



Garantire la corretta programmazione
e la rigorosa gestione
delle risorse pubbliche

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 5

2016
2017
2018
2019



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

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, novembre 2018

INDICE

Introduzione	1
CAPITOLO 1 - Monitoraggio della spesa sanitaria e relativi strumenti	5
1.1 - Premessa	5
1.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria	5
1.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale	9
1.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati e sistema di monitoraggio	9
1.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004)	13
1.4 - Sistema Tessera Sanitaria	17
1.5 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi	19
1.6 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico	22
Box 1.1 - Determinanti della crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi	24
Box 1.2 – Manovre nel settore sanitario e concorso finanziario delle Autonomie speciali	26
Box 1.3 - DPCM del 12 gennaio 2017 – I nuovi livelli essenziali di assistenza	32
Box 1.4 – Strumenti di controllo della spesa farmaceutica – il <i>pay-back</i>	34
CAPITOLO 2 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio	37
2.1 - Premessa	37
2.2 - Definizione di spesa sanitaria corrente	37
2.3 - Spesa sanitaria corrente di CN	39
2.3.1 - Analisi degli andamenti generali	39
2.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	44
2.3.3 - Risultati di CN per l'anno 2017	51
2.4 - Spesa sanitaria corrente di CE	53
2.4.1 - Analisi degli andamenti generali	53
2.4.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa dal 2002 al 2010	61
2.4.3 - Analisi degli andamenti per componente di spesa dal 2011 al 2017	88
Box 2.1 - Procedura di ripartizione regionale del finanziamento del settore sanitario pubblico	93
CAPITOLO 3 - Piani di rientro	95
3.1 - Premessa	95
3.2 - Caratteristiche dei piani di rientro	96
3.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro	98
3.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia	99
3.5 - Attuazione dei piani di rientro	99
3.6 - Attività di affiancamento	99

3.7 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro.....	101
3.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento.....	102
3.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi	103
3.10 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010	103
3.11 - Semplificazione e razionalizzazione dei piani di rientro	106
3.12 - Piani di rientro aziendali	106
3.13 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro.....	107
CAPITOLO 4 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	109
4.1 - Premessa.....	109
4.2 - Decreto legislativo n. 118/2011.....	109
4.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione	114
4.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale	117
4.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR	118
CAPITOLO 5 - Sistema tessera sanitaria	121
5.1 - Premessa.....	121
5.2 - Monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite il Sistema TS	121
5.2.1 - Fase 1: Rilevazione telematica delle prestazioni erogate	121
5.2.2 - Fase 2: Ricetta elettronica.....	123
5.2.3 - Fase 3: Dematerializzazione delle ricette mediche.....	124
5.2.4 - Strumenti di analisi dei dati delle prescrizioni e delle prestazioni a carico del SSN	125
5.2.5 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN	126
5.2.6 - Compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN: controlli del Sistema TS.....	127
5.3 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito.....	128
5.4 - Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) e interconnessione con l'Anagrafe delle Persone Residenti (ANPR)	130
5.5 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS).....	131
5.6 - Certificati telematici di malattia.....	132
5.7 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)	132
5.8 - Rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata	136
5.8.1 - Fasi di attuazione.	136
5.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie.	140
5.8.3 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2015, 2016 e 2017	140
5.8.4 - La spesa veterinaria	143
5.9 - Profilo per età della spesa sanitaria.....	143

5.9.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione	143
5.9.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata	144
5.9.3 - Spesa per l'assistenza specialistica	148
Box 5.1: Tabelle di monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto	151
Box 5.2 – Ricognizione delle regole nazionali e regionali di compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica e specialistica a carico del SSN ...	153
 Appendice A - Risultati di gestione 2017 delle regioni non sottoposte ai piani di rientro.....	157
 Appendice B - Esiti delle verifiche dell'attuazione dei Piani di rientro per il 2017	175
 Appendice C – Monitoraggio tempi di pagamenti degli Enti del Servizio sanitario nazionale	187
 Bibliografia	191

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	8
Fig. 1.2: attuazione procedura del comma 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre	16
Fig. 2.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	40
Fig. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2000-2017 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	41
Fig. 2.3: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2017 (<i>composizioni percentuali</i>)	44
Fig. 2.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2001-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	45
Fig. 2.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2001-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	47
Fig. 2.6: spesa per la farmaceutica convenzionata - Anni 2001-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	48
Fig. 2.7: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2001-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	49
Fig. 2.8: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2001-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	50
Fig. 2.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	51
Fig. 2.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	54
Fig. 2.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>)	59
Fig. 2.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	62
Fig. 2.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	70
Fig. 2.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>).....	71
Fig. 2.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	79

Fig. 2.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>).....	80
Fig. 2.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>).....	84
Fig.5.1: sistema TS – Descrizione del processo	122
Fig.5.2: sistema TS – Procedimento per il controllo delle esenzioni per reddito.....	129
Fig.5.3: Tessera Sanitaria - fronte.....	131
Fig. 5.4: Tessera Sanitaria – retro (TEAM)	132
Fig.5.5: infrastruttura nazionale di interoperabilità (INI) e regime di sussidiarietà – Il ruolo del Sistema TS	135
Fig. 5.6: spesa sanitaria privata 2016 e 2017 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa.....	143
Fig.5.7: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2016.....	145
Fig.5.8: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2016	146
Fig.5.9: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2016.....	146
Fig.5.10: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2016	147
Fig.5.11: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2016.....	149
Fig.5.12: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2016	149
Fig.5.13: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2016.....	149
Fig.5.14: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2016	150

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 2.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>)	42
Tab. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>)	43
Tab. 2.3: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2000-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali</i>)	43
Tab. 2.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione e PIL – Anni 2002-2017 (<i>valori in milioni di euro e in percentuale</i>).....	55
Tab. 2.5: spesa sanitaria corrente di CE per regione - Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>).....	56
Tab. 2.6: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>)	57
Tab. 2.7: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2006-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>).....	60
Tab. 2.8: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2006-2017	61
Tab. 2.9: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2002-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>)	63
Tab. 2.10: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>).....	64
Tab. 2.11: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017.....	65
Tab. 2.12: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>).....	67
Tab. 2.13: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>).....	68
Tab. 2.14: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017	69
Tab. 2.15: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>).....	72
Tab. 2.16: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>).....	73

Tab. 2.17: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017	74
Tab. 2.18: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2002-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>)	76
Tab. 2.19: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	77
Tab. 2.20: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017	78
Tab. 2.21: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2002-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>)	81
Tab. 2.22: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	82
Tab. 2.23: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017	83
Tab. 2.24: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2002-2017 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>)	85
Tab. 2.25: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2003-2017 (<i>variazioni percentuali</i>)	86
Tab. 2.26: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017	87
Tab. 3.1: attività di affiancamento - Anno 2017	100
Tab. 3.2: verbali di verifica - Anno 2017	102
Tab. 5.1: caratteristiche del Sistema TS	123
Tab. 5.2: spesa sanitaria lorda per le prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2016-2017 – (<i>valori in euro e variazioni percentuali</i>)	127
Tab. 5.3: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS	128

Introduzione

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

Secondo l'articolazione delle competenze dettata dalla Costituzione italiana (art. 117), la funzione sanitaria pubblica è esercitata da due livelli di governo: lo Stato, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA), l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento e che presiede il monitoraggio della relativa erogazione, e le regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi sanitari regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

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

Come emerge dagli indicatori elaborati dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico¹ e dall'Organizzazione mondiale della sanità², la *performance* del nostro SSN si colloca ai primi posti nel contesto europeo e mondiale, per la qualità delle prestazioni, nonché per l'equità e l'universalità di accesso alle cure. Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psico-fisico della popolazione costituiscono un risultato importante sotto il profilo del soddisfacimento dei bisogni sanitari. Inoltre, presenta risvolti positivi anche in termini di contenimento della spesa sociale.

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

¹ OECD (2017).

² WHO (2018).

Negli ultimi quindici anni, in particolare, il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di *governance*, che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati.

Gli interventi più significativi del processo di riforma hanno riguardato: la sottoscrizione di specifiche Intese tra Stato e Regioni, con finalità programmatiche e di coordinamento dei rispettivi ambiti di competenza, l'introduzione ed il potenziamento di un sistema di rilevazione contabile economico-patrimoniale, l'attivazione di specifici Tavoli di verifica degli equilibri finanziari e della qualità delle prestazioni erogate dal settore sanitario.

Nella regolamentazione dei rapporti fra lo Stato e le Regioni, costituiscono strumenti essenziali del sistema di *governance*: l'obbligo regionale di garantire l'equilibrio nel settore sanitario con riferimento a ciascun anno, tramite l'integrale copertura degli eventuali disavanzi sanitari da parte delle regioni che li hanno determinati; l'obbligo della redazione di un Piano di rientro per le regioni con disavanzi sanitari superiori alla soglia fissata per legge fino al commissariamento della funzione sanitaria, qualora il Piano di rientro non sia adeguatamente redatto o non sia attuato nei tempi e nei modi previsti.

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

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

Nell'ambito del processo di potenziamento del sistema di *governance*, la realizzazione del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) ha rappresentato una tappa importante. Tale progetto prevede, infatti, l'implementazione di un sistema informativo delle prescrizioni mediche in grado di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica della appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione, su tutto il territorio nazionale, dei dati relativi alle ricette mediche. Tali funzionalità sono state ulteriormente ampliate sia in riferimento alla trasmissione delle spese mediche per il 730 precompilato che all'implementazione, più di recente, del sistema di interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico.

Per facilitare la lettura del presente volume, si segnala che talune parti nella sostanza ripropongono, con modifiche marginali, il contenuto già riportato nell'edizione dell'anno 2017, in quanto trattano argomenti per i quali non si sono registrate significative evoluzioni nell'ultimo anno (in particolare i capitoli 3 e 4). Si ritiene in ogni caso utile

riproporre tali aspetti, anche in relazione al rilievo che assumono nell'ambito del governo settore sanitario. Nel seguito sono comunque sinteticamente rappresentati i contenuti di ciascun capitolo.

Le misure e gli interventi che, negli ultimi anni, hanno rafforzato il sistema di *governance* nella sanità, con particolare riferimento all'implementazione degli strumenti di controllo e di razionalizzazione dei principali fattori di spesa, sono illustrati nel successivo Capitolo 1, che contiene, tra l'altro, due approfondimenti relativi alle manovre nel settore sanitario e al relativo concorso finanziario delle regioni a statuto speciale nonché al provvedimento di individuazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza, del gennaio 2017. Nel Capitolo 2 viene fornita una rendicontazione quantitativa degli effetti finanziari e di struttura conseguenti al sistema di *governance*, con riferimento sia ai dati di Contabilità nazionale che ai dati di Conto economico, questi ultimi articolati anche a livello regionale. Il capitolo contiene l'aggiornamento dei dati al 2017. Il Capitolo 3 offre un'illustrazione dell'assetto normativo e gestionale dei Piani di rientro dai deficit sanitari, mentre il Capitolo 4 descrive l'attuazione del sistema di regole contabili introdotte, per l'intero SSN, con il DLgs 118/2011. Infine, il Capitolo 5 illustra le fasi di implementazione del Sistema TS, lo stato di avanzamento raggiunto, anche in relazione ai compiti aggiuntivi assegnati. Il capitolo fornisce, inoltre, l'aggiornamento di alcune indicazioni quantitative sulla spesa farmaceutica e specialistica desunte dall'archivio dei dati rilevati.

CAPITOLO 1 - Monitoraggio della spesa sanitaria e relativi strumenti

1.1 - Premessa

Il vigente ordinamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) prevede due livelli di governo: lo Stato, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantisce, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni; le regioni, che organizzano i propri Servizi sanitari regionali (SSR) e garantiscono l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

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

La strumentazione a tal fine implementata ha riguardato, in modo preminente, le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, il sistema di monitoraggio delle *performance* regionali e dei conti sanitari nazionali, i Piani di rientro regionali e degli Enti del SSN, il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) nonché le disposizioni concernenti la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. Tali aspetti verranno approfonditi nei successivi paragrafi. Infine, saranno sviluppate alcune considerazioni in merito agli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico.

1.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria

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

Tali Intese sono recepite con apposita disposizione normativa. L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 è stato recepito dal DL 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (L 448/2001); l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stata sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (L 311/2004); il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009 è stato recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007

(L 296/2006) mentre il Patto per la salute per il triennio 2010-2012 è stato recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (L 191/2009).

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

Il confronto, ripreso nel febbraio 2014, ha portato alla sottoscrizione del Patto per la salute per il triennio 2014-2016, avvenuta il 10 luglio 2014. Il Patto è stato poi recepito nella legge di stabilità per l'anno 2015 (L 190/2014).

Con riferimento agli anni successivi al 2016, pur in assenza di nuovo Patto per la salute, risulta comunque definito, il livello di finanziamento del SSN per il triennio 2017-2019. Infatti, la legge bilancio per l'anno 2017 (L 232/2016) ha fissato tale livello al valore rispettivamente di 113, 114 e 115 miliardi di euro.

Tuttavia, tali valori sono stati successivamente rideterminati dal decreto interministeriale (MEF-Salute) del 5 giugno 2017, che, in assenza di specifici accordi tra il Governo e le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano diretti ad assicurare la quota di manovra a loro carico, ha disposto un ulteriore contributo a carico delle Regioni a statuto ordinario, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016 e dall'art. 1, co. 394, della L 232/2016 (Box 1.2). La legge di Bilancio per l'anno 2018 non ha portato variazioni sulla cornice finanziaria del SSN.

Ciò rappresentato con riferimento al livello del finanziamento del settore sanitario, si rileva altresì che l'Accordo dell'8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto "*sistema premiale*" in sanità, che consiste nel subordinare l'erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN, detta "*quota premiale*", il cui ammontare è fissato per legge, al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del proprio Servizio sanitario (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente. Con tale Accordo viene dato impulso al nuovo sistema di monitoraggio dei conti sanitari basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR. Inoltre, a seguito di quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001, con DPCM 29 novembre 2001, sono stati definiti i LEA al fine di rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da assicurare da parte di ciascun SSR e le regole di compartecipazione in ordine alle prestazioni socio-sanitarie, nonché evidenziare le prestazioni totalmente escluse dai LEA ovvero quelle incluse per particolari soggetti e in particolari condizioni. In proposito, si rileva che il 12 gennaio 2017 è stato emanato il nuovo DPCM concernente l'aggiornamento dei LEA definiti nel 2001 (Box 1.3).

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

l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

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

- il primo gruppo, denominato delle "regioni virtuose", con bilanci sanitari in equilibrio o con disavanzi contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale, che ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;
- il secondo gruppo, denominato delle "regioni con elevati disavanzi", con bilanci sanitari in significativo disavanzo, tale da non poter essere coperto con le ordinarie misure a carico dei bilanci regionali. Unitamente a tale insostenibile squilibrio di bilancio, queste regioni hanno evidenziato importanti carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri fissati dalla programmazione nazionale, evidenziando alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriatezza ospedaliera particolarmente accentuati. Parallelamente, tali regioni hanno evidenziato un livello di spesa farmaceutica molto alto e ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, hanno sottratto risorse all'erogazione dei restanti Livelli di assistenza e determinato forti squilibri finanziari. Per tali regioni non vi è stato il superamento della verifica premiale annuale con conseguente preclusione all'accesso alle relative quote premiali.

Nonostante l'operatività del sistema premiale, in tutte le regioni si manifestava l'aspettativa di un finanziamento aggiuntivo *ex-post* da parte dello Stato, a titolo di ripiano del disavanzo. Infatti, soprattutto con riferimento agli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non accantonati nei bilanci sanitari sui rispettivi anni di competenza, vi era l'aspettativa di ricevere delle somme aggiuntive a titolo di ripiano statale nell'anno di sottoscrizione dei contratti, in relazione agli oneri sia correnti che per arretrati, che determinavano importanti disavanzi di gestione.

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

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

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

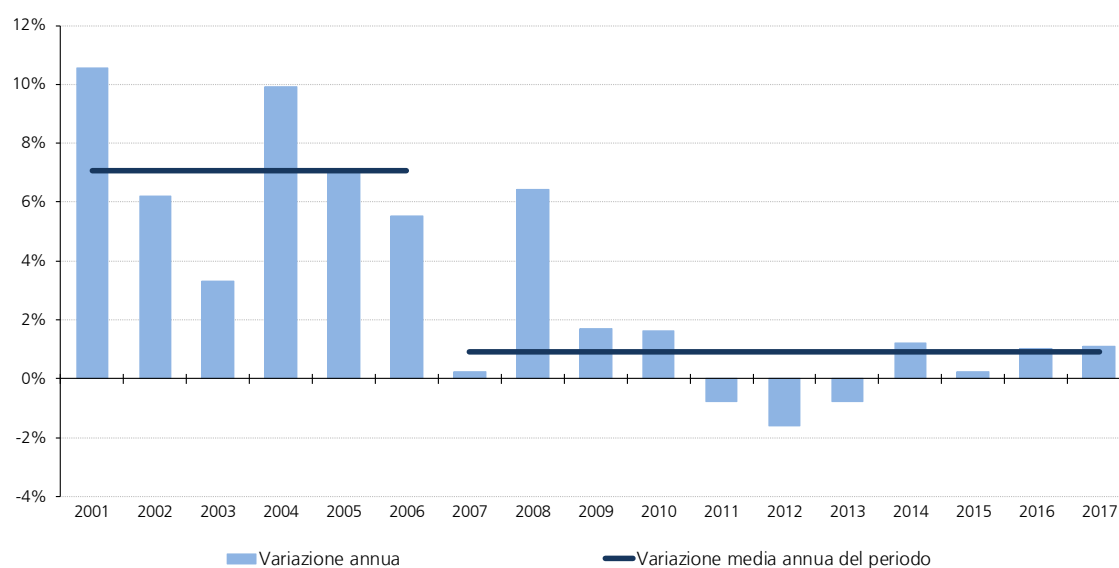
- dal 2005 (DL 203/2005 - art 9, c. 1), l'obbligo, nell'ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire bilanci aziendali

e del SSR interessato, che ricomprendano tutti gli oneri di competenza del singolo anno, ancorché non siano stati perfezionati gli atti per la corresponsione finanziari dei relativi oneri;

- dal 2005, la procedura di verifica annuale prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 recante il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo. Ciò in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale del rispetto degli equilibri di bilancio. Successivamente tale misura è stata ulteriormente potenziata con la sanzione del blocco automatico del turn over del personale del SSR e con il divieto, per il bilancio regionale, di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello di verifica;
- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- l'introduzione di strumenti di controllo delle principali voci di spesa, quali il meccanismo del *pay-back* farmaceutico (Box 1.4), il tetto di spesa sui dispositivi medici, il vincolo di crescita sul personale e il vincolo relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera;
- la definizione di indicatori *standard* di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

La *governance* implementata in materia sanitaria, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha consentito di conseguire negli ultimi anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa (Fig. 1.1). Infatti, a fronte di una variazione media annua della spesa sanitaria pari al 7,1% nel periodo 2001-2006, nel successivo periodo 2007-2017 la variazione media annua è risultata pari allo 0,9%. Si evidenzia che, in ciascuno degli anni 2011-2013, si è registrato un decremento del livello assoluto di spesa rispetto all'anno precedente, mentre negli anni 2014, 2015, 2016 e 2017 si è manifestato un lieve incremento.

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2018. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, la spesa sanitaria corrente è quantificata al netto degli interessi passivi.

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

Sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, il DLgs 118/2011, concernente l'armonizzazione dei bilanci, costituisce dall'anno contabile 2012 un ulteriore progresso per i procedimenti contabili nel settore sanitario con particolare riferimento a quanto disposto dal Titolo II. Con tale decreto legislativo sono state introdotte le disposizioni dirette a garantire un'agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, attraverso la possibilità di istituire da parte delle regioni la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA); la perimetrazione, nell'ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sanità; la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità. Unitamente a ciò, il predetto decreto legislativo ha provveduto a disciplinare ulteriori aspetti, relativi alla definizione di regole contabili specifiche del settore sanitario con riferimento a particolari fattispecie, quali ad esempio il trattamento contabile degli investimenti ivi ricomprendendo quello degli investimenti sostenuti a carico del finanziamento corrente, che rappresentano principi contabili specifici del settore sanitario in deroga al Codice Civile.

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

1.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale

1.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati e sistema di monitoraggio

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

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

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

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

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

Modelli di rilevazione

Conto Economico (CE): rilevazione trimestrale e annuale, di preventivo e consuntivo

Stato Patrimoniale (SP): rilevazione a consuntivo

Costi dei Livelli di assistenza (LA): rilevazione a consuntivo

Costi presidi a gestione diretta (CP): rilevazione a consuntivo

Nota:

Dal 2003, vengono rilevati, attraverso i modelli CE e SP, anche i dati relativi agli IRCCS pubblici nonché, dal 2005, quelli relativi agli ex-policlinici pubblici.

Dal 2004, il modello LA è stato oggetto di revisione.

Dal 2008, i modelli CE e SP sono stati oggetto di revisione; dal 2012, gli stessi modelli sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del DLgs 118/2011. Attualmente i citati modelli di rilevazione sono interessati da un periodico aggiornamento la cui decorrenza dovrebbe iniziare dall'anno 2019.

In via ulteriore l'attività di monitoraggio, soprattutto a partire dall'entrata in vigore del Titolo II del DLgs 118/2011 nel 2012, si è arricchita del monitoraggio dei conti patrimoniali effettuato attraverso la rilevazione dello stato patrimoniale a consuntivo mediante il modello SP inviato da ogni ente del SSR e da ogni regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infraregionali) al NSIS.

Sono altresì previste rilevazioni a consuntivo relative ai costi dei livelli di assistenza mediante l'invio del modello di rilevazione LA. Tale rilevazione si sostanzia nella declinazione dei costi dei livelli di assistenza presenti nel modello CE opportunamente riclassificati per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale dei costi del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 ed utilizzati per i costi *standard* in attuazione del DLgs 68/2011.

Un'ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai costi dei presidi a gestione diretta delle ASL, mediante il modello CP. Tale rilevazione permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli

presidi a gestione diretta delle ASL, i cui costi confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza.

I modelli di rilevazione, introdotti nel 2001, corredati delle relative linee guida alla compilazione, sono stati oggetto di successivi aggiornamenti, con un ampliamento dell'universo di riferimento e del livello di dettaglio delle voci contabili oggetto di rilevazione³, in particolare con riferimento ai modelli CE e SP. Attualmente sono oggetto di una ulteriore revisione che dovrebbe comportare l'adozione di nuovi modelli di rilevazione dall'anno contabile 2019.

Sulla base dei dati di CE conferiti al NSIS viene operato il monitoraggio dei conti sanitari regionali con cadenza trimestrale e a consuntivo, sia per le regioni a statuto ordinario sia per la Sicilia. Tale attività viene svolta dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per le regioni non sottoposte a Piano di rientro mentre, per quelle sottoposte al Piano di rientro, il monitoraggio è svolto congiuntamente dal citato Tavolo in seduta congiunta con il Comitato LEA.

A partire dal 2012 l'attività di monitoraggio è stata integrata con la verifica della corretta applicazione di quanto disposto dal Titolo II del DLgs 118/2011, come modificato dal DL 126/2014, anche con riferimento ai principi specifici del settore sanitario contenuti nell'art. 29 del citato decreto legislativo. Con l'operatività del DLgs 118/2011 sulle autonomie speciali, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha iniziato nel 2016 un lavoro di monitoraggio dei conti e dell'applicazione del DLgs 118/2011 anche per le predette autonomie speciali.

Durante le riunioni di monitoraggio, viene effettuata l'istruttoria di seguito illustrata in relazione ai ricavi e ai costi di competenza desunti dalle contabilizzazioni effettuate sul modello CE "Riepilogativo regionale".

1. Sul versante dei ricavi di competenza:

- le contabilizzazioni relative ai ricavi da finanziamento indistinto e vincolato vengono confrontate con le informazioni derivanti dai provvedimenti nazionali di riparto. In merito, vengono richieste integrazioni, rettifiche o riclassificazioni in caso di dati difforni da quelli discendenti dai provvedimenti di riparto delle risorse per il finanziamento del SSN. In particolare, in occasione dell'esame dei conti relativi al IV trimestre e al consuntivo, viene richiesta alla regione la trasmissione di una tabella di raccordo tra le iscrizioni operate sul modello CE e il riparto nazionale nonché la trasmissione dei provvedimenti relativi alle conseguenti iscrizioni sul bilancio regionale dell'anno di riferimento operate a favore del SSR a valere sulle risorse preordinate in sede di riparto nazionale;
- le contabilizzazioni relative alle eventuali ulteriori risorse conferite dal bilancio regionale dell'anno di riferimento operate a titolo di finanziamento aggiuntivo per l'erogazione dei LEA nonché quelle relative al finanziamento aggiuntivo regionale per l'erogazione di prestazioni extra-LEA. In occasione sia della verifica del IV trimestre che del consuntivo, vengono richieste alle regioni informazioni sulle

³ Nel 2001, gli enti regionali sottoposti a monitoraggio erano le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere a cui si sono aggiunti, a partire dal 2003, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e, a partire dal 2005, i policlinici a gestione diretta di università statali e le Aziende ospedaliere universitarie. Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici (e le AOU), figuravano nei conti di ciascuna regione mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, quindi, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

- contabilizzazioni operate mediante la produzione degli schemi di sintesi della relativa composizione, dei provvedimenti regionali che prevedono il finanziamento aggiuntivo nell'anno di riferimento e l'attestazione della relativa disponibilità sul bilancio regionale mediante la produzione del relativo capitolo di spesa di bilancio per verificare la disponibilità di competenza delle risorse stesse;
- le contabilizzazioni relative alla mobilità sanitaria attiva e passiva extraregionale e internazionale con riferimento a quanto puntualmente prescritto dal DLgs 118/2011 (art. 20 e art. 29, lett. h);
 - in merito alle entrate da *pay-back* farmaceutico viene richiesta la produzione della documentazione attestante la relativa iscrizione in entrata sul bilancio regionale, il relativo impegno e l'eventuale provvedimento di trasferimento delle risorse agli enti del SSR;
 - con riferimento alle contabilizzazioni inerenti la procedura di sterilizzazione degli ammortamenti, viene monitorato il rispetto di quanto disposto dal DLgs 118/2011 ed effettuata la verifica delle iscrizioni contabili relative agli investimenti finanziati da contributi in conto esercizio, sempre nei termini previsti dal DLgs 118/2011;
2. sul versante dei costi di competenza (personale, beni e servizi, farmaceutica, medici convenzionati con il SSN, acquisto di prestazioni da privato accreditato):
- per le regioni non sottoposte a Piano di rientro, viene analizzata la performance del Servizio sanitario regionale attraverso l'esame di una tabella che riporta, per aggregati di costo, i valori desunti dai conti economici riepilogativi regionali e la relativa variazione percentuale rispetto al periodo corrispondente dell'anno precedente. Viene, inoltre, effettuato il confronto tra gli andamenti dei costi di ogni regione e la dinamica riscontrata a livello nazionale;
 - per le regioni sottoposte a Piano di rientro, viene esaminato l'andamento dei conti trimestrali anche a partire dall'analisi prodotta dall'*advisor* contabile⁴ contenente, oltre al raffronto con il corrispondente periodo dell'anno precedente, anche informazioni relative al confronto fra gli importi contabilizzati per le singole voci e il valore programmato nel Piano di rientro. In aggiunta a ciò, l'analisi elaborata dall'*advisor* contabile presenta alcuni approfondimenti sulle principali voci di costo;
 - sugli accantonamenti d'esercizio vengono effettuate le seguenti verifiche:
 - viene valutato, ai fini di quanto disposto dal sistema premiale, l'ammontare degli accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni, che devono essere sempre effettuati (qualora non siano ancora perfezionati i relativi atti) e parametrati ai valori contenuti negli accordi nazionali (Contratti collettivi nazionali di lavoro – CCNL, per il personale dipendente e Accordi collettivi nazionali - ACN per il personale convenzionato) o nei relativi Atti di indirizzo assentiti dal Governo⁵;

⁴ Nelle regioni in piano di rientro è previsto che vi sia un *advisor* contabile a supporto della regione. L'attività dell'*advisor* contabile si sostanzia principalmente in un supporto contabile qualificato nell'attuazione del piano di rientro e nella presenza di un soggetto terzo che riferisce in maniera indipendente durante l'attuazione del piano di rientro in merito all'andamento dei conti.

⁵ Tale verifica, come precedentemente rappresentato, prevista per legge dal 2005 (DL 203/2005, art. 9, c. 1) nell'ambito del sistema premiale, è finalizzata a verificare che i costi di competenza siano comprensivi dei costi per rinnovi contrattuali.

- viene valutato l'ammontare degli accantonamenti per rischi sulla base delle informazioni fornite dalla regione. Per le regioni in Piano di rientro la valutazione è integrata con le informazioni contenute nella relazione sui conti redatta dall'*advisor* contabile. Si ricorda inoltre che il DLgs 118/2011 dall'anno 2012 ha disposto che lo stato dei rischi aziendali sia valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo (art. 29, lett. g);
 - viene valutata altresì la composizione degli altri accantonamenti generici al fine di verificare l'inclusione di accantonamenti per partite di finanziamento vincolato che in diverse realtà vengono declinate in attività operative, in molti casi, con molto ritardo rispetto alla programmazione annuale. L'esatta contabilizzazione di tali accantonamenti permette di ricostruire un costo di competenza correlato al livello di finanziamento di competenza stabilito a livello nazionale ed in coerenza con quanto disposto in merito dall'anno 2012 dal DLgs 118/2011 (art. 29, lett. e);
3. sui ricavi e costi straordinari vengono richieste alle regioni specifiche relazioni in occasione della verifica del IV trimestre e del consuntivo in modo da avere elementi di dettaglio sulla relativa composizione, a partire dai dati contabilizzati dagli enti del SSR, e sulle iscrizioni contabilizzate nelle poste straordinarie etichettate con la dizione "altro". Tale analisi è volta anche a valutare, in termini di *trend*, la dimensione del fenomeno relativo alle suddette contabilizzazioni, nel presupposto che le poste straordinarie debbano essere, in una corretta gestione contabile, importi di entità ridotta o eventi eccezionali. Per le sole regioni in Piano di rientro, la relazione prodotta dall'*advisor* contabile contiene ulteriori elementi di analisi su tali poste nonché approfondimenti circa la loro iscrivibilità.

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

1.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004)

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

Storicamente, fino all'anno 2004, la mancata inclusione nei bilanci sanitari dei costi dei rinnovi contrattuali ha rappresentato una grave criticità con la conseguente necessità di iscrizione di ingenti sopravvenienze passive relative al personale e alle convenzioni al momento del perfezionamento dei relativi contratti e convenzioni con la conseguente emersione di ingiustificati disavanzi, legati alla mancata completa rilevazione dei costi di competenza economica nel relativo anno di riferimento, finanziati a valere sulle risorse preordinate per l'anno stesso.

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

La procedura prevede annualmente che il risultato di gestione sia oggetto di esame a partire dalle informazioni contabili relative al modello di CE riepilogativo regionale al IV trimestre. Sono le medesime informazioni contabili che sono utilizzate per la costruzione del Conto consolidato della sanità italiana che fa parte del più complesso Conto consolidato delle Amministrazioni Pubbliche redatto secondo i criteri europei SEC2010 per valutare l’indebitamento annuale del nostro Paese ai fini del monitoraggio dei parametri di Maastricht. Tale esame avviene nei mesi di febbraio-marzo dell’anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili, in concomitanza con la notifica da parte dell’ISTAT ad EUROSTAT ai fini del rispetto dei parametri di Maastricht.

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

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

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

In caso di sussistenza di disavanzo la legge prevede che la regione sia diffidata dal Presidente del Consiglio dei Ministri ad adottare entro il 30 aprile⁶ dell’anno successivo a quello di riferimento, la relativa copertura nei termini e nella dimensione valutata necessaria a garantire l’equilibrio.

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

La legge prevede, in ogni caso, che qualora anche il commissario *ad acta* non adempia ovvero le misure da lui adottate non siano sufficienti a garantire l’equilibrio di bilancio, nel territorio della regione le aliquote fiscali di IRAP e Addizionale regionale all’IRPEF siano innalzate sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente con riferimento all’anno d’imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevede anche, a partire dalla verifica per l’anno 2010, che nel territorio della regione entri in vigore il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e che entri in vigore il divieto di

⁶ Per l’anno 2018 il termine del 30 aprile è stato differito al 15 giugno ed il termine del 31 maggio è stato differito al 15 luglio, ai sensi dell’art. 1, c. 407 della L. 205/2017.

effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso. A partire dal 2015, la L 190/2014 ha limitato la durata della sanzione alla fine dell'anno successivo a quello della verifica.

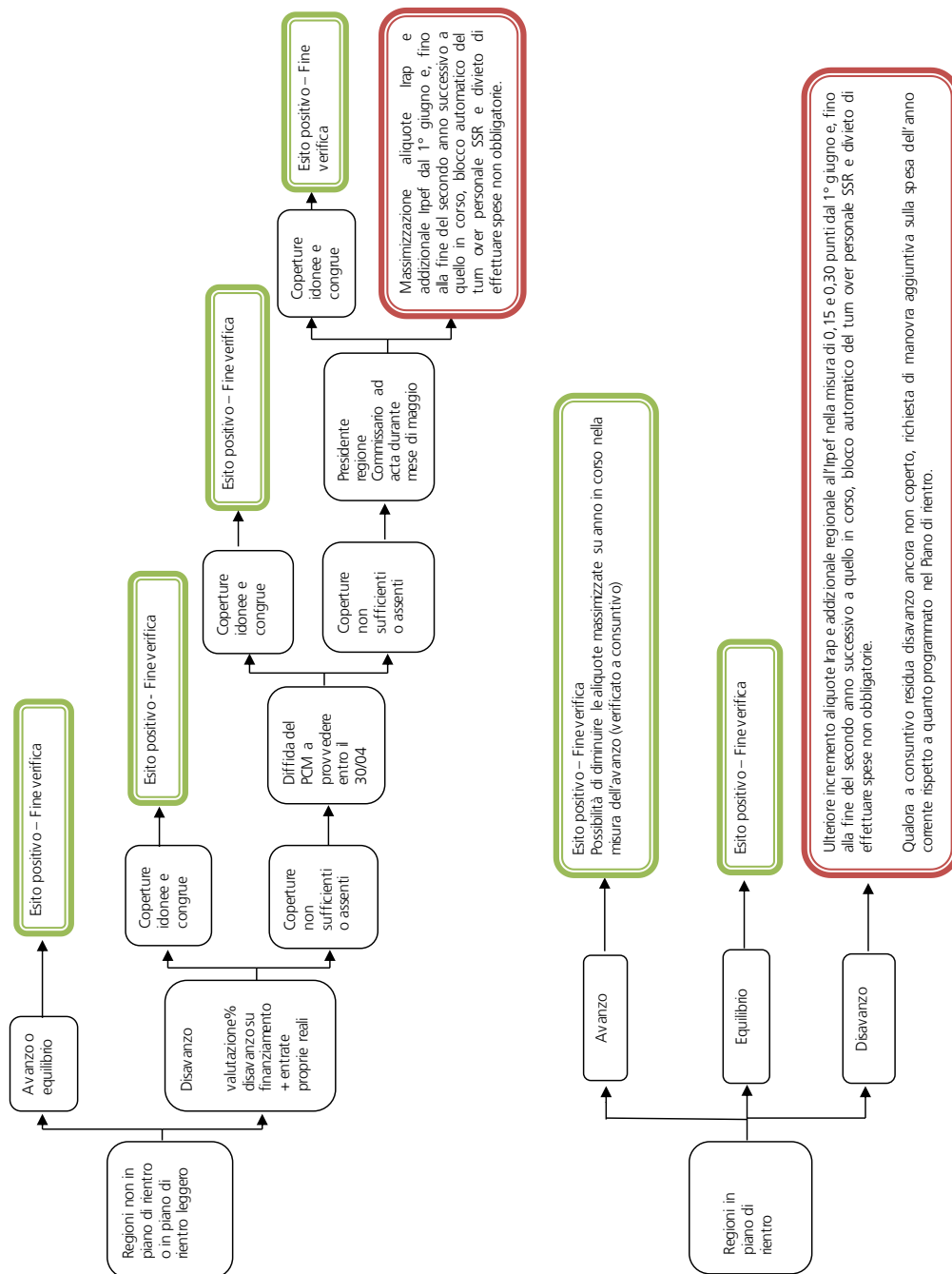
La procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi dell'art. 1, c. 174 della L 311/2004, è riassunta nello schema riportato nella figura 1.2.

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

Il livello di sanzioni in presenza di disavanzi viene via via crescendo, fino a limitare la sovranità regionale in merito alla scelta della copertura del disavanzo sanitario con la nomina di un commissario governativo.

In caso di inerzia anche da parte del commissario, la sanzione ultima si riflette sui cittadini e sul sistema delle imprese operanti nella regione con il pagamento di maggiori imposte a loro carico. Nel caso di attivazione della sanzione ultima, opera anche il blocco automatico del turn over del personale del SSR e, per il bilancio regionale, il divieto di effettuare spese non obbligatorie, fino alla fine dell'anno successivo a quello della verifica.

Fig. 1.2: attuazione procedura del comma 174 della L. 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre



1.4 - Sistema Tessera Sanitaria

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

Il Dipartimento della RGS è titolare del Sistema, realizzato per il tramite dell'Agenzia delle entrate e SOGEI⁷, sulla base di specifica Convenzione. Le fasi progettuali attuative sono convenute con il Ministero della salute, l'AIFA e le regioni nonché, per gli aspetti di competenza, con il Dipartimento dell'Innovazione e tecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'Agenzia per l'Italia digitale, il Garante per la protezione dei dati personali, e le associazioni di categoria interessate (medici, farmacisti).

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

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

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

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

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

Le successive evoluzioni del Sistema TS hanno consentito il potenziamento degli strumenti di controllo, mediante la verifica puntuale delle esenzioni per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, la realizzazione della ricetta elettronica con il

⁷ Società Generale d'Informatica SPA – Società del Ministero dell'economia e delle finanze.

collegamento telematico dei medici prescrittori, nonché i progressi compiuti verso la dematerializzazione delle ricette mediche.

Più recentemente, il legislatore ha previsto l'utilizzo dell'infrastruttura TS per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. In particolare, l'art. 3 del DLgs 175/2014 ha disposto, a decorrere dall'anno 2015, la trasmissione delle spese per prestazioni sanitarie (*ticket* e spesa privata) erogate dalle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie, e dai medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Successivamente, la legge di stabilità per l'anno 2016 ha previsto l'ampliamento della platea dei soggetti obbligati alla trasmissione, includendo pure le strutture sanitarie autorizzate dal SSN. Nel corso del 2016, l'obbligo di trasmissione tramite il Sistema TS è stato esteso anche alle parafarmacie, agli ottici e ad alcune categorie di professionisti quali: i veterinari, i tecnici sanitari di radiologia, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche/ci. Tale ampliamento è stato previsto tramite l'emanando decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, attuativo dell'art. 3, c. 4 del DLgs 175/2014.

Con il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018 sono state previste le ulteriori funzionalità del Sistema TS volte alla consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie, come previsto dall'art. 3, comma 3-bis del DLgs 175/2014 (introdotto dalla Legge di stabilità per l'anno 2016), affinché tutti gli assistiti (anche coloro che non sono interessati alla dichiarazione dei redditi precompilata) possano consultare *on-line* le proprie spese sanitarie.

Il medesimo decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018, inoltre, disciplina le nuove funzionalità del Sistema TS di interoperabilità con l'Agenzia delle entrate, per consentire al contribuente, accedendo al sito dell'Agenzia delle entrate, la c.d. "compilazione agevolata" delle spese sanitarie e veterinarie della dichiarazione dei redditi precompilata.

La legge di bilancio 2017 (L 232/2016) ha previsto un ulteriore ampliamento del ruolo del Sistema TS ai fini della realizzazione del sistema di interoperabilità e di sussidiarietà del Fascicolo Sanitario Elettronico. Tale progetto costituisce un'importante innovazione nell'ambito della sanità elettronica finalizzato al potenziamento della disponibilità di informazioni ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (ad esempio, pronto soccorso: disponibilità dell'intera storia clinica del paziente nonché delle relative informazioni anagrafiche), con conseguente efficientamento dell'impiego delle risorse e miglioramento dell'appropriatezza delle cure. Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4 agosto 2017, è stata definita la nuova architettura dell'infrastruttura del FSE, definita congiuntamente con AgID e le regioni, sulla base delle indicazioni del Garante della protezione dei dati personali per gli aspetti inerenti la tutela della riservatezza dei dati personali.

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

Il Sistema TS rappresenta la realizzazione di un progetto innovativo che colloca il nostro Paese all'avanguardia nel confronto con altri *partners* europei. Tale risultato è stato

possibile grazie ad una chiara definizione degli obiettivi e all'adozione di interventi e correttivi funzionali alla loro realizzazione. Il dettaglio relativo alla descrizione del Sistema TS e della sua evoluzione è riportato nel Capitolo 5. Nello stesso capitolo si fornisce anche una descrizione dei profili per età e sesso del consumo pro capite relativo alla spesa farmaceutica e per visite specialistiche, a livello nazionale e per aree geografiche.

1.5 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi

L'assetto normativo in materia di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento ai beni e servizi e, in particolare, le disposizioni riguardanti la pubblicazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario ha subito, rispetto alle iniziali previsioni contenute nell'art. 17, co. 1, lett. a), del DL 98/2011, considerevoli mutamenti nel corso di poco più di un anno.

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

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

L'individuazione del prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, a seguito di n'analisi accurata dei prezzi rilevati nell'anno 2012, è stato fissato al livello del quinto, decimo, ventesimo o venticinquesimo percentile, in relazione alla numerosità dei prezzi rilevati per ogni bene o servizio.

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

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

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

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

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

Il DL 90/2014 ha soppresso l'Autorità Nazionale sui Contratti Pubblici (AVCP) e ha trasferito le competenze in materia di vigilanza dei contratti pubblici all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Sulla base dell'esperienza maturata con l'indagine campionaria dell'anno 2012, l'ANAC, al fine di garantire il più ampio contraddittorio con tutte le parti interessate ha ritenuto utile condividere, preventivamente, con i soggetti operanti nel settore della sanità alcune scelte riguardanti una seconda rilevazione per l'aggiornamento dei prezzi di riferimento.

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

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

Sulla base dei predetti contributi, sono state effettuate talune modifiche ritenute utili ai modelli di indagine utilizzati per la rilevazione.

In fase di prima applicazione, i prezzi di riferimento sono stati determinati sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che avevano effettuato i maggiori volumi di acquisto in base a quanto risultava nella Banca dati nazionale dei contratti pubblici. Coerentemente al dettato normativo, nell'istruttoria della rilevazione dell'anno 2012, l'Osservatorio ha selezionato dalla BDNCP un campione di 66 stazioni appaltanti alle quali sottoporre i questionari per la rilevazione dei dati.

Per la seconda rilevazione, partita nell'anno 2014, l'Osservatorio ha individuato i dati per la determinazione dei prezzi di riferimento su una base più ampia, considerando tutti i

soggetti operanti in ambito sanitario risultanti dalla BDNCP, ovvero tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza regionali.

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

Le risultanze delle rilevazioni dell'anno 2014 sono state pubblicate sul sito dell'ANAC nel corso degli anni 2015, 2016 e 2017.

In data 22 marzo 2016 è stato firmato un protocollo d'intesa tra ANAC e ISTAT che prevede, tra l'altro, la collaborazione in tema di costi standard e prezzi di riferimento. In esito a tale collaborazione, sono stati condivisi e pubblicati i documenti tecnici nei quali viene definita in maniera dettagliata la metodologia adottata per la determinazione dei prezzi di riferimento per le singole categorie merceologiche in ambito sanitario.

Il DL 95/2012, all'articolo 15, comma 13, lettera d), per gli Enti del SSN ha anche introdotto, per l'acquisto di beni e servizi di importo pari o superiore a 1.000 euro relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma Consip, l'obbligo dell'utilizzo degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento. Il rispetto di quanto disposto dalla legge costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo al SSN alla cui verifica provvede il Tavolo per la verifica degli adempimenti.

Un altro adempimento in materia di beni e servizi è definito, sempre nel DL 95/2012, all'articolo 15, comma 13, lettera e) e riguarda la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di *global service* e *facility management* in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto.

Al fine di favorire il processo di centralizzazione degli acquisti, è intervenuto successivamente l'art. 9 del DL 66/2014, che ha istituito, nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti operante presso l'ANAC, l'elenco dei Soggetti aggregatori, di cui fanno parte Consip ed una centrale di committenza per ogni regione. Tale articolo prevede, inoltre, che con DPCM siano individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e che, sempre con DPCM, sia istituito il Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori, coordinato dal Ministero dell'economia e delle finanze. In attuazione della predetta disposizione sono stati emanati:

- il DPCM del 14 novembre 2014 di istituzione del Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori;
- il DPCM del 24 dicembre 2015 che ha individuato le categorie di beni e servizi e le soglie di spesa al di sopra delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e per le quali l'ANAC, salvo i casi di motivata urgenza, non rilascia il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che non ricorrano a Consip o ad altro Soggetto aggregatore.

Sebbene tale normativa non sia esclusivamente rivolta al settore sanitario, si rileva in concreto che la maggior parte delle categorie individuate dal citato DPCM sono relative a beni e servizi acquistati dagli enti del SSN, quali: farmaci, vaccini, stent, ausili per

incontinenza, protesi d'anca, medicazioni, defibrillatori, pace-maker, aghi e siringhe, servizi di smaltimento di rifiuti sanitari, ecc.

L'ANAC ha individuato l'elenco dei Soggetti aggregatori con delibera n. 58 del 22 luglio 2015, aggiornato prima con delibera n. 125 del 10 febbraio 2016 e, successivamente, con delibera n. 3 del 17 gennaio 2018.

1.6 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico

Le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni⁸ determineranno un'espansione della domanda di prodotti e servizi sanitari, in quanto aumenterà il peso della popolazione nelle fasce di età più elevate, in cui i bisogni sanitari sono maggiori. L'aumento della quota di popolazione anziana dipende sia dal costante incremento della speranza di vita, in linea con le tendenze dei decenni passati, sia dalla transizione demografica, cioè il processo di invecchiamento delle generazioni del *baby boom* che progressivamente raggiungeranno le età più anziane. L'elevato livello della speranza di vita e la significativa dinamica attesa per i prossimi decenni, se da un lato confermano la buona *performance* del nostro sistema sanitario, dall'altra potrebbero generare, in futuro, situazioni di frizione rispetto al vincolo delle risorse disponibili.

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

In primo luogo, si è dimostrato che una percentuale molto elevata del totale dei consumi sanitari nell'arco della vita di un soggetto si concentra nell'anno antecedente la sua morte. Ciò significa che la componente di spesa sanitaria relativa ai costi sostenuti nella fase terminale della vita (c.d. *death-related costs*) non risulterà significativamente condizionata dall'aumento degli anni di vita guadagnati⁹.

In secondo luogo, come è avvenuto costantemente in passato, l'aumento della speranza di vita sarà verosimilmente accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute ed una riduzione dell'incidenza della disabilità a parità di età. Se gli aumenti della speranza di vita si tradurranno in tutto o in parte in anni guadagnati in buona salute (c.d. *dynamic equilibrium*)¹⁰ una parte importante dell'incremento dei costi, calcolato nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso dei bisogni sanitari, non si realizzerebbe.

È evidente che per fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche, senza compromettere il livello di benessere sanitario raggiunto, sarà necessario recuperare maggiori livelli di efficienza ed efficacia nell'azione di *governance* del sistema sanitario. Ciò potrebbe apparire una prospettiva ambiziosa per un settore in cui la produzione e l'erogazione delle prestazioni incide direttamente sulla salute dei cittadini. Tuttavia, l'esperienza maturata nell'ambito dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria che include, fra l'altro, i criteri di riparto

⁸ Istat (2017).

⁹ Aprile R., Palombi M. (2006).

¹⁰ Economic Policy Committee - European Commission (2014).

del finanziamento, il controllo dei programmi di spesa regionali, la verifica delle *performance* in termini di produzione ed erogazione di servizi nonché la correzione degli andamenti rispetto a valori di *benchmark*, ha mostrato che esistono margini di razionalizzazione, senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi.

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

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

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

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

Personale

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

Beni e servizi

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

Prestazioni da privato

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

Farmaceutica convenzionata

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

Investimenti

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

Livelli di assistenza

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

Box 1.2 – Manovre nel settore sanitario e concorso finanziario delle Autonomie speciali

Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, di norma definito con un'intesa tra Stato e Regioni e successivamente recepito in legge, rappresenta la quota di risorse ritenute congrue dallo Stato per consentire alle Regioni di erogare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizione di efficienza ed appropriatezza.

A partire dal livello del finanziamento (anche detto "fabbisogno sanitario complessivo"), annualmente il Ministero della salute elabora la proposta di riparto delle risorse tra le Regioni (c.d. "fabbisogni regionali"), anch'essa oggetto di intesa in Conferenza Stato-Regioni. Il riparto tra le Regioni è effettuato sulla base della popolazione regionale, parzialmente corretta in ragione della struttura per età, al fine di tenere conto dei bisogni sanitari effettivi.

Con riferimento ai criteri di finanziamento dei fabbisogni sanitari regionali, per effetto delle norme che sono intervenute nel tempo, la situazione risulta essere la seguente:

- *il fabbisogno sanitario delle Regioni a statuto ordinario (RSO) è integralmente finanziato a carico del bilancio dello Stato;*
- *le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano (c.d. Autonomie speciali) provvedono al finanziamento dei propri servizi sanitari senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato¹¹;*
- *il fabbisogno sanitario delle Regione Siciliana è a carico della stessa Regione per una quota pari al 49,11%, la restante quota è a carico del bilancio dello Stato¹².*

Per effetto del suddetto sistema di finanziamento, una manovra in ambito sanitario, che si sostanzia nel "taglio" del fabbisogno sanitario complessivo, incide "automaticamente" sulle RSO e parzialmente sulla Regione Siciliana (per una quota pari al 50,89% del proprio fabbisogno), le quali vedono corrispondentemente ridotto il livello di risorse assicurato dallo Stato. Tuttavia, tale manovra non ha, in concreto, effetto sulle Autonomie speciali, e parzialmente sulla Regione Siciliana.

Pertanto, nell'ambito delle manovre a carico del settore sanitario, si è reso necessario individuare meccanismi diretti a disciplinare anche il concorso delle Autonomie speciali. In particolare, analizzando gli interventi adottati a partire dall'anno 2012, possono individuarsi diverse modalità per l'applicazione della manovra a carico delle Autonomie speciali, in relazione al

¹¹ La Regione Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 34, co. 3, della L 724/1994, la Regione Friuli Venezia Giulia ai sensi dell'art. 1, co. 144, della L 662/1996 e la Regione Sardegna ai sensi dell'art. 1, co. 836, della L 296/2006.

¹² La Regione Siciliana partecipa *pro-quota* alla spesa sanitaria ai sensi dell'art. 1, co. 830, della L 296/2006.

periodo antecedente e successivo alla sentenza della Corte costituzionale n. 125/2015.

Nel periodo 2012-2014, sono state adottate, nel settore sanitario, tre manovre di finanza pubblica previste dal DL 95/2012, dalla L 228/2012 e dalla L 147/2013. Nella seguente tabella, sono riportati i relativi effetti sul saldo netto da finanziare e sull'indebitamento netto, per il complesso delle Regioni.

Tab. A: interventi normativi nel settore sanitario prima della sentenza della Corte Costituzionale n. 125/2015 (milioni di euro)

Interventi normativi	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
DL 75/2012 (art. 15, co.22)	900	1.800	2.000	2.100	2.100	2.100	2.100	2.100
L 228/2012 (art. art., co. 132)		600	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
L 147/2013 (art. 1, co. 481)				540	610	610	610	610

Con riferimento ai suddetti interventi, si è previsto che il riparto fra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano avvenisse secondo i criteri e le modalità proposti in sede di auto-coordinamento regionale, da recepire, con una specifica Intesa Stato-Regioni relativa alla ripartizione del fabbisogno sanitario e delle disponibilità finanziarie annue per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In caso di mancata proposta, si sarebbe dovuto provvedere secondo i criteri previsti dalla normativa vigente. In particolare, le Regioni a statuto speciale, ad esclusione della Regione Siciliana, e le Province autonome di Trento e Bolzano dovevano assicurare il concorso alla finanza pubblica mediante le procedure previste dall'art. 27 della L 42/2009. Fino all'emanazione delle norme di attuazione del predetto articolo 27, l'importo del concorso alla manovra doveva essere annualmente accantonato, a valere sulle quote di compartecipazione ai tributi erariali.

A fronte del ricorso promosso dalla Regione Valle d'Aosta, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 125/2015, ha sancito l'illegittimità dei meccanismi previsti dall'art. 15, co. 22, del DL 95/2012. La Corte, infatti, ha dichiarato che la disciplina dell'ordinamento finanziario della Regione Valle d'Aosta potesse essere modificata solo con l'accordo della medesima, in virtù degli articoli 48-bis e 50, co. 5 dello Statuto di autonomia. Il predetto art. 15, co. 22, invece, incideva, in modo unilaterale, violando il principio di leale collaborazione, sull'autonomia finanziaria della Regione. In tale fattispecie, non rileva la potestà legislativa statale in materia di coordinamento della finanza pubblica di cui all'art. 117, co. 3, della Costituzione. Infatti, per il finanziamento della spesa sanitaria nell'ambito del proprio territorio, la Regione Valle d'Aosta non grava sul bilancio dello Stato e, quindi, quest'ultimo non è legittimato ad imporre il previsto concorso.

Infine, la Corte sottolinea che nel caso in esame non rileva l'esigenza di riparto degli obiettivi del patto di stabilità o di ottemperanza a precisi vincoli assunti dallo Stato in sede europea, ipotesi per le quali è consentita la determinazione unilaterale del concorso da parte dello Stato in attesa del perfezionamento delle procedure pattizie previste per le Autonomie speciali (sentenza n. 19 del 2015). Infatti, il meccanismo previsto dalla norma dichiarata illegittima costituisce una mera riallocazione di risorse all'interno del bilancio consolidato delle pubbliche amministrazioni: alla riduzione

complessiva del fabbisogno del SSN le Autonomie speciali partecipano attraverso un conferimento di risorse, mentre le RSO e la Regione Siciliana subiscono, per effetto della stessa norma, la riduzione del finanziamento dal bilancio dello Stato a valere sul previsto trasferimento di fondi. Ne consegue che il bilancio dello Stato beneficerebbe direttamente della riduzione dei trasferimenti alle RSO e dell'acquisizione di risorse dalle Autonomie speciali, attraverso una diversa riallocazione di tali risorse.

In conseguenza di tale sentenza, lo Stato, con l'art. 1, co. 517, della L 232/2016, ha provveduto a restituire alla Regione Valle d'Aosta gli accantonamenti effettuati dal 2012 al 2015, ai sensi dell'art. 15, co. 22, del DL 95/2012 e dell'art. 1, co. 132, della L 228/2012, prevedendo la non applicazione nei confronti della stessa Regione degli accantonamenti medesimi a decorrere dall'anno 2017.

Successivamente alla sentenza della Corte Costituzionale n. 125/2015, gli interventi previsti dall'art. 9-septies del DL 78/2015 e dall'art. 1, co. 568, della L 208/2015 dispongono, rispettivamente, una riduzione del livello del finanziamento di 2.352 milioni di euro annui a decorrere dal 2015 e un'ulteriore riduzione del livello del finanziamento di 2.097 milioni di euro per il 2016. Nel primo caso, al fine di assicurare il contributo delle Autonomie speciali, si è provveduto alla rideterminazione del contributo a loro carico già previsto dalla L 190/2014; nel secondo caso, si è provveduto a sterilizzare gli effetti sugli obiettivi di finanza pubblica della quota di manovra, espressa in termini di livello del finanziamento, afferente alle Autonomie speciali¹³.

Per le manovre successive, previste rispettivamente dall'art. 1, co. 680, della L 208/2015 e dall'art. 1, co. 394, della L 232/2016, le disposizioni hanno stabilito che il contributo a carico delle Autonomie speciali dovesse essere oggetto di condivisione tra Governo e ciascuna Autonomia speciale, mediante la sottoscrizione di specifico accordo.

In particolare, il suddetto art. 1, co. 680, nel prevedere una manovra a carico delle Regioni di importo pari a 3.980 milioni di euro per il 2017 e 5.480 milioni di euro per gli anni 2018 e 2019, ha stabilito che gli ambiti di spesa sui quali intervenire fossero proposti dalle Regioni medesime e recepiti con specifica intesa Stato-Regioni.

L'11 febbraio 2016 è stata sottoscritta la predetta Intesa, nella quale è stato stabilito il contributo del settore sanitario alla complessiva manovra regionale, pari rispettivamente a 3.500 e 5.000 milioni di euro. È stata, quindi, prevista la riduzione di pari importo del livello del fabbisogno del SSN e, quindi, del livello del finanziamento.

Inoltre con la stessa Intesa, al fine del conseguimento del pieno effetto della manovra, è stato condiviso:

- a) che Governo e Autonomie speciali pervenissero, entro il 15 marzo 2016, a singoli accordi diretti ad assicurare la quota di manovra a carico delle stesse Autonomie speciali;*

¹³ A fronte di una riduzione del livello del finanziamento di 2.097 milioni di euro, l'impatto sui saldi di finanza pubblica risulta rideterminato in 1.783 milioni di euro.

b) *un meccanismo di salvaguardia degli effetti finanziari diretto a prevedere che decorso il termine del 15 marzo 2016, in relazione alle intese sottoscritte, il livello del fabbisogno del settore sanitario fosse ulteriormente ridotto, ove necessario, al fine di assicurare, in ogni caso, i richiamati effetti per la finanza pubblica pari a 3.500 milioni di euro per il 2017 e 5.000 milioni di euro a decorrere dal 2018.*

Le intese di cui alla lettera a) non sono state raggiunte. Tuttavia, è intervenuto l'art. 1, co. 394, della L 232/2016, che ha riaperto il termine per la sottoscrizione di dette intese, spostandolo al 31 gennaio 2017. La medesima disposizione ha, quindi, previsto che decorso inutilmente anche il 31 gennaio 2017, il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, entro i successivi trenta giorni, con proprio decreto, disponesse la necessaria riduzione del finanziamento del SSN al fine di assicurare gli effetti della manovra di cui alla succitata lettera b).

In proposito si fa presente che il Ministro degli affari regionali ha inviato a ciascuna Autonomia speciale una proposta di accordo, ma tutte le Regioni e Province Autonome interessate hanno manifestato l'indisponibilità a raggiungere un'intesa.

Pertanto, in attuazione di quanto previsto dal meccanismo di salvaguardia sopra citato, si è reso necessario ridurre il fabbisogno sanitario per un importo pari a 423 milioni di euro per il 2017 e 604 milioni di euro a decorrere dal 2018 con decreto MEF-Salute del 5 giugno 2017.

Il co. 392 della L 232/2016, ha introdotto una nuova manovra a carico del settore sanitario per gli anni 2017, 2018 e 2019. Anche in questo caso, l'applicazione alle RSO è garantita dalla riduzione del livello del fabbisogno sanitario, mentre per le Autonomie speciali si è fatto rinvio a singoli accordi con il Governo, da raggiungersi entro la data del 31 gennaio 2017.

Similmente a quanto avvenuto per la precedente manovra, le Autonomie speciali hanno manifestato l'indisponibilità a raggiungere un'intesa con il Governo in merito. In assenza di clausola di salvaguardia, ciò ha determinato minori entrate per il bilancio dello Stato, con pari effetto sui saldi di finanza pubblica, per circa 7 milioni di euro nel 2017, 107 milioni di euro nel 2018 e 322 milioni di euro a decorrere dal 2019.

In proposito, è opportuno evidenziare che le Autonomie speciali hanno anche impugnato le disposizioni sopra richiamate (sia l'art. 1, co. 680 della L 208/2015, sia l'art. 1, co. 392 e 394 della L 232/2016) ritenendole lesive del principio costituzionale di leale collaborazione. Con le Sentenze n. 154/2017 e 103/2018 la Corte Costituzionale ha ritenuto non fondate le predette censure per le motivazioni che di seguito si sintetizzano.

Secondo la Corte, per costante giurisprudenza costituzionale, i principi fondamentali fissati dalla legislazione dello Stato nell'esercizio della competenza di coordinamento della finanza pubblica si applicano anche alle autonomie speciali, in quanto essi sono funzionali a prevenire disavanzi di bilancio, a preservare l'equilibrio economico-finanziario del complesso delle amministrazioni pubbliche e anche a garantire l'unità economica della Repubblica, come richiesto dai principi costituzionali e dai vincoli derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea.

La Corte ha, altresì, ribadito che i rapporti finanziari tra lo Stato e le autonomie speciali sono regolati dal principio dell'accordo, inteso, tuttavia, come vincolo di metodo (e non già di risultato) e declinato nella forma della leale collaborazione. Lo Stato, dunque, può imporre contributi al risanamento della finanza pubblica a carico delle Autonomie speciali, quantificando l'importo complessivo del concorso, e rimettendolo alla stipula di accordi bilaterali con ciascuna autonomia. Pertanto, "autonomia speciale" non significa «potestà di deviare rispetto al comune percorso definito dalla Costituzione, sulla base della condivisione di valori e principi insensibili alla dimensione territoriale, tra i quali spicca l'adempimento da parte di tutti dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale, dei quali doveri il coordinamento rappresenta la traduzione sul piano dei rapporti finanziari, anche in ragione della responsabilità che incombe su tutti i cittadini. In sintesi, secondo la Corte, il principio di leale collaborazione richiede un confronto autentico, orientato al superiore interesse pubblico di conciliare l'autonomia finanziaria delle Regioni con l'indefettibile vincolo di concorso di ciascun soggetto ad autonomia speciale alla manovra di stabilità, sicché su ciascuna delle parti coinvolte ricade un preciso dovere di collaborazione e di discussione, articolato nelle necessarie fasi di dialogo.

Nel caso concreto riferito alle norme in argomento, la Corte osserva che l'assenza di disponibilità alle intese bilaterali con lo Stato, costituisce comportamento non ispirato al ricordato dovere di collaborazione e discussione. Infatti, il principio dell'accordo impone un dovere di discussione ricadente su entrambe le parti affinché si realizzi, in tempi ragionevolmente brevi, un serio tentativo di superare le divergenze attraverso le necessarie fasi dialogiche, quanto meno articolate nello schema proposta-risposta, replica-controreplica. Ciò, da entrambe le parti, senza dar luogo ad atteggiamenti dilatori, pretestuosi, ambigui, incongrui o insufficientemente motivati, di modo che il confronto possa avvenire su basi di correttezza e di apertura all'altrui posizione.

Inoltre, la Corte evidenzia che, ove non si addivenga ad un accordo, una determinazione normativa unilaterale provvisoria dello Stato risulta adempimento indefettibile per assicurare alla manovra di stabilità la sua naturale scadenza. Il principio va confermato, a maggior ragione in una situazione in cui la renitenza alla stipula degli accordi da parte delle Autonomie speciali ha determinato, come in precedenza illustrato, un maggior aggravio a carico delle Regioni ordinarie.

È evidente che la garanzia del metodo dell'accordo, non può creare il paradosso di esonerare sostanzialmente le Autonomie speciali dall'obbligo, che pure grava su di esse, di contribuire al processo di necessario risanamento dei conti pubblici (art. 97, primo comma, ultimo inciso, Cost.), con l'ingiusto risultato di accollare agli altri enti del livello regionale, che non godono di pari guarentigie di ordine statutario, l'onere di assicurare l'effetto finanziario complessivo perseguito dal legislatore statale. Una simile conseguenza potrebbe dunque essere scongiurata in futuro, se lo Stato, per il solo caso di stallo nelle trattative, determinasse in modo unilaterale, sia pur con il carattere della provvisorietà, il riparto pro quota tra le Autonomie speciali del contributo loro imposto. Del resto, la Corte ha chiarito che lo strumento dell'accordo serve a determinare nel loro complesso punti controversi o indefiniti delle

relazioni finanziarie tra Stato e Regioni, sia ai fini del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica nel rispetto dei vincoli europei, sia al fine di evitare che il necessario concorso delle Regioni comprima oltre i limiti consentiti l'autonomia finanziaria ad esse spettante.

Di seguito, si riporta una tabella che riepiloga gli interventi di manovra nel settore sanitario adottati dal 2015 e la conseguente rideterminazione del livello del finanziamento.

Tab. B: rideterminazione del livello del finanziamento del SSN a seguito degli interventi normativi nel settore sanitario successivi alla sentenza della Corte Costituzionale n. 125/2015 (milioni di euro)

Livello del finanziamento e interventi normativi	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Livello finanziamento Patto per la salute 2014-2016 e L 190/2014 ⁽¹⁾	109.928	112.067	115.449	118.915	122.350	125.340
Manovra DL 78/2015 (art. 9-septies)		-2.352	-2.352	-2.352	-2.352	-2.352
Livello finanziamento dopo DL 78/2015	109.928	109.715	113.097	116.563	119.998	122.988
Manovra L 208/2015 (art. 1, commi 567 e 568) ⁽²⁾			-2.095	-3.500	-5.000	-5.000
Livello finanziamento dopo della L 208/2015	109.928	109.715	111.002	113.063	114.998	117.988
Manovra L 232/2016 (art. 1, co. 392)				-63	-998	-2.988
Livello finanziamento dopo L 232/2016	109.928	109.715	111.002	113.000	114.000	115.000
Clausula salvaguardia mancata Intesa RSS (art. 1, co. 394, L232/2016) ⁽³⁾				-423	-604	-604
Livello finanziamento dopo il decreto di cui all'art. 1, co. 394, L232/2016 ⁽³⁾	109.928	109.715	111.002	112.577	113.396	114.396

⁽¹⁾ Il Patto per la Salute 2014-2016 ha fissato il livello del finanziamento per il triennio 2014-2016. Il livello del finanziamento del 2015 e del 2016 è stato poi incrementato di 5 milioni dalla L 190/2014 (art. 1, co. 167). Il valore degli anni successivi è ricostruito sulla base del livello del finanziamento a normativa vigente reintegrato degli effetti finanziari delle manovre adottate successivamente all'adozione del Patto per la Salute.

⁽²⁾ Per il 2016, l'importo della manovra pari a 2.097 milioni (art. 1, co. 568) è ridotto di 2 milioni destinati al finanziamento delle cure termali di cui all'art. 1, co. 567.

⁽³⁾ Decreto interministeriale (MEF SALUTE) del 5 giugno 2017

Box 1.3 - DPCM del 12 gennaio 2017 – I nuovi livelli essenziali di assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono costituiti dalle attività, servizi e prestazioni che il SSN garantisce a tutti i cittadini in condizioni di uniformità, nel rispetto del complessivo quadro finanziario stabilito per il SSN.

Trattasi di prestazioni sanitarie e servizi che devono presentare evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, in relazione alle risorse impiegate. Tali prestazioni sono garantite dal SSN a titolo gratuito ovvero con compartecipazione alla spesa.

In base a quanto stabilito dal DLgs 502/1992, i LEA devono rispettare i seguenti principi:

- *dignità della persona;*
- *bisogno di salute;*
- *equità nell'accesso alle prestazioni;*
- *qualità e appropriatezza delle cure;*
- *economicità nell'impiego delle risorse.*

La L 208/2015 ha previsto l'aggiornamento con DPCM dei LEA definiti nel 2001, nei limiti di una maggiore spesa pari a 800 milioni di euro annui. L'erogazione alle regioni dei suddetti 800 milioni di euro è stata subordinata all'effettiva approvazione del nuovo DPCM.

In tali termini, è stato adottato con Intesa Stato-Regioni del 7 settembre 2016 uno schema di DPCM che, dopo i previsti passaggi presso le commissioni parlamentari è stato formalmente adottato in data 12 gennaio 2017. Nell'ambito della suddetta Intesa è stato convenuto, tra l'altro, che i nuovi LEA sono coerenti con il livello del fabbisogno sanitario stabilito dalla normativa vigente.

Le principali novità introdotte dal DPCM del 12 gennaio 2017, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, sono le seguenti:

- *definizione e descrizione con maggiore dettaglio di prestazioni e attività già inserite nei LEA;*
- *innovazione dei nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, con l'introduzione di nuove prestazioni tecnologicamente avanzate e l'eliminazione di prestazioni obsolete (si fa presente che i nuovi nomenclatori entrano in vigore contestualmente alla definizione delle corrispondenti tariffe);*
- *aggiornamento degli elenchi delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione dalle quote di partecipazione alla spesa sanitaria;*
- *individuazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale;*
- *introduzione dell'adroterapia per la cura delle patologie oncologiche;*

- *introduzione di nuovi vaccini, in coerenza con il Piano vaccinale 2017-2019;*
- *introduzione dello screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita, nonché estensione a tutti i nuovi nati dello screening esteso per le malattie metaboliche ereditarie.*

La L 208/2015 ha inoltre previsto la costituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA che ha il compito di monitorare sistematicamente i medesimi livelli di assistenza per valutarne il mantenimento, per definire condizioni di erogabilità delle prestazioni o indicazioni di appropriatezza. La Commissione, inoltre, ha il compito di proporre l'introduzione di nuove prestazioni che nel tempo si dimostrano efficaci.

La Commissione formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA. Se tale proposta comporta maggiori oneri a carico del SSN, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con DPCM. Qualora, viceversa, detta proposta sia finanziariamente neutrale o comporti effetti di contenimento della spesa, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con un procedimento più rapido (decreto interministeriale).

Box 1.4 – Strumenti di controllo della spesa farmaceutica – il *pay-back*

Il pay-back farmaceutico, introdotto a partire dal 2008 relativamente alla spesa farmaceutica territoriale e a partire dal 2013 relativamente alla spesa farmaceutica ospedaliera, prevede che le aziende farmaceutiche siano chiamate a ripianare l'eventuale scostamento tra la spesa effettivamente registrata e i limiti fissati dalla normativa. Da ultimo, la legge 232/2016 ha modificato gli aggregati di spesa e i valori dei tetti. Per effetto di tale normativa, a partire dall'anno 2017:

- con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata (originariamente spesa territoriale), il cui tetto di spesa è annualmente fissato in misura pari al 7,96% del livello del finanziamento del SSN, le aziende farmaceutiche unitamente a farmacisti e grossisti, sono chiamate a ripianare l'intero scostamento;*
- con riferimento alla spesa farmaceutica per acquisti diretti effettuati dalle Aziende sanitarie (originariamente spesa ospedaliera), il cui tetto di spesa è annualmente fissato in misura pari al 6,89% del livello del finanziamento del SSN, le aziende farmaceutiche sono chiamate a ripianare il 50% dello scostamento, mentre il restante 50% resta a carico delle regioni.*

Sebbene i tetti di spesa siano un parametro da assumere come riferimento da parte di ciascuna regione, la procedura di ripiano si applica esclusivamente qualora venga superato il tetto di spesa a livello nazionale. Ciò nel presupposto che eventuali scostamenti riguardanti singole regioni, tali comunque da non comportare un eccesso di spesa complessivo, siano il sintomo di inefficienze locali e non siano la spia di una criticità di "sistema".

Occorre, inoltre, evidenziare che a decorrere dall'anno 2017, non rientrano nel calcolo dei tetti, e quindi non sono soggetti al meccanismo del pay-back, stante la loro peculiarità, i farmaci innovativi ed i farmaci oncologici innovativi, fino ad un importo massimo di spesa pari a 500 milioni annui per ciascuna tipologia. (negli anni 2015 e 2016 l'esclusione dal pay-back è stata limitata ai farmaci innovativi fino ad un importo massimo pari a 500 milioni di euro annui)

Dal punto di vista pratico, si può osservare che la suddetta strumentazione è risultata efficace, fino all'anno 2012, dal momento che il tetto di spesa previsto (quello della spesa territoriale, l'unico all'epoca vigente) è stato rispettato. Viceversa, dal 2013 in poi, da un lato si è registrato un eccesso di spesa rispetto ai valori programmati, in particolare per la spesa farmaceutica ospedaliera, dall'altro la procedura amministrativa di determinazione del pay-back, di competenza dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), è stata più volte eccepita da numerose Aziende farmaceutiche, in particolare per motivazioni riguardanti la ritenuta erroneità dei dati utilizzati per l'assegnazione delle quote di ripiano e il mancato rispetto dei principi di trasparenza e partecipazione procedimentale, in quanto le stesse Aziende farmaceutiche non sarebbero state messe nella condizione di verificare l'esattezza dei dati.

Occorre, peraltro, sottolineare che le procedure amministrative sottostanti l'individuazione del pay-back risultano comunque complesse, riguardando ogni anno centinaia di Aziende farmaceutiche e milioni di

confezioni di medicinali, tenuto conto che AIFA deve individuare con precisione l'eventuale l'eccesso di spesa a carico di ogni Azienda, rispetto ad un budget assegnato ex-ante. Pertanto, al fine di una piena operatività delle procedure, è necessario che le basi dati sottostanti siano pienamente affidabili.

Nella situazione di incertezza creatasi anche a fronte di talune sentenze del Giudice Amministrativo, che hanno ritenuto fondate le lamentazioni delle Aziende farmaceutiche ricorrenti, il legislatore è più volte intervenuto, da ultimo nell'ambito della legge di Bilancio per l'anno 2018 (art. 1, co. 389, 390 e 391).

Le suddette disposizioni autorizzano AIFA ad effettuare transazioni per chiudere il contenzioso, ancora pendente e relativo al triennio 2013-2015, con tutte le Aziende farmaceutiche in regola con i pagamenti relativi al pay-back dell'anno 2016. Trattasi di norme che intervengono per sanare il passato, tenuto anche conto che AIFA ed i Ministeri dell'economia e della salute hanno lavorato, negli ultimi due anni, al fine di rafforzare le basi dati e rendere quindi più solidi i procedimenti inerenti l'attribuzione del pay-back. In particolare, si segnala l'articolo 29, comma 2, del decreto-legge 50/2017, il quale prevede che a decorrere dal 1° gennaio 2018 nelle fatture elettroniche per acquisti di farmaci emesse nei confronti degli Enti del SSN è fatto obbligo indicare il codice identificativo del medicinale.

Occorre infine evidenziare che nelle interlocuzioni tra Amministrazioni centrali e regioni è emersa più volte, negli ultimi anni, l'ipotesi di modificare il vigente sistema di controllo della spesa farmaceutica, anche eventualmente superando il meccanismo del pay-back.

CAPITOLO 2 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio

2.1 - Premessa

Il presente capitolo intende offrire, attraverso l'analisi degli andamenti della spesa sanitaria in un arco temporale pluriennale, una valutazione degli effetti prodotti dalla progressiva implementazione del sistema di *governance* nel settore sanitario, avuto riguardo, in particolare, al controllo delle dinamiche di spesa.

Esso prevede un paragrafo introduttivo dedicato alla definizione degli aggregati di spesa sanitaria che saranno oggetto dell'analisi sviluppata nei successivi paragrafi.

2.2 - Definizione di spesa sanitaria corrente

Il presente capitolo fa riferimento a due diverse definizioni di spesa sanitaria corrente.

La prima è quella adottata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) nell'ambito della Contabilità nazionale (CN) ai fini della predisposizione del Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche (d'ora in avanti "*Spesa sanitaria corrente di CN*"). Tale aggregato è elaborato nel rispetto dei principi contabili del Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale (SESPROS), in coerenza con il Sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC), e contabilizza i costi per la produzione dei servizi sanitari da parte di un qualsiasi ente facente parte della Pubblica amministrazione (PA)¹⁴.

La seconda definizione è quella relativa all'aggregato di spesa rilevata mediante i modelli di Conto economico (CE)¹⁵ degli Enti sanitari locali (ESL), presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio (d'ora in avanti "*Tavolo di verifica degli adempimenti regionali*"¹⁶).

I succitati aggregati di spesa presentano un'ampia area di sovrapposizione, ma anche significativi elementi di differenziazione che attengono alla diversa contabilizzazione e modalità di registrazione di alcune poste.

¹⁴ Oltre agli Enti sanitari locali, ossia Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende ospedaliere (AO), Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e Policlinici universitari/Aziende ospedaliere Universitarie (AOU) controllati dalle regioni e ricompresi nei rispettivi servizi sanitari regionali, si considerano, ad esempio, gli Enti territoriali, la Croce rossa italiana, la Lega italiana per la lotta contro i tumori, ecc. I dati degli Enti sanitari locali derivano dai relativi modelli di conto economico opportunamente consolidati a livello di singolo servizio sanitario regionale.

¹⁵ Tali modelli di rilevazione fanno riferimento al decreto ministeriale 15 giugno 2012.

¹⁶ Il Tavolo, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze con l'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, ha il compito di verificare trimestralmente e annualmente il funzionamento dei servizi sanitari regionali e l'attuazione dei piani di rientro.

La spesa sanitaria corrente presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali (d'ora in avanti "*Spesa sanitaria corrente di CE*") considera, ad esempio, i costi sostenuti dagli ESL per l'acquisto di beni e servizi da altre amministrazioni pubbliche, mentre la spesa sanitaria corrente di CN non considera tali transazioni in quanto consolidate all'interno del conto economico di riferimento.

Discorso a parte deve farsi per gli ammortamenti. Questi ultimi, fino al 2010, non erano inclusi nell'aggregato di spesa sanitaria corrente di CE, a causa dell'estrema differenziazione dei criteri contabili adottati dalle varie Regioni. Nel 2011, con la condivisione a livello nazionale di una regola omogenea di appostamento contabile, gli ammortamenti sono stati inclusi nella definizione di spesa del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e valutati in misura pari agli ammortamenti dei beni entrati in produzione nel 2010 e nel 2011. Dal 2012, si è prodotto un ulteriore importante avanzamento nel processo di armonizzazione dei principi contabili mediante l'emanazione del DL 118/2011. Quest'ultimo, all'art. 29, co. 1, lett. b), ha disciplinato principi specifici del settore sanitario dedicati a tale voce. Trattamento contabile differente è riservato in CN, ove gli ammortamenti vengono quantificati dall'ISTAT secondo specifiche metodologie di stima previste in ambito SEC.

Altra sostanziale diversità tra i due aggregati di spesa riguarda i criteri contabili di registrazione. Il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali considera i costi per la produzione dei servizi sanitari sostenuti nell'anno corrente secondo il principio della competenza economica, consolidando i valori a livello regionale. L'ISTAT, invece, registra i suddetti costi secondo specifici criteri definiti dal SEC, consolidando i valori a livello nazionale.

I diversi criteri di registrazione adottati nelle due definizioni di spesa sanitaria rilevano, in particolare, con riferimento alla tempistica di registrazione degli oneri connessi al rinnovo dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni con i medici convenzionati con il SSN¹⁷ e al pagamento di eventuali oneri per arretrati.

La spesa sanitaria corrente di CN registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi. Infatti, in accordo con le regole della CN, l'obbligazione giuridica al pagamento degli oneri contrattuali si manifesta solo a seguito della sottoscrizione del contratto collettivo di lavoro. In coerenza con tale criterio, eventuali oneri per arretrati devono essere registrati contestualmente alla sottoscrizione del rinnovo del contratto.

L'effetto quantitativo di tale criterio di contabilizzazione può essere valutato osservando che, negli anni di sottoscrizione dei contratti, la spesa sanitaria corrente di CN evidenzia delle forti variazioni incrementative, a cui seguono variazioni sensibilmente più limitate nell'anno successivo.

Nella spesa sanitaria corrente di CE, invece, gli oneri per il rinnovo dei contratti sono contabilizzati in ciascun anno sui bilanci degli ESL e inclusi nel livello complessivo della spesa, concorrendo, in tal modo, al risultato d'esercizio di ciascun Servizio sanitario regionale (SSR). Infatti, sulla base del principio della competenza economica, le Regioni sono tenute ad accantonare annualmente sui bilanci degli ESL le risorse necessarie alla copertura integrale degli oneri contrattuali di competenza dell'anno quale presupposto

¹⁷ Trattasi principalmente dei medici di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), dei medici convenzionati addetti alla continuità assistenziale e degli specialisti convenzionati con il SSN (Sumai).

per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

A seguito dell'introduzione di tale obbligo, si è registrata una maggiore congruità nella valutazione del costo effettivo dei rinnovi dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN, con una significativa riduzione del fenomeno dell'iscrizione contabile di sopravvenienze passive di rilevante entità negli esercizi di sottoscrizione del contratto/convenzione oltre che con una evidente responsabilizzazione degli enti del SSN con riferimento agli effettivi costi di competenza economica, ancorché non materialmente tradottisi in esigenze finanziarie di cassa. Le dinamiche della spesa sanitaria, secondo le due definizioni sopra descritte, verranno analizzate nei successivi due paragrafi.

2.3 - Spesa sanitaria corrente di CN

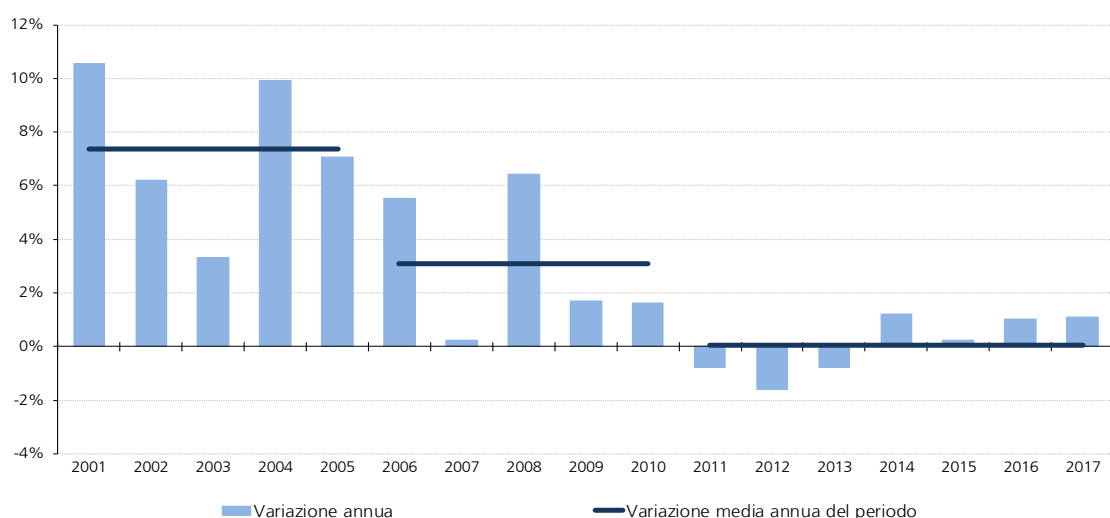
2.3.1 - Analisi degli andamenti generali

La dinamica della spesa sanitaria corrente di CN ha subito nel tempo un forte rallentamento¹⁸.

A fronte di un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel quinquennio 2001-2005, il tasso di crescita del quinquennio successivo scende al 3,1%. Tale andamento si è ulteriormente consolidato nel periodo 2011-2017, dove la spesa sanitaria registra un tasso di variazione medio annuo pari allo 0,1% (Fig. 2.1). Il risultato aggregato riflette, tuttavia, andamenti differenziati delle principali componenti della spesa sanitaria (Tab. 2.1), che saranno oggetto di specifica analisi nei paragrafi successivi.

¹⁸ A partire da settembre 2014, l'ISTAT ha adottato il nuovo sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC 2010), in sostituzione del previgente sistema (SEC 1995). L'adozione del nuovo sistema contabile ha determinato modifiche dei criteri di valutazione di alcuni aggregati di CN, con riflessi anche sul livello della spesa sanitaria. Fra le innovazioni più significative va evidenziato il trattamento contabile delle spese in ricerca e sviluppo. Tali spese, sulla base delle nuove regole, sono classificate quali spese di investimento, determinando, pertanto, un incremento dello *stock* di capitale del settore sanitario e un aumento del corrispondente consumo di capitale fisso (ammortamenti). Con specifico riferimento alla spesa sanitaria, l'imputazione alla funzione sanità degli investimenti correlati all'attività in ricerca e sviluppo effettuata in ambito sanitario dalle amministrazioni pubbliche ha comportato un incremento del valore degli ammortamenti contabilizzato nella spesa sanitaria, con conseguente revisione in aumento rispetto al livello previgente.

Fig. 2.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2018. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, la spesa sanitaria corrente è quantificata al netto degli interessi passivi.

Il contenimento della dinamica della spesa sanitaria ha consentito, fra l'altro, la sostanziale stabilizzazione della spesa in rapporto al PIL, nonostante le dinamiche di crescita fortemente ridimensionate per effetto della crisi economica. Infatti, nel periodo 2000-2007, la spesa sanitaria è cresciuta in rapporto al PIL in misura significativa, passando dal 5,5% al 6,4%, pur in presenza di una dinamica di crescita del denominatore del 3,8% medio annuo in termini nominali (Tab. 2.3).

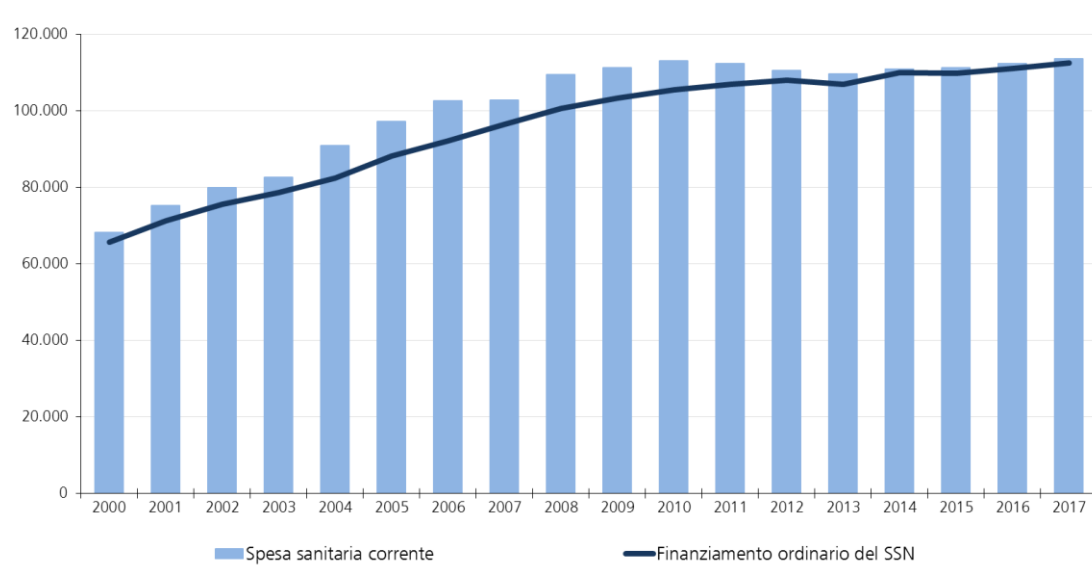
A partire dal 2008, il tasso di crescita del PIL nominale è risultato molto più contenuto e addirittura negativo in alcuni anni. Pertanto, la pur contenuta dinamica della spesa sanitaria non è stata sufficiente ad evitare che la stessa crescesse in rapporto al PIL, attestandosi al 7,1%, negli anni più acuti della crisi. Dal 2011, il rapporto scende di qualche decimo di punto percentuale e, nonostante la bassa crescita economica mediamente registrata nel periodo, si attesta al 6,6% nel 2017.

Il sensibile rallentamento della dinamica della spesa sanitaria può essere valutato anche attraverso il confronto fra gli andamenti della spesa sanitaria corrente di CN e i valori del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato¹⁹.

In particolare, può osservarsi che, nel periodo 2001-2005, la spesa sanitaria corrente presentava un tasso di crescita medio annuo più elevato di quello del finanziamento ordinario di circa 1,3 punti percentuali. Tale differenza, invece, diventava negativa successivamente attestandosi, mediamente, a -0,6 punti percentuali nel quinquennio 2006-2010 e a -0,9 punti percentuali nel periodo 2011-2017.

Deve peraltro osservarsi che, come precedentemente rilevato, il dato della spesa sanitaria corrente di CN contiene anche una quota relativa alla spesa effettuata dagli altri enti della PA diversi dagli ESL che trova copertura nei rispettivi bilanci. In relazione a ciò, il confronto tra finanziamento ordinario del SSN e spesa sanitaria corrente di CN è utile a illustrare, in una prospettiva intertemporale, i risultati della *governance* del settore sanitario in termini di contenimento della dinamica della spesa (Fig. 2.2).

Fig. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2000-2017 (valori in milioni di euro)



La valutazione in termini di saldo fra risorse finanziarie e spesa sanitaria deve essere, invece, effettuata più correttamente con riferimento alla definizione di spesa sanitaria corrente di CE.

¹⁹ Il finanziamento ordinario comprende le voci di entrata tra cui l'IRAP e l'addizionale IRPEF, il fabbisogno sanitario DLgs 56/2000, la compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano, le entrate proprie "cristallizzate" e le quote vincolate a carico dello Stato.

Tab. 2. 1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2017 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Voci di spesa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Valori assoluti in milioni di euro</i>																		
Redditi da lavoro dipendente	27.132	28.701	29.520	29.832	32.735	34.116	36.802	34.610	38.062	37.143	37.862	36.789	36.145	35.670	35.422	35.082	34.904	34.917
Consumi intermedi	12.714	13.866	15.173	16.338	18.253	20.219	21.519	23.372	25.242	26.830	27.422	28.456	28.750	28.436	29.331	30.235	31.498	32.823
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	25.552	29.548	31.251	32.174	35.238	37.533	38.499	38.819	39.583	40.795	41.319	40.195	39.218	39.337	39.956	39.470	39.544	39.561
- Farmaceutica convenzionata	8.743	11.661	11.722	11.096	11.988	11.849	12.334	11.543	11.226	10.997	10.913	9.862	8.905	8.616	8.392	8.245	8.100	7.605
- Assistenza medico-generica da convenzione	4.019	4.505	4.613	4.795	5.020	6.453	5.930	6.076	6.079	6.949	6.984	6.724	6.710	6.666	6.663	6.654	6.688	6.695
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	12.790	13.382	14.916	16.283	18.230	19.231	20.235	21.200	22.278	22.849	23.422	23.609	23.603	24.055	24.901	24.571	24.756	25.261
Altre componenti di spesa di cui interessi passivi ^(a)	2.696	3.173	4.030	4.288	4.602	5.364	5.801	6.057	6.597	6.559	6.528	6.815	6.348	6.171	6.252	6.453	6.426	6.298
Spesa sanitaria corrente di CN	68.094	75.288	79.974	82.632	90.828	97.232	102.621	102.858	109.484	111.327	113.131	112.255	110.461	109.614	110.961	111.240	112.372	113.599
<i>Composizioni percentuali</i>																		
Redditi da lavoro dipendente	39,8%	38,1%	36,9%	36,1%	36,0%	35,1%	35,9%	33,6%	34,8%	33,4%	33,5%	32,8%	32,7%	32,5%	31,9%	31,5%	31,1%	30,7%
Consumi intermedi	18,7%	18,4%	19,0%	19,8%	20,1%	20,8%	21,0%	22,7%	23,1%	24,1%	24,2%	25,3%	26,0%	25,9%	26,4%	27,2%	28,0%	28,9%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	37,5%	39,2%	39,1%	38,9%	38,8%	38,6%	37,5%	37,7%	36,2%	36,6%	36,5%	35,8%	35,5%	35,9%	36,0%	35,5%	35,2%	34,8%
- Farmaceutica convenzionata	12,8%	15,5%	14,7%	13,4%	13,2%	12,2%	12,0%	11,2%	10,3%	9,9%	9,6%	8,8%	8,1%	7,9%	7,6%	7,4%	7,2%	6,7%
- Assistenza medico-generica da convenzione	5,9%	6,0%	5,8%	5,8%	5,5%	6,6%	5,8%	5,9%	5,6%	6,2%	6,2%	6,0%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	18,8%	17,8%	18,7%	19,7%	20,1%	19,8%	19,7%	20,6%	20,3%	20,5%	20,7%	21,0%	21,4%	21,9%	22,4%	22,1%	22,0%	22,2%
Altre componenti di spesa	4,0%	4,2%	5,0%	5,2%	5,1%	5,5%	5,7%	5,9%	6,0%	5,9%	5,8%	6,1%	5,7%	5,6%	5,6%	5,8%	5,7%	5,5%
Spesa sanitaria corrente di CN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Istat. Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2018. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

^(a) A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre Componenti di spesa' sono quantificate al netto degli interessi passivi.

Tab. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2017 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Voci di spesa	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Redditi da lavoro dipendente	5,8%	2,9%	1,1%	9,7%	4,2%	7,9%	-6,0%	10,0%	-2,4%	1,9%	-2,8%	-1,8%	-1,3%	-0,7%	-1,0%	-0,5%	0,0%
Consumi intermedi	9,1%	9,4%	7,7%	11,7%	10,8%	6,4%	8,6%	8,0%	6,3%	2,2%	3,8%	1,0%	-1,1%	3,1%	3,1%	4,2%	4,2%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	15,6%	5,8%	3,0%	9,5%	6,5%	2,6%	0,8%	2,0%	3,1%	1,3%	-2,7%	-2,4%	0,3%	1,6%	-1,2%	0,2%	0,0%
- Farmaceutica convenzionata	33,4%	0,5%	-5,3%	8,0%	-1,2%	4,1%	-6,4%	-2,7%	-2,0%	-0,8%	-9,6%	-9,7%	-3,2%	-2,6%	-1,8%	-1,8%	-6,1%
- Assistenza medico-generica da convenzione	12,1%	2,4%	3,9%	4,7%	28,5%	-8,1%	2,5%	0,0%	14,3%	0,5%	-3,7%	-0,2%	-0,7%	0,0%	-0,1%	0,5%	0,1%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	4,6%	11,5%	9,2%	12,0%	5,5%	5,2%	4,8%	5,1%	2,6%	2,5%	0,8%	0,0%	1,9%	3,5%	-1,3%	0,8%	2,0%
Altre componenti di spesa ^(a)	17,7%	27,0%	6,4%	7,3%	16,6%	8,1%	4,4%	8,9%	-0,6%	-0,5%	4,4%	-6,9%	-2,8%	1,3%	3,2%	-0,4%	-2,0%
Spesa sanitaria corrente di CN	10,6%	6,2%	3,3%	9,9%	7,1%	5,5%	0,2%	6,4%	1,7%	1,6%	-0,8%	-1,6%	-0,8%	1,2%	0,3%	1,0%	1,1%

Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2018.

^(a) A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre Componenti di spesa' sono quantificate al netto degli interessi passivi.

Tab. 2.3: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2000-2017 (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)

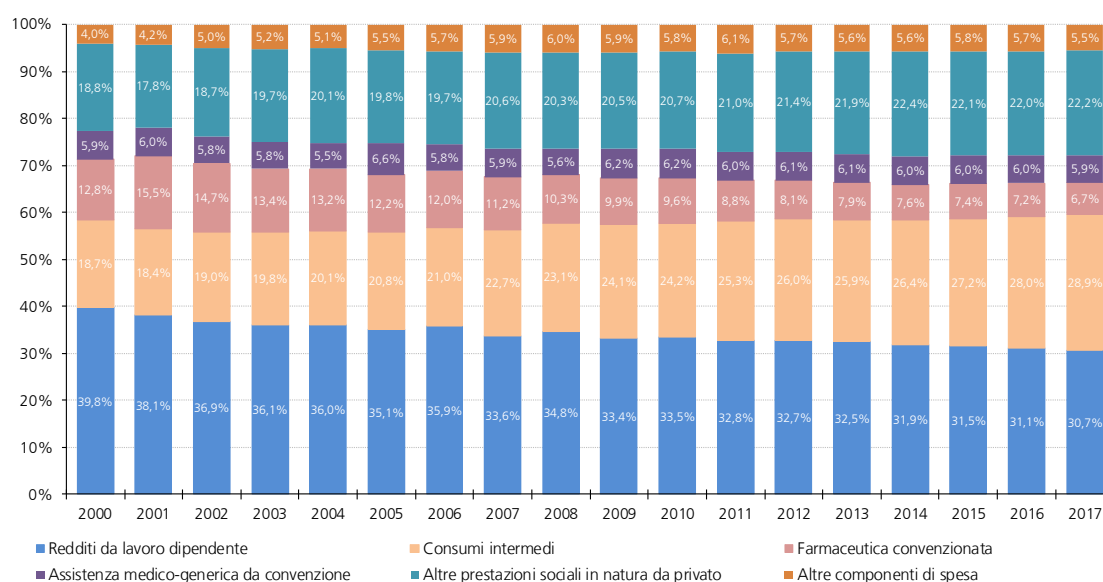
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Finanziamento ordinario del SSN ^(a)	65.737	71.271	75.652	78.570	82.404	88.195	92.173	96.551	100.577	103.298	105.398	106.905	107.961	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577
% del PIL	5,3%	5,5%	5,6%	5,6%	5,7%	5,9%	6,0%	6,0%	6,2%	6,6%	6,6%	6,5%	6,7%	6,7%	6,8%	6,6%	6,6%	6,6%
Variazione %		8,4%	6,1%	3,9%	4,9%	7,0%	4,5%	4,7%	4,2%	2,7%	2,0%	1,4%	1,0%	-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%
Spesa sanitaria corrente di CN ^(b)	68.094	75.288	79.974	82.632	90.828	97.232	102.621	102.858	109.484	111.327	113.131	112.255	110.461	109.614	110.961	111.240	112.372	113.599
% del PIL	5,5%	5,8%	5,9%	5,9%	6,3%	6,5%	6,6%	6,4%	6,7%	7,1%	7,1%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,6%
Variazione %		10,6%	6,2%	3,3%	9,9%	7,1%	5,5%	0,2%	6,4%	1,7%	1,6%	-0,8%	-1,6%	-0,8%	1,2%	0,3%	1,0%	1,1%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato ^(c)	1.239.266	1.298.890	1.345.794	1.390.710	1.448.363	1.489.725	1.548.473	1.609.551	1.632.151	1.572.878	1.604.515	1.637.463	1.613.265	1.604.599	1.621.827	1.652.622	1.680.948	1.716.935
Variazione %		4,8%	3,6%	3,3%	4,1%	2,9%	3,9%	3,9%	1,4%	-3,6%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	1,1%	1,9%	1,7%	2,1%

^(a) Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni.^(b) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2018. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, la spesa sanitaria corrente è quantificata al netto degli interessi passivi.^(c) Fonte: Istat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Aprile 2018. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>

2.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

Nel paragrafo precedente si è evidenziato un forte rallentamento delle dinamiche di crescita della spesa sanitaria, fino a un sostanziale azzeramento del tasso medio annuo dell'ultimo periodo. Tale processo ha, di fatto, interessato, tutte le principali componenti di spesa ed è in larga parte spiegato dalla progressiva implementazione del sistema di *governance* e del quadro normativo di riferimento. Tuttavia, l'intensità con cui tale processo si è prodotto nel tempo risulta notevolmente differenziata per componente di spesa, sia con riferimento all'effetto di contenimento complessivo nell'intero periodo analizzato che in termini di profilo temporale. Ciò ha determinato, fra l'altro, una significativa ricomposizione dell'incidenza delle singole componenti di spesa rispetto all'aggregato complessivo (Fig. 2.3).

Fig. 2.3: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2017 (composizioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2018. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre Componenti di spesa' sono quantificate al netto degli interessi passivi. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

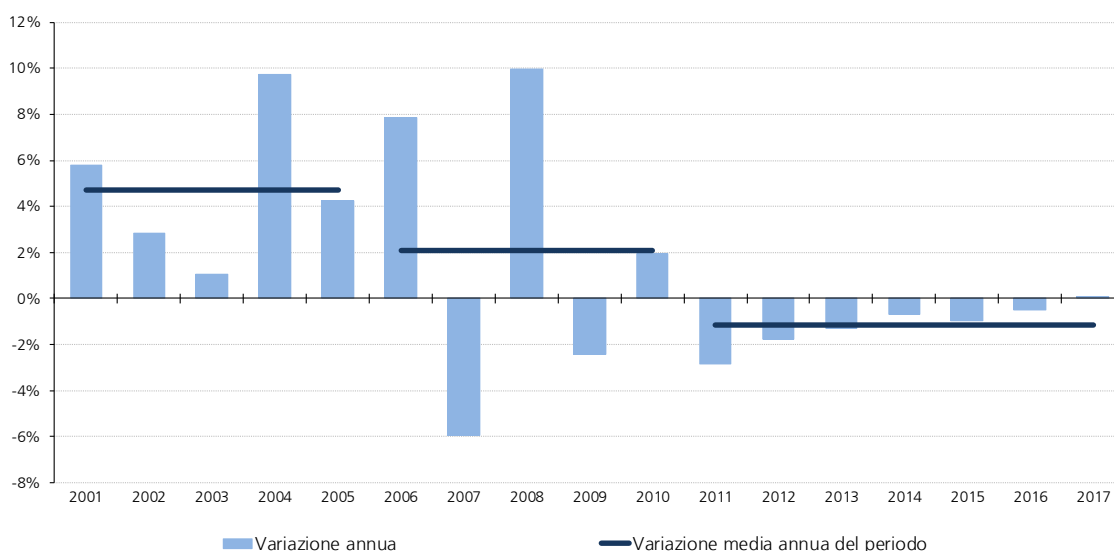
Redditi da lavoro dipendente. La spesa per i redditi da lavoro dipendente rappresenta, nel 2017, il 30,7% della spesa complessiva. Tale percentuale risulta sensibilmente ridotta rispetto a quella del 2000 (39,8%), segnalando pertanto una dinamica inferiore a quella media. In particolare, il tasso di variazione medio annuo della spesa per i redditi da lavoro dipendente si attesta mediamente al 4,7% nel periodo 2001-2005, passa al 2,1% nel periodo 2006-2010 e al -1,2% nel periodo 2011-2017 (Fig. 2.4).

Il contenimento della dinamica dell'aggregato è sostanzialmente determinato dagli effetti delle politiche di blocco del *turn over* attuate dalle Regioni sotto piano di rientro e dalle misure di contenimento della spesa per il personale portate avanti autonomamente dalle altre Regioni, anche in relazione alla progressiva attuazione dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria previsti. Negli anni più recenti, la dinamica dell'aggregato risente, in via aggiuntiva, del blocco delle procedure contrattuali nonché della previsione di un limite al riconoscimento di incrementi retributivi al personale

dipendente, che non poteva eccedere i livelli fissati dalle leggi, fatto salvo il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale²⁰.

L'andamento annuale della suddetta voce di spesa è anche influenzato dai criteri di contabilizzazione degli oneri per i rinnovi dei contratti del personale dipendente. La spesa sanitaria di CN, infatti, come detto, in accordo con i criteri del SEC 2010, registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi, in quanto solo a seguito della sottoscrizione del contratto sorge l'obbligazione giuridica al riconoscimento degli aumenti contrattuali nonché di eventuali oneri per arretrati. Ad esempio, nel 2006, il dato di spesa per il personale sconta arretrati per circa 2.000 milioni di euro, originando un incremento rispetto all'anno precedente del 7,9%. Analogamente, nel 2008, insistono sul dato della spesa per il reddito da lavoro dipendente oneri arretrati relativi al contratto del biennio economico 2006-2007, che determinano una variazione annua dell'aggregato pari al 10%.

Fig. 2.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2001-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2018.

Consumi intermedi. Nel 2017, la spesa per i consumi intermedi²¹ rappresenta il 28,9% della spesa complessiva con un incremento significativo rispetto all'incidenza del 2000 (18,7%). Tale voce di spesa, pur presentando una progressiva riduzione della dinamica di crescita nel tempo, mantiene tuttavia un tasso di crescita medio annuo significativamente superiore al resto della spesa. In particolare, il tasso passa dal 9,7% del periodo 2001-2005, al 6,3% del quinquennio 2006-2010 e al 2,6% del periodo 2011-2017 (Fig. 2.5).

Con particolare riferimento agli ultimi sette anni, la significativa riduzione della dinamica dell'aggregato sconta le vigenti manovre di contenimento della spesa sanitaria per beni e servizi²². In particolare, si segnala:

²⁰ Art. 16, co. 1, lett. b) del DL 98/2011, Art 1, co 236 della L. 208/2015 e art. 23, co 2, del DLGS 75/2017.

²¹ Tale aggregato ricomprende la spesa per i prodotti farmaceutici.

²² DL 98/2011, DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, L 228/2012 (Stabilità 2013).

- la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto a decorrere dal 2013 e per tutta la durata residua dei contratti²³ nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici²⁴;
- la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,4% del fabbisogno sanitario *standard*²⁵;
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% fino al 2016 e a decorrere dal 2017 al 6,89% del fabbisogno sanitario *standard*, ricomprendendo anche la spesa per farmaci acquistati direttamente dagli enti del SSN;
- la messa a disposizione delle regioni, da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

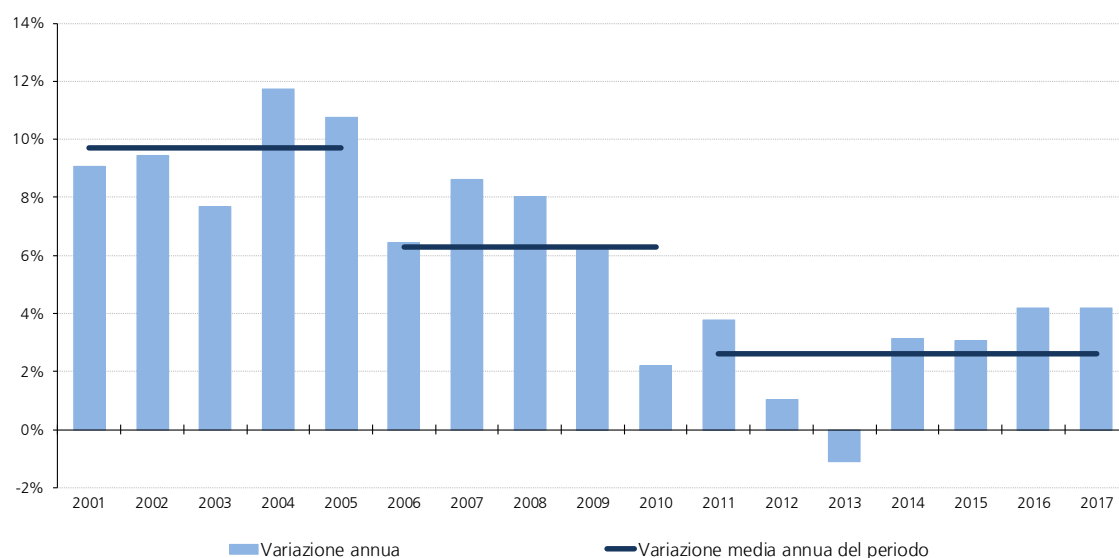
Deve rilevarsi, peraltro, che l'andamento complessivo dell'aggregato sconta la dinamica della componente dei prodotti farmaceutici acquistati direttamente dalle aziende sanitarie, che registra tassi di crescita sostenuti sia a seguito della continua introduzione di costosi farmaci innovativi (specie in campo oncologico) sia per effetto delle politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci attuate in diversi SSR, con conseguente rimodulazione della spesa, dalla farmaceutica convenzionata ai prodotti farmaceutici.

²³ Art. 15, co. 13, lett. a) del DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come modificato da ultimo dall'art. 1, co. 131, lett. a) della L 228/2012 (Legge di stabilità 2013).

²⁴ Art. 15, co. 13, lett. b) del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012.

²⁵ Art. 15, co. 13, lett. f) del DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come modificato da ultimo dall'art. 1, co. 131, lett. b) della L 228/2012 (Legge di stabilità 2013).

Fig. 2.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2001-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2018.

Al netto della componente dei prodotti farmaceutici (Tab. 2.12), gli altri consumi intermedi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2011-2017 pari all'1%.

La spesa per le prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market* risulta scomposta nella spesa per la farmaceutica convenzionata, per l'assistenza medico-generica da convenzione e per altre prestazioni sociali in natura da privato. Tali componenti presentano caratteristiche e dinamiche anche significativamente diverse fra loro e, pertanto, verranno analizzate distintamente.

Farmaceutica convenzionata. La spesa per la farmaceutica convenzionata passa da un incremento medio annuo del 6,3% registrato nel periodo 2001-2005 ad un tasso di variazione negativo del -1,6% nel periodo 2006-2010, il quale si accentua nel periodo 2011-2017, attestandosi al -5% (Fig. 2.6). Conseguentemente, il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva si riduce dal 12,8% del 2000 al 6,7% del 2017.

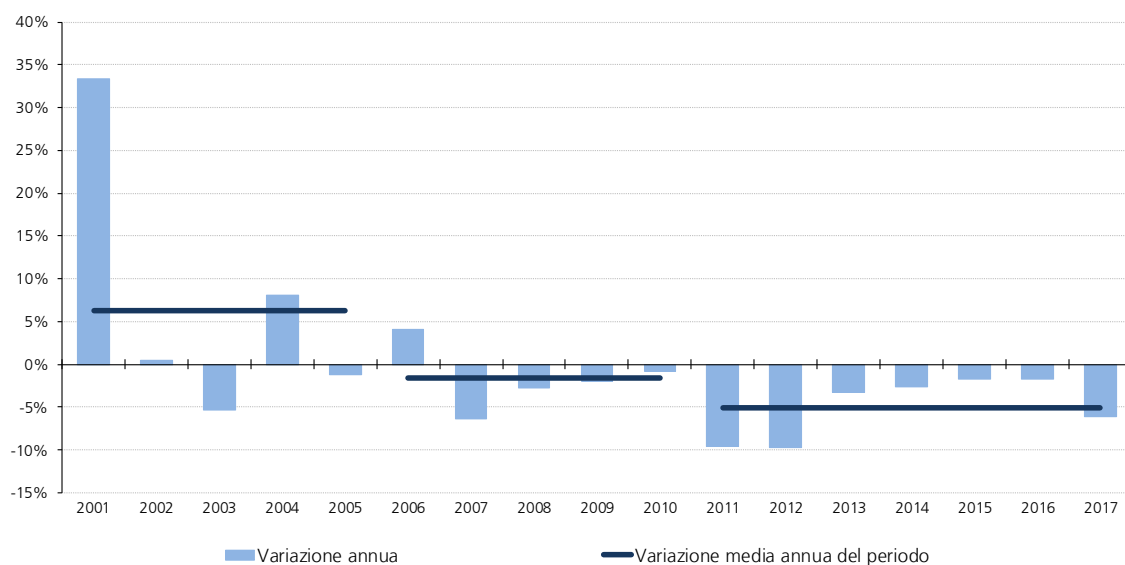
Tale risultato scaturisce essenzialmente dagli strumenti di monitoraggio e di *governance* della spesa per la farmaceutica convenzionata progressivamente introdotti nel tempo. Fra questi, si ricorda, in primo luogo, la previsione di un tetto alla spesa per la farmaceutica territoriale, di cui fa parte la spesa per la farmaceutica in convenzione (fissato all'11,35% dal 2013 al 2016²⁶) e di un tetto alla sola spesa farmaceutica convenzionata al 7,96% a decorrere dal 2017, con un meccanismo di recupero automatico, in caso di sfioramento del tetto, a carico delle aziende farmaceutiche (c.d. *pay-back*), dei farmacisti e dei grossisti.

²⁶ La modalità di determinazione dei tetti relativi alla spesa farmaceutica è stata modificata a decorrere dal 2017, ai sensi dell'art. 1, commi 398-399 della L. 232/2016.

In secondo luogo è da ricordare la predisposizione di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, attraverso le procedure della ricetta elettronica *on-line* del Sistema tessera sanitaria, gestito dalla RGS²⁷.

Unitamente a ciò, l'andamento dell'aggregato di spesa è influenzato anche dal potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci, con conseguente redistribuzione dei costi fra le voci della spesa farmaceutica convenzionata e della spesa per i prodotti farmaceutici, come già rilevato in precedenza.

Fig. 2.6: spesa per la farmaceutica convenzionata - Anni 2001-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2018.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione passa da un incremento medio annuo del 9,9% nel periodo 2001-2005 a un incremento dell'1,6% nel periodo 2006-2010 (Fig. 2.7). Nel periodo 2011-2017, l'aggregato di spesa ha ridotto la dinamica di crescita, registrando un tasso medio annuo negativo (-0,6%). Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è stato pari al 5,9% sia nel 2000 che nel 2017.

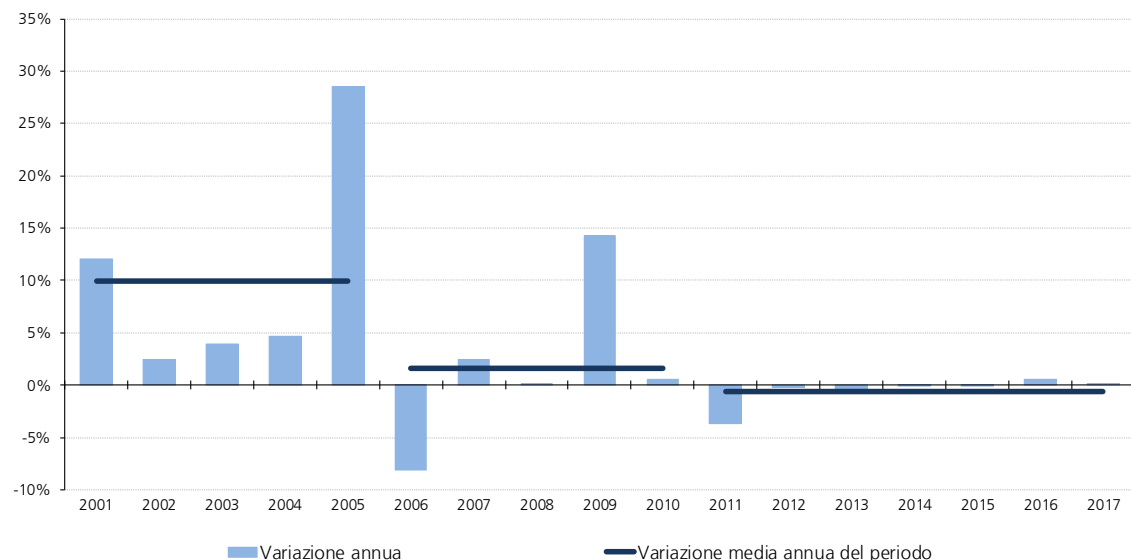
Come per la spesa per i redditi da lavoro dipendente, anche la dinamica annuale delle prestazioni medico-generiche da convenzione è influenzata dalle regole di contabilizzazione del SEC 2010, le quali, come detto, prevedono che gli oneri per il rinnovo delle convenzioni ed eventuali arretrati siano imputati nell'anno di sottoscrizione della nuova convenzione. Tali modalità di contabilizzazione sono alla base degli incrementi particolarmente elevati registrati in taluni anni, come, ad esempio nel 2005 o nel 2009.

Deve osservarsi inoltre che, in analogia con quanto previsto per i redditi da lavoro dipendente, anche per il personale convenzionato è stato fissato un limite al riconoscimento di incrementi retributivi, che non poteva eccedere i limiti fissati dalla legge

²⁷ Per maggiori dettagli si rinvia al Capitolo 5.

per cui si applicano al personale convenzionato le medesime regole previste per il personale dipendente ²⁸.

Fig. 2.7: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2001-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2018.

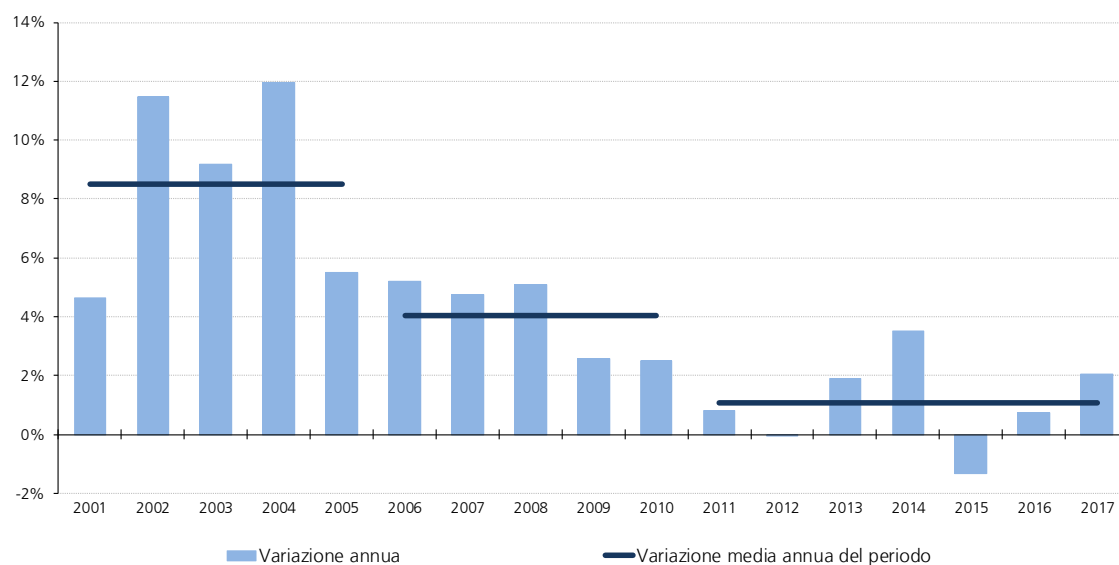
Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa per le altre prestazioni da privato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN. L'aggregato passa da un incremento medio annuo dell'8,5%, nel periodo 2001-2005, ad un incremento medio annuo del 4% nel periodo 2006-2010, per poi rallentare nel periodo 2011-2017 con un tasso di crescita medio annuo dell'1,1% (Fig. 2.8). La dinamica dell'aggregato resta tuttavia sensibilmente superiore a quella della complessiva spesa sanitaria, per cui l'incidenza relativa incrementa dal 18,8% del 2000, al 20,7% del 2010 e, infine, al 22,2% del 2017.

L'andamento dell'aggregato riflette il miglioramento del sistema di regolazione dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, in particolare nelle regioni sottoposte a piano di rientro. Tale regolazione si è realizzata essenzialmente attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale. La dinamica dell'aggregato sconta, inoltre, le misure di contenimento della spesa per prestazioni specialistiche e ospedaliere acquistate da operatori privati introdotte con il DL 95/2012²⁹. Sconta inoltre gli effetti dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

²⁸ Art. 16, co. 2 del DL 98/2011, convertito dalla L 111/2011.

²⁹ Art. 15, co. 14 del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come integrato dall'articolo 1, comma 574 della legge 208/2015.

Fig. 2.8: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2001-2017 (variazioni percentuali)



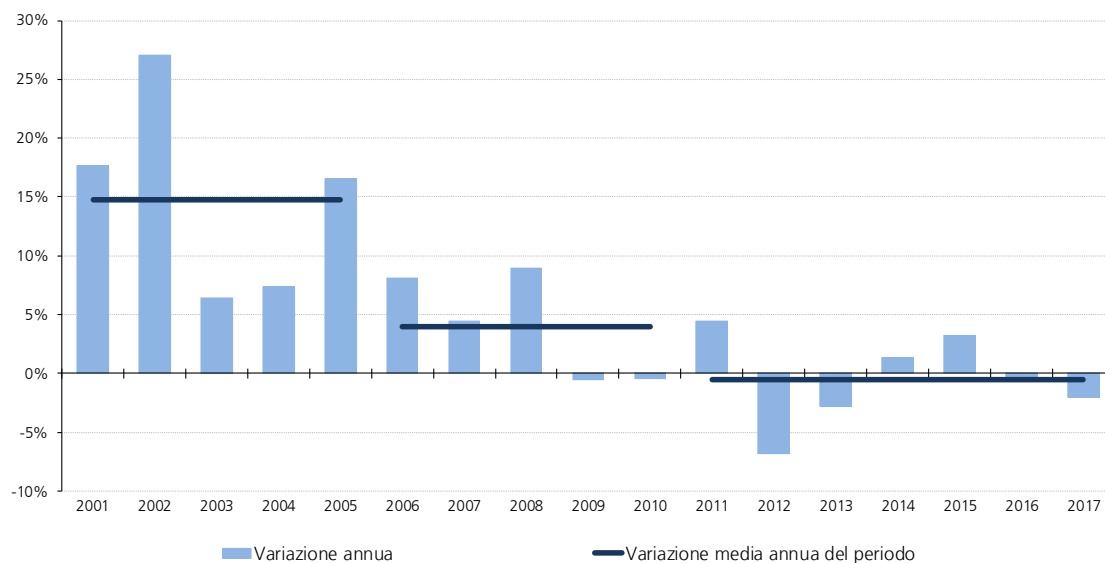
Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2018.

Altre componenti di spesa. Le altre componenti di spesa ricomprendono le voci residuali che compongono la spesa sanitaria corrente di CN non considerate negli aggregati precedentemente analizzati. In particolare, sono incluse le imposte dirette, gli ammortamenti, il risultato netto di gestione, le contribuzioni diverse, le altre uscite³⁰ e, con segno opposto, la produzione per uso proprio, la produzione di servizi vendibili e le vendite residuali³¹. L'aggregato passa da un incremento medio annuo del 14,8% nel periodo 2001-2005 ad un incremento medio annuo del 4% nel periodo 2006-2010 (Fig. 2.9). Nel periodo 2011-2017, le altre componenti di spesa registrano un rallentamento della propria dinamica, evidenziando una diminuzione media annua dello 0,5%. Il peso percentuale dell'aggregato sulla spesa sanitaria complessiva è, tuttavia, aumentato nel tempo, passando dal 4% del 2000 al 5,5% del 2017.

³⁰ A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre uscite' sono quantificate al netto degli interessi passivi.

³¹ In tali ultimi tre aggregati sono incluse per lo più voci di ricavo di CE impiegati in CN a sterilizzazione di componenti di costi.

Fig. 2.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2018. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre Componenti di spesa' sono quantificate al netto degli interessi passivi.

2.3.3 - Risultati di CN per l'anno 2017

Nel 2017, la spesa sanitaria corrente di CN è risultata pari a 113.599 milioni di euro³², con un tasso di incremento dell'1,1% rispetto al 2016³³. Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue³⁴.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa è pari a 34.917 milioni di euro, sostanzialmente stabile rispetto al 2016. Tale dinamica conferma gli effetti positivi derivanti dagli strumenti di *governance* del settore sanitario introdotti dagli Accordi tra lo Stato e le Regioni intervenuti in materia. L'invarianza osservata nel 2017 è influenzata dai seguenti fattori:

- il blocco del *turn over* in vigore nelle regioni sotto piano di rientro nell'ambito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa;
- le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle regioni non sottoposte ai piani di rientro;
- gli automatismi introdotti dalla vigente legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.

Consumi intermedi. La spesa è pari a 32.823 milioni di euro, in crescita rispetto al 2016 del 4,2%. La dinamica complessiva dell'aggregato è determinata sia dal tasso di crescita

³² Per il 2017 si tiene conto delle informazioni di CE relative al quarto trimestre. Le stime per le annualità precedenti fanno, invece, riferimento ai valori di consuntivo.

³³ Il tasso di crescita è inferiore a quello previsto nella Nota di aggiornamento del DEF 2017 pari all'1,4 per cento, in relazione allo slittamento all'anno 2018 dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

³⁴ Ministero dell'economia e delle finanze (2018).

della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici³⁵ (+4,4%) sia dall'aumento della restante componente dei consumi intermedi (+4,1%). La dinamica della spesa registrata nei consumi intermedi, al netto della componente farmaceutica, risulterebbe quindi non aver beneficiato pienamente delle vigenti misure di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, fra le quali:

- lo sviluppo dei processi di centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da CONSIP e dai Soggetti aggregatori;
- la messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
- la fissazione, in ciascuna regione, di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale *standard*³⁶.

Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*.

La spesa è pari a 39.561 milioni di euro, sostanzialmente stabile rispetto al 2016. Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:

- la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7.605 milioni di euro, in riduzione del 6,1% rispetto al 2016. Tale risultato conferma la contrazione registrata negli ultimi anni, a seguito delle misure di contenimento della spesa farmaceutica previste dalla legislazione vigente e, in particolare, della fissazione di un tetto di spesa³⁷, con attivazione del meccanismo del *pay-back*;
- la spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è pari a 6.695 milioni di euro, di poco superiore al valore del 2016 (+0,1%);
- la spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato (ospedaliera, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è pari a 25.261 milioni di euro, in aumento del 2% rispetto all'anno precedente. La dinamica di tale componente di spesa risente:
 - di una migliore regolazione, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale;
 - dell'effetto delle disposizioni previste dalla normativa vigente sugli importi e sui volumi di acquisto di prestazioni, erogate da soggetti privati accreditati, per l'assistenza specialistica e ospedaliera³⁸.
 - dagli effetti dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

³⁵ Fra i prodotti farmaceutici sono ricompresi i farmaci acquistati dagli ESL per essere impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso il canale della distribuzione diretta. Su tale spesa incide fortemente l'acquisto di costosi farmaci innovativi, tra i quali quelli oncologici e quelli per la cura dell'epatite C.

³⁶ Tale tetto, originariamente introdotto dall'art. 17, co. 2 del DL 98/2011, è stato fissato al 4,4% dall'art. 1, co. 131, lett. b) della L 228/2012 (Stabilità 2013).

³⁷ A decorrere dal 2017, il tetto per la spesa farmaceutica convenzionata è pari al 7,96 % del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (articolo 1, comma 399 della legge 232/2016).

³⁸ Art. 15, co. 14, del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come integrato dall'articolo 1, co. 574 della L 208/2015.

Altre componenti di spesa. Il livello di spesa è pari a 6.298 milioni di euro, con un decremento del 2% rispetto al 2016.

2.4 - Spesa sanitaria corrente di CE

2.4.1 - Analisi degli andamenti generali

La spesa sanitaria corrente di CE³⁹ è passata nel periodo 2002-2017 da 78.977 milioni di euro a 114.177 milioni di euro (Tab. 2.4), con un incremento in valore assoluto pari a 35.200 milioni di euro e un tasso di crescita medio annuo del 2,5%. Nello stesso periodo il PIL è passato da 1.345.794 milioni di euro a 1.716.935 milioni di euro, con un aumento in valore assoluto di 371.141 milioni di euro e un tasso di crescita medio annuo pari all'1,6%. In rapporto al PIL, la spesa sanitaria di CE è passata da un'incidenza del 5,9% del 2002 al 6,7% del 2017.

Come già evidenziato, la dinamica della spesa sanitaria rispetto agli anni precedenti risulta sensibilmente diversa a partire dal 2006. Infatti, dal 2002 al 2005 la spesa sanitaria corrente è cresciuta in valore assoluto di 17.160 milioni di euro, con un incremento medio annuo del 6,8%. Nel quinquennio successivo, la crescita è stata in valore assoluto di 14.437 milioni di euro, con un tasso medio annuo del 2,8%. Nell'ultimo periodo (2011-2017), la spesa è risultata sostanzialmente stabile, con un tasso di crescita medio annuo dello 0,5%.

Tale evidente cesura nella dinamica osservata dalla spesa sanitaria è principalmente il risultato del salto di paradigma intervenuto a partire dall'anno 2006 rispetto alla legislazione previgente, a seguito della forte responsabilizzazione regionale e del venir meno della regola "dell'aspettativa del ripiano dei disavanzi", che in precedenza aveva indotto comportamenti opportunistici da parte delle Regioni, allentando il vincolo di bilancio e rendendo necessaria una rinegoziazione *ex-post* della cornice finanziaria. Si segnala, in particolare, l'anno 2004⁴⁰, con il conferimento di 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003 e l'anno 2005⁴¹, con il conferimento di ulteriori 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2002-2004.

La situazione di squilibrio economico strutturale appariva particolarmente significativa in alcuni contesti regionali. Può osservarsi, infatti, che nel 2006, dei circa 6.000 milioni di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 milioni di euro erano concentrati in tre sole regioni: Lazio, Campania e Sicilia (Tab. 2.6). Al fine di far fronte alla situazione di grave squilibrio economico-finanziario strutturale di alcuni SSR, come già anticipato, fu introdotto lo strumento, assolutamente innovativo, del piano di rientro. Tale strumento si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale finalizzato al conseguimento di una profonda e permanente riorganizzazione del SSR interessato. Ciò avviene attraverso l'individuazione delle aree di importante ritardo

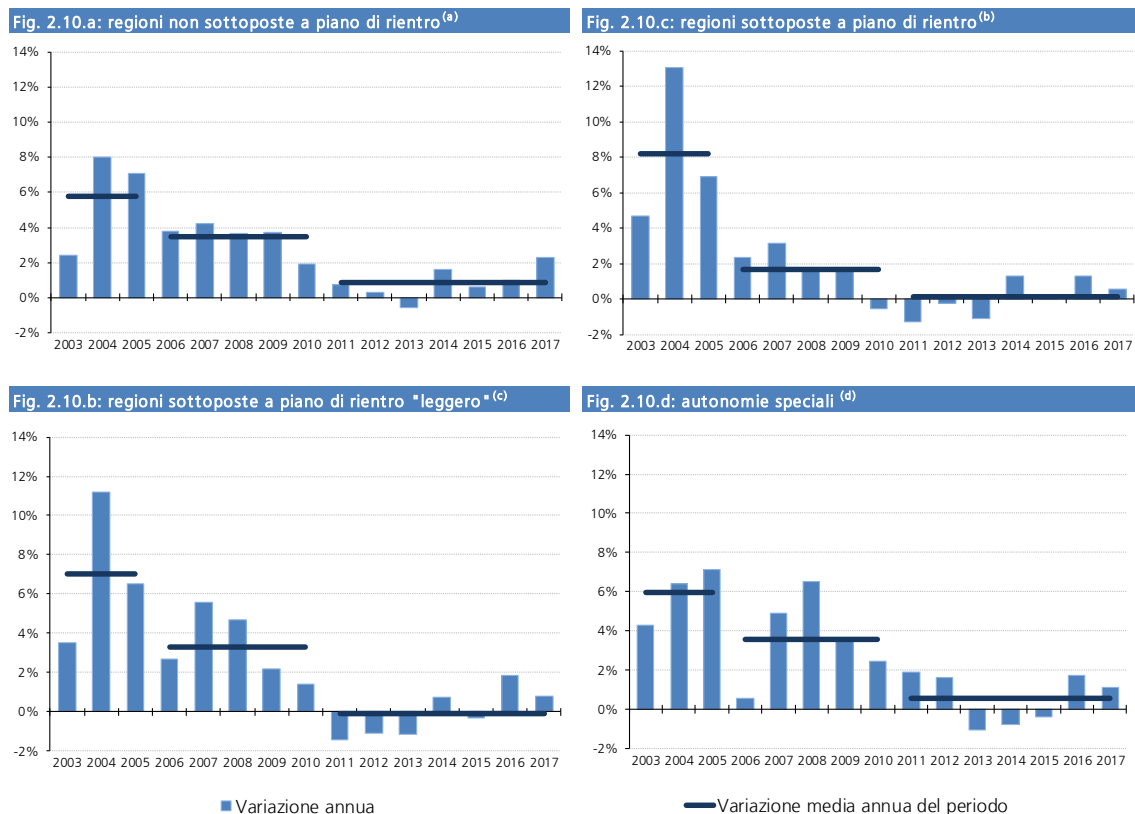
³⁹ I dati dal 2012 al 2017 sono osservati alla data del 9 maggio 2018. Le informazioni si riferiscono ai dati di consuntivo, eccezion fatta per il 2017, anno in cui si sono considerati i valori del quarto trimestre.

⁴⁰ Art. 1, co. 164 della L 311/2004 (Finanziaria 2005).

⁴¹ Art. 1, co. 279 della L 266/2005 (Finanziaria 2006).

o inefficienza, all'origine dello squilibrio economico, a cui è associata la programmazione e l'implementazione di opportune misure di correzione di tali criticità. In questa prospettiva, il piano di rientro si configura come uno strumento che individua e affronta selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente il prodursi dei disavanzi.

Fig. 2.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia. Benchè la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione e PIL – Anni 2002-2017 (valori in milioni di euro e in percentuale)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	5.851,1	6.145,5	7.110,6	7.192,6	7.457,1	7.728,5	8.074,5	8.345,9	8.467,1	8.418,4	8.393,7	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.310,6
Vale d'Aosta	190,2	197,6	209,0	224,8	245,2	246,9	260,3	263,8	277,8	278,5	278,8	271,2	260,5	261,8	256,5	255,8
Lombardia	12.710,0	12.716,2	13.395,9	14.777,0	15.351,0	16.166,8	16.723,2	17.200,8	17.816,6	18.123,6	18.154,1	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.421,3
Provincia autonoma di Bolzano	860,7	907,9	937,4	982,4	1.020,5	1.064,8	1.108,0	1.064,6	1.099,0	1.108,8	1.152,0	1.160,9	1.145,4	1.174,8	1.199,1	1.246,3
Provincia autonoma di Trento	753,5	804,2	822,1	856,6	900,4	943,4	994,9	1.062,5	1.096,1	1.131,6	1.157,8	1.150,7	1.152,7	1.128,4	1.148,4	1.190,6
Veneto	6.277,0	6.529,9	6.965,7	7.560,6	7.871,4	8.104,8	8.387,1	8.641,2	8.784,0	8.748,1	8.713,3	8.699,2	8.777,2	8.834,5	8.980,1	9.297,5
Friuli Venezia Giulia	1.658,5	1.731,7	1.885,3	1.987,7	1.983,4	2.154,6	2.311,4	2.410,3	2.442,8	2.494,2	2.511,6	2.488,9	2.374,0	2.333,7	2.368,0	2.407,3
Liguria	2.403,8	2.471,0	2.862,0	2.924,6	2.955,7	3.097,1	3.175,8	3.270,8	3.240,9	3.232,3	3.147,4	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.211,3
Emilia Romagna	5.870,4	6.110,7	6.709,7	7.053,1	7.311,3	7.627,1	7.946,7	8.269,1	8.440,9	8.494,3	8.801,3	8.617,6	8.654,5	8.748,1	8.854,3	9.011,9
Toscana	4.998,8	5.130,2	5.671,1	5.926,3	6.198,1	6.401,8	6.658,9	7.115,5	7.082,0	7.131,2	7.120,1	6.948,1	7.113,8	7.197,8	7.277,8	7.403,7
Umbria	1.187,7	1.272,8	1.339,0	1.395,3	1.461,0	1.495,0	1.560,8	1.612,3	1.623,5	1.634,0	1.643,8	1.645,6	1.637,9	1.651,7	1.672,6	1.733,0
Marche	2.036,3	2.083,3	2.275,8	2.343,9	2.448,0	2.523,3	2.617,1	2.735,6	2.799,1	2.794,7	2.749,3	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.828,9
Lazio	7.373,4	7.950,0	9.550,3	9.958,2	10.544,3	10.740,1	10.943,4	11.175,3	11.054,7	10.892,6	10.853,6	10.682,2	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.747,3
Abruzzo	1.819,3	1.968,7	1.948,4	2.242,2	2.206,3	2.325,9	2.351,6	2.339,6	2.331,2	2.303,1	2.348,6	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.421,4
Molise	447,3	524,6	517,7	563,5	588,3	620,2	649,3	662,7	660,6	648,1	663,5	696,4	662,8	642,5	660,7	647,5
Campania	7.552,2	7.780,0	8.751,1	9.653,5	9.203,4	9.693,5	10.005,0	10.142,3	9.995,6	9.819,0	9.710,6	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.072,8
Puglia	5.035,2	5.121,1	5.416,3	6.154,2	6.249,0	6.743,0	7.074,6	7.135,2	7.227,2	7.051,2	6.906,3	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.280,4
Basilicata	727,8	767,3	824,4	896,3	911,6	968,9	1.014,2	1.033,5	1.056,4	1.059,6	1.030,3	1.022,1	1.029,0	1.036,1	1.035,4	1.042,1
Calabria	2.547,7	2.581,2	2.762,7	2.852,6	3.009,1	3.312,2	3.365,4	3.491,3	3.447,1	3.371,3	3.360,4	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.410,1
Sicilia	6.469,4	6.640,1	7.491,6	7.811,3	8.402,3	8.322,1	8.273,6	8.389,4	8.506,2	8.499,9	8.514,8	8.530,4	8.644,9	8.658,1	8.842,5	8.967,0
Sardegna	2.206,6	2.271,5	2.438,3	2.690,6	2.630,9	2.704,0	2.903,4	3.048,5	3.125,7	3.179,6	3.225,3	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.304,2	3.269,7
ITALIA	78.976,9	81.705,3	89.884,3	96.136,5	98.948,4	102.983,9	106.399,2	109.409,9	110.573,9	110.414,2	110.436,6	109.483,3	110.814,5	111.147,2	112.536,4	114.176,7
PIL ai prezzi di mercato	1.345.794	1.390.710	1.448.363	1.489.726	1.548.473	1.609.551	1.632.151	1.572.878	1.604.515	1.637.463	1.613.265	1.604.599	1.621.827	1.652.622	1.680.948	1.716.935
spesa sanitaria in % del PIL	5,9%	5,9%	6,2%	6,5%	6,4%	6,4%	6,5%	7,0%	6,9%	6,7%	6,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	36.211,8	37.081,2	40.043,6	42.877,1	44.508,2	46.384,7	48.083,8	49.878,7	50.842,9	51.217,8	51.359,7	51.061,7	51.897,3	52.228,3	52.733,1	53.949,8
% sulla spesa sanitaria corrente	45,9%	45,4%	44,6%	44,6%	45,0%	45,0%	45,2%	45,6%	46,0%	46,4%	46,5%	46,6%	46,8%	47,0%	46,9%	47,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(a)	26.209,2	27.444,5	31.021,7	33.170,5	33.953,6	35.014,1	35.588,3	36.200,6	35.995,4	35.534,1	35.451,5	35.063,2	35.510,2	35.591,7	36.054,4	36.286,2
% sulla spesa sanitaria corrente	33,2%	33,6%	34,5%	34,5%	34,3%	34,0%	33,4%	33,1%	32,6%	32,2%	32,1%	32,0%	32,0%	32,0%	32,0%	31,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro * "legge" ^(a)	10.886,3	11.266,6	12.526,9	13.346,7	13.706,2	14.471,5	15.149,1	15.481,1	15.694,3	15.469,6	15.300,0	15.123,1	15.236,3	15.189,8	15.472,7	15.591,1
% sulla spesa sanitaria corrente	13,8%	13,8%	13,9%	13,9%	13,9%	14,1%	14,2%	14,1%	14,2%	14,0%	13,9%	13,8%	13,7%	13,7%	13,7%	13,7%
Autonomie speciali ^(a)	5.669,6	5.913,0	6.292,2	6.742,1	6.780,4	7.113,6	7.578,0	7.849,6	8.041,4	8.192,7	8.325,5	8.235,3	8.170,7	8.137,4	8.276,2	8.369,7
% sulla spesa sanitaria corrente	7,2%	7,2%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	7,1%	7,2%	7,3%	7,4%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,4%	7,3%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni per omiare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni antecedentemente alla definizione di principi contabili omogenei, ai sensi dei DLgs 118/2011.

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Puglia, Piemonte. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'unitarietà della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.5: spesa sanitaria corrente di CE per regione - Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	5,0%	15,7%	1,2%	3,7%	3,6%	4,5%	3,4%	1,5%	-0,6%	-0,3%	-2,4%	0,0%	-1,1%	1,8%	0,8%
Valle d'Aosta	3,9%	5,8%	7,5%	9,1%	0,7%	5,4%	1,3%	5,3%	0,3%	0,1%	-2,7%	-3,9%	0,5%	-2,0%	-0,3%
Lombardia	0,0%	5,3%	10,3%	3,9%	5,3%	3,4%	2,9%	3,6%	1,7%	0,2%	0,8%	2,7%	0,3%	0,5%	2,6%
Provincia autonoma di Bolzano	5,5%	3,3%	4,8%	3,9%	4,3%	4,1%	-3,9%	3,2%	0,9%	3,9%	0,8%	-1,3%	2,6%	2,1%	3,9%
Provincia autonoma di Trento	6,7%	2,2%	4,2%	5,1%	4,8%	5,5%	6,8%	3,2%	3,2%	2,3%	-0,6%	0,2%	-2,1%	1,8%	3,7%
Veneto	4,0%	6,7%	8,5%	4,1%	3,0%	3,5%	3,0%	1,7%	-0,4%	-0,4%	-0,2%	0,9%	0,7%	1,6%	3,5%
Friuli Venezia Giulia	4,4%	8,9%	5,4%	-0,2%	8,6%	7,3%	4,3%	1,3%	2,1%	0,7%	-1,7%	-3,8%	-1,7%	1,5%	1,7%
Liguria	2,8%	15,8%	2,2%	1,1%	4,8%	2,5%	3,0%	-0,9%	-0,2%	-2,6%	-0,8%	1,2%	0,5%	0,3%	0,8%
Emilia Romagna	4,1%	9,8%	5,1%	3,7%	4,3%	4,2%	4,1%	2,1%	0,6%	3,6%	-2,1%	0,4%	1,1%	1,2%	1,8%
Toscana	2,6%	10,5%	4,5%	4,6%	3,3%	4,0%	6,9%	-0,5%	0,7%	-0,2%	-2,4%	2,4%	1,2%	1,1%	1,7%
Umbria	7,2%	5,2%	4,2%	4,7%	2,3%	4,4%	3,3%	0,7%	0,6%	0,6%	0,1%	-0,5%	0,8%	1,3%	3,6%
Marche	2,3%	9,2%	3,0%	4,4%	3,1%	3,7%	4,5%	2,3%	-0,2%	-1,6%	-1,3%	0,8%	0,1%	1,9%	1,3%
Lazio	7,8%	20,1%	4,3%	5,9%	1,9%	1,9%	2,1%	-1,1%	-1,5%	-0,4%	-2,1%	0,3%	0,5%	-0,1%	0,4%
Abruzzo	8,2%	-1,0%	15,1%	-1,6%	5,4%	1,1%	-0,5%	-0,4%	-1,2%	2,0%	-1,4%	2,5%	-1,1%	2,7%	0,4%
Molise	17,3%	-1,3%	26,1%	-9,9%	5,4%	4,7%	2,1%	-0,3%	-1,9%	2,4%	5,0%	-4,8%	-3,1%	2,8%	-2,0%
Campania	3,0%	12,5%	10,3%	-4,7%	5,3%	3,2%	1,4%	-1,4%	-1,8%	-1,1%	-1,3%	2,3%	0,8%	1,4%	0,6%
Puglia	1,7%	5,8%	13,6%	1,5%	7,9%	4,9%	0,9%	1,3%	-2,4%	-2,1%	0,4%	1,7%	0,6%	2,0%	0,7%
Basilicata	5,4%	7,5%	8,7%	1,7%	6,3%	4,7%	1,9%	2,2%	0,3%	-2,8%	-0,8%	0,7%	0,4%	0,2%	0,6%
Calabria	1,3%	7,0%	3,3%	5,5%	10,1%	1,6%	3,7%	-1,3%	-2,2%	-0,3%	-1,4%	1,7%	-0,3%	2,0%	-0,5%
Sicilia	2,6%	12,8%	4,3%	7,6%	-1,0%	-0,6%	1,4%	1,4%	-0,1%	0,2%	0,2%	1,3%	0,2%	2,1%	1,4%
Sardegna	2,9%	7,3%	10,3%	-2,2%	2,8%	7,4%	5,0%	2,5%	1,7%	1,4%	-1,3%	1,7%	0,0%	2,0%	-1,0%
ITALIA	3,5%	10,0%	7,0%	2,9%	4,1%	3,3%	2,8%	1,1%	-0,1%	0,0%	-0,9%	1,2%	0,3%	1,2%	1,5%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	2,4%	8,0%	7,1%	3,8%	4,2%	3,7%	3,7%	1,9%	0,7%	0,3%	-0,6%	1,6%	0,6%	1,0%	2,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	4,7%	13,0%	6,9%	2,4%	3,1%	1,6%	1,7%	-0,6%	-1,3%	-0,2%	-1,1%	1,3%	0,2%	1,3%	0,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	3,5%	11,2%	6,5%	2,7%	5,6%	4,7%	2,2%	1,4%	-1,4%	-1,1%	-1,2%	0,7%	-0,3%	1,9%	0,8%
Autonomie speciali ^(d)	4,3%	6,4%	7,2%	0,6%	4,9%	6,5%	3,6%	2,4%	1,9%	1,6%	-1,1%	-0,8%	-0,4%	1,7%	1,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni per ovviare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni antecedentemente alla definizione di principi contabili omogenei, ai sensi del DLgs 118/2011.

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Puglia, Piemonte. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di Rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.6: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2017 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	-328,7	-170,8	-360,6	-387,5	-422,4	-274,6	-125,8	-37,1	56,8	5,8	8,4	13,7
Valle d'Aosta	-70,6	-56,6	-61,5	-38,4	-58,6	-47,3	-48,6	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-22,1
Lombardia	-0,3	0,0	0,1	12,7	-44,1	13,8	2,3	10,2	4,2	21,4	5,9	6,0
Provincia autonoma di Bolzano	-274,4	-261,5	-262,9	-185,6	-229,9	-223,0	-251,7	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-258,8
Provincia autonoma di Trento	-143,2	-150,4	-163,7	-202,2	-210,6	-224,3	-245,6	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-195,2
Veneto	-144,6	-134,7	-148,5	-103,0	-6,1	115,0	11,6	4,4	15,7	3,5	13,7	14,5
Friuli Venezia Giulia	-4,2	-44,4	-42,1	-67,9	-77,5	-69,3	-66,3	-38,4	50,5	5,8	9,8	-49,1
Liguria	-95,6	-102,3	-109,3	-126,9	-95,4	-143,0	-46,2	-78,2	-63,7	-98,5	-63,7	-70,0
Emilia Romagna	-288,5	-91,2	-42,2	-118,4	-134,9	-104,6	-47,7	0,0	13,2	0,0	0,2	0,3
Toscana	-98,4	42,8	-2,4	-164,0	-71,7	-113,4	-50,6	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-90,9
Umbria	-54,7	11,5	4,2	8,4	5,8	9,2	4,4	4,8	9,5	2,9	2,9	2,2
Marche	-47,5	15,9	34,3	12,8	-24,8	21,2	-44,8	48,5	62,1	62,0	24,5	4,6
Lazio	-1.966,9	-1.696,5	-1.693,3	-1.419,4	-1.059,6	-773,9	-613,2	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-111,6
Abruzzo	-197,1	-163,5	-107,7	-43,4	1,7	36,8	9,2	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-9,3
Molise	-68,5	-69,2	-78,7	-76,3	-64,7	-37,6	-54,8	-99,4	-60,0	-44,7	-42,1	-34,7
Campania	-749,7	-862,2	-826,7	-773,9	-497,5	-245,5	-111,1	8,8	127,8	49,8	30,8	58,4
Puglia	-210,8	-265,7	-219,6	-350,3	-332,7	-108,3	3,8	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	4,5
Basilicata	3,0	-19,9	-34,7	-25,1	-36,0	-48,6	3,9	0,0	1,5	-7,7	9,8	25,8
Calabria	-55,3	-277,1	-195,3	-249,0	-187,5	-110,4	-70,7	-33,9	-65,7	-58,5	-99,6	-99,2
Sicilia	-1.088,4	-641,5	-352,0	-270,3	-94,3	-26,1	-7,8	0,1	0,0	13,7	-0,0	4,7
Sardegna	-129,2	-115,4	-184,9	-266,7	-283,6	-343,4	-392,0	-380,4	-361,6	-333,8	-336,7	-295,9
ITALIA	-6.013,6	-5.052,7	-4.847,8	-4.834,5	-3.924,2	-2.697,4	-2.141,8	-1.784,7	-927,7	-1.009,3	-934,7	-1.102,3
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	-726,7	-277,9	-298,6	-503,5	-407,1	-250,3	-167,1	-35,5	49,7	-38,1	-48,6	-107,6
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	-4.125,9	-3.709,9	-3.253,8	-2.832,3	-1.901,9	-1.156,8	-848,4	-784,1	-346,4	-378,1	-286,0	-191,7
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	-539,5	-436,5	-580,1	-737,9	-755,1	-383,0	-122,0	-79,5	70,8	-48,3	-29,9	18,1
Autonomie speciali ^(d)	-621,6	-628,4	-715,3	-760,9	-860,1	-907,2	-1.004,2	-885,5	-701,8	-544,8	-570,2	-821,2

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I risultati di esercizio esposti nella tabella sono coerenti con le risultanze dell'attività di verifica del Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati sopra esposti possono divergere dalla mera differenza fra i dati di spesa e di finanziamento. Essi possono divergere, inoltre, con i risultati di esercizio rappresentati nel modello CE Consolidato regionale (999). Con riferimento al solo anno 2012, al fine di assicurare la comparabilità intertemporale dei dati, i valori riportati nella colonna "2012" per le regioni Piemonte, Puglia e Marche registrano i risultati di esercizio "strutturali" valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, a partire dai dati del Consuntivo 2012 e non tengono conto: a) per la regione Piemonte dell'importo di 883 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, dell'importo di 292 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche della perdita pregressa dell'IRCCS INRCA (-88,479 mln di euro). Tali importi, correlati a situazioni relativi ad anni pregressi, sono stati valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali e si sommano al risultato di esercizio rilevato a partire dai dati del Consuntivo 2012, determinando il valore del disavanzo complessivo cui dare copertura finanziaria, sulla base dei criteri del Tavolo medesimo.

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna. Pertanto, l'eventuale disavanzo, determinato utilizzando la metodologia adottata per le regioni a statuto ordinario, non determina necessariamente un risultato di esercizio negativo in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota teorica di finanziamento può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.

Con riferimento all'attuazione dello strumento dei piani di rientro dal disavanzo sanitario, si ricorda che nel 2006 le regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna hanno predisposto i rispettivi piani di rientro di durata triennale che sono stati perfezionati e definitivamente sottoscritti, insieme al relativo accordo, nel 2007. Alla fine del 2009, anche la Calabria ha sottoscritto il suo piano di rientro. Nell'anno 2010, invece, la Liguria e la Sardegna sono uscite dal piano di rientro. Nel medesimo anno, Piemonte e Puglia hanno sottoscritto e avviato un piano di rientro, seppur caratterizzato da un livello d'intervento di minore intensità (c.d. "piano di rientro leggero") rispetto a quello previsto per le altre regioni sotto piano di rientro; nel corso del 2017 la regione Piemonte è uscita dal piano di rientro. Gli effetti finanziari dell'implementazione del sistema di *governance* in ambito sanitario, descritta nei precedenti capitoli, sono ben visibili dall'analisi della dinamica della spesa a livello regionale.

Al fine di garantire una più corretta e puntuale rappresentazione dell'impatto dei piani di rientro sulle dinamiche della spesa delle regioni, nel periodo precedente e successivo all'implementazione degli stessi, è stato necessario operare delle opportune aggregazioni delle Regioni, tenendo conto anche del cambiamento dello *status* di alcune di esse all'interno delle periodizzazioni prese a riferimento nell'analisi. Ad esempio, la Liguria è uscita dal novero delle regioni sotto piano di rientro nel 2010, a conclusione del suo piano triennale 2007-2009, analogamente alla Sardegna; nel 2010, Puglia e Piemonte entrano nella procedura dei piani di rientro leggeri, caratterizzati da un minor livello di gravosità anche se poi nel corso del 2017 il Piemonte è uscito dal novero delle regioni sotto piano di rientro leggero.

Alla luce di quanto precedentemente esposto, al fine di assicurare l'omogeneità degli aggregati regionali di riferimento e la corretta valutazione intertemporale della dinamica della spesa dei diversi gruppi di regioni, si è ritenuto opportuno, a fini meramente analitici, definire quattro gruppi di Regioni, al cui interno figurano le medesime regioni per tutto il periodo di riferimento dell'analisi. In relazione alla situazione rilevata nel 2017, tali gruppi risultano così individuati: le regioni sotto piano di rientro, le regioni sotto piano di rientro leggero, le regioni a statuto ordinario non sotto piano di rientro ed, infine, le Autonomie speciali (esclusa la Sicilia, ricompresa nel gruppo delle regioni sotto piano di rientro).

In particolare, il gruppo delle Regioni sotto piano di rientro è composto dalle Regioni "storiche" che hanno avviato il piano di rientro nell'anno 2007 e che sono tutt'ora in vigenza di piano di rientro (Lazio, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania) nonché la Calabria che ha avviato il piano di rientro nel 2009. Tale gruppo non include la Liguria, in considerazione della sua sottoposizione al piano di rientro limitatamente agli anni compresi fra il 2007 e il 2009. Conseguentemente, tale Regione è inclusa nell'aggregato delle Regioni non sotto piano di rientro, unitamente a Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

Le Regioni Puglia e Piemonte sono state trattate separatamente in quanto sottoposte a un piano di rientro leggero. Infatti, stante la diversità strutturale di tale tipologia di piano rispetto a quelli "ordinari", necessitano di una trattazione distinta rispetto alle altre regioni sotto piano di rientro. Benché nel corso del 2017, come sopra riportato, il Piemonte sia uscito dal piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stato mantenuto nell'aggregato.

Da ultimo, vengono prese in considerazione le Autonomie speciali, intendendo con tale termine le Regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano, le quali provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato. In tale gruppo è ricompresa anche la Sardegna, in considerazione del suo *status* giuridico e del fatto che, a partire dall'anno 2007, anch'essa finanzia integralmente la spesa sanitaria regionale senza oneri per il bilancio dello Stato⁴².

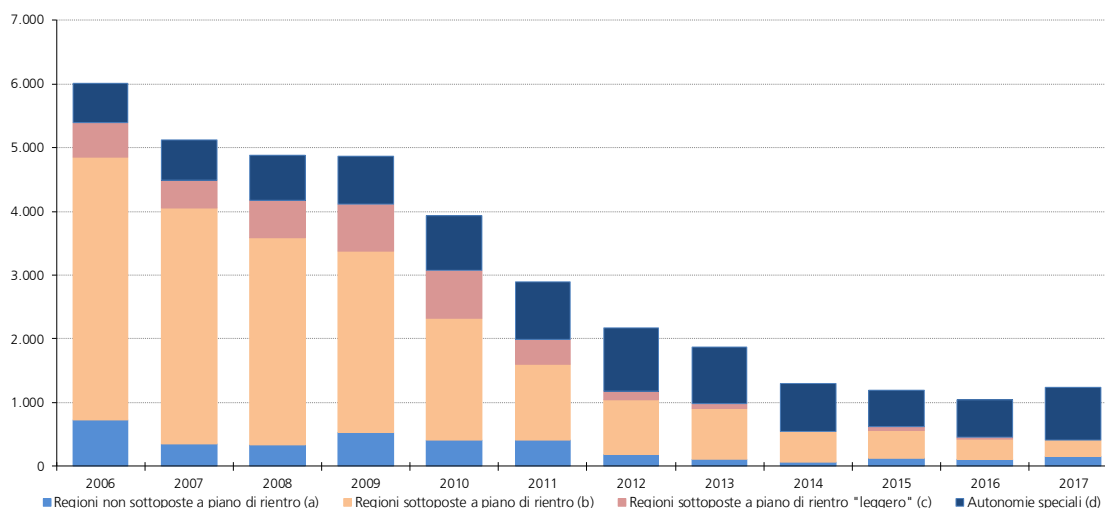
Può osservarsi che al contenimento del tasso di crescita della spesa sanitaria complessiva registrato a livello nazionale hanno concorso, in misura significativa, le regioni sottoposte ai piani di rientro, a partire dal 2006. Infatti, tale gruppo di Regioni faceva registrare, nel periodo 2003-2005, un tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pari all'8,2% che, nel periodo 2006-2010, si riduceva ad un valore pari all'1,6%, con una contrazione di 6,6 punti percentuali (Fig. 2.10). Parallelamente, nei due periodi considerati, le Regioni non sotto piano di rientro presentavano tassi di crescita, rispettivamente, del 5,8% e del 3,5%, con una riduzione di 2,3 punti percentuali. In altri termini, l'attivazione dei piani di rientro ha fatto sì che le Regioni interessate passassero da

⁴² La modalità di calcolo dei risultati di esercizio, adottata per le regioni a statuto ordinario, potrebbe non essere rappresentativa della reale situazione economico-finanziaria delle Autonomie speciali. Infatti, le quote di finanziamento ordinario, ad esse attribuite sulla base del riparto (fabbisogno sanitario regionale), sono da considerarsi le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA. Pertanto, nel caso delle Autonomie speciali, l'esplicitazione di un eventuale disavanzo non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.

un tasso di crescita della spesa significativamente superiore a quello delle altre Regioni non sottoposte ai piani di rientro ad un tasso di crescita notevolmente inferiore.

Le Autonomie speciali evidenziano andamenti sostanzialmente analoghi nel periodo 2003-2005 e 2006-2010, con un incremento medio annuo pari, rispettivamente, al 5,9% e al 3,6%. Quest'ultimo tasso risulta superiore a quello registrato nel medesimo arco temporale nelle restanti regioni. Va sottolineato, al riguardo, che nei confronti delle autonomie speciali non opera il sistema premiale e, pertanto, le politiche di contenimento sono state meno efficaci.

Fig. 2.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2017 (valori assoluti in milioni di euro)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia. Benchè la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Nella tabella sopra riportata è possibile evincere l'andamento decrescente del disavanzo del SSN e, al suo interno, l'andamento della relativa composizione negli anni con riferimento ai gruppi di regioni che lo hanno determinato. Si specifica che per disavanzo si intende il differenziale tra il livello di finanziamento previsto in ciascun esercizio, incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate inglobate nel livello di finanziamento, e la spesa corrente dell'esercizio.

E' evidente il miglioramento nel senso che il valore del disavanzo delle regioni in piano di rientro si è notevolmente ridotto in termini assoluti.

Il miglioramento strutturale della situazione economico-finanziaria delle regioni in piano di rientro a seguito degli interventi di riequilibrio adottati è evidente anche attraverso la valutazione del rapporto tra il risultato d'esercizio sanitario registrato nei diversi anni ed il relativo finanziamento effettivo (Tab. 2.8), comprensivo delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle "cristallizzate" e inglobate nel livello del finanziamento ordinario ripartito per regione (Box 2.1)

Tale rapporto rappresenta un indicatore sintetico della capacità dei SSR di erogare servizi sanitari in condizioni di efficienza e appropriatezza, nel rispetto del vincolo di bilancio derivante dalle risorse derivanti dal finanziamento ordinario dello Stato e delle entrate proprie delle aziende sanitarie. Può osservarsi che, nell'anno 2006, tale indicatore registrava valori di disavanzo dell'ordine del -22,9% in Lazio, del -9,5% in Abruzzo, del -

13,2% in Molise, del -8,9% in Campania e del -14,6% in Sicilia (Tab. 2.8). Nell'anno 2017, tale rapporto è pari al -1% in Lazio, al -5,5% in Molise, al -0,4% in Abruzzo. Le regioni Campania e Sicilia evidenziano sostanzialmente una situazione di equilibrio finanziario.

Nei successivi paragrafi si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse voci di spesa⁴³.

Tab. 2.7: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2006-2017 (*valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali*)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	7.128,5	7.557,7	7.714,0	7.958,4	8.068,3	8.160,7	8.343,5	8.220,1	8.332,1	8.218,8	8.379,7	8.413,7
Valle d'Aosta	174,6	190,3	198,8	225,3	219,2	231,2	230,4	224,1	230,1	236,6	231,5	233,9
Lombardia	15.350,7	16.166,8	16.723,3	17.213,7	17.772,5	18.137,6	18.473,0	18.486,1	18.947,4	19.010,7	19.062,0	19.521,1
Provincia autonoma di Bolzano	746,2	803,2	845,0	879,0	869,2	886,1	895,2	947,4	980,0	965,6	973,0	976,3
Provincia autonoma di Trento	757,2	792,9	831,2	860,2	885,5	899,2	911,3	925,8	937,2	1.140,2	1.154,8	995,1
Veneto	7.726,7	7.970,1	8.238,6	8.527,5	8.777,9	8.906,7	9.012,7	8.991,6	9.195,5	9.112,0	9.264,2	9.472,5
Friuli Venezia Giulia	1.979,1	2.109,6	2.271,2	2.344,2	2.364,7	2.429,5	2.455,5	2.455,7	2.450,5	2.365,4	2.392,6	2.363,8
Liguria	2.860,1	2.956,8	3.066,5	3.173,8	3.155,0	3.101,8	3.110,5	3.070,2	3.131,0	3.123,3	3.156,0	3.181,8
Emilia Romagna	7.022,8	7.535,9	7.904,5	8.150,8	8.306,0	8.416,2	8.918,6	8.820,1	8.935,4	8.931,2	8.993,1	9.132,8
Toscana	6.099,3	6.443,7	6.651,2	6.933,6	7.014,2	7.040,9	7.212,6	7.096,5	7.290,3	7.309,8	7.350,4	7.454,1
Umbria	1.406,3	1.505,3	1.561,5	1.620,7	1.636,3	1.652,9	1.674,2	1.670,6	1.706,4	1.696,1	1.716,5	1.741,5
Marche	2.401,6	2.538,2	2.646,7	2.745,9	2.793,9	2.820,2	2.829,8	2.815,8	2.857,9	2.857,0	2.871,6	2.871,9
Lazio	8.577,4	9.106,2	9.271,4	9.755,8	10.062,8	10.189,8	10.321,4	10.034,3	10.396,3	10.482,9	10.675,2	10.715,2
Abruzzo	2.068,6	2.185,7	2.244,5	2.277,3	2.323,9	2.366,2	2.373,5	2.385,8	2.416,1	2.391,3	2.419,4	2.440,7
Molise	519,8	550,9	572,2	586,4	598,6	612,8	612,0	604,0	609,4	604,6	650,2	636,5
Campania	8.447,0	8.832,1	9.183,2	9.368,5	9.499,4	9.669,3	9.730,1	9.674,0	10.089,8	10.095,1	10.186,8	10.312,1
Puglia	6.038,2	6.422,0	6.780,2	6.784,9	6.894,5	6.953,1	6.997,0	6.937,5	7.140,0	7.150,5	7.251,3	7.317,5
Basilicata	914,6	949,0	979,6	1.008,4	1.020,5	1.021,8	1.042,6	1.030,2	1.041,7	1.038,2	1.053,5	1.074,2
Calabria	2.924,9	3.085,4	3.170,2	3.244,3	3.259,6	3.275,3	3.306,0	3.290,4	3.327,6	3.342,3	3.371,2	3.369,0
Sicilia	7.475,3	7.748,4	7.994,2	8.193,1	8.470,9	8.561,1	8.624,2	8.631,6	8.839,3	8.890,1	8.983,5	9.087,4
Sardegna	2.505,2	2.588,5	2.718,5	2.781,7	2.842,1	2.870,1	2.890,3	2.866,4	2.930,7	2.945,4	3.012,5	3.004,8
ITALIA	93.124,1	98.038,9	101.566,5	104.633,5	106.835,0	108.202,5	109.964,5	109.178,5	111.784,9	111.907,1	113.149,2	114.315,9
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	43.782,3	46.065,9	47.771,9	49.374,3	50.476,2	51.098,1	52.274,0	51.981,2	53.105,6	53.078,3	53.467,4	54.449,9
% sul finanziamento effettivo	47,0%	47,0%	47,0%	47,2%	47,2%	47,2%	47,5%	47,6%	47,5%	47,4%	47,3%	47,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	30.012,9	31.508,7	32.435,7	33.425,4	34.215,3	34.674,5	34.967,2	34.620,1	35.678,6	35.806,3	36.286,4	36.560,9
% sul finanziamento effettivo	32,2%	32,1%	31,9%	31,9%	32,0%	32,0%	31,8%	31,7%	31,9%	32,0%	32,1%	32,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	13.166,7	13.979,8	14.494,1	14.743,2	14.962,8	15.113,9	15.340,5	15.157,7	15.472,1	15.369,3	15.631,0	15.731,2
% sul finanziamento effettivo	14,1%	14,3%	14,3%	14,1%	14,0%	14,0%	14,0%	13,9%	13,8%	13,7%	13,8%	13,8%
Autonomie speciali ^(d)	6.162,3	6.484,6	6.864,7	7.090,5	7.180,7	7.316,0	7.382,8	7.419,5	7.528,5	7.653,1	7.764,4	7.573,9
% sul finanziamento effettivo	6,6%	6,6%	6,8%	6,8%	6,7%	6,8%	6,7%	6,8%	6,7%	6,8%	6,9%	6,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

⁴³ Non si darà conto nell'analisi di quelle componenti di spesa non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, quali ad esempio, gli accantonamenti, gli oneri tributari, gli oneri finanziari o il saldo delle poste straordinarie. Tali componenti di spesa non superano negli ultimi anni il 6% dell'intera spesa sanitaria.

Tab. 2.8: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2006-2017

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	-4,6%	-2,3%	-4,7%	-4,9%	-5,2%	-3,4%	-1,5%	-0,5%	0,7%	0,1%	0,1%	0,2%
Valle d'Aosta	-40,4%	-29,8%	-31,0%	-17,1%	-26,7%	-20,5%	-21,1%	-23,7%	-14,9%	-10,9%	-11,1%	-9,5%
Lombardia	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	-0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Provincia autonoma di Bolzano	-36,8%	-32,6%	-31,1%	-21,1%	-26,5%	-25,2%	-28,1%	-20,1%	-14,4%	-23,2%	-23,0%	-26,5%
Provincia autonoma di Trento	-18,9%	-19,0%	-19,7%	-23,5%	-23,8%	-24,9%	-27,0%	-24,1%	-22,9%	0,6%	0,6%	-19,6%
Veneto	-1,9%	-1,7%	-1,8%	-1,2%	-0,1%	1,3%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%
Friuli Venezia Giulia	-0,2%	-2,1%	-1,9%	-2,9%	-3,3%	-2,9%	-2,7%	-1,6%	2,1%	0,4%	0,4%	-2,1%
Liguria	-3,3%	-3,5%	-3,6%	-4,0%	-3,0%	-4,6%	-1,5%	-2,5%	-2,0%	-2,0%	-2,0%	-2,2%
Emilia Romagna	-4,1%	-1,2%	-0,5%	-1,5%	-1,6%	-1,2%	-0,5%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Toscana	-1,6%	0,7%	0,0%	-2,4%	-1,0%	-1,6%	-0,7%	-0,4%	0,1%	-0,6%	-0,6%	-1,2%
Umbria	-3,9%	0,8%	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%	0,3%	0,3%	0,6%	0,2%	0,2%	0,1%
Marche	-2,0%	0,6%	1,3%	0,5%	-0,9%	0,8%	-1,6%	1,7%	2,2%	0,9%	0,9%	0,2%
Lazio	-22,9%	-18,6%	-18,3%	-14,5%	-10,5%	-7,6%	-5,9%	-6,7%	-3,4%	-1,3%	-1,3%	-1,0%
Abruzzo	-9,5%	-7,5%	-4,8%	-1,9%	0,1%	1,6%	0,4%	0,4%	0,3%	-1,6%	-1,6%	-0,4%
Molise	-13,2%	-12,6%	-13,8%	-13,0%	-10,8%	-6,1%	-8,9%	-16,5%	-9,9%	-7,0%	-6,5%	-5,5%
Campania	-8,9%	-9,8%	-9,0%	-8,3%	-5,2%	-2,5%	-1,1%	0,1%	1,3%	0,3%	0,3%	0,6%
Puglia	-3,5%	-4,1%	-3,2%	-5,2%	-4,8%	-1,6%	0,1%	-0,6%	0,2%	-0,5%	-0,5%	0,1%
Basilicata	0,3%	-2,1%	-3,5%	-2,5%	-3,5%	-4,8%	0,4%	0,0%	0,1%	0,9%	0,9%	2,4%
Calabria	-1,9%	-9,0%	-6,2%	-7,7%	-5,8%	-3,4%	-2,1%	-1,0%	-2,0%	-3,0%	-3,0%	-2,9%
Sicilia	-14,6%	-8,3%	-4,4%	-3,3%	-1,1%	-0,3%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Sardegna	-5,2%	-4,5%	-6,8%	-9,6%	-10,0%	-12,0%	-13,6%	-13,3%	-12,3%	-11,4%	-11,2%	-9,8%
ITALIA	-6,5%	-5,2%	-4,8%	-4,6%	-3,7%	-2,5%	-1,9%	-1,6%	-0,8%	-0,9%	-0,8%	-1,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	-1,7%	-0,6%	-0,6%	-1,0%	-0,8%	-0,5%	-0,3%	-0,1%	0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	-13,7%	-11,8%	-10,0%	-8,5%	-5,6%	-3,3%	-2,4%	-2,3%	-1,0%	-1,1%	-0,8%	-0,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	-4,1%	-3,1%	-4,0%	-5,0%	-5,0%	-2,5%	-0,8%	-0,5%	0,5%	-0,3%	-0,2%	0,1%
Autonomie speciali ^(d)	-10,1%	-9,7%	-10,4%	-10,7%	-12,0%	-12,4%	-13,6%	-11,9%	-9,3%	-7,1%	-7,3%	-10,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

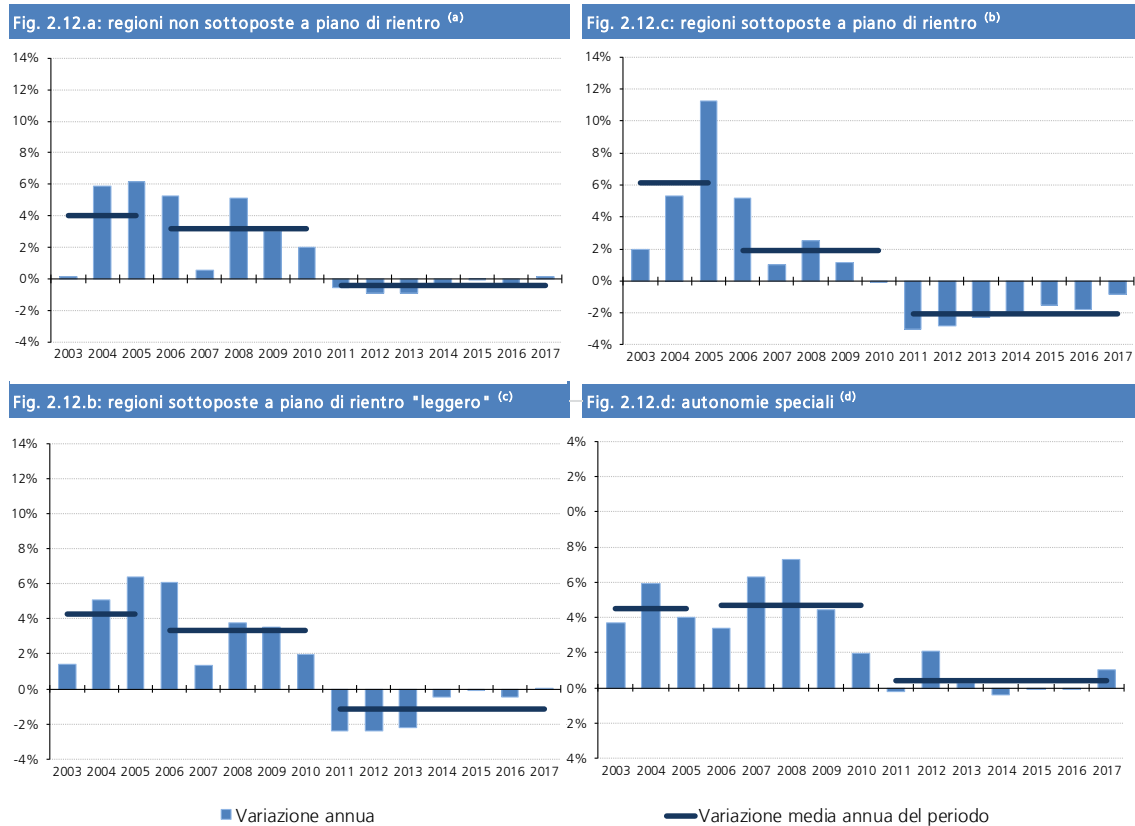
^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

2.4.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa dal 2002 al 2010

Quantunque il contenimento della dinamica della spesa complessiva abbia interessato tutte le principali componenti, il contributo maggiore deriva della spesa per i redditi da lavoro dipendente e per la farmaceutica convenzionata. Nel prosieguo del paragrafo si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse voci di spesa, con riferimento al periodo 2002-2010, anche in relazione ai raggruppamenti regionali in precedenza identificati.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa per il personale dipendente passa da un incremento medio annuo del 4,8% nel periodo 2003-2005 al 2,9% nel periodo 2006-2010 (Tab. 2.9), riducendo il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva dal 33% del 2005 al 33,2% del 2010 (Tab. 2.11). Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro, che registrano un tasso di crescita medio annuo del 6,1% nel periodo 2003-2005 a fronte dell'1,9% nel periodo 2006-2010 (Fig. 2.12). Su tale risultato ha giocato un ruolo notevole il blocco del *turn over* previsto nei rispettivi piani di rientro. L'incidenza rispetto alla spesa sanitaria regionale è passata dal 31,7% del 2005 al 32,1% del 2010. Un contenimento della dinamica della spesa per il reddito da lavoro dipendente si è registrato anche nelle regioni non sottoposte a piano di rientro, che passano da un incremento medio annuo del 4%, nel periodo 2003-2005, al 3,2%, nel periodo 2006-2010. Si riduce leggermente anche il peso della spesa per il personale rispetto alla spesa sanitaria regionale, che passa dal 33,4% del 2005 al 33% del 2010.

Fig. 2.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia. Benchè la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.9: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2002-2017 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	2.222,0	2.273,7	2.389,0	2.562,3	2.707,1	2.710,5	2.818,9	2.927,6	2.976,1	2.930,8	2.882,4	2.831,8	2.804,4	2.795,4	2.776,5	2.768,3
Vale d'Aosta	86,6	87,8	92,2	96,8	107,7	102,2	112,8	111,6	114,7	112,9	113,0	113,6	114,7	113,2	114,1	112,3
Lombardia	3.819,0	3.788,8	3.866,1	4.363,6	4.587,2	4.641,7	4.869,8	5.015,7	5.142,0	5.114,5	5.093,5	5.041,1	5.002,2	4.996,5	4.964,9	4.961,9
Provincia autonoma di Bolzano	340,3	363,6	381,5	396,7	424,3	471,2	519,2	540,9	550,3	549,0	592,8	591,7	577,8	585,3	579,4	599,7
Provincia autonoma di Trento	282,5	311,2	311,3	319,2	337,8	360,5	378,3	400,3	402,7	404,0	416,8	420,6	421,3	419,3	423,8	441,3
Veneto	2.242,4	2.274,6	2.334,8	2.401,9	2.556,5	2.547,8	2.680,7	2.735,7	2.771,4	2.746,0	2.746,5	2.742,4	2.733,4	2.732,3	2.734,5	2.726,8
Friuli Venezia Giulia	622,6	634,2	711,1	751,2	735,6	825,0	888,4	940,3	953,3	946,6	950,1	948,5	937,6	926,3	925,0	926,1
Liguria	863,5	876,1	1.056,0	1.097,5	1.087,6	1.091,0	1.132,8	1.165,4	1.176,6	1.153,7	1.116,8	1.097,7	1.090,1	1.085,3	1.076,3	1.078,6
Emilia Romagna	2.255,8	2.262,5	2.424,6	2.510,6	2.662,8	2.681,7	2.857,6	2.927,3	3.000,0	3.022,4	3.013,3	2.993,3	2.976,8	2.964,5	2.962,5	2.962,6
Toscana	1.996,2	2.007,6	2.150,3	2.220,7	2.341,5	2.350,4	2.464,9	2.575,8	2.623,9	2.607,8	2.554,2	2.519,0	2.523,9	2.537,1	2.511,6	2.517,5
Umbria	478,4	488,9	506,9	519,2	554,5	556,1	588,2	604,3	613,4	610,7	610,9	610,5	613,1	613,1	613,1	613,9
Marche	800,8	777,4	860,0	895,4	948,7	946,2	970,6	1.023,0	1.040,5	1.026,9	1.005,0	990,9	987,7	988,8	990,2	1.005,1
Lazio	2.170,5	2.269,4	2.384,5	2.816,1	2.940,5	2.919,0	3.023,7	3.058,8	3.075,2	2.985,5	2.894,2	2.813,8	2.747,3	2.706,9	2.662,4	2.621,3
Abruzzo	649,6	672,9	677,3	702,1	741,2	742,3	776,5	776,1	788,4	772,4	764,3	765,0	762,4	764,1	760,9	753,7
Molise	174,3	175,3	188,6	196,5	209,5	208,6	208,3	210,9	215,1	209,3	203,5	198,0	196,7	192,7	181,4	175,3
Campania	2.503,5	2.542,6	2.778,2	3.075,8	3.128,0	3.172,6	3.188,2	3.264,6	3.217,4	3.070,6	2.935,7	2.829,7	2.756,9	2.691,1	2.608,3	2.583,6
Puglia	1.651,9	1.653,9	1.737,8	1.827,3	1.950,0	2.008,7	2.078,2	2.141,2	2.190,8	2.112,5	2.040,3	1.983,4	1.988,5	1.992,8	1.988,9	2.000,1
Basilicata	279,9	276,3	300,3	318,9	345,1	352,2	378,9	384,7	393,2	385,6	380,6	376,9	377,6	376,3	375,4	369,2
Calabria	1.044,2	1.048,8	1.067,7	1.117,4	1.169,1	1.205,4	1.259,7	1.291,0	1.290,3	1.254,8	1.217,8	1.182,5	1.153,2	1.140,2	1.126,5	1.126,5
Sicilia	2.246,3	2.255,3	2.346,0	2.598,5	2.861,1	2.911,6	2.980,2	2.967,7	2.976,1	2.920,6	2.882,5	2.861,4	2.826,9	2.793,6	2.762,2	2.759,0
Sardegna	887,9	904,5	940,9	970,6	1.015,2	1.026,4	1.090,5	1.129,3	1.163,3	1.164,5	1.170,4	1.177,9	1.188,7	1.193,0	1.193,9	1.189,9
ITALIA	27.618,2	27.945,4	29.505,4	31.758,6	33.411,2	33.831,0	35.266,5	36.192,0	36.673,5	36.100,8	35.584,5	35.090,1	34.778,6	34.607,9	34.332,0	34.312,7
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	12.736,0	12.752,2	13.499,1	14.328,0	15.083,9	15.167,1	15.943,4	16.431,8	16.759,8	16.667,5	16.520,7	16.372,1	16.302,2	16.294,0	16.228,6	16.255,5
% sulla spesa sanitaria corrente	46,1%	45,6%	45,8%	45,1%	45,1%	44,8%	45,2%	45,4%	45,7%	46,2%	46,4%	46,7%	46,9%	47,1%	47,3%	47,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	8.788,4	8.964,3	9.442,4	10.506,5	11.049,4	11.159,5	11.436,8	11.569,0	11.562,5	11.213,2	10.897,9	10.650,4	10.443,4	10.288,6	10.101,8	10.019,4
% sulla spesa sanitaria corrente	31,8%	32,1%	32,0%	33,1%	33,1%	33,0%	32,4%	32,0%	31,5%	31,1%	30,6%	30,4%	30,0%	29,7%	29,4%	29,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	3.873,9	3.927,6	4.126,8	4.389,6	4.657,1	4.719,1	4.897,2	5.068,8	5.166,8	5.043,2	4.922,7	4.815,2	4.792,9	4.788,2	4.765,4	4.768,4
% sulla spesa sanitaria corrente	14,0%	14,1%	14,0%	13,8%	13,9%	13,9%	13,9%	14,0%	14,1%	14,0%	13,8%	13,7%	13,8%	13,8%	13,9%	13,9%
Autorità speciali ^(d)	2.219,9	2.301,3	2.437,1	2.534,6	2.620,7	2.785,3	2.989,1	3.122,3	3.184,3	3.176,9	3.243,2	3.252,4	3.240,1	3.237,2	3.236,3	3.269,3
% sulla spesa sanitaria corrente	8,0%	8,2%	8,3%	8,0%	7,8%	8,2%	8,5%	8,6%	8,7%	8,8%	9,1%	9,3%	9,3%	9,4%	9,4%	9,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Da marzo 2017 la regione Piemonte è uscita dal piano di rientro.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.10: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	2,3%	5,1%	7,3%	5,7%	0,1%	4,0%	3,9%	1,7%	-1,5%	-1,6%	-1,8%	-1,0%	-0,3%	-0,7%	-0,3%
Valle d'Aosta	1,4%	5,1%	5,0%	11,2%	-5,1%	10,4%	-1,1%	2,7%	-1,6%	0,2%	0,5%	1,0%	-1,3%	0,8%	-1,6%
Lombardia	-0,8%	2,0%	12,9%	5,1%	1,2%	4,9%	3,0%	2,5%	-0,5%	-0,4%	-1,0%	-0,8%	-0,1%	-0,6%	-0,1%
Provincia autonoma di Bolzano	6,8%	4,9%	4,0%	7,0%	11,1%	10,2%	4,2%	1,7%	-0,2%	8,0%	-0,2%	-2,4%	1,3%	-1,0%	3,5%
Provincia autonoma di Trento	10,2%	0,0%	2,6%	5,8%	6,7%	4,9%	5,8%	0,6%	0,3%	3,2%	0,9%	0,1%	-0,5%	1,1%	4,1%
Veneto	1,4%	2,6%	2,9%	6,4%	-0,3%	5,2%	2,1%	1,3%	-0,9%	0,0%	-0,1%	-0,3%	0,0%	0,1%	-0,3%
Friuli Venezia Giulia	1,9%	12,1%	5,6%	-2,1%	12,1%	7,7%	5,8%	1,4%	-0,7%	0,4%	-0,2%	-1,1%	-1,2%	-0,1%	0,1%
Liguria	1,5%	20,5%	3,9%	-0,9%	0,3%	3,8%	2,9%	1,0%	-1,9%	-3,2%	-1,7%	-0,7%	-0,4%	-0,8%	0,2%
Emilia Romagna	0,3%	7,2%	3,5%	6,1%	0,7%	6,6%	2,4%	2,5%	0,7%	-0,3%	-0,7%	-0,6%	-0,4%	-0,1%	0,7%
Toscana	0,6%	7,1%	3,3%	5,4%	0,4%	4,9%	4,5%	1,8%	-0,6%	-2,1%	-1,4%	0,2%	0,5%	-1,0%	0,2%
Umbria	2,2%	3,7%	2,4%	6,8%	0,3%	5,8%	2,7%	1,5%	-0,4%	0,0%	0,0%	-0,1%	0,4%	0,0%	0,1%
Marche	-2,9%	10,6%	4,1%	6,0%	-0,3%	2,6%	5,4%	1,7%	-1,3%	-2,1%	-1,4%	-2,4%	0,1%	0,1%	1,5%
Lazio	4,6%	5,1%	18,1%	4,4%	-0,7%	3,6%	1,2%	0,5%	-2,9%	-3,1%	-2,8%	-2,4%	-1,5%	-1,6%	-1,5%
Abruzzo	3,6%	0,7%	3,7%	5,6%	0,1%	4,6%	-0,1%	1,6%	-2,0%	-1,0%	0,1%	-0,3%	0,2%	-0,4%	-0,9%
Molise	0,6%	7,6%	4,2%	6,6%	-0,5%	-0,1%	1,2%	2,0%	-2,7%	-2,8%	-2,7%	-0,7%	-2,1%	-5,9%	-3,4%
Campania	1,6%	9,3%	10,7%	1,7%	1,4%	0,5%	2,4%	-1,4%	-4,6%	-4,4%	-3,6%	-2,6%	-2,4%	-3,1%	-0,9%
Puglia	0,1%	5,1%	5,2%	6,7%	3,0%	3,5%	3,0%	2,3%	-3,6%	-3,4%	-2,8%	0,3%	0,2%	-0,2%	0,6%
Basilicata	-1,3%	8,7%	6,2%	8,2%	2,0%	7,6%	1,5%	2,2%	-1,9%	-1,3%	-1,0%	0,2%	-0,4%	-0,2%	-1,7%
Calabria	0,4%	1,8%	4,7%	4,6%	3,1%	4,5%	2,5%	0,0%	-2,8%	-3,0%	-2,9%	-2,5%	-1,1%	-1,2%	0,0%
Sicilia	0,4%	4,0%	10,8%	10,1%	1,8%	2,4%	-0,4%	0,3%	-1,9%	-1,3%	-0,7%	-1,2%	-1,2%	-1,1%	-0,1%
Sardegna	1,9%	4,0%	3,2%	4,6%	1,1%	6,2%	3,6%	3,0%	0,1%	0,5%	0,6%	0,9%	0,4%	0,1%	-0,3%
ITALIA	1,2%	5,6%	7,6%	5,2%	1,3%	4,2%	2,6%	1,3%	-1,6%	-1,4%	-1,4%	-0,9%	-0,5%	-0,8%	-0,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	0,1%	5,9%	6,1%	5,3%	0,6%	5,1%	3,1%	2,0%	-0,6%	-0,9%	-0,9%	-0,4%	-0,1%	-0,4%	0,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	2,0%	5,3%	11,3%	5,2%	1,0%	2,5%	1,2%	-0,1%	-3,0%	-2,8%	-2,3%	-1,9%	-1,5%	-1,8%	-0,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	1,4%	5,1%	6,4%	6,1%	1,3%	3,8%	3,5%	1,9%	-2,4%	-2,4%	-2,2%	-0,5%	-0,1%	-0,5%	0,1%
Autonomie speciali ^(d)	3,7%	5,9%	4,0%	3,4%	6,3%	7,3%	4,5%	2,0%	-0,2%	2,1%	0,3%	-0,4%	-0,1%	0,0%	1,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.11: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	38,0%	37,0%	33,6%	35,6%	36,3%	35,1%	34,9%	35,1%	35,1%	34,8%	34,3%	34,6%	34,2%	34,5%	33,7%	33,3%
Valle d'Aosta	45,5%	44,4%	44,1%	43,1%	43,9%	41,4%	43,3%	42,3%	41,3%	40,5%	40,5%	41,9%	44,0%	43,2%	44,5%	43,9%
Lombardia	30,0%	29,8%	28,9%	29,9%	29,9%	28,7%	29,1%	29,2%	28,9%	28,2%	28,1%	27,6%	26,6%	26,2%	26,2%	25,5%
Provincia autonoma di Bolzano	39,5%	40,0%	40,0%	40,4%	41,6%	44,3%	46,9%	50,8%	50,1%	49,5%	51,5%	51,0%	50,4%	49,8%	48,3%	48,1%
Provincia autonoma di Trento	37,5%	38,7%	37,9%	37,3%	37,5%	38,2%	38,0%	37,7%	36,7%	35,7%	36,0%	36,6%	36,5%	37,2%	36,9%	37,1%
Veneto	35,7%	34,8%	33,5%	31,8%	32,5%	31,4%	32,0%	31,7%	31,6%	31,4%	31,5%	31,5%	31,1%	30,9%	30,5%	29,3%
Friuli Venezia Giulia	37,5%	36,6%	37,7%	37,8%	37,1%	38,3%	38,4%	39,0%	39,0%	38,0%	37,8%	38,4%	39,5%	39,7%	39,1%	38,5%
Liguria	35,9%	35,5%	36,9%	37,5%	36,8%	35,2%	35,7%	35,6%	36,3%	35,7%	35,5%	35,2%	34,5%	34,2%	33,8%	33,6%
Emilia Romagna	38,4%	37,0%	36,1%	35,6%	36,4%	35,2%	36,0%	35,4%	35,5%	35,6%	34,2%	34,7%	34,4%	33,9%	33,5%	33,1%
Toscana	39,9%	39,1%	37,9%	37,5%	37,8%	36,7%	37,0%	36,2%	37,8%	36,6%	35,9%	36,3%	35,5%	35,2%	34,5%	34,0%
Umbria	40,3%	38,4%	37,9%	37,2%	38,0%	37,2%	37,7%	37,5%	37,8%	37,4%	37,2%	37,1%	37,3%	37,1%	36,7%	35,4%
Marche	39,3%	37,3%	37,8%	38,2%	38,8%	37,5%	37,1%	37,4%	37,2%	36,7%	36,6%	36,5%	36,1%	36,1%	35,5%	35,5%
Lazio	29,4%	28,5%	25,0%	28,3%	27,9%	27,2%	27,6%	27,4%	27,8%	27,4%	26,7%	26,5%	25,8%	25,3%	24,9%	24,4%
Abruzzo	35,7%	34,2%	34,8%	31,3%	33,6%	31,9%	33,0%	33,2%	33,6%	33,5%	32,5%	33,0%	32,1%	32,5%	31,6%	31,1%
Molise	39,0%	33,4%	36,4%	30,1%	35,6%	33,6%	32,1%	31,8%	32,6%	32,3%	30,7%	28,4%	29,7%	30,0%	27,5%	27,1%
Campania	33,1%	32,7%	31,7%	31,9%	34,0%	32,7%	31,9%	32,2%	32,2%	31,3%	30,2%	29,5%	28,1%	27,3%	26,1%	25,6%
Puglia	32,8%	32,3%	32,1%	29,7%	31,2%	29,8%	29,4%	30,0%	30,3%	30,0%	29,5%	28,6%	28,2%	28,1%	27,5%	27,5%
Basilicata	38,5%	36,0%	36,4%	35,6%	37,9%	36,4%	37,4%	37,2%	37,2%	36,4%	36,9%	36,9%	36,7%	36,4%	36,3%	35,4%
Calabria	41,0%	40,6%	38,6%	39,2%	38,9%	36,4%	37,4%	37,0%	37,4%	37,2%	36,2%	35,7%	34,2%	33,9%	32,5%	33,0%
Sicilia	34,7%	34,0%	31,3%	33,3%	34,1%	35,0%	36,0%	35,4%	35,0%	34,4%	33,9%	33,5%	32,7%	32,3%	31,2%	30,8%
Sardegna	40,2%	39,8%	38,6%	36,1%	38,6%	38,0%	37,6%	37,0%	37,2%	36,6%	36,3%	37,0%	36,7%	36,8%	36,1%	36,4%
ITALIA	35,0%	34,2%	32,8%	33,0%	33,8%	32,9%	33,1%	33,1%	33,2%	32,7%	32,2%	32,1%	31,4%	31,1%	30,5%	30,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	35,2%	34,4%	33,7%	33,4%	33,9%	32,7%	33,2%	32,9%	33,0%	32,5%	32,2%	32,1%	31,4%	31,2%	30,8%	30,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	33,5%	32,7%	30,4%	31,7%	32,5%	31,9%	32,1%	32,0%	32,1%	31,6%	30,7%	30,4%	29,4%	28,9%	28,0%	27,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	35,6%	34,9%	32,9%	32,9%	34,0%	32,6%	32,3%	32,7%	32,9%	32,6%	32,2%	31,8%	31,5%	31,5%	30,8%	30,6%
Autonomie speciali ^(d)	39,2%	38,9%	38,7%	37,6%	38,7%	39,2%	39,4%	39,8%	39,6%	38,8%	39,0%	39,5%	39,7%	39,8%	39,1%	39,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEL).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore in piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Le Regioni in piano di rientro leggero passano da una variazione media annua del 4,3% del periodo 2003-2005 a una variazione media annua del 3,3% nel periodo 2006-2010. Il peso dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale si attesta al 32,9% sia nel 2005 che nel 2010.

Diverso è l'andamento della spesa per il personale nelle Autonomie speciali, dove passa da un incremento medio annuo del 4,5% nel periodo 2003-2005 a un incremento medio annuo del 4,7% nel periodo 2006-2010. Tali dinamiche si riflettono anche sul peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, che aumenta sensibilmente dal 37,6% nel 2005 al 39,6% nel 2010.

Prodotti farmaceutici. La spesa per prodotti farmaceutici, che include sia la spesa per farmaci erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri che quella per la distribuzione diretta e per conto, passa da un incremento medio annuo del 17,4% nel periodo 2003-2005 al 12,3% nel periodo 2006-2010 (Tab. 2.12). Aumenta notevolmente il peso percentuale dell'aggregato sulla spesa sanitaria totale, che passa dal 4,3% nel 2005 al 6,7% nel 2010 (Tab. 2.14).

Sulla dinamica di tale voce di spesa ha influito l'introduzione di farmaci innovativi (specie in campo oncologico) caratterizzati da prezzi elevati e l'incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci in diversi SSR. Quest'ultimo fattore, in particolare, ha portato ad una ricomposizione della spesa farmaceutica, con una riduzione di quella per la farmaceutica convenzionata ed un aumento di quella per i prodotti farmaceutici.

Il contenimento è stato maggiore nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, che passano da un incremento medio annuo del 24,1% nel periodo 2003-2005 ad un incremento medio annuo del 12,6% nel periodo 2006-2010 (Fig. 2.13). Il peso della spesa per i prodotti farmaceutici ospedalieri sulla corrispondente spesa sanitaria regionale aumenta considerevolmente dal 3,8% del 2005 al 6,3% del 2010.

Un rallentamento della dinamica si è registrato anche nelle Regioni non sottoposte a piano di rientro, che passano da un incremento medio annuo del 14,7%, nel periodo 2003-2005, a un incremento medio del 10,9% nel periodo 2006-2010. Anche per questo gruppo di regioni il peso della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale aumenta significativamente, passando dal 4,8% del 2005 al 6,8% del 2010.

Le Regioni in piano di rientro leggero passano da una variazione media annua del 17,1% nel periodo 2003-2005 ad una variazione media annua del 15,7% nel periodo 2006-2010. In termini di incidenza sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, l'aggregato cresce dal 4,2% del 2005 al 7,4% del 2010.

Le Autonomie speciali registrano, invece, un aumento del tasso di crescita medio annuo della spesa che passa dal 12,6% del periodo 2003-2005 al 13,4% del periodo 2006-2010. Il peso della spesa per i prodotti farmaceutici ospedalieri sulla corrispondente spesa sanitaria regionale aumenta dal 4,4% nel 2005 al 6,9% nel 2010.

Tab. 2.12: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2017 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	199,8	242,8	285,2	331,9	365,2	405,2	489,4	535,2	613,3	638,2	612,2	638,8	673,5	682,5	783,2	809,8
Valle d'Aosta	5,3	6,2	6,8	8,3	8,6	9,1	11,4	13,1	13,7	15,2	13,9	13,9	14,6	18,3	18,0	17,7
Lombardia	343,6	364,0	410,4	516,7	561,6	631,2	765,1	856,6	956,0	1.066,6	1.056,3	1.127,4	1.215,0	1.512,8	1.491,5	1.561,2
Provincia autonoma di Bolzano	24,0	27,8	28,9	31,1	41,5	45,0	49,3	51,3	54,6	58,9	60,5	65,5	68,7	81,0	85,0	87,1
Provincia autonoma di Trento	24,1	27,0	29,4	31,9	34,2	38,8	34,4	38,9	42,0	43,5	45,7	46,3	50,0	57,1	61,7	65,7
Veneto	236,3	274,1	304,8	329,2	355,9	396,6	469,1	520,0	569,5	589,9	602,5	629,4	673,2	737,2	780,6	845,3
Friuli Venezia Giulia	56,3	67,5	82,0	88,5	99,5	126,5	153,1	166,3	174,4	187,4	178,0	195,4	193,7	226,1	243,6	261,6
Liguria	80,0	90,6	122,3	144,6	158,0	177,6	209,9	226,5	239,0	240,6	219,6	232,7	247,4	290,9	316,8	331,0
Emilia Romagna	265,7	313,1	353,0	384,9	403,4	435,6	529,9	578,8	613,5	624,2	614,7	653,0	675,5	754,4	839,9	875,1
Toscana	258,1	305,3	345,8	396,1	405,9	453,6	538,2	611,5	619,1	642,9	626,1	617,3	710,2	735,9	819,2	846,6
Umbria	56,6	66,7	72,4	75,1	83,6	97,4	104,2	116,8	124,8	131,7	135,2	144,7	155,1	159,5	195,9	202,7
Marche	90,9	106,2	124,3	148,8	173,1	186,9	211,6	225,6	243,6	253,0	261,6	260,4	272,3	302,9	326,1	334,4
Lazio	147,9	181,0	202,9	343,5	391,5	491,4	573,2	636,8	701,6	735,7	758,0	813,9	852,1	944,4	1.014,5	1.068,2
Abruzzo	68,9	82,3	93,2	106,3	119,4	123,1	146,6	156,3	160,6	171,9	167,9	179,4	189,8	213,7	240,4	252,8
Molise	13,6	15,9	17,6	22,3	24,2	24,5	30,1	33,1	35,2	39,0	36,6	37,2	42,6	51,7	52,8	55,2
Campania	217,8	275,4	335,0	430,0	460,0	511,6	597,3	644,4	689,6	712,6	721,0	760,1	848,9	1.062,6	1.166,8	1.194,0
Puglia	147,6	164,5	198,3	225,5	316,3	371,8	441,0	486,5	542,4	564,3	608,4	584,9	618,1	722,6	790,5	859,9
Basilicata	25,5	32,1	36,4	52,3	53,9	57,7	59,6	68,8	75,4	82,7	79,9	84,0	85,6	98,8	108,2	114,1
Calabria	65,0	75,1	84,2	94,6	108,1	120,8	145,3	183,9	206,4	249,5	246,7	284,0	296,4	364,1	375,4	394,0
Sicilia	147,8	171,7	194,2	266,7	318,7	356,6	419,0	463,1	488,8	524,9	556,2	579,3	643,8	783,0	830,1	862,4
Sardegna	97,0	108,4	125,4	135,4	137,2	174,6	222,6	239,6	268,5	272,4	255,7	285,9	307,7	337,5	362,9	367,1
ITALIA	2.571,8	2.997,9	3.452,6	4.163,6	4.619,6	5.235,6	6.200,1	6.853,2	7.431,9	7.785,0	7.856,8	8.233,5	8.834,1	10.137,1	10.903,0	11.406,0
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	1.356,7	1.552,2	1.769,4	2.047,6	2.195,2	2.436,6	2.887,5	3.204,7	3.440,9	3.571,6	3.595,9	3.748,9	4.034,2	4.592,4	4.878,2	5.110,4
% sulla spesa sanitaria corrente	52,8%	51,8%	51,3%	49,2%	47,5%	46,5%	46,6%	46,8%	46,3%	45,9%	45,8%	45,5%	45,7%	45,3%	44,7%	44,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	661,1	801,4	927,1	1.263,5	1.422,0	1.628,0	1.911,4	2.117,7	2.282,3	2.433,6	2.486,4	2.653,8	2.873,5	3.419,5	3.680,0	3.826,6
% sulla spesa sanitaria corrente	25,7%	26,7%	26,9%	30,3%	30,8%	31,1%	30,8%	30,9%	30,7%	31,3%	31,6%	32,2%	32,5%	33,7%	33,8%	33,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	347,4	407,4	483,5	557,4	681,5	777,0	930,4	1.021,7	1.155,6	1.202,5	1.220,6	1.223,7	1.291,6	1.405,1	1.573,7	1.669,6
% sulla spesa sanitaria corrente	13,5%	13,6%	14,0%	13,4%	14,8%	14,8%	15,0%	14,9%	15,5%	15,4%	15,5%	14,9%	14,6%	13,9%	14,4%	14,6%
Autonomie speciali ^(d)	206,6	236,9	272,6	295,1	321,0	394,0	470,8	509,2	553,1	577,3	553,8	607,0	634,7	720,1	771,2	799,3
% sulla spesa sanitaria corrente	8,0%	7,9%	7,9%	7,1%	6,9%	7,5%	7,6%	7,4%	7,4%	7,4%	7,0%	7,4%	7,2%	7,1%	7,1%	7,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.13: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	21,6%	17,4%	16,4%	10,0%	11,0%	20,8%	9,4%	14,6%	4,1%	-4,1%	4,3%	5,4%	1,3%	14,7%	3,4%
Valle d'Aosta	17,7%	9,5%	22,2%	3,2%	6,6%	24,6%	14,9%	4,5%	11,1%	-8,1%	0,0%	4,9%	24,9%	-1,4%	-1,5%
Lombardia	5,9%	12,7%	25,9%	8,7%	12,4%	21,2%	12,0%	11,6%	5,3%	4,9%	6,7%	7,8%	24,5%	-1,4%	4,7%
Provincia autonoma di Bolzano	16,0%	4,0%	7,5%	33,6%	8,3%	9,7%	3,9%	6,5%	7,9%	2,6%	8,2%	4,9%	18,0%	4,9%	2,5%
Provincia autonoma di Trento	12,0%	8,9%	8,3%	7,4%	13,3%	-11,3%	13,2%	7,8%	3,6%	5,2%	1,3%	7,8%	14,3%	8,0%	6,5%
Veneto	16,0%	11,2%	8,0%	8,1%	11,5%	18,3%	10,9%	9,5%	3,6%	2,1%	4,5%	7,0%	9,5%	5,9%	8,3%
Friuli Venezia Giulia	19,9%	21,5%	7,9%	12,4%	27,2%	21,0%	8,7%	4,8%	7,5%	-5,0%	9,8%	-0,8%	16,7%	7,7%	7,4%
Liguria	13,2%	35,1%	18,2%	9,3%	12,4%	18,2%	7,9%	5,5%	0,7%	-8,8%	6,0%	6,3%	17,6%	8,9%	4,5%
Emilia Romagna	17,8%	12,7%	9,0%	4,8%	8,0%	21,7%	9,2%	6,0%	1,7%	-1,5%	6,2%	3,4%	11,7%	11,3%	4,2%
Toscana	18,3%	13,3%	14,5%	2,5%	11,8%	18,6%	13,6%	1,2%	3,8%	-2,6%	-1,4%	15,1%	3,6%	11,3%	3,3%
Umbria	17,9%	8,5%	3,8%	11,3%	16,5%	7,0%	12,2%	6,9%	5,5%	2,6%	7,0%	7,2%	2,9%	22,8%	3,5%
Marche	16,8%	17,0%	19,7%	16,4%	8,0%	13,2%	6,6%	8,0%	3,9%	3,4%	-0,4%	4,6%	11,2%	7,7%	2,5%
Lazio	22,4%	12,1%	69,3%	14,0%	25,5%	16,7%	11,1%	10,2%	4,9%	3,0%	7,4%	4,7%	10,8%	7,4%	5,3%
Abruzzo	19,4%	13,2%	14,0%	12,3%	3,1%	19,1%	6,6%	2,8%	7,0%	-2,3%	6,9%	5,8%	12,6%	12,5%	5,2%
Molise	16,3%	10,8%	26,8%	8,5%	1,4%	22,7%	10,0%	6,2%	10,9%	-6,1%	1,5%	14,6%	21,5%	2,1%	4,5%
Campania	26,5%	21,6%	28,4%	7,0%	11,2%	16,7%	7,9%	7,0%	3,3%	1,2%	5,4%	11,7%	25,2%	9,8%	2,3%
Puglia	11,5%	20,5%	13,7%	40,3%	17,5%	18,6%	10,3%	11,5%	4,1%	7,8%	-3,9%	5,7%	16,9%	9,4%	8,8%
Basilicata	26,1%	13,4%	43,5%	2,9%	7,2%	3,3%	15,4%	9,6%	9,6%	-3,3%	5,1%	1,8%	15,5%	9,6%	5,4%
Calabria	15,4%	12,2%	12,3%	14,3%	11,7%	20,2%	26,6%	12,2%	20,9%	-1,1%	15,1%	4,4%	22,8%	3,1%	5,0%
Sicilia	16,2%	13,1%	37,4%	19,5%	11,9%	17,5%	10,5%	5,6%	7,4%	6,0%	4,1%	11,1%	21,6%	6,0%	3,9%
Sardegna	11,8%	15,7%	7,9%	1,3%	27,3%	27,5%	7,6%	12,1%	1,4%	-6,1%	11,8%	7,6%	9,7%	7,5%	1,2%
ITALIA	16,6%	15,2%	20,6%	11,0%	13,3%	18,4%	10,5%	8,4%	4,8%	0,9%	4,8%	7,3%	14,7%	7,6%	4,6%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	14,4%	14,0%	15,7%	7,2%	11,0%	18,5%	11,0%	7,4%	3,8%	0,7%	4,3%	7,6%	13,8%	6,2%	4,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	21,2%	15,7%	36,3%	12,5%	14,5%	17,4%	10,8%	7,8%	6,6%	2,2%	6,7%	8,3%	19,0%	7,6%	4,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	17,3%	18,7%	15,3%	22,3%	14,0%	19,8%	9,8%	13,1%	4,1%	1,5%	0,3%	5,5%	8,8%	12,0%	6,1%
Autonomie speciali ^(d)	14,7%	15,0%	8,3%	8,7%	22,8%	19,5%	8,1%	8,6%	4,4%	-4,1%	9,6%	4,6%	13,5%	7,1%	3,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

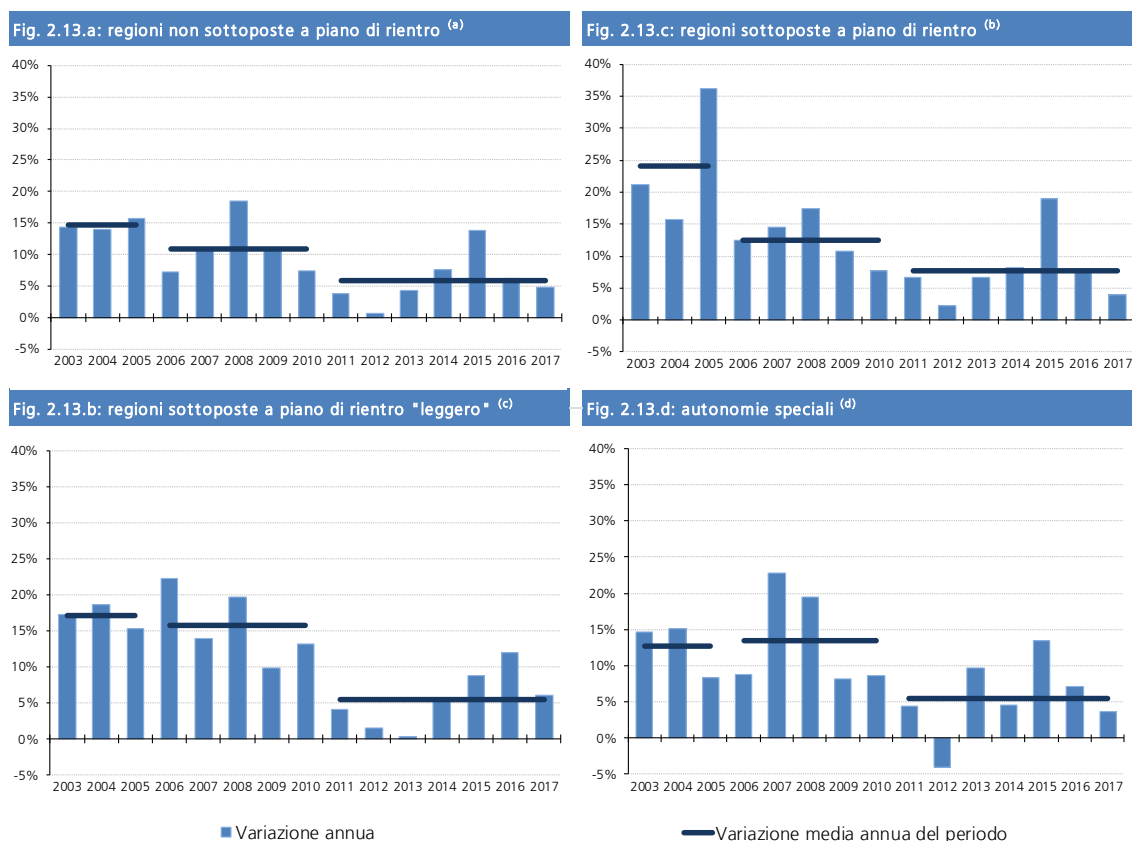
Tab. 2.14: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	3,4%	4,0%	4,0%	4,6%	4,9%	5,2%	6,1%	6,4%	7,2%	7,6%	7,3%	7,8%	8,2%	8,4%	9,5%	9,7%
Valle d'Aosta	2,8%	3,1%	3,2%	3,7%	3,5%	3,7%	4,4%	5,0%	4,9%	5,4%	5,0%	5,1%	5,6%	7,0%	7,0%	6,9%
Lombardia	2,7%	2,9%	3,1%	3,5%	3,7%	3,9%	4,6%	5,0%	5,4%	5,6%	5,8%	6,2%	6,5%	8,0%	7,9%	8,0%
Provincia autonoma di Bolzano	2,8%	3,1%	3,1%	3,2%	4,1%	4,2%	4,5%	4,8%	5,0%	5,3%	5,3%	5,6%	6,0%	6,9%	7,1%	7,0%
Provincia autonoma di Trento	3,2%	3,4%	3,6%	3,7%	3,8%	4,1%	3,5%	3,7%	3,8%	3,8%	4,0%	4,0%	4,3%	5,1%	5,4%	5,5%
Veneto	3,8%	4,2%	4,4%	4,4%	4,5%	4,9%	5,6%	6,0%	6,5%	6,7%	6,9%	7,2%	7,7%	8,3%	8,7%	9,1%
Friuli Venezia Giulia	3,4%	3,9%	4,4%	4,5%	5,0%	5,9%	6,6%	6,9%	7,1%	7,5%	7,1%	7,9%	8,2%	9,7%	10,3%	10,9%
Liguria	3,3%	3,7%	4,4%	4,9%	5,3%	5,7%	6,6%	6,9%	7,4%	7,4%	7,0%	7,5%	7,8%	9,2%	9,9%	10,3%
Emilia Romagna	4,5%	5,1%	5,3%	5,5%	5,5%	5,7%	6,7%	7,0%	7,3%	7,3%	7,0%	7,6%	7,8%	8,6%	9,5%	9,7%
Toscana	5,2%	6,0%	6,1%	6,7%	6,5%	7,1%	8,1%	8,6%	8,7%	9,0%	8,8%	8,9%	10,0%	10,2%	11,3%	11,4%
Umbria	4,8%	5,2%	5,4%	5,4%	5,7%	6,5%	6,7%	7,2%	7,7%	8,1%	8,2%	8,8%	9,5%	9,7%	11,7%	11,7%
Marche	4,5%	5,1%	5,5%	6,3%	7,1%	7,4%	8,1%	8,2%	8,7%	9,1%	9,5%	9,6%	10,0%	11,1%	11,7%	11,8%
Lazio	2,0%	2,3%	2,1%	3,4%	3,7%	4,6%	5,2%	5,7%	6,3%	6,8%	7,0%	7,7%	8,0%	8,8%	9,5%	9,9%
Abruzzo	3,8%	4,2%	4,8%	4,7%	5,4%	5,3%	6,2%	6,7%	6,9%	7,5%	7,1%	7,7%	8,0%	9,1%	10,0%	10,4%
Molise	3,1%	3,0%	3,4%	3,4%	4,1%	4,0%	4,6%	5,0%	5,3%	6,0%	5,5%	5,3%	6,4%	8,1%	8,0%	8,5%
Campania	2,9%	3,5%	3,8%	4,5%	5,0%	5,3%	6,0%	6,4%	6,9%	7,3%	7,4%	7,9%	8,7%	10,0%	11,7%	11,9%
Puglia	2,9%	3,2%	3,7%	3,7%	5,1%	5,5%	6,2%	6,8%	7,5%	8,0%	8,8%	8,4%	8,8%	10,2%	10,9%	11,8%
Basilicata	3,5%	4,2%	4,4%	5,8%	5,9%	6,0%	5,9%	6,7%	7,1%	7,8%	7,8%	8,2%	8,3%	9,6%	10,5%	11,0%
Calabria	2,6%	2,9%	3,0%	3,3%	3,6%	3,6%	4,3%	5,3%	6,0%	7,4%	7,3%	8,6%	8,8%	10,8%	11,0%	11,6%
Sicilia	2,3%	2,6%	2,6%	3,4%	3,8%	4,3%	5,1%	5,5%	5,7%	6,2%	6,5%	6,8%	7,4%	9,0%	9,4%	9,6%
Sardegna	4,4%	4,8%	5,1%	5,0%	5,2%	6,5%	7,7%	7,9%	8,6%	8,6%	7,9%	9,0%	9,5%	10,4%	11,0%	11,2%
ITALIA	3,3%	3,7%	3,8%	4,3%	4,7%	5,1%	5,8%	6,3%	6,7%	7,1%	7,1%	7,5%	8,0%	9,1%	9,7%	10,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3,7%	4,2%	4,4%	4,8%	4,9%	5,3%	6,0%	6,4%	6,8%	7,0%	7,0%	7,3%	7,8%	8,8%	9,3%	9,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	2,5%	2,9%	3,0%	3,8%	4,2%	4,6%	5,4%	5,8%	6,3%	6,8%	7,0%	7,6%	8,1%	9,6%	10,2%	10,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	3,2%	3,6%	3,9%	4,2%	5,0%	5,4%	6,1%	6,6%	7,4%	7,8%	8,0%	8,1%	8,5%	9,2%	10,2%	10,7%
Autonomie speciali ^(d)	3,6%	4,0%	4,3%	4,4%	4,7%	5,5%	6,2%	6,5%	6,9%	7,0%	6,7%	7,4%	7,8%	8,8%	9,3%	9,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Riconferma le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Riconferma le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 si sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Riconferma le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Fig. 2.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

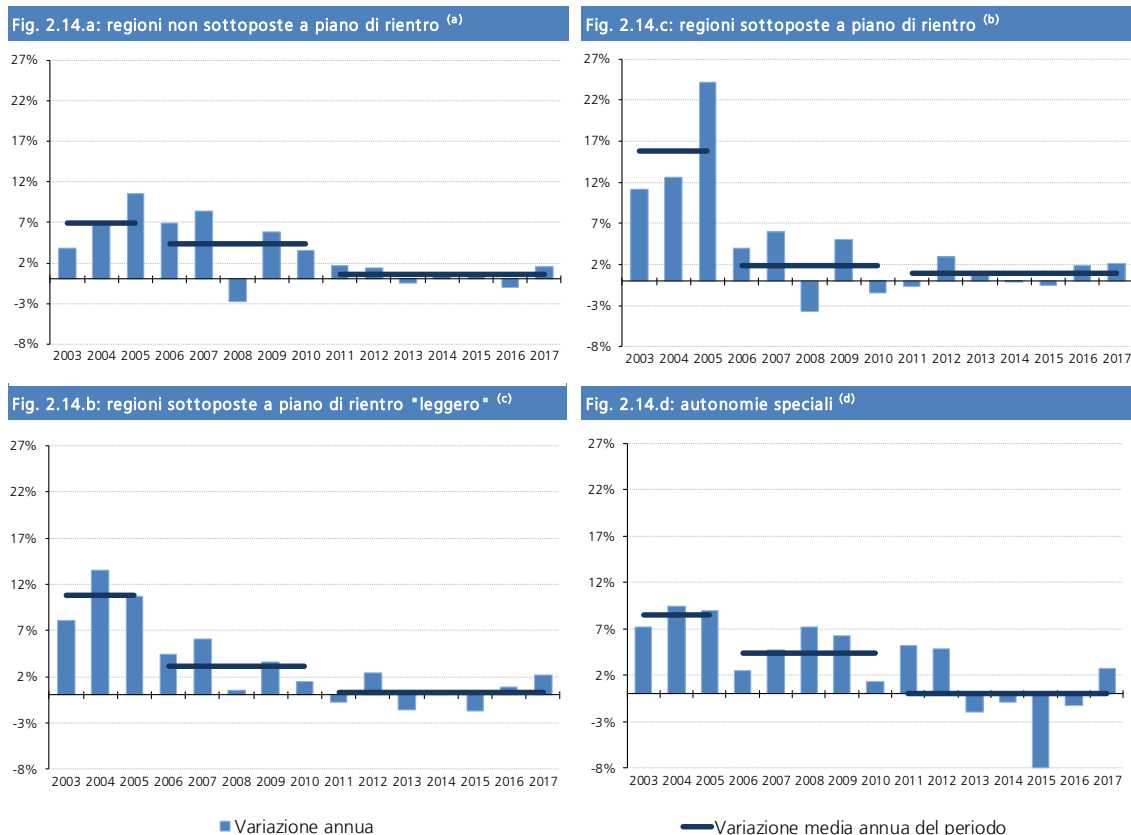
^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Piemonte, Puglia. Benchè la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici. La spesa per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici passa da un incremento medio annuo del 10% del periodo 2003-2005 a un incremento del 3,5% del periodo 2006-2010 (Tab. 2.15). Il peso di tale componente sulla spesa sanitaria complessiva aumenta, passando dal 18,6% nel 2005 al 19,2% nel 2010 (Tab. 2.17).

Il contenimento è stato maggiore nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, dove l'incremento medio annuo si riduce drasticamente dal 15,9% del periodo 2003-2005 all'1,9% del quinquennio 2006-2010 (Fig. 2.14). L'incidenza di tale componente sulla corrispondente spesa sanitaria regionale è passata dal 16,2% del 2005 al 16,4% del 2010.

Anche le Regioni non sottoposte a piano di rientro evidenziano, seppure in misura meno marcata, un rallentamento della crescita registrando un incremento medio annuo del 4,3% nel periodo 2006-2010 a fronte del 6,9% rilevato nel periodo 2003-2005. In questo caso, il peso della spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici sulla spesa sanitaria regionale aumenta dal 19,9% del 2005 al 20,8% del 2010.

Fig. 2.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia. Benchè la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Le Regioni in piano di rientro leggero passano da una variazione media annua del 10,8% nel periodo 2003-2005 ad una variazione media annua del 3,2% nel periodo 2006-2010. Tali andamenti si traducono in una contenuta riduzione del peso dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, che passa dal 19,2% del 2005 al 19% del 2010.

Le Autonomie speciali passano da un incremento medio annuo dell'8,6% del periodo 2003-2005 a un incremento medio annuo del 4,4% nel periodo 2006-2010. Il peso sulla corrispondente spesa sanitaria regionale registra, invece, un incremento, passando dal 20,8% nel 2005 al 21,6% nel 2010.

Tab. 2.15: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2017 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	1.100,5	1.213,2	1.346,0	1.482,5	1.542,3	1.623,2	1.630,2	1.678,6	1.689,6	1.702,5	1.743,7	1.692,0	1.660,2	1.647,1	1.649,7	1.705,5
Valle d'Aosta	42,4	43,5	47,8	53,5	57,8	60,5	72,7	77,3	84,6	84,1	80,1	75,4	71,3	66,4	61,6	64,4
Lombardia	2.132,4	2.058,3	2.121,9	2.506,0	2.703,0	2.960,1	2.882,5	3.016,1	3.204,7	3.305,3	3.412,0	3.472,3	3.503,9	3.488,7	3.475,9	3.487,6
Provincia autonoma di Bolzano	223,0	241,9	253,1	263,1	273,8	243,4	220,9	218,2	217,2	221,0	242,7	236,6	231,3	233,3	233,0	244,4
Provincia autonoma di Trento	131,1	140,4	150,0	163,2	174,1	192,0	204,4	217,9	224,5	228,4	238,9	237,5	246,7	251,0	238,8	250,4
Veneto	1.377,8	1.485,8	1.559,6	1.638,2	1.788,6	2.048,1	1.824,1	1.928,7	2.004,0	2.075,9	2.082,0	2.076,6	2.082,7	2.101,3	2.080,7	2.106,6
Friuli Venezia Giulia	324,2	377,0	433,2	475,3	449,1	514,7	562,5	599,1	602,2	631,5	682,7	658,2	600,4	516,2	518,1	538,1
Liguria	423,6	458,8	529,3	584,8	597,2	637,4	640,2	683,5	674,4	681,7	629,0	637,5	639,0	634,5	634,1	652,0
Emilia Romagna	1.233,6	1.306,7	1.389,2	1.526,5	1.624,9	1.685,6	1.699,4	1.763,5	1.803,4	1.793,8	1.914,4	1.880,9	1.866,3	1.868,5	1.844,3	1.883,8
Toscana	1.041,4	1.122,5	1.279,4	1.362,7	1.435,9	1.559,4	1.479,9	1.671,7	1.695,8	1.714,5	1.709,4	1.661,0	1.694,9	1.739,2	1.692,0	1.701,9
Umbria	252,1	277,7	293,0	313,4	343,5	342,2	359,6	376,3	385,2	391,0	394,4	372,5	367,8	375,4	381,7	393,2
Marche	390,8	395,2	415,4	455,5	480,5	488,2	553,4	572,2	602,9	573,2	559,0	544,1	539,3	535,5	534,5	559,6
Lazio	1.036,1	1.232,8	1.422,4	1.915,8	1.971,9	2.132,8	1.989,4	2.142,2	2.183,0	2.146,6	2.154,5	2.114,8	2.064,0	2.009,1	1.971,5	1.995,9
Abruzzo	303,1	323,9	352,4	394,6	408,9	431,4	451,1	468,0	466,9	490,7	523,3	511,4	515,3	522,7	535,6	537,5
Molise	77,6	92,4	95,3	102,9	103,1	110,6	114,6	120,3	117,8	117,9	124,3	124,8	118,6	109,5	113,6	111,5
Campania	956,8	1.057,5	1.206,4	1.447,5	1.422,0	1.534,8	1.603,7	1.638,7	1.526,1	1.474,0	1.523,8	1.578,9	1.626,8	1.641,7	1.671,5	1.704,5
Puglia	781,0	820,8	963,9	1.073,4	1.125,3	1.206,8	1.213,7	1.267,8	1.298,5	1.261,6	1.292,5	1.295,8	1.338,0	1.298,6	1.322,7	1.333,5
Basilicata	140,9	150,9	152,3	165,7	169,7	195,0	197,6	193,1	198,8	213,5	196,9	196,2	200,5	195,0	189,5	208,3
Calabria	307,2	327,3	334,9	375,0	406,4	440,7	447,9	490,6	493,8	475,3	496,8	513,1	520,1	475,2	580,7	580,7
Sicilia	766,9	798,5	903,6	1.124,9	1.262,7	1.256,0	1.082,2	1.114,6	1.102,7	1.152,2	1.203,1	1.239,3	1.229,7	1.208,2	1.281,0	1.357,8
Sardegna	373,5	370,7	395,5	444,7	480,0	491,7	550,2	600,1	606,4	659,7	669,3	669,6	711,0	646,9	640,2	641,7
ITALIA	13.415,9	14.295,9	15.649,8	17.869,2	18.820,6	20.154,7	19.780,4	20.838,4	21.182,8	21.394,2	21.873,0	21.788,4	21.827,9	21.638,1	21.650,8	22.058,9
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	6.992,6	7.255,9	7.740,2	8.552,8	9.143,2	9.916,0	9.636,7	10.205,1	10.569,4	10.748,9	10.897,2	10.841,0	10.894,4	10.938,1	10.832,7	10.993,0
% sulla spesa sanitaria corrente	52,1%	50,8%	49,5%	47,9%	48,6%	49,2%	48,7%	49,0%	49,9%	50,2%	49,8%	49,8%	49,9%	50,6%	50,0%	49,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3.447,7	3.832,4	4.315,0	5.360,7	5.574,9	5.906,3	5.689,0	5.974,3	5.890,4	5.856,6	6.025,9	6.082,2	6.074,5	6.040,4	6.153,9	6.288,0
% sulla spesa sanitaria corrente	25,7%	26,8%	27,6%	30,0%	29,6%	29,3%	28,8%	28,7%	27,8%	27,4%	27,5%	27,9%	27,8%	27,9%	28,4%	28,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	1.881,5	2.034,0	2.309,9	2.556,0	2.667,6	2.830,0	2.844,0	2.946,3	2.988,0	2.964,1	3.036,3	2.987,8	2.998,2	2.945,7	2.972,4	3.039,0
% sulla spesa sanitaria corrente	14,0%	14,2%	14,8%	14,3%	14,2%	14,0%	14,4%	14,1%	14,1%	13,9%	13,9%	13,7%	13,7%	13,6%	13,7%	13,8%
Autonomie speciali ^(d)	1.094,2	1.173,6	1.284,7	1.393,7	1.434,8	1.502,4	1.610,8	1.712,6	1.734,9	1.824,7	1.913,7	1.877,4	1.860,8	1.713,9	1.691,7	1.739,0
% sulla spesa sanitaria corrente	8,2%	8,2%	8,2%	7,8%	7,6%	7,5%	8,1%	8,2%	8,2%	8,5%	8,7%	8,6%	8,5%	7,9%	7,8%	7,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.16: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	10,2%	10,9%	10,1%	4,0%	5,2%	0,4%	3,0%	0,7%	0,8%	2,4%	-3,0%	-1,9%	-0,8%	0,2%	3,4%
Valle d'Aosta	2,8%	9,9%	11,7%	8,1%	4,7%	20,2%	6,3%	9,4%	-0,6%	-4,7%	-5,9%	-5,5%	-6,8%	-7,3%	4,6%
Lombardia	-3,5%	3,1%	18,1%	7,9%	9,5%	-2,6%	4,6%	6,3%	3,1%	3,2%	1,8%	0,9%	-0,4%	-0,2%	0,3%
Provincia autonoma di Bolzano	8,5%	4,6%	4,0%	4,0%	-1,1%	-9,3%	-1,2%	-0,4%	1,7%	9,8%	-2,5%	-2,2%	0,9%	-0,2%	4,9%
Provincia autonoma di Trento	7,1%	10,4%	5,3%	6,7%	10,3%	6,5%	6,6%	3,0%	1,8%	4,6%	-0,6%	3,9%	1,7%	-4,9%	4,8%
Veneto	7,8%	5,0%	5,0%	9,2%	14,5%	-10,9%	5,7%	3,9%	3,6%	0,3%	-0,3%	0,3%	0,9%	-1,0%	1,2%
Friuli Venezia Giulia	16,3%	14,9%	9,7%	-5,5%	14,6%	9,3%	6,5%	0,5%	4,9%	8,1%	-3,6%	-8,8%	-14,0%	0,4%	3,9%
Liguria	8,3%	15,4%	10,5%	2,1%	6,7%	0,4%	6,8%	-1,3%	1,1%	-7,7%	1,3%	0,2%	-0,7%	-0,1%	2,8%
Emilia Romagna	5,9%	6,3%	9,9%	6,4%	3,7%	0,8%	3,8%	2,3%	-0,5%	6,7%	-1,8%	-0,8%	0,1%	-1,3%	2,1%
Toscana	7,8%	14,0%	6,5%	5,4%	8,6%	-5,1%	13,0%	1,4%	1,1%	-0,3%	-2,8%	2,0%	2,6%	-2,7%	0,6%
Umbria	10,2%	5,5%	7,0%	9,6%	-0,4%	5,1%	4,6%	2,4%	1,5%	0,9%	-5,6%	-1,3%	2,0%	1,7%	3,0%
Marche	1,1%	5,1%	9,7%	5,5%	1,6%	13,4%	3,4%	5,4%	-4,9%	-2,5%	-2,7%	-0,9%	-0,7%	-0,2%	4,7%
Lazio	19,0%	15,4%	34,7%	2,9%	8,2%	-6,7%	7,7%	1,9%	-1,7%	0,4%	-1,8%	-2,4%	-2,7%	-1,9%	1,2%
Abruzzo	6,9%	8,8%	12,0%	3,6%	5,5%	4,6%	3,8%	-0,2%	5,1%	6,7%	-2,3%	0,8%	1,4%	2,5%	0,4%
Molise	19,1%	3,2%	8,0%	0,1%	7,3%	3,6%	4,9%	-2,0%	0,1%	5,4%	0,4%	-4,9%	-7,7%	3,7%	-1,8%
Campania	10,5%	14,1%	20,0%	-1,8%	7,9%	4,5%	2,2%	-6,9%	-3,4%	3,4%	3,6%	3,0%	0,9%	1,8%	2,0%
Puglia	5,1%	17,4%	11,4%	4,8%	7,2%	0,6%	4,5%	2,4%	-2,8%	2,5%	0,3%	3,3%	-2,9%	1,9%	0,8%
Basilicata	7,1%	0,9%	8,8%	2,4%	14,9%	1,3%	-2,3%	3,0%	7,4%	-7,8%	-0,4%	2,2%	-2,7%	-2,8%	9,9%
Calabria	6,5%	2,3%	12,0%	8,4%	8,4%	1,6%	9,5%	0,7%	-3,8%	4,5%	3,3%	1,4%	5,6%	5,7%	0,0%
Sicilia	4,1%	13,2%	24,5%	12,3%	-0,5%	-13,8%	3,0%	-1,1%	4,5%	4,4%	3,0%	-0,8%	-1,7%	6,0%	6,0%
Sardegna	-0,7%	6,7%	12,4%	8,0%	2,4%	11,9%	9,1%	1,1%	8,8%	1,5%	0,0%	6,2%	-9,0%	-1,0%	0,2%
ITALIA	6,6%	9,5%	14,2%	5,3%	7,1%	-1,9%	5,3%	1,7%	1,0%	2,2%	-0,4%	0,2%	-0,9%	0,1%	1,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3,8%	6,7%	10,5%	6,9%	8,5%	-2,8%	5,9%	3,6%	1,7%	1,4%	-0,5%	0,5%	0,4%	-1,0%	1,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	11,2%	12,6%	24,2%	4,0%	5,9%	-3,7%	5,0%	-1,4%	-0,6%	2,9%	0,9%	-0,1%	-0,6%	1,9%	2,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	8,1%	13,6%	10,7%	4,4%	6,1%	0,5%	3,6%	1,4%	-0,8%	2,4%	-1,6%	0,3%	-1,8%	0,9%	2,2%
Autonomie speciali ^(d)	7,3%	9,5%	9,0%	2,5%	4,7%	7,2%	6,3%	1,3%	5,2%	4,9%	-1,9%	-0,9%	-7,9%	-1,3%	2,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvidono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.17: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	18,8%	19,7%	18,9%	20,6%	20,7%	21,0%	20,2%	20,1%	20,0%	20,2%	20,8%	20,7%	20,3%	20,3%	20,0%	20,5%
Valle d'Aosta	22,3%	22,0%	22,9%	23,8%	23,6%	24,5%	27,9%	29,3%	30,5%	30,2%	28,7%	27,8%	27,4%	25,4%	24,0%	25,2%
Lombardia	16,8%	16,2%	15,8%	17,0%	17,6%	18,3%	17,2%	17,5%	18,0%	18,2%	18,8%	19,0%	18,6%	18,5%	18,4%	18,0%
Provincia autonoma di Bolzano	25,9%	26,6%	27,0%	26,8%	26,8%	22,9%	19,9%	20,5%	19,8%	19,9%	21,1%	20,4%	20,2%	19,9%	19,4%	19,6%
Provincia autonoma di Trento	17,4%	17,5%	18,9%	19,1%	19,3%	20,4%	20,5%	20,5%	20,5%	20,2%	20,6%	20,6%	21,4%	22,2%	20,8%	21,0%
Veneto	22,0%	22,8%	22,4%	21,7%	22,7%	25,3%	21,7%	22,3%	22,8%	23,7%	23,9%	23,9%	23,7%	23,8%	23,2%	22,7%
Friuli Venezia Giulia	19,5%	21,8%	23,0%	23,9%	22,6%	23,9%	24,3%	24,9%	24,7%	25,3%	27,2%	26,7%	25,3%	22,1%	21,9%	22,4%
Liguria	17,6%	18,6%	18,5%	20,0%	20,2%	20,6%	20,2%	20,9%	20,8%	21,1%	20,0%	20,4%	20,2%	20,0%	19,9%	20,3%
Emilia Romagna	21,0%	21,4%	20,7%	21,6%	22,2%	22,1%	21,4%	21,3%	21,4%	21,1%	21,8%	21,8%	21,6%	21,4%	20,8%	20,9%
Toscana	20,8%	21,9%	22,6%	23,0%	23,2%	24,4%	22,2%	23,5%	23,9%	24,0%	24,0%	23,9%	23,8%	24,2%	23,2%	23,0%
Umbria	21,2%	21,8%	21,9%	22,5%	23,5%	22,9%	23,0%	23,3%	23,7%	23,9%	24,0%	22,6%	22,5%	22,7%	22,8%	22,7%
Marche	19,2%	19,0%	18,3%	19,4%	19,6%	19,3%	21,1%	20,9%	21,5%	20,5%	20,3%	20,1%	19,7%	19,5%	19,1%	19,8%
Lazio	14,1%	15,5%	14,9%	19,2%	18,7%	19,9%	18,2%	19,2%	19,7%	19,7%	19,9%	19,9%	19,4%	18,8%	18,4%	18,6%
Abruzzo	16,7%	17,6%	18,1%	17,6%	18,5%	18,5%	19,2%	20,0%	20,0%	21,3%	22,3%	22,1%	21,7%	22,3%	22,2%	22,2%
Molise	17,3%	17,6%	18,4%	15,8%	17,5%	17,8%	17,7%	18,1%	17,8%	18,2%	18,7%	17,9%	17,9%	17,0%	17,2%	17,2%
Campania	12,7%	13,6%	13,8%	15,0%	15,5%	15,8%	16,0%	16,2%	15,3%	15,0%	15,7%	16,5%	16,6%	16,6%	16,7%	16,9%
Puglia	15,5%	16,0%	17,8%	17,4%	18,0%	17,9%	17,2%	17,8%	18,0%	17,9%	18,7%	18,7%	19,0%	18,3%	18,3%	18,3%
Basilicata	19,4%	19,7%	18,5%	18,5%	18,6%	20,1%	19,5%	18,7%	18,8%	20,2%	19,1%	19,2%	19,5%	18,9%	18,3%	20,0%
Calabria	12,1%	12,7%	12,1%	13,1%	13,5%	13,3%	13,3%	14,1%	14,3%	14,1%	14,8%	15,5%	15,4%	16,4%	16,9%	17,0%
Sicilia	11,9%	12,0%	12,1%	14,4%	15,0%	15,1%	13,1%	13,3%	13,0%	13,6%	14,1%	14,5%	14,2%	14,0%	14,5%	15,1%
Sardegna	16,9%	16,3%	16,2%	16,5%	18,2%	18,2%	19,0%	19,7%	19,4%	20,7%	20,8%	21,0%	22,0%	20,0%	19,4%	19,6%
ITALIA	17,0%	17,5%	17,4%	18,6%	19,0%	19,6%	18,6%	19,0%	19,2%	19,4%	19,8%	19,9%	19,7%	19,5%	19,2%	19,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19,3%	19,6%	19,3%	19,9%	20,5%	21,4%	20,0%	20,5%	20,8%	21,0%	21,2%	21,2%	21,0%	20,9%	20,5%	20,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	13,2%	14,0%	13,9%	16,2%	16,4%	16,9%	16,0%	16,5%	16,4%	16,5%	17,0%	17,3%	17,1%	17,0%	17,1%	17,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggiero" ^(c)	17,3%	18,1%	18,4%	19,2%	19,5%	19,6%	18,8%	19,0%	19,0%	19,2%	19,8%	19,8%	19,7%	19,4%	19,2%	19,5%
Autonomie speciali ^(d)	19,3%	19,8%	20,4%	20,8%	21,2%	21,1%	21,3%	21,8%	21,6%	22,3%	23,0%	22,8%	22,8%	21,1%	20,4%	20,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEI)

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Farmaceutica convenzionata. La spesa per la farmaceutica convenzionata passa da un incremento medio annuo dello 0,2% nel periodo 2003-2005 a una riduzione dell'1,7% nel periodo 2006-2010 (Tab. 2.18), riducendo il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva dal 12,4% nel 2005 al 9,9% nel 2010 (Tab. 2.20).

Su tale dinamica ha influito sia la previsione di un tetto alla spesa per la farmaceutica convenzionata, ed il relativo meccanismo di riequilibrio dell'eventuale sfondamento attraverso il *pay-back*, sia l'accresciuto controllo sulle prescrizioni farmaceutiche attraverso le procedure della ricetta elettronica *on-line* del Sistema Tessera Sanitaria⁴⁴. Unitamente a ciò, con particolare riferimento agli ultimi anni, il *trend* dell'aggregato ha risentito positivamente dell'introduzione, sia nelle Regioni sotto piano di rientro che in quelle non sottoposte ai piani di rientro, di misure di compartecipazione del cittadino alla spesa (c.d. *ticket*).

Il contenimento è stato maggiore nelle Regioni sottoposte al piano di rientro, passate da un incremento medio annuo dell'1,3% nel periodo 2003-2005 a una riduzione media annua del 2,9% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale si riduce sensibilmente dal 14,2% del 2005 all'11,3% del 2010.

Non si sono registrate, invece, differenze nel tasso di riduzione medio per le Regioni non sottoposte a piano di rientro in quanto sia nel periodo 2003-2005 che nel periodo 2006-2010 la riduzione media annua si è attestata attorno all'1,3%. Il peso dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale si riduce dall'11,1% del 2005 all'8,8% del 2010.

Anche le Regioni sotto piano di rientro leggero evidenziano tassi di crescita della spesa per la farmaceutica convenzionata sensibilmente in calo, passando da una variazione media annua dello 0,9% nel periodo 2003-2005 ad un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,2%) nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 12,5% del 2005 al 10,5% del 2010.

Andamenti analoghi si evidenziano per le Autonomie speciali dove, da un incremento medio annuo dell'1,6% nel periodo 2003-2005, si passa ad un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,6%) nel periodo 2006-2010. Corrispondentemente, si riduce il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla relativa spesa sanitaria regionale, dall'11,3% del 2005 al 9,2% del 2010.

⁴⁴ In merito al Sistema Tessera Sanitaria, si rinvia al Capitolo 5.

Tab. 2.18: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2002-2017 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	763,4	711,5	751,7	758,7	803,8	796,6	808,0	811,9	774,8	697,9	643,4	608,6	595,9	583,0	579,7	538,9
Valle d'Aosta	22,0	21,8	23,6	22,4	23,1	22,7	21,3	21,4	22,1	19,6	19,0	18,7	18,2	16,6	15,5	14,7
Lombardia	1.748,0	1.504,9	1.667,2	1.592,0	1.679,5	1.631,6	1.573,8	1.565,7	1.560,2	1.436,7	1.328,5	1.293,2	1.266,9	1.307,1	1.316,5	1.266,6
Provincia autonoma di Bolzano	72,1	70,6	73,9	69,0	63,7	60,6	59,9	60,7	61,5	55,3	46,0	44,6	46,1	46,2	46,1	43,1
Provincia autonoma di Trento	73,9	73,3	80,4	77,1	80,3	78,9	77,2	77,4	78,5	75,3	69,4	67,7	66,8	61,9	60,6	64,3
Veneto	783,6	726,6	793,2	777,3	803,7	782,9	745,3	749,0	743,2	671,1	589,1	583,2	555,4	542,6	523,7	498,5
Friuli Venezia Giulia	221,7	215,6	232,7	225,4	237,8	232,6	225,3	223,5	230,4	216,2	196,2	189,6	186,5	181,2	166,9	164,6
Liguria	359,3	353,2	379,8	378,7	385,5	348,3	335,1	318,8	299,4	283,4	246,9	236,1	227,2	209,3	194,1	177,8
Emilia Romagna	781,0	764,2	804,2	779,7	793,6	769,9	727,5	718,7	715,3	646,6	551,9	532,9	510,6	496,5	485,4	448,9
Toscana	680,1	637,9	677,4	666,2	679,0	657,2	632,3	607,8	611,3	551,6	504,7	465,5	457,0	450,1	454,8	425,5
Umbria	166,7	157,6	164,7	166,6	172,0	165,4	161,8	156,5	156,5	146,6	135,7	131,1	123,8	127,3	126,7	121,0
Marche	310,3	289,5	305,6	301,6	308,5	305,3	293,4	288,1	284,6	255,0	233,2	239,2	234,8	233,7	243,6	224,2
Lazio	1.246,8	1.263,0	1.409,9	1.397,6	1.518,1	1.312,9	1.252,4	1.171,3	1.195,4	1.087,8	927,0	900,9	884,3	887,3	860,1	814,7
Abruzzo	288,2	278,1	276,9	274,9	290,4	267,2	267,5	260,8	263,9	248,3	225,4	219,5	223,8	230,9	224,4	214,2
Molise	71,5	70,2	75,1	67,1	67,8	63,6	63,8	62,7	58,5	55,0	50,5	50,2	48,0	45,9	43,0	40,1
Campania	1.259,1	1.206,6	1.264,4	1.234,4	1.217,0	1.118,3	1.115,5	1.097,7	1.068,7	950,9	878,8	860,6	847,3	862,4	829,0	773,4
Puglia	853,7	806,7	876,8	903,5	935,3	837,1	854,8	875,7	869,4	719,9	638,0	668,1	669,5	614,3	624,3	564,9
Basilicata	131,4	127,9	132,0	109,6	120,0	111,8	114,3	114,8	106,3	95,5	82,3	81,0	79,4	81,5	78,3	76,4
Calabria	459,5	431,0	451,8	478,8	523,5	498,7	488,2	459,3	441,5	362,1	332,8	313,5	314,3	305,6	300,5	282,9
Sicilia	1.199,6	1.120,3	1.273,5	1.245,6	1.307,5	1.138,7	1.072,5	1.016,6	1.023,4	954,4	870,5	811,8	737,9	677,1	668,4	616,3
Sardegna	337,3	360,2	382,6	368,3	373,3	340,3	336,4	339,2	347,4	332,8	322,0	300,1	295,9	274,3	258,3	233,6
ITALIA	11.829,2	11.190,9	12.097,6	11.894,4	12.383,4	11.540,5	11.226,5	10.997,5	10.912,6	9.862,0	8.891,3	8.616,1	8.385,7	8.234,7	8.095,9	7.604,7
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.960,5	4.561,9	4.924,2	4.771,7	4.941,9	4.772,3	4.583,6	4.519,4	4.476,9	4.086,5	3.672,2	3.562,2	3.455,1	3.448,1	3.423,0	3.239,0
% sulla spesa sanitaria corrente	41,9%	40,8%	40,7%	40,1%	39,9%	41,4%	40,8%	41,1%	41,0%	41,4%	41,3%	41,3%	41,2%	41,9%	42,3%	42,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	4.524,7	4.369,2	4.751,7	4.698,4	4.924,2	4.399,4	4.259,9	4.068,4	4.051,5	3.658,5	3.285,0	3.156,5	3.055,6	3.009,2	2.925,5	2.741,6
% sulla spesa sanitaria corrente	38,2%	39,0%	39,3%	39,5%	39,9%	38,1%	37,9%	37,0%	37,1%	37,1%	36,9%	36,6%	36,4%	36,5%	36,1%	36,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	1.617,1	1.518,2	1.628,5	1.662,2	1.739,1	1.633,7	1.662,9	1.687,6	1.644,2	1.417,8	1.281,4	1.276,7	1.265,5	1.197,3	1.204,0	1.103,8
% sulla spesa sanitaria corrente	13,7%	13,6%	13,5%	14,0%	14,0%	14,2%	14,8%	15,3%	15,1%	14,4%	14,4%	14,8%	15,1%	14,5%	14,9%	14,5%
Autonomie speciali ^(d)	727,0	741,5	793,3	762,1	778,3	735,1	720,1	722,1	740,0	699,2	652,7	620,7	613,5	580,1	547,4	520,3
% sulla spesa sanitaria corrente	6,1%	6,6%	6,6%	6,4%	6,3%	6,4%	6,4%	6,6%	6,8%	7,1%	7,3%	7,2%	7,3%	7,0%	6,8%	6,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.19: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	-6,8%	5,6%	0,9%	5,9%	-0,9%	1,4%	0,5%	-4,6%	-9,9%	-7,8%	-5,4%	-2,1%	-2,2%	-0,6%	-7,0%
Valle d'Aosta	-0,7%	8,3%	-5,3%	3,3%	-1,6%	-6,2%	0,2%	3,5%	-11,3%	-3,0%	-1,8%	-2,8%	-8,7%	-6,8%	-4,8%
Lombardia	-13,9%	10,8%	-4,5%	5,5%	-2,9%	-3,5%	-0,5%	-0,3%	-7,9%	-7,5%	-2,7%	-2,0%	3,2%	0,7%	-3,8%
Provincia autonoma di Bolzano	-2,0%	4,7%	-6,7%	-7,6%	-4,9%	-1,1%	1,3%	1,3%	-10,1%	-16,7%	-3,2%	3,5%	0,1%	-0,1%	-6,6%
Provincia autonoma di Trento	-0,9%	9,7%	-4,0%	4,1%	-1,8%	-2,1%	0,2%	1,5%	-4,1%	-7,8%	-2,4%	-1,4%	-7,3%	-2,1%	6,1%
Veneto	-7,3%	9,2%	-2,0%	3,4%	-2,6%	-4,8%	0,5%	-0,8%	-9,7%	-12,2%	-1,0%	-4,8%	-2,3%	-3,5%	-4,8%
Friuli Venezia Giulia	-2,8%	8,0%	-3,1%	5,5%	-2,2%	-3,2%	-0,8%	3,1%	-6,2%	-9,3%	-3,4%	-1,6%	-2,8%	-7,9%	-1,4%
Liguria	-1,7%	7,5%	-0,3%	1,8%	-9,7%	-3,8%	-4,9%	-6,1%	-5,3%	-12,9%	-4,3%	-3,8%	-7,9%	-7,3%	-8,4%
Emilia Romagna	-2,2%	5,2%	-3,0%	1,8%	-3,0%	-5,5%	-1,2%	-0,5%	-9,6%	-14,6%	-3,4%	-4,2%	-2,8%	-2,2%	-7,5%
Toscana	-6,2%	6,2%	-1,7%	1,9%	-3,2%	-3,8%	-3,9%	0,6%	-9,8%	-8,5%	-7,8%	-1,8%	-1,5%	1,0%	-6,4%
Umbria	-5,5%	4,5%	1,2%	3,3%	-3,9%	-2,1%	-3,3%	0,0%	-6,3%	-7,4%	-3,4%	-5,6%	2,8%	-0,5%	-4,5%
Marche	-6,7%	5,6%	-1,3%	2,3%	-1,1%	-3,9%	-1,8%	-1,2%	-10,4%	-8,5%	2,6%	-1,8%	-0,5%	4,2%	-8,0%
Lazio ^(a)	1,3%	11,6%	-0,9%	8,6%	-13,5%	-4,6%	-6,5%	2,1%	-9,0%	-14,8%	-2,8%	-1,8%	0,3%	-3,1%	-5,3%
Abruzzo	-3,5%	-0,4%	-0,7%	5,6%	-8,0%	0,1%	-2,5%	1,2%	-5,9%	-9,3%	-2,6%	1,9%	3,2%	-2,8%	-4,5%
Molise	-1,8%	7,0%	-10,6%	1,0%	-6,1%	0,3%	-1,7%	-6,8%	-5,9%	-8,1%	-0,7%	-4,4%	-4,4%	-6,3%	-6,6%
Campania	-4,2%	4,8%	-2,4%	-1,4%	-8,1%	-0,3%	-1,6%	-2,6%	-11,0%	-7,6%	-2,1%	-1,6%	1,8%	-3,9%	-6,7%
Puglia	-5,5%	8,7%	3,0%	3,5%	-10,5%	2,1%	2,4%	-0,7%	-17,2%	-11,4%	4,7%	0,2%	-8,2%	1,6%	-9,5%
Basilicata	-2,6%	3,2%	-16,9%	9,5%	-6,9%	2,3%	0,5%	-7,4%	-10,2%	-13,8%	-1,6%	-2,0%	2,7%	-3,9%	-2,5%
Calabria	-6,2%	4,8%	6,0%	9,3%	-4,7%	-2,1%	-5,9%	-3,9%	-18,0%	-8,1%	-5,8%	0,3%	-2,8%	-1,7%	-5,9%
Sicilia	-6,6%	13,7%	-2,2%	5,0%	-12,9%	-5,8%	-5,2%	0,7%	-6,7%	-8,8%	-6,7%	-9,1%	-8,2%	-1,3%	-7,8%
Sardegna	6,8%	6,2%	-3,8%	1,4%	-8,8%	-1,1%	0,8%	2,4%	-4,2%	-3,2%	-6,8%	-1,4%	-7,3%	-5,8%	-9,6%
ITALIA	-5,4%	8,1%	-1,7%	4,1%	-6,8%	-2,7%	-2,0%	-0,8%	-9,6%	-9,8%	-3,1%	-2,6%	-1,8%	-1,6%	-6,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	-8,0%	7,9%	-3,1%	3,6%	-3,4%	-4,0%	-1,4%	-0,9%	-8,7%	-10,1%	-3,0%	-3,0%	-0,2%	-0,7%	-5,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(a)	-3,4%	8,8%	-1,1%	4,8%	-10,7%	-3,2%	-4,5%	-0,4%	-9,7%	-10,2%	-3,9%	-3,2%	-1,5%	-2,8%	-6,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(a)	-6,1%	7,3%	2,1%	4,6%	-6,1%	1,8%	1,5%	-2,6%	-13,8%	-9,6%	-0,4%	-0,9%	-5,4%	0,6%	-8,3%
Autonomie speciali ^(a)	2,0%	7,0%	-3,9%	2,1%	-5,5%	-2,0%	0,3%	2,5%	-5,5%	-6,6%	-4,9%	-1,2%	-5,4%	-5,6%	-4,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE)

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore al 2017: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'unità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

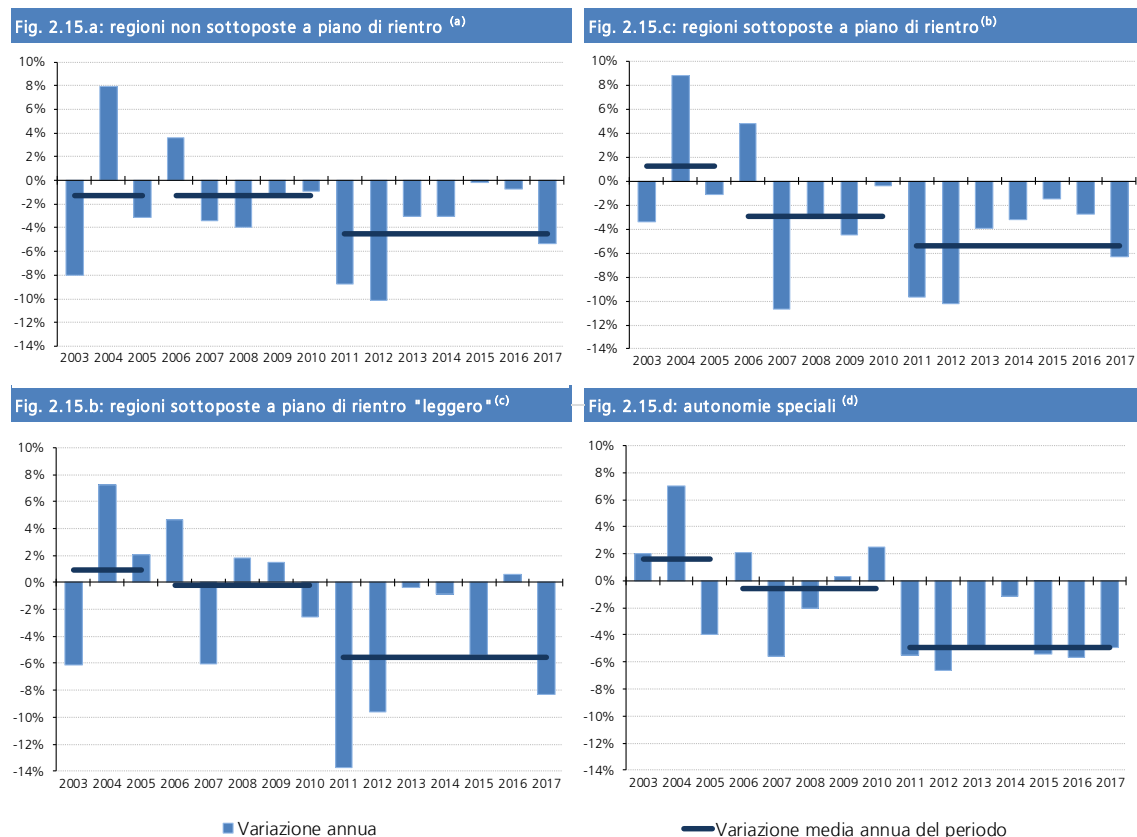
Tab. 2.20: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	13,0%	11,6%	10,6%	10,5%	10,8%	10,3%	10,0%	9,7%	9,2%	8,3%	7,7%	7,4%	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%
Valle d'Aosta	11,5%	11,0%	11,3%	10,0%	9,4%	9,2%	8,2%	8,1%	8,0%	7,0%	6,8%	6,9%	7,0%	6,3%	6,0%	5,7%
Lombardia	13,8%	11,8%	12,4%	10,8%	10,9%	10,1%	9,4%	9,1%	8,8%	7,9%	7,3%	7,1%	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%
Provincia autonoma di Bolzano	8,4%	7,8%	7,9%	7,0%	6,2%	5,7%	5,4%	5,7%	5,6%	5,0%	4,0%	3,8%	4,0%	3,9%	3,8%	3,5%
Provincia autonoma di Trento	9,8%	9,1%	9,8%	9,0%	8,9%	8,4%	7,8%	7,3%	7,2%	6,7%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	5,3%	5,4%
Veneto	12,5%	11,1%	11,4%	10,3%	10,2%	9,7%	8,9%	8,7%	8,5%	7,7%	6,8%	6,7%	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%
Friuli Venezia Giulia	13,4%	12,4%	12,3%	11,3%	12,0%	10,8%	9,7%	9,3%	9,4%	8,7%	7,8%	7,7%	7,9%	7,8%	7,0%	6,8%
Liguria	14,9%	14,3%	13,3%	12,9%	13,0%	11,2%	10,6%	9,7%	9,2%	8,8%	7,8%	7,6%	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%
Emilia Romagna	13,3%	12,5%	12,0%	11,1%	10,9%	10,1%	9,2%	8,7%	8,5%	7,6%	6,3%	6,2%	5,9%	5,7%	5,5%	5,0%
Toscana	13,6%	12,4%	11,9%	11,2%	11,0%	10,3%	9,5%	8,5%	8,6%	7,7%	7,1%	6,7%	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%
Umbria	14,0%	12,4%	12,3%	11,9%	11,8%	11,1%	10,4%	9,7%	9,6%	9,0%	8,3%	8,0%	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%
Marche	15,2%	13,9%	13,4%	12,9%	12,6%	12,1%	11,2%	10,5%	10,2%	9,1%	8,5%	8,5%	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%
Lazio	16,9%	15,9%	14,8%	14,0%	14,4%	12,2%	11,4%	10,5%	10,8%	10,0%	8,5%	8,5%	8,3%	8,3%	8,0%	7,6%
Abruzzo	15,8%	14,1%	14,2%	12,3%	13,2%	11,5%	11,4%	11,1%	11,3%	10,8%	9,6%	9,5%	9,4%	9,8%	9,3%	8,8%
Molise	16,0%	13,4%	14,5%	10,3%	11,5%	10,3%	9,8%	9,5%	8,9%	8,5%	7,6%	7,2%	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%
Campania	16,7%	15,5%	14,4%	12,8%	13,2%	11,5%	11,1%	10,8%	10,7%	9,7%	9,1%	9,0%	8,6%	8,7%	8,3%	7,7%
Puglia	17,0%	15,8%	16,2%	14,7%	15,0%	12,4%	12,1%	12,3%	12,0%	10,2%	9,2%	9,6%	9,5%	8,7%	8,6%	7,8%
Basilicata	18,1%	16,7%	16,0%	12,2%	13,2%	11,5%	11,3%	11,1%	10,1%	9,0%	8,0%	7,9%	7,7%	7,9%	7,6%	7,3%
Calabria	18,0%	16,7%	16,4%	16,8%	17,4%	15,1%	14,5%	13,2%	12,8%	10,7%	9,9%	9,5%	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%
Sicilia	18,5%	16,9%	17,0%	15,9%	15,6%	13,7%	13,0%	12,1%	12,0%	11,2%	10,2%	9,5%	8,5%	7,8%	7,6%	6,9%
Sardegna	15,3%	15,9%	15,7%	13,7%	14,2%	12,6%	11,6%	11,1%	11,1%	10,5%	10,0%	9,4%	9,1%	8,5%	7,8%	7,1%
ITALIA	15,0%	13,7%	13,5%	12,4%	12,5%	11,2%	10,6%	10,1%	9,9%	8,9%	8,1%	7,9%	7,6%	7,4%	7,2%	6,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	13,7%	12,3%	12,3%	11,1%	11,1%	10,3%	9,5%	9,1%	8,8%	8,0%	7,1%	7,0%	6,7%	6,6%	6,5%	6,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	17,3%	15,9%	15,3%	14,2%	14,5%	12,6%	12,0%	11,2%	11,3%	10,3%	9,3%	9,0%	8,6%	8,5%	8,1%	7,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	14,9%	13,5%	13,0%	12,5%	12,7%	11,3%	11,0%	10,9%	10,5%	9,2%	8,4%	8,4%	8,3%	7,9%	7,8%	7,1%
Autonomie speciali ^(d)	12,8%	12,5%	12,6%	11,3%	11,5%	10,3%	9,5%	9,2%	9,2%	8,5%	7,8%	7,5%	7,5%	7,1%	6,6%	6,2%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEI)

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Riconferma le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Riconferma le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Riconferma le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Fig. 2.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia. Benchè la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

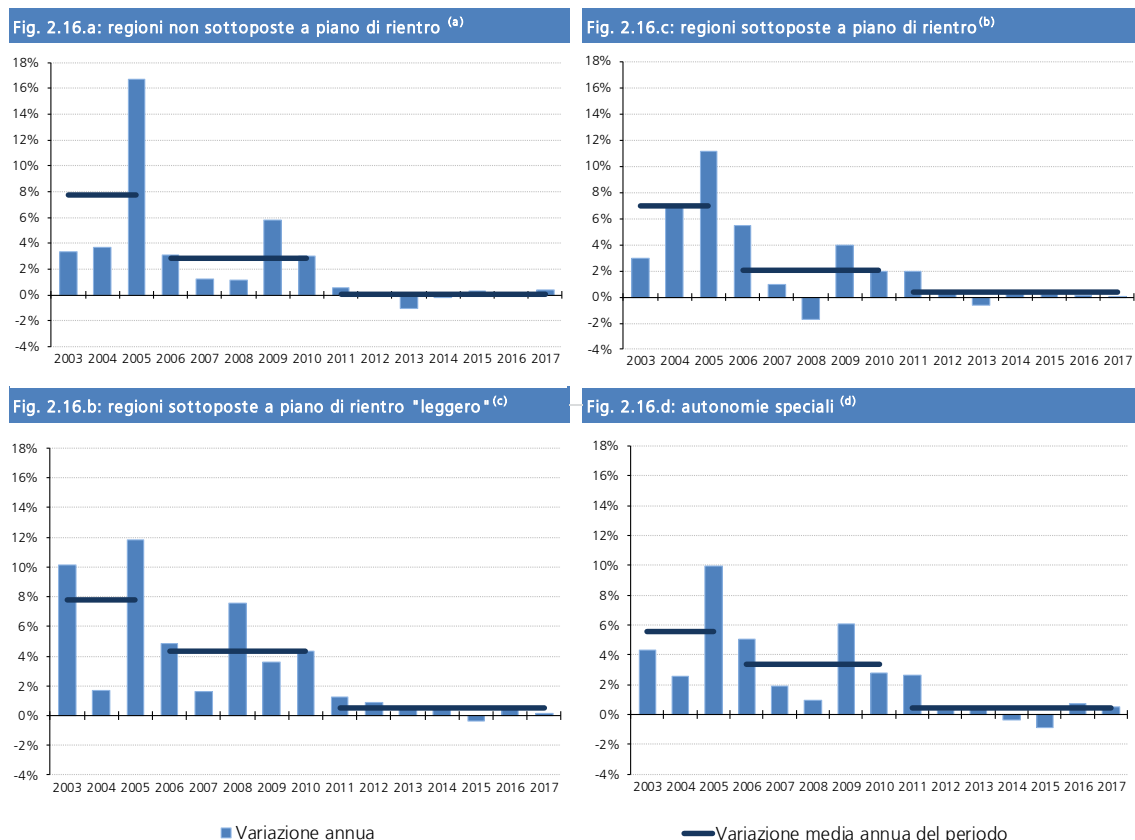
Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione passa da un incremento medio annuo del 7,3% nel periodo 2003-2005 al 2,8% registrato nel periodo 2006-2010 (Tab.2.21), mantenendo sostanzialmente inalterato il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale, che si attesta al 5,9% sia nel 2005 che nel 2010 (Tab.2.23).

Il contenimento della dinamica della spesa è stato maggiore nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, che passano da un incremento medio annuo del 7%, nel periodo 2003-2005, a un incremento medio annuo del 2,1%, nel periodo 2006-2010 (Fig. 2.16). Il peso della spesa per l'assistenza medico-generica sulla corrispondente spesa sanitaria regionale risulta nel 2010 del 6,3%, leggermente superiore al valore del 2005 pari a 6,1%.

Un rallentamento della crescita della spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione si è registrato anche nelle Regioni non sottoposte a piano di rientro, che osservano un incremento medio annuo del 2,8% nel periodo 2006-2010 a fronte del 7,7% nel periodo 2003-2005. Il peso dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale è sostanzialmente stabile con percentuali pari al 5,8% nel 2005 e 5,6% nel 2010.

Le Regioni in piano di rientro “leggero” passano da una variazione media annua del 7,8% nel periodo 2003-2005 a una variazione media annua del 4,4% nel periodo 2006-2010. In termini di peso percentuale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale si evidenzia un leggero incremento, dal 5,9% del 2005 al 6,2% del 2010.

Fig. 2.16: spesa per l’assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia. Benchè la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Le Autonomie speciali evidenziano una riduzione della crescita media annua dell'aggregato, passando da un incremento medio annuo del 5,6% nel periodo 2003-2005 ad un incremento medio annuo del 3,3% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione sulla corrispondente spesa sanitaria regionale è pari al 5,6% nel 2005 ed è confermato nel 2010.

Tab. 2.21: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2002-2017 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	319,2	355,8	367,7	407,7	425,3	435,9	441,9	462,9	475,2	475,1	475,9	477,7	480,3	480,6	480,4	482,2
Vale d'Aosta	9,8	9,5	9,9	12,4	11,9	11,8	13,3	15,4	14,5	15,3	15,6	16,2	16,1	16,1	15,6	15,6
Lombardia	648,6	672,4	697,7	872,6	877,5	863,5	837,1	882,9	907,0	900,1	898,7	874,2	874,0	874,8	872,7	872,3
Provincia autonoma di Bolzano	37,0	39,2	41,3	42,0	43,9	45,3	49,4	52,6	53,7	54,3	54,6	54,9	55,6	55,1	55,2	61,6
Provincia autonoma di Trento	43,0	45,6	46,4	51,1	50,8	52,3	53,6	55,3	57,5	58,9	59,3	59,2	58,4	59,0	59,4	59,4
Veneto	365,8	380,1	391,9	438,1	460,9	472,9	487,9	524,3	541,0	546,9	548,4	544,9	544,2	547,4	553,7	557,3
Friuli Venezia Giulia	93,0	96,0	97,4	106,0	114,1	118,3	117,2	125,0	126,6	132,8	130,7	128,5	126,5	124,5	132,3	128,5
Liguria	114,4	118,9	122,3	138,8	142,8	144,2	149,8	156,5	162,3	163,4	162,4	160,0	158,9	157,0	156,6	157,5
Emilia Romagna	316,5	323,9	331,9	373,8	391,5	425,0	450,5	482,3	510,9	516,5	525,0	520,4	521,3	523,5	521,3	526,8
Toscana	298,7	303,2	321,1	373,2	385,4	382,0	378,2	395,2	407,5	413,1	412,2	408,8	407,3	412,4	415,1	417,4
Umbria	67,8	70,0	71,0	78,0	82,5	80,5	85,8	89,6	90,4	91,2	88,4	96,1	94,1	94,4	95,1	96,3
Marche	129,9	135,4	135,9	148,6	155,9	158,5	162,5	169,6	167,8	172,2	172,7	173,2	172,4	172,2	170,6	170,9
Lazio	395,4	410,2	424,6	489,9	533,1	553,0	539,4	588,2	576,9	613,3	615,4	606,6	605,0	606,5	607,1	607,1
Abruzzo	114,0	113,0	111,2	128,1	139,7	150,8	150,8	149,8	150,9	153,1	151,5	150,7	155,0	154,9	155,4	155,7
Molise	28,8	29,5	33,4	41,2	41,1	45,8	46,4	49,3	50,0	51,8	50,9	48,8	48,4	47,2	46,6	47,2
Campania	519,8	549,2	598,5	651,5	677,8	657,1	634,4	637,0	646,0	645,4	651,4	642,8	642,3	646,9	647,5	648,7
Puglia	306,2	332,8	332,8	375,5	396,1	398,7	455,9	467,0	494,8	507,4	514,9	517,7	520,9	516,8	521,3	521,2
Basilicata	53,1	57,0	65,4	72,1	75,8	77,0	81,6	84,8	82,9	83,6	80,4	80,2	80,1	79,8	79,2	76,4
Calabria	183,7	184,6	195,3	220,6	227,8	218,5	224,8	240,1	247,9	247,7	247,8	251,9	251,5	250,3	252,1	248,8
Sicilia	418,9	423,8	466,5	501,9	524,0	538,2	530,6	546,5	582,1	586,5	591,6	593,6	597,6	598,3	598,3	600,9
Sardegna	139,5	146,0	150,0	167,9	177,8	178,3	176,6	186,7	194,8	197,6	200,1	203,2	203,6	201,5	196,9	196,7
ITALIA	4.602,9	4.796,2	5.012,4	5.691,0	5.935,8	6.007,8	6.067,6	6.361,0	6.540,7	6.626,1	6.648,2	6.609,5	6.613,5	6.619,2	6.632,5	6.648,6
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	1.994,7	2.060,9	2.137,3	2.495,2	2.572,3	2.603,6	2.633,4	2.785,2	2.869,8	2.887,0	2.888,3	2.857,7	2.852,2	2.861,4	2.864,3	2.875,0
% sulla spesa sanitaria corrente	43,3%	43,0%	42,6%	43,8%	43,3%	43,3%	43,4%	43,8%	43,9%	43,6%	43,4%	43,2%	43,1%	43,2%	43,2%	43,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	1.660,6	1.710,3	1.829,5	2.033,3	2.143,6	2.163,5	2.126,3	2.210,9	2.253,8	2.297,8	2.308,7	2.294,3	2.299,9	2.304,2	2.307,0	2.308,4
% sulla spesa sanitaria corrente	36,1%	35,7%	36,5%	35,7%	36,1%	36,0%	35,0%	34,8%	34,5%	34,7%	34,7%	34,7%	34,8%	34,8%	34,8%	34,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	625,3	688,7	700,5	783,2	821,4	834,6	897,8	929,9	970,0	982,5	990,8	995,4	1.001,2	997,4	1.001,7	1.003,4
% sulla spesa sanitaria corrente	13,6%	14,4%	14,0%	13,8%	13,8%	13,9%	14,8%	14,6%	14,8%	14,8%	14,9%	15,1%	15,1%	15,1%	15,1%	15,1%
Autonomie speciali ^(d)	322,3	336,3	345,0	379,3	398,5	406,1	410,1	435,0	447,1	458,9	460,3	462,1	460,3	456,2	459,4	461,8
% sulla spesa sanitaria corrente	7,0%	7,0%	6,9%	6,7%	6,7%	6,8%	6,8%	6,8%	6,8%	6,9%	6,9%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	6,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore in piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia, Basilicata, la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'unità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.22: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	11,5%	3,3%	10,9%	4,3%	2,5%	1,4%	4,7%	2,7%	0,0%	0,2%	0,4%	0,5%	0,1%	0,0%	0,4%
Valle d'Aosta	-2,5%	3,6%	25,2%	-3,6%	-1,0%	12,8%	16,1%	-5,9%	5,2%	2,4%	3,9%	-1,0%	-0,1%	-2,6%	0,0%
Lombardia	3,7%	3,8%	25,1%	0,6%	-1,6%	-3,1%	5,5%	2,7%	-0,8%	-0,2%	-2,7%	0,0%	0,1%	-0,2%	0,0%
Provincia autonoma di Bolzano	5,7%	5,6%	1,6%	4,4%	3,4%	8,9%	6,5%	2,1%	1,1%	0,6%	0,5%	1,3%	-0,9%	0,2%	11,6%
Provincia autonoma di Trento	6,0%	1,8%	10,0%	-0,5%	3,0%	2,6%	3,0%	4,0%	2,5%	0,6%	-0,1%	-0,1%	0,9%	0,7%	-0,1%
Veneto	3,9%	3,1%	11,8%	5,2%	2,6%	3,2%	7,5%	3,2%	1,1%	0,3%	-0,6%	-1,3%	0,6%	1,2%	0,7%
Friuli Venezia Giulia	3,3%	1,5%	8,8%	7,7%	3,7%	-1,0%	6,7%	1,2%	4,9%	-1,6%	-1,7%	-1,5%	-1,6%	6,2%	-2,9%
Liguria	3,9%	2,9%	13,4%	2,9%	0,9%	3,9%	4,5%	3,7%	0,7%	-0,6%	-1,5%	-0,7%	-1,2%	-0,2%	0,6%
Emilia Romagna	2,4%	2,4%	12,6%	4,7%	8,6%	6,0%	7,1%	5,9%	1,1%	1,7%	-0,9%	0,2%	0,4%	-0,4%	1,1%
Toscana	1,5%	5,9%	16,2%	3,3%	-0,9%	-1,0%	4,5%	3,1%	1,4%	-0,2%	-0,8%	-0,3%	1,2%	0,6%	0,6%
Umbria	3,2%	1,4%	9,9%	5,7%	-2,4%	6,6%	4,3%	0,9%	0,9%	-3,1%	8,7%	-2,1%	0,3%	0,8%	1,2%
Marche	4,2%	0,4%	9,3%	4,9%	1,6%	2,6%	4,3%	-1,0%	2,6%	0,3%	0,3%	-0,5%	-0,1%	-0,9%	0,1%
Lazio	3,7%	3,5%	15,4%	8,8%	3,7%	-2,5%	9,1%	-1,9%	6,3%	0,3%	-1,4%	-0,2%	0,2%	0,1%	0,0%
Abruzzo	-0,9%	-1,6%	15,2%	9,0%	7,9%	0,0%	-0,7%	0,8%	1,4%	-1,0%	-0,6%	2,9%	-0,1%	0,4%	0,2%
Molise	2,6%	13,1%	23,4%	-0,2%	11,3%	1,3%	6,3%	1,4%	3,5%	-1,7%	-4,1%	-0,9%	-2,4%	-1,3%	1,3%
Campania	5,7%	9,0%	8,9%	4,0%	-3,1%	-3,5%	0,4%	1,4%	-0,1%	0,9%	-1,3%	-0,1%	0,7%	0,1%	0,2%
Puglia	8,7%	0,0%	12,8%	5,5%	0,7%	14,3%	2,4%	5,9%	2,6%	1,5%	0,5%	0,6%	-0,8%	0,9%	0,0%
Basilicata	7,3%	14,8%	10,2%	5,2%	1,6%	5,9%	3,9%	-2,2%	0,8%	-3,8%	-0,3%	-0,2%	-0,3%	-0,8%	-3,5%
Calabria	0,5%	5,8%	12,9%	3,3%	-4,1%	2,9%	6,8%	3,2%	-0,1%	0,0%	1,6%	-0,1%	-0,5%	0,7%	-1,3%
Sicilia	1,2%	10,1%	7,6%	4,4%	2,7%	-1,4%	3,0%	6,5%	0,8%	0,9%	0,3%	0,7%	0,1%	0,0%	0,4%
Sardegna	4,7%	2,7%	12,0%	5,9%	0,3%	-1,0%	5,7%	4,4%	1,4%	1,3%	1,6%	0,2%	-1,0%	-2,3%	-0,1%
ITALIA	4,2%	4,5%	13,5%	4,3%	1,2%	1,0%	4,8%	2,8%	1,3%	0,3%	-0,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3,3%	3,7%	16,7%	3,1%	1,2%	1,1%	5,8%	3,0%	0,6%	0,0%	-1,1%	-0,2%	0,3%	0,1%	0,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3,0%	7,0%	11,1%	5,4%	0,9%	-1,7%	4,0%	1,9%	2,0%	0,5%	-0,6%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	10,1%	1,7%	11,8%	4,9%	1,6%	7,6%	3,6%	4,3%	1,3%	0,9%	0,5%	0,6%	-0,4%	0,4%	0,2%
Autonomie speciali ^(d)	4,3%	2,6%	9,9%	5,1%	1,9%	1,0%	6,1%	2,8%	2,6%	0,3%	0,4%	-0,4%	-0,9%	0,7%	0,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.23: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	5,5%	5,8%	5,2%	5,7%	5,7%	5,6%	5,5%	5,5%	5,6%	5,6%	5,7%	5,8%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%
Vale d'Aosta	5,1%	4,8%	4,7%	5,5%	4,9%	4,8%	5,1%	5,8%	5,2%	5,5%	5,6%	6,0%	6,2%	6,1%	6,1%	6,1%
Lombardia	5,1%	5,3%	5,2%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	5,1%	5,1%	5,0%	5,0%	4,8%	4,7%	4,6%	4,6%	4,5%
Provincia autonoma di Bolzano	4,3%	4,3%	4,4%	4,3%	4,3%	4,3%	4,5%	4,9%	4,4%	4,9%	4,7%	4,7%	4,9%	4,7%	4,6%	4,9%
Provincia autonoma di Trento	5,7%	5,7%	5,6%	6,0%	5,6%	5,5%	5,4%	5,2%	5,2%	5,2%	5,1%	5,1%	5,1%	5,2%	5,2%	5,0%
Veneto	5,8%	5,8%	5,6%	5,8%	5,9%	5,8%	5,8%	6,1%	6,2%	6,3%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%	6,0%
Friuli Venezia Giulia	5,6%	5,5%	5,2%	5,3%	5,8%	5,5%	5,1%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,2%	5,3%	5,3%	5,6%	5,3%
Liguria	4,8%	4,8%	4,3%	4,7%	4,8%	4,7%	4,7%	4,8%	5,0%	5,1%	5,2%	5,1%	5,0%	4,9%	4,9%	4,9%
Emilia Romagna	5,4%	5,3%	4,9%	5,3%	5,4%	5,6%	5,7%	5,6%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%
Toscana	6,0%	5,9%	5,7%	6,3%	6,2%	6,0%	5,7%	5,6%	5,8%	5,8%	5,8%	5,9%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%
Umbria	5,7%	5,5%	5,3%	5,6%	5,6%	5,4%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,4%	5,8%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%
Marche	6,4%	6,5%	6,0%	6,3%	6,4%	6,3%	6,2%	6,2%	6,0%	6,2%	6,3%	6,4%	6,3%	6,3%	6,1%	6,0%
Lazio	5,4%	5,2%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%	4,9%	5,3%	5,2%	5,6%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%
Abruzzo	6,3%	5,7%	5,7%	5,7%	6,3%	6,5%	6,4%	6,4%	6,5%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,6%	6,4%	6,4%
Molise	6,4%	5,6%	6,5%	6,3%	7,0%	7,4%	7,1%	7,4%	7,6%	8,0%	7,7%	7,0%	7,3%	7,4%	7,1%	7,3%
Campania	6,9%	7,1%	6,8%	6,7%	7,4%	6,8%	6,3%	6,3%	6,5%	6,6%	6,7%	6,7%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%
Puglia	6,1%	6,5%	6,1%	6,1%	6,3%	5,9%	6,4%	6,5%	6,8%	7,2%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,2%	7,2%
Basilicata	7,3%	7,4%	7,9%	8,0%	8,3%	7,9%	8,0%	8,2%	7,9%	7,9%	7,8%	7,9%	7,8%	7,7%	7,6%	7,3%
Calabria	7,2%	7,2%	7,1%	7,7%	7,6%	6,6%	6,7%	6,9%	7,2%	7,3%	7,4%	7,6%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%
Sicilia	6,5%	6,4%	6,2%	6,4%	6,2%	6,5%	6,4%	6,5%	6,8%	6,9%	6,9%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%	6,7%
Sardegna	6,3%	6,4%	6,2%	6,2%	6,8%	6,6%	6,1%	6,1%	6,2%	6,2%	6,2%	6,4%	6,3%	6,2%	6,0%	6,0%
ITALIA	5,8%	5,9%	5,6%	5,9%	6,0%	5,8%	5,7%	5,8%	5,9%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	5,5%	5,6%	5,3%	5,8%	5,8%	5,6%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	6,3%	6,2%	5,9%	6,1%	6,3%	6,2%	6,0%	6,1%	6,3%	6,5%	6,5%	6,5%	6,5%	6,5%	6,4%	6,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	5,7%	6,1%	5,6%	5,9%	6,0%	5,8%	5,9%	6,0%	6,2%	6,4%	6,5%	6,6%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%
Autonomie speciali ^(d)	5,7%	5,7%	5,5%	5,6%	5,9%	5,7%	5,4%	5,5%	5,6%	5,6%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

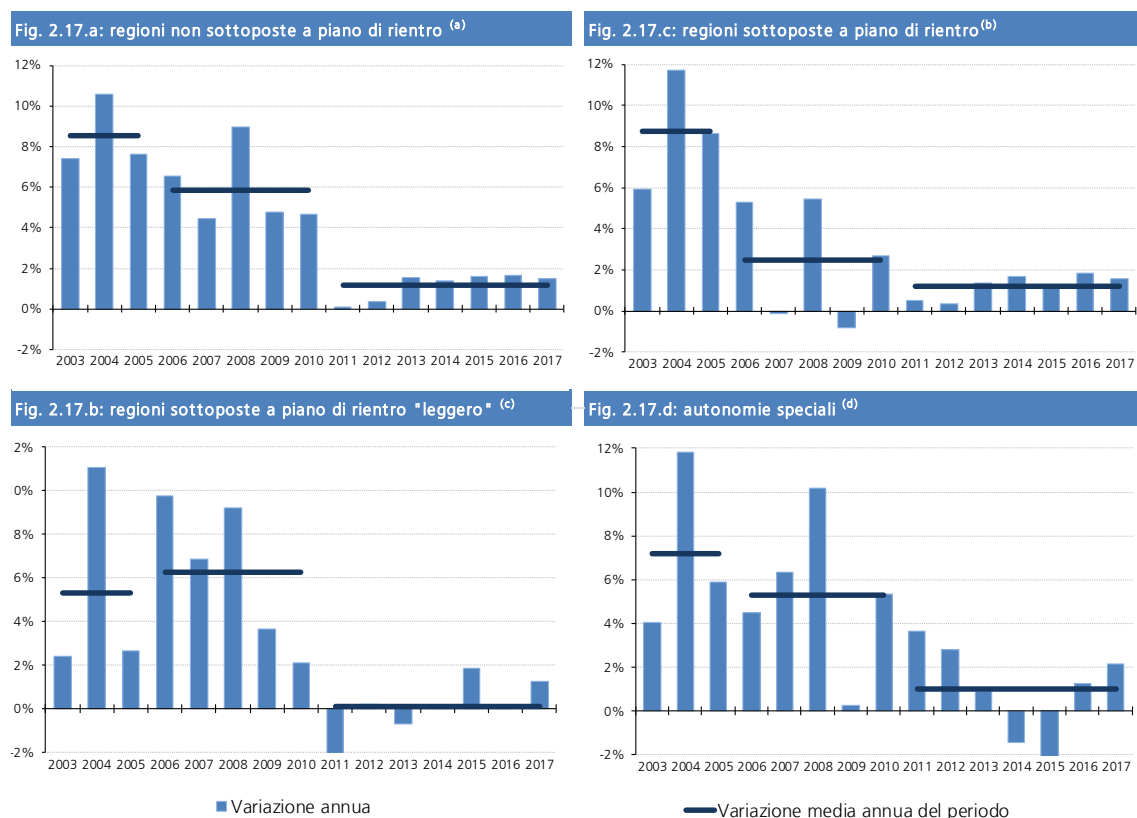
^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato accreditato⁴⁵ passa da un incremento medio annuo dell'8,1% nel periodo 2003-2005 ad un incremento medio annuo del 4,6% nel periodo 2006-2010 (Tab. 2.24). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva cresce dal 18,4% nel 2005 al 20,1% nel 2010 (Tab. 2.26).

Il contenimento è stato maggiore nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, che registrano un incremento medio annuo del 2,5% nel periodo 2006-2010 a fronte dell'8,7% osservato nel periodo 2003-2005 (Fig. 2.17). Il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale aumenta, dal 21,2% del 2005 al 22% del 2010.

Un rallentamento della dinamica si è registrato anche nelle Regioni non sottoposte a piano di rientro, che vedono ridurre il proprio tasso di crescita medio annuo dall'8,5% nel periodo 2003-2005 ad un valore del 5,9% nel periodo 2006-2010. Tuttavia, il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale aumenta sensibilmente dal 17,7% del 2005 al 19,9% del 2010.

Fig. 2.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia. Benchè la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

⁴⁵ L'aggregato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN.

Tab. 2.24: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2002-2017 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	1.022,6	1.091,4	1.213,7	1.158,0	1.212,9	1.299,6	1.485,2	1.548,2	1.633,6	1.595,3	1.590,1	1.514,5	1.498,8	1.509,2	1.504,6	1.543,3
Valle d'Aosta	14,1	17,5	21,0	23,2	24,5	26,3	16,8	18,0	20,7	22,5	24,2	24,5	23,2	22,3	22,0	21,2
Lombardia	2.973,3	3.168,0	3.590,6	3.865,5	4.127,6	4.363,1	4.691,4	4.889,7	5.218,8	5.258,1	5.249,6	5.417,8	5.434,4	5.512,4	5.652,2	5.775,5
Provincia autonoma di Bolzano	102,6	97,8	106,4	120,6	129,6	140,1	167,5	119,2	125,0	126,1	128,4	131,0	118,1	122,8	125,1	128,7
Provincia autonoma di Trento	80,1	85,0	93,2	98,1	100,9	107,5	111,8	121,2	131,6	138,3	152,5	150,5	148,3	147,5	148,4	160,3
Veneto	1.077,0	1.199,7	1.294,7	1.439,1	1.554,3	1.518,1	1.639,4	1.700,4	1.732,2	1.665,6	1.629,2	1.597,4	1.611,0	1.632,1	1.646,5	1.637,1
Friuli Venezia Giulia	146,8	164,8	174,0	182,3	192,7	213,2	239,9	253,0	266,2	274,0	274,2	269,4	263,9	229,6	243,5	255,2
Liguria	209,7	231,6	260,8	284,4	300,2	328,2	368,9	388,4	400,5	390,9	392,4	383,1	403,0	412,6	408,5	391,8
Emilia Romagna	785,5	833,0	912,8	934,1	977,1	1.045,8	1.136,4	1.162,9	1.199,8	1.222,3	1.285,0	1.336,2	1.400,2	1.451,8	1.438,5	1.446,5
Toscana	512,9	522,9	533,9	576,1	606,6	637,6	770,1	857,1	879,0	878,7	894,7	875,1	877,5	881,7	909,5	922,7
Umbria	116,7	126,3	137,9	147,3	153,7	160,9	176,1	185,1	186,8	187,8	188,2	189,3	194,4	199,9	202,7	215,1
Marche	192,6	214,5	236,6	254,4	269,9	279,0	297,7	313,0	323,8	349,1	353,5	348,3	360,9	362,2	382,9	405,8
Lazio	1.933,8	2.041,5	2.392,9	2.567,2	2.873,2	2.754,6	2.991,3	2.784,7	2.802,3	2.733,3	2.757,0	2.799,7	2.901,0	2.911,9	2.967,8	3.003,3
Abruzzo	324,9	342,5	369,8	422,5	435,1	449,4	381,1	390,0	346,3	369,3	366,2	367,5	362,6	367,2	380,7	387,0
Molise	64,4	89,0	87,0	124,1	123,3	130,7	139,3	139,8	154,8	151,7	165,2	167,3	173,6	165,5	158,0	164,9
Campania	1.571,6	1.622,3	1.741,0	1.845,1	1.785,7	1.893,8	1.954,9	2.044,9	2.172,1	2.204,1	2.161,1	2.226,0	2.228,3	2.254,5	2.301,3	2.334,8
Puglia	1.009,1	988,7	1.096,6	1.214,2	1.390,5	1.482,5	1.552,9	1.600,6	1.582,1	1.554,6	1.566,2	1.619,1	1.637,5	1.685,8	1.691,1	1.692,6
Basilicata	74,8	87,1	91,3	97,6	105,5	122,7	132,3	148,4	163,0	159,4	157,2	159,7	165,9	162,6	151,0	155,7
Calabria	396,3	398,6	426,8	462,4	516,3	523,5	576,4	603,8	574,1	587,4	588,5	600,8	606,3	611,6	621,7	620,4
Sicilia	1.165,1	1.286,8	1.441,0	1.594,7	1.654,8	1.626,1	1.739,2	1.756,6	1.879,0	1.924,3	1.961,5	1.946,6	1.972,2	2.025,8	2.060,0	2.111,3
Sardegna	261,4	264,4	309,4	321,2	331,3	341,5	376,8	403,6	420,2	438,2	447,7	460,6	467,4	475,9	471,6	467,2
ITALIA	14.035,3	14.873,4	16.531,5	17.732,2	18.865,8	19.444,1	20.945,3	21.437,7	22.211,9	22.231,0	22.332,5	22.584,3	22.848,6	23.144,9	23.487,7	23.840,4
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	5.942,5	6.383,2	7.058,8	7.598,5	8.095,1	8.455,5	9.212,3	9.654,1	10.103,9	10.112,0	10.149,7	10.306,9	10.447,4	10.615,4	10.791,9	10.950,2
% sulla spesa sanitaria corrente	42,3%	42,9%	42,7%	42,9%	42,9%	43,5%	44,0%	45,0%	45,5%	45,5%	45,4%	45,6%	45,7%	45,9%	45,9%	45,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	5.456,1	5.780,7	6.458,5	7.016,0	7.388,3	7.378,0	7.782,1	7.719,8	7.928,5	7.970,0	7.999,5	8.107,8	8.243,9	8.336,4	8.489,6	8.621,7
% sulla spesa sanitaria corrente	38,9%	38,9%	39,1%	39,6%	39,2%	37,9%	37,2%	36,0%	35,7%	35,9%	35,8%	35,9%	36,1%	36,0%	36,1%	36,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggiero" ^(c)	2.031,7	2.080,1	2.310,3	2.372,2	2.603,4	2.782,1	3.038,1	3.148,8	3.215,7	3.149,8	3.156,3	3.133,6	3.136,3	3.195,0	3.195,6	3.235,9
% sulla spesa sanitaria corrente	14,5%	14,0%	14,0%	13,4%	13,8%	14,3%	14,5%	14,7%	14,5%	14,2%	14,1%	13,9%	13,7%	13,8%	13,6%	13,6%
Autonomie speciali ^(d)	605,0	629,4	704,0	745,5	779,0	828,6	912,8	915,0	963,8	999,1	1.027,0	1.036,0	1.021,0	998,1	1.010,6	1.032,5
% sulla spesa sanitaria corrente	4,3%	4,2%	4,3%	4,2%	4,1%	4,3%	4,4%	4,3%	4,3%	4,5%	4,6%	4,6%	4,5%	4,3%	4,3%	4,3%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.25: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2003-2017 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	6,7%	11,2%	-4,6%	4,7%	7,1%	14,3%	4,2%	5,5%	-2,3%	-0,3%	-4,8%	-1,0%	0,7%	-0,3%	2,6%
Valle d'Aosta	23,9%	20,2%	10,1%	5,5%	7,5%	-36,3%	7,1%	15,6%	8,4%	7,4%	1,6%	-5,5%	-3,9%	-1,2%	-3,9%
Lombardia	6,5%	13,3%	7,7%	6,8%	5,7%	7,5%	4,4%	6,5%	0,8%	-0,2%	3,2%	0,3%	1,4%	2,5%	2,2%
Provincia autonoma di Bolzano	-4,7%	8,8%	13,4%	7,4%	8,1%	19,6%	-28,9%	4,9%	0,8%	1,9%	2,0%	-9,9%	4,0%	1,9%	2,9%
Provincia autonoma di Trento	6,0%	9,7%	5,2%	2,9%	6,5%	4,0%	8,4%	8,6%	5,1%	10,2%	-1,3%	-1,4%	-0,6%	0,6%	8,0%
Veneto	11,4%	7,9%	11,1%	8,0%	-2,3%	8,0%	3,7%	1,9%	-3,8%	-2,2%	-2,0%	0,9%	1,3%	0,9%	-0,6%
Friuli Venezia Giulia	12,2%	5,6%	4,8%	5,7%	10,6%	12,5%	5,4%	5,2%	2,9%	0,0%	-1,7%	-2,0%	-13,0%	6,1%	4,8%
Liguria	10,5%	12,6%	9,0%	5,6%	9,3%	12,4%	5,3%	3,1%	-2,4%	0,4%	-2,4%	5,2%	2,4%	-1,0%	-4,1%
Emilia Romagna	6,0%	9,6%	2,3%	4,6%	7,0%	8,7%	2,3%	3,2%	1,9%	5,1%	4,0%	4,8%	3,7%	-0,9%	0,6%
Toscana	1,9%	2,1%	7,9%	5,3%	5,1%	20,8%	11,3%	2,5%	0,0%	1,8%	-2,2%	0,3%	0,5%	3,2%	1,5%
Umbria	8,2%	9,1%	6,8%	4,4%	4,7%	9,5%	5,1%	0,9%	0,5%	0,2%	0,6%	2,7%	2,8%	1,4%	6,1%
Marche	11,3%	10,3%	7,5%	6,1%	3,4%	6,7%	5,1%	3,5%	7,8%	1,2%	-1,5%	3,6%	0,4%	5,7%	6,0%
Lazio	5,6%	17,2%	7,3%	11,9%	-4,1%	8,6%	-6,9%	0,6%	-2,5%	0,9%	1,6%	0,3%	0,4%	1,9%	1,2%
Abruzzo	5,4%	8,0%	14,3%	3,0%	3,3%	-15,2%	2,3%	-11,2%	6,7%	-0,8%	0,3%	-1,3%	1,3%	3,7%	1,6%
Molise	38,1%	-2,3%	42,7%	-0,7%	6,0%	6,5%	0,4%	10,7%	-2,0%	8,9%	1,3%	3,7%	-4,6%	-4,5%	4,3%
Campania	3,2%	7,3%	6,0%	-3,2%	6,1%	3,2%	4,6%	6,2%	1,5%	-2,0%	3,0%	0,1%	1,2%	2,1%	1,5%
Puglia	-2,0%	10,9%	10,7%	14,5%	6,6%	4,8%	3,1%	-1,2%	-1,7%	0,7%	3,4%	1,1%	2,9%	0,3%	0,1%
Basilicata	16,5%	4,8%	7,0%	8,1%	16,3%	7,8%	12,2%	9,9%	-2,2%	-1,4%	1,6%	3,9%	-2,0%	-7,1%	3,1%
Calabria	0,6%	7,1%	8,3%	11,7%	1,4%	10,1%	4,8%	-4,9%	2,3%	0,2%	2,1%	0,9%	0,9%	1,7%	-0,2%
Sicilia	10,4%	12,0%	10,7%	3,8%	-1,7%	7,0%	1,0%	7,0%	2,4%	1,9%	-0,8%	1,3%	2,7%	1,7%	2,5%
Sardegna	1,2%	17,0%	3,8%	3,1%	3,1%	10,3%	7,1%	4,1%	4,3%	2,2%	2,9%	1,5%	1,8%	-0,9%	-0,9%
ITALIA	6,0%	11,1%	7,3%	6,4%	3,1%	7,7%	2,4%	3,6%	0,1%	0,5%	1,1%	1,2%	1,3%	1,5%	1,5%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	7,4%	10,6%	7,6%	6,5%	4,5%	9,0%	4,8%	4,7%	0,1%	0,4%	1,5%	1,4%	1,6%	1,7%	1,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	6,0%	11,7%	8,6%	5,3%	-0,1%	5,5%	-0,8%	2,7%	0,5%	0,4%	1,4%	1,7%	1,1%	1,8%	1,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	2,4%	11,1%	2,7%	9,7%	6,9%	9,2%	3,6%	2,1%	-2,0%	0,2%	-0,7%	0,1%	1,9%	0,0%	1,3%
Autonomie speciali ^(d)	4,0%	11,8%	5,9%	4,5%	6,4%	10,2%	0,2%	5,3%	3,7%	2,8%	0,9%	-1,5%	-2,2%	1,3%	2,2%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica, è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia) e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.26: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2017

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	17,5%	17,8%	17,1%	16,1%	16,3%	16,8%	18,4%	18,6%	19,3%	18,9%	18,9%	18,5%	18,3%	18,6%	18,3%	18,6%
Vale d'Aosta	7,4%	8,9%	10,1%	10,3%	10,0%	10,7%	6,4%	6,8%	7,5%	8,1%	8,7%	9,0%	8,9%	8,5%	8,6%	8,3%
Lombardia	23,4%	24,9%	26,8%	26,2%	26,9%	27,0%	28,1%	28,5%	29,3%	29,0%	28,9%	29,6%	28,9%	29,2%	29,8%	29,7%
Provincia autonoma di Bolzano	11,9%	10,8%	11,3%	12,3%	12,7%	13,2%	15,1%	11,2%	11,4%	11,4%	11,2%	11,3%	10,3%	10,5%	10,4%	10,3%
Provincia autonoma di Trento	10,6%	10,6%	11,3%	11,5%	11,4%	11,4%	11,2%	11,4%	12,0%	12,2%	13,2%	13,1%	12,0%	13,1%	12,9%	13,5%
Veneto	17,2%	18,4%	18,6%	19,0%	19,7%	18,7%	19,5%	19,7%	19,7%	19,0%	18,7%	18,4%	18,4%	18,5%	18,3%	17,6%
Friuli Venezia Giulia	8,9%	9,5%	9,2%	9,2%	9,7%	9,9%	10,4%	10,5%	10,9%	11,0%	10,9%	10,9%	11,1%	9,8%	10,3%	10,6%
Liguria	8,7%	9,4%	9,1%	9,7%	10,2%	10,6%	11,6%	11,9%	12,4%	12,1%	12,5%	12,3%	12,8%	13,0%	12,8%	12,2%
Emilia Romagna	13,4%	13,6%	13,6%	13,2%	13,4%	13,7%	14,3%	14,1%	14,2%	14,4%	14,6%	15,5%	16,2%	16,6%	16,2%	16,1%
Toscana	10,3%	10,2%	9,4%	9,7%	9,8%	10,0%	11,6%	12,0%	12,4%	12,3%	12,6%	12,6%	12,3%	12,2%	12,5%	12,5%
Umbria	9,8%	9,9%	10,3%	10,6%	10,5%	10,8%	11,3%	11,5%	11,5%	11,5%	11,4%	11,5%	11,9%	12,1%	12,1%	12,4%
Marche	9,5%	10,3%	10,4%	10,9%	11,0%	11,1%	11,4%	11,4%	11,6%	12,5%	12,9%	12,8%	13,2%	13,2%	13,7%	14,3%
Lazio	26,2%	25,7%	25,1%	25,8%	27,2%	25,6%	27,3%	24,9%	25,3%	25,1%	25,4%	26,3%	27,2%	27,2%	27,7%	27,9%
Abruzzo	17,9%	17,4%	19,0%	18,8%	19,7%	19,3%	16,2%	16,7%	14,9%	16,0%	15,6%	15,9%	15,3%	15,6%	15,8%	16,0%
Molise	14,4%	17,0%	16,8%	19,0%	21,0%	21,1%	21,4%	21,1%	23,4%	23,4%	24,9%	24,0%	26,2%	25,8%	23,9%	25,5%
Campania	20,8%	20,9%	19,9%	19,1%	19,4%	19,5%	19,5%	20,2%	21,7%	22,4%	22,3%	23,2%	22,7%	23,8%	23,0%	23,2%
Puglia	20,0%	19,3%	20,2%	19,7%	22,3%	22,0%	22,0%	22,4%	21,9%	22,0%	22,7%	23,4%	23,2%	23,8%	23,4%	23,2%
Basilicata	10,3%	11,4%	11,1%	10,9%	11,6%	12,7%	13,0%	14,4%	15,4%	15,0%	15,3%	15,6%	16,1%	15,7%	14,6%	14,9%
Calabria	15,6%	15,4%	15,4%	16,2%	17,2%	15,8%	17,1%	17,3%	16,7%	17,4%	17,5%	18,1%	18,0%	18,2%	18,1%	18,2%
Sicilia	18,0%	19,4%	19,2%	20,4%	19,7%	19,5%	21,0%	20,9%	22,1%	22,6%	23,0%	22,8%	22,8%	23,4%	23,3%	23,5%
Sardegna	11,8%	11,6%	12,7%	11,9%	12,6%	12,6%	13,0%	13,2%	13,4%	13,8%	13,9%	14,5%	14,4%	14,7%	14,3%	14,3%
ITALIA	17,8%	18,2%	18,4%	18,4%	19,1%	18,9%	19,7%	19,6%	20,1%	20,1%	20,2%	20,6%	20,6%	20,8%	20,9%	20,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	16,4%	17,2%	17,6%	17,7%	18,2%	18,2%	19,2%	19,4%	19,9%	19,7%	19,8%	20,2%	20,1%	20,3%	20,5%	20,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	20,8%	21,1%	20,8%	21,2%	21,8%	21,1%	21,9%	21,3%	22,0%	22,4%	22,6%	23,1%	23,2%	23,4%	23,5%	23,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggiero" ^(c)	18,7%	18,5%	18,4%	17,8%	19,0%	19,2%	20,1%	20,3%	20,5%	20,4%	20,6%	20,7%	20,6%	21,0%	20,7%	20,8%
Autonomie speciali ^(d)	10,7%	10,6%	11,2%	11,1%	11,5%	11,6%	12,0%	11,7%	12,0%	12,2%	12,3%	12,6%	12,5%	12,3%	12,2%	12,3%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.^(b) Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.^(c) Ricomprende le regioni che a partire dal 2010 sono sottoposte a un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia. Benché la regione Piemonte nel corso del 2017 sia uscita dal Piano di rientro, al fine di non alterare l'uniformità della serie storica è stata mantenuta nell'aggregato.^(d) Ricomprende le regioni a statuto speciale (eccetto la Sicilia e le Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato: Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna).

Le Regioni in piano di rientro leggero passano da una variazione media annua del 5,3% nel periodo 2003-2005 ad una variazione media annua del 6,3% nel periodo 2006-2010. Anche in questo caso, il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale aumenta dal 17,8% del 2005 al 20,5% del 2010.

Le Autonomie speciali evidenziano anch'esse tassi di crescita in riduzione, passando da un incremento medio annuo del 7,2% nel periodo 2003-2005 ad un aumento medio annuo del 5,3% nel periodo 2006-2010. In termini di peso percentuale dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, le suddette autonomie speciali passano dall'11,1% nel 2005 al 12% nel 2010.

2.4.3 - Analisi degli andamenti per componente di spesa dal 2011 al 2017

Gli effetti di contenimento registrati nel periodo 2006-2010 trovano ulteriore conferma nel periodo 2011-2017. Nell'ultimo periodo, infatti, la spesa sanitaria si è mantenuta sostanzialmente stabile, con un tasso di crescita dello 0,5% nell'arco temporale in esame (Tab. 2.4).

Il contenimento della spesa ha riguardato principalmente le Regioni sottoposte a piano di rientro e quelle sottoposte a piano di rientro leggero. Le prime, infatti, nel periodo 2011-2017 mostrano una crescita della spesa dello 0,1%, mentre le seconde hanno ridotto la spesa in media dello 0,1%. Le Regioni non in piano di rientro hanno registrato un leggero incremento, pari allo 0,9%, come anche le Autonomie speciali (0,6%).

Con riferimento alle Regioni in piano di rientro leggero, può osservarsi che, fin dall'inizio del periodo di implementazione del piano, esse presentano una *performance* in termini di contenimento della spesa superiore a quella fatta registrare dalle altre Regioni. Tale risultato conferma che, in generale, lo strumento dei piani di rientro determina una maggiore responsabilizzazione dei comportamenti delle regioni interessate, anche in relazione alle puntuali verifiche predisposte dai Tavoli di monitoraggio.

Il contenimento della dinamica ha interessato tutte le componenti di spesa, con un contributo particolarmente significativo per quella relativa ai redditi da lavoro dipendente e alla farmaceutica convenzionata.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa per i redditi da lavoro dipendente passa da un incremento medio annuo del 2,9% nel periodo 2006-2010 ad una riduzione dello 0,9% nel periodo 2011-2017 (Tab. 2.9), abbassando il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva dal 33,2% del 2010 al 30,1% del 2017 (Tab. 2.11).

Sul contenimento della dinamica della spesa per i redditi da lavoro dipendente hanno influito la riconferma, anche parziale, del blocco del *turn over* per le regioni sotto piano di rientro, anche in relazione alle valutazioni dei fabbisogni del personale ai sensi della L. 208/2015, art. 1, c. 541, nonché le politiche di contenimento degli organici attivate autonomamente dalle regioni non sottoposte ai piani di rientro. L'impatto di tali azioni è valutabile anche sulla base dei dati del Conto annuale della RGS. Fra il 2010 e il 2016 (ultimo anno disponibile) il SSN ha osservato una riduzione del personale dipendente di oltre 40.000 unità⁴⁶.

⁴⁶ Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2018a).

Unitamente a tale fattore, hanno contribuito al rallentamento della dinamica della spesa per il personale dipendente le misure introdotte dalla legislazione nazionale, con particolare riferimento al blocco delle procedure contrattuali⁴⁷ e il divieto del riconoscimento di incrementi retributivi al di sopra dei livelli fissati dalla legislazione.

Il contenimento è stato maggiore nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, passate da un incremento medio annuo dell'1,9% nel periodo 2006-2010 ad un tasso di variazione medio annuo negativo (-2%) nel periodo 2011-2017. Questo contenimento si è riflesso anche in una riduzione dell'incidenza dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, che passa dal 32,1% del 2010 al 27,6% del 2017.

Anche le Regioni non sottoposte a piano di rientro hanno osservato, nel periodo 2011-2017, una crescita negativa della spesa pari a -0,4%, rispetto ad un incremento medio annuo del 3,2% nel periodo 2006-2010. Si riduce anche il peso della spesa per il personale sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, che passa dal 33% del 2010 al 30,1% del 2017.

Andamento analogo mostrano le Regioni in piano di rientro leggero che, a fronte di un tasso di crescita medio annuo del 3,3% nel periodo 2006-2010, registrano una variazione media annua negativa (-1,1%) nel periodo 2011-2017. Parallelamente, si riduce anche il peso dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, dal 32,9% del 2010 al 30,6% del 2017.

Le Autonomie speciali passano da un incremento medio annuo del 4,7% nel periodo 2006-2010 ad una crescita media annua dello 0,4% nel periodo 2011-2017. In rapporto alla corrispondente spesa sanitaria regionale, l'incidenza passa dal 39,6% del 2010 al 39,1% del 2017.

Prodotti farmaceutici. La spesa per prodotti farmaceutici passa da un incremento medio annuo del 12,3% nel periodo 2006-2010 al 6,3% registrato nel periodo 2011-2017 (Tab. 2.12). Il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla spesa sanitaria complessiva aumenta dal 6,7% nel 2010 al 10% nel 2017 (Tab. 2.14). L'incremento dell'incidenza di tale componente di costo sulla spesa sanitaria complessiva è da ascrivere principalmente all'immissione di farmaci innovativi, fra cui più recentemente quelli per la cura dell'epatite C, caratterizzati da un costo elevato, nonché al rafforzamento, in diversi SSR, della distribuzione diretta dei farmaci.

Le Regioni sottoposte a piano di rientro riducono l'incremento medio annuo della voce di spesa dal 12,6% nel periodo 2006-2010 al 7,7% nel periodo 2011-2017. Il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale si incrementa notevolmente passando dal 6,3% del 2010 al 10,6% del 2017.

Tale riduzione risulta evidenziata anche nelle Regioni non sottoposte a piano di rientro dove il tasso di crescita medio annuo passa dal 10,9% del periodo 2006-2010 al 5,8% del periodo 2011-2017 (Fig. 2.13). In termini di spesa sanitaria regionale, l'incidenza aumenta dal 6,8% del 2010 al 9,5% del 2017.

Le Regioni in piano di rientro leggero presentano, nel periodo 2011-2017, una crescita della voce di spesa del 5,4% in forte contrazione rispetto al 15,7% del

⁴⁷ Tale blocco, introdotto dal DL 78/2010 ed inizialmente previsto limitatamente al periodo 2010-2012 è stato prorogato sino al 31 dicembre 2014 ed ulteriormente esteso al 2015 con la L 190/2014 (Stabilità 2015).

quinquennio precedente. Il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 7,4% del 2010 al 10,7% del 2017.

Le Autonomie speciali passano da un incremento medio annuo del 13,4% nel periodo 2006-2010 ad un tasso di crescita medio annuo del 5,4% nel periodo 2011-2017. Il peso dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale cresce dal 6,9% nel 2010 al 9,6% nel 2017.

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici. La spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici cresce mediamente al tasso annuo dello 0,6% nel periodo 2011-2017, in evidente riduzione rispetto al tasso medio annuo del 3,5% registrato nel quinquennio precedente (Tab. 2.15). Tuttavia, il peso sulla spesa sanitaria totale cresce leggermente passando dal 19,2% nel 2010 al 19,3% nel 2017 (Tab. 2.17).

La sensibile riduzione della crescita dell'aggregato nel corso degli ultimi anni è da ricondursi sia alle misure di contenimento della spesa per beni e servizi disposte dalla normativa nazionale, con particolare riferimento a quelle introdotte dal DL 95/2012, sia alle politiche di efficientamento attuate autonomamente dalle regioni, anche attraverso l'introduzione di processi di centralizzazione degli acquisti ai sensi dell'art 9 del DL 66/2014.

Le Regioni sottoposte a piano di rientro presentano una crescita media annua dello 0,9% nel 2011-2017, in evidente riduzione rispetto all'1,9% del quinquennio precedente (Fig. 2.14). Il peso della spesa per altri beni e servizi sulla corrispondente spesa sanitaria regionale cresce leggermente dal 16,4% del 2010 al 17,3% del 2017.

Le Regioni non sottoposte a piano di rientro fanno registrare un tasso di crescita medio annuo dello 0,6% nel periodo 2011-2017, leggermente inferiore a quello delle Regioni sottoposte a piano di rientro, pur evidenziando una contrazione più significativa rispetto al tasso di incremento del 4,3% medio annuo del quinquennio precedente. In termini di peso sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, l'aggregato diminuisce leggermente dal 20,8% del 2010 al 20,4% del 2017.

Una significativa contrazione della dinamica della spesa per consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici è mostrata anche dalle Regioni in piano di rientro leggero che, a fronte di una variazione media annua del 3,2% nel periodo 2006-2010, nel periodo 2011-2017 registrano una sostanziale invarianza dell'aggregato, con un tasso di crescita medio annuo pari a 0,2%. Il peso dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale incrementa lievemente passando dal 19% del 2010 al 19,5% del 2017.

Relativamente alle Autonomie speciali, la spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici registra una variazione media annua quasi nulla nel periodo 2011-2017, contro un incremento del 4,4% nel periodo 2006-2010. Il peso dei consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria regionale scende leggermente dal 21,6% nel 2010 al 20,8% nel 2017.

Farmaceutica convenzionata. La spesa per la farmaceutica convenzionata nel periodo 2011-2017 evidenzia un ulteriore rallentamento della crescita, con una riduzione media annua del 5% a fronte della riduzione media annua dell'1,7% nel periodo 2006-2010 (Tab. 2.18). Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria totale si riduce dal 9,9% nel 2010 al 6,7% nel 2017 (Tab. 2.20). A tale riduzione ha contribuito, come già osservato in precedenza, il rafforzamento della distribuzione diretta dei farmaci attuato in diversi SSR. Unitamente a tale fenomeno, hanno concorso altri fattori di rilievo quali: la crescita della quota di compartecipazione a carico dei cittadini, nonché una più attenta politica di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, attraverso le procedure

della ricetta elettronica *on-line* del Sistema Tessera Sanitaria. L'azione congiunta di tali fattori ha fatto sì che la spesa farmaceutica convenzionata negli ultimi anni si collocasse stabilmente al di sotto del livello registrato nell'anno 2002, rispetto al quale la spesa contabilizzata nell'anno 2017 risulta inferiore di quasi 4.224 milioni di euro.

Gli andamenti rilevati a livello nazionale trovano il loro riscontro nelle dinamiche regionali.

Le Regioni sottoposte a piano di rientro evidenziano una riduzione media annua della voce di spesa pari al 5,4% nel periodo 2011-2017, ampliando ulteriormente il tasso di riduzione medio annuo del 2,9% del quinquennio precedente (Fig. 2.15). Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria regionale si riduce significativamente passando dall'11,3% del 2010 al 7,6% del 2017.

Anche le Regioni non sottoposte a piano di rientro evidenziano un andamento decrescente della spesa farmaceutica convenzionata, passando da una riduzione media annua dell'1,3% nel periodo 2006-2010 ad una contrazione media annua del 4,5% nel periodo 2011-2017. In termini di incidenza sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, l'aggregato scende dall'8,8% del 2010 al 6% del 2017.

Le Regioni in piano di rientro leggero passano da una variazione media annua del -0,2% nel periodo 2006-2010 ad una variazione media annua del -5,5% nel periodo 2011-2017. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria regionale scende dal 10,5% del 2010 al 7,1% del 2017.

Anche le Autonomie speciali presentano un tasso di variazione negativo della spesa farmaceutica in convenzione che si attesta su un tasso medio annuo del -4,9% nel periodo 2011-2017, rispetto al -0,6% del periodo 2006-2010. In termini percentuali sul totale della corrispondente spesa sanitaria regionale, la voce di spesa scende dal 9,2% nel 2010 al 6,2% nel 2017.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione passa da un incremento medio annuo del 2,8% nel periodo 2006-2010 a un incremento dello 0,2% nel periodo 2011-2017 (Tab. 2.21). Il peso sulla spesa sanitaria totale è pari al 5,9% nel 2010, mentre nel 2017 scende di un decimo di punto percentuale (Tab. 2.23).

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

Le Regioni sottoposte a piano di rientro passano da un incremento medio annuo del 2,1% nel periodo 2006-2010 ad una crescita media annua dello 0,3% nel periodo 2011-2017 (Fig. 2.16). Il peso dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale resta praticamente stabile passando dal 6,3% del 2010 al 6,4% del 2017.

Le Regioni non sottoposte a piano di rientro nel periodo 2011-2017 registrano una sostanziale stabilità della spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione, a fronte del tasso di crescita medio annuo del 2,8% nel quinquennio precedente. Il peso della spesa per la medicina di base sulla spesa sanitaria regionale resta sostanzialmente invariato, passando dal 5,6% del 2010 al 5,3% del 2017.

Le Regioni in piano di rientro leggero evidenziano, nel periodo 2011-2017, un tasso di crescita medio annuo dello 0,5%, in significativa riduzione rispetto al 4,4% del quinquennio precedente. In percentuale della corrispondente spesa sanitaria regionale, l'incidenza della voce di spesa aumenta lievemente dal 6,2% del 2010 al 6,4% del 2017.

Le Autonomie speciali passano da un incremento medio annuo del 3,3% nel periodo 2006-2010 ad una variazione media annua dello 0,5% nel periodo 2011-2017. Il peso della spesa per medicina di base sulla spesa sanitaria regionale resta sostanzialmente invariato attorno al 5,5%.

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa per altre prestazioni da privato accreditato passa da un incremento medio annuo del 4,6% nel periodo 2006-2010 ad un incremento medio annuo dell'1% nel periodo 2011-2017 (Tab. 2.24). Il peso della spesa per altre prestazioni da privato accreditato sulla corrispondente spesa sanitaria totale aumenta dal 20,1% nel 2010 al 20,9% nel 2017 (Tab. 2.26).

Il sensibile rallentamento della dinamica della spesa si deve al complesso di misure introdotte negli ultimi anni. In particolare, vanno ricordate le misure previste dal dall'articolo 15, co. 14 del DL 95/2012, che, ha disposto la riduzione degli importi e dei corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni specialistiche ed ospedaliere da operatori privati in convenzione, in misura pari allo 0,5% per il 2012, all'1% per il 2013 e al 2% a decorrere dal 2014. Dal 2016 le regioni possono derogare alle suddette riduzioni, limitatamente alle sole prestazioni di alta specialità (art 1, co 574 della L 208/2015) previa individuazione di misure compensative di pari importo.

In aggiunta a ciò, ha positivamente contribuito alla riduzione della crescita dell'aggregato il rafforzamento dell'attività di programmazione regionale in relazione alla definizione dei fabbisogni di prestazioni da erogarsi attraverso operatori privati, con la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di *budget* alle singole ASL. Nelle diverse regioni, con diversa velocità sono avvenuti ed in corso processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Le Regioni sottoposte a piano di rientro evidenziano una crescita media annua dell'1,2% nel periodo 2011-2017, più che dimezzando il tasso di crescita medio del quinquennio precedente pari al 2,5% (Fig. 2.17). In termini di peso percentuale dell'aggregato sulla relativa spesa sanitaria regionale, si registra un leggero incremento dal 22% del 2010 al 23,8% del 2017.

Anche le Regioni non sottoposte a piano di rientro evidenziano un contenimento della dinamica di spesa, con un incremento medio annuo dell'1,2% nel periodo 2011-2017, a fronte di un tasso di incremento medio del 5,9% nel periodo 2006-2010, notevolmente più elevato rispetto a quello delle regioni sotto piano di rientro. Il peso della spesa per altre prestazioni da privato accreditato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale passa dal 19,9% nel 2010 al 20,3% nel 2017.

Le Regioni in piano di rientro leggero osservano un sensibile rallentamento della spesa per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato, passando da una variazione media annua del 6,3% nel periodo 2006-2010 ad un tasso di crescita medio annuo quasi nullo nel periodo 2011-2017. A fronte di tale andamento, il peso dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale mostra comunque un leggero incremento dal 20,5% del 2010 al 20,8% del 2017.

Anche le Autonomie speciali vedono una contrazione della dinamica dell'aggregato, con un tasso di crescita medio annuo dell'1% nel periodo 2011-2017 a fronte dell'incremento medio annuo del 5,3% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per altre prestazioni da privato accreditato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale cresce leggermente passando dal 12% nel 2010 al 12,3% nel 2017.

Box 2.1 - Procedura di ripartizione regionale del finanziamento del settore sanitario pubblico

Fino all'anno 2012, il livello complessivo del finanziamento del SSN, che corrisponde alla quota di risorse pubbliche che lo Stato, in concorrenza con le altre funzioni, destina alla sanità pubblica, era ripartito tra le regioni sulla base della popolazione residente pesata, con pesi che tenevano conto del profilo dei consumi sanitari della popolazione residente, suddivisa per classi di età e sesso. La procedura di determinazione dei fabbisogni standard regionali, che indicano la quota di risorse attribuite a ciascuna regione per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza, è stata modificata dal DLgs 68/2011, a decorrere dall'anno 2013. Nel seguito vengono riportate le fasi attraverso cui si esplica tale procedura.

- *Prioritariamente, in ciascun anno, è definito il fabbisogno sanitario nazionale standard in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e con gli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria (articoli 25 e 26).*
- *Viene ribadita l'allocazione ottimale delle risorse cui devono tendere le regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria (art. 27, co. 3):*
 - 5% per l'assistenza collettiva;
 - 51% per l'assistenza territoriale;
 - 44% per l'assistenza ospedaliera.
- *Con riferimento al secondo anno precedente a quello di riferimento, si provvede a individuare le migliori 5 regioni sulla base delle seguenti caratteristiche (art. 27, commi 4-5):*
 - *erogazione dei livelli essenziali di assistenza in equilibrio economico e in condizione di efficienza ed appropriatezza, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali; sono considerate in equilibrio economico le regioni che hanno assicurato l'erogazione dei predetti livelli di assistenza con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente nazionale, ivi incluse le entrate proprie regionali effettive;*
 - *superamento degli adempimenti previsti dalla vigente legislazione, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali;*
 - *presenza di criteri di qualità, definiti con successivo decreto del Presidente del Consiglio, sulla base degli indicatori già condivisi in sede di Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.*

Qualora un numero inferiore a 5 regioni si trovi in condizione di equilibrio, si individuano anche le regioni con il minor disavanzo (art. 27, co. 12).

Tra le predette 5 regioni, vengono individuate, da parte della Conferenza Stato Regioni, le 3 di riferimento (benchmark), tra le quali è obbligatoriamente inclusa la prima delle 5. Nell'individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica nord, centro e sud, con almeno una regione di piccola dimensione (art. 27, co. 5).

- *I costi sono computati a livello aggregato per ogni regione e per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera (art. 27, co. 6).*
- *I costi sono altresì computati al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva; sono depurati della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto a quelle considerate in sede di riparto; sono depurati delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del SSN e della quota che finanzia livelli assistenziali superiori ai livelli essenziali (art. 27, co. 6, lettere a), b), c) e d)).*
- *Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli dalla media pro capite pesata del costo registrato dalle regioni benchmark (art. 27, co. 6).*
- *Il costo così ottenuto è moltiplicato in ogni regione per la popolazione pesata (art. 27, co. 6, lett. e). L'incidenza percentuale di tale costo, è applicata al fabbisogno standard nazionale dell'anno di riferimento e determina il fabbisogno standard regionale (art. 27, commi 8 e 9).*
- *La convergenza ai valori percentuali del fabbisogno standard nazionale avviene in un periodo di 5 anni (art. 27, co. 11).*

CAPITOLO 3 - Piani di rientro

3.1 - Premessa

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

Si partiva dalla constatazione di quanto segue: nelle regioni con alti disavanzi non era stato riconosciuto l'accesso alla quota premiale e, quindi, la stessa non era stata erogata ai relativi Servizi sanitari regionali (SSR), che, di conseguenza avevano perso in ciascun anno il 5% del loro finanziamento ordinario per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA); nonostante il potenziamento del sistema sanzionatorio intervenuto nel 2005, queste regioni non erano riuscite a dare copertura integrale al disavanzo annuale e, quindi, rimaneva un disavanzo non coperto che alimentava negli anni un debito crescente; negli operatori di tali regioni era subentrato un atteggiamento in alcuni casi di scoraggiamento e in altri di totale disinteresse delle regole imposte dal sistema premiale; in molte regioni erano state poste in essere operazioni finanziarie sul debito anche molto onerose per le regioni stesse e i cui riflessi si sarebbero comunque prodotti su un arco temporale molto esteso.

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

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

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

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

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

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

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

3.2 - Caratteristiche dei piani di rientro

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

Esso è caratterizzato da diversi aspetti.

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

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

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

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

Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i piani di rientro delle regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. (Liguria e Sardegna hanno concluso il Piano nell'anno 2009).

Nel dicembre 2009 ha predisposto il Piano di rientro la regione Calabria.

Nell'anno 2010 si sono aggiunte anche Piemonte e Puglia (cfr. Paragrafo 3.4).

3.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro

I principali interventi contenuti nei Piani di rientro, i cui primi Accordi sono stati sottoscritti durante l'anno 2007, sono:

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

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

3.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia

In via ulteriore rispetto ai Piani di rientro sottoscritti nel 2007 e nel 2009, le regioni Piemonte e Puglia nel 2010 hanno sottoscritto degli Accordi contenenti i relativi Piani di rientro.

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

Il Piemonte ha terminato il proprio Piano di rientro nell'anno 2017.

3.5 - Attuazione dei piani di rientro

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

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

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

3.6 - Attività di affiancamento

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

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

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

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

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

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

A titolo esemplificativo, si riporta il numero dei provvedimenti pervenuti durante l'anno 2017, i relativi pareri resi entro il 31 dicembre 2017 e il numero delle richieste informative e di chiarimenti che sono state inviate dai Ministeri affiancanti.

Tab. 3.1: attività di affiancamento - Anno 2017

Regioni	Provvedimenti pervenuti	Pareri emessi	Pareri emessi in verbale	Totale Pareri emessi	Richieste Ministeri
Abruzzo	139	36	61	97	4
Campania	231	1	123	124	5
Molise	102	1	31	32	3
Sicilia	102	16	44	60	2
Lazio	321	10	115	125	4
Calabria	136	43	38	81	9
Piemonte	20	9	4	13	0
Puglia	196	7	89	96	2
Totale	1.247	123	505	628	29

È possibile evincere che durante l'anno solare 2017 sono pervenuti complessivamente 1.247 provvedimenti regionali e sono stati emessi 628 pareri dai Ministeri affiancanti. I Ministeri affiancanti hanno dovuto procedere a richiedere chiarimenti o notizie alle regioni complessivamente in 29 casi.

3.7 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro

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

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

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

Verifica annuale. Nella verifica annuale del piano di rientro viene effettuato un bilancio dell'intero anno trascorso. Tale verifica avviene in occasione dell'esame del risultato di gestione dell'anno appena concluso ed è effettuata sulla base di quanto previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004. Rispetto alla procedura precedentemente illustrata, con riferimento al risultato di gestione dell'anno trascorso, per le regioni in piano di rientro si possono manifestare situazioni di equilibrio, avanzo o disavanzo. Si ricorda che il risultato di gestione sconta a copertura le entrate preordinate dal piano di rientro e cioè, le entrate regionali da massimizzazione delle aliquote fiscali e, fino all'anno 2009, le entrate derivanti dal fondo transitorio di accompagnamento. Qualora il risultato di gestione di un certo anno manifesti un avanzo, la regione può chiedere la rideterminazione in riduzione delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta seguente fino alla concorrenza finanziaria del miglior risultato ottenuto. Viceversa, se il risultato di gestione evidenzia un disavanzo non coperto dalle risorse preordinate dal piano di rientro, secondo quanto previsto dalla legislazione vigente, scattano nel territorio della regione le ulteriori massimizazioni delle aliquote e cioè l'ulteriore massimizzazione dell'IRAP di 0,15 punti percentuali e dell'Addizionale regionale all'IRPEF di 0,30% punti percentuali. Inoltre si applicano nel territorio della regione il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine dell'anno successivo a quello in cui viene effettuata la verifica, come novellato dalla legge di stabilità per l'anno 2015.

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

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

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

Alle verifiche di attuazione del piano di rientro partecipa di norma, laddove previsto, anche l'*advisor* contabile.

Le verifiche del risultato di gestione riguardanti le regioni Piemonte e Puglia che, come sopra detto, non sono soggette nel loro piano di rientro all'obbligo dell'incremento delle aliquote fiscali, avvengono con le medesime regole delle regioni non sottoposte a piano di rientro.

Sempre a titolo esemplificativo si riporta la tabella contenente, per l'anno 2017, il numero delle riunioni tenutesi, pari a 25, e la dimensione dei verbali di verifica espressa dalle loro pagine complessive.

Tab. 3.2: verbali di verifica - Anno 2017

Regioni	Verbali	Numero pagine complessivo
Abruzzo	3	189
Campania	4	177
Calabria	3	188
Lazio	5	229
Molise	3	129
Puglia	3	192
Piemonte	1	63
Sicilia	3	171
Totale	25	1.338

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

3.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento

Qualora dalla verifica di Tavolo adempimenti e Comitato LEA emergano dei gravi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione ad adempiere entro la data riportata nella diffida. Successivamente il Tavolo adempimenti e il Comitato LEA sono chiamati a valutare gli atti adottati dalla regione e la loro congruità a recuperare il grave ritardo nell'attuazione del piano di rientro. Qualora la loro valutazione sia negativa, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro⁴⁸.

Al commissario viene conferito un mandato in ordine all'attuazione del Piano di rientro con la specificazione anche dei principali interventi da porre in essere. Il commissario agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al piano di rientro, i cui equilibri sono stati scontati nell'ambito degli equilibri di finanza pubblica. Pertanto con il commissariamento la regione perde la sua potestà sulla sanità con particolare riferimento agli obiettivi nominati esplicitamente nel mandato commissariale. Se ritenuto

⁴⁸ L'articolo 1, commi 569 e 570 della Legge 190/2014 ha stabilito l'incompatibilità tra la nomina a Commissario *ad acta* e l'affidamento di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione commissariata. L'articolo 1, comma 396, della legge 232/2016 ha eliminato tale incompatibilità per le regioni già commissariate.

opportuno dal Governo, il commissario può essere affiancato nell'attuazione del suo mandato da uno o più sub commissari ai quali viene conferito specifico mandato.

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

La Regione Abruzzo è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 e fino al 30 settembre 2016. Infatti, a seguito dell'esito positivo della verifica del 28 settembre 2016 da parte di Tavolo e Comitato, sono venute a cessare, con decorrenza 30 settembre 2016, i mandati commissariali conferiti al commissario e al Sub commissario. La regione, pertanto, è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di piani di rientro dai deficit sanitari, restando ferme le modalità di verifica e di affiancamento da parte dei Tavoli tecnici e dei Ministeri affiancanti, nei termini riportati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016.

3.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi

Sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella successiva legge finanziaria per l'anno 2010 (L. 191/2009) è stato disposto che i piani di rientro delle regioni commissariate proseguono mediante programmi operativi. Resta fermo l'assetto della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile. Viene in ogni caso fatta salva la possibilità della regione di ripristinare la gestione ordinaria del piano di rientro mediante la presentazione di un nuovo piano di rientro che deve essere valutato nella sua congruità.

Ha terminato positivamente il piano di rientro la regione Liguria.

Le regioni commissariate Lazio, Campania, Molise e Calabria stanno proseguendo con la gestione commissariale mediante l'attuazione di programmi operativi. La regione Abruzzo, non più commissariata, sta procedendo nell'attuazione di un piano di rientro adottato dalla Giunta regionale rientrata nell'esercizio dei poteri ordinari a seguito della cessazione del mandato commissariale.

Le regioni Sicilia e Puglia stanno proseguendo il piano di rientro mediante programmi operativi, ai sensi dell'art. 15, c. 20 del DL 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012. La regione Piemonte ha concluso positivamente il piano di rientro nel 2017.

3.10 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010

La normativa vigente dall'anno 2010, come novellata dalla normativa in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, prevede l'obbligatorietà del Piano di rientro per le regioni che presentano un disavanzo pari o superiore alla soglia del 5% del livello del finanziamento del SSR ovvero per le regioni per le quali, pur avendo un livello di disavanzo inferiore alla soglia del 5%, gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo (art. 2, comma 77 della L. 191/2009).

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

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

Il Consiglio dei Ministri accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei Ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del commissario *ad acta*, oltre all'applicazione degli automatismi previsti dall' art. 1, co. 174, della L 311/2004, in via automatica:

- sono sospesi i trasferimenti erariali alla regione a carattere non obbligatorio e decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente;
- sono incrementate nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'Irap e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF, con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario *ad acta*.

Resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, co. 174, della L 311/2004.

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

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

Per nessuna regione a statuto ordinario si sono verificate le condizioni per la sottoscrizione del piano di rientro introdotte a partire dall'anno 2010. Alla Regione Sardegna, che ha registrato alti disavanzi annuali, peraltro non integralmente coperti, è stato chiesto di predisporre un piano di rientro.

In materia di commissariamento l'art. 12 del Patto per la salute 2014-2016 ha innovato rispetto a quanto previsto dalla precedente Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. Le principali novità sono di seguito elencate:

- la nomina a commissario *ad acta* è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento (non si applica alle regioni già commissariate – vedi art 1, co 396, della L 232/2016);
- il Commissario *ad acta*, ove nominato, deve possedere un *curriculum* che evidenzii qualifiche e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza conseguiti;
- i Sub commissari svolgono attività a supporto dell'azione del commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di alcuni o di tutti gli obiettivi affidati al commissario con il mandato commissariale, avvalendosi del personale, degli uffici e dei mezzi necessari all'espletamento dell'incarico di cui all'art. 4, co. 2 del DL 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla L 222/2007;
- il Commissario *ad acta* qualora, in sede di verifica annuale ai sensi dell'art. 2, co. 81, della L 191/2009, riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, così come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, propone, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, in applicazione dell'art. 3-bis, co. 7 del DLgs 502/1992 e ss.mm.ii.

Tali modifiche, introdotte dal Patto per la salute 2014-2016, sono state successivamente recepite all'art. 1, commi da 569 a 572, dalla L 190/2014 (Legge di stabilità 2015). Le suddette disposizioni si applicano alle nomine effettuate, a qualunque titolo, successivamente alla data di entrata in vigore della suddetta legge di stabilità 2015. Si applicano inoltre anche ai commissariamenti disposti ai sensi dell'art. 4, co. 2 del DL 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla L 222/2007 e ss.mm.ii, salvo quanto disposto dal citato art 1, co 395, della L 232/2016).

Il Patto per la salute 2014-2016 ha introdotto, inoltre, la necessità di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei SSR. A tal fine, per quanto concerne i nuovi programmi operativi, ma anche per quelli già in corso di svolgimento che possono eventualmente essere aggiornati, ha previsto che vengano individuati obiettivi e azioni finalizzate alla chiara definizione dei processi di *governance* regionale, aziendalizzazione, verifica e controllo. Ha inoltre previsto l'individuazione di interventi di riorganizzazione e riqualificazione del SSR idonei a garantire congiuntamente il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario nell'ambito della cornice finanziaria programmata e nel rispetto della normativa vigente, assicurando la coerenza nelle articolazioni aziendali. Al riguardo è stato, altresì, previsto un potenziamento dell'attività di affiancamento tecnico-operativa dell'AGENAS nella fase di verifica dei piani di rientro.

Inoltre è stata prevista la realizzazione di un efficace sistema di monitoraggio e supporto alle Regioni, che consenta di intervenire prima che si realizzino le condizioni, ai sensi della normativa vigente, che impongono l'adozione dei piani di rientro. A tal fine è prevista la realizzazione, da parte di Agenas, di uno specifico sistema di monitoraggio,

analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle *performance* delle Aziende sanitarie e dei SSR, in termini di qualità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

3.11 - Semplificazione e razionalizzazione dei piani di rientro

Alla luce delle esperienze nella gestione pluriennale dei piani di rientro, Il Patto per la salute 2014-2016, all'art. 12, ha introdotto, tra l'altro, una semplificazione e razionalizzazione delle procedure di verifica dei provvedimenti attuativi del piano di rientro. È infatti prevista l'individuazione di nuove modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA e procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei Programmi operativi in atto, sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA, sulla base dello stato di avanzamento delle azioni programmate. Tale procedura di semplificazione del monitoraggio degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA dovrà prevedere esclusivamente l'individuazione di alcune aree prioritarie di intervento in materia di erogazione dei LEA e relativo cronoprogramma e modalità di attuazione, tenuto conto di quanto previsto nel programma operativo in relazione agli obiettivi strutturali del Piano stesso. A partire dall'anno 2015 è stata data attuazione alla semplificazione dei programmi operativi sulla base di una metodologia condivisa.

3.12 - Piani di rientro aziendali

La legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) all'art 1, co 524, 525 e 526, introduce i Piani di rientro aziendali, da sottoscrivere da parte delle Aziende ospedaliere (AO), Aziende ospedaliere universitarie (AOU) e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici come strumenti per il perseguimento dell'efficienza gestionale delle aziende stesse da approvarsi ai sensi dell'articolo 1, commi 529 e 530 della medesima legge n. 208/2015. Nel dettaglio, il comma 524 dell'articolo 1 (come modificato dall'art 1, co 390, della Ln. 232/2016) dispone che ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del commissario *ad acta*, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge n. 191/2009, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge n. 159/2007, le AO, le AOU, gli IRCCS o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del Conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 7 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526;
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526.

Il successivo comma 528 dispone che gli enti così individuati presentano alla regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure

atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati.

Con successivo Decreto 21 giugno 2016 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, in attuazione dell'art 1, co 526, della richiamata L 208/2015, sono state disciplinate:

- la metodologia per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi delle AO, delle AOU e degli IRCCS, per la determinazione dello scostamento ai sensi dell'art 1, co 524, lettera a), della L n. 208/2015;
- la metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;
- le linee guida per la predisposizione dei Piani di cui all'art 1, co 528, della citata L n. 208/2015.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 192 del 2017, ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 1, commi 526 e 536 della legge n. 208 del 2015 nella parte in cui prevede che i decreti ministeriali ivi contemplati siano emanati "sentita" la Conferenza Stato-Regioni anziché d'intesa con la stessa Conferenza. La Corte Costituzionale ha dichiarato altresì l'illegittimità dell'articolo 1, commi 524, 525 e 529 della predetta legge 208 del 2015 nella parte in cui prevede che i provvedimenti ivi contemplati siano adottati dalla Giunta regionale.

A seguito di tale sentenza è in corso l'iter di acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni.

3.13 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro

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

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

Successivamente l'art. 2, c. 6 del DL 120/2013 ha integrato il predetto art. 2, c. 80 della L 191/2009, prevedendo che a decorrere dal 2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del Piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è

consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al DL 35/2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al DL 35/2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità extrasanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un Programma operativo approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione delle aliquote dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'Irap secondo le vigenti disposizioni. In una prima fase hanno potuto usufruire di tale normativa le Regioni Abruzzo, Sicilia e Campania.

A partire dall'anno d'imposta 2019 la normativa sarà applicata anche per la Regione Lazio.

CAPITOLO 4 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

4.1 - Premessa

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

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

4.2 - Decreto legislativo n. 118/2011

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

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

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

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

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

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

Giunta regionale approva i bilanci d'esercizio degli enti e della GSA entro il termine del 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento e il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;

- l'eventuale aggiornamento degli schemi di bilancio, del piano dei conti e dei modelli CE, SP, LA viene operato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

In coerenza con quanto disposto dal DLgs 118/2011 sono stati adottati i seguenti decreti ministeriali:

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

Si fa inoltre presente che il DLgs 126/2014 ha introdotto una modifica all'art. 20 del citato DLgs 118/2011, introducendo il co. 2-ter che prevede l'iscrizione obbligatoria nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, della quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR. La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale.

Tale modifica riguarda le regioni sottoposte al Piano di rientro che sono obbligate al mantenimento della massimizzazione delle aliquote fiscali per l'intera durata del Piano di rientro (vedi capitolo 3).

La regione non può disimpegnare tali somme se non a seguito di espressa autorizzazione da parte dei Tavoli di verifica.

In via ulteriore, la legge di stabilità per l'anno 2015 n. 190/2014, in coerenza con quanto previsto in sede di Patto per la salute 2014-2016, ha modificato l'art. 30 del DLgs 118/2011, prevedendo che gli eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

Si rappresenta che sono in corso di aggiornamento i modelli di rilevazione CE, SP, LA.

Principi di valutazione specifici del settore sanitario (art. 29 del DLgs 118/2011)

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

Il DLGS 118/2011 è stato inoltre attuato nelle Autonomie speciali dopo l'anno 2012: in Sicilia a partire dall'anno 2014 e nelle restanti Autonomie speciali a partire dal 2015. Con queste ultime è in corso un lavoro volto a garantirne la corretta e puntuale

applicazione, in ossequio alla finalità del DLgs 118/2011 con riferimento alla armonizzazione contabile, con l'obiettivo di rendere i bilanci sanitari dell'intero SSN omogenei e confrontabili nel tempo e fra i diversi enti.

4.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione

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

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

In attuazione di quanto disposto dall'art. 20 del DLgs 118/2011, come modificato dal DLgs 126/2014, sono effettuate dai Tavoli tecnici le verifiche della coerenza delle iscrizioni concernenti:

- il finanziamento ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale, perimetro sanità, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento;
- il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- il finanziamento per obiettivi di piano e per somme vincolate o finalizzate accertato ed impegnato sul bilancio regionale, perimetro sanità, e la sua coerenza con gli atti formali di riparto;
- il finanziamento sanitario vincolato e per obiettivi di piano iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto del finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale, perimetro sanità, con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;

- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel modello CE⁴⁹ con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- la quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR per le regioni sottoposte ai Piani di rientro, iscritta obbligatoriamente nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi. La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale.

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

Viene richiesto alla regione di documentare la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intra regionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2012.

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

Nel calcolo del risultato di gestione viene esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CE AA0080) in quanto risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di risorse aggiuntive regionali per il raggiungimento dell'equilibrio economico per le quali la regione documenta la relativa coerenza con il bilancio regionale.

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

⁴⁹ Si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

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

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

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

Viene effettuata anche una verifica delle contabilizzazioni delle entrate da payback farmaceutico.

Viene richiesta documentazione inerente la composizione delle voci:

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

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

Dall'anno contabile 2013 (in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, c. 7 del DL 35/2013) viene richiesta la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio SSR. A maggior tutela del corretto utilizzo delle risorse destinate alla sanità, l'art. 1, c. 606 della L 190/2014 (Legge di stabilità 2015) ha previsto che, a decorrere dall'anno 2015, la predetta percentuale è rideterminata al valore del 95% e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo. Pertanto dall'anno 2015 la verifica è articolata in due momenti e si conclude dopo aver accertato l'erogazione del 100% delle risorse oggetto della verifica.

4.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale

Le principali innovazioni introdotte dal DLgs 118/2011 che rilevano sulla redazione delle poste patrimoniali sono:

- l'istituzione della Gestione sanitaria accentrata (GSA) quale specifico centro di responsabilità nella struttura organizzativa regionale deputato alla tenuta di una propria contabilità di tipo economico-patrimoniale e alla gestione delle operazioni finanziate con risorse destinate al Servizio sanitario regionale;
- la predisposizione da parte della GSA dello stato patrimoniale iniziale all'1/1/2012;
- la definizione degli enti ricompresi nel perimetro della sanità, che, quindi, sono ricompresi nel perimetro di consolidamento delle scritture del SSR da operarsi da parte della GSA;
- l'apertura di appositi conti di tesoreria intestati alla sanità sui quali sono versate le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard*;
- la definizione dei libri obbligatori per la tenuta della contabilità e degli schemi di bilancio degli enti ricompresi nel perimetro di consolidamento del SSR ivi ricomprendendo la GSA.

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

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

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

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

- fondo transitorio di accompagnamento;
- manovre fiscali regionali;
- il Fondo aree sottoutilizzate (FAS);
- disponibilità liquide, anche con riferimento all'istituzione di conti di tesoreria intestati alla sanità, ai sensi dell'art. 21 del DLgs 118/2011;
- voci del patrimonio netto, con particolare riferimento ai fondi di dotazione, agli investimenti, alla copertura delle eventuali perdite portate a nuovo; alla valorizzazione e movimentazione delle riserve a vario titolo costituite;
- voci relative ai fondi rischi e oneri;
- voci relative ai debiti.

A partire dall'esercizio 2013 l'analisi si è arricchita con la riconciliazione dei crediti verso regione con il bilancio finanziario regionale. Stessa riconciliazione è stata richiesta con riferimento alle voci del patrimonio netto: utili e perdite portate a nuovo e contributi per ripiano perdite.

È stata inoltre esaminata la coerenza delle iscrizioni relative ai debiti, in particolare verso fornitori, con i pagamenti effettuati a seguito dell'accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi del DL 35/2013 e il rispetto dei tempi di pagamento di cui al DLgs 192/2012 di recepimento della direttiva 2011/7/UE.

Il monitoraggio dell'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui al DPCM 22 settembre 2014 è effettuato annualmente ed aggiornato trimestralmente.

L'analisi delle iscrizioni contabili relative allo Stato patrimoniale avviata a seguito dell'implementazione del DLgs 118/2011, rispetto alle analisi condotte sui conti economici, potrà portare ad una effettiva sistemazione contabile solo in un arco di tempo pluriennale anche in relazione alla complessità di tale documento contabile.

4.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

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

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

A tal fine sono stati emanati i seguenti decreti:

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

straordinaria delle procedure amministrativo contabili, di cui all'articolo 11 del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012);

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

Le regioni hanno adottato formalmente il documento regionale contenente il PAC e sono in corso le attività di monitoraggio dell'attuazione di quanto previsto da ciascun PAC regionale da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti, congiuntamente con il Comitato LEA limitatamente alle regioni in Piano di rientro.

Le attività in ordine al raggiungimento della certificabilità dovranno concludersi entro 36 mesi dal loro inizio. Tuttavia, in considerazione di eventuali criticità riscontrate nell'attuazione, le regioni possono prevedere un aggiornamento delle scadenze.

In considerazione della complessa attività riguardante l'attuazione del DLgs 118/2011 e la definizione di ulteriori aspetti tecnici inerenti le scritture contabili, anche nell'ottica di pervenire alla certificabilità dei bilanci, è prevista la progressiva adozione di decreti ministeriali concernenti la casistica applicativa del DLgs 118/2011, anche in considerazione della necessità di individuare modalità di raccordo tra le previsioni contenute nel Titolo I e quelle contenute nel Titolo II del DLgs 118/2011, con particolare riferimento al collegamento tra le iscrizioni in contabilità finanziaria del bilancio regionale e quelle in contabilità economico-patrimoniale del SSN.

CAPITOLO 5 - Sistema tessera sanitaria

5.1 - Premessa

La base dati rilevata tramite il Sistema tessera sanitaria (Sistema TS) costituisce una fonte informativa importante per l'attività di analisi e monitoraggio della spesa sanitaria pubblica per quanto riguarda le prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alla valutazione comparativa dei parametri di efficienza ed appropriatezza delle prescrizioni mediche.

La suddetta base dati costituisce, inoltre, la principale fonte informativa per la stima del consumo sanitario pro capite relativo alla spesa farmaceutica e specialistica, distribuito per età e sesso. Tali stime sono impiegate nei modelli di previsione di medio-lungo periodo del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) ed utilizzati dalla Commissione Europea per le previsioni di lungo periodo delle componenti di spesa pubblica *age-related*⁵⁰.

Il presente capitolo si articola in più parti. La prima illustra le principali caratteristiche del sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche e di controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito, realizzati tramite il Sistema TS (paragrafi 5.2-5.3). Si procede poi alla descrizione dell'anagrafe nazionale degli assistiti, delle Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS), dei certificati telematici di malattia e del Fascicolo Sanitario Elettronico (paragrafi 5.4-5.7). Successivamente, dopo aver descritto il processo di rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata, si fornisce una rappresentazione, dei dati a tal fine trasmessi al Sistema TS (paragrafo 5.8). Infine l'ultima parte fornisce metodi e risultati della stima dei profili per età e sesso del consumo sanitario relativi alla spesa farmaceutica e specialistica (paragrafo 5.9).

5.2 - Monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite il Sistema TS

5.2.1 - Fase 1: Rilevazione telematica delle prestazioni erogate

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

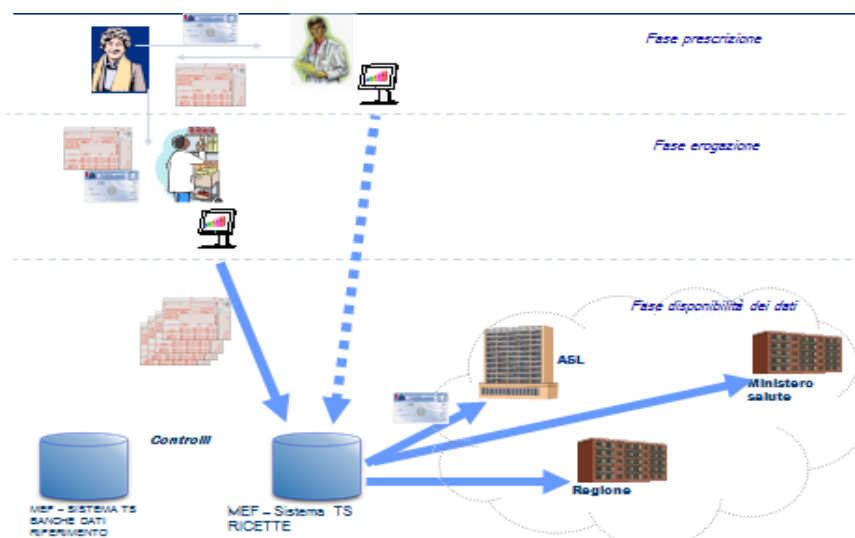
⁵⁰ Ministero dell'economia e delle finanze (2018).

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

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

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

Fig.5.1: sistema TS – Descrizione del processo



In virtù delle suddette procedure informatizzate, a regime in tutte le regioni dal 2009, il Sistema TS (Fig. 5.1) costituisce il "collettore" centrale del patrimonio informativo delle ricette mediche relative alle prestazioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale, il quale viene reso disponibile mensilmente (entro il giorno 20 del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni), nel rispetto delle indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali, alle ASL competenti, sotto forma di dati individuali comprensivi del codice fiscale dell'assistito, nonché alle Regioni, al Ministero della salute e all'AIFA, sotto forma di dati individuali anonimizzati. La realizzazione del sistema di rilevazione telematica

dei dati delle prescrizioni mediche ha comunque salvaguardato eventuali investimenti regionali già attivati per la predisposizione di sistemi informativi con medesime finalità, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema TS (art. 50, co. 11 della L 326/2003), quali ad esempio quelli delle regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche.

La realizzazione del Sistema TS ha consentito di potenziare, uniformemente su tutto il territorio nazionale⁵¹, gli strumenti di programmazione finanziaria e di monitoraggio del settore sanitario, tramite la definizione di specifici indicatori. Ciò sia a livello nazionale che regionale nonché delle singole aziende sanitarie (Tab. 5.1).

Tab. 5.1: caratteristiche del Sistema TS

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

5.2.2 - Fase 2: Ricetta elettronica

La legge finanziaria per l'anno 2007 ha previsto, nell'ambito del Sistema TS, il collegamento telematico dei medici prescrittori, per l'attuazione della c.d. ricetta elettronica, secondo le modalità definite con DPCM del 26/3/2008⁵².

Tale dispositivo, attivato dall'anno 2010 in tutte le regioni, consente la verifica in tempo reale delle ricette prescritte e delle relative prestazioni erogate a carico del SSN, potenziando significativamente le capacità di controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

Attualmente risultano collegati telematicamente al Sistema circa 52 mila medici convenzionati, oltre ai medici specialisti ospedalieri. Ciò consente il confronto fra le prestazioni prescritte dal singolo medico e quelle erogate dalle strutture sanitarie, monitorando, in particolare:

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

⁵¹ Precedentemente, solo alcune regioni/ASL disponevano di tali informazioni che, comunque, risultavano parziali, tardive e non standardizzate e, quindi, non confrontabili fra le diverse realtà territoriali.

⁵² Vengono, comunque, salvaguardati gli investimenti regionali dei sistemi informativi già realizzati in materia, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema (art. 4 del DPCM del 26 marzo 2008).

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

5.2.3 - Fase 3: Dematerializzazione delle ricette mediche

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

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

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

- esistenza del nominativo dell'assistito, già in fase di prescrizione, tramite l'interconnessione con la banca dati degli assistiti;
- esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per reddito, secondo le procedure del Sistema di cui al decreto ministeriale dell'11/12/2009 (cfr. paragrafo 5.3);
- esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per patologia, solo in relazione alle prestazioni correlate a tale patologia;
- esistenza del farmaco da erogare, attraverso l'interconnessione con la banca dati dei bollini farmaceutici del Ministero della salute, nonché la verifica che la medesima confezione del farmaco non sia stata già erogata in precedenza.

Più in dettaglio, il processo per la generazione della ricetta digitale dematerializzata prevede l'interconnessione in tempo reale fra il Sistema centrale TS (c.d. Sistema di accoglienza centrale – SAC) e i medici prescrittori, le farmacie e le strutture di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche per il tramite delle infrastrutture di eventuali sistemi di accoglienza regionali (c.d. SAR) riconosciuti conformi agli standard previsti dal DM 2/11/2011. Attraverso tale interconnessione:

- il medico collegandosi al Sistema centrale TS (anche attraverso eventuali SAR) genera la ricetta elettronica (in sostituzione della ricetta cartacea) la quale viene memorizzata nel Sistema TS a livello centrale e identificata tramite un codice univoco nazionale (c.d. Numero di ricetta elettronica – NRE). Il Sistema TS procede alla registrazione della ricetta solo se i dati ivi riportati (codice fiscale e dati anagrafici dell'assistito, eventuali esenzioni, prestazione da erogare) risultano corretti;
- al momento della generazione della ricetta elettronica dematerializzata, il medico rilascia al paziente un promemoria cartaceo che contiene i dati della ricetta dematerializzata a garanzia del fatto di poter ricevere la prestazione anche in caso di emergenza e malfunzionamento del Sistema;

- sono previste casistiche per le quali il medico continuerà a prescrivere su ricetta cartacea (stupefacenti, visite domiciliari, situazioni di emergenza, indisponibilità del sistema);
- al momento della erogazione del farmaco ovvero della prestazione di specialistica ambulatoriale, l'assistito presenta il promemoria unitamente alla tessera sanitaria. La farmacia ovvero la struttura di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale collegandosi al Sistema centrale TS (anche attraverso eventuali SAR), ricerca la ricetta elettronica dematerializzata attraverso il NRE riportato sul promemoria e il codice fiscale riportato sulla tessera sanitaria e, se la ricetta non risulta ancora spesa, procede ad erogare la prestazione comunicando al Sistema TS (anche attraverso eventuali SAR) le informazioni sulla prestazione erogata (ad esempio dati della fustella del farmaco), ritira obbligatoriamente il promemoria cartaceo e provvede alla rendicontazione alla ASL delle prestazioni erogate secondo le vigenti disposizioni. In tal modo, il Sistema garantisce che la ricetta possa essere spesa una sola volta.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del progetto sul territorio nazionale (secondo i piani di diffusione convenuti tra le regioni, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute), il Sistema di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche risulta a regime in tutte le regioni. Complessivamente, dal 1° gennaio 2014 al mese di maggio 2018, sono state dematerializzate circa 1,6 miliardi di ricette farmaceutiche a carico del SSN, con conseguente potenziamento dei controlli di appropriatezza prescrittiva.

In considerazione dell'avanzato stato di diffusione di tali procedure, è stato emanato il DPCM 14/11/2015⁵³, a fronte del quale è stata introdotta dal 1/3/2016 l'estensione della validità su tutto il territorio nazionale delle ricette farmaceutiche dematerializzate a carico del SSN (precedentemente valide solo in ambito regionale), ai fini della semplificazione dell'accesso da parte del cittadino alle prestazioni sanitarie farmaceutiche.

Circa le ricette di specialistica ambulatoriale, il Sistema di dematerializzazione è in fase di progressiva estensione nelle regioni: dal 1° gennaio 2014 al mese di maggio 2018, sono state dematerializzate circa 300 milioni di ricette specialistiche a carico del SSN.

Ai sensi dell'art. 4 del DPCM 14/11/2015, è in corso di realizzazione l'estensione dell'utilizzo e della circolarità della ricetta farmaceutica dematerializzata anche ai farmaci con piano terapeutico AIFA ed a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale.

5.2.4 - Strumenti di analisi dei dati delle prescrizioni e delle prestazioni a carico del SSN

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

⁵³ Decreto attuativo dell'art. 13, co. 2 del DL 179/2012.

prestazione e struttura erogatrice⁵⁴. In particolare, il Cruscotto TS mette a disposizione i seguenti strumenti di analisi e valutazione:

- per quanto riguarda il settore farmaceutico, rende disponibile la reportistica per il monitoraggio mensile dei consumi e della spesa in farmaci, per singola categoria AIC (Autorizzazione Immissione in Commercio) e singola confezione, per singolo medico, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva. In particolare, ai fini del monitoraggio dei farmaci generici, il Cruscotto riporta mensilmente i dati relativi ai consumi dei farmaci a brevetto scaduto e, in particolare, le tabelle inerenti gli indicatori individuati dall'AIFA (art. 11, co. 7-bis del DL 78/2010), come descritti nel Box 5.1. Inoltre, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, il Cruscotto rende disponibile alle ASL le schede di riepilogo mensile (c.d. scheda medico) delle seguenti informazioni: farmaci e prestazioni specialistiche prescritte, con l'indicazione della percentuale dei farmaci a brevetto scaduto, confrontata con la media aziendale, regionale e nazionale;
- con riferimento al settore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, il Cruscotto contiene la reportistica per il monitoraggio regionale della spesa e dei consumi, anche relativi alle prestazioni c.d. "suggerite" dai medici specialisti, nonché analisi per branca specialistica (prestazioni cliniche, laboratorio, diagnostica). La reportistica consente anche il monitoraggio dei *ticket* nazionali, nonché dei *ticket* introdotti a livello regionale. Inoltre, specifici report consentono, per singola struttura erogatrice privata convenzionata con il SSN (c.d. "scheda struttura"), la verifica mensile degli andamenti delle prestazioni erogate rispetto ai *budget* prefissati a livello regionale e aziendale. Infine, sono resi disponibili i dati necessari per il monitoraggio regionale dei tempi di attesa. Infatti, il Piano nazionale sui tempi di attesa 2010-2012 prevede che il flusso ufficiale per tale monitoraggio sia proprio quello rilevato tramite il Sistema TS;
- riguardo alla mobilità sanitaria interregionale, il Cruscotto contiene la reportistica per la tracciabilità mensile, per ogni singola regione, delle prestazioni erogate in altre regioni ai propri assistiti.

Sono in corso, inoltre, gli studi per l'applicazione della tecnologia "big data" finalizzata all'analisi dei dati del Sistema.

5.2.5 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN

Con riferimento ai dati delle prestazioni di specialistica acquisite dal Sistema TS, nel corso dell'anno 2018 è stata effettuata un'analisi dei dati congiunta fra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le singole regioni.

Con il supporto fornito dal Sistema TS, le regioni hanno verificato i flussi relativi alle prestazioni di specialistica, trasmessi al medesimo Sistema TS, procedendo con il recupero degli stessi laddove necessario. L'esito di tale attività di analisi è rappresentato in tabella 5.2, nella quale sono riportate le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN e trasmesse al Sistema TS dalle strutture sanitarie erogatrici per l'anno 2016 che

⁵⁴ Il Cruscotto TS è accessibile, in modalità riservata, al seguente indirizzo web: www.sistemats.it.

risultano, attualmente⁵⁵, pari a ca. 11,2 miliardi di euro e per l'anno 2017 a ca. 11,4 miliardi di euro.

Tab. 5.2: spesa sanitaria lorda per le prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2016-2017 – (valori in euro e variazioni percentuali)

Regioni	2016	2017	Δ%
Piemonte	885.211.076	885.711.956	0,1%
Val d'Aosta	24.449.611	25.572.305	4,4%
Lombardia	2.479.221.408	2.491.281.573	0,5%
Provincia autonoma di Bolzano	100.807.860	103.965.504	3,0%
Provincia autonoma di Trento	80.662.394	85.558.488	5,7%
Veneto	1.035.976.029	1.077.481.604	3,9%
Friuli Venezia Giulia	287.194.293	289.885.325	0,9%
Liguria	253.027.407	259.740.577	2,6%
Emilia Romagna	890.536.546	957.362.418	7,0%
Toscana	747.329.363	753.306.397	0,8%
Umbria	191.910.160	193.979.938	1,1%
Marche	291.048.592	249.977.727	-16,4%
Lazio	961.167.559	917.897.909	-4,7%
Abruzzo	197.182.867	203.894.143	3,3%
Molise	70.549.580	69.463.410	-1,6%
Campania	723.049.314	786.485.560	8,1%
Puglia	607.672.542	650.578.604	6,6%
Basilicata	115.546.444	117.529.295	1,7%
Calabria	226.813.700	240.162.894	5,6%
Sicilia	801.547.340	853.116.956	6,0%
Sardegna	266.796.583	273.544.075	2,5%
Totale	11.237.700.667	11.486.496.656	2,2%

5.2.6 - Compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN: controlli del Sistema TS

Ai fini dei relativi controlli, il Sistema TS gestisce tutte le regole nazionali e regionali definite dalla normativa vigente in materia di compartecipazione del cittadino (c.d. ticket) alla spesa sanitaria a carico del SSN relativa alla farmaceutica ed alle prestazioni di specialistica. Nel Box 5.2 è riportata la ricognizione, regione per regione, delle regole di compartecipazione e relative condizioni di esenzione.

Sulla base di tali regole, nell'ambito delle procedure della ricetta dematerializzata sia farmaceutica che specialistica, il Sistema TS verifica l'importo del ticket da pagare a carico del cittadino per ogni prescrizione ovvero la relativa esenzione.

⁵⁵ I valori indicati sono in corso di aggiornamento da parte delle regioni. L'aggiornamento che si riporta è del 17/07/2018 ed include i valori disponibili per l'ACISMOM.

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

Il Sistema TS consente, dall'anno 2011 in tutte le regioni, la verifica della sussistenza del diritto da parte dell'assistito all'esenzione per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, stabilita a livello nazionale dalla normativa vigente (art. 8, co.16 della L. 537/1993⁵⁶), attraverso l'interconnessione con le banche dati dell'Anagrafe tributaria dell'Agenzia delle entrate e le banche dati dei titolari di pensione dell'INPS e dello stato di disoccupazione rilevato dal Ministero del lavoro (DL 112/2008 e DM 11/12/2009).

Attraverso tale Sistema è stato introdotto un nuovo procedimento di individuazione del diritto all'esenzione per reddito che si applica, in modo automatico, già nella fase di prescrizione da parte del medico⁵⁷, consentendo comunque al cittadino la possibilità di dichiarare eventualmente il proprio diritto all'esenzione in difformità con le informazioni del Sistema (Tab. 5.3).

Tab. 5.3: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS

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

Il procedimento (Fig.5.2) prevede che:

- il Sistema TS, per ciascun assistito del SSN, sulla base dei dati reddituali del nucleo familiare fiscale più recenti (due anni prima) comunicati dall'Agenzia delle entrate, rende annualmente disponibili (entro il mese di marzo) alle ASL e ai medici prescrittori (mediante l'attuazione del collegamento telematico dei medici in rete, di cui al DPCM 26 marzo 2008) l'indicazione della sussistenza del diritto di esenzione (codice

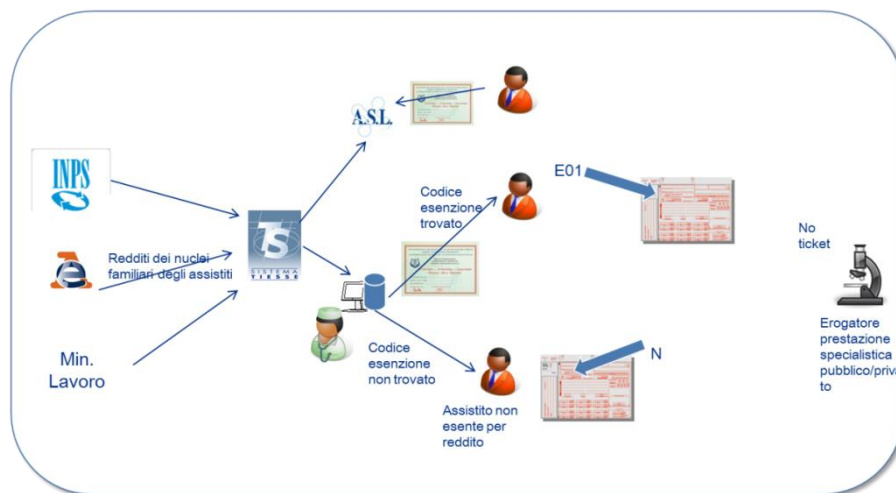
⁵⁶ L'art. 8, co. 16 della L. 537/1993 e successive modificazioni, prevede che sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i cittadini di età inferiore a sei anni e di età superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a 36.151,98 euro. Sono inoltre esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i disoccupati ed i loro familiari a carico, nonché i titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni ed i loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

⁵⁷ In sostituzione del precedente procedimento basato sulla autocertificazione dell'assistito mediante la firma sulla ricetta al momento dell'erogazione della prestazione

esenzione), tenuto conto delle soglie di esenzione per reddito previste dalla normativa vigente (nazionale e regionale);

- l'assistito, laddove dal Sistema non risulti il codice di esenzione per reddito, può eventualmente autocertificare presso la ASL il proprio diritto all'esenzione, richiedendo il certificato provvisorio di esenzione per reddito;
- su tali soggetti, la ASL provvederà, sulla base delle informazioni rese disponibili dal Sistema TS, al relativo controllo, richiedendo all'assistito il pagamento del *ticket* non pagato, laddove l'esito del controllo sia negativo;
- il medico al momento della compilazione della ricetta rileva l'eventuale codice di esenzione del Sistema, ovvero dal certificato di esenzione provvisorio rilasciato dalla ASL su richiesta dell'assistito. Con le procedure della ricetta elettronica dematerializzata, descritte di seguito al paragrafo 5.2.2, il Sistema TS verifica direttamente *on-line* l'eventuale esenzione per reddito dell'assistito, in fase di compilazione della ricetta da parte del medico;
- l'erogazione della prestazione in regime di esenzione per reddito viene effettuata unicamente in presenza del codice esenzione sulla ricetta; è abolita l'autocertificazione del diritto all'esenzione per reddito mediante la firma sulla ricetta per le prestazioni specialistiche.

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



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

Le regioni, inoltre, hanno adottato il predetto procedimento anche per il controllo delle esenzioni per reddito da ulteriori *ticket* sanitari introdotti a livello regionale.

Tale nuovo procedimento è stato avviato progressivamente in tutte le regioni a partire dall'anno 2011 e, a regime, dall'anno 2012, consentendo, in tal modo, il controllo puntuale delle prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN che costituiscono (limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale) circa il 33% del totale nazionale delle prestazioni a carico del SSN.

In particolare, sono stati elaborati dal Sistema TS⁵⁸ i controlli di tutte le autocertificazioni di esenzione per reddito effettuate dai cittadini per gli anni che vanno dal 2011 al 2015 (circa 6 milioni di autocertificazioni su base annua a livello nazionale).

Gli esiti di tali controlli sono resi disponibili telematicamente alle ASL di competenza, per i conseguenti adempimenti previsti dal DM del 11 dicembre 2009. In particolare, in caso di esito "negativo" della verifica delle autocertificazioni da parte del Sistema TS, la ASL procede alla comunicazione all'interessato dell'esito di tale verifica, richiedendo contestualmente il pagamento del *ticket* non pagato per le prestazioni usufruite indebitamente in regime di esenzione per reddito. Ciò ferma restando la possibilità per il cittadino di produrre presso la ASL la necessaria documentazione, comprovante l'effettivo diritto all'esenzione per reddito, sulla base della normativa vigente.

Tali esiti negativi riguardano circa il 27% delle autocertificazioni effettuate dai cittadini e interessano circa il 4% delle prestazioni in esenzione per reddito a carico del SSN.

Sono in corso le attività di recupero delle somme a livello di singola regione.

Dall'anno 2015, inoltre, a fronte di specifica richiesta, gli esiti dei predetti controlli sono resi disponibili anche alla Guardia di finanza, per gli adempimenti di propria competenza.

Infine, nel corso dell'anno 2015, d'intesa con le regioni, è stata sviluppata una procedura del Sistema TS che consente, sulla base delle indicazioni fornite a livello regionale, anche la possibilità per l'assistito di poter effettuare la propria autocertificazione di esenzione per reddito *on-line*, utilizzando la propria tessera sanitaria su supporto Carta Nazionale dei Servizi (CNS) "attiva" (§ 5.5), in conformità con quanto previsto dal Codice dell'amministrazione digitale in materia di semplificazione dell'accesso da parte dei cittadini ai servizi in rete della pubblica amministrazione.

5.4 - Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) e interconnessione con l'Anagrafe delle Persone Residenti (ANPR)

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

Sono in corso le attività di predisposizione del necessario decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e

⁵⁸ I controlli sono effettuati dal Sistema TS secondo le modalità previste dal DM 11/12/2009, sulla base delle verifiche con i dati delle banche dati dell'Anagrafe tributaria dell'Agenzia delle entrate e delle banche dati dei titolari di pensione dell'INPS e dello stato di disoccupazione rilevato dal Ministero del lavoro.

delle finanze, previo parere del Garante della protezione dei dati personali e intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

Sono in corso, inoltre, le attività di predisposizione del necessario decreto attuativo dell'art. 2 del DL 179/2012 il quale prevede l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema TS di collegamento con i medici e le strutture sanitarie al fine di accelerare la realizzazione dei certificati telematici di nascita e morte da trasmettere ai Comuni, attraverso l'interconnessione fra il Sistema TS e l'ANPR.

5.5 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS)

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

La Tessera Sanitaria viene prodotta e distribuita dal Ministero dell'economia e delle finanze a tutti i cittadini assistiti dal SSN aventi codice fiscale. L'elenco degli assistiti (nelle more della realizzazione dell'ANA) viene acquisito dal Sistema TS dalle ASL. Tale elenco viene allineato con l'elenco dei codici fiscali, attraverso l'interconnessione fra il Sistema e l'Anagrafe Tributaria dell'Agenzia delle entrate.

La Tessera Sanitaria è gratuita e ha validità di 6 anni (o fino alla scadenza del permesso di soggiorno). In prossimità della scadenza il Ministero dell'economia e delle finanze provvede alla riemissione della tessera valida.

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

Fig.5.3: Tessera Sanitaria - fronte



1. Codice Fiscale e dati anagrafici dell'assistito;
2. Luogo di nascita: corrisponde al Comune di nascita per i cittadini nati in Italia e allo Stato estero è riportato lo Stato estero di nascita per i cittadini stranieri;
3. Provincia: corrisponde alla sigla della provincia al momento della nascita dell'intestatario, anche se ha subito variazioni successive;
4. Data di scadenza: è di 6 anni se l'assistenza è illimitata; di durata inferiore, in situazioni particolari (ad es. stranieri con permesso di soggiorno limitato);
5. Formato Braille: tre lettere in formato Braille standard a 6 punti, per i non vedenti;
6. Area libera per eventuali dati sanitari regionali utilizzabile per l'apposizione di adesivi o simboli regionali.

La Tessera Sanitaria riporta sul retro la "TEAM" (Tessera Europea di Assicurazione di Malattia) la quale consente l'erogazione di prestazioni a favore di cittadini italiani nei Paesi dell'UE, in Norvegia, Islanda, Liechtenstein e Svizzera, secondo le normative vigenti nei singoli Paesi. In tal modo consente la tracciatura della mobilità internazionale.

L'assistito, per ottenere le prestazioni nei predetti Paesi, può recarsi direttamente presso un medico o una struttura sanitaria pubblica o convenzionata ed esibire la TEAM.

Fig. 5.4: Tessera Sanitaria – retro (TEAM)



I dati riportati, ad eccezione del codice a barre (barcode), vengono esposti, esclusivamente, se il cittadino ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero.

1. Banda magnetica dove sono registrate le informazioni anagrafiche dell'assistito;
2. Codice Fiscale in formato 'codice a barre' (barcode);
3. Sigla d'identificazione dello Stato che rilascia la Tessera (per l'Italia la sigla è IT, secondo il codice ISO 3166-1);
4. Dati dell'assistito (cognome, nome, data di nascita, numero di identificazione personale, numero di identificazione della tessera e scadenza). Qualora un cittadino non abbia diritto all'assistenza sanitaria all'estero, i dati riportati sulla T.E.A.M. verranno ricoperti da una serie di asterischi.

Se l'intestatario della Tessera Sanitaria non ha diritto ad utilizzare la TEAM, questa viene resa non valida mediante la stampa di asterischi.

5.6 - Certificati telematici di malattia

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

La certificazione telematica della malattia è stata introdotta nel 2010 con l'obiettivo di semplificare il processo di gestione dei certificati medici facendo venir meno gli oneri per i cittadini della trasmissione al datore di lavoro del relativo certificato cartaceo.

Infatti, il medico redige il certificato di malattia elettronico *on-line* e lo trasmette telematicamente all'INPS, per il tramite dell'infrastruttura tecnologica del Sistema TS. Dall'anno 2010 risultano essere stati trasmessi circa 20 milioni di certificati elettronici di malattia all'anno.

L'INPS rende, poi, disponibile il certificato di malattia elettronico al cittadino e al datore di lavoro per la parte di rispettiva competenza.

Sono previste ulteriori estensioni di tali procedure, per la realizzazione dei certificati telematici di malattia per il personale navigante (SASN).

5.7 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)

Il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) rappresenta un'importante innovazione nell'ambito della sanità elettronica. La raccolta della documentazione relativa all'intera storia clinica del paziente potrà consentire un potenziamento, in termini quantitativi e qualitativi, delle informazioni utili ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie che potranno essere archiviate e consultate in modo tempestivo. Ciò comporterà anche un efficientamento dell'impiego delle risorse perseguendo l'appropriatezza delle cure e potenziando gli strumenti di programmazione sanitaria.

L'art. 12 del DL 179/2012 prevede che il FSE sia istituito in ogni regione entro la fine di giugno 2015, secondo le modalità stabilite dal decreto attuativo del comma 7 del suddetto articolo (DPCM 29/9/2015). Le modalità attuative riguardano in particolare la realizzazione:

- della interconnessione telematica dei medici, delle farmacie e delle altre strutture sanitarie della regione con il FSE della regione stessa, ai fini della relativa alimentazione/consultazione;
- delle banche dati per l'archiviazione dei dati del FSE;
- della interconnessione dei FSE delle diverse regioni (c.d. interoperabilità) per la relativa alimentazione/consultazione, in relazione alle prestazioni erogate in regioni diverse da quella di assistenza;
- del dossier farmaceutico nell'ambito del FSE che costituisce l'insieme delle prestazioni farmaceutiche associate all'assistito.

Si prevede, inoltre, che sia l'alimentazione del FSE (per ogni prestazione) che la relativa consultazione (anche per le finalità di cura) possa essere effettuata solo a fronte di specifico consenso dell'assistito.

Il citato art. 12 del DL 179/2012 attribuiva all' Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) la progettazione e la realizzazione dell'infrastruttura nazionale secondo le modalità sopra descritte da completarsi entro la fine del 2015. Per la realizzazione di tali funzionalità veniva previsto uno stanziamento in favore di AgID di 10 milioni di euro per l'anno 2014 e di 5 milioni di euro a partire dall'anno 2015.

Secondo le suddette disposizioni, il Sistema TS aveva l'unico ruolo di mettere a disposizione dei FSE regionali la funzione di interrogazione dei dati identificativi dell'assistito, in fase di consultazione/alimentazione del FSE da parte del medico o della struttura sanitaria. Ciò, al fine di individuare preliminarmente la regione di assistenza dell'assistito, presso la quale risiede l'archivio del FSE da interrogare/alimentare.

Al fine di accelerare la realizzazione del FSE, anche in considerazione del notevole ritardo accumulato, e di facilitare le regioni nell'attuazione dello stesso, la Legge di Bilancio 2017 (L. 232/2016, art. 1, co. 382) ha previsto un forte coinvolgimento del Sistema TS nell'architettura infrastrutturale del progetto con l'obiettivo di sfruttare le banche dati già disponibili nonché le esperienze realizzative già sperimentate per lo sviluppo di progetti di digitalizzazione di enti terzi, riducendo, conseguentemente lo stanziamento delle risorse necessarie per la realizzazione dell'infrastruttura nazionale a cura del Ministero dell'economia e delle finanze⁵⁹.

Nei primi mesi del 2017 è stata svolta una intensa attività, in collaborazione con il Ministero della salute, l'AgID, le Regioni, il Garante della *privacy*, volta alla ridefinizione delle linee generali del progetto con il pieno coinvolgimento del Sistema TS, in linea con le indicazioni normative contenute nella Legge di Bilancio 2017.

La nuova architettura dell'infrastruttura del FSE, come schematizzata nella figura 5.5, prevede, in particolare:

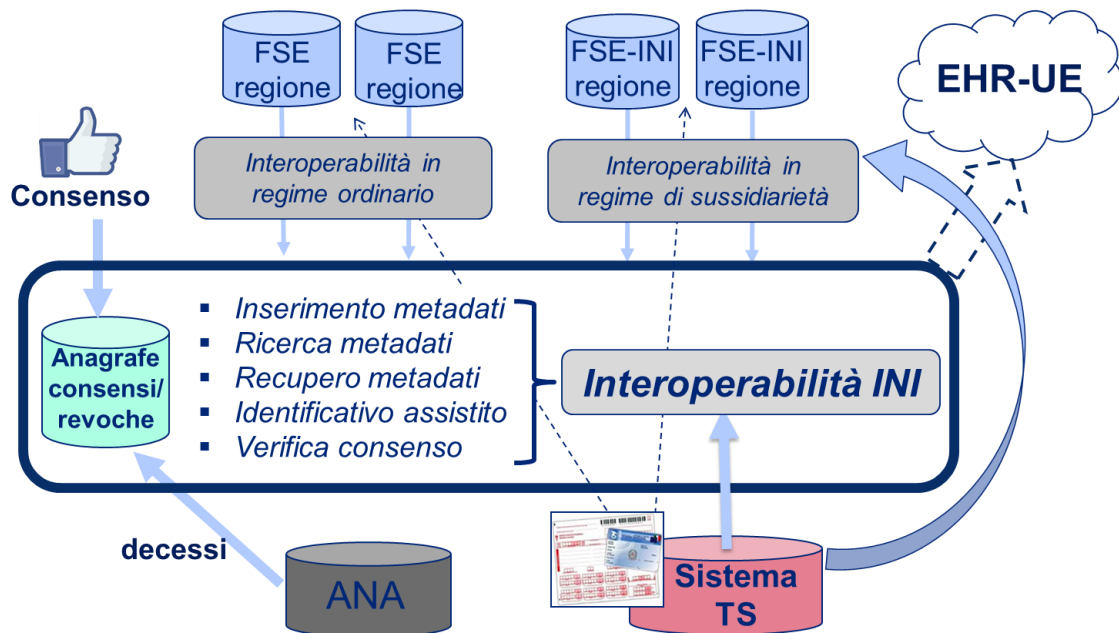
⁵⁹ La legge di Bilancio (art. 1, commi 383 e 384) ha, previsto, fra l'altro la riduzione dello stanziamento da 5 milioni annui a 2,5 milioni annui.

- l'implementazione da parte di MEF-RGS (Sistema TS) dell'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) fra i FSE regionali, per la ricostruzione del FSE dell'assistito comprensivo di tutti documenti sanitari inerenti la storia clinica a prescindere dalla regione di erogazione ed archiviazione della documentazione stessa;
- l'implementazione di servizi "in sussidiarietà" (FSE-INI) per le regioni che lo richiedano entro il 31/3/2017. Nell'ambito di ogni singola regione, laddove la regione non abbia già realizzato l'infrastruttura per il collegamento telematico dei propri medici/strutture sanitarie per la trasmissione dei dati necessari per l'alimentazione del FSE, il Sistema TS, su richiesta della regione, assicura tale infrastruttura (già esistente per la ricetta elettronica);
- l'implementazione (tramite INI) dei servizi necessari per rendere disponibili ai FSE regionali i dati del Sistema TS (es. prestazioni farmaceutiche e specialistiche, esenzioni da *ticket*);
- l'interconnessione con l'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) e la gestione al livello centralizzato del consenso da parte di ciascun assistito all'alimentazione del proprio FSE, alla relativa consultazione da parte dei soggetti autorizzati (medici, professionisti sanitari) nonché al recupero dei dati sanitari pregressi. Il consenso può essere rilasciato o revocato in qualsiasi regione anche diversa da quella di assistenza⁶⁰, semplificando in tal modo tale procedura a carico del cittadino;
- la possibilità di interconnessione con il sistema di interoperabilità fra i FSE dei diversi paesi dell'Unione Europea, tramite il sistema centrale di Interoperabilità nazionale gestito dal Sistema TS.

Le modalità tecniche di realizzazione del sistema di interconnessione (INI) e di sussidiarietà (FSE-INI) sono state definite con il decreto interministeriale del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4 agosto 2017, predisposto congiuntamente con AgID e le regioni, per il quale è stato preventivamente acquisito il parere del Garante della protezione dei dati personali per gli aspetti inerenti alla tutela della riservatezza dei dati personali.

⁶⁰ Il FSE resta una competenza regionale, in linea con l'assetto delle competenze previsto dall'art. 117 della Costituzione. Tuttavia, in ragione della libertà di movimento e di cura dei cittadini sul territorio della Repubblica, la gestione centralizzata del consenso si rende necessaria quantunque l'informativa alla base del consenso deve contenere le specifiche definite a livello regionale.

Fig.5.5: infrastruttura nazionale di interoperabilità (INI) e regime di sussidiarietà – Il ruolo del Sistema TS



L'Infrastruttura Nazionale (INI), a cura della Ragioneria Generale dello Stato, è stata realizzata ed è operativa da dicembre 2017. Per garantire concretamente l'interoperabilità tra i Fascicoli regionali, sono in corso di realizzazione le seguenti fasi propedeutiche:

- completamento dei test di interoperabilità con INI da parte delle regioni;
- trasmissione all'INI dei consensi (alimentazione, consultazione, pregresso) raccolti dalle regioni al Sistema INI;
- disponibilità ai FSE regionali per i quali è stato rilasciato il consenso all'alimentazione con il pregresso, dei dati risultanti negli archivi del Sistema TS (es. prestazioni farmaceutiche e specialistiche, esenzioni da *ticket*).

I documenti prioritari da inserire nei FSE regionali, costituiti dai referti di laboratorio e dal Profilo sanitario sintetico⁶¹, devono essere trasformati dalle strutture sanitarie in formato digitale conforme agli standard europei del FSE.

Attualmente sono in corso le attività presso le singole regioni.

In particolare, le seguenti regioni si sono avvalse dei servizi INI "in sussidiarietà":

- sussidiarietà per tutte le funzionalità (c.d. "sussidiarietà totale"), richiesta dalle regioni Campania, Calabria, Sicilia e Abruzzo;
- sussidiarietà per le sole funzionalità di interoperabilità con INI, per le regioni Piemonte e Basilicata.

Fino al mese di giugno 2018 l'INI ha acquisito dai FSE regionali circa 9 milioni di consensi dei cittadini all'apertura dei propri FSE.

⁶¹ I documenti prioritari sono definiti dal DPCM 178/2015 e dalla legge 11 dicembre 2016, n. 232 (L.B. 2017)

Le attività a carico delle regioni sono monitorate, congiuntamente con il Ministero della salute e AgID, nell'ambito del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e del Comitato di verifica LEA, sulla base di quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2017 (L. 232/2016, art. 1, co. 382).

5.8 - Rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata

5.8.1 - Fasi di attuazione.

Fra le molteplici funzioni assegnate al sistema TS, il legislatore ha previsto che l'infrastruttura venga utilizzata anche per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Di seguito, si descrivono le principali fasi di attuazione, con riferimento all'estensione della platea di erogatori di prestazioni sanitarie sottoposti all'obbligo dell'invio telematico delle spese mediche al sistema TS.

Medici e Strutture accreditate del SSN. L' art. 3, commi 2 e 3 del DLgs 175/2014 ha previsto che, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, il Sistema TS metta a disposizione dell'Agenzia delle entrate le informazioni concernenti le spese sanitarie sostenute dai cittadini (comprehensive del *ticket*) a partire dall'anno 2015, trasmesse telematicamente al medesimo Sistema dalle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie, e dai medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri, già attualmente collegati al Sistema TS.

Le specifiche tecniche per la trasmissione telematica dei dati al Sistema Tessera Sanitaria sono disciplinate nel decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 31 luglio 2015, i cui contenuti sono stati definiti in collaborazione con l'Agenzia delle entrate, il Ministero della Salute, le Regioni, le Associazioni di categoria dei farmacisti e l'Ordine dei medici, per le parti di rispettiva competenza.

Il suddetto decreto (approvato dal Garante per la protezione dei dati personali il 30 luglio 2015) risulta coordinato con il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 31 luglio 2015, il quale disciplina, tra l'altro, i dati delle spese sanitarie da trasmettere ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata e le relative modalità di utilizzo da parte della stessa Agenzia.

I dati da trasmettere al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito. Tra le spese sanitarie sono ricompresi: i *ticket* pagati sulle prestazioni erogate a carico del SSN, i farmaci (anche omeopatici ovvero ad uso veterinario) e i servizi erogati dalle farmacie, i dispositivi medici con marcatura CE e le altre prestazioni erogate dalle strutture sanitarie accreditate nonché dagli iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Il sistema delineato sulla base di quanto previsto dalle disposizioni sopracitate si articola nelle seguenti tre fasi:

- le strutture sanitarie accreditate ed i medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri inviano al Sistema Tessera Sanitaria, entro il 31 gennaio di ciascun anno, i dati relativi alle prestazioni erogate con l'indicazione della spesa a carico dell'assistito;

- l'Agenzia delle entrate trasmette al Sistema Tessera Sanitaria i codici fiscali dei soggetti per i quali è prevista la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata;
- dal 1° marzo di ciascun anno, il Sistema Tessera Sanitaria rende disponibili all'Agenzia delle entrate, in forma aggregata per tipologia di spesa, i dati sulle spese mediche dei soggetti indicati dalla stessa Agenzia.

Trattandosi di dati sensibili, in quanto riferibili alle condizioni di salute dei soggetti interessati, sono state individuate, in collaborazione con l'Autorità Garante della privacy, precise misure a tutela della riservatezza, come di seguito descritte.

A decorrere dal 1° gennaio 2016, l'assistito può esercitare opposizione alla trasmissione dei dati relativi alla singola prestazione al momento dell'erogazione della stessa, tramite esplicita richiesta al soggetto erogatore. L'assistito ha comunque la facoltà di esercitare la propria opposizione anche successivamente all'erogazione della prestazione accedendo al portale del Sistema Tessera Sanitaria (www.sistemats.it) nel mese di febbraio di ciascun anno, per le spese sanitarie sostenute nell'anno di imposta precedente, a partire dall'anno di imposta 2015. Limitatamente al suddetto anno di imposta 2015, l'assistito può esercitare la propria opposizione richiedendo all'Agenzia delle entrate, nel periodo dal 1 ottobre 2015 al 31 gennaio 2016, la cancellazione dal Sistema Tessera Sanitaria delle spese relative ad una o più tipologie, secondo le modalità previste dal provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 31 luglio 2015.

Strutture sanitarie autorizzate dal SSN. L'art. 1, c. 949, lett. a) della legge di stabilità 2016 disciplina l'ampliamento della platea dei soggetti interessati all'obbligo della trasmissione telematica dei dati, prevedendo che anche le strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari, ancorché non accreditate con il SSN, debbano provvedere alla trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie sostenute dai cittadini a partire dal 1° gennaio 2016.

Le specifiche tecniche per la trasmissione telematica dei dati al Sistema Tessera Sanitaria sono disciplinate nel decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 2/8/2016, i cui contenuti sono stati definiti in collaborazione con l'Agenzia delle entrate, il Ministero della Salute, Ministero dell'interno, le Regioni, per le parti di rispettiva competenza.

Tali specifiche tecniche sono coerenti con quanto previsto dal precedente decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 31/7/2015 e risulta inoltre coordinato con il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 29/7/2016 il quale disciplina, tra l'altro, i dati delle spese sanitarie da trasmettere ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata e le relative modalità di utilizzo da parte della stessa Agenzia. Il decreto è stato approvato dal Garante per la protezione dei dati personali il 28/7/2016 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'11/8/2016.

Circa le strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari (ancorché non accreditate con il SSN), il decreto fa riferimento alle autorizzazioni rilasciate in ambito regionale di cui:

- all'art. 8-ter del DLgs 502/1992, riferite alle strutture sanitarie e socio-sanitarie nonché agli studi di professionisti sanitari di particolare complessità. Tali autorizzazioni possono essere rilasciate dagli Enti autorizzatori (Regioni, ASL e, laddove previsto, anche da parte dei Comuni), secondo le disposizioni regionali vigenti in materia;
- all'art. 70, co. 2 del DLgs 193/2006, riferite alla vendita al dettaglio dei medicinali veterinari.

I dati da trasmettere al Sistema Tessera Sanitaria riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito, come indicato dal DM 31/7/2015.

La trasmissione dei dati deve essere effettuata entro il 31 gennaio dell'anno successivo (ad es. per le spese sanitarie sostenute nell'anno 2016, la trasmissione telematica dei relativi dati deve essere effettuata entro il 31/1/2017), come indicato dal DM 31/7/2015.

Parafarmacie, ottici e categorie professionali. Con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, attuativo dell'art. 3, co. 4 del DLgs 175/2014, si amplia ulteriormente la platea dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini. In particolare, a partire dall'anno 2016, sono tenuti all'invio telematico al Sistema TS, per le finalità della dichiarazione dei redditi precompilata, i seguenti ulteriori soggetti:

- gli esercizi commerciali di cui all'articolo 4, comma 1, lettere d), e) ed f), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114, che svolgono l'attività di distribuzione al pubblico di farmaci ai sensi dell'articolo 5 del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, ai quali è stato assegnato dal Ministero della salute il codice identificativo univoco previsto dal decreto del Ministro della salute del 15 luglio 2004;
- gli esercenti l'arte ausiliaria di ottico che hanno effettuato la comunicazione al Ministero della salute di cui agli articoli 11, comma 7, e 13 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46;
- gli iscritti agli albi professionali degli psicologi;
- gli iscritti agli albi professionali degli infermieri;
- gli iscritti agli albi professionali di ostetriche/ci;
- gli iscritti agli albi professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica;
- gli iscritti agli albi professionali dei veterinari.

Il suddetto decreto prevede che le relative modalità attuative siano disciplinate con successivo provvedimento dell'Agenzia delle entrate e con decreto del Ragioniere Generale dello Stato i quali sono stati adottati, rispettivamente, in data 15/09/2016 e in data 01/09/2016⁶². Su tutti i predetti provvedimenti è stato reso il parere favorevole dell'Autorità Garante della privacy in data 28/7/2016.

Il Sistema Tessera Sanitaria provvede alla conservazione dei dati, in archivi distinti e separati (per 5 anni), per consentire all'Agenzia delle entrate gli adempimenti connessi all'applicazione delle sanzioni previste in materia, nonché per le finalità inerenti la possibilità (prevista dall'art. 1, comma 949, lettera b) della legge di stabilità 2016) per i cittadini (indipendentemente dalla dichiarazione dei redditi precompilata) di consultare le proprie spese sanitarie accedendo al portale del Sistema TS (www.sistemats.it).

Tutte le operazioni effettuate tramite il Sistema Tessera Sanitaria sono tracciate. I dati sono conservati in modo sicuro e trasmessi telematicamente in forma criptata. Per

⁶² Provvedimento n. 142369 del 15 settembre 2016 del direttore dell'Agenzia delle entrate e Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 1° settembre 2016 (G.U. n. 214 del 13 settembre 2016).

evitare eventuali accessi o trattamenti illeciti, sono previste specifiche misure di sicurezza per l'abilitazione dei soggetti interessati.

Modalità di gestione del consenso. Nell'ambito del procedimento di trasmissione delle spese mediche tramite il Sistema TS, la definizione delle modalità di gestione del consenso⁶³ ha costituito un aspetto centrale del progetto, in quanto è stato necessario conciliare la tutela della riservatezza dei cittadini con l'esigenza di miglioramento ed ampliamento dei servizi.

La soluzione adottata, come sopra evidenziato, prevede che l'onere dell'esercizio del consenso debba essere posto a carico del soggetto interessato, anche sfruttando strumenti avanzati di interconnessione. Ciò costituisce un'evidente innovazione rispetto all'impostazione tradizionale in cui il sistema di gestione del consenso è posto a carico dei cittadini e degli operatori coinvolti. Fra l'altro, un siffatto approccio non sarebbe stato di fatto compatibile con le finalità del progetto in quanto avrebbe determinato un onere burocratico molto elevato, tale da annullare o addirittura superare il valore aggiunto potenzialmente prodotto dall'innovazione.

Più in dettaglio, si è previsto che l'operatore sanitario che eroga la prestazione non abbia l'obbligo di organizzare la gestione del consenso ai fini della trasmissione telematica al Sistema TS. L'operatore, infatti, è sempre tenuto alla trasmissione del documento sanitario, a meno che non sia l'assistito stesso, al momento dell'erogazione della prestazione, ad esercitare esplicitamente l'opposizione con conseguente richiesta di annotazione della stessa sul documento. Nel caso dello scontrino farmaceutico, l'opposizione si esercita semplicemente non consegnando la TS al farmacista.

Tuttavia, il livello di tutela, così configurato, è stato ritenuto carente in quanto l'assistito avrebbe potuto esercitare il diritto di opposizione solo al momento dell'erogazione della prestazione. Il sistema TS ha consentito di completare la tutela introducendo uno specifico applicativo (collegamento al sistema TS) che permette l'accesso del cittadino alle proprie spese sanitarie con possibilità di esercizio di opposizione sul singolo documento prima dell'invio all'Agenzia delle entrate.

Compilazione assistita. A partire dalla dichiarazione dei redditi 2018, sul sito dell'Agenzia delle entrate, il contribuente che intende modificare i dati delle spese sanitarie e veterinarie, proprie o sostenute per i familiari a carico, può farlo anche utilizzando il servizio per la Compilazione assistita, mediante il quale può inserire nuovi documenti di spesa non presenti oppure modificare, integrare o cancellare i dati degli oneri comunicati dai soggetti interessati all'obbligo di trasmissione telematica dei dati. Le relative modalità operative di interazione con il Sistema TS sono disciplinate con decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018.

Inoltre, a seguito del parere favorevole dell'Autorità Garante della privacy, i dati oggetto della compilazione assistita sono resi disponibili ai dipendenti dell'Agenzia delle entrate dal Sistema TS per le finalità di controllo di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 600/73.

⁶³ La tutela della *privacy* costituisce un punto centrale nello sviluppo di sistemi applicativi che utilizzano dati personali, specie se ritenuti sensibili come nel caso dei documenti certificativi delle spese mediche. Non solo perché risponde ad un'esigenza effettiva dei cittadini, ma anche perché eventuali interventi, anche giudiziari, a tutela della riservatezza potrebbe rallentare, se non bloccare, l'avanzamento dei progetti.

5.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie.

Il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018, introducendo il servizio di consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie, ha attuato l'art. 3, comma 3-bis del DLgs 175/2014, il quale prevede che tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie acquisiti dal Sistema TS secondo le modalità descritte nel paragrafo precedente.

Entro l'anno 2018 l'accesso al servizio di consultazione sarà possibile accedendo sul sito www.sistemats.it attraverso l'utilizzo della TS/CNS, delle credenziali Fisconline rilasciate dall'Agenzia delle entrate o tramite SPID. Il cittadino potrà:

- consultare i dati di spesa sanitaria trasmessi dagli erogatori di prestazioni sanitarie e quelli inseriti o modificati nell'ambito della Compilazione assistita dal cittadino stesso;
- segnalare agli erogatori di prestazioni sanitarie eventuali errori riscontrati sulle spese sanitarie dell'anno corrente, affinché possano confluire in maniera corretta nella relativa dichiarazione precompilata.

Le funzionalità saranno disponibili per il cittadino anche su smartphone (mobile).

5.8.3 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2015, 2016 e 2017

L'anno di imposta 2015 costituisce il primo anno di applicazione del sistema di rilevazione delle spese sanitarie per il 730 precompilato. I dati oggetto di osservazione hanno risentito, pertanto, di un'inevitabile fase iniziale di adeguamento delle procedure informatiche sia con riferimento ai soggetti già connessi al Sistema TS, sia con riferimento ai medici chirurghi e agli odontoiatri, per i quali si è reso necessario il preventivo accreditamento al Sistema TS.

Al fine di evitare potenziali criticità emerse negli incontri con i rappresentanti dei soggetti obbligati alla trasmissione dei dati sanitari e per agevolare il processo di raccolta degli stessi già nell'anno di avvio della rilevazione, è stata prevista, previo parere positivo del Garante della privacy, la possibilità di trasmissione anche tramite operatori delegati (commercialisti, tributaristi, ecc.), già abilitati al sistema Fisconline dell'Agenzia delle entrate.

Inoltre, le farmacie, tramite i loro rappresentanti di categoria hanno dichiarato nella parte finale del 2015 di essere impossibilitate, per ragioni tecniche, a recuperare gli scontrini (parlanti) emessi dal primo gennaio. Poiché l'incompletezza del dato avrebbe riguardato gran parte dell'anno, al fine di evitare disomogeneità nel flusso informativo acquisito che avrebbe potuto disorientare il contribuente, d'intesa con l'Agenzia delle entrate e acquisito il nulla osta del Garante della privacy, sono stati trasmessi all'Agenzia delle entrate i soli dati dei ticket farmaceutici pagati dagli assistiti nel 2015, già acquisiti al Sistema TS, in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, c. 2 del DLgs 175/2014.

In merito al 2015 la rendicontazione dei dati raccolti tramite il Sistema TS per la successiva trasmissione all'Agenzia delle entrate, nel primo anno di applicazione è risultata, al lordo delle dichiarazioni scartate in quanto corrispondenti ad invii erronei (c.d. filtri) e delle opposizioni, di poco inferiore ai 15,1 miliardi di euro. Di questi, circa 3,3 miliardi di euro hanno riguardato le spese per ticket e circa 11,8 miliardi di euro le spese

sanitarie diverse dal ticket. Con riferimento alla ripartizione in relazione ai soggetti obbligati all'invio, si evidenzia che la componente più rilevante, pari a circa 7,4 miliardi di euro, è afferita ai medici chirurghi, senza includere la spesa per ticket. Le strutture pubbliche e private sono state, rispettivamente, circa 2,2 e 4 miliardi di euro, mentre le farmacie nel complesso hanno espresso circa 1,5 miliardi di euro della spesa la quale, per le regioni in precedenza ricordate, è limitata nel 2015 alla sola componente dei ticket.

Nel 2015, il totale delle spese sanitarie trasmesse al Sistema TS ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, al netto dei filtri (pari a circa 0,4 miliardi di euro) è stato pari a 14,7 miliardi di euro.

Nel corso del 2016, è stato previsto l'ampliamento del novero di soggetti obbligati all'invio. Oltre alle unità di rilevazione già considerate per l'anno di imposta 2015 è stato stabilito che il processo di raccolta dei dati fosse allargato alle strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari e non accreditate al SSN (Decreto del MEF del 2 agosto 2016) nonché ad un insieme di operatori economici che erogano servizi sanitari e prestazioni veterinarie agevolabili fiscalmente (Decreto del MEF del 16 settembre 2016)⁶⁴.

Con riferimento ai primi soggetti, il processo di trasmissione delle informazioni prevede una prima fase di ricognizione dei procedimenti regionali di autorizzazione, diversi per ogni singola regione, anche in relazione all'ente autorizzatore che può essere la Regione, la ASL ovvero il Comune. Individuati i procedimenti autorizzatori segue la seconda fase di ricognizione delle strutture autorizzate.

Tale attività ricognitiva ha evidenziato alcune criticità fra cui, in particolare, la presenza di elenchi informatizzati inesistenti (o molto parziali) a livello regionale e nazionale. In merito, la soluzione adottata è stata quella di creare un elenco nazionale delle strutture autorizzate presso il Sistema TS, a fronte delle singole richieste telematiche di registrazione al Sistema TS provenienti da ciascuna struttura e successiva verifica (telematica) presso l'ente autorizzatore (Regione, ASL, Comune) dell'effettiva autorizzazione per la medesima struttura. Per tale finalità, sono stati abilitati al Sistema TS anche i Comuni, per le sole regioni che li hanno individuati come Enti autorizzatori.

A marzo 2017, le strutture che hanno ottenuto le credenziali di accesso al Sistema TS e sono state, quindi, abilitate alla trasmissione, risultavano pari a 9.259, di cui 7.606 (circa l'81,9%) hanno poi effettivamente trasmesso spese mediche e veterinarie⁶⁵. Per l'anno 2017, le strutture abilitate sono invece state 10.962, di cui circa il 76,2% ha poi effettivamente trasmesso.

Con riferimento ai restanti operatori economici che erogano prestazioni sanitarie e veterinarie fiscalmente agevolabili, il processo di trasmissione delle informazioni ha previsto innanzitutto il censimento dei soggetti coinvolti tramite l'acquisizione degli elenchi delle parafarmacie e degli ottici, dal Ministero della salute, e dei veterinari, degli infermieri, degli psicologi, dei tecnici radiologi, degli ostetrici dai rispettivi albi professionali.

⁶⁴ Per tale ragione, i dati disponibili per l'anno 2015, che ha costituito il primo anno di applicazione della normativa, sono dati parziali (limitandosi alle sole farmacie, strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e medici chirurghi) e, dunque, non confrontabili direttamente con quelli rilevati per gli anni dal 2016 e seguenti.

⁶⁵ Ovviamente, le attività di verifica e di rilascio delle credenziali nonché di integrazione e pulizia degli archivi proseguono anche oltre la rilevazione delle spese mediche e veterinarie per l'anno 2016 e seguenti.

A marzo 2017, gli operatori abilitati alla trasmissione delle spese mediche e veterinarie al sistema TS erano 74.831, di cui 63.548 (circa l'84,9%) hanno poi effettivamente trasmesso spese sanitarie e veterinarie. L'anno successivo le restanti strutture sono invece risultate 81.409 di cui 66.576 invianti, pari a circa l'81,8%.

Con riferimento all'anno di imposta 2016, al netto dei filtri ed escludendo le spese veterinarie, si evidenzia una crescita nel grado di copertura del settore farmaceutico soprattutto per l'estensione delle spese trasmesse anche ai farmaci c.d. da "banco" e, pertanto, a tutti gli scontrini parlanti emessi nel 2016. Le sole spese farmaceutiche, sono, infatti, pari ad oltre 8,3 miliardi di euro. Complessivamente, la spesa trasmessa dalle farmacie nel 2016, risulta oltre cinque volte superiore al corrispondente importo del 2015 che, come sopra evidenziato, era limitato ai soli ticket.

L'anno d'imposta 2017 conferma gli andamenti evidenziati nel 2016 mostrando, comunque, un incremento della spesa farmaceutica pari all'8,0%.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche il valore complessivo della spesa è stato pari a 2,1 miliardi di euro nel 2016 ed a 2,2 miliardi di euro nel 2017, confermando, sostanzialmente, l'andamento del 2015.

Il corrispondente valore per i medici chirurghi è stato invece pari, rispettivamente, a 7,2 e 7,3 miliardi di euro negli anni 2016 e 2017; valori che proseguono, anche in questo caso il trend del 2015.

Le strutture private accreditate presentano, invece, un significativo incremento delle spese sanitarie trasmesse pari a circa 1,3 miliardi, attestandosi nel 2016 a 5,3 miliardi rispetto ai circa 4 miliardi del 2015. La crescita è anche proseguita nel 2017 fino a raggiungere un importo di 5,7 miliardi di euro con un incremento dell'8,8% rispetto all'anno precedente. Ciò indica un evidente ampliamento delle strutture che hanno trasmesso le spese sanitarie per l'anno 2016 e 2017, rispetto a quelle che le avevano trasmesse per il 2015.

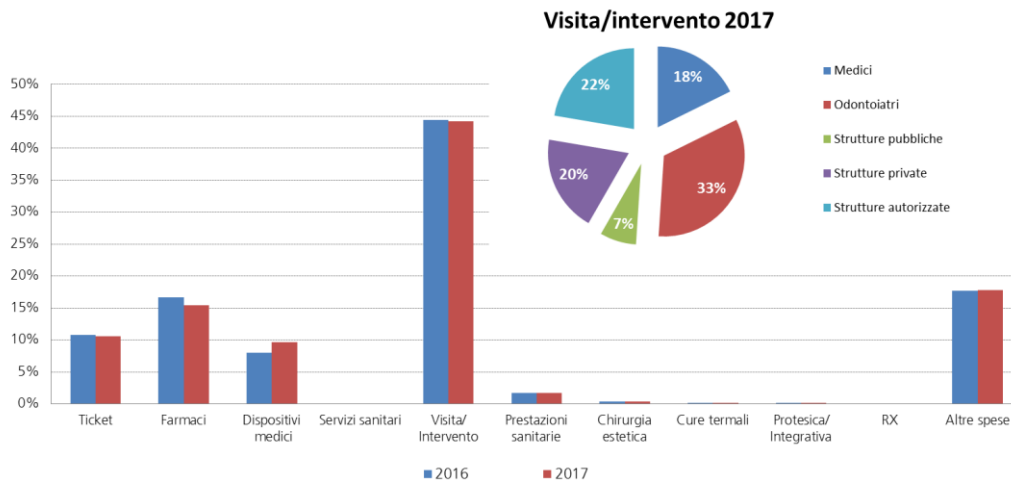
Infine, le strutture private autorizzate e gli altri operatori sanitari, non soggetti all'obbligo di trasmissione nel 2015, hanno inviato spese mediche che, sempre al netto dei filtri, risultano in crescita del 18,4%, passando da circa 5,3 miliardi di euro del 2016 a circa 6,3 miliardi di euro del 2017.

Complessivamente, al netto dei filtri, gli importi risultano essere quantificabili in circa 28,1 miliardi di euro per il 2016 e circa 30,5 miliardi di euro per il 2017.

Come già anticipato, l'incremento del 2016 rispetto al 2015 è in parte imputabile alla spesa afferente al settore farmaceutico, soprattutto per l'inserimento delle spese diverse da quelle imputabili al ticket che l'anno precedente non erano state rilevate e, per la parte restante, all'ampliamento dell'obbligo di invio a nuove categorie di soggetti. Invece, nel 2017 rispetto al 2016, tutti i soggetti obbligati alla trasmissione al Sistema TS delle spese sanitarie ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata hanno contribuito in termini incrementali (circa +2,3 miliardi di euro) all'aumento degli importi trasmessi, riconducibile sia all'aumento del numero di invianti (pari a circa il 0,9%), che del numero dei documenti fiscali inviati (pari a circa il 4,5%).

La figura 5.6 mostra la composizione della spesa sanitaria privata, 2016 e 2017, per tipologia di spesa evidenziando la prevalenza delle spese per visite specialistiche ed interventi sul totale della spesa (oltre il 44% in entrambi gli anni) a carico dei privati.

Fig. 5.6: spesa sanitaria privata 2016 e 2017 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa



Nel 2017, e analogamente anche per il 2016, la spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici è stata sostenuta prevalentemente per cure odontoiatriche⁶⁶.

5.8.4 - La spesa veterinaria

Con riferimento alle spese veterinarie trasmesse dalle strutture invianti al Sistema TS ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, si evidenzia un incremento del valore complessivo delle spese, al netto dei filtri, pari a +9,8%, nel 2017 rispetto al 2016, corrispondente ad un aumento del 2% delle strutture invianti e di circa 300 mila documenti aggiuntivi trasmessi nel 2017 rispetto all'anno precedente.

5.9 - Profilo per età della spesa sanitaria

5.9.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione

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

La suddetta correlazione rileva anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio

⁶⁶ La voce 'Altre spese' include le spese sanitarie, sostenute dai cittadini e trasmesse dai soggetti invianti al Sistema TS, per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più “vecchia” sotto il profilo demografico dovrebbe spendere mediamente di più di una regione comparativamente più “giovane”, a parità di ogni altra condizione, in quanto dovrà soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

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

Il Dipartimento della RGS è impegnato, da molti anni, nell’attività di analisi e previsione dei costi del sistema sanitario, sia a livello nazionale che in ambito europeo⁶⁷. Tale attività si basa essenzialmente sulla stima preliminare dei profili del consumo sanitario per età e sesso, con riferimento alle principali prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda la spesa specialistica e farmaceutica, a partire dal 2011, i profili del consumo pro capite sono stati stimati sulla base dei dati rilevati con il Sistema TS.

Nei paragrafi successivi si fornirà, per ciascuna delle due componenti di spesa, una descrizione dei profili del consumo sanitario per età e sesso calcolati a livello nazionale e per area geografica riferiti all’anno 2016.

5.9.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata

Il profilo per età della spesa farmaceutica pubblica è definito come il rapporto fra la spesa complessiva rilevata a ciascuna età e la popolazione residente alla stessa età⁶⁸. La spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione. Resta esclusa pertanto la componente di spesa erogata direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche. Inoltre, la spesa farmaceutica è rilevata al netto degli sconti e della compartecipazione, e pertanto corrisponde al costo effettivo di finanziamento sostenuto dal SSN.

Al fine di rendere più intellegibili i profili di spesa farmaceutica, con particolare riguardo ai differenziali per età e sesso, i corrispondenti valori di spesa pro capite sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente. Per il 2016, tale valore si è attestato attorno ai 136 euro.

Per l’intero territorio nazionale, il profilo per età della spesa pro capite, standardizzata rispetto al valore medio complessivo, mostra l’andamento noto. Dopo un leggero incremento nelle età pediatriche, con un massimo relativo attorno ai 4 anni, la curva presenta un andamento leggermente crescente fino ai 45 anni, dove raggiunge un

⁶⁷ In ambito europeo, l’attività di analisi e previsione di medio-lungo periodo della spesa sanitaria è svolta presso il gruppo di lavoro *Working Group on Ageing Populations and Sustainability*, costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin (*Ageing Report 2018*, maggio 2018).

⁶⁸ Popolazione residente al primo gennaio 2017.

valore di circa 0,5. Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che, nei successivi 35-40 anni, porta la spesa pro capite ad un livello di oltre 6 volte quello rilevato per i quarantacinquenni. Oltre gli 80-85 anni si assiste, invece, a una sensibile decrescita del profilo, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità (Fig. 5.8).

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

L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune ad entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo pro capite delle donne nelle età fertili, ed una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 30% attorno ai 90 anni.

L'analisi per area geografica evidenzia differenze non trascurabili in termini di livello medio di spesa pro capite, come si evince dalla figura 5.9. Nel confronto, il Centro, il Sud e le Isole mostrano un valore superiore alla media nazionale, rispettivamente del 4%, del 11% e del 5%. Viceversa il Nord-Ovest ed il Nord-Est si collocano sensibilmente al di sotto della media nazionale con scarti, rispettivamente, dell'4% e del 16%. I valori pro capite della spesa farmaceutica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 5.10.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente i profili e i differenziali di genere descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 5.11).

Fig. 5.7: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2016

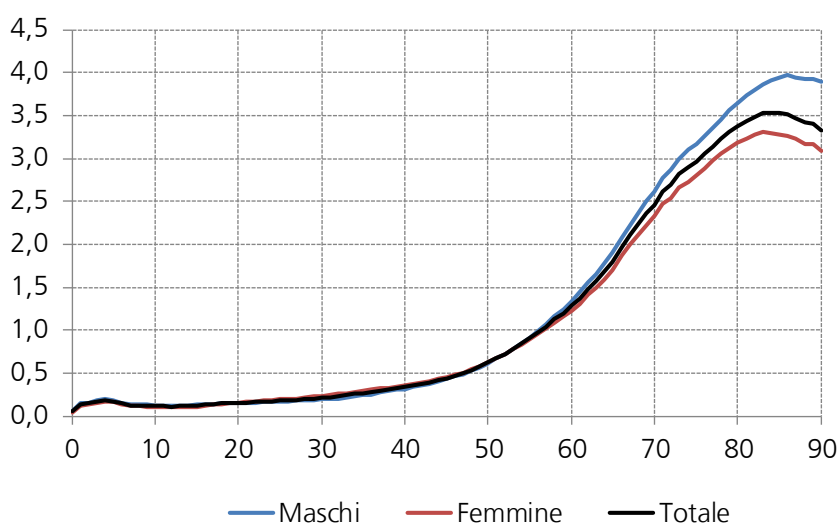


Fig.5.8: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2016

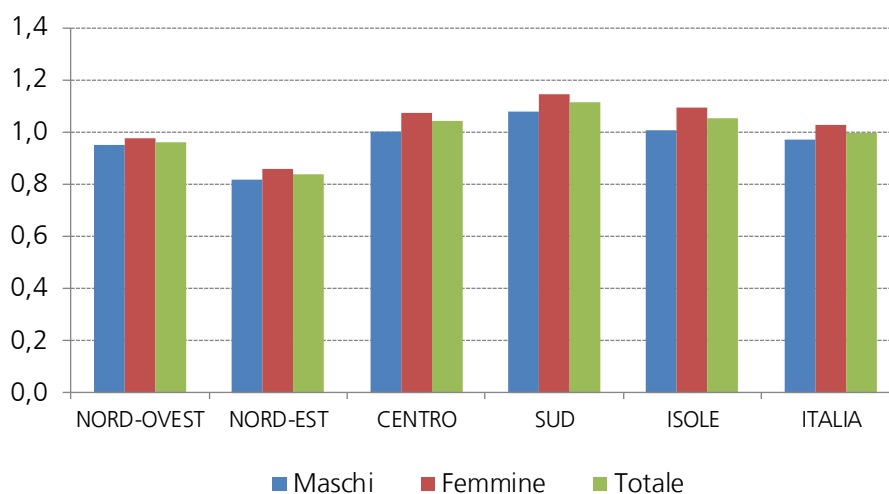


Fig.5.9: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2016

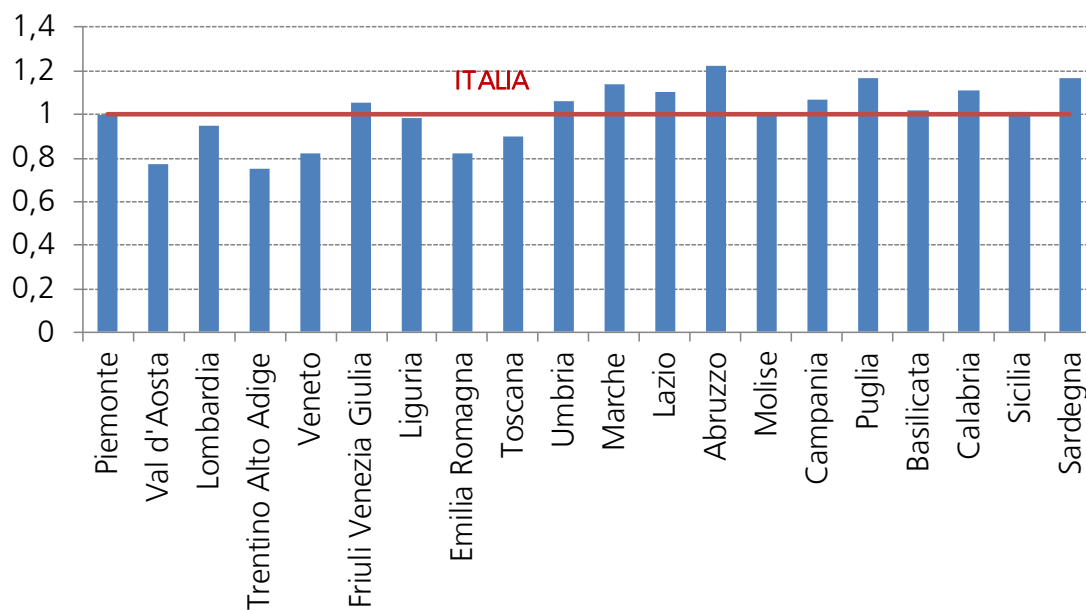


Fig.5.10: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2016

Fig. 5.11.a: Nord-Ovest

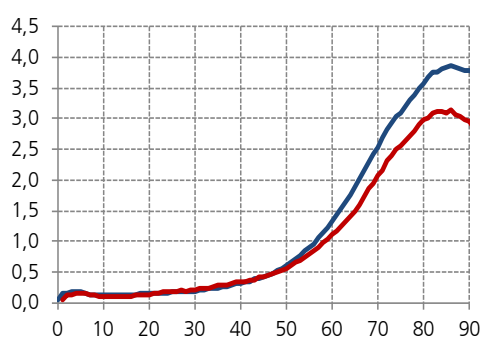


Fig. 5.11.d: Sud

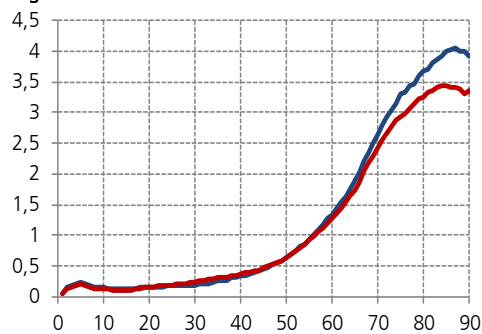


Fig. 5.11.b: Nord-Est

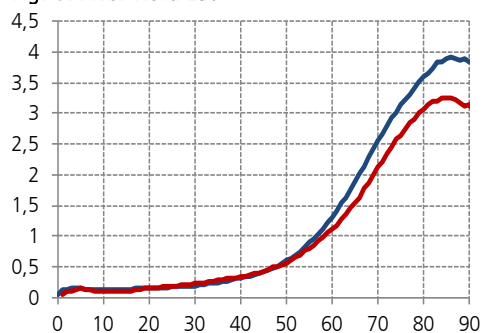


Fig. 5.11.e: Isole

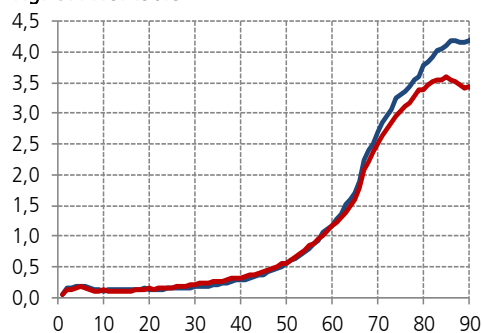


Fig. 5.11.c: Centro

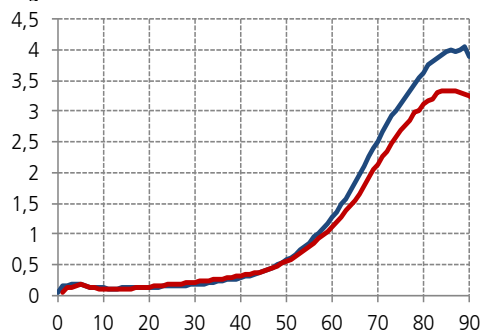
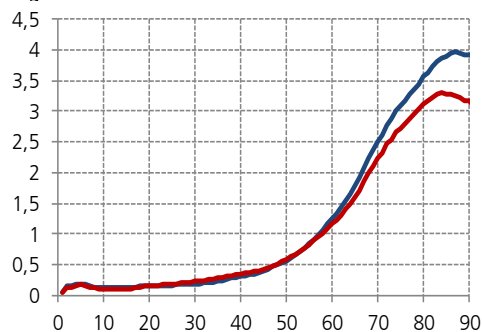


Fig. 5.11.e: Italia



— Maschi — Femmine

5.9.3 - Spesa per l'assistenza specialistica

Per favorire l'analisi dei differenziali di spesa per età, sesso ed area geografica, come per la farmaceutica, i corrispondenti valori di spesa pro capite sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente. Per il 2016, tale valore si è attestato attorno a 145 euro.

Il profilo per età della spesa pro capite per prestazioni specialistiche presenta un andamento sostanzialmente stabile nelle età pediatriche (Fig. 5.12). Fra i 20 ed i 45 anni, il profilo cresce per entrambi i sessi anche se, come evidente, l'andamento è più accentuato per le donne. A partire dai 55-60 anni, il profilo mostra una forte accelerazione per poi iniziare a decrescere, nelle età più anziane, oltre gli 80 anni circa, con modalità analoghe a quanto riscontrato per la spesa farmaceutica convenzionata, seppure con un leggero anticipo e in misura più accentuata. Tale decrescita riporta i valori pro capite degli ultranovantenni sui livelli medi della popolazione in età lavorativa.

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

Malgrado il profilo della spesa specialistica mostri un andamento meno regolare di quello prospettato per l'assistenza farmaceutica, elementi di similarità sono rinvenibili nelle differenze di genere che mostrano una prevalenza della spesa pro capite delle donne nelle età fertili ed una inferiorità nelle età più elevate. Sul piano quantitativo, i differenziali corrispondono a scostamenti più accentuati sia nel primo che nel secondo caso.

L'analisi territoriale offre indicazioni quasi antitetiche a quelle evidenziate per la spesa farmaceutica. Infatti, nelle regioni del Nord il ricorso alle prestazioni specialistiche risulta significativamente superiore al dato medio nazionale con uno scostamento percentuale di circa il 28% nel Nord-Ovest e del 14% nel Nord-Est. Diversamente, si collocano significativamente al di sotto della media nazionale le regioni del Sud e, in misura più contenuta, del Centro e delle Isole, con percentuali pari, rispettivamente, al 15% e al 17% (Fig. 5.13).

Come per la spesa farmaceutica convenzionata, la prevalenza della spesa media pro capite delle donne rispetto agli uomini, rilevata a livello nazionale, trova conferma in tutte le aree del paese, con scostamenti pressoché equivalenti nel Nord-Est, Sud ed Isole. Gli scostamenti risultano, invece, leggermente inferiori nel Nord-Ovest e leggermente superiori nel Centro. I valori pro capite della spesa specialistica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 5.14.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente gli andamenti descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 5.15).

Fig.5.11: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2016

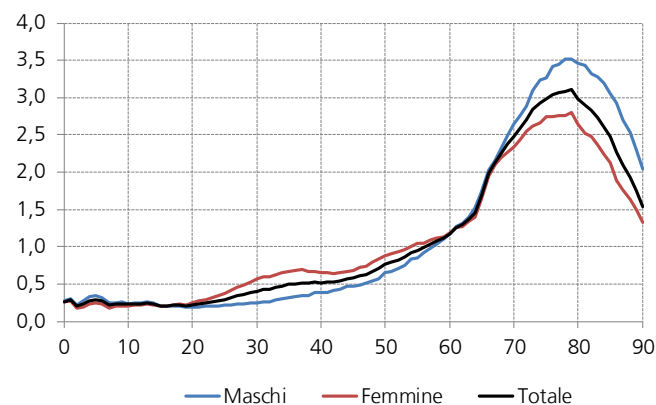


Fig.5.12: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2016

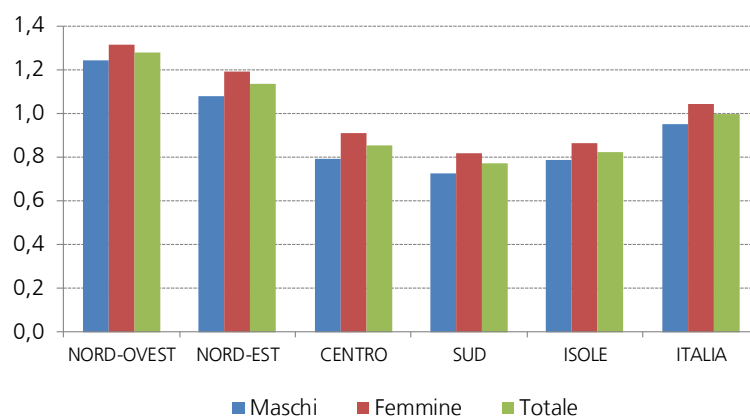


Fig.5.13: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2016

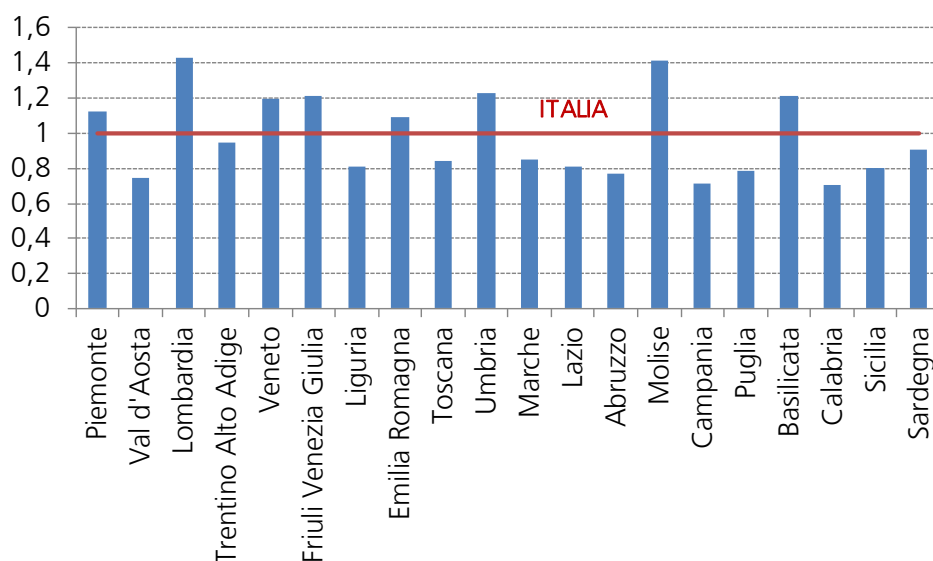


Fig.5.14: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2016

Fig. 5.15.a: Nord-Ovest

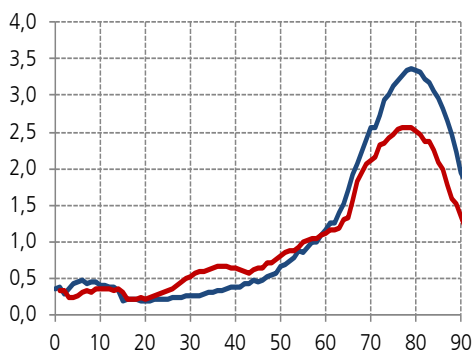


Fig. 5.15.d: Sud

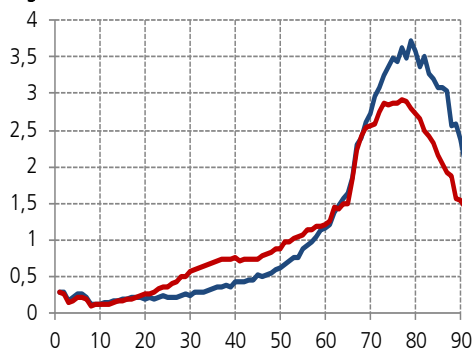


Fig. 5.15.b: Nord-Est

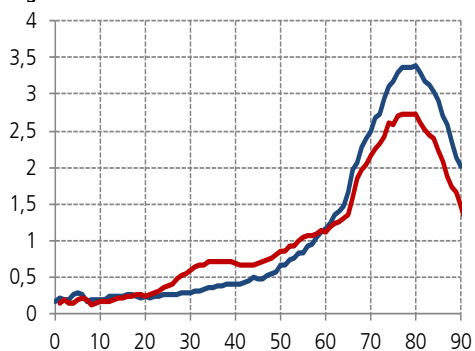


Fig. 5.15.e: Isole

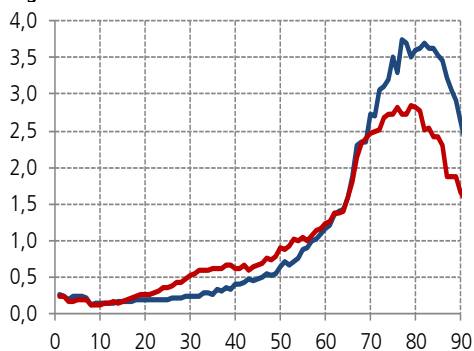


Fig. 5.15.c: Centro

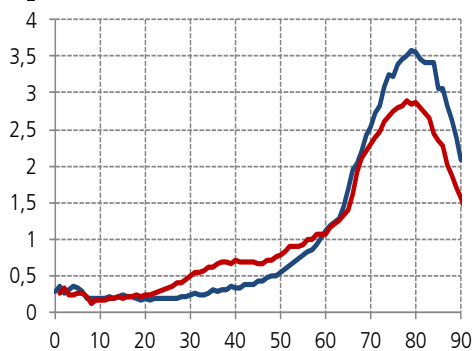
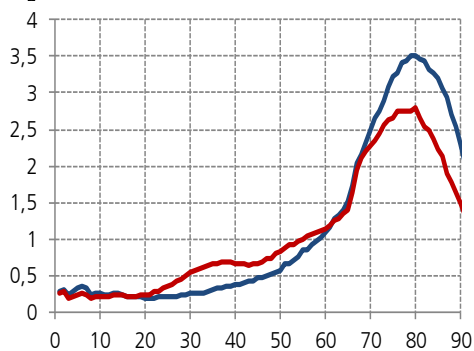


Fig. 5.15.e: Italia



— Maschi — Femmine

Box 5.1: Tabelle di monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto

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

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

Tab. A: Indicatori monitoraggio farmaci a brevetto scaduto

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

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

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

- della percentuale di consumi (espressi in termini di dosi definite giornaliere – DDD) di farmaci a brevetto scaduto, rispetto al totale della medesima categoria ATC al 4° livello;
- dei medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto.

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

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

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

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

Box 5.2 – Ricognizione delle regole nazionali e regionali di compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica e specialistica a carico del SSN

Nelle tabelle che seguono sono riportate le regole regionali, vigenti a luglio 2018, relative alla compartecipazione alla spesa sanitaria, farmaceutica (Tab. A) e specialistica (Tab. B), come trasmesse al Sistema TS ai sensi dell'art. 50 della L. 326/2003.

Tab. A: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte I

Regioni	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*	Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Piemonte	Farmaci a brevetto scaduto: nessun ticket Farmaci con brevetto in corso: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta) se non pluriprescrivibili 1€ a confezione (max 4€ a ricetta) se pluriprescrivibile	Compartecipazione 1 - farmaci a brevetto scaduto: nessun ticket - farmaci con brevetto in corso: - 2€ a confezione (max 4€ a ricetta) se non pluriprescrivibili - 1€ a confezione (max 4€ a ricetta) se pluriprescrivibile Compartecipazione 2 - farmaci a brevetto scaduto: nessun ticket - farmaci con brevetto in corso: 1€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per E92
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Qualunque codice di esenzione: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Trento - P. A.	1€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Veneto	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Liguria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per T19-T18-TDLO1
Emilia Romagna	3€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Compartecipazione 1 (RE2): 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2 (RE3): 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Toscana	4€ a confezione (max 8€ a ricetta)	Compartecipazione 1 (ED-ERD): 4€ a confezione (max 8€ a ricetta) Compartecipazione 2 (EC-BRC): 3€ a confezione (max 6€ a ricetta) Compartecipazione 3 (EB-EBB): 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per VRT
Umbria	3€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Compartecipazione 1 (R2): 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2 (R3): 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Marche	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lazio	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 2,5€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 4€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale

* La dicitura "Compartecipazione n°" si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** La lista di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Tab. A: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte II

Regioni	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*	Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Abruzzo	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 1€ a confezione (max 3€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€ Compartecipazione 1: 0,5€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Molise	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Compartecipazione 1: - farmaci a brevetto scaduto: 2€ a ricetta - farmaci a brevetto in corso: - 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta - farmaci a brevetto in corso con pluriprescrizione prevista per patologie: 1,5€ a confezione (max 9€ a ricetta) + 2€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci a brevetto scaduto: 1€ a ricetta - farmaci a brevetto in corso: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 3: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01 e TDL
Campania	Per i farmaci a brevetto scaduto: 2€ a ricetta Per i farmaci a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01 e TOT07
Puglia	Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci pluriprescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per 050-052-053 (per ciclospina)
Basilicata	2€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 2€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Calabria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: - farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione - farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per TDL

* La dicitura "Compartecipazione n°" si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** Le liste di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Tab. B: Regole regionali sulla compartecipazione specialistica

Regioni	Franchigia**	Quota fissa***
Piemonte	36,15 €	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€
Val d'Aosta*	36,15 €	10€ solo se valore ricetta > 20€
Lombardia	36,00 €	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 15,00€
Bolzano - P. A.	36,15€ (18,08€ per esenzione E22)	0
Trento - P.A.	36,15 €	Quota fissa 3€
Veneto	36,15 €	10€, ridotta a 5€ per fascia di reddito 7RQ
Friuli Venezia Giulia	36,00 €	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€
Liguria	36,15 €	10,00 €
Emilia Romagna*	36,15 €	Se il valore ricetta > 10€ la quota fissa è pari a: - 0€ per la fascia di reddito RE1 - 5€ per la fascia di reddito RE2 - 10€ per la fascia di reddito RE3 - 15€ se non si appartiene a nessuna fascia di reddito
Toscana*	38,00 €	Cfr. tabella B.1
Umbria	36,15 €	Cfr. tabella B.2
Marche	36,20 €	10,00 €
Lazio	36,15 €	10,00 €
Abruzzo	36,15 €	10,00 €
Molise*	36,15 €	10,00 €
Campania	36,15 €	10€ + Ulteriore quota fissa pari a: - 10€ se valore ricetta > 56,15€ per i Non esenti - 5€ se valore ricetta > 56,15€ per alcuni codici di esenzioni; - 5€, indipendentemente dal valore della ricetta, per altri codici di esenzione - 0€, indipendentemente dal valore della ricetta, per ulteriori altri codici di esenzione
Puglia	36,15 €	10,00 €
Basilicata	36,15 €	0
Calabria	45,00 €	10€ + Ulteriore quota fissa di 1€
Sicilia*	36,15 €	10€ + ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia
Sardegna	46,15 €	0

* Le regioni contrassegnate con l'asterisco prevedono, a luglio 2018, ulteriori articolazioni della compartecipazione su specifiche prestazioni di specialistica

** Art.8, comma 16, L. 537/93

*** Art. 17, comma 6, DL 98/2011

**** Per le regioni Piemonte, Lazio, Molise e Calabria, le regole riportate nella tabella sono quelle attualmente disponibili al Sistema TS

Tab. B1 (per ricette di valore superiore a 10 euro)

Fascia di reddito	Specialistica ambulatoriale (escluse prestazioni dettagliate)	RMN e TAC	Prestazioni cicliche	Pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitazione	Chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini
ERA	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ERB	10 €	10 €	10 €	32 €	15 €
ERC	20 €	24 €	24 €	52 €	30 €
Nessuna fascia	30 €	34 €	34 €	82 €	40 €

Tab. B2

Fascia di reddito	Specialistica ambulatoriale	RMN e TAC
R1	0 €	0 €
R2	5 €	10 €
R3	10 €	24 €
Nessuna fascia	15 €	34 €

Appendice A - Risultati di gestione 2017 delle regioni non sottoposte ai piani di rientro

In relazione alla verifica annuale prevista dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004, dettagliatamente descritta al Capitolo 1 (paragrafo 1.3.2), si sono tenute il 15, 20, 22, 27 marzo e 3 maggio 2018 le riunioni del Tavolo di verifica degli adempimenti per le regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

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

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

Si riporta di seguito la metodologia di verifica seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti nei termini riportati nel verbale della riunione del 15, 20, 22, 27 marzo e 3 maggio 2018.

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

"Prioritariamente il Tavolo ricorda che a partire dall'esercizio 2012 opera per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011, come modificato dal decreto legislativo n. 126/2014 e, pertanto, la verifica della presente riunione tiene conto di quanto espressamente previsto dal suddetto decreto legislativo e delle nuove responsabilità regionali in merito alla tenuta della contabilità della GSA, ove istituita, e del bilancio consolidato regionale. Le valutazioni fanno riferimento anche a quanto chiarito con circolare del 28 gennaio 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, a quanto riportato nella casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012, alla circolare del 25 marzo 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze. Ricorda che, sulla base di quanto previsto dall'articolo 15, comma 24, del decreto legge n. 95/2012, "Si applicano, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191."

Ricorda inoltre che l'articolo 1, comma 6, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 ha previsto dall'anno 2014 nuove modalità di riparto di alcune somme vincolate. A tal fine la legge di stabilità per l'anno 2015, legge n. 190/2014, ha dato attuazione alla predetta previsione con l'articolo 1, commi da 560 a 563.

Per quanto attiene alle somme vincolate per le finalità di cui all'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge n. 662/1996, (Obiettivi di piano sanitario nazionale) si segnala che, nonostante il comma 5, articolo 1 del Patto per la salute 2014-2016 (Intesa CSR n. 82 del 10 luglio 2014) allenti i vincoli in capo alle regioni in ordine alla esecuzione delle linee

progettuali, tale previsione è stata recepita con la legge di stabilità 2015 e, pertanto, applicabile a partire da tale anno.

Il Tavolo ricorda in particolare che:

- sulla base dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 gli eventuali risultati positivi degli enti del SSR vengono portati a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti e che l'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR;*
- l'articolo 30 del predetto decreto legislativo n. 118/2011, come modificato dall'articolo 1, comma 557, della legge n. 190/2014, in attuazione dell'articolo 1, comma 4, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, prevede altresì che resti fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, per cui eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie;*
- in merito agli utili aziendali occorre che la regione, tramite atto formale, renda noto agli enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo. In mancanza di tali eventuali provvedimenti regionali, il Tavolo determina il risultato d'esercizio del SSR al netto degli utili degli enti del SSR.*

Il Tavolo specifica inoltre che il risultato di gestione viene desunto a partire dal Conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 nonché della mobilità sanitaria extraregionale di cui al successivo paragrafo A e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale 2017, perimetro sanità, e con quanto riportato negli atti formali di riparto.

Il Tavolo, in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118/2011, in particolare in attuazione di quanto disposto dall'articolo 20, lettera a), modificato dal decreto legislativo n. 126/2014, e, in relazione a quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, effettua la verifica della coerenza delle iscrizioni concernenti:

- il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2017, perimetro sanità, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento;*
- il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2017, perimetro sanità;*
- il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2017, perimetro sanità, e la sua coerenza con gli atti formali di riparto;*
- il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2017, perimetro sanità. Con riferimento alle quote dell'assistenza termale di cui all'Intesa CSR n. 202 del 16 novembre 2017, trattandosi di assegnazione biennale (2016-2017), la quota di competenza 2017 deve essere registrata nella voce Contributi FS quota vincolata*

(AA0040) mentre la quota relativa al 2016 deve essere rilevata tra le altre sopravvenienze attive verso terzi (EA0140). Con riferimento alla contabilizzazione delle somme riguardanti le prestazioni erogate in favore degli stranieri STP, di cui all'articolo 35, comma 6, del decreto legislativo n. 286/1998, la cui competenza è stata trasferita al Ministero della salute con decreto legge n. 50/2017, a partire dal 1° gennaio 2017, le prestazioni erogate a stranieri in possesso dei requisiti di cui all'articolo 35, commi 3 e 4, decreto legislativo n. 286/1998, non devono più essere fatturate dalle aziende sanitarie alle prefetture e la regolazione finanziaria di tali prestazioni agli enti erogatori avviene direttamente da parte delle regioni. In funzione del trasferimento al Ministero della salute delle competenze per il rimborso delle prestazioni sanitarie erogate agli STP, è stato adottato il decreto direttoriale del 20 novembre 2017, registrato il 6 dicembre 2017. Ai fini dell'iscrizione contabile delle partite di che trattasi, devono essere iscritti gli importi a ciascuna regione e provincia autonoma spettanti sulla base della tabella riportata nelle premesse del decreto, a prescindere dall'effettivo pagamento dell'acconto avvenuto sulla base del citato decreto direttoriale del 20 novembre 2017. In considerazione di quanto sopra, deve essere assicurata la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2018 a valere sull'anno 2017, qualora non ancora operati sul bilancio finanziario 2017, e se ne dovrà dare evidenza nella tabella di riconciliazione Co.Fi. – Co.Ge. e le rilevazioni contabili di dettaglio da effettuarsi in contabilità economico-patrimoniale dovranno essere quelle indicate alla successiva lettera A);

- con riferimento ai Fondi per i farmaci innovativi e per i farmaci innovativi oncologici è stato richiesto di produrre una puntuale relazione concernente le modalità di rilevazione dei contributi. In particolare, è stato richiesto di precisare se i contributi sono stati rilevati dalla GSA ovvero dagli enti del SSR;
- con riferimento alle quote di accesso ai Fondi per i farmaci innovativi e per i farmaci innovativi oncologici 2017, è stata inviata, una tabella di riepilogo delle contabilizzazioni da effettuare al CE IV Trimestre 2017;
- con riferimento alle quote di accesso ai Fondi per i farmaci innovativi e per i farmaci innovativi oncologici, pari a 500 mln di euro ciascuno, viene verificata la correttezza delle iscrizioni contabili nella voce AA0040 per il riparto dei 500 mln di euro per ciascun Fondo, oltre alle quote di compartecipazione per la Regione Siciliana;
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale 2017, perimetro sanità, con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel modello CE69 con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle

⁶⁹ Si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

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

Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2017, perimetro sanità.

In relazione a quanto precedentemente precisato con riferimento al finanziamento ordinario corrente e vincolato, fatta eccezione per la quota degli stranieri STP come sopra riportato, nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le somme accertate ed impegnate sul bilancio regionale 2017, perimetro sanità, rispetto agli atti di riparto 2017, il Tavolo ne terrà conto nella determinazione del risultato di gestione, ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.

La regione documenta la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intraregionale di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2013. Qualora in sede di esame del conto consuntivo 2017 emergessero mancate quadrature delle voci oggetto di consolidamento e contraddistinte dal codice "R", il Tavolo ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo, sempre in occasione dell'esame del conto consuntivo 2017, valuta anche la presenza di eventuali mancate quadrature in relazione a voci diverse da quelle contraddistinte dal codice "R".

Nel calcolo del risultato di gestione, oltre a tenere presente quanto sopra riportato in merito a quanto disposto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, il Tavolo verifica che le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) abbiano la corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE.

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

Con riferimento alle iscrizioni operate sulla voce CE AA0080 la regione documenta la relativa coerenza con il bilancio regionale. A tal proposito il Tavolo richiama quanto disposto dall'articolo 20, commi 2-bis e 2-ter del decreto legislativo n. 118/2011, nei termini introdotti dal decreto legislativo n. 126/2014:

"2-bis. I gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali e destinati al finanziamento del Servizio sanitario regionale sono iscritti nel bilancio regionale nell'esercizio di competenza dei tributi.

2-ter. La quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi della legislazione vigente sui piani di rientro dai disavanzi sanitari, è iscritta nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, obbligatoriamente per l'importo stimato dal competente Dipartimento delle finanze del Ministero dell'economia e delle finanze, ovvero per il minore importo destinato al Servizio sanitario regionale ai sensi dell' art. 1, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Tale iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale. La regione non può disimpegnare tali somme, se non a seguito di espressa

autorizzazione da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. In relazione a tale autorizzazione la regione è tenuta a trasmettere al Tavolo di verifica degli adempimenti la relativa documentazione corredata dalla valutazione d'impatto operata dal competente Dipartimento delle finanze. Ove si verifichi in sede di consuntivazione dei gettiti fiscali un minore importo effettivo delle risorse derivanti dalla manovra fiscale regionale rispetto all'importo che ha formato oggetto di accertamento e di impegno, detto evento è contabilmente registrato nell'esercizio nel quale tale perdita si determina come cancellazione di residui attivi."

Il Tavolo valuta inoltre se, con riferimento agli accantonamenti per rinnovi di contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il personale convenzionato con il SSN, di cui alle successive lettere H) e I), gli stessi risultano almeno pari a quelli attesi e, in caso contrario, nel richiedere alla regione la relativa rettifica, ridetermina il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato, nelle more dell'adeguamento regionale dell'eventuale minore accantonamento. L'avvenuto adeguamento è in ogni caso oggetto di verifica in sede di esame del conto consuntivo 2017.

Pertanto, sulla base di quanto sopra riportato, ai fini della verifica della percentuale di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009, il risultato di gestione da porre a numeratore è valutato a partire dal modello CE consolidato regionale inviato dalla regione al NSIS, nettizzato di quanto iscritto nella voce AA0080. Tale numeratore è rideterminato in ragione di eventuali differenziali tra le iscrizioni operate sul modello CE per il finanziamento indistinto e vincolato per l'anno 2017 e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2017 ivi inclusa la mobilità sanitaria extraregionale, nei termini sopra riportati, nonché le somme vincolate e per obiettivi di piano, dei minori accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni attesi e degli utili aziendali, nei termini sopra riportati. Tale risultato è inoltre rideterminato in relazione all'eventuale presenza di perdite pregresse portate a nuovo.

Per il calcolo della predetta percentuale il denominatore è ottenuto sulla base di quanto iscritto a titolo di fondo sanitario regionale nell'atto formale di riparto corretto per le maggiori entrate proprie di cui al modello CE, sempre al netto della voce AA0080.

Il Tavolo valuta le regioni in coerenza con quanto disposto dall'articolo 34, comma 4, del decreto legge n. 50/2017, si seguito riportato:

"All'articolo 77-quater, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, sono aggiunti, infine, i seguenti periodi:

A decorrere dall'anno 2017:

a) fermo restando il livello complessivo del finanziamento erogabile alle regioni in corso d'anno, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nelle more dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che assegna alle regioni le rispettive quote di compartecipazione all'IVA, in attuazione del citato decreto legislativo n. 56 del 2000, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad erogare quote di compartecipazione all'IVA facendo riferimento ai valori indicati nel riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nella contestuale individuazione delle relative quote di finanziamento, come risultanti dall'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni, ovvero dai decreti interministeriali di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;

b) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di assegnazione alle regioni delle

rispettive quote di compartecipazione all'IVA per l'anno di riferimento non può fissare, per ciascuna regione, una quota di compartecipazione inferiore a quella stabilita in sede di riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nell'individuazione delle relative quote di finanziamento di cui al richiamato articolo 27, comma 1-bis del decreto legislativo n. 68 del 2011;

c) il Ministero dell'economia e delle finanze, in funzione dell'attuazione della lettera a) del presente comma, è autorizzato, in sede di congruaggio, ad operare eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi. Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad applicare le disposizioni di cui al terzo periodo del presente comma anche con riferimento agli esercizi 2016 e precedenti. "

Il Tavolo, al fine di effettuare la verifica, ha chiesto alle singole regioni la produzione della seguente documentazione:

con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2017 Riepilogativo regionale '999':

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

è necessario produrre la documentazione (delibere, stanziamenti a carico del bilancio regionale, altro) attestante le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione di sintesi sulle stesse.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011, si chiede di inviare la documentazione attestante, per le voci AA0030 e AA0040, la riconciliazione tra i dati di riparto⁷⁰ con gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale 2017. Si chiede di compilare la tabella di riconciliazione inviata in allegato alla convocazione della riunione di verifica.

⁷⁰FSN 2017:

Quota indistinta - Intesa CSR n. 184 del 26 ottobre 2017;

Quota premiale - Decreto Ministeriale Intesa CSR n. 183 del 26 ottobre 2017;

Quote vincolate:

- Obiettivi di piano - Intesa CSR n. 182 del 26 ottobre 2017;
- Medici di medicina generale - Intesa CSR n. 216 del 6 dicembre 2017;
- Stranieri irregolari - Intesa CSR n. 227 del 14 dicembre 2017;
- Esclusività - Intesa CSR n. 216 del 6 dicembre 2017;
- Penitenziaria - Intesa CU n. 153 del 16 novembre 2017 e Superamento OPG - Intesa CU n. 145 del 16 novembre 2017;
- Ind. Abbattimento - note MdS n. 3106 del 7 febbraio 2017, 14140 del 9 giugno 2017 e 18403 del 3 agosto 2017;
- Termale - Intesa CSR n.202 del 16 novembre 2017;
- Farmaci innovativi e innovativi oncologici - Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017.

Con riferimento alle quote dell'assistenza termale di cui all'Intesa CSR n. 202 del 16 novembre 2017, trattandosi di assegnazione biennale (2016-2017), la quota di competenza 2017 deve essere registrata nella voce Contributi FS quota vincolata (AA0040) mentre la quota relativa al 2016 deve essere rilevata tra le altre sopravvenienze attive verso terzi (EA0140).

Con riferimento alla contabilizzazione delle somme riguardanti le prestazioni erogate in favore degli stranieri STP, di cui all'articolo 35, comma 6, del decreto legislativo n. 286/1998, in funzione del trasferimento al Ministero della salute delle competenze per il rimborso delle prestazioni sanitarie erogate agli STP, è stato adottato il decreto direttoriale del 20 novembre 2017, registrato il 6 dicembre 2017.

Ai fini dell'iscrizione contabile delle partite di che trattasi, dovranno essere iscritti gli importi a ciascuna regione e provincia autonoma spettanti sulla base della tabella riportata nelle premesse del decreto, ed inviata, a prescindere dall'effettivo pagamento dell'acconto avvenuto sulla base del citato decreto direttoriale del 20 novembre 2017.

In considerazione di quanto sopra, deve essere assicurata la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2018 a valere sull'anno 2017, qualora non ancora operati sul bilancio finanziario 2017, e se ne deve dare evidenza nella tabella di riconciliazione Co.Fi. – Co.Ge.

Relativamente alle rilevazioni contabili da effettuarsi in contabilità economico-patrimoniale, nelle more dell'adozione dei nuovi modelli CE e SP (che dovranno prevedere apposite voci dedicate alle movimentazioni degli STP), il cui iter di approvazione è ancora in corso, le rilevazioni contabili da effettuarsi in contabilità economico-patrimoniale sul bilancio 2017 riguardano le seguenti voci:

Aziende:

- *Voce CE: AA0440 - A.4.A.2) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici;*
- *Voce SP: ABA450 - B.II.2.a.9) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente – altro (RR).*

GSA/000:

- *Voce SP: ABA270 - B.II.1.g) Crediti v/Stato per spesa corrente – altro (SS);*
- *Voce SP: PDA210 - D.V.1.f) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione – per altre prestazioni (RR).*

Pertanto, è necessario produrre la documentazione attestante gli accertamenti e gli impegni operati nel bilancio regionale e le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione sulle stesse.

Con riferimento ai farmaci innovativi, in particolare al Riparto del contributo per farmaci innovativi e dei farmaci innovativi oncologici 2017, è stata inviata una tabella di riepilogo sulle contabilizzazioni da effettuare al CE IV Trimestre 2017. Detta tabella provvede a ripartire le quote dei Fondi di cui all'articolo 1, commi 400 e 401, della legge n. 232/2016, ciascuno di 500 milioni di euro, sulla base della quota di accesso del Fabbisogno sanitario standard per l'anno 2017, di cui all'Intesa Stato-Regioni il 26 ottobre 2017 (atto Rep. 184/2017). I conguagli rispetto alla spesa regionale di competenza per residenti per i farmaci innovativi non oncologici al 31 dicembre 2017, come comunicata da AIFA, saranno effettuati, ai sensi del combinato disposto dell'articolo 3, comma 3,

lettera a), e comma 2 dell'articolo 5 del decreto interministeriale sui farmaci innovativi, di cui all'Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017, nell'anno successivo a quello di riferimento.

Inoltre, è necessario confermare che il saldo di mobilità iscritto nelle apposite voci del bilancio e del modello CE sia composto dal totale dei valori previsti dalla Tabella C del Riparto 2017. Si chiede altresì di indicare la composizione delle voci:

- AA0250 - "Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - da regione per quota FS";
- AA0260 - "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi".

Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2017 Riepilogativo regionale '999':

- AA0900 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale";
- AA0910 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera";
- AA0920 - "Ulteriore Pay-back"

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole voci, se valorizzate. Il Tavolo valuterà gli importi contabilizzati e la loro coerenza con gli effettivi accertamenti, impegni ed incassi registrati entro il 31/12/2017. In caso di disallineamenti, nelle more dell'adeguamento delle scritture da parte della regione, ne terrà conto nella determinazione del risultato di gestione.

Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2017 Riepilogativo regionale '999':

- AA0970 - "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) - Altro"

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.

Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2017 Riepilogativo regionale '999':

- BA0030 - "Prodotti farmaceutici ed emoderivati"

è necessario indicare se la valorizzazione è al netto di eventuali note di credito e l'ammontare delle note di credito stesse. Si richiede altresì di indicare se le note di credito iscritte sono state ricevute effettivamente o risultano ancora da ricevere.

Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2017 Riepilogativo regionale '999':

- BA2700 - "Accantonamenti per rischi";
- BA2820 - "Altri accantonamenti"

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. In particolare occorre una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro".

Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2017 Riepilogativo regionale '999':

- EA0010 - "E. 1) Proventi straordinari";

- EA0260 - "E.2) Oneri straordinari"

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. In particolare occorre una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro".

Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2017 Riepilogativo regionale '999':

- BA2650 - "B.14B) Svalutazioni dei crediti"

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale dipendente è necessario indicare la percentuale di accantonamento utilizzata ai fini della valorizzazione delle singole sottovoci di seguito indicate:

- BA2860 "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza medica";
- BA2870 "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza non medica";
- BA2880 "Accantonamento rinnovi contrattuali: comparto".

Si ricorda che, in coerenza con quanto disciplinato dall'articolo 2 del DPCM 27/02/2017, è necessario, per l'anno 2017, che gli accantonamenti da operare siano effettuati nella misura dell'1,09% del costo iscritto sul Conto Consuntivo 2015 sulle voci:

- BA2110 "Costo del personale dirigente medico";
- BA2150 "Costo del personale dirigente non medico" + BA2240 "Costo del personale dirigente ruolo professionale" + BA2330 "Costo del personale dirigente ruolo tecnico" + BA2420 "Costo del personale dirigente ruolo amministrativo";
- BA2190 "Costo del personale comparto ruolo sanitario" + BA2280 "Costo del personale comparto ruolo professionale" + BA2370 "Costo del personale comparto ruolo tecnico" + BA2460 "Costo del personale comparto ruolo amministrativo".

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale convenzionato (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) è necessario indicare la percentuale di accantonamento utilizzata ai fini della valorizzazione delle singole sottovoci di seguito indicate:

- BA2840 "Accantonamento rinnovo convenzioni MMG/PLS/MCA";
- BA2850 "Accantonamento rinnovi convenzioni Medici Sumai".

Si ricorda che, in coerenza con quanto disciplinato dall'articolo 2 del DPCM 27/02/2017, è necessario, per l'anno 2017, che gli accantonamenti da operare siano effettuati nella misura dell'1,09% del costo iscritto derivante dalla seguente somma:

- BA0420 "da convenzione" consuntivo 2015 + 0,75% * B02015 "da convenzione" consuntivo 2010;
- BA0570 "da privato-medici Sumai" consuntivo 2015 + 0,75% * B02090 "da privato-Medici Sumai" consuntivo 2010.

Le voci di accantonamento dovranno contenere altresì l'importo derivante dall'accantonamento dello 0,75% del costo consuntivo 2010.

Pertanto, le voci di accantonamento dovranno risultare in definitiva pari agli importi derivanti dalle seguenti formule:

- *BA2840 "Accantonamento rinnovo convenzioni MMG/PLS/MCA" IV 2017 = 1,09% * [BA0420 "da convenzione" consuntivo 2015 + 0,75% * (B02015 "da convenzione" consuntivo 2010)] + 0,75% * [BA02015 "da convenzione" consuntivo 2010];*
- *BA2850 "Accantonamento Medici Sumai" IV 2017 = 1,09% * [BA0570 "da privato-medici Sumai" consuntivo 2015 + 0,75% * (B02090 "da privato-medici Sumai" consuntivo 2010)] + 0,75% * [B02090 "da privato-medici Sumai" consuntivo 2010].*

Si chiede di relazionare in merito al trattamento contabile dell'eventuale differenziale tra tariffe regionali rispetto alle tariffe TUC utilizzate nella regolazione dei rapporti fra le regioni. Si chiede altresì di produrre i provvedimenti regionali vigenti che disciplinano la remunerazione delle strutture sanitarie accreditate per i propri residenti e non.

Si chiede altresì di indicare se sia avvenuta la riconciliazione delle partite-infragruppo (costi-ricavi, crediti-debiti) e, in caso negativo, dell'importo delle eventuali differenze, del trattamento contabile adottato e della voci nelle quali tali differenze sono state rappresentate.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge 35/2013⁷¹ si chiede di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno, di almeno il 95% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. Al riguardo si chiede di compilare in formato Excel la tabella secondo il formato inviato in allegato alla convocazione della riunione di verifica.

Con riferimento alle disposizioni in ordine ai tempi di pagamento, si chiede alla regione di produrre una relazione illustrativa del rispetto della normativa in materia di tempi di pagamento e delle iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La relazione dovrà riportare, per ogni azienda sanitaria appartenente al Servizio Sanitario Regionale (SSR) e per la GSA:

- *l'importo dei pagamenti effettuati durante l'anno 2017, distinti per anno di emissione delle fatture;*
- *l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231;*
- *il valore dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per l'anno 2017, calcolato in coerenza con i criteri definiti all'articolo 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 settembre 2014;*

⁷¹ A decorrere dall'anno 2013 costituisce adempimento regionale - ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 - verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, l'erogazione, da parte della regione al proprio Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. A decorrere dall'anno 2015 la predetta percentuale è rideterminata al valore del 95 per cento e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo.

- *il link alla pagina web di pubblicazione degli indicatori di tempestività dei pagamenti.*

Le predette informazioni dovranno essere riportate anche nelle apposite tabelle secondo il formato riportato in allegato alla convocazione della riunione di verifica che include altresì l'inserimento delle informazioni in ordine all'indicatore di tempestività dei pagamenti degli anni 2014, 2015, 2016 e dei trimestri dell'anno 2017, nonché l'indicatore annuale 2017.

Con riferimento alle disposizioni in ordine alla fatturazione elettronica si chiede alla regione di verificare lo stato di acquisizione delle fatture elettroniche presenti sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) relative al periodo dal 1/1/2017 al 31/12/2017. Le predette informazioni oggetto di verifica sono trasmesse alle singole regioni tramite apposite tabelle."

A.2. Esiti delle verifiche delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi in data 15, 20, 22, 27 marzo e 3 maggio 2018 per la verifica delle situazioni relative alle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

Regione Piemonte. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2017 inviato al NSIS evidenzia un avanzo 13,466 mln di euro. Il Tavolo fa presente che risultano aziende in utile per complessivi 1,861 mln di euro. Tale utile, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non può essere scontato direttamente a compensazione delle perdite del SSR in mancanza di specifico provvedimento in tal senso. La regione in merito trasmette la DGR 113-6305 del 22 dicembre 2017 che tra l'altro, dispone "di vincolare prioritariamente l'eventuale risultato positivo di esercizio 2017 degli Enti del SSR (Aziende sanitarie e GSA) alla copertura dei disavanzi economici 2017 delle Aziende sanitarie pubbliche rientranti nel perimetro di consolidamento del S.S.R, che ai sensi della normativa vigente verrà assegnato con successivo provvedimento". Comunica altresì che, tenuto conto dell'equilibrio economico complessivo 2017 del SSR, conferma che non si rileva la necessità di applicare il citato vincolo di destinazione per gli utili 2017 delle Aziende del SSR. Nel richiamare, inoltre, il disallineamento della mobilità extra-regionale per 2,063 mln di euro il risultato di gestione viene rideterminato in un avanzo di 13,668 mln di euro. La regione ha inoltre conferito sul bilancio regionale 2018 al proprio SSR 13,927 mln di euro con DD 158 del 13/03/2018 "Interventi e servizi a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali anno 2017 - Impegno delegato di Euro 13.927.305,69 sul cap. 157098 del bilancio 2018 a favore delle Aziende Sanitarie Locali". Tale importo correttamente non presente a modello di CE 2017, dovrà essere iscritto sul Stato patrimoniale (SP) 2018. Il Tavolo valuta che la Regione Piemonte a IV trimestre 2017 presenta un avanzo di 13,668 mln di euro. Dopo il conferimento delle ulteriori risorse del bilancio regionale 2018 per 13,927 mln di euro, presenta un avanzo di 27,595 mln di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e ss.mm.ii. la Regione Piemonte ha assicurato l'equilibrio economico. Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Lombardia. Il modello CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario dalla Regione Lombardia (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 5,971 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile. Il Tavolo rileva una differenza migliorativa tra il saldo mobilità interregionale registrato nel CE IV trimestre 2017 e saldo mobilità sanitaria extraregionale da Riparto pari a 0,001 mln di euro, e ne tiene conto nel risultato di gestione. Il Tavolo nelle more della rettifica da operarsi nel Consuntivo 2017, delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale per l'anno 2016 pari a 0,329 mln di euro ne tiene conto nel risultato di gestione. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione presenta un avanzo di 5,972 mln di euro. La Regione Lombardia presenta a IV trimestre 2017 un avanzo di 5,972 mln di euro. Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009.

Regione Veneto. Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla Regione Veneto (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 18,124 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile per complessivi 3,579 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 14,545 mln di euro. La Regione Veneto

presenta a IV trimestre 2017 un avanzo di 14,545 mln di euro. Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Liguria. Il modello CE consolidato regionale inviato al NSIS presenta, al netto della voce AA0080, un disavanzo di 63,659 mln di euro. Risultano non effettuati accertamenti ed impegni sull'anno 2017 per le tariffe termali, arretrati ed anno 2017, ciascuno per 0,055 mln di euro e farmaci innovativi per 6,239 mln di euro, accertati ed impegnati sull'anno 2018. Inoltre con riferimento al Fondo sanitario vincolato le somme iscritte sul modello CE sono superiori al Riparto 2017 di 0,001 mln di euro e sono state effettuate maggiori iscrizioni sulla mobilità extra regionale per 0,002 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2017. Nelle more della rettifica regionale, in relazione a quanto precedentemente esposto, il risultato di gestione cui dare copertura viene rideterminato in -70,011 mln di euro. La regione, in relazione alle coperture, ha inviato l'estratto dal "Bilancio di previsione della Regione Liguria per gli anni finanziari 2018-2020" del capitolo 5152 "Finanziamento per ripiano disavanzi pregressi del servizio sanitario regionale. Risorse autonome" di valore pari a 65,000 mln di euro. Rilevano inoltre le risorse accertate e impegnate sul bilancio 2018 ai sensi del decreto n. 47/2018 e le ulteriori risorse per 0,004 mln di euro di fondo indistinto che la regione deve ancora regolarizzare. Tali risorse devono essere destinate alla copertura del risultato di gestione. Si resta in attesa dei relativi provvedimenti di destinazione. La Regione Liguria presenta a IV trimestre 2017 un disavanzo di 70,011 mln di euro. Tale risultato di gestione trova copertura nelle risorse regionali per 65,000 mln di euro e negli ulteriori impegni di risorse effettuati sull'anno 2018 per 6,349 mln di euro. Dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 1,338 mln di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e ss.mm.ii., avendo la Regione Liguria conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per complessivi 71,349 mln di euro, ha assicurato l'equilibrio economico. Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 2,2% e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Emilia Romagna. Il modello CE inviato dalla regione evidenzia un avanzo, al netto della voce AA0080 di 0,459 mln di euro. Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2017 per 0,199 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 0,260 mln di euro. La Regione Emilia Romagna presenta a IV trimestre 2017 un avanzo di 0,260 mln di euro. Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Toscana. Il modello CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo sanitario dalla Regione Toscana (al netto della voce AA0080) presenta un disavanzo di 52,926 mln di euro. Il Tavolo ricorda quanto rilevato in merito alla voce A0070, circa l'iscrizione di 38 mln di euro assegnati con DGR n. 1473/2017 a seguito della rimodulazione delle quote di risorse extra fondo da Regione che inizialmente (in sede di verifica dei dati del CE IV trimestre 2016) erano state destinate al ripristino dell'equilibrio economico 2016 e che poi si sono rivelate eccedenti rispetto alle reali necessità dell'esercizio 2016. A tal proposito, il Tavolo rappresenta che l'importo pari a 38 mln di euro, trattandosi di un conferimento di risorse aggiuntive extra LEA per l'equilibrio dell'anno 2017, correttamente deve essere riclassificato nella voce AA0080 "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive

da bilancio regionale a titolo di copertura LEA"; e nelle more della riclassificazione in sede di Conto consuntivo 2017, ne tiene conto nella determinazione del presente risultato di gestione. Pertanto, il risultato di gestione a IV trimestre 2017 della Regione Toscana (al netto della voce AA0080, come precedentemente integrata) evidenzia un disavanzo di 90,926 mln di euro. In merito alle coperture, la regione ha provveduto alla loro iscrizione sul modello CE IV trimestre 2017 alla voce AA0080 a ciò finalizzata, per 60 mln di euro per risorse extra fondo sanitario che sono state messe a disposizione da parte del Bilancio regionale (Decreto n. 19437/2017 del 28/12/2017) per garantire l'equilibrio economico. Risultano poi ulteriori 38 mln di euro di coperture 2016 non più necessarie sull'anno 2016 e destinate all'equilibrio dell'anno 2017 attualmente iscritte sulla voce AA0070, da riclassificarsi sulla voce AA0080 in sede di Conto consuntivo 2017. In merito a tali ultime risorse, il Tavolo ricorda che, in sede di verifica del Conto consuntivo 2016, la regione nella propria relazione aveva fatto presente che la perdita a Conto consuntivo 2016 era interamente coperta dagli stanziamenti stabiliti con la DGR n. 237 del 14/03/2017 "Variazione al Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 ai sensi dell'art. 51, comma 2 lett. a) ed f) del DLgs 118/2011", e dalla DGR n. 265 del 20/03/2017 "Variazione al Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 ai sensi dell'art. 51, comma 2, lett. f) del DLgs 118/2011". In particolare, per la quota non necessaria al ripiano del disavanzo 2016, la regione intendeva finalizzarla all'equilibrio dell'anno 2017. In tali termini il Tavolo restava in attesa dei conseguenti provvedimenti. Si ricorda, altresì, che la regione in sede di IV trimestre 2016 aveva individuato copertura al proprio disavanzo tramite la il Decreto Dirigenziale n. 3773 del 28/03/2017 per 88,867 mln di euro. Il Tavolo, successivamente, a Conto consuntivo 2016, nel prendere atto di una necessità di copertura di 42,041 mln di euro, rideterminava la copertura riducendola a 42,041 mln di euro, nelle more dell'adozione dei provvedimenti formali di rifinalizzazione della restante copertura non più funzionale all'equilibrio dell'anno 2016. Con la citata DGR n. 1473 del 19/12/2017, la regione ha dato seguito a quanto richiesto dal Tavolo, rilevando un disavanzo consolidato 2016 di 42,040 mln di euro e pertanto svincolando le risorse non più necessarie alla copertura, riducendone gli impegni di un importo pari a 46,676 mln di euro (88,866-42,040); tali risorse sono state appostate nella voce AA0070 per 38 mln di euro e nella voce AA0920 per 8,676 mln di euro. In merito alle iscrizioni attualmente presenti sulla voce AA0080, con la DGR n. 1484 del 27/12/2017 "Variazione al Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 ai sensi dell'art. 51 del DLgs 118/2011" è stato istituito il capitolo n. 24447 con una competenza di 60 mln di euro. Con il decreto n. 19437 del 28/12/2017 la regione impegnato a favore delle Aziende sanitarie le risorse extra Fondo stanziato sul capitolo 24447 "Ripiano disavanzi sanitari pregressi" del bilancio gestionale 2017, che presenta la necessaria disponibilità, vincolando tale somma alla copertura dei costi 2017 delle aziende del SSR. Pertanto risultano, sul bilancio regionale 2017, risorse finalizzate all'equilibrio dell'anno per complessivi 98 mln di euro. La Regione Toscana presenta a IV trimestre 2017 un disavanzo di -90,926 mln di euro. Tale risultato di gestione trova copertura, nelle risorse regionali di 98 mln di euro. Dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 7,074 mln di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e ss.mm.ii., avendo la Regione Toscana conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per complessivi 98 mln di euro, ha assicurato l'equilibrio economico. Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1,2% e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Umbria. La regione ha trasmesso al NSIS il modello CE relativo al Conto economico di IV trimestre 2017 dal quale si evince, al netto della voce AA0080, un avanzo

di 2,187 mln di euro. Il Tavolo rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, sono presenti aziende in utile per un totale di 0,014 mln di euro. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 2,173 mln di euro. La Regione Umbria presenta a IV trimestre 2017 un avanzo di 2,173 mln di euro. Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Marche. Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla Regione Marche (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 9,641 mln di euro. Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 che sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2017, per complessivi 5,021 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile. Tiene conto altresì dei minori accantonamenti per rinnovi contrattuali. Sulla base di quanto sopra esposto, si evince che il risultato di gestione presenta un avanzo di 4,619 mln di euro. La Regione Marche presenta, a IV trimestre 2017, un avanzo di 4,619 mln di euro. Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Basilicata. Il modello CE IV Trimestre 2017 Consolidato regionale trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla Regione Basilicata presenta un avanzo di 11,169 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che l'IRCCS CROB presenta un utile di 0,414 mln di euro a IV trimestre 2017. La regione, con DGR n. 651 del 19/05/2015, ha disposto che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, l'eventuale risultato positivo d'esercizio in eccedenza degli Enti di cui alle lettere b) punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 del medesimo decreto legislativo è destinato, al fine di garantire l'equilibrio del SSR, alla copertura delle perdite di esercizio dell'intero SSR. Per quanto riguarda il saldo di mobilità risultano iscritti -31,870 mln di euro, mentre il saldo di mobilità da riparto risulta essere pari a -17,272 mln di euro, per cui si resta in attesa delle rettifiche contabili da operarsi in sede di consuntivo 2017. Nelle more della rettifica da parte della regione, se ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione. La Regione Basilicata presenta a IV trimestre 2017 un avanzo di 25,767 mln di euro. Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009.

La regione ha dichiarato che il risultato migliorativo della mobilità 2017 è dovuto a congruagli positivi di anni precedenti e non rappresenta un miglioramento strutturale regionale. In tale contesto la regione ritiene prudentiale porre in accantonamento una parte dell'avanzo.

A.3. Verifica della corresponsione al SSR del 95% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2017

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7 del DL n. 35/2013 è stato chiesto a ciascuna regione di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno solare 2017, di almeno il 95% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nelle riunioni del 15, 20, 22, 27 marzo e 3 maggio 2018, tutte le regioni sono risultate adempienti.

Box A.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali

Nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica, nonché del recepimento in legge del Titolo II del DLGS n. 118/2011 da parte delle Autonomie speciali⁷², il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con le Autonomie speciali⁷³: Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Ciò in considerazione del fatto che il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione ed è finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci. Le norme contenute nel Titolo II sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare i principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi per il monitoraggio della spesa sanitaria con le Regioni Friuli Venezia Giulia, Sardegna, e per le Province Autonome di Trento e di Bolzano con riferimento ai conti del 2016, nei mesi di luglio e settembre 2017. Per la Regione Sardegna la verifica dei conti per l'anno 2016 è stata aggiornata in una riunione tenutasi nel mese di agosto 2018. Per la Regione Valle d'Aosta, in considerazione della revisione dei dati contabili in corso al momento della convocazione, la riunione è stata rinviata.

Regione Friuli Venezia Giulia: *Il risultato di gestione a consuntivo 2016 della Regione Friuli Venezia Giulia presenta un disavanzo di 3,341 mln di euro.*

Il Tavolo ha rilevato che una parte del finanziamento del SSR non è tracciato nel Conto consolidato regionale in quanto l'azienda EGAS non risulta essere inglobata tra gli enti del SSR. Il Tavolo ha chiesto ai competenti uffici del Ministero della salute di effettuare un approfondimento su EGAS e ha riscontrato che il mancato consolidamento di EGAS determina una sottostima della spesa sanitaria della Regione Friuli Venezia Giulia che si ripercuote sul livello di spesa sanitaria italiana.

Nelle more degli opportuni approfondimenti da effettuare presso i competenti uffici, il Ministero della Salute suggerisce alla regione di inserire i dati del bilancio EGAS nel modello "000" e di consolidarli nel modello

⁷² Le regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno recepito con propri provvedimenti legislativi l'applicazione del Titolo II del DLGS 118/2011 a far data dall'anno 2015 e limitatamente agli enti dei propri Servizi sanitari.

⁷³ Si ricorda che la Regione Sicilia è oggetto di monitoraggio periodico in quanto sottoposta al sistema premiale poiché lo Stato compartecipa al finanziamento del SSR siciliano ed è attualmente sottoposta a Piano di rientro dai disavanzi sanitari. Per tale regione si rinvia a quanto riportato all'Appendice B. Si ricorda inoltre che per tale regione è entrato in vigore il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 a far data dall'anno 2014.

riepilogativo regionale "999" al fine di rappresentare l'intero perimetro del SSR.

Il Tavolo ha rilevato inoltre che le entrate iscritte nelle apposite voci di Conto economico 2016 non permettono la divisione degli importi riferiti al finanziamento che la regione deve assicurare per l'erogazione dei LEA da Riparto 2016 e non permettono altresì di distinguere i finanziamenti aggiuntivi riconosciuti in corso d'anno per l'erogazione dei LEA e per gli Extra LEA.

Il Tavolo ha auspicato che dall'anno 2017 la regione provveda alla divisione degli importi costituenti finanziamento del Servizio sanitario regionale.

In relazione alla inclusione di tutta la spesa sanitaria sul Conto consolidato regionale e in relazione alla divisione del finanziamento secondo le linee guida del modello CE, il Tavolo si è riservato per il futuro di operare la valutazione del risultato di gestione sulla base della metodologia applicata dall'anno 2012 alle altre regioni che applicano il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011.

Regione Sardegna: *Il risultato di gestione a consuntivo 2016 della Regione Sardegna, al netto della voce AA0080, presenta un disavanzo di 344,259 mln di euro. Sono iscritte sulla voce AA0080 coperture per 25,291 mln di euro, pertanto il risultato di gestione, dopo le coperture, è stato rideterminato in un disavanzo di 318,968 mln di euro. La regione ha disposto ulteriori coperture a valere sul bilancio regionale 2017 e 2018 per complessivi 129,816 mln di euro. Alla luce delle coperture stanziata dalla regione, a due anni dall'anno contabile 2016, residua un disavanzo 2016 non coperto pari a 189,152 mln di euro.*

Il Tavolo ha evidenziato che il disavanzo 2016 sul finanziamento ordinario, incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento, è pari all'11,54%. Il Tavolo ha pertanto richiamato gli adempimenti di legge in caso di alti disavanzi annuali e la necessità di presentare un piano di rientro.

Il Tavolo ha inoltre richiamato quanto convenuto nell'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in merito all'impegno da parte delle regioni di assicurare l'equilibrio in corso d'anno del proprio Servizio sanitario regionale. Ha evidenziato altresì il mancato conferimento in corso d'anno delle risorse per garantire l'equilibrio dell'anno 2016 ed il ritardo con cui la regione ha conferito al proprio SSR le coperture relative al risultato di gestione 2016 che risulta essere stato solo parzialmente coperto due anni dopo l'esercizio di riferimento.

Il Tavolo ha inoltre richiamato la circostanza che attualmente sono in corso di conferimento ulteriori coperture che dovrebbero gravare sul bilancio regionale 2018 ed ulteriori risorse sarebbero preordinate sul bilancio regionale 2019 contravvenendo quanto più volte rappresentato in merito alla necessità di garantire l'equilibrio di bilancio durante l'esercizio di riferimento. In merito, il Tavolo ha ricordato che la legislazione vigente in materia sanitaria non consente coperture pluriennali e che le stesse sono state eccezionalmente assentite solo in regime di deroga in contesti di piani di rientro dai disavanzi

sanitari concordati con il Governo (es articolo 1, comma 796, lettera e, della legge n. 296/2006).

La regione ha infine comunicato che, a seguito di verifiche ancora in corso, i dati relativi ai conti 2016 non sono ancora definitivi.

Provincia Autonoma di Trento: Il risultato di gestione a consuntivo 2016 della Provincia Autonoma di Trento presenta un avanzo di 0,031 mln di euro.

Il Tavolo ha rilevato che le entrate iscritte nelle apposite voci di Conto economico 2016 non permettono la divisione degli importi riferiti al finanziamento che la regione deve assicurare per l'erogazione dei Lea da Riparto 2016 e non permettono altresì di distinguere i finanziamenti aggiuntivi riconosciuti in corso d'anno per l'erogazione dei LEA e per gli Extra LEA. Ha preso atto che la regione dovrebbe assicurare tale divisione a partire dall'anno 2017.

In relazione a tale divisione, il Tavolo si è riservato per il futuro di operare la valutazione del risultato di gestione sulla base della metodologia applicata dall'anno 2012 alle altre regioni che applicano il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011.

Provincia Autonoma di Bolzano: Il risultato di gestione a consuntivo 2016 della Provincia Autonoma di Bolzano presenta un avanzo di 19,451 mln di euro.

Il Tavolo ha rilevato che le entrate iscritte nelle apposite voci di Conto economico 2016 non permettono la ricostruzione degli importi riferiti al finanziamento che la Provincia deve assicurare per l'erogazione dei LEA da Riparto 2016 e non permettono altresì di distinguere i finanziamenti aggiuntivi riconosciuti in corso d'anno per l'erogazione dei LEA e l'ammontare esatto per gli Extra LEA in rapporto a quanto contabilizzato sul Modello LA. Il Tavolo restava in attesa degli esiti degli approfondimenti della Provincia Autonoma di Bolzano in merito alla possibilità di istituire la GSA e alla necessità di procedere all'approvazione formale del Conto consolidato provinciale.

In relazione alla possibilità di individuare singolarmente le diverse fonti di finanziamento del Servizio sanitario provinciale (finanziamento obbligatorio LEA, finanziamento aggiuntivo LEA e finanziamento per Extra-LEA), il Tavolo si è riservato per il futuro di operare la valutazione del risultato di gestione sulla base della metodologia applicata dall'anno 2012 alle altre regioni che applicano il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011.

Appendice B - Esiti delle verifiche dell'attuazione dei Piani di rientro per il 2017

Si riportano di seguito gli esiti delle verifiche effettuate dai Tavoli tecnici concernenti l'attuazione dei piani di rientro per l'anno 2017 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nei mesi di marzo e aprile 2018.

La metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici per la verifica del risultato di gestione 2017 è riportata alla precedente Appendice A.

Regione Abruzzo. Nella riunione congiunta tenutasi il 10 aprile 2018 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- in merito alla rettifica del Conto consuntivo 2016, la Regione Abruzzo presenta un disavanzo di 38,563 mln di euro. La Regione conferisce le risorse derivanti dall'utile portato a nuovo e dai contributi per ripiano perdite presenti sullo Stato patrimoniale 2016 della GSA fino all'integrale copertura del disavanzo. Dopo il conferimento di tali coperture, la regione ha assicurato l'equilibrio economico;
- la Regione Abruzzo, a IV trimestre 2017, presenta un disavanzo di 9,271 mln di euro. La regione conferisce le risorse derivanti dalle somme presenti nello Stato Patrimoniale 2016 della GSA alla voce PBA100 "Fondo per ripiano disavanzi pregressi" (capitolo 81500) fino all'integrale copertura del disavanzo. Dopo il conferimento di tali coperture, la regione ha assicurato l'equilibrio economico;
- la Regione Abruzzo ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2017, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. La GSA iscrive circa 169 mln di euro non trasferiti alle aziende e non utilizzati per pagamenti a fornitori della GSA;
- in merito all'indicatore annuale sui tempi di pagamento per l'anno 2017, in base ai valori forniti dalla regione, 3 aziende sanitarie su 4, per l'anno 2017, risultano essere in linea con la normativa vigente (ASL 202 +17 giorni). La GSA presenta un ritardo di 74 giorni. A tal proposito, Tavolo e Comitato ricordano che nella riunione del 30 novembre 2017 era stato già rilevato che il valore della GSA era determinato dalle problematiche di raccordo tra i Capitoli ed il nuovo Piano dei conti regionali. La regione a tal proposito aveva rappresentato che tali problematiche avrebbero dovuto essere superate entro l'anno 2017. Si rinnova la richiesta di ricondurre anche la GSA entro i tempi previsti dalla direttiva europea sui tempi di pagamento. Il valore medio regionale è pari a -2 giorni;

- in merito alla Piattaforma dei Crediti Commerciali rilevano una buona movimentazione ed invitano la regione a proseguire nel percorso intrapreso al fine di garantire l'integrale movimentazione della stessa;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di riqualificazione 2016-2018:
 - valutano positivamente i risultati degli indicatori LEA dell'anno 2016, che evidenziano miglioramenti in tutti i settori dell'assistenza;
 - in relazione all'accreditamento, restano in attesa: della conclusione delle procedure; di quanto richiesto con riferimento all'Organismo tecnicamente accreditamento; dell'adeguamento dei manuali al disciplinare tecnico di cui alle Intese Stato-Regioni del 20/12/2012 e 19/02/2015;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, rimangono in attesa di quanto richiesto nel presente verbale;
 - rimangono in attesa di un provvedimento completo in materia di assistenza territoriale;
 - relativamente ai rapporti con gli erogatori privati, richiamano le criticità evidenziate nel presente verbale e restano altresì in attesa di aggiornamenti sullo stato di sottoscrizione dei contratti;
 - rimangono in attesa di ricevere il piano di fabbisogno di personale ex legge n. 208/2015;
- la verifica adempimenti relativa all'anno 2016 è ancora in corso. Raccomandano nuovamente alla regione il regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Regione Calabria. Nella riunione congiunta tenutasi il 27 marzo e 12 aprile 2018 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- in merito alle notevoli criticità operative evidenziate dal Commissario, invitano nuovamente la Regione a garantire l'adeguato supporto alla struttura commissariale e a potenziare adeguatamente la struttura regionale deputata alla sanità, che risulterebbe particolarmente carente;
- relativamente alle risorse preordinate per il pagamento del debito pregresso, rilevano la totale immobilità, in particolare nella ASP di Reggio Calabria;
- con riferimento al Conto consuntivo e allo Stato patrimoniale consolidato regionale anno 2016, prendono atto della legge regionale n. 44/2017 che ha previsto l'autorizzazione di spesa di 10,014 mln di euro sul bilancio di previsione 2017-2019 al fine di garantire la copertura delle spese relative alle attività non sanitarie sostenute dal Servizio sanitario. Rimangono in attesa delle conseguenti scritture in ordine alla copertura dell'onere a ripiano disavanzi sullo Stato Patrimoniale 2017 in coerenza con quanto valutato già in occasione della riunione del 20 luglio 2017;
- la Regione Calabria a IV trimestre 2017 presenta un disavanzo di 99,152 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture, per 101,672 mln di euro, derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzate, pari a 94,171 mln di euro, e dal conferimento di 7,501 mln di euro quale "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie presente sul

Bilancio 2018, il risultato di gestione a IV trimestre 2017 evidenzia un avanzo di 2,520 mln di euro;

- valutano che la Regione Calabria ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2017, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Sono presenti circa 150 mln di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende né utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA;
- evidenziano ancora una volta il ritardo nell'alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) da parte delle aziende calabresi. Rilevano un peggioramento generale dei pagamenti risultanti sulla PCC. Invitano la struttura commissariale a continuare nell'attività di monitoraggio e verifica dell'inserimento dei dati da parte delle aziende nella PCC;
- con riferimento ai pagamenti effettuati nell'anno 2017 rilevano che la percentuale dei pagamenti effettuati in ritardo è pari al 57%. Rilevano il mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento. Restano in attesa di ricevere il Piano straordinario dei pagamenti non ancora pervenuto ai Ministeri affiancanti in relazione alle modifiche richieste con il parere inviato con protocollo n. 92 del 21 giugno 2017;
- restano in attesa della predisposizione del piano per il trasferimento delle somme destinate al SSR da parte del Bilancio regionale, come richiesto nel verbale del 20 luglio 2017 che doveva essere effettuato entro il 30 settembre 2017 e richiesto nuovamente nel corso della riunione del 21 novembre 2017;
- relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA, rappresentano la persistenza di carenze nei vari settori, con particolare riferimento all'adesione agli screening, alla sanità veterinaria e alimenti, all'assistenza ai disabili ed alla qualità dell'assistenza;
- con riferimento all'attuazione del Programma Operativo 2016-2018:
 - relativamente alla rete ospedaliera, rimangono in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento dell'attuazione di quanto programmato nel DCA n. 64/2016 e della definizione dei nodi della rete riabilitativa e della lungodegenza;
 - in relazione all'accreditamento, restano in attesa delle previste proposte di leggi regionali;
 - con riferimento all'assistenza territoriale, invitano la struttura commissariale a potenziare l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza semiresidenziale, nonché a modificare la normativa allineando la compartecipazione da parte del Comune alle disposizioni indicate dal DPCM LEA 12/01/2017 e ad avviare azioni volte a potenziare l'assistenza residenziale alle persone con demenza;
 - restano in attesa di aggiornamenti sulla sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati;
 - restano in attesa delle previste linee di indirizzo per le ASP per l'attivazione delle ATF e UCCP;
 - riguardo alle valutazioni sulle procedure assunzionali del personale, rinviando a quanto dettagliatamente riportato nello specifico paragrafo del presente verbale e restano in attesa di quanto richiesto;

- in ordine alla verifica adempimenti confermano il permanere di criticità per l'anno 2015 e per l'anno 2016. Richiamano nuovamente la struttura commissariale al rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Regione Campania. Nella riunione congiunta tenutasi il 27 marzo 2018 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- prendono atto delle dimissioni del Subcommissario ad acta, dott. D'Amario con decorrenza 8/02/2018;
- ricordano le tempistiche dettate dal decreto legislativo n. 118/2011 in merito all'approvazione dei bilanci e raccomandano la struttura commissariale ad approvare con ogni tempestività tutti bilanci 2016, essendosi conclusa l'istruttoria del consolidato regionale e al fine di non ripetere quanto appena risolto in merito ai bilanci pregressi;
- restano in attesa, ai fini delle conseguenti valutazioni, delle regolazioni contabili del patrimonio netto da effettuare sul consuntivo 2017, accompagnate da una dettagliata relazione di riepilogo da parte della struttura commissariale e dell'*advisor* che dia evidenza della consistenza delle risorse utili a dare copertura alle perdite pregresse ancora iscritte sullo stato patrimoniale 2016 per 452,4 mln di euro;
- valutano che la Regione Campania a IV trimestre 2017 presenta un avanzo di 58,403 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali di 51,755 mln di euro, presenta un avanzo di 110,158 mln di euro;
- la Regione Campania ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2017, il 97% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale;
- nel registrare ancora la presenza di tempi di pagamento superiori ai tempi indicati dalla legge, seppur in miglioramento, invitano la struttura commissariale ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente. Richiamano altresì lo specifico punto del mandato commissariale e l'intervento apposito del Programma operativo 2016-2018 (programma 10);
- relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA, persistono carenze in vari settori, con particolare riferimento all'adesione agli screening, all'offerta territoriale, all'appropriatezza clinica ed alla qualità dell'assistenza;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma operativo 2016-2018:
 - in merito al DCA n. 8/2018 di riorganizzazione della rete ospedaliera ex DM n. 70/2015, esprimono parere favorevole sul provvedimento, ferme restando le prescrizioni riportate da ultimo nel presente verbale con riferimento al richiesto DCA da emanarsi entro e non oltre il 10 agosto 2018;
 - sul percorso nascita, restano in attesa delle valutazioni del Comitato Percorso Nascita Nazionale sulle deroghe regionali richieste;
 - sull'accreditamento, restano in attesa: delle integrazioni richieste sul provvedimento istitutivo dell'OTA; dell'adeguamento dei manuali ai contenuti del disciplinare

tecnico dell'accreditamento, ai sensi delle Intese Stato-Regioni del 20/12/2012 e del 19/02/2015; di aggiornamenti sulla conclusione delle procedure di accreditamento definitivo;

- sugli erogatori privati, restano in attesa della conclusione della sottoscrizione dei contratti, nonché della definizione dell'attività programmatoria degli anni 2018-2019;
- sulla rete territoriale, restano in attesa degli atti applicativi previsti, al fine di intraprendere il necessario percorso di implementazione e potenziamento della stessa;
- sul piano di fabbisogno del personale ex legge n. 208/2015, restano in attesa delle informazioni richieste dal Ministero della salute al fine di procedere alle valutazioni di cui all'articolo 1, comma 541, lettera c), della legge n. 208/2015
- in ordine alla verifica adempimenti per l'anno 2015 la regione è risultata adempiente. Pertanto possono essere erogate le relative spettanze residue pari a 294,6 mln di euro. Confermano il permanere di criticità per l'anno 2016. Raccomandano la struttura commissariale al regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.
-

Regione Lazio. Nella riunione congiunta tenutasi il 5 aprile 2018 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- rilevano che, a seguito degli esiti della riunione del 28 dicembre 2017, la struttura commissariale ha adeguato le coperture del CE consuntivo consolidato dell'esercizio 2016. La Regione Lazio a Conto consuntivo 2016 presenta un disavanzo prima delle coperture, di 136,517 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR per un importo pari a 136,517 mln di euro, così rideterminate a seguito delle riunioni di verifica del 28 marzo 2017 e 28 dicembre 2017, risulta una situazione di equilibrio di gestione per l'esercizio 2016;
- la Regione Lazio a IV trimestre 2017 presenta un disavanzo prima delle coperture, di 111,603 mln di euro. Si segnala che il Programma Operativo 2016-2018 prevedeva un disavanzo per l'anno 2017 pari a -58,7 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR e pari a complessivi 704,406 mln di euro, residua un avanzo di 592,803 mln di euro. Tavolo e Comitato richiamano quanto convenuto nel corso della riunione del 28 dicembre 2017 in merito alla possibilità di svincolare la manovra fiscale regionale relativa all'anno d'imposta 2018 eccedente rispetto alla copertura del disavanzo 2017 e rinviando ogni valutazione all'esito degli approfondimenti conseguenti alle risultanze della citata riunione del 28 dicembre 2017;
- nel registrare ancora la presenza di tempi di pagamento superiori ai tempi indicati dalla legge, seppur in miglioramento, invitano la struttura commissariale ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente. Richiamano altresì lo specifico punto del mandato commissariale e l'intervento apposito del Programma Operativo 2016-2018;

- la Regione Lazio ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale (SSR), entro il 31/12/2017, il 97% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio SSR. Tavolo e Comitato rilevano che sono presenti sulla GSA circa 632 mln di euro non trasferiti alle aziende e non utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA;
- chiedono di conoscere la dimensione dei residui del bilancio regionale relativi alle risorse sanitarie incassate e non ancora trasferite al SSR dal momento che è abbondantemente decorso sufficiente tempo dall'accesso alle anticipazioni di liquidità ex art. 3 del decreto legge 35/2013. Il bilancio regionale fa presente che residuano ancora circa 1.000 mln di euro di risorse incassate e non ancora trasferite dal bilancio regionale al SSR. Tavolo e Comitato sollecitano un allineamento dei trasferimenti del bilancio regionale verso il SSR alle risorse effettivamente incassate dallo Stato. Richiamano quanto espressamente previsto dal Programma Operativo 2016-2018 in merito all'allineamento tra residui passivi e attivi entro l'anno 2018;
- valutano positivamente i miglioramenti registrati in materia di erogazione dei LEA, con un punteggio della Griglia LEA pari a 179, pur persistendo ancora criticità con particolare riferimento all'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2016-2018:
 - in relazione all'accreditamento, restano in attesa di aggiornamenti sul processo di riconduzione alla normativa vigente delle strutture cd. "extra-ordinem", nonché del provvedimento integrativo dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) finalizzato a garantirne l'effettivo e pieno funzionamento;
 - con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, restano in attesa di aggiornamenti sulla conclusione della sottoscrizione dei contratti;
 - per quanto riguarda la rete ospedaliera, restano in attesa dell'attuazione di quanto richiesto, nei termini previsti, in materia di: riconduzione delle discipline in eccesso; trasformazione dei PPI; azioni di riorganizzazione dei punti di offerta privati con un numero di posti letto che si discosta dal DM n. 70/2015;
 - sull'assistenza territoriale, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione di quanto programmato;
 - restano in attesa della definizione delle attività previste dai Protocolli d'intesa con le Università La Sapienza e Tor Vergata;
 - restano in attesa dell'atto aziendale del Policlinico Umberto I;
 - con riferimento alle liste di attesa, restano in attesa delle informazioni richieste nel presente verbale;
- nel rilevare il ritardo, restano ancora in attesa della necessaria modifica alla normativa regionale, al fine di renderla coerente con la legislazione vigente (articolo 8-ter, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992). Ricordano nuovamente al Commissario quanto previsto in merito dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009;
- con riferimento alla verifica degli adempimenti persistono delle criticità sulla verifica relativa all'anno 2016. Raccomandano la struttura commissariale al regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non

ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Regione Molise. Nella riunione congiunta tenutasi il 29 marzo 2018 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Molise a IV trimestre 2017 presenta un disavanzo di 34,701 mln di euro. Dopo il conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, pari a 20,679 mln di euro, residua un disavanzo non coperto di 14,022 mln di euro. Alla luce del contributo di solidarietà interregionale di cui alla seduta della Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015, pari, per l'anno 2017, a 18 mln di euro, in accompagnamento al Piano di risanamento del Servizio Sanitario Regionale - Piano Operativo Straordinario 2015-2018, si ridetermina il risultato di gestione 2017 in 3,978 mln di euro. Tavolo e Comitato richiamano l'attenzione della struttura commissariale alla circostanza che l'equilibrio di gestione anche per l'anno 2017 è garantito solo grazie al contributo di solidarietà interregionale. Ricordano che l'anno 2017 è l'ultimo anno per il quale è previsto un contributo di solidarietà interregionale;
- la Regione Molise ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2017, il 99% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. Tavolo e Comitato rilevano che circa 103 mln di euro sono giacenti, al 31/12/2017, sulla GSA, non utilizzati per il pagamento dei fornitori;
- confermano le criticità rilevate in ordine al pagamento dei fornitori. Tavolo e Comitato, a partire dalle informazioni fornite dalla struttura commissariale, non possono che confermare il grave ritardo nel pagamento dei fornitori, in particolare da parte di Asrem. Ribadiscono quanto già espresso in merito al piano di intervento inerente il percorso teso al rispetto dei tempi di pagamento, richiesto dai Tavoli tecnici nella riunione del 4 aprile 2017, richiedendo che lo stesso sia allegato al Programma Operativo Straordinario 2015-2018 e che sia maggiormente articolato nelle procedure e nella scansione temporale;
- con riferimento alla verifica annuale 2017 del Programma Operativo Straordinario 2015-2018:
 - la verifica dell'erogazione dei LEA registra lievi miglioramenti (punteggio Griglia Lea 164), persistono tuttavia criticità in particolare nel settore dell'emergenza/urgenza e dell'assistenza residenziale;
 - con riferimento all'accreditamento restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale ed in particolare sull'OTA;
 - restano in attesa di ricevere il nuovo atto aziendale dell'Asrem con le modifiche richieste;
 - con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, restano in attesa di quanto richiesto nel presente verbale e ribadiscono la necessità di presidiare adeguatamente la spesa effettuata dagli stessi, anche considerato che la produzione extra-budget continua a non apparire governata in maniera appropriata;

- ribadiscono di procedere alla revoca dell'Accordo stipulato con i pediatri di libera scelta per l'espletamento di attività di assistenza pediatrica presso strutture ospedaliere regionali, in quanto non conforme alla normativa vigente;
- a seguito delle valutazioni odierne sopra riportate, pur persistendo diverse criticità gestionali nella corretta attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, ritengono possibile procedere all'erogazione della somma di 12 mln di euro, pari al 30% del predetto contributo, anche al fine di procedere al celere pagamento dei fornitori, stante il grave ritardo nei tempi di pagamento ancora registrato;
- in ordine alla verifica adempimenti per l'anno 2014 la regione è risultata adempiente. Pertanto possono essere erogate le relative spettanze residue pari a 7,8 mln di euro. Persistono delle criticità ai fini della valutazione degli adempimenti 2015 e 2016. Invitano nuovamente la struttura commissariale al rafforzamento delle procedure preposte all'invio della documentazione inerente la verifica annuale degli adempimenti al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli adempimenti regionali.

Regione Puglia. Nella riunione congiunta tenutasi il 29 marzo 2018 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la regione a IV trimestre 2017 presenta un avanzo di 4,460 mln di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e ss.mm.ii. la Regione Puglia ha assicurato l'equilibrio economico;
- la Regione Puglia ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2017, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Pertanto non residuano somme da erogare entro il 31/03/2017. Sono presenti circa 100 mln di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende e non utilizzati per i pagamenti dei fornitori della GSA;
- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari al 31/12/2017, a livello regionale, al 32%. Rilevano in ogni caso un miglioramento rispetto all'anno 2015 in cui tale percentuale raggiungeva il 70% e all'anno 2016 che era pari al 50%;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP), per la Regione Puglia nel suo complesso, registra un ritardo medio di 4 giorni. Rilevano altresì un trend di miglioramento nei tempi di pagamento sia rispetto al dato regionale che per tutte le Aziende sanitarie. Prendono atto che, secondo quanto comunicato dalla regione, i dati al 31 gennaio 2018 evidenziano un ulteriore miglioramento del dato in quanto l'ITP regionale si attesta a -1 giorni;
- nel rilevare una percentuale di movimentazione delle fatture tramite Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) pari circa all'88%, invitano la regione ad adoperarsi presso le proprie aziende al fine di aumentare l'utilizzo della PCC da parte degli enti del SSR;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2016-2018:
 - lo stato di erogazione dei livelli di assistenza, così come sintetizzato dalla Griglia Lea, risulta sufficiente, persistono criticità nel settore prevenzione (screening),

nell'assistenza residenziale e semiresidenziale alla popolazione non autosufficiente e negli indicatori di appropriatezza clinica;

- nell'evidenziare le criticità, in particolare nello screening del colon retto, rammentano quanto previsto dal programma di miglioramento dei Lea ed invitano la regione a fornire una relazione di dettaglio prevista dal citato programma e sui risultati raggiunti;
- rimangono in attesa dell'adozione di un documento UNICO di riorganizzazione della rete territoriale, che tenga conto di tutte le osservazioni che sono state rese dai Ministeri affiancanti e dai Tavoli sui provvedimenti relativi alle varie tipologie di pazienti e alle relative strutture di offerta;
- evidenziano criticità nell'ambito della riorganizzazione dei laboratori privati accreditati;
- rimangono in attesa dell'atto unico di programmazione della rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza (incluse le reti tempo-dipendenti) e delle reti di specialità, che tenga conto di tutte le osservazioni formulate dai Tavoli;
- restano in attesa di una riorganizzazione ragionata della rete dei punti nascita che tenga conto dei volumi di attività e del reale disagio orografico del bacino di utenza e della tipologia di struttura;
- osservano la continua dilazione dei tempi previsti per il completamento del processo di accreditamento e sollecitano la regione a concludere entro breve tempo;
- in materia di spesa farmaceutica prendono atto delle iniziative regionali in coerenza con quanto programmato nel Programma Operativo 2016-2018;
- con riferimento alle valutazioni di cui all'articolo 1, comma 541, lettera c), della legge n. 208/2015 rinviando a quanto dettagliatamente riportato nello specifico paragrafo del presente verbale;
- con riferimento alla verifica adempimenti persistono criticità sull'anno 2016. Richiamano la regione al rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Regione Sicilia. Nella riunione congiunta tenutasi il 5 aprile 2018 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Sicilia a IV trimestre 2017 presenta un avanzo di 4,671 mln di euro. La regione ha predisposto coperture derivanti dal gettito per maggiorazione delle aliquote IRAP e Addizionale IRPEF - anno d'imposta 2018 per 131,750 mln di euro, e ulteriori coperture per 0,025 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione a IV trimestre 2017, dopo le suddette coperture, risulta in avanzo di 136,446 mln di euro. Tavolo e Comitato valutano che la metà della copertura preposta, pari a 65,875 mln di euro possa rientrare nella disponibilità regionale. In merito alla restante copertura, si esprimeranno in occasione dell'esame del Conto consuntivo 2017;
- prendono atto delle riclassificazioni operate sui modelli di CE e SP consuntivi 2016, in relazione a quanto valutato dai Tavoli medesimi nel corso della riunione del 29 novembre 2017;

- prendono atto dell'effettiva erogazione di 110,838 mln di euro, ex Fondo transitorio di accompagnamento 2007, in favore delle Aziende sanitarie siciliane;
- la Regione Sicilia ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2017, il 98% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Sono presenti circa 116 mln di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende;
- a seguito della verifica di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013 per gli anni 2015 e 2016, prendono atto che la Regione Sicilia ha trasferito al proprio Servizio sanitario regionale le risorse ricevute dallo Stato e dalla Regione medesima, per l'anno 2015 con circa 9 mesi di ritardo e per l'anno 2016 con circa 12 mesi di ritardo;
- rilevano che, rispetto al totale dei pagamenti effettuati, nell'anno 2017, di fatture emesse in tale anno o in anni precedenti, il 40% si riferisce a fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014. Evidenziano che non si sono registrati evidenti miglioramenti rispetto a quanto registrato sull'anno 2016;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti, per la Regione Siciliana nel suo complesso, registra un ritardo medio di 21 giorni. Rilevano altresì un trend di miglioramento nei tempi di pagamento sia rispetto al dato regionale che per tutte le Aziende sanitarie;
- invitano la regione ad adoperarsi presso le proprie aziende al fine di aumentare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) da parte degli enti del SSR, in particolar modo nei confronti dell'Irccs Bonino Pulejo e l'ASP di Enna. Rilevano in ogni caso un incremento nell'utilizzo della PCC nel corso dell'anno 2017;
- il monitoraggio dell'erogazione dei livelli di assistenza, così come desumibile dalla griglia LEA, evidenzia un miglioramento rispetto all'anno 2015 con un valore lievemente superiore rispetto alla soglia minima;
- con riferimento al Programma Operativo 2016-2018:
 - prendono atto di quanto comunicato dalla regione in materia di screening e di vaccinazioni e rimangono in attesa di verificare i risultati delle iniziative intraprese;
 - evidenziano che ogni revisione che si intende apportare al documento di programmazione regionale della rete ospedaliera, dovrà essere sottoposta alla valutazione del Tavolo ex DM 70/2015;
 - sollecitano la completa definizione delle reti IMA, politrauma e *stroke*;
 - con riferimento alle deroghe ai punti nascita sub standard nel numero di parti/anno, rinnovano la richiesta, di fornire al Comitato Percorso Nascita Nazionale un chiaro ed esaustivo stato dell'arte sulla situazione dei Punti Nascita in deroga, evidenziando che il riscontro è essenziale ai fini del superamento delle inadempienze pregresse;
 - ribadiscono la richiesta del documento unico di programmazione dell'offerta territoriale;
 - in materia di accreditamento sollecitano la regione a dare attuazione a quanto previsto dal Programma Operativo 2016-2018 e a provvedere all'istituzione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA);

- chiedono l'invio di un prospetto riepilogativo di tutti i contratti sottoscritti con le strutture private accreditate con riferimento agli anni 2017-2018 per ogni *setting* assistenziale;
- ricordano alla regione che ogni intervento riguardante fattori di spesa del SSR è ricompreso nel Piano di rientro e nei provvedimenti da sottoporre alla valutazione dei Ministeri affiancanti e dei Tavoli tecnici, in coerenza con l'Accordo per il Piano di rientro sottoscritto il 31 luglio 2007 e con la legislazione vigente in materia di Piani di rientro. Ricordano altresì le valutazioni in ordine all'attuazione dell'articolo 1, comma 541, della legge n. 208/2015 effettuate nella riunione del 21 dicembre 2016 e le richieste effettuate in ordine alla necessità di fornire le informazioni finalizzate alla valutazione del fabbisogno del personale ai fini degli adempimenti posti in capo a Tavolo e Comitato dal citato comma 541. Al riguardo richiamano anche la specifica disciplina per gli enti del SSN contenuta nelle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA" adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 6-ter del decreto legislativo n. 165/2001. Invitano pertanto la regione a trasmettere urgentemente una relazione esplicativa riguardo alle procedure di stabilizzazione attivate dalla regione ex articolo 20 del decreto legislativo n. 75/2017, senza darne comunicazione ai Ministeri affiancanti e ai Tavoli, e raccomandano la regione a fornire tempestivamente ogni informativa ai Ministeri affiancanti, come previsto dal citato Accordo per il Piano di rientro. Richiedono nuovamente l'invio della documentazione in attuazione dell'articolo 1, comma 541, lettera b), della legge 208/2015 ai fini degli adempimenti di legge posti in capo ai Tavoli in merito alla valutazione del fabbisogno del personale;
- la verifica adempimenti per gli anni 2015 e 2016 è ancora in corso. Raccomandano nuovamente la regione al regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Appendice C – Monitoraggio tempi di pagamenti degli Enti del Servizio sanitario nazionale

Con l'entrata in vigore del decreto legge n. 35/2013, al fine di monitorare il rispetto dei tempi di pagamento di cui al DLgs 192/2012, di recepimento della direttiva 2011/7/UE, è stato dato impulso alle attività sul monitoraggio dei tempi di pagamento degli enti del SSN, da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti preposto per legge al monitoraggio della spesa sanitaria e degli equilibri di bilancio dei Servizi sanitari regionali.

A tal proposito si richiama il DPCM 22 settembre 2014 *"Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni"*⁷⁴.

In particolare, il citato DPCM, all'articolo 9 *"Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti"* e al successivo articolo 10 *"Modalità per la pubblicazione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti"*, dispone, tra l'altro, quanto segue:

- le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore annuale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: *"indicatore annuale di tempestività dei pagamenti"*;
- a decorrere dall'anno 2015, le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore trimestrale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: *"indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti"*;
- l'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento;
- ai fini del calcolo dell'indicatore, come definito all'articolo 9 comma 4, si intende per:
 - *"transazione commerciale"*, i contratti, comunque denominati, tra imprese e pubbliche amministrazioni, che comportano, in via esclusiva o prevalente, la consegna di merci o la prestazione di servizi contro il pagamento di un prezzo;
 - *"giorni effettivi"*, tutti i giorni da calendario, compresi i festivi;
 - *"data di pagamento"*, la data di trasmissione dell'ordinativo di pagamento in tesoreria;

⁷⁴ Vedasi anche la Circolare RGS n. 3 del 14/01/2015 ad oggetto *"Modalità di pubblicazione dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore di tempestività dei pagamenti delle amministrazioni centrali dello stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 3-bis, del DL 24 aprile 2014 n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89"*

- “data di scadenza”, i termini previsti dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002, come modificato dal decreto legislativo n. 192/2012; “importo dovuto”, la somma da pagare entro il termine contrattuale o legale di pagamento, comprese le imposte, i dazi, le tasse o gli oneri applicabili indicati nella fattura o nella richiesta equivalente di pagamento;
- sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso;
- le amministrazioni pubblicano l'“indicatore annuale di tempestività dei pagamenti” entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, secondo le modalità di cui al comma 3 del presente articolo;
- a decorrere dall'anno 2015, con cadenza trimestrale, le amministrazioni pubblicano l'“indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti” entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre cui si riferisce, secondo le modalità di cui al comma 3 del presente articolo;
- gli indicatori sono pubblicati sul proprio sito internet istituzionale nella sezione “Amministrazione trasparente/Pagamenti dell'amministrazione” di cui all'allegato A del decreto legislativo n. 33/2013, in un formato tabellare aperto che ne consenta l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo ai sensi dell'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 33/2013.

L'attività di monitoraggio da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti è stata avviata con l'entrata in vigore del citato DPCM 22 settembre 2014 e viene attuata come di seguito riportato⁷⁵:

Monitoraggio dei pagamenti delle fatture commerciali in corso d'anno: il predetto Tavolo chiede, dall'anno 2014, in sede di verifica degli adempimenti, di produrre una tabella inerente il pagamento dei debiti commerciali intervenuti durante l'anno corredata dell'informazione relativa all'ammontare delle fatture liquidate e dell'anno di emissione delle fatture stesse. La tabella riporta altresì l'informazione relativa all'importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22 settembre 2014. Tali informazioni sono fornite da ciascuna regione a livello trimestrale (cumulato) e annuale, riportando il dettaglio relativo agli enti del proprio Servizio sanitario regionale e la loro somma, ivi ricomprendendo la Gestione sanitaria accentrata (GSA), ove istituita.

Monitoraggio dell'Indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP)⁷⁶: il Tavolo chiede, dall'anno 2014, di produrre una tabella contenente l'Indicatore di tempestività dei

⁷⁵ Vedasi anche l'Appendice A – paragrafo A.1. *Metodologia per la verifica del risultato di gestione*

⁷⁶ Il comma 4 dell'articolo 41 del D.L. 24/04/2014, n. 66, dispone che “Le regioni, con riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale, trasmettono al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 105 del 7 maggio 2005, una relazione contenente le informazioni di cui al comma 1 e le iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La trasmissione della relazione e l'adozione da parte degli enti delle misure idonee e congrue eventualmente necessarie a favorire il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 febbraio 2011, sui tempi di pagamenti costituisce adempimento regionale, ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le cui disposizioni continuano ad applicarsi a decorrere dall'esercizio 2013 ai sensi dell'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.”

pagamenti per ciascun trimestre singolarmente e per ciascun anno (valore cumulato). Le regioni forniscono il dettaglio dell'ITP per singolo ente del proprio Servizio sanitario regionale, ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita, nonché il link al sito internet aziendale dove il dato viene pubblicato (come richiesto agli articoli 9 e 10 del DPCM 22/09/2014). Alcune regioni forniscono anche l'indicatore medio ponderato regionale.

Monitoraggio delle informazioni inerenti la corretta alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)⁷⁷: il Tavolo invia a ciascuna regione, in occasione delle verifiche periodiche (trimestrali e annuali), la situazione di ciascuna azienda del SSR nei confronti della PCC. In particolare viene verificato: l'esistenza dell'identificativo dell'azienda nella banca dati della PCC, la corretta e completa alimentazione della PCC, i pagamenti risultanti.

Dalle ultime verifiche effettuate sui tempi di pagamento è risultato, sinteticamente, quanto segue, con riferimento alla direttiva europea sui tempi di pagamento:

- è rispettata nelle regioni Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Veneto, Friuli V. G., Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Abruzzo, Basilicata. In alcuni casi, ritardi di qualche giorno su singole enti sono stati determinati da problemi sui sistemi informativi a seguito di accorpamenti aziendali. In talune aziende sono stati riscontrati ritardi dovuti a problemi sui procedimenti amministrativi preposti alla liquidazione delle fatture;
- è rispettata da una parte delle aziende nella regione Puglia, con un trend in miglioramento, ma le ragioni del ritardo sono connesse esclusivamente a criticità relative ai processi amministrativi connessi alla liquidazione delle fatture;
- è rispettata solo da poche aziende nelle regioni: Piemonte, Toscana, Lazio, Molise, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna. Permangono gravi ritardi in Calabria

⁷⁷ In attuazione dell'articolo 7-bis "Trasparenza nella gestione dei debiti contratti dalle pubbliche amministrazioni" del decreto legge n. 35/2013.

Bibliografia

- AIES – AGENAS (2010), "La metodologia per i piani di rientro".
- Aprile R., Palombi M. (2006), "How to take into account death-related costs in projecting health care expenditure", *Genus*, n. 1.
- CERISMAS (2010), "La contabilità generale nelle aziende sanitarie pubbliche: a che punto siamo?"
- Cislaghi C., Costantini F., Gabriele S., Innocenti F., Lepore V., Raitano M., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C. (2007), "A survey on the impact of death-related costs on health-care expenditure and demographics and health costs in Italy", ENEPRI Policy Brief no. 5.
- Economic Policy Committee - European Commission (2010a), "Joint report on health systems". Occasional Papers no. 74.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2010b), "Joint report on health systems – Country Fiches". Occasional Papers no. 74.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_fiches_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2011), "The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", *European Economy*, no. 4.
- Economic Policy Committee - European Commission (2012), "The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)".
- Economic Policy Committee - European Commission (2015), "The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)", *European Economy*, no. 3.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2016), "Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability"
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Economic Policy Committee - European Commission (2017), "The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", *European Economy*, no. 8.
https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf
- Istat (2007a), "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005".
- Istat (2013), "Conti della protezione sociale. Anni 1990-2012".
<http://www.istat.it/it/archivio/89665>
- Istat (2014), "I nuovi conti nazionali in SEC 2010 – Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)".

<http://www.istat.it/it/archivio/133556>

Istat (2015), "La cura e il ricorso ai servizi sanitari".

<http://www.istat.it/it/archivio/156420>

Istat (2018), "Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065".

https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsioni_demografiche.pdf

Massicci F. (2008), "Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro", Monitor, Anno VII, n. 22, pag. 20.

www.agenas.it

Massicci F. (2012), "La spesa per la *long term care*", 10° supplemento al n. 30/2012 di Monitor, pag. 14.

Ministero dell'economia e delle finanze (2013a), "Documento di Economia e Finanza 2013".

Ministero dell'economia e delle finanze (2013b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2013".

Ministero dell'economia e delle finanze (2014a), "Documento di Economia e Finanza 2014".

Ministero dell'economia e delle finanze (2014b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2014".

Ministero dell'economia e delle finanze (2015), "Documento di Economia e Finanza 2015".

Ministero dell'economia e delle finanze (2016), "Documento di Economia e Finanza 2016".

Ministero dell'economia e delle finanze (2017), "Documento di Economia e Finanza 2017".

Ministero dell'economia e delle finanze (2018), "Documento di Economia e Finanza 2018".

<http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE->

[/attivita_istituzionali/previsione/contabilita_e_finanza_pubblica/documento_di_economia_e_finanza/](http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-/attivita_istituzionali/previsione/contabilita_e_finanza_pubblica/documento_di_economia_e_finanza/)

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2011), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2011", Rapporto n. 12, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2012", Rapporto n. 13, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2012: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 13", Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2013a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2013", Rapporto n. 14, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2013b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli

della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2013: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 14", Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014a), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 1, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2014", Rapporto n. 15, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a ottobre 2014: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 15", Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2015", Rapporto n. 16, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 2, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2016", Rapporto n. 17, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 3, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2016. Nota di Aggiornamento al Rapporto n.17", Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2015", Roma.

<http://www.contoannuale.tesoro.it/cognos1022/samples/images/ANALISIDATI2007-2015.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Anticipazioni del Rapporto n. 18, giugno, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 18, agosto, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017d), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4, Roma.

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2016", Roma.

<http://www.contoannuale.tesoro.it/cognos1022/samples/images/ANALISIDATI2007-2016.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 19, luglio, Roma.

http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2018/Rapporto_n19.pdf

- Ministero della salute (2009), "Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza – Anni 2005-2006", Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici del sistema.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1072_allegato.pdf
- Ministero della salute (2013), "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012", Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione generale della programmazione.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf
- OECD (2006), "Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures: what are the main drivers?", OECD Economics Department Working Paper no. 477.
- OECD (2013a), "OECD Health Data 2013".
- OECD (2013b), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections".
- OECD (2014), "OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising standards".
<http://www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm>
- OECD (2017), "Health at a Glance 2017: Indicatori OCSE".
<https://www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-ITALY-in-Italian.pdf>
- Palumbo F., La Falce M.G. (2008), "Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in Piano di rientro", Monitor, Anno VII, numero 22, pag. 13.
www.agenas.it
- SANIT (2011), Convegno "I Piani di rientro: opportunità e prospettive", Forum Internazionale della Salute.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1542_listaFile_itemName_0_file.pdf
- WHO (2015), "World Health Statistics 2015".
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1
- WHO (2018), "World Health Statistics 2018".
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

Per informazioni e approfondimenti contattare:

- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – igespes.rqs@mef.gov.it*

