



CORTE DEI CONTI

----- SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO -----

**Rapporto 2013 sul coordinamento
della finanza pubblica**

Maggio 2013

Il Rapporto, approvato dall'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 23 maggio 2012 (DEL. N. 6SSRRCO/RCFP/13), è stato redatto dai magistrati Maurizio Pala, Enrico Flaccadoro, Massimo Romano, Vincenzo Palomba, Cinzia Barisano, Natale A.M. D'Amico e Alessandra Sanguigni.

Alle analisi di base del Rapporto hanno contribuito il dott. Stefano Fantacone e il dott. Salvatore Tutino, esperti presso le Sezioni riunite.

Hanno contribuito alla stesura del Rapporto: Lucia Marra, Elisabetta Marcatili, Chiara Grassi, Renato Manzoni.

Hanno inoltre collaborato : Daniela Buzzi, Rosaria Calafato, Caterina Francione, Marina Mammola, Lucia Mauta, Giuseppe Padula.

L'editing è stato curato da Marina Mammola e Giuseppina Scicolone.

IL RAFFORZAMENTO DEL PATTO PER LA SALUTE

PREMESSA

1. La legislatura che si apre vede una situazione economica del sistema sanitario migliore del passato. Anche il 2012 ha confermato i progressi già evidenziati negli ultimi esercizi nel contenimento dei costi e nel riassorbimento di ingiustificati disavanzi gestionali.

I risultati raggiunti nella azione di controllo della spesa sanitaria e in quella volta all'assorbimento dei disavanzi nelle regioni in squilibrio strutturale sono ancora una volta incoraggianti. Essi sono il frutto dei punti di forza di un sistema che si è venuto consolidando in questi anni. Un sistema che ha come elementi chiave, una rete di valutazione che consente un monitoraggio efficace e attento in grado di fare del *benchmarking* uno strumento di controllo ed indirizzo effettivo; un ridisegno delle regole contabili che contribuisce con gradualità a rafforzare le ragioni di un aggiustamento strutturale; una struttura di governo a livello centrale che, in continuo confronto con le realtà territoriali, accompagna il perseguimento di obiettivi di contenimento della spesa con interventi di adeguamento delle strutture, miglioramenti nella strumentazione e investimenti sulla formazione del capitale umano.

Il settore si trova, tuttavia, oggi di fronte a scelte ancora impegnative. Se da un lato sono sempre stringenti i vincoli per un superamento delle inefficienze, dall'altro sono forti le tensioni che si cominciano a manifestare sul fronte della garanzia di adeguati livelli di assistenza, mentre restano da chiarire le dimensioni di persistenti squilibri finanziari, come evidenziato recentemente dagli interventi urgenti disposti dal DL n. 35 del 2013.

Non mancano, infatti, segnali preoccupanti sul fronte della qualità dei servizi garantiti ai cittadini. Sono ancora previsti rilevanti tagli delle risorse destinate al settore mentre, cresciute le compartecipazioni alla spesa, sempre più limitate appaiono le possibilità di ricorrere ad ulteriori entrate straordinarie e limitati sono i margini di flessibilità per tutte le realtà territoriali. Ciò mentre minore efficacia dimostrano i vincoli posti a presidio della copertura dei disavanzi annuali.

La mancata definizione nel corso del 2012 del nuovo Patto della salute è la rappresentazione di sintesi della difficile fase che ancora attende la sanità nonostante i progressi che si sono compiuti in questi anni sotto diversi profili: l'avvio di un processo di armonizzazione delle normative contabili e l'elaborazione, nell'ultimo esercizio, di prime risposte a temi cruciali nella gestione del sistema (revisione del sistema tariffario....).

Di qui, l'importanza e l'urgenza di potenziare gli strumenti a disposizione delle amministrazioni territoriali, di accelerare gli interventi di riadeguamento delle strutture e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini e di portare a regime la revisione dei meccanismi che governano il funzionamento del settore.

Gli argomenti al centro del dibattito sono molti: potenziare ulteriormente il sistema di monitoraggio dei fattori di spesa così da meglio conciliare la necessità di contenimento dei costi con quello di una effettiva erogazione dei Lea; avviare la definizione dei costi standard e l'individuazione delle regioni di riferimento; verificare

l'effettivo operare della recente rimodulazione tariffaria e completare il processo anche per la gestione ospedaliera; accelerare la razionalizzazione della rete ospedaliera e incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri; ridefinire le regole di *governance* del settore dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici; potenziare l'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti; procedere nel percorso di miglioramento nella qualità dei dati contabili, di struttura e di attività; sottoporre a revisione la normativa che governa i Piani di rientro guardando alla effettività delle misure premiali e sanzionatorie; procedere al completamento degli interventi già avviati nel primo Piano della salute sul fronte della continuità assistenziale e della promozione della qualità; rivedere le problematiche relative alla mobilità sanitaria interregionale; affrontare il tema del finanziamento degli investimenti (manutenzione straordinaria, costruzione o adeguamento delle strutture edilizie, adeguamento tecnologico).

Nei paragrafi che seguono, dopo un primo bilancio dei risultati conseguiti, si toccano alcuni dei temi di maggior rilievo. Per ciascuno, oltre ad un breve approfondimento delle condizioni economiche della gestione, ci si sofferma sulle caratteristiche delle opzioni al centro del dibattito.

LA SPESA SANITARIA NEL 2012: ULTERIORI PROGRESSI NELL'AGGIUSTAMENTO

2. Anche nel 2012 la gestione della spesa sanitaria presenta risultati incoraggianti: a consuntivo le uscite complessive, in termini di contabilità nazionale, hanno raggiunto i 110,8 miliardi, ben al di sotto del dato, già rivisto in riduzione per il trascinamento del miglior risultato conseguito nel 2011, previsto per l'anno nel DEF di aprile 2012 (114,5 miliardi).

Un dato significativamente inferiore anche a quello contenuto nel quadro di preconsuntivo contenuto nella Nota di aggiornamento al DEF che incorporava le variazioni connesse alle ulteriori misure di contenimento disposte con il DL 95/2012. Rispetto al valore previsto nell'ottobre dello scorso anno, pari a 113,6 miliardi, si registra quindi una flessione di oltre 2,7 miliardi. Per il secondo anno consecutivo la spesa presenta una riduzione in termini nominali (-0,7 per cento contro il -0,8 per cento dello scorso anno) mentre rimane sostanzialmente invariata in termini di prodotto.

Un risultato di particolare rilievo anche considerando che il mantenimento degli obiettivi di indebitamento netto delle PA entro il 3 per cento è stato possibile nel 2012 grazie ad una inattesa flessione delle spese che ha compensato il deludente risultato dal lato delle entrate: dei 6 miliardi di minori spese rispetto al preconsuntivo di ottobre oltre il 40 per cento è da ricondurre al settore sanitario, settore che assorbe poco più del 15 per cento della spesa complessiva.

Nel 2012 l'importo relativo alle prestazioni da produttori non market (assistenza ospedaliera e altri servizi sanitari offerti direttamente dagli operatori pubblici) è rimasto pressoché invariato. E' la spesa per l'assistenza in convenzione a registrare una ulteriore flessione del 2,0 per cento (2,2 per cento nel 2011).

Nella gestione diretta (non market) la spesa per il personale dipendente è diminuita del 1,3 per cento mentre i consumi intermedi aumentano invece del 2,3 per cento. Una dinamica che riflette anche nel 2012 la scelta delle regioni di ricorrere alla distribuzione diretta dei farmaci ai fini di un controllo complessivo della spesa.

Per quanto attiene alla spesa di produttori market, la flessione complessiva (-2 per cento rispetto al 2011) è da attribuire prevalentemente al calo della spesa farmaceutica e di quella per l'ospedaliera privata. La riduzione della farmaceutica (-7,3 per cento) è da ricondurre alle misure di contenimento varate negli anni precedenti e all'aumento della compartecipazione a carico dei cittadini sia nelle regioni in piano di rientro che nelle restanti realtà territoriali. Più limitato il contributo del calo della spesa per l'assistenza ospedaliera in case di cura private (-1,1 per cento). In flessione, anche se contenuta (-0,4 per cento) anche l'assistenza specialistica. A tale dinamica contribuisce la migliore regolazione delle prestazioni acquistate da operatori privati, soggette a tetti di spesa, e la reintroduzione dei ticket sulle prestazioni specialistiche.

TAVOLA 1

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI DI FINANZA PUBBLICA

(in milioni di euro)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Def aprile 2013									
valore assoluto	110.474	112.526	111.593	110.842	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789
Spesa primaria complessiva	727.573	721.731	717.729	714.365	726.674	724.753	739.218	748.336	761.115
Pil	1.519.695	1.551.886	1.578.497	1.565.916	1.573.233	1.624.012	1.677.735	1.731.311	1.785.918
variazione	1,45	1,86	-0,83	-0,67	0,24	1,73	2,12	1,90	1,85
peso sulla spesa complessiva	15,18	15,59	15,55	15,52	15,29	15,60	15,61	15,72	15,74
in percentuale del Pil	7,27	7,25	7,07	7,08	7,06	6,96	6,88	6,79	6,71
Nota Agg DEF ottobre 2012	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
valore assoluto	110.474	112.742	112.039	113.597	112.327	112.421	115.397		
Spesa primaria complessiva	727.573	724.199	719.746	719.593	720.748	726.766	739.371		
Pil	1.519.695	1.553.166	1.579.659	1.564.378	1.582.375	1.629.056	1.680.441		
variazione	1,45	2,05	-0,62	1,39	-1,12	0,08	2,65		
peso sulla spesa complessiva	15,18	15,57	15,57	15,79	15,58	15,47	15,61		
in percentuale del Pil	7,27	7,26	7,09	7,26	7,10	6,90	6,87		
Def aprile 2012	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
valore assoluto	110.474	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421	118.497		
Spesa primaria complessiva	727.573	724.199	720.544	724.812	725.724	735.050	748.169		
Pil	1.519.695	1.553.166	1.580.220	1.588.662	1.626.858	1.672.782	1.725.526		
variazione	1,45	2,05	-0,62	2,19	0,20	0,60	2,67		
peso sulla spesa complessiva	15,18	15,57	15,55	15,80	15,81	15,70	15,84		
in percentuale del Pil	7,27	7,26	7,09	7,21	7,05	6,90	6,87		
Relazione al parlamento dicembre 2011	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
valore assoluto	110.435	113.457	114.941	117.491	119.602	121.412			
Spesa primaria complessiva	727.676	723.315	721.823	721.732	727.855	743.109			
Pil	1.526.790	1.556.029	1.586.361	1.612.279	1.648.533	1.693.748			
variazione	1,81	2,74	1,31	2,22	1,80	1,51			
peso sulla spesa complessiva	15,18	15,69	15,92	16,28	16,43	16,34			
in percentuale del Pil	7,23	7,29	7,25	7,29	7,26	7,17			
Def aprile 2011	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
valore assoluto	110.435	113.457	114.836	117.391	122.102	126.512			
Spesa primaria complessiva	727.071	723.361	725.798	729.019	745.212	763.184			
Pil	1.519.702	1.548.816	1.593.314	1.642.432	1.696.995	1.755.013			
variazione	1,80	2,74	1,22	2,22	4,01	3,61			
peso sulla spesa complessiva	15,19	15,68	15,82	16,10	16,38	16,58			
in percentuale del Pil	7,27	7,33	7,21	7,15	7,20	7,21			
Dpof luglio 2008 (LV)	2009	2010	2011	2012	2013				
valore assoluto	111.592	116.007	120.656	125.156	129.916				
Spesa primaria complessiva	720.224	737.231	758.095	778.388	798.985				
Pil	1.637.199	1.689.202	1.742.139	1.799.075	1.858.870				
variazione	0,87	3,96	4,01	3,73	3,80				
peso sulla spesa complessiva	15,49	15,74	15,92	16,08	16,26				
in percentuale del Pil	6,82	6,87	6,93	6,96	6,99				

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Mef e Istat

IL CONTO ECONOMICO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ

	2010	2011	2012	11/10	12/11
	milioni di euro				
Prestazioni sociali in natura	104.711	103.609	102.791	-1,1	-0,8
Beni e servizi prodotti da produttori market	41.316	40.406	39.578	-2,2	-2,0
- Farmaci	10.913	9.862	9.145	-9,6	-7,3
- Assistenza medico-generica	6.984	6.724	6.736	-3,7	0,2
- Assistenza medico-specialistica	4.542	4.737	4.720	4,3	-0,4
- Assistenza osped. in case di cura private	9.449	9.503	9.395	0,6	-1,1
- Assistenza protesica e balneotermale	3.940	4.113	3.944	4,4	-4,1
- Altra assistenza	5.488	5.467	5.638	-0,4	3,1
Servizi prodotti da produttori non market:	63.395	63.203	63.213	-0,3	0,0
- Assistenza ospedaliera	49.602	49.525	49.592	-0,2	0,1
- Altri servizi sanitari	13.793	13.678	13.621	-0,8	-0,4
Contribuzioni diverse, servizi amministrativi e altre uscite	7.815	7.984	8.051	2,2	0,8
Uscite totali	112.526	111.593	110.842	-0,8	-0,7
<i>servizi prodotti da produttori non market:</i>	<i>63.395</i>	<i>63.203</i>	<i>63.213</i>	<i>-0,3</i>	<i>0,0</i>
<i>di cui</i>					
<i>Redditi da lavoro dipendente</i>	<i>35.449</i>	<i>34.425</i>	<i>33.961</i>	<i>-2,9</i>	<i>-1,3</i>
<i>Consumi intermedi</i>	<i>25.220</i>	<i>26.168</i>	<i>26.779</i>	<i>3,8</i>	<i>2,3</i>
<i>Ammortamenti</i>	<i>2.276</i>	<i>2.350</i>	<i>2.368</i>	<i>3,3</i>	<i>0,8</i>

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Istat

Un risultato di particolare rilievo che ha consentito di rivedere le previsioni della spesa sanitaria nel prossimo quinquennio e di prefigurare una riduzione di tale spesa sul Pil al 7,1 per cento del 2012 al 6,7 per cento del 2017 (si veda il riquadro «*La spesa sanitaria nel quadro di previsione 2013-17*»).

LA SPESA SANITARIA NEL QUADRO DI PREVISIONE 2013-2017

Di recente nel DEF sono state aggiornate le previsioni per gli anni dal 2013 al 2017 sulla base del quadro macroeconomico e dei dati del conto consolidato della sanità 2009-2012 elaborati dall'Istat. La spesa è prevista crescere nel 2013 a 111.108 milioni (+0,2 per cento) scontando l'effetto di trascinamento del miglior risultato 2012, mentre nel successivo quadriennio (2014-2017) la variazione attesa è in media dell'1,9 per cento all'anno, inferiore alla variazione attesa del Pil nominale (+3,2 per cento annuo). L'incidenza della spesa sul prodotto pertanto si riduce, passando dal 7,1 per cento del 2013 al 6,7 per cento del 2017.

Le ipotesi alla base del risultato atteso danno conto dell'impegno ancora richiesto al settore già a partire dal 2013. Nelle previsioni i redditi da lavoro dipendente dei produttori non market aumentano dello 0,1 per cento, mentre la spesa per consumi è prevista ridursi dell'1,1 per cento per effetto delle misure di contenimento della spesa adottate nell'ultimo biennio e soprattutto di quelle assunte con il DL 95/2012 e la legge di stabilità per il 2013¹.

¹ Si tratta della riduzione del 10 per cento 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 in essere, con la possibilità per le regioni di adottare misure alternative di contenimento della spesa, nel rispetto degli obiettivi programmati e

Riguardo alla spesa per acquisti di beni e servizi da produttori market essa è prevista aumentare dello 0,5 per cento, ma come risultato di una ulteriore flessione della farmaceutica (-4,6 per cento), un aumento dello 0,2 per cento della medicina di base e una variazione positiva delle altre prestazioni in convenzione (+2,6 per cento). La previsione del DEF incorpora la riduzione dell'1 per cento rispetto al valore 2011 degli importi e dei volumi degli acquisti da erogatori privati (ai sensi dell'articolo 15 del DL 95/2012), nonché i maggiori costi connessi al finanziamento a carico dello Stato delle attività dei Policlinici universitari e degli ospedali non statali.

Nel 2014 e successivi la spesa incorpora gli effetti (2 miliardi) della sentenza della Corte costituzionale che ha sospeso l'efficacia degli aumenti previsti nei tickets sanitari. I tendenziali di spesa sono stati pertanto rivisti in aumento per tale importo. L'aumento delle compartecipazione destinate al finanziamento della sanità, era a fronte di una riduzione del livello di finanziamento del SSN cui contribuisce lo Stato. Le regioni avranno la necessità di reperire ulteriori risorse al posto di quelle attivate con l'aumento della compartecipazione.

Le previsioni scontano inoltre il quadro macroeconomico previsto per il periodo di riferimento nonché l'efficacia nel 2014 delle misure di contenimento della spesa adottate negli anni precedenti: la spesa per il personale sconta il limite al riconoscimento di incrementi retributivi fino al 31 dicembre 2014 e il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale per il triennio 2015-2017; la spesa per consumi intermedi sconta la riduzione del 10 per cento degli importi dei contratti per acquisti di beni e servizi, la rideterminazione del tetto per i dispositivi medici al 4,4 per cento dal 2014 e il tetto al 3,5 per cento della farmaceutica ospedaliera; la farmaceutica convenzionata sconta le misure dello sconto a carico dei farmacisti e il rispetto del tetto sulla spesa territoriale pari all'11,35 per cento; la spesa per prestazioni convenzionate con operatori privati sconta la riduzione del 2 per cento (dal 2014) rispetto al valore 2011 degli importi e dei volumi acquistati e il tetto alla remunerazione delle funzioni svolte.

I RISULTATI DEL SETTORE NEI PRECONSUNTIVI DELLE AZIENDE SANITARIE

3. Il miglioramento dei conti del settore trova ulteriore conferma dal lato del risultato economico complessivo che emerge dai dati trasmessi al NSIS redatti per il primo anno in base ai criteri Si tratta dei dati acquisiti dal sistema informativo del Ministero della salute al IV trimestre del 2012. Nell'anno appena concluso nel confronto tra i risultati con gli esercizi precedenti si deve tener conto delle modifiche introdotte allo schema di classificazione del conto economico e dall'entrata a regime delle disposizioni contenute nel d.lgs. 118/2011 (si veda il riquadro «*L'impatto delle nuove norme contabili sulla leggibilità dei risultati 2012*»)

Nel 2012 le perdite ammontano complessivamente a circa 2,0 miliardi di euro, in riduzione rispetto al 2011 di oltre il 38 per cento. Si tratta di un risultato ancora provvisorio (e non ancora verificato in sede di Tavolo adempimenti), frutto del confronto tra il consuntivo 2011 e il preconsuntivo dell'anno appena concluso, ottenuto utilizzando per il 2011 i nuovi criteri di calcolo del risultato economico adottati per il monitoraggio del 2012². Ancora più netta la flessione (-42 per cento) se si guarda al

dell'equilibrio finanziario; dell'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 al 20,0 per cento rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici; degli effetti della fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8 per cento del fabbisogno sanitario standard e della rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5 per cento, con fissazione al 50 per cento della quota di ripiano dello sfondamento del tetto a carico delle aziende farmaceutiche, attraverso il meccanismo del *pay-back*.

² Il confronto con il 2011 richiede infatti una ricostruzione dei risultati di questo esercizio per tener conto delle modifiche intervenute a seguito dell'operatività del d.lgs. 118/2011. Al riguardo va considerato che:

disavanzo al netto delle coperture previste nei CE e delle maggiori risorse rese disponibili dalle regioni e province a statuto speciale.

Si tratta di dati che dovranno essere attentamente verificati una volta conclusi i lavori dei tavoli di monitoraggio annuali³.

TAVOLA 3

I RISULTATI DI ESERCIZIO ANNO 2011 E 2012
(per regioni in piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni di euro)

	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti da regioni e prov autonome	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMCENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	Coperture presunte contabilizzate nel CE	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO prima delle coperture
2012							
Regioni in piano	51.850,5	51.696,5	-1.084,7	-930,8	130,4	0,0	-800,4
Regioni non in piano	59.205,4	61.131,2	846,0	-1.079,9	52,8	761,5	-265,7
Totale	111.055,8	112.827,8	-238,7	-2.010,7	183,1	761,5	-1.066,1
Rso	94.561,8	95.641,3	35,6	-1.043,9	179,5	0,0	-864,4
Rso nord	47.251,2	48.311,1	851,3	-208,6	179,5	0,0	-29,1
Rso Centro	22.302,8	22.934,7	-29,2	-661,1	0,0	0,0	-661,1
Rso Sud	25.007,8	24.395,5	-786,4	-174,2	0,0	0,0	-174,2
Rss	16.494,0	17.186,5	-274,3	-966,8	3,7	761,5	-201,7
Rss nord	4.641,3	5.216,2	-13,0	-587,9	0,0	599,1	11,2
Rss sud	11.852,7	11.970,3	-261,3	-378,9	3,7	162,3	-212,9
2011							
Regioni in piano	50.828,1	51.939,2	-546,6	-1.657,7	280,0	0,0	-1.377,7
Regioni non in piano	58.602,4	61.079,4	901,6	-1.575,4	346,5	780,1	-448,8
Totale	109.430,4	113.018,6	355,0	-3.233,1	626,5	780,1	-1.826,5
Rso	93.033,4	95.921,8	591,3	-2.297,1	626,5	0,0	-1.670,6
Rso nord	46.601,8	48.280,0	840,8	-837,3	486,8	0,0	-350,5
Rso Centro	22.120,8	23.022,1	-8,7	-910,0	129,8	0,0	-780,2
Rso Sud	24.310,8	24.619,7	-240,9	-549,8	10,0	0,0	-539,8
Rss	16.397,0	17.096,8	-236,2	-936,0	0,0	780,1	-155,9
Rss nord	4.584,7	5.158,9	-15,4	-589,7	0,0	609,1	19,4
Rss sud	11.812,4	11.937,9	-220,8	-346,3	0,0	171,0	-175,3
variazione							
Regioni in piano	2,01	-0,47	98,46	-43,85	-53,43		-41,90
Regioni non in piano	1,03	0,08	-6,17	-31,46	-84,78	-2,39	-40,81
Totale	1,49	-0,17	-167,23	-37,81	-70,77	-2,39	-41,63
Rso	1,64	-0,29	-93,98	-54,56	-71,35		-48,26
Rso nord	1,39	0,06	1,24	-75,09	-63,13		-91,69
Rso Centro	0,82	-0,38	234,84	-27,35			-15,27
Rso Sud	2,87	-0,91	226,52	-68,32			-67,73
Rss	0,59	0,52	16,13	3,29		-2,39	29,37
Rss nord	1,24	1,11	-15,57	-0,30		-1,63	-42,11
Rss sud	0,34	0,27	18,35	9,40		-5,09	21,45

Fonte : elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS Ministero salute

- a partire dal 2011, il "Tavolo" ha incluso nel calcolo della determinazione dei risultati di esercizio anche parte degli ammortamenti non sterilizzati e più precisamente, sulla base di quanto convenuto nelle riunioni del 24 marzo 2011 e del 4 novembre 2011, nel calcolo sono stati contabilizzati gli ammortamenti non sterilizzati relativi ai beni entrati in produzione nel 2010 e nel 2011, salvo diversa indicazione delle regioni che hanno scelto di coprire gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno;

- dal 2012, sulla base di quanto convenuto nelle predette riunioni del 24 marzo 2011 e del 4 novembre 2011, nel calcolo devono essere contabilizzati tutti gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno contabilizzati nei CE.

³A tale analisi sarà dedicata una apposita "Nota integrativa" che sarà diffusa non appena tali elementi saranno disponibili.

Il buon andamento è riconducibile in prevalenza alle regioni in Piano di rientro: la flessione delle perdite prima delle coperture per queste regioni è di circa il 44 per cento. Si passa dai 1,7 miliardi del 2011 a poco più di 930 milioni del 2012. Le altre regioni pur riducendo il disavanzo complessivo (che per la prima volta eccede tuttavia in valore assoluto quello delle regioni in piano) presentano una flessione più contenuta (-30 per cento).

Tali risultati sono frutto di andamenti di costi e ricavi molto diversi tra i due aggregati. Nelle regioni in piano di rientro alla flessione dei costi (-1,1 per cento) si accompagna un aumento dei ricavi di poco superiore al 2 per cento, mentre nelle altre regioni il miglioramento deriva sostanzialmente dall'aumento dei ricavi a fronte della stabilità sostanziale dei costi.

Sono le regioni a statuto ordinario del sud (tutte in piano di rientro tranne la Basilicata) a rappresentare con maggior nettezza tale andamento: aumento delle entrate del 2,0 per cento e flessione della spesa dell'1,5 per cento.

Tra le regioni non in piano sono quelle a statuto speciale del Nord a presentare un aumento dei costi (+1,7 per cento) di mezzo punto superiore a quello dei ricavi, con conseguente peggioramento del saldo complessivo.

Più che raddoppia il saldo negativo della mobilità sanitaria nelle regioni in piano di rientro.

L'IMPATTO DELLE NUOVE NORME CONTABILI SULLA LEGGIBILITÀ DEI RISULTATI 2012

Nella valutazione dei risultati relativi al 2012 devono essere considerate diverse particolarità destinate ad incidere sulla leggibilità dei dati, specie in rapporto ad esercizi passati.

Il 2012 rappresenta, innanzitutto, il primo anno di operatività del decreto legislativo 118/2011 che ha previsto l'applicazione a tutte le regioni (fatta eccezione per le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano) di principi contabili uniformi e la perimetrazione all'interno del bilancio regionale delle risorse destinate al finanziamento del SSR.

Tali norme incidono in particolare sulle voci relative agli ammortamenti (su tale area di bilancio è intervenuto da ultimo anche l'articolo 1, comma 36 della legge 228/2012 - legge di stabilità 2013 con particolare riferimento al trattamento contabile dei cespiti acquistati con contributi in c/esercizio), sui valori di mobilità attiva e passiva extraregionale, sugli accantonamenti e sulle quote inutilizzate dei contributi in c/esercizio relativi agli esercizi precedenti per le quote vincolate di Fondo sanitario regionale.

Per effetto delle diverse regole contabili adottate a livello regionale in materia di "sterilizzazione" degli ammortamenti, in sede di determinazione del risultato d'esercizio è emerso che le regioni hanno acquistato dal 2001 al 2010 cespiti ammortizzabili senza aver ricevuto il corrispondente contributo in c/capitale che ne consente la sterilizzazione, ma attraverso l'utilizzo di risorse di parte corrente e/o attraverso l'autorizzazione ad indebitarsi. E' avvenuto, pertanto, che gli enti del servizio sanitario possono aver generato debito per un importo superiore al finanziamento corrente ricevuto, senza che tutte le regioni abbiano disposto le necessarie coperture finanziarie.

Dal 2012, nell'attività di monitoraggio e di verifica del rispetto dei vincoli di copertura, sono state considerate tutte le voci di costo. Oltre agli "Ammortamenti", anche "Svalutazione crediti" e "Svalutazione attività finanziarie", in applicazione di quanto previsto dal d.lgs. 118/2011 in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e - con particolare riferimento agli ammortamenti - di quanto convenuto con le regioni nel corso

delle riunioni del 24 aprile 2011 e 4 novembre 2011.

Fino allo scorso anno, detto aggregato è stato temporaneamente escluso dalla verifica del risultato di esercizio da parte di Tavolo e Comitato in quanto scarsamente attendibile sotto il profilo della quantificazione contabile, in conseguenza dei diversi comportamenti contabili tenuti dalle regioni che davano luogo a modalità di ammortamento estremamente differenziate, con esiti quantitativi assolutamente disomogenei. Ciò in attesa di pervenire, congiuntamente con le regioni, ad una definizione di corrette procedure e computi per la determinazione degli ammortamenti.

Va infine considerato che in sede di monitoraggio 2011 era stata richiesta una più attenta considerazione della riconciliazione dei debiti e dei crediti con i risultanti del bilancio regionale. Ciò comportava analisi approfondite delle attività svolte per la verifica delle iscrizioni a credito e a debito verso lo Stato, verso la regione e verso le aziende del SSR per spesa corrente, per finanziamenti per investimenti, delle attività svolte per la verifica delle iscrizioni a debito verso fornitori, nonché alla verifica della cancellazione dei debiti verso i fornitori qualora pagati centralmente, delle iscrizioni a credito distintamente per le altre tipologie di credito e le eventuali svalutazioni operate nonché ai fondi svalutazione costituiti delle disponibilità liquide e alla presenza di eventuali iscrizioni collegate a partite di credito; alle attività svolte per la verifica delle iscrizioni a debito per mutui passivi, verso l'Istituto tesoriere e altre voci di debito valorizzate nel modello SP.

La perimetrazione delle somme destinate al SSR, secondo quanto disposto dal d.lgs. 118/2012, era previsto agevolasse il confronto tra le poste debitorie e creditorie e di cassa iscritte nei bilanci di esercizio con le risultanze dei bilanci regionali anche degli anni pregressi.

Eventuali disallineamenti potrebbero richiedere la rideterminazione di debiti e di crediti in aumento o in diminuzione, con effetti in termini di necessità di ricalcolare le perdite e gli utili portati a nuovo.

Le ricadute di tale attività di riconciliazione potrebbero quindi incidere sulle componenti straordinarie attive e passive e richiedere una attenta verifica della correttezza della loro iscrizione contabile, alla luce dell'intervenuta norma del d.lgs. 118/2011.

I risultati dal lato dei costi

4. I dati di preconsuntivo del 2012 consentono di avere una prima visione d'insieme del contributo fornito dalle diverse componenti al buon risultato complessivo.

Continua a ridursi il costo del personale delle Aziende sanitarie, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie e IRCCS pubblici: esso ammonta a 35,6 miliardi di euro, con un decremento dell'1,4 per cento rispetto al 2011 (dello stesso ammontare della variazione registrata nel 2011). Manifestano i loro effetti gli interventi di contenimento diretto del costo del personale conseguente all'articolo 2, comma 71, della legge 191/2009⁴ e all'articolo 8 del decreto-legge 78/2010 che ha disposto il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2011/2013. Nelle regioni in piano di rientro contribuiscono al contenimento dei costi gli ulteriori interventi di riorganizzazione previsti nei programmi annuali di attuazione.

Nell'anno il costo per l'acquisto di beni si mantiene superiore ai 15 miliardi aumentando del solo 0,4 per cento rispetto al 2011. All'ulteriore rallentamento della spesa (era aumentata del 2,4 e del 4,7 per cento negli scorsi due esercizi) hanno contribuito le procedure di acquisto messe in atto soprattutto dalle regioni in piano di rientro, con forme di aggregazione a più livelli (sovra-aziendale e/o regionale) o

⁴ La legge 191/2009 ha recepito le disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012 con cui si è prorogato, per il periodo 2010-2012, il tetto alla spesa fissato dalla finanziaria 2007.

convenzioni attivate da agenzie regionali. Il ricorso a tali procedure è stato ulteriormente rafforzato dalle misure assunte con la normativa nazionale nel luglio scorso (DL 95/2012), che impongono alle aziende sanitarie ed ospedaliere di motivare (con relazione agli organi di controllo e di revisione) gli acquisti di beni e servizi operati al di fuori delle convenzioni Consip e per importi superiori ai prezzi di riferimento (tratti dalle stesse convenzioni) (si veda il riquadro «*Il contenimento della spesa per dispositivi medici*»).

IL CONTENIMENTO DELLA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI

Un tema di particolare rilievo sia dal punto di vista del controllo della spesa che della sicurezza della salute è quello dei dispositivi medici⁵. Diversamente dai farmaci non esiste una agenzia nazionale che ne valuti l'efficacia e la sicurezza clinica e ne definisca la rimborsabilità e il prezzo. I dispositivi medici, purché in possesso del marchio CE, possono essere acquistati dal SSN e l'indagine avviata dall' Osservatorio del contratti pubblici ha rilevato come i prezzi pagati dalle strutture del SSN siano molto diversi.

Con il Decreto del Ministro della salute dell'11 giugno 2010 è stato istituito il flusso per il monitoraggio dei dispositivi medici acquistati dal sistema nazionale. Due i flussi raccolti, quello dei contratti e dei consumi. A partire dal 2012 il conferimento dei dati integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni e le province autonome, per l'accesso al maggior finanziamento per il SSN.

La legge 111/2011 aveva fissato per il 2012 un tetto agli acquisti di tali beni nella misura del 5,2 per cento del finanziamento. Le somme eccedenti tale valore sono da recuperare a carico della Regione.

Il DL 95/2012 ha previsto una riduzione del tetto di spesa, ulteriormente accentuata dalla legge di stabilità (dal 4,9 per cento al 4,8 per cento del finanziamento del SSN a carico dello Stato nel 2013 e dal 4,8 per cento al 4,4 per cento a decorrere dal 2014).

I risultati del 2012 sembrano in parte ridimensionare il rilievo complessivo del fenomeno⁶. La spesa si mantiene nel complesso su livelli inferiori al tetto di poco meno del 6 per cento. La distribuzione regionale della spesa mette in evidenza andamenti diversi: per la metà delle amministrazioni, l'importo pagato eccede il limite previsto; uno scostamento di particolare rilievo superiore per importi che vanno dal 5 al 70 per cento. Tutte le amministrazioni (fatta eccezione per il Molise e per la Provincia di Bolzano) tra il 2011 e il 2012 fanno registrare incrementi consistenti (in media +12,6 per cento)

Interventi per il potenziamento dei sistemi di tracciabilità dei dispositivi consentirà il rilascio per ogni singolo dispositivo medico di un numero progressivo di sistema, realizzando una corrispondenza univoca tra numero di registrazione e singolo dispositivo. Le informazioni relative ai consumi ed ai relativi valori economici, unitamente all'identificazione univoca dei prodotti, consentiranno di definire le politiche relative al settore, caratterizzato dall'estrema variabilità delle tipologie di prodotti, alcuni dei quali molto complessi ed innovativi nella tecnologia. Un ruolo fondamentale potrà essere svolto dalla Commissione Unica dei Dispositivi medici (CUD) nella valutazione costo/efficacia sul modello di quello che l'AIFA garantisce nel campo farmaceutico. Si dovrebbero definire le Categorie omogenee di dispositivi medici intendendo con questo termine prodotti che, pur differenziandosi in alcune caratteristiche, possono garantire prestazioni sanitarie sovrapponibili. Le categorie omogenee costituiscono il presupposto indispensabile per definire i prezzi di riferimento e offrono un prezioso strumento alle Regioni per ottimizzare i processi di acquisto, valorizzando la standardizzazione dei prodotti oggetto di acquisizione.

⁵ Un aspetto molto rilevante della sicurezza dei dispositivi riguarda i dispositivi medici impiantabili. In assenza di registri informatizzati dei dispositivi medici impiantati, risulta estremamente difficile rintracciare i pazienti portatori di dispositivi medici nel caso in cui si renda necessario un richiamo per difetti riscontrati successivamente all'impianto.

⁶ Nella relazione tecnica del DL 95/2012 la spesa per dispositivi medici era stimata superiore ai 7 miliardi nel 2011.

I DISPOSITIVI MEDICI - ANNI 2011 - 2012

(in milioni di euro)

	2011					2012				variazione 2012/2011
	Dispositivi medici	Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	Presidi chirurgici e materiali sanitari	Materiali protesici	Materiali per emodialisi	Totale Dispositivi medici	Dispositivi medici	Dispositivi medici impiantabili attivi	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	
PIEMONTE	398,5	26,6	229,3	111,4	31,2	472,5	317,9	40,2	114,4	18,6
VALLE D'AOSTA	16,6	4,0	9,5	2,4	0,7	19,1	13,6	1,1	4,4	15,3
LOMBARDIA	653,3	15,5	364,7	232,2	41,0	780,0	535,5	93,8	150,6	19,4
PROV.BOLZANO	45,1	0,9	26,8	15,4	2,1	43,4	27,7	15,8	0,0	-3,7
PROV. TRENTO	50,8	0,1	34,0	14,1	2,6	52,8	52,8	0,0	0,0	3,8
VENETO	414,8	22,8	240,9	128,0	23,1	506,1	360,1	40,0	106,0	22,0
FRIULI V.G.	137,5	2,9	92,1	38,0	4,4	169,8	122,1	11,2	36,5	23,6
LIGURIA	128,0	10,1	68,2	37,8	11,9	148,5	93,5	9,8	45,1	16,0
EMILIA ROMAGNA	419,4	9,1	250,3	135,8	24,2	435,8	337,4	25,6	72,8	3,9
TOSCANA	396,1	7,7	235,6	134,0	18,7	407,2	278,9	94,9	33,4	2,8
UMBRIA	89,0	3,3	55,2	23,3	7,2	109,4	77,7	4,6	27,1	23,0
MARCHE	149,1	0,6	93,4	42,3	12,8	160,3	135,7	8,7	15,9	7,5
LAZIO	413,2	19,6	222,3	148,7	22,5	422,3	293,1	85,7	43,6	2,2
ABRUZZO	129,9	5,1	82,1	31,8	10,9	158,7	155,8	1,4	1,4	22,2
MOLISE	29,3	2,1	24,3	1,3	1,5	24,0	17,6	2,3	4,0	-18,1
CAMPANIA	269,8	15,3	169,1	74,9	10,5	335,4	234,3	30,9	70,1	24,3
PUGLIA	334,0	17,7	158,6	130,3	27,4	347,1	231,9	64,5	50,7	3,9
BASILICATA	46,3	1,8	25,0	17,3	2,1	49,3	25,0	17,9	6,5	6,7
CALABRIA	117,2	12,7	61,2	28,8	14,5	120,9	68,0	37,6	15,3	3,1
SICILIA	284,7	11,3	166,6	93,8	13,0	333,6	231,2	49,9	52,6	17,2
SARDEGNA	146,8	2,4	103,3	28,8	12,3	162,6	129,6	10,4	22,6	10,7
Totale	4.669,3	191,7	2.712,5	1.470,5	294,7	5.258,7	3.739,3	646,2	873,2	12,6

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS

Sulla crescita della spesa per acquisto dei beni ha inciso il ricorso alla distribuzione diretta dei farmaci, che continua ad essere incentivata, su tutto il territorio nazionale, per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate. L'acquisto dei prodotti farmaceutici incide sul totale dell'aggregato nella misura del 53 per cento circa ed è incrementato rispetto al 2011 del 5,3 per cento.

Tra i costi relativi all'assistenza in convenzione, il costo dei medici di medicina generale pesa per circa 6,6 miliardi ed è aumentato rispetto al 2011 dello 0,4 per cento. Continua a flettere la spesa farmaceutica convenzionata: 9 miliardi in riduzione del 8,5 per cento (-9 per cento nel 2011). Un risultato da ricondurre al miglioramento del monitoraggio sulla appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche, e ulteriori misure destinate a conseguire risparmi di spesa attraverso aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti. Flette di oltre l'8,7 per cento anche l'ammontare del recupero della quota eccedente il tetto alla spesa attraverso il meccanismo del *pay back* (a carico delle aziende farmaceutiche) (si veda il riquadro «*Il monitoraggio della spesa farmaceutica: il rispetto dei tetti di spesa*»).

Si interrompe il processo di crescita della spesa per specialistica da privato: +0,4 per cento l'aumento contro le variazioni del 10,4 e del 3,3 per cento dell'ultimo biennio.

Una regolazione più stringente dei meccanismi di accreditamento delle aziende private che operano per conto del SSN, adottata a livello regionale, ha contribuito ad interrompere la crescita della spesa di tutte le prestazioni acquistate dal settore privato

(ospedaliera, specialistica, riabilitative, integrative ed altro) Se solo marginale è la riduzione dei costi per l'assistenza ospedaliera convenzionata da Ospedali convenzionati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditati, (-0,1 per cento), più netta la flessione della riabilitativa (-2,5 per cento) e dell'integrativa (-5,1 per cento).

Come si vedeva in precedenza, la flessione complessiva dei costi di gestione è riferibile in maggior misura alle regioni in piano di rientro e sembra da ricondurre ad una buona regolazione dell'accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget. Un risultato ottenuto con andamenti più accentuati in alcuni capitoli di spesa. Rispetto alle altre regioni quelle in rientro presentano una flessione più consistente della spesa farmaceutica, della riabilitativa e di quella integrativa. Ma soprattutto si evidenzia in queste regioni una riduzione della dinamica della spesa per retribuzioni, in calo del 2,4 per cento contro la flessione dello 0,5 per cento delle altre realtà regionali.

In sintesi, il freno alla crescita della spesa è da ricondurre alla efficacia delle misure di contenimento messe in campo sia a livello nazionale (blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di contenimento della spesa farmaceutica), sia a livello regionale in attuazione dei piani di rientro e dei programmi operativi (accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e attribuzione di specifici budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc.).

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA: IL RISPETTO DEI TETTI DI SPESA

Tra gli acquisti di beni e servizi, un rilievo particolare ha la spesa di farmaci. Un terreno su cui il legislatore è intervenuto spesso di recente, introducendo un nuovo meccanismo di regolazione della spesa⁷ e, nel 2010 disponendo il passaggio di una parte della spesa per prodotti dispensati in ospedale alla distribuzione territoriale, riducendo inoltre i margini dei grossisti su tutti i prodotti farmaceutici dispensati dal SSN. Il passaggio dall'ospedaliera alla territoriale è stato accompagnato da un incremento dei controlli, attivati su questa quota di spesa grazie al potenziamento dei flussi informativi connessi all'entrata a regime della tessera sanitaria.

Nel 2012 la spesa farmaceutica territoriale è risultata nel complesso mantenersi ben al di sotto del tetto previsto, 13,1 miliardi contro i 14 da considerare quale limite per l'intero esercizio, il 12,2 per cento contro il 13,1 per cento del finanziamento del SSN. Superavano, tuttavia, il limite 5 regioni la Sardegna, la Sicilia, il Lazio, la Campania e la Puglia.

Ancora in crescita nell'anno la compartecipazione alla spesa a carico del cittadino: in media si tratta di un incremento del 5,2 per cento, che porta il contributo richiesto a poco meno dell'11 per cento della spesa territoriale (9,4 per cento nel 2011).

E' la farmaceutica ospedaliera a presentare andamenti che continuano a travalicare in tutte le regioni gli obiettivi attribuiti. Rispetto al valore obiettivo di 2,6 miliardi (corrispondente al 2,4 per cento del finanziamento del 2012), la spesa ha raggiunto i 4,2 miliardi pari al 4 per cento del FSN. Superiori di due punti al limite previsto la Puglia, la Toscana, il Piemonte, il Friuli, la Sardegna e l'Umbria⁸.

⁷ L'onere a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'assistenza farmaceutica territoriale (che comprende, oltre alla convenzionata, al lordo dei ticket e al netto del *payback*, anche la spesa per distribuzione diretta dei farmaci) non deve essere superiore nel 2012 al 13,1 per cento del finanziamento complessivo ordinario del SSN. Il ripiano di eventuali sforamenti della spesa farmaceutica territoriale (a livello nazionale) è ripartito tra aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali e tenendo conto dell'incidenza della distribuzione diretta sulla spesa.

⁸ Dal 2013 in base all'articolo 15 del DL 95/2012 il tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera è previsto passare dal 2,4 per cento al 3,5 per cento del finanziamento complessivo annuale.

LA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE NEL 2012 - VERIFICA DEL TETTO DI SPESA

	Tetto 13,1%	Netta	Quota prezzo di riferimento	Ticket	Diretta	Pay-back	Territoriale	Scostamento assoluto	Incidenza su FSR
	A	B	C	D	E	F	G=B+C+D+E-F	H=G-B	I=G/A*100
	milioni di euro								
	%								
PIEMONTE	1.055,6	650,6	59,7	16,2	178,3	11,8	892,9	-162,8	11,1
V. AOSTA	29,4	18,2	1,5	0,0	5,2	0,3	24,7	-4,7	11,0
LOMBARDIA	2.296,5	1.370,8	108,7	138,0	348,2	22,4	1.943,3	-353,2	11,1
BOLZANO	112,5	47,3	4,4	4,5	18,8	1,0	74,0	-38,6	8,6
TRENTO	119,4	67,1	4,4	0,0	16,0	1,1	86,4	-33,0	9,5
VENETO	1.138,2	615,2	60,5	63,1	207,6	11,7	934,7	-203,5	10,8
FRIULI	288,5	189,2	16,3	0,0	54,0	3,2	256,3	-32,2	11,6
LIGURIA	403,7	237,8	23,0	19,7	89,8	4,6	365,6	-38,1	11,9
E. ROMAGNA	1.045,9	570,7	55,6	14,5	229,1	10,8	859,0	-186,8	10,8
TOSCANA	891,4	502,8	45,3	12,0	246,7	9,6	797,2	-94,2	11,7
UMBRIA	215,1	134,1	13,5	2,4	48,3	2,3	196,0	-19,2	11,9
MARCHE	368,7	236,9	24,2	0,0	88,1	4,2	345,0	-23,7	12,3
LAZIO	1.322,4	938,7	98,5	43,5	316,9	16,8	1.380,9	58,5	13,7
ABRUZZO	315,4	222,6	19,8	9,9	58,2	3,6	306,8	-8,6	12,7
MOLISE	76,1	48,5	6,0	2,9	15,8	0,8	72,4	-3,7	12,5
CAMPANIA	1.310,7	875,9	93,9	79,5	297,5	14,4	1.332,3	21,7	13,3
PUGLIA	931,5	648,5	65,6	53,2	201,4	11,5	957,2	25,7	13,5
BASILICATA	136,6	82,4	8,3	4,3	31,5	1,6	124,8	-11,8	12,0
CALABRIA	461,4	334,8	33,6	13,3	86,1	5,7	462,0	0,6	13,1
SICILIA	1.140,4	880,2	65,7	96,4	208,3	14,8	1.235,7	95,3	14,2
SARDEGNA	379,1	313,4	24,4	0,0	90,9	6,0	422,7	43,7	14,6
ITALIA	14.038,6	8.985,5	832,9	573,2	2.836,6	158,4	13.069,9	-968,7	12,2

LA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA NEL 2012 - VERIFICA DEL TETTO DI SPESA

	Tetto del 2,4%	Spesa Ospedaliera	Scostamento assoluto	Incidenza
	milioni di euro			
	%			
PIEMONTE	193,4	355,2	161,8	4,4
V. AOSTA	5,4	6,3	0,9	2,8
LOMBARDIA	420,7	621,0	200,3	3,5
BOLZANO	20,6	35,0	14,4	4,1
TRENTO	21,9	34,1	12,2	3,7
VENETO	208,5	327,2	118,7	3,8
FRIULI	52,9	99,9	47,1	4,5
LIGURIA	74,0	123,6	49,6	4,0
E. ROMAGNA	191,6	342,1	150,5	4,3
TOSCANA	163,3	314,5	151,2	4,6
UMBRIA	39,4	72,2	32,8	4,4
MARCHE	67,5	118,6	51,1	4,2
LAZIO	242,3	376,6	134,3	3,7
ABRUZZO	57,8	92,1	34,4	3,8
MOLISE	13,9	20,0	6,1	3,4
CAMPANIA	240,1	315,8	75,7	3,2
PUGLIA	170,7	339,5	168,8	4,8
BASILICATA	25,0	41,9	16,8	4,0
CALABRIA	84,5	129,5	45,0	3,7
SICILIA	208,9	281,0	72,1	3,2
SARDEGNA	69,4	132,9	63,5	4,6
ITALIA	2.572,0	4.179,2	1.607,2	3,9

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati AIFA

TAVOLA 4

I COSTI DELLA SANITA' (per regioni in piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni di euro) anno 2011 e 2012

	ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONE RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OPEDAILERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GOMENTO DI BENI TERZI	PERSONALE FUOCO DE MARIA	PERSONALE FUOCO PROFESSIONALE	PERSONALE FUOCO TECNICO	PERSONALE FUOCO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE PERSONAL	SPESA AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI
2012																						
Regioni in piano	6.858,5	814,6	3.295,0	4.601,7	2.549,8	1.178,4	943,8	4.461,8	2.184,7	1.260,7	108,6	405,1	15.011,3	53,0	1.548,0	1.254,3	15.866,6	990,3	2.310,5	1.229,8	237,0	49.296,9
Regioni non in piano	8.220,7	1.180,1	3.369,2	4.419,7	2.150,6	719,5	897,1	4.106,7	1.436,4	2.001,3	251,2	617,0	15.738,1	82,1	2.427,1	1.492,5	19.739,7	1.401,2	3.296,6	1.485,8	170,8	58.628,2
Totale	15.154,2	1.994,6	6.664,2	9.021,4	4.700,4	1.897,7	1.840,9	8.568,5	6.621,1	3.261,9	359,7	1.022,0	28.749,3	135,1	3.975,1	2.746,8	35.606,3	2.391,6	5.607,1	2.715,6	407,8	107.925,1
2011																						
Rso	12.934,6	1.658,2	5.610,0	7.478,7	3.974,4	1.583,2	1.490,7	7.691,6	5.856,9	2.879,2	306,8	887,5	23.795,4	113,6	3.301,6	2.273,3	29.483,8	2.024,3	4.905,4	2.255,4	364,5	91.361,4
Rso nord	6.298,7	896,6	2.623,6	3.427,4	1.956,9	545,7	676,8	4.062,1	3.982,8	1.609,9	207,1	496,8	11.639,6	62,3	1.879,9	1.254,8	14.836,7	1.092,7	2.388,3	1.290,9	159,1	46.390,3
Rso Centro	3.286,4	346,7	1.296,1	1.823,1	744,4	374,9	397,6	1.715,6	1.145,6	763,8	58,6	320,8	5.903,5	27,3	680,6	478,4	7.089,9	426,9	1.476,0	541,5	153,4	21.859,7
Rso Sud	3.349,5	414,9	1.696,3	2.228,0	1.273,1	662,5	386,2	1.916,0	728,4	505,5	411	169,9	6.252,2	23,9	741,0	540,1	7.557,3	504,7	1.041,2	584,9	52,0	23.111,4
Rss	2.219,6	316,4	1.048,1	1.542,7	725,9	314,5	380,2	966,9	764,2	383,8	52,9	134,6	4.953,9	21,5	673,5	473,5	6.122,5	367,3	701,7	460,2	43,4	16.563,7
Rss nord	713,7	129,0	260,2	333,9	87,7	75,1	101,8	153,8	292,7	189,9	20,0	54,2	1.584,0	8,0	296,9	158,5	2.047,4	100,9	324,9	145,3	0,3	5.039,7
Rss sud	1.505,9	207,4	787,9	1.208,8	638,2	239,3	269,4	813,2	471,5	192,9	33,0	80,3	3.370,0	13,5	376,6	315,0	4.075,1	266,4	376,7	315,0	43,1	11.524,1
2011																						
Regioni in piano	6.696,9	775,4	3.280,2	5.076,3	2.540,1	1.219,3	1.031,4	4.430,2	2.059,9	1.241,7	111,3	392,4	15.264,3	54,5	1.621,1	1.316,5	16.256,4	970,9	2.268,2	1.256,1	273,4	49.880,2
Regioni non in piano	8.403,5	1.149,0	3.356,9	4.785,6	2.127,9	734,7	903,6	4.210,6	4,3	1.853,8	164,1	589,7	15.797,2	83,8	2.452,1	1.511,3	19.844,4	1.370,5	3.223,6	1.481,4	169,5	58.684,0
Totale	15.100,3	1.924,4	6.637,1	9.862,0	4.667,9	1.953,9	1.935,0	8.640,8	6.372,3	3.095,5	275,4	982,1	29.061,5	138,3	4.073,2	2.827,8	36.100,8	2.341,3	5.491,8	2.740,5	442,9	108.564,2
Rso	12.884,5	1.594,4	5.591,7	8.208,4	3.946,0	1.643,6	1.557,6	7.694,2	5.698,7	2.741,4	219,0	831,7	24.132,2	117,6	3.397,2	2.356,3	30.003,3	1.991,3	4.817,8	2.286,5	390,3	92.090,7
Rso nord	6.283,6	869,4	2.612,9	3.735,6	1.956,9	555,7	724,3	4.091,3	3.907,9	1.537,9	134,4	461,1	11.755,7	63,8	1.885,0	1.262,8	14.967,3	1.065,1	2.328,0	1.131,6	157,5	46.501,5
Rso Centro	3.329,3	337,7	1.289,9	2.040,9	726,9	379,6	499,7	1.661,3	1.064,8	727,0	64,8	222,0	5.962,1	28,6	725,1	315,0	7.230,8	427,5	1.480,4	549,8	65,8	22.108,4
Rso Sud	3.271,6	387,3	1.689,0	2.431,9	1.262,2	708,3	423,7	1.941,4	696,1	476,5	40,8	168,6	6.414,4	25,2	787,1	578,5	7.805,1	498,7	1.009,3	603,2	67,0	23.480,8
Rss	2.215,8	310,0	1.045,4	1.653,5	721,9	310,3	377,3	946,6	703,6	354,1	56,4	130,3	4.929,4	20,7	676,0	471,5	6.097,5	350,0	674,0	453,9	52,7	16.473,5
Rss nord	711,3	123,1	261,3	366,4	87,6	86,4	109,3	148,8	263,1	137,1	20,2	52,3	1.559,7	7,6	290,7	154,4	2.012,5	94,8	309,1	139,6	0,5	4.945,4
Rss sud	1.504,5	204,8	784,1	1.287,1	634,3	223,9	268,0	797,8	440,5	197,0	36,2	78,0	3.369,6	13,0	385,3	317,1	4.085,0	255,3	364,9	314,4	52,1	11.528,2
variazione																						
Regioni in piano	2,4	5,1	0,4	-9,3	0,4	-3,4	-8,5	0,7	6,1	1,5	-2,5	3,2	-1,9	-2,7	-4,5	-4,7	-2,4	2,0	1,9	-2,1	-13,3	-1,2
Regioni non in piano	-1,3	2,7	0,4	-7,6	1,1	-2,1	-0,7	-0,3	2,9	8,0	53,1	4,6	-0,4	-2,0	-1,0	-1,2	-0,5	2,2	2,3	0,1	0,8	-0,1
Totale	0,4	3,7	0,4	-8,5	0,7	-2,9	-4,9	0,2	3,9	5,4	30,6	4,1	-1,1	-2,3	-2,4	-2,9	-1,4	2,1	2,1	-0,9	-7,9	-0,6
Rso	0,4	4,0	0,4	-8,9	0,7	-3,7	-6,2	0,0	3,3	5,0	40,1	4,2	-1,4	-3,4	-2,8	-3,5	-1,7	1,7	1,8	-1,4	-6,6	-0,8
Rso nord	0,2	3,1	0,4	-8,3	0,0	-1,8	-6,6	-0,7	1,9	4,7	82,6	7,7	-1,0	-2,3	-0,3	-0,6	-0,9	2,6	2,6	-0,4	1,0	-0,2
Rso Centro	-1,3	2,7	0,5	-10,7	2,4	-1,2	-2,9	3,1	7,6	5,1	-9,6	0,6	-1,0	-4,5	-6,1	-7,1	-1,9	-0,1	-0,3	-1,3	-7,5	-1,1
Rso Sud	2,4	7,1	0,4	-8,4	0,9	-6,5	-8,8	-1,3	4,6	6,1	0,9	0,8	-2,5	-5,1	-5,9	-6,6	-3,2	1,2	3,2	-3,0	-22,4	-1,6
Rss	0,2	2,0	0,3	-6,7	0,6	1,4	0,8	2,2	8,6	8,1	-6,2	3,2	0,5	4,1	-0,4	0,4	0,4	4,9	4,1	1,4	-17,7	0,5
Rss nord	0,3	3,1	-0,3	-8,9	0,1	-13,0	1,3	3,1	11,3	20,9	-1,3	3,7	1,6	5,1	2,1	2,6	1,7	6,5	5,1	4,1	-17,7	1,9
Rss sud	0,1	1,3	0,5	-6,9	0,6	6,9	0,5	1,9	7,0	-2,1	-8,9	0,0	3,5	-2,5	-0,6	-0,2	-0,2	4,3	3,2	0,2	-17,4	0,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS Ministero salute

TAVOLA 4.1

I COSTI DELLA SANITÀ - ANNO 2011 E 2012
per regioni in piano e non - per aree territoriali

	TOTALE COSTI I	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTECIPAZ IONE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
2012								
Regioni in piano	49.296,9	919,5	21,1	-1.487,9	381,0	352,2	28,8	51.696,5
Regioni non in piano	58.628,2	1.734,0	23,3	-892,8	730,4	583,3	147,1	61.131,2
Totale	107.925,1	2.653,5	44,5	-2.380,7	1.111,4	935,4	176,0	112.827,8
Rso	91.361,4	2.300,0	39,2	-2.105,9	1.010,9	845,7	165,1	95.641,3
Rso nord	46.390,3	1.345,2	13,5	-679,4	615,9	498,6	117,3	48.311,1
RsoCentro	21.859,7	592,3	10,4	-507,2	273,6	238,6	34,9	22.934,7
Rso Sud	23.111,4	362,5	15,3	-919,3	121,4	108,5	12,9	24.395,5
Rss	16.563,7	353,5	5,3	-274,8	100,5	89,7	10,8	17.186,5
Rss nord	5.039,7	137,9	1,0	-45,0	42,7	35,3	7,3	5.216,2
Rss sud	11.524,1	215,6	4,3	-229,8	57,8	54,3	3,5	11.970,3
2011								
Regioni in piano	49.880,2	910,7	24,8	1.126,8	397,0	393,6	3,4	51.939,2
Regioni non in piano	58.684,0	1.537,1	100,3	832,9	761,2	686,4	74,8	61.079,4
Totale	108.564,2	2.447,7	125,2	1.959,7	1.158,2	1.080,0	78,2	113.018,6
Rso	92.090,7	2.086,9	113,3	1.702,5	1.055,0	983,4	71,6	95.921,8
Rso nord	46.501,5	1.226,8	36,4	548,6	636,7	603,3	33,4	48.280,0
RsoCentro	22.108,4	509,0	60,7	381,9	296,8	258,9	37,9	23.022,1
Rso Sud	23.480,8	351,1	16,2	772,0	121,5	121,1	0,4	24.619,7
Rss	16.473,5	360,8	11,8	257,2	103,2	96,6	6,6	17.096,8
Rss nord	4.945,4	143,7	2,1	73,9	44,1	38,0	6,1	5.158,9
Rss sud	11.528,2	217,1	9,7	183,4	59,0	58,6	0,5	11.937,9
variazione								
Regioni in piano	-1,17	0,97	-14,90	-232,04	-4,03	-10,52	748,06	-0,47
Regioni non in piano	-0,09	12,82	-76,76	-207,20	-4,04	-15,02	96,69	0,08
Rso	-0,79	10,21	-65,44	-223,69	-4,18	-14,00	130,57	-0,29
Rso nord	-0,24	9,65	-62,97	-223,85	-3,26	-17,36	251,66	0,06
RsoCentro	-1,12	16,38	-82,91	-232,80	-7,83	-7,84	-7,77	-0,38
Rso Sud	-1,57	3,22	-5,65	-219,08	-0,10	-10,43	3293,16	-0,91
Rss	0,55	-2,03	-55,37	-206,83	-2,56	-7,12	64,30	0,52
Rss nord	1,91	-4,03	-54,97	-160,93	-3,27	-7,00	19,83	1,11
Rss sud	-0,04	-0,70	-55,45	-225,32	-2,02	-7,20	660,83	0,27

Fonte : elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS Ministero salute

I risultati dal lato delle entrate

5. Dal lato delle entrate l'aumento è da ricondurre principalmente alla variazione delle quote di finanziamento (indistinto e vincolato) in crescita rispetto al 2011 dell'1,2 per cento. Relativamente agli altri ricavi, il SSN ha beneficiato di un incremento dei ticket che in ambito pubblico sono cresciuti del 13,4 per cento rispetto al 2011, per effetto anche della reintroduzione della quota fissa per ricetta o delle misure equivalenti introdotte dalle regioni.

Anche in questo caso il risultato è diverso tra regioni in piano e no. Le prime conoscono un incremento dei contributi (indistinto e vincolato) del 1,8 per cento a

fronte dello 0,7 per cento delle altre regioni. Un contributo che nelle regioni a statuto ordinario del sud cresce di circa il 3 per cento.

Le entrate da *tickets* (che non comprendono quelli su farmaci scontati nell'importo della farmaceutica) disegnano un andamento opposto: in aumento del 7,7 per cento nelle regioni in Piano contro il 17 per cento delle altre regioni. Un risultato che risente soprattutto dell'andamento nelle regioni a statuto speciale del Sud in cui tale tipo di entrata aumenta nell'esercizio di solo l'1,4 per cento.

TAVOLA 5

I RICAVI DELLA SANITÀ - ANNO 2011 E 2012
per regioni in piano e non - per aree territoriali

(in milioni)

	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTI IN ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUTI IN ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERIE RIMBORSI PER ATTIVITÀ TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE RICAVI netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS
2012													
Regioni in piano	49.655,6	181,1	399,0	21,4	47,6	201,7	44,1	199,1	543,5	54,8	2,7	499,8	51.850,5
Regioni non in piano	55.397,6	236,3	439,4	37,8	69,3	443,5	25,9	344,8	989,9	96,2	13,8	1.110,7	59.205,4
Totale	105.053,2	417,4	838,4	59,2	116,9	645,2	70,0	543,9	1.533,4	151,0	16,5	1.610,5	111.055,8
Rso	89.495,2	391,6	566,1	56,1	110,1	555,8	50,4	472,8	1.366,3	128,7	13,7	1.355,1	94.561,8
Rso nord	44.291,4	295,9	216,4	38,2	59,1	330,1	37,9	280,2	782,0	63,6	10,5	845,9	47.251,2
Rso Centro	20.950,3	39,3	217,2	16,2	43,0	150,8	6,4	131,1	374,5	34,8	1,3	337,9	22.302,8
Rso Sud	24.253,5	56,3	132,6	1,8	8,0	74,9	6,0	61,5	209,8	30,3	1,9	171,2	25.007,8
Rss	15.558,0	25,9	272,3	3,1	6,9	89,4	19,7	71,1	167,1	22,4	2,8	255,5	16.494,0
Rss nord	4.109,5	0,2	179,1	2,2	3,2	47,9	13,5	33,0	86,4	9,7	1,2	155,5	4.641,3
Rss sud	11.448,4	25,7	93,2	0,9	3,6	41,5	6,2	38,1	80,7	12,7	1,6	100,0	11.852,7
2011													
Regioni in piano	48.760,2	87,0	325,8	13,5	63,1	216,0	10,9	229,1	504,7	91,5	6,8	519,5	50.828,1
Regioni non in piano	54.968,1	60,0	466,2	52,6	64,4	457,5	88,3	360,1	847,3	149,8	25,6	1.062,3	58.602,4
Totale	103.728,4	146,9	792,0	66,1	127,6	673,4	99,2	589,3	1.352,0	241,3	32,5	1.581,8	109.430,4
Rso	88.255,4	89,0	546,2	64,8	119,2	577,6	81,3	523,9	1.200,6	217,2	25,1	1.333,1	93.033,4
Rso nord	43.956,7	24,1	226,2	51,5	57,7	348,6	68,4	303,8	658,8	138,7	15,0	752,4	46.601,8
Rso Centro	20.742,9	28,8	215,5	10,5	50,0	147,3	8,1	129,8	335,0	42,0	5,8	405,1	22.120,8
Rso Sud	23.555,8	36,0	104,5	2,8	11,6	81,7	4,8	90,3	206,8	36,5	4,4	175,6	24.310,8
Rss	15.472,9	58,0	245,8	1,3	8,4	95,9	17,9	65,3	151,4	24,0	7,3	248,7	16.397,0
Rss nord	4.074,3	29,2	151,3	0,6	3,4	47,6	11,1	32,8	79,4	9,9	4,7	140,4	4.584,7
Rss sud	11.398,6	28,8	94,6	0,7	4,9	48,3	6,8	32,5	72,0	14,1	2,6	108,3	11.812,4
variazione													
Regioni in piano	1,84	108,28	22,45	59,04	-24,59	-6,59	306,28	-13,11	7,68	-40,12	-60,24	-3,79	2,01
Regioni non in piano	0,78	293,95	-5,75	-28,17	7,61	-3,06	-70,67	-4,27	16,83	-35,74	-46,05	4,56	1,03
Totale	1,28	184,06	5,85	-10,40	-8,33	-4,19	-29,40	-7,71	13,41	-37,40	-49,04	1,82	1,49
Rso	1,40	340,16	3,65	-13,39	-7,65	-3,77	-38,06	-9,77	13,80	-40,73	-45,42	1,65	1,64
Rso nord	0,76	1127,05	-4,35	-25,82	2,48	-5,29	-44,52	-7,78	18,69	-54,11	-29,73	12,43	1,39
Rso Centro	1,00	36,42	0,80	53,30	-13,95	2,38	-21,26	0,99	11,81	-17,07	-77,61	-16,59	0,82
Rso Sud	2,96	56,40	26,83	-36,00	-30,92	-8,35	25,61	-31,91	1,45	-17,14	-56,65	-2,48	2,87
Rss	0,55	-55,41	10,75	143,15	-17,96	-6,74	9,94	8,81	10,36	-6,75	-61,43	2,70	0,59
Rss nord	0,86	-99,44	18,38	276,39	-5,88	0,78	21,85	0,61	8,78	-2,64	-74,16	10,73	1,24
Rss sud	0,44	-10,88	-1,45	31,44	-26,27	-14,15	-9,40	17,06	12,10	-9,65	-38,37	-7,71	0,34

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS Ministero salute

6. I risultati ottenuti richiedono, tuttavia, che il processo continui e si rafforzi. Non mancano segnali di incertezza dal lato degli equilibri finanziari. Il processo avviato con l'armonizzazione delle regole contabili ha consentito di porre in rilievo criticità sul fronte dell'efficacia delle misure assunte a copertura dei disavanzi sanitari nonché della corretta gestione dei flussi tra regioni e aziende sanitarie. Il recente intervento a favore del settore introdotto con il DL 35/2013 volto a consentire il pagamento dei debiti della PA pone più di un interrogativo sul funzionamento dei vincoli finanziari previsti a garanzia degli equilibri di bilancio (si veda il riquadro «*Gli interventi del DL 35/2013 nel settore sanitario*»). Di qui, l'urgenza di definire un nuovo quadro di riferimento con l'approvazione del Patto della salute 2013-2015 e la necessità di procedere ad un ulteriore potenziamento degli strumenti di intervento a livello regionale e centrale. A questi temi sono dedicati i paragrafi che seguono.

GLI INTERVENTI DEL DL 35/2013 SUL SETTORE SANITARIO

Con il decreto legge 35/2013 è stata prevista la possibilità per le Regioni di accedere ad un'anticipazione di liquidità, per il pagamento dei debiti sanitari accumulati al 31 dicembre 2012, entro un tetto massimo di 14 miliardi di euro, di cui 5 miliardi da corrispondere nel 2013 e 9 nel 2014. Si tratta di spesa già sostenuta dagli enti del Servizio sanitario nazionale e scontata nei saldi; non è, pertanto, considerato alcun impatto in termini di indebitamento netto.

Due sono le grandezze finanziarie che si ritiene possano spiegare il ritardo dei pagamenti accumulato dagli enti del servizio sanitario: gli investimenti effettuati nel passato a valere sul finanziamento corrente per importi non coerenti con le possibilità economiche e finanziarie degli enti e le mancate erogazioni da parte delle regioni di somme da queste incassate quale contributo dello Stato al finanziamento della sanità o di cui era prevista la somministrazione a copertura (a carico della regione) dei risultati economici annuali del settore sanitario regionale (posto che, come ricorda la relazione tecnica, l'equilibrio economico è garantito da specifiche disposizioni vigenti e dalle verifiche trimestrali dei Tavoli tecnici competenti).

Si tratta di una anticipazione da restituire allo Stato in un periodo lungo (non oltre un trentennio) secondo modalità e con oneri a carico del bilancio regionale di cui vanno indicate, con misure legislative, le necessarie coperture.

Il decreto dirigenziale del Ragioniere generale dello Stato del 18 aprile scorso da una prima quantificazione di entrambi i fenomeni: gli investimenti effettuati sul finanziamento corrente per importi eccedenti i costi capitalizzati risultano superiori ai 7 miliardi. A queste vanno ad aggiungersi i 16 miliardi relativi a somme dovute dalle regioni alle aziende sanitarie. Di cui circa 13 per trasferimenti per spesa corrente e poco meno di 3 per somme dovute a ripiano delle perdite.

Riguardo alle posizioni creditorie verso le regioni non tutte, naturalmente, corrispondono a situazioni in cui il credito può ricondursi alle situazioni su cui si intende intervenire. Somme rimaste da pagare a fine esercizio possono essere da dovute alla fisiologia dei rapporti tra regioni e aziende sanitarie. Vanno tuttavia sottolineati due dati in particolare:

- *il rilievo patologico di tali somme è evidente ove si guardi al peso dei crediti sul complesso delle risorse trasferite in via ordinaria per il finanziamento della spesa corrente nel 2011. Se in media nel 2011 i crediti rappresentavano circa il 15 per cento delle entrate per il finanziamento indistinto e di quelle ricomprese come finanziamento regionale nei CE, tale percentuale era superiore al 30 per cento in ben 5 regioni con punte di poco inferiori al 40 per cento;*
- *alle regioni in piano di rientro sono riconducibili nel 2011 oltre 14 dei 16 miliardi complessivi. Nel 2008 le aziende sanitarie delle regioni vantavano crediti per poco più di 7 miliardi raddoppiati in soli 3 anni. Il rapporto tra crediti e finanziamento in queste regioni è di poco inferiore al 30 per cento (contro il 3 per cento delle regioni non in Piano).*

Per quello che riguarda i debiti delle regioni verso il comparto sanitario non si può che sottolineare la responsabilità degli amministratori regionali, specie quelli delle regioni in piano di rientro, rispetto al ripresentarsi, a distanza di pochi anni, di una crisi di liquidità che può incidere negativamente su un processo di risanamento economico di innegabile rilievo. Se è certamente vero che le difficili condizioni della finanza pubblica hanno portato in questi ultimi anni a richiedere al settore crescenti sforzi di contenimento della spesa, l'aumento dei ritardi di pagamento non può che segnalare l'insussistenza delle misure assunte a copertura dei disavanzi o la destinazione ad altre finalità dei fondi destinati alle aziende sanitarie.

Di qui l'importanza delle disposizioni introdotte con il provvedimento per impedire in futuro ulteriori ritardi nel sistema dei pagamenti, ponendo dei vincoli stringenti sulla gestione, da parte regionale, della liquidità destinata al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Una soluzione che non affronta le ragioni sottostanti al fenomeno che ha generato lo squilibrio.

GLI AMMORTAMENTI NON STERILIZZATI E I CREDITI DELLE AZIENDE SANITARIE VERSO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME

(in milioni)

	Ammortamenti non sterilizzati anni 2001-2011 risultanti dai modelli CE	Ammort. Nou Steriliz. pro capite	Crediti v/Regione per spesa corrente o ripiano perdite	di cui Crediti v/ Regione o Provincia autonoma per spesa corrente	Crediti v/Regione per ripiano perdite	Crediti pro capite	Crediti su Fia Annuale	Riparto anticipazioni di liquidità di 5 miliardi - Decreto 16 aprile 2013	Riparto pro capite
PIEMONTE	711,3	156,1	2.540,7	2.519,5	21,2	558	31,3	633,9	139,1
VALLE D'AOSTA			19,1	19,1	0,0	148	7,1	2,9	22,8
LOMBARDIA	138,9	14,0	922,2	922,2	0,0	93	5,4	189,5	19,1
PROV. TRENTO			122,5	122,5	0,0	233	11,0	18,9	35,9
VENETO	2.044,9	414,8	521,9	129,3	392,6	106	6,2	777,2	157,7
FRULLIV. G.	19,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	6,5	5,1
LGURIA	47,5	27,9	426,1	426,1	0,0	0	0,0	81,8	48,1
EMILIA ROMAGNA	1.198,8	265,7	97,8	60,0	37,9	22	1,2	423,6	93,9
TOSCANA	677,2	176,1	0,0	0,0	0,0	0	0,0	230,8	60,0
UMBRIA	45,2	48,7	11,9	11,9	0,0	13	0,7	17,2	18,6
MARCHE	131,7	82,7	0,0	0,0	0,0	0	0,0	44,9	28,2
LAZIO	396,3	69,4	4.229,2	3.827,1	402,1	741	43,0	786,7	137,8
ABRUZZO	120,9	89,3	861,9	192,0	669,9	636	36,9	174,0	128,5
MOLISE	39,5	121,7	200,1	53,3	146,8	617	35,3	44,3	136,5
CAMPANIA	611,0	108,8	2.101,0	2.101,0	0,0	374	22,2	532,0	94,7
PUGLIA	298,3	74,2	292,2	292,2	0,0	73	4,2	146,7	36,5
BASILICATA	45,6	77,8	4,2	4,2	0,0	7	0,4	16,2	27,6
CALABRIA	79,5	40,1	519,5	67,1	452,3	262	16,2	107,1	54,0
SICILIA	262,3	52,9	3.353,1	2.607,3	745,8	676	39,0	606,1	122,1
SARDEGNA	468,7	280,7	0,0	0,0	0,0	0	0,0	159,7	95,7
ITALIA	7.336,5	122,0	16.223,4	13.354,9	2.868,5	263	15,2	5.000,0	83,2
Regioni in piano di rientro	2.519,1	88,3	14.097,6	11.659,5	2.438,1	494	28,7	3.030,8	106,2
Altre regioni	4.817,4	152,4	2.125,8	1.269,3	430,4	54	3,1	1.969,2	62,3
Regioni Nord	4.160,3	151,1	4.650,4	3.772,7	451,6	153	8,8	2.134,3	77,5
Regioni centro	1.250,3	103,5	4.241,1	3.839,0	402,1	351	20,3	1.079,6	89,4
Regioni sud	1.925,9	93,9	7.332,0	5.317,2	2.014,8	357	20,8	1.786,1	87,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

LA RIMODULAZIONE DELLE COMPARTICIPAZIONI ALLA SPESA

7. Negli ultimi anni, le entrate da sistemi di compartecipazione alla spesa hanno giocato un ruolo crescente e articolato sul territorio. La previsione di ulteriori consistenti aumenti, già previsti con decorrenza dal 2014 con il DL 98/2011, fanno della

reimpostazione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria uno dei temi più urgenti⁹.

Nel 2012 le entrate per le diverse forme di compartecipazione hanno subito una ulteriore accelerazione. Nel complesso le entrate di tale tipologia son risultate superiori ai 2,9 miliardi, di cui 1,5 miliardi per la specialistica e altre prestazioni e 1,4 miliardi per la farmaceutica. L'aumento rispetto al 2011 è superiore al 9 per cento: +13,4 per cento per la specialistica e altre prestazioni e +5,2 per cento per i farmaci.

TAVOLA 6

I TICKETS IN SANITÀ NEL 2011 E NEL 2012

	2011 - (in milioni di euro)						2012 - (in milioni di euro)					
	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni
	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)
PIEMONTE	200,3	74,2	126,2	121,5	0,3	4,4	226,6	75,8	150,7	143,0	0,3	7,4
VALLE D' AOSTA	7,0	1,4	5,7	5,6	0,0	0,0	7,4	1,5	5,8	5,8	0,0	0,0
LOMBARDIA	444,0	236,8	207,2	191,6	2,3	13,3	485,0	246,6	238,4	204,9	5,6	27,8
P. A. BOLZANO	25,8	8,6	17,2	15,4	1,8	0,1	26,5	8,9	17,6	15,7	1,8	0,1
P. A. TRENTO	19,5	3,9	15,5	15,0	0,3	0,2	19,6	4,4	15,2	14,3	0,7	0,2
VENETO	259,4	118,5	140,9	136,4	2,2	2,3	318,1	123,6	194,5	134,3	7,1	53,1
FRIULI V.G.	55,8	14,8	41,0	38,5	0,6	1,9	64,0	16,3	47,7	42,4	0,5	4,9
LIGURIA	73,0	32,4	40,6	19,6	0,7	20,3	88,7	42,7	46,1	36,2	0,6	9,3
EMILIA ROMAGNA	202,7	58,7	144,0	137,1	6,9	0,0	222,3	70,0	152,3	146,1	6,2	0,0
TOSCANA	170,4	46,6	123,8	113,5	1,3	9,0	210,3	57,3	152,9	136,8	1,4	14,7
UMBRIA	37,7	13,3	24,3	23,0	0,4	0,9	43,6	15,8	27,8	22,3	0,6	4,9
MARCHE	67,8	21,9	45,9	42,1	0,0	3,8	73,3	24,2	49,0	27,6	6,4	15,1
LAZIO	273,6	132,7	140,9	102,6	0,2	38,2	286,8	142,0	144,8	105,7	0,2	38,8
ABRUZZO	67,7	29,7	38,0	35,1	0,9	2,0	70,7	29,7	41,0	38,1	0,8	2,0
MOLISE	13,7	7,6	6,1	6,1	0,0	0,0	14,8	9,0	5,9	5,9	0,0	0,0
CAMPANIA	234,1	171,9	62,3	50,9	0,4	11,0	232,3	173,4	58,8	50,2	0,1	8,5
PUGLIA	172,2	112,8	59,3	55,9	1,7	1,8	181,1	118,8	62,4	58,9	2,2	1,3
BASILICATA	21,3	8,8	12,5	12,4	0,0	0,0	26,2	12,6	13,6	13,6	0,0	0,0
CALABRIA	75,0	46,4	28,6	13,8	2,4	12,4	75,0	46,9	28,1	14,4	2,5	11,3
SICILIA	216,9	173,6	43,3	41,9	0,3	1,1	213,9	162,1	51,8	49,7	0,3	1,8
SARDEGNA	51,1	22,4	28,7	25,9	0,7	2,2	53,3	24,4	28,9	27,6	0,8	0,5
Totale	2.689,0	1.337,0	1.352,0	1.204,1	23,2	124,8	2.939,5	1.406,1	1.533,4	1.293,6	38,2	201,5

⁹ L'articolo 17, comma 1, lett. d, del DL 98/2011 prevedeva, attraverso un regolamento ai sensi della legge 400/1988, l'introduzione di misure di compartecipazione alla spesa per un importo pari a 2 miliardi a decorrere dal 2014. La Corte costituzionale con sentenza della 187/2012 ha dichiarato illegittimo l'esercizio da parte dello Stato della potestà regolamentare in materie su cui non detiene una competenza esclusiva.

SEGUE TAVOLA 6

	variazione %			pro capite 2012 (in euro)		
	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	
	A+B	A	B	A+B	A	B
PIEMONTE	13,1	2,2	19,5	49,7	16,6	33,1
VALLE D' AOSTA	5,5	14,3	3,3	57,2	12,0	45,2
LOMBARDIA	9,2	4,2	15,0	48,9	24,9	24,1
P. A. BOLZANO	2,6	3,7	2,0	53,3	17,9	35,4
P. A. TRENTO	0,9	11,7	-1,9	37,3	8,3	29,0
VENETO	22,7	4,3	38,1	64,5	25,1	39,5
FRIULI V.G.	14,7	10,0	16,4	50,5	12,8	37,6
LIGURIA	21,5	31,8	13,4	52,1	25,1	27,1
EMILIA ROMAGNA	9,7	19,2	5,8	49,3	15,5	33,7
TOSCANA	23,4	23,1	23,5	54,7	14,9	39,8
UMBRIA	15,8	18,7	14,2	47,1	17,1	30,0
MARCHE	8,1	10,7	6,9	46,0	15,2	30,8
LAZIO	4,8	7,0	2,7	50,2	24,9	25,3
ABRUZZO	4,3	0,0	7,7	52,2	21,9	30,2
MOLISE	8,3	18,3	-4,1	45,7	27,6	18,1
CAMPANIA	-0,8	0,9	-5,5	41,4	30,9	10,5
PUGLIA	5,2	5,2	5,2	45,0	29,5	15,5
BASILICATA	23,3	43,2	9,2	44,6	21,5	23,2
CALABRIA	-0,1	0,9	-1,6	37,8	23,6	14,2
SICILIA	-1,4	-6,6	19,6	43,1	32,7	10,4
SARDEGNA	4,3	9,0	0,7	31,9	14,6	17,3
Totale	9,3	5,2	13,4	48,5	23,2	25,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS e AIFA

La tavola 6 riporta gli importi in termini pro capite calcolati in base alla popolazione pesata. Forti le differenze a livello territoriale: guardando agli importi pro capite si va dai 64 euro del Veneto ai 32 euro della Sardegna. Diverso è anche il contributo delle due principali componenti: più elevato della media il contributo richiesto sui farmaci nelle regioni del centro-sud (fatta eccezione di Marche e Sardegna) specie nelle regioni in piano di rientro; superiore, invece, nelle regioni del centro-nord il dato procapite per le prestazioni specialistiche e di ricovero.

Per la specialistica, la normativa nazionale¹⁰ prevede una compartecipazione pari alla somma delle tariffe delle prestazioni contenute sulla ricetta fino ad un massimo di 36,15 euro e una compartecipazione di 10 euro a ricetta. Diversi gli adattamenti previsti a livello regionale: in alcune aree il ticket è stato rimodulato in base alle fasce reddituali, in altre si è guardato alle prestazioni. Il sistema di esenzioni è quello basato su patologia, condizione e reddito, mentre l'ulteriore distinzione in base a fasce di reddito è previsto solo per la gestione dei ticket introdotti con normative regionali.

¹⁰Legge 111/2011.

Per la farmaceutica, invece, la normativa nazionale ha previsto un sistema di pagamento della differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento per i medicinali generici. Le normative regionali dispongono una compartecipazione in quota fissa su confezione/ricetta in alcuni casi in base alla situazione economica, in altri prescindendo da essa. Esenzioni sono previste per patologia.

8. Nel corso del 2012 sono state esaminate diverse ipotesi di revisione del sistema di compartecipazione oggi in vigore.

Tutte le soluzioni delineate puntano ad innalzare la percentuale di prestazioni soggette a compartecipazione (stimata attualmente pari al 30 per cento), accrescere le entrate regionali e garantire maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione.

Per introdurre elementi di maggiore equità sociale nel sistema è stata proposta una graduazione della partecipazione e delle esenzioni in funzione del reddito equivalente del nucleo familiare. In questa ipotesi, gli assistiti del SSN, indipendentemente dall'età, sono assoggettati a forme differenziate di partecipazione alla spesa, che tengono conto congiuntamente del reddito equivalente e della eventuale presenza di patologie o invalidità¹¹.

La situazione economica degli assistiti potrebbe essere valutata attraverso un nuovo indicatore di reddito equivalente (RE) o ricorrendo all'ISEE, eventualmente apportando alcune modifiche per renderlo più adatto alla specifica utilizzazione nel settore del pagamento dei ticket¹².

Per limitare l'impatto di questi cambiamenti sui soggetti esenti per patologia o per invalidità, obbligati in virtù della loro condizione a usufruire con elevata frequenza alle prestazioni del SSN nelle diverse aree (farmaceutica, specialistica, *day hospital*, ecc.) si è suggerito di fissare un tetto massimo annuo di spesa da partecipazione, eventualmente articolato in funzione delle fasce di RE, al raggiungimento del quale le prestazioni sarebbero fornite gratuitamente.

Si è valutata, poi, la possibilità di introdurre nuovi ticket e/o inasprire ticket già esistenti su alcune aree dell'assistenza ospedaliera, quali ad esempio il ricovero diurno e ordinario ed il pronto soccorso ospedaliero, e su alcune tipologie di assistenza territoriale e farmaceutica. I nuovi o maggiori *ticket* graverebbero prevalentemente sugli assistiti non esenti, fatta salva una quota fissa che potrebbe riguardare anche gli anziani ed i bambini con redditi familiari inferiori ad una cifra da determinare, i disoccupati e i pensionati al minimo con redditi familiari intorno agli 8.000 euro, gli esenti per malattia cronica e per malattia rara, gli invalidi.

¹¹ L'attuale sistema delle esenzioni per reddito è considerato non in grado di tutelare numerose fasce di popolazione che, pur in condizioni di grave disagio economico, non rientrano tra le categorie che usufruiscono del beneficio dell'esenzione in base alla normativa vigente. Si fa riferimento, in particolare, alle persone che svolgono un'attività lavorativa ma ricevono una remunerazione inadeguata (part-time, precariato, lavoratori in cassa integrazione), alle persone che non hanno un lavoro dipendente "regolare" e quindi non risultano disoccupati, ma anche alle persone che percepiscono un salario ma hanno a proprio carico una famiglia numerosa.

¹² Già in passato la proposta del "sanitometro" si basava su un ISEE modificato che introduceva, ad esempio una detrazione specifica per gli ultrasessantacinquenni e per i bambini con età inferiore a 8 anni, al fine di favorire i nuclei familiari con presenza di persone fragili. Altri modelli ipotizzano la possibilità di opzione per la situazione economica individuale per gli anziani, al fine di incentivare la loro permanenza nel nucleo familiare anagrafico piuttosto che la costituzione di un nucleo proprio.

L'eventuale innalzamento da 65 a 70 anni del limite di età consentirebbe di rivedere la soglia per le esenzioni in base al reddito familiare rispetto ai 36.000 euro attuali.

Anche nel caso dei dispositivi medici (o almeno in alcuni casi) si è prefigurato il ricorso a *ticket* per alimentare una entrata diretta e introdurre una misura di contenimento della domanda impropria. Sono state al riguardo indicate alcune aree di spesa in cui la totale gratuità favorisce il consumo improprio: è il caso di alcuni dispositivi protesici (ad esempio i plantari) o integrativi (come gli alimenti per celiaci, i prodotti diabetici, pannoloni e ossigeno domiciliare).

Per la farmaceutica, fermo restando il vigente sistema di pagamento sui generici (differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento) si è valutato:

- il ricorso a compartecipazioni crescenti al crescere della tariffa ma con incidenza decrescente fino a un tetto massimo per ricetta, o a compartecipazioni differenziate per situazione economica,
- la limitazione delle esenzioni diverse da quelle in base al reddito (patologia, invalidità, ecc.), alle situazioni caratterizzate da maggiore severità e complessità o l'introduzione di un tetto annuale massimo alla compartecipazione, differenziato per situazione economica, che garantirebbe comunque la sostenibilità della compartecipazione anche per le categorie di pazienti che hanno necessità di ricorrere alle prestazioni sanitarie con una frequenza molto superiore alla media;
- il riferimento ad una quota di compartecipazione per singola confezione con importi correlati al prezzo della confezione, differenziati per situazione economica e per età dell'assistito.

Per la specialistica, l'abolizione della quota fissa di 10 euro a ricetta (o dell'importo come rimodulato dalle Regioni), si accompagna al mantenimento del criterio della compartecipazione calcolata in base al totale delle tariffe delle prestazioni per ricetta, ma con una revisione dei criteri di accorpamento delle prestazioni per ricetta (introduzione di pacchetti di prestazioni-*day service*), con rideterminazione del tetto massimo di compartecipazione e la sostituzione dell'attuale franchigia pari a 36,15 euro per ricetta con importi differenziati per situazione economica e per età dell'assistito e, nel caso di esenzione per patologia, una regressione della percentuale di partecipazione su specifiche prestazioni o tetti massimi di compartecipazione annuale differenziati per situazione economica.

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

9. L'assistenza ospedaliera ha subito un significativo cambiamento negli ultimi anni. Esso è riconducibile alla generale tendenza alla diminuzione della degenza per acuti, cui hanno contribuito sia modelli incentrati su percorsi assistenziali condivisi, sia l'evoluzione di tecniche diagnostiche, terapeutiche e, soprattutto, chirurgiche, che hanno consentito di ridurre il rischio nell'erogazione delle procedure ovvero la loro invasività.

Il percorso attivato non ha ottenuto in tutte le realtà territoriali un soddisfacente livello di sviluppo. Le Regioni, soprattutto quelle in forte difficoltà economica, sono oggi impegnate a razionalizzare le reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa, efficienza gestionale e congruità

dimensionale (si veda il riquadro «*L'assistenza ospedaliera nelle regioni in Piano di rientro*»).

In questo quadro, fondamentale è l'attività volta ad integrare tra loro la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza urgenza e le reti socio-sanitaria, territoriale e di prevenzione, cosicché l'erogazione delle prestazioni sanitarie trovi collocazione all'interno di percorsi strutturati che si svolgono nell'ambito di reti cliniche.

A tale cambiamento, anche per le resistenze delle comunità locali, non sono state affiancate in modo uniforme sul territorio nazionale azioni di riorganizzazione totale della rete ospedaliera, con il risultato di mantenere strutture ospedaliere di piccole dimensioni e conseguente frammentazione e duplicazione dell'offerta ospedaliera. Ciò comporta sia problemi sul campo della sicurezza, sia limiti alla qualità dell'assistenza erogabile. La necessità di proseguire sul piano delle riconversioni dei posti letto ospedalieri diventa però un'opportunità non solo per la riduzione del numero delle strutture di piccole dimensioni che erogano prestazioni per acuti, ma anche per esigenze di compatibilità economica, in quanto si possono assicurare le stesse prestazioni in regimi assistenziali differenti ma con un impatto economico complessivo più basso.

Un passo importante nel ridisegno della rete ospedaliera nazionale è legato alla ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. La conclusione della legislatura, ma anche contrasti tra Stato e Regioni, hanno impedito l'approvazione in Conferenza Stato Regione di una proposta di regolamento che definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nell'intero territorio nazionale, sia in termini di adeguatezza delle strutture, sia in termini di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti serviti e al livello di complessità della struttura. La proposta interveniva prevedendo una classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli gerarchici di complessità e bacini di utenza, standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina, mirati ad offrire una buona qualità delle prestazioni attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi con un ampio bacino di utenza, previsione di standard generali di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento e standard specifici per l'alta specialità. Venivano, inoltre, definite le caratteristiche delle reti per patologia con l'obiettivo di integrare l'attività ospedaliera con quella territoriale.

Il provvedimento intendeva aprire nuovi spazi per accompagnare la riorganizzazione delle rete ospedaliera con il potenziamento delle strutture territoriali. La rimodulazione dell'offerta ospedaliera e le progressive contrazioni del numero di posti letto per abitante dovevano accompagnarsi, infatti, ad interventi che spostassero in regimi diversi da quelli del ricovero la diagnosi, cura e riabilitazione di specifiche patologie attraverso l'attivazione di processi di "continuità assistenziale" che colleghino fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. Tale processo si sarebbe dovuto accompagnare, in altre parole, al potenziamento di strutture di degenza post acuta e di residenzialità, ad uno sviluppo dell'assistenza territoriale che agevolasse la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il precoce reinserimento nell'ambiente di vita al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

L'individuazione di interventi sulla rete dei servizi per l'assistenza e la cura delle persone non autosufficienti, in particolare anziani e disabili, è probabilmente uno degli aspetti più urgenti e al contempo complessi che si dovrà affrontare nel prossimo Piano.

Il ritardo nella definizione di una adeguata offerta di servizi rappresenta, in un rilevante numero di realtà territoriali, il nodo più problematico. In numerose regioni il monitoraggio mette in evidenza livelli di assistenza insoddisfacenti.

L'aumento della durata della vita e, conseguentemente, delle patologie croniche correlate all'invecchiamento, l'aumento dell'indice di dipendenza, per lo squilibrio tra natalità e mortalità, e l'aumento della durata della vita delle persone con handicap gravi ed esiti di patologie invalidanti incidono sempre più sul livello delle cure da garantire. Il ruolo delle famiglie nella gestione di questi problemi è stato fino ad ora rilevante.

Le diverse caratteristiche dell'intervento pubblico e la complessiva insufficienza dell'offerta richiedono l'individuazione di misure innovative e la definizione di un nuovo approccio integrato alle politiche per la non autosufficienza, che coinvolga competenze e culture diverse, le diverse istituzioni pubbliche e i soggetti sociali, le diverse politiche (dell'immigrazione, dell'abitare, della mobilità, della formazione, oltre ovviamente a quelle sociali e sanitarie).

In questo quadro occorre anche rivedere le forme di sostegno finanziario alle famiglie che svolgono attività di cura, integrando gli istituti regionali e locali (assegni di cura e contributi) con quelli nazionali (assegno di accompagnamento) e garantendo l'integrazione e l'apporto complessivo di tutti i soggetti. Le ridotte disponibilità economiche delle famiglie, accentuate dalla crisi economica, e l'allungamento della vita lavorativa rendono, infatti, urgente la definizione di un modello nuovo di intervento.

Parte importante ma non esclusiva di questo percorso è la definizione di un quadro di riferimento normativo più omogeneo di quello assicurato dall'attuazione delle disposizioni vigenti (normativa sui LEA socio-sanitari). Non va trascurato che la effettiva realizzazione di un sistema integrato di lunga assistenza e cura per le persone non autosufficienti, diffuso omogeneamente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, rappresenta anche una pre-condizione indispensabile per il riorientamento e la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie, a partire dall'assistenza ospedaliera.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA NELLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO.

La regione Abruzzo ha avviato il processo di riconversione di alcuni presidi ospedalieri, le cui dimensioni non risultavano in linea con i parametri di sicurezza (in termini di rischio clinico), di efficacia, di efficienza. In quattro realtà territoriali sono state effettuate le trasformazioni in presidi territoriali assistiti (con chiusura delle UO di degenza, istituzione di un PPI, servizi di radiologia e di patologia clinica H24, CUP e guarda medica, MMG e Pediatria di libera scelta) mentre per un ospedale la trasformazione è stata bloccata a seguito della sentenza del TAR. Sono stati rimodulati i posti letto per acuzie, riabilitazione e lungodegenza afferenti alle strutture private. La regione ha una dotazione di 3,6 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,1 per acuti e 0,5 per i post acuti (standard nazionale pari a 0,7 posti letto). Essa è allineata al benchmark nazionale per i ricoveri ospedalieri, ad eccezione degli eccessi di giornate di degenza per 1.000 abitanti, che eccedono del 2 per cento il valore di riferimento, mentre i ricoveri per riabilitazione sono inferiori al benchmark.

In Calabria è in corso il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera. Nel 2012 è stata approvata la riorganizzazione della rete ospedaliera privata e l'assegnazione dei posti letto di post-acuzie degli erogatori pubblici e privati (pur permanendo criticità in relazione alla procedura di accreditamento delle strutture). La regione Calabria dispone di circa 3,3 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 2,9 per acuti e 0,4 post acuti. Se limitato è l'eccesso di

ricoveri ospedalieri (+2 per cento di giornate per 1.000 abitanti rispetto al benchmark), significativamente inferiori risultano quelli sia per la riabilitazione che per lungodegenza. La regione Campania ha approvato il riassetto della rete ospedaliera regionale: sono previste la disattivazione di 3 punti nascita; la dismissione di 7 presidi ospedalieri; la riconversioni di 12 presidi ospedalieri; la confluenza di 12 presidi ospedalieri in 4 presidi ospedalieri. Il programma, che accusa forti ritardi nell'attuazione, prevede la riduzione di 2.402 posti letto per acuti e l'incremento di 953 posti letto per riabilitazione e/o lungodegenza con un effetto riduttivo netto di 1.449 posti letto. In Campania vi sono 3,2 posti letto per 1.000 ab. di cui 2,9 per le acuzie e 0,3 per le post- acuzie. Se per giornate di degenza i ricoveri ospedalieri presentano un valore inferiore al benchmark nazionale, per il comparto chirurgico si rileva un eccesso pari a 1,6 volte il valore di benchmark (attribuibile in prevalenza alla degenza media pre-intervento).

Anche nel Lazio è stato approvato già a partire dal 2010 un piano di riorganizzazione della rete ospedaliera e delle singole reti assistenziali. A fine 2012 si sono confermati ritardi e criticità nell'attuazione di tali piani. Sulla riorganizzazione della rete ospedaliera hanno pesato le modifiche intervenute successivamente all'approvazione del piano di riorganizzazione e che hanno interessato sia la ridefinizione dei posti letto delle singole strutture, sia la chiusura/riconversione di alcuni presidi che la costruzione del nuovo Ospedale dei Castelli non previsto nell'iniziale programmazione regionale. La regione dispone di 3,9 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,2 per acuzie e 0,7 per le post-acuzie. Nell'attività ospedaliera si evidenziano un eccesso di giorni di ricovero del 15 per cento rispetto al benchmark, principalmente riconducibile sia alla componente medica che alla riabilitazione. La lungodegenza è presente una degenza media più elevata del benchmark (1,4 volte il valore di riferimento). Infine si conferma un eccesso nell'utilizzo del day hospital (poco meno di 2 volte il valore di benchmark nazionale).

Difficoltà sta incontrando la riorganizzazione della rete ospedaliera nel Molise. I provvedimenti di attuazione disponevano la riconversione di tre ospedali (Agnone, Larino, Venafro) e l'identificazione di macrolinee di intervento su tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private. Le tre strutture ospedaliere sono riconvertite in presidi territoriali di assistenza e si prevede un'ulteriore ridefinizione dei posti letto per le altre strutture regionali. Il TAR del Molise ha sospeso l'operatività dei provvedimenti assunti. La regione Molise dispone di 4,6 posti letto per 1.000 abitanti, in eccesso rispetto allo standard di 4 previsto nel Patto per la Salute 2010-2012. Allo squilibrio nelle strutture si accompagna un forte eccesso nei ricoveri (+13,5 per cento rispetto al benchmark) legato ad un eccesso nelle giornate di degenza per chirurgia con una degenza media pre-operatoria pari a 2,4 volte il benchmark.

Nel 2012 la regione Piemonte ha approvato, nell'ambito del piano socio sanitario regionale 2012-2015, la ridefinizione della rete ospedaliera. Nel dicembre scorso con la "Programmazione della rete ospedaliera" è stata prevista la revisione della rete di assistenza con l'omogeneizzazione tra le aree territoriali (ma tenendo conto dell'afflusso di mobilità infra-regionale verso i centri ad alta specializzazione - "Città della Salute" e "Mauriziano"), la revisione della rete post-acuzie e la riduzione proporzionata tra strutture private e pubbliche secondo le indicazioni del DL 95/2012. La regione dispone di 4,1 posti letto per 1.000 abitanti, lievemente in eccesso rispetto allo standard previsto nel Patto per la Salute 2010-2012 (4 posti letto per 1.000 abitanti) da ricondurre all'eccesso nella post - acuzie. Superiori al dato di riferimento le giornate di degenza (+6 per cento), soprattutto per la riabilitazione ordinaria.

Positivi i risultati ottenuti dalla regione Puglia nel riordino della rete ospedaliera. Una riorganizzazione accompagnata da una forte riduzione del tasso di ospedalizzazione. Il tasso rimane, tuttavia, ancora sopra gli standard nazionali facendo rimanere attuali le iniziative per ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni ospedaliere in ricovero ordinario e diurno. La regione Puglia dispone di 3,4 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,2 per acuti e 0,4 per i post acuti. Ancora superiori di oltre il 13 per cento rispetto al livello obiettivo le giornate di ricovero come sintesi di livelli elevati di degenza pre-intervento e medica, mentre per la riabilitazione gli accessi medi sono inferiori del 60 per cento al benchmark; riguardo alla lungodegenza, sia le giornate di degenza che la degenza media sono inferiori al benchmark.

La Sicilia dispone di 3,4 posti letto per 1.000 abitanti. Un dato inferiore allo standard

previsto nel Patto per la Salute 2001–2012 (4 posti letto per 1.000 abitanti). Un risultato dovuto alla sottodimensionamento dei posti letto post acuzie (0,3 posti letto per 1.000 abitanti contro lo 0,7) mentre solo marginale è lo scostamento nel caso della dotazione di posti letto per acuti (3,1 posti letto per 1.000 ab. vs. i 3,3 previsti dal Patto per la Salute 2010-2012). I ricoveri ospedalieri si presentavano complessivamente inferiori dell'8 per cento; per i ricoveri chirurgici la degenza più contenuta è dovuta soprattutto ad un numero di ricoveri inferiori al -15 per cento). Anche nella regione si verificano degenze medie eccedenti il limite soprattutto per il pre-intervento (1,6 volte il benchmark). Superiore di quasi il 18 per cento il numero di ricoveri medici in regime ordinario. L'inappropriatezza è confermata anche dall'incidenza dei casi potenzialmente inappropriati sul fabbisogno (pari al 23 per cento).

INVESTIMENTI IN SANITÀ

10. Le risorse destinate al finanziamento dell'edilizia sanitaria sono state interessate negli ultimi anni dai tagli lineari dei capitoli del bilancio dello Stato nell'ambito delle manovre di finanza pubblica adottate dal 2008 in poi. Ciò ha inciso in misura rilevante sull'attuazione degli investimenti già previsti, in contrasto con quanto previsto dall'articolo 1 del Patto per la Salute, che prevedeva un incremento di 1 miliardo per gli investimenti di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale¹³.

Le manovre di contenimento del fabbisogno (ed in particolar modo il DL 78/2010, che ha previsto un taglio di circa 1,8 miliardi delle risorse) hanno inciso sui programmi di riorganizzazione dei servizi sanitari, con riferimento soprattutto alle amministrazioni regionali che operano nel quadro dei piani di rientro. Il mancato stanziamento di ulteriori disponibilità ha comunque accentuato i disagi nell'avanzamento dei programmi di investimento anche in quelle realtà, caratterizzate da una forte dinamica nella riorganizzazione delle reti strutturali e nell'ammodernamento delle tecnologie, che avevano completamente utilizzato le risorse loro attribuite ex articolo 20 legge 67/1988.

¹³ Il Patto per la salute per gli anni 2010 - 2012 si faceva carico di assicurare la continuità del programma nazionale di investimenti in edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 disponendo, all'articolo 1, commi 8 e 9, quanto segue:

“8. Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale si conviene sull'opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro, ai sensi dell'articolo 2, comma 279 della legge 244/2007, a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi. Si conviene inoltre sulla possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale, fermo restando l'inserimento di tali interventi nell'ambito dell'ordinaria programmazione concordata con lo Stato.

9. Lo Stato si impegna a garantire nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria ex articolo 20 della legge 67/1988, in aggiunta alle risorse stanziate per il 2009 pari a 1.174 milioni di euro, 4.715 milioni di euro”.

L'accordo prevedeva quindi la messa a disposizione nel triennio di validità del patto della residua disponibilità sulle somme stanziate ma anche l'impegno ad "ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria", integrandolo di un ulteriore miliardo di euro da destinare prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità.

I tagli alle risorse destinate al capitolo di bilancio 7464 di competenza del Ministero dell'economia e delle finanze ha comportato, infatti, una sospensione nella sottoscrizione degli Accordi di programma¹⁴.

Le risorse destinate agli Accordi di programma sono pari a 15,3 miliardi. Al 31 dicembre 2012 erano stati sottoscritti 59 Accordi di programma per un importo pari a 9,2 miliardi. Le risorse ancora da utilizzare erano pari a 6,1 miliardi.

TAVOLA 7

IL PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI IN SANITÀ – ART. 20 DELLA LEGGE 67/88

(in milioni)

REGIONI	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31/12/2005	Risorse revocate sugli Accordi di programma sottoscritti al 31/12/2005 in applicazione della L. 266/2005 (65%) (finanziaria 2006)	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31 dicembre 2012	n. interventi accordi di cui alla colonna (d)	% risorse sottoscritte su risorse destinate	Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti	Numero interventi ammessi a finanziamento	% risorse ammesse a finanziamento a valere su accordi sottoscritti	Risorse residue per Accordi di programma da sottoscrivere
	a			b		c=b/a	d	e	f=d/b	g
Piemonte	1.049,1	598,6	88,0	671,4		64,0	670,0	151	99,8	377,6
Valle D'Aosta	43,8	31,5	0,0	31,5	9	71,9	31,5	7	100,0	12,3
Lombardia	2.072,7	864,3	0,0	1.579,8	102	76,2	1.579,8	176	100,0	492,9
P.A. Bolzano	115,1	67,7	0,0	115,1	7	100,0	67,7	7	58,8	0,0
P.A. Trento	120,7	70,9	0,0	93,5	6	77,5	93,5	11	100,0	27,2
Veneto	1.036,3	512,5	52,6	831,1		80,2	796,1	210	95,8	205,2
Friuli V. G.	291,3	181,6	30,6	151,0		51,8	151,0	5	100,0	140,4
Liguria	493,6	286,2	0,3	304,6	201	61,7	304,6	224	100,0	189,0
E. Romagna	947,1	530,9	0,0	739,9	135	78,1	739,9	194	100,0	207,2
Toscana	877,5	504,4	0,0	674,0	58	76,8	674,0	108	100,0	203,6
Umbria	138,2	54,5	0,0	54,5	10	39,4	54,5	8	100,0	83,7
Marche	325,5	182,0	55,2	317,9		97,7	317,9	118	100,0	7,6
Lazio	1.227,2	755,8	122,6	630,4		51,4	630,4	181	100,0	596,8
Abruzzo	359,6	30,3	0,0	119,7		33,3	92,9	49	77,6	239,9
Molise	127,7	11,8	0,0	21,7		17,0	21,7	9	100,0	106,0
Campania	1.721,8	1.110,3	458,8	499,8		29,0	499,9	44	100,0	1.221,9
Puglia	1.204,5	238,9	14,9	640,2		53,2	640,2	126	100,0	564,2
Basilicata	203,7	124,8	7,4	130,2	47	63,9	130,2	55	100,0	73,5
Calabria	608,6	61,1	0,0	347,2		57,0	339,6	26	97,8	261,4
Sicilia	1.774,4	1.104,7	27,2	971,3		54,7	971,3	215	100,0	803,1
Sardegna	547,7	334,9	1,6	303,8		55,5	303,7	199	100,0	243,9
TOTALE	15.286,0	7.657,4	859,2	9.228,5		60,4	9.110,1	2123	98,7	6.057,4
Riserva Enti (I.R.C.C.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - I.Z.S. - I.S.S.)	856,4	0,0	0,0	831,4		97,1	662,2		79,6	25,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS Ministero salute

Dal 1° luglio 2010 a fine dicembre 2012 sono stati presentati e perfezionati (compreso il parere del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità) 10 Accordi di programma con le Regioni: Molise, Toscana, Lombardia, Liguria, Friuli

¹⁴ L'Accordo di programma è costituito dai seguenti documenti che sono predisposti concordemente da questo Ministero e dalla Regione:

- il documento programmatico, che illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti previsti nell'Accordo stesso;
- l'articolato contrattuale, che definisce gli impegni delle parti che sottoscrivono l'Accordo. L'impegno finanziario definito nell'articolato è all'interno delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio dello Stato;
- le schede tecniche relative ai singoli interventi che riportano le informazioni principali di ciascun intervento contenuto nell'Accordo.

Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, Veneto, Valle D'Aosta e Sicilia. Tali Accordi, con quali vengono programmati 355 interventi per complessivi 2,4 miliardi, non sono stati, tuttavia, sottoposti alla Conferenza Stato-Regioni, per l'acquisizione dell'Intesa, a causa delle riduzioni sugli stanziamenti.

Limitato l'operare anche degli altri strumenti dedicati agli investimenti in sanità. Le risorse per il potenziamento delle strutture di radioterapia dalla legge 448/1999 sono pari 15,5 milioni. Ripartiti tra le Regioni e Province Autonome e gli Enti del Servizio sanitario nel dicembre 2001, sono stati ammessi a finanziamento in 28 interventi per un importo a carico dello Stato di 13,7 milioni, pari all'88,2 per cento delle risorse assegnate.

Delle risorse assegnate per il programma libera professione intramuraria dalla legge 88/2000 (826,1 milioni) sono stati ammessi a finanziamento 426 interventi per un importo a carico dello Stato di 755,9 milioni.

TAVOLA 8

PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI IN SANITÀ ART. 20 LEGGE N. 67/1988 - I PROGRAMMI PER RADIOTERAPIA E LIBERA PROFESSIONE AL 31 DICEMBRE 2012

(in milioni)

	Integrazione finanziamenti di cui alla legge n. 488/1999 per RADIOTERAPIA (in migliaia di euro)				Integrazione finanziamenti di cui alla legge n. 388/2000 per LIBERA PROFESSIONE (in migliaia di euro)			
	QUOTE ASSEGNATE D.M. 28/12/01	Totale finanziamenti Radioterapia autorizzati	Numero interventi autorizzati	% Autorizzata	QUOTE ASSEGNATE D.M. 8/06/01	Totale finanziamenti Libera professione autorizzati	Numero interventi autorizzati	% Autorizzata
Piemonte	987,8	978,9	1	99,1	60.428,7	53.816,9	39	89,1
Valle D'Aosta	46,4	46,4	1	100,0	1.418,3	1.418,3	1	100,0
Lombardia	1.749,1	1.749,1	1	100,0	132.471,2	127.960,5	37	96,6
P.A. Bolzano	106,6	106,6	1	100,0	0,0	0,0		
P.A. Trento	116,1	116,1	1	100,0	8.404,6	8.404,6	11	100,0
Veneto	909,6	909,6	1	100,0	61.974,8	61.974,8	40	100,0
F. Venezia Giulia	302,8	302,8	1	100,0	0,0	0,0		
Liguria	493,9	493,9	3	100,0	39.210,4	39.210,4	24	100,0
E. Romagna	894,3	894,3	1	100,0	87.214,1	87.214,1	69	100,0
Toscana	724,4	724,4	1	100,0	76.107,2	76.107,2	27	100,0
Umbria	205,0	205,0	1	100,0	25.677,9	25.673,4	9	100,0
Marche	329,6	313,1	1	95,0	42.332,9	40.888,4	39	96,6
Lazio	1.158,6	1.158,6	2	100,0	102.661,2	102.661,1	49	100,0
Abruzzo	415,2	415,2	1	100,0	18.942,1	8.104,5	14	42,8
Molise	152,7	0,0		0,0				
Campania	1.631,9	0,0		0,0	79.253,9	34.001,0	11	42,9
Puglia	1.186,6	1.186,6	2	100,0	53.948,6	52.333,6	38	97,0
Basilicata	207,5	197,2	1	95,0	27.613,9	27.613,9	7	100,0
Calabria	618,8	618,8	1	100,0				
Sicilia	1.830,4	1.830,4	2	100,0				
Sardegna	503,9	503,9	2	100,0	8.483,3	8.483,3	11	100,0
Totale regionale	14.571,0	12.750,8	25	87,5				
Riserva Enti (I.R.C.C.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - I.Z.S. - I.S.S.)	922,7	921,7	3	99,9				
Totale	15.493,7	13.672,5	28	88,2	826.143,1	755.865,9	426	91,5

Fonte : elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero salute

Delle risorse riservate agli Enti (IRCCS, Policlinici universitari, IZS, Osp. Classificati, ISS), pari a 856,4 milioni, sono state ripartiti e assegnati 831,4 milioni ed ammessi a finanziamento 662,2; ne restano da ripartire e assegnare 25 milioni.

Con riferimento agli accordi di programma, la legge finanziaria 2006 ha disposto la risoluzione, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa, per quella parte di interventi la cui richiesta di ammissione al finanziamento non risulta presentata al Ministero della salute entro diciotto mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi.

Annualmente, a seguito di verifica congiunta con le Regioni e Province Autonome, è disposto dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze un decreto di revoca. Le risorse complessivamente rese disponibili vengono utilizzate per le finalità indicate dall'articolo 1, comma 311, della citata legge 266/2005.

TAVOLA 9

GLI INTERVENTI PER LA RIORGANIZZAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA NEI GRANDI CENTRI URBANI

(in milioni)

<i>REGIONI</i>	<i>Finanziamenti D.M. 5.4.2001</i>	<i>Impegni totali iscritti in bilancio</i>	<i>Importo erogato al 31 dicembre 2012</i>	<i>% importo erogato</i>
PIEMONTE Torino	101,0	90,5	29,9	33,0
LOMBARDIA Milano	112,2	100,5	73,3	73,0
VENETO Venezia	27,0	27,1	16,6	61,2
LIGURIA Genova	86,0	86,2	44,2	51,3
E. ROMAGNA Bologna	98,5	98,6	98,6	100,0
TOSCANA Firenze	83,4	83,5	61,1	73,1
MARCHE Ancona	39,2	39,3	27,1	69,0
UMBRIA Perugia	31,0	31,1	31,1	100,0
ABRUZZO L'Aquila	17,0	15,2	11,7	76,9
LAZIO Roma	208,3	208,5	105,7	50,7
CAMPANIA Napoli	58,9	59,0	38,0	64,4
MOLISE Campobasso	22,5	22,5	22,5	100,0
BASILICATA Potenza	27,5	24,6	20,0	81,1
PUGLIA Taranto	21,7	17,1	14,4	84,4
PUGLIA Bari	44,3	27,8	12,2	43,9
CALABRIA R. Calabria	25,8	17,6	17,6	100,0
CALABRIA Catanzaro	25,8	17,6	17,6	100,0
SICILIA Palermo	96,0	96,2	31,1	32,4
SICILIA Catania	89,6	89,7	60,9	67,9
SARDEGNA Cagliari	23,7	23,8	3,2	13,4
TOTALE	1239,5	1176,4	736,8	62,6

Fonte : elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero salute

Più complesso il caso del Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dei grandi centri urbani di cui alla legge 448/1998, per il quale è previsto un finanziamento di 1,2 miliardi (al netto delle riduzioni disposte per 64 milioni). Il programma registra forti ritardi nella fase di realizzo, principalmente a causa di modifiche nelle scelte progettuali dei governi regionali (Liguria, Piemonte, Lazio) e difficoltà delle regioni nell'utilizzo di somme stanziare a livello centrale: la

realizzazione del programma ha, infatti, una connotazione innovativa in quanto non riguarda solamente gli aspetti di edilizia sanitaria, ma tutte le azioni che possono prevedere un consistente miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata. Le somme erogate sono a fine 2012 pari a 736,8 milioni, mentre rimangono da pagare 439,6 milioni tutti in perenzione.

Per riavviare i progetti di investimento sanitario è necessario, pertanto, garantire l'erogabilità dei 1,5 miliardi già previsti dagli Accordi di programma e assicurare la disponibilità delle somme già previste nell'ultimo Patto per la Salute. Ad esso vanno ad aggiungersi i 4,5 miliardi stimati dalle Regioni quali necessità realizzative nel triennio 2013-2015.

I PIANI DI RIENTRO

11. Uno dei temi proposti dalle regioni per il nuovo patto della salute è quello della revisione, a cinque anni dalla loro introduzione, di alcune regole di gestione dei piani di rientro. Una esigenza resa più forte dalla possibilità, introdotta dalla legge 191/2009¹⁵, per le regioni commissariate e dal DL 78/2010 per quelle non commissariate, di prosecuzione dei Piani per un ulteriore triennio rispetto all'impostazione originaria.

Tra i problemi particolarmente sentiti dalle regioni vi è quello delle modalità di erogazione dei finanziamenti, che condizionano le politiche di riequilibrio economico e finanziario e l'organizzazione dell'offerta sanitaria, il blocco del turn-over del personale sanitario e la prevalenza, nelle procedure di verifica, del rispetto degli obiettivi di carattere economico.

La richiesta di tempi certi per la ripartizione e la disponibilità delle somme mira a agevolare la programmazione delle risorse, specie oggi che l'applicazione del d.lgs. 118/2011 può costituire una occasione per agevolare i processi di riequilibrio economico finanziario delle regioni. Da parte regionale è venuta la richiesta di definire in tempi certi la proposta di ripartizione dei finanziamenti di competenza del settore sanitario; prevedere una gradualità di sanzioni e premi, ridurre la percentuale del finanziamento la cui erogazione è subordinata alla verifica degli adempimenti regionali. Ciò favorirebbe una maggiore liquidità nelle casse regionali, con conseguente abbattimento dei costi derivanti da contenzioso per ritardati pagamenti.

Tra le misure di contenimento della spesa, uno dei temi sollevati è quello del blocco del *turn-over*. Il blocco delle assunzioni e di ogni altra forma di reclutamento, a fronte delle progressive uscite di personale per quiescenza, può incidere, infatti, sia sulla offerta sanitaria e il mantenimento dei LEA, sia sull'effettivo conseguimento degli obiettivi di risparmio preventivati. (Si veda al riguardo *«Monitoraggio Lea nelle regioni in piano di rientro»*). L'esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza induce i soggetti gestori del servizio a porre in essere talune procedure "alternative" per sopperire alla mancanza di personale dedicato (quali il ricorso ad prestazioni di lavoro straordinario o in regime di prestazioni aggiuntive, o altre fattispecie quali l'acquisto di prestazioni professionali da privati) che, tutte insieme, vanificano le conseguenze della misura rigorosa del blocco in termini di mancato risparmio, se non addirittura comportando maggiori costi.

¹⁵ Articolo 2, comma 88.

MONITORAGGIO LEA NELLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO

Sul fronte della garanzia dei Lea, il percorso di riequilibrio economico pur contando su alcuni segnali positivi, continua a rilevare difficoltà nel riassorbire le distorsioni nell'appropriatezza delle prestazioni e le carenze nella copertura di adeguati livelli dei servizi.

Nell'assistenza ospedaliera si è andata consolidando negli ultimi anni, in pressoché tutte le regioni, la riduzione nell'utilizzo delle strutture di ricovero, soprattutto per una consistente flessione del ricorso a quelli ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria. Fa eccezione il Molise, il cui valore dell'ospedalizzazione è stato, nel 2011, pari a 201 per 1000 abitanti e non mostra significativi segnali di riduzione.

In tutte le regioni in piano, ad eccezione del Piemonte (in cui la maggior parte degli indicatori di assistenza ospedaliera presenta valori compresi all'interno degli intervalli di riferimento), il monitoraggio della gestione indica aree di intervento ancora significative:

- *permangono tassi di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne più elevato del valore medio nazionale (Abruzzo, Puglia e Molise);*
- *il valore della degenza media pre-operatoria (indicatore di efficienza nella gestione del percorso preoperatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica) si mantiene in tutte le realtà territoriali al di sopra del valore medio nazionale anche se con scarti differenti;*
- *si conferma un eccessivo ricorso a parti cesarei (Sicilia Puglia Campania, Molise) e una percentuale inadeguata di pazienti anziani con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario) (Sicilia, Abruzzo, Molise);*
- *comuni a pressoché tutte le regioni sono, poi, posti letto inferiori ai valori definiti adeguati dal Comitato Lea presso strutture residenziali per anziani o per gli anziani non autosufficienti oltre che presso strutture di tipo hospice. In alcuni casi risultano insufficienti anche i posti letto presso strutture residenziali che erogano assistenza psichiatrica (Campania, Calabria, Lazio Sicilia).*

Per quanto riguarda l'erogazione di assistenza territoriale, la quota di anziani assistiti a domicilio è inferiore all'atteso ed è insufficiente la dotazione di posti letto presso RSA per anziani o presso strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili in Calabria, Campania, Lazio, Molise e Sicilia. In Sicilia, inoltre, si presenta anche un basso numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica in rapporto alla popolazione residente.

Tutte le regioni presentano criticità nell'erogazione di servizi nell'area della prevenzione, anche se con accentuazioni differenti. Se in generale si presentano criticità nell'erogazione di servizi nell'area veterinaria e alimentare, in quella vaccinale e degli screening, in Campania le criticità fanno particolare riferimento alla copertura vaccinale dei bambini a 24 mesi per il ciclo base, alla copertura della popolazione target per alcune vaccinazioni raccomandate (MPR), alla quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici in programmi organizzati, alla sanità animale ed infine relativamente al costo pro-capite dell'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro; nel Lazio si evidenziano criticità nell'erogazione di servizi afferenti all'area della prevenzione, con particolare riferimento alla copertura della popolazione target per programmi organizzati di screening oncologici e relativamente al costo pro-capite dell'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro; in Sicilia l'erogazione di servizi afferenti all'area della prevenzione presenta criticità nella copertura della popolazione anziana per vaccinazione antinfluenzale e nella quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici in programmi organizzati.

In Calabria infine risulta inadeguata l'organizzazione sanitaria deputata all'emergenza territoriale (elevato tempo intercorrente tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni registrate nel 2011).

Queste considerazioni, secondo quanto sottolineato dalle regioni, rendono maturi i tempi per rivedere – a parità di risparmi attesi nei Piani - le disposizioni relative al blocco del *turn-over* e dirigere le esigenze di riduzione del costo del personale su altri campi (rivisitazione delle dotazioni organiche, rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa) in modo da consentire almeno uno sblocco parziale delle assunzioni a tempo indeterminato. Le coperture economiche potrebbero insistere sulla riduzione delle voci di spesa straordinaria per il personale in servizio e di altre forme alternative di acquisto di prestazioni da privati e, solo ove necessario, con interventi di razionalizzazione di altre voci di spesa, diverse dal costo del personale, da concordare con le singole regioni.

12. Il sistema di monitoraggio dei Piani di rientro è allo stato molto complesso e orientato principalmente alla verifica documentale degli obiettivi economici e/o assistenziali. La riduzione del disavanzo economico rappresenta sicuramente un obiettivo fondamentale ma, dopo i primi anni di consistente riduzione, può comportare un peggioramento nella qualità dell'assistenza se non il rischio di mancata erogazione dei Lea. Le regioni hanno pertanto proposto, pur senza venir meno al controllo dell'aspetto economico, di valutare la possibilità di collegare la liberazione dei finanziamenti al progressivo ed effettivo miglioramento dell'attività assistenziale (chiusura o riconversione di almeno il 10 per cento dei piccoli ospedali; il miglioramento del case-mix dello 0,5; riduzione del *day hospital* del 15 per cento annuo con trasformazione in *day service*; conversione del 5 per cento dei posti letto chirurgici in *week surgery*; realizzazione di una rete oncologica) e di prevedere una periodica rimodulazione dei Piani anche alla luce delle modifiche normative che spesso incidono sul risultato atteso dai provvedimenti disposti.

Ferme restando le misure di aggravio del prelievo fiscali in caso di disavanzo, le regioni hanno richiesto che non si applichino il blocco totale del *turn over* del personale degli enti sanitari, il divieto di effettuare spese non obbligatorie, il blocco dei trasferimenti erariali non obbligatori e le sanzioni previste dagli articoli 2 e 3 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149, qualora nell'ultimo triennio i costi totali del settore sanitario della regione si siano ridotti di almeno il 20 per cento e tale differenza sia maggiore nell'ultimo esercizio rispetto alla media dei due esercizi precedenti; oppure, qualora la capacità fiscale media pro capite della regione interessata sia inferiore rispetto alla media nazionale e si evidenzi che, qualora essa disponesse della capacità fiscale media, il disavanzo sanitario risulterebbe coperto; in tal caso, sarà considerata ad ogni effetto idonea misura di copertura la ripartizione del disavanzo sugli esercizi futuri in misura compatibile con la effettiva capacità fiscale della regione.

Tali condizioni, nel caso delle regioni non in piano, dovrebbero consentire di portare l'acconto statale per il finanziamento in corso d'anno della quota indistinta del fabbisogno sanitario dal 98 per cento al 99 per cento, rimanendo l'1 per cento subordinato alla verifica degli adempimenti regionali.

LA REVISIONE DELLE TARIFFE

13. Nel corso del 2012 sono state predisposti i provvedimenti¹⁶ per la fissazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera.

Sono state individuate le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, valide per gli anni 2012-2014; individuati i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza; confermato il vincolo costituito dalle tariffe nazionali, in particolare nei confronti delle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti non abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario.

Pur se una valutazione puntuale dell'impatto finanziario complessivo sui livelli di spesa per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera dagli erogatori privati accreditati, derivante dell'applicazione delle nuove tariffe, risulta ostacolata dalla eterogeneità dei valori e dei contesti locali di riferimento, le stime effettuate sono tuttavia indicative di una sostanziale complessiva sostenibilità.

Anche la valutazione delle nuove tariffe relative alla specialistica ambulatoriale porta a concludere per una invarianza di impatto, in considerazione degli strumenti regolatori della spesa affidati alle regioni, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 502/1992, sia attraverso la rimodulazione del proprio fabbisogno, stante l'avvio del percorso di efficientamento e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia attraverso la determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori privati.

Per quanto concerne le tariffe e le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi, resta vigente quanto disposto con il Decreto del Ministero della sanità 27 agosto 1999, n. 332.

Nel mese di gennaio 2013 il Ministro della Salute ha costituito, ai sensi dell'articolo 15, comma 17 bis, del decreto-legge 95/2012, la Commissione per la formulazione di proposte per un eventuale aggiornamento delle tariffe. L'aggiornamento di quelle relative alle prestazioni ospedaliere per acuti, previsto dopo il 31 dicembre 2014, potrà invece avvalersi dei risultati del lavoro di revisione dei DRG italiani attualmente condotto da un gruppo di lavoro inter-istituzionale coordinato dal Ministero della Salute.

I RISULTATI DELLE ANALISI SVOLTE PER LA DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI DA UTILIZZARE PER LA SELEZIONE DELLE REGIONI *BENCHMARK* E IL PASSAGGIO AI COSTI STANDARD

14. Nel 2013 dovrà essere completato il processo di selezione delle regioni benchmark pervenendo, come previsto dal decreto legislativo 68/2011, al calcolo del fabbisogno sanitario nazionale standard, all'applicazione a tutte le regioni dei valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento.

¹⁶ Articolo 15, commi 15-18 del DL n. 95/2012.

Nel corso del 2012, come previsto dall'articolo 27 del decreto, sono stati individuati i criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per consentire la scelta delle regioni di riferimento. Sul provvedimento predisposto dal Governo è mancata intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni, sia nella seduta del 30 ottobre 2012 che nella successiva seduta del 22 novembre 2012. Il Governo ha ritenuto di dover provvedere con propria deliberazione, in data 11 dicembre 2012.

Nella scelta delle regioni di riferimento si dovranno considerare quelle, non in piano di rientro, che siano risultate adempienti alla valutazione operata dal Tavolo di verifica, abbiano garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e abbiano mantenuto l'equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale, con riferimento alle risorse ordinarie stabilite dalla legislazione a livello nazionale.

Per la definizione della graduatoria, oltre a questi criteri, la delibera individua altresì le ulteriori variabili¹⁷ alle quali si dovrà fare riferimento.

L'esigenza di assicurare rappresentatività a ciascuna delle aree geografiche del nord, del centro e del sud, nonché di prevedere almeno una regione di piccole dimensioni considerando tali le regioni con popolazione inferiore ad 1 milione di abitanti è recuperata in occasione della determinazione della graduatoria.

15. Fondamentale nella gestione del sistema basato sul fabbisogno standard sono, poi, i risultati ottenuti nell'attività di analisi dei nuovi pesi da utilizzare per il riparto tra le regioni delle risorse finanziarie dal SSN. Nel corso del 2012 sono stati portati avanti studi per l'individuazione di criteri di pesatura della popolazione residente strutturati anche sull'indice di prevalenza delle malattie e su indicatori di *outcome* (ad esempio esiti di cura delle malattie, al fine di effettuare confronti tra le diverse Regioni ed all'interno di una stessa Regione), nonché misurazione dei consumi sanitari da parte dei cittadini avendo, quale normativa di riferimento, sempre il decreto legislativo 68/2011.

Il progetto si basa su un modello di stima della spesa nel medio periodo e di ricostruzione della spesa storica. Tale modello è stato utilizzato per determinare un livello di spesa che definisca il fabbisogno sanitario a livello aziendale e regionale. Il fabbisogno così rideterminato costituisce la base di riferimento di un possibile nuovo riparto delle risorse disponibili a livello territoriale. L'idea di fondo è che solo una parte della variabilità della spesa possa essere considerata fisiologica e, quindi, riconosciuta come meritevole di finanziamento.

¹⁷ Si tratta del: a) punteggio risultante dall'applicazione dell'apposita griglia valutativa per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, utilizzata dal Comitato con riferimento all'ultimo anno per il quale risulti completato il procedimento di verifica annuale; b) incidenza percentuale dell'avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario; c) indicatori per la valutazione della qualità dei servizi erogati, l'appropriatezza e l'efficienza di cui agli allegati 1,2, e 3 dell'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009: scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa, scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa, scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa, degenza media pre-operatoria, percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni, percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici, percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri (da calcolarsi considerando esclusivamente i ricoveri in degenza ordinaria, decurtando dal numeratore e dal denominatore i ricoveri relativi ai 108 DRG a rischio di in appropriatezza, di cui all'Allegato B del Patto per la salute 2010-2012), percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di in appropriatezza (esclusi DRG 006, 039, 119), percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico, percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >=65 anni sul totale dei ricoveri medici con età >=65 anni, costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria, costo medio per ricovero post acuto, spesa per prestazione per assistenza specialistica (attività clinica, laboratorio, diagnostica strumentale), spesa pro capite per assistenza sanitaria di base, spesa farmaceutica pro capite.

LA VERIFICA DEI DATI CONTABILI E LA CERTIFICAZIONE DEI BILANCI

16. Con l'attuazione del d.lgs. 118/2011 si è avviato un processo fondamentale per il consolidamento del processo di aggiustamento dei conti della sanità e per il recupero del governo della spesa. Si tratta, tuttavia, di un percorso particolarmente complesso, che richiederà un attento monitoraggio delle gestioni regionali. L'adeguamento delle procedure amministrative, la adozione dei nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie rappresentano passi importanti per pervenire ad una certificazione dei bilanci degli enti e muovere verso un effettivo consolidamento dei risultati finora ottenuti.

La valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili, prevista dal Decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 18 gennaio 2011, rappresenta la prima fase del percorso delineato dall'art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012.

Le regioni si sono impegnate a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili, sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

La verifica ha riguardato gli adempimenti a cura delle aziende relativi ai sottosistemi gestionali alimentanti il sistema di contabilità generale; relazione del Collegio Sindacale, sulle procedure utilizzate per garantire la quadratura tra le risultanze della contabilità sezionale e le scritture di integrazione e rettifica) e quelli a cura della regione nella parte relativa alla verifica dell'accuratezza della documentazione trasmessa dalle aziende e alla riconciliazione tra i capitoli finanziari del bilancio regionale e le risultanze del consolidamento dei bilanci delle aziende e della gestione accentrata).

Gli esiti della valutazione straordinaria rappresentano la base di partenza per la stesura, da parte di ciascuna Regione, dei piani attuativi del percorso di certificabilità dei bilanci cui è funzionale l'adozione dei nuovi modelli di rilevazione CE e SP per gli enti del SSR (decreto 15 giugno 2012) e la definizione dei principi contabili relativi all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della gestione sanitaria accentrata (decreto 17 settembre 2012). Un processo proseguito nel 2013 con l'adozione a seguito dell'intesa della Conferenza Stato-regioni dei decreti relativi alla revisione degli schemi di bilancio e nota integrativa di cui al decreto legislativo 118/2011 e alla adozione del percorso attuativo della certificabilità¹⁸.

L'esame della documentazione trasmessa nel 2011 e 2012 ai fini della valutazione straordinaria ha consentito di evidenziare il permanere di criticità in relazione alla mancata integrazione dei sottosistemi gestionali con la contabilità generale e la gestione informatizzata dei diversi cicli contabili aziendali; l'assenza di una struttura dedicata all'*internal audit* e di adeguate procedure di controllo; la disomogeneità dei sottosistemi

¹⁸ Attendono la trasmissione in Conferenza Stato-Regioni ulteriori documenti relativi alla casistica applicativa per la corretta valutazione e rappresentazione contabile di tutti gli elementi attivi e passivi dello Stato Patrimoniale nonché di alcuni elementi del conto economico, specifici del settore sanitario e non mutuabili dai principi contabili vigenti (i principi di consolidamento dei bilanci e di redazione del bilancio consolidato), le modalità di raccordo tra la contabilità finanziaria dei bilanci regionali e la contabilità generale degli enti del SSR, le linee guida per la predisposizione dello stato patrimoniale iniziale, la casistica applicativa delle Immobilizzazioni e del Patrimonio netto e l'aggiornamento del documento di casistica "sterilizzazioni ammortamenti" alla luce delle modifiche normative introdotte dall'articolo 1, comma 36 della legge 228/2011 (legge di stabilità 2013).

gestionali utilizzati dalle singole aziende all'interno della regione; l'assenza di strumenti e metodologie atte a garantire la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario; la mancata riconciliazione tra i crediti verso regione rilevati nei bilanci delle aziende con le risultanze del bilancio finanziario regionale.

Non si tratta solo di difficoltà che attengono a caratteristiche gestionali ma anche di criticità che richiederanno interventi particolarmente severi ed impegnativi. E' il caso, ad esempio, delle discordanze emerse nel corso delle verifiche in alcune regioni in Piano di rientro.

Non va infine trascurato che, affinché la adozione di procedure contabili e la revisione complessiva delle norme contabili possa produrre un risultato strutturale, è necessario che alle procedure corrispondano adeguate capacità gestionali. Di qui, il rilievo della formazione professionale, nell'ambito della missione della programmazione sanitaria¹⁹.

Ciò nella consapevolezza della necessità di individuare e formare professionalità in grado di gestire i nuovi livelli di complessità. Ma anche nella convinzione che lo sviluppo di queste competenze costituisce uno strumento ulteriore di affiancamento alle Regioni impegnate in percorsi di riqualificazione e di riorganizzazione per il perseguimento ed il mantenimento dell'equilibrio economico e dei livelli essenziali di assistenza.

Nel corso del 2013 il percorso formativo prevede l'avvio da parte della Direzione generale della programmazione sanitaria, in partnership con il Ministero dell'economia e finanze, l'Agenas, l'Aifa e l'Istituto Superiore di Sanità di un'attività di alta formazione rivolta ai professionisti che sono chiamati a gestire i nuovi livelli di complessità, le nuove sfide e ad interpretare e sostenere il cambiamento.

¹⁹ Nel corso del 2012 la direzione generale della programmazione sanitaria ha organizzato seminari di formazione su tematiche strategiche e particolarmente complesse del settore sanitario, rivolto ai dirigenti del Ministero della salute, ai direttori generali degli assessorati alla sanità, alle strutture commissariali delle regioni in piano di rientro e ai dirigenti di altre amministrazioni ed enti pubblici. I seminari hanno riguardato le sperimentazioni gestionali; la razionalizzazione dei processi di acquisto; il programma nazionale di valutazione degli Esiti (P.N.E.); l'Analisi delle caratteristiche e della demografia del personale del Servizio Sanitario Nazionale; l'Assistenza sanitaria sul territorio, la continuità delle cure e i rapporti ospedale territorio; Appropriatelyzza e variabilità nelle decisioni regionali e aziendali. I Seminari hanno avuto un notevole seguito con un numero complessivo di più di 850 partecipanti tra personale interno al Ministero della salute, rappresentanti delle regioni e di altri Enti.

Appendice

I COSTI DELLA SANITA' (per regioni - valori assoluti in milioni di euro) anno 2011 e 2012

2012	ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GOVERNO DI BENI	PERSONALE RUOLO SANITARIO	INDENNITA' DE	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESA PERSONAL	SPESA AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI
PIEMONTE	1.288,8	170,3	475,7	642,2	278,0	173,6	144,4	539,7	571,5	246,7	20,9	109,4	2.244,4	2.244,4	11,1	354,7	276,2	2.886,4	177,8	350,1	224,1	27,2	8.326,8
VALLE D'AOSTA	37,4	6,1	15,7	19,0	2,3	5,5	3,6	6,3	7,6	17,9	6,8	7,5	86,8	86,8	0,4	14,4	11,5	113,2	8,9	10,7	9,4	0,0	277,7
LOMBARDIA	2.152,7	287,9	910,4	1.379,9	1.003,5	241,6	237,0	2.214,5	1.768,6	592,6	144,5	144,0	3.936,8	22,1	674,0	452,7	5.085,7	421,0	757,6	386,7	36,5	36,5	17.764,6
P.A. BOLZANO	149,7	24,7	54,4	46,3	6,1	6,1	40,4	23,2	61,5	34,7	0,9	8,8	442,9	2,2	79,1	48,0	572,2	21,1	41,0	34,9	0,1	0,1	1.126,0
P.A. TRENTO	139,6	25,1	59,8	71,8	27,0	1,2	22,3	57,3	168,7	24,8	0,3	9,3	315,9	1,7	61,9	33,8	413,3	19,3	68,4	29,9	0,0	0,0	1.137,9
VENETO	1.215,4	179,1	548,0	590,3	364,1	31,6	132,5	496,3	846,7	405,8	21,9	128,5	2.166,3	9,9	353,2	218,3	2.747,8	210,4	556,5	209,0	46,0	46,0	8.729,9
FRULLI V.G.	387,0	73,1	130,4	196,8	52,3	62,4	44,6	66,9	54,9	112,4	12,0	28,6	738,3	3,7	141,5	65,1	948,7	51,7	204,9	71,2	0,2	0,2	2.498,0
LEGURIA	449,2	62,9	163,7	246,8	114,8	91,6	44,1	187,4	177,7	60,5	7,9	37,8	904,5	3,2	128,3	83,9	1.119,9	51,2	203,9	86,5	4,7	4,7	3.110,5
EMILIA R.	1.192,7	196,4	525,8	568,1	196,6	7,3	118,9	624,2	618,3	304,3	11,9	77,1	2.387,6	15,9	369,7	223,6	2.996,8	232,3	520,2	222,8	44,5	44,5	8.438,4
TOSCANA	1.181,6	139,5	414,3	513,5	167,3	82,9	80,3	261,7	385,7	224,2	15,1	81,8	2.127,1	13,1	269,7	154,8	2.564,7	167,0	508,1	191,2	31,6	31,6	7.010,4
UMBRIA	264,3	27,4	92,9	140,2	17,0	7,8	38,6	43,4	82,6	32,3	3,5	20,6	522,8	2,0	55,0	34,5	614,4	54,1	128,8	45,9	1,8	1,8	1.615,6
MARCHE	479,4	57,1	174,3	235,7	45,8	73,1	37,3	104,6	125,4	81,6	3,1	28,8	813,7	2,7	123,5	69,4	1.009,3	63,1	102,4	78,0	0,7	0,7	2.699,7
LAZIO	1.361,1	122,7	614,6	934,0	514,4	211,1	241,1	1.303,9	551,9	425,6	36,9	89,6	2.439,9	9,6	232,4	219,7	2.901,5	142,8	736,7	226,4	119,3	119,3	10.534,0
ABRUZZO	368,1	68,6	152,9	223,5	53,4	73,9	24,6	124,0	94,2	53,6	7,9	25,3	638,9	1,9	74,5	50,2	765,6	55,2	107,2	58,4	1,4	1,4	2.257,5
MOLISE	87,1	10,6	51,3	48,7	43,0	11,9	7,2	70,0	22,8	15,0	2,1	2,6	175,5	0,2	17,5	11,0	204,2	16,2	24,9	14,5	0,8	0,8	633,1
CAMPANIA	1.174,5	149,2	651,0	895,3	755,6	284,3	145,1	811,3	181,2	231,2	23,3	63,2	2.466,4	9,0	263,6	201,0	2.940,0	183,8	439,7	236,8	16,2	16,2	9.181,6
PUGLIA	1.132,0	122,4	512,9	638,0	266,4	181,4	105,2	704,2	269,0	133,7	3,3	41,8	1.674,2	6,4	216,3	148,3	2.045,2	140,6	326,3	156,6	10,5	10,5	6.789,5
BASILICATA	159,2	25,0	80,5	82,3	36,0	46,2	27,2	18,0	33,3	21,3	0,9	8,5	312,2	1,5	45,5	21,9	381,1	29,8	38,8	30,1	0,2	0,2	1.018,4
CALABRIA	428,6	39,1	247,9	340,3	118,8	64,7	76,9	188,5	128,0	50,7	3,7	28,5	985,1	4,9	123,6	107,5	1.221,1	79,1	104,2	88,5	22,8	22,8	3.231,3
SIILIA	1.018,3	131,7	589,0	879,9	520,4	177,4	198,9	720,3	366,2	104,1	10,5	44,6	2.386,9	9,9	265,5	240,2	2.902,5	194,9	221,3	224,6	38,6	38,6	8.343,1
SARDEGNA	487,6	75,7	199,0	329,0	117,9	62,0	70,5	92,9	105,3	88,7	22,5	35,7	983,1	3,6	111,1	74,8	1.172,6	71,5	155,4	90,4	4,4	4,4	3.181,0
Totale	15.154,2	1.994,6	6.664,2	9.021,4	4.700,4	1.897,7	1.840,9	8.658,6	6.621,1	3.261,9	359,7	1.022,0	28.749,3	135,1	3.975,1	2.746,8	35.606,3	2.391,6	5.607,1	2.715,6	407,8	407,8	107.925,1

2011	ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRE SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI SANITARI	GODIMENTO DI BENI SANITARI	PERSONALE RUOLO SANITARIO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESA PERSONALE	SPESA AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI		
PIEMONTE	1.267,1	161,7	475,1	697,9	275,9	177,7	187,3	525,3	364,9	291,1	20,9	96,6	11,2	361,6	280,6	2.930,8	165,0	338,2	226,6	25,1	8.427,0	
VALLE D'AOSTA	39,7	6,6	15,3	19,6	1,9	5,3	2,8	4,7	7,9	20,0	6,7	6,9	86,3	14,6	11,6	112,9	9,3	10,1	8,4	0,0	277,9	
LOMBARDIA	2.146,8	292,2	911,1	1.436,7	1.026,6	243,0	245,8	2.235,6	1.706,9	493,5	47,3	131,7	3.964,5	451,7	5.114,5	421,7	778,7	386,2	48,1	17.666,3		
P.A. BOLZANO	147,7	24,0	54,3	55,3	6,2	6,1	38,9	23,1	60,5	40,6	0,7	9,4	423,7	2,1	76,6	46,5	39,1	33,7	0,1	1.107,2		
P.A. TRENTO	133,3	24,3	58,9	75,3	26,0	12,3	22,6	56,3	146,6	21,7	0,3	8,9	308,7	1,6	60,7	33,0	64,6	29,3	0,0	1.103,2		
VENETO	1.190,9	176,9	546,9	671,1	353,5	32,1	134,8	522,7	839,8	430,4	21,3	122,6	2.162,8	10,3	351,9	221,0	2.746,0	199,7	524,0	209,3	36,6	8.758,6
FRIULI V.G.	390,6	70,2	132,8	216,2	53,6	62,6	45,1	64,7	48,0	74,9	12,5	27,1	741,1	3,5	138,7	63,3	946,6	48,3	195,4	68,1	0,4	2.457,0
LAIGURIA	461,8	58,4	163,4	283,4	118,0	95,7	37,2	183,7	184,0	75,5	10,6	35,8	933,4	3,4	130,4	86,5	1.153,7	68,0	212,2	89,8	4,6	3.235,8
EMILIA R.	1.217,1	180,1	516,5	646,6	182,8	7,3	119,2	624,0	612,3	247,4	13,4	74,4	2.417,7	16,1	365,4	223,1	3.022,4	210,6	474,9	221,7	43,1	8.413,8
TOSCANA	1.241,6	135,7	413,1	551,6	146,3	87,7	78,1	238,6	384,1	215,3	16,3	83,5	2.121,5	13,7	300,0	172,6	2.607,8	150,8	514,2	193,2	31,2	7.089,1
UMBRIA	265,6	27,9	91,2	146,6	16,8	8,3	39,5	42,0	81,2	31,6	4,1	19,5	519,3	2,0	54,7	34,7	610,7	57,4	116,7	44,4	1,8	1.605,3
MARCHE	482,8	57,1	172,2	255,0	43,6	71,1	40,8	107,2	105,4	89,8	3,1	29,0	828,1	2,6	125,1	71,1	1.026,9	61,7	102,8	79,8	0,5	2.728,7
LAZIO	1.339,3	117,1	613,3	1.087,8	520,3	212,6	251,2	1.273,7	494,1	390,3	41,3	90,1	2.493,2	10,3	245,4	236,6	2.985,5	157,5	746,7	232,3	132,2	10.685,3
ABRUZZO	366,1	64,1	153,1	248,3	55,4	72,0	25,9	126,7	90,7	47,6	6,3	23,0	642,7	1,7	75,7	52,2	772,4	54,1	101,2	58,5	2,5	2.268,0
MOLISE	86,7	9,8	51,8	55,0	37,2	14,8	6,9	71,4	21,6	15,8	2,0	3,0	180,1	0,2	17,6	11,4	209,3	14,6	25,0	14,8	2,1	641,7
CAMPANIA	1.130,5	135,5	645,4	950,9	762,0	273,2	167,1	823,0	180,3	225,9	21,7	65,1	2.540,3	9,4	290,8	230,1	3.070,6	179,0	429,0	248,9	23,8	9.330,9
PUGLIA	1.093,5	114,5	507,4	719,9	246,9	242,5	115,4	712,6	240,0	121,8	5,9	39,6	1.728,3	7,1	226,0	151,0	2.112,5	138,7	312,0	159,7	17,3	6.900,2
BASILICATA	162,0	22,4	83,6	95,5	36,5	45,8	27,3	17,3	32,5	25,5	1,5	8,3	313,7	1,5	47,7	22,7	385,6	34,9	41,6	30,5	0,1	1.050,7
CALABRIA	432,8	40,9	247,7	362,1	124,2	61,1	81,0	190,3	131,1	40,0	3,4	29,7	1.009,2	5,2	129,3	111,0	1.254,8	77,5	100,4	90,8	21,2	3.289,3
SICILIA	980,9	131,7	586,5	954,4	518,1	166,4	196,6	707,2	337,5	109,2	9,8	45,4	2.393,1	9,3	274,7	243,5	2.920,6	184,4	215,6	224,5	49,1	8.337,9
SARDEGNA	523,6	73,2	197,6	332,8	116,2	57,5	71,5	90,6	103,1	87,8	26,4	32,6	976,5	3,8	110,6	73,5	1.164,5	70,9	149,3	89,9	3,0	3.190,3
Totale	15.100,3	1.924,4	6.637,1	9.862,0	4.667,9	1.953,9	1.935,0	8.640,8	6.372,3	3.095,5	275,4	982,1	29.061,5	138,3	4.073,2	2.827,8	36.100,8	2.341,3	5.491,8	2.740,5	442,9	108.564,2

variazioni	ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIAUSTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	PERSONALE RUOLO SANITARIO IDENTIFICATA DA MATERIA	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE PER PERSONALI	SPESE AMMINISTRATIVE GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI
PIEMONTE	1,7	5,3	0,1	-8,0	0,7	-2,3	-22,9	2,7	1,2	-15,3	-0,1	13,3	-1,4	-0,9	-1,9	-1,6	-1,5	7,7	3,5	-1,1	8,6	-1,2
VALLE D'AOSTA	-5,7	-7,0	2,5	-3,1	24,6	4,2	27,3	36,1	-4,5	-10,3	0,4	8,5	0,6	-4,8	-1,0	-0,8	0,3	-4,2	5,9	11,1	0,1	-0,1
LOMBARDIA	0,3	-1,5	-0,1	-4,0	-2,3	-0,6	-3,6	-0,9	3,6	20,1	205,8	9,3	-0,7	-2,4	-0,2	0,2	-0,6	-0,2	-2,7	0,1	-24,1	0,6
P. A. BOLZANO	1,3	3,0	0,3	-16,3	-1,8	-0,9	3,9	0,0	1,7	-14,5	26,2	-6,0	4,5	2,8	3,2	3,2	4,2	14,1	4,8	3,4	25,3	1,7
P. A. TRENTO	4,7	3,4	1,4	-4,7	3,9	-90,7	-1,5	1,8	15,0	14,4	6,0	4,0	2,3	6,5	1,9	2,5	2,3	2,8	5,9	1,8	-100,0	3,1
VENETO	2,1	1,3	0,2	-12,0	3,0	-1,4	-1,7	-5,1	0,8	-5,7	3,0	4,8	0,2	-3,8	0,4	-1,2	0,1	5,4	6,2	-0,2	26,0	-0,3
FRIULI V. G.	-0,9	4,0	-1,9	-9,0	-2,4	-0,3	-1,1	3,5	14,4	50,2	-3,9	5,7	-0,4	7,0	2,0	2,9	0,2	7,0	4,9	4,5	-62,6	1,7
EMILIA R.	-2,7	7,6	0,2	-12,9	-2,8	-4,3	18,5	2,0	-3,4	-19,8	-25,6	5,6	-3,1	-4,5	-1,6	-2,9	-2,9	-24,8	-3,9	-3,7	2,8	-3,9
TOSCANA	-4,8	2,8	0,3	-6,9	14,3	-5,5	2,8	9,7	0,4	4,2	-7,2	-2,1	0,3	-3,9	-10,1	-10,3	-1,7	10,3	9,5	0,5	3,3	0,5
UMBRIA	-0,5	-1,7	1,8	-4,4	1,6	-5,5	-2,2	3,2	1,8	2,0	-15,0	5,9	0,7	-1,2	0,6	-0,6	0,6	-5,8	10,4	3,2	2,7	0,6
MARCHE	-0,7	0,1	1,2	-7,5	5,0	2,9	-8,7	-2,4	19,0	-9,1	-2,7	-0,6	-1,7	1,3	-1,2	-2,4	-1,7	2,2	-0,4	-2,2	23,3	-1,1
LAZIO	1,6	4,8	0,2	-14,1	-1,1	-0,7	-3,9	2,4	11,7	9,0	-10,5	-0,5	-2,1	-7,2	-5,3	-7,1	-2,8	-9,4	-1,3	-2,5	-9,8	-1,4
ABRUZZO	0,5	7,0	-0,3	-10,0	-3,7	2,7	-5,0	-2,1	3,9	12,6	25,2	9,6	-0,6	11,1	-1,5	-3,8	-0,9	2,1	5,9	-0,2	-41,3	-0,5
MOLISE	0,5	7,5	-0,8	-11,5	15,8	-19,3	4,8	-2,0	5,6	-4,7	5,6	-12,9	-2,6	9,5	-0,8	-3,2	-2,4	10,8	-0,3	-2,1	-61,0	-1,3
CAMPANIA	3,9	10,1	0,9	-5,9	-0,8	4,5	-13,2	-1,4	0,5	2,4	7,3	-2,8	-2,9	-4,0	-9,4	-12,6	-4,3	2,7	2,5	-4,9	-32,1	-1,6
PUGLIA	3,5	6,8	1,1	-11,4	7,9	-25,2	-8,8	-1,2	12,1	9,7	-44,1	5,7	-3,1	-10,8	-4,3	-1,8	-3,2	1,4	4,6	-1,9	-39,3	-1,6
BASILICATA	-1,7	11,4	-3,7	-13,8	-1,5	1,1	-0,4	3,9	2,3	-16,3	-38,7	2,5	-0,5	-2,1	-4,5	-3,2	-1,1	-14,4	-6,8	-1,2	268,0	-3,1
CALABRIA	-1,0	-4,4	0,1	-6,0	-4,4	5,9	-5,1	-1,0	-2,4	26,6	6,5	-3,9	-2,4	-5,8	-4,4	-3,1	-2,7	2,0	3,8	-2,5	7,5	-1,8
SCIPIA	3,8	0,0	0,4	-7,8	0,4	6,6	1,2	1,9	8,5	-4,7	6,8	-1,8	-0,3	6,6	-3,3	-1,4	-0,6	5,7	2,7	0,0	-21,4	0,1
SARDEGNA	-6,9	3,5	0,7	-1,1	1,5	7,8	-1,4	2,5	2,2	1,1	-14,8	9,5	0,7	-4,1	0,4	1,7	0,7	0,8	4,1	0,6	48,1	-0,3
Totale	0,4	3,7	0,4	-8,5	0,7	-2,9	-4,9	0,2	3,9	5,4	30,6	4,1	-1,1	-2,3	-2,4	-2,9	-1,4	2,1	-0,9	-7,9	-0,6	

Fonte : elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS/Ministero salute

I COSTI DELLA SANITÀ (ANNI 2011 E 2012)

Dati per regioni - in milioni di euro)

(comprensivi di ammortamenti, rivalutazione svalutazioni, saldo minus plusvalenze e gestione intramoenia)

2012	TOTALE COSTI	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCE ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTICIPAZIONI E PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
PIEMONTE	8.326,8	202,6	1,8	-32,2	110,8	95,7	15,1	8.548,2
VALLE D' AOSTA	277,7	6,5	0,0	-2,8	3,2	2,6	0,6	286,4
LOMBARDIA	17.764,6	442,9	2,6	-521,2	223,8	174,9	48,9	18.682,3
P. A. BOLZANO	1.126,0	25,2	0,3	-4,1	1,8	1,3	0,5	1.155,1
P. A. TRENTO	1.137,9	35,4	-0,1	-12,2	9,3	7,4	1,9	1.183,4
VENETO	8.729,9	319,0	0,9	-8,0	107,3	87,2	20,2	9.037,6
FRIULI V. G.	2.498,0	70,9	0,8	-25,9	28,4	24,0	4,4	2.591,2
LIGURIA	3.110,5	71,6	0,4	-26,0	40,7	34,2	6,5	3.202,1
EMILIA R.	8.458,4	309,2	7,9	-92,0	133,3	106,7	26,6	8.840,9
TOSCANA	7.010,4	268,9	8,4	-70,0	114,4	85,8	28,6	7.329,0
UMBRIA	1.615,6	36,8	0,3	-27,1	13,9	11,9	2,1	1.677,7
MARCHE	2.699,7	70,0	1,7	-56,3	34,8	29,9	4,8	2.822,9
LAZIO	10.534,0	216,7	0,0	-353,8	110,4	111,0	-0,6	11.105,1
ABRUZZO	2.257,5	46,4	1,5	-75,2	16,9	16,1	0,8	2.379,7
MOLISE	633,1	7,4	0,1	-7,5	2,9	2,2	0,6	647,4
CAMPANIA	9.181,6	141,5	9,5	-528,2	46,0	44,8	1,2	9.859,6
PUGLIA	6.789,5	113,7	4,3	-164,0	42,0	33,8	8,2	7.063,2
BASILICATA	1.018,4	28,5	0,0	-17,5	4,8	3,9	0,9	1.063,4
CALABRIA	3.231,3	25,1	0,0	-126,9	8,8	7,6	1,2	3.382,1
SICILIA	8.343,1	166,3	4,0	-200,1	43,2	40,9	2,3	8.711,2
SARDEGNA	3.181,0	49,2	0,3	-29,7	14,6	13,5	1,2	3.259,1
	107.925,1	2.653,5	44,5	-2.380,7	1.111,4	935,4	176,0	112.827,8

2011	TOTALE COSTI	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCE ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTICIPAZIONI E PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
PIEMONTE	8.427,0	200,8	1,9	-2,0	115,8	109,2	6,6	8.621,1
VALLE D' AOSTA	277,9	8,6	0,0	0,9	4,0	3,6	0,4	287,0
LOMBARDIA	17.666,3	438,4	8,1	438,7	229,0	247,7	-18,7	18.570,1
P. A. BOLZANO	1.107,2	25,2	0,2	2,0	1,6	1,2	0,4	1.134,2
P. A. TRENTO	1.103,2	37,7	0,0	29,7	9,6	8,3	1,3	1.169,3
VENETO	8.758,6	263,7	2,5	1,8	112,1	99,8	12,3	9.014,3
FRIULI V. G.	2.457,0	72,3	1,9	41,2	29,0	24,9	4,1	2.568,4
LIGURIA	3.235,8	70,8	0,7	1,5	41,8	36,7	5,1	3.303,8
EMILIA R.	8.413,8	253,1	23,2	108,7	138,0	109,9	28,1	8.770,6
TOSCANA	7.089,1	202,1	55,5	73,7	124,9	93,2	31,7	7.388,8
UMBRIA	1.605,3	30,5	1,9	30,8	15,1	13,0	2,1	1.666,4
MARCHE	2.728,7	58,1	2,4	72,2	36,2	29,9	6,2	2.855,3
LAZIO	10.685,3	218,2	0,8	205,2	120,6	122,7	-2,1	11.111,6
ABRUZZO	2.268,0	42,7	0,4	36,3	17,0	15,8	1,2	2.346,2
MOLISE	641,7	7,5	0,1	6,5	2,3	2,2	0,1	655,6
CAMPANIA	9.330,9	142,5	15,1	486,2	46,2	48,1	-1,9	9.976,6
PUGLIA	6.900,2	98,6	0,7	152,6	42,5	41,0	1,5	7.150,5
BASILICATA	1.050,7	26,9	0,0	9,3	5,2	4,8	0,4	1.086,5
CALABRIA	3.289,3	33,0	0,0	81,2	8,4	9,3	-0,9	3.404,3
SICILIA	8.337,9	167,4	5,9	161,0	44,3	45,3	-1,0	8.673,2
SARDEGNA	3.190,3	49,7	3,9	22,4	14,7	13,2	1,5	3.264,7
	108.564,2	2.447,7	125,2	1.959,7	1.158,2	1.080,0	78,2	113.018,6

SEGUE APPENDICE 2

variazioni	TOTALE COSTI	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONE SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMENIA	COMPARTECIPAZIO NE PERSONALE INTRAMENIA	SALDO INTRAMENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramemia
PIEMONTE	-1,2	0,9	-5,7	1473,1	-4,3	-12,4	129,1	-0,8
VALLE D' AOSTA	-0,1	-24,0		-399,7	-20,4	-27,6	46,6	-0,2
LOMBARDIA	0,6	1,0	-68,3	-218,8	-2,2	-29,4	-361,7	0,6
P. A. BOLZANO	1,7	-0,1	18,4	-303,6	9,5	11,5	4,3	1,8
P. A. TRENTO	3,1	-6,2	156,8	-140,9	-2,7	-11,0	52,3	1,2
VENETO	-0,3	21,0	-66,0	-551,4	-4,3	-12,7	64,2	0,3
FRIULI V. G.	1,7	-1,9	-59,0	-162,9	-1,8	-3,6	8,9	0,9
LIGURIA	-3,9	1,2	-42,2	-1782,2	-2,5	-6,9	29,2	-3,1
EMILIA R.	0,5	22,1	-66,2	-184,7	-3,5	-2,9	-5,6	0,8
TOSCANA	-1,1	33,0	-84,9	-195,0	-8,4	-8,0	-9,7	-0,8
UMBRIA	0,6	20,6	-84,4	-187,9	-7,7	-8,9	0,2	0,7
MARCHE	-1,1	20,6	-31,2	-178,0	-3,8	0,0	-22,3	-1,1
LAZIO	-1,4	-0,7	-100,0	-272,4	-8,4	-9,5	-71,7	-0,1
ABRUZZO	-0,5	8,5	265,9	-307,1	-0,7	1,7	-32,1	1,4
MOLISE	-1,3	-1,0	0,0	-216,4	26,8	3,5	514,6	-1,3
CAMPANIA	-1,6	-0,7	-37,3	-208,6	-0,3	-6,8	-162,1	-1,2
PUGLIA	-1,6	15,3	533,1	-207,5	-1,2	-17,5	437,3	-1,2
BASILICATA	-3,1	6,1	-100,0	-288,5	-7,1	-18,4	130,7	-2,1
CALABRIA	-1,8	-24,0		-256,3	5,1	-17,7	-228,5	-0,7
SICILIA	0,1	-0,6	-31,9	-224,3	-2,4	-9,8	-321,9	0,4
SARDEGNA	-0,3	-1,0	-91,4	-232,8	-0,9	1,7	-23,3	-0,2
	-0,6	8,4	-64,5	-221,5	-4,0	-13,4	125,0	-0,2

Fonte : elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS Ministero salute

IRCAVI DELLA SANITA' (per regioni - valori assoluti in milioni di euro) anno 2011 e 2012

2012	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUITI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUITI PUBBLICI C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUITI C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICI DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERE TIPIE RIMBORSI PER ATTIVITA'	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e FSS
PIEMONTE	7.885,1	100,0	44,7	7,4	7,1	19,1	32,4	50,6	150,7	9,1	0,1	124,9	8.431,1
VALLE D'AOSTA	219,7	0,0	13,3	0,1	0,9	1,7	0,4	1,1	5,8	0,3	0,0	6,5	249,9
LOMBARDIA	17.174,8	17,0	79,1	16,7	17,7	163,2	0,0	75,9	238,4	0,0	1,9	442,9	18.227,6
PROV. BOLZANO	841,5	0,0	0,0	0,0	0,5	14,0	0,6	13,5	17,6	2,6	0,1	24,9	915,4
PROV. TRENTO	894,0	0,0	0,0	0,0	1,2	10,9	0,3	3,2	15,2	1,4	0,0	35,6	961,9
VENETO	8.416,5	41,1	20,9	9,3	9,1	60,2	3,6	55,9	194,5	23,9	7,5	104,8	8.947,2
FRIULI V.G.	2.154,4	0,2	165,8	2,1	0,5	21,3	12,1	15,2	47,7	5,3	1,0	88,4	2.514,1
LIGURIA	3.015,7	3,2	24,7	4,5	3,7	13,8	0,8	10,2	46,1	12,3	0,3	53,4	3.188,5
E. ROMAGNA	7.799,3	134,5	47,0	0,3	21,6	73,9	1,2	87,6	152,3	18,4	0,8	120,0	8.456,8
TOSCANA	6.663,0	31,0	31,3	3,7	9,3	44,8	4,7	60,4	152,9	15,6	0,3	130,2	7.147,3
UMBRIA	1.600,1	5,0	0,9	0,1	2,1	10,8	0,0	6,6	27,8	2,4	0,3	27,8	1.683,8
MARCHE	2.760,2	0,0	0,8	0,7	0,7	17,4	0,4	8,7	49,0	6,0	0,1	40,0	2.884,0
LAZIO	9.927,0	3,3	184,3	11,6	31,0	77,8	1,2	55,4	144,8	10,9	0,6	139,9	10.587,8
ABRUZZO	2.364,4	20,6	20,3	0,2	0,7	13,2	0,6	4,7	41,0	3,0	0,1	32,4	2.501,1
MOLISE	567,9	0,0	3,2	0,0	0,1	1,8	0,2	1,6	5,9	0,7	0,0	3,7	585,0
CAMPANIA	9.832,3	0,1	27,8	1,0	1,3	30,9	2,1	26,9	58,8	17,2	1,3	39,2	10.039,1
PUGLIA	6.992,8	30,7	60,5	0,2	3,2	17,2	1,6	10,7	62,4	5,4	0,4	58,9	7.243,9
BASILICATA	1.025,1	4,2	1,7	0,1	1,6	4,1	0,1	1,6	13,6	1,6	0,0	22,7	1.076,4
CALABRIA	3.471,0	0,7	19,1	0,3	1,2	7,7	1,4	16,0	28,1	2,4	0,0	14,3	3.562,2
SICILIA	8.615,1	25,7	39,1	0,7	3,1	34,0	4,6	33,3	51,8	6,2	0,2	86,5	8.900,3
SARDEGNA	2.833,4	0,0	54,1	0,2	0,5	7,5	1,6	4,8	28,9	6,6	1,4	13,5	2.952,4
Totale	105.053,2	417,4	838,4	59,2	116,9	645,2	70,0	543,9	1.533,4	151,0	16,5	1.610,5	111.055,8

SEGUE APPENDICE 3

2011	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTINI PUBBLICI	CONTRIBUTINI C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	PICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	PICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	PICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERE RIMBORSI PER ATTIVITÀ TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Utenze trasferimenti da Province autonome e FSS
PIEMONTE	7.843,4	0,0	49,2	5,3	13,5	26,9	0,0	54,1	126,2	38,6	0,1	126,8	8.284,2
VALLE D'AOSTA	217,9	0,0	15,8	0,1	1,0	1,6	0,4	1,5	5,7	0,4	0,2	8,6	253,1
LOMBARDIA	16.962,0	22,5	110,5	33,2	3,4	166,3	61,2	107,3	207,2	0,3	8,4	438,4	18.120,7
PROV. AUTON. BOLOGNA	831,1	0,0	0,1	0,0	0,6	14,8	0,7	13,8	17,2	2,5	0,3	25,0	906,0
PROV. AUTON. TRENTO	882,7	0,0	1,6	0,0	1,2	9,2	0,3	3,2	15,5	1,3	0,0	39,2	954,3
VENETO	8.425,8	0,0	35,6	10,8	14,8	63,6	3,1	49,8	140,9	59,9	5,2	29,1	8.838,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.142,7	29,2	133,8	0,4	0,6	22,0	9,7	14,2	41,0	5,8	4,2	67,7	2.471,3
LIGURIA	3.008,0	1,6	24,8	1,7	3,9	15,8	1,3	14,4	40,6	20,6	0,5	58,7	3.191,9
EMILIA ROMAGNA	7.717,4	0,0	6,1	0,5	22,0	76,0	2,8	78,2	144,0	19,3	0,8	99,2	8.166,4
TOSCANA	6.606,7	0,0	49,0	4,9	10,6	44,4	4,3	52,1	123,8	23,0	1,0	198,8	7.118,7
UMBRIA	1.586,5	1,0	2,2	0,5	2,6	10,9	0,0	9,3	24,3	3,6	1,9	23,4	1.666,5
MARCHE	2.735,9	0,1	32,3	0,4	1,9	19,5	2,3	7,5	45,9	4,9	0,7	36,8	2.888,1
LAZIO	9.813,8	27,7	132,0	4,7	34,9	72,5	1,4	60,9	140,9	10,5	2,1	146,1	10.447,6
ABRUZZO	2.336,2	0,0	34,3	1,7	1,0	14,0	0,5	4,8	38,0	3,5	0,7	31,3	2.465,9
MOLISE	566,3	0,0	3,8	0,0	0,2	2,7	0,4	1,5	6,1	0,8	0,1	3,7	585,5
CAMPANIA	9.479,3	0,4	24,4	0,6	1,5	30,5	2,1	46,7	62,3	20,2	1,4	46,8	9.716,1
PUGLIA	6.943,6	34,2	31,0	0,3	7,1	21,2	0,2	17,2	59,3	6,3	1,7	52,8	7.174,8
BASILICATA	1.022,7	0,0	5,4	0,0	1,2	4,3	0,3	3,2	12,5	2,2	0,1	22,5	1.074,4
CALABRIA	3.207,7	1,5	5,5	0,2	0,6	9,0	1,4	16,9	28,6	3,6	0,4	18,6	3.294,1
SICILIA	8.569,9	23,3	45,6	0,7	4,4	39,1	4,9	27,0	43,3	8,0	0,3	93,4	8.859,9
SARDEGNA	2.828,7	5,6	49,0	0,0	0,6	9,2	2,0	5,6	28,7	6,1	2,3	14,9	2.952,4
Totale	103.728,4	146,9	792,0	66,1	127,6	673,4	99,2	589,3	1.352,0	241,3	32,5	1.581,8	109.430,4

	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTI IN ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUTI IN ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERE RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e FSS
PIEMONTE	0,5	-9,1	38,8	-47,5	-28,8	-6,5	19,5	-76,5	-56,0	-1,5	-1,8		
VALLE D'AOSTA	0,8	-15,9	-40,2	-8,0	9,9	-0,5	3,3	-13,0	-100,0	-24,0	-1,3		
LOMBARDIA	1,3	-24,4	-49,5	425,2	-1,9	-100,0	-29,3	-100,0	-77,1	1,0	0,6		
PROV. AUTON. B.	1,3	-100,0	-100,0	-3,7	-5,3	-11,6	2,0	6,7	-50,0	0,0	1,0		
PROV. AUTON. T.	1,3	-100,0	-100,0	2,3	17,9	6,0	-1,9	10,7	-18,6	-9,3	0,8		
VENETO	-0,1	-41,3	-13,8	-38,7	-5,4	15,5	12,2	-60,1	43,5	259,6	1,2		
FRIULI VENEZIA	0,5	23,9	372,5	-21,2	-2,9	25,7	6,8	-8,9	-75,3	30,7	1,7		
LIGURIA	0,3	-0,5	158,8	-6,2	-12,7	-40,3	-28,9	-40,2	-40,6	-9,1	-0,1		
EMILIA ROMAGN	1,1	667,5	-42,6	-2,1	-2,9	-56,2	12,0	-4,8	2,9	20,9	3,6		
TOSCANA	0,9	-36,2	-24,3	-12,3	1,0	8,9	15,8	-31,9	-69,0	-34,5	0,4		
UMBRIA	0,9	397,7	-61,1	-20,1	-1,2	-6,7	-28,8	-34,9	-85,4	18,5	1,0		
MARCHE	0,9	-100,0	-97,4	-65,8	-10,6	-83,0	16,3	21,1	-88,0	8,8	-0,1		
LAZIO	1,2	-88,0	39,6	-11,1	7,3	-15,0	-9,0	3,6	-71,1	-4,3	1,3		
ABRUZZO	1,2	-40,8	-90,5	-30,4	-6,0	11,7	-0,9	-13,9	-78,1	3,4	1,4		
MOLISE	0,3	-15,4		-61,5	-34,3	-49,2	2,9	-7,1	-76,3	0,5	-0,1		
CAMPANIA	3,7	-69,7	82,1	-11,9	1,4	2,6	-42,4	-14,7	-8,7	-16,2	3,3		
PUGLIA	0,7	-10,1	-45,6	-55,2	-18,7	777,7	-37,9	-14,3	-78,2	11,7	1,0		
BASILICATA	0,2	-69,5	168,3	27,7	-4,4	-62,2	-48,2	-27,3	-55,9	0,9	0,2		
CALABRIA	8,2	-54,9	244,8	96,1	-14,8	1,4	-5,8	-34,5	-93,9	-22,8	8,1		
SICILIA	0,5	10,4	-14,2	-29,5	-13,1	-5,3	23,2	-23,3	-39,7	-7,5	0,5		
SARDEGNA	0,2	-100,0	10,4	-0,5	-18,7	-19,6	-13,0	8,4	-38,2	-9,3	0,0		
Totale	1,3	184,1	5,9	-8,3	-4,2	-29,4	-7,7	-37,4	-49,0	1,8	1,5		

Fonte : elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS Ministero salute

I RISULTATI D'ESERCIZIO - PER REGIONI -

anno 2011 e 2012

(in milioni di euro)

2012	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti da regioni e prov autonome	TOTALE COSTI CON VOCE ECONOMICHE E SALDO INTRAMENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO	Coperture presunte contabilizzate nel CE	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO prima delle coperture
PIEMONTE	8.431,1	8.548,2	-1,0	-118,1	130,0		11,9
VALLE D'AOSTA	249,9	286,4	-13,9	-50,4		50,8	0,4
LOMBARDIA	18.227,6	18.682,3	463,6	8,9			8,9
PROV. BOLZANO	915,4	1.155,1	-11,6	-251,3		242,3	-9,0
PROV. TRENTO	961,9	1.183,4	-17,6	-239,0		244,3	5,3
VENETO	8.947,2	9.037,6	96,5	6,1			6,1
FRIULI V.G.	2.514,1	2.591,2	30,0	-47,1		61,6	14,5
LIGURIA	3.188,5	3.202,1	-57,0	-70,5	14,5		-56,1
EMILIA ROMAGNA	8.456,8	8.840,9	349,2	-34,9	35,0		0,1
TOSCANA	7.147,3	7.329,0	120,1	-61,6			-61,6
UMBRIA	1.683,8	1.677,7	2,8	8,9			8,9
MARCHE	2.884,0	2.822,9	-33,2	27,9			27,9
LAZIO	10.587,8	11.105,1	-119,0	-636,3			-636,3
ABRUZZO	2.501,1	2.379,7	-67,4	54,0			54,0
MOLISE	585,0	647,4	32,0	-30,4			-30,4
CAMPANIA	10.039,1	9.859,6	-299,1	-119,6			-119,6
PUGLIA	7.243,9	7.063,2	-171,7	9,0			9,0
BASILICATA	1.076,4	1.063,4	-30,2	-17,2			-17,2
CALABRIA	3.562,2	3.382,1	-250,0	-69,9			-69,9
SICILIA	8.900,3	8.711,2	-208,5	-19,4	0,4		-19,0
SARDEGNA	2.952,4	3.259,1	-52,8	-359,5	3,3	162,3	-193,9
Totale	111.055,8	112.827,8	-238,7	-2.010,7	183,1	761,5	-1.066,1

2011	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti da regioni e prov autonome	TOTALE COSTI CON VOCE ECONOMICHE E SALDO INTRAMENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO	Coperture presunte contabilizzate nel CE	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO prima delle coperture
PIEMONTE	8.284,2	8.621,1	-16,0	-352,9	280,0		-72,9
VALLE D'AOSTA	253,1	287,0	-16,5	-50,4		49,8	-0,6
LOMBARDIA	18.120,7	18.570,1	454,4	5,0			5,0
PROV. BOLZANO	906,0	1.134,2	-14,3	-242,5		239,9	-2,6
PROV. TRENTO	954,3	1.169,3	-17,6	-232,5		232,6	0,1
VENETO	8.838,7	9.014,3	91,1	-84,5	46,8		-37,8
FRIULI V.G.	2.471,3	2.568,4	32,9	-64,2		86,8	22,6
LIGURIA	3.191,9	3.303,8	-31,4	-143,3			-143,3
EMILIA ROMAGNA	8.166,4	8.770,6	342,7	-261,6	160,0		-101,6
TOSCANA	7.118,7	7.388,8	121,9	-148,3	129,8		-18,5
UMBRIA	1.666,5	1.666,4	7,1	7,2			7,2
MARCHE	2.888,1	2.855,3	-26,7	6,2			6,2
LAZIO	10.447,6	11.111,6	-111,1	-775,1			-775,1
ABRUZZO	2.465,9	2.346,2	-71,8	47,9			47,9
MOLISE	585,5	655,6	31,2	-39,0			-39,0
CAMPANIA	9.716,1	9.976,6	0,1	-260,4			-260,4
PUGLIA	7.174,8	7.150,5	-170,5	-146,1			-146,1
BASILICATA	1.074,4	1.086,5	-29,9	-42,0	10,0		-32,0
CALABRIA	3.294,1	3.404,3	0,0	-110,2			-110,2
SICILIA	8.859,9	8.673,2	-208,5	-21,8			-21,8
SARDEGNA	2.952,4	3.264,7	-12,3	-324,6		171,0	-153,6
Totale	109.430,4	113.018,6	355,0	-3.233,1	626,5	780,1	-1.826,5

variazione	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti delle regioni e prov autonome	TOTALE COSTI CONVOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMODERNA	SALDO MOBILITA' EXTRA	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	Coperture presunte contabilizzate nel CE	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	prima delle coperture
PIEMONTE	1,8	-0,8	-93,8	-66,5	-53,6			-116,3
VALLE D'AOSTA	-1,3	-0,2	-15,6	0,1		2,1		-159,6
LOMBARDIA	0,6	0,6	2,0	77,3				77,3
PROV. AUTON. BOLZA	1,0	1,8	-18,9	3,6		1,0		244,2
PROV. AUTON. TRENTO	0,8	1,2	-0,1	2,8		5,0		5.322,0
VENETO	1,2	0,3	5,9	-107,2				-116,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	1,7	0,9	-8,8	-26,6		-28,9		-35,6
LIGURIA	-0,1	-3,1	81,8	-50,8				-60,9
EMILIA ROMAGNA	3,6	0,8	1,9	-86,7	-78,1			-100,1
TOSCANA	0,4	-0,8	-1,4	-58,5	-100,0			232,7
UMBRIA	1,0	0,7	-60,9	23,7				23,7
MARCHE	-0,1	-1,1	24,4	348,3				348,3
LAZIO	1,3	-0,1	7,1	-17,9				-17,9
ABRUZZO	1,4	1,4	-6,1	12,7				12,7
MOLISE	-0,1	-1,3	2,7	-22,0				-22,0
CAMPANIA	3,3	-1,2	ns	-54,1				-54,1
PUGLIA	1,0	-1,2	0,7	-106,1				-106,1
BASILICATA	0,2	-2,1	1,1	-58,9				-46,1
CALABRIA	8,1	-0,7	ns	-36,5				-36,5
SICILIA	0,5	0,4	0,0	-10,8				-12,6
SARDEGNA	0,0	-0,2	329,3	10,8		-5,1		26,3
Totale	1,5	-0,2	-167,2	-37,8	-70,8	-2,4		-41,6

Fonte : elaborazioni Corte dei conti su dati NSIS Ministero salute