 mln di euro.

Regione Puglia: Nella riunione del 4 aprile 2014 i Tavoli tecnici hanno valutato un risultato di gestione a IV trimestre 2013 pari a -39,574 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture per 46,620 mln di euro, la regione presenta un avanzo di 7,046 mln di euro. I Tavoli tecnici hanno valutato positivamente con prescrizioni il Programma operativo 2013-2015 di prosecuzione del Piano di rientro che può essere adottato formalmente.

I Tavoli, sulla base della verifica condotta, hanno valutato che possano essere erogate alla regione quota parte delle spettanze residue per un importo di 332 mln di euro.

Regione Siciliana: Nella riunione del 15 aprile 2014 prioritariamente i Tavoli tecnici hanno preso atto del recepimento nell'ordinamento contabile della Regione siciliana delle disposizioni contenute nel Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 a partire dall'anno contabile 2014.

I Tavoli, rispetto a quanto contabilizzato sul modello CE hanno operato rettifiche sulle voci di FSR indistinto e vincolato e saldo di mobilità extraregionale ed internazionale, per 97,796 mln di euro, generate dal parziale conferimento delle risorse da garantirsi da parte della Regione Siciliana per il finanziamento del SSR, sulla base della legislazione vigente, a

titolo di compartecipazione regionale; hanno tenuto conto della presenza di utili aziendali per 10,489 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione prima delle coperture è stato rideterminato in -102,268 mln di euro.

Le coperture a valere sulla leva fiscale effettivamente impegnate sono state pari a 108,343 mln di euro, coerentemente con quanto atteso da Tavolo e Comitato nella riunione del 13 novembre 2013 in attuazione del Dl 120/2013. Dopo il conferimento di tali coperture il risultato di gestione presenta un avanzo di 6,075 mln di euro.

Hanno chiesto alla regione di ripristinare tempestivamente l'intero Fondo sanitario indistinto e vincolato, comprensivo della mobilità extraregionale ed internazionale come risultante dal Riparto 2013 e non hanno potuto non rilevare la gravità del mancato conferimento da parte della regione di quota parte delle risorse costituenti compartecipazione regionale al finanziamento del SSR e preordinate per l'erogazione dei LEA da parte del SSR.

Hanno valutato inoltre cha la gestione della sanità, qualora le risorse del Fondo Sanitario indistinto e vincolato preordinate per l'erogazione dei LEA fossero state interamente conferite al SSR siciliano, presenterebbe una situazione di equilibrio.

Hanno valutato il Programma operativo 2013-2015 adeguatamente impostato ritenendo che gli ulteriori elementi di criticità dovranno essere superati in fase di attuazione che sarà oggetto di valutazione nel monitoraggio.

I Tavoli hanno anche sottolineato la grave carenza di liquidità della Regione Siciliana in quanto il SSR presenta crediti verso il bilancio regionale di 2.607 mln di euro e, alla data della riunione, risultava aver solo manifestato la volontà di accedere al prestito ex dl 35/2013 limitatamente all'importo di 606 mln di euro, senza tuttavia dare attuazione a tale richiesta.

Appendice C - Risultanze della ricognizione della situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011 e decreto legge n. 35/2013

Nel procedimento di verifica della situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011, originariamente prevista per riconciliare le contabilizzazioni operate nel periodo antecedente all'entrata in vigore del decreto legislativo n. 118/2011 si sono innestati i decreti-legge n. 35/2013 e n. 102/2013 che, al fine di consentire agli enti del Servizio sanitario nazionale il pagamento dei debiti cumulati alla data del 31 dicembre 2012, hanno previsto risorse per complessivi 15.469 milioni di euro, di cui 13.850 milioni disposti dal decreto legge n. 35/2013 (valore del decreto legge n. 35/2013, al netto degli effetti recati dall'articolo 49-quater del decreto legge n. 69/2013) ed ulteriori 1.619 milioni previsti dal DM 10 febbraio 2014 (in attuazione del decreto legge n. 102/2013).

Il primo riparto fra le regioni dell'anticipazione di liquidità, in attuazione dell'articolo 3 del decreto legge n. 35/2013 citato (Decreti direttoriali del Ministero dell'economia e delle finanze del 16 aprile 2013 e del 2 luglio 2013) è stato effettuato, con riferimento alla prima tranche erogata in via d'urgenza nell'anno 2013, per un importo di 5.000 mln di euro, in proporzione ai valori relativi:

- agli ammortamenti non sterilizzati antecedenti all'applicazione del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;
- alle mancate erogazioni per competenza e/o per cassa delle somme dovute dalle regioni ai rispettivi servizi sanitari regionali a titolo di finanziamento del SSN, ivi compresi i trasferimenti di somme dai conti di tesoreria e dal bilancio statale e le coperture regionali dei disavanzi sanitari, come risultanti nelle voci "crediti verso regione per spesa corrente" e "crediti verso regione per ripiano perdite" nelle voci di credito degli enti del SSN verso le rispettive regioni dei modelli SP.

Una seconda tranche del 2013 per un importo pari a 2.491 milioni è stata erogata, alle regioni che ne hanno fatto richiesta, sulla base del decreto legge n. 102/2013, con riferimento all'80% dell'importo assegnato alle singole regioni con il primo riparto.

La definitiva attribuzione dell'intero importo dei 13.850 mln di euro è, invece, avvenuta, come previsto dall'articolo 3, comma 3, del decreto legge n. 35/2013, sulla base dell'istruttoria, effettuata dai Tavoli tecnici, delle risultanze della situazione economico patrimoniale regionale del decennio 2001-2011, che restituisce la effettiva esigenza di liquidità delle regioni, con l'obiettivo di ricondurre a regime fisiologico il flusso della liquidità per quanto concerne i pagamenti dei debiti correnti (Decreti direttoriali del Ministero dell'economia e delle finanze del 20 febbraio 2014 e del 14 marzo 2014)

In particolare, sulla base della ricognizione delle risultanze economico patrimoniali degli anni 2001-2011, è emerso un fabbisogno di liquidità riportato nella seguente tabella (Tabella A), allegata al decreto direttoriale del 20 febbraio 2014.

Tabella A: anticipazioni complessive di liquidità per il pagamento dei debiti sanitari

(importi in unità di euro)

					Fabbisogno di liquidità residuo		
Regione	Verifica degli importi di cui all'articolo 3, comma 1, lettere a) e b) del DL 35/2013 - grandezze in termini di competenza	Verifica degli importi di cui all'articolo 3, comma 1, lettera b) del DL 35/2013 - grandezze in termini di cassa	TOTALE fabbisogno di liquidità	Fabbisogno di liquidità coperto dalle regioni a valere su proprie fonti	competenza	cassa	TOTALE
	(1)	(2)	(3)=(1)+(2)	(4)	(5)	(6)	(7)=(5)+(6)
Piemonte	1.956.357.000	900.000.000	2.856.357.000	-	1.956.357.000	900.000.000	2.856.357.000
Valle d'Aosta (*)	-	19.110.000	19.110.000	-	-	19.110.000	19.110.000
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-
Bolzano (*)	-	-	-	-	-	-	-
Trento (*)	-	122.548.000	122.548.000	-	-	122.548.000	122.548.000
Veneto	1.587.480.000	-	1.587.480.000	-	1.587.480.000	-	1.587.480.000
Friuli Venezia Giulia (*)	18.982.000	-	18.982.000	-	18.982.000	-	18.982.000
Liguria	75.929.000	111.370.000	187.299.000	-	75.929.000	111.370.000	187.299.000
Emilia-Romagna	1.501.334.000	-	1.501.334.000	554.970.000	946.364.000	-	946.364.000
Toscana	934.727.000	29.389.000	964.116.000	-	934.727.000	29.389.000	964.116.000
Umbria	69.933.000	-	69.933.000	40.485.000	29.448.000	-	29.448.000
Marche	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	396.265.000	2.801.429.000	3.197.694.000	-	396.265.000	2.801.429.000	3.197.694.000
Abruzzo	276.010.000	-	276.010.000	102.001.000	174.009.000	-	174.009.000
Molise	198.781.000	156.129.000	354.910.000	-	198.781.000	156.129.000	354.910.000
Campania	611.013.000	1.339.533.000	1.950.546.000	-	611.013.000	1.339.533.000	1.950.546.000
Puglia	652.926.000	-	652.926.000	-	652.926.000	-	652.926.000
Basilicata	73.175.000	-	73.175.000	73.175.000	-	-	-
Calabria	218.455.000	-	218.455.000	128.705.000	107.142.000	-	107.142.000
Sicilia	-	2.607.000.000	2.607.000.000	-	-	2.607.000.000	2.607.000.000
Sardegna (*)	468.740.000	-	468.740.000	-	468.740.000	-	468.740.000
Totale	**9.040.107.000**	**8.086.508.000**	**17.126.615.000**	**899.336.000**	**8.158.163.000**	**8.086.508.000**	**16.244.671.000**

(*) Per tali regioni a statuto speciale che non hanno avuto accesso all'anticipazione nel 2013, si fa riferimento ai dati contenuti negli schemi contabili presenti nell'NSIS alla data del 9 aprile 2013.

A fronte dell'esigenza individuata nella precedente tabella, l'anticipazione di liquidità di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto legge n. 35/2013 è stata così ripartita (Tabella B) dal decreto direttoriale del 20 febbraio 2014.

Tabella B: riparto DD 20 febbraio 2014

(importi in unità di euro)

Regione	Riparto complessivo dell'importo di 13.850 mln di euro in proporzione al fabbisogno residuo	Riparto complessivo - riproporzionamento per garantire il valore minimo già assegnato	Importi già assegnati nel 2013 ai sensi della legislazione vigente	Importi residui disponibili a valere sulle disponibilità della Sezione per il pagamento dei debiti sanitari
	(1)	(2)	(3)	(4)=(2)-(3)
Piemonte	2.435.293.670	2.427.504.473	1.446.703.200	980.801.273
Valle d'Aosta	16.292.943	16.240.831	-	16.240.831
Lombardia	-	-	-	-
Bolzano	-	-	-	-
Trento	104.482.867	104.148.682	-	104.148.682
Veneto	1.353.465.269	1.349.136.260	777.231.000	571.905.260
Friuli Venezia Giulia	16.183.812	16.132.049	-	16.132.049
Liguria	159.688.747	159.177.988	147.299.400	11.878.588
Emilia-Romagna	806.857.917	806.364.000	806.364.000	-
Toscana	821.993.046	819.363.932	415.355.400	404.008.532
Umbria	25.106.990	25.026.687	17.222.000	7.804.687
Marche	-	-	-	-
Lazio	2.726.313.257	2.717.593.245	1.497.693.600	1.219.899.645
Abruzzo	148.357.861	174.009.000	174.009.000	-
Molise	302.591.755	301.623.926	44.285.000	257.338.926
Campania	1.663.010.725	1.657.691.647	957.546.000	700.145.647
Puglia	556.676.408	554.895.899	334.755.000	220.140.899
Basilicata	-	-	-	-
Calabria	91.347.907	107.142.000	107.142.000	-
Sicilia	2.222.695.061	2.215.585.854	606.097.000	1.609.488.854
Sardegna	399.641.766	398.363.526	159.728.000	238.635.526
Totale	**13.850.000.000**	**13.850.000.000**	**7.491.430.600**	**6.358.569.400**

Infine con decreto direttoriale del 14 marzo 2014, in attuazione dell'articolo 3, comma 4, del decreto legge n. 35/2013, è stato possibile assegnare alle regioni che ne hanno fatto richiesta, un importo maggiore di quello singolarmente attribuito con il decreto direttoriale del 20 febbraio 2014, a valere sugli importi assegnati ad altre regioni e da queste ultime non richiesti, e comunque fino a concorrenza dei fabbisogni ricogniti (Tabella C).

Tabella C: riparto DD 14 marzo 2014

	RICHIESTA a valere sull'importo assegnato con decreto del 20 febbario 2014	RICHIESTA di ulteriore accesso in seguito alla verifiche del Tavolo tecnico e ai fini dell'articolo 3, comma 4, del DL 35/2013	TOTALE RICHIESTE
	(1)	(2)	(3)=(1)+(2)
Piemonte	980.801.273	428.852.527	1.409.653.800
Veneto	571.905.260	238.343.740	810.249.000
Liguria	11.878.588	28.121.412	40.000.000
Emilia-Romagna		140.000.000	140.000.000
Toscana	150.000.000		150.000.000
Umbria	7.804.687	4.421.945	12.226.632
Lazio	1.219.899.645	480.100.355	1.700.000.000
Campania	700.145.647	292.854.353	993.000.000
Puglia	220.140.899	98.030.101	318.171.000
Totale	**3.862.575.999**	**1.710.724.433**	**5.573.300.432**

Sotto il profilo del concreto trasferimento delle risorse in oggetto, complessivamente nel 2013 (in conseguenza delle previste verifiche in ordine alle coperture predisposte dalle regioni per il rimborso trentennale dei prestiti e ai piani dei pagamenti dalle stesse predisposti) sono stati trasferiti dallo Stato alle Regioni 6.708 milioni di euro che hanno dato luogo a pagamenti, da parte degli enti del SSN, per l'intero importo.

Con riferimento alle somme previste per l'anno 2014, alla data di redazione del presente rapporto:

- sono state effettuate verifiche degli adempimenti regionali allo scopo di accedere alle risorse, con esito positivo, per un valore complessivamente pari ad ulteriori 3.200 milioni, di cui 1.700 già trasferiti e la restante parte in via di trasferimento dallo Stato alle regioni;
- sono in corso gli ulteriori adempimenti amministrativi diretti a rendere disponibili le rimanenti risorse assegnate alle Regioni.

Infine il decreto-legge n. 66/2014 ha introdotto una serie di norme dirette a garantire il completo riequilibrio di cassa degli enti del servizio sanitario nazionale, mediante:

- l'integrale utilizzo delle somme già previste dai decreto legge n. 35/2013 e n. 102/2013, ma non richieste dalle regioni, per un valore pari a circa 2.400 milioni di euro;
- la previsione di ulteriori risorse, per complessivi 1.370 milioni di euro.

Complessivamente, dunque, i provvedimenti richiamati hanno messo a disposizione per il settore sanitario, cumulativamente per gli anni 2013 e 2014, risorse pari a 16.839 milioni di euro.

Bibliografia

AIES – Agenas (2010), "La Metodologia per i piani di rientro".
http://www.agenas.it/presentazioni_AIES_AGENAS.html

Aprile R., Palombi M. (2006), "How to take into account death-related costs in projecting health care expenditure", *Genus*, n. 1.

CERISMAS (2010), "La contabilità generale nelle aziende sanitarie pubbliche: a che punto siamo?"

http://www.cerismas.com/web/it/eventi-organizzati-dal-cerismas/150-la-contabilita-generale-nelle-aziende-sanitarie-pubbliche-a-che-punto-siamo.html

Cislaghi C., Costantini F., Gabriele S., Innocenti F., Lepore V., Raitano M., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C. (2007), "A survey on the impact of death-related costs on health-care expenditure and demographics and health costs in Italy", ENEPRI Policy Brief no. 5.

http://www.isn.ethz.ch/isn/Digital-Library/Publications/Detail/?ots591=0c54e3b3-1e9c-be1e-2c24-a6a8c7060233&lng=en&id=111367

Economic Policy Committee - European Commission (2010a), "Joint Report on Health systems". Occasional Papers no. 74.

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf

Economic Policy Committee - European Commission (2010b), "Joint Report on Health systems – Country Fiches". Occasional Papers no. 74.

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_fiches_en.pdf

Economic Policy Committee - European Commission (2011), "The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", European Economy, no. 4.

http://europa.eu/epc/pdf/2012_ageing_report_en.pdf

Economic Policy Committee - European Commission (2012), "The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the27 EU Member States (2010-2060)".

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee2_en.pdf

Istat (2007a), "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005".

Istat (2011), "Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065".

http://www.istat.it/it/archivio/48875

Istat (2013), "Conti della protezione sociale. Anni 1990-2012".

http://www.istat.it/it/archivio/89665

Massicci F. (2008), "Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro", Monitor, Anno VII, n. 22, pag. 20.

www.agenas.it

Massicci F. (2012), "La spesa per la *long term care*", 10° supplemento al n. 30/2012 di Monitor, pag. 14.

Ministero dell'economia e delle finanze (2013a), "Documento di Economia e Finanza 2013".

Ministero dell'economia e delle finanze (2013b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2013".

http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/def/2013/documenti/NOTA_AGG_DEL_DEF_8-10-2013.pdf

Ministero dell'economia e delle finanze (2014), "Documento di Economia e Finanza 2014".

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2011), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2011", Rapporto n. 12, Roma.

http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2011/Le-tendenze-di-medio-lungo-periodo-del-sistema-pensionistico-e-socio-sanitario-Rapporto_n.12.pdf

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2012", Rapporto n. 13, Roma.

http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2012/Le-tendenze-di-m_l-periodo-del-s_p_e-s_s-Rapporto_n.13.pdf

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato aggiornate al 2012: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 13", Roma.

http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2012/NDA-Le-tendenze-di-m_l-periodo-del-s_p_e-s_s-Rn13.pdf

Ministero della salute (2009), "Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza – Anni 2005-2006", Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici del sistema.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1072_allegato.pdf

Ministero della salute (2013), "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012", Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione generale della programmazione.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf

OECD (2006), "Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures: what are the main drivers?", OECD Economics Department Working Paper no. 477.

OECD (2013a), "OECD Health Data 2013".

http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm

OECD (2013b), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections".

http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k44t7jwwr9x.pdf?expires=1397651334&id=id&accname=guest&checksum=22C3A915E95EFCAF7E32E8B24382C1FA

Palumbo F., La Falce M.G. (2008), Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in Piano di rientro, Monitor, Anno VII, numero 22, pag. 13.

www.agenas.it

SANIT (2011), Convegno "I Piani di rientro: opportunità e prospettive", Forum Internazionale della Salute.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1542_listaFile_itemName_0_file.pdf

Per informazioni e approfondimenti contattare:

- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – rgs.segreteria.igespes@tesoro.it*

Pubblicazione in linea sul sito internet della Ragioneria Generale dello Stato

REA Health è un'associazione culturale,
ente non commerciale senza finalità di lucro (no profit)
REA Health non svolge attività nel settore medico-clinico,
e consiglia di consultare il proprio medico di fiducia
per qualsiasi problema di salute

Per informazioni email: segreteria.reahealth@gmail.com
Sede c/o Studio Squillace: 20124 Milano;
Mob.: +39 392 11 72 531

Citazioni scelte da REA Health

Studi e Ricerche

DOCUMENTI

Interventi e Relazioni

Leggi statali, regionali ed europee

Bilanci Aziende Sanitarie

Comunicati Stampa, Lettere e Video