



Commissioni riunite V 'Bilancio, tesoro e programmazione' e XII 'Affari sociali'

Audizione dell'Ispettore Generale Capo per la spesa sociale

Dott. Francesco MASSICCI
Ispettorato Generale per la Spesa Sociale

'Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica'

2 ottobre 2013



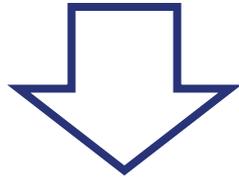


Sommario

1. Governance del settore sanitario
2. Andamenti di spesa
3. Aggregati di spesa e leve d'intervento
4. Evoluzione federalista

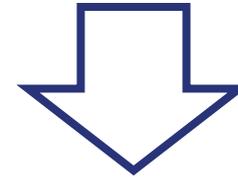
1. Governance del settore sanitario

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (art.32 Cost.)



Stato

- definisce i livelli essenziali di assistenza
- garantisce le risorse finanziarie necessarie, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, alla loro erogazione compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica



Regioni

- organizzano i rispettivi servizi sanitari
- garantiscono l'erogazione delle prestazioni



1. *Governance* del settore sanitario

La sede di definizione di tale *governance* è stata individuata, a partire dal 2000, dalle Intese Stato-Regioni-Province autonome (art. 8, c. 6, L. 131/2003 in attuazione art. 120 della Cost.)

Nel corso del tempo le intese hanno definito un livello di finanziamento su un arco di tempo pluriennale e hanno permesso la condivisione di regole e limiti entro cui gestire l'autonomia regionale, indirizzando le regioni verso l'assunzione di un ruolo sempre più consapevole in termini di disegno del sistema e corretta allocazione delle risorse.

1. Governance del settore sanitario

Con riferimento alla complessa strumentazione normativa implementata, in via sintetica si evidenziano:

- a) 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 nel rispetto degli equilibri di bilancio;
- b) il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- c) l'obbligo dell'Accordo fra le Regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente un Piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario. 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.



1. Governance del settore sanitario

Le innovazioni introdotte consentono di rispondere alla domanda: quali sono le condizioni di produzione ed erogazione delle prestazioni sulla base delle quali si determina l'offerta sanitaria riconducibile ai LEA?

Tali condizioni sono quelle di efficienza, efficacia ed appropriatezza e le regioni *benchmark* rappresentano il contesto produttivo che le esprime.

Le regioni meno efficienti si differenzieranno da quelle *benchmark* non per il livello del finanziamento assegnato, ma per almeno una delle seguenti due condizioni:

1. un livello di produzione e di offerta di servizi sanitari, che sconta anche l'aspetto qualitativo, inferiore a quello di *benchmark*;
2. un finanziamento aggiuntivo a carico della popolazione residente per garantire i livelli di offerta che nelle regioni virtuose sono integralmente finanziati con la quota del finanziamento.



1. Governance del settore sanitario

In sintesi, livello del finanziamento e livelli essenziali di assistenza sono, rispettivamente, la variabile indipendente e dipendente dell'equazione "finanziamento dei livelli essenziali di assistenza del sistema sanitario"; la funzione che lega le due variabili è rappresentata dall'efficienza ed efficacia nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari delle regioni *benchmark*.

La funzione del sistema di *governance*, è quella di indurre le regioni meno virtuose al rispetto del pareggio di bilancio e alla creazione delle condizioni per recuperare elementi di efficienza ed efficacia nella produzione ed erogazione dei servizi, avendo come target i livelli di offerta garantiti dalle regioni *benchmark* a fronte del solo finanziamento dello Stato.



1. *Governance del settore sanitario*

È quindi di fondamentale importanza valutare la capacità del sistema di favorire, incentivare, fino anche imporre alle regioni, a cui compete la programmazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio, comportamenti “virtuosi”, cioè volti a perseguire recuperi di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).



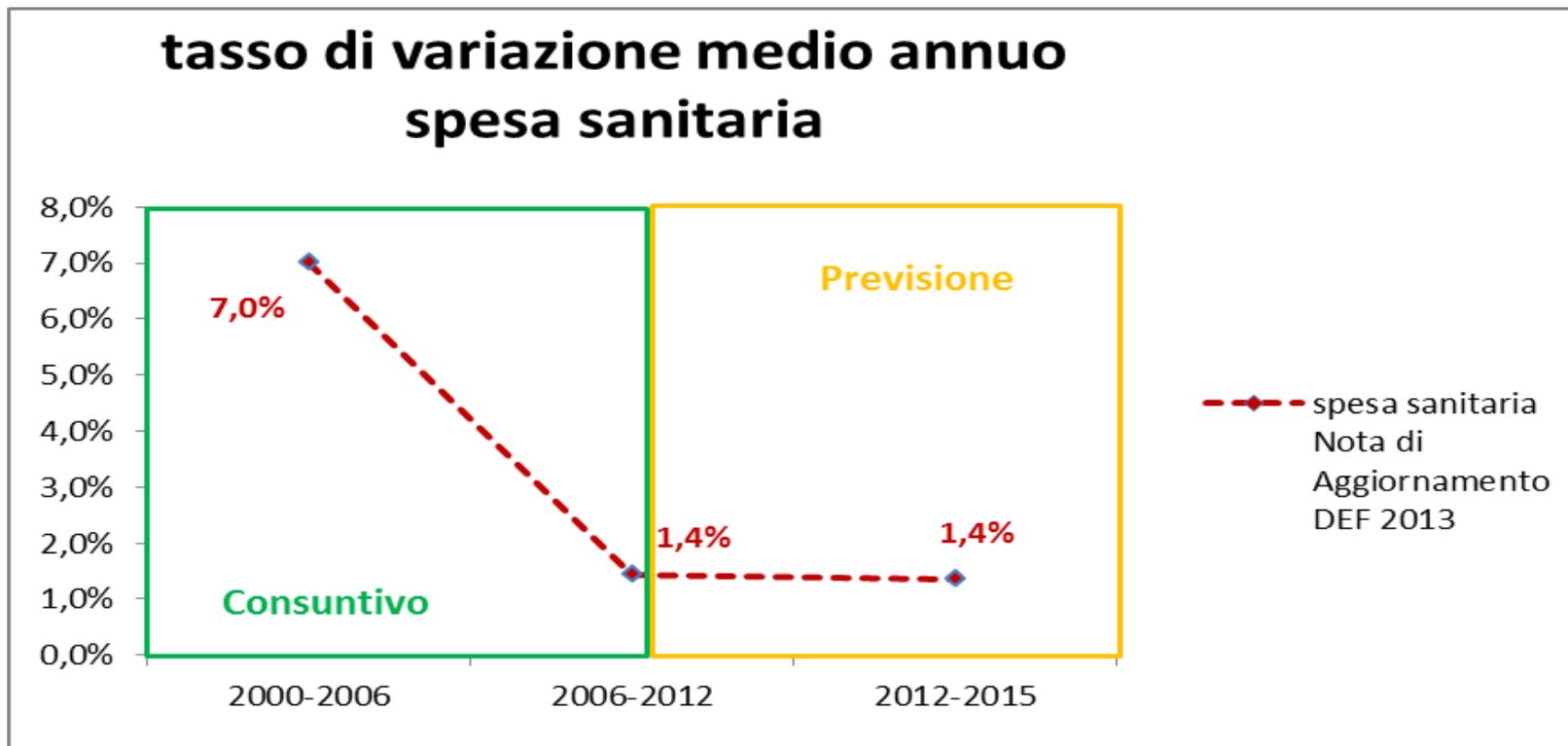
2. Andamenti di spesa

L'analisi dell'andamento della spesa sanitaria negli ultimi anni evidenzia l'impatto positivo dei predetti strumenti di *governance* progressivamente introdotti nell'ordinamento.

Se, infatti, nel periodo 2000-2006 la spesa sanitaria evidenziava un tasso di crescita medio annuo pari al 7%, nel periodo 2006-2012 la crescita media è stata pari a 1,4%.

Tale comportamento virtuoso è destinato a consolidarsi negli anni successivi (2013-2015) a fronte delle misure di contenimento della spesa, introdotte dal decreto legge 95/2012 e dalla legge 228/2012 (Legge di Stabilità 2013).

2. Andamenti di spesa



2. Andamenti di spesa

I tassi di crescita medi illustrati nel grafico tengono conto delle misure di contenimento della spesa introdotte con successivi provvedimenti normativi, nonché degli effetti della sentenza n. 187/2012 della Corte Costituzionale con la quale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale della disposizione in materia di introduzione di nuovi ticket prevista dal decreto legge 98/2011.

La predetta illegittimità è stata rilevata con riferimento allo strumento indicato dalla norma (un regolamento), in quanto lo Stato può esercitare la potestà regolamentare solo nelle materie nelle quali abbia competenza esclusiva.

Pertanto, a legislazione vigente, è stato incrementato il livello di spesa di 2.000 milioni di euro a decorrere dal 2014.

2. Andamenti di spesa

Spesa sanitaria in termini di P.A. - anni 2000-2012 (valori in milioni di euro)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	var % 2000-2006	var % 2006-2010	var % 2010-2012
Spesa sanitaria	67.752	74.897	79.427	81.990	90.237	96.500	101.754	102.220	108.891	110.474	112.526	111.593	110.842	7,0%	2,5%	-0,8%
var %	11,9%	10,5%	6,0%	3,2%	10,1%	6,9%	5,4%	0,5%	6,5%	1,5%	1,9%	-0,8%	-0,7%			
Personale	27.337	28.913	29.737	30.048	32.947	34.281	36.992	35.110	38.559	37.361	38.346	37.253	36.708	5,2%	0,9%	-2,2%
% sulla spesa	40,3%	38,6%	37,4%	36,6%	36,5%	35,5%	36,4%	34,3%	35,4%	33,8%	34,1%	33,4%	33,1%			
var %	9,4%	5,8%	2,8%	1,0%	9,6%	4,0%	7,9%	-5,1%	9,8%	-3,1%	2,6%	-2,9%	-1,5%			
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	29.001	29.685	9,1%	6,3%	3,1%
% 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%	26,8%			
var %	6,9%	9,0%	9,5%	7,4%	11,9%	10,7%	6,4%	8,6%	8,2%	6,5%	1,9%	3,8%	2,4%			
<i>di cui: Prodotti Farmaceutici Ospedalieri</i>	1.841	2.000	2.571	2.997	3.452	4.163	4.619	5.235	6.200	6.854	7.431	7.784	7.883	16,6%	12,6%	3,0%
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	40.406	39.578	7,1%	1,8%	-2,1%
% 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%	35,7%			
var %	17,6%	15,6%	5,8%	3,1%	9,5%	6,5%	2,6%	0,8%	2,0%	3,0%	1,2%	-2,2%	-2,0%			
<i>di cui:</i>																
- 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	9.145	5,9%	-3,0%	-8,5%
% sulla spesa	12,9%	15,6%	14,8%	13,5%	13,3%	12,3%	12,1%	11,3%	10,3%	10,0%	9,7%	8,8%	8,3%			
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%	-7,3%			
- 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	6.736	6,7%	4,2%	-1,8%
% sulla spesa	5,9%	6,0%	5,8%	5,8%	5,6%	6,7%	5,8%	5,9%	5,6%	6,3%	6,2%	6,0%	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%	0,2%			
- 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	23.820	23.697	8,0%	3,7%	0,6%
% 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%	21,4%			
var %	20,4%	4,6%	11,6%	9,4%	11,9%	5,4%	5,2%	4,7%	5,1%	2,5%	2,4%	1,7%	-0,5%			
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	4.933	4.871	14,6%	3,3%	-0,6%
% sulla spesa	2,8%	3,1%	3,7%	3,8%	3,8%	4,2%	4,2%	4,4%	4,6%	4,4%	4,4%	4,4%	4,4%			
var %	9,7%	21,5%	27,4%	4,9%	10,1%	19,6%	6,2%	3,8%	11,1%	-1,8%	0,6%	0,1%	-1,3%			

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

a) Personale dipendente e convenzionato

- La spesa annua è pari a circa **43 miliardi di euro**, (circa **36,5 miliardi per il personale dipendente** e circa **6,5 miliardi per il personale convenzionato**).
- L'aggregato presenta una significativa riduzione della propria dinamica: nel periodo 2000-2006 si registrava un tasso di crescita medio pari al 5.4%, nel periodo 2006-2010 esso è stato pari allo 1,4% e nell'ultimo biennio 2010-2012 si è registrata una riduzione in valore assoluto pari al -2,1% annuo.
- Tali andamenti rappresentano un segnale evidente dei risultati dell'azione di razionalizzazione dei costi attuata nel settore sanitario (in particolare nelle regioni sotto piano di rientro), ancor più significativa in considerazione del fatto che tale rallentamento della dinamica non è stata influenzata da misure "straordinarie" quali, ad esempio, quelle che hanno avuto applicazione a partire dall'anno 2010.

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

I fattori principali che hanno determinato il rallentamento della spesa risultano essere:

- le disposizioni vigenti relative alla corretta contabilizzazione degli oneri contrattuali, che prevedono che le regioni siano comunque tenute ad accantonare annualmente nei propri bilanci gli eventuali oneri connessi ai rinnovi contrattuali, indipendentemente dalla circostanza che il contratto venga sottoscritto. Tale previsione normativa, verificata puntualmente da parte del competente Tavolo tecnico, ha progressivamente fatto venire meno l'aspettativa regionale del ripiano ex-post da parte dello Stato degli oneri arretrati;
- il blocco del *turn-over*, attuato e monitorato in particolare nelle regioni sottoposte ai Piani di rientro;

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

- l'adozione da parte delle regioni e delle aziende sanitarie di provvedimenti di corretta quantificazione dei fondi della contrattazione integrativa, coerenti con la riduzione del personale nei termini previsti dalla legislazione nazionale vigente;
- a partire dal 2010, il blocco delle procedure contrattuali relative al biennio economico 2010-2012 nonché la previsione 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. Tale misura si applica anche al personale convenzionato con il SSN.

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

b) Prestazioni erogate da privati accreditati

- La spesa annua è pari a circa **23,5 miliardi di euro**. L'aggregato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati in convenzione con il SSN.
- Circa le dinamiche della spesa si 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. Nel periodo 2010-2012 la spesa per altre prestazioni da privato si è ulteriormente ridotta, evidenziando un tasso di crescita medio annuo pari allo 0,6%.

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

Tale dinamica è conseguenza:

- del 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;
- delle modifiche intervenute nella vigente legislazione, laddove si prevede che la mancata sottoscrizione dei contratti da parte degli erogatori privati, può essere causa di revoca dell'accreditamento da parte della regione.

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

Il DL 95/2012, inoltre, ha introdotto una manovra di contenimento della spesa per tale voce di costo, prevedendo che per gli anni 2012, 2013 e a decorrere dal 2014 a tutti i singoli contratti ed accordi stipulati con gli erogatori privati per prestazioni di assistenza specialistica ed ambulatoriale sia applicata una riduzione in modo tale che la spesa complessiva si inferiore a quella consuntivata nell'anno 2011 di una percentuale pari rispettivamente allo 0,5%, 1% e 2%.

In ogni caso va detto che il settore in questione è interessato da un rilevante contenzioso, in particolare sull'applicazione delle tariffe che le aziende sanitarie riconoscono alle strutture accreditate. In particolare, sull'ultimo decreto (Mef – Salute) del 18 ottobre 2012 di fissazione delle tariffe, si sono già registrati numerosi ricorsi.

c) Beni e servizi

- La spesa annua, al netto dei farmaci ospedalieri è pari a circa **21 miliardi di euro**. Circa la dinamica, si passa da un incremento medio annuo del 7,6% nel periodo 2000-2006 a un incremento del 4,4% medio annuo nel periodo 2006-2010, ulteriormente ridotto al 2,8% nel periodo 2010-2012.

È l'aggregato di spesa per il quale sono previste, a legislazione vigente le più rilevanti ed ambiziose manovre di contenimento dei costi. Infatti:

- nell'anno 2011 è stata prevista una manovra di riduzione della spesa (art. 17, c. 1, del D. L. 98/2011) con effetto valutato pari a 1.500 milioni di euro per l'anno 2013 e 1.800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014.

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

Al fine di conseguire il predetto contenimento della spesa la norma ha stabilito che l'Osservatorio dei contratti pubblici fornisca alle regioni, a partire dall'1/7/2012, un'elaborazione dei prezzi di riferimento (sulla base dei prezzi effettivamente praticati e rilevati), alle condizioni di maggiore efficienza, dei beni, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari, selezionati dall'AGENAS tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del SSN;

- nell'anno 2012, con il D. L. 95/2012 e con la Legge di Stabilità 2013, sono stati previsti ulteriori risparmi nel settore, per un effetto complessivo (inclusi quindi i citati risparmi previsti dal D. L. 98/2011) pari a circa 3.000 milioni di euro per l'anno 2013 e circa 3.800 milioni di euro a regime, a decorrere dall'anno 2014. In sintesi, prima ancora di una verifica del conseguimento degli effetti previsti dal D. L. 98/2011, è stato stabilito, di fatto, un raddoppio della manovra.

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

Per consentire il raggiungimento istantaneo di un obiettivo finanziario tanto ambizioso (circa il 18% di riduzione della spesa, a regime, tenuto conto dell'aggregato di spesa di riferimento, pari a circa 21 miliardi di euro), anche in relazione alla novità dello strumento dei prezzi di riferimento e dei tempi tecnici occorrenti per una completa e costante rilevazione dei prezzi da parte dell'Osservatorio, il decreto legge 95/2012 ha introdotto, tra l'altro, l'obbligo per le Aziende sanitarie di rinegoziare il prezzo del bene sui contratti già in essere, qualora il medesimo prezzo ecceda del 20% il prezzo di riferimento indicato dall'Osservatorio, e il diritto per le stesse Aziende di recedere dal contratto qualora il fornitore non si adegui al prezzo di riferimento.

In tali termini, l'originaria normativa si è evoluta ed il prezzo di riferimento ha cessato di essere esclusivamente uno strumento operativo di controllo e di razionalizzazione della spesa (da tenere presente in sede di contrattazione), trasformandosi, con riferimenti ai contratti già stipulati e in corso di esecuzione, in una sorta prezzo "imposto".



3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

Tale evoluzione normativa, sebbene destinata ad essere operativa solo nel breve/medio periodo (il tempo di esaurimento dei contratti già in essere, nell'ipotesi che i nuovi contratti vengano stipulati tenendo conto di tali prezzi di riferimento), è stata eccepita in sede giudiziale, con più ricorsi presso il TAR Lazio, presentati da vari fornitori che hanno lamentato un difetto nel procedimento di determinazione dei prezzi di riferimento, consistente nell'individuazione di categorie di beni generali, non sufficientemente dettagliate per tenere conto di eventuali specificità.

Al fine di conseguire gli obiettivi di risparmio programmati, l'Osservatorio sta procedendo alla seconda rilevazione dei prezzi, che rappresenta la naturale evoluzione della prima esperienza.

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

In particolare, con la rilevazione dell'anno 2013 si prevede di:

- individuare un paniere di beni e servizi incrementato di circa il 50% rispetto a quelli censiti nell'anno 2012, al fine di mettere a disposizione delle regioni un insieme di prezzi di riferimento più ampio ed articolato;
- passare dalla rilevazione campionaria dell'anno 2012 (66 tra Aziende sanitarie e centrali acquisto), alla rilevazione totale, richiedendo quindi le informazioni a tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza, pari a 283 unità;
- integrare la rilevazione dell'anno 2012, con la richiesta di nuovi elementi informativi (procedura di scelta del contraente, criterio di scelta, eventuali servizi aggiuntivi inclusi nel prezzo ecc.), al fine di procedere più puntualmente alla determinazione dei prezzi di riferimento.

d) Farmaceutica

La spesa annua è pari a circa **17 miliardi di euro**, di cui **circa 9** per farmaci erogati dalle farmacie convenzionate e **circa 8** per farmaci acquistati direttamente dalle Aziende ospedaliere o dalle ASL.

Il primo sotto aggregato, farmaceutica convenzionata, è soggetto a numerosi interventi regolatori a livello centrale da oltre un decennio. In particolare:

- sono stati previsti tetti di spesa, superati i quali aziende produttrici, farmacisti e grossisti sono chiamati a restituire alle regioni, pro quota, l'eccesso di spesa (cd. *payback*);
- con il sistema Tessera sanitaria sono stati potenziati, e messi a disposizione delle regioni, gli strumenti di monitoraggio e controllo della spesa che allo stato consentono verifiche puntuali sul consumo di farmaci, anche per singolo medico o singolo assistito;

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

- sono state introdotte trattenute a carico dei farmacisti o delle industrie;
- infine, si registra negli ultimi anni una costante diminuzione del prezzo medio dei farmaci, in relazione alla scadenza brevettuale di taluni medicinali e alla conseguente immissione in commercio di farmaci generici con prezzo inferiore.

L'insieme di tali fattori ha comportato una rilevante diminuzione dell'aggregato di spesa, già nel periodo 2006-2010 (-3% medio annuo) fino ad arrivare al -8,5% medio nel periodo 2010-2012. Pertanto, in valore assoluto, la spesa dell'anno 2012 risulta inferiore di circa 2,5 miliardi di euro rispetto a quella dell'anno 2001.

Ciò, nonostante, per l'anno 2013, è prevista un'ulteriore manovra nel settore, pari a circa 1.500 milioni di euro, da conseguirsi mediante riduzione del tetto di spesa

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

Il secondo sotto aggregato, quello dei farmaci ospedalieri, viceversa, negli anni scorsi ha avuto un trend di crescita significativo (superiore al 12% medio annuo nel periodo 2006-2010), comunque notevolmente ridotto nell'ultimo biennio, circa +4%.

Ciò, in quanto trattasi di settore che risente dell'immissione in commercio di farmaci innovativi e quindi molto costosi (ad esempio i farmaci oncologici). Sulla base della legislazione vigente, fino all'anno 2012, il superamento del tetto di spesa previsto nel settore, al contrario di quanto previsto per la farmaceutica convenzionata, non comportava sanzioni a carico delle aziende produttrici.

Dal 2013, viceversa, anche alla spesa farmaceutica ospedaliera si applica il meccanismo del *pay-back*, sebbene solo con riferimento al 50% dell'eventuale superamento del tetto.

e) Misure di compartecipazione a carico dei cittadini

La vigente legislazione nazionale prevede per le prestazioni di assistenza specialistica l'applicazione di un *ticket* pari al valore della prestazione, fino ad un massimo di 36,15 euro.

Sono previste ampie categorie di esenzione (in particolare per patologia e per reddito), tant'è che circa il 70% delle prestazioni viene fruita da assistiti esenti. Prevede altresì un *ticket* in quota fissa, aggiuntivo rispetto al precedente, pari a 10 euro per ricetta.

Con riferimento a tale quota fissa, si dispone che le regioni possano adottare misure alternative purché di gettito equivalente. Molte regioni hanno adottato le ipotesi alternative.

3. Aggregati di spesa e leve d'intervento

Per l'assistenza farmaceutica l'eventuale applicazione di un ticket è demandata alle regioni (la maggior parte delle regioni lo applica, generalmente di importo pari a 2 euro per ogni farmaco a carico del SSN). Anche in questo caso sono state previste dalle regioni ampie categorie di cittadini esenti.

Il gettito complessivo dei predetti ticket è pari a circa 2,9 miliardi di euro annui (circa 2,3 per la specialistica e circa 0,6 per l'assistenza farmaceutica).

Il 16 luglio 2012 è intervenuta la Sentenza n. 187 della Corte Costituzionale, con la quale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale della disposizione in materia di ticket prevista dal decreto legge 98/2011, che avrebbe comportato un ulteriore gettito annuo pari a 2.000 milioni di euro dal 2014.

f) Altre componenti di spesa

La voce “Altre componenti di spesa” costituisce una voce residuale, al cui interno figurano poste non direttamente legate alla gestione sanitaria tipica, quali, ad esempio, gli ammortamenti, gli oneri tributari, gli oneri finanziari.

Per questo aggregato quindi non si possono individuare interventi macro a livello centrale ma sono provvedimenti specifici a livello aziendale o locale.

Tale aggregato è pari a circa **5 miliardi di euro**. Circa la dinamica, si passa da un incremento medio annuo del 14,6% nel periodo 2000-2006 a un incremento del 3,3% medio annuo nel periodo 2006-2010, per poi arrivare a una riduzione dello 0,6% nel periodo 2010-2012.

4. Evoluzione federalista

Per quanto precedentemente evidenziato, consegue che nel settore sanitario l'attuazione del federalismo fiscale non può che muoversi in linea di continuità con i Patti sottoscritti tra Stato e Regioni.

Ciò è di per sé un aspetto positivo stante i risultati in corso di ottenimento con la *governance* implementata, i Piani di rientro e i meccanismi sanzionatori.

L'attuazione del federalismo fiscale con il decreto legislativo 68/2011 (la prima applicazione è prevista proprio nel 2013), conferma l'attuale programmazione finanziaria e il relativo contenimento della dinamica di spesa migliorando l'assetto istituzionale, anche di raffronto tra le varie Regioni, sia in fase di riparto di risorse e sia per l'analisi delle esistenti inefficienze o inadeguatezze, fornendo un ulteriore substrato istituzionale al programma in atto.

4. Evoluzione federalista

Infatti il criterio di scelta delle regioni *benchmark* è finanziario e qualitativo. Il requisito dell'equilibrio di bilancio è assolutamente necessario e prioritario per individuare le regioni che erogano servizi sanitari con le risorse ritenute congrue dallo Stato. Nella selezione delle migliori regioni intervengono altri requisiti oltre all'equilibrio di bilancio:

- l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza ed appropriatezza;
- il superamento degli adempimenti previsti dalla vigente legislazione, tra i quali è ricompreso anche la qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché all'accertamento della qualità dei dati contabili;
- la presenza di criteri di qualità sulla base degli indicatori già condivisi con le regioni.



4. Evoluzione federalista

Ulteriore salto di paradigma è, dunque, la qualità che diviene quantità, mediante:

- una strumentazione quantitativa e istituzionale per evidenziare che disavanzi e/o coperture fiscali eccedenti afferiscono a situazioni quantitativamente rilevabili e confrontabili in termini più analitici;
- la costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità;
- l'omogeneizzazione dei documenti contabili.

4. Evoluzione federalista

Le disposizioni contenute nei provvedimenti attuativi del federalismo fiscale rappresentano, pertanto, il conseguente sviluppo di quanto già disciplinato.

Infatti a partire dagli indicatori già condivisi, per ogni regione il confronto con il costo standard sanitario registrato dalle regioni più performanti sarà la grandezza di riferimento per misurare le aree di inefficienza e di inappropriatazza.

Sarà di conseguenza possibile verificare progressivamente gli sviluppi del sistema verso modelli organizzativi e gestionali via via più performanti.

4. Evoluzione federalista

Inoltre, il decreto legislativo 118/2011 concernente l'armonizzazione dei bilanci, rappresenta un ulteriore miglioramento dei vigenti procedimenti contabili.

Di particolare rilievo sono le disposizioni dirette:

- a garantire, nel bilancio regionale, un agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario;
- a disciplinare, nell'ambito del bilancio sanitario regionale:
 - la contabilità delle cosiddette gestioni sanitarie accentrate presso le regioni;
 - il consolidamento regionale dei conti sanitari;
 - specifiche deroghe alle disposizioni civilistiche al fine di tenere conto della specificità degli enti di cui trattasi;
 - la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario.