Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, su esiti applicazione metodologia di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012, recante "Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle Regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e fabbisogni standard nel Settore sanitario" per l'anno 2018.

Rep. Atti n. 111/CSR del 21 GIUGNO 2018

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 21 giugno 2018:

VISTO il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 che, in attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, reca disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;

VISTO l'articolo 27 del predetto decreto legislativo n. 68 del 2011, il quale al comma 4 stabilisce che il fabbisogno standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, è determinato in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle c.d. "regioni di riferimento";

VISTO il comma 5 del medesimo articolo 27, il quale individua quali regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati;

VISTA la deliberazione in data 11 dicembre 2012, con la quale il Consiglio dei Ministri, decorso il termine di trenta giorni previsto dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ha definito i criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza per la scelta delle regioni di riferimento, ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;

VISTA la lettera in data 15 novembre 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la documentazione riguardante gli esiti dell'applicazione metodologica di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012, recante "Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle Regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", per l'anno 2018, diramata tempestivamente dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, nella quale il Ministero della salute ha fatto presente che, sulla metodologia adottata e sui relativi esiti, è stato acquisito il

concerto del Ministro dell'economia e delle finanze, nonché il parere favorevole del Sottosegretario di Stato per gli affari regionali;

RILEVATO che il punto, iscritto all'ordine del giorno delle sedute di questa Conferenza del 16 novembre 2017 e del 10 maggio 2018, è stato rinviato su richiesta delle Regioni;

VISTA la nota del 29 maggio 2018, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova proposta di tabelle e nota metodologica, diramata alle Regioni e Province autonome in data 11 giugno 2018 con richiesta di assenso tecnico, nella quale sono indicate le seguenti cinque Regioni eligibili: Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Lombardia e Veneto (All.A);

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano hanno individuato le Regioni Umbria, Marche e Veneto sollecitando, su richiesta del Veneto, l'impegno del Governo ad aggiornare gli indicatori e i criteri per la scelta delle regioni eligibili;

ACQUISITO il positivo avviso del Governo su detta proposta;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, ai sensi dell'articolo 27, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 su esiti applicazione metodologia di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012, recante "Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle Regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e fabbisogni standard nel Settore sanitario" per l'anno 2018, allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Sen. Erika Stefani

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

OGGETTO: **NOTA METODOLOGICA APPLICATIVA DELLA DELIBERA RECANTE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI *"DEFINIZIONE DEI CRITERI DI QUALITÀ DEI SERVIZI EROGATI, APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA, PER LA SCELTA DELLE REGIONI DI RIFERIMENTO AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DEI COSTI E DEI FABBISOGNI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO, IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 27, COMMA 5, DEL DECRETO LEGISLATIVO 6 MAGGIO 2011, N. 68"* APPROVATA NELLA SEDUTA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DELL'11 DICEMBRE 2012 E REGISTRATA ALLA CORTE DEI CONTI IN DATA 21.03.2013 (REG.N.3 FOGLIO N.15)**

La presente nota intende definire gli aspetti metodologici ed operativi della costruzione degli indicatori di efficienza elencati alla lettera c) del punto 2.1 dell'Allegato 1 alla Delibera in oggetto e dell'indicatore finale di qualità ed efficienza **(IQE)**, generato dall'applicazione contestuale delle variabili di cui al citato punto 2.1, che ha consentito al Ministero della Salute di individuare le 5 regioni benchmark, nel cui ambito scegliere le 3 regioni di riferimento, ai fini della definizione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario, ai sensi dell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, come modificato ed integrato dal decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113, convertito, con modificazioni, con Legge 7 agosto 2016, n. 160 .

In particolare, la presente nota è diretta a:

A) descrivere la metodologia e le procedure seguite per la costruzione di alcuni indicatori individuati dal punto 2.1. dell'Allegato 1 alla Delibera in oggetto ed in particolare:

- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5%)
- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa (51%)
- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44%);
- spesa pro capite per assistenza sanitaria di base;
- spesa farmaceutica pro capite;
- costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria
- costo medio per ricovero post acuto
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Laboratorio
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica strumentale;

B) descrivere il percorso metodologico seguito per l'individuazione delle 5 regioni benchmark, nel rispetto di quanto riportato nell'allegato 1 della Delibera in oggetto.

Tutto il procedimento di cui ai precedenti punti A) e B) è propedeutico per l'applicazione delle regole di ripartizione del fabbisogno sanitario standard, introdotte a partire dall'anno 2013, che si basano sui costi standard, determinati secondo le modalità stabilite dal Capo IV del decreto legislativo 68/2011.

Relativamente al punto A), sul piano strettamente operativo, il processo si è articolato nelle seguenti fasi:

1) elaborazione dei modelli LA, al fine di predisporre una base dati coerente con i criteri dettati dalla metodologia di calcolo dei costi standard;
2) predisposizione di ulteriori elaborazioni sui dati LA, al fine di giungere alla definizione dei costi standard per ciascuna regione;

Relativamente al punto B) si è proceduto ad individuare, sulla base dei criteri definiti dalla citata Delibera, le 5 regioni benchmark.

Di seguito si illustrano, per ciascuna delle predette fasi, le operazioni effettuate per pervenire all'elaborazione finale.

A) DESCRIZIONE COSTRUZIONE INDICATORI DI EFFICIENZA DI CUI AL PUNTO 2.1. LETT.C) DELLA DELIBERA

1. ELABORAZIONE DEI MODELLI LA AL FINE DI PREDISPORRE UNA BASE DATI COERENTE CON I CRITERI DETTATI DALLA METODOLOGIA DI CALCOLO DEI COSTI STANDARD.

Prima di entrare nel merito della trattazione inerente l'elaborazione dei modelli LA è necessario richiamare alcuni passaggi della normativa vigente. In applicazione dell'articolo 27, comma 7, quarto periodo, del decreto legislativo 68/11, introdotto con il citato decreto legge 113/2016, che espressamente prevede che *"A decorrere dall'anno 2016, qualora non siano disponibili i dati previsti dal primo e dal secondo periodo del presente comma in tempo utile a garantire il rispetto del termine di cui al comma 5-bis, la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali e' effettuata individuando le regioni in equilibrio e i pesi sulla base rispettivamente dei risultati e dei valori ultimi disponibili"*, i dati relativi ai risultati economici ultimi disponibili accertati dai Tavoli tecnici risultano essere, a tutt'oggi, solo quelli relativi all'anno 2015 (come descritto più avanti a pagina 7). Ne consegue che, per ragioni di coerenza e di confrontabilità tra dati, si è reso necessario utilizzare i dati del modello LA relativi all'anno 2015 e i dati di attività registrati nello stesso anno. Le medesime ragioni di coerenza hanno suggerito anche l'utilizzo, per la valorizzazione di taluni indicatori, della popolazione rilevata nel medesimo anno (31.12.2015).

Il modello LA infatti, come noto, ripartisce i costi rappresentati nel modello CE per macrolivello di assistenza (collettiva, distrettuale, ospedaliera) e per il livelli di assistenza relativi a ciascuno dei predetti macro livelli, secondo quanto specificato dal DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei LEA.

Prioritariamente è stato quindi effettuato un controllo di coerenza fra i dati del modello CE e del modello LA. Tale controllo si è basato sulla previsione delle linee guida del Modello LA che stabiliscono che il totale dei costi del modello LA deve essere pari al totale dei costi del modello CE, al netto della compartecipazione al personale per l'intramoenia.

Inoltre i dati dei modelli LA devono aver superato i controlli previsti in sede di verifica degli Adempimenti, effettuata dal Comitato LEA, con riferimento alla piena coerenza dei dati del modello LA con quelli del modello CE.

Una volta svolti tali controlli preliminari e, eventualmente, aver affrontato il problema della non coincidenza fra modello LA e modello CE relativamente ai valori della mobilità interregionale, si sono effettuate alcune operazioni sui dati LA, finalizzate a ricondurre i costi per residente, così come descritto nella metodologia di calcolo del costo pro-capite per residente per livello e sub-livello approvata in sede STEM il 20 settembre 2011 e 12 ottobre 2011. A seguito dei predetti controlli di

coerenza con il CE, pertanto, anche i dati del modello LA 2015 utilizzati per le sottoriportate elaborazioni, sono in linea con le risultanze dei verbali di verifica del Tavolo Adempimenti alla data di del 21 novembre 2017. In particolare, i costi sono stati depurati :

a) dai costi relativi alla mobilità attiva;
b) dai costi relativi alle prestazioni extra LEA;
c) dalle spese sostenute per l'assistenza agli stranieri irregolari.

Tali operazioni sono finalizzate a definire un aggregato di spesa da raffrontare rispetto al finanziamento ordinario cui concorre ordinariamente lo Stato, coerentemente con le disposizioni dell'articolo 27, comma 6, lettere a) e c) del decreto legislativo 68/2011.

Tutte le informazioni delle lettere a), b), c) sono rappresentate rispettivamente negli allegati nn. 3, 5 e 6 del modello LA.

a) <u>Depurazione dei costi relativi alla mobilità attiva</u>

Con riferimento alla mobilità extraregionale, la correzione dei costi per la riconduzione della spesa a residente è stata effettuata sulla base della matrice di mobilità approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province utilizzata per la delibera CIPE di riparto delle risorse finanziarie per il SSN dell'anno 2015, contenente i valori iniziali di tutti i flussi di mobilità (compreso anche emocomponenti e plasmaderivazione; IBMDR Galliera -; residui manicomiali e hanseniani) riferiti all'anno 2013 nonché dei conguagli relativi agli anni precedenti.
A tal fine, stante la non coincidenza, per alcune regioni, dei valori di mobilità della matrice di riparto con quelli contabilizzati nei dati di costo dei modelli LA, è stato necessario procedere alla depurazione di questi ultimi dai valori di mobilità passiva in essi inglobati e procedere poi alla loro sostituzione con i valori risultanti dalla matrice di mobilità, ancorché in base all'articolo 29 del decreto legislativo 118/11 venga richiesta la corrispondenza del dato di mobilità risultante dai modelli economici CE e, quindi, LA, con la matrice di mobilità. Propedeuticamente a tale operazione è stato operato il confronto fra i dati di mobilità extraregionale (totale del modello "999" riepilogo regionale) del modello CE e del modello LA risultante dall'NSIS; nel caso in cui tale confronto abbia evidenziato una non coincidenza fra i valori, sono stati considerati prevalenti i dati risultanti dal modello CE.

- ✓ I valori di **mobilità attiva** riportata nella predetta matrice sono stati portati in detrazione dai costi del modello LA. Tale operazione non è stata effettuata relativamente alle voci di costo di mobilità del livello "assistenza integrativa e protesica", in quanto non presente il dato di mobilità nella matrice di mobilità e dato l'importo esiguo di tale voce.

La riconduzione dei dati di mobilità di ciascuna delle funzioni della predetta matrice ai livelli di assistenza del modello LA è stata effettuata sulla base di uno schema di raccordo che prevede che qualora per un determinato livello assistenziale (es. assistenza specialistica) sussistano dei sub-livelli assistenziali (ad esempio, nel caso specifico: attività clinica, attività di laboratorio, attività di diagnostica per immagini), il valore della mobilità del livello assistenziale viene ripartito fra i sub livelli, sulla base del peso percentuale dei costi LA di ciascuno di essi rispetto alla macrovoce.

Relativamente ai conguagli 2013 degli emocomponenti, della plasmaderivazione dell'IBMDR Galliera ed dei residui manicomiali ed hanseniani, si è proceduto ad attribuire la mobilità ad essi relativi rispettivamente al livello ospedaliero, all' ambulatoriale e alla distrettuale.

b) <u>Depurazione dei costi relativi alle prestazioni extra LEA</u>

Tale operazione è finalizzata a depurare i costi del modello LA da quei costi legati alla erogazione da parte delle regioni di prestazioni non ricomprese nel Livelli Essenziali di Assistenza (extra LEA) e che, in quanto tali, ai sensi di quanto disposto dal decreto legislativo 68/2011, non devono essere inclusi nel calcolo dei costi standard.

Le prestazioni extra LEA sono illustrate nell'allegato 5 del modello LA e, per ognuna delle voci, è riportato il relativo costo. La depurazione dei costi del modello LA dai costi afferenti alle prestazioni extra LEA presuppone la riconduzione di ciascuna delle prestazioni individuate dall'allegato 5 a uno o più dei livelli di assistenza del modello LA.

Tale operazione è stata effettuata sulla base delle informazioni fornite dalle regioni, in accordo al criterio generale del rispetto delle indicazioni regionali, sulla base del questionario compilato in sede di Comitato LEA 2015. In considerazione delle modifiche apportate ai modelli economici CE ed LA da alcune regioni successivamente all'inoltro del predetto questionario in sede di Comitato Lea, nel caso di intervenuta incoerenza tra i dati risultanti dall'allegato 5 del modello LA presente nel NSIS rispetto alle risposte fornite dalle regioni in sede di compilazione del questionario inviato mediante flusso documentale LEA, sono stati richiesti direttamente alle Regioni interessate, gli aggiornamenti/chiarimenti. Per le Regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e Bolzano che non partecipano al Comitato LEA, sono state richieste via mail le dovute informazioni.

La voce "altro", laddove presente, è stata dettagliata da tutte le regioni e ricondotta ai singoli livelli di assistenza sulla base delle indicazioni regionali.

Depurazione dei costi relativi agli stranieri irregolari

I costi relativi all'erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari sono contabilizzati nell'allegato 6 del modello LA. Tali costi sono contabilizzati per macro livello (attività di prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera). La depurazione dei costi per gli stranieri irregolari dai costi rilevati nel modello LA è avvenuta in conformità a quanto descritto nella succitata metodologia approvata in sede STEM come per le prestazioni extraLEA

2. **PREDISPOSIZIONE DI ULTERIORI ELABORAZIONI SUI DATI LA, AL FINE DI GIUNGERE ALLA DEFINIZIONE DEI COSTI STANDARD PER CIASCUNA REGIONE**

Una volta completate le operazioni sui dati LA sopra descritte è necessario operare ulteriori elaborazioni su tali dati. Tale correzione è da ricondursi all'approccio metodologico sottostante il decreto legislativo 68/2011, finalizzato a individuare un costo medio standard corrispondente all'erogazione dei LEA in condizioni di efficacia e efficienza sulla base delle risorse assegnate in sede di riparto del FSN e nel rispetto dell'equilibrio economico.

Tale impostazione metodologica impone che i costi siano corretti per tenere conto della spesa coperta con maggiori entrate proprie regionali rispetto a quelle derivanti dal FSN.

In proposito, infatti, il disposto dell'articolo 27, comma 6, lettera b) del decreto legislativo 68/2011 prevede che i costi standard siano calcolati al netto della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate definite nel riparto del FSN (c.d. "entrate cristallizzate"). Attraverso tale operazione si "normalizza" l'analisi, correggendo per i diversi importi delle ulteriori entrate proprie regionali.

Al riguardo, i costi valutati secondo il procedimento esplicato nella sezione 1) dovranno essere depurati:

- dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate cristallizzate, ivi comprese le entrate da pay-back e al netto delle coperture regionali iscritte nel modello CE;
- delle entrate da prestazioni intramoenia eccedenti il valore del costo della compartecipazione al personale per attività intramoenia[1];
- delle voci di entrata straordinarie che, similarmente alle altre voci di entrata, hanno positivamente influenzato il risultato di esercizio annuale.

Occorre tenere in considerazione il fatto che, in considerazione dell'entrata in vigore del decreto legislativo 118/2011, il risultato di esercizio comprende tutte le voci di costo, motivo per cui nell'elaborazione del modello LA anno 2015 non è stata operata la decurtazione degli importi relativi alle voci di costo "perdite su crediti", "svalutazione dei crediti", "svalutazioni".
Operata la quantificazione degli importi da sottrarre, essi sono stati sottratti convenzionalmente dai tre livelli di assistenza in misura pari al 5% per l'assistenza collettiva, 51% per l'assistenza distrettuale, 44% per l'assistenza ospedaliera, in linea con le percentuali indicate dalla programmazione sanitaria nazionale.

Inoltre, ai sensi del decreto legislativo 68/2011, i costi standard sono calcolati al netto delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento del SSN, nei termini convenuti presso i Tavoli di verifica. Con riferimento all'anno 2015, sulla base di quanto deciso dai Tavoli tecnici presso il Ministero dell'Economia, sono depurati solamente i costi del valore degli ammortamenti cosiddetti "sterilizzati" che non hanno determinato un impatto sul risultato di esercizio dell'anno 2015, in quanto trovano copertura nel finanziamento aggiuntivo in conto capitale o di parte corrente secondo la trattazione contabile prevista dall'art. 29, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 118/11 e s.m.i.

Deve precisarsi che , laddove nell'applicazione della metodologia si siano riscontrati valori negativi per alcune delle voci dei livelli di assistenza per effetto di errate ed evidenti contabilizzazioni dei costi nel modello LA, si è provveduto ad azzerare il valore "anomalo" rilevato.

B) PERCORSO METODOLOGICO SEGUITO PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE 5 REGIONI BENCHMARK

1. MODALITA' DI CALCOLO DEGLI INDICATORI PRO-CAPITE E PER PRESTAZIONE

Preliminarmente, effettuate le operazioni di depurazione descritte al punto A).2), si è proceduto al calcolo degli indicatori di efficienza previsti all'interno della lettera c) del punto 2.1. dell'Allegato 1 alla Delibera citata in premessa, nel seguente modo:

Calcolo costo pro-capite:

per il calcolo del costo pro-capite, si è proceduto ad utilizzare, per le sopra cennate ragioni di coerenza e di confrontabilità tra dati, la popolazione rilevata al 31.12.2015. Tale scelta - pur non essendo coerente con la metodologia approvata dalla STEM che prevede di utilizzare quella di metà anno, quale media della popolazione ISTAT utilizzata per il riparto dell'anno t+2 rispetto a quello di riferimento di elaborazione del modello LA (anno t), rilevata all' 1.01 dell'anno t+1 e la popolazione

[1] Non essendo i costi per compartecipazione intramoenia contabilizzati nel modello LA, le entrate da prestazioni intramoenia eccedenti i costi devono essere sottratti ai costi, configurandosi come voce di entrata diversa da quelle da riparto e che, come tale, ha influito in maniera positiva al risultato d'esercizio.

all'1.01 dell'anno t, è stata ritenuta quella più corretta. La popolazione utilizzata è stata pesata con i medesimi criteri utilizzati in sede di riparto del FSN anno 2015.

Calcolo costo medio per prestazione:
per il calcolo del costo medio per prestazione (ricovero o specialistica ambulatoriale) si è proceduto a ricostruire i costi a partire dal dato finale derivante dopo le operazioni descritte nella sezione 2, aggiungendo – in coerenza con la metodologia approvata in sede STEM[2] – la mobilità attiva e decurtando la mobilità passiva. Attraverso tale operazione si è proceduto a ricostruire il costo di erogazione delle prestazioni sanitarie su ciascun territorio regionale, indipendentemente dalla residenza dei soggetti assistiti. A tal fine, i costi sono stati valutati al lordo di quelli sostenuti per gli extra Lea e per gli stranieri irregolari nonché delle voci di entrata e di costo che nel processo descritto nella sezione 2 erano state decurtate dalla spesa. Ciò nel presupposto che la valutazione del grado di efficienza nell'erogazione delle prestazioni debba tener conto del costo pieno sostenuto per l'erogazione delle stesse. Per la specialistica si fa presente che per coerenza con i dati di costo considerati vengono utilizzati i dati relativi al Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003) comprensivi delle prestazioni di pronto soccorso.

Con particolare riferimento, invece, alle prestazioni Extralea, la scelta di non depurarle dalla componente dei costi nella costruzione dell'indicatore del costo medio per prestazione di specialistica ambulatoriale, deriva dal fatto che le prestazioni Extralea non sono di facile individuazione, visto che sarebbe necessario disporre dell'elenco dei codici di prestazioni di specialistica ambulatoriale presenti nei diversi nomenclatori regionali. Tale scelta, comunque, ha permesso di standardizzare i valori posti al numeratore ed al denominatore dell'indicatore.

Deve precisarsi che, qualora nella costruzione degli indicatori si siano rilevate delle incoerenze fra i parametri di calcolo dell' indicatore (per esempio, assenza del dato del numeratore o del denominatore, in presenza dell'altro parametro), si è proceduto a porre pari a "zero" il valore dell'indicatore per le regioni interessate, procedendo, parallelamente, all'esclusione dei relativi dati regionali dagli aggregati nazionali su cui è stato costruito il valore medio nazionale di ciascun indicatore.

2. INDIVIDUAZIONE, SULLA BASE DEI CRITERI DEFINITI DALLA CITATA DELIBERA DELLE 5 REGIONI BENCHMARK

L'individuazione delle cinque regioni benchmark è stata effettuata sulla base della procedura definita nell'Allegato 1 della Delibera dell'11 dicembre 2012 di cui all'oggetto.

Prioritariamente sono state individuate le regioni eligibili fra quelle che abbiano garantito il rispetto delle condizioni previste al punto 1.1 (lettere a, b, c, d).

---

2 Per i ricoveri per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza, detta metodologia chiarisce, infatti, che: "l'indicatore fa riferimento ai costi sostenuti per l'erogazione dei ricoveri da parte delle strutture ospedaliere di ciascuna regione, indipendentemente dalla provenienza dei pazienti e, pertanto, non si nettizza del valore di mobilità attiva (che registra i costi sopportati da ciascun servizio sanitario regionale *per* curare presso le proprie strutture i pazienti provenienti da altre regioni) ma si deve nettizzare della mobilità passiva (che registra i costi che un dato servizio sanitario regionale sostiene come rimborso per le cure prestate ai propri residenti presso le strutture di altre regioni)."

Vengono quindi in prima battuta escluse le regioni assoggettate a piano di rientro.

Con riferimento al requisito dell'equilibrio economico, l'articolo 27, comma 7, del decreto legislativo 68/2011 dispone che *"le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento."* Tuttavia, come già in precedenza evidenziato, nello stesso comma si legge anche che: *"A decorrere dall'anno 2016, qualora non siano disponibili i dati previsti dal primo e dal secondo periodo del presente comma in tempo utile a garantire il rispetto del termine di cui al comma 5-bis, la determinazione dei costi e del fabbisogni standard regionali è effettuata individuando le* regioni in equilibrio e i pesi sulla base rispettivamente dei risultati e dei valori ultimi disponibili."

Essendo, a tutt'oggi non concluso per tutte le regioni, da parte dei Tavoli tecnici, l'accertamento dei risultati relativi alla chiusura del secondo esercizio precedente a quello di riferimento (2016), sono stati utilizzati i risultati di esercizio del Tavolo Adempimenti relativo all'anno 2015. Lo stesso risulta chiuso alla data del 3 agosto 2017 per tutte le Regioni ad eccezione della Regione Lombardia per la quale la verifica risulta chiusa il 29 settembre 2017, per la Regione Marche la cui verifica risulta chiusa in data 7 novembre 2017 e per la Regione Toscana la cui verifica non risulta ancora chiusa; tuttavia, quest'ultima regione, sulla base di quanto rilevato nel corso delle riunioni del Tavolo tecnico, registra per l'anno 2015 un disavanzo di gestione che la rende in ogni caso ineligibile. Pertanto, anche se sotto l'aspetto formale non si può dire quindi completato per tutte le regioni il procedimento di verifica annuale per l'anno 2015, sotto l'aspetto sostanziale i risultati che oggi si determinano non potrebbero più essere modificati. Sulla scorta di tali risultanze, risultano essere 6 le regioni che hanno garantito il rispetto della condizione dell'equilibrio di bilancio non essendo assoggettate a piano di rientro (Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia, Basilicata, Veneto).

Tra dette 6 regioni si esclude quindi la Basilicata in quanto regione che non ha riportato, nella griglia valutativa utilizzata dal Comitato LEA relativa all'anno 2015 (ultimo anno per il quale risulta completato il procedimento di verifica annuale), un punteggio pari o superiore al punteggio mediano, come richiesto dalla lettera a) del punto 1.1 della Delibera in oggetto.

Dopo aver quindi individuato, sulla base dei criteri precedentemente descritti, le regioni eligibili, si è proceduto a calcolare l'indicatore di qualità e di efficienza (IQE) per la formulazione della graduatoria finale delle 5 regioni di riferimento.

Per il calcolo dell'**IQE**, si è provveduto ad inserire, per ciascuna delle regioni precedentemente individuate, le seguenti variabili:

1. Punteggio della "Griglia Lea" anno 2015;
2. Incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario, risultante dai dati CE consolidati regionali consuntivo 2015, come risultanti ai Tavoli di verifica;
3. degenza media pre-operatoria (dati SDO Anno 2015)
4. percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni (dati SDO Anno 2015)
5. percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici (dati SDO Anno 2015)
6. percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri (da calcolarsi considerando esclusivamente i ricoveri in degenza ordinaria, decurtando dal numeratore e dal denominatore i ricoveri relativi ai 108 DRG a rischio di in appropriatezza, di cui all'Allegato B del Patto per la salute 2010-2012) (dati NSIS -SDO Anno 2015)
7. percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza (esclusi DRG 006, 039, 119) (dati NSIS -SDO Anno 2015)
8. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (dati NSIS -SDO Anno 2015)

9. percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >=65 anni sul totale dei ricoveri medici con età >=65 anni (dati NSIS - SDO Anno 2015)
10. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5%) (elaborazioni su dati modello LA 2015);
11. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa (51%) (elaborazioni su dati modello LA 2015);
12. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44%)(elaborazioni su dati modello LA 2015);
13. spesa pro capite per assistenza sanitaria di base (elaborazioni su dati modello LA 2015 per i costi e popolazione ISTAT al 31.12.2015);
14. spesa farmaceutica pro capite (elaborazioni su dati modello LA 2015 per i costi e popolazione ISTAT al 31.12.2015 pesata come da riparto 2015);
15. costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria (elaborazioni su dati modello LA 2014 per i costi e dati NSIS -SDO 2014 per i dimessi pesati secondo i pesi del DM 18.10.2012)
16. costo medio per ricovero post acuto (elaborazioni su dati modello LA 2015per i costi e dati NSIS - SDO 2015 per i dimessi di riabilitazione e di lungodegenza rispettivamente pesati in base al- DM 18.10.2012 e non pesati)
17. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica (elaborazioni su dati modello LA 2015 peri costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)_Anno 2015)
18. spesa per prestazione per assistenza specialistica – Laboratorio (elaborazioni su dati modello LA 2014 peri costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)_Anno 2015)
19. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica strumentale(elaborazioni su dati modello LA 2015 peri costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)_Anno 2015)

L'elaborazione di detto indicatore, opportunamente normalizzato così come descritto nell'Allegato 1 alla Delibera sui costi standard, ha portato alla definizione della graduatoria finale delle 5 regioni risultate eligibili al punto 1.1, nel cui ambito la Conferenza Stato-Regioni dovrà scegliere le 3 regioni - tra cui obbligatoriamente la prima - che rappresenteranno il benchmark per il calcolo del costo medio standard, (ottenuto come media ponderata dei costi delle 3 regioni benchmark per ciascuno dei tre livelli di assistenza, in accordo a quanto disposto dall'articolo 27, comma 6 del d.lgs. 68/2011).

Dall'elaborazione di detto indicatore, che ha tenuto conto dei valori delle variabili di riferimento delle sole regioni in possesso dei criteri previsti, è emerso il seguente risultato:

Regione	IQE	Rango della Regione nella graduatoria ottenuta	Regione Eligibile	Rango effettivo
Piemonte			NO	
Valle d'Aosta			NO	
Lombardia	0,2	4		4°
Prov. Auton. Bolzano			NO	
Prov. Auton. Trento			NO	
Veneto	0,0	5		5°
Friuli Venezia Giulia			NO	
Liguria			NO	
Emilia Romagna	4,2	2		2°
Toscana				
Umbria	10,0	1		1°
Marche	3,5	3		3°
Lazio			NO	
Abruzzo			NO	
Molise			NO	
Campania			NO	
Puglia			NO	
Basilicata			NO	
Calabria			NO	
Sicilia			NO	
Sardegna			NO	

Come si evince dalla tabella soprariportata le 5 Regioni eligibili risultano essere nell'ordine: Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia, Veneto.

IL DIRETTORE GENERALE
Andrea Urbani

Tab 1

Punteggi Regionali griglia valutativa (cd. GRIGLIA LEA) per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza utilizzata dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005 - Anno 2015

	REGIONE	2015
010	Piemonte	205
030	Lombardia	196
050	Veneto	202
070	Liguria	194
080	Emilia Romagna	205
090	Toscana	212
100	Umbria	189
110	Marche	190
120	Lazio	176
130	Abruzzo	182
140	Molise	156
150	Campania	106
160	Puglia	155
170	Basilicata	170
180	Calabria	147
190	Sicilia	153

Tab 2

Risultato di esercizio deteterminato secondo la metodologia adottata dal "Tavolo adempimenti"

Regioni		2015	Finanziamento complessivo al netto entrate proprie effettive	Entrate proprie effettive	TOTALE Finanziamento complessivo al LORDO entrate proprie effettive	Incidenza % disavanzo su finanziamento ordinario
010	PIEMONTE	5.779	7.795.925	343.528	8.139.453	0,1%
020	VALLE D'AOSTA	-25.474	223.765	17.823	241.588	-10,5%
030	LOMBARDIA	21.432	17.239.139	742.519	17.981.658	0,1%
041	P.A. BOLZANO	-217.954	873.327	75.566	948.893	-23,0%
042	P.A. TRENTO	12.432	921.110	238.977	1.160.087	1,1%
050	VENETO	3.546	8.488.509	373.245	8.861.754	0,0%
060	FRIULI V.G.	1.949	2.167.551	160.227	2.327.778	0,1%
070	LIGURIA	-98.462	2.958.629	140.473	3.099.102	-3,2%
080	EMILIA R.	10	7.765.841	608.934	8.374.775	0,0%
090	TOSCANA	-21.778	6.616.588	356.112	6.972.700	-0,3%
100	UMBRIA	2.862	1.589.274	64.091	1.653.365	0,2%
110	MARCHE	61.991	2.745.103	92.985	2.838.088	2,2%
120	LAZIO	-332.588	10.133.622	396.825	10.530.447	-3,2%
130	ABRUZZO	-5.773	2.336.766	62.564	2.399.330	-0,2%
140	MOLISE	-44.676	555.156	10.807	565.963	-7,9%
150	CAMPANIA	49.821	9.919.409	182.054	10.101.463	0,5%
160	PUGLIA	-54.061	6.998.150	182.873	7.181.023	-0,8%
170	BASILICATA	-7.726	1.021.363	33.515	1.054.878	-0,7%
180	CALABRIA	-58.531	3.410.694	96.555	3.507.249	-1,7%
190	SICILIA	13.666	8.677.240	187.976	8.865.216	0,2%
200	SARDEGNA	-327.957	2.887.454	100.358	2.987.812	-11,0%
TOTALE NAZIONALE		**-1.021.491**	**105.324.616**	**4.468.007**	**109.792.623**	**-0,9%**

Tabella 3 (Pag. 1 di 4)

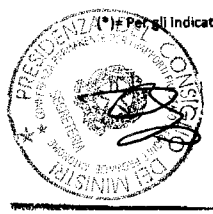
		Indicatori grezzi per il calcolo dell'IQE																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Codice regione	Regione	Punteggio Griglia LEA	Incidenza % avanzo/disavanzo	Incidenza % spesa assistenza collettiva	Incidenza % spesa assistenza distrettuale	Incidenza % spesa assistenza ospedaliera	Degenza media pre-operatoria (*)	Percentuale interventi frattura femore operati entro 2 giorni	Percentuale dimessi reparti chirurgici con DRG medici (*)	Percentuale dimessi con DRGchirurgici sul totale dei dimessi	Percentuale ricoveri ordinari con DRG alto rischio inappropriatezza (*)	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG medico (*)	% di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >=65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 (*)	Costo medio ricoveri ordinari per acuti (pesati) (*)	Costo medio per ricovero post acuto (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Attività clinica (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Laboratorio (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Diagnostica strumentale (*)	Spesa pro capite per assistenza sanitaria di base (*)	Spesa pro capite per assistenza farmaceutica (*)
010	Piemonte																			
020	Valle d'Aosta																			
030	Lombardia	196	0,12%	4,35%	56,93%	38,72%	1,57	58,30	27,90	48,34	59,96	26,15	5,20	5.562,35	7.828,30	93,41	6,05	38,18	85,29	266,90
041	Prov. Auton. Bolzano																			
042	Prov. Auton. Trento																			
050	Veneto	202	0,04%	3,31%	55,63%	41,06%	1,68	64,29	29,44	43,71	42,70	20,06	6,49	5.465,12	6.948,52	89,68	5,78	54,27	96,63	221,08
060	Friuli Venezia Giulia																			
070	Liguria																			
080	Emilia Romagna	205	0,00%	3,90%	56,24%	39,86%	1,32	75,04	22,83	44,13	49,42	27,43	3,10	5.841,13	2.922,55	104,93	8,38	55,39	103,33	223,22
090	Toscana																			
100	Umbria	189	0,17%	5,42%	50,78%	43,80%	1,58	53,07	28,56	42,49	57,20	8,84	3,28	5.226,02	4.571,01	60,84	7,20	25,05	90,96	256,17
110	Marche	190	2,18%	3,65%	54,98%	41,36%	1,41	59,84	23,37	41,72	43,71	38,96	5,20	5.466,36	5.640,72	100,32	4,52	40,27	92,80	299,90
120	Lazio																			
130	Abruzzo																			
140	Molise																			
150	Campania																			
160	Puglia																			
170	Basilicata																			
180	Calabria																			
190	Sicilia																			
200	Sardegna																			

(*)= Per gli indicatori con l'asterisco il punteggio della graduatoria è determinato prendendo il valore di segno opposto. Quindi per questi indicatori il punteggio è tanto più elevato quanto più basso è il valore.

Indicatore trasformato per il calcolo dell'IQE																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Codice regione	Regione	Punteggio Griglia LEA	Incidenza % avanzo/disavanzo	Incidenza % spesa assistenza collettiva	Incidenza % spesa assistenza distrettuale	Incidenza % spesa assistenza ospedaliera	Degenza media pre-operatoria (*)	Percentuale interventi frattura femore operati entro 2 giorni	Percentuale dimessi reparti chirurgici con DRG medici (*)	Percentuale dimessi con DRGchirurgici sul totale dei dimessi	Percentuale ricoveri ordinari con DRG alto rischio inappropriatezza (*)	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG medico (*)	% di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >=65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 (*)	Costo medio ricoveri ordinari per acuti (pesati) (*)	Costo medio per ricovero post acuto (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Attività clinica (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Laboratorio (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Diagnostica strumentale (*)	Spesa pro capite per assistenza sanitaria di base (*)	Spesa pro capite per assistenza farmaceutica (*)
010	Piemonte																			
020	Valle d'Aosta																			
030	Lombardia	196	0,12%	-0,65%	-5,93%	-5,28%	-1,57	58,30	-27,90	48,34	-59,96	-26,15	-5,20	-5562,35	-7828,30	-93,41	-6,05	-38,18	-85,29	-266,90
041	Prov. Auton. Bolzano																			
042	Prov. Auton. Trento																			
050	Veneto	202	0,04%	-1,69%	-4,63%	-2,94%	-1,68	64,29	-29,44	43,71	-42,70	-20,06	-6,49	-5465,12	-6948,52	-89,68	-5,78	-54,27	-96,63	-221,08
060	Friuli Venezia Giulia																			
070	Liguria																			
080	Emilia Romagna	205	0,00%	-1,10%	-5,24%	-4,14%	-1,32	75,04	-22,83	44,13	-49,42	-27,43	-3,10	-5841,13	-2922,55	-104,93	-8,38	-55,39	-103,33	-223,22
090	Toscana																			
100	Umbria	189	0,17%	-0,42%	-0,22%	-0,20%	-1,58	53,07	-28,56	42,49	-57,20	-8,84	-3,28	-5226,02	-4571,01	-60,84	-7,20	-25,05	-90,96	-256,17
110	Marche	190	2,18%	-1,35%	-3,98%	-2,64%	-1,41	59,84	-23,37	41,72	-43,71	-38,96	-5,20	-5466,36	-5640,72	-100,32	-4,52	-40,27	-92,80	-299,90
120	Lazio																			
130	Abruzzo																			
140	Molise																			
150	Campania																			
160	Puglia																			
170	Basilicata																			
180	Calabria																			
190	Sicilia																			
200	Sardegna																			

Min	189	0,0001194%	-0,016887	-0,059278	-0,052766	-1,675866	53,06768	-29,44041	41,72494	-59,96468	-38,96297	-6,489842	-5841,133	-7828,299	-104,9289	-8,383363	-55,3918	-103,3305	-299,9042
Media	196,4	0,00503336	-0,010416	-0,04001	-0,03039	-1,509829	62,11007	-26,42016	44,07868	-50,60002	-24,28844	-4,652896	-5512,197	-5582,221	-89,83575	-6,387451	-42,63237	-93,80253	-253,4546
DS	6,343501	0,00842614	0,004586	0,01996	0,017002	0,12835	7,395493	2,75976	2,295747	6,965381	9,849723	1,286476	198,4592	1732,713	15,43616	1,313326	11,2514	6,003989	29,35473
Max	205	0,02184252	-0,004216	-0,002227	-0,001989	-1,316212	75,04496	-22,82722	48,33794	-42,69928	-8,844923	-3,097291	-5226,017	-2922,549	-60,83843	-4,516126	-25,04669	-85,29332	-221,0776

(*) Per gli indicatori con l'asterisco il punteggio della graduatoria è determinato prendendo il valore di segno opposto. Quindi per questi indicatori il punteggio è tanto più elevato quanto più basso è il valore.



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

		Valori normalizzati																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Codice regione	Regione	Punteggio Griglia LEA	Incidenza % avanzo/disavanzo	Incidenza % spesa assistenza collettiva	Incidenza % spesa assistenza distrettuale	Incidenza % spesa assistenza ospedaliera	Degenza media pre-operatoria (*)	Percentuale Interventi frattura femore operati entro 2 giorni	Percentuale dimessi reparti chirurgici con DRG medici (*)	Percentuale dimessi con DRGchirurgici sul totale dei dimessi	Percentuale ricoveri ordinari con DRG alto rischio inappropriatezza (*)	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG medico (*)	% di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >=65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 (*)	Costo medio ricoveri ordinari per acuti (pesati) (*)	Costo medio per ricovero post acuto (*)	Spesa per prestazioni assistenza specialistica - Attività clinica (*)	Spesa per prestazioni assistenza specialistica - Laboratorio (*)	Spesa per prestazioni assistenza specialistica - Diagnostica strumentale (*)	Spesa pro capite per assistenza sanitaria di base (*)	Spesa pro capite per assistenza farmaceutica (*)
010	Piemonte																			
020	Valle d'Aosta																			
030	Lombardia	-0,06306	-0,4559	0,851204	-0,96533	-1,31609	-0,46549	-0,51464	-0,53743	1,85528	-1,34446	-0,18861	-0,42267	-0,25272	-1,29628	-0,23169	0,253539	0,395379	1,417259	-0,45814
041	Prov. Auton. Bolzano																			
042	Prov. Auton. Trento																			
050	Veneto	0,882793	-0,54986	-1,41097	-0,31638	0,055986	-1,29363	0,295004	-1,09439	-0,15908	1,134286	0,429656	-1,42789	0,23721	-0,78853	0,010115	0,460688	-1,03466	-0,47061	1,102955
060	Friuli Venezia Giulia																			
070	Liguria																			
080	Emilia Romagna	1,355718	-0,59721	-0,128	-0,62027	-0,64687	1,508499	1,749024	1,301902	0,022573	0,169137	-0,31912	1,209198	-1,65745	1,534975	-0,97778	-1,51974	-1,13403	-1,58694	1,030132
090	Toscana																			
100	Umbria	-1,16655	-0,39192	1,351782	1,892941	1,670444	-0,50828	-1,22269	-0,77423	-0,69351	-0,94808	1,567914	1,067223	1,442009	0,5836	1,878532	-0,61936	1,562977	0,472671	-0,09259
110	Marche	-1,00891	1,994882	-0,66403	0,00904	0,236529	0,758896	-0,3067	1,104136	-1,02526	0,989119	-1,48984	-0,42586	0,230948	-0,03376	-0,67918	1,424875	0,21033	0,167622	-1,58236
120	Lazio																			
130	Abruzzo																			
140	Molise																			
150	Campania																			
160	Puglia																			
170	Basilicata																			
180	Calabria																			
190	Sicilia																			
200	Sardegna																			
	Min	-1,16655	-0,59721	-1,41097	-0,96533	-1,31609	-1,29363	-1,22269	-1,09439	-1,02526	-1,34446	-1,48984	-1,42789	-1,65745	-1,29628	-0,97778	-1,51974	-1,13403	-1,58694	-1,58236
	Max	1,355718	1,994882	1,351782	1,892941	1,670444	1,508499	1,749024	1,301902	1,85528	1,134286	1,567914	1,209198	1,442009	1,534975	1,878532	1,424875	1,562977	1,417259	1,102955

(*)= Per gli indicatori con l'asterisco il punteggio della graduatoria è determinato prendendo il valore di segno opposto. Quindi per questi indicatori il punteggio è tanto più elevato quanto più basso è il valore.

Tab 3 (pag 4 di 4)

Punteggi complessivi		
Regione	Somma valori	
	Somma valori normalizzati	Rango della Regione nella graduatoria ottenuta
Piemonte		
Valle d'Aosta		
Lombardia	-3,740	4
Prov. Auton. Bolzano		
Prov. Auton. Trento		
Veneto	-3,937	5
Friuli Venezia Giulia		
Liguria		
Emilia Romagna	0,694	2
Toscana		
Umbria	7,073	1
Marche	-0,090	3
Lazio		
Abruzzo		
Molise		
Campania		
Puglia		
Basilicata		
Calabria		
Sicilia		
Sardegna		

Tab 4

Graduatoria finale per la selezione delle Regioni eligibili ai fini del riparto 2018

Regione	IQE	2015	Regione Eligibile	Rango effettivo
Piemonte			NO	
Valle d'Aosta			NO	
Lombardia	0,2	4		4°
Prov. Auton. Bolzano			NO	
Prov. Auton. Trento			NO	
Veneto	0,0	5		5°
Friuli Venezia Giulia			NO	
Liguria			NO	
Emilia Romagna	4,2	2		2°
Toscana			NO	
Umbria	10,0	1		1°
Marche	3,5	3		3°
Lazio			NO	
Abruzzo			NO	
Molise			NO	
Campania			NO	
Puglia			NO	
Basilicata			NO	
Calabria			NO	
Sicilia			NO	
Sardegna			NO	