

LA SANITÀ: LE OPPORTUNITÀ DA COGLIERE

IL 2018: UN ANNO DI PASSAGGIO

1. Il 2018 conferma i buoni risultati ottenuti dal settore nel controllo della spesa, ma segnala anche una ripresa della crescita di alcune sue componenti. Una dinamica della spesa inferiore alle entrate e il rinvio di alcune uscite previste al momento della programmazione annuale consentono di migliorare il contributo del settore agli obiettivi di finanza pubblica.

Andamenti che trovano alimento (e parziale conferma) nei pre-consuntivi regionali trasmessi al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e oggetto dei Tavoli di verifica che si sono tenuti nella primavera che conferma la ridotta dimensione dei disavanzi nelle Regioni in squilibrio. Sono chiare, tuttavia, anche le difficoltà a garantire in tutto il Paese adeguati livelli di assistenza. I primi risultati del nuovo sistema di garanzia non fanno che confermare, aggravandolo, un quadro che presenta diverse criticità spesso non riconducibili alla sola questione delle risorse finanziarie. Difficoltà che hanno le radici in una carente *governance* locale, in difficoltà di programmazione della spesa (cogliendo i fabbisogni effettivi della popolazione) e in una dotazione infrastrutturale ancora insufficiente.

Le scelte da assumere nei prossimi anni devono poi affrontare due temi di grande rilievo entrambi destinati ad accrescere il fabbisogno del settore e a porre sfide importanti al carattere universalistico e solidale del nostro sistema: il progressivo invecchiamento della popolazione e le innovazioni nel campo delle cure, che offrono nuove opportunità ma comportano costi crescenti e adeguati investimenti.

Tali sviluppi, e le difficoltà in cui si muove ancora oggi la finanza pubblica, richiedono il mantenimento di una attenta gestione della spesa e la messa in discussione di assetti e sistemi anche consolidati. Si tratta di muovere con decisione per affrontare i fronti rimasti aperti dalla scorsa legislatura: la *governance* farmaceutica e dei dispositivi medici, per la quale si tratta di rivedere gli strumenti a disposizione per garantire la sostenibilità della spesa, a partire dal *payback* ed dalla negoziazione del prezzo; le compartecipazioni alla spesa, di cui occorre rivedere modalità di funzionamento e ragioni; la dotazione di capitale umano, che richiede di intervenire sulla formazione delle nuove leve e sullo sblocco del *turn-over* per accompagnare lo svecchiamento delle strutture e l'adeguamento alle nuove esigenze di cura; l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, per poter affrontare al meglio la questione dell'invecchiamento della popolazione e dell'insufficienza dell'assistenza domiciliare, dando una risposta effettiva al problema delle cronicità.

La stessa messa a punto degli strumenti fino ad ora utilizzati deve essere inquadrata in una logica che consenta di mirare la gestione della spesa sulle effettive necessità della popolazione, utilizzando strumenti di valutazione sempre più accurati e sofisticati. Di qui, la opportunità (e la necessità) di utilizzare al meglio, anche su questo fronte, le innovazioni e le informazioni disponibili.

Come già sottolineato nel Rapporto dello scorso anno, il mutare delle caratteristiche del mondo del lavoro e, in generale, della società, associate ad innovazioni e cambiamenti demografici, richiedono che le scelte assunte in campo previdenziale, assistenziale e sanitario siano sempre più coordinate e coerenti. Una polarizzazione delle risorse su

alcuni obiettivi particolari rischia di restringere i margini entro cui ci si deve muovere per rispondere a necessità primarie e garantire i livelli di assistenza.

IL CONTRIBUTO DEL SETTORE AGLI OBIETTIVI DI FINANZA PUBBLICA

2. Nel 2018, la spesa sanitaria ha raggiunto i 115,4 miliardi, inferiore di poco meno di un miliardo rispetto alle previsioni dello scorso settembre contenute nella Nota di aggiornamento al DEF (116,3 miliardi). Un risultato anche migliore di quello previsto nel DEF 2018 (115,8 miliardi). Esso beneficia, tuttavia, di una crescita più contenuta delle attese per la spesa per redditi da lavoro, a ragione dello slittamento al 2019 di parte dei rinnovi contrattuali scontati nel quadro di previsione: a consuntivo i redditi da lavoro sono cresciuti del 2,5 per cento invece di aumentare dell'4,4 per cento previsto. Superiori alle attese gli acquisti di beni e servizi da operatori *market*, in crescita rispetto al 2017 del 2,2 per cento contro lo 0,7 per cento scontato nel quadro tendenziale. La spesa per consumi intermedi, confermata sui livelli previsti ma, soprattutto, il forte calo delle altre componenti di costo (in flessione del 7 per cento rispetto alla flessione attesa del 1,3) hanno contribuito al dato complessivo.

Anche grazie ad una ripresa delle entrate correnti, soprattutto nella componente riferibile alle Amministrazioni locali, il contributo del settore agli obiettivi di finanza pubblica cresce a 3,7 miliardi rispetto ai 2,2 miliardi del 2017, pur riducendosi rispetto ai valori passati.

TAVOLA 1

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI DI FINANZA PUBBLICA

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Def aprile 2019	109.614	110.961	111.224	112.504	113.611	115.410	118.061	119.953	121.358	123.052
	6,83	6,84	6,73	6,66	6,58	6,57	6,64	6,58	6,49	6,43
LB 2019	109.614	110.961	111.239	112.373	113.599	116.331	117.239	119.277	120.803	
	6,83	6,84	6,73	6,69	6,59	6,61	6,50	6,43	6,35	
Nota Def sett 2018	109.614	110.961	111.239	112.373	113.599	116.331	117.239	119.452	121.803	
	6,83	6,84	6,73	6,69	6,59	6,58	6,46	6,40	6,36	
Def aprile 2018	109.614	110.961	111.239	112.373	113.599	115.818	116.382	118.572	120.894	
	6,83	6,84	6,73	6,69	6,62	6,56	6,39	6,32	6,27	
Nota Def sett 2017	109.614	110.942	111.223	112.514	114.138	115.068	116.105	118.570		
	6,83	6,84	6,73	6,70	6,65	6,50	6,34	6,26		
Def aprile 2017	109.614	110.938	111.245	112.542	114.138	115.068	116.105	118.570		
	6,83	6,84	6,76	6,73	6,68	6,54	6,41	6,37		
LB 2017	109.907	111.304	112.408	113.654	115.377	115.823	116.168			
	6,85	6,87	6,84	6,80	6,77	6,60	6,42			
Nota Def sett. 2016	109.907	111.304	112.408	113.654	115.440	116.821	119.156			
	6,85	6,86	6,84	6,80	6,77	6,64	6,56			
Def aprile 2016	109.907	111.304	112.408	113.376	114.789	116.170	118.505			
	6,83	6,89	6,87	6,78	6,69	6,58	6,52			
LS 2016	110.044	111.028	111.289	111.646	112.957	114.632	117.017			
		6,87	6,81	6,65	6,51	6,39	6,33			
Nota Def sett 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094			
	6,84	6,87	6,81	6,74	6,67	6,60	6,55			
Def aprile 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094			
	6,84	6,87	6,79	6,72	6,64	6,58	6,52			
LS 2015	109.254	111.474	111.351	113.797	116.328	118.964				
	7,00	6,85	6,76	6,73	6,68	6,61				
Def aprile 2014	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316				
	7,00	7,02	6,99	6,93	6,86	6,78				
Def aprile 2013	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789					
	7,06	6,96	6,88	6,79	6,71					

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF e ISTAT

I dati del 2018 pur confermando il buon risultato economico delle misure di controllo della spesa messe in campo in questi anni, segnalano nuove tensioni che potrebbero incidere sull'esercizio in corso. Ciò non deve far dimenticare il rilievo dei risultati ottenuti: nel DEF 2014, la spesa sanitaria era prevista in lenta flessione in termini di prodotto per tutto l'arco programmatico: dal 7 per cento del Pil nel 2014 al 6,8 nel 2018, ma su livelli assoluti di circa 121,3 miliardi. Nonostante il più lento aumento del prodotto rispetto alle previsioni, a consuntivo la spesa si è attestata nel 2018 al 6,6 per cento del Pil, ma su un livello assoluto di spesa inferiore di 6 miliardi. Il governo della spesa in campo sanitario si è rivelato più efficace rispetto al complesso della PA: la quota della sanità della spesa corrente primaria si riduce dal 16 per cento nel 2013 al 15,8 per cento nel 2018 (dal 14,8 al 14,6 per cento il peso sulla primaria complessiva).

TAVOLA 2

IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ (2014 – 2018)
(previsioni e consuntivi)

	milioni di euro								
	2014	2015	2016	2017* def 2017	2017 cons 18	2017 cons 19	2018* def 2018	2018 cons 2019	2019 def 2019
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Beni e servizi prodotti da produttori <i>market</i>	39.956	39.470	39.493	39.772	39.561	39.496	39.832	40.345	41.421
Redditi da lavoro	35.422	35.082	34.875	35.439	34.917	34.691	36.438	35.540	36.502
Consumi intermedi	29.331	30.235	31.705	32.453	32.823	32.985	33.331	33.533	34.152
Altre componenti	6.252	6.452	6.427	6.473	6.298	6.439	6.218	5.992	5.987
Uscite correnti Totali	110.961	111.224	112.504	114.138	113.599	113.611	115.819	115.410	118.061
	variazioni								
	2014	2015	2016	2017* def 2017	2017 cons 18	2017 cons 19	2018* def 2018	2018 cons 2019	2019 def 2019
		(2)/(1)	(3)/(2)	(4)/(3)	(5)/(3)	(6)/(3)	(7)/(5)	(8)/(6)	(9)/(8)
Beni e servizi prodotti da produttori <i>market</i>	1,57	-1,22	0,06	0,71	0,17	0,01	0,69	2,15	2,67
Redditi da lavoro	-0,70	-0,96	-0,59	1,62	0,12	-0,53	4,36	2,45	2,71
Consumi intermedi	2,21	3,08	4,86	2,36	3,53	4,04	1,55	1,66	1,85
Altre componenti	5,80	3,20	-0,39	0,72	-2,01	0,19	-1,27	-6,94	-0,08
Uscite correnti Totali	1,23	0,24	1,15	1,45	0,97	0,98	1,95	1,58	2,30

(*) dati di previsione

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT e DEF vari anni

La Tavola 3 consente una lettura del contributo offerto dalle diverse prestazioni alla spesa complessiva.

Nel 2018 l'importo relativo alle prestazioni da produttori *non market* (assistenza ospedaliera e altri servizi sanitari offerti direttamente dagli operatori pubblici) presenta una crescita dell'1,7 per cento. Un aumento che interessa i redditi (in crescita del 2,5 per cento) e i consumi intermedi (+1,8 per cento). Nonostante il rallentamento, la spesa per consumi si conferma nel quinquennio quella più dinamica (+3,4 la variazione media

annua nel periodo). È tale voce che più sconta i maggiori costi connessi all'immissione sul mercato di farmaci innovativi, erogati in corso di ricovero ospedaliero o in regime di distribuzione diretta.

Nell'ultimo esercizio la spesa dei produttori *market* cresce in misura significativa (+2,2 per cento); la variazione a partire dal 2013 è stata di poco superiore allo 0,5 per cento in media d'anno. Continua a ridursi la spesa per farmaci in convenzione, che risente delle misure di contenimento di quella farmaceutica disposte dalla normativa e dell'operare del tetto di spesa di recente modificato. In flessione sono anche gli importi corrisposti per l'assistenza ospedaliera in case di cura od ospedali privati (-2 per cento) Ciò non compensa la crescita registrata da assistenza medico generica e specialistica (in aumento rispettivamente del 2,2 e del 3,2 per cento) ma, soprattutto, dell'altra assistenza che accusa una variazione superiore al 10 per cento.

TAVOLA 3

IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	media tassi 18/14
SANITA'	milioni di euro						tassi di variazione					
Prestazioni sociali in natura	102.616	103.914	104.032	105.283	106.233	108.237	1,26	0,11	1,20	0,90	1,89	1,07
corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:	39.337	39.956	39.470	39.493	39.496	40.345	1,57	-1,22	0,06	0,01	2,15	0,51
- Farmaci	8.616	8.392	8.245	8.100	7.624	7.581	-2,60	-1,75	-1,76	-5,88	-0,56	-2,51
- Assistenza medico-generica	6.666	6.663	6.654	6.690	6.675	6.821	-0,05	-0,14	0,54	-0,22	2,19	0,46
- Assistenza medico-specialistica	4.699	4.744	4.604	4.699	4.812	4.964	0,96	-2,95	2,06	2,40	3,16	1,13
- Assistenza osped. in case di cura private	9.166	9.610	9.373	9.245	9.504	9.318	4,84	-2,47	-1,37	2,80	-1,96	0,37
- Assistenza riabilitativa, integrativa e protesica	4.045	4.008	3.952	3.903	3.776	3.832	-0,91	-1,90	-0,74	-3,25	1,48	-1,06
- Altra assistenza	6.145	6.539	6.662	6.856	7.105	7.829	6,41	1,88	2,91	3,63	10,19	5,01
corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:	63.279	63.958	64.562	65.790	66.737	67.892	1,07	0,94	1,90	1,44	1,73	1,42
- Assistenza ospedaliera	37.716	36.903	36.926	37.439	37.896	38.528	-2,16	0,06	1,39	1,22	1,67	0,44
- Altri servizi sanitari	25.563	27.055	27.636	28.351	28.841	29.364	5,84	2,15	2,59	1,73	1,81	2,82
di cui redditi da lavoro dipendente	32.984	32.783	32.498	32.381	32.199	33.011	-0,61	-0,87	-0,36	-0,56	2,52	0,02
di cui consumi intermedi	26.463	27.295	28.081	29.291	30.681	31.193	3,14	2,88	4,31	4,75	1,67	3,35
Contribuzioni diverse	1.428	1.489	1.587	1.646	1.770	1.534	4,24	6,62	3,72	7,53	-13,33	1,75
Servizi amministrativi	4.725	4.772	4.850	4.860	4.903	4.975	0,99	1,63	0,21	0,88	1,47	1,04
di cui redditi da lavoro dipendente	2.686	2.639	2.584	2.526	2.492	2.529	-1,75	-2,08	-2,24	-1,35	1,48	-1,19
di cui consumi intermedi	1.973	2.036	2.154	2.225	2.304	2.340	3,19	5,80	3,30	3,55	1,56	3,48
Altre uscite	845	786	755	715	705	664	-6,98	-3,94	-5,30	-1,40	-5,82	-4,69
TOTALE	109.614	110.961	111.224	112.504	113.611	115.410	1,23	0,24	1,15	0,98	1,58	1,04
<i>Spesa pro capite</i>	<i>1836,5</i>	<i>1825,5</i>	<i>1829,5</i>	<i>1854,5</i>	<i>1875,1</i>	<i>1908,1</i>	-0,60	0,22	1,37	1,11	1,76	0,77

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

I RISULTATI DEL SETTORE NEI PRECONSUNTIVI 2018 DELLE AZIENDE SANITARIE

3. I dati trasmessi al NSIS relativi al 4° trimestre 2018¹, consentono una prima lettura dei risultati a livello territoriale.

¹ Si tratta dei risultati al 9 aprile 2019, che recepiscono tutte le modifiche apportate ai CE dalle Regioni fino a questa data. Nella tavola che segue si considerano sia i risultati di gestione come emergono dai CE sia quelli corretti in sede di monitoraggio. Va considerato che le correzioni apportate in occasione del monitoraggio possono portare ad un risultato di gestione in alcuni casi diverso da quello evidenziato nel CE. E ciò in relazione a mancati allineamenti contabili tra contabilità finanziaria ed economico patrimoniale, ai risultati delle aziende in utile e a rischi in alcune voci

Nel 2018 i risultati di esercizio (senza considerare i contributi aggiuntivi disposti a livello regionale per la garanzia dei Lea) sembrano presentare un seppur limitato peggioramento: le perdite crescono, passando dagli 893 milioni del 2017 a poco più di 1.106 milioni. Sulla lettura dei risultati dell'anno incide tuttavia anche la considerazione del saldo mobilità internazionale (negativo per poco meno di 90 milioni) non considerato in precedenza.

Il peggioramento dei risultati è simile tra Regioni in Piano e non in Piano: le prime vedono crescere la perdita (prima delle coperture ulteriori) da 139,5 a 205 milioni. Le Regioni non in Piano vedono crescere il deficit complessivo dai circa 753 milioni dello scorso anno a poco più di 900 milioni. Un aumento (di circa il 20 per cento) da ascrivere ad una dinamica dei costi in crescita dell'1,3 per cento a fronte di entrate in aumento di solo l'1,1 per cento. Una variazione in parte attenuata da un saldo mobilità, che migliora di un ulteriore 7 per cento superando 1,1 miliardi di euro nel 2018 e più che compensa il saldo mobilità internazionale negativo per 37 milioni.

Il peggioramento dei conti è da ricondurre soprattutto alle Regioni a statuto ordinario del Nord, che passano da un avanzo di 38,1 milioni del 2017 a un disavanzo di circa 89 milioni (un andamento essenzialmente dovuto a Piemonte e Liguria che presentano nel complesso un disavanzo di oltre 104 milioni) e alla Toscana (in deficit prima delle coperture per circa 32 milioni).

La considerazione dei rischi che incidono su alcune voci gestionali e l'esclusione dal risultato degli utili delle aziende in avanzo ha comportato, in entrambi gli esercizi, una pur contenuta correzione in peggioramento del risultato. Nel 2018, tuttavia, questa risulta di dimensioni più limitate (180 milioni nel 2017 contro i 130 del 2018) e soprattutto concentrata pressoché esclusivamente sulle Regioni in Piano. In queste Regioni la perdita sale a 330 milioni mentre si mantiene al di sotto dei 910 milioni nelle altre.

Considerando i trasferimenti previsti dalle Regioni a statuto speciale, le coperture contabilizzate nei CE e quelle individuate a consuntivo il risultato muta ancora.

Nelle Regioni in Piano, l'esito è positivo per 72,4 milioni rispetto all'utile di 21,4 milioni dello scorso anno. Migliora anche il risultato di quelle non in Piano, che da un disavanzo di 25,4 milioni passano ad un avanzo di 24,1 milioni.

Nel complesso, le Regioni che presentano un disavanzo dopo le coperture (non si considera la Valle d'Aosta per la quale i risultati non sono definitivi) sono 4: la Toscana (per circa 32 milioni), il Molise (22,1 milioni), la Calabria (61,6 milioni) e la Sardegna (4,6 milioni).

Per quanto riguarda il Piemonte, il cui risultato già negativo era stato rideterminato in una perdita di 51,7 milioni, la Regione ha prodotto coperture per oltre 77 milioni, riportando il risultato in attivo per oltre 25 milioni.

gestionali. Vengono, infine, considerati i risultati dopo gli ulteriori trasferimenti da Province autonome e Regioni a statuto speciale, le ulteriori coperture contabilizzate nei CE e le coperture individuate dalle Regioni a fronte di eventuali disavanzi individuati a consuntivo. Naturalmente i risultati relativi al 2018 devono considerarsi ancora provvisori in attesa della chiusura definitiva dei verbali dei Tavoli. Provvisori sono poi i dati della Regione Valle d'Aosta per la quale si fa riferimento alla Azienda sanitaria non essendo ancora disponibile il dato relativo al CE del quarto trimestre. Va poi considerato che, rispetto ai dati resi disponibili dall'Amministrazione, per rendere più significativo il confronto tra i due esercizi si sono operate alcune correzioni. Si tratta, in particolare, dei dati relativi agli ulteriori trasferimenti dalla Provincia di Trento, dalla Regione Friuli e dalla Regione Sardegna. Per le tre realtà autonome sussistevano modalità diverse di contabilizzazione delle ulteriori risorse trasferite: per la Provincia di Trento e per la Regione Friuli esse erano già in parte scontate sul risultato prima delle coperture nel 2017 diversamente da quanto previsto nel 2018; per la Regione Sardegna, viceversa, il trasferimento ulteriore nel 2018 era incorporato nel risultato già prima delle coperture mentre non lo era nel 2017. Per agevolare il confronto si è scelto di mantenere in evidenza il trasferimento a copertura enucleandolo sempre dal risultato di esercizio.

La Liguria ha coperto il disavanzo di 56,1 milioni con risorse iscritte nel bilancio 2019 per 60 milioni.

Ancora da definire la situazione rilevata dal Tavolo di monitoraggio in relazione alla Regione Toscana. Per il disavanzo di 31,9 milioni ancora non sono state prodotte coperture.

Tra le Regioni in Piano di rientro, la Puglia ha coperto la perdita di 56,4 milioni con risorse aggiuntive conseguendo un avanzo di 2,1 milioni mentre si confermano in disavanzo, nonostante le risorse aggiuntive mobilitate, il Molise e, soprattutto, la Calabria.

Il risultato di quest'ultima, che presentava una perdita in crescita rispetto all'esercizio precedente, perdite pregresse non coperte e una condizione di criticità nella fornitura dei LEA, ha portato alla predisposizione di un provvedimento urgente che ha disposto misure di natura eccezionale ma limitate nel tempo che attribuiscono poteri speciali alla gestione commissariale della Regione (si veda il riquadro n. 6)

TAVOLA 4

I RISULTATI DI ESERCIZIO ANNO 2017 E 2018
(per Regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni in euro)

REGIONE	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti delle regioni e prov autonome	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMOENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE da CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	Risultati prima delle coperture con rischi e netto aziende in utile	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Coperture contabilizzate nel CE	ulteriori coperture	Risultati da tavoli
2018										
Regioni in Piano	45.955,1	-44.758,0	-1.347,1	-54,6	-204,7	-330,1	0,0	203,6	198,9	72,4
Regioni non in Piano	71.286,5	-73.270,6	1.119,5	-36,9	-901,4	-909,1	605,0	191,0	137,1	24,1
Totale	117.241,6	-118.028,6	-227,6	-91,5	-1.106,1	-1.239,2	605,0	394,7	336,0	96,5
Rso	99.658,4	-99.965,3	93,6	-78,0	-291,3	-419,7	0,0	203,6	204,2	-11,8
Rso Nord	49.874,6	-51.071,0	1.145,4	-37,5	-88,5	-96,7	0,0	0,0	137,1	40,3
Rso Centro	23.465,8	-23.335,2	-171,9	-12,7	-54,1	-64,6	0,0	91,1	0,0	26,5
Rso Sud	26.318,0	-25.559,0	-879,9	-27,8	-148,7	-258,3	0,0	112,5	67,1	-78,7
Rss	17.583,3	-18.063,3	-321,2	-13,5	-814,8	-819,5	605,0	191,0	131,8	108,3
Rss Nord	4.781,6	-5.364,3	-3,9	-2,4	-589,1	-589,1	408,0	191,0	0,0	10,0
Rss Sud	12.801,7	-12.699,0	-317,2	-11,1	-225,7	-230,4	197,0	0,0	131,8	98,3
2017										
Regioni in Piano	45.582,6	-44.448,4	-1.273,7	0,0	-139,5	-208,1	0,0	160,6	69,0	21,4
Regioni non in Piano	70.534,8	-72.320,2	1.045,9	-13,6	-753,2	-861,4	316,9	313,0	206,2	-25,4
Totale	116.117,4	-116.768,7	-227,7	-13,6	-892,7	-1.069,5	316,9	473,5	275,1	-4,0
Rso	98.829,9	-99.032,4	42,6	0,0	-159,9	-290,7	0,0	160,6	252,2	122,1
Rso Nord	49.401,6	-50.381,5	1.018,0	0,0	38,1	3,2	0,0	0,0	85,3	88,5
Rso Centro	23.257,0	-23.211,0	-150,5	0,0	-104,4	-136,0	0,0	45,7	98,0	7,7
Rso Sud	26.171,2	-25.439,9	-824,8	0,0	-93,5	-157,9	0,0	114,9	69,0	25,9
Rss	17.287,5	-17.736,3	-270,4	-13,6	-732,8	-778,8	316,9	313,0	22,9	-126,0
Rss Nord	4.750,9	-5.246,7	0,5	-13,6	-508,9	-508,9	316,9	168,0	22,9	-1,1
Rss Sud	12.536,6	-12.489,6	-270,8	0,0	-223,9	-269,9	0,0	145,0	0,0	-124,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

I risultati dal lato dei costi

4. I dati relativi ai costi al netto delle voci economiche (ammortamento, rivalutazioni ed attività intramoenia) evidenziano, nel complesso dei conti regionali, una variazione di poco inferiore all'1,8 per cento nel 2018.

TAVOLA 5

I COSTI DELLA SANITÀ - ANNI 2017 E 2018
(per Regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni in euro)

	ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GODIMENTO DI BENI DI TERZI
2018												
Regioni in Piano	7.542,5	740,2	2.835,3	3.210,6	2.308,0	1.020,7	926,4	3.985,2	2.276,6	1.373,7	63,4	296,7
Regioni non in Piano	11.714,3	1.465,5	3.816,3	4.323,2	2.503,1	692,0	1.000,5	4.818,3	6.182,6	2.260,4	128,6	820,2
Totale	19.256,8	2.205,7	6.651,6	7.533,8	4.811,0	1.712,6	1.926,9	8.803,5	8.459,2	3.634,1	192,0	1.116,9
Rso	16.334,8	1.865,2	5.584,6	6.447,9	4.073,7	1.456,6	1.545,8	7.850,9	7.357,0	3.141,5	166,2	962,6
Rso Nord	7.642,5	981,9	2.589,7	2.993,8	2.024,3	407,1	638,7	4.114,8	4.802,0	1.715,4	95,2	548,6
Rso Centro	4.093,9	398,4	1.296,3	1.556,6	747,3	397,8	426,0	1.728,0	1.525,5	828,5	34,5	244,4
Rso Sud	4.598,5	485,0	1.698,6	1.897,6	1.302,1	651,7	481,0	2.008,1	1.029,6	597,6	36,5	169,6
Rss	2.921,9	340,5	1.067,0	1.085,9	737,4	256,0	381,1	952,5	1.102,1	492,6	25,8	154,3
Rss Nord	887,0	131,4	273,2	279,1	92,2	19,3	100,1	159,4	439,0	119,0	11,8	52,1
Rss Sud	2.034,9	209,0	793,8	806,8	645,2	236,7	281,1	793,1	663,1	373,6	14,0	102,2
2017												
Regioni in Piano	7.194,4	718,5	2.830,0	3.309,0	2.251,2	1.008,9	940,6	3.915,6	2.217,8	1.256,1	59,7	277,5
Regioni non in Piano	11.371,6	1.427,5	3.807,3	4.283,4	2.450,4	666,1	994,4	4.794,0	6.006,8	2.276,6	133,9	799,0
Totale	18.566,0	2.145,9	6.637,3	7.592,4	4.701,5	1.675,0	1.935,0	8.709,6	8.224,6	3.532,7	193,6	1.076,5
Rso	15.774,8	1.817,1	5.579,9	6.464,8	3.974,9	1.423,8	1.555,7	7.766,2	7.184,8	3.164,1	165,5	931,3
Rso Nord	7.409,6	965,2	2.585,7	2.927,4	1.982,1	392,1	638,8	4.105,4	4.683,9	1.762,8	96,3	530,5
Rso Centro	3.959,3	378,7	1.294,0	1.594,6	719,8	382,6	426,9	1.708,2	1.511,7	799,3	32,8	241,4
Rso Sud	4.405,9	473,2	1.700,2	1.942,7	1.273,0	649,2	490,0	1.952,6	989,3	602,0	36,4	159,4
Rss	2.791,2	328,8	1.057,5	1.127,6	726,7	251,2	379,3	943,4	1.039,8	368,6	28,1	145,3
Rss Nord	842,5	126,7	264,6	278,3	87,5	18,8	98,5	151,3	404,7	117,0	12,9	50,8
Rss Sud	1.948,7	202,1	792,8	849,4	639,2	232,4	280,8	792,2	635,1	251,5	15,1	94,5
variazione												
Regioni in Piano	4,84	3,02	0,19	-2,97	2,52	1,16	-1,51	1,78	2,65	9,36	6,04	6,94
Regioni non in Piano	3,01	2,67	0,23	0,93	2,15	3,88	0,61	0,51	2,93	-0,71	-3,91	2,65
Totale	3,72	2,78	0,21	-0,77	2,33	2,25	-0,42	1,08	2,85	2,87	-0,84	3,75
Rso	3,55	2,65	0,08	-0,26	2,49	2,30	-0,64	1,09	2,40	-0,72	0,40	3,37
Rso Nord	3,14	1,73	0,16	2,27	2,13	3,83	-0,01	0,23	2,52	-2,69	-1,13	3,40
Rso Centro	3,40	5,18	0,18	-2,39	3,83	3,97	-0,21	1,16	0,91	3,65	5,18	1,26
Rso Sud	4,37	2,50	-0,09	-2,32	2,28	0,40	-1,82	2,84	4,08	-0,73	0,14	6,45
Rss	4,68	3,54	0,90	-3,70	1,47	1,92	0,48	0,97	5,99	33,65	-8,18	6,22
Rss Nord	5,29	3,74	3,24	0,30	5,33	2,31	1,57	5,39	8,48	1,66	-9,03	2,58
Rss Sud	4,42	3,42	0,12	-5,01	0,94	1,89	0,09	0,12	4,41	48,54	-7,46	8,17

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

In crescita dell'1,4 per cento la spesa per il personale (delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici), che raggiunge poco meno di 34,8 miliardi. Registrano una crescita, pur di solo lo 0,8 per cento, anche le Regioni in Piano di rientro, che hanno visto riduzioni particolarmente rilevanti negli ultimi anni (-10,2 per cento dal 2008, -4 per cento nell'ultimo quinquennio), come effetto del blocco del *turn-over* e delle manovre di contenimento della dinamica della spesa.

Anche nel 2018 il risultato è l'esito di andamenti differenti guardando ai ruoli e per regione: superiore alla media l'aumento del costo del personale tecnico (+2,6 per cento) e di quello professionale (+2,1 per cento); solo dell'1,3 per cento quello sanitario.

SEGUE TAVOLA 5

	PERSONALE RUOLO SANITARIO + INDENNITA DE MARIA	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE DI PERSONALE	SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTATI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI I
2018										
Regioni in Piano	10.195,0	40,1	1.065,1	833,0	12.133,3	743,3	2.001,2	959,0	298,6	42.714,5
Regioni non in Piano	18.050,8	87,1	2.831,0	1.692,4	22.661,2	1.381,0	3.727,2	1.738,7	124,1	69.357,1
Totale	28.245,8	127,3	3.896,1	2.525,4	34.794,5	2.124,3	5.728,4	2.697,7	422,7	112.071,7
Rso	23.254,0	105,4	3.223,5	2.083,1	28.666,0	1.818,2	4.973,6	2.237,0	282,9	94.764,8
Rso Nord	11.633,7	56,4	1.868,1	1.179,1	14.737,3	958,9	2.560,7	1.139,4	33,6	47.983,7
Rso Centro	5.680,2	25,3	696,9	439,9	6.842,4	410,1	1.235,8	532,3	151,2	22.448,7
Rso Sud	5.940,2	23,7	658,5	464,0	7.086,4	449,3	1.177,2	565,4	98,1	24.332,4
Rss	4.991,8	21,8	672,5	442,3	6.128,5	306,1	754,8	460,7	139,8	17.306,9
Rss Nord	1.663,8	8,0	305,3	158,7	2.135,8	87,9	263,7	153,6	0,4	5.204,8
Rss Sud	3.328,0	13,8	367,2	283,6	3.992,7	218,2	491,1	307,1	139,4	12.102,1
2017										
Regioni in Piano	10.111,4	38,5	1.043,6	839,3	12.032,8	748,4	1.968,4	953,0	339,3	42.021,2
Regioni non in Piano	17.774,3	86,1	2.752,3	1.650,6	22.263,3	1.360,9	3.631,4	1.702,9	131,2	68.100,6
Totale	27.885,7	124,6	3.795,9	2.489,9	34.296,0	2.109,3	5.599,8	2.656,0	470,5	110.121,9
Rso	22.974,7	103,9	3.136,4	2.055,7	28.270,6	1.806,2	4.867,9	2.206,2	327,5	93.281,4
Rso Nord	11.472,7	57,5	1.816,7	1.153,8	14.500,7	948,2	2.460,9	1.118,4	46,3	47.154,3
Rso Centro	5.616,3	24,0	676,3	435,8	6.752,5	400,6	1.241,2	524,8	189,1	22.157,7
Rso Sud	5.885,6	22,4	643,4	466,1	7.017,5	457,4	1.165,7	563,0	92,1	23.969,4
Rss	4.911,0	20,7	659,5	434,2	6.025,4	303,0	731,9	449,8	143,0	16.840,5
Rss Nord	1.615,7	7,7	300,2	152,0	2.075,6	88,8	253,0	147,0	0,4	5.018,4
Rss Sud	3.295,3	13,0	359,3	282,2	3.949,8	214,2	478,9	302,8	142,6	11.822,1
variazione										
Regioni in Piano	0,83	4,19	2,06	-0,75	0,84	-0,67	1,67	0,62	-12,00	1,65
Regioni non in Piano	1,56	1,21	2,86	2,53	1,79	1,48	2,64	2,10	-5,41	1,85
Totale	1,29	2,13	2,64	1,43	1,45	0,71	2,30	1,57	-10,16	1,77
Rso	1,22	1,49	2,78	1,33	1,40	0,66	2,17	1,40	-13,61	1,59
Rso Nord	1,40	-1,80	2,83	2,19	1,63	1,13	4,05	1,88	-27,50	1,76
Rso Centro	1,14	5,57	3,05	0,94	1,33	2,35	-0,44	1,42	-20,04	1,31
Rso Sud	0,93	5,54	2,36	-0,43	0,98	-1,77	0,99	0,42	6,59	1,51
Rss	1,65	5,37	1,98	1,86	1,71	1,01	3,12	2,43	-2,27	2,77
Rss Nord	2,98	3,68	1,72	4,36	2,90	-1,01	4,21	4,49	-13,03	3,71
Rss Sud	0,99	6,37	2,20	0,52	1,08	1,85	2,54	1,43	-2,24	2,37

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

RIQUADRO 1 – IL PERSONALE DEL SSN**Lo sblocco del tetto di spesa**

Dopo anni di limiti alla spesa, di recente è stato sottoscritto un accordo tra Ministero della salute, MEF e Regioni per procedere alla definizione di una metodologia condivisa per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN. Ciò dovrebbe portare allo sblocco del tetto alla spesa di personale: la normativa vigente prescriveva che essa fosse mantenuta entro l'importo 2004 ridotto dell'1,4 per cento (il limite è stato portato all'1,3 per cento, sempre della spesa 2004, con la legge di bilancio per il 2018). Dal 2019 la spesa degli enti del SSN non potrà superare il valore sostenuto nel 2018 incrementato di un importo pari al 5 per cento dell'incremento registrato dal Fondo sanitario. Le Regioni potrebbero, inoltre, incrementare ulteriormente i limiti di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati.

Per valutare gli effetti della misura prevista va considerato che, come si evince dalla tavola RQ1.1 negli ultimi 9 anni la spesa per il personale, pur contenuta nelle sue componenti a tempo indeterminato e mantenendosi con ritmi di variazione nel complesso molto limitati (specie

nell'ultimo quinquennio) non ha rispettato l'obiettivo: nel 2018 la spesa complessiva è di quasi 5,5 miliardi superiore al livello del 2004.

Gli importi sono di oltre il 23 per cento maggiori nelle Regioni non in Piano e dell'8,5 per cento per cento in quelle in Piano. Sono Lombardia, Emilia Romagna e Veneto le Regioni che in questi anni hanno mantenuto livelli di spesa di dimensioni assolute maggiori, coprendo il differenziale con risorse proprie e garantendo l'equilibrio dei conti. Anche le Regioni in Piano hanno, nella maggior parte dei casi (fa eccezione la Campania) superato il limite di spesa.

TAVOLA RQ1.1

LA SPESA DI PERSONALE 2004-2018

REGIONE		2004	2008	2013	2014	2015	2016	2017	2018
010	PIEMONTE	2.389,0	2.818,9	2.831,8	2.804,4	2.795,4	2.776,5	2.765,9	2.807,5
020	VALLE D'AOSTA	92,2	112,8	113,6	114,7	113,2	114,1	112,2	113,6
030	LOMBARDIA	3.866,1	4.869,8	5.041,1	5.002,2	4.996,5	4.964,9	4.957,9	5.034,2
041	PROV. AUTON. BOLZANO	381,5	519,2	591,7	577,8	585,3	579,4	599,4	622,8
042	PROV. AUTON. TRENTO	311,3	378,3	420,6	421,3	419,3	423,8	434,7	446,5
050	VENETO	2.334,8	2.680,7	2.742,4	2.733,4	2.732,3	2.734,5	2.721,3	2.760,8
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	711,1	888,4	948,5	937,6	926,3	925,0	929,4	952,9
070	LIGURIA	1.056,0	1.132,8	1.097,7	1.090,1	1.085,3	1.076,3	1.074,8	1.085,8
080	EMILIA ROMAGNA	2.424,6	2.857,6	2.993,3	2.976,8	2.964,5	2.962,5	2.980,8	3.048,9
090	TOSCANA	2.150,3	2.464,9	2.519,0	2.523,9	2.537,1	2.511,6	2.509,6	2.560,3
100	UMBRIA	506,9	588,2	610,9	610,5	613,1	613,1	613,0	625,1
110	MARCHE	860,0	970,6	990,9	987,7	988,8	990,2	1.007,0	1.025,6
170	BASILICATA	300,3	378,9	376,9	377,6	376,3	375,4	371,4	374,0
200	SARDEGNA	940,9	1.090,5	1.177,9	1.188,7	1.193,0	1.191,8	1.186,0	1.203,1
Tot. Regioni non in PDR		18.325,2	21.751,5	22.456,2	22.346,7	22.326,6	22.239,3	22.263,3	22.661,2
120	LAZIO	2.384,5	3.023,7	2.813,8	2.747,3	2.706,9	2.662,4	2.622,8	2.631,3
130	ABRUZZO	677,3	776,5	765,0	762,4	764,1	760,9	751,5	761,3
140	MOLISE	188,6	208,3	198,0	196,7	192,7	181,4	175,3	173,6
150	CAMPANIA	2.778,2	3.188,2	2.829,7	2.756,9	2.691,1	2.608,3	2.590,2	2.621,5
160	PUGLIA	1.737,8	2.078,2	1.983,4	1.988,5	1.992,8	1.988,9	2.002,9	2.033,1
180	CALABRIA	1.067,7	1.259,7	1.182,5	1.153,2	1.140,2	1.126,5	1.126,2	1.122,9
190	SICILIA	2.346,0	2.980,2	2.861,4	2.826,9	2.793,6	2.762,2	2.763,8	2.789,6
Tot. Regioni in PDR		11.180,2	13.515,0	12.633,8	12.431,9	12.281,3	12.090,7	12.032,8	12.133,3
ITALIA		29.505,4	35.266,5	35.090,1	34.778,6	34.607,9	34.329,9	34.296,0	34.794,5

VARIAZIONI

REGIONE		17/16	18/17	18/04	18/08	18/13
010	PIEMONTE	-0,38%	1,51%	17,52%	-0,40%	-0,86%
020	VALLE D'AOSTA	-1,74%	1,27%	23,16%	0,67%	0,00%
030	LOMBARDIA	-0,14%	1,54%	30,22%	3,58%	-0,14%
041	PROV. AUTON. BOLZANO	3,45%	3,91%	63,26%	19,96%	5,25%
042	PROV. AUTON. TRENTO	2,57%	2,72%	43,44%	18,05%	6,15%
050	VENETO	-0,48%	1,45%	18,24%	2,99%	0,67%
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	0,47%	2,54%	34,00%	7,27%	0,47%
070	LIGURIA	-0,14%	1,03%	2,82%	-4,15%	-1,08%
080	EMILIA ROMAGNA	0,62%	2,28%	25,75%	6,69%	1,86%
090	TOSCANA	-0,08%	2,02%	19,07%	3,87%	1,64%
100	UMBRIA	-0,01%	1,97%	23,31%	6,28%	2,33%
110	MARCHE	1,70%	1,85%	19,26%	5,67%	3,51%
170	BASILICATA	-1,08%	0,71%	24,55%	-1,29%	-0,76%
200	SARDEGNA	-0,49%	1,44%	27,86%	10,32%	2,14%
Tot. Regioni non in PDR		0,11%	1,79%	23,66%	4,18%	0,91%
120	LAZIO	-1,49%	0,32%	10,35%	-12,98%	-6,49%
130	ABRUZZO	-1,24%	1,31%	12,39%	-1,96%	-0,48%
140	MOLISE	-3,39%	-0,96%	-7,98%	-16,69%	-12,36%
150	CAMPANIA	-0,69%	1,21%	-5,64%	-17,77%	-7,36%
160	PUGLIA	0,71%	1,51%	17,00%	-2,17%	2,51%
180	CALABRIA	-0,03%	-0,29%	5,17%	-10,86%	-5,05%
190	SICILIA	0,06%	0,93%	18,91%	-6,40%	-2,51%
Tot. Regioni in PDR		-0,48%	0,84%	8,53%	-10,22%	-3,96%
ITALIA		17,93%	-1,34%	-0,84%		

È soprattutto nell'ultimo quinquennio che il controllo della dinamica delle spesa si è reso più stringente determinando nelle Regioni non in Piano una variazione nel complesso inferiore all'1 per

cento, mentre in quelle in Piano si è avuta una flessione del 4 per cento. Tali andamenti sono stati accompagnati, inoltre, da una ricomposizione della spesa tra posizioni a tempo indeterminato e quelle a tempo determinato. In base alla modifica concordata (e inserita nel recente DL 35/2019 – Decreto Calabria) non si prevede la corresponsione di risorse aggiuntive ma, prendendo a riferimento la spesa del 2018, è stabilita una nuova misura per il vincolo di spesa (fino a che il meccanismo dei tetti non sarà sostituito da uno fondato su nuovi standard per il fabbisogno per il personale), che risulta naturalmente più favorevole per quelle Regioni che hanno mantenuto un livello superiore al complesso della spesa (quindi le Regioni non in Piano) rispetto a quelle che invece hanno dovuto mantenere un profilo più stringente. In altri termini, le Regioni ‘virtuose’, che già in questi ultimi 10 anni sono state in grado di spendere maggiori risorse (proprie) su questo capitolo di spesa, si vedono riparametrare sul livello regionale il limite previsto e possono investire ulteriori risorse attingendo dai propri bilanci. Per le Regioni in Piani di rientro, invece, la situazione migliora, ma limitatamente: il nuovo livello, pur superiore al 2004, è molto più contenuto e, inoltre, ogni possibile sfioramento del tetto continua ad essere soggetto all’accordo dei Tavoli di monitoraggio e verifica di MEF e Ministero della salute.

La definizione di un nuovo limite onnicomprensivo, ma basato sul livello 2018, oltre ad ottenere ulteriori margini di manovra (ma limitati visto che il 5 per cento dell’incremento del fondo si traduce in maggiori margini per circa 55 milioni nel 2019) e a consentire di guadagnare ulteriori spazi anche con le misure di riassorbimento delle esternalizzazioni, consente di prevedere percorsi di stabilizzazione del personale a tempo determinato che, seppur minoritario (la spesa per tali figure professionali è di poco superiore al miliardo nelle Regioni non in Piano e di circa 750 milioni in quelle in Piano) è cresciuto di circa il 50 per cento nel quinquennio.

Per le Regioni in Piano di rientro rimarrebbero tuttavia validi gli obiettivi di contenimento previsti nei piani operativi (salvo successivo aggiornamento a seguito della definizione dei nuovi obiettivi per la gestione e il contenimento del costo del personale) e le norme relative al blocco automatico del turn over in caso di squilibri finanziari.

Il problema delle carenze di personale sanitario e la programmazione dei fabbisogni

I vincoli finanziari hanno inciso anche sulla programmazione dei fabbisogni formativi medici. Si registrano carenze in alcune discipline, nonchè per i medici di medicina generale. Il che comporta un aggravio di lavoro per gli organici in forza nelle strutture (si pensi all’area dell’emergenza, dove comunque occorre garantire la presenza medica) o un allungamento delle liste di attesa (oltre che nella specialistica anche nella chirurgia, dove mancano gli anestesisti, necessari a garantire l’apertura delle sale operatorie).

Di qui l’importanza di recuperare modelli di determinazione dei fabbisogni formativi di professionisti sanitari. L’Amministrazione e le Regioni hanno concordato sull’approccio e sui criteri metodologici e si sono impegnati ad applicarli per le successive rilevazioni del fabbisogno. Al riguardo, potrà essere utile il modello previsionale sviluppato nel corso del progetto pilota svolto nell’ambito di un’iniziativa comunitaria “*Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*”. Il modello è stato ulteriormente raffinato nel corso dell’anno 2018 ed applicato a tutte le 30 figure professionali contemplate nell’art. 6-ter del d.lgs. n. 502/92. Nel corso dell’anno 2018 le attività sono state incentrate sul miglioramento dei dati necessari ad alimentare il modello previsionale².

² Il modello di previsione è un modello “*stock and flows*” che, partendo dai dati sullo stock attuale di professionisti attivi, stima lo stock futuro in base a previsioni di flussi in uscita dal mercato del lavoro (per decesso, per pensionamento o per emigrazione) e in entrata nel mercato del lavoro (dalla formazione universitaria e dall’estero). Con riferimento alla stima dello stock di professionisti attivi per singola figura professionale, accanto alle fonti informative utilizzate negli anni precedenti (ISTAT, Co.Ge.A.P.S., Ordini professionali), sono state esplorate ulteriori banche dati quali quella delle comunicazioni obbligatorie del Ministero del lavoro e quella dei fabbricanti di dispositivi medici, pervenendo ad un’analisi puntuale della situazione attuale dei professionisti attivi. Anche i valori della variabile relativa ai professionisti già formati, ma in attesa di essere impiegati sul mercato del lavoro (i cosiddetti “attivabili”), sono stati ricalcolati grazie ai dati pervenuti dall’Ufficio di Statistica del MIUR inerenti la serie storica dei laureati delle professioni sanitarie con laurea triennale per anno di nascita, che ha rappresentato una *proxy* del numero di abilitati per le professioni non ordinate prima della legge 3/2018. Di rilievo la proposta di inserimento nel programma statistico nazionale 2017-2019, aggiornamento 2019, di uno studio progettuale sulla fattibilità di un sistema informativo statistico sull’offerta di professionisti sanitari mediante l’integrazione dei dati del Co.Ge.A.P.S. con i dati del Registro del Lavoro dell’ISTAT e con i dati del Registro dei Laureati del MIUR.

A rendere più difficile rispondere alle carenze contribuiscono, comunque, più fattori: i diversi regimi esistenti tra strutture private e pubbliche nella possibilità di svolgere lavoro in regime libero professionale e l'innalzamento delle soglie minime del regime forfettario a 65.000 euro con aliquota piatta al 15 per cento, che riduce per un medico con rapporto libero professionale le imposte di quasi due terzi rispetto ad un medico dipendente, orientando l'offerta di lavoro a tutto discapito del lavoro pubblico. Inoltre, ciò rende conveniente optare per il regime extramoenia, compatibile con la *flat tax* entro la soglia individuata e fa venir meno il vincolo di equilibrio tra attività svolta in ambito istituzionale e attività svolta in regime libero-professionale.

Inoltre, andrà valutato l'impatto della norma prevista dalla legge 145/2018, che dispone che le graduatorie di concorso possono essere utilizzate esclusivamente per i posti messi a concorso. In un momento in cui si pone un problema di carenza di personale e di forte ricambio generazionale tale disposizione può aumentare sia i costi che i tempi necessari per l'espletamento delle procedure concorsuali. Carenze di personale rese ancora più gravi per l'applicazione del regime agevolato della cd quota 100, che si stima comporti una accelerazione delle fuoriuscite di professionisti (sia medici che delle professioni sanitarie).

E' importante poi evitare che sul versante universitario le fuoriuscite dei docenti incidano sulla funzionalità delle scuole di specializzazione con gravi ripercussioni sul versante formativo.

Diverso l'andamento tra Regioni in Piano e non. Nelle prime, la variazione per il ruolo sanitario è di poco inferiore all'1 per cento (0,8 per cento); superiore alla media l'aumento della spesa per il ruolo professionale e tecnico, mentre registra un'ulteriore flessione quello amministrativo. Tra queste Regioni continuano a registrare una contrazione della spesa quelle che presentano ancora difficoltà a raggiungere un equilibrio dei conti (Molise e Calabria) e nelle quali, nell'ultimo quinquennio, la flessione è stata rispettivamente del 12,4 e del 5 per cento.

Nelle Regioni non in Piano, l'aumento dello 1,6 per cento del ruolo sanitario si accompagna ad una variazione di oltre il 2,5 per cento di quello tecnico e amministrativo. Sono le Regioni a statuto speciale del Nord a presentare gli incrementi maggiori per pressoché tutte le figure professionali.

5. Si confermano in crescita anche nel 2018 gli acquisti di beni e servizi. Si tratta di un insieme composito: gli acquisti di beni, le manutenzioni, gli altri servizi sanitari e non, gli oneri per il godimento di beni di terzi e i servizi appaltati. Nel complesso, essi raggiungono nel 2018 i 31,6 miliardi, con un aumento del 2,2 per cento (l'incremento era stato del 2,9 per cento nell'esercizio precedente). Dal 2013 l'aumento registrato è stato di poco inferiore al 16 per cento. Un risultato che sembra destinato a mantenere una particolare attenzione sulle misure di contenimento introdotte a partire dal 2011 fino a quelle previste nelle ultime leggi di bilancio.

RIQUADRO 2 - GLI STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLA SPESA E IL RIASSORBIMENTO DEGLI SQUILIBRI NEL SETTORE – LE NOVITÀ

Su più fronti, in particolare, è continuata, anche nel 2018, l'attività volta mettere a disposizione di operatori e istituzioni strumenti per rendere più efficienti ed efficaci le decisioni di spesa.

Il Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori ha proseguito nella definizione degli accordi quadro e delle convenzioni per il mercato elettronico e dei bandi per il sistema dinamico; progressi limitati

ha avuto l'attuazione dei Piani di rientro per le strutture ospedaliere, con cui si intendeva rafforzare le possibilità di governo degli squilibri (non solo economici) nelle diverse aree territoriali mentre ancora in definizione sono quelli per le Aziende sanitarie; sono stati implementati strumenti informativi per dare alle Amministrazioni regionali e aziendali strumenti sempre più ricchi e aggiornati per valutare le scelte gestionali e rendere più mirate le scelte programmatiche.

Le misure di controllo della spesa e per gli acquisti di beni e servizi

Prosegue l'attività del Tavolo Tecnico dei Soggetti aggregatori (Gruppo di Lavoro Sanità), coordinato dal Ministero dell'economia e delle finanze, per sostenere gli interventi di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ambito sanitario.

Continua ad operare il vincolo per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale di ricorrere a Consip S.p.A. o agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle procedure di fornitura per determinati beni e servizi (farmaci, vaccini, medicazioni aghi e siringhe, ausili per incontinenza, servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettro medicali, servizi di pulizia, ristorazione, lavanderia e smaltimento rifiuti sanitari vigilanza e guardiania) per importi superiori a 40.000 euro, nonché per quelli (*stent*, protesi d'anca, defibrillatori, *pace maker* e servizi di gestione pulizia e manutenzione degli immobili) che presentino importi sopra soglia comunitaria^{3,4}.

Il Gruppo di Lavoro Sanità è stato articolato in diversi sottogruppi operativi, dedicati alle differenti merceologie progressivamente individuate sulla cui analisi sarà coinvolto il Ministero della Salute sempre al fine di omogeneizzare i comportamenti di acquisto sul territorio. Nel febbraio 2019 i sottogruppi di lavoro dedicati alle categorie merceologiche "*Stent*" e "Pulizia per il SSN" hanno rilasciato le relative "Linee Guida" per i soggetti aggregatori, fornendo indicazioni utili per favorire lo sviluppo delle migliori pratiche con riferimento alle procedure di acquisto da parte dei soggetti aggregatori.

L'Anac ha provveduto a pubblicare i dati relativi alle procedure di affidamento per stazione appaltante su base quadrimestrale. Nel 2017 le procedure superiori ai 40.000 euro di Aziende sanitarie regionali Asl o AO sono state oltre 27.000 (poco meno di 20.000 nel 2016), per complessivi 14,3 miliardi (8,8 nel 2016). Nei primi due quadrimestri del 2018 le procedure registrate sono state oltre 19.400 (oltre 17.000 nello stesso periodo del 2017) per circa 11,3 miliardi (7,6 miliardi nel 2017). Tale attività si è affiancata a quella prevista con il DL n. 98 del 2011, che ha attribuito all'Osservatorio dei contratti pubblici il compito di pubblicare le elaborazioni dei prezzi di riferimento relativamente a dispositivi medici, farmaci per uso ospedaliero, servizi sanitari e non sanitari, individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva⁵.

Nell'anno sono stati attivati alcuni accordi quadro per la sanità: si tratta di quello per defibrillatori impiantabili attivi (maggio 2018), per i tomografi a risonanza magnetica (dicembre 2018), per dispositivi impiantabili per resincronizzazione cardiaca (ottobre 2018), per farmaci biologici (settembre 2018) e per suture chirurgiche (novembre 2018). Dal 2019 sono attivi gli accordi quadro per tomografi computerizzati (marzo 2019). Ancora in fase di studio gli accordi quadro per mammografi digitali ed è stato pubblicato il bando per ecotomografi, radiologia generale e servizi di dialisi. Alle convenzioni attive per l'acquisto di aghi siringhe, ecotomografi, tomografi si sono aggiunte quelle per farmaci antineoplastici e per tomografi.

³ Il Ministero della salute ha supportato: la pianificazione e armonizzazione delle iniziative di acquisto; la diffusione di metodologie, buone pratiche, e linguaggi comuni a supporto dell'attuazione della normativa vigente per l'aggregazione e centralizzazione degli acquisti; il monitoraggio delle attività e dei risultati; la cura dei rapporti con soggetti terzi e la fornitura di adeguato supporto tecnico al fine di facilitare la realizzazione dei programmi di razionalizzazione della spesa dei diversi soggetti aggregatori anche attraverso il rilascio di "Linee Guida per categoria merceologica". Con il dPCM 11/07/2018 sono state considerate ulteriori categorie merceologiche quali i guanti chirurgici e non chirurgici, le suture, l'ossigeno terapia, la diabetologia territoriale

⁴ L'Autorità Nazionale Anticorruzione non rilascia il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che, in violazione degli adempimenti previsti dal comma 11, non ricorrono a Consip S.p.A. o ad altro soggetto aggregatore.

⁵ Dal luglio 2012, sul sito dell'Anac, sono state pubblicate le elaborazioni dei prezzi di riferimento relativamente a: principi attivi; dispositivi medici; servizio di ristorazione; servizio di pulizia; servizio di lavanderia/lavanoio; materiali da guardaroba; prodotti di cancelleria. In caso di significative differenze tra il prezzo di acquisto ed i prezzi di riferimento, è prevista la rinegoziazione dei contratti e la facoltà di recesso senza penali. Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha precisato che per "significative differenze" devono intendersi le differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento.

Infine, nell'esercizio è stata attivata una ulteriore procedura per il sistema dinamico (per arredi), che si aggiunge alle 8 già attive. Il Sistema Dinamico di Acquisizione della PA (SDAPA) è un processo di acquisizione interamente elettronico. Per tutto il periodo previsto, gli operatori che hanno soddisfatto i criteri di una selezione iniziale sono ammessi a presentare un'offerta per specifici appalti indetti dalle Amministrazioni (per quantitativi, valore e caratteristiche dei beni di volta in volta necessari); appalti che seguono le norme della procedura ristretta. Gli obiettivi principali che ci si propone con tale sistema sono quello di abbattere i tempi di definizione dell'appalto, conservando i benefici di un processo competitivo, e di consentire alle Amministrazioni di soddisfare esigenze specifiche. Esso dovrebbe permettere anche di superare, almeno in parte, i limiti delle procedure centralizzate in relazione a concorrenzialità e parità di trattamento tra aziende di dimensioni diverse.

I Piani di rientro di aziende ospedaliere e Asl

Riguardo ai Piani di rientro per le Aziende ospedaliere in squilibrio strutturale⁶, non è stata ancora calendarizzata la discussione in sede tecnica a seguito della sentenza della Consulta n. 192/2017⁷. Al fine di dare attuazione alla sentenza si è reso necessario rinviare il provvedimento alla Conferenza Stato-Regioni per acquisire la prescritta Intesa e sanare il procedimentale. La sospensione dei lavori istruttori in Conferenza Stato-Regioni sul decreto ministeriale ha comportato di fatto un avvio parziale dei piani di rientro aziendali da parte delle Regioni⁸. In corso di valutazione da parte del Ministero della salute la metodologia per la sottoposizione ai piani di rientro dei presidi ospedalieri e delle aziende sanitarie anche alla luce del decreto interministeriale di adozione dei nuovi modelli economici (CE, SP, LA e CP) in corso di emanazione. Il nuovo modello potrà fornire le informazioni per dare attuazione a quanto previsto in materia di valutazione dell'equilibrio della gestione dei singoli presidi ospedalieri e delle aziende sanitarie.

I progressi nei sistemi informativi

Sviluppi significativi si sono avuti nell'implementazione degli strumenti⁹ a supporto delle scelte di programmazione sanitaria nazionale con l'avvio di due progetti

⁶ L'estensione della metodica dei Piani di rientro al risanamento e alla riqualificazione di strutture di ricovero che si trovino in squilibrio finanziario (uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o in valore assoluto di almeno 10 milioni di euro) e/o che presentino carenze nella quantità, nella qualità e nell'esito delle cure è stata prevista dalla legge di stabilità per il 2016. Gli enti così individuati devono presentare alla regione, entro novanta giorni, un Piano di rientro, della durata non superiore al triennio, che contenga le misure idonee al superamento dei disallineamenti rilevati con riferimento all'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta. Il decreto del 21 giugno 2016 ha definito la metodologia per l'individuazione dei costi e dei ricavi delle Aziende ospedaliere (AO), delle Aziende ospedaliere universitarie (AOU), e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS), da utilizzare al fine di determinare lo scostamento, e quella per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure facendo riferimento al Programma Nazionale Esiti (PNE). Per rispondere a tali necessità di valutazione, il Programma Nazionale Esiti è stato integrato rispetto alle precedenti edizioni, estendendo il numero degli indicatori, prevedendo una sezione ("Treemap") che permette una analisi in grado di evidenziare l'aderenza agli standard di qualità delle strutture ospedaliere per specifiche aree cliniche (cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare) e alcuni indicatori per la valutazione delle strutture in ragione dei volumi di casistiche o di specifiche procedure chirurgiche.

⁷ La Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge relativamente a due aspetti procedurali: la parte in cui la legge prevede che i decreti ministeriali siano emanati "sentita" la Conferenza Stato-Regioni anziché "d'intesa" con la stessa Conferenza (art. 1, commi 526 e 536, della legge 28 dicembre 2015, n. 208) e quella in cui la legge prevede che i provvedimenti a carico delle Regioni siano adottati dalla Giunta regionale anziché lasciare la scelta dell'organo competente in base a quanto previsto dall'ordinamento regionale (art. 1, commi 524, 525 e 529 della legge 28 dicembre 2015, n. 208).

⁸ Per un dettaglio delle aziende ospedaliere interessate per regione si veda il Rapporto di coordinamento 2018.

⁹ Iniziative che dovrebbero potenziare gli strumenti già disponibili per la valutazione dell'assistenza erogata in ambito ospedaliero, da estendere in tempi rapidi all'assistenza territoriale, e che si traducono in indicatori di monitoraggio delle performance dei diversi SSR sia sotto il profilo qualitativo e quantitativo dell'assistenza, sia dal punto di vista dell'assorbimento dei fattori produttivi (e relativi costi) connessi all'erogazione dell'attività. Tali indicatori sono utilizzabili attraverso un cruscotto basato su un *software* di *business intelligence* che ne facilita la consultazione e l'utilizzabilità operativa.

Il primo varato dal Ministero sul finire dell'esercizio è denominato "Analisi dei fattori di produzione per resilienza e sviluppo del Servizio sanitario nazionale". Esso rientra nell'ambito della programmazione 2014-2020 dei Fondi Strutturali Europei e ha la finalità di realizzare un "modello predittivo" per l'analisi dei principali trend evolutivi in atto, in termini di fabbisogni, prestazioni, risorse umane ed economiche, la loro interrelazione ed i relativi impatti sulle diverse componenti del SSN e del *Welfare* nel complesso. E ciò al fine di rispondere in maniera appropriate e adeguate ad una domanda di assistenza sanitaria che si evolve in funzione del progressivo invecchiamento della popolazione, del calo della natalità, dell'introduzione di nuovi farmaci innovativi, etc. Per far questo si punta ad utilizzare i flussi NSIS interconnettibili (SDO, dati TS per la specialistica ambulatoriale e farmaceutica¹⁰ nonché EMUR) e a metterli insieme con le informazioni sul bisogno di salute, con altri indicatori socio-economici (per es. reddito) e con quelli sullo stato in vita degli assistiti e sulla mortalità per causa di morte¹¹.

Con questo progetto, inoltre, si punta a coinvolgere direttamente le Amministrazioni centrali e regionali¹² nel processo di rafforzamento della capacità amministrativa in maniere uniforme e coordinata sul territorio utilizzando metodologie che consentano l'analisi dei livelli di efficacia e di efficienza operativa delle aziende sanitarie, supportandole nell'individuazione delle criticità, nell'erogazione dell'assistenza, anche attraverso il *benchmark* con le altre aziende sanitarie operanti sul territorio regionale e nazionale.

Il secondo progetto¹³ mira invece a "Sostenere la sfida alla Cronicità con il supporto *dell'ICT*". Il progetto vuole contribuire a ridefinire e innovare l'offerta dei servizi del SSN costruendo una "Cassetta degli strumenti" per supportare le Regioni nella progettazione e implementazione di soluzioni innovative. Si punta a fornire indirizzi strategici, metodologie e strumenti volti a individuare modelli innovativi di gestione della salute, con particolare riguardo al problema della cronicità; a supportare con l'ICT gli investimenti effettuati con Fondi strutturali a livello regionale; mettere a fattor comune le azioni relative all'*e Government*; a evidenziare gli opportuni interventi normativi sul tema.

Nel corso dell'anno 2018 è proseguito il potenziamento delle basi informative sanitarie. In attuazione del d.m. 262 del 2016, è stato completato l'intervento di adeguamento dei sistemi informativi su base individuale del NSIS alle modalità di interconnessione, consentendo di ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi *setting* assistenziali per gli anni

¹⁰ L'utilizzo incrociato di informazioni a livello individuale per finalità di programmazione sanitaria richiederà l'autorizzazione dell'autorità del Garante come previsto dall'art. 4 del decreto ministeriale 7 dicembre 2016, n. 262 "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse Amministrazioni dello Stato".

¹¹ Il Progetto prevede due linee di intervento: lo "Sviluppo e test di un modello predittivo a supporto della programmazione sanitaria, basato su *big data*" e lo "Sviluppo di metodologie e strumenti utili per la definizione dell'adeguato impiego dei fattori produttivi nell'erogazione dei LEA"

Per lo sviluppo della prima linea di intervento sono stati istituiti quattro sottogruppi di lavoro: uno finalizzato a strutturare il nucleo centrale del modello predittivo, composto dal modulo di demografico, epidemiologico e stili di vita ("*Core model*"); uno dedicato alla stima dei costi medi di assistenza e valutare il fabbisogno atteso in termini di spesa sanitaria a regole e organizzazione vigente ("*Economico-finanziario*"); un terzo mira a simulare gli effetti di azioni programmatiche su classi di patologie e valutare l'impatto delle possibili innovazioni e di altre azioni programmatiche; "*Patologie e innovazione*"; un quarto è infine finalizzato a individuare e analizzare i dati necessari per alimentare il modello "*Alimentazione modello e analisi dati*". Le attività previste dalla Linea di intervento 2 sono realizzate, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, attraverso una sinergia con il "Tavolo dei Soggetti aggregatori", a cui partecipano i referenti del Ministero della salute ed i rappresentanti dei Soggetti aggregatori nonché gli esperti regionali identificati con l'obiettivo di individuare l'elenco delle categorie merceologiche sulle quali avviare le misure di razionalizzazione dei fabbisogni ed ottimizzazione delle procedure di approvvigionamento.

¹² L'attività di coordinamento progettuale è affidata alla Cabina di regia istituita con decreto direttoriale del 5 novembre 2018. La Cabina di regia è composta da diversi Direttori Generali e Direttori d'Ufficio del Ministero e al suo interno opera, con funzioni di supporto tecnico scientifico, un comitato ristretto denominato *Advisory Board*. Quest'ultimo è composto dai Direttori Generali del Ministero coinvolti, e i referenti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS), dell'Istituto nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL), dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) e di due rappresentanti regionali.

¹³ Il progetto che è stato avviato nell'agosto 2018, coinvolgerà oltre alla DG programmazione che svolgerà l'attività di coordinamento operativo, tutte le Direzioni generali che agiscono nell'ambito del tema della cronicità (Ricerca, Prevenzione, Professioni Sanitarie, Dispositivi medici, Sicurezza Alimentare) e l'AGENAS che contribuisce alla realizzazione di specifiche attività di *Project Management* tecnico-scientifico delle Linee di intervento trasversali.

2012-2018¹⁴. E' in corso di realizzazione l'Anagrafe vaccinale e, grazie alla ricetta elettronica e all'estensione del monitoraggio della distribuzione intermedia, è stato potenziato il sistema di tracciabilità dei farmaci veterinari. È stato ulteriormente esteso il flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, con il passaggio a regime della rilevazione di ulteriori apparecchiature¹⁵.

Sono state condotte le attività finalizzate all'implementazione nel cruscotto NSIS di ulteriori indicatori utili al monitoraggio dei LEA, ed in particolare quelli relativi alle cure palliative e alla terapia del dolore, consentendo di analizzare la continuità assistenziale del malato, dalla struttura ospedaliera al suo domicilio. Sono stati inoltre implementati gli indicatori riferiti all'area residenziale e semiresidenziale, nonché all'area relativa alla specialistica ambulatoriale.

Ancora molto eterogeneo tra le diverse Regioni lo stato di implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), nonostante con la legge di bilancio 2017 si sia previsto di utilizzare l'infrastruttura del Sistema Tessera Sanitaria per la sua operatività¹⁶.

Infine, in materia di dispositivi medici, è proseguita la realizzazione della banca dati Eudamed della Commissione Europea¹⁷, che ha lo scopo di integrare i diversi sistemi elettronici permettendo di raccogliere ed elaborare le informazioni riguardanti: i dispositivi presenti sul mercato e gli operatori economici, la valutazione della conformità, gli organismi notificati, i certificati, le indagini cliniche, la vigilanza e la sorveglianza del mercato¹⁸.

¹⁴ La procedura di interconnessione riguarda: le schede di dimissione ospedaliera; le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza - Pronto soccorso; i certificati di assistenza al parto; le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza - Sistema 118; l'assistenza domiciliare; le prestazioni residenziali e semiresidenziali; le prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta per conto; l'assistenza erogata presso gli *Hospice*; la salute mentale e le dipendenze e il sistema informativo tessera sanitaria del MEF per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica convenzionata, oltre ai sistemi informativi sanitari delle Regioni e delle Province autonome.

Nel 2018 sono stati aggiornati i flussi informativi - ad esclusione dei Sistemi informativi delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto e di quello relativo al certificato di assistenza al parto - con la richiesta alle regioni e al MEF (soggetti alimentanti il NSIS) di utilizzare il Codice Univoco Non invertibile (CUNI) nella trasmissione dei dati al NSIS del Ministero della salute e alla trasformazione di quest'ultimo in Codice Univoco Nazionale Assistito (CUNA) da parte del Ministero, in sostituzione dei codici identificativi dell'assistito precedentemente utilizzati. Sono stati recuperati i dati pregressi, dal 2012, per poi acquisire i corrispondenti flussi informativi in modalità interconnettibile relativi al 2018.

¹⁵ Il patrimonio informativo disponibile al 31 dicembre 2018 è pari a 6.423 apparecchiature, di cui 817 registrate nel 2018. Nello stesso anno, le attività di aggiornamento hanno interessato 5.367 apparecchiature.

¹⁶ La maggior parte delle Regioni ha posto in essere attività autonome per la realizzazione dei sistemi di FSE regionali, Campania, Calabria, Sicilia e Abruzzo hanno chiesto di avvalersi in completa sussidiarietà dei servizi offerti dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità dei FSE, realizzata dal MEF nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria. Alcune regioni, invece, hanno chiesto di avvalersi solo di alcuni servizi di tale infrastruttura. Secondo i dati aggiornati al mese di marzo, 17 Regioni hanno realizzato un sistema FSE per un totale di circa 11 milioni di FSE attivati dai cittadini (concentrati in 5 Regioni), in cui sono disponibili oltre 230 milioni di referti digitalizzati. Tali dati sono pubblicati e aggiornati periodicamente sul portale dedicato. Per quanto riguarda l'interoperabilità dei FSE regionali con l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI), realizzata secondo le modalità tecniche definite dal decreto 4 agosto 2017 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, 11 Regioni hanno già effettuato positivamente i test di interoperabilità con la piattaforma centrale.

¹⁷ Prevista dai regolamenti MDR 745/2017 e MDR 746/2017.

¹⁸ Il documento specifiche funzionali di EUDAMED consentirà di definire il modello di migrazione dall'attuale sistema nazionale di registrazione dei dispositivi medici verso la banca dati. La definizione di tale modello permetterà quindi di effettuare la valutazione d'impatto sui sistemi esistenti ed intervenire in tempo utile per l'avvio del nuovo sistema la cui operatività è prevista per la fine del 2019.

I COSTI DELLA SANITÀ – ANNI 2017 E 2018
(per Regioni in Piano e non – per aree territoriali – valori assoluti in milioni di euro)

	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTICIPAZIONE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
2018							
Regioni in Piano	685,7	15,4	-1.386,1	224,5	180,8	43,7	44.758,0
Regioni non in Piano	1.657,9	17,7	-2.429,8	794,6	602,5	192,0	73.270,6
Totale	2.343,6	33,2	-3.815,9	1.019,1	783,4	235,8	118.028,6
Rso	1.984,2	29,2	-3.404,5	929,0	711,6	217,4	99.965,3
Rso Nord	1.104,7	12,9	-2.103,5	573,7	440,0	133,8	51.071,0
Rso Centro	509,4	7,3	-429,6	243,2	183,4	59,8	23.335,2
Rso Sud	370,1	9,0	-871,4	112,1	88,3	23,8	25.559,0
Rss	359,4	4,0	-411,4	90,1	71,7	18,4	18.063,3
Rss Nord	136,9	1,1	-30,4	42,3	33,3	9,0	5.364,3
Rss Sud	222,4	2,9	-381,0	47,8	38,4	9,3	12.699,0
2017							
Regioni in Piano	697,5	61,0	-1.704,9	223,4	187,3	36,2	44.448,4
Regioni non in Piano	1.680,7	36,5	-2.686,5	778,1	593,9	184,1	72.320,2
Totale	2.378,2	97,5	-4.391,4	1.001,5	781,2	220,3	116.768,7
Rso	2.016,7	86,7	-3.850,9	914,1	710,8	203,3	99.032,4
Rso Nord	1.134,3	24,0	-2.200,5	564,5	432,9	131,6	50.381,5
Rso Centro	508,1	15,8	-582,1	236,9	184,1	52,8	23.211,0
Rso Sud	374,4	46,8	-1.068,2	112,7	93,8	18,9	25.439,9
Rss	361,5	10,8	-540,5	87,4	70,4	17,0	17.736,3
Rss Nord	137,8	2,3	-97,2	41,8	32,8	9,0	5.246,7
Rss Sud	223,7	8,5	-443,3	45,6	37,6	8,0	12.489,6
variazione							
Regioni in Piano	-1,69	-74,71	-18,70	0,48	-3,46	20,91	0,70
Regioni non in Piano	-1,36	-51,43	-9,55	2,12	1,45	4,30	1,31
Totale	-1,45	-65,99	-13,10	1,76	0,27	7,03	1,08
Rso	-1,61	-66,36	-11,59	1,63	0,11	6,95	0,94
Rso Nord	-2,61	-46,29	-4,41	1,63	1,63	1,65	1,37
Rso Centro	0,27	-53,90	-26,21	2,66	-0,41	13,38	0,54
Rso Sud	-1,15	-80,88	-18,43	-0,52	-5,85	25,96	0,47
Rss	-0,58	-62,97	-23,88	3,07	1,89	7,93	1,84
Rss Nord	-0,62	-50,46	-68,67	1,22	1,46	0,38	2,24
Rss Sud	-0,55	-66,34	-14,06	4,76	2,27	16,40	1,68

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Anche nel 2018 la spesa per acquisti di beni rappresenta la voce più dinamica dell'aggregato, con una variazione del 3,7 per cento. Le due componenti più rilevanti sono i prodotti farmaceutici e i dispositivi medici. Essi presentano variazioni, rispettivamente, dell'8,9 e del 2,8 per cento.

Tra le voci minori, di un certo rilievo nell'anno la dinamica della spesa per vaccini che registra un aumento del 6,8 per cento (dopo la forte crescita registrata l'anno precedente, +34 per cento). Significative anche le variazioni della spesa per prodotti dietetici (+8,9 per cento) e per altri beni e prodotti non sanitari (+4,7 per cento).

L'aumento rilevato a livello complessivo interessa pressoché tutte le aree e le tipologie di Enti, anche se con intensità diverse.

Le Regioni in Piano sono quelle che hanno registrato le variazioni più significative nell'ultimo quinquennio, con una media annua superiore al 6 per cento contro il 4 delle altre Regioni. Un risultato su cui ha pesato soprattutto l'acquisto diretto dei farmaci, cresciuto nel quinquennio di quasi il 54 per cento (43 per cento nelle altre Regioni).

6. Particolare attenzione meritano i dispositivi medici la cui spesa è aumentata, del 2,8 per cento.

Si conferma il diverso andamento per i principali aggregati: la spesa per dispositivi diagnostici in vitro e gli altri dispositivi presentano una variazione in crescita rispettivamente del 2,4 e del 3,8 per cento (dal 2013 la crescita è stata del 15,5 e del 12,7 per cento); mentre la spesa per quelli impiantabili attivi si contrae del 3,6 per cento, portando la variazione complessiva nel quinquennio al 12,7 per cento.

TAVOLA 6

LA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI NEL 2018

(migliaia di euro)

REGIONE	2018				2017				var 2018/2017			
	B.1.A.3) Dispositivi medici	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	B.1.A.3) Dispositivi medici	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	B.1.A.3)	B.1.A.3.1)	B.1.A.3.2)	B.1.A.3.3)
PIEMONTE	487.932	335.769	33.929	118.234	472.304	323.532	33.574	115.198	3,3	3,8	1,1	2,6
VALLE D'AOSTA	13.140	8.317	869	3.954	12.357	7.890	696	3.771	6,3	5,4	24,9	4,9
LOMBARDIA	815.764	579.215	67.251	169.298	800.395	560.230	68.464	171.701	1,9	3,4	-1,8	-1,4
P.A. BOLZANO	67.659	49.338	2.809	15.512	65.968	48.083	2.585	15.300	2,6	2,6	8,7	1,4
P.A. TRENTO	70.000	54.000	3.050	12.950	67.715	52.957	3.061	11.697	3,4	2,0		
VENETO	539.266	394.219	39.286	105.761	523.074	379.251	40.418	103.405	3,1	3,9	-2,8	2,3
F.V. GIULIA	177.342	124.895	9.886	42.561	171.464	119.714	10.212	41.538	3,4	4,3	-3,2	2,5
LIGURIA	171.275	113.178	5.029	53.068	159.708	102.729	4.919	52.060	7,2	10,2	2,2	1,9
EMILIA ROMAGNA	468.381	361.989	27.195	79.197	444.209	351.149	26.773	66.287	5,4	3,1	1,6	19,5
TOSCANA	523.225	381.801	33.192	108.232	532.829	374.473	44.285	114.071	-1,8	2,0	-25,0	-5,1
UMBRIA	127.605	89.547	7.624	30.434	124.015	86.497	7.061	30.457	2,9	3,5	8,0	-0,1
MARCHE	209.052	151.328	11.313	46.411	205.607	147.989	10.585	47.033	1,7	2,3	6,9	-1,3
LAZIO	468.505	329.575	24.624	114.306	461.771	323.528	25.775	112.468	1,5	1,9	-4,5	1,6
ABRUZZO	188.060	123.799	11.202	53.059	180.830	122.547	8.513	49.770	4,0	1,0	31,6	6,6
MOLISE	36.188	22.761	2.029	11.398	36.855	22.640	2.687	11.528	-1,8	0,5	-24,5	-1,1
CAMPANIA	445.047	281.404	67.702	95.941	448.550	282.650	70.217	95.683	-0,8	-0,4	-3,6	0,3
PUGLIA	473.670	275.922	66.627	131.121	461.767	262.631	68.346	130.790	2,6	5,1	-2,5	0,3
BASILICATA	58.722	24.713	12.997	21.012	49.566	10.923	18.930	19.713	18,5	126,2	-31,3	6,6
CALABRIA	165.080	102.457	27.175	35.448	152.478	97.356	25.916	29.206	8,3	5,2	4,9	21,4
SICILIA	447.789	318.746	37.112	91.931	421.085	297.386	36.669	87.030	6,3	7,2	1,2	5,6
SARDEGNA	200.197	143.029	14.022	43.146	193.742	137.438	13.870	42.434	3,3	4,1	1,1	1,7
Totale	6.153.899	4.266.002	504.923	1.382.974	5.986.289	4.111.593	523.556	1.351.140	2,8	3,8	-3,6	2,4
Regioni in PDR	2.224.339	1.454.664	236.471	533.204	2.163.336	1.408.738	238.123	516.475	2,8	3,3	-0,7	3,2
altre Regioni	3.929.560	2.811.338	268.452	849.770	3.822.953	2.702.855	285.433	834.665	2,8	4,0	-5,9	1,8
Rso	5.177.772	3.567.677	437.175	1.172.920	5.053.958	3.448.125	456.463	1.149.370	2,4	3,5	-4,2	2,0
Rso Nord	2.482.618	1.784.370	172.690	525.558	2.399.690	1.716.891	174.148	508.651	3,5	3,9	-0,8	3,3
Rso Centro	1.328.387	952.251	76.753	299.383	1.324.222	932.487	87.706	304.029	0,3	2,1	-12,5	-1,5
Rso Sud	1.366.767	831.056	187.732	347.979	1.330.046	798.747	194.609	336.690	2,8	4,0	-3,5	3,4
Rss	976.127	698.325	67.748	210.054	932.331	663.468	67.093	201.770	4,7	5,3	1,0	4,1
Rss Nord	328.141	236.550	16.614	74.977	317.504	228.644	16.554	72.306	3,4	3,5	0,4	3,7
Rss Sud	647.986	461.775	51.134	135.077	614.827	434.824	50.539	129.464	5,4	6,2	1,2	4,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Si riducono le differenze per area territoriale: nelle Regioni in Piano la crescita è del 2,8 per cento ed è da ricondurre al forte incremento registrato negli altri dispositivi medici (+3,3 per cento), cui si accompagna una crescita sopra media per quelli diagnostici in vitro. Una variazione che nelle Regioni a statuto speciale supera il 4,7 per cento, soprattutto per il dato di quelle del Mezzogiorno, in aumento di poco meno del 5,4 per cento. Si accentuano in tal modo le differenze dei valori pro capite delle RSS del Nord.

La spesa in queste Regioni è superiore di circa il 34 per cento rispetto alla media nazionale e del 38 per cento rispetto alle Regioni a statuto ordinario del Nord.

7. I servizi sanitari e non sanitari (trasporti sanitari, consulenze, formazione, etc.) presentano andamenti diversi.

I primi crescono del 2,9 per cento, per effetto di una crescita delle consulenze, dei servizi sanitari da privato e delle spese per lavoro interinale dell'area sanitaria (+5,8 per cento, l'importo è più che raddoppiato dal 2013).

Diverso il risultato tra Regioni in Piano e non: nelle prime, la variazione complessiva è molto netta (+9,4 per cento). Un andamento da ricondurre alla crescita di tutte le principali voci di spesa, fatta eccezione per il lavoro interinale (in flessione del 2,2 per cento) e su livelli particolarmente elevati (oltre il 109 per cento il dato rispetto al 2013).

SEGUE TAVOLA 6

REGIONE	procapite 2018				procapite 2017			
	B.1.A.3)	B.1.A.3.1)	B.1.A.3.2)	B.1.A.3.3)	B.1.A.3)	B.1.A.3.1)	B.1.A.3.2)	B.1.A.3.3)
PIEMONTE	111,5	76,7	7,8	27,0	107,5	73,7	7,6	26,2
VALLE D'AOSTA	104,1	65,9	6,9	31,3	97,4	62,2	5,5	29,7
LOMBARDIA	81,3	57,7	6,7	16,9	79,9	55,9	6,8	17,1
P.A. BOLZANO	128,2	93,5	5,3	29,4	125,8	91,7	4,9	29,2
P.A. TRENTO	129,7	100,0	5,6	24,0	125,7	98,3	5,7	21,7
VENETO	109,9	80,4	8,0	21,6	106,6	77,3	8,2	21,1
F.V. GIULIA	145,9	102,7	8,1	35,0	140,8	98,3	8,4	34,1
LIGURIA	110,0	72,7	3,2	34,1	102,0	65,6	3,1	33,3
EMILIA ROMAGNA	105,2	81,3	6,1	17,8	99,8	78,9	6,0	14,9
TOSCANA	140,0	102,2	8,9	29,0	142,4	100,1	11,8	30,5
UMBRIA	144,2	101,2	8,6	34,4	139,5	97,3	7,9	34,3
MARCHE	136,5	98,8	7,4	30,3	133,7	96,2	6,9	30,6
LAZIO	79,5	55,9	4,2	19,4	78,3	54,9	4,4	19,1
ABRUZZO	143,0	94,1	8,5	40,3	136,8	92,7	6,4	37,6
MOLISE	117,3	73,8	6,6	36,9	118,7	72,9	8,7	37,1
CAMPANIA	76,4	48,3	11,6	16,5	76,8	48,4	12,0	16,4
PUGLIA	117,0	68,2	16,5	32,4	113,6	64,6	16,8	32,2
BASILICATA	103,5	43,6	22,9	37,1	86,9	19,2	33,2	34,6
CALABRIA	84,4	52,4	13,9	18,1	77,6	49,5	13,2	14,9
SICILIA	89,1	63,4	7,4	18,3	83,3	58,8	7,3	17,2
SARDEGNA	121,5	86,8	8,5	26,2	117,2	83,1	8,4	25,7
Totale	101,7	70,5	8,3	22,9	98,8	67,9	8,6	22,3
Regioni in PDR	91,2	59,7	9,7	21,9	88,5	57,6	9,7	21,1
altre Regioni	108,8	77,9	7,4	23,5	105,8	74,8	7,9	23,1
Rso	100,7	69,4	8,5	22,8	98,2	67,0	8,9	22,3
Rso Nord	98,0	70,5	6,8	20,8	94,7	67,8	6,9	20,1
Rso Centro	110,2	79,0	6,4	24,8	109,7	77,3	7,3	25,2
Rso Sud	97,5	59,3	13,4	24,8	94,5	56,8	13,8	23,9
Rss	107,4	76,9	7,5	23,1	102,3	72,8	7,4	22,1
Rss Nord	136,2	98,2	6,9	31,1	131,9	95,0	6,9	30,0
Rss Sud	97,1	69,2	7,7	20,2	91,6	64,8	7,5	19,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Nelle altre Regioni, la seppur contenuta riduzione è da ricondurre soprattutto alla flessione dei rimborsi e delle consulenze e collaborazioni da privato, che più che compensano gli aumenti del lavoro interinale (+11 per cento).

Limitata la flessione dei servizi non sanitari (-0,84 per cento), ma come risultato di andamenti differenti tra Regioni in Piano e non. Le Regioni in Piano segnano una crescita del 6 per cento legata alle consulenze, collaborazioni e lavoro interinale non sanitario da privato. In flessione nel complesso le altre Regioni (-3,9 per cento) proprio per il calo delle consulenze di oltre il 10 per cento. In riduzione anche il dato delle Regioni a statuto speciale di oltre l'8 per cento, ma legato agli andamenti particolari del Friuli (in flessione di oltre il 19 per cento) e della Sicilia (-11,3 per cento).

I costi per il godimento di beni di terzi registrano una crescita del 3,7 per cento. Un risultato da attribuire, anche in questo esercizio, alla significativa crescita dei canoni di noleggio (+6,7 per cento, +5 per cento in media d'anno nell'ultimo quinquennio) solo in parte compensata da una flessione dei fitti passivi e dei canoni di *leasing*. Superiore è la crescita nelle Regioni in Piano (+7 per cento), in ragione di tassi di crescita dei noleggi doppi rispetto alla media mentre si ridimensiona ulteriormente la quota dei canoni di *leasing*.

I servizi appaltati presentano una crescita del 2,3 per cento. Il dato complessivo è frutto di andamenti diversi nelle sue principali componenti: l'aumento per l'assistenza informatica (+5 per cento), gli altri servizi non sanitari (+4,8 per cento), lo smaltimento rifiuti (+1,5 per cento) e la mensa (+1,6 per cento) è solo in parte compensato dalla flessione nei servizi di pulizia lavanderia (-0,3 per cento) e di trasporto (-1,3 per cento). La flessione registrata in tali aree segnala tuttavia l'impegno assunto da parte delle Regioni di monitorare tali settori, avendo riguardo ai vincoli previsti dalla normativa e al crescente ricorso a centrali uniche di acquisto. Va segnalato infine, anche nel 2018, l'incremento più consistente registrato nelle Regioni a statuto speciale (+3,1 per cento).

8. Le prestazioni riconducibili a soggetti *market* (assistenza sanitaria di base, farmaceutica, specialistica, riabilitativa, integrativa protesica ospedaliera e altre prestazioni) assorbono nel 2018 costi per 39,9 miliardi, in crescita rispetto al 2017 (+1,1 per cento). Nel complesso, questa voce di spesa ha registrato dal 2013 un incremento molto contenuto (+1,6 per cento).

Tra le prestazioni di soggetti *market*, l'assistenza di base presenta un costo complessivo pari a 6,6 miliardi, sostanzialmente stabile rispetto allo scorso esercizio. Tale andamento sconta il mancato rinnovo delle convenzioni con i medici di base.

Continua a ridursi anche nel 2018 la farmaceutica convenzionata. Nell'esercizio, la spesa si ferma a 7,5 miliardi (7,6 nel 2017 e 8,1 miliardi nel 2016), con una diminuzione dello 0,8 per cento (dal 2013 la flessione è stata di oltre il 12,5 per cento). Un calo da ricondurre all'effetto combinato di diversi fattori (farmaci generici¹⁹, sconti a carico di grossisti e farmacisti, compartecipazione alla spesa dei cittadini). Ad essi si aggiunge, come si diceva, il potenziamento della distribuzione diretta - soprattutto nelle Regioni soggette a Piano di rientro - che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale. Diversi i risultati tra Regioni: la riduzione della spesa

¹⁹ Va tuttavia ricordato che almeno guardando agli ultimi dati diffusi dall'OCSE, l'Italia è uno dei Paesi europei con una quota più bassa di prodotti generici sul totale a carico dello Stato: poco più del 18 per cento contro valori superiori al 90 per cento della Germania.

è del 3 per cento nelle Regioni in Piano di rientro, mentre segnano una seppur limitato aumento le altre (+1 per cento).

Per la specialistica convenzionata²⁰, i costi subiscono un aumento del 2,3 per cento. La maggiore crescita registrata nelle Regioni in Piano non annulla le differenze nella spesa pro capite tra i due raggruppamenti. La variazione dell'anno porta l'incremento al 2,8 per cento.

Nel 2018 l'assistenza ospedaliera, aggregato che comprende le spese per l'assistenza da Ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, registra una variazione dell'1,1 per cento. Tra il 2013 e il 2018 tale voce di spesa ha subito una variazione molto contenuta (3 per cento). Ciò sembra testimoniare l'efficacia delle misure assunte a partire dal 2012 (DL n. 95 del 2012 e DL n. 78 del 2015), che prevedevano una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo) e la definizione di accordi contrattuali a livello regionale.

Accelera la spesa nelle Regioni a ordinamento speciale del Nord (in media +5,4). La crescita, che riguarda, prevalentemente, i corrispettivi per assistenza ospedaliera da IRCCS e Policlinici privati, non muta il limitato rilievo che tale assistenza ha in queste Regioni rispetto al dato medio complessivo: il 3 per cento sul totale dei costi contro l'8 per cento medio nazionale.

Anche nel 2018 gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate crescono del 2,3 per cento. Le Regioni non in Piano vedono aumentare tale voce di spesa del 3,9 per cento. La crescita interessa soprattutto le Regioni a statuto ordinario del Nord e del Centro.

La spesa per l'integrativa e protesica ricomprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare per le persone affette da determinate malattie e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica. Contiene, altresì, le prestazioni che comportano l'erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. I relativi costi ammontano, complessivamente, a circa 1,9 miliardi, sostanzialmente invariata nell'ultimo biennio. Nel 2018 il limitato aumento dell'integrativa è più che compensato dal calo della protesica. In calo la spesa nelle Regioni in Piano.

L'aggregato "Altre prestazioni" ricomprende quelle relative alle cure termali, alla medicina dei servizi, all'assistenza psichiatrica, all'assistenza agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, alle comunità terapeutiche. Si tratta nel complesso di 8,4 miliardi, in crescita del 2,9 per cento, variazione che cresce al 4,1 per cento nelle Regioni del Mezzogiorno. Va considerato che tale voce di spesa è cresciuta del 19,2 per cento dal 2013. Sono quattro le principali voci di spesa ricomprese nell'aggregato.

Si tratta, innanzitutto, degli acquisti di prestazioni socio sanitarie in crescita nel 2018 del 2,7 per cento (del 5,2 e del 3 per cento rispettivamente nelle Regioni in Piano e non). Tali acquisti pesano per oltre il 62 per cento sull'aggregato (il 46 per cento nelle Regioni in Piano di rientro) e presentano una crescita molto sostenuta nell'ultimo quinquennio, +17,6 per cento nel complesso delle Regioni, il 29,1 per cento nelle Regioni in Piano.

²⁰ La specialistica convenzionata comprende gli acquisti di prestazioni da convenzionati SUMAI, da Ospedali classificati, IRCCS privati, Policlinici privati e da altri operatori privati accreditati.

Agli acquisti per prestazioni di trasporto sanitario è riconducibile il 12,5 per cento della spesa (sia nelle Pdr che non), con una variazione media del 3,5 per cento nel quinquennio (4,4 nelle Regioni non in Piano).

Simile il rilievo in termini di risorse assorbite dell'acquisto di prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale (quota che cresce al 18,3 per cento nelle Pdr). Le Regioni in Piano presentano una crescita tre volte quella delle altre (+3,6 per cento).

La quarta voce per rilievo è costituita dalle prestazioni per la distribuzione dei farmaci File F, il 10 per cento dell'aggregato. Tale tipologia di spesa continua ad aumentare a ritmi sostenuti: nell'anno è aumentata del 4,5 per cento; dal 2013 l'aumento è stato, in media, del 59 per cento e del 63 per cento nelle non in Piano.

RIQUADRO 3 - I TETTI ALLA SPESA FARMACEUTICA E AI DISPOSITIVI MEDICI NEL 2018

La verifica del rispetto dei tetti per la spesa farmaceutica tiene conto delle modifiche introdotte con la legge di bilancio per il 2017, che ha disposto una revisione dei meccanismi che regolano il sistema: dal 2017 la spesa per farmaci di classe A in distribuzione diretta e per conto è ricompresa tra quella ospedaliera e non più tra quella territoriale; di conseguenza sono mutate le quote previste per i tetti di spesa (da 11,35 a 7,96 per cento per la territoriale e da 3,5 a 6,89 per cento per l'ospedaliera); lo stesso provvedimento ha disposto l'istituzione di due fondi, ciascuno con una dotazione di 500 milioni, per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi (non oncologici) e oncologici.

I risultati del monitoraggio della spesa farmaceutica sono quest'anno relativi all'intera gestione 2018 grazie alla predisposizione lo scorso 11 aprile da parte dell'AIFA di un primo rilascio del Report di monitoraggio. Essi consentono una prima valutazione dell'operare del sistema nell'ultimo esercizio.

TAVOLA RQ3.1

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE NEL 2018

Regione	FSN gen-dic 2018	Tetto 7,96%	Spesa convenzionata	Scostamento assoluto	Inc.% su FSR
PIEMONTE	8.347,0	664,4	547,5	-117,0	6,56%
DAOSTA	232,6	18,5	14,4	-4,1	6,18%
LOMBARDIA	18.652,9	1.484,8	1.463,5	-21,2	7,85%
P.A. BOLZANO	929,1	74,0	48,8	-25,2	5,25%
P.A. TRENTO	970,6	77,3	62,4	-14,9	6,43%
VENETO	9.143,3	727,8	558,3	-169,5	6,11%
FRIULI V.G.	2.267,2	180,5	159,7	-20,7	7,05%
LIGURIA	3.133,9	249,5	210,0	-39,5	6,70%
E. ROMAGNA	8.366,2	666,0	475,6	-190,3	5,69%
TOSCANA	7.101,8	565,3	453,9	-111,4	6,39%
MARCHE	1.691,2	134,6	124,6	-10,1	7,37%
UMBRIA	2.900,5	230,9	211,9	-18,9	7,31%
LAZIO	10.879,4	866,0	850,0	-16,0	7,81%
ABRUZZO	2.478,9	197,3	212,0	14,7	8,55%
MOLISE	590,3	47,0	42,2	-4,8	7,14%
CAMPANIA	10.625,8	845,8	859,7	13,9	8,09%
PUGLIA	7.485,3	595,8	605,9	10,1	8,09%
BASILICATA	1.081,9	86,1	82,0	-4,1	7,58%
CALABRIA	3.614,3	287,7	290,2	2,5	8,03%
SICILIA	9.258,1	736,9	664,5	-72,4	7,18%
SARDEGNA	3.023,7	240,7	236,5	-4,2	7,82%
ITALIA	112.774,0	8.976,8	8.173,6	-803,2	7,25%
Piano	44.932	3.577	3.525	-52	7,84%
Non Piano	67.842	5.400	4.649	-751	6,85%
Rso	96.093	7.649	6.987	-662	7,27%
Rso Nord	47.643	3.792	3.255	-538	6,83%
Rso Centro	22.573	1.797	1.640	-156	7,27%
Rso Sud	25.876	2.060	2.092	32	8,08%
Rss	16.681	1.328	1.186	-141	7,11%
Rss Nord	4.399	350	285	-65	6,48%
Rss Sud	12.282	978	901	-77	7,34%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati AIFA

Per la farmaceutica convenzionata il tetto di spesa pari a poco meno di 9 miliardi è stato nel complesso rispettato: la spesa si è mantenuta al di sotto del limite per oltre 804 milioni. Le Regioni che presentano eccessi di spesa sono solo 4 superando il limite per 41,2 milioni. In media l'incidenza è del 7,25 per cento. Anche nel 2018 due Regioni presentano una spesa convenzionata inferiore di oltre 2 punti rispetto al tetto previsto: si tratta dell'Emilia Romagna e della Provincia di Bolzano, che registrano una incidenza del 5,69 e del 5,25 per cento del Fondo sanitario.

La spesa per acquisti diretti, invece, eccede il limite previsto per oltre 2,2 miliardi. Tale importo risulta come differenza tra il dato di tracciabilità trasmesso dalle aziende, al netto dei *payback* e della spesa che è coperta con il fondo farmaci innovativi ed oncologici, per un totale di circa 10 miliardi, e il tetto previsto (7,8 miliardi). Lo scostamento rispetto all'obiettivo riguarda tutte le Regioni per importi molto differenziati. Sono ben 8 le Regioni che segnano scostamenti di oltre 3 punti rispetto al limite. Va poi considerato che la spesa per farmaci innovativi eccede il miliardo di finanziamento previsto dai due fondi. La spesa tracciata per quelli non oncologici ha raggiunto i 524,8 milioni e quella per quelli oncologici i 676,3 milioni. Al netto del *payback* tali somme sono pari a 369 e 613,8 milioni. Limitata è quindi la quota di scostamento della spesa diretta imputabile ai farmaci innovativi (circa 114 milioni).

TAVOLA RQ3.2

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA NEL 2018

(in milioni)

REGIONE	FSN Gen-Dic 2018	Tetto 6,89%	Spesa Diretta	Scostamento assoluto	% sul FSN
PIEMONTE	8.347,0	575,1	693,9	118,8	8,31%
V. D'AOSTA [#]	232,6	16,0	16,6	0,6	7,15%
LOMBARDIA	18.652,9	1.285,2	1.330,1	44,9	7,13%
P. A. BOLZANO	929,1	64,0	80,4	16,4	8,66%
P. A. TRENTO	970,6	66,9	75,6	8,7	7,78%
VENETO	9.143,3	630,0	707,4	77,4	7,74%
FRIULI V. G. #	2.267,2	156,2	230,3	74,1	10,16%
LIGURIA	3.133,9	215,9	292,0	76,0	9,32%
E. ROMAGNA	8.366,2	576,4	803,2	226,7	9,60%
TOSCANA	7.101,8	489,3	664,6	175,3	9,36%
MARCHE	1.691,2	116,5	173,4	56,9	10,25%
UMBRIA	2.900,5	199,8	286,8	86,9	9,89%
LAZIO	10.879,4	749,6	980,9	231,3	9,02%
ABRUZZO	2.478,9	170,8	245,9	75,1	9,92%
MOLISE	590,3	40,7	52,1	11,5	8,84%
CAMPANIA	10.625,8	732,1	1.001,3	269,2	9,42%
PUGLIA	7.485,3	515,7	800,8	285,1	10,70%
BASILICATA	1.081,9	74,5	107,8	33,2	9,96%
CALABRIA	3.614,3	249,0	366,1	117,0	10,13%
SICILIA [#]	9.258,1	637,9	781,3	143,4	8,44%
SARDEGNA	3.023,7	208,3	330,3	122,0	10,92%
ITALIA	112.774,0	7.770,1	9.977,2	2.207,1	8,85%
Piano	44.932	3.096	4.228	1.133	9,41%
Non Piano	67.842	4.674	5.749	1.074	8,47%
Rso	96.093	6.621	8.506	1.885	8,85%
Rso Nord	47.643	3.283	3.827	544	8,03%
Rso Centro	22.573	1.555	2.106	550	9,33%
Rso Sud	25.876	1.783	2.574	791	9,95%
Rss	16.681	1.149	1.515	365	9,08%
Rss Nord	4.399	303	403	100	9,16%
Rss Sud	12.282	846	1.112	265	9,05%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati AIFA

Anche nel 2018 la spesa per dispositivi medici è stata superiore del 24 per cento rispetto all'obiettivo. Sono 3 le Regioni che presentano una spesa coerente con il tetto previsto (Lombardia, Lazio e Campania). Si accentuano gli scostamenti particolarmente marcati (tra il 62 e il 74 per cento rispetto al tetto) che caratterizzano nel Nord le Regioni a Statuto speciale (tranne la Valle d'Aosta) e tutte le Regioni centrali (tranne il Lazio). Nel Mezzogiorno, superiori al 50 per cento del limite previsto l'Abruzzo e la Sardegna.

Il permanere di andamenti della spesa superiori ai tetti concordati e, soprattutto, le forti differenze tra enti regionali richiedono una attenta valutazione. Il Ministero della salute, in considerazione della

tardiva applicazione della norma che prevedeva un meccanismo di *payback* anche per i dispositivi medici ha previsto di definire con l'accordo Stato-Regioni, il tetto di spesa di ciascuna regione²¹.

TAVOLA RQ3.3

IL TETTO ALLA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI NEL 2018²²

(in migliaia)

Regione	FSN gen-dic 2018	Tetto 4,4%	dispositivi	Scostamento assoluto
PIEMONTE	8.347,0	367,3	487,9	120,7
V. D'AOSTA	232,6	10,2	13,1	2,9
LOMBARDIA	18.652,9	820,7	815,8	-5,0
P. A. TRENTO	970,6	42,7	67,7	25,0
P. A. BOLZANO	929,1	40,9	70,0	29,1
VENETO	9.143,3	402,3	539,3	137,0
FRIULI V. G.	2.267,2	99,8	177,3	77,6
LIGURIA	3.133,9	137,9	171,3	33,4
E. ROMAGNA	8.366,2	368,1	468,4	100,3
TOSCANA	7.101,8	312,5	523,2	210,7
MARCHE	2.900,5	127,6	209,1	81,4
UMBRIA	1.691,2	74,4	127,6	53,2
LAZIO	10.879,4	478,7	468,5	-10,2
ABRUZZO	2.478,9	109,1	188,1	79,0
MOLISE	590,3	26,0	36,2	10,2
CAMPANIA	10.625,8	467,5	445,0	-22,5
PUGLIA	7.485,3	329,4	470,5	141,1
BASILICATA	1.081,9	47,6	58,7	11,1
CALABRIA	3.614,3	159,0	165,1	6,0
SICILIA#	9.258,1	407,4	447,8	40,4
SARDEGNA	3.023,7	133,0	200,2	67,2
ITALIA	112.774,0	4.962,1	6.150,7	1.188,6
Piano	44.932	1.977	2.221	244
Non Piano	67.842	2.985	3.930	945
Rso	96.093	4.228	5.175	946
Rso Nord	47.643	2.096	2.483	386
Rso Centro	22.573	993	1.328	335
Rso Sud	25.876	1.139	1.364	225
Rss	16.681	734	976	242
Rss Nord	4.399	194	328	135
Rss Sud	12.282	540	648	108

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

RIQUADRO 4 – CURE ALL'ESTERO E IL SALDO MOBILITÀ ESTERA

Nel 2018 sono valorizzati nel modello CE i dati della mobilità internazionale. Ciò deriva dall'approvazione del regolamento, dPR 24 novembre 2017 numero 224, attuativo dell'art. 1, commi 82,84 e 86 della LF per il 2013 (legge 228/2012). L'articolo 2 comma 8 del dPR prevede le modalità di contabilizzazione della mobilità in sede di riparto del FSN. Nel 2018, secondo quanto concordato in sede tecnica dalla Conferenza Stato-Regioni del 31 luglio 2018, sono stati contabilizzati i debiti e i crediti relativi al periodo 2013-2017 oltre ad un acconto 2018 calcolato sui dati 2015 (ultimo anno per il quale i dati risultano stabilizzati). Per gli anni 1995-2012 in applicazione di quanto previsto nel dPR e dall'art. 18 del d.lgs. 502/92 dovrà essere definito un apposito accordo con le Regioni. Per gli

²¹ Si punta ad individuare un meccanismo di applicazione del *payback* per il periodo 2015-2018 tale da consentire agli enti del SSN di rientrare dagli sfondamenti di spesa attraverso la corresponsione di quote di ripiano da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici. L'amministrazione prevede, poi, di individuare ulteriori misure di governance del settore della spesa dei dispositivi medici atte a semplificare il meccanismo di definizione dei tetti di spesa e di determinazione dell'eventuale sfondamento di spesa; ciò alla luce di quanto previsto dalla legge di bilancio 2019 che, ai commi 516 e 557, ha previsto la necessità di individuare misure di efficientamento dei costi e nuove regole per la determinazione dello sfondamento della spesa per i dispositivi medici, al fine di semplificare il processo di responsabilizzazione dei diversi attori e di coinvolgere maggiormente le aziende fornitrici del settore.

²² Gli interventi normativi in materia di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria, hanno interessato anche i dispositivi medici. L'articolo 17 del DL n. 98 del 2011 ha previsto per i dispositivi medici un tetto di spesa, fissandolo inizialmente al 5,2 per cento del livello del finanziamento a carico dello Stato. Il DL n. 95 del 2012 e la legge di stabilità per il 2013 hanno poi ridefinito ulteriormente il predetto tetto, fissandolo al 4,8 per cento per il 2013 e, a decorrere dal 2014, al 4,4 per cento.

anni 2014 e 2015 la mobilità internazionale è entrata nel riparto solo fino a concorrenza del soddisfacimento dei crediti delle Regioni in attivo.

Il 22 maggio 2018, è stato pubblicato il d.m. 16 aprile 2018, n. 50 avente ad oggetto “Regolamento in materia di assistenza transfrontaliera soggetta ad autorizzazione preventiva”.

In base al sistema normativo italiano i residenti in Italia, iscritti agli elenchi delle ASL possono godere, ove previamente autorizzati, di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione fruite presso centri di altissima specializzazione all'estero a carico del SSN italiano, qualora tali prestazioni non siano ottenibili tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico presso presidi e servizi pubblici o convenzionati sul territorio italiano. La richiesta di autorizzazione deve essere rivolta al Centro regionale di riferimento per branca specialistica, tramite la ASL di iscrizione. Il Centro di riferimento è chiamato a valutare la sussistenza sul territorio nazionale di strutture idonee ad eseguire, entro termini ragionevoli, le prestazioni sanitarie richieste, ovvero laddove non sia possibile, valutato il requisito dell'altissima specializzazione della struttura estera, fornire il parere tecnico sanitario positivo al rilascio dell'autorizzazione.

Il decreto ha individuato le prestazioni sottoposte ad autorizzazione preventiva e le modalità per l'aggiornamento delle stesse (in attuazione dei criteri stabiliti dall'art. 9, comma 2, lettera a) del d.lgs. 38/2014). Si tratta dei ricoveri ospedalieri che richiedono almeno un pernottamento e delle prestazioni ambulatoriali terapeutiche o di diagnostica strumentale che richiedono l'utilizzo di infrastrutture sanitarie o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose.

I costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera sono rimborsati all'assistito italiano in misura corrispondente alla tariffa regionale vigente nella regione di residenza²³, al netto della compartecipazione alla spesa, se dovuta. Queste tariffe per alcune Regioni sono pienamente corrispondenti a quelle stabilite a livello nazionale con il d.m. 18 dicembre 2012 (attualmente in fase di avanzata revisione), in altre sono state stabilite dalle Regioni.

E' stata avviata dal Ministero della salute una analisi dei dati di tali cure, che mira a individuare eventuali ricorsi inappropriati alle cure all'estero²⁴ e a valutare eventuali potenziamenti, sia qualitativi che quantitativi, nella struttura dell'offerta sanitaria nazionale.

Nonostante l'offerta di prestazioni di elevata qualità e specializzazione da parte di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate operanti nel nostro Paese negli ultimi anni sia cresciuta, sia qualitativamente che quantitativamente, l'analisi dei flussi dei trasferimenti all'estero nel biennio 2016-2017 è rimasta sostanzialmente immutata: nel 2016 i formulari rilasciati per ottenere le cure all'estero nei paesi UE erano 5.057 e nel 2017 4.965, simili a quanto rilevato nel biennio precedente. I dinieghi sono stati nei due anni rispettivamente 109 e 83, soprattutto con motivazione per cure eseguibili in Italia.

Un primo esame dei dati relativi all'ultimo biennio ha confermato il rilievo del ricorso all'assistenza all'estero nell'ambito specialistico oculistica: sono più di 1.000 quelli rilasciati per ottenere cure soprattutto in Svizzera e per patologie che riguardano la cura di forme non appaiono di alta specialità (miopia, cataratta, distacco di retina). Di rilievo è poi il ricorso per cure in ambito specialistico dell'oncologia medica: sono circa 2.243 le richieste nel 2016; 1.186 autorizzazioni, rilasciate per prestazioni di diagnostica oncologica (di cui 1.169 rilasciate per ottenere la prestazione in Svizzera). Stesso andamento per l'anno 2017: a fronte di 2.190 autorizzazioni, 1.181 sono state rilasciate per ottenere la prestazione in Svizzera. Anche in questo caso il contesto italiano sembra adeguato all'erogazione della prestazione richieste. Sempre in ambito di oncologia medica è da sottolineare il ricorso alla radioterapia: nel 2016 e nel 2017 a fronte rispettivamente di 697 e 586 autorizzazioni, 641 e 521 sono state rilasciate per ottenere la prestazione in Svizzera.

Stesse perplessità nascono anche per l'ambito specialistico delle malattie del sistema circolatorio che annovera, nel 2016 e nel 2017 rispettivamente 149 e 159 richieste destinate prevalentemente Germania, per la maggior parte riferiti a patologia linfedema primario o secondario.

²³ Le tariffe regionali sono quelle indicate nei tariffari utilizzati dalle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, e sono quelle applicate per rimborsare le prestazioni erogate in Italia a tutti gli erogatori del Servizio sanitario nazionale, pubblici o privati accreditati.”

²⁴ L'analisi è previsto si sviluppi in tre anni 2018/2020. Nel primo anno si è programmato di individuare il volume delle prestazioni sanitarie autorizzate dalle Regioni ad essere usufruite all'estero, al fine di acquisire la dimensione del fenomeno. Nel biennio 2019-2020 l'analisi è previsto venga estesa guardando alle prestazioni sanitarie individuate dal sistema ICDM9 suddivise per patologia e per regione richieste dai cittadini in relazione al numero delle prestazioni sanitarie per le quali le Regioni hanno rilasciato l'autorizzazione per gli anni 2018-2019, al fine di comprendere le aree territoriali maggiormente carenti.

I risultati dal lato delle entrate

9. Le entrate (al netto delle coperture e ulteriori trasferimenti per assicurare la copertura dei LEA da Province e Regioni a statuto speciale) crescono nel 2018 dell'1 per cento; sono lievi le differenze tra il complesso delle Regioni in Piano e non. Sempre limitate, ma di maggior rilievo quelle ove si guardi alle Regioni per tipologia e area territoriale. Sono le Regioni a statuto speciale a presentare la crescita maggiore (+1,7 per cento), ma prevalentemente grazie all'aumento di quelle insulari che registrano una variazione del 2,1 per cento (la Sicilia con un aumento dell'1,8 per cento e la Sardegna in crescita del 3 per cento).

Un risultato su cui ha inciso solo in parte il contributo da Regione relativo al fondo sanitario indistinto e vincolato. Tali importi crescono nel complesso dello 0,9 per cento. La variazione è di poco superiore (1 per cento) nelle Regioni non in Piano (ed in particolare delle Regioni a statuto ordinario del Nord, +1,1 per cento). Sono le Regioni a statuto ordinario del Centro e del Sud a registrare gli andamenti più contenuti (rispettivamente dell'0,8 e dello 0,6 per cento) mentre le Regioni a statuto speciale del Sud presentano una crescita dell'1,2 per cento.

L'aumento dei contributi da Regione si accompagna a quello per le compartecipazioni (+1,1 per cento), per contributi in conto esercizio da enti pubblici (+9,1 per cento), da concorsi, recuperi per attività tipiche (+15,8 per cento) e da altre entrate varie (+10,4 per cento).

Per quanto riguarda i contributi in conto esercizio da enti pubblici, l'aumento presenta andamenti diversi per voci tra Regioni non in Piano e in Piano.

Le prime vedono ridursi i contributi regionali vincolati a favore di quelli extra fondo e aumentano in misura consistente i contributi da altri soggetti pubblici. Crescono, in particolare, i fondi ricevuti dall'Amministrazione centrale per la ricerca, ma con una ricomposizione tra quota corrente a favore di quella per la ricerca finalizzata. Si riducono, invece, i fondi che la regione destina a ricerca.

Nelle Regioni in Piano raddoppiano i contributi vincolati da Regione, mentre si riducono quelli da altri Enti pubblici; flettono i trasferimenti dell'Amministrazione centrale per ricerca mentre aumenta l'importo di quella regionale. Crescono anche le rettifiche di contributi in c/esercizio per investimenti.

Incidono su tali andamenti i risultati particolari registrati da Sardegna, Sicilia e Campania che vedono più che raddoppiato il risultato rispetto al 2017. Per le due Regioni insulari tale andamento è quello che più incide sulla dinamica particolarmente positiva dell'esercizio.

Diversi gli andamenti anche per quanto riguarda i concorsi, recuperi e rimborsi tra le regioni. In forte crescita quelli delle Regioni non in Piano (+22 per cento), contro la flessione di poco inferiore al 6 per cento nelle regioni in Piano.

Si tratta in prevalenza di somme ricevute da privati (circa il 62 per cento del totale), che nelle Regioni non in Piano crescono di poco meno del 40 per cento. Un aumento che più che compensa la flessione nei rimborsi assicurativi e negli oneri stipendiali per il personale in posizione di comando presso la Regione o altri soggetti pubblici.

I RICAVI DELLA SANITÀ ANNI 2017-2018
(per Regioni in piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni di euro)

	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERI E RIMBORSI PER ATTIVITÀ TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS
2018													
Regioni in Piano	44.290,9	0,0	373,9	6,5	14,2	165,0	13,7	122,4	312,1	50,3	4,6	601,5	45.955,1
Regioni non in Piano	66.619,7	55,4	849,2	76,9	59,7	423,5	79,5	553,6	1.046,9	213,9	1,3	1.306,9	71.286,5
Totale	110.910,6	55,4	1.223,1	83,4	73,9	588,5	93,2	676,0	1.359,0	264,1	6,0	1.908,5	117.241,6
Rso	94.413,7	5,2	890,2	78,8	63,6	504,6	87,7	593,1	1.195,3	241,0	3,9	1.581,2	99.658,4
Rso Nord	46.778,3	0,1	584,3	70,1	40,4	306,1	70,6	333,5	706,3	126,1	0,8	858,0	49.874,6
Rso Centro	22.185,9	1,7	133,6	6,6	12,0	119,9	10,6	198,6	313,4	80,1	0,9	402,3	23.465,8
Rso Sud	25.449,5	3,4	172,2	2,0	11,2	78,7	6,4	60,9	175,6	34,8	2,2	320,9	26.318,0
Rss	16.496,9	50,2	332,9	4,6	10,3	83,9	5,5	82,9	163,6	23,1	2,1	327,2	17.583,3
Rss Nord	4.324,9	43,0	82,6	3,6	7,2	43,9	1,7	29,8	95,2	13,7	0,0	135,9	4.781,6
Rss Sud	12.172,0	7,2	250,2	1,0	3,1	39,9	3,8	53,2	68,4	9,4	2,0	191,3	12.801,7
2017													
Regioni in Piano	43.948,6	0,0	307,7	9,4	29,6	186,4	16,7	130,1	312,4	45,7	4,0	592,0	45.582,6
Regioni non in Piano	65.956,0	62,6	813,5	93,6	84,4	442,4	82,4	453,8	1.031,7	193,7	1,7	1.319,2	70.534,8
Totale	109.904,6	62,6	1.121,2	102,9	114,0	628,7	99,1	583,9	1.344,0	239,3	5,7	1.911,2	116.117,4
Rso	93.587,2	6,4	928,5	97,5	100,6	542,5	92,0	490,7	1.183,1	214,0	4,4	1.583,0	98.829,9
Rso Nord	46.273,1	0,1	576,4	84,3	58,2	324,5	74,2	309,8	701,5	130,7	1,1	867,8	49.401,6
Rso Centro	22.010,9	2,3	195,0	9,5	27,5	133,8	10,4	116,2	303,0	49,6	0,6	398,1	23.257,0
Rso Sud	25.303,2	4,1	157,0	3,6	14,8	84,2	7,5	64,8	178,6	33,7	2,6	317,1	26.171,2
Rss	16.317,3	56,2	192,7	5,5	13,4	86,2	7,1	93,2	161,0	25,3	1,3	328,2	17.287,5
Rss Nord	4.285,4	42,0	83,2	4,5	6,4	42,6	1,2	37,2	92,8	13,2	0,1	142,3	4.750,9
Rss Sud	12.031,9	14,2	109,5	1,0	7,0	43,6	5,9	55,9	68,2	12,1	1,3	185,9	12.536,6
variazione													
Regioni in Piano	0,78		21,48	-30,32	-52,04	-11,45	-18,44	-5,95	-0,10	10,10	16,00	1,61	0,82
Regioni non in Piano	1,01	-11,59	4,40	-17,85	-29,26	-4,26	-3,45	22,01	1,48	10,44	-23,51	-0,93	1,07
Totale	0,92	-11,59	9,09	-18,99	-35,17	-6,39	-5,99	15,78	1,11	10,37	4,04	-0,14	0,97
Rso	0,88	-19,55	-4,12	-19,15	-36,75	-6,97	-4,74	20,85	1,04	12,62	-11,67	-0,11	0,84
Rso Nord	1,09	-1,30	1,37	-16,83	-30,64	-5,65	-4,79	7,68	0,68	-3,48	-33,42	-1,12	0,96
Rso Centro	0,79	-24,15	-31,49	-30,28	-56,33	-10,45	2,65	70,93	3,44	61,44	55,82	1,06	0,90
Rso Sud	0,58	-17,34	9,72	-43,79	-24,39	-6,54	-14,44	-5,95	-1,65	3,16	-17,34	1,21	0,56
Rss	1,10	-10,68	72,71	-16,02	-23,31	-2,74	-22,11	-10,96	1,64	-8,66	55,86	-0,30	1,71
Rss Nord	0,92	2,41	-0,73	-20,33	12,04	3,14	46,75	-20,05	2,53	3,71	-41,43	-4,45	0,64
Rss Sud	1,16	-49,36	128,52	4,28	-55,62	-8,49	-35,67	-4,90	0,44	-22,10	61,27	2,88	2,11

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Nelle Regioni in Piano, invariate le somme ricevute da privati (che rappresentano il 41,5 per cento dell'aggregato), sono in riduzione tutte le altre voci.

In crescita anche le entrate diverse sia nella componente che si riferisce a fitti attivi e ad altre entrate da attività immobiliare, sia in quella degli altri proventi diversi. Un risultato simile per intensità nelle Regioni in e non in Piano che nasconde, tuttavia, andamenti particolari di alcune Regioni. Sono le Regioni a statuto ordinario del Sud e quelle a statuto speciale del Nord, ma soprattutto, quelle del Centro a presentare gli andamenti più consistenti. Nel caso dei fitti tre Regioni (Piemonte, Lombardia ed Emilia) registrano circa il 46 per cento di tale tipo di entrata. Nel caso delle altre spese a quattro regioni (Lombardia Veneto Toscana e Puglia) sono riconducibili oltre il 58 per cento di tali entrate. Sono la Toscana e la Puglia ad incidere sull'andamento complessivo in crescita a fronte del calo degli importi riconducibili alle altre due Regioni.

Tra le voci di entrata in riduzione quella di maggior rilievo finanziario sono i ricavi per prestazioni sanitarie verso privati. Nel complesso, la flessione è del 6,4 per cento ma con intensità particolarmente forti in quelle in Piano (-11,5 per cento) contro una riduzione del 4,3 per cento nelle altre Regioni.

Si tratta di ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate da privati e di quelle per consulenze condotte in intramoenia. Sono i cali delle prime a spiegare l'andamento complessivo di tale tipo di entrata. Ciò mentre, specie nelle regioni non in Piano, tengono i ricavi per consulenze. Sono il Lazio e la Sicilia a registrare riduzioni particolarmente significativo.

Immutato il rilievo complessivo dei costi capitalizzati ma, anche in questo caso, con andamenti differenziati. Alla riduzione nelle Regioni non in Piano (-1,0 per cento) si contrappone una variazione in crescita dell'1,6 nelle Regioni in Piano. Sono la Sicilia e la Campania (oltre al Molise ma su livelli molto più contenuti) a presentare gli incrementi più rilevanti (rispettivamente +4,3 e 8,2 per cento). Tra le Regioni non in Piano, solo Veneto e Marche e Piemonte presentano variazioni in aumento superiori al 2 per cento.

10. Le compartecipazioni alla spesa contabilizzate nei CE riguardano quelle relative alla specialistica ambulatoriale, per il pronto soccorso e per altre prestazioni. Si tratta nel complesso di oltre 1.358 milioni, 22,5 euro pro capite in media nazionale.

Nel 2018 le compartecipazioni sulle prestazioni sanitarie hanno registrato una seppur limitata ripresa (+1,1 per cento), pur confermandosi su livelli inferiori a quella del 2013.

La crescita è riconducibile alla specialistica ambulatoriale, quella che presenta le maggiori criticità e per la quale, secondo quanto previsto, il nuovo sistema doveva muovere tenendo conto della condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza e, al contempo, assicurare l'invarianza del gettito derivante dalla partecipazione alla spesa a livello nazionale²⁵. La revisione del sistema doveva prendere

²⁵ Ci si riferisce a quanto elaborato da un gruppo di lavoro che, in attuazione di quanto previsto nel Patto per la salute 2014-2016, era stato costituito con la partecipazione di Ministero salute, Ministero economia, AGENAS e Regioni con l'obiettivo di definire una proposta di revisione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni, al fine di garantire maggiore equità al sistema, ancorando lo stesso alla condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza e assicurando, contemporaneamente l'invarianza del gettito derivante dalla partecipazione alla spesa a livello nazionale. Il gruppo di lavoro aveva, innanzitutto, cercato di individuare lo strumento attraverso il quale collegare il sistema di partecipazione ed esenzione alla situazione economica dell'assistito, tenendo conto che attualmente gli strumenti di misurazione utilizzabili sono l'ISEE ed il Reddito equivalente (RE). Circa, invece, le modalità di partecipazione, sia per l'assistenza specialistica che per l'assistenza farmaceutica, il Gdl aveva elaborato alcune proposte di revisione che potranno essere oggetto di successiva selezione per la formulazione di uno schema di atto legislativo. L'attività è sospesa dal 2016. La questione sarà probabilmente riaffrontata alla luce dei contenuti del nuovo Patto per la salute in corso di elaborazione.

in considerazione diversi aspetti: promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e, quindi, favorirne una richiesta più appropriata; garantire un gettito finanziario adeguato per le Regioni, evitando al contempo che livelli di compartecipazione troppo elevati (specie nella specialistica) favorissero lo spostamento dal Servizio Sanitario Nazionale verso strutture private, minando la stessa possibilità di garantire livelli di assistenza adeguati.

TAVOLA 8

I PROVENTI PER LE COMPARTICIPAZIONI ALLA SPESA

REGIONE	2018 - (in milioni di euro)						2017 - (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	185,8	69,9	115,9	115,0	0,6	0,2	181,4	68,9	112,5	111,1	1,1	0,2
VALLE D'AOSTA	11,4	3,3	8,1	6,2	0,2	1,6	12,1	3,8	8,3	5,9	0,3	2,2
LOMBARDIA	490,5	277,7	212,8	207,7	5,1	0,0	480,8	268,6	212,1	206,7	5,4	0,0
P.A. BOLZANO	31,0	10,5	20,4	18,1	1,9	0,4	29,4	9,9	19,5	17,4	1,9	0,3
P. A. TRENTO	31,4	10,1	21,3	17,7	1,9	1,7	30,5	9,4	21,1	17,2	1,8	2,1
VENETO	301,3	130,3	171,0	155,4	12,9	2,7	302,6	127,4	175,2	158,1	13,0	4,1
FRIULI V.G.	65,1	19,7	45,4	40,0	0,5	4,9	62,6	18,7	43,9	38,6	0,5	4,9
LIGURIA	88,5	45,3	43,2	42,8	0,4	0,0	86,8	44,0	42,8	42,3	0,5	0,0
EMILIA ROMAGNA	244,9	81,4	163,5	153,8	9,6	0,0	236,1	77,3	158,8	150,4	8,4	0,0
TOSCANA	208,8	74,6	134,2	130,9	2,7	0,6	207,8	73,4	134,4	131,0	2,8	0,5
UMBRIA	54,0	21,1	32,9	31,9	0,5	0,5	47,5	19,6	28,0	27,6	0,4	0,0
MARCHE	73,2	31,4	41,8	41,6	0,2	0,0	66,7	28,3	38,4	38,2	0,2	0,0
LAZIO	274,2	169,8	104,5	104,2	0,2	0,0	266,3	164,0	102,3	102,0	0,2	0,0
ABRUZZO	70,7	36,0	34,7	33,5	1,2	0,0	67,7	34,1	33,7	32,9	0,8	0,0
MOLISE	14,1	9,4	4,6	4,6	0,0	0,0	13,7	9,1	4,6	4,6	0,0	0,0
CAMPANIA	263,0	210,6	52,4	51,2	1,1	0,0	258,2	200,2	57,9	55,4	2,5	0,0
PUGLIA	184,1	134,6	49,4	45,9	3,6	0,0	179,2	132,8	46,5	42,9	3,6	0,0
BASILICATA	29,7	18,8	10,9	10,9	0,0	0,0	28,7	17,7	11,0	10,9	0,0	0,0
CALABRIA	80,3	56,7	23,6	23,2	0,4	0,0	78,5	53,5	25,0	23,8	1,1	0,1
SICILIA	209,6	166,8	42,8	42,5	0,3	0,0	202,8	160,4	42,5	42,1	0,3	0,0
SARDEGNA	55,6	30,0	25,6	24,7	0,9	0,0	53,8	28,1	25,7	24,8	0,9	0,0
Totale	2.967,0	1.608,1	1.359,0	1.301,8	44,3	12,8	2.893,2	1.549,1	1.344,0	1.284,0	45,7	14,3
Regioni piano rientro	1.096,0	784,0	312,1	305,2	6,8	0,1	1.066,4	754,0	312,4	303,7	8,6	0,1
Altre regioni	1.871,0	824,1	1.046,9	996,7	37,5	12,7	1.826,8	795,1	1.031,7	980,3	37,1	14,3
Regioni Nord	1.449,7	648,3	801,4	756,7	33,1	11,6	1.422,3	628,0	794,3	747,7	32,8	13,8
RSO	1.310,9	604,6	706,3	674,7	28,6	3,0	1.287,7	586,2	701,5	668,7	28,5	4,4
RSS	138,8	43,6	95,2	82,0	4,5	8,7	134,7	41,8	92,8	79,0	4,4	9,4
Regioni Centro	610,3	296,9	313,4	308,6	3,7	1,1	588,3	285,3	303,0	298,9	3,6	0,5
Regioni Sud	907,0	663,0	244,1	236,5	7,6	0,0	882,6	635,8	246,7	237,4	9,2	0,1
RSO	641,8	466,2	175,6	169,3	6,3	0,0	626,0	447,4	178,6	170,5	8,0	0,1
RSS	265,2	196,8	68,4	67,2	1,2	0,0	256,6	188,5	68,2	66,9	1,2	0,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute e AIFA

Sulla definizione di un nuovo assetto ha inciso anche il complesso lavoro di ridefinizione e di aggiornamento delle tariffe per le prestazioni specialistiche disposto con l'approvazione dei nuovi LEA. Nonostante l'impegnativo lavoro condotto dall'Amministrazione nel 2018, non è stato possibile completare l'aggiornamento soprattutto per il permanere di dubbi dell'Amministrazione finanziaria sulla adeguatezza delle coperture.

SEGUE TAVOLA 8

REGIONE	variazione %			pro capite 2018 (in euro)			Totale compartecipazioni (2017) pro capite
	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)		Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)		
		A	B		A	B	
	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B
PIEMONTE	2,4	1,4	3,0	42,5	16,0	26,5	41,3
VALLE D'AOSTA	-6,4	-12,9	-3,4	90,0	26,2	63,8	95,6
LOMBARDIA	2,0	3,4	0,3	48,9	27,7	21,2	48,0
P.A. BOLZANO	5,2	6,3	4,6	58,7	20,0	38,7	56,2
P. A. TRENTO	3,1	7,3	1,2	58,2	18,7	39,5	56,6
VENETO	-0,4	2,3	-2,4	61,4	26,6	34,9	61,7
FRIULI V.G.	3,9	5,0	3,4	53,5	16,2	37,3	51,4
LIGURIA	1,9	2,9	0,9	56,8	29,1	27,7	55,5
EMILIA ROMAGNA	3,7	5,4	2,9	55,0	18,3	36,7	53,1
TOSCANA	0,5	1,6	-0,1	55,9	20,0	35,9	55,5
UMBRIA	13,7	7,8	17,7	61,1	23,8	37,2	53,5
MARCHE	9,7	11,0	8,9	47,8	20,5	27,3	43,3
LAZIO	3,0	3,5	2,1	46,5	28,8	17,7	45,1
ABRUZZO	4,4	5,8	3,0	53,8	27,4	26,4	51,2
MOLISE	2,9	3,7	1,3	45,6	30,6	15,0	44,1
CAMPANIA	1,9	5,2	-9,6	45,1	36,1	9,0	44,2
PUGLIA	2,7	1,4	6,4	45,5	33,3	12,2	44,1
BASILICATA	3,4	5,9	-0,6	52,3	33,1	19,2	50,3
CALABRIA	2,4	6,0	-5,4	41,1	29,0	12,1	39,9
SICILIA	3,4	4,0	0,9	41,7	33,2	8,5	40,1
SARDEGNA	3,4	6,7	-0,3	33,7	18,2	15,5	32,5
Totale	2,6	3,8	1,1	49,1	26,6	22,5	47,8
Regioni piano rientro	2,8	4,0	-0,1	45,0	32,2	12,8	43,6
Altre regioni	2,4	3,6	1,5	51,8	22,8	29,0	50,6
Regioni Nord	1,9	3,2	0,9	52,3	23,4	28,9	51,3
RSO	1,8	3,1	0,7	51,8	23,9	27,9	50,8
RSS	3,1	4,2	2,5	57,6	18,1	39,5	55,9
Regioni Centro	3,7	4,1	3,4	50,6	24,6	26,0	48,7
Regioni Sud	2,8	4,3	-1,1	43,8	32,0	11,8	42,5
RSO	2,5	4,2	-1,7	45,8	33,2	12,5	44,5
RSS	3,4	4,4	0,4	39,7	29,5	10,3	38,2

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute e AIFA

Si accentuano le già forti differenze tra regioni e aree territoriali: le Regioni in Piano presentano importi in media inferiori alla metà delle altre Regioni (circa 13 euro pro capite contro i 29 delle altre); le Regioni a statuto speciale del Nord incassano in media 39,5 euro pro capite ben superiori alla media nazionale, mentre quelle insulari registrano importi di poco superiori ai 10 euro (10,3 euro); molto limitato il contributo offerto dai *ticket* sul pronto soccorso: dei 44,3 milioni incassati (in flessione rispetto al 2017), oltre il 62 per cento è riconducibile a tre Regioni (Veneto, Lombardia e Emilia) che contano per il 32 per cento della popolazione.

RIQUADRO 5 – IL RIPARTO DEL FONDO EX ART. 1 COMMA 804 E 805 DELLA LEGGE 205/2017

La legge di bilancio per il 2018 ha previsto lo stanziamento di 60 milioni per avviare una seppur parziale, riduzione dei ticket previsti per la specialistica ambulatoriale (il fondo è stato istituito dall'art. 1, comma 804 e 805, della legge 205/2017). L'applicazione del pagamento di una quota fissa per ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale è stato disposto con il DL 98/2011. Il provvedimento, che aveva reintrodotta le disposizioni previste già dalla legge 296/2006 e poi abolite con il DL 23/2007 per gli anni dal 2007 al 2011, ha anche confermato la possibilità per le Regioni di ricorrere a misure alternative con effetto finanziario equivalente, anche

definendo misure di compartecipazione al costo delle prestazioni. Si sono avvalse di tale possibilità 7 Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia, Toscana, Umbria e Basilicata). Il “super ticket” era previsto determinare maggiori entrate per 828 milioni. In base ai dati rilevati con la Tessera sanitaria nel 2016, la quota fissa riscossa era di poco inferiore alla metà (413,7 milioni). Della differenza, circa 247 milioni erano riconducibili alle Regioni che hanno previsto almeno in parte misure equivalenti.

L’obiettivo della legge di bilancio per il 2018 è conseguire una maggiore equità e agevolare l’accesso alle prestazioni sanitarie da parte di specifiche categorie di soggetti vulnerabili i quali, allo stato attuale, potrebbero rientrare tra coloro che non sono esenti e pagano la quota fissa

Un primo schema di decreto per il riparto dei 60 mln di euro prevedeva la ripartizione dell’ 80 per cento delle risorse, in proporzione al numero delle ricette non esenti rilevate dal flusso TS anno 2016 e il 20 per cento quale correttivo (comma 805) volto a privilegiare le Regioni che avevano adottato iniziative finalizzate ad ampliare il numero dei soggetti esentati dal pagamento della quota fissa sulla ricetta di cui all’articolo 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, ovvero delle misure di cui alla lettera p-bis) del medesimo comma. In questo caso, il 20 per cento sarebbe stato assegnato solo alle regioni che avevano attivato il comma 796 p-bis, nel presupposto che a suo tempo avevano già previsto una diversa modulazione della quota fissa per la specialistica ambulatoriale, introducendo misure equivalenti in altri ambiti. Erano state escluse dall’accesso al fondo (per l’intera quota) le RSS (fatta eccezione per la Sicilia, sulla base della quota di compartecipazione alla spesa prevista dalla norma) e le PPAA di Trento e Bolzano. Ciò in quanto, in base alla normativa vigente, questi Enti si autofinanziano in toto per la spesa sanitaria e all’epoca dell’introduzione del super-ticket le RSS non avrebbero subito una penalizzazione, mentre alle Regioni a statuto ordinario è stato ridotto il fondo sanitario.

Il decreto presentato lo scorso 28 novembre dal Governo e su cui è stata data l’intesa in Conferenza Stato Regioni ha modificato i criteri di riparto, prevedendo di attribuire il 90 per cento dei fondi sulla base della quota di accesso al riparto del FSN 2018 e il 10 per cento alle regioni che avevano attivato il comma 796 p-bis, (come nella precedente proposta di riparto)

I 60 milioni stanziati dovrebbero consentire una riduzione media del 14,5 per cento delle quote riscosse. Diversa è l’incidenza tra Regioni in seguito alla metodologia di riparto adottata: le quote maggiori vanno (sempre in rapporto al gettito effettivo) all’Umbria, Calabria, Campania Puglia ed Emilia.

TAVOLA RQ5.1

IL RIPARTO DEL FONDO PER LA RIDUZIONE DEI TICKET SULLA SPECIALISTICA (INTESA 13 DICEMBRE 2018)

Regioni	90% delle risorse ripartite in proporzione alla quota di accesso 2018	Effetto manovra su base annua a decorrere dal 2012 (stima)	Quota fissa per ricetta senza misure regionali (gettito effettivo) dati TS anno 2016	Scostamento tra stima e gettito solo regioni che hanno attivato comma 796 p-bis	10% delle risorse ripartite in % scostamento tra stima e gettito effettivo	Totale ripartito	Ripartizione %	Ripartito/ Gettito effettivo	Ripartito/ Gettito stimato	N° ricette non esenti (TS anno 2016) tutte le regioni
Piemonte	4,5	87,2	41,9	45,4	1,1	5,6	9,3	13,3	6,4	5.293.174
Val d'Aosta	-	2,7	1,0	-	-	-	0,0	-	-	161.831
Lombardia	10,0	148,6	116,3	32,2	0,8	10,8	18,0	9,3	7,3	11.783.838
Bolzano - P. A.	-	10,6	-	-	-	-	0,0	-	-	654.687
Trento - P. A.	-	10,6	-	-	-	-	0,0	-	-	737.279
Veneto	4,9	100,8	49,0	51,8	1,3	6,2	10,3	12,6	6,1	5.580.449
Friuli Venezia Giulia	-	24,7	12,6	-	-	-	0,0	-	-	1.288.390
Liguria	1,6	25,2	15,9	-	-	1,6	2,7	10,3	6,5	1.586.316
Emilia Romagna	4,5	91,8	20,7	71,1	1,7	6,2	10,4	30,0	6,8	6.353.995
Toscana	3,8	62,7	31,6	31,1	0,8	4,6	7,6	14,5	7,3	3.939.543
Umbria	0,9	10,9	2,7	8,2	0,2	1,1	1,8	40,2	10,1	1.139.773
Marche	1,6	20,2	11,8	-	-	1,6	2,6	13,2	7,7	1.186.090
Lazio	5,9	95,2	39,4	-	-	5,9	9,8	14,9	6,1	4.371.832
Abruzzo	1,3	13,1	10,5	-	-	1,3	2,2	12,7	10,2	1.052.896
Molise	0,3	3,5	1,7	-	-	0,3	0,5	19,0	9,1	166.541
Campania	5,6	22,8	22,2	-	-	5,6	9,4	25,4	24,8	2.290.313
Puglia	4,0	33,8	16,1	-	-	4,0	6,7	24,9	11,9	1.706.349
Basilicata	0,6	7,3	-	7,3	0,2	0,7	1,2	-	10,3	614.624
Calabria	1,9	10,7	6,2	-	-	1,9	3,2	31,2	18,2	803.731
Sicilia	2,5	29,6	14,2	-	-	2,5	4,2	17,8	8,5	1.529.581
Sardegna	-	16,1	-	-	-	-	0,0	-	-	1.228.227
TOTALE	54,0	827,8	413,7	247,0	6,0	60,0	100,0	14,5	7,2	53.469.459

(*) si tratta della stima degli effetti su base annua dell’applicazione dell’articolo 17, c.6 del DL 98/2011

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Per avere un quadro completo del contributo richiesto al cittadino vanno considerati anche i ticket sui farmaci che, incassati al momento della fornitura della prestazione, vanno in riduzione di quanto dovuto dalla Regione per la farmaceutica convenzionata.

I ticket sui farmaci crescono nell'anno del 3,6 per cento. L'importo complessivo della compartecipazione nelle Regioni in Piano cresce del 4 per cento contro il 3,6 per cento delle altre. Si conferma anche quest'anno la minore dinamica relativa delle Regioni del Nord ad ordinamento ordinario che crescono del 3,1 per cento.

Si accentuano in tal modo le differenze tra Regioni e aree nel peso della compartecipazione al prezzo dei farmaci. Sono le Regioni in piano a presentare gli importi maggiori in termini pro capite: più di 32 euro contro i 22,8 delle altre Regioni. Le Regioni a statuto speciale del Nord continuano a registrare gli importi pro capite più bassi (in media 18,1 euro).

Il combinato disposto di tali andamenti, fa sì che il contributo complessivo richiesto ai cittadini cresca nel 2018 in media del 2,6 per cento. Sono nell'anno le Regioni del Centro e quelle Insulari a registrare l'incremento maggiore (rispettivamente il 3,7 e il 3,4 per cento)

Pur confermandosi la maggiore incidenza delle compartecipazioni in termini pro capite nelle Regioni a statuto speciale del Nord con 57,6 euro pro capite (oltre 34 punti superiore al livello di quelle di Sicilia e Sardegna) e in quelle a statuto ordinario sempre del Nord (52,3 euro) tale distanza si è ridotta.

11. In attesa della definitiva conclusione del contenzioso con le aziende farmaceutiche, è in crescita in quasi tutte le Regioni nel 2018 il contributo alle entrate del *payback*. In media l'aumento è del 37,4 per cento. Gli aumenti più consistenti si registrano tra le Regioni del Centro (solo il Lazio presenta variazioni inferiori alla media. Più contenuti gli aumenti nelle Regioni settentrionali, mentre cresce in misura significativa l'importo iscritto nelle Regioni in Piano di rientro del Mezzogiorno.

Un andamento che dipende dalla ripresa delle contabilizzazioni del *payback* per lo sfondamento dei tetti degli acquisti diretti.

TAVOLA 9

LE ENTRATE DA PAY BACK

	Rimborsi da aziende farmaceutiche per il <i>payback</i>			Payback territoriale		Payback ospedaliero		Ulteriore <i>payback</i>	
	2017	2018	var 18/17	2017	2018	2017	2018	2017	2018
PIEMONTE	54.563	65.661	20,3				36.714	54.563	28.947
VALLE D' AOSTA	876	900	2,7				568	876	332
LOMBARDIA	116.623	142.890	22,5				73.836	116.623	69.054
P.A. BOLZANO	4.483	5.583	24,5				0	4.483	5.583
P. A. TRENTO	4.939	0	-100,0				0	4.939	0
VENETO	47.617	64.998	36,5				32.473	47.617	32.525
FRIULI V.G.	13.452	5.604	-58,3				0	13.452	5.604
LIGURIA	30.953	28.917	-6,6				21.171	30.953	7.746
EMILIA ROMAGNA	46.014	71.178	54,7				55.950	46.014	15.228
TOSCANA	41.228	101.951	147,3				71.661	41.228	30.290
UMBRIA	11.000	19.844	80,4				13.221	11.000	6.623
MARCHE	17.634	35.758	102,8				22.871	17.634	12.887
LAZIO	69.999	84.843	21,2				39.413	69.999	45.430
ABRUZZO	13.717	27.705	102,0				17.073	13.717	10.632
MOLISE	3.675	3.980	8,3				1.719	3.675	2.261
CAMPANIA	59.000	98.289	66,6				55.932	59.000	42.357
PUGLIA	57.051	77.422	35,7				47.054	57.051	30.368
BASILICATA	7.274	5.500	-24,4				0	7.274	5.500
CALABRIA	26.336	32.647	24,0				18.775	26.336	13.872
SICILIA	55.095	64.526	17,1				0	55.095	64.526
SARDEGNA	24.654	32.005	29,8				20.163	24.654	11.842
Totale	706.183	970.201	37,4				528.594	706.183	441.607

SEGUE TAVOLA 9

	Rimborsi da aziende farmaceutiche per il <i>payback</i>		var 18/17	<i>Payback territoriale</i>		<i>Payback ospedaliero</i>		<i>Ulteriore payback</i>	
	2017	2018		2017	2018	2017	2018	2017	2018
Regioni in PDR	284.873	389.412	36,7	-	-	-	179.966	284.873	209.446
altre Regioni	421.310	580.789	37,9	-	-	-	348.628	421.310	232.161
Rso	602.684	861.583	43,0	-	-	-	507.863	602.684	353.720
Rso Nord	295.770	373.644	26,3	-	-	-	220.144	295.770	153.500
Rso Centro	139.861	242.396	73,3	-	-	-	147.166	139.861	95.230
Rso Sud	167.053	245.543	47,0	-	-	-	140.553	167.053	104.990
Rss	103.499	108.618	4,9	-	-	-	20.731	103.499	87.887
Rss Nord	23.750	12.087	-49,1	-	-	-	568	23.750	11.519
Rss Sud	79.749	96.531	21,0	-	-	-	20.163	79.749	76.368

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

In riduzione rispetto allo scorso anno sono invece le somme relative agli “altri *payback*”. Si tratta di quelli relativi alla assistenza non convenzionata corrisposti alle Regioni dalle case farmaceutiche in relazione alla sospensione delle riduzioni di prezzo del 5 per cento dei medicinali di fascia A e H; di quella prevista a ripiano degli sfondamenti dei tetti definiti con delibera CIPE 3/2001; di quelli versati dalle aziende in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata ex articolo 48 c.33 del DL 269/2003; di quelli a riduzione di spesa del SSN ai sensi dell’articolo 48 del DL 269/03 e del monitoraggio di cui al DL 113/16

Il Tavolo di lavoro sulla *governance* dei farmaci e dei dispositivi medici, istituito con decreto ministeriale del 28 luglio 2018 ha concluso i suoi lavori nell’autunno con la predisposizione di un documento che propone misure sia di natura amministrativa che normativa. Si suggerisce la revisione del prontuario²⁶, la promozione e il sostegno dei farmaci equivalenti e liste di trasparenza²⁷, la modifica nel ruolo e nel funzionamento dei tetti di spesa, inclusa la revisione del sistema di attribuzione del budget alle aziende.

Per risolvere le criticità evidenziate in termini di *payback* il documento ha segnalato la necessità di interventi normativi che si sono tradotti nell’articolo 22-*quater* del decreto-legge 119/2018 che in materia di transazioni tra le aziende farmaceutiche e AIFA per il ripiano della spesa relativa agli anni 2013/2015 ha prescritto la validità delle transazioni, con la sola sottoscrizione dell’AIFA, quale parte pubblica; nell’articolo 1, commi da 574 a 584, della legge 145/2018 che hanno semplificato il complesso meccanismo del ripiano della spesa farmaceutica²⁸ e nell’articolo 9-*bis*, commi da 3 a 6,

²⁶ La revisione da parte di Aifa deve superare la presenza di farmaci terapeuticamente equivalenti ammessi alla rimborsabilità del SSN con prezzi differenziati.

²⁷ L’utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa sanitaria in generale e della spesa farmaceutica in particolare, con riferimento al sistema di rimborso a carico del SSN nonché alla sostenibilità sociale a carico del cittadino, in relazione alla circostanza che la quota di spesa differenziale fra prezzo di riferimento a carico del SSN e prezzo delle specialità di marca è posta per legge a carico del cittadino stesso.

²⁸ Tali disposizioni hanno modificato il ripiano dello sfondamento mediante il sistema di *payback* per budget aziendale che ha creato un notevole contenzioso, puntando su un sistema che si basa sulle quote di mercato per ogni azienda; garantito la tracciabilità dei dati con modalità trasparente prevedendo l’utilizzo dei dati del sistema informativo sanitario fino al 31 dicembre 2021 e successivamente i dati della fatturazione elettronica; individuato nell’ambito del tetto degli acquisti diretti pari al 6,89 per cento un tetto pari allo 0, 20 da destinare ai gas medicinali; confermato i fondi per farmaci innovativi e farmaci innovativi oncologici prevedendo che il superamento dei predetti fondi è ripianato dalle relative aziende che li producono; garantito un sistema di equità anche con specifico riferimento ai farmaci orfani; tutelato le piccole aziende coinvolgendo nel meccanismo del ripiano solo quelle che superano i 3 milioni di fatturato; tutelato le regioni rispetto alle somme non pagate introducendo una compensazione tra le risorse che le aziende non hanno pagato e quanto gli enti sanitari regionali devono alle aziende per acquisti diretti e prevedendo che se entro il 15 febbraio 2019 esse non rientrano delle risorse finanziarie connesse alle procedure di ripiano, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti rimane parametrato al livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard previsto per l’anno 2018, fino al recupero integrale delle predette risorse.

della legge 12/2019 che ha semplificato e completato il procedimento di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per gli anni dal 2013 al 2017²⁹.

IL MONITORAGGIO DEI LEA

I risultati

12. Sulla base degli esiti delle verifiche infrannuali condotte dai Tavoli di monitoraggio si confermano nel 2017, accanto alle tendenze in miglioramento in numerosi settori, molte delle criticità e limiti riscontrate negli anni precedenti.

Guardando alla qualità delle prestazioni fornite dai SSR ed in particolare a quelle rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)³⁰, permangono in numerose Regioni in Piano elementi di criticità legati all'insufficienza della rete di assistenza domiciliare o di strutture specifiche rivolte ad anziani e disabili, all'eccessivo numero di parti cesarei primari accompagnato da una percentuale ancora elevata di quelli che avvengono in strutture che non garantiscono un'adeguata sicurezza delle pazienti e a livelli di prevenzione, quali misurati dalla popolazione sottoposta a *screening* oncologici, al di sotto della soglia critica.

In recupero invece, dopo il drastico calo osservato negli anni precedenti, peraltro comune anche alle altre Regioni, la copertura delle vaccinazioni in età pediatrica a seguito dell'emanazione del DL n. 70/2017, che ha subordinato l'accesso a scuola alla presentazione della relativa certificazione.

Nonostante le carenze ricordate, migliorano nelle Regioni in Piano le prestazioni offerte dal Servizio sanitario, anche se solo l'Abruzzo presenta un punteggio complessivo della "Griglia" LEA in linea con le altre aree del Centro-Nord; il punteggio è comunque aumentato tra il 2016 e il 2017 in Lazio, Molise e Puglia che risultano "adempienti" insieme alla Sicilia mentre, nonostante il miglioramento, la Campania resta al di sotto della soglia minima richiesta. In netto peggioramento la Calabria, anche per l'insufficienza della qualità e copertura dei flussi informativi necessari al monitoraggio: la scarsa qualità dei servizi resi ai cittadini insieme all'accentuarsi di disavanzi finanziari

²⁹ La norma è intervenuta su sollecitazione delle regioni che per risolvere il ripiano della spesa farmaceutica degli anni 2013-2017 hanno sottoscritto con Farindustria un Accordo in materia di *payback* farmaceutico. Nel far salva la finalità di cui al comma 582 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, prevede che nel caso in cui alla data del 15 febbraio 2019 non si sia perfezionato il recupero integrale delle risorse finanziarie connesse alle procedure di ripiano della spesa farmaceutica per gli anni 2013-2017, il direttore generale dell'AIFA accerta, entro il 30 aprile 2019, che sia stato versato dalle aziende farmaceutiche titolari di AIC almeno l'importo di euro 2.378 milioni, a titolo di ripiano della spesa farmaceutica per gli anni già indicati, al Fondo istituito presso il MEF che viene ridenominato Fondo per *payback* 2013-2017. Per l'accertamento che deve perfezionarsi entro il 31 maggio 2019, si prevede che Aifa possa avvalersi anche dei dati forniti dal MEF nonché dalle regioni interessate ed è previsto, inoltre, che nel conteggio devono essere computati sia gli importi già versati per i ripiani degli anni 2013-2017 che quelli versati risultanti dalle transazioni stipulate.

³⁰ L'erogazione dei LEA è monitorata, dall'apposito Comitato, attraverso una "Griglia" di indicatori (riguardanti l'assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera) aggiornato annualmente al fine di consentirne l'adattamento ai nuovi indirizzi politici-programmatori e di cogliere gli aspetti ritenuti più rilevanti. La metodologia prevede di assegnare ad ogni indicatore un peso di riferimento e di calcolare un punteggio rispetto al valore raggiunto dalla regione nei confronti dello standard nazionale. Secondo i criteri in vigore, una regione è considerata adempiente se presenta un punteggio ≥ 160 o compreso tra 140 e 160 senza alcun indicatore al di sotto della soglia definita critica; mentre è inadempiente se il punteggio complessivo è < 140 o compreso tra 140 e 160 ma con almeno un indicatore critico. Tale valutazione complessiva è al momento disponibile per tutte le regioni relativamente all'esercizio 2016, mentre per il 2017 i dati del monitoraggio sono ancora provvisori.

privi di copertura hanno portato, come si è detto, alle misure emergenziali disposte con il decreto-legge 35 del 2019.

RIQUADRO 6 – LA SANITÀ NELLA REGIONE CALABRIA

Nell'ambito delle Regioni impegnate nei Piani di rientro, o nella loro prosecuzione in programmi operativi, la Calabria ha registrato il valore più basso di soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza: un punteggio complessivo pari a 136 secondo la Griglia LEA, al di sotto della soglia di adempienza (160) e in flessione rispetto alla precedente annualità (144 nel 2016 e 147 nel 2015). Le carenze sono ascrivibili in primo luogo alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza ospedaliera: un numero eccessivo di parti cesarei primari superiore allo standard di riferimento fissato dal d.m. n. 70/2015 (29,6 per cento vs 15 per cento nelle strutture con meno di mille parti/anno; 27,4 per cento vs 25 per cento nelle strutture con più di mille parti/anno) e una quota di pazienti ultrasessantacinquenni con diagnosi principali di frattura del collo del femore, operati entro 2 giornate in regime ordinario, molto inferiore alla soglia (31,8 per cento vs 60 per cento). Criticità sono ascrivibili anche all'adesione agli *screening* oncologici, che mostra valori fortemente inadeguati (2 per cento vs 9 per cento), e all'erogazione dell'assistenza territoriale con una quota insufficiente di anziani assistiti a domicilio (1,4 per cento vs 1,88 per cento).

A questa situazione fa riscontro l'elevata mobilità passiva extraregionale (20,5 per cento rispetto ad una media nazionale dell'8,3 per cento), che nel corso degli anni ha contribuito ad aumentare l'entità del disavanzo sanitario: complessivamente, infatti, la quota di valore delle prestazioni ospedaliere erogate a residenti da strutture ubicate in altre Regioni è in sostanziale crescita, attestandosi ad oltre 318 mln di euro.

Si rilevano, inoltre, ritardi nella riorganizzazione della rete ospedaliera (programmata con il DCA 64/2016 e valutata positivamente dai Tavoli), nelle procedure di accreditamento e nei rapporti con gli erogatori privati, nella definizione dei nodi della rete riabilitativa e della lungodegenza.

Gravi le carenze e/o criticità nella trasmissione dei report in materia di controlli delle cartelle cliniche e nella contabilità analitica riscontrate in tutte le aziende del SSR.

Tali andamenti si sono riflessi sulla situazione economico-finanziaria della sanità regionale. Al riguardo, in occasione della riunione del 4 aprile 2019 di verifica annuale sul 2018, il Tavolo adempimenti e il Comitato LEA hanno rilevato che la regione, al IV trimestre 2018, presentava un disavanzo di circa 169 milioni. Dopo il conferimento delle coperture, il risultato di gestione evidenziava ancora un disavanzo di circa 62 milioni. Pertanto i Tavoli hanno dato atto che si sono realizzate, con riferimento a tale esercizio, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, ovvero: l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti; l'applicazione del blocco automatico del *turn over* del personale del SSR fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello in corso; il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

I Tavoli hanno inoltre rilevato il persistere di numerose inadempienze riferite agli anni 2016 e 2017, che pregiudicano l'accesso alla quota premiale del FSN. Anche per l'anno 2015 persistono talune inadempienze, che dovranno essere riaffrontate in sede di definizione dei PO 2019-2021, nonché nei piani di rientro ex lege 208/15 delle aziende sanitarie.

Alla luce di tale situazione – *performance* negativa nella qualità delle prestazioni, sostanziale ritardo delle azioni previste dai Programmi Operativi, generale carenza dei flussi informativi che non consente una valutazione corretta dell'erogazione dei LEA e della programmazione regionale, e disavanzi privi di copertura - con il decreto-legge 35/2019 si è previsto, tra l'altro, che il Commissario ad acta proceda ad effettuare una verifica straordinaria sull'attività dei direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale e l'eventuale loro sostituzione con commissari straordinari.

Per quanto riguarda le Regioni non in Piano, esse presentano tutte un punteggio complessivo superiore alla soglia, con valori compresi tra i 189 punti della Basilicata e i 221 del Piemonte³¹. Risulta invece non adeguato quello relativo ad alcune aree territoriali non sottoposte alla verifica degli adempimenti: si tratta delle Regioni a statuto speciale Valle d'Aosta e Sardegna (con un valore pari, rispettivamente, a 149 e 140) e della P.A. di Bolzano (120).

RIQUADRO 7 – IL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA DEI LEA

Il Ministero della salute ha di recente pubblicato gli esiti della sperimentazione del modello del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, approvato lo scorso dicembre in Conferenza Stato-Regioni e in vigore dal 2020: sulla base dei dati relativi al 2016, solo nove Regioni risulterebbero adempienti. La nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione dei tre livelli di assistenza (ospedaliera, distrettuale e prevenzione), ma valuta distintamente ciascuno di essi, con un valore compreso in un *range* 0-100 per cento e un valore minimo di garanzia del 60 per cento

Per la sperimentazione è stato utilizzato un sottoinsieme degli 81 indicatori individuati. Sei per l'area della prevenzione (copertura vaccinale pediatrica a 24 mesi per esavalente e MPR, controllo animali e alimenti, stili di vita, screening oncologici); nove per l'attività distrettuale (tasso di ospedalizzazione di adulti per diabete, Bpco e scompenso cardiaco e tasso di ospedalizzazione di minori per asma e gastroenterite, intervallo chiamata-arrivo mezzi di soccorso, tempi d'attesa, prestazioni RM in pazienti over 65 anni, pazienti trattati in ADI, consumo di antibiotici, percentuale re-ricoveri in psichiatria, numero decessi da tumore assistiti da cure palliative, anziani non autosufficienti nelle Rsa); sette per l'attività ospedaliera (tasso di ospedalizzazione standardizzato rispetto alla popolazione residente, interventi per tumore maligno al seno eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 150 interventi annui, ricoveri a rischio inappropriatezza, quota di colecistomie con degenza inferiore ai 3 giorni, over 65 operati di frattura al femore entro 2 giorni; parti cesarei in strutture con più e meno di 1000 parti l'anno).

Le nove Regioni che garantiscono i LEA secondo i nuovi indicatori sperimentali sono Piemonte, Lombardia, PA Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche, le stesse che si trovano in testa alla classifica della vigente Griglia LEA.

Friuli-Venezia Giulia e Lazio non raggiungono il punteggio minimo in una sola attività, rispettivamente prevenzione e distrettuale. Seguono l'Abruzzo (appena sotto la sufficienza per l'attività distrettuale e ospedaliera) e la Puglia (appena sotto la sufficienza in tutte e tre le aree). Tutte Regioni che, secondo i parametri vigenti, risultavano adempienti nel 2016 con un punteggio compreso tra i 169 della Puglia e i 189 dell'Abruzzo (non è disponibile l'indicatore complessivo per il FVG) e che hanno visto migliorare la loro *performance* nel 2017.

A seguire c'è un sottogruppo di tre Regioni che presentano una valutazione complessiva tra il 40 e il 50 per cento: Basilicata, Sicilia e Calabria: le prime due adempienti secondo la Griglia vigente anche se con un punteggio complessivo poco sopra il minimo, ma con carenze più accentuate proprio nelle aree ora risultanti insufficienti, mentre la terza era fortemente inadempiente e si poneva al penultimo posto della graduatoria.

I punteggi più bassi (inferiori al 40 per cento in almeno un'area) riguardano cinque Regioni: Valle d'Aosta e PA Bolzano (sufficienti entrambe solo per l'ospedaliera), Molise e Sardegna (sufficienti solo per la prevenzione) e infine la Campania insufficiente in tutte le tre aree. Per quanto riguarda le due province autonome e la RSS, non si dispongono di indicatori complessivi antecedenti al 2017, anno in cui risultano tutte molto al di sotto della soglia minima richiesta; anche la Campania risultava inadempiente nel 2016, giudizio che è stato mantenuto nel 2017 anche se gli indicatori evidenziano un miglioramento significativo. Secondo l'attuale Griglia, invece, il Molise risultava adempiente nel biennio 2016-17.

E' da osservare che le insufficienze più gravi e più diffuse si riscontrano nell'area distrettuale e, sia pure in misura meno accentuata, nella prevenzione, confermando la carenza nell'assistenza territoriale e l'insufficienza degli *screening* e della copertura vaccinale già rilevate dalla Griglia

³¹ Il Piemonte è uscito nel 2016 dal Piano di rientro.

LEA in vigore; mentre l'attività ospedaliera, a fronte della riorganizzazione intervenuta sia pure con ritardi in tutte le Regioni, presenta punteggi generalmente più alti.

Regioni	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Piemonte	6,30	86,19	78,82
Val d'Aosta	59,16	39,07	60,21
Lombardia	80,92	69,12	69,12
Bolzano - P. A.	49,57	36,24	70,37
Trento - P. A.	69,41	88,49	92,40
Veneto	63,66	84,41	82,71
Friuli Venezia Giulia	52,00	71,43	78,96
Liguria	65,34	86,39	74,50
Emilia Romagna	70,27	83,14	84,83
Toscana	70,73	80,50	89,13
Umbria	73,90	65,56	77,86
Marche	61,74	71,39	64,81
Lazio	65,24	56,32	66,16
Abruzzo	65,29	57,12	59,75
Molise	68,08	46,00	33,38
Campania	50,21	29,05	25,41
Puglia	55,68	58,75	59,27
Basilicata	68,71	41,41	68,40
Calabria	51,39	48,71	53,35
Sicilia	48,48	73,08	72,39
Sardegna	65,51	35,48	55,75

legenda

- > 80 %
- 70-80 %
- 60-70 %
- 50-60 %
- 40-50 %
- < 40 %

La qualità dell'assistenza

13. Guardando ai singoli indicatori, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, nel 2017 tutte le Regioni in Piano hanno rispettato il parametro di riferimento (un tasso totale standardizzato di dimissione inferiore o uguale a 160 per 1000 residenti), con Molise e della Campania che si pongono vicino alla soglia di riferimento e la Sicilia che segnala un'ulteriore contrazione dell'indicatore (116,5) confermando il valore più contenuto a livello nazionale. Tra le altre Regioni, i valori più bassi sono quelli del Veneto poco al di sotto di 120, della Lombardia e Toscana (122,1), Piemonte (123).

Per quanto riguarda l'offerta di posti letto, in questi ultimi anni si è registrata una significativa riduzione nelle Regioni in PdR che, nel 2017, presentavano tutte una dotazione all'interno della soglia corretta per la mobilità, come richiesto dal d.m. 70/2015. Ciononostante, il tasso di occupazione risulta in tali Regioni significativamente inferiore al 90 per cento, con valori compresi tra il minimo del 65,5 per cento in Calabria e il 74,5 in Molise e 76,1 in Puglia. Tutti in riduzione rispetto all'esercizio precedente.

Stazionaria la mobilità passiva extra-regionale (misurata dall'incidenza dei ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario), pari in media all'8,3 per cento nel 2017 (8,2 nel 2016). Fenomeno da ricondurre in parte al processo di riordino delle strutture ospedaliere con una accentuazione delle differenze tra territori nella distribuzione delle competenze clinico-specialistiche.

TAVOLA 10.1

ALCUNI INDICATORI SU STRUTTURA, PREVENZIONE, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA
 – (REGIONI IN PIANO DI RIENTRO)

	Lazio		Abruzzo		Molise		Campania		Puglia		Calabria		Sicilia	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016
Adempiente: punteggio adempimento LEA ≥ 160 o compreso tra 160 e 140 e nessun indicatore critico	180	179	202	189	167	164	153	124	179	169	136	144	160	163
Assistenza ospedaliera														
Dismissioni tasso standardizzato x 1000 residenti ≤ 160	136	138	140	143	143	149	155	165	124	130	124	127	116	118
% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (acuti in RO) $< 8,3\%$ VN	9	9,3	15,7	16	27,2	26,6	9,4	8,9	8,9	8,7	20,5	21,3	7,2	7,1
peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acuti in DO) $> 1,43$ VN	1,42	1,39	1,44	1,36	1,38	1,36	1,5	1,49	1,48	1,45	1,21	1,4	1,47	1,45
Posti letto tasso x 1000 residenti	3,51	3,55	4,0	4,3	3,56	3,88	3,09	3,09	3,14	3,08	2,93	2,91	3,11	3,15
PL acuti tasso x 1000 residenti	2,86	2,91	3,55	3,63	2,58	3,27	2,74	2,74	2,8	2,75	2,42	2,40	2,69	2,76
PL post acuzie tasso x 1000 resid.	0,65	0,64	0,34	0,53	0,58	0,61	0,34	0,34	0,34	0,34	0,5	0,5	0,42	0,39
Tasso occupazione RO $\geq 90\%$ intervallo chiamata-arrivo mezzi soccorso ≤ 18 minuti	73,9	74,9	73,9	76,5	74,5	76,8	68,4	70,3	76,1	76,5	65,5	66	70,2	70,5
Prevenzione														
Screening oncologici Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati ≥ 9	9	7	9	9	9	7	3	3	4	2	2	2	3	3
Vaccinazioni														
Copertura 6 vaccinazioni base a 24 mesi $\geq 95\%$ (VN 94,4%)	96,8	96,8	97,3	97,1	97,2	97,3	95,4	92,7	94,4	93,3	96,1	95,8	91,3	91,6
MRP $\geq 95\%$ (VN 90,7%)	95,3	87,9	89,2	87,6	90,5	73,5	92	83,8	91,1	85,9	92,8	86,5	85,6	81,1
antinfluenzale > 65 anni $\geq 75\%$ (VN 52,5%)	51,8	51,5	49,1	48,6	61	52,4	57,4	56,7	59,4	57,4	61,2	57,9	54,3	52,9
Appropriatezza														
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario $\leq 0,21$	0,15	0,17	0,13	0,14	0,18	0,20	0,24	0,26	0,18	0,20	0,14	0,14	0,12	0,12
Tasso ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti ≤ 7 VN	9,5	9,8	3,8	4,7	10,9	11,9	11,4	13,4	5,0	6,4	6,0	7,4	3,1	3,4
Tasso di accesso di tipo medico (stand. per età) per 1000 residenti ≤ 90 VN	72,6	77,5	51,7	61,9	78,4	79,2	106,4	119,8	23,8	28,6	64,2	69,3	34,7	35,5
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani $\leq 265,3$ VN	250,3	253,2	275,3	274,6	252,5	260,4	259,3	269,7	277,5	283,2	224,4	224,9	233,7	234,8
Degenza media pre-operatoria (gg) $\leq 1,77$ VN	1,89	1,98	1,71	1,72	2,36	2,37	2,05	2,21	1,99	1,99	2,07	1,99	2,12	1,99
Qualità e sicurezza assistenza														
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite ≤ 141	188,8	176,2	158,2	119,6	288,6	228,5	193,1	181,7	186,1	219,8	132,7	112,9	172,3	177,5
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤ 409	336	329	364	397	452	384	365	430	328	362	289	299	306,8	323,8
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno $\leq 15\%$	29,3	29,8	24,3	25,1	30,5	32,7	39,6	46,3	31,9	33,6	29,6	30,5	27,1	29,2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti/anno $\leq 25\%$	27,5	27,4	24,9	25,0	nd	nd	38,5	44,2	29,5	31,0	27,4	26,6	30,5	28,7
% Parti pre-termine in punti nascita senza Utin $\leq 18\%$	8,1	7,6	6,8	12,4	16,7	7,1	11,7	13,3	8,4	6,8	nd	nd	8,1	9,2
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario $\geq 60\%$	46,9	59,8	60,5	42,2	23,5	35,2	49,3	25	58,3	52,5	31,8	29,3	69,5	68,9

Fonte: Ministero della salute, febbraio 2019

*Dato provvisorio (novembre 2018)

Dove indicato (VN) il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2017

Tuttavia, mentre nelle Regioni non in Piano essa è spesso accompagnata da un'elevata mobilità attiva, in quelle in Piano il saldo resta negativo, con valori particolarmente elevati in Calabria che evidenzia una mobilità passiva del 20,5 nel 2017, da correlare appunto alla scarsa qualità di molte delle erogazioni prestate; in Campania, a un valore della mobilità passiva in aumento e pari al 9,4 per cento, fanno riscontro ricoveri da fuori regione per il 2,9 per cento; la Sicilia, con una mobilità passiva al di sotto del parametro di riferimento (7,2 per cento), evidenzia un saldo negativo data una mobilità attiva estremamente contenuta (1,8 per cento); anche nel Lazio il flusso in entrata (8,1 per cento) non riesce a compensare quello in uscita (9 per cento). Si conferma il caso del Molise che, a fronte di una mobilità passiva pari al 27,2 per cento, presenta una mobilità attiva del 28,1 per cento, da ricondurre alla presenza nel territorio della sede di una delle strutture ospedaliere italiane di maggior prestigio.

Tra le Regioni non in Piano, spiccano quali poli di attrazione, la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna nel Nord Italia ed Toscana e Umbria al Centro. Evidenziano invece una mobilità passiva elevata ed un saldo negativo, oltre alla Sardegna, anche la VdA, la PA di Trento, la Liguria, le Marche e la Basilicata, che pure attraggono un flusso significativo da fuori regione.

Carenze diffuse si registrano nell'indicatore che misura l'efficacia della rete dell'emergenza territoriale, riferito all'intervallo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso: rispetto ad un tempo massimo che deve essere inferiore o pari a 18 minuti, nel 2017 si raggiungevano 21 minuti in Abruzzo e Molise e i 20 minuti in Campania e Puglia; in linea con i tempi richiesti Sicilia e Calabria, che ha segnato sotto questo aspetto un marcato miglioramento; mentre di sotto della soglia si situa il Lazio, con tempi di intervento pari a 16 minuti.

Nelle Regioni non in Piano, al di sopra della soglia nel 2016 la Valle d'Aosta (24 minuti), l'Umbria (21 minuti), le Province di Trento (20 minuti) e Bolzano (19 minuti), mentre la Basilicata pur rimanendo al sopra del valore previsto riesce a ridurre i tempi di intervento dai 27 minuti del 2015, che evidenziavano uno scostamento "non accettabile" ai sensi della griglia LEA, a 24.

Al di sopra del valore medio nazionale, aumentato a 1,77 giorni nel 2017 rispetto all'1,70 del 2016, risulta nelle Regioni in Piano la durata della degenza media pre-operatoria, che costituisce un indicatore di appropriatezza dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica: in lieve peggioramento Sicilia e Calabria, con una durata di poco superiore a 2 giorni e il Molise con 2,36; stabile la Puglia su 1,99, in miglioramento il Lazio (da 1,99 a 1,89), la Campania (da 2,21 a 2,05) e l'Abruzzo che si colloca al di sotto della media nazionale (da 1,72 a 1,71). In peggioramento anche diverse Regioni non in Piano: si situavano nel 2017 al di sopra della media, VdA (1,81 giorni), la Liguria (1,97 giorni), e la Sardegna (1,96) e con punte particolarmente alte in nelle Marche (5,81) e in Basilicata (4,68).

ALCUNI INDICATORI SU STRUTTURA, PREVENZIONE, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA - (ALTRE REGIONI) – ANNI 2016-2017

	Valle D'Aosta		Piemonte		Lombardia		Liguria		Prov. Trento		Prov. Bolz.		Veneto		Friuli V.G.		Emilia Romagna		Trentino		Marche		Umbria		Basilicata		Sardinia		
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	
Adempimento: punteggio adempimento LIA > 160 e compreso tra 160 e 170 e nessun indicatore critico	149		221	207	212	198	186	196	185	120	218	205	216	208	201	192	208	199	189	173	140								
Assistenza ospedaliera	150	159	123	126	122	125	143	146	140	145	149	150	144	145	149	150	144	145	149	150	144	145	149	150	144	145	149	150	
Dimensioni tasso standardizzato x 1000 residenti <= 160	13,8	14,8	7,2	7,1	4,1	4	14,1	15,3	15,0	15	4,6	4,6	6,1	6,1	6,5	6,5	5,9	6,0	6,5	6,1	13,6	13,4	11,9	11,6	23,7	23,6	5,4	5,5	
Screening oncologici Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati SP	24	24	17	17	15	14	14	14	19	20	19	19	18	19	18	17	16	15	15	15	18	18	21	21	24	25	nd	nd	
Prevenzione																													
Screening oncologici Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati SP	15	15	11	11	9	9	9	9	15	13	9	9	15	15	15	15	15	13	13	13	9	9	11	13	9	9	3	5	
Conoscenza																													
Conoscenza	93,5	90,9	95,7	95	94,9	93,4	94,9	94,2	93,8	85,7	85,1	85,1	91,4	91,8	90,2	89,2	94,6	93,0	95,6	94,3	93,2	92,2	95,7	94,4	97,7	97,4	96,0	95,6	
MPI >= 25% VN 90,7%	90,3	88,1	94,7	91,1	93,9	93,3	90,8	82,1	91,6	87,3	71,8	67,5	92,3	89,1	86,5	83,2	93,4	87,4	93,5	89,3	88,2	83	94,4	89,4	92,9	90,6	93	90	
malattie >= 65 anni > 75% VN (51,5%)	44,1	44,7	47,9	48,2	47,7	47,5	50,1	47,3	53,5	53,2	35,3	37,3	51,1	53,8	57,7	54,1	53,3	53,7	55,3	54,8	50,0	51,0	63,4	63,1	53,2	49,8	44,9	41,8	
Appropriatezza																													
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - 0,21	0,14	0,15	0,17	0,19	0,21	0,22	0,16	0,13	0,15	0,17	0,18	0,19	0,18	0,17	0,22	0,21	0,21	0,23	0,14	0,15	0,16	0,18	0,18	0,19	0,16	0,18	0,21	0,22	
Tasso ricovero doppio di tipo diagnosticato per 1000 residenti < 75 VN	3,4	3,2	1,8	1,7	1,3	1,4	5,5	5,7	1,9	2,3	3,6	3,4	0,9	1,0	2,9	2,9	2,1	2,6	2,4	2,4	2,9	4,3	4,6	1,9	1,9	3,9	4,1	3,9	4,5
T.O. over 75 anni per 1000 ab. Anziani >= 65,3 VN	96,9	95,4	41,5	40,6	9,7	11,6	120,1	123,7	70,5	70,3	29,2	33,0	15,5	18,7	67,3	68,1	35,3	112,3	60,4	64,1	82,4	84,3	48,5	53,4	62,6	65,3	88,0	92,2	
Degenza media pre-operatoria (gp) < 1,77 VN	299,3	316,6	223,0	228,6	261,8	266,7	262,6	252,9	287,7	297,6	356,3	309,5	203,8	280,9	297,9	298,8	310,1	288,6	275,3	273,9	261,8	256,1	289,2	288,6	261,9	260,7	285,50	283,30	
Qualità e sicurezza assistenza	1,81	1,53	1,27	1,26	1,50	1,54	1,97	2,36	1,53	1,45	1,45	1,39	1,53	1,58	1,51	1,50	1,39	1,29	0,88	1,36	5,81	1,42	1,66	1,69	4,68	2,04	1,96	1,94	
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 10000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per anno e gastroenterite < 141	40,5	57,8	47,7	58,6	307,5	309,3	122,5	113,7	75,1	84,7	55,2	77,0	84,0	75,2	105,1	93,2	128,8	125,4	38,4	39,20	103,90	98,40	103,70	77,80	92,20	85,00	81,70	108,80	
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 10000 abitanti) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze in breve e lungo termine per patologia e scompenso cardiaco < 409	247,8	363,6	208,5	233,6	360,6	388,2	253,0	262,8	295,3	306,7	386,4	418,5	347,7	365,5	354,1	342,6	374,2	372,7	236,7	230,2	278,9	280,2	342,2	347,8	274,0	294,0	279,9	296,5	
Percentuale di parti cesaree primari in strutture con meno di 1000 parti /anno < 15%	20,1	21,2	18,5	19,5	20,0	20,4	20,1	20,0	10,8	14,9	17,3	19,5	18,8	18,6	15,8	15,5	17,0	16,7	18,2	17,2	23,7	24,7	20,3	20,1	28,3	28,4	28,4	30,2	
Percentuale di parti cesaree primari in strutture con oltre 1000 parturienti /anno < 15%	nd	nd	20,8	21,5	19,9	20,3	31,1	31,2	15,6	13,7	18,6	17,5	15,6	18,7	20,3	22,1	19,6	20,1	21,3	22,3	26,5	27,0	20,4	21,4	23,9	26,4	28,8	29,8	
Percentuale di pazienti (età > 65) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni di inizio trattamento < 20%	nd	nd	13,0	20,1	11,5	11,1	27,9	20,4	nd	4,7	nd	nd	10,1	8,7	nd	nd	9,9	8,9	12,4	12,0	24,2	24,2	36,0	14,1	17,3	10,7	11,5	nd	nd
Percentuale di pazienti (età > 65) con diagnosi di infarto miocardico acuto operati entro 2 giorni di inizio trattamento < 20%	79,5	86,8	66,8	65,3	70,1	64,7	54,1	57,2	72,4	75,7	71,4	77,8	71,3	69,1	71,1	73,8	72,7	73,9	77,2	76,1	57,5	58,2	53,0	52,9	56,9	51,2	56,8	51,1	

Fonte: Ministero della Salute, Ispettorato 2016
Dove indicato (VN) il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2017

Miglioramenti sono rilevati dall'indicatore costituito dal rapporto tra le dimissioni attribuite a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e i ricoveri attribuiti a DRG che non presentano tale rischio. Tutte le Regioni nel 2017 hanno rispettato la soglia dello 0,21, ad eccezione della Campania (0,24), valore tuttavia in riduzione rispetto all'esercizio precedente, e del FVG con lo 0,22.

Si riduce anche l'utilizzo improprio dei reparti chirurgici come evidenziato sia dal tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico, che resta sopra soglia nel Lazio, Molise e Campania, che dal tasso di accesso di tipo medico che si riduce in quasi tutte le Regioni, in Piano e non, restando al di sopra del limite in Campania (106,4 rispetto a 90), Liguria (120,1) e Valle d'Aosta (96,9).

Criticità in termini di appropriatezza clinico-organizzativa e di qualità dell'assistenza sono evidenziate invece dall'indicatore, in molti casi in peggioramento, che indica la frequenza di utilizzo del ricovero ordinario di pazienti in età pediatrica per specifiche patologie trattabili, invece, a livello territoriale. Solo una delle Regioni in Piano (Calabria) rientra all'interno del limite di riferimento, con un picco in Molise (288,6 rispetto a 141) che si pone al di sopra dello scostamento ritenuto accettabile. Tra le altre Regioni, criticità si colgono in Lombardia, dove l'indicatore anche se in lieve riduzione è oltre il doppio della soglia (307,5). Positivo il riscontro nel caso di malattie croniche riguardanti pazienti adulti: solo il Molise si situa al di sopra del valore limite, mentre la PA di Bolzano e la Campania, grazie ai miglioramenti significativi registrati negli ultimi anni, rientrano all'interno della soglia.

Si stabilizza sul valore dell'anno precedente, una media nazionale di 265 su 1000 abitanti anziani, il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne, a fronte di andamenti molto differenziati: l'indicatore si riduce nelle Regioni in Piano, restando tuttavia al di sopra della soglia in Abruzzo e Puglia (275,3 e 277,5), mentre aumenta o non diminuisce in numerose Regioni non in Piano, collocandosi su punte elevate nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 287,7 e 356,3), FVG (297,9), VdA (299,9), Emilia Romagna (317,1), Umbria (289,2) e Sardegna (285,5); Piemonte, Lombardia, Liguria, Marche e Basilicata si situano invece al di sotto della media.

È da osservare che la riorganizzazione della rete di assistenza e l'uso complessivamente più appropriato delle strutture ospedaliere non sempre sono stati accompagnati in questi anni da una adeguata offerta dell'assistenza territoriale rivolta alla parte "più debole" della popolazione, cioè anziani e disabili. Se è vero che evidenzia un miglioramento l'indicatore che misura la percentuale della popolazione ultra sessantacinquenne residente presa in carico da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL e che tiene conto delle diverse modalità organizzative delle Regioni (nel 2017 risultavano infatti ancora insufficiente solo il Lazio con l'1,7 per cento rispetto alla soglia dell'1,88 e in peggioramento la Calabria con l'1,4 e la VdA con lo 0,1), nello stesso anno risultava inadeguata in molte Regioni in Piano l'offerta di posti equivalenti (espressione delle giornate di assistenza effettivamente erogate) in strutture residenziali per anziani non autosufficienti, con punte minime dello 0,8 in Molise e 1 in Campania rispetto ad un valore soglia del 9,8 per mille. Superiori alla media, invece, il valore riscontrato in Calabria (12,3). Delle restanti Regioni, nel 2017 si ponevano sotto la soglia VdA (1,3) e Basilicata (1,9).

TAVOLA 10.3

ALCUNI INDICATORI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AD ANZIANI E DISABILI
(REGIONI IN PIANO DI RIENTRO)

	anziani assistiti in ADI (%) ≥ 1,88		posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso per 1000 anziani residenti) ≥ 9,80		posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,50		posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,22		posti letto in Hospice rapporto su 100 deceduti per tumore ≥ 1		numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (tasso per 1.000 residenti) ≥ 10,82	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016
Griglia LEA - scostamenti non accettabili												
<1,56 e non in aumento		<4,81 e non in aumento		<0,41 e non in aumento		<0,16 e non in aumento		<0,5		<8,47 e non in aumento		
Italia	2,8	2,3	14,7	13,7	0,53	0,53	0,29	0,31	1,75	1,72	16,4	15,6
Lazio	1,7	1,3	4,5	3,9	0,42	0,41	0,19	0,21	1,90	2,04	11,54	13,95
Abruzzo	3,1	3,5	7,9	7,1	0,55	0,53	0,27	0,26	1,73	1,64	15,30	14,29
Molise	5,4	3,9	0,8	0,5	0,92	0,43	0,05	0,05	1,87	1,87	18,32	17,81
Campania	2,0	1,7	1,0	0,8	0,25	0,24	0,30	0,29	0,69	0,69	12,44	14,03
Puglia	1,9	1,6	5,4	5,1	0,62	0,58	0,33	0,32	1,73	1,73	23,01	17,22
Calabria	1,4	1,6	12,3	11,8	nd	nd	nd	nd	nd	nd	19,76	17,90
Sicilia	3,7	3,4	3,9	3,3	0,26	0,25	0,23	0,22	0,96	0,97	18,89	18,92

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute - Dati 2017 provvisori

TAVOLA 10.4

ALCUNI INDICATORI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AD ANZIANI E DISABILI
(ALTRE REGIONI)

	anziani assistiti in ADI (%) ≥ 1,88		posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso per 1000 anziani residenti) ≥ 9,80		posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,50		posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,22		posti letto in Hospice rapporto su 100 deceduti per tumore ≥ 1		numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (tasso per 1.000 residenti)	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016
Griglia LEA - scostamenti non accettabili												
<1,56 e non in aumento		<4,81 e non in aumento		<0,41 e non in aumento		<0,16 e non in aumento		<0,5		<8,47 e non in aumento		
Italia	2,8	2,3	14,7	13,7	0,53	0,53	0,29	0,31	1,75	1,72	16,4	15,6
Valle D'Aosta	0,1	0,3	1,3	1,3	0,33	0,35	n.d.	n.d.	1,82	1,82	13,19	nd
Piemonte	2,4	2,6	27,9	24,3	0,71	0,65	0,28	0,27	1,13	0,96	20,08	16,78
Lombardia	2,1	2,4	27,8	26,4	0,81	0,82	0,42	0,42	2,84	2,55	17,39	17,17
Liguria	3,2	3,1	14,1	13,8	0,74	1,08	0,37	0,42	1,33	1,33	20,97	19,97
Prov TN	3,3	3,3	72,6	69,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,31	16,83
Prov BZ	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	4,2	3,2	21,5	21,7	0,67	0,68	0,7	0,73	1,35	1,37	18,42	17,75
Friuli VG	2,8	2,5	22,0	21,5	0,71	0,66	0,16	0,16	1,77	1,84	16,59	15,36
Emilia Romagna	3,5	3,3	15,1	14,9	0,5	0,51	0,50	0,50	2,0	2,0	21,32	21,65
Toscana	3,1	3,0	9,4	9,2	0,41	0,45	0,28	0,30	1,08	1,04	14,96	13,40
Marche	2,6	1,9	13,6	12,8	0,6	0,57	0,23	0,23	1,41	1,39	13,34	16,04
Umbria	2,7	2,0	17,8	9,5	0,43	0,40	0,50	0,51	1,09	1,09	18,33	16,67
Basilicata	2,7	1,8	1,9	1,7	0,70	0,72	0,15	0,15	1,74	2,27	15,02	10,39
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,41	0,43	0,23	0,25	5,05	4,40	7,99	1,76

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute - Dati 2017 provvisori

Sempre nell'ambito dell'assistenza territoriale, il monitoraggio evidenzia una carenza, nelle Regioni in Piano e non, di dotazione di posti equivalenti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili. In aumento, invece, la dotazione di posti letto in strutture *hospice*, risultata insufficiente solo in Campania (0,69 rispetto alla soglia ≥ 1 su 100). Risulta adeguato, infine, in tutte le Regioni con l'eccezione della Sardegna (ma comunque in aumento), il numero di assistiti presso il Dipartimento di salute mentale.

Confermano il persistere di gravi deficit gli indicatori ricadenti nell'ambito della qualità e sicurezza assistenziale.

Nonostante i significativi miglioramenti registrati negli ultimi anni con riferimento alle operazioni dei pazienti con rottura del collo del femore, delle Regioni in Piano solo due (Sicilia e Abruzzo) superano nel 2017 la soglia del 60 per cento dei casi di intervento entro il secondo giorno del ricovero, mentre nelle restanti tale percentuale scende significativamente, ponendosi al 49,3 per cento della Campania e al 31,8 della Calabria. Si allungano i tempi in Lazio e Molise che presentano una percentuale, rispettivamente, del 46,9 e del 23,5 per cento, valore quest'ultimo configurante uno scostamento non accettabile. Nelle altre aree del Paese si evidenziano valori compresi tra il 70 e l'80 per cento, con l'eccezione delle Marche, Basilicata e Sardegna che si situano intorno al 57 per cento, della Liguria al 54 e l'Umbria al 53 per cento.

Persiste, inoltre, un ricorso eccessivo al taglio cesareo nei parti primari. Guardando alle Regioni in Piano, nelle strutture che eseguono un numero di parti inferiore a 1.000 unità nell'anno, nel 2017 si registrano punte del 40 per cento in Campania (comunque in riduzione rispetto al 2016), valori intorno al 30 per cento nelle restanti Regioni salvo l'Abruzzo con il 24 per cento, ben al di sopra comunque alla soglia di riferimento (15 per cento). Anche le Regioni non in Piano si pongono sopra la soglia di riferimento, con la sola eccezione della P.A. di Trento, con valori intorno al 20 per cento e una punta del 28 in Basilicata e Sardegna. Non ancora risolta, infine, in Campania, Molise e Sicilia la questione dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno che, oltre a comportare costi più elevati, non garantiscono adeguati standard di sicurezza; in ritardo anche l'organizzazione della rete neonatologica.

Ancora fortemente critica l'area degli *screening* oncologici in alcune Regioni in Piano (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), che presentano scostamenti non accettabili rispetto al valore normale della Griglia LEA; Lazio, Abruzzo e Molise, sia pure in aumento, si attestano sulla soglia minima. Tali criticità sono ascrivibili sia ad una percentuale di estensione alla partecipazione (numero di inviti rispetto alla popolazione *target*) ancora molto inferiore all'obiettivo del 100 per cento, sia ad un'adesione (numero di soggetti sottoposti a *screening* rispetto al numero dei soggetti invitati) spesso estremamente contenuta. Pari o al di sopra la soglia richiesta si pongono le restanti Regioni, fatta eccezione la Sardegna che presenta ancora uno scostamento rilevante.

Nonostante il significativo miglioramento registrato dopo l'adozione del DL 73/2017, la copertura vaccinale in età pediatrica presenta ancora un'elevata criticità: per quanto riguarda l'esavalente, in numerose Regioni il *target* del 95 per cento raccomandato dall'OMS non è stato raggiunto e in altre si è ben al di sotto della soglia ritenuta accettabile in base alla Griglia LEA (copertura inferiore al 92 per cento in più di un caso). Il *gap*, inoltre, non sempre è recuperato in età pre-scolare evidenziando così un'elevata esposizione al rischio dei bambini non vaccinati. Tali criticità si accentuano nelle altre tre vaccinazioni obbligatorie richieste già da tempo (morbillo, parotite e rosolia) e per il vaccino anti-varicella di nuova introduzione che, con una copertura al 46,7 al 30 giugno

2018, è ben lontano dalla soglia del 60 per cento che doveva raggiungersi nel 2017 (75 per cento nel 2018).

La piena implementazione del Piano nazionale per la prevenzione vaccinale sembrerebbe quindi richiedere, da un lato, una migliore organizzazione dei centri vaccinali che faciliti l'accesso al servizio insieme ad un'attività di promozione della vaccinazione affinché l'offerta venga favorevolmente accettata dalla popolazione; dall'altro, occorre superare le carenze delle anagrafi regionali che riducono la funzionalità del sistema di sorveglianza.

Anche la copertura per vaccinazione antinfluenzale negli anziani presenta valori non adeguati rispetto alla soglia del 75 per cento della popolazione interessata e al valore del 66 per cento raggiunto nel 2008-2009: negli anni successivi tale percentuale si è ridotta in quasi tutte le Regioni, arrivando nel 2017 al 52,5 per cento in media nazionale. Migliori, ma comunque inadeguati, i risultati dell'Umbria (63,4 per cento), Molise e Calabria (61) e della Puglia (59,4). Tale insufficiente copertura è posta in relazione alla più elevata morbilità rilevata in questi ultimi anni, con conseguenze particolarmente gravi per gli anziani e le persone affetti da patologie croniche preesistenti.

RIQUADRO 8 - PROGRESSI E CRITICITÀ' NELLA COPERTURA VACCINALE IN ETÀ PEDIATRICA

Importanti passi avanti sono stati compiuti nel corso del 2017 e del 2018 per quanto riguarda le vaccinazioni. Alla luce della riduzione della copertura riscontrata negli ultimi anni, che denotava un calo di fiducia nei vaccini come principale strumento per prevenire casi di malattia e relative complicazioni, sono state adottate diverse azioni. A seguito dell'approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), le nuove vaccinazioni sono state incluse nei LEA³² e, con la legge di bilancio 2017, sono stati stanziati i fondi per il parziale rimborso alle Regioni della spesa sostenuta per l'acquisto dei vaccini previsti dal nuovo calendario (100 milioni per il 2017, 127 milioni per il 2018 e 186 milioni a decorrere dal 2019), la cui ripartizione per il 2018 è stata approvata con l'Intesa Stato-Regioni del 1 agosto 2018.

Misure straordinarie sono state poi adottate con il DL n. 73/2017³³, che ha esteso a dieci il numero delle vaccinazioni obbligatorie, subordinando l'accesso a scuola alla certificazione delle stesse, cui si aggiunge l'offerta attiva e gratuita, senza obbligo, di ulteriori quattro vaccinazioni. E' stato inoltre destinato un fondo *ad hoc* all'implementazione dell'Anagrafe vaccinale³⁴, strumento fondamentale per il monitoraggio puntuale dei dati di copertura e la valutazione dei programmi ed interventi.

A seguito di tali misure, accompagnate da una strategia di comunicazione (compresa quelle di contrasto alla disinformazione) e promozione da parte del Ministero della salute e delle regioni, si è rilevato un significativo aumento della copertura vaccinale per tutte le fasce di età, come evidenziato dalle rilevazioni compiute a fine 2017 e ripetute, per le medesime coorti, nel 2018³⁵.

³² Il 19 gennaio 2017 è stato approvato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni il PNPV 2017-2019, il cui calendario vaccinale è stato inserito nel dPCM 12 gennaio 2017 (pubblicato il 18 marzo in G.U.) che definisce i nuovi LEA.

³³ Convertito in legge n. 119 del 31 luglio 2017.

³⁴ Istituito con decreto del Ministro della salute del 17 settembre 2018, il sistema informativo Anagrafe vaccinale raccoglie a livello nazionale le informazioni riportate sui certificati vaccinali presenti nelle anagrafi regionali, ed in particolare i dati relativi ai soggetti vaccinati, i soggetti da sottoporre a vaccinazione, i soggetti immunizzati, i soggetti per i quali le vaccinazioni possono essere omesse o differite solo in caso di accertato pericolo per la salute, le dosi e i tempi di somministrazione delle vaccinazioni effettuate, gli eventuali effetti indesiderati. Il d.m. specifica inoltre le funzionalità che le anagrafi regionali devono mettere a disposizione e, sulla base di quanto stabilito dal PNPV 2017-2019, individua il data set minimo di informazioni che le Regioni devono trattare per la realizzazione delle anagrafi uniche a livello regionale, requisito indispensabile per la corretta alimentazione dell'Anagrafe nazionale. Per contro, l'Anagrafe nazionale mette a disposizione delle Regioni le informazioni relative alle vaccinazioni effettuate in una regione diversa da quella di residenza.

³⁵ Nel corso del 2018 è stata effettuata una rilevazione *ad hoc* (al 30 giugno), per valutare l'impatto del DL 73/2017, richiedendo esclusivamente i dati relativi alle coorti 2015, 2014 e 2010, che erano state oggetto di rilevazione routinaria

Nonostante tale miglioramento, i dati evidenziano il permanere di criticità, soprattutto per quanto riguarda alcune coperture vaccinali di recente introduzione nei LEA e le vaccinazioni raccomandate.

Più in particolare, con riferimento alle vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi rientranti nella esavalente, rispetto al target del 95 per cento raccomandato dal Ministero della salute e dall'OMS, la copertura, che era scesa dal 95,7 per cento del 2013 in media nazionale al 93,4 del 2016, è risalita al 94,5 per cento al 31 dicembre 2017 e al 30 giugno 2018 era nuovamente al di sopra del 95 per cento nelle coorti 2015 (24 mesi +6). In diverse regioni (Sicilia, Veneto, PA di Trento e Marche), tuttavia, il target non è stato raggiunto e in altre (PA di Bolzano per tutte le vaccinazioni e FVG per alcune) si è al di sotto della soglia ritenuta accettabile in base alla Griglia LEA (copertura inferiore al 92 per cento in più di un caso). Il gap, inoltre, non sempre è recuperato in età pre-scolare (36+6 mesi) e resta ampio soprattutto nella fascia 5-6 anni + 6 mesi, evidenziando così un'elevata esposizione al rischio dei bambini non vaccinati.

In aumento (sempre con riferimento alle coorti 2015 oggetto della rilevazione al giugno 2018) ma ancora inadeguata la copertura a 24+6 mesi per morbillo, parotite e rosolia (MRP): 94,1 per cento in media rispetto all'85,4 per cento nel 2016. Si colloca tuttavia poco al di sopra dell'82 per cento nella PA di Bolzano e intorno al 91 per cento per FVG e Sicilia. Insufficienti in numerose le regioni i risultati della vaccinazione per la varicella: inserita tra quelle obbligatorie dal DL 73/2017, presenta una copertura media del 46,7 per cento (rispetto a un obiettivo del 60 per cento nel 2017 che sale al 75 nel 2018 e al 95 nel 2019): a fronte di 11 regioni che superano ampiamente la soglia arrivando al 91,7 per cento in Puglia, 90,6 in Toscana, 89,7 in Veneto, risultati insufficienti si riscontrano in otto regioni, di cui quattro (Lombardia, Umbria, Piemonte e VdA) con valori intorno al 5 per cento. Molto eterogenea anche la copertura per le vaccinazioni raccomandate³⁶.

RIQUADRO 9 – LISTE D'ATTESA

È proseguito anche nel 2018 il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali per valutare il tempo intercorso tra la data di effettiva erogazione della prestazione e quella di prenotazione e quindi di saggiare l'impegno nel garantire l'erogazione di prestazioni entro i tempi appropriati alle condizioni cliniche dei pazienti. Esso ha riguardato 8 prestazioni: visita ortopedica; visita oculistica; visita cardiologica; mammografia; ecografia ostetrica-ginecologica; ecocolordoppler dei tronchi sovraortici; RMN della colonna vertebrale; TAC Torace senza e con contrasto.

Dall'analisi aggiornata al novembre 2018 sono derivate le percentuali di garanzia del rispetto dei tempi rilevate a livello nazionale riassunte nella tabella che segue. I risultati sono posti a raffronto con quelli emersi nella analisi svolta nel 2017. Ciò che emerge dal confronto è che pur confermandosi livelli di prestazioni garantite abbastanza elevati, in un solo anno si registra un diffuso peggioramento delle quote. Ciò è particolarmente netto per le prestazioni urgenti, quelle che dovrebbero essere garantite entro 10 giorni. Fatta eccezione per le ecografie ginecologiche, registrano un peggioramento tutte le altre prestazioni. Anche nel caso delle prestazioni differibili la quota peggiora in 3 delle otto specialità.

Di qui la rilevanza del tema e l'importanza del nuovo piano nazionale approvato nel febbraio 2019 e che le regioni dovranno recepire in tempi brevi (2 mesi). Nel nuovo Piano si confermano i contenuti di quello 2010- 2012, ma se ne individua altri innovativi.

al 31 dicembre 2017, per misurare l'eventuale ulteriore aumento nelle rispettive CV a distanza di 6 mesi. I dati della rilevazione, con l'eccezione di Molise e Campania, sono disponibili all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_itemAllegati_3_fileAllegati_itemFile_7_file.pdf.

³⁶ In media nazionale la copertura è del 92 vs il 95 per cento per lo pneumococco e di appena il 16,5 per cento per il rotavirus e 47,1 per il meningococco B rispetto alla soglia del 60 per cento nel 2017 e del 75 nel 2018.

TAVOLA RQ9.1

PRESTAZIONE SANITARIA	Rapporto % tra prestazioni garantite e il totale delle prestazioni			
	Classe di priorità prestazione B (breve: entro 10 gg)		Classe di priorità prestazione D (differibile: entro 30 gg visite; entro 60 gg accertamenti diagnostici)	
	2018	2017	2018	2017
Visita ortopedica	80,57%	82,18%	91,62%	88,77%
Visita oculistica	85,83%	90,12%	68,42%	67,56%
Visita cardiologica	79,42%	81,20%	86,17%	85,54%
TAC Torace senza e con contrasto	78,14%	84,28%	85,84%	89,27%
Mammografia	87,14%	90,68%	80,28%	80,84%
RMN Colonna vertebrale	78,90%	86,20%	92,28%	98,42%
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	85,31%	82,59%	93,29%	93,59%
Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici	84,08%	87,43%	84,94%	87,51%

Si prevede una netta definizione dei canali per le diverse tipologie di accesso garantendo sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il primo accesso, mentre, nel caso dei controlli successivi, la presa in carico del paziente deve avvenire con la prenotazione da parte del medico specialista. A tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per consentire la prenotazione da parte del medico specialista. E' previsto l'uso obbligatorio delle classi di priorità previste dal Piano nazionale, definendo per la Classe P (prestazione programmabile) una tempistica di 120 gg a partire dal 1 gennaio 2020.

Si prevede la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le Agende di prenotazione devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità. Attraverso il CUP on-line i pazienti dovrebbero poter consultare in tempo reale l'attesa relativa a visite e esami erogati in regime istituzionale o in libera professione, nonché prenotare e modificare le loro prenotazioni. Nel nuovo piano si prevede poi che se per una prestazione specialistica (prime prestazioni in classe di priorità) verrà superato il tempo massimo di attesa previsto per legge, il paziente potrà recarsi, secondo una specifica procedura, in una struttura privata convenzionata senza costi aggiuntivi.

Il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituisce elemento prioritario della loro valutazione, secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.

Sono inoltre ampliate le prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto di monitoraggio e sono estesi a tutte le Regioni e Province autonome. Nelle strutture che non rispetteranno i tempi di attesa individuati dalla regione si potrà attuare il blocco dell'attività libero professionale intramuraria. E' istituito l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa che, oltre a provvedere a monitorare l'andamento delle misure previste nel Piano, a rilevare le criticità e a fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini, fornirà periodicamente elementi informativi, dati ed indicatori per il Nuovo Sistema di Garanzia dell'assistenza sanitaria.

Nella legge di bilancio 2019 sono stati infine stanziati 350 milioni di euro in tre anni (2019-2021) per ridurre le liste di attesa e garantire più efficienza, responsabilità, trasparenza, facilità e semplicità nella gestione.

LA SPESA SANITARIA: TRA PREVISIONI DI MEDIO PERIODO, MODIFICHE DELL'OFFERTA E SISTEMA DI SOSTEGNO

14. Le previsioni sugli andamenti del fabbisogno sanitario nei prossimi anni, anche alla luce del progresso tecnologico e dell'incremento nei costi dell'assistenza, l'evoluzione registrata di recente nella struttura della spesa (e nel suo finanziamento) e il permanere di vincoli stringenti per la finanza pubblica sono destinati a condizionare nei prossimi anni la gestione del settore.

In questo quadro, l'esigenza di salvaguardare il carattere universalistico dell'intervento pubblico si troverà stretta tra la difficoltà di contare su un significativo aumento della quota di finanziamento pubblico per la tutela della salute e quella di garantire, in tempi ragionevoli, un adeguamento dei LEA alle innovazioni che si presenteranno sul fronte delle cure. Di qui, la necessità di rivedere l'intero sistema di finanziamento, a partire dalle modalità di determinazione del fabbisogno standard, ma anche dal trattamento da riservare alle misure di compartecipazione alla spesa, alle misure di sostegno per via fiscale a quella a carico dei cittadini e a quella intermediata attraverso i fondi integrativi. Ciò nella consapevolezza che anche un significativo recupero di appropriatezza, efficacia, efficienza del SSN, che deve essere in ogni caso perseguito con decisione, non sarà sufficiente a dare risposte soddisfacenti all'evoluzione dei bisogni. Da questo punto di vista, anche guardando al rapido incedere del progresso tecnico, il prossimo quinquennio rappresenta l'orizzonte entro cui definire le linee su cui deve muovere il processo di riforma, guardando alle scelte da assumere in quadro di complessiva coerenza delle politiche di *welfare*.

15 Come sottolinea da ultimo anche il DEF 2019, le previsioni di medio-lungo periodo della spesa pubblica legata alla popolazione anziana e, in particolare la sanità, elaborate in linea con le indicazioni metodologiche definite a livello europeo in ambito EPC-WGA³⁷, indicano a partire dal 2022 un andamento crescente dell'incidenza della spesa su Pil. Tali previsioni, oltre ad essere funzionali all'analisi della sostenibilità di medio-lungo periodo delle finanze pubbliche, forniscono un quadro delle tendenze con cui dovrà confrontarsi il sistema sanitario e rispetto al quale già nel breve periodo è necessario assumere scelte coerenti.

Il totale della spesa connessa all'invecchiamento della popolazione decresce lievemente nel quadro di recente aggiornato, da 27,9 per cento del Pil del 2015 al 27,7 per cento nel 2020, ma successivamente aumenta gradualmente, fino ad attestarsi al picco del 30,9 per cento del Pil nel 2045. Solo nell'ultima parte dell'orizzonte di previsione il rapporto torna a ridursi, attestandosi al 27 per cento del Pil nel 2070.

³⁷ Le previsioni elaborate dall'Eurostat sull'Italia si basano su alcune ipotesi demografiche: i) un flusso netto di immigrati di circa 190 mila unità medie annue, con un profilo crescente fino al 2040 e decrescente successivamente; ii) un livello della speranza di vita al 2070 pari a 86,9 anni per gli uomini e a 90,9 anni per le donne; iii) un tasso di fecondità totale al 2070 pari a 1,66. Adottate per il quadriennio 2019-2022 ipotesi di crescita, sia a prezzi costanti che a prezzi correnti, in linea con le indicazioni del quadro macroeconomico tendenziale della Def 2019, per il periodo successivo valgono le ipotesi strutturali dello scenario *EPC-WGA baseline 2018*. Si prevede un tasso di variazione medio annuo della produttività reale del lavoro crescente fino al 2045, dove si attesta su un valore attorno all'1,6 per cento, per poi scendere a circa 1,5 per cento del Pil alla fine del periodo di previsione. Sul fronte occupazionale, il tasso di occupazione nella fascia di età 15-64 è previsto crescere dal 58,8 per cento del 2018 al 62,2 per cento del 2070. L'interazione delle suddette ipotesi con le dinamiche demografiche determina un tasso di crescita del Pil reale che si attesta, nel periodo 2023-2070, attorno all'1 per cento medio annuo. A partire dal 2025, il deflatore del Pil e il tasso di inflazione sono assunti pari al 2 per cento, valore raggiunto linearmente dall'1,6 per cento del 2022.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria, la previsione³⁸ è stata effettuata sulla base della metodologia del *reference scenario*³⁹ che recepisce, oltre agli effetti derivanti dall'invecchiamento demografico, anche gli effetti indotti da ulteriori fattori esplicativi in grado di incidere significativamente sulla dinamica di tale spesa. Dopo una fase iniziale di riduzione per effetto delle misure di contenimento, la previsione del rapporto fra spesa sanitaria e Pil presenta un profilo crescente a partire dal 2022 e si attesta attorno al 7,9 per cento nel 2060 e al 7,7 per cento del Pil nel 2070.

16. Un tale quadro previsivo deve essere letto anche in relazione alle modifiche intervenute negli ultimi anni alla spesa complessiva destinata al settore. Come sottolineato anche nel Rapporto dello scorso anno, tra il 2012 e il 2017 la spesa per la salute, nonostante il contenimento della dinamica della spesa pubblica, ha continuato a crescere soprattutto nella sua componente a carico del cittadino. Nel 2017 (ultimo esercizio per il quale si dispone un quadro completo di fonte ISTAT) la spesa totale era pari a 154,5 miliardi di cui 117,2 pubblica e 37,3 privata. Se il finanziamento pubblico era pari al 74 per cento della spesa totale, la spesa privata *out of pocket* era pari al 22-23 per cento e quella coperta da fondi, casse, assicurazioni era pari al 4-5 per cento. La spesa sanitaria diretta delle famiglie è cresciuta tra il 2012 e il 2017 dell'14,9 per cento contro il 2,9 per cento di quella delle amministrazioni pubbliche. Di rilievo la crescita anche di quella coperta da regimi di finanziamento volontari (+17 per cento).

La quota di spesa a carico delle famiglie ha raggiunto il 2,3 per cento del prodotto. Un peso superiore a quello della Germania (1,8 per cento), in linea con l'incidenza rilevata in Francia, ma inferiore al livello raggiunto in Spagna e Portogallo dove si pone tra il 2,6 e il 3 per cento del prodotto. Rimane, invece, inferiore (anche se in crescita) il ruolo delle forme assicurative.

La pubblica amministrazione continua ad essere il principale finanziatore della spesa per tutte le funzioni (la spesa per assistenza per cura e riabilitazione è per oltre l'80 per cento assicurata dalla PA), tuttavia nello stesso periodo, a fronte di una flessione dell'0,3 per cento di quella pubblica (per il calo della componente per la funzione di assistenza ospedaliera in regime ordinario spiegata da una progressiva diminuzione dei ricoveri), quella diretta delle famiglie è cresciuta del 27 per cento. Al suo interno, sono quella ambulatoriale (+32,5 per cento) e quella domiciliare (+34 per cento) che presentano le variazioni più forti, anche per l'ampliarsi delle liste d'attesa e per l'aumento delle compartecipazioni e la conseguente riduzione del differenziale tra tariffe pagate nel pubblico a quelle del settore privato.

³⁸ La previsione sconta gli effetti finanziari connessi con lo slittamento al 2019 degli oneri per il mancato rinnovo, per il solo 2018, delle convenzioni per l'assistenza medico generica e per i professionisti della medicina ambulatoriale nonché degli oneri contrattuali, per il triennio 2016-2018, per il solo personale dipendente dirigente a seguito della mancata sottoscrizione dei relativi contratti, così come previsto dalla legge di bilancio per il 2018 e gli oneri per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni per il triennio 2019-2021, ai sensi della legge di bilancio del 2019.

³⁹ Il *reference scenario*, applicato dal 2023, prevede, in particolare, per la componente *acute* della spesa sanitaria: *i*) l'applicazione "parziale" della metodologia del *dynamic equilibrium*, secondo cui gli incrementi di speranza di vita si traducono in anni vissuti in buona salute in misura pari al 50 per cento (anziché 100 per cento come nel caso dell'applicazione "integrale"); *ii*) la dinamica del costo unitario (*unit cost*) "agganciata" al Pil pro capite; *iii*) l'elasticità del costo unitario rispetto al Pil pro capite superiore all'unità (si riduce linearmente nel periodo di previsione passando dall'1,1 iniziale ad 1 nel 2070). Per la componente *Long Term Care* della spesa sanitaria il *reference scenario* prevede: *i*) l'applicazione "parziale" della metodologia del *dynamic equilibrium*, come per la componente *acute* della spesa sanitaria; *ii*) la dinamica del costo unitario "agganciata" alla produttività; *iii*) l'elasticità del costo unitario alla produttività superiore all'unità (si riduce linearmente nel periodo di previsione passando dall'1,1 iniziale ad 1 nel 2070).

Anche la spesa per assistenza a lungo termine è per oltre il 76 per cento finanziata dall'operatore pubblico, ma nei cinque anni osservati a fronte di un aumento del 4,5 per cento di quella coperta dal pubblico, quella a carico delle famiglie è aumentata del 14 per cento, influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza ospedaliera (+11,7 per cento) e, soprattutto di quella ambulatoriale e domiciliare (rispettivamente +33,8 e +34,3 per cento).

La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici è sostenuta per il 56,5 per cento dalla pubblica amministrazione e per il 43 per cento dalle famiglie.

La forte crescita dei prodotti farmaceutici finanziata dal pubblico è, naturalmente, in diretto rapporto con l'aumento registrato sia negli acquisti di farmaci innovativi sia dalla dinamica crescente dei dispositivi medici. Una voce, quest'ultima, che ha inciso anche sulla spesa delle famiglie, in aumento nel periodo di oltre il 7,8 per cento e che rappresenta poco meno del 75 per cento della loro spesa ed è destinata ad apparecchi e altri presidi medici (lenti correttive, lenti a contatto, apparecchi ortodontici e altro).

TAVOLA 11

LA SPESA SANITARIA PER TIPO DI FINANZIAMENTO E FUNZIONE DI ASSISTENZA

Funzione di assistenza	2017				var. 17/12				composizione 2017			
	PA e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta delle famiglie	Totale	PA e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta delle famiglie	Totale	PA e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta delle famiglie	Totale
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	67.212	1.202	15.919	84.333	-0,32	8,48	27,74	4,12	79,7	1,4	18,9	100,0
<i>ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione</i>	40.835	183	1.465	42.483	-2,56	12,27	4,57	-2,27	96,1	0,4	3,4	100,0
<i>ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione</i>	5.677	30	472	6.179	-6,51	-23,08	-7,45	-6,68	91,9	0,5	7,6	100,0
<i>ambulatoriale per cura e riabilitazione</i>	20.426	933	13.849	35.208	6,64	9,12	32,50	15,58	58,0	2,6	39,3	100,0
<i>domiciliare per cura e riabilitazione</i>	274	56	133	463	-7,12	9,80	34,34	4,04	59,2	12,1	28,7	100,0
Assistenza (sanitaria) a lungo termine (LTC)	11.757	136	3.618	15.511	4,50	70,00	14,02	6,94	75,8	0,9	23,3	100,0
<i>ospedaliera a lungo termine</i>	6.109	80	3.176	9.365	6,65	175,86	11,71	8,90	65,2	0,9	33,9	100,0
<i>ospedaliera diurna a lungo termine</i>	927	0	0	927	-5,41			-5,41	100,0	0,0	0,0	100,0
<i>ambulatoriale a lungo termine</i>	2.600	0	348	2.948	2,40		33,85	5,32	88,2	0,0	11,8	100,0
<i>domiciliare a lungo termine</i>	2.121	56	94	2.271	5,84	9,80	34,29	6,87	93,4	2,5	4,1	100,0
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	9.249	317	2.884	12.450	2,89	-12,19	-6,82	0,04	74,3	2,5	23,2	100,0
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	17.798	209	13.504	31.511	17,03	-8,73	7,76	12,66	56,5	0,7	42,9	100,0
<i>non durevoli</i>	16.884	0	10.218	27.102	17,50		6,74	13,20	62,3	0,0	37,7	100,0
<i>durevoli</i>	914	209	3.286	4.409	8,94	-8,73	11,05	9,49	20,7	4,7	74,5	100,0
Servizi per la prevenzione delle malattie	5.355	669	64	6.088	2,76	33,53	3,23	5,44	88,0	11,0	1,1	100,0
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.760	1.164	0	2.924	-8,09	32,12		4,58	60,2	39,8	0,0	100,0
Tutte le Funzioni	113.131	3.697	35.989	152.817	2,85	16,99	14,89	5,77	74,0	2,4	23,6	100,0

17. L'evoluzione della spesa sanitaria privata è stata accompagnato da un crescente ruolo della "spesa fiscale", grazie al trattamento riservato in sede di valutazione del

reddito delle persone fisiche in termini di deduzioni e detrazioni di imposta ad alcune specifiche categorie di tali spese⁴⁰.

Sono essenzialmente tre le voci di maggior interesse che si possono trarre dalla lettura dei dati fiscali relativi alle dichiarazioni dei redditi presentate nel 2018 e relative al 2017.

Si tratta innanzitutto delle detrazioni per le spese sanitarie relative alle spese mediche e di assistenza specifica, a quelle chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Nel 2017 gli oneri, detraibili al 19 per cento, sono stati superiori ai 18,5 miliardi, evidenziando una crescita del 4,5 per cento rispetto al 2016 (di poco inferiore all'11 per cento rispetto al 2015). Tali spese rappresentano poco meno del 62 per cento del totale degli oneri che al momento beneficiano di tale detrazione.

Di minor ammontare assoluto sono le spese sostenute per l'assistenza personale in favore di determinati soggetti, nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana. Una spesa "a confine" tra sanità e assistenza. Dal 2017 è prevista una detrazione del 19 per cento su un importo massimo di 2.100 euro, se il reddito complessivo non supera 40.000 euro (compreso il reddito da cedolare secca). La detrazione spetta al soggetto che ha sostenuto la spesa anche se non è titolare del contratto di lavoro del personale addetto all'assistenza. La detrazione riguarda le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale propria o di uno o più familiari anche se non fiscalmente a carico del contribuente. Nel 2017 ne hanno beneficiato 128 mila contribuenti per una spesa complessiva di oltre 240 milioni.

⁴⁰ Come sottolineato anche in precedenti edizioni del Rapporto l'esame delle dichiarazioni Irpef oltre a permettere di correggere il rilievo effettivo della spesa *out of pocket* e, per altro verso, integrare la valutazione delle risorse destinate nel bilancio pubblico alla sanità, consente di porre l'accento sulle implicazioni del crescente ruolo delle spese a carico delle famiglie. Anche nel 2017 gli importi indicati nelle dichiarazioni fiscali risultano solo di poco superiori al 50 per cento di quanto emerge dalla stima di contabilità nazionale sui consumi sanitari a carico delle famiglie. Una differenza che è da ricondurre ad una serie di elementi tutti di rilievo per valutare la distribuzione e le caratteristiche con cui opera oggi il beneficio fiscale a favore di queste spese. Va innanzitutto, considerato che gli importi sono al netto della franchigia prevista per questo tipo di onere (129 euro per contribuente). Nel caso dei contribuenti che comunque hanno indicato un importo su cui calcolare la detrazione, nel complesso si tratta di 2,4 miliardi di spesa su cui non è possibile godere del beneficio fiscale. Più complessa è la quantificazione della spesa "persa" in ragione della franchigia nel caso dei circa 22,6 milioni di contribuenti che non espongono tale tipo di onere. Nell'ipotesi che la franchigia abbia inciso su una spesa media di 100 euro pro capite, annullandone quindi l'importo su cui calcolare la detrazione, sarebbe stata sacrificata una ulteriore quota della spesa stimabile in 2,6 miliardi. Vi sono poi ulteriori e rilevanti fattori. Innanzitutto, i più severi criteri di premialità che, nel caso del fisco, certamente portano ad escludere alcune prestazioni para sanitarie. Si tratta, ad esempio, del complesso insieme delle attività legate a cure preventive o riabilitative non riconducibili entro prescrizione medica. Oltre a quelle spese in cui l'incentivo del beneficio fiscale non è stato in grado di contrastare l'interesse delle parti ad occultare al fisco i corrispettivi dei servizi resi, la parte più di rilievo è poi la spesa riferibile a soggetti "incapienti". Una spesa che non può beneficiare di una riduzione fiscale proprio per la mancanza di un onere di imposta. I contribuenti con redditi complessivi fino a 7.500 euro sono circa 10,2 milioni. Una spesa a carico di questi contribuenti non è suscettibile di godere del contributo attraverso le detrazioni. Una difficoltà che rende la necessità di ricorrere al finanziamento delle famiglie ancora più gravoso quando il sistema non è in grado di intervenire a sostegno dei bisogni di salute delle fasce più deboli. D'altro verso, non si può dimenticare che i dati delle dichiarazioni ci restituiscono l'immagine di un paese in cui l'onere fiscale grava su una platea molto (troppo) ristretta. Di qui lo sconcerto di coloro che pur a fronte di un rilevante onere fiscale si trovano a dover pagare i servizi. Questioni che riportano alla sostenibilità del sistema e devono spingere a guardare alle soluzioni da dare ai diversi temi aperti (compartecipazioni, finanziamento del sistema, meccanismi di ripartizione e di calcolo dei fabbisogni, semplificazione del sistema di tassazione) in modo organico, considerando soprattutto le dinamiche di spesa e fabbisogni in relazione alle prospettive demografiche di medio periodo e al progresso tecnologico con il suo impatto sul costo delle cure.

LA SPESA SANITARIA IN IRPEF PER REGIONE
Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida

	anno di imposta 2017						
	Numero contribuenti 2017	Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida		Spese per addetti assistenza personale - Frequenza		Spese mediche per portatori handicap	
		numero	ammontare (in migliaia)	numero	ammontare (in migliaia)	numero	ammontare (in migliaia)
Piemonte	3.189.896	1.502.546	1.547.515	11.983	22.512	23.329	117.504
Valle d'Aosta	97.401	49.154	48.346	682	1.290	556	2.551
Lombardia	7.212.136	3.586.967	4.195.782	21.123	39.410	74.806	467.314
Liguria	1.181.676	570.202	608.351	4.441	8.553	9.407	25.145
P.A. Trento	415.567	210.777	200.878	3.022	5.178	2.238	4.568
P.A. Bolzano	428.756	186.869	201.451	1.262	2.317	316	645
Veneto	3.601.033	1.844.388	1.834.563	15.729	29.263	40.176	97.961
Friuli Venezia Giulia	930.893	466.883	452.238	5.704	10.848	9.699	38.790
Emilia Romagna	3.379.203	1.705.513	1.761.949	21.248	40.590	50.995	209.917
Toscana	2.734.345	1.259.582	1.217.537	14.193	27.276	11.289	34.171
Umbria	629.210	285.360	252.402	3.844	7.348	2.574	4.323
Marche	1.123.669	546.611	474.879	5.256	9.904	7.297	15.824
Lazio	3.895.596	1.777.154	2.018.682	6.352	12.150	19.479	33.195
Abruzzo	910.763	375.958	309.790	1.931	3.533	1.708	2.782
Molise	212.016	79.133	59.677	299	536	362	840
Campania	3.188.712	1.097.221	909.637	2.670	4.813	4.878	7.904
Puglia	2.575.462	1.062.609	825.408	2.861	5.087	6.167	12.931
Basilicata	379.849	139.327	101.622	550	935	349	837
Calabria	1.185.888	399.989	309.333	574	1.024	1.312	3.192
Sicilia	2.872.559	1.083.764	857.000	2.071	3.715	4.614	7.269
Sardegna	1.061.191	388.641	334.506	2.234	4.087	4.400	13.079
TOTALE	41.211.336	18.618.648	18.521.544	128.029	240.369	275.951	1.100.744
Nord	20.436.561	10.123.299	10.851.073	85.194	159.961	211.522	964.395
Centro	8.382.820	3.868.707	3.963.500	29.645	56.678	40.639	87.513
Sud	12.386.440	4.626.642	3.706.973	13.190	23.730	23.790	48.834
Totale	41.205.821	18.618.648	18.521.544	128.029	240.369	275.951	1.100.742

	variazioni 2017/2016						
	Numero contribuenti	Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida		Spese per addetti assistenza personale		Spese mediche per portatori handicap	
		numero	ammontare	numero	ammontare	numero	ammontare
Piemonte	0,76	2,87	4,66	0,17	-0,63	11,95	12,49
Valle d'Aosta	0,59	3,79	6,92	-3,13	-4,52	14,40	11,54
Lombardia	1,22	3,20	4,79	4,16	3,40	5,61	6,41
Liguria	0,62	2,45	4,22	-0,43	-1,19	5,20	10,69
P.A. Trento	-0,11	3,86	5,38	4,93	3,98	-0,62	-3,24
P.A. Bolzano	1,18	4,47	7,41	4,04	6,63		
Veneto	1,48	3,36	5,60	0,55	1,04	6,70	7,14
Friuli Venezia Giulia	1,18	3,03	4,51	10,20	9,23	5,85	7,07
Emilia Romagna	1,32	2,83	4,68	-0,03	-0,88	3,34	5,31
Toscana	0,98	2,72	3,84	1,86	1,93	12,22	14,95
Umbria	0,88	3,59	5,12	4,06	4,09	15,79	17,76
Marche	1,27	2,85	4,71	4,29	3,55	7,86	9,49
Lazio	0,49	2,28	2,94	2,57	2,35	4,60	14,30
Abruzzo	0,80	3,01	4,49	-0,31	-0,62	3,70	-0,78
Molise	0,32	3,04	4,91			16,40	38,61
Campania	0,51	3,68	4,19	14,01	15,70	11,60	17,88
Puglia	0,80	2,90	5,43	2,69	3,18	8,25	17,41
Basilicata	0,37	4,10	6,51	3,00	-0,74	1,45	22,73
Calabria	0,00	3,52	4,88	0,00	-0,58	34,56	99,62
Sicilia	-0,44	2,59	5,40	5,02	3,11	7,40	12,59
Sardegna	0,96	4,49	7,11	-5,22	-4,33	5,59	7,85
TOTALE	0,83	3,04	4,67	2,25	1,84	6,42	7,93
Nord	1,14	3,11	4,91	1,94	1,39	6,02	7,12
Centro	0,78	2,60	3,56	2,72	2,58	7,88	13,81
Sud	0,35	3,24	5,16	5,50	5,50	9,09	16,29
Totale	0,83	3,04	4,67	2,48	2,06	6,55	8,00

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati MEF

Di rilievo sono, infine, le deduzioni previste per spese mediche per portatori di handicap: si tratta nel complesso di oltre 1,1 miliardi, importo che si conferma sui livelli del 2016.

Le spese mediche per portatori di handicap presentano una distribuzione territorialmente molto concentrata. Circa 893 milioni (l'81,1 per cento del totale è riferibile a residenti del Piemonte, della Lombardia del Veneto e dell'Emilia). Inferiore è il peso dei contribuenti di queste Regioni sul totale di quelli che hanno richiesto la deduzione (69 per cento). Ne derivano importi medi nelle Regioni del Nord molto superiori alla media: si va dai 6.247 euro della Lombardia ai 5.037 del Piemonte, 4.116 dell'Emilia e 2.438 del Veneto. L'83 per cento delle somme sono riferite a classi di reddito complessivo comprese tra i 10 e i 40 mila euro

Continua a crescere la quota di contribuenti che presentano spese sanitarie: dal 44,2 per cento dei contribuenti del 2016 al 45,2 per cento del 2017. Valori che sono il 49,5 per cento nel Nord (erano il 47,1 per cento nel 2015), il 46,2 per cento nel Centro (43,9 nel 2015) e 37,4 nel Sud (34,8 per cento lo scorso anno).

La spesa è in media di 994 euro pro capite, che salgono a 1.072 euro al Nord, 1.025 euro al Centro e 801 euro al Sud.

TAVOLA 12.2

LA SPESA SANITARIA IN IRPEF PER CLASSE DI REDDITO COMPLESSIVO							
anno di imposta 2017							
classi di reddito complessivo	Numero contribuenti	Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida		Spese per addetti assistenza personale - Frequenza		Spese mediche per portatori handicap	
		numero	ammontare	numero	ammontare	numero	ammontare
fino a 7500	10.257.739	1.003.424	630.747	4.782	8.032	8.961	21.992
da 7500 a 10.000	2.763.107	760.345	513.249	5.543	10.051	12.355	43.050
da 10.000 a 15.000	5.601.462	2.353.628	1.852.818	26.750	50.138	52.724	209.645
da 15.000 a 20.000	5.805.616	3.030.155	2.663.389	32.007	60.623	65.941	285.433
da 20.000 a 29.000	8.644.458	5.459.467	5.275.422	37.860	71.677	73.526	290.701
da 29.000 a 40.000	4.516.081	3.256.837	3.561.322	21.087	39.847	36.388	133.719
da 40.000 a 50.000	1.429.174	1.085.166	1.345.672	0	0	11.646	46.038
da 50.000 a 70.000	1.094.382	835.466	1.189.774	0	0	8.026	35.088
da 70.000 a 100.000	631.875	480.047	769.906	0	0	3.938	19.159
oltre 100.000	467.442	354.113	719.243	0	0	2.446	15.920
Totale	41.211.336	18.618.648	18.521.542	128.029	240.368	275.951	1.100.745

variazioni 2017/2016							
classi di reddito complessivo	Numero contribuenti	Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida		Spese per addetti assistenza personale		Spese mediche per portatori handicap	
		numero	ammontare	numero	ammontare	numero	ammontare
fino a 7500	3,72	13,34	16,68	9,86	9,22	13,94	14,58
da 7500 a 10.000	-0,52	2,74	4,56	-2,43	-2,00	2,58	4,12
da 10.000 a 15.000	-1,56	1,88	4,12	2,48	1,81	6,29	7,94
da 15.000 a 20.000	-1,52	1,38	3,24	0,93	0,47	5,64	7,09
da 20.000 a 29.000	0,11	2,30	3,96	2,35	2,17	6,43	8,47
da 29.000 a 40.000	1,64	3,23	4,65	3,47	3,05	7,31	10,27
da 40.000 a 50.000	3,17	4,75	5,98			7,90	8,63
da 50.000 a 70.000	1,53	2,84	4,50			6,45	4,50
da 70.000 a 100.000	0,90	2,42	4,21			4,35	7,54
oltre 100.000	3,58	5,00	5,76			9,00	2,90
Totale	0,83	3,04	4,67	2,25	1,84	6,43	7,94

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati MEF

La crescita della spesa segna anche l'aumento nel rilievo della spesa fiscale, che cresce a circa 3,8 miliardi. Tale importo è pari a circa il 3 per cento della spesa complessiva dell'anno. La spesa va a beneficio per circa il 61 per cento dei residenti delle Regioni del Nord, a cui è riconducibile il 55 per cento del reddito complessivo.

Guardando alla spesa per classi di reddito, due le notazioni principali. Sono i contribuenti tra i 20.000 e i 40.000 euro che beneficiano di poco meno del 50 per cento della spesa fiscale a fronte di un peso in termini di reddito imponibile del 42 per cento e del 40 per cento in termini di imposta. I contribuenti con più di 50.000 euro di reddito denunciano spese per il 13,9 per cento del totale a fronte di redditi per il 23,1 per cento e imposte per poco meno del 30 per cento.

TAVOLA 12.3

I BENEFICI DELLA SPESA FISCALE PER REGIONE

Valori assoluti, composizione %, pro-capite e composizione % di reddito imponibile e imposta lorda

	Totale beneficio (migliaia di euro)	Totale beneficio %	Reddito Imp %	Imposta Lorda %	Totale beneficio / procapite in euro	Totale beneficio / procapite - indice
Piemonte	330.299	8,5	8,3	8,3	219,8	105,9
Valle d'Aosta	10.120	0,3	0,2	0,2	205,9	99,2
Lombardia	936.617	24,2	20,8	21,6	261,1	125,8
Liguria	124.078	3,2	3,0	3,0	217,6	104,8
P.A. Trento	40.380	1,0	1,0	1,0	191,6	92,3
P.A. Bolzano	38.897	1,0	1,2	1,2	208,1	100,3
Veneto	380.717	9,9	9,2	9,1	206,4	99,5
Friuli Venezia Giulia	98.428	2,5	2,4	2,3	210,8	101,6
Emilia Romagna	399.977	10,4	8,9	9,0	234,5	113,0
Toscana	245.763	6,4	6,8	6,7	195,1	94,0
Umbria	50.495	1,3	1,4	1,4	177,0	85,3
Marche	96.286	2,5	2,5	2,5	176,2	84,9
Lazio	395.209	10,2	10,3	10,6	222,4	107,1
Abruzzo	60.257	1,6	1,9	1,8	160,3	77,2
Molise	11.656	0,3	0,4	0,4	147,3	71,0
Campania	175.825	4,6	6,3	6,1	160,2	77,2
Puglia	161.136	4,2	4,9	4,6	151,6	73,1
Basilicata	19.700	0,5	0,7	0,7	141,4	68,1
Calabria	59.784	1,5	2,1	2,0	149,5	72,0
Sicilia	165.431	4,3	5,5	5,3	152,6	73,5
Sardegna	67.748	1,8	2,2	2,1	174,3	84,0
TOTALE	3.864.266	100,0	100,0	100,0	207,5	100,0
Nord	2.358.462	61,0	55,0	55,8	233,0	112,3
Centro	787.883	20,4	21,0	21,2	203,7	98,1
Sud	721.544	18,7	24,0	22,9	156,0	75,1
Totale	3.864.266	100,0	100,0	100,0	207,5	100,0

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati MEF

TAVOLA 12.4

I BENEFICI DELLA SPESA FISCALE PER CLASSE DI REDDITO

Valori assoluti, composizione %, pro-capite e composizione % di reddito imponibile e imposta lorda

classi di reddito complessivo	Totale beneficio (migliaia di euro)	2017				
		Totale beneficio %	Reddito Imp %	Imposta Lorda %	Totale beneficio / procapite in euro	Totale beneficio / procapite - indice
fino a 7500	125.830	3,3	3,7	2,8	125,4	60,4
da 7500 a 10.000	109.193	2,8	2,8	2,4	143,6	69,2
da 10.000 a 15.000	409.727	10,6	8,2	7,0	174,1	83,9
da 15.000 a 20.000	584.657	15,1	12,2	10,5	192,9	93,0
da 20.000 a 29.000	1.086.920	28,1	24,8	22,2	199,1	95,9
da 29.000 a 40.000	719.755	18,6	17,8	17,4	221,0	106,5
da 40.000 a 50.000	269.073	7,0	7,3	7,8	248,0	119,5
da 50.000 a 70.000	237.033	6,1	7,3	8,4	283,7	136,7
da 70.000 a 100.000	152.802	4,0	5,9	7,4	318,3	153,4
oltre 100.000	142.850	3,7	9,9	14,1	403,4	194,4
Totale	3.864.266	100,0	100,0	100,0	207,5	100,0

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati MEF

18. Le informazioni fornite dalle Amministrazioni nel corso dell'indagine conoscitiva promossa dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati consentono di completare il quadro della spesa fiscale a sostegno delle prestazioni sanitarie con la considerazione del trattamento riservato ai fondi sanitari.

L'art. 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (come modificato dal d.lgs. n. 299/99) ha previsto che, al fine di favorire l'erogazione di *forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate*, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza. Tali fondi sanitari erogano prestazioni aggiuntive, non comprese nei LEA, prestazioni erogate dal SSN comprese nei LEA per la sola quota posta a carico dell'assistito; prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati (permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili per la quota di spesa non ricomprese nei Lea; recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio); prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei Lea; i contributi versati dagli iscritti sono deducibili fino ad un massimo di 3.615 euro ai fini IRPEF⁴¹.

I fondi sanitari comprendono anche quelli promossi da enti, casse e società di mutuo soccorso (come previsto dalla Legge finanziaria 2008), che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie secondo quanto stabilito dai propri statuti e regolamenti. Essi possono comprendere sia prestazioni sanitarie comprese nei LEA che quelle extra LEA. Tali enti devono garantire che almeno il 20 per cento delle risorse complessive annuali, siano destinate all'erogazione di prestazioni extra Lea. Solo in tal caso possono accedere

⁴¹ Articolo 10, c.1 e articolo 51, c.2 lettera a) lettera e-ter del testo unico delle imposte sui redditi TUIR.

all'Anagrafe dei fondi⁴² e beneficiare, annualmente, del trattamento fiscale agevolato: anche in questo caso i contributi versati dagli iscritti sono deducibili fino ad un massimo di 3.615 euro ai fini IRPEF⁴³⁴⁴.

19. Negli ultimi anni, il numero dei fondi censiti dall'anagrafe è aumentato lentamente, ma progressivamente (dai 267 fondi sanitari attestati nell'anno 2010 ai 322 nel 2017). Il divario tra il numero dei fondi sanitari integrativi e gli enti, casse e società di mutuo soccorso, attestati nel corso degli anni, è sempre rimasto rilevante e, al lieve aumento del numero dei fondi integrativi di tipologia A (da 3 nel 2013 e a 9 nel 2017), si è avuto un più significativo e progressivo incremento del numero degli enti, casse e società di mutuo soccorso (dai 273 nel 2013, a 313 nel 2017).

In una recente audizione, l'Agenzia delle entrate ha indicato che gli importi portati in deduzione riconducibili a fondi integrativi (del tipo A) sono stati nell'anno di imposta 2017 51,1 milioni relativi a 65.111 dichiarazioni (in riduzione rispetto al precedente anno, 63,3 milioni per 80.674 soggetti).

Ben di maggior rilievo sono invece le deduzioni dal reddito da lavoro dipendente per i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore⁴⁵ ad enti e casse (del tipo B).

Sulla base dei dati estrapolati dalle Certificazioni Uniche dei sostituti d'imposta per il 2017 hanno beneficiato della deduzione poco meno di 6,7 milioni di contribuenti, per un totale di 11,1 miliardi con una deduzione media di 1.650 euro per contribuente. Rispetto al 2016 i soggetti interessati sono aumentati del 22,2 per cento (erano 5,5 milioni), l'importo dedotto è aumentato del 5,3 per cento (era pari a 10,5 miliardi mentre l'importo medio dedotto si è ridotto del 14 per cento. Va rilevato come i lavoratori in quiescenza che hanno dedotto quanto versato ad enti o casse siano cresciuti del 34,3 per cento (da passando da 54.287 a 72.910) e le somme dedotte da 43,6 milioni ad oltre 60.

⁴² Per un censimento dei soggetti operanti come organismi di sanità integrativa e per la verifica del rispetto della soglia delle risorse vincolate è stata istituita una anagrafe presso il Ministero della salute e ne è stata prevista la fruibilità all'Agenzia delle entrate (d.m. 27 ottobre 2009).

⁴³ La legge di stabilità 2016 ha, inoltre, permesso al lavoratore di poter scegliere di percepire (in tutto o in parte) il proprio "premio di produzione" come prestazioni di c.d. *welfare* aziendale. Nel caso gli importi convertiti non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente né sono soggetti all'aliquota sostitutiva agevolata del 10 per cento. La legge di bilancio del 2017 ha, poi, previsto che i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche in forma assicurativa, possano riguardare anche "il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie"; ciò senza oneri contributivi né per il lavoratore né per il datore di lavoro.

⁴⁴ I dati forniti dal Ministero della salute nel corso dell'audizione presso la XII Commissione Affari sociali relativi alle prestazioni erogate nel 2016, consentono di avere uno spaccato delle prestazioni erogate da entrambi i tipi di fondo. Per i fondi sanitari integrativi del SSN, le prestazioni erogate si riferiscono quasi totalmente all'assistenza odontoiatrica (oltre il 96 per cento). Limitato è l'utilizzo delle risorse per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni finalizzate al recupero della salute. Nel caso degli enti, casse e società di mutuo soccorso, le risorse destinate all'erogazione delle prestazioni extra LEA sono state circa il 32 per cento del totale, mentre la spesa per le prestazioni incluse nei LEA ha riguardato il restante 68 per cento. Tra le extra LeA sono largamente prevalenti le prestazioni odontoiatriche (il 67,6 per cento) mentre a quelle per il recupero della salute e alle prestazioni sanitarie e sociali è andato rispettivamente il 12 e il 20,5 per cento.

⁴⁵ Possono versare i contributi di assistenza sanitaria anche i pensionati (ex lavoratori dipendenti) se tali casse consentono agli ex lavoratori di rimanervi iscritti anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro, continuando a corrispondere in proprio il contributo previsto senza alcun onere a carico del datore di lavoro. Tali contributi non concorrono alla formazione del reddito anche se versati da lavoratori in quiescenza, sempreché rispondenti alle previsioni di contratto, accordo o regolamento aziendale, stante l'equiparazione dei redditi da pensione ai redditi di lavoro dipendente.

Nel complesso quindi le deduzioni riconducibili a questo tipo di contribuzione raggiungono i 13 miliardi. La quantificazione della perdita di gettito riconducibile a tali contributi può essere solo stimata. Assumendo una aliquota marginale media per il complesso dei contribuenti pari al 30 per cento, il beneficio fiscale è di 3,3 miliardi⁴⁶.

20. Il rilievo complessivo della spesa fiscale è al centro oggi dell'attenzione su diversi fronti. Da un lato, la revisione del sistema è vista come opportunità di liberare risorse a favore della finanza pubblica o di un progetto complessivo di riforma fiscale; da un altro, si sostiene il carattere distorsivo del sistema oggi operante sia per gli effetti distributivi, sia per i comportamenti che ne derivano in termini di appropriatezza delle prestazioni. Con ciò puntando a ricondurre le risorse verso il SSN.

Al momento sono allo studio modifiche anche nell'area delle assicurazioni integrative (il secondo pilastro) allo scopo di giungere ad una più specifica regolamentazione. Modifiche volte a superare l'attuale dicotomia tra i due tipi di fondi che beneficiano del sistema delle detrazioni di imposta, consentendo a chiunque (non solo ai dipendenti) la possibilità di goderne. Un tema oggi all'attenzione del Governo, che mira a sfruttare la maggiore forza contrattuale di tali soggetti organizzati ponendo per l'accesso ai benefici fiscali alcune condizioni. I fondi sanitari dovrebbero caratterizzarsi per il perseguimento di finalità non lucrative e solidaristiche e proporsi come una sorta di presidio aggiuntivo e complementare del sistema di "sicurezza sociosanitaria". Il mantenimento di condizioni di apertura sul fronte delle prestazioni erogabili sarebbe bilanciato dall'avere ad oggetto quelle con evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e collettivo, e più appropriate per la salute del cittadino. Si dovrebbe prevedere due aree d'intervento necessitate (e quindi predefinite) dei Fondi (cui condizionare l'accesso/permanenza del beneficio fiscale): una prima area sostitutiva/integrativa delle prestazioni LEA, dove le strutture pubbliche (o private accreditate) sono le uniche interlocutrici del Fondo (ciò consentirebbe di dirigere le risorse verso le strutture del SSN al fine di promuoverne un più agevole accesso, con una ricaduta indiretta positiva anche su coloro che non godono della copertura aggiuntiva); un'area aggiuntiva e complementare di prestazioni non contemplate nei LEA, ma a queste strettamente legate, di cui il Fondo dovrebbe essere indotto a farsi carico (prestazioni/attività di prevenzione e diagnosi precoce delle patologie evitabili e/o a maggiore diffusione, alla promozione di stili di vita, importanti deterrenti all'insorgere di patologie, agli oneri per l'assistenza farmaceutica in fascia C, all'assistenza odontoiatrica non a carico del SSN, alla riabilitazione e alle prestazioni sia sociali che sanitarie). Particolare attenzione dovrebbero avere le prestazioni non erogate dal SSN (o dai Comuni) riconducibili alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a quelle sociali a rilevanza sanitaria e, infine, le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria. Un riordino della regolamentazione, si dovranno prevedere per l'anagrafe maggiori possibilità di controllo e verifica.

Quale che sia la scelta che verrà operata resta importante che si punti a introdurre criteri e principi per governare la spesa privata, sostenuta direttamente dalle famiglie o intermediata dai fondi, cercando di evitare o ridurre il rischio che lo sviluppo "non governato" degli ultimi anni porti ad un abbandono progressivo dei principi fondanti del SSN, copertura universale, solidarietà ed equità. Proprio il rapido incedere dell'innovazione con i relativi costi e al contempo la difficoltà di ampliare l'intervento pubblico sembra inoltre sottolineare l'opportunità di strutture mutualistiche in grado di rafforzare le capacità di gestione degli accessi alle nuove cure prima che queste possano

⁴⁶ Gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale iscritti all'Anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale trasmettono all'Agenzia delle entrate, per tutti i soggetti del rapporto, una comunicazione contenente i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate. Nel 2017 le spese sanitarie rimborsate da enti, casse e società di mutuo soccorso per effetto di contributi che hanno goduto del beneficio fiscale sono state pari a 1,129 miliardi (a fronte di 1,567 miliardi di spesa complessiva) in crescita del 26 per cento rispetto al 2016. Quelle invece da fondi integrativi solo 7,7 milioni (a fronte di 10,6 milioni di spesa complessiva), in flessione di oltre il 63 per cento rispetto all'anno precedente.

essere riassorbite nei Lea. Uno strumento di solidarietà su cui far conto che non deve, tuttavia, portare a distorsioni o rendite. L'intermediazione potrebbe poi portare ad un ulteriore beneficio consentendo di ridurre l'evasione, che continua ad essere elevata nel rapporto diretto tra famiglie e professionisti.

GLI INVESTIMENTI IN SANITÀ

21. Nel 2018 i pagamenti per investimenti delle aziende sanitarie si mantengono nel complesso sui livelli del 2017. La lieve crescita (+0,3 per cento) non muta il quadro di forte ridimensionamento registrato nell'ultimo quinquennio, che vede ridursi la spesa dai 2,4 miliardi del 2013 a poco più di 1,4 miliardi del 2018.

Si tratta di un risultato che assume caratteri e intensità diverse per tipologia di bene e per area territoriale. Si conferma nel 2018 l'aumento degli esborsi per attrezzature sanitarie e scientifiche, a cui si aggiunge quello per impianti e macchinari. Le prime aumentano del 10,5 per cento e le seconde del 14 per cento. Un incremento quasi interamente compensato dal calo di tutte le altre voci e soprattutto di quelle per fabbricati (-6,4 per cento) e altri beni materiali (-8,4 per cento).

Dal 2013, a livello nazionale, la riduzione ha interessato tutte le voci esclusi gli automezzi, che presentano una crescita di circa il 28 per cento ma costituiscono poco più dell'1 per cento della spesa complessiva. Particolarmente netta la flessione registrata negli investimenti in fabbricati e terreni, in calo del 54 per cento, e quelli in immobilizzazioni immateriali ridottesi di oltre il 50 per cento.

Molto diversi i risultati a livello territoriale. In aumento rispetto al 2017 i pagamenti complessivi solo nelle Regioni del Nord-ovest e del Mezzogiorno.

Nel Nord Ovest la crescita (+8,3 per cento) è trainata dagli interventi in macchinari, attrezzature scientifiche e mobili oltre alle immobilizzazioni immateriali. Nonostante tali andamenti la caduta degli esborsi rispetto al 2013 è del 50 per cento e l'importo degli investimenti per abitante rimane al di sotto della media nazionale.

Maggiore è la crescita nel Mezzogiorno (+12,9 per cento), riconducibile essenzialmente a quella in fabbricati e impianti. In quest'area la caduta dei pagamenti nel quinquennio è stata inferiore alla media (-28,6 per cento). La spesa per investimenti si mantiene su valori inferiori alla media.

Rispetto al 2017 si riducono gli investimenti nelle altre aree pur mantenendosi su livelli pro capite superiori alla media. Flette di oltre il 10,9 per cento quella delle amministrazioni del Centro, e solo del 4,5 e dello 0,3 per cento, rispettivamente, quella nel Nord Est e nelle Isole. Nel Centro e nelle Isole il risultato è dovuto alle flessioni riconducibili a fabbricati e immobilizzazioni immateriali. Nel Nord Est la flessione di fabbricati, impianti e mobili e arredi è solo in parte compensata dalla crescita di quelli in attrezzature sanitarie e immateriali. È quest'area che pur in flessione si conferma quella con l'importo di spesa di investimento più elevata.

I PAGAMENTI PER INVESTIMENTI NELLE AZIENDE SANITARIE, NELLE AZIENDE OSPEDALIERE E NEGLI IRCSS

milioni di euro	Nord - ovest				Nord - Est				Centro				Mezzogiorno				Isole				Totale				
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	
Terreni Fabbricati	169,7	142,1	126,7	126,9	185,5	176,0	159,9	154,5	120,7	106,6	125,6	82,7	154,9	130,6	105,0	131,6	87,5	48,9	57,6	42,3	716,3	604,2	574,7	538,0	
Impianti e macchinari	40,9	39,9	22,2	26,6	20,9	20,5	18,8	18,8	16,4	16,4	18,8	24,4	16,5	7,8	5,9	6,8	5,9	21,4	10,4	11,0	12,7	130,2	105,0	76,6	87,3
Attrezzature sanitarie e scientifiche	131,2	82,8	85,7	99,0	111,9	142,0	130,6	131,6	71,9	58,0	68,0	84,3	160,5	93,2	98,4	101,9	77,9	70,2	56,8	69,0	553,4	446,1	439,5	483,8	
Mobili e arredi	14,9	11,1	10,6	11,8	16,5	14,5	16,0	14,0	13,3	9,6	9,3	9,8	18,4	10,5	10,1	9,8	7,4	5,7	8,7	8,9	70,6	51,4	54,7	54,3	
Automezzi	3,9	1,8	2,0	1,6	5,3	4,1	6,9	8,3	3,1	4,2	7,3	4,7	4,6	4,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,5	1,0	2,3	19,0	16,8	19,4	19,1
Altri beni materiali	32,0	25,9	30,5	30,4	99,8	72,6	53,1	40,1	41,0	41,6	41,6	40,9	18,0	11,3	10,1	10,2	22,8	23,7	30,7	30,5	213,6	175,4	166,1	152,2	
Immobilizzazioni immateriali	20,8	15,6	11,5	16,7	33,6	31,6	26,7	28,5	12,8	13,0	15,7	8,3	10,8	14,1	10,7	11,2	16,5	6,9	7,2	6,4	94,5	81,1	71,8	71,2	
Totale	413,5	319,2	289,2	313,2	471,4	461,2	412,0	393,6	293,3	259,6	286,4	255,1	383,7	271,7	242,4	273,6	235,6	188,3	172,9	172,3	1.797,6	1.480,1	1.402,8	1.407,8	
variazioni																									
Terreni Fabbricati	16/15	17/16	18/17	18/13	16/15	17/16	18/17	18/13	16/15	17/16	18/17	18/13	16/15	17/16	18/17	18/13	16/15	17/16	18/17	18/13	16/15	17/16	18/17	18/13	
Impianti e macchinari	-16,2	-10,9	0,2	-62,2	-4,1	-9,2	-3,4	-56,7	-11,7	17,9	-34,2	30,0	-53,9	-15,6	-19,7	25,4	-30,1	-44,2	17,8	-26,4	-61,7	-15,6	-4,9	-54,0	
Attrezzature sanitarie e scientifiche	-2,5	-44,5	20,3	-42,5	2,1	-8,0	-11,5	-22,7	-13,4	-29,0	30,0	-30,6	-52,7	-24,6	16,3	-60,7	-51,3	5,1	16,3	-45,6	-19,4	-27,1	14,0	-39,3	
Mobili e arredi	-36,9	3,4	15,6	-26,8	26,9	-8,0	0,8	-27,0	-19,4	17,4	23,9	8,2	-41,9	5,6	-3,6	-16,4	-9,9	-9,1	21,5	-23,2	-19,4	-1,5	10,5	-19,7	
Automezzi	-25,8	-4,3	11,6	-45,7	-12,1	10,4	-12,7	-48,2	-27,9	-2,7	5,2	-39,5	-43,0	-3,6	-3,5	-19,9	-23,5	-23,2	3,2	34,2	-27,2	6,6	-0,7	-35,2	
Altri beni materiali	-53,1	10,0	-20,3	-32,2	-24,0	70,0	19,5	68,4	34,9	76,2	-36,2	72,4	-8,5	-48,5	0,9	-13,7	20,4	-61,4	140,1	0,8	-17,7	15,4	-1,7	27,7	
Immobilizzazioni immateriali	-19,1	18,0	-0,5	-44,3	-27,2	-26,9	-24,5	-55,7	2,1	-0,6	-1,6	-50,9	-37,1	-10,7	0,5	-48,6	4,2	29,6	-0,6	226,0	-17,9	-5,3	-8,4	-40,9	
Totale	-25,3	-26,0	-45,4	-45,2	-5,7	-15,7	6,7	-38,7	1,5	20,5	-47,1	-65,1	30,0	-23,7	4,4	-46,8	-58,3	5,3	-10,9	-72,3	-14,1	-11,5	-0,9	-51,0	
	-22,8	-9,4	8,3	-50,0	-2,2	-10,7	-4,5	-45,9	-11,5	10,3	-10,9	-39,0	-29,2	-10,8	12,9	-28,6	-28,6	2,7	-4,3	-35,1	-17,7	-5,2	0,4	-41,8	
procapite																									
Terreni Fabbricati	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	
Impianti e macchinari	21,2	8,8	7,9	7,9	31,0	15,1	13,7	13,3	15,3	8,8	10,4	6,9	13,5	9,3	7,5	9,4	16,7	7,3	8,6	6,3	196,6	100	9,5	8,9	
Attrezzature sanitarie e scientifiche	2,9	2,5	1,4	1,7	1,9	1,8	1,6	1,4	3,0	2,2	1,6	2,0	1,2	0,6	0,4	0,5	3,5	1,5	1,6	1,9	2,4	1,7	1,3	1,4	
Mobili e arredi	8,5	5,1	5,3	6,1	15,6	12,2	11,2	11,3	6,7	4,8	5,6	7,0	8,7	6,6	7,0	7,2	13,5	10,4	8,5	10,3	10,1	7,4	7,3	8,0	
Automezzi	1,4	0,7	0,7	0,7	2,3	1,2	1,4	1,2	1,4	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,7	0,7	1,0	0,8	1,3	1,3	1,4	0,8	0,9	0,9	
Altri beni materiali	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,3	0,6	0,7	0,2	0,3	0,6	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	
Immobilizzazioni immateriali	3,4	1,6	1,9	1,9	7,9	6,2	4,6	3,4	7,1	3,5	3,4	3,4	1,4	0,8	0,7	0,7	1,4	3,5	4,6	4,6	4,3	2,9	2,7	2,5	
Totale	1,9	1,0	0,7	1,0	4,0	2,7	2,3	2,4	2,0	1,1	1,3	0,7	1,5	1,0	0,8	0,8	3,5	1,0	1,1	1,0	2,4	1,3	1,2	1,2	
	39,5	19,8	18,0	19,4	63,2	39,6	35,4	33,8	35,8	21,5	23,7	21,1	27,4	19,3	17,2	19,4	40,0	25,0	25,8	25,7	40,6	24,4	23,2	23,2	
Terreni Fabbricati	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	2013	2016	2017	2018	
Impianti e macchinari	335,7	142,1	126,7	126,9	356,8	176,0	159,9	154,5	179,3	106,6	125,6	82,7	182,2	130,6	105,0	131,6	110,6	48,9	57,6	42,3	1.170,6	604,2	574,7	538,0	
Attrezzature sanitarie e scientifiche	46,3	39,9	22,2	26,6	21,5	20,5	18,8	16,7	35,2	26,4	18,8	24,4	17,4	7,8	5,9	6,8	23,4	10,4	11,0	12,7	145,8	105,0	76,6	87,3	
Mobili e arredi	135,3	82,8	85,7	99,0	180,2	142,0	130,6	131,6	77,9	58,0	68,0	84,3	121,8	95,2	101,1	98	89,9	70,2	56,8	69,0	605,1	446,1	439,5	483,8	
Automezzi	2,3	1,8	2,0	1,6	5,0	4,1	6,9	8,3	2,7	4,2	7,3	4,7	2,6	4,2	2,2	2,2	2,3	2,5	1,0	2,3	14,9	16,8	19,4	19,1	
Altri beni materiali	54,6	25,9	30,5	30,4	90,5	72,6	53,1	41,9	41,9	41,6	41,6	40,9	19,8	11,3	10,1	10,2	9,4	23,7	30,7	30,5	257,6	175,4	166,1	152,2	
Immobilizzazioni immateriali	30,5	15,6	11,5	16,7	46,4	31,6	26,7	28,5	13,0	13,0	15,7	8,3	21,1	14,1	10,7	11,2	23,3	6,9	7,2	6,4	145,2	81,1	71,8	71,2	
Totale	626,5	319,2	289,2	313,2	727,6	461,2	412,0	393,6	418,4	259,6	286,4	255,1	383,0	271,7	242,4	273,6	265,5	168,3	172,9	172,3	2.421,0	1.480,1	1.402,8	1.407,8	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati SIOPE

Pur interrompendosi nel 2018, il calo dei pagamenti delle aziende sanitarie per investimenti, si conferma un livello di accumulazione discendente e più ridotto che negli altri Paesi anche ove si guardi al settore nel suo insieme.

Con riferimento al 2016 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati per un confronto internazionale), in Italia solo lo 0,3 per cento del Prodotto è destinato ad accumulazione, contro importi più che doppi nelle principali economie europee: l'1,1 della Germania, lo 0,6 della Francia. Superiori anche Spagna e Portogallo con rispettivamente lo 0,7 e lo 0,6 per cento del prodotto.

Una tendenza negativa che, se non sembra essersi riflessa nelle dotazioni di attrezzature sanitarie che continuano a presentare livelli particolarmente elevati⁴⁷, è senza dubbio alla base dell'invecchiamento delle apparecchiature in esercizio.

22. Solo marginali le modifiche intervenute nella gestione degli Accordi di programma ex art. 20 della legge 67/1988. A fronte della disponibilità di 15,3 miliardi, al 31 dicembre 2018 risultavano sottoscritti 84 Accordi (3 in più di quelli del 2017) per un importo pari a 11,6 miliardi (circa 400 milioni in più rispetto alla situazione a fine 2017), per 10,7 miliardi ammessi a finanziamento. Le risorse ancora da utilizzare per la sottoscrizione di nuovi Accordi si riducono da 4,1 a 3,7 miliardi.

Riguardo agli importi riservati agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, agli Istituti zooprofilattici sperimentali, ai Policlinici universitari a gestione diretta, ferme le risorse destinate e il valore degli accordi sottoscritti, aumenta di 1 milione l'ammontare ammesso a finanziamento. Restano da ripartire e assegnare 24 milioni, quali risorse residue derivanti dalla riserva accantonata dalla delibera CIPE n. 97 del 2008.

Nella tavola 14 le somme destinate a tali finalità sono distinte per regione. In crescita il valore degli accordi solo in Piemonte e in Campania: in tali Regioni, gli accordi sottoscritti crescono, rispettivamente, di 237,9 e 157 milioni coprendo circa l'87 per cento e il 40 per cento delle risorse destinate.

Le somme richieste e ammesse a finanziamento hanno superato i 10.677 milioni. Si tratta del 92,2 per cento dei valori sottoscritti e riguarda 2.380 interventi (42 più del 2017). L'incremento dell'anno (76,7 milioni) riguarda solo otto Regioni tutte del Centro-Nord: Piemonte Lombardia, Veneto, Friuli, Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Umbria. Le risorse ancora disponibili per la sottoscrizione di Accordi sono pari a 3,7 miliardi, di cui 139,8 milioni destinati al Piemonte, 27,2 alla Provincia di Trento, 244 alla Sardegna e i restanti 3,3 miliardi alle Regioni in Piano di rientro. Tra queste, le tre Regioni che risultano più in ritardo nella sottoscrizione degli accordi relativi alle risorse assegnate sono la Campania (per la quale resta da destinare poco meno del 60 per cento delle risorse, circa 1.030 milioni), l'Abruzzo (con il 63,5 per cento da destinare, 312,1 milioni) e, soprattutto, il Molise con il 78,5 per cento da assegnare).

⁴⁷ Le dotazioni tecnologiche, in termini di apparecchiature per risonanze e Tac, sono pari o superiori alle principali economie europee: rispettivamente 35,1 e 25,2 apparecchiature per milione di abitanti contro 21,4 e 15,4 della media europea. Elevata è inoltre la disponibilità di tecnologie per radioterapia, circa 7 per milione di abitanti contro le 5 di Germania e Spagna. Solo la Francia presenta valori superiori (10 per milione di abitante)

IL PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI IN SANITÀ -ART. 20 DELLA LEGGE N. 67 DEL 1988 -
MONITORAGGIO ACCORDI DI PROGRAMMA

(in milioni)

REGIONI	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31 dicembre 2018	% risorse sottoscritte su risorse destinate	Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti	Numero interventi ammessi a finanziamento	% risorse ammesse 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	909,3	86,7	812,5	152,0	89,4	139,8
Valle D'Aosta	43,8	43,8	100,0	43,8	8,0	100,0	0,0
Lombardia	2.072,7	2.072,7	100,0	2.009,5	226,0	97,0	0,0
P.A. Bolzano	115,1	115,1	100,0	67,7	7,0	58,8	0,0
P.A. Trento	120,7	93,5	77,5	93,5	11,0	100,0	27,2
Veneto	1.036,3	1.036,3	100,0	978,0	238,0	94,4	0,0
Friuli V. G.	291,3	291,3	100,0	291,3	8,0	100,0	0,0
Liguria	493,6	493,6	100,0	437,5	234,0	88,6	0,0
E. Romagna	947,1	947,1	100,0	908,5	260,0	95,9	0,0
Toscana	877,5	877,5	100,0	814,3	136,0	92,8	0,0
Umbria	138,2	138,2	100,0	109,3	39,0	79,1	0,0
Marche	325,5	325,2	99,9	325,2	119,0	100,0	0,3
Lazio	1.227,2	915,1	74,6	663,9	196,0	72,5	312,1
Abruzzo	359,6	131,1	36,5	130,6	54,0	99,7	228,5
Molise	127,7	27,4	21,5	27,4	10,0	100,0	100,3
Campania	1.721,8	692,5	40,2	535,5	45,0	77,3	1.029,3
Puglia	1.204,5	640,2	53,2	640,2	126,0	100,0	564,2
Basilicata	203,7	203,7	100,0	174,0	71,0	85,4	0,0
Calabria	608,6	350,1	57,5	339,6	26,0	97,0	258,5
Sicilia	1.774,4	971,3	54,7	971,3	215,0	100,0	803,1
Sardegna	547,7	303,8	55,5	303,7	199,0	100,0	243,9
Totale	15.286,0	11.578,8	75,7	10.677,2	2.380,0	92,2	3.707,2
Riserva Enti (I.R.C.C.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - I.Z.S. - I.S.S.)	886,4	862,4		765,4		88,7	24,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

23. Limitati i progressi negli altri programmi. Non registrano variazioni quelli di potenziamento delle strutture di radioterapia *ex lege* n. 448 del 1999 e per la libera professione intramuraria *ex lege* n. 88 del 2000 (826,1 milioni, a fronte dei quali sono stati ammessi a finanziamento 439 interventi, per un importo a carico dello Stato di 769,4 milioni)⁴⁸.

Per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari l'iniziale finanziamento, rideterminato in 173,8 milioni, è stato ripartito in base alla popolazione residente al 1° gennaio 2011 (50 per cento delle risorse) e al numero dei soggetti internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) (50 per cento delle risorse). Nel corso del 2018 non vi sono stati ulteriori d.m. di assegnazione. Gli importi assegnati sono al momento 163,3 milioni a fronte di 64 interventi. Sono 18 gli interventi in Campania, 9 in Emilia, 6 nel Lazio e 5 in Toscana-Umbria e in Sicilia.

Nel caso del programma "Adeguamento normativa antincendio", (legge n. 189 del 2012), dei 90 milioni previsti e ripartiti tra le Regioni con deliberazione CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013, a fine 2018 ne sono stati ammessi a finanziamento poco meno di 42. Si tratta di 62 interventi di cui 51 localizzati al Nord (Piemonte (9), Valle d'Aosta (1), Lombardia (14), Veneto (21) Liguria (3) ed Emilia (3)) e solo 11 al Sud.

⁴⁸ Per una ripartizione per regione dei finanziamenti autorizzati a valere su entrambi i programmi si rinvia al Rapporto di coordinamento 2016.

Solo marginali progressi si sono registrati nel Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dei grandi centri urbani (legge n. 448 del 1998), per il quale è previsto un finanziamento di 1,2 miliardi, e che continua a registrare forti ritardi nella fase di realizzo: a quasi 20 anni dall'avvio, la percentuale di fondi ad oggi utilizzati dalle Regioni è del 73 per cento (sono stati erogati 859 milioni, di cui 4 milioni nel 2018). Forti ritardi sono stati accumulati nella fase di attuazione, in particolare nelle città di Cagliari e Torino e negli interventi di grande rilievo di Roma e Genova relativi a progetti programmati (ma non ancora avviati o solo parzialmente completati) di rifacimento del Policlinico Umberto I a Roma e di realizzazione del nuovo ospedale Galliera a Genova. Solo poco più avanzati i progetti del Nuovo Ospedale pediatrico Salesi nelle Marche e di quello di Bari. La consistenza dei residui passivi perenti in conto capitale al 31 dicembre 2017 è pari a 317,2 milioni.

Hanno raggiunto il 94,1 per cento (194,3 milioni su 206,6 del finanziamento complessivo previsto) le risorse erogate per l'attuazione della legge 39 del 1999, che ha sancito il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative. Il provvedimento aveva previsto un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (*hospice*) in tutte le Regioni italiane. Al 31 dicembre 2018, risultano erogazioni inferiori all'80 per cento solo nella provincia di Trento (il 56 per cento del finanziamento), in Abruzzo (il 73,7 per cento e in Calabria (il 66,3 per cento).

I 10,8 milioni del finanziamento oggi in perenzione potrebbero incorrere nella prescrizione decennale, e nella conseguente cancellazione dal conto del patrimonio dello Stato, in mancanza di un programma di utilizzo del finanziamento residuo.

24. Diverse iniziative sono state assunte nell'ultimo biennio per procedere ad un potenziamento delle dotazioni tecnologiche e infrastrutturali del sistema sanitario.

L'articolo 5-bis, del DL.243/2016 (legge 27 febbraio 2017, n. 18), ha disposto che, nell'ambito degli Accordi di programma per gli interventi per il patrimonio sanitario pubblico di cui all'articolo 20, della legge n. 67 del 1988, una quota pari a 100 milioni di euro sia destinata alla riqualificazione e all'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna, con particolare riferimento all'acquisizione di apparecchiature dotate di tecnologia robotica o rotazionale. Tale importo è stato assegnato con delibera CIPE n. 32 del 21 marzo 2018 (pubblicata nel luglio scorso sulla GURI n° 154). Al 31 dicembre 2018 le Regioni interessate avevano presentato tutte i loro progetti.

TAVOLA 15

LA RIPARTIZIONE TRA LE REGIONI DEL FINANZIAMENTO PREVISTO

REGIONI	RIPARTO (in migliaia di euro)
<i>Abruzzo</i>	6.110
<i>Molise</i>	1.450
<i>Campania</i>	27.850
<i>Puglia</i>	19.310
<i>Basilicata</i>	4.030
<i>Calabria</i>	9.400
<i>Sicilia</i>	24.100
<i>Sardegna</i>	7.750
TOTALE	100.000

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero salute

La legge di bilancio 11 dicembre 2016 n. 232 all'articolo 1, comma 140, ha previsto risorse per il sostegno degli investimenti per il periodo 2017-2032, ripartite poi con il dPCM 21 luglio 2017 tra le diverse Amministrazioni centrali e le specifiche finalità indicate dalla legge. Il provvedimento ha attribuito al Ministero della salute interventi di edilizia sanitaria per 264,2 milioni, di cui 35,7 milioni nel 2017, 34,7 nel 2018, 47,5 nel 2019 ed i restanti 146,2 negli anni 2020-2023. La legge di bilancio non indicava le modalità con le quali erogare i finanziamenti né le procedure da adottare ma rimandava ai decreti attuativi, nei quali si dovevano individuare gli interventi da finanziare, i relativi importi e le modalità di utilizzo.

Con il decreto del Ministro della salute del 25 gennaio 2018 sono stati identificati n. 5 interventi di edilizia sanitaria a valere sulle risorse assegnate in favore delle Regioni Lazio e Sicilia con le quali dovevano esse sottoscritte convenzioni mediante le quali regolare i rapporti con il Ministero della salute per la realizzazione dei progetti previsti. Con la Sentenza 74/2018 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 140, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, nella parte in cui non prevede un'intesa con gli enti territoriali in relazione ai decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri riguardanti settori di spesa rientranti nelle materie di competenza regionale. Ciò ha reso necessario acquisire l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul d.m. del 25/01/2018 resa il 31 ottobre scorso. Ciò ha portato ad un rallentamento del processo che ad inizio 2019 era ancora in corso.

La sentenza della Corte ha comportato lo slittamento anche della procedura necessaria alla attribuzione dell'ulteriore finanziamento disposto con l'articolo 1, comma 1072 della legge n. 205/2017, che ha disposto il rifinanziamento del Fondo per gli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale e industriale del paese.

All'edilizia sanitaria su proposta del Ministero della Salute sono andati, in questo secondo caso, interventi per 295,1 milioni. Su di essi, il 31 ottobre 2018 la Conferenza Stato Regioni ha sancito Accordo.

Si tratta di 43,1 milioni per il 2018, 67,9 per il 2019, 57,7 per il 2020, 54,2 per il 2021, 25,8 per il 2022, 20,5 per il 2023 e di 25,8 per il 2024.

Il finanziamento riguarda 8 interventi: uno in Emilia per 156 milioni per la realizzazione del nuovo ospedale di Cesena, due in Abruzzo relativi a due nuovi complessi di Penne e Teramo per 94 milioni, e 5 in Toscana per adeguamento antisismico di strutture esistenti per complessivi 45 milioni.

TAVOLA 16

LE RISORSE PER IL SOSTEGNO AGLI INVESTIMENTI EX ARTICOLO 1, COMMA 140, LEGGE 2016

Descrizione del programma di investimento	Finanziamento accordato per il periodo richiesto 2018-2033 (importi in migliaia di euro)
realizzazione nuovo ospedale di Cesena	156.000
ristrutturazione dell'Ospedale di Penne (Abruzzo)	12.500
realizzazione del Nuovo Ospedale di Teramo (Abruzzo)	81.590
adeguamento sismico ospedale di Castelnuovo (Toscana)	6.900
adeguamento sismico ospedale di Barga AUSL Toscana Nord Ovest	5.900
adeguamento sismico ospedale di Pontremoli - RSA AUSL Toscana Nord Ovest	14.190
adeguamento sismico ospedale di Mugello AUSL Toscana centro - Borgo San Lorenzo FI	11.000
adeguamento sismico ospedale di Fivizzano, RSA, Disteroot Aulla AUSL Toscano Nord-Ovest Fivizzano MS	7.050

RIPARTO RISORSE LEGGE 145/2018 E RISORSE RESIDUE LEGGE 191/2009 – PROPOSTA DI DELIBERAZIONE
CIPE

	milioni	quota
Valle d'Aosta	8,6	0,21
Piemonte	301,3	7,53
Lombardia	672,6	16,82
Veneto	330,2	8,25
Friuli-Venezia Giulia	84,0	2,10
Liguria	110,1	2,75
Emilia Romagna	302,4	7,56
Toscana	256,8	6,42
Marche	104,9	2,62
Umbria	60,9	1,52
Lazio	393,5	9,84
Abruzzo	89,6	2,24
Molise	21,1	0,53
Campania	379,0	9,47
Puglia	270,3	6,76
Basilicata	38,4	0,96
Calabria	130,5	3,26
Sicilia	334,2	8,36
Sardegna	111,7	2,79
TOTALE	4.000,0	100,00
Nord-Occidentale	1.092,6	27,3
Nord-Orientale	716,6	17,9
Centro	816,1	20,4
Mezzogiorno	928,7	23,2
Isole	446,0	11,1

Fonte: Intesa Stato Regioni 9 maggio 2019

Più di recente, lo scorso 9 maggio è stata raggiunta l'Intesa in Conferenza Stato Regioni sulla proposta di delibera CIPE per il riparto delle risorse stanziare dalla legge di bilancio per il 2019 (e di quelle residue di cui all'articolo 2, comma 69 della legge 191/2009) per la prosecuzione degli interventi del programma straordinario di investimento in sanità di cui all'articolo 20 delle legge 67/1988. Si tratta di 3.975 milioni previsti dall'ultima legge di bilancio (4.000 milioni da cui sono stati sottratti i 25 milioni utilizzati a favore del Centro nazionale di adroterapia oncologica) e di 720 milioni rimasti da ripartire ex articolo 69 della legge 191/2009. Un totale di 4.695 milioni, di cui ne vengono ripartiti per gli investimenti 4.000, mentre 60 sono accantonati per la realizzazione di 6 centri di eccellenza per lo sviluppo di una rete di ricerca, produzione e trattamento dei pazienti affetti da patologie tumorali eleggibili alla terapia genica CAR-T Cell e 635 sono accantonati per interventi urgenti. La sottoscrizione di nuovi accordi con le Regioni e l'assegnazione di risorse agli Enti è subordinato a quanto annualmente definito in base alle disponibilità di bilancio. Nella Tavola 17 si riporta il totale degli importi ripartiti.

Nel 2018 è stata completata, con il contributo delle Regioni, una prima analisi del fabbisogno per edilizia sanitaria nei prossimi anni. Ne è emerso che per interventi in infrastrutture da realizzare sull'intero territorio nazionale, disomogenei sia per classificazione sismica, sia per vincoli storico-artistici e altresì per caratteristiche

impiantistiche e strutturali degli immobili, sono necessari circa 32,1 miliardi. Di questi in base ai nuovi criteri di classificazione sismica, il fabbisogno edilizio nelle aree più critiche ammonta a 12,4 miliardi.

TAVOLA 18

FABBISOGNI INFRASTRUTTURALI E INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE SANITARIE (UNA STIMA)

	Il fabbisogno in un arco 2019-2045		Il fabbisogno per regione nel triennio 2018-2020.			
	gli investimenti infrastrutturali (prima valutazione di massima) (A)		gli investimenti in tecnologie sanitarie (B)		di cui per sostituzioni (1)	per potenziamento (2)
	milioni	comp %	milioni	comp %	milioni	milioni
Valle d'Aosta	98,8	0,3	13,6	0,9	13,6	0,0
Piemonte	3.174,5	9,9	119,7	7,9	84,7	34,9
Lombardia	5.438,9	16,9	273,3	18,1	273,3	0,0
Veneto	3.560,7	11,1	37,6	2,5	35,0	2,6
Friuli Venezia Giulia	477,1	1,5	53,4	3,5	53,4	0,0
Liguria	783,3	2,4	56,4	3,7	50,2	6,3
Emilia Romagna	3.109,7	9,7	85,2	5,7	71,8	13,5
Toscana	945,4	2,9	46,4	3,1	39,2	7,1
Marche	459,1	1,4	40,8	2,7	35,6	5,1
Umbria	374,7	1,2	31,0	2,1	26,8	4,2
Lazio	2.250,8	7,0	142,3	9,4	102,7	39,6
Abruzzo	714,1	2,2	33,1	2,2	15,1	18,0
Molise	219,6	0,7	4,1	0,3	3,8	0,3
Campania	2.466,0	7,7	144,6	9,6	62,8	81,8
Puglia	2.182,6	6,8	83,7	5,5	46,6	37,1
Basilicata	390,6	1,2	17,0	1,1	13,3	3,7
Calabria	1.397,4	4,3	82,2	5,4	44,5	37,7
Sicilia	3.020,9	9,4	153,6	10,2	67,2	86,4
Sardegna	1.063,0	3,3	90,0	6,0	63,9	26,1
TOTALE	32.127,0	100,0	1.507,7	100,0	1.103,4	404,3
In PDR	12.251,3	38,1	643,5	42,7	342,7	300,8
non in PDR	19.875,7	61,9	864,2	57,3	760,7	103,5
Nord Occidentale	9.495,4	29,6	462,9	30,7	421,8	41,2
Nord Orientale	7.147,5	22,2	176,1	11,7	160,1	16,1
Centro	4.029,9	12,5	260,4	17,3	204,3	56,1
Mezzogiorno	7.370,3	22,9	364,6	24,2	186,1	178,5
Isole	4.083,8	12,7	243,6	16,2	131,1	112,5

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Nel corso del 2017 era stato avviato anche un esame delle esigenze per investimenti in tecnologie sanitarie. La rilevazione effettuata con le Regioni per il triennio 2018-2020 ha riguardato il numero di sistemi che si intende acquisire sia come nuove acquisizioni (per potenziare l'offerta), che come sostituzioni per obsolescenza, per i quali non si dispone delle relative risorse finanziarie.

Il fabbisogno complessivo finalizzato al piano di rinnovo e potenziamento delle tecnologie è risultato di oltre 1,5 miliardi in relazione a 1.799 macchine. Si tratta di 1.401

macchine da sostituire per una spesa di oltre 1,1 miliardi e di 398 nuove tecnologie da acquisire per il potenziamento del parco tecnologico per una spesa di 404,3 milioni. L'analisi condotta fornisce una immagine delle necessità di adeguamento infrastrutturali proiettata in un arco temporale lungo. Per apprezzare la dimensione dello sforzo finanziario da affrontare nei prossimi anni, seppur in prima approssimazione, è possibile considerare il fabbisogno per un triennio come quota parte della valutazione complessiva. Aggiungendo a tale importo quello richiesto in termini di tecnologia si arriva ad una stima complessiva di circa 5 miliardi, somma che appare coerente con quella programmata, ma per la quale si dovrà trovare la disponibilità di bilancio all'interno degli equilibri di finanza pubblica.

TAVOLA 18 SEGUE

FABBISOGNI INFRASTRUTTURALI E INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE SANITARIE (UNA STIMA)

	Stima del fabbisogno in un triennio					
	Investim.. infrastr. (=1/9 di A)	investim. in tecnologie	totale in un triennio	investimenti infrastr. (=1/9 di A)	investimenti in tecnologie	totale in un triennio
	milioni			pro capite in euro		
Valle d'Aosta	11,0	13,6	24,6	87	108	195
Piemonte	352,7	119,7	472,4	81	27	108
Lombardia	604,3	273,3	877,6	60	27	87
Veneto	395,6	37,6	433,2	81	8	88
Friuli Venezia Giulia	53,0	53,4	106,4	44	44	88
Liguria	87,0	56,4	143,4	56	36	92
Emilia Romagna	345,5	85,2	430,7	78	19	97
Toscana	105,0	46,4	151,4	28	12	41
Marche	51,0	40,8	91,8	33	27	60
Umbria	41,6	31,0	72,6	47	35	82
Lazio	250,1	142,3	392,4	42	24	67
Abruzzo	79,3	33,1	112,5	60	25	86
Molise	24,4	4,1	28,5	79	13	92
Campania	274,0	144,6	418,6	47	25	72
Puglia	242,5	83,7	326,2	60	21	81
Basilicata	43,4	17,0	60,4	77	30	107
Calabria	155,3	82,2	237,4	79	42	121
Sicilia	335,7	153,6	489,2	67	31	97
Sardegna	118,1	90,0	208,1	72	55	126
TOTALE	3.569,7	1.507,7	5.077,3	60	25	85
In PDR	1.361,3	643,5	2.004,8	56	26	82
non in PDR	2.208,4	864,2	3.072,6	63	25	88
Nord Occidentale	1.055,0	462,9	1.518,0	66	29	94
Nord Orientale	794,2	176,1	970,3	75	17	92
Centro	447,8	260,4	708,2	37	22	59
Mezzogiorno	818,9	364,6	1.183,5	58	26	84
Isole	453,8	243,6	697,3	68	36	104

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

La stima mostra anche forti differenze tra aree e Regioni. Nelle ultime 3 colonne della Tavola 18, il fabbisogno è calcolato in termini pro capite in euro. Alcuni elementi, tra le

tante indicazioni che se ne possono trarre, emergono in particolare: il basso livello del fabbisogno nelle Regioni centrali, tutte sotto media; l'alto livello di fabbisogno immobiliare delle Regioni del settore Nord orientale (fatta eccezione per il Friuli); importi superiori alla media sia per infrastrutture che tecnologie nelle isole e nelle Regioni minori del Mezzogiorno.

Appendice

A.1

	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti e prov. regionali e prov. autonome	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMOENIA	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE da CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	Risultati prima delle coperture con rischi e netto aziende in utile	Ulteriori trasferimenti da Prov. Autonome e Reg. a Statuto Speciale	Coperture contabilizzate nel CE	ulteriori coperture	Risultati da tavoli
010 PIEMONTE	8.624,6	-8.561,5	-88,6	-22,1	-47,6	-51,7	0,0	0,0	77,1	25,3
020 VALLE D'AOSTA	250,3	-265,4	-7,0	2,2	-19,9	-19,9	0,0	18,3		-1,6
030 LOMBARDIA	19.478,0	-20.188,4	769,8	-53,5	5,9	5,9	0,0	0,0		5,9
041 PROV. AUTON. BOLZ.	1.013,3	-1.276,6	4,1	-13,1	-272,4	-272,4	283,0	0,0		10,6
042 PROV. AUTON. TREN.	1.050,8	-1.251,4	-6,4	0,0	-207,1	-207,1	34,4	172,7		0,0
050 VENETO	9.455,3	-9.620,1	159,0	14,8	8,9	5,0	0,0	0,0		5,0
060 FRIULI VENEZIA GIU.	2.467,2	-2.570,8	5,4	8,5	-89,7	-89,7	90,6	0,0		0,9
070 LIGURIA	3.284,5	-3.284,0	-53,6	-3,0	-56,1	-56,1	0,0	0,0	60,0	3,9
080 EMILIA ROMAGNA	9.032,3	-9.417,0	358,7	26,3	0,3	0,2	0,0	0,0		0,2
090 TOSCANA	7.544,5	-7.728,9	146,1	6,4	-31,9	-31,9	0,0	0,0		-31,9
100 UMBRIA	1.762,8	-1.786,8	20,0	4,1	0,1	0,9	0,0	0,0		0,9
110 MARCHE	2.989,3	-2.908,4	-67,2	-4,8	8,9	8,9	0,0	0,0		8,9
120 LAZIO	11.169,1	-10.911,0	-270,9	-18,4	-31,2	-42,5	0,0	91,1		48,6
130 ABRUZZO	2.591,4	-2.517,4	-71,2	-2,7	0,0	0,1	0,0	0,0		0,1
140 MOLISE	596,1	-636,2	22,8	-0,3	-17,7	-35,9	0,0	13,8		-22,1
150 CAMPANIA	10.728,3	-10.379,5	-295,0	-20,2	33,6	2,3	0,0	0,0		2,3
160 PUGLIA	7.623,4	-7.477,8	-179,7	-2,7	-36,7	-56,4	0,0	0,0	58,6	2,1
170 BASILICATA	1.111,6	-1.072,3	-38,6	0,0	0,7	0,5	0,0	0,0		0,5
180 CALABRIA	3.667,2	-3.475,8	-318,3	-1,9	-128,8	-168,9	0,0	98,7	8,6	-61,6
190 SICILIA	9.579,6	-9.360,2	-235,0	-8,5	-24,1	-28,8	0,0		131,8	103,0
200 SARDEGNA	3.222,1	-3.338,8	-82,3	-2,7	-201,6	-201,6	197,0			-4,6
ITALIA	117.241,6	-118.028,6	-227,6	-91,5	-1.106,1	-1.239,2	605,0	394,7	336,0	96,5

Segue A1

2017	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti e prov. regionali e prov. autonome	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMOENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE da CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	Risultati prima delle coperture con rischi e netto aziende in utile	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Coperture contabilizzate nel CE	ulteriori coperture	Risultati da tavoli
010 PIEMONTE	8.553,4	-8.460,4	-61,9	0,0	31,1	2,1	0,0	0,0	13,9	16,0
020 VALLE D'AOSTA	249,7	-263,5	-8,4	0,0	-22,1	-22,1	0,0		22,9	0,8
030 LOMBARDIA	19.259,7	-19.881,3	626,6	0,0	5,1	5,1	0,0	0,0		5,1
041 PROV. AUTON. BOLZ	997,8	-1.248,0	2,0	-13,7	-261,8	-261,8	274,5	0,0		12,7
042 PROV. AUTON. TREN	1.042,5	-1.225,7	-8,5	0,0	-191,7	-191,7	23,8	168,0		0,1
050 VENETO	9.406,4	-9.481,8	132,7	0,0	57,3	51,9	0,0	0,0		51,9
060 FRIULI VENEZIA GIU	2.460,9	-2.509,5	15,3	0,0	-33,3	-33,3	18,6	0,0		-14,7
070 LIGURIA	3.250,7	-3.272,1	-34,7	0,0	-56,1	-56,1	0,0	0,0	71,4	15,3
080 EMILIA ROMAGNA	8.931,4	-9.286,0	355,3	0,0	0,7	0,2	0,0	0,0		0,2
090 TOSCANA	7.458,8	-7.675,6	154,2	0,0	-62,7	-94,0	0,0	0,0	98,0	4,0
100 UMBRIA	1.729,9	-1.752,5	25,7	0,0	3,1	2,8	0,0	0,0		2,8
110 MARCHE	2.951,7	-2.888,6	-62,3	0,0	0,9	0,9	0,0	0,0		0,9
120 LAZIO	11.116,6	-10.894,2	-268,1	0,0	-45,7	-45,7	0,0	45,7		0,0
130 ABRUZZO	2.546,0	-2.512,1	-73,9	0,0	-40,0	-42,1	0,0	0,0	42,4	0,3
140 MOLISE	617,2	-655,6	21,3	0,0	-17,1	-35,1	0,0	20,7	18,0	3,6
150 CAMPANIA	10.649,1	-10.316,8	-276,9	0,0	55,3	12,6	0,0	0,0		12,6
160 PUGLIA	7.585,1	-7.396,4	-184,6	0,0	4,2	3,7	0,0	0,0		3,7
170 BASILICATA	1.112,9	-1.090,6	-17,3	0,0	5,0	4,5	0,0	0,0		4,5
180 CALABRIA	3.661,0	-3.468,4	-293,6	0,0	-101,0	-101,5	0,0	94,2	8,6	1,2
190 SICILIA	9.407,6	-9.204,8	-198,0	0,0	4,7	0,0	0,0	0,0		0,0
200 SARDEGNA	3.129,0	-3.284,8	-72,8	0,0	-228,6	-269,9	0,0	145,0		-124,9
ITALIA	116.117,4	-116.768,7	-227,7	-13,3	-892,3	-1.069,5	316,9	473,5	275,1	-4,0

2018		ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	PERSONALE RUOLO SANITARIO + INDEMNITÀ DE MARZIA	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESA PERSONALE	SPESA AMMINISTRATIVA E GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI
010	PIEMONTE	1.460,0	201,5	480,6	536,9	267,5	191,5	141,4	481,7	616,4	222,2	21,3	121,3	2.204,5	9,9	342,5	250,7	2.807,5	199,8	370,6	223,5	3,8	8.347,6
020	VALLE D'AOSTA	38,8	6,9	16,5	14,9	1,5	3,9	3,1	7,0	6,1	11,1	5,2	5,2	85,4	0,3	15,2	12,7	113,6	8,9	8,1	9,1	0,0	259,9
030	LOMBARDIA	2.632,7	309,3	874,9	1.323,2	1.085,0	89,2	261,8	2.255,7	2.237,6	661,4	39,4	177,8	3.904,3	20,4	670,8	438,7	5.034,2	417,2	931,3	388,3	3,6	18.719,6
041	PROV. AUTON. BOLZANO	187,5	27,7	63,0	40,3	8,6	0,0	35,2	26,5	93,7	30,9	0,6	9,6	485,4	2,6	83,3	51,5	622,8	21,5	43,0	40,0	0,1	1.251,1
042	PROV. AUTON. TRENTO	172,6	17,0	59,6	62,0	29,2	0,3	20,1	59,9	185,1	19,4	0,2	17,4	347,4	1,3	63,1	34,8	446,5	20,0	76,9	33,0	0,0	1.219,1
050	VENETO	1.487,3	200,2	556,6	482,9	343,6	29,9	100,1	543,0	865,3	418,8	19,0	142,4	2.185,0	8,1	364,7	203,0	2.760,8	150,5	556,1	213,6	13,6	8.883,5
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	488,1	79,8	134,1	161,9	52,8	15,1	41,7	66,0	154,1	57,6	5,8	19,9	745,7	3,7	143,8	59,8	952,9	37,5	135,8	71,5	0,3	2.474,8
070	LIGURIA	540,4	61,8	156,8	190,9	113,4	94,8	45,3	208,4	195,6	71,8	6,4	32,3	877,1	2,8	126,8	79,0	1.085,8	52,9	213,7	83,1	1,3	3.154,7
080	EMILIA ROMAGNA	1.522,2	209,1	520,8	459,8	214,8	1,7	90,2	626,0	887,1	341,3	9,2	74,8	2.462,8	15,2	363,3	207,6	3.048,9	138,4	488,9	233,9	11,2	8.878,3
090	TOSCANA	1.466,9	165,0	417,6	419,2	152,4	83,8	96,7	303,1	473,7	252,6	10,9	140,5	2.090,3	11,5	300,4	158,0	2.560,3	142,2	432,2	202,5	86,1	7.405,5
100	UMBRIA	351,4	39,9	95,1	121,9	22,5	9,3	36,3	41,4	97,4	33,8	1,2	13,8	527,5	2,0	65,3	30,4	625,1	37,0	117,2	48,0	0,6	1.691,8
110	MARCHE	577,5	53,6	170,4	206,4	54,7	83,2	43,1	104,4	182,2	76,6	1,2	25,8	826,9	2,4	128,9	67,4	1.025,6	57,9	112,7	76,3	0,1	2.851,7
120	LAZIO	1.698,0	139,8	613,3	809,1	517,7	221,5	250,0	1.279,1	772,3	465,5	21,3	64,4	2.235,5	9,3	202,4	184,1	2.631,3	173,0	573,6	205,4	64,4	10.499,6
130	ABRUZZO	477,7	69,3	155,6	204,7	46,2	67,2	34,1	129,7	111,9	68,8	6,6	22,2	636,5	1,7	78,9	44,2	761,3	52,7	118,9	61,2	2,4	2.390,5
140	MOLISE	102,8	11,6	47,3	39,7	40,0	13,8	9,9	72,9	31,9	14,2	1,2	2,1	148,6	0,1	16,2	8,6	173,6	13,2	30,3	14,3	6,7	625,2
150	CAMPANIA	1.722,2	192,0	649,8	758,4	766,1	305,6	193,3	861,2	288,4	291,4	20,2	58,4	2.235,2	9,5	206,0	170,9	2.621,5	159,8	460,8	220,6	39,7	9.609,6
160	PUGLIA	1.476,1	134,9	521,6	545,9	296,4	155,0	119,2	740,2	408,5	141,6	4,7	44,5	1.697,4	6,3	197,1	132,4	2.033,1	111,6	373,2	157,5	2,4	7.266,4
170	BASILICATA	205,1	25,7	75,8	72,7	37,0	39,1	27,7	12,3	37,2	24,1	1,0	5,0	304,1	1,8	45,9	22,2	374,0	22,7	53,8	29,0	0,2	1.042,5
180	CALABRIA	614,6	51,5	248,5	276,2	116,3	71,0	97,0	191,8	151,7	57,5	2,8	37,5	918,4	4,3	114,6	85,7	1.122,9	89,3	140,3	82,9	46,8	3.398,3
190	SICILIA	1.451,1	141,0	599,2	576,6	525,2	186,5	223,0	710,3	512,0	334,7	6,6	67,7	2.323,5	9,0	250,1	207,0	2.789,6	143,7	304,2	217,2	136,3	8.925,0
200	SARDEGNA	583,8	68,0	194,6	230,2	120,0	50,2	58,1	82,9	151,1	38,9	7,4	34,4	1.004,5	4,9	117,1	76,6	1.203,1	74,5	186,9	89,9	3,1	3.177,1
	ITALIA	19.256,8	2.205,7	6.651,6	7.533,8	4.811,0	1.712,6	1.926,9	8.803,5	8.459,2	3.634,1	192,0	1.116,9	28.245,8	127,3	3.896,1	2.525,4	34.794,5	2.124,3	5.728,4	2.697,7	42,7	112.071,7

Segue A2

2017		ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	CODIMENTO DI BENI DI TERZI	PERSONALE RUOLO SANITARIO + INDEMNITÀ DE MAPIA	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE DI PERSONAL	SPESE AMMINISTRATIVE GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI
010	PIEMONTE	1.415,2	191,4	481,8	538,8	249,4	179,6	138,4	461,8	612,1	213,5	18,7	119,4	2.175,8	10,1	332,2	247,8	2.765,9	190,5	355,0	219,0	13,5	8.164,0
020	VALLE D'AOSTA	37,2	6,2	15,5	14,9	1,2	4,0	3,2	7,0	5,3	11,0	5,0	6,1	84,6	0,3	15,0	12,1	112,2	8,5	7,9	8,5	0,0	253,9
030	LOMBARDIA	2.550,8	307,6	869,9	1.266,1	1.069,9	86,4	264,3	2.292,1	2.181,9	695,3	40,5	171,7	3.863,6	21,0	650,3	422,9	4.957,9	426,5	865,1	379,9	4,0	18.429,8
041	PROV. AUTON. BOLZANO	178,2	26,8	57,8	43,1	8,1	0,1	33,3	25,9	87,3	31,2	0,6	8,8	464,7	2,5	82,7	49,5	599,4	20,3	41,1	37,9	0,0	1.199,9
042	PROV. AUTON. TRENTO	159,7	16,3	58,1	58,1	26,1	0,3	19,9	57,3	174,4	18,6	0,2	16,5	335,5	1,3	63,3	34,6	434,7	22,9	72,9	31,4	0,0	1.167,3
050	VENETO	1.450,7	196,2	553,3	498,3	337,2	29,3	102,3	537,6	848,9	420,0	17,9	136,2	2.153,4	8,4	354,8	204,7	2.721,3	128,8	548,6	210,0	15,3	8.752,1
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	467,4	77,5	133,1	162,1	52,0	14,4	42,1	61,0	137,6	56,2	7,2	19,4	730,8	3,6	139,1	55,8	929,4	37,0	131,1	69,2	0,4	2.397,3
070	LIGURIA	527,0	62,4	157,4	177,4	114,2	95,3	45,2	205,2	188,4	71,8	7,1	30,5	870,5	3,0	124,0	77,3	1.074,8	57,4	210,6	83,2	1,4	3.109,2
080	EMILIA ROMAGNA	1.465,9	207,7	523,3	446,8	211,3	1,4	88,6	608,8	852,5	362,1	12,1	72,8	2.409,4	14,9	355,4	201,0	2.980,8	145,1	481,5	226,3	12,2	8.699,2
090	TOSCANA	1.418,5	155,2	419,0	426,2	151,2	83,3	90,7	289,4	456,3	223,2	12,5	142,1	2.054,8	10,6	289,5	154,7	2.509,6	131,6	458,0	197,8	79,5	7.243,8
100	UMBRIA	343,8	39,6	96,1	120,8	22,0	9,3	37,0	42,3	97,5	38,0	1,6	11,1	518,7	2,0	62,4	30,0	613,0	39,2	116,0	46,8	0,8	1.675,0
110	MARCHE	577,3	49,4	171,0	224,3	54,0	73,6	41,3	110,2	180,0	74,7	1,2	26,0	817,5	2,4	123,0	64,2	1.007,0	57,0	109,0	75,7	0,2	2.831,8
120	LAZIO	1.619,8	134,6	607,9	823,4	492,6	216,4	257,9	1.266,3	777,9	463,5	17,5	62,2	2.225,4	9,0	201,4	186,9	2.622,8	172,9	558,2	204,4	108,6	10.407,0
130	ABRUZZO	454,0	73,0	155,9	214,0	45,8	66,6	33,3	130,5	109,2	68,9	6,5	23,0	626,8	1,8	78,2	44,7	751,5	52,1	117,0	59,4	6,6	2.367,4
140	MOLISE	101,6	12,2	47,2	40,2	38,0	15,9	9,5	71,8	29,8	15,3	1,1	2,2	150,1	0,1	16,3	8,7	175,3	14,2	28,5	14,4	1,3	630,0
150	CAMPANIA	1.659,4	190,3	649,9	769,2	755,4	299,6	194,4	811,7	272,5	293,0	20,6	54,8	2.205,8	8,8	204,3	171,4	2.590,2	167,0	452,9	221,4	19,6	9.422,0
160	PUGLIA	1.406,2	126,3	522,0	562,8	292,5	156,8	122,4	730,6	392,1	132,3	4,4	39,0	1.677,1	5,7	189,4	130,8	2.002,9	114,6	368,3	153,3	2,7	7.129,2
170	BASILICATA	195,8	23,9	76,4	73,1	33,4	40,8	27,6	12,4	34,8	20,9	1,0	4,7	302,1	1,7	45,5	22,1	371,4	20,4	52,0	29,3	0,2	1.017,9
180	CALABRIA	588,9	47,5	248,8	283,5	107,9	69,5	102,7	195,7	150,9	71,7	2,8	35,7	923,8	4,3	109,7	88,4	1.126,2	89,0	147,0	85,2	49,9	3.402,8
190	SICILIA	1.364,6	134,6	598,2	616,0	519,0	184,2	220,2	709,1	485,5	211,4	6,8	60,7	2.302,4	8,8	244,3	208,4	2.763,8	138,5	296,5	214,9	138,8	8.662,7
200	SARDEGNA	584,1	67,5	194,6	233,3	120,2	48,2	60,6	83,1	149,7	40,1	8,4	33,8	992,9	4,2	115,0	73,8	1.186,0	75,8	182,4	87,9	3,8	3.159,4
	ITALIA	18.566,0	2.145,9	6.637,3	7.592,4	4.701,5	1.675,0	1.935,0	8.709,6	8.224,6	3.532,7	193,6	1.076,5	27.885,7	124,6	3.795,9	2.489,9	34.296,0	2.109,3	5.599,8	2.656,0	470,5	110.121,9

variazione		ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GOVERNO DI BENI TERZI	PERSONALE RUOLO SANITARIO + INDENNITA' DE MARIA	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE DI PERSONALITA'	SPESE AMMINISTRATIVE GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	OPERE FINANZIARIE	TOTALE COSTI
010	PIEMONTE	3,17	5,28	-0,24	-0,35	7,23	6,62	2,11	4,32	0,70	-4,04	13,99	1,62	1,32	-2,45	3,11	1,16	1,51	4,92	4,40	2,07	-71,91	2,25
020	VALLE D'AOSTA	4,32	11,85	5,89	0,02	22,97	-2,81	-1,49	-0,27	14,01	0,10	4,07	-14,66	0,85	-1,15	1,06	4,54	1,27	4,98	2,24	6,63	-100,00	2,36
030	LOMBARDIA	3,21	0,57	0,57	4,51	1,41	3,19	-0,96	-1,59	2,55	-4,87	-2,78	3,56	1,05	-2,69	3,15	3,73	1,54	-2,16	7,65	1,44	-9,34	1,57
041	PROV. AUTON. BOLZANO	5,22	3,57	8,98	-6,48	6,90	-100,00	5,73	2,25	7,36	-1,04	0,33	8,74	4,45	6,02	0,68	4,07	3,91	5,69	4,55	5,74	2566,67	4,26
042	PROV. AUTON. TRENTO	8,10	4,45	2,51	6,70	11,65	13,97	0,51	4,53	6,13	4,78	6,38	5,56	3,54	0,78	-0,33	0,44	2,72	-12,74	5,46	5,09		4,44
050	VENETO	2,52	2,05	0,59	-3,09	1,89	2,15	-2,19	0,99	1,93	-0,30	5,89	4,58	1,47	-3,42	2,78	-0,83	1,45	16,85	1,37	1,69	-11,31	1,50
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	4,44	3,00	0,75	-0,16	1,49	4,29	-0,98	8,17	11,93	2,43	-19,30	2,73	2,04	3,55	3,35	7,01	2,54	1,20	3,52	3,27	-26,60	3,23
070	LIGURIA	2,54	-0,98	-0,36	7,64	-0,71	-0,57	0,31	1,59	3,84	-0,06	-9,84	5,63	0,75	-5,83	2,31	2,27	1,03	-7,81	1,46	-0,13	-4,75	1,46
080	EMILIA ROMAGNA	3,84	0,67	-0,48	2,92	1,67	19,36	1,83	2,83	4,06	-5,76	-24,24	2,79	2,22	1,62	2,20	3,29	2,28	-4,61	1,54	3,33	-7,46	2,06
090	TOSCANA	3,41	6,38	-0,35	-1,64	0,83	0,65	6,62	4,73	3,81	13,18	-12,89	-1,16	1,73	8,53	3,76	2,17	2,02	8,08	-5,63	2,38	8,30	2,23
100	UMBRIA	2,21	0,69	-1,11	0,86	2,20	-0,16	-2,00	-2,20	-0,08	-10,92	-28,32	24,22	1,70	3,38	4,63	1,19	1,97	-5,64	1,05	2,66	-28,81	1,00
110	MARCHE	0,05	8,50	-0,31	-7,95	1,31	13,02	4,36	-5,24	1,17	2,49	-0,50	-0,75	1,16	2,33	4,81	4,92	1,85	1,57	3,39	0,78	-37,62	0,70
120	LAZIO	4,83	3,91	0,88	-1,74	5,10	2,35	-3,08	1,01	-0,73	0,43	21,59	3,53	0,45	3,41	0,45	-1,48	0,32	0,05	2,76	0,44	-40,68	0,89
130	ABRUZZO	5,23	-5,04	-0,17	-4,35	0,90	0,92	2,19	-0,56	2,43	-0,17	1,19	-3,36	1,55	-4,99	0,79	-1,02	1,31	1,07	1,64	2,99	-64,51	0,98
140	MOLISE	1,18	-5,65	0,25	-1,21	5,30	-12,79	3,97	1,48	7,14	-7,17	10,02	-4,96	-0,96	-0,74	-0,96	-0,95	-0,96	-7,19	6,39	-0,79	-49,01	-0,76
150	CAMPANIA	3,79	0,91	-0,02	-1,40	1,42	2,00	-0,57	6,09	5,85	-0,54	-1,85	6,51	1,33	7,68	0,85	-0,29	1,21	-4,33	1,73	-0,37	102,32	1,99
160	PUGLIA	4,97	6,85	-0,08	-3,00	1,33	-1,14	-2,69	1,32	4,18	7,04	6,23	14,15	1,21	10,07	4,05	1,25	1,51	-2,62	1,34	2,72	-10,19	1,92
170	BASILICATA	4,73	7,57	-0,79	-0,47	10,59	-4,14	0,26	-0,31	7,00	15,72	4,09	6,59	0,66	5,81	0,86	0,65	0,71	11,23	3,35	-0,87	43,79	2,41
180	CALABRIA	4,36	8,41	-0,12	-2,58	7,83	2,12	-5,55	-1,97	0,52	-19,82	-2,32	4,95	-0,59	-0,47	4,47	-3,14	-0,29	0,37	-4,61	-2,77	-6,24	-0,13
190	SICILIA	6,34	4,78	0,16	-6,39	1,19	1,30	1,25	0,17	5,46	58,30	-2,67	11,66	0,91	1,90	2,38	-0,64	0,93	3,79	2,58	1,11	-1,82	3,03
200	SARDEGNA	-0,06	0,70	0,00	-1,37	-0,13	4,15	-4,13	-0,24	1,00	-2,92	-11,32	1,90	1,17	15,75	1,80	3,78	1,44	-1,70	2,47	2,19	-17,68	0,56
	ITALIA	3,72	2,78	0,21	-0,77	2,33	2,25	-0,42	1,08	2,85	2,87	-0,84	3,75	1,29	2,13	2,64	1,43	1,45	0,71	2,30	1,57	-10,16	1,77

2018		AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTECIPAZ IONE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
010	PIEMONTE	150,3	5,3	-71,1	94,5	81,7	12,8	8.561,5
020	VALLE D' AOSTA	7,6	0,2	2,0	2,7	2,5	0,2	265,4
030	LOMBARDIA	409,7	0,4	-1.115,0	207,0	150,7	56,3	20.188,4
041	PROV. AUTON. BOLZANO	23,4	1,1	-1,7	2,7	2,2	0,5	1.276,6
042	PROV. AUTON. TRENTO	31,4	-0,2	-3,8	11,1	8,5	2,6	1.251,4
050	VENETO	235,9	3,3	-522,8	114,0	88,5	25,5	9.620,1
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	74,6	0,1	-27,0	25,7	20,1	5,7	2.570,8
070	LIGURIA	63,2	0,0	-73,1	35,9	29,0	7,0	3.284,0
080	EMILIA ROMAGNA	245,5	3,8	-321,5	122,3	90,1	32,2	9.417,0
090	TOSCANA	230,0	2,1	-124,9	109,0	75,4	33,6	7.728,9
100	UMBRIA	35,4	0,6	-63,3	15,6	11,4	4,3	1.786,8
110	MARCHE	62,4	0,8	-0,6	36,5	29,4	7,1	2.908,4
120	LAZIO	181,6	3,9	-240,7	82,0	67,2	14,8	10.911,0
130	ABRUZZO	49,2	0,1	-80,4	17,0	14,2	2,8	2.517,4
140	MOLISE	5,3	0,0	-6,8	2,6	1,5	1,1	636,2
150	CAMPANIA	147,8	6,9	-623,8	41,9	33,4	8,5	10.379,5
160	PUGLIA	111,8	1,5	-106,9	36,6	27,8	8,9	7.477,8
170	BASILICATA	21,5	0,3	-8,7	5,0	4,3	0,7	1.072,3
180	CALABRIA	34,5	0,1	-44,7	8,9	7,1	1,8	3.475,8
190	SICILIA	155,5	2,9	-282,6	35,3	29,6	5,8	9.360,2
200	SARDEGNA	66,9	0,0	-98,4	12,4	8,9	3,5	3.338,8
	ITALIA	2.343,6	33,2	-3.815,9	1.019,1	783,4	235,8	118.028,6
2017		AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONE E SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTECIPAZI ONE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
010	PIEMONTE	149,3	6,8	-153,3	93,2	80,3	12,9	8.460,4
020	VALLE D' AOSTA	8,8	0,2	-0,9	2,5	2,2	0,3	263,5
030	LOMBARDIA	441,3	2,4	-1.063,3	203,4	147,8	55,5	19.881,3
041	PROV. AUTON. BOLZANO	23,4	1,0	-24,5	2,8	2,0	0,9	1.248,0
042	PROV. AUTON. TRENTO	31,3	0,1	-29,6	10,9	8,3	2,6	1.225,7
050	VENETO	232,1	4,7	-515,7	110,5	87,6	22,8	9.481,8
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	74,3	0,9	-42,2	25,6	20,4	5,2	2.509,5
070	LIGURIA	62,2	0,0	-107,9	35,4	28,2	7,3	3.272,1
080	EMILIA ROMAGNA	249,3	10,2	-360,4	122,1	89,0	33,0	9.286,0
090	TOSCANA	224,0	4,7	-232,8	105,1	75,3	29,8	7.675,6
100	UMBRIA	34,9	1,3	-45,6	14,8	10,5	4,3	1.752,5
110	MARCHE	61,8	1,2	0,3	35,2	29,1	6,0	2.888,6
120	LAZIO	187,3	8,6	-304,0	81,8	69,1	12,6	10.894,2
130	ABRUZZO	50,1	0,5	-96,9	16,5	13,7	2,8	2.512,1
140	MOLISE	5,3	0,0	-21,5	2,6	1,3	1,2	655,6
150	CAMPANIA	148,6	9,6	-740,3	43,3	39,6	3,7	10.316,8
160	PUGLIA	111,5	22,3	-141,3	35,3	27,5	7,8	7.396,4
170	BASILICATA	20,3	1,1	-52,0	4,6	3,9	0,7	1.090,6
180	CALABRIA	38,6	13,4	-16,2	10,4	7,8	2,7	3.468,4
190	SICILIA	156,2	6,7	-384,7	33,6	28,2	5,4	9.204,8
200	SARDEGNA	67,5	1,9	-58,6	12,0	9,3	2,7	3.284,8
	ITALIA	2.378,2	97,5	-4.391,4	1.001,5	781,2	220,3	116.768,7

Segue A3

	Variazioni	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTECIPAZIONE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
010	PIEMONTE	0,6	-21,4	-53,6	1,4	1,8	-1,0	1,2
020	VALLE D' AOSTA	-14,0	-0,6	-326,7	9,8	14,8	-26,7	0,7
030	LOMBARDIA	-7,1	-81,7	4,9	1,8	1,9	1,4	1,5
041	PROV. AUTON. BOLZANO	0,0	2,4	-93,3	-4,2	9,6	-36,4	2,3
042	PROV. AUTON. TRENTO	0,2	-229,3	-87,0	2,1	2,8	-0,1	2,1
050	VENETO	1,7	-29,9	1,4	3,2	1,0	11,6	1,5
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	0,4	-89,8	-36,1	0,6	-1,3	8,1	2,4
070	LIGURIA	1,6	-100,0	-32,2	1,4	2,8	-3,9	0,4
080	EMILIA ROMAGNA	-1,5	-62,2	-10,8	0,2	1,2	-2,6	1,4
090	TOSCANA	2,6	-55,6	-46,3	3,7	0,1	13,0	0,7
100	UMBRIA	1,5	-56,2	38,8	5,7	8,2	-0,6	2,0
110	MARCHE	0,9	-36,7	-344,1	3,6	0,8	17,0	0,7
120	LAZIO	-3,0	-55,1	-20,8	0,3	-2,8	17,2	0,2
130	ABRUZZO	-1,9	-79,1	-17,0	3,3	3,7	1,4	0,2
140	MOLISE	0,1		-68,2	3,3	15,4	-9,9	-3,0
150	CAMPANIA	-0,6	-27,4	-15,7	-3,3	-15,8	130,7	0,6
160	PUGLIA	0,3	-93,1	-24,3	3,8	1,1	13,2	1,1
170	BASILICATA	5,8	-74,8	-83,3	7,4	10,0	-6,6	-1,7
180	CALABRIA	-10,5	-99,3	175,6	-14,1	-8,3	-31,2	0,2
190	SICILIA	-0,4	-56,8	-26,5	5,2	4,7	8,0	1,7
200	SARDEGNA	-0,9	-100,0	67,7	3,5	-5,0	33,3	1,6
	ITALIA	-1,5	-66,0	-13,1	1,8	0,3	7,0	1,1

2018	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota F3 indicata e quota F3 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 PRIVATE	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI PER ATTIVITÀ TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS	
010	PIEMONTE	8.155,5	0,0	112,7	6,1	6,4	29,7	26,0	34,9	115,9	13,3	0,1	124,0	8.624,6
020	VALLE D'AOSTA	228,2	1,0	0,4	0,0	0,2	2,3	1,0	1,3	8,1	0,3	0,0	7,6	250,3
030	LOMBARDIA	18.422,0	0,0	148,1	47,0	16,6	131,0	41,3	103,9	212,8	28,7	0,3	326,3	19.478,0
041	PROV. AUTON. BOLZANO	912,0	22,3	0,1	0,0	0,7	15,3	0,3	15,4	20,4	4,1	0,0	22,7	1.013,3
042	PROV. AUTON. TRENTO	954,9	19,7	0,5	0,0	5,7	7,7	0,3	3,6	21,3	4,4	0,0	32,6	1.050,8
050	VENETO	8.852,0	0,0	78,2	3,8	8,9	57,0	1,3	57,0	171,0	39,4	0,0	186,8	9.455,3
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	2.229,8	0,0	81,6	3,6	0,6	18,7	0,1	9,5	45,4	4,9	0,0	73,1	2.467,2
070	LIGURIA	3.088,1	0,1	28,5	8,2	1,3	12,6	0,7	29,5	43,2	15,0	0,0	57,2	3.284,5
080	EMILIA ROMAGNA	8.260,6	0,0	216,8	5,1	7,2	75,9	1,2	108,2	163,5	29,7	0,3	163,8	9.032,3
090	TOSCANA	6.988,9	0,0	33,6	1,3	6,9	37,3	5,1	144,4	134,2	61,0	0,1	151,4	7.544,5
100	UMBRIA	1.661,0	1,0	4,9	0,7	0,6	11,9	0,0	15,8	32,9	2,9	0,1	31,1	1.762,8
110	MARCHE	2.846,2	0,7	8,5	0,4	2,5	12,0	1,4	14,7	41,8	6,6	0,0	54,5	2.989,3
120	LAZIO	10.709,8	0,0	86,5	4,2	2,0	58,6	4,1	23,7	104,5	9,7	0,7	165,3	11.169,1
130	ABRUZZO	2.475,3	0,0	3,1	0,1	0,7	15,0	0,6	7,9	34,7	7,1	0,0	46,9	2.591,4
140	MOLISE	585,2	0,0	0,5	0,0	0,0	2,4	0,1	0,6	4,6	0,4	0,0	2,2	596,1
150	CAMPANIA	10.414,1	0,0	59,4	0,7	3,8	34,8	2,4	28,0	52,4	9,9	1,0	121,7	10.728,3
160	PUGLIA	7.354,3	0,0	67,9	0,6	4,6	15,1	3,0	11,7	49,4	14,6	1,2	101,0	7.623,4
170	BASILICATA	1.064,4	3,4	4,6	0,2	1,6	4,0	0,1	1,8	10,9	0,5	0,0	20,2	1.111,6
180	CALABRIA	3.556,2	0,0	36,7	0,5	0,6	7,2	0,3	11,0	23,6	2,1	0,0	28,9	3.667,2
190	SICILIA	9.196,0	0,0	119,6	0,5	2,5	31,8	3,3	39,5	42,8	6,3	1,7	135,5	9.579,6
200	SARDEGNA	2.976,0	7,2	130,6	0,5	0,6	8,2	0,5	13,7	25,6	3,1	0,3	55,8	3.222,1
	ITALIA	110.910,6	55,4	1.223,1	83,4	73,9	588,5	93,2	676,0	1.359,0	264,1	6,0	1.908,5	117.241,6

2017	CONTRIBUITA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUITA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUITI PUBBLICI	CONTRIBUITI PRIVATI	HICAV PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE	HICAV PER PRESTAZIONI SANITARIE NON PUBBLICHE	COMPENSAZIONE SOGGETTA	HICAV PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATE	HICAV PER PRESTAZIONI SANITARIE NON PRIVATE	CONCORDS RECUPERE ATTIVITA' TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSATIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS
010	PIEMONTE	8.096,6	0,0	94,9	7,7	12,5	29,3	28,1	37,0	112,5	13,6	0,0	121,1	8.553,4	
020	VALLE D'AOSTA	226,6	1,0	0,4	0,1	0,2	2,1	0,4	1,4	8,3	0,3	0,0	8,9	249,7	
030	LOMBARDIA	18.177,3	0,0	135,4	59,9	18,9	136,6	43,4	98,7	212,1	26,6	0,3	350,7	19.259,7	
041	PROV. AUTON. BOLZANO	896,9	22,2	0,0	0,0	1,3	15,2	0,3	15,6	19,5	4,0	0,0	22,7	997,8	
042	PROV. AUTON. TRENTO	944,5	18,8	1,6	4,4	4,4	6,6	0,3	3,7	21,1	4,3	0,0	37,3	1.042,5	
050	VENETO	8.787,9	0,0	92,4	6,5	10,8	59,7	1,5	45,3	175,2	48,3	0,4	178,5	9.406,4	
060	FRULLI VENEZIA GIULIA	2.217,4	0,0	81,3	4,4	0,6	18,8	0,1	16,5	43,9	4,5	0,0	73,4	2.460,9	
070	LIGURIA	3.066,8	0,1	18,9	6,6	5,0	14,7	0,6	24,4	42,8	14,4	0,0	56,4	3.250,7	
080	EMILIA ROMAGNA	8.144,4	0,0	235,0	3,6	11,0	84,1	0,6	104,4	158,8	27,8	0,4	161,1	8.931,4	
090	TOSCANA	6.949,1	0,0	79,9	2,4	11,8	38,4	6,1	54,9	134,4	32,1	0,1	149,6	7.458,8	
100	UMBRIA	1.623,7	1,2	6,6	1,4	2,2	11,1	0,0	21,4	28,0	2,9	0,0	31,3	1.729,9	
110	MARCHE	2.813,9	1,1	10,7	0,3	2,8	12,2	0,2	14,1	38,4	5,4	0,0	52,6	2.951,7	
120	LAZIO	10.624,3	0,0	97,8	5,4	10,7	72,2	4,0	25,8	102,3	9,2	0,4	164,7	11.116,6	
130	ABRUZZO	2.434,2	0,0	2,3	0,0	1,0	15,1	0,5	6,4	33,7	5,3	0,0	47,4	2.546,0	
140	MOLISE	604,6	0,0	2,4	0,0	0,1	2,9	0,1	1,1	4,6	0,5	0,0	0,8	617,2	
150	CAMPANIA	10.347,0	0,0	30,2	1,1	7,1	37,2	3,3	28,4	57,9	12,7	1,2	123,0	10.649,1	
160	PUGLIA	7.327,3	0,0	64,5	1,7	3,9	17,4	3,1	16,9	46,5	9,1	1,5	93,3	7.585,1	
170	BASILICATA	1.061,4	4,1	6,0	0,2	1,5	3,6	0,1	1,5	11,0	3,9	0,0	19,6	1.112,9	
180	CALABRIA	3.528,7	0,0	51,6	0,6	1,2	8,0	0,3	10,5	25,0	2,1	0,0	32,9	3.661,0	
190	SICILIA	9.082,5	0,0	58,9	0,6	5,5	33,6	5,4	41,1	42,5	6,7	1,0	129,9	9.407,6	
200	SARDEGNA	2.949,4	14,2	50,6	0,4	1,5	10,0	0,6	14,8	25,7	5,4	0,3	56,1	3.129,0	
ITALIA		109.904,6	62,6	1.121,2	102,9	114,0	628,7	99,1	583,9	1.344,0	239,3	5,7	1.911,2	116.117,4	

Segue A4

Variazioni		CONTRIBUTI DA REGIONE (quota F3 indistinto e quota F5 vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAMI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAMI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATE	RICAMI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERE TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSATIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture Ulteriori trasferimenti da Province autonome e FSS
010	PIEMONTE	0,7		18,8	-20,8	-49,1	1,1	-7,6	-5,6	3,0	-2,4	573,7	2,4	0,8
020	VALLE D'AOSTA	0,7	0,0	0,3	-100,0	9,3	10,2	128,0	-9,9	-3,4	1,4		-14,4	0,2
030	LOMBARDIA	1,3		9,4	-21,5	-11,9	-4,1	-4,7	5,2	0,3	8,1	-13,3	-7,0	1,1
041	PROV. AUTON. BOLZANO	1,7	0,3	-2,214,3		-45,5	0,5	-1,5	-1,9	4,6	1,9	-48,7	-0,1	1,5
042	PROV. AUTON. TRENTO	1,1	5,0	-65,1		30,9	18,1	-1,3	-1,7	1,2	1,5	0,0	-12,6	0,8
050	VENETO	0,7		-15,4	-41,7	-18,1	-4,6	-10,5	25,9	-2,4	-18,4	-91,1	4,7	0,5
060	FRIL VENEZIA GIULIA	0,6		0,3	-18,1	-0,2	-0,7	-3,2	-42,3	3,4	7,6	-62,5	-0,4	0,3
070	LIGURIA	0,7	-1,3	51,4	23,5	-73,0	-14,6	25,1	21,0	0,9	4,3	-22,2	1,4	1,0
080	EMILIA ROMAGNA	1,4		-7,7	39,9	-35,0	-9,8	100,0	3,7	2,9	6,8	-17,3	1,6	1,1
090	TOSCANA	0,3		-57,9	-42,9	-41,3	-2,8	-15,7	162,9	-0,1	89,6	-4,2	1,2	1,1
100	UMBRIA	2,3	-16,7	-26,3	-53,5	-74,1	7,3	1,850,0	-26,2	17,7	1,0	30,8	-0,8	1,9
110	MARCHE	1,1	-32,6	-20,2	24,0	-10,6	-1,5	472,2	4,1	8,9	21,8	5,0	3,7	1,3
120	LAZIO	0,8		-11,5	-21,9	-81,3	-18,8	0,7	-8,0	2,1	5,2	87,3	0,4	0,5
130	ABRUZZO	1,7		35,4	42,5	-28,7	-0,6	11,9	22,5	3,0	34,2	-0,9	-0,9	1,8
140	MOLISE	-3,2		-79,0		-94,1	-17,2	-25,0	-47,6	1,3	-14,8	-100,0	165,0	-3,4
150	CAMPANIA	0,6		96,4	-37,9	-45,9	-6,2	-26,9	-1,3	-9,6	-21,7	-15,9	-1,1	0,7
160	PUGLIA	0,4		5,3	-65,3	15,7	-12,9	-3,9	-30,7	6,4	60,2	-19,6	8,2	0,5
170	BASILICATA	0,3	-17,3	-23,3	1,3	6,6	12,1	-27,4	14,2	-0,6	-87,2	2,9	-12,1	-0,1
180	CALABRIA	0,8		-28,9	-19,7	-55,0	-10,0	-22,7	5,2	-5,4	0,0	375,0	-12,1	0,2
190	SICILIA	1,2		103,0	-11,4	-54,4	-5,5	-38,7	-3,9	0,9	-5,4	79,7	4,3	1,8
200	SARDEGNA	0,9	-49,4	158,3	26,6	-60,3	-18,5	-7,6	-7,7	-0,3	-42,6	-0,7	-0,4	3,0
	ITALIA	0,9	-11,6	9,1	-19,0	-35,2	-6,4	-6,0	15,8	1,1	10,4	4,0	-0,1	1,0