



Garantire la corretta programmazione  
e la rigorosa gestione  
delle risorse pubbliche

# IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 3

2014  
2015  
**2016**  
2017







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

# **IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA**

Roma, agosto 2016



# INDICE

Introduzione.....	1
<b>CAPITOLO 1 - Monitoraggio della spesa sanitaria e relativi strumenti.....</b>	<b>3</b>
1.1 - Premessa.....	3
1.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria.....	3
1.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale.....	8
1.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati e sistema di monitoraggio.....	8
1.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004).....	12
1.3.3 - Decreto legislativo n. 118/2011.....	15
1.3.4 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR.....	19
1.4 - Sistema tessera sanitaria.....	20
1.5 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi.....	22
1.6 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico.....	25
Box 1.1 - Determinanti della crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi.....	27
Box 1.2 - Patto per la salute 2014-2016.....	29
<b>CAPITOLO 2 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio.....</b>	<b>31</b>
2.1 - Premessa.....	31
2.2 - Definizione di spesa sanitaria corrente.....	31
2.3 - Spesa sanitaria corrente di CN.....	33
2.3.1 - Analisi degli andamenti generali.....	33
2.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa.....	38
2.3.3 - Risultati di CN per l'anno 2015.....	44
2.4 - Spesa sanitaria corrente di CE.....	46
2.4.1 - Analisi degli andamenti generali.....	46
2.4.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa dal 2002 al 2010.....	55
2.4.3 - Analisi degli andamenti per componente di spesa dal 2011 al 2015.....	77
<b>CAPITOLO 3 - Piani di rientro.....</b>	<b>83</b>
3.1 - Premessa.....	83
3.2 - Caratteristiche dei piani di rientro.....	84
3.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro del 2007.....	85
3.4 - Attuazione dei piani di rientro.....	86
3.5 - Attività di affiancamento.....	87
3.6 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro.....	88
3.7 - Piani di rientro della regione Calabria e delle regioni Piemonte e Puglia.....	89
3.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento.....	90

3.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi .....	91
3.10 - Normativa sui nuovi piani di rientro dall'anno 2010 .....	91
3.11 - Semplificazione e razionalizzazione dei piani di rientro .....	93
3.12 - Piani di rientro aziendali .....	94
3.13 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro.....	95
<b>CAPITOLO 4 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 .....</b>	<b>97</b>
4.1 - Premessa .....	97
4.2 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione .....	97
4.3 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale .....	100
<b>CAPITOLO 5 - Sistema tessera sanitaria .....</b>	<b>103</b>
5.1 - Premessa .....	103
5.2 - Sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite TS .....	103
5.2.1 - Rilevazione telematica delle prestazioni erogate .....	103
5.2.2 - Strumenti di analisi.....	105
5.2.3 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito.....	106
5.2.4 - Ricetta elettronica .....	109
5.2.5 - Dematerializzazione delle ricette mediche .....	110
5.2.6 - Anagrafe nazionale degli assistiti .....	111
5.2.7 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi.....	112
5.2.8 - Certificati telematici di malattia .....	112
5.2.9 - Dichiarazione dei redditi precompilata: rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini .....	113
5.3 - Profilo per età della spesa sanitaria.....	116
5.3.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione .....	116
5.3.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata .....	117
5.3.3 - Spesa per l'assistenza specialistica.....	120
Box 5.1 – Tabelle di monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto .....	123
<b>Appendice A - Risultati di gestione 2015 delle regioni non sottoposte ai piani di rientro.....</b>	<b>125</b>
<b>Appendice B - Esiti delle verifiche dell'attuazione dei Piani di rientro per l'anno 2015...</b>	<b>139</b>
<b>Appendice C - Risultanze della ricognizione della situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011 e DL 35/2013.....</b>	<b>153</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>155</b>

## INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	7
Fig. 1.2: attuazione procedura del comma 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre .....	14
Fig. 2.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	37
Fig. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2015 ( <i>composizioni percentuali</i> ) .....	37
Fig. 2.3: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2000-2015 ( <i>valori assoluti in milioni di euro</i> ).....	38
Fig. 2.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	39
Fig. 2.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	40
Fig. 2.6: spesa per la farmaceutica convenzionata - Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	41
Fig. 2.7: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	42
Fig. 2.8: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	43
Fig. 2.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	44
Fig. 2.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	47
Fig. 2.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro</i> ).....	52
Fig. 2.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2013-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	58
Fig. 2.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	62
Fig. 2.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	63
Fig. 2.15: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	69

Fig. 2.16: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	73
Fig. 2.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	74
Fig. 5.1: sistema TS – Descrizione del processo .....	104
Fig. 5.2: sistema TS – Procedimento per il controllo delle esenzioni per reddito.....	108
Fig. 5.3: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2014.....	118
Fig. 5.4: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2014 .....	118
Fig. 5.5: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2014.....	118
Fig. 5.6: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2014 .....	119
Fig. 5.7: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2014.....	121
Fig. 5.8: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2014 .....	121
Fig. 5.9: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2014.....	121
Fig. 5.10: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2014 .....	122



## INDICE DELLE TABELLE

Tab. 2.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2015 ( <i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	35
Tab. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	36
Tab. 2.3: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2000-2015 ( <i>valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali</i> ) .....	36
Tab. 2.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2002-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	48
Tab. 2.5: spesa sanitaria corrente di CE per regione - Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	49
Tab. 2.6: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro</i> ) .....	50
Tab. 2.7: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2006-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	53
Tab. 2.8: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2006-2015 .....	53
Tab. 2.9: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2002-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	56
Tab. 2.10: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	57
Tab. 2.11: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015 .....	58
Tab. 2.12: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	60
Tab. 2.13: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	61
Tab. 2.14: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015 .....	62
Tab. 2.15: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	64

Tab. 2.16: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	65
Tab. 2.17: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015 .....	66
Tab. 2.18: spesa per l’assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2002-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	67
Tab. 2.19: spesa per l’assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ).....	68
Tab. 2.20: spesa per l’assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015 .....	69
Tab. 2.21: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2002-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	71
Tab. 2.22: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	72
Tab. 2.23: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015 .....	73
Tab. 2.24: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2002-2015 ( <i>valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali</i> ) .....	75
Tab. 2.25: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2003-2015 ( <i>variazioni percentuali</i> ) .....	76
Tab. 2.26: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015 .....	77
Tab. 3.1: attività di affiancamento - Anno 2014 .....	88
Tab. 3.2: verbali di verifica - Anno 2014.....	89
Tab. 5.1: caratteristiche del Sistema TS .....	105
Tab. 5.2: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS.....	107

## 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) e l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento, e le regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi Sanitari Regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle relative prestazioni nel rispetto dei 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 Economico (OECD, 2014) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2015), la *performance* del nostro SSN si colloca ai primi posti nel contesto europeo e mondiale, per la qualità delle prestazioni, nonché 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.

Nell'ultimo decennio, 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.

Gli interventi più significativi del processo di riforma hanno riguardato: la sottoscrizione di specifiche Intese tra Stato e Regione, 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 del settore sanitario e della qualità delle prestazioni erogate.

Nella regolamentazione dei rapporti fra Stato e 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 dei 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 di gestione, comporta molto spesso un peggioramento della 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 inappropriatelyzza 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 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 (TS) ha rappresentato una tappa importante. Tale progetto prevede, infatti, la realizzazione 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.

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, con un *focus* sul Patto per la salute 2014-2016. Nel Capitolo 2 viene fornita una rendicontazione quantitativa degli effetti finanziari e di struttura conseguenti al sistema di *governance*, con particolare riferimento all'articolazione regionale. Il Capitolo 3 offre un approfondimento dell'assetto normativo e gestionale dei Piani di rientro 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 e fornisce 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 nazionali, i Piani di rientro regionali e degli Enti del SSN, il Sistema Tessera Sanitaria (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, c. 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 tra Stato e Regioni è ripreso nel febbraio 2014, con le prime riunioni finalizzate alla sottoscrizione del Patto per la salute per il triennio 2014-2016, avvenuta il 10 luglio 2014. Il patto è stato 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, allo stato, il livello di finanziamento del SSN per il biennio 2017-2018. Infatti, la legge di stabilità per l'anno 2016 (legge n. 208/2015) ha previsto una complessiva manovra a carico delle regioni (sia con riferimento al settore sanitario che a quello extra-sanitario), pari a 3.980 milioni di euro per l'anno 2017 e 5.480 milioni di euro per gli anni 2018 e 2019 rinviando ad una successiva Intesa la specificazione degli ambiti sui quali avrebbe inciso la manovra medesima, nonché gli importi per ciascun settore.

Tale Intesa si è perfezionata l'11 febbraio 2016, ed ha previsto che il settore sanitario contribuisca rispettivamente per 3.500 e 5.000 milioni di euro. Il livello del finanziamento del SSN scontato nel bilancio triennale e ridefinito per effetto di tale manovra, risulta comunque superiore a quello del 2016, per circa 2.000 milioni di euro nel 2017 e per circa 4.000 milioni di euro nel 2018.

Ciò rappresentato in via generale, nello specifico si rileva che l'Accordo dell'8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto "*sistema premiale*" in sanità che consiste nel subordinare l'erogazione alle regioni di una parte del finanziamento del SSN, detta "*quota premiale*", al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del settore sanitario attraverso la garanzia dell'equilibrio di bilancio annuale dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo eventualmente presente a livello regionale. 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 Livelli Essenziali di Assistenza 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.

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, detto delle "regioni virtuose", ha manifestato equilibrio o disavanzi sanitari contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale ed ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;
- il secondo gruppo, detto delle "regioni con elevati disavanzi", ha manifestato disavanzi rilevanti e difficilmente affrontabili con ordinarie misure di copertura annuali a carico dei bilanci regionali. Unitamente a tale insostenibile squilibrio di bilancio, queste regioni hanno evidenziato gravi carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri della programmazione nazionale con alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriata ospedalizzazione particolarmente accentuati. Parallelamente tali regioni hanno evidenziato un livello di spesa farmaceutica molto alto, ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, hanno contemporaneamente sottratto risorse all'erogazione dei restanti livelli di assistenza e determinato forti squilibri finanziari. Tali regioni sono state escluse dall'accesso alle quote premiali annuali.

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 in relazione alla manifestazione di tali oneri che si riversava sul bilancio dell'anno di sottoscrizione dei contratti determinando, oltre agli oneri correnti, dei pesanti oneri pregressi.

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 anche dalla vigente normativa.

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:

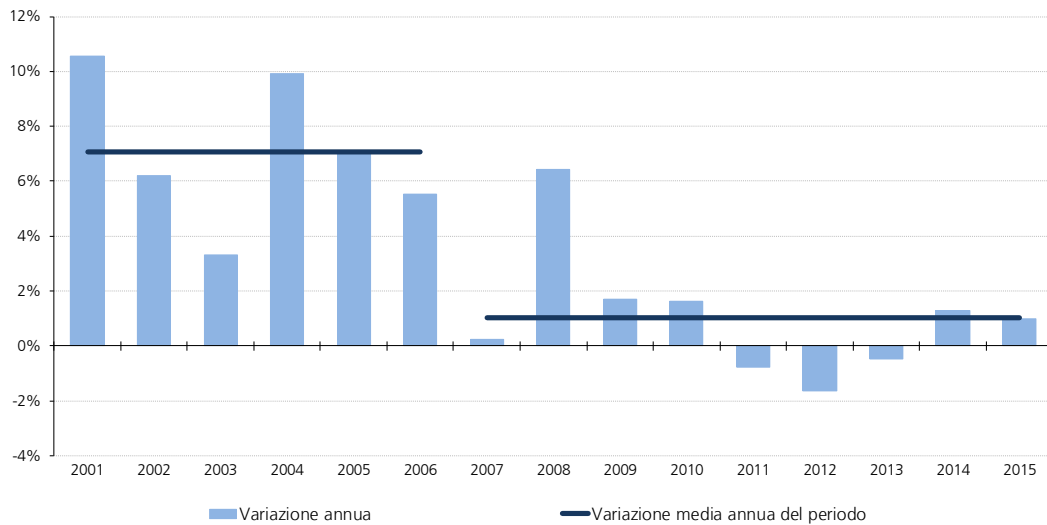
- dal 2005, l'obbligo, nell'ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire bilanci aziendali e del SSR interessato, che ricomprendano tutti gli oneri di competenza del singolo anno ancorché non siano stati perfezionati gli atti per la relativa corresponsione;
- dal 2005, la procedura di verifica annuale contemplata dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 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;
- l'obbligo per le Regioni con elevati disavanzi strutturali di sottoscrivere un Accordo con il Governo, contenente un Piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario nella garanzia dell'erogazione dei LEA. I singoli Piani di rientro individuano ed affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi come veri e propri programmi di ristrutturazione industriale che incidono sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni ripristinando una più appropriata ed efficiente erogazione dei LEA;
- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- 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 2007-2015 la variazione media annua è risultata pari all'1%. 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 e 2015 si è manifestato un lieve incremento.

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.



Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2015 (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 2016.

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 tale decreto legislativo sono state introdotte le disposizioni dirette a garantire un'agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, attraverso l'istituzione della 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.

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 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. 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 dell'8 agosto 2001 e in considerazione dei nuovi assetti istituzionali delineati in tale anno dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Sulla base di quanto disposto dall'articolo 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 di bilancio 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 e trasparente rendicontazione contabile.

#### 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.

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, ciascuna azienda sanitaria e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra regionali) trasmette al Sistema Informativo Sanitario (SIS). Le predette informazioni contabili sono trasmesse da ogni azienda sanitaria e dalla regione a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ciascun anno. Il dato regionale è detto "Riepilogativo regionale" ed è contraddistinto dal codice '999'.

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

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 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*.

Un'ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai costi dei presidi a gestione diretta della 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 rilevazione<sup>1</sup>, in particolare con riferimento ai modelli CE e SP.

Sulla base dei dati di CE conferiti al SIS viene operato il monitoraggio dei conti sanitari regionali con cadenza trimestrale e a consuntivo, sia per le regioni a statuto ordinario sia per quelle regioni a statuto speciale che ricevono somme statali a titolo di Fondo Sanitario Nazionale (FSN). 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.

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 difformi 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

---

<sup>1</sup> 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) e, a partire dal 2005, i policlinici a gestione diretta di università statali. Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici, figuravano nei conti di ciascuna regione mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

- iscrizioni sul bilancio regionale a favore del SSR delle risorse preordinate in sede di riparto nazionale;
- le contabilizzazioni relative alle ulteriori risorse conferite dal bilancio regionale 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 contabilizzazioni operate mediante la produzione degli schemi di sintesi della relativa composizione, dei provvedimenti regionali che prevedono il finanziamento aggiuntivo 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;
  - le contabilizzazioni relative alla mobilità attiva e passiva extraregionale e internazionale, dal 2012 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 e l'eventuale provvedimento di trasferimento delle risorse alle aziende;
  - con riferimento alle contabilizzazioni inerenti la procedura di sterilizzazione viene monitorato, dall'anno 2012, il rispetto di quanto disposto dal DLgs 118/2011 ed effettuata la verifica delle iscrizioni contabili relative agli investimenti spesi da contributi in conto esercizio (FSN) 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 della spesa 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* contabile<sup>2</sup> 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:

---

<sup>2</sup> 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.

- 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 (CCNL e ACN) o nei relativi Atti di indirizzo assentiti dal Governo<sup>3</sup>;
  - viene valutato l'ammontare degli accantonamenti per rischi sulla base delle informazioni fornite dalla regione. Per le regioni sotto 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 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 (art. 29, lettera 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 solo 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. Anche in questo caso dall'anno 2012 opera il 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 dalle aziende, e sulle iscrizioni contabilizzate nelle poste straordinarie etichettate genericamente 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 sotto 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.

---

<sup>3</sup> Tale verifica, come precedentemente rappresentato, prevista per legge dal 2005 nell'ambito del sistema premiale, è finalizzata a verificare che i costi di competenza siano comprensivi dei costi per rinnovi contrattuali. Storicamente, a prescindere dal blocco introdotto negli ultimi anni, i costi dei rinnovi contrattuali hanno rappresentato una grave criticità derivante dalla mancata inclusione nella programmazione regionale dei relativi costi e, quindi, nella conseguente necessità di iscrizione di ingenti sopravvenienze passive relative al personale e alle convenzioni al momento del perfezionamento dei relativi contratti e convenzioni.

### ***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).

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 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 aprile 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, qualora anche il commissario *ad acta* non adempia ovvero le misure da lui adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio, che 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

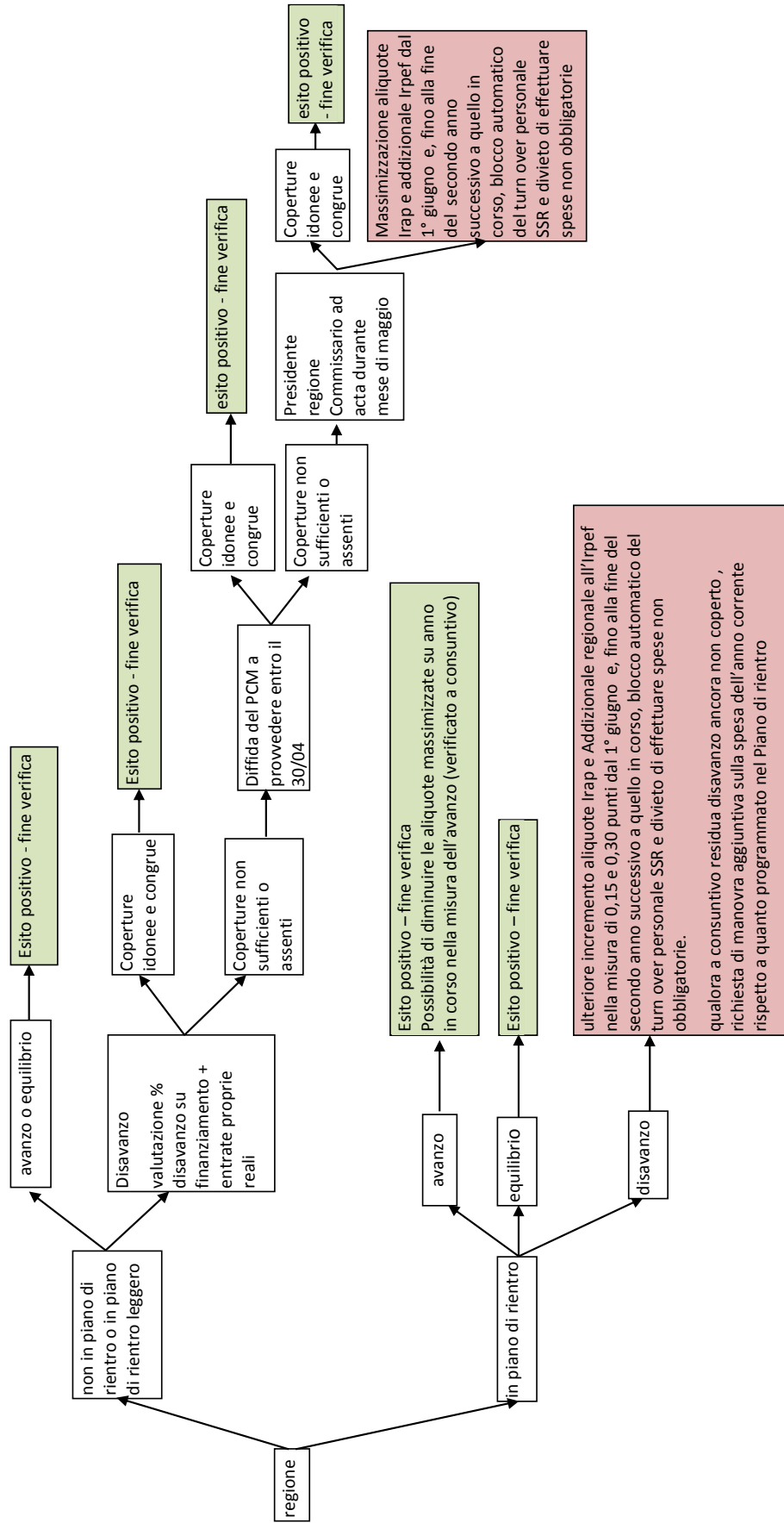
d'imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevede anche, a partire dalla verifica per l'anno 2010, che nel territorio della regione entri in vigore il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e che entri in vigore il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso. A partire dal 2015, la legge di stabilità per l'anno 2015 n. 190/2014, ha limitato la durata della sanzione alla fine dell'anno successivo a quello in corso.

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 pagina seguente.

Il sistema sanzionatorio previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004 (finanziaria per l'anno 2005) 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. Per l'amministrazione regionale opera la sanzione del divieto delle spese non obbligatorie e sul Servizio Sanitario Regionale opera il blocco automatico del *turn over*.

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





### 1.3.3 - Decreto legislativo n. 118/2011

Il DLgs 118/2011 costituisce norma fondamentale per il Servizio Sanitario Nazionale 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;
- la disomogeneità nelle contabilizzazioni relative alle immobilizzazioni e nella valutazione dei conseguenti ammortamenti da iscrivere a 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 Gestione sanitaria accentrata (GSA) 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;
  - 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:

- nelle entrate:
  - al finanziamento sanitario ordinario corrente, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio;
  - al finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, ivi compreso il finanziamento aggiuntivo finalizzato all'erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA;
  - al finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;
  - al finanziamento per investimenti in ambito sanitario.
- nelle spese:
  - alla spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio;
  - alla spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;
  - alla spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
  - alla 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 istituito in ambito regionale 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 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.

**Principi di valutazione specifici del settore sanitario (art. 29)**

- 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*.

Si fa inoltre presente che il DLgs 126/2014 ha introdotto una modifica all'art. 20, introducendo il c. 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 rimangono nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

### ***1.3.4 - 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 gestione sanitaria accentrata, 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.

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.

## **1.4 - Sistema tessera sanitaria**

Il Sistema Tessera Sanitaria (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 Sogei<sup>4</sup>, sulla base di specifica Convenzione. Le fasi progettuali attuative sono convenute con il Ministero della salute, l’Agenzia Italiana del Farmaco (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

---

<sup>4</sup> Società Generale d’Informatica SPA – Società del Ministero dell’economia e delle finanze.

aziende sanitarie, l'attuazione e l'adesione al Sistema 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 e 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 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.

La legge di stabilità per l'anno 2016 ha inoltre previsto lo sviluppo delle procedure del Sistema TS per consentire a tutti gli assistiti (anche coloro che non sono interessati alla dichiarazione dei redditi precompilata) la consultazione *on-line* delle proprie spese sanitarie.

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 di successo 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 del presente Rapporto. 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, c. 1, lett. a) del DLgs 98/2011 (convertito con L 111/2011), 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 dell'Osservatorio, costituito in seno all'Autorità di Vigilanza dei Contratti Pubblici (AVCP), 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 locali e centrali regionali per l'acquisto di beni e servizi.

L'individuazione del prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, a seguito di un'analisi accurata dei prezzi rilevati, 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, c. 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).

Tale evoluzione normativa (cioè il passaggio da prezzo di riferimento a prezzo imposto ai fornitori) è stata eccepita in sede giudiziale, con una serie di ricorsi presso il TAR Lazio, presentati da vari fornitori che hanno lamentato un difetto nel procedimento di determinazione dei prezzi di riferimento. Sebbene taluni ricorsi siano stati parzialmente accolti, il TAR Lazio ha comunque affermato che i prezzi di riferimento, intesi come valori da considerare da parte degli enti sanitari in sede gestionale (gare e contrattualistica) e verso cui tendere progressivamente, costituiscono un validissimo strumento ai fini del miglioramento dell'efficienza della spesa, in quanto rappresentano i migliori prezzi fra quelli effettivamente rilevati presso gli enti medesimi.

Pertanto, l'AVCP ha ribadito sul proprio sito tale principio, diretto a specificare la validità degli attuali prezzi, come “prezzi di riferimento”.

Inoltre con la sentenza n. 8726 del 2 ottobre 2013, il TAR Lazio sostiene che *“... ben poteva l'Osservatorio, nel rispetto delle indicazioni del legislatore di cui all'intero co. 1 dell'art. 17 cit., che evidenziava come le misure ivi previste fossero tutte rivolte alla “realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica”, dare luogo ad un'attività istruttoria basata su metodi statistici tesi ad individuare i prezzi di maggiore impatto a carico del S.S.N. in relazione all'efficienza del servizio di riferimento, con individuazione del “fattore prezzo”, quindi, come quello di principale riferimento al fine dell'indagine affidata, che era tesa – dal contesto legislativo di inserimento della normativa applicata – certamente al fine di individuare la maggior “efficienza”, da intendersi in senso economico quale orientata all'utilizzo delle minori risorse possibili (e quindi sostanzialmente al risparmio di spesa) per ottenere il servizio migliore. Che poi lo strumento originato dall'attività dell'Osservatorio sia stato concepito a beneficio di regioni e aziende sanitarie affinché adottino tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, testimonia proprio che il (contenimento/riduzione del) livello di spesa per gli acquisti era il fattore primario (quale indicatore di “efficienza” economica) di sbocco dell'indagine di rilevamento dei prezzi che a tal fine appare legittimamente effettuata, salvi gli interventi applicativi propri delle regioni e delle aziende sanitarie.”*

Sulla base dell'esperienza maturata con l'indagine campionaria dell'anno 2012, l'AVCP, 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 la rilevazione da condurre nell'anno 2014 per la determinazione dei prezzi di riferimento.

In particolare, gli aspetti sui quali si è ritenuto proficuo 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'AVCP le valutazioni necessarie per l'adempimento agli obblighi normativi.

In base alle valutazioni effettuate dall'AVCP 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'AVCP 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, l'AVCP ha effettuato talune modifiche ritenute utili ai propri modelli di indagine e quindi ha iniziato la rilevazione nel mese di marzo 2014.

In fase di prima applicazione, i prezzi di riferimento sono stati determinati sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che abbiano effettuato i maggiori volumi di acquisto in base a quanto risulta nella Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) dell'AVCP. 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 rilevazione dell'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 tenendo 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.

Il DL 90/2014, convertito dalla L 114/2014, ha soppresso l'AVCP e ha trasferito le competenze in materia di vigilanza dei contratti pubblici all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Pertanto, le risultanze della rilevazione dell'anno 2014 sono state pubblicate sul sito dell'ANAC nel corso degli anni 2015 e 2016

Sempre in materia di beni e servizi, al fine di favorire il processo di centralizzazione degli acquisti, è intervenuto l'articolo 9 del decreto legge 66/2014, che ha istituito l'elenco dei soggetti aggregatori, di cui fanno parte Consip ed una centrale di committenza per ogni regione.

Successivamente, in attuazione della predetta disposizione è stato emanato il DPCM del 24 dicembre 2015 che ha individuato categorie di beni e servizi e soglie di spesa al di sopra delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o soggetti aggregatori. Sebbene tale normativa non sia esclusivamente rivolta al settore sanitario, si rileva in concreto che la

maggior parte delle categorie individuate dal 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.

## 1.6 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico

Le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni<sup>5</sup> 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 guadagnati<sup>6</sup>.

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*)<sup>7</sup> 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 del finanziamento, il controllo dei programmi di spesa regionali, la verifica delle

<sup>5</sup> Istat (2011).

<sup>6</sup> Aprile R., Palombi M. (2006).

<sup>7</sup> Economic Policy Committee - European Commission (2011).

*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
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crescita delle unità di personale.</li> <li>- Dinamica dei rinnovi contrattuali superiore all'inflazione programmata.</li> <li>- Mancanza di controllo sui fondi contrattuali che hanno determinato una amplificazione dell'impatto dei rinnovi contrattuali.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blocco del <i>turn over</i> totale o parziale e autorizzazione alle assunzioni controllato a livello regionale.</li> <li>- 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).</li> <li>- Blocco dei rinnovi contrattuali . Riconoscimento incrementi contrattuali parametrati secondo la normativa vigente.</li> <li>- Rideterminazione (in diminuzione) dei fondi contrattuali della dirigenza e del comparto in relazione alle cessazioni.</li> </ul>

### Beni e servizi

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di controllo sugli ordinatori di spesa.</li> <li>- Mancanza di acquisti centralizzati e/o attraverso commercio elettronico.</li> <li>- Mancanza di collegamento tra fabbisogno effettivo e quantità acquistate (scorte non controllate, quantità di medicinali/presidi scaduti).</li> <li>- Inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi dei fabbisogni.</li> <li>- Prezzi di riferimento AVCP.</li> <li>- Ricorso a forme di unioni di acquisto o Gare centralizzate.</li> <li>- Ricorso a Consip.</li> <li>- Rinegoziazione contratti.</li> <li>- Riduzione del 10% a regime degli importi e delle correlate prestazioni dei contratti in vigore (DL 95/2012).</li> </ul>

### Prestazioni da privato

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di programmazione in molte regioni italiane con conseguente pagamento a piè di lista delle prestazioni effettivamente erogate.</li> <li>- Mancanza di controlli relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate.</li> <li>- Incrementi tariffari non governati. In alcuni casi, tariffe collegate direttamente ai contratti di lavoro del personale dipendente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmazione e definizione dei budget entro la prima metà dell'anno di riferimento.</li> <li>- Definizione del fabbisogno.</li> <li>- Definizione del sistema tariffario.</li> <li>- Implementazione di adeguati sistemi di controllo</li> </ul>

### Farmaceutica convenzionata

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di controllo sui consumi.</li> <li>- Inappropriatezza nell'uso del farmaco;</li> <li>- Capacità di persuasione dei portatori di interesse sulla farmaceutica che ha determinato effetti sui consumi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduzione di forme di compartecipazione alla spesa</li> <li>- Monitoraggio dei consumi attraverso il sistema tessera sanitaria</li> <li>- Monitoraggio attivo delle prescrizioni (attraverso TS).</li> <li>- Controllo della sussistenza del diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa ed eventuale applicazione di sanzioni.</li> </ul>

### Investimenti

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Politica degli investimenti (nelle regioni del centro nord) sostenuta senza effettive risorse a disposizione creando difficoltà di cassa e determinando oneri futuri.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduzione del decreto legislativo n. 118 del 2011</li> <li>- Utilizzo di principi contabili omogenei in materia di investimenti.</li> <li>- 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.</li> <li>- Monitoraggio degli oneri scaturenti da investimento.</li> </ul>

### Livelli di assistenza

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mancata definizione fino al 2001 delle prestazioni da erogarsi da parte del SSN a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- Richiesta implementazione servizi territoriali alternativi ai ricoveri.</li> </ul>

## Box 1.2 - Patto per la salute 2014-2016

*Con il Patto per la salute 2014-2016, sul quale la Conferenza Stato-Regioni ha espresso Intesa il 10 luglio 2014, è ripreso il percorso di concertazione tra Stato e Regioni concernente la definizione delle risorse necessarie a consentire l'erogazione dei LEA in condizione di efficienza ed appropriatezza e la fissazione delle azioni che dovranno attivare Governo e Regioni al fine di introdurre misure necessarie a migliorare la qualità del SSN. Il precedente Patto era stato stipulato il 3 dicembre 2009 ed aveva regolato il triennio 2010-2012.*

*Invero, il Patto 2014-2016, nel definire le risorse per gli anni 2015-2016 (quelle relative all'anno 2014 erano già state stabilite nell'ambito del DL 98/2011), pari rispettivamente a 112 e 115,4 miliardi di euro, ha altresì disposto la possibilità di rideterminazione delle stesse nell'ambito della successiva legge di stabilità, "in relazione agli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico".*

*Successivamente, la L 190/2014 (legge di stabilità per l'anno 2015), pur non avendo direttamente stabilito una rideterminazione delle suddette risorse, ha previsto una manovra a carico delle regioni pari a 4 miliardi di euro annui (di cui circa 3,5 miliardi di euro a carico delle regioni a statuto ordinario), assegnando alle regioni medesime il potere di definire i settori di spesa sui quali attuare la predetta manovra, da condividere con lo Stato a seguito di apposita Intesa.*

*Tale Intesa, si è perfezionata il 26 febbraio 2015 ed ha recepito la proposta regionale diretta, nell'ambito della citata manovra di 4 miliardi di euro, ad introdurre misure di contenimento della spesa nel settore sanitario per un importo pari a circa 2,3 miliardi di euro annui. Pertanto, al termine di tale complesso iter, il finanziamento per il settore sanitario per il periodo 2015 e 2016 è stato fissato in 109,7 e 113,1 miliardi di euro.*

*Successivamente, la legge di stabilità per l'anno 2016, ha ulteriormente rivisto il livello del finanziamento per l'anno 2016, definitivamente stabilito in 111 miliardi di euro.*

*In particolare, il Patto per la salute prevedeva la revisione dei LEA, da effettuarsi, entro il 31 dicembre 2014, nell'ambito della cornice finanziaria programmata. Tuttavia, tale revisione non è stata realizzata nei tempi previsti e pertanto nella legge di stabilità per l'anno 2016 è stata ribadita la predetta esigenza di aggiornamento dei LEA, da effettuarsi entro il limite di spesa di 800 milioni di euro su base annua. Allo stato, sono in corso le interlocuzioni sul piano tecnico al fine di pervenire alla definizione dei nuovi LEA. Le ulteriori principali misure contenute nel Patto per la salute (recepite nella legge di stabilità per l'anno 2015) sono le seguenti:*

- *la previsione che eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni, rimangono nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie;*
- *l'obbligo per le regioni di redigere un piano annuale degli investimenti, corredato di un'adeguata analisi di fabbisogno e di sostenibilità economico-finanziaria;*

- *l'estensione della decadenza automatica dei direttori generali, già prevista dalla vigente normativa in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle Aziende sanitarie, anche al caso di mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di assistenza (LEA). Si prevede, inoltre, che il conseguimento dei predetti obiettivi di salute e assistenziali costituisca adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale (c.d. quota premiale);*
- *la previsione che la figura dei nuovi commissari per le regioni sottoposte a Piano di rientro dal deficit sanitario, sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;*
- *sempre in materia di gestione commissariale, la previsione che il commissario, qualora in sede di verifica annuale riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro, così come specificati nei singoli contratti dei Direttori generali, proponga, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del Servizio sanitario regionale;*
- *la riduzione del numero dei componenti del Collegio sindacale delle aziende sanitarie, dagli attuali cinque a tre;*
- *l'introduzione di disposizioni dirette ad assicurare, da parte delle regioni, l'effettiva attuazione della normativa di riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali. In particolare, viene introdotta una norma che prevede, in caso di inerzia delle regioni, la nomina di un commissario, che sostituisca l'organo di amministrazione e di gestione dell'ente;*
- *la modifica delle disposizioni vigenti in materia di rispetto dei vincoli assunzionali e dei vincoli in materia di spesa del personale;*
- *la previsione che l'AIFA provveda all'aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale (PFN) dei farmaci rimborsabili, sulla base del criterio costo/beneficio; viene, altresì, previsto che l'AIFA, in collaborazione con le regioni, coordini le valutazioni dei diversi percorsi diagnostico-terapeutici localmente sviluppati, al fine di garantire l'accesso e l'uso appropriato ai medicinali;*
- *l'istituzione di una Cabina di regia, quale strumento politico-istituzionale per la definizione delle priorità del sistema per la valutazione di tutte le tecnologie del "sistema" (farmaci, dispositivi medici e percorsi "farmaco-terapeutici").*



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

### 2.1 - Premessa

Il settore sanitario è stato interessato nel corso del tempo da rilevanti mutamenti del sistema di *governance*, diretti a introdurre il principio della piena responsabilizzazione regionale nell'utilizzo delle risorse, anche mediante la condivisione tra Stato e regioni di obiettivi finanziari e prospettive di sviluppo. Dal 2006, la *governance* si è ulteriormente evoluta attraverso l'implementazione di nuovi strumenti, quali la costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, la previsione di meccanismi premiali e sanzionatori, l'introduzione dell'innovativo strumento del piano di rientro<sup>8</sup>. Ciò ha delineato un servizio sanitario più razionale ed efficiente ed ha permesso di conseguire un rilevante contenimento dei costi, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), monitorati dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA<sup>9</sup>.

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'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

<sup>8</sup> Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo 3.

<sup>9</sup> Tale Comitato, istituito presso il Ministero della Salute a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e del successivo decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005, ha il compito di controllare l'erogazione dei LEA in relazione alle risorse previste per il fabbisogno del SSN.

regionali (SEC), e contabilizza i costi per la produzione dei servizi sanitari da parte di un qualsiasi ente facente parte della Pubblica Amministrazione (PA)<sup>10</sup>.

La seconda definizione è quella relativa all'aggregato di spesa rilevata mediante i modelli di Conto Economico (CE)<sup>11</sup> degli Enti Sanitari Locali (ESL), presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio<sup>12</sup>.

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.

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, c. 1, lett. b), ha previsto che gli ammortamenti diventino parte integrante della spesa sanitaria corrente di CE. Trattamento contabile differente è riservato in CN, ove gli ammortamenti vengono quantificati dall'ISTAT secondo specifiche metodologie di stima previste in ambito SEC per gli aggregati di spesa di CN.

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 di medicina generale e al pagamento di eventuali oneri per arretrati.

---

<sup>10</sup> Oltre agli Enti sanitari locali, ossia Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Policlinici universitari controllati dalle regioni e ricompresi nei rispettivi Servizi Sanitari Regionali (SSR), si considerano, ad esempio, gli Enti territoriali, la Croce rossa italiana, la Lega italiana per la lotta contro i tumori, ecc.

<sup>11</sup> Tali modelli di rilevazione sono stati introdotti con il decreto del Ministero della salute del 15 giugno 2012.

<sup>12</sup> Il Tavolo, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha il compito di verificare trimestralmente e annualmente il funzionamento dei SSR e l'attuazione dei piani di rientro.

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 Sistema Sanitario Regionale (SSR). Infatti, sulla base del principio della programmazione finanziaria, le regioni sono tenute ad accantonare annualmente sui bilanci degli ESL le risorse finanziarie necessarie alla copertura integrale degli oneri contrattuali quale presupposto per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'art. 1, c. 173 della L 311/2004<sup>13</sup>. A seguito dell'introduzione di tale obbligo, si è registrata una maggiore congruità nella valutazione del costo effettivo dei rinnovi dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni di medicina generale, con una significativa riduzione del fenomeno dell'iscrizione contabile di sopravvenienze passive di rilevante entità negli esercizi finanziari successivi a quello di sottoscrizione del contratto.

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 rallentamento<sup>14</sup>. 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 2011-2015, dove la spesa sanitaria registra un tasso di variazione medio annuo leggermente negativo pari a -0,1% (Tabb. 2.1-2.2). Il risultato aggregato riflette, tuttavia, andamenti differenziati delle

<sup>13</sup> Il rispetto di tale obbligo programmatico è sottoposto al monitoraggio del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali con cadenza trimestrale e annuale.

<sup>14</sup> 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 95. L'adozione del nuovo sistema contabile ha determinato modifiche dei criteri di valutazione di alcuni aggregati di Contabilità Nazionale, 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.

principali componenti della spesa sanitaria, che saranno oggetto di specifica analisi nei paragrafi successivi.

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 2000-2005, la spesa sanitaria è cresciuta in rapporto al PIL in misura significativa, passando dal 5,5% al 6,5%, pur in presenza di una dinamica di crescita del denominatore del 3,8% medio annuo in termini nominali. Nei due anni successivi, la crescita economica è risultata in linea con la media del periodo precedente, e il rapporto tra spesa e PIL ha evidenziato una leggera flessione nel biennio (Tab. 2.3). Diversamente, a partire dal 2008, il tasso di crescita del PIL nominale è risultato molto più contenuto e addirittura negativo in alcuni anni: il tasso variazione medio annuo è stato del -0,1% nel periodo 2008-2010, e dello 0,4% nel quinquennio successivo. Pertanto, la contenuta dinamica della spesa sanitaria non è sufficiente a evitare che la stessa cresca in rapporto al PIL attestandosi al 7,1%, negli anni più acuti della crisi. Tuttavia, a partire dal 2011, il rapporto scende di qualche decimo di punto percentuale e, nonostante la bassa crescita economica mediamente registrata nel periodo, si attesta dal 2013 al 6,9%.

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 Servizio Sanitario Nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato<sup>15</sup>. 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 e -0,9 punti percentuali, rispettivamente, nel quinquennio 2006-2010 e 2011-2015.

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 da quelli del SSN<sup>16</sup> che trova copertura nei rispettivi bilanci. In relazione a ciò, il confronto tra finanziamento e spesa sanitaria della tabella 2.3 è utile ad illustrare, in una prospettiva intertemporale, i risultati della *governance* del settore sanitario in termini di contenimento della dinamica della spesa (Fig. 2.3), mentre la valutazione in termini di saldo fra risorse finanziarie e spesa sanitaria deve essere effettuata più correttamente con riferimento alla definizione di spesa sanitaria corrente di CE.

---

<sup>15</sup> Il Finanziamento ordinario comprende le voci di entrata corrispondenti a Irap e addizionale IRPEF, il fabbisogno sanitario ex 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.

<sup>16</sup> ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici Universitari.

Tab. 2.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2015 (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
<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	36.102	35.670	35.426	35.158
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	29.431	30.969
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	39.946	39.744
- 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	8.290
- 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	6.671
- 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	24.891	24.783
Altre componenti di spesa	2.696	3.173	4.030	4.288	4.602	5.364	5.801	6.057	6.597	6.559	6.528	6.815	6.346	6.464	6.501	6.537
<b>Spesa sanitaria corrente di CN</b>	<b>68.094</b>	<b>75.288</b>	<b>79.974</b>	<b>82.632</b>	<b>90.828</b>	<b>97.232</b>	<b>102.621</b>	<b>102.858</b>	<b>109.484</b>	<b>111.327</b>	<b>113.131</b>	<b>112.255</b>	<b>110.416</b>	<b>109.907</b>	<b>111.304</b>	<b>112.408</b>
<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%	31,8%	31,3%
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%	27,6%
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%	35,8%	35,9%	35,4%
- 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%	7,8%	7,5%	7,4%
- 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%	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%	22,0%
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%	5,9%	5,8%	5,8%
<b>Spesa sanitaria corrente di CN</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</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 2016. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>

Tab. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2015 (variazioni percentuali)

Voci di spesa	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2001-2005	2006-2010	2011-2015
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%	-1,9%	-1,2%	-0,7%	-0,8%	4,7%	2,1%	-1,5%
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%	3,5%	5,2%	9,7%	6,3%	2,5%
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%	1,5%	-0,5%	8,0%	1,9%	-0,8%
- 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%	-1,2%	6,3%	-1,6%	-5,3%
- 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%	9,9%	1,6%	-0,9%
- 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%	-0,4%	8,5%	4,0%	1,1%
Altre componenti di spesa	17,7%	27,0%	6,4%	7,3%	16,6%	8,1%	4,4%	8,9%	-0,6%	-0,5%	4,4%	-6,9%	1,9%	0,6%	0,6%	14,8%	4,0%	0,0%
<b>Spesa sanitaria corrente di CN</b>	<b>10,6%</b>	<b>6,2%</b>	<b>3,3%</b>	<b>9,9%</b>	<b>7,1%</b>	<b>5,5%</b>	<b>0,2%</b>	<b>6,4%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,6%</b>	<b>-0,8%</b>	<b>-1,6%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,0%</b>	<b>7,4%</b>	<b>3,1%</b>	<b>-0,1%</b>

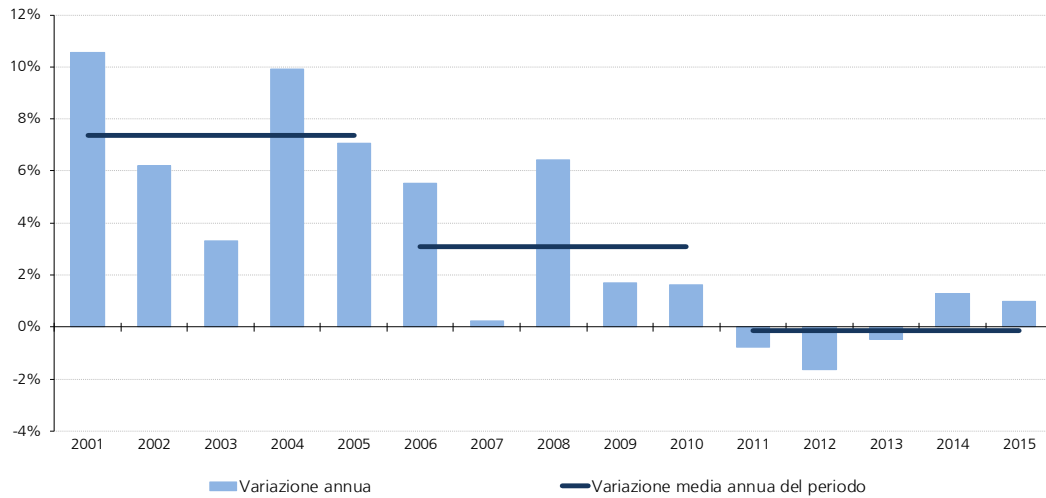
Fonte: Istat. Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2016.

Tab. 2.3: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2000-2015 (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	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Finanziamento ordinario del SSN	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			
% 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%	6,7%			
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%	6,1%	3,6%	0,8%
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	110.416	109.907	111.304	112.408			
% 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%	6,9%	6,9%	6,9%			
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%	-0,5%	1,3%	1,0%	7,4%	3,1%	-0,1%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato <sup>(1)</sup>	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	1.604.478	1.611.884	1.636.372			
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%	0,5%	1,5%	3,8%	1,5%	0,4%

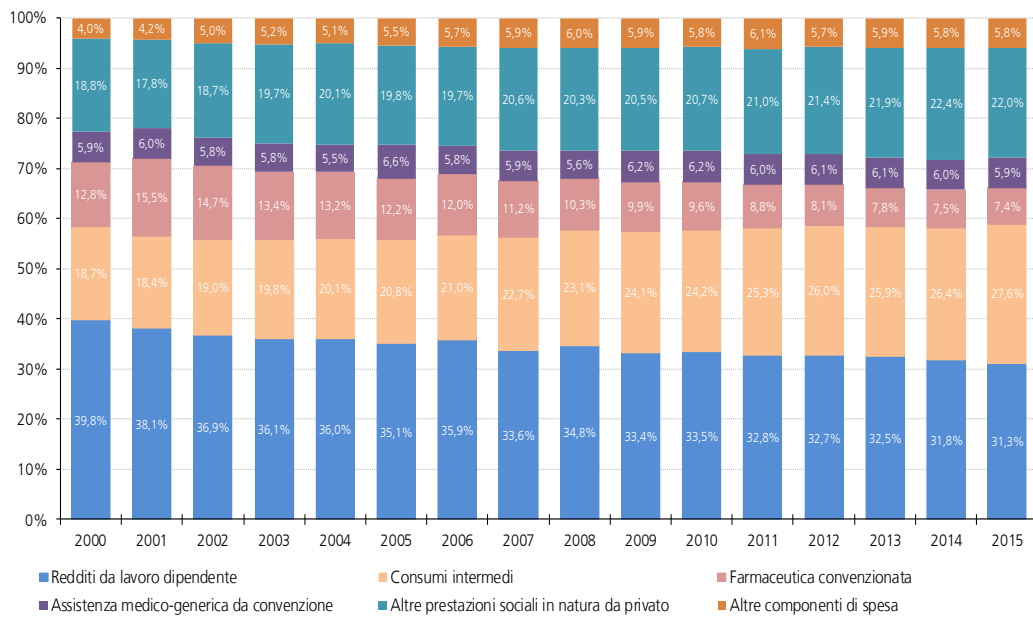
<sup>(1)</sup> Fonte: Istat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Marzo 2016. Valori assoluti scambiali dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

Fig. 2.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2001-2015 (variazioni percentuali)



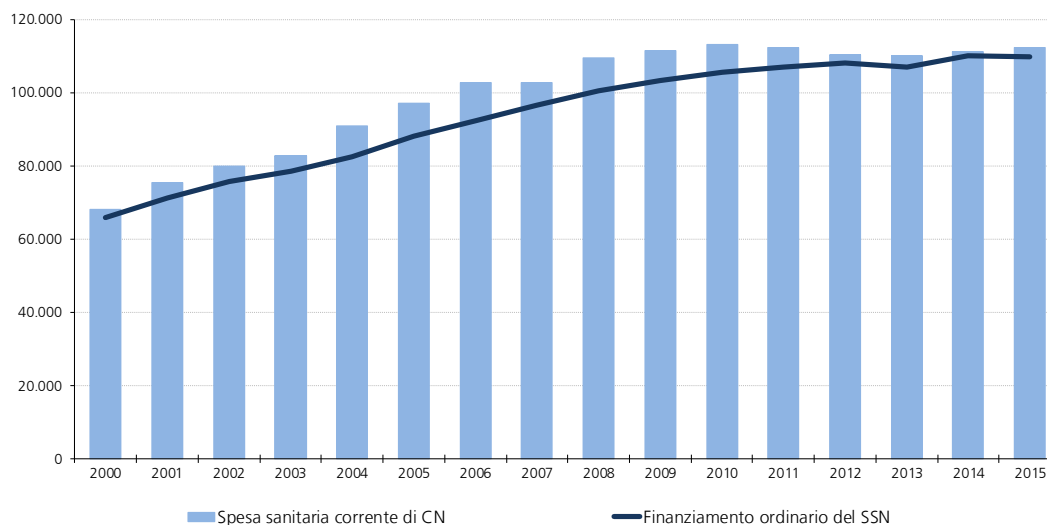
Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2016.

Fig. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2015 (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 2016. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

Fig. 2.3: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2000-2015 (valori assoluti in milioni di euro)



### 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 quinquennio. 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. 2.2).

**Redditi da lavoro dipendente.** La spesa per i redditi da lavoro dipendente rappresenta, nel 2015, il 31,3% 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 crescita 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 -1,5% nel periodo 2011-2015 (Fig. 2.4).

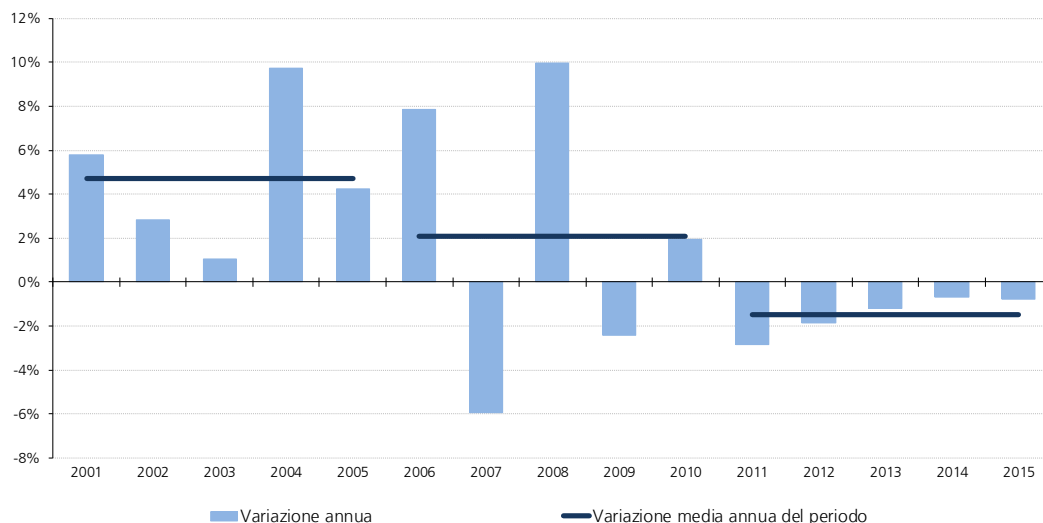
Il contenimento della dinamica dell'aggregato è sostanzialmente determinato dagli effetti delle politiche di blocco del *turn over* attuate dalle regioni sotto piano di rientro e dalle misure di contenimento della spesa per il personale portate avanti autonomamente dalle altre regioni. Negli anni più 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 può eccedere il livello vigente nel 2010, fatto salvo il riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale.

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, 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 2001-2015 (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 2016.

**Consumi intermedi.** Nel 2015, la spesa per i consumi intermedi<sup>17</sup> rappresenta il 27,6% 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 periodo 2006-2010 e al 2,5% del periodo 2011-2015 (Fig. 2.5).

Con particolare riferimento all'ultimo quinquennio, la significativa riduzione della dinamica dell'aggregato sconta le vigenti manovre di contenimento della spesa sanitaria per beni e servizi<sup>18</sup>. In particolare, si segnala:

- 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 contratti<sup>19</sup> nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di

<sup>17</sup> Tale aggregato ricomprende anche la spesa per i prodotti farmaceutici.

<sup>18</sup> DL 98/2011, DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, L 228/2012 (Legge di stabilità 2013).

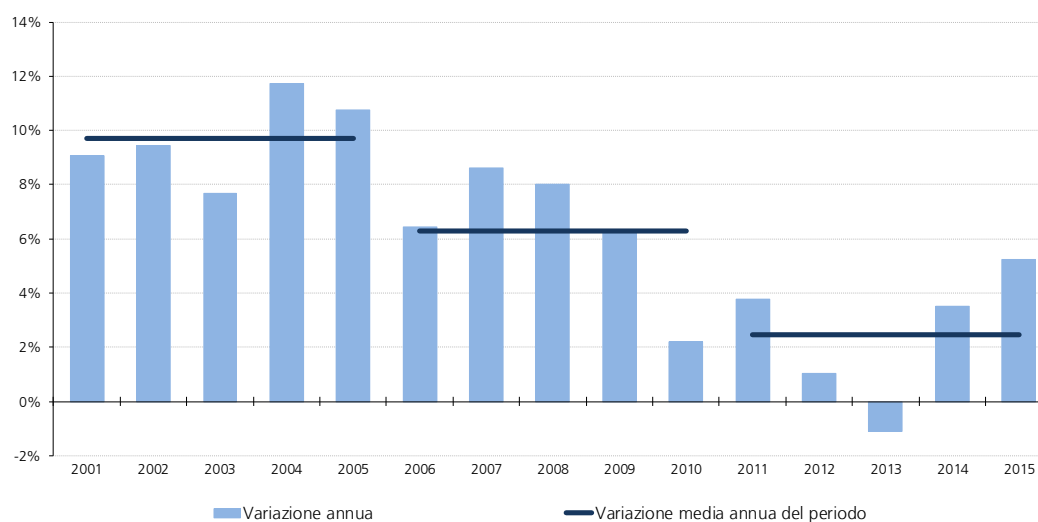
<sup>19</sup> Art. 15, c. 13, lett. a) del DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come modificato da ultimo dall'art. 1, c. 131, lett. a) della L 228/2012 (Legge di stabilità 2013).

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 Pubblici<sup>20</sup>;

- la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,4% del fabbisogno sanitario *standard*<sup>21</sup>;
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario *standard*;
- 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. Al netto della suddetta componente dei prodotti farmaceutici (Tab. 2.12), gli altri consumi intermedi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2011-2015 pari allo 0,8%.

Fig. 2.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2001-2015 (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 2016.

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, nella spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione e, per una quota residuale, nella spesa per altre prestazioni sociali in natura da privato. Tali componenti presentano

<sup>20</sup> Art. 15, c. 13, lett. b) del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012.

<sup>21</sup> Art. 15, c. 13, lett. f) del DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come modificato da ultimo dall'art. 1, c. 131, lett. b) della L 228/2012 (Legge di stabilità 2013).

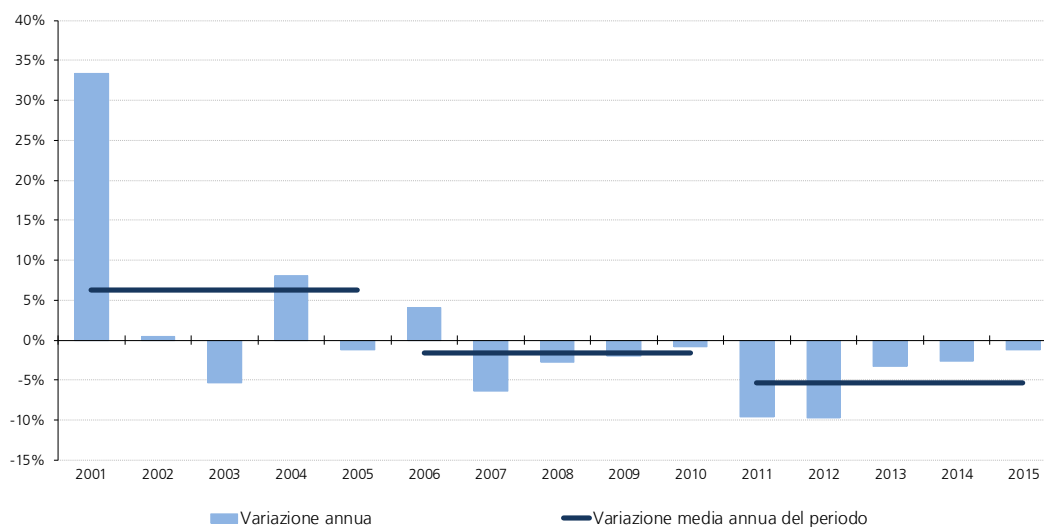
caratteristiche e dinamiche anche significativamente diverse fra loro e, pertanto, verranno analizzate distintamente.

**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 ulteriormente nel periodo 2011-2015, attestandosi al -5,3% (Fig. 2.6). Conseguentemente, il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva si riduce dal 12,8% del 2000 al 7,4% del 2015.

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% a partire dal 2013), 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. In secondo luogo, la predisposizione di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, attraverso le procedure della ricetta elettronica *on-line* del sistema tessera sanitaria, gestito dalla RGS<sup>22</sup>.

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 nel paragrafo 2.3.2.

Fig. 2.6: spesa per la farmaceutica convenzionata - Anni 2001-2015 (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 2016.

**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 2011-2015,

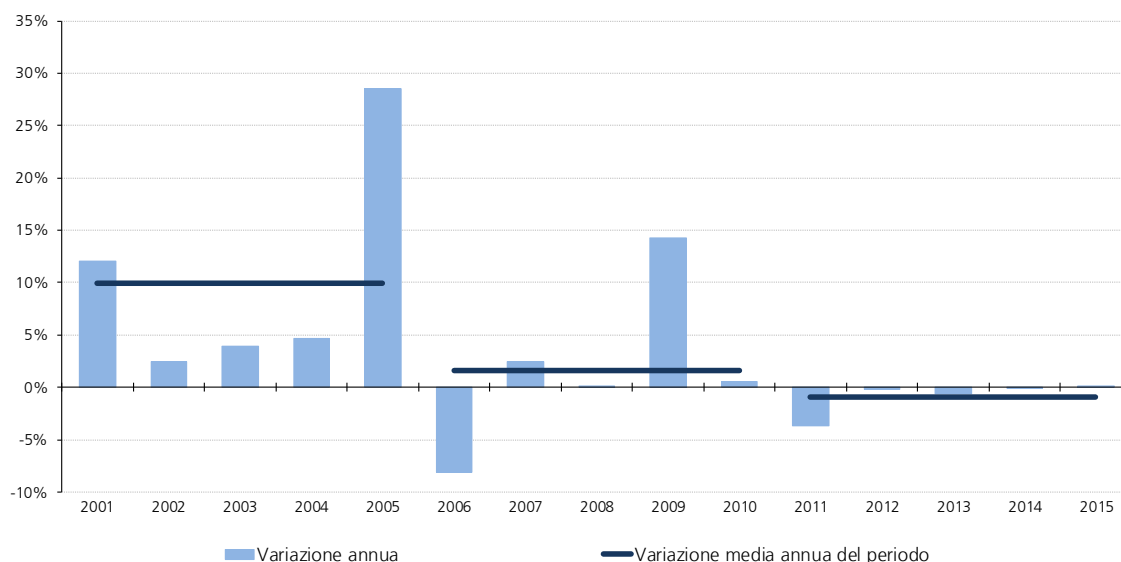
<sup>22</sup> Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo 5.

l'aggregato di spesa ha ulteriormente ridotto la dinamica di crescita, registrando un tasso medio annuo negativo (-0,9%). Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è stato pari al 5,9% sia nel 2000 che nel 2015.

Come per la spesa per i redditi da lavoro dipendente, anche la dinamica annuale delle prestazioni medico-generiche da convenzione è fortemente influenzata dalle regole di contabilizzazione del SEC 2010, le quali 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 può eccedere il livello vigente nell'anno 2010<sup>23</sup>.

Fig. 2.7: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2001-2015 (variazioni percentuali)



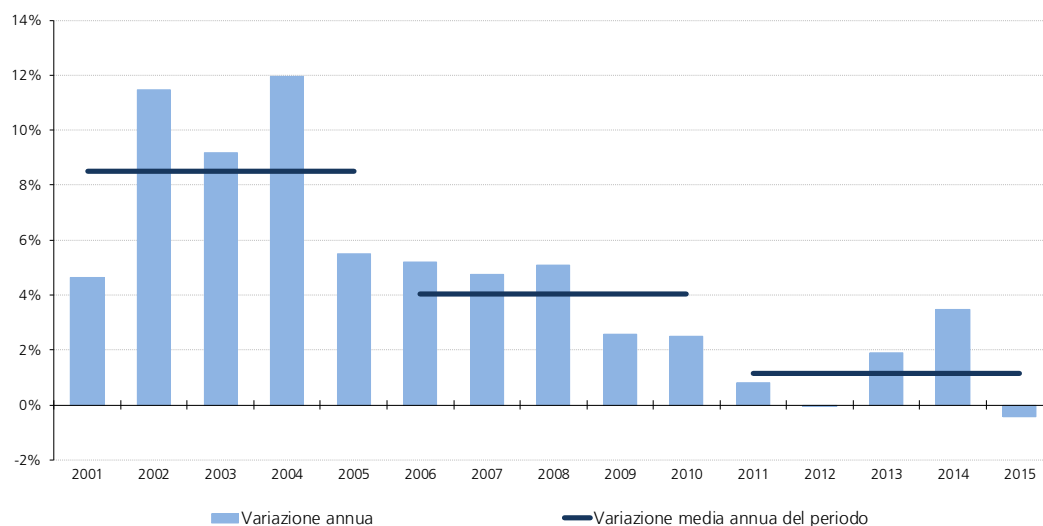
Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2016.

**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 in convenzione con il SSN. L'aggregato passa da un incremento medio annuo dell'8,5%, nel periodo 2001-2005, a un incremento medio annuo del 4% nel periodo 2006-2010, per poi rallentare ulteriormente nel periodo 2011-2015 con un tasso di crescita medio annuo del 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% del 2015.

<sup>23</sup> Art. 16, c. 2 del DL 98/2011, convertito dalla L 111/2011. Tale limite è stato da ultimo prorogato al 31 dicembre 2014 con la L 190/2013 (Legge di stabilità 2014).

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 sotto 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 95/2012<sup>24</sup>.

Fig. 2.8: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2001-2015 (variazioni percentuali)



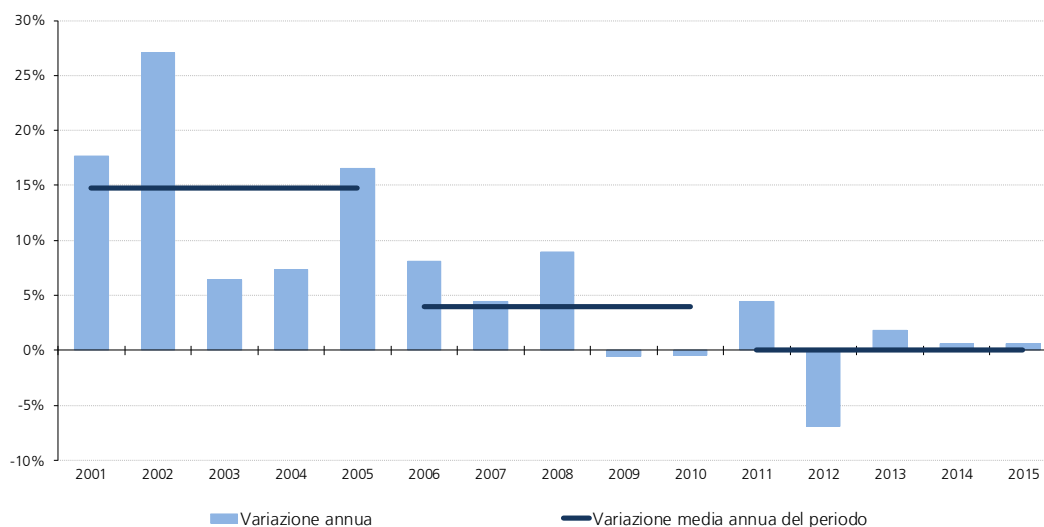
Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2016.

**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 uscite e, con segno opposto, la produzione per uso proprio, la produzione di servizi vendibili e le vendite residuali<sup>25</sup>. L'aggregato passa da un incremento medio annuo del 14,8% nel periodo 2001-2005 a un incremento medio annuo del 4% nel periodo 2006-2010 (Fig. 2.9). Nel periodo 2011-2015, le altre componenti di spesa registrano un ulteriore rallentamento della propria dinamica, evidenziando un tasso di crescita medio annuo prossimo allo zero. Il peso percentuale dell'aggregato sulla spesa sanitaria complessiva è, tuttavia, aumentato nel tempo, passando dal 4% del 2000 al 5,8% del 2015.

<sup>24</sup> Art. 15, c. 14 del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012.

<sup>25</sup> 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 2001-2015 (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 2016.

### 2.3.3 - Risultati di CN per l'anno 2015

Nel 2015, la spesa sanitaria corrente di CN è risultata pari a 112.408 milioni, con un tasso di incremento dell'1% rispetto al 2014. Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue<sup>26</sup>.

**Redditi da lavoro dipendente.** La spesa è pari a 35.158 milioni di euro, in riduzione dello 0,8% rispetto al 2014. Tale dinamica conferma gli effetti positivi derivanti dagli strumenti di *governance* del settore sanitario introdotti dagli Accordi Stato-Regioni intervenuti in materia. La contrazione osservata nel 2015 è influenzata dai seguenti fattori:

- il blocco del *turn over* in vigore nelle regioni sotto piano di rientro, sia nell'ambito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa, sia a seguito della procedura sanzionatoria di cui all'art. 1, c. 174, della L 311/2004 e s.m.i.;
- 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 30.969 milioni di euro, in crescita rispetto al 2014 del 5,2%. La dinamica complessiva dell'aggregato è essenzialmente determinata dal tasso di crescita della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici<sup>27</sup> che registra un aumento di poco inferiore al 20%, per lo più imputabile all'immissione in commercio di importanti farmaci innovativi, tra i quali quelli per la cura dell'epatite C, caratterizzati da un costo elevato. Tale incremento sarebbe risultato significativamente superiore in assenza delle

<sup>26</sup> Ministero dell'economia e delle finanze (2016).

<sup>27</sup> Trattasi per lo più di prodotti farmaceutici acquistati dalle aziende sanitarie per essere impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso il canale della distribuzione diretta.

disposizioni in materia di *pay-back* previste nella legge di stabilità 2016, che hanno consentito alle regioni l'iscrizione nei propri bilanci delle somme dovute dalle aziende farmaceutiche per il superamento dei tetti di spesa negli anni 2013 e 2014. Al netto della componente farmaceutica, che rappresenta circa un terzo dell'aggregato complessivo, gli altri consumi intermedi registrano, viceversa, una diminuzione di poco inferiore all'1%. Tale risultato beneficia delle venti misure di contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi, fra le quali:

- la messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'ANAC, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
- la possibilità, introdotta dal DL 78/2015<sup>28</sup>, per le aziende sanitarie di rinegoziare i contratti d'acquisto con i fornitori;
- 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*<sup>29</sup>.

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

La spesa è pari a 39.744 milioni di euro, in diminuzione dello 0,5% rispetto al 2014. Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:

- la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 8.290 milioni di euro, in riduzione dell'1,2% rispetto al 2014. 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 alla spesa farmaceutica territoriale<sup>30</sup>, con attivazione del meccanismo del *pay-back* in caso di superamento del predetto tetto. Unitamente a ciò, la dinamica dell'aggregato è positivamente influenzata dai seguenti fattori:
  - la riduzione del numero delle ricette, in misura pari al 2,3% circa rispetto al 2014;
  - la crescita della quota di compartecipazione a carico dei cittadini, con un incremento di circa l'1% rispetto al 2014;
- la spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è pari a 6.671 milioni di euro, sostanzialmente in linea con il valore del 2014 (+0,1%);
- la spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato (ospedaliero, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è pari a 24.783 milioni di euro, in riduzione dello 0,4% rispetto all'anno precedente. La dinamica di tale componente di spesa riflette:

<sup>28</sup> Art. 9-ter, c. 1 del DL 78/2015, convertito, con modificazioni, dalla L 125/2015.

<sup>29</sup> Tale tetto, originariamente introdotto dall'art. 17, c. 2 del DL 98/2011, è stato fissato al 4,4% dall'art. 1, c. 131, lett. b) della L 228/2012 (Legge di stabilità 2013).

<sup>30</sup> A decorrere dal 2013, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale è pari all'11,35% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (art. 15, c. 3 del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012).

- 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;
- la riduzione in misura percentuale fissa degli importi e dei corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da erogatori privati accreditati prevista dalla normativa vigente.

**Altre componenti di spesa.** Il livello di spesa è pari a 6.537 milioni di euro, con un incremento dello 0,6% rispetto al 2014.

## 2.4 - Spesa sanitaria corrente di CE

### 2.4.1 - Analisi degli andamenti generali

La spesa sanitaria corrente di CE<sup>31</sup> è passata nel periodo 2002-2015 da 78.977 milioni di euro a 111.186 milioni di euro (Tab. 2.4), con un incremento in valore assoluto pari a 32.209 milioni di euro e un tasso di crescita medio annuo del 2,7%. Nello stesso periodo il PIL è passato da 1.345.974 milioni di euro a 1.636.372 milioni di euro, con un aumento in valore assoluto di 290.577 milioni di euro e un tasso di crescita medio annuo pari all'1,5%. In rapporto al PIL, la spesa sanitaria di CE è passata da un'incidenza del 5,9% del 2002 al 6,8% nel 2015.

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 (2011-2015), la spesa è risultata sostanzialmente stabile, con un tasso di crescita medio annuo dello 0,1%.

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 2004<sup>32</sup>, 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 2005<sup>33</sup>, 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.

<sup>31</sup> I dati dal 2012 al 2015 sono osservati alla data del 15/06/2016. Le informazioni si riferiscono ai dati di consuntivo, eccezion fatta per il 2015, anno in cui si sono considerati i valori del quarto trimestre.

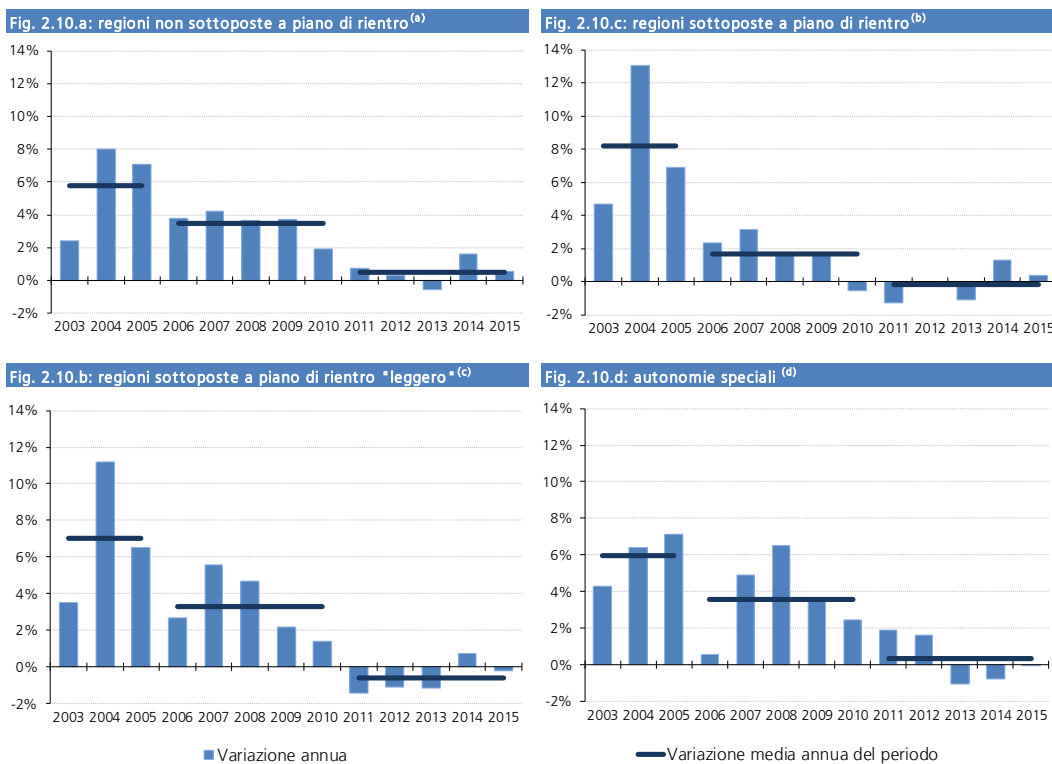
<sup>32</sup> Art. 1, c. 164 della L 311/2004 (Finanziaria 2005).

<sup>33</sup> Art. 1, c. 279 della L 266/2005 (Finanziaria 2006).



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, allora 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 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 2003-2015 (variazioni percentuali)



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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

<sup>(b)</sup> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>(c)</sup> Piemonte, Puglia.

<sup>(d)</sup> Valle d'Aosta, Province autonome di Bolzano e Trento, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2002-2015 (valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	5.851.095	6.145.549	7.110.552	7.192.558	7.457.133	7.728.499	8.074.520	8.345.876	8.467.057	8.418.390	8.399.741	8.192.089	8.188.605	8.114.762
Valle d'Aosta	190.247	197.591	208.993	224.756	245.180	246.894	260.337	263.790	278.558	278.799	278.799	271.243	263.164	263.164
Lombardia	12.709.967	12.716.177	13.395.853	14.777.035	15.351.041	16.166.791	16.723.161	17.200.800	17.816.587	18.123.612	18.154.112	18.293.407	18.789.874	18.840.201
Provincia autonoma di Bolzano	860.733	907.916	937.438	982.384	1.020.549	1.064.753	1.107.974	1.064.573	1.099.048	1.108.786	1.151.975	1.160.865	1.145.430	1.188.100
Provincia autonoma di Trento	753.544	804.192	822.130	856.613	900.377	943.363	994.949	1.062.468	1.096.091	1.131.648	1.152.669	1.150.669	1.152.692	1.132.404
Veneto	6.277.031	6.529.873	6.965.735	7.560.590	7.871.356	8.104.794	8.387.147	8.641.173	8.783.994	8.748.116	8.713.325	8.699.165	8.777.223	8.839.788
Friuli Venezia Giulia	1.658.530	1.731.738	1.885.301	1.987.706	1.983.352	2.154.625	2.311.383	2.410.250	2.442.765	2.494.185	2.511.603	2.468.870	2.373.981	2.347.133
Liguria	2.403.793	2.470.988	2.861.962	2.924.642	2.955.716	3.097.103	3.175.811	3.270.758	3.240.405	3.232.332	3.147.364	3.122.387	3.158.963	3.170.728
Emilia Romagna	5.870.440	6.110.660	6.709.700	7.053.098	7.311.317	7.627.095	7.946.685	8.269.132	8.440.909	8.494.315	8.801.341	8.617.608	8.654.501	8.747.317
Toscana	4.998.775	5.130.166	5.671.097	5.926.310	6.198.108	6.401.825	6.658.935	7.115.498	7.081.966	7.131.152	7.120.072	6.948.054	7.113.816	7.135.492
Umbria	1.187.716	1.272.798	1.338.980	1.395.324	1.461.024	1.494.981	1.560.822	1.612.288	1.623.470	1.633.976	1.643.828	1.645.648	1.637.893	1.663.960
Marche	2.036.295	2.083.258	2.275.781	2.343.910	2.447.998	2.523.276	2.617.058	2.735.555	2.799.082	2.794.725	2.749.345	2.713.320	2.735.981	2.746.287
Lazio	3.737.436	3.950.011	4.205.299	4.498.229	4.844.281	5.140.126	5.493.445	5.849.132	6.117.300	6.392.578	6.678.603	6.962.159	7.251.322	7.541.322
Abruzzo	1.819.282	1.968.704	1.948.396	2.242.184	2.206.267	2.325.936	2.351.605	2.339.611	2.331.231	2.303.108	2.348.576	2.316.030	2.374.190	2.347.125
Molise	447.250	524.554	517.714	652.721	588.287	620.170	649.298	662.683	660.620	648.109	663.454	696.380	662.812	638.837
Campania	7.552.201	7.779.975	8.751.063	9.653.474	9.203.429	9.693.517	10.005.028	10.142.309	9.995.554	9.818.993	9.710.637	9.579.880	9.795.313	9.902.968
Puglia	5.035.209	5.121.069	5.416.321	6.154.156	6.249.039	6.743.042	7.135.209	7.227.200	7.051.214	6.906.303	6.906.303	6.930.986	7.047.734	7.092.399
Basilicata	727.762	767.268	824.442	896.265	911.628	968.852	1.014.159	1.033.490	1.056.445	1.059.610	1.030.315	1.022.108	1.029.006	1.032.761
Calabria	2.547.656	2.581.237	2.762.717	2.852.564	3.009.084	3.312.246	3.365.358	3.491.273	3.447.104	3.371.332	3.360.356	3.312.330	3.369.192	3.356.543
Sicilia	6.469.388	6.640.059	7.491.556	8.402.267	8.402.267	8.322.069	8.273.579	8.389.403	8.506.248	8.499.930	8.514.826	8.530.434	8.644.902	8.638.427
Sardegna	2.206.551	2.271.538	2.438.297	2.690.633	2.630.949	2.703.951	2.903.359	3.048.483	3.175.691	3.179.609	3.225.251	3.183.654	3.238.035	3.235.887
<b>ITALIA</b>	<b>78.976.901</b>	<b>81.705.321</b>	<b>89.884.327</b>	<b>96.136.457</b>	<b>98.948.382</b>	<b>102.983.908</b>	<b>106.399.241</b>	<b>109.409.923</b>	<b>110.573.889</b>	<b>110.414.178</b>	<b>110.436.648</b>	<b>109.483.286</b>	<b>110.812.954</b>	<b>111.185.605</b>
PII ai prezzi di mercato	1.345.794.237	1.390.709.574	1.448.362.704	1.489.725.463	1.548.473.435	1.609.550.761	1.632.150.832	1.572.878.282	1.604.514.520	1.637.462.939	1.613.264.965	1.604.477.873	1.611.884.015	1.636.371.669
<i>n % del PII</i>	5,9%	5,9%	6,2%	6,5%	6,4%	6,4%	6,5%	7,0%	6,9%	6,7%	6,8%	6,8%	6,9%	6,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	36.211.779	37.081.188	40.043.550	42.877.134	44.508.188	46.384.717	48.083.778	49.878.695	50.842.858	51.127.838	51.359.702	51.061.697	51.897.257	52.176.534
<i>% sulla spesa sanitaria corrente</i>	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%	46,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	26.209.213	27.444.540	31.021.745	33.170.517	33.953.615	35.014.964	35.988.313	36.200.579	35.995.421	35.534.050	35.451.452	35.063.213	35.508.671	35.635.222
<i>% sulla spesa sanitaria corrente</i>	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%	32,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggere" <sup>(c)</sup>	10.886.304	11.266.618	12.526.873	13.346.714	13.706.172	14.471.541	15.149.148	15.481.085	15.694.257	15.469.604	15.300.044	15.123.075	15.236.339	15.207.161
<i>% sulla spesa sanitaria corrente</i>	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%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	5.669.605	5.912.975	6.292.159	6.742.092	6.780.407	7.113.586	7.578.002	7.849.564	8.041.353	8.192.866	8.325.450	8.235.301	8.170.687	8.166.688
<i>% sulla spesa sanitaria corrente</i>	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%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEI). 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 D.lgs. 118/2011.

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 2003-2015 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003-2005	2006-2010	2011-2015
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%	-0,9%	7,1%	3,3%	-0,8%
Valle d'Aosta	3,9%	5,8%	7,5%	9,1%	0,7%	5,4%	1,3%	5,3%	0,3%	0,2%	-2,7%	-3,9%	1,0%	5,7%	4,3%	-1,1%
Lombardia	0,0%	5,3%	10,3%	3,9%	5,3%	3,4%	2,9%	3,6%	1,7%	0,8%	0,8%	2,7%	0,3%	5,2%	3,8%	1,1%
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%	3,7%	4,5%	2,3%	1,6%
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%	-1,8%	4,4%	5,1%	0,7%
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%	6,4%	3,0%	0,1%
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%	-1,1%	6,2%	4,2%	-0,8%
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%	0,4%	6,8%	2,1%	-0,4%
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%	6,3%	3,7%	0,7%
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%	0,3%	5,8%	3,6%	0,2%
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%	1,6%	5,5%	3,1%	0,5%
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%	0,4%	4,8%	3,6%	-0,4%
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%	0,8%	10,5%	2,1%	-0,6%
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%	7,2%	0,8%	0,1%
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%	-3,6%	13,4%	0,2%	-0,7%
Campania	3,0%	12,5%	10,3%	-4,7%	5,3%	3,2%	1,4%	-1,4%	-1,8%	-1,1%	-1,3%	2,2%	1,1%	8,5%	0,7%	-0,2%
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%	6,9%	3,3%	-0,4%
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%	7,2%	3,3%	-0,5%
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%	-0,4%	3,8%	3,9%	-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%	-0,1%	6,5%	1,7%	0,3%
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%	-0,1%	6,8%	3,0%	0,7%
<b>ITALIA</b>	<b>3,5%</b>	<b>10,0%</b>	<b>7,0%</b>	<b>2,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>3,3%</b>	<b>2,8%</b>	<b>1,1%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,3%</b>	<b>6,8%</b>	<b>2,8%</b>	<b>0,1%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	2,4%	8,0%	7,1%	3,8%	4,2%	3,7%	3,7%	1,9%	0,7%	0,3%	-0,6%	1,6%	0,5%	5,8%	3,5%	0,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	4,7%	13,0%	6,9%	2,4%	3,1%	1,6%	1,7%	-0,6%	-1,3%	-0,2%	-1,1%	1,3%	0,4%	8,2%	1,6%	-0,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	3,5%	11,2%	6,5%	2,7%	5,6%	4,7%	2,2%	1,4%	-1,4%	-1,1%	-1,2%	0,7%	-0,2%	7,0%	3,3%	-0,6%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	4,3%	6,4%	7,2%	0,6%	4,9%	6,5%	3,6%	2,4%	1,9%	1,6%	-1,1%	-0,8%	0,0%	5,9%	3,6%	0,3%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I dati sono al netto degli ammortamenti e del salto 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.

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore in vigore al periodo 2006-2010 e un piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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. 2.6: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2015 (valori assoluti in migliaia di euro)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	-328.661	-170.753	-360.566	-387.523	-422.444	-274.636	-125.844	-37.051	56.769	-11.454
Valle d'Aosta	-70.554	-56.630	-61.532	-38.445	-58.561	-47.303	-48.559	-53.079	-34.343	-24.687
Lombardia	-293	45	96	12.712	-44.086	13.842	2.265	10.209	4.192	5.743
Provincia autonoma di Bolzano	-274.352	-261.515	-262.926	-185.596	-229.895	-222.959	-251.730	-190.141	-141.563	-204.270
Provincia autonoma di Trento	-143.210	-150.415	-163.744	-202.228	-210.607	-224.254	-245.641	-223.514	-214.728	6.151
Veneto	-144.620	-134.670	-148.512	-103.012	-6.095	114.961	11.575	4.415	15.704	4.134
Friuli Venezia Giulia	-4.249	-44.445	-42.125	-67.892	-77.490	-69.330	-66.308	-38.448	50.452	-6.764
Liguria	-95.593	-102.288	-109.311	-126.905	-95.402	-142.969	-46.160	-78.196	-63.736	-102.667
Emilia Romagna	-288.513	-91.204	-42.204	-118.360	-134.870	-104.581	-47.652	4	13.158	508
Toscana	-98.385	42.788	-2.445	-163.972	-71.655	-113.384	-50.614	-25.131	7.357	-72.204
Umbria	-54.716	11.456	4.199	8.379	5.783	9.159	4.389	4.755	9.460	2.089
Marche	-47.520	15.879	34.304	12.788	-24.761	21.187	-44.802	48.488	62.079	57.141
Lazio	-1.966.913	-1.696.481	-1.693.342	-1.419.449	-1.059.627	-773.938	-613.186	-669.624	-355.076	-379.730
Abruzzo	-197.064	-163.506	-107.656	-43.358	1.701	36.770	9.160	9.961	6.628	602
Molise	-68.494	-69.224	-78.727	-76.253	-64.695	-37.620	-54.765	-99.375	-60.027	-45.321
Campania	-749.714	-862.177	-826.736	-773.853	-497.509	-245.476	-111.076	8.771	127.760	27.657
Puglia	-210.811	-265.742	-219.575	-350.329	-332.705	-108.350	3.814	-42.488	14.046	-58.502
Basilicata	2.987	-19.868	-34.749	-25.120	-35.978	-48.550	3.861	0	1.476	-8.825
Calabria	-55.306	-277.059	-195.304	-249.030	-187.511	-110.431	-70.722	-33.926	-65.666	-60.047
Sicilia	-1.088.413	-641.451	-352.004	-270.344	-94.253	-26.091	-7.801	60	1	9.944
Sardegna	-129.216	-115.437	-184.926	-266.742	-283.560	-343.401	-391.969	-380.355	-361.787	-341.667
<b>ITALIA</b>	<b>-6.013.608</b>	<b>-5.052.699</b>	<b>-4.847.783</b>	<b>-4.834.532</b>	<b>-3.924.219</b>	<b>-2.697.355</b>	<b>-2.141.765</b>	<b>-1.784.664</b>	<b>-927.843</b>	<b>-1.202.168</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	-726.653	-277.863	-298.621	-503.490	-407.063	-250.336	-167.139	-35.455	49.690	-114.080
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	-4.125.903	-3.709.898	-3.253.768	-2.832.287	-1.901.894	-1.156.786	-848.391	-784.132	-346.379	-446.895
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	-539.472	-436.495	-580.141	-737.852	-755.149	-382.986	-122.030	-79.540	70.815	-69.956
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	-621.580	-628.442	-715.253	-760.902	-860.114	-907.246	-1.004.206	-885.537	-701.969	-571.237

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 INIRCA (-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.

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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.

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. 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 regione 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.

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 2015, 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 regioni a statuto speciale (esclusa la Sicilia) con l'aggiunta delle province autonome di Trento e Bolzano.

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 (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.

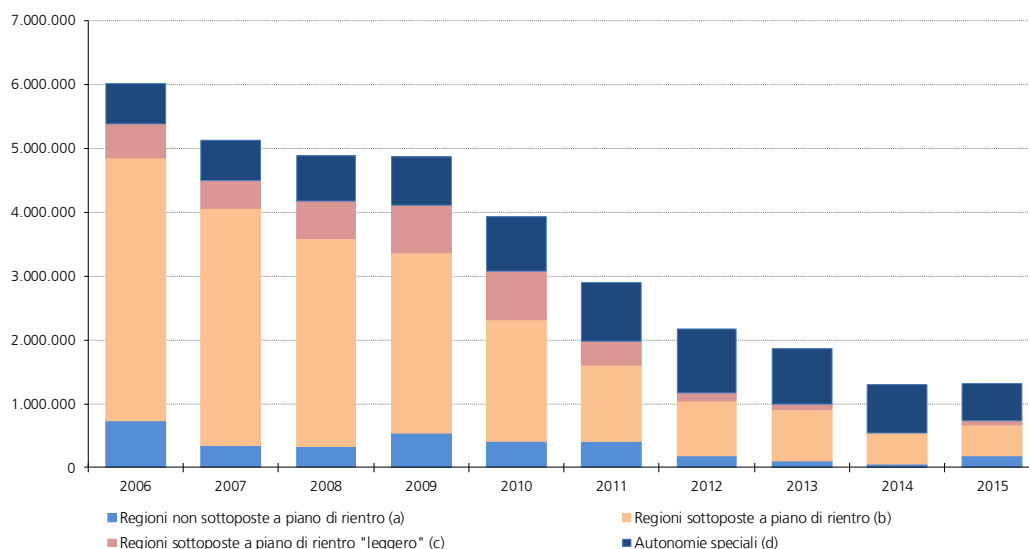
Le regioni Puglia e Piemonte sono state trattate separatamente in quanto sottoposte a un piano di rientro leggero. Infatti, stante la diversità strutturale di tale tipologia di piano rispetto a quelli "ordinari", necessitano di una trattazione distinta rispetto alle altre regioni sotto piano di rientro.

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 Stato.

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. 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 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 lo Stato non ha strumenti d'intervento diretto sulla dinamica di spesa e, pertanto, le politiche di contenimento sono state meno efficaci.

Fig. 2.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2015 (valori assoluti in migliaia di euro)



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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

<sup>(b)</sup> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>(c)</sup> Piemonte, Puglia.

<sup>(d)</sup> Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

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 fra il disavanzo sanitario regionale registrato nei diversi anni e il relativo finanziamento effettivo, comprensivo delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle "cristallizzate" e inglobate nel livello del finanziamento ordinario.

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 risorse proprie delle aziende sanitarie. Può osservarsi che, nell'anno 2006, tale indicatore registrava valori dell'ordine del 22,9% nella regione Lazio, del 9,5% nella regione Abruzzo, del 13,2% nella regione Molise, dell'8,9% nella regione Campania e del 14,6% nella regione Sicilia (Tab. 2.8). Nell'anno 2015, tale rapporto è pari al 3,6% nella regione Lazio, al 7,5% nella regione Molise, mentre le regioni Abruzzo, Campania e Sicilia evidenziano sostanzialmente una situazione di equilibrio finanziario.

A livello delle singole componenti di spesa, può evidenziarsi come il contenimento della dinamica abbia interessato tutte le voci di spesa, con un contributo maggiore della spesa per i redditi da lavoro dipendente, per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici e per la farmaceutica convenzionata.

Nei successivi paragrafi si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse voci di spesa<sup>34</sup>.

<sup>34</sup> 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 assommano complessivamente a circa il 6% dell'intera spesa sanitaria.

Tab. 2.7: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2006-2015 (valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	7.128.472	7.557.746	7.713.954	7.958.353	8.068.341	8.160.721	8.343.455	8.220.115	8.332.140	8.224.128
Valle d'Aosta	174.626	190.264	198.805	225.345	219.197	231.154	230.438	224.124	230.131	238.593
Lombardia	15.350.748	16.166.836	16.723.257	17.213.692	17.772.485	18.137.614	18.473.016	18.486.103	18.947.423	18.976.167
Provincia autonoma di Bolzano	746.197	803.238	845.048	878.977	869.153	886.085	895.235	947.443	979.975	958.811
Provincia autonoma di Trento	757.167	792.948	831.205	860.240	885.484	899.201	911.296	925.842	937.162	1.138.515
Veneto	7.726.736	7.970.087	8.238.635	8.527.456	8.777.898	8.906.721	9.012.713	8.991.647	9.195.500	9.089.936
Friuli Venezia Giulia	1.979.103	2.109.641	2.271.200	2.344.203	2.364.730	2.429.524	2.455.545	2.455.726	2.450.539	2.350.674
Liguria	2.860.123	2.956.815	3.066.500	3.173.846	3.154.988	3.101.786	3.110.512	3.070.245	3.130.953	3.113.055
Emilia Romagna	7.022.804	7.535.891	7.904.481	8.150.772	8.306.039	8.416.243	8.918.554	8.820.083	8.935.386	8.893.792
Toscana	6.099.313	6.443.702	6.651.243	6.933.624	7.014.170	7.040.898	7.212.632	7.096.530	7.290.330	7.314.322
Umbria	1.406.308	1.505.316	1.561.525	1.620.699	1.636.288	1.652.854	1.674.217	1.670.635	1.706.422	1.688.197
Marche	2.401.606	2.538.207	2.646.717	2.745.868	2.793.884	2.820.224	2.829.848	2.815.791	2.857.885	2.861.449
Lazio	8.577.368	9.106.192	9.271.423	9.755.829	10.062.831	10.189.754	10.321.374	10.034.268	10.396.326	10.498.549
Abruzzo	2.068.594	2.185.711	2.244.543	2.277.251	2.323.924	2.366.201	2.373.497	2.385.772	2.416.127	2.400.509
Molise	519.793	550.946	572.240	586.424	598.645	612.778	611.985	604.044	609.372	602.189
Campania	8.446.962	8.832.120	9.183.163	9.368.453	9.499.386	9.669.264	9.730.111	9.674.048	10.088.284	10.074.137
Puglia	6.038.228	6.422.014	6.780.162	6.784.880	6.894.495	6.953.136	6.997.011	6.937.549	7.140.002	7.140.100
Basilicata	914.615	949.001	979.552	1.008.370	1.020.466	1.021.782	1.042.550	1.030.213	1.041.748	1.034.764
Calabria	2.924.931	3.085.369	3.170.191	3.244.348	3.259.593	3.275.334	3.306.027	3.290.351	3.327.609	3.330.198
Sicilia	7.475.273	7.748.388	7.994.168	8.193.113	8.470.883	8.561.131	8.624.203	8.631.624	8.839.303	8.864.699
Sardegna	2.505.158	2.588.514	2.718.454	2.781.740	2.842.131	2.870.058	2.890.327	2.866.395	2.930.525	2.937.081
<b>ITALIA</b>	<b>93.124.127</b>	<b>98.038.944</b>	<b>101.566.468</b>	<b>104.633.483</b>	<b>106.835.012</b>	<b>108.202.461</b>	<b>109.964.546</b>	<b>109.178.548</b>	<b>111.783.142</b>	<b>111.729.865</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	43.782.253	46.065.854	47.771.911	49.374.327	50.476.219	51.098.121	52.274.042	51.981.247	53.105.647	52.971.682
% sul finanziamento effettivo	47,0%	47,0%	47,0%	47,2%	47,2%	47,2%	47,5%	47,6%	47,5%	47,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	30.012.922	31.508.726	32.435.728	33.425.418	34.215.262	34.674.461	34.967.197	34.620.107	35.677.021	35.770.281
% sul finanziamento effettivo	32,2%	32,1%	31,9%	31,9%	32,0%	32,0%	31,8%	31,7%	31,9%	32,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	13.166.700	13.979.759	14.494.117	14.743.233	14.962.836	15.113.857	15.340.466	15.157.664	15.472.142	15.364.228
% sul finanziamento effettivo	14,1%	14,3%	14,3%	14,1%	14,0%	14,0%	14,0%	13,9%	13,8%	13,8%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	6.162.252	6.484.605	6.864.712	7.090.506	7.180.694	7.316.023	7.382.841	7.419.530	7.528.332	7.623.674
% sul finanziamento effettivo	6,6%	6,6%	6,8%	6,8%	6,7%	6,8%	6,7%	6,8%	6,7%	6,8%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.<sup>(b)</sup> 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.<sup>(c)</sup> 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.<sup>(d)</sup> 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. 2.8: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2006-2015

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

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.<sup>(b)</sup> 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.<sup>(c)</sup> 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.<sup>(d)</sup> 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.

### Box 2.1 - La 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.

- a) 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 (artt. 25-26).
- b) Viene ribadita l'allocazione ottimale delle risorse cui devono tendere le regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria (articolo 27, comma 3):
  - 5% per l'assistenza collettiva;
  - 51% per l'assistenza territoriale;
  - 44% per l'assistenza ospedaliera.
- c) Con riferimento al secondo anno precedente a quello di riferimento, si provvede a individuare le migliori 5 regioni sulla base delle seguenti caratteristiche (articolo 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 (articolo 27, comma 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 (articolo 27, comma 5).

- d) 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 (articolo 27, comma 6).



- e) 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 (articolo 27, comma 6, lettere a), b), c) e d) ).
- f) Il valore di costo *standard* è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni *benchmark* (articolo 27, comma 6).
- g) Il costo così ottenuto è moltiplicato in ogni regione per la popolazione pesata (articolo 27, comma 6, lettera e). L'incidenza percentuale di tale costo, è applicata al fabbisogno *standard* nazionale dell'anno di riferimento e determina il fabbisogno *standard* regionale (articolo 27, commi 8-9).
- h) La convergenza ai valori percentuali del fabbisogno *standard* nazionale avviene in un periodo di 5 anni (articolo 27, comma 11).

#### 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, per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici e per la farmaceutica convenzionata. Nel prosieguo del paragrafo si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse voci di spesa<sup>35</sup>, con riferimento al periodo 2002-2010, anche in relazione ai raggruppamenti regionali in precedenza identificati.

**Redditi da lavoro dipendente.** La spesa per il personale passa da un incremento medio annuo del 4,8% nel periodo 2003-2005 al 2,9% nel periodo 2006-2010 (Tab. 2.10), 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. Su tale risultato ha sicuramente 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, a un incremento medio annuo del 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.

<sup>35</sup> 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 assommano complessivamente a circa il 6% dell'intera spesa sanitaria.

Tab. 2.9: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2002-2015 (valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	2.221.989	2.273.720	2.389.043	2.562.277	2.707.098	2.710.480	2.818.941	2.927.604	2.976.052	2.930.754	2.882.409	2.831.768	2.804.415	2.796.482
Valle d'Aosta	86.556	87.787	92.229	96.819	107.661	102.170	112.831	111.618	114.683	112.865	113.040	113.595	114.693	113.293
Lombardia	3.819.049	3.788.793	3.866.082	4.363.636	4.587.176	4.641.694	4.869.836	5.015.724	5.141.956	5.114.544	5.093.478	5.041.064	5.002.158	5.004.335
Provincia autonoma di Bolzano	340.338	363.571	381.492	396.741	424.335	424.335	519.163	540.893	550.315	548.998	592.847	591.724	577.781	579.805
Provincia autonoma di Trento	282.534	311.218	311.285	319.249	337.849	360.495	378.252	400.284	402.731	403.990	416.808	420.647	421.264	421.863
Veneto	2.242.422	2.274.599	2.334.839	2.401.948	2.556.496	2.547.751	2.680.665	2.735.650	2.771.366	2.745.981	2.746.489	2.742.439	2.733.369	2.733.560
Friuli Venezia Giulia	622.619	634.202	711.122	751.178	735.645	824.972	888.355	940.281	953.326	946.626	950.112	948.509	937.629	923.614
Liguria	863.462	876.135	1.056.010	1.097.527	1.087.627	1.091.006	1.132.768	1.165.444	1.176.589	1.153.651	1.116.772	1.097.678	1.090.125	1.085.459
Emilia Romagna	2.255.750	2.262.462	2.424.629	2.510.644	2.662.766	2.681.731	2.857.568	2.927.302	2.999.984	3.023.382	3.013.274	2.993.301	2.976.779	2.971.987
Toscana	1.996.170	2.007.600	2.150.269	2.220.721	2.341.522	2.350.421	2.464.892	2.575.751	2.622.856	2.607.688	2.554.189	2.518.990	2.523.935	2.531.476
Umbria	478.408	488.891	506.945	519.175	554.489	556.084	588.193	604.255	613.410	610.707	610.851	610.861	610.531	613.426
Marche	800.835	777.408	860.024	895.377	948.743	946.245	970.582	1.023.042	1.040.503	1.026.888	1.005.002	990.873	987.686	991.168
Lazio	2.170.522	2.269.401	2.384.544	2.816.123	2.940.451	2.919.997	3.023.731	3.058.797	3.075.248	2.985.459	2.894.195	2.813.820	2.747.306	2.708.779
Abruzzo	649.577	672.888	677.337	702.085	741.226	742.283	776.508	776.073	788.405	772.380	764.280	764.966	762.398	762.987
Molise	174.280	175.332	188.637	196.521	209.524	206.568	208.346	210.891	215.068	209.327	203.460	198.048	196.733	192.672
Campania	2.503.510	2.542.587	2.718.187	3.075.817	3.128.011	3.172.583	3.188.221	3.264.572	3.217.395	3.070.598	2.935.666	2.829.711	2.756.945	2.682.780
Puglia	1.651.910	1.653.895	1.737.776	1.827.275	1.950.022	2.003.661	2.078.213	2.141.161	2.190.795	2.112.490	2.040.278	1.983.365	1.988.499	1.983.317
Basilicata	279.855	276.296	300.307	318.940	345.129	352.194	378.929	384.678	393.156	385.554	380.631	376.869	377.603	376.710
Calabria	1.044.240	1.048.766	1.067.653	1.117.419	1.169.112	1.205.407	1.259.735	1.290.969	1.290.335	1.254.799	1.217.780	1.182.536	1.153.150	1.146.615
Sicilia	2.246.263	2.255.330	2.346.020	2.598.541	2.861.107	2.911.629	2.980.234	2.967.704	2.976.074	2.920.591	2.882.491	2.861.358	2.826.850	2.798.629
Sardegna	887.882	904.546	940.940	970.584	1.015.182	1.026.407	1.090.496	1.129.269	1.163.281	1.164.451	1.170.440	1.177.925	1.188.745	1.191.103
<b>ITALIA</b>	<b>27.618.171</b>	<b>27.945.427</b>	<b>29.505.370</b>	<b>31.758.597</b>	<b>33.411.171</b>	<b>33.831.004</b>	<b>35.266.459</b>	<b>36.191.962</b>	<b>36.673.528</b>	<b>36.100.803</b>	<b>35.584.492</b>	<b>35.090.067</b>	<b>34.778.594</b>	<b>34.610.060</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	12.735.951	12.752.184	13.499.105	14.327.968	15.083.948	15.167.126	15.943.433	16.431.846	16.759.820	16.667.475	16.520.686	16.372.075	16.302.186	16.308.121
% 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%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	8.788.392	8.964.304	9.442.378	10.506.506	11.049.431	11.159.467	11.436.775	11.569.006	11.562.525	11.213.154	10.897.872	10.650.439	10.443.382	10.292.462
% 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%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggiero" <sup>(c)</sup>	3.873.899	3.927.615	4.126.819	4.389.552	4.657.120	4.719.141	4.897.154	5.068.765	5.166.847	5.043.244	4.922.687	4.815.153	4.792.914	4.779.799
% 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%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	2.219.929	2.301.324	2.437.068	2.534.571	2.620.672	2.785.270	2.989.097	3.122.345	3.184.336	3.176.930	3.243.247	3.252.400	3.240.112	3.229.678
% 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%	9,3%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore in vigore di piano di rientro con un livello di gravosità diverso da quello ordinario: Piemonte, Puglia.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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. 2.10: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2003-2015 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003-2005	2006-2010	2011-2015
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%	4,9%	3,0%	-1,2%
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%	-1,2%	3,8%	3,4%	-0,2%
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%	0,0%	4,5%	3,3%	-0,5%
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%	0,4%	5,2%	6,8%	1,0%
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%	0,1%	4,2%	4,8%	0,9%
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%	2,3%	2,9%	-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%	-1,5%	6,5%	4,9%	-0,6%
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%	8,3%	1,4%	-1,6%
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%	-0,2%	3,6%	3,6%	-0,2%
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%	0,3%	3,6%	3,4%	-0,7%
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%	0,5%	2,8%	3,4%	0,0%
Marche	-2,9%	10,6%	4,1%	6,0%	-0,3%	2,6%	5,4%	1,7%	-1,3%	-2,1%	-1,4%	-0,3%	0,4%	3,8%	3,0%	-1,0%
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%	-1,4%	9,1%	1,8%	-2,5%
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%	0,1%	2,6%	2,3%	-0,7%
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%	4,1%	1,8%	-2,2%
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%	-2,7%	7,1%	0,9%	-3,6%
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%	-0,3%	3,4%	3,7%	-2,0%
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%	-0,2%	4,5%	4,3%	-0,9%
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%	-0,6%	2,3%	2,9%	-2,3%
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%	-1,0%	5,0%	2,8%	-1,2%
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%	0,2%	3,0%	3,7%	0,5%
<b>ITALIA</b>	<b>1,2%</b>	<b>5,6%</b>	<b>7,6%</b>	<b>5,2%</b>	<b>1,3%</b>	<b>4,2%</b>	<b>2,6%</b>	<b>1,3%</b>	<b>-1,6%</b>	<b>-1,4%</b>	<b>-1,4%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>4,8%</b>	<b>2,9%</b>	<b>-1,2%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	0,1%	5,9%	6,1%	5,3%	0,6%	5,1%	3,1%	2,0%	-0,6%	-0,9%	-0,9%	-0,4%	0,0%	4,0%	3,2%	-0,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	2,0%	5,3%	11,3%	5,2%	1,0%	2,5%	1,2%	-0,1%	-3,0%	-2,8%	-2,3%	-1,9%	-1,4%	6,1%	1,9%	-2,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	1,4%	5,1%	6,4%	6,1%	1,3%	3,8%	3,5%	1,9%	-2,4%	-2,4%	-2,2%	-0,5%	-0,3%	4,3%	3,3%	-1,5%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	3,7%	5,9%	4,0%	3,4%	6,3%	7,3%	4,5%	2,0%	-0,2%	2,1%	0,3%	-0,4%	-0,3%	4,5%	4,7%	0,3%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

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

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 2002-2015

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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%
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%	43,1%
Lombardia	30,0%	29,8%	28,9%	29,5%	29,9%	28,7%	29,1%	29,2%	28,9%	28,2%	28,1%	27,6%	26,6%	26,6%
Provincia autonoma di Bolzano	39,5%	40,0%	40,7%	40,4%	41,6%	44,3%	46,9%	50,8%	50,1%	49,5%	51,5%	51,0%	50,4%	48,8%
Provincia autonoma di Trento	37,5%	38,7%	37,9%	37,3%	37,5%	38,2%	38,0%	37,7%	36,7%	36,7%	36,0%	36,6%	36,5%	37,3%
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%
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%	39,4%
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%
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%	34,0%
Toscana	39,9%	39,1%	37,9%	37,5%	37,8%	36,7%	37,0%	36,2%	37,0%	36,6%	35,9%	36,3%	35,5%	35,5%
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%	36,9%
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%
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%	25,2%
Abruzzo	35,7%	34,2%	34,8%	31,3%	33,6%	31,9%	33,0%	33,2%	33,8%	33,5%	32,5%	33,0%	32,1%	32,5%
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%	30,2%
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%	27,1%
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%	28,0%
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%	36,5%
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%	34,2%
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%	32,4%
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%
<b>ITALIA</b>	<b>35,0%</b>	<b>34,2%</b>	<b>32,8%</b>	<b>33,0%</b>	<b>33,8%</b>	<b>32,9%</b>	<b>33,1%</b>	<b>33,1%</b>	<b>33,2%</b>	<b>32,7%</b>	<b>32,2%</b>	<b>32,1%</b>	<b>31,4%</b>	<b>31,1%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	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%	31,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	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%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	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%	31,4%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	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%	39,5%

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

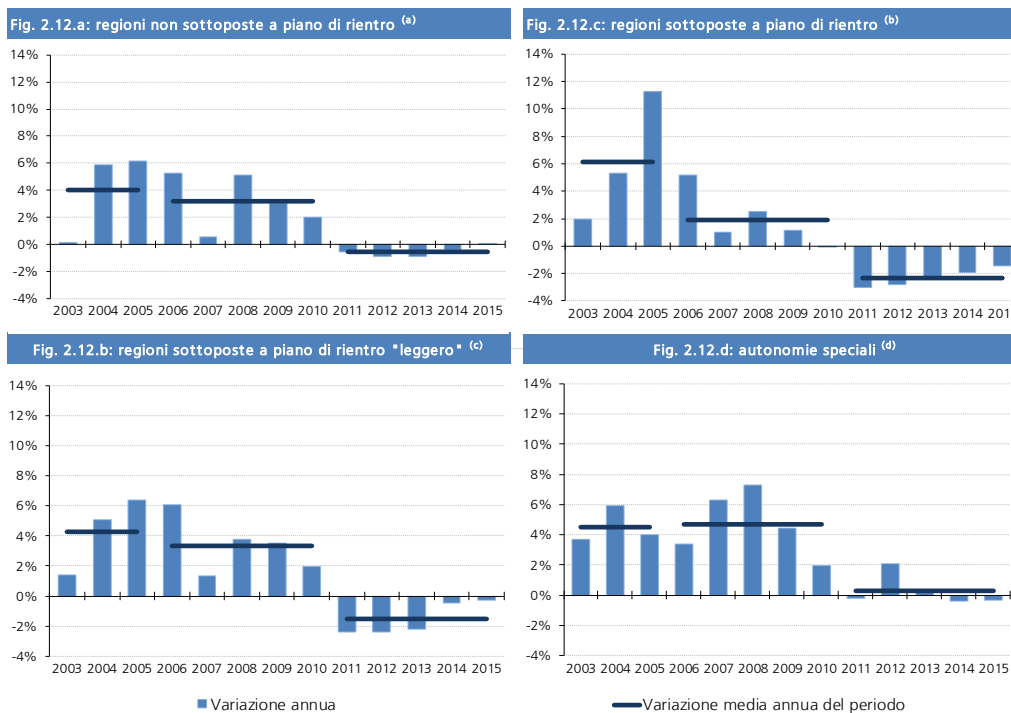
<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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.

Fig. 2.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2013-2015 (variazioni percentuali)



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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

<sup>(b)</sup> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>(c)</sup> Piemonte, Puglia.

<sup>(d)</sup> Valle d'Aosta, Province autonome di Bolzano e Trento, 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. 2.13). 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 e 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. Il peso della spesa per i prodotti farmaceutici ospedalieri sulla 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 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 a una variazione media annua del 15,7% nel periodo 2006-2010. In termini di incidenza sulla 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 2002-2015 (valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	199.769	242.848	285.190	331.945	365.172	405.168	489.427	535.200	613.275	638.173	612.209	638.790	673.516	696.063
Valle d'Aosta	5.265	6.195	6.785	8.294	8.562	9.123	11.370	13.066	13.659	15.170	13.946	13.946	14.634	18.403
Lombardia	343.633	364.033	410.377	516.663	561.555	631.168	765.062	856.622	956.033	1.006.556	1.056.339	1.127.437	1.215.044	1.476.722
Provincia autonoma di Bolzano	23.956	27.792	28.906	31.085	41.517	44.972	49.339	51.268	54.614	58.939	60.484	65.457	68.668	82.277
Provincia autonoma di Trento	24.128	27.014	29.421	31.855	34.225	38.773	34.408	38.937	41.975	43.471	45.747	46.338	49.960	52.489
Veneto	236.281	274.147	304.846	329.176	355.854	396.644	469.058	520.036	569.536	589.944	602.468	629.358	673.182	749.125
Friuli Venezia Giulia	56.308	67.506	82.013	88.492	99.492	126.533	153.061	166.318	174.353	187.360	178.015	195.380	193.734	226.244
Liguria	80.018	90.558	122.299	144.585	157.995	177.551	209.884	226.548	238.958	240.644	219.574	232.730	247.351	281.217
Emilia Romagna	265.722	313.113	352.992	384.873	403.367	435.594	529.937	578.788	613.460	624.173	614.692	652.972	675.457	747.832
Toscana	258.056	305.303	345.834	396.131	405.888	452.629	538.197	611.455	619.058	642.879	626.098	617.305	710.226	697.807
Umbria	56.597	66.710	72.359	75.132	83.606	97.371	104.156	116.819	124.841	131.725	135.198	144.698	155.070	160.202
Marche	90.887	106.197	124.292	148.764	173.090	186.945	211.563	225.617	243.598	252.983	261.569	260.397	272.331	295.455
Lazio	147.925	181.002	202.966	343.486	391.481	491.369	573.193	636.825	701.619	735.722	757.860	813.884	852.131	966.903
Abruzzo	68.945	82.330	93.232	106.311	119.405	123.080	146.581	156.311	160.630	171.875	167.860	179.387	189.762	218.145
Molise	13.645	15.871	17.580	22.294	24.199	24.535	30.106	33.108	35.155	38.979	36.601	37.155	42.568	50.197
Campania	217.770	275.405	334.979	430.046	460.019	511.622	597.316	644.448	689.648	712.629	721.007	760.113	848.918	1.114.077
Puglia	147.606	164.537	198.265	225.471	316.315	371.783	440.997	486.466	542.354	564.322	608.422	584.922	618.089	737.405
Basilicata	25.494	32.136	36.448	52.310	53.850	57.707	59.613	68.813	75.400	82.056	79.922	84.002	85.550	104.193
Calabria	65.039	75.081	84.238	94.594	108.147	120.837	145.255	183.886	206.399	249.536	246.743	284.044	296.416	359.787
Sicilia	147.760	171.664	194.162	266.721	318.715	356.594	418.989	463.084	488.814	524.857	556.228	579.250	643.753	805.222
Sardegna	96.963	108.409	125.438	135.406	137.159	174.612	222.625	239.571	268.526	272.374	255.650	285.897	307.696	337.087
<b>ITALIA</b>	<b>2.571.767</b>	<b>2.997.851</b>	<b>3.452.562</b>	<b>4.163.634</b>	<b>4.619.613</b>	<b>5.235.610</b>	<b>6.200.137</b>	<b>6.853.186</b>	<b>7.431.905</b>	<b>7.784.957</b>	<b>7.856.752</b>	<b>8.233.462</b>	<b>8.834.056</b>	<b>10.176.852</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	1.356.688	1.552.197	1.769.447	2.047.634	2.195.205	2.436.609	2.887.470	3.204.698	3.440.884	3.571.560	3.595.860	3.748.899	4.034.211	4.512.553
% 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%	44,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	661.084	801.353	927.097	1.263.452	1.421.966	1.628.037	1.911.440	2.117.662	2.282.265	2.433.598	2.486.419	2.653.833	2.873.548	3.514.331
% 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%	34,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	347.375	407.385	483.455	557.416	681.487	776.951	930.424	1.021.666	1.155.629	1.202.485	1.220.631	1.223.712	1.291.605	1.433.468
% 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%	14,1%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	206.620	236.916	272.563	295.132	320.955	394.013	470.803	509.160	553.127	577.314	553.842	607.018	634.692	716.500
% 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%	7,0%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore al 31/12/2010 e sono ancora in vigore al 31/12/2010 e sono ancora in vigore al 31/12/2010.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 2002-2015 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003-2005	2006-2010	2011-2015
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%	3,3%	18,4%	13,1%	2,6%
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%	25,8%	16,4%	10,5%	6,1%
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%	21,5%	14,6%	13,1%	9,1%
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%	19,8%	9,1%	11,9%	8,5%
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%	5,1%	9,7%	5,7%	4,6%
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%	11,3%	11,7%	11,6%	5,6%
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%	16,8%	16,3%	14,5%	5,3%
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%	13,7%	21,8%	10,6%	3,3%
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%	10,7%	13,1%	9,8%	4,0%
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%	-1,7%	15,4%	9,3%	2,4%
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%	3,3%	9,9%	10,7%	5,1%
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%	8,5%	17,9%	10,4%	3,9%
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%	13,5%	32,4%	15,4%	6,6%
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%	15,0%	15,5%	8,6%	6,3%
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%	17,9%	17,8%	9,5%	7,4%
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%	31,2%	25,5%	9,9%	10,1%
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%	19,3%	15,2%	19,2%	6,3%
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%	21,8%	27,1%	7,6%	6,7%
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%	21,4%	13,3%	16,9%	11,8%
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%	25,1%	21,8%	12,9%	10,5%
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%	9,6%	11,8%	14,7%	4,7%
<b>ITALIA</b>	<b>16,6%</b>	<b>15,2%</b>	<b>20,6%</b>	<b>11,0%</b>	<b>13,3%</b>	<b>18,4%</b>	<b>10,5%</b>	<b>8,4%</b>	<b>4,8%</b>	<b>0,9%</b>	<b>4,8%</b>	<b>7,3%</b>	<b>15,2%</b>	<b>17,4%</b>	<b>12,3%</b>	<b>6,5%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	14,4%	14,0%	15,7%	7,2%	11,0%	18,5%	11,0%	7,4%	3,8%	0,7%	4,3%	7,6%	11,9%	14,7%	10,9%	5,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	21,2%	15,7%	36,3%	12,5%	14,5%	17,4%	10,8%	7,8%	6,6%	2,2%	6,7%	8,3%	22,3%	24,1%	12,6%	9,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	17,3%	18,7%	15,3%	22,3%	14,0%	19,8%	9,8%	13,1%	4,1%	1,5%	0,3%	5,5%	11,0%	17,1%	15,7%	4,4%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	14,7%	15,0%	8,3%	8,7%	22,8%	19,5%	8,1%	8,6%	4,4%	-4,1%	9,6%	4,6%	12,9%	12,6%	13,4%	5,3%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 2002-2015

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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%	8,6%
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%
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%	7,8%
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%
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%	4,6%
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%	8,5%
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%	9,6%
Liguria	3,3%	3,7%	4,3%	4,9%	5,3%	5,7%	6,6%	6,9%	7,4%	7,4%	7,0%	7,5%	7,8%	8,9%
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%	8,5%
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%	9,8%
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%	9,6%
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%	10,8%
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%	9,0%
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%	9,3%
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%	7,9%
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%	11,2%
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%	10,4%
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%	10,1%
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%	10,7%
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%	9,3%
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%
<b>ITALIA</b>	<b>3,3%</b>	<b>3,7%</b>	<b>3,8%</b>	<b>4,3%</b>	<b>4,7%</b>	<b>5,1%</b>	<b>5,8%</b>	<b>6,3%</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,5%</b>	<b>8,0%</b>	<b>9,2%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	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%	8,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	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%	9,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	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%	9,4%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	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%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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.

Fig. 2.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 (variazioni percentuali)

Fig. 2.13.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

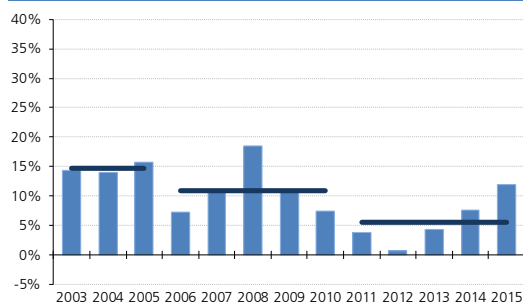


Fig. 2.13.c: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

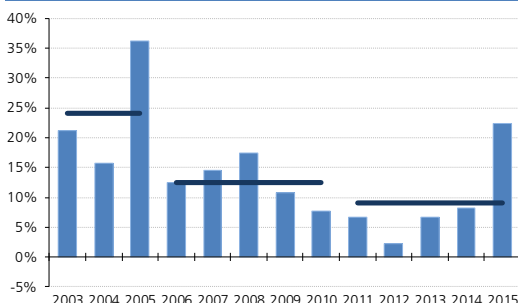


Fig. 2.13.b: regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>

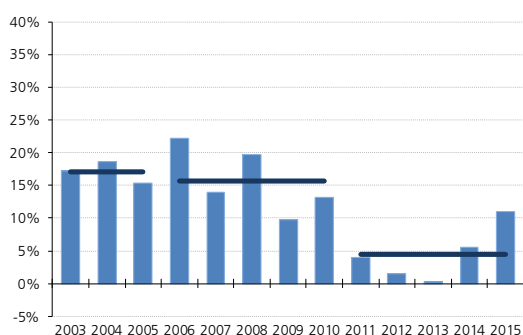
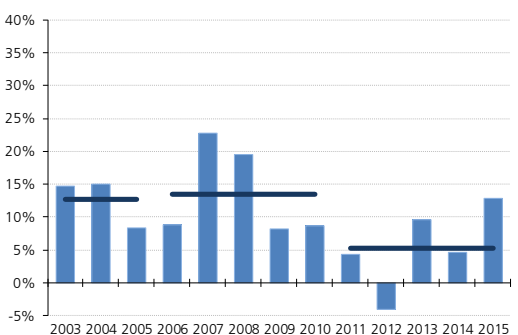


Fig. 2.13.d: autonomie speciali <sup>(d)</sup>



■ Variazione annua

— Variazione media annua del periodo

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

<sup>(b)</sup> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>(c)</sup> Piemonte, Puglia.

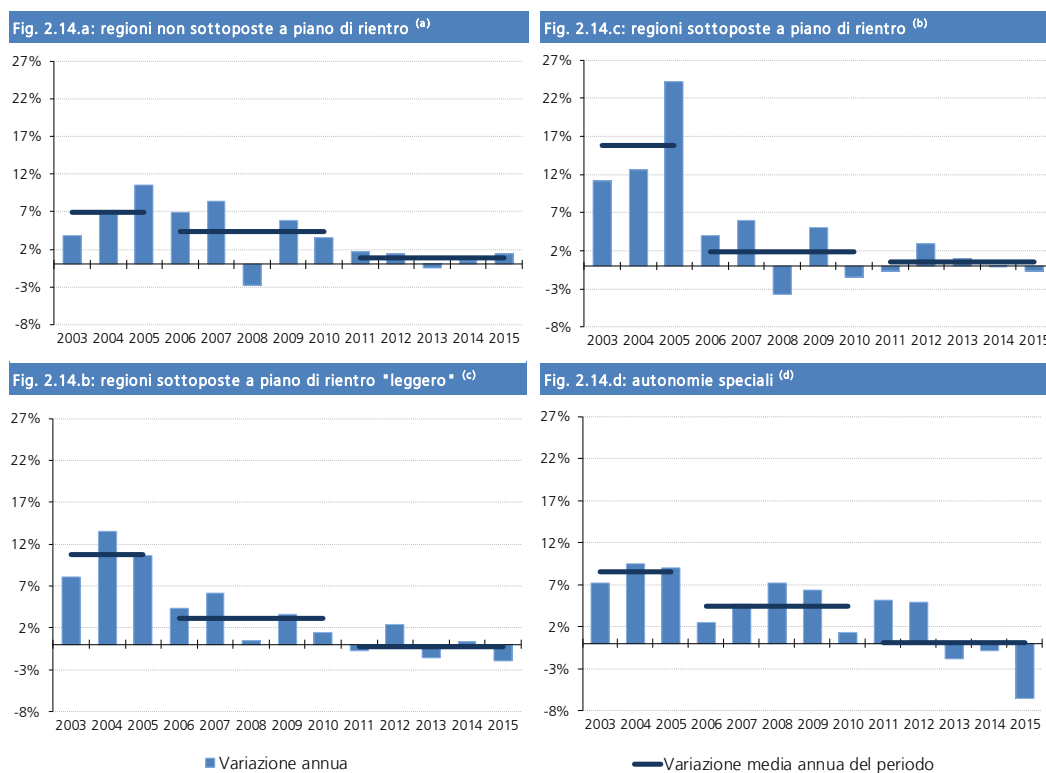
<sup>(d)</sup> Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.



**Spesa per i 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. 2.16). 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. L'incidenza di tale componente sulla spesa sanitaria regionale è passata dal 6,2% 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. Le regioni in piano di rientro leggero passano da una variazione media annua del 10,8% nel periodo 2003-2005 a una variazione media annua del 3,2% nel periodo 2006-2010. Tali andamenti si traducono in una lievissima riduzione del peso dell'aggregato sulla 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 spesa sanitaria regionale registra, invece, un incremento, passando dal 20,8% nel 2005 al 21,6% nel 2010.

**Fig. 2.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 (variazioni percentuali)**



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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

<sup>(b)</sup> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>(c)</sup> Piemonte, Puglia.

<sup>(d)</sup> Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

Tab. 2.15: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione - Anni 2002-2015 (valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	1.100.500	1.213.235	1.346.023	1.482.525	1.542.272	1.623.216	1.630.239	1.678.564	1.689.553	1.702.461	1.743.730	1.691.952	1.660.191	1.644.076
Valle d'Aosta	42.350	43.532	47.844	53.459	57.793	60.506	72.739	77.313	84.611	84.079	80.142	75.444	71.294	67.366
Lombardia	2.132.438	2.058.335	2.121.915	2.505.972	2.702.998	2.960.097	2.882.521	3.016.091	3.204.715	3.305.263	3.412.006	3.472.320	3.503.922	3.511.042
Provincia autonoma di Bolzano	223.039	241.890	253.078	263.105	273.531	284.424	220.877	218.216	217.246	221.031	242.704	236.640	231.346	235.305
Provincia autonoma di Trento	131.115	140.411	155.032	163.231	174.136	192.031	204.435	217.898	224.450	228.402	238.873	237.537	246.683	260.993
Veneto	1.377.814	1.485.845	1.559.624	1.638.200	1.788.566	2.048.114	1.824.140	1.928.704	2.004.048	2.075.863	2.082.017	2.076.578	2.082.651	2.140.205
Friuli Venezia Giulia	324.160	377.006	433.185	475.269	449.126	514.653	562.515	599.144	602.433	631.513	682.672	658.174	600.409	537.250
Liguria	423.645	458.814	529.258	584.843	597.202	637.418	640.165	683.473	674.379	681.693	629.044	637.464	639.002	633.756
Emilia Romagna	1.233.573	1.306.681	1.389.204	1.526.456	1.624.855	1.688.577	1.699.387	1.763.509	1.803.441	1.793.795	1.914.438	1.880.935	1.866.311	1.871.498
Toscana	1.041.409	1.122.528	1.279.410	1.362.703	1.435.858	1.559.406	1.479.857	1.671.675	1.695.817	1.714.502	1.709.411	1.660.978	1.694.929	1.768.352
Umbria	252.055	277.657	293.049	313.426	343.524	342.204	359.571	376.283	385.245	391.048	394.409	372.510	367.845	384.491
Marche	390.800	395.202	415.413	455.524	480.455	488.172	553.403	572.240	602.945	573.201	558.982	544.084	539.308	538.214
Lazio	1.036.114	1.232.809	1.422.443	1.915.839	1.971.857	2.132.755	1.989.418	2.142.200	2.183.014	2.146.610	2.154.534	2.114.814	2.063.982	2.014.552
Abruzzo	303.078	323.881	352.356	394.576	408.878	431.378	451.055	468.026	466.912	490.656	523.348	511.357	515.291	523.225
Molise	77.562	92.350	95.270	102.921	103.070	110.641	114.640	120.271	117.819	117.896	124.291	124.757	118.613	110.565
Campania	956.794	1.057.519	1.206.404	1.447.541	1.422.047	1.534.836	1.603.731	1.638.699	1.526.132	1.473.967	1.523.770	1.578.943	1.628.059	1.624.861
Puglia	781.005	820.757	963.915	1.073.447	1.125.322	1.206.788	1.213.714	1.267.772	1.298.454	1.261.592	1.292.534	1.295.821	1.338.034	1.296.626
Basilicata	140.862	150.881	152.284	165.672	169.724	195.036	197.648	193.110	198.822	213.512	196.863	196.158	200.450	194.573
Calabria	307.242	327.293	334.900	374.992	406.413	440.666	447.926	490.559	493.836	475.277	496.842	513.069	520.139	539.310
Sicilia	766.879	798.539	903.635	1.124.876	1.262.684	1.256.005	1.082.195	1.114.553	1.102.717	1.152.212	1.203.097	1.239.268	1.229.679	1.227.753
Sardegna	373.505	370.726	395.527	444.651	480.034	491.749	550.191	600.059	606.398	659.651	669.340	669.633	711.024	638.147
<b>ITALIA</b>	<b>13.415.939</b>	<b>14.295.891</b>	<b>15.649.769</b>	<b>17.869.228</b>	<b>18.820.567</b>	<b>20.154.672</b>	<b>19.780.367</b>	<b>20.838.359</b>	<b>21.182.797</b>	<b>21.394.224</b>	<b>21.873.047</b>	<b>21.788.436</b>	<b>21.829.162</b>	<b>21.762.160</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	6.992.596	7.255.943	7.740.157	8.552.796	9.143.182	9.916.024	9.636.692	10.205.085	10.569.412	10.748.877	10.897.170	10.841.027	10.894.418	11.042.131
% 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%	50,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	3.447.669	3.832.391	4.315.008	5.360.745	5.574.949	5.906.281	5.688.965	5.974.308	5.890.430	5.856.618	6.025.882	6.082.208	6.075.763	6.040.266
% sulla spesa sanitaria corrente	25,7%	26,8%	27,6%	30,0%	29,6%	29,3%	28,8%	28,7%	27,9%	27,4%	27,5%	27,9%	27,8%	27,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	1.881.505	2.035.992	2.309.938	2.555.972	2.667.594	2.830.004	2.843.953	2.946.336	2.988.007	2.964.053	3.036.264	2.987.773	2.998.225	2.940.702
% 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%	13,5%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	1.094.169	1.173.565	1.284.666	1.399.715	1.434.842	1.502.363	1.610.757	1.712.630	1.734.948	1.824.676	1.913.731	1.877.428	1.860.756	1.739.061
% 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%	8,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).  
<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.  
<sup>(b)</sup> 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.  
<sup>(c)</sup> 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.  
<sup>(d)</sup> 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 2002-2015 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003-2005	2006-2010	2011-2015
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%	-1,0%	10,4%	2,6%	-0,5%
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%	-5,5%	8,1%	9,6%	-4,5%
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%	0,2%	5,5%	5,0%	1,8%
Provincia autonoma di Bolzano	8,5%	4,6%	4,0%	4,0%	-11,1%	-9,3%	-1,2%	-0,4%	1,7%	9,8%	-2,5%	-2,2%	1,7%	5,7%	-3,8%	1,6%
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%	5,8%	7,6%	6,6%	3,1%
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%	2,8%	5,9%	4,1%	1,3%
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%	-10,5%	13,6%	4,8%	-2,3%
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%	-0,8%	11,3%	2,9%	-1,2%
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%	0,3%	7,4%	3,4%	0,7%
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%	4,3%	9,4%	4,5%	0,8%
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%	4,5%	7,5%	4,2%	0,0%
Marche	1,1%	5,1%	9,7%	5,5%	1,6%	13,4%	3,4%	3,4%	-4,9%	-2,5%	-2,7%	-0,9%	-0,2%	5,2%	5,8%	-2,2%
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%	-2,4%	22,7%	2,6%	-1,6%
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%	1,5%	9,2%	3,4%	2,3%
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%	-6,8%	9,9%	2,7%	-1,3%
Campania	10,5%	14,1%	20,0%	-1,8%	7,9%	4,5%	2,2%	-6,9%	-3,4%	3,4%	3,6%	3,1%	-0,2%	14,8%	1,1%	1,3%
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%	-3,1%	11,2%	3,9%	0,0%
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%	-2,9%	5,6%	3,7%	-0,4%
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%	3,7%	6,9%	5,7%	1,8%
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%	-0,2%	13,6%	-0,4%	2,2%
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%	-10,2%	6,0%	6,4%	1,0%
<b>ITALIA</b>	<b>6,6%</b>	<b>9,5%</b>	<b>14,2%</b>	<b>5,3%</b>	<b>7,1%</b>	<b>-1,9%</b>	<b>5,3%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,0%</b>	<b>2,2%</b>	<b>-0,4%</b>	<b>0,2%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>10,0%</b>	<b>3,5%</b>	<b>0,5%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	3,8%	6,7%	10,5%	6,9%	8,5%	-2,8%	5,9%	3,6%	1,7%	1,4%	-0,5%	0,5%	1,4%	6,9%	4,3%	0,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	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%	15,9%	1,9%	0,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	8,1%	13,6%	10,7%	4,4%	6,1%	0,5%	3,6%	1,4%	-0,8%	2,4%	-1,6%	0,3%	-1,9%	10,8%	3,2%	-0,3%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	7,3%	9,5%	9,0%	2,5%	4,7%	7,2%	6,3%	1,3%	5,2%	4,9%	-1,9%	-0,9%	-6,5%	8,6%	4,4%	0,0%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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. 2.17: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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%
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%	25,6%
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%	18,6%
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%	19,8%
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%	23,0%
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%	24,2%
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%	22,9%
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%
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%
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%	24,8%
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%	23,1%
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%	19,6%
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%	18,7%
Abruzzo	16,7%	16,5%	18,1%	17,6%	18,5%	18,5%	19,2%	20,0%	20,0%	21,3%	22,3%	22,1%	21,7%	22,3%
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%	17,3%
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%	16,4%
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%
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%	18,8%
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%	16,1%
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%	14,2%
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%	19,7%
<b>ITALIA</b>	<b>17,0%</b>	<b>17,5%</b>	<b>17,4%</b>	<b>18,6%</b>	<b>19,0%</b>	<b>19,6%</b>	<b>18,6%</b>	<b>19,0%</b>	<b>19,2%</b>	<b>19,4%</b>	<b>19,8%</b>	<b>19,9%</b>	<b>19,7%</b>	<b>19,6%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	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%	21,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	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%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	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%	19,3%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	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%	21,3%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.<sup>(b)</sup> 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.<sup>(c)</sup> 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.<sup>(d)</sup> 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.

**Spesa per l'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.2.19), mantenendo sostanzialmente inalterato il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale, che si attesta al 5,9% sia nel 2005 che nel 2010 (Tab.2.20).

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. Il peso della spesa per la medicina di base sulla 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 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 spesa sanitaria regionale si evidenzia un leggero incremento, dal 5,9% del 2005 al 6,2% del 2010.

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 spesa sanitaria regionale è pari al 5,6% nel 2005 ed è confermato nel 2010.

Tab. 2.18: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2002-2015 (valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	319.154	355.845	367.706	407.705	425.300	435.909	441.877	462.850	475.228	475.050	475.939	471.664	480.282	481.459
Vale d'Aosta	9.776	9.528	9.870	12.354	11.907	11.786	13.293	15.430	14.515	15.268	15.633	16.243	16.079	16.112
Lombardia	648.563	672.449	697.730	872.581	877.481	863.499	837.088	882.934	907.035	900.087	898.705	874.173	874.007	876.469
Provincia autonoma di Bolzano	37.048	39.151	41.341	42.021	43.869	45.343	49.380	52.598	53.695	54.264	54.891	55.600	56.051	56.051
Provincia autonoma di Trento	43.021	45.598	46.433	51.055	50.779	52.283	53.648	55.255	57.454	58.906	59.265	59.195	58.437	58.992
Veneto	365.759	380.127	391.926	438.118	460.885	472.909	487.916	524.341	540.963	546.973	548.435	544.888	544.216	549.084
Friuli Venezia Giulia	92.986	96.019	97.415	105.971	114.104	118.326	117.181	125.046	126.587	132.842	130.709	128.527	126.548	122.706
Liguria	114.392	118.885	122.329	138.770	142.822	144.178	149.774	156.486	162.297	163.424	162.442	159.972	158.886	157.942
Emilia Romagna	316.450	323.920	331.855	373.764	391.478	424.999	450.453	482.312	510.914	516.455	525.024	520.403	521.259	523.157
Toscana	298.722	303.160	321.099	373.245	385.382	382.046	378.188	395.218	407.468	413.094	412.193	408.752	407.331	413.049
Umbria	67.831	69.993	70.992	78.025	82.506	80.505	85.835	89.558	90.400	91.204	88.414	96.083	94.067	95.664
Marche	129.858	135.355	135.944	148.613	155.927	158.488	162.540	169.596	167.816	172.243	172.685	173.211	172.375	170.722
Lazio	395.391	410.204	424.613	489.949	533.127	553.004	539.354	588.209	576.942	613.341	615.431	606.558	605.042	605.376
Abruzzo	114.017	112.958	111.196	128.142	139.682	150.786	150.750	149.769	150.917	153.060	151.536	150.669	155.009	154.957
Molise	28.793	29.530	33.411	41.241	41.139	45.791	46.385	49.301	49.996	51.755	50.888	48.795	48.373	47.354
Campania	519.778	549.218	598.514	651.532	677.815	657.111	634.435	636.957	645.992	645.389	651.424	642.785	642.345	640.663
Puglia	306.161	332.814	332.833	375.468	396.126	398.721	455.929	467.031	494.778	507.412	514.899	517.693	520.884	516.728
Basilicata	53.109	56.971	65.410	72.076	75.797	76.997	81.573	84.782	82.931	83.618	80.448	80.243	80.059	79.907
Calabria	183.719	184.638	195.297	220.567	227.826	218.538	224.809	240.105	247.885	247.719	247.816	251.864	251.510	250.529
Sicilia	418.895	423.800	466.494	501.859	524.005	538.243	530.599	546.539	582.074	586.510	591.581	593.610	597.609	597.002
Sardegna	139.498	146.028	149.984	167.909	177.831	178.337	176.583	186.653	194.840	197.619	200.132	203.243	203.619	201.537
<b>ITALIA</b>	<b>4.602.921</b>	<b>4.796.191</b>	<b>5.012.392</b>	<b>5.690.965</b>	<b>5.935.788</b>	<b>6.007.799</b>	<b>6.067.592</b>	<b>6.360.970</b>	<b>6.540.727</b>	<b>6.626.133</b>	<b>6.648.192</b>	<b>6.609.462</b>	<b>6.613.537</b>	<b>6.615.460</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	1.994.684	2.060.860	2.137.285	2.495.192	2.572.278	2.603.621	2.633.367	2.785.227	2.869.824	2.886.998	2.888.346	2.857.725	2.852.200	2.865.994
% 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%	43,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	1.660.593	1.710.348	1.829.525	2.033.290	2.143.594	2.163.473	2.126.332	2.210.880	2.253.806	2.297.774	2.308.676	2.294.281	2.299.888	2.295.881
% 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%	34,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	625.315	688.659	700.539	783.173	821.426	834.630	897.806	929.881	970.006	982.462	990.838	995.357	1.001.166	998.187
% 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%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	322.329	336.324	345.043	379.310	398.490	406.075	410.087	434.982	447.091	458.999	460.332	462.099	460.283	455.398
% 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%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

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

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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. 2.19: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2003-2015 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003-2005	2006-2010	2011-2015
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%	0,2%	8,5%	3,1%	0,3%
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%	0,2%	8,1%	3,3%	2,1%
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%	0,3%	10,4%	0,8%	-0,7%
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%	0,8%	4,3%	5,0%	0,9%
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%	-1,3%	0,9%	5,9%	2,4%	0,5%
Veneto	3,9%	3,1%	11,8%	5,2%	2,6%	3,2%	7,5%	3,2%	1,1%	0,3%	-0,6%	-0,1%	0,9%	6,2%	4,3%	0,3%
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%	-3,0%	4,5%	3,6%	-0,6%
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%	-0,6%	6,7%	3,2%	-0,5%
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%	5,7%	6,5%	0,5%
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%	1,4%	7,7%	1,8%	0,3%
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%	1,7%	4,8%	3,0%	1,1%
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%	-1,0%	4,6%	2,5%	0,3%
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%	0,1%	7,4%	3,3%	1,0%
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%	0,0%	4,0%	3,3%	0,5%
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%	-2,1%	12,7%	3,9%	-1,1%
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%	-0,3%	7,8%	-0,2%	-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%	7,0%	5,7%	0,9%
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%	-0,2%	10,7%	2,8%	-0,7%
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%	-0,4%	6,3%	2,4%	0,2%
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%	6,2%	3,0%	0,5%
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%	6,4%	3,0%	0,7%
<b>ITALIA</b>	<b>4,2%</b>	<b>4,5%</b>	<b>13,5%</b>	<b>4,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,0%</b>	<b>4,8%</b>	<b>2,8%</b>	<b>1,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>7,3%</b>	<b>2,8%</b>	<b>0,2%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	3,3%	3,7%	16,7%	3,1%	1,2%	1,1%	5,8%	3,0%	0,6%	0,0%	-1,1%	-0,2%	0,5%	7,7%	2,8%	0,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	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%	7,0%	2,1%	0,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	10,1%	1,7%	11,8%	4,9%	1,6%	7,6%	3,6%	4,3%	1,3%	0,9%	0,5%	0,6%	-0,3%	7,8%	4,4%	0,6%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	4,3%	2,6%	9,9%	5,1%	1,9%	1,0%	6,1%	2,8%	2,6%	0,3%	0,4%	-0,4%	-1,1%	5,6%	3,3%	0,4%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE)

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 l'assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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%
Valle 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%
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%	4,7%
Provincia autonoma di Bolzano	4,3%	4,3%	4,4%	4,3%	4,3%	4,3%	4,5%	4,9%	4,9%	4,9%	4,7%	4,7%	4,9%	4,7%
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%
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%
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%	5,2%
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%	5,0%
Emilia Romagna	5,4%	5,3%	4,9%	5,3%	5,4%	5,6%	5,7%	5,8%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%
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%	5,8%
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%
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%	6,2%
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%	5,6%
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%
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%
Campania	6,9%	7,1%	6,8%	6,7%	7,4%	6,8%	6,3%	6,5%	6,6%	6,7%	6,7%	6,7%	6,6%	6,5%
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%
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%
Calabria	7,2%	7,2%	7,1%	7,7%	7,6%	6,6%	6,7%	7,2%	7,3%	7,4%	7,6%	7,5%	7,5%	7,5%
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%
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%
<b>ITALIA</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,6%</b>	<b>5,9%</b>	<b>6,0%</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,7%</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,9%</b>	<b>6,0%</b>	<b>6,0%</b>	<b>6,0%</b>	<b>6,0%</b>	<b>5,9%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	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%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	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%	6,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	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%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	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%

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

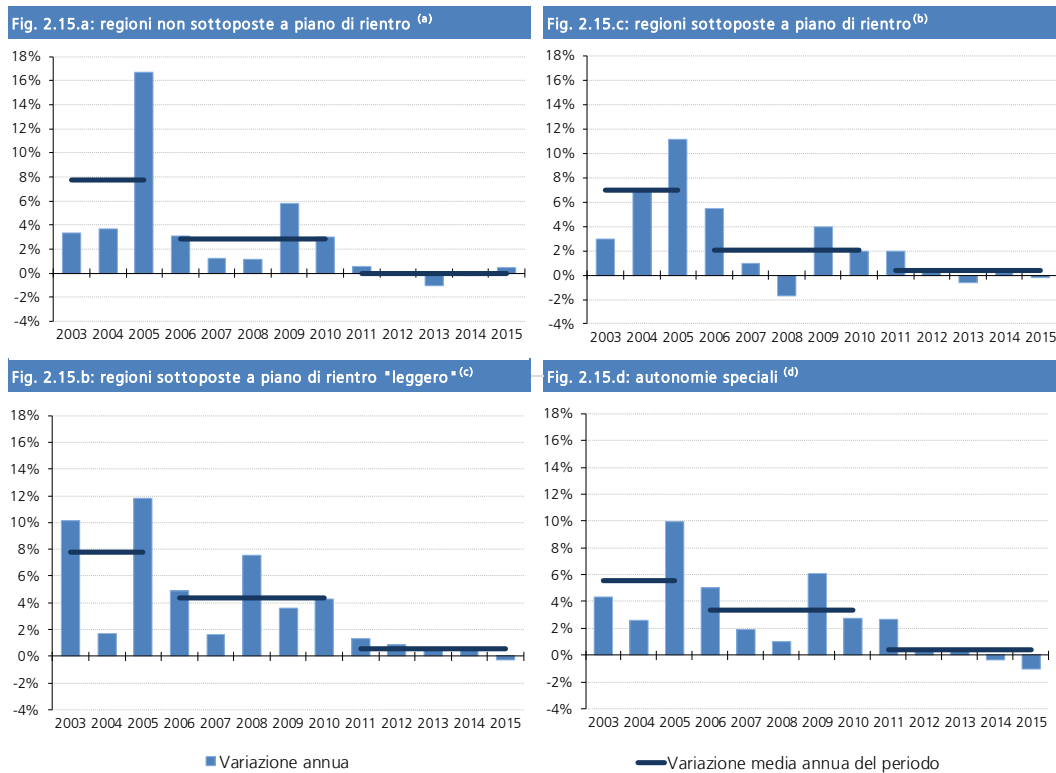
<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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.

Fig. 2.15: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 (variazioni percentuali)



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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

<sup>(b)</sup> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>(c)</sup> Piemonte, Puglia.

<sup>(d)</sup> Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

**Spesa per la 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. 2.22), riducendo il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva dal 12,4% nel 2005 al 9,9% nel 2010 (Tab. 2.23).

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 sanitaria<sup>36</sup>. 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 (*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 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 a un tasso di variazione medio annuo negativo (-0,2%) nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla 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 spesa sanitaria regionale, dall'11,3% del 2005 al 9,2% del 2010.

---

<sup>36</sup> In merito al Sistema Tessera Sanitaria, si rinvia al capitolo 5.



Tab. 2.21: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2002-2015 (valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	763.407	711.537	751.687	758.731	803.837	796.611	808.047	811.886	774.814	697.864	643.386	608.608	595.932	584.512
Vale d'Aosta	21.973	21.828	23.639	22.376	23.108	22.736	21.335	21.378	22.123	19.621	19.033	18.698	18.172	16.404
Lombardia	1.748.011	1.504.887	1.667.235	1.592.032	1.679.498	1.631.621	1.573.810	1.565.667	1.560.243	1.436.699	1.328.461	1.293.241	1.266.944	1.292.420
Provincia autonoma di Bolzano	72.058	70.604	73.931	68.954	63.720	60.582	59.900	60.705	61.512	55.295	46.042	44.587	46.133	46.014
Provincia autonoma di Trento	73.920	73.255	80.375	77.137	80.329	78.862	77.000	77.364	78.514	75.323	69.433	67.745	66.785	63.717
Veneto	783.578	726.642	793.248	777.297	803.738	782.856	745.307	748.972	743.232	671.133	589.109	583.152	555.439	543.971
Friuli Venezia Giulia	221.694	215.582	232.723	225.413	237.825	232.602	225.254	223.483	230.444	216.184	196.186	189.571	186.461	182.431
Liguria	359.339	353.228	379.799	378.665	385.532	348.278	335.138	318.845	299.366	283.381	246.862	236.136	227.186	221.259
Emilia Romagna	780.987	764.190	804.201	779.736	793.627	769.904	727.545	718.707	715.341	646.553	551.872	532.875	510.575	491.210
Toscana	680.149	637.885	677.381	666.169	678.954	657.242	632.320	607.753	611.310	551.632	504.682	465.514	457.018	448.612
Umbria	166.709	157.584	164.692	166.587	172.002	165.351	161.845	156.517	156.460	146.588	135.684	131.129	123.719	127.515
Marche	310.310	289.537	305.630	301.550	308.532	305.277	293.400	288.091	284.604	254.967	233.198	239.209	234.842	237.922
Lazio	1.246.753	1.263.012	1.409.900	1.397.630	1.518.103	1.312.891	1.252.352	1.171.335	1.195.440	1.087.759	926.981	900.871	884.327	887.897
Abruzzo	288.219	278.076	276.935	274.874	290.350	267.202	267.497	260.766	263.937	248.343	225.362	219.542	223.808	223.449
Molise	71.510	70.192	75.086	67.098	67.782	63.642	63.827	62.715	58.471	55.024	50.541	50.177	47.981	45.958
Campania	1.259.081	1.206.635	1.264.449	1.234.400	1.216.981	1.118.258	1.115.450	1.097.682	1.068.676	950.920	878.831	860.636	847.256	859.324
Puglia	853.675	806.696	876.811	903.483	935.263	837.090	854.821	875.690	869.413	719.939	638.022	668.102	669.548	614.669
Basilicata	131.403	127.945	132.003	109.649	120.019	111.757	114.282	114.799	106.299	95.501	82.306	80.950	79.351	81.550
Calabria	459.472	430.994	451.778	478.793	523.472	498.697	488.230	459.280	441.523	362.146	332.833	313.462	314.337	305.898
Sicilia	1.199.623	1.120.318	1.273.509	1.245.565	1.307.474	1.138.704	1.072.548	1.016.619	1.023.403	954.354	870.465	811.822	737.914	675.919
Sardegna	337.333	360.232	382.621	368.269	373.293	340.317	336.415	339.216	347.434	332.771	322.049	300.085	295.899	281.854
<b>ITALIA</b>	<b>11.829.204</b>	<b>11.190.859</b>	<b>12.097.633</b>	<b>11.894.408</b>	<b>12.383.439</b>	<b>11.540.480</b>	<b>11.226.523</b>	<b>10.997.470</b>	<b>10.912.559</b>	<b>9.861.997</b>	<b>8.891.338</b>	<b>8.616.104</b>	<b>8.389.687</b>	<b>8.232.505</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	4.960.486	4.561.898	4.924.189	4.771.685	4.941.902	4.772.286	4.583.647	4.519.351	4.476.855	4.086.454	3.672.174	3.562.206	3.455.134	3.444.459
% 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%	41,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	4.524.658	4.369.227	4.751.657	4.698.360	4.924.162	4.399.394	4.259.904	4.068.397	4.051.450	3.658.546	3.285.013	3.156.510	3.055.623	2.998.445
% sulla spesa sanitaria corrente	38,2%	39,0%	39,3%	39,5%	39,8%	38,1%	37,9%	37,0%	37,1%	37,1%	36,9%	36,6%	36,4%	36,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	1.617.082	1.518.233	1.628.498	1.662.214	1.739.100	1.633.701	1.662.868	1.687.576	1.644.227	1.417.803	1.281.408	1.276.702	1.265.480	1.199.181
% 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%	14,6%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	726.978	741.501	793.289	762.149	778.275	735.099	720.104	722.146	740.027	699.194	652.743	620.686	613.450	590.420
% 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%	7,2%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> Ricomprende le regioni che hanno avviato il piano di rientro nel periodo 2006-2010 e sono ancora in vigore al 31/12/2010 e il piano di rientro in corso dal 2011.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2003-2015 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003-2005	2006-2010	2011-2015
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%	-1,9%	-0,2%	0,4%	-5,5%
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%	-9,7%	0,6%	-0,2%	-5,8%
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%	2,0%	-3,1%	-0,4%	-3,7%
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%	-0,3%	-1,5%	-2,3%	-5,6%
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%	-4,6%	1,4%	0,4%	-4,1%
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%	-2,1%	-0,3%	-0,9%	-6,1%
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%	-2,2%	0,6%	0,4%	-4,6%
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%	-2,6%	1,8%	-4,6%	-5,9%
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%	-3,8%	-0,1%	-1,7%	-7,2%
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%	-1,8%	-0,7%	-1,7%	-6,0%
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%	3,0%	0,0%	-1,2%	-4,0%
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%	1,3%	-0,9%	-1,2%	-3,5%
Lazio	1,3%	11,6%	-0,9%	8,6%	-13,5%	-4,6%	-6,5%	2,1%	-9,0%	-14,8%	-2,8%	-1,8%	0,4%	3,9%	-3,1%	-5,8%
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%	-0,2%	-1,6%	-0,8%	-4,0%
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%	-4,2%	-2,1%	-2,7%	-4,7%
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%	1,4%	-0,7%	-2,8%	-4,3%
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%	1,9%	-0,8%	-6,7%
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%	2,8%	-5,9%	-0,6%	-5,2%
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%	-2,7%	1,4%	-1,6%	-7,1%
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%	-8,4%	1,3%	-3,9%	-8,0%
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%	-4,7%	3,0%	-1,2%	-4,1%
<b>ITALIA</b>	<b>-5,4%</b>	<b>8,1%</b>	<b>-1,7%</b>	<b>4,1%</b>	<b>-6,8%</b>	<b>-2,7%</b>	<b>-2,0%</b>	<b>-0,8%</b>	<b>-9,6%</b>	<b>-9,8%</b>	<b>-3,1%</b>	<b>-2,6%</b>	<b>-1,9%</b>	<b>0,2%</b>	<b>-1,7%</b>	<b>-5,5%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	-8,0%	7,9%	-3,1%	3,6%	-3,4%	-4,0%	-1,4%	-0,9%	-8,7%	-10,1%	-3,0%	-3,0%	-0,3%	-1,3%	-1,3%	-5,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	-3,4%	8,8%	-1,1%	4,8%	-10,7%	-3,2%	-4,5%	-0,4%	-9,7%	-10,2%	-3,9%	-3,2%	-1,9%	1,3%	-2,9%	-5,8%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	-6,1%	7,3%	2,1%	4,6%	-6,1%	1,8%	1,5%	-2,6%	-13,8%	-9,6%	-0,4%	-0,9%	-5,2%	0,9%	-0,2%	-6,1%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	2,0%	7,0%	-3,9%	2,1%	-5,5%	-2,0%	0,3%	2,5%	-5,5%	-6,6%	-4,9%	-1,2%	-3,8%	1,6%	-0,6%	-4,4%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2015

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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%
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%	6,2%
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%
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%
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%	5,6%
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%	6,2%
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%
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%	7,0%
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%	5,6%
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%
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%
Marche	15,2%	13,9%	13,4%	12,9%	12,6%	12,1%	11,2%	10,5%	10,2%	9,1%	8,5%	8,8%	8,6%	8,7%
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%
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%	9,5%
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%	7,2%
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%
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%
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%
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%
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%
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%	8,7%
<b>ITALIA</b>	<b>15,0%</b>	<b>13,7%</b>	<b>13,5%</b>	<b>12,4%</b>	<b>12,5%</b>	<b>11,2%</b>	<b>10,6%</b>	<b>10,1%</b>	<b>9,9%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,1%</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,6%</b>	<b>7,4%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	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%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	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%	8,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	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%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	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%	7,2%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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.

Fig. 2.16: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2003-2015 (variazioni percentuali)

Fig. 2.16.a: regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>

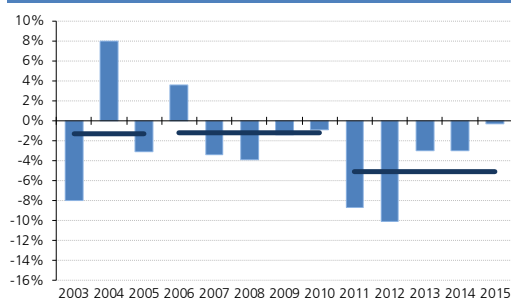


Fig. 2.16.c: regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>

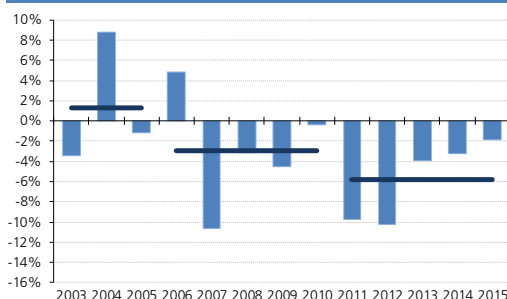


Fig. 2.16.b: regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>

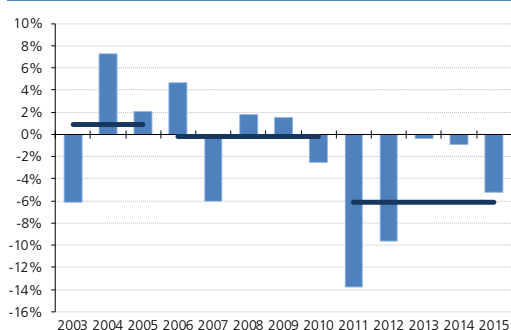
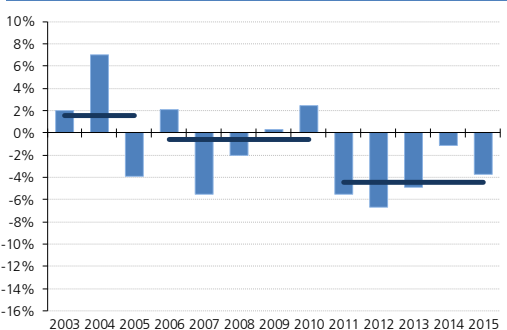


Fig. 2.16.d: autonomie speciali <sup>(d)</sup>



■ Variazione annua

— Variazione media annua del periodo

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

<sup>(b)</sup> Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

<sup>(c)</sup> Piemonte, Puglia.

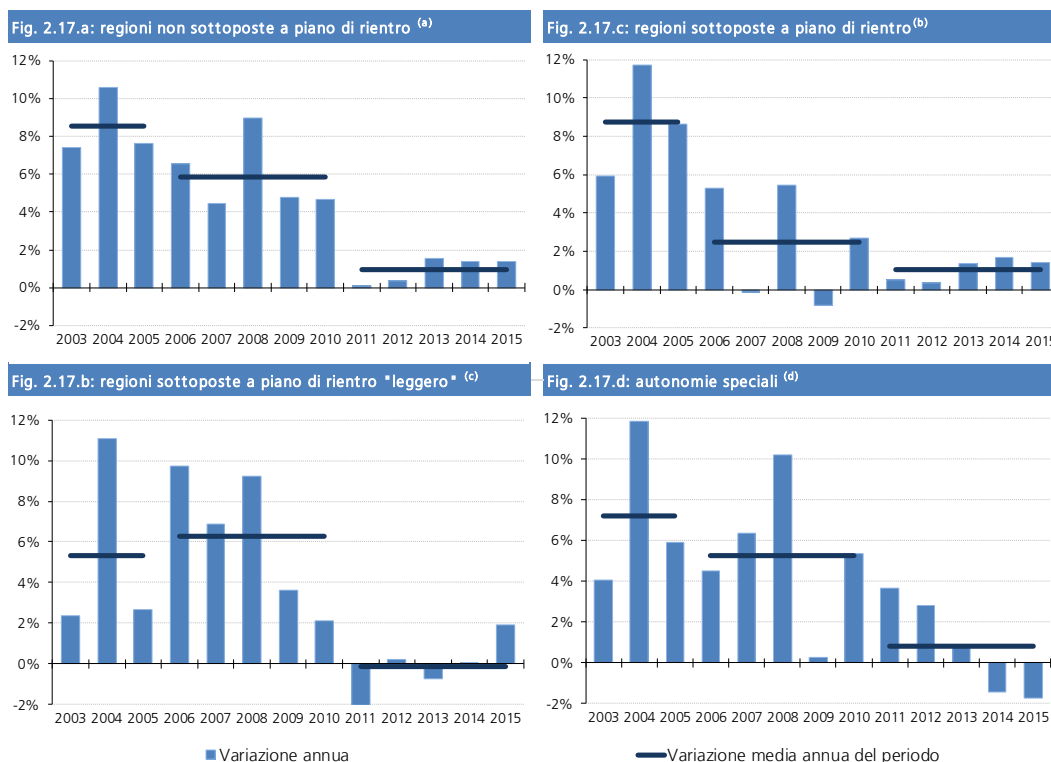
<sup>(d)</sup> Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

**Spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato.** La spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato<sup>37</sup> passa da un incremento medio annuo dell'8,1% nel periodo 2003-2005 a un incremento medio annuo del 4,6% nel periodo 2006-2010 (Tab. 2.25). 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. Il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla 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 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 2003-2015 (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.

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

<sup>37</sup> 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 2002-2015 (valori assoluti in migliaia di euro e composizioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	1.022.631	1.091.369	1.213.708	1.157.885	1.212.855	1.299.572	1.485.219	1.548.245	1.633.619	1.595.282	1.590.082	1.514.493	1.498.782	1.524.242
Valle d'Aosta	14.124	17.505	21.048	23.184	24.468	26.306	16.753	17.950	20.747	22.481	24.150	24.546	23.198	22.851
Lombardia	2.973.293	3.167.987	3.590.647	3.865.499	4.127.648	4.365.050	4.691.420	4.898.735	5.218.796	5.258.098	5.249.593	5.417.837	5.434.390	5.477.567
Provincia autonoma di Bolzano	102.574	97.792	106.386	120.648	129.575	140.095	167.518	119.181	125.048	126.080	128.448	130.974	118.052	124.414
Provincia autonoma di Trento	80.134	84.967	93.207	98.100	100.946	107.487	111.798	121.195	131.645	138.349	152.517	150.465	148.341	147.991
Veneto	1.076.982	1.199.741	1.294.710	1.439.057	1.554.314	1.518.096	1.639.388	1.700.361	1.732.224	1.665.636	1.629.188	1.597.362	1.611.019	1.639.082
Friuli Venezia Giulia	146.827	164.757	173.964	182.277	192.741	213.183	239.927	252.998	266.230	274.015	274.152	269.417	263.948	232.123
Liguria	209.694	231.626	260.940	284.416	300.247	328.249	368.903	388.437	400.457	390.945	392.444	383.067	403.000	412.561
Emilia Romagna	785.489	832.998	912.945	934.145	977.121	1.045.818	1.136.433	1.162.895	1.199.768	1.222.299	1.285.013	1.336.229	1.400.154	1.433.549
Toscana	512.909	522.905	533.915	576.063	606.629	637.644	770.121	857.147	879.001	878.744	894.677	875.081	877.549	903.433
Umbria	116.718	126.310	137.860	147.271	153.690	160.877	176.119	185.134	186.773	187.769	188.199	189.321	194.430	201.584
Marche	192.631	214.485	236.647	254.396	269.880	279.031	297.664	312.972	323.818	349.106	353.452	348.306	360.928	361.149
Lazio	1.933.754	2.041.493	2.392.946	2.567.216	2.873.186	2.754.576	2.991.272	2.784.650	2.802.287	2.733.274	2.756.962	2.799.741	2.900.958	2.961.819
Abruzzo	324.852	342.541	369.783	422.494	435.134	449.359	381.060	390.006	346.256	369.327	366.212	367.458	362.610	365.214
Molise	64.417	86.983	86.965	124.126	123.295	130.721	139.260	139.828	154.838	151.718	165.206	167.302	173.560	165.693
Campania	1.571.629	1.622.315	1.740.993	1.845.067	1.785.692	1.893.775	1.954.853	2.044.933	2.172.052	2.204.053	2.161.066	2.228.299	2.228.299	2.233.199
Puglia	1.009.061	988.713	1.096.584	1.214.204	1.390.518	1.482.478	1.552.916	1.600.556	1.582.087	1.554.559	1.566.205	1.619.099	1.637.496	1.672.058
Basilicata	74.816	87.135	91.287	97.640	105.529	122.744	132.298	148.411	163.044	159.377	157.151	159.659	165.887	163.513
Calabria	396.287	398.628	426.834	462.411	516.292	523.505	576.403	603.797	574.067	587.361	588.496	600.776	606.307	606.144
Sicilia	1.165.118	1.286.786	1.441.010	1.594.723	1.654.750	1.626.102	1.739.244	1.756.630	1.879.017	1.924.303	1.961.547	1.946.594	1.972.212	2.029.044
Sardegna	261.356	264.411	309.358	321.242	331.263	341.481	376.771	403.644	420.154	438.217	447.742	460.630	467.431	475.971
<b>ITALIA</b>	<b>14.035.296</b>	<b>14.873.447</b>	<b>16.531.537</b>	<b>17.732.163</b>	<b>18.865.773</b>	<b>19.444.149</b>	<b>20.945.340</b>	<b>21.437.705</b>	<b>22.211.928</b>	<b>22.230.993</b>	<b>22.332.502</b>	<b>22.584.311</b>	<b>22.848.551</b>	<b>23.153.201</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	5.942.532	6.383.187	7.058.751	7.598.487	8.095.058	8.455.509	9.212.346	9.654.092	10.103.881	10.111.974	10.149.717	10.306.862	10.447.357	10.592.438
% 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%	45,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	5.456.057	5.780.746	6.458.531	7.016.037	7.388.349	7.378.038	7.782.092	7.719.844	7.928.517	7.970.036	7.999.489	8.107.825	8.243.946	8.361.113
% 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%	36,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	2.031.692	2.080.082	2.310.292	2.372.188	2.603.373	2.782.050	3.038.135	3.148.801	3.215.706	3.149.841	3.156.287	3.133.592	3.136.278	3.196.300
% 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%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	605.015	629.432	703.963	745.451	778.993	828.552	912.767	914.968	963.824	999.142	1.027.009	1.036.032	1.020.970	1.003.350
% 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%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

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

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 2003-2015 (variazioni percentuali)

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2003-2005	2006-2010	2011-2015
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%	1,7%	4,2%	7,1%	-1,4%
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%	-1,5%	18,0%	-2,2%	2,0%
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%	0,8%	9,1%	6,2%	1,0%
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%	5,4%	5,6%	0,7%	-0,1%
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%	-0,2%	7,0%	6,1%	2,4%
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%	1,7%	10,1%	3,8%	-1,1%
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%	-12,1%	7,5%	7,9%	-2,7%
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%	10,7%	7,1%	0,6%
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%	2,4%	5,9%	5,1%	3,6%
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%	2,9%	3,9%	8,8%	0,5%
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%	3,7%	8,1%	4,9%	1,5%
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%	0,1%	9,7%	4,9%	2,2%
Lazio	5,6%	17,2%	7,3%	11,9%	-4,1%	8,6%	-6,9%	0,6%	-2,5%	0,9%	1,6%	3,6%	2,1%	9,9%	1,8%	1,1%
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%	0,7%	9,2%	-3,9%	1,1%
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%	-4,5%	24,4%	4,5%	1,4%
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%	0,2%	5,5%	3,3%	0,6%
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%	2,1%	6,4%	5,4%	1,1%
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%	-1,4%	9,3%	10,8%	0,1%
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%	0,0%	5,3%	4,4%	1,1%
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%	2,9%	11,0%	3,3%	1,5%
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%	7,1%	5,5%	2,5%
<b>ITALIA</b>	<b>6,0%</b>	<b>11,1%</b>	<b>7,3%</b>	<b>6,4%</b>	<b>3,1%</b>	<b>7,7%</b>	<b>2,4%</b>	<b>3,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,5%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,3%</b>	<b>8,1%</b>	<b>4,6%</b>	<b>0,8%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro <sup>(a)</sup>	7,4%	10,6%	7,6%	6,5%	4,5%	9,0%	4,8%	4,7%	0,1%	0,4%	1,5%	1,4%	1,4%	8,5%	5,9%	0,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro <sup>(b)</sup>	6,0%	11,7%	8,6%	5,3%	-0,1%	5,5%	-0,8%	2,7%	0,5%	0,4%	1,4%	1,7%	1,4%	8,7%	2,5%	1,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" <sup>(c)</sup>	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%	5,3%	6,3%	-0,1%
Autonomie speciali <sup>(d)</sup>	4,0%	11,8%	5,9%	4,5%	6,4%	10,2%	0,2%	5,3%	3,7%	2,8%	0,9%	-1,5%	-1,7%	7,2%	5,3%	0,8%

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

<sup>(a)</sup> Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

<sup>(b)</sup> 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.

<sup>(c)</sup> 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.

<sup>(d)</sup> 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 2002-2015

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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%	18,8%
Valle 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%	8,7%
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%	29,1%
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%
Provincia autonoma di Trento	10,6%	10,6%	11,3%	11,5%	11,2%	11,4%	11,2%	11,4%	12,0%	12,2%	13,2%	13,1%	12,9%	13,1%
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%
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%	9,9%
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%
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%	16,4%
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%	12,7%
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%
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%
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%	27,5%
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%
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%	25,9%
Campania	20,8%	20,9%	19,9%	19,1%	19,4%	19,5%	20,2%	21,7%	22,4%	22,3%	23,2%	23,2%	22,7%	22,6%
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%	23,6%
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%	15,8%
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%	18,1%
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%	23,5%
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%
<b>ITALIA</b>	<b>17,8%</b>	<b>18,2%</b>	<b>18,4%</b>	<b>18,4%</b>	<b>19,1%</b>	<b>18,9%</b>	<b>19,7%</b>	<b>19,6%</b>	<b>20,1%</b>	<b>20,1%</b>	<b>20,2%</b>	<b>20,6%</b>	<b>20,6%</b>	<b>20,8%</b>
Regioni non sottoposte a piano di rientro	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%
Regioni sottoposte a piano di rientro	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%	23,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero"	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%
Autonomie speciali (***)	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%

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

(\*) Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Liguria.

(\*\*) 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.

(\*\*\*) 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.

(\*\*\*) 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 a 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 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 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 2015

Gli effetti di contenimento registrati nel periodo 2006-2010 trovano ulteriore conferma nel periodo 2011-2015. Nell'ultimo quinquennio, infatti, la spesa sanitaria si è mantenuta sostanzialmente stabile, con un tasso di crescita quasi nullo (0,1%) nell'arco temporale in esame (Tab. 2.5).

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 2011-2015 hanno ridotto la spesa in media dello 0,2% annuo, mentre le seconde dello 0,6%. Le regioni non in piano di rientro hanno registrato un leggero incremento, pari allo 0,5%, come anche le autonomie speciali (0,3%).

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 dell'1,2% nel periodo 2011-2015, abbassando il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva dal 33,2% del 2010 al 31,1% del 2015.

Al contenimento della dinamica della spesa per i redditi da lavoro dipendente hanno influito la riconferma del blocco del *turn over* per le regioni sotto piano di rientro (totale o parziale) e 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 2014 (ultimo anno disponibile) il SSN ha osservato una riduzione del personale stabile dipendente di quasi 25.000 unità<sup>38</sup>.

Unitamente a tale fattore, hanno contribuito al rallentamento della dinamica della spesa per il personale le misure introdotte dalla legislazione nazionale, con particolare riferimento al blocco delle procedure contrattuali<sup>39</sup> e il divieto, sino al 2014, del riconoscimento di incrementi retributivi al di sopra del livello vigente nell'anno 2010.

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 (-2,3%) nel periodo 2011-2015. Questo contenimento si è riflesso anche in una riduzione dell'incidenza dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale, che passa dal 32,1% del 2010 al 28,9% del 2015.

Anche le regioni non sottoposte a piano di rientro hanno osservato, nel periodo 2011-2015, una crescita negativa della spesa pari a -0,5%, rispetto ad un incremento medio annuo dal 3,2% nel periodo 2006-2010. Si riduce anche il peso della spesa per il personale sulla spesa sanitaria regionale, che passa dal 33% del 2010 al 31,3% del 2015.

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 (-1,5%) nel periodo 2011-2015. Parallelamente, si riduce anche il peso dell'aggregato sulla corrispondente spesa sanitaria regionale, dal 32,9% del 2010 al 31,4% del 2015.

Le autonomie speciali passano da un incremento medio annuo del 4,7% nel periodo 2006-2010 ad una crescita media annua dello 0,3% nel periodo 2011-2015. In rapporto alla spesa sanitaria regionale, la voce di spesa passa dal 39,6% del 2010 al 39,5% del 2015.

**Prodotti farmaceutici.** La spesa per prodotti farmaceutici passa da un incremento medio annuo del 12,3% nel periodo 2006-2010 al 6,5% registrato nel periodo 2011-2015. Il

<sup>38</sup> Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2016b).

<sup>39</sup> 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).



peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla spesa sanitaria complessiva aumenta dal 6,7% nel 2010 al 9,2% nel 2015. 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 9% nel periodo 2011-2015. Il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla spesa sanitaria regionale si incrementa notevolmente passando dal 6,3% del 2010 al 9,9% del 2015.

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 5,6% del periodo 2011-2015. In termini di spesa sanitaria regionale, l'incidenza aumenta dal 6,8% del 2010 all'8,6% del 2015.

Le regioni in piano di rientro leggero presentano, nel periodo 2011-2015, una crescita della voce di spesa del 4,4% in forte contrazione rispetto al 15,7% del quinquennio precedente. Il peso della spesa per prodotti farmaceutici sulla spesa sanitaria regionale passa dal 7,4% del 2010 al 9,4% del 2015.

Le autonomie speciali passano da un incremento medio annuo del 13,4% nel periodo 2006-2010 a un tasso di crescita medio annuo del 5,3% nel periodo 2011-2015. Il peso dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale cresce dal 6,9% nel 2010 all'8,8% nel 2015.

**Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici.** La spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici cresce mediamente al tasso annuo dello 0,5% nel periodo 2011-2015, in evidente riduzione rispetto al tasso medio annuo del quinquennio precedente (3,5%). Tuttavia, il peso sulla spesa sanitaria totale cresce leggermente passando dal 19,2% nel 2010 al 19,6% nel 2015.

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<sup>40</sup>, sia alle politiche di efficientamento attuate autonomamente dalle regioni, anche attraverso l'introduzione di processi di centralizzazione degli acquisti.

Le regioni sottoposte a piano di rientro presentano una crescita media annua dello 0,5% nel 2011-2015, in evidente riduzione rispetto all'1,9% del quinquennio precedente. Il peso della spesa per altri beni e servizi sulla spesa sanitaria regionale cresce leggermente dal 16,4% del 2010 al 17% del 2015.

Le regioni non sottoposte a piano di rientro fanno registrare un tasso di crescita medio annuo dello 0,9% nel periodo 2011-2015, leggermente superiore a quello delle regioni sottoposte a piano di rientro, pur evidenziando una contrazione più significativa rispetto al tasso incremento del 4,3% medio annuo del quinquennio precedente. In termini di peso sulla spesa sanitaria regionale, l'aggregato aumenta leggermente dal 20,8% del 2010 al 21,2% del 2015.

<sup>40</sup> Per un'illustrazione delle misure si veda il paragrafo 2.3.2.

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 2011-2015 registrano una sostanziale invarianza dell'aggregato, con un tasso di decrescita medio annuo pari a 0,3%. Il peso dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale incrementa lievemente passando dal 19% del 2010 al 19,3% del 2015.

Relativamente alle autonomie speciali, la spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici registra un incremento medio annuo quasi nullo nel periodo 2011-2015, contro un incremento del 4,4% nel periodo 2006-2010. Il peso dei consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici sulla spesa sanitaria regionale scende leggermente dal 21,6% nel 2010 al 21,3% nel 2015.

**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 2011-2015. Il peso sulla spesa sanitaria totale è pari al 5,9% sia nel 2010 che nel 2015.

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 a quelli in vigore nell'anno 2010, 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 0,4% nel periodo 2011-2015. Il peso dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale resta praticamente stabile passando dal 6,3% del 2010 al 6,4% del 2015.

Le regioni non sottoposte a piano di rientro nel periodo 2011-2015 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 5,5% del 2015.

Le regioni in piano di rientro leggero evidenziano, nel periodo 2011-2015, un tasso di crescita medio annuo dello 0,6%, in significativa riduzione rispetto al 4,4% del quinquennio precedente. In percentuale della spesa sanitaria regionale, la voce di spesa aumenta lievemente dal 6,2% del 2010 al 6,6% del 2015.

Le autonomie speciali passano da un incremento medio annuo del 3,3% nel periodo 2006-2010 ad una variazione media annua dello 0,4% nel periodo 2011-2015. Il peso della spesa per medicina di base sulla spesa sanitaria regionale resta sostanzialmente invariato attorno al 5,6%.

**Farmaceutica convenzionata.** La spesa per la farmaceutica convenzionata nel periodo 2011-2015 evidenzia un ulteriore rallentamento della crescita, con una riduzione media annua del 5,5% a fronte della riduzione media annua dell'1,7% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria totale si riduce dal 9,9% nel 2010 al 7,4% nel 2015. 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 collochi stabilmente al di sotto

del livello registrato nell'anno 2002, rispetto al quale la spesa contabilizzata nell'anno 2015 risulta inferiore di quasi 3.600 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 5,8% nel periodo 2011-2015, ampliando ulteriormente il tasso di riduzione medio annuo del 2,9% del quinquennio precedente. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria regionale si riduce significativamente passando dall'11,3% del 2010 all'8,4% del 2015.

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 a una riduzione media annua del 5,1% nel periodo 2011-2015. In termini di incidenza sulla spesa sanitaria regionale, l'aggregato scende dall'8,8% del 2010 al 6,6% del 2015.

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 -6,1% nel periodo 2011-2015. Il peso della spesa farmaceutica convenzionata sulla spesa sanitaria regionale scende dal 10,5% del 2010 al 7,9% del 2015.

Anche le autonomie speciali presentano un tasso di variazione negativo della spesa farmaceutica in convenzione che si attesta su un tasso medio annuo media del -4,4% nel periodo 2011-2015, rispetto al -0,6% del periodo 2006-2010. In termini percentuali sul totale della spesa sanitaria regionale, la voce di spesa scende dal 9,2% nel 2010 al 7,2% nel 2015.

**Altre prestazioni sociali in natura da privato.** La spesa per altre prestazioni sociali in natura da privato passa da un incremento medio annuo del 4,6% nel periodo 2006-2010 ad un incremento medio annuo dello 0,8% nel periodo 2011-2015. Il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla spesa sanitaria totale aumenta dal 20,1% nel 2010 al 20,8% nel 2015.

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 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 l'anno 2012, all'1% per l'anno 2013 e al 2% a decorrere dall'anno 2014.

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.

Le regioni sottoposte a piano di rientro evidenziano una crescita media annua dell'1,1% nel periodo 2011-2015, più che dimezzando il tasso di crescita medio del quinquennio precedente pari al 2,5%. In termini di peso percentuale dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale, si registra un leggero incremento dal 22% del 2010 al 23,5% del 2015.

Anche le regioni non sottoposte a piano di rientro evidenziano un contenimento della dinamica di spesa, con un incremento medio annuo dello 0,9% nel periodo 2011-2015, 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 sulla spesa sanitaria regionale passa da 19,9% nel 2010 al 20,3% nel 2015.

Le regioni in piano di rientro leggero osservano un sensibile rallentamento della spesa per l'acquisto di prestazioni da privato, passando da una variazione media annua del 6,3% nel periodo 2006-2010 a un tasso di crescita medio annuo negativo, pari a -0,1% nel periodo 2011-2015. A fronte di tale andamento, il peso dell'aggregato sulla spesa sanitaria regionale mostra comunque un leggero incremento dal 20,5% del 2010 al 21% del 2015.

Anche le autonomie speciali vedono una contrazione della dinamica dell'aggregato, con un tasso di crescita medio annuo dello 0,8% nel periodo 2011-2015 a fronte dell'incremento medio annuo del 5,3% nel periodo 2006-2010. Il peso della spesa per altre prestazioni da privato sulla spesa sanitaria regionale cresce leggermente passando dal 12% nel 2010 al 12,3% nel 2015.

## 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 straordinaria con la definizione dell'istituto del Piano di rientro.

Si partiva dalla constatazione dei seguenti fatti: nelle regioni con alti disavanzi non era stata erogata la premialità e quindi il relativo SSR aveva perso in ciascun anno il 5% del suo finanziamento ordinario per l'erogazione dei LEA; nonostante il potenziamento del sistema sanzionatorio dal 2005, queste regioni non erano riuscite a dare copertura al disavanzo di gestione annuale e, quindi, rimaneva una perdita non coperta 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 maturata la consapevolezza che per le regioni con alti disavanzi strutturali era 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 (articolo 1, comma 180, della legge n. 311/2004), che Governo e Regioni, nella successiva Intesa del 23 marzo 2005 (articolo 8), avevano ritenuto che la soluzione potesse essere ricercata 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 comunemente 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 con l'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 31/12/2005 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 31/12/2005. 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 e 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.

### ***3.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro del 2007***

I principali interventi contenuti nei piani di rientro i cui accordi sono stati firmati durante l'anno 2007 sono:

- blocco del *turn over* del personale → intervento da realizzarsi in relazione agli ingenti esuberanti di personale;
- 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. È 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 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 - Attuazione dei piani di rientro***

Una volta formalizzato l'impegno regionale contenuto nel Piano di rientro si è passati 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 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 (articolo 2, comma 80 della legge n. 191/2009).

### ***3.5 - 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'articolo 1, comma 288, della legge n. 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 2013, i relativi pareri resi entro il 31 dicembre 2013 e il numero delle richieste informative e di chiarimenti che sono state inviate dai Ministeri affiancanti.

Tab. 3.1: attività di affiancamento - Anno 2014

Regione	Provvedimenti pervenuti	Pareri emessi	Richieste Ministeri
Abruzzo	383	121	7
Calabria	215	95	10
Campania	171	120	31
Lazio	298	112	13
Molise	72	26	6
Piemonte	155	77	1
Puglia	65	25	5
Sicilia	222	105	11
<b>Totale</b>	<b>1.581</b>	<b>681</b>	<b>84</b>

È possibile evincere che durante l'anno solare 2013 sono pervenuti complessivamente 1.636 provvedimenti regionali e sono stati resi 989 pareri dai Ministeri affiancanti. I Ministeri affiancanti hanno dovuto procedere a richiedere chiarimenti o notizie alle regioni complessivamente in 172 casi.

### *3.6 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro*

L'attuazione del Piano di rientro, secondo quanto previsto dal relativo 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 massimizzazioni delle

aliquote e cioè la ulteriore massimizzazione dell'Irap dello 0,15% e dell'Addizionale regionale all'Irpef dello 0,3%. 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 anche l'*advisor* contabile.

Sempre a titolo esemplificativo si riporta la tabella contenente, sempre per l'anno 2013, il numero delle riunioni tenutesi, pari a 28, e la dimensione dei verbali di verifica espressa dalle loro pagine complessive.

Tab. 3.2: verbali di verifica - Anno 2014

Regione	Verbali	Numero pagine complessive
Abruzzo	3	194
Campania	4	178
Calabria	3	133
Lazio	6	217
Molise	6	183
Puglia	4	119
Piemonte	4	140
Sicilia	3	135
<b>Totale</b>	<b>33</b>	<b>1.299</b>

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

### ***3.7 - Piani di rientro della regione Calabria e delle regioni Piemonte e Puglia***

In via ulteriore rispetto ai Piani di rientro sottoscritti nel 2007, la regione Calabria nel 2009 e le regioni Piemonte e Puglia nel 2010 hanno sottoscritto degli Accordi con allegati i Piani di rientro.

**Calabria.** La regione Calabria ha sottoscritto l'accordo per il piano di rientro a fine anno 2009 in relazione alle rilevate inadempienze pregresse in ordine all'equilibrio economico finanziario e alla verificata mancata erogazione dei LEA.

Gli interventi previsti nel piano di rientro della regione Calabria sono le attività per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria mediante la riorganizzazione della rete ospedaliera che ha visto anche l'operatività di una specifica ordinanza della Protezione civile in merito alla costruzione di quattro nuovi ospedali. Parallelamente a tale intervento sono state

preventivate misure di contenimento del costo del personale in relazione all'alto numero di esuberi dichiarato nel piano di rientro e il contenimento delle voci di spesa dei beni e servizi. Sul versante dei rapporti con gli erogatori privati sono stati previsti interventi di normalizzazione dei rapporti mediante la sottoscrizione dei contratti relativi all'acquisto di prestazioni. Altro intervento rilevante previsto è la certificazione del debito pregresso che necessitava di un lungo lavoro di riconciliazione e ricerca dei relativi documenti giustificativi che, in molti casi, il disordine contabile ovvero la completa assenza di una tenuta della contabilità, aveva reso insufficienti o incompleti.

La Calabria, in relazione agli alti disavanzi strutturali, come per i precedenti piani di rientro sottoscritti nell'anno 2007, è tenuta a mantenere per l'intera durata del Piano le aliquote fiscali sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente.

**Puglia e Piemonte.** 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 semestrale. Per tali regioni non è previsto l'obbligo della massimizzazione delle aliquote fiscali.

### ***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 rientro. Sulla base della normativa vigente fino all'anno 2014, poteva essere nominato commissario *ad acta* il Presidente della regione. Il Patto per la salute 2014-2016 e la successiva legge di stabilità per l'anno 2015, hanno sancito l'impossibilità, per chiunque ricopra cariche istituzionali nella regione interessata, di essere nominato commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro. Il commissario, pertanto, dovrà essere un soggetto con comprovate professionalità maturate nella gestione del settore sanitario.

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 finanzia 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 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, sono state commissariate: Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria.

### ***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 è stato disposto che i Piani di rientro delle regioni commissariate sarebbero proseguiti 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, mentre le regioni commissariate Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria stanno proseguendo con la gestione commissariale mediante l'attuazione di programmi operativi.

La Sicilia, il Piemonte e la Puglia, nella cui verifica annuale di attuazione del piano di rientro per l'anno 2012 è stata data valutazione negativa, stanno proseguendo il piano di rientro mediante programmi operativi come previsto dall'art. 15, c. 20 del DL 95/2012, convertito con modificazioni dalla L 135/2012.

### ***3.10 - Normativa sui nuovi piani di rientro 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.

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 della 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' articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente;

- con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario *ad acta*, sono incrementate in via automatica, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'Irap e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'Irpef.

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, c. 174, della L 311/2004. L'approvazione del Piano di rientro da parte del Consiglio dei Ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano stesso.

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 si sono verificate le condizioni per la sottoscrizione del piano di rientro introdotte a partire dall'anno 2010.

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 riguardano:

- la nomina a commissario *ad acta* deve essere incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento;
- il commissario *ad acta*, ove nominato, deve possedere un curriculum che evidenzi 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, c. 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, c. 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, c. 7 del DLgs 502/1992 e s.m.i.

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, c. 2 del DL 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla L 222/2007 e s.m.i. 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 Servizi sanitari regionali. 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 Sistemi Sanitari Regionali, 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. E' 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.

Durante l'anno 2015 è stata data attuazione alla semplificazione dei programmi operativi sulla base di una metodologia condivisa. Nelle riunioni di verifica sono stati

approvati i programmi operativi semplificati con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA.

### 3.12 - Piani di rientro aziendali

La legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) all'articolo 1, commi 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 legge 28 dicembre 2015, n. 208. Nel dettaglio, il comma 524 dell'articolo 1 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 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (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 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 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 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, in attuazione dell'articolo 1, comma 526, della richiamata legge 208/2015, sono state disciplinate:

- la metodologia per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi delle Aziende Ospedaliere (AO), delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), per la determinazione dello scostamento ai sensi dell'articolo 1, comma 524, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208;
- 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'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.



### ***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, c. 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, c. 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 Servizio sanitario regionale 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 Servizio sanitario regionale 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 2013-2015 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.

Resta fermo quanto previsto dallo stesso c. 80 in caso di risultati quantitativamente migliori e quanto previsto dal successivo c. 86 in caso di determinazione di un disavanzo sanitario maggiore di quello programmato e coperto con conseguente incremento delle aliquote fiscali nella misura dello 0,15% dell'Irap e dello 0,30 dell'addizionale Irpef.



## 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 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 - 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 18/2011, 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 CE<sup>41</sup> 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.

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 2013.

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

<sup>41</sup> 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

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 della relativa rettifica da parte della regione.

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 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 c/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, c. 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 Capitolo 3 (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 190/2015 (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.

### 4.3 - 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 Servizio sanitario regionale 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.

Tale attività di analisi delle scritture patrimoniali è stata svolta anche per lo stato patrimoniale relativo all'esercizio 2012 e sarà svolta anche in occasione dell'acquisizione dello stato patrimoniale relativo all'esercizio 2013.

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 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;
  - 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;
- 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 richiesta relazione regionale attestante 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.





## CAPITOLO 5 - Sistema tessera sanitaria

### 5.1 - Premessa

Il Sistema Tessera Sanitaria (TS), istituito ai sensi dell'art. 50 della legge n. 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.

La base dati rilevata tramite il sistema TS costituisce una fonte informativa importante per l'attività di analisi e monitoraggio della spesa sanitaria pubblica riconducibile alle suddette componenti, 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 lungo periodo del Dipartimento della RGS ed utilizzati dalla Commissione Europea per le previsioni di lungo periodo delle componenti di spesa pubblica *age-related*<sup>42</sup>.

Il presente capitolo si articola in 2 parti. La prima illustra le principali caratteristiche del sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche realizzato tramite il sistema TS (paragrafo 5.2). La seconda parte fornisce metodi e risultati della stima dei profili per età e sesso del consumo sanitario relativi alla spesa farmaceutica e specialistica (paragrafo 5.3).

### 5.2 - Sistema di monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite TS

#### 5.2.1 - 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.

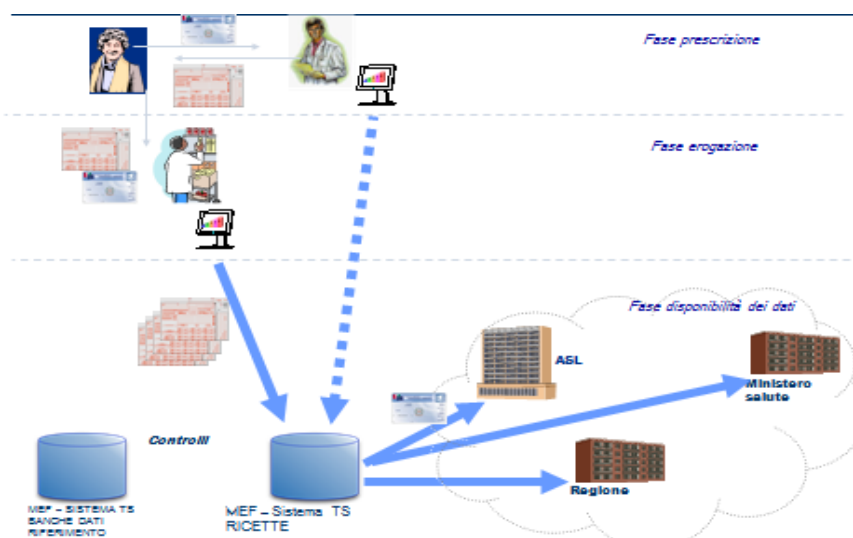
Al momento della prescrizione di una prestazione di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale e della relativa erogazione a carico del SSN, il Sistema TS, attraverso l'interconnessione telematica di tutti i medici delle strutture erogatrici, provvede, con modalità univoche e standardizzate, alla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

<sup>42</sup> Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2013), Economic Policy Committee – European Commission (2012).

- 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, etc.);
- 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 ("ticket" pagato).

Il Sistema prevede 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. 6.1) 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 (procedimento ex comma 11

dell'articolo 50 della legge n. 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 nazionale<sup>43</sup>, 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	Letture ottiche 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 dati prescrizione	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	Elevata (separazione dati sensibili, accessibili solo ai soggetti autorizzati al trattamento)	

### 5.2.2 - Strumenti di analisi

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, prestazione e struttura erogatrice<sup>44</sup>. 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 ATC 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 ed, in particolare, le tabelle inerenti gli indicatori individuati dall'AIFA (ex articolo 11, comma 7-bis, del decreto legge n. 78/2010), come descritti nel Box 5.1. Inoltre, ai fini della

<sup>43</sup> 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.

<sup>44</sup> Il Cruscotto TS è accessibile al seguente indirizzo web: [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it).

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.

### ***5.2.3 - 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 (ex articolo 8, comma 16 della legge n. 537/1993<sup>45</sup>), 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 n. 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 medico<sup>46</sup>, consentendo comunque al cittadino la possibilità di dichiarare eventualmente il proprio diritto all'esenzione in difformità con le informazioni del Sistema (Tab. 5.2).

<sup>45</sup> L'art. 8, comma 16 della legge n. 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.

<sup>46</sup> In sostituzione del precedente procedimento basato sulla autocertificazione dell'assistito mediante la firma sulla ricetta al momento dell'erogazione della prestazione

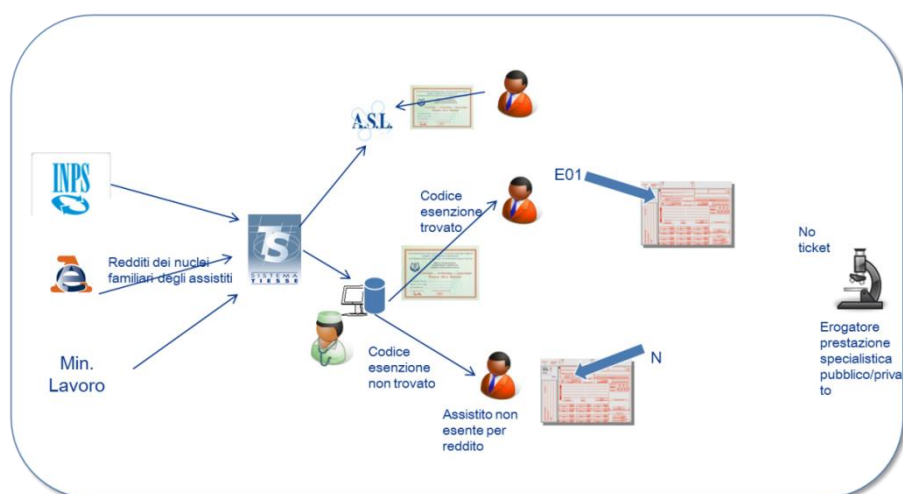
Tab. 5.2: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS

Fase	Situazione precedente (inefficacia dei controlli)	Nuovo processo Tessera sanitaria (controlli puntuali)
Accertamento diritto di esenzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Firma sulla ricetta al momento erogazione prestazione</li> <li>- Compilazione moduli autocertificazione al momento erogazione prestazione</li> <li>- Tesserini regionali rilasciati su autocertificazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornitura annuale alle ASL e ai medici dell'indicazione, per ogni assistito SSN della sussistenza del diritto all'esenzione per reddito (si/no)</li> <li>- Il medico al momento della compilazione della ricetta rileva l'eventuale codice di esenzione del Sistema</li> <li>- Autocertificazione presso la ASL in caso di difformità</li> </ul>
Sistema controllo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ex post</i></li> <li>- Criticità: difficoltà da parte della ASL nel controllo delle autocertificazioni dal cartaceo e recuperare i ticket dovuti</li> <li>- Controllo campione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ex ante</i></li> <li>- Vantaggi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dai reddituali già verificati in via preventiva</li> <li>- Controllo puntuale di tutte le autocertificazioni</li> <li>- governo delle manovre di introduzione di compartecipazione</li> </ul> </li> </ul>

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 26/3/2008) l'indicazione della sussistenza del diritto di esenzione (codice 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 dal 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 5.2.5, 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 TS<sup>47</sup> i controlli di tutte le autocertificazioni di esenzione per reddito effettuate dai cittadini negli anni 2011 e 2012 (circa 6 milioni di autocertificazioni su base annua a livello nazionale) e sono in corso i controlli relativi a tutte le autocertificazioni effettuate dai cittadini negli anni 2013, 2014 e 2015.

Gli esiti di tali controlli sono resi disponibili telematicamente alle ASL di competenza, per i conseguenti adempimenti previsti dal DM 11/12/2009. 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.

<sup>47</sup> 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.

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" (§ 5.2.7), 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.

#### **5.2.4 - 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 26/3/2008<sup>48</sup>.

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 55 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;
- 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.

<sup>48</sup> Vengono, comunque, salvaguardati gli investimenti regionali dei sistemi informativi già realizzati in materia, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema (procedimento ex art. 4 del DPCM 26/3/2008).

### 5.2.5 - 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 la 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 5.2.3);
- 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 nelle regioni: Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Campania, Basilicata, Sicilia e nella Provincia Autonoma di Trento. e, in fase di progressiva estensione nelle altre regioni, da completarsi entro l'anno 2016, secondo la pianificazione prevista dall'art. 13, comma 1 del DL 179/2012 e successive modificazioni (Agenda Digitale).

Complessivamente, dal 1° gennaio 2014 al mese di maggio 2016, sono state dematerializzate circa 707 milioni 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 14/11/2015<sup>49</sup>, 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 2016, sono state dematerializzate circa 61 milioni di ricette specialistiche a carico del SSN.

### ***5.2.6 - Anagrafe nazionale degli assistiti***

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

<sup>49</sup> Decreto attuativo dell'art. 13, c. 2 del DL 179/2012.

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 delle finanze, previo parere del Garante della protezione dei dati personali e intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

### ***5.2.7 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi***

La Tessera Sanitaria, emessa a partire dall'anno 2003, consente l'identificazione certa dell'assistito, attraverso il proprio codice fiscale, in fase di prescrizione ed erogazione della prestazione a carico del SSN, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

Essa riporta sul retro la "TEAM" la quale consente l'erogazione di prestazioni a favore di cittadini italiani nei Paesi dell'UE e, pertanto, consente la tracciatura della mobilità internazionale.

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 e dall'Agenda digitale italiana, a fronte di attivazione informatica a carico delle regioni.

La distribuzione della TS-CNS, a cura del Ministero dell'economia e delle finanze, avviata dall'anno 2011, viene effettuata ai soggetti per i quali risulta in scadenza la TS. Ad oggi la TS-CNS è stata distribuita a circa 45 milioni di soggetti e, di queste TS-CNS, circa 10 milioni risultano attivate in ambito regionale per l'accesso ai servizi in rete regionali.

Il completamento della distribuzione della TS-CNS è previsto entro l'anno 2016.

### ***5.2.8 - 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;
- dei certificati telematici di gravidanza e parto (art. 34 del DL 69/2013);

- dei certificati telematici di nascita/morte (art. 2 del DL 179/2012), attraverso l'interconnessione con l'ANPR del Ministero dell'interno.

### ***5.2.9 - Dichiarazione dei redditi precompilata: rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini***

Fra le molteplici funzioni assegnate al sistema TS, il legislatore ha recentemente previsto che l'infrastruttura venga utilizzata anche per 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 Tessera Sanitaria 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 Servizio Sanitario Nazionale, 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](http://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, c. 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 l'emanando 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) e 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 della Ragioniera Generale dello Stato. Su tutti i predetti provvedimenti (in corso di perfezionamento) 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 Tessera Sanitaria ([www.sistemats.it](http://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 evitare eventuali accessi o trattamenti illeciti, sono previste specifiche misure di sicurezza per l'abilitazione dei soggetti interessati.

## 5.3 - Profilo per età della spesa sanitaria

### 5.3.1 - 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 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 europeo<sup>50</sup>. 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 2013.

---

<sup>50</sup> 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.

### 5.3.2 - 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 età<sup>51</sup>. 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 2014, tale valore si è attestato attorno ai 142 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 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, ad una sensibile decrescita del profilo, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità (Fig. 5.3).

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.

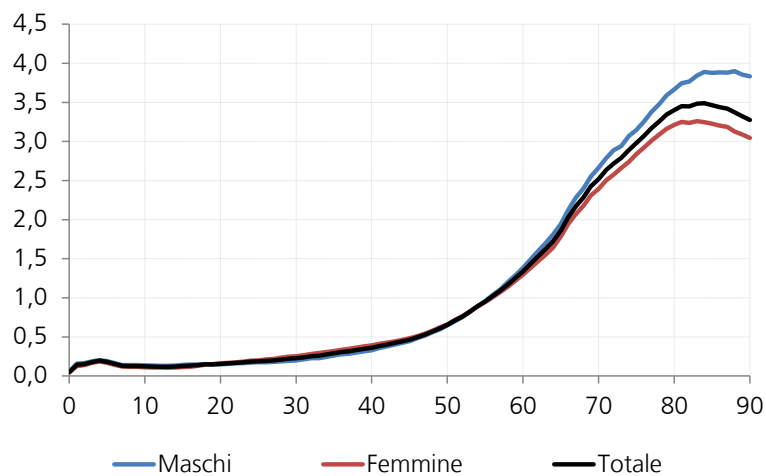
L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune ad entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo pro capite delle donne nelle età fertili, ed una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che 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 5.4. Nel confronto, il Centro, il Sud e le Isole mostrano un valore superiore alla media nazionale, rispettivamente del 4%, del 6% e del 15%. Viceversa il Nord-Ovest ed il Nord-Est si collocano sensibilmente al di sotto della media nazionale con scarti, rispettivamente, dell'5% e del 14%. I valori pro capite della spesa farmaceutica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 5.5.

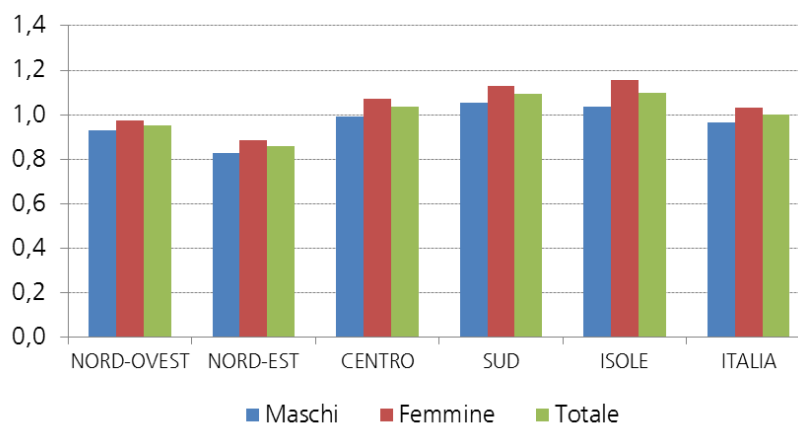
I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente i profili e i differenziali di genere descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 5.6).

<sup>51</sup> Popolazione residente al primo gennaio 2014. In particolare, si è tenuto conto del dato demografico ricostruito dall'Istat per il periodo 2002-2014. Fonte Istat <http://www.istat.it/it/archivio/145206>.

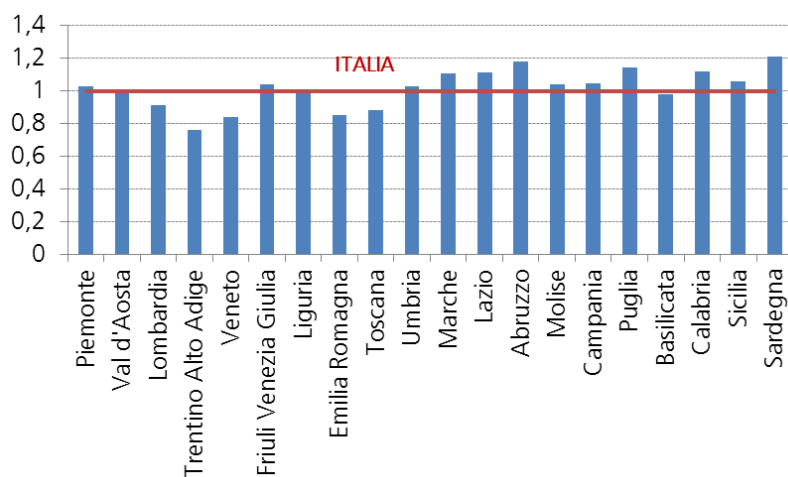
**Fig. 5.3: spesa farmaceutica netta in convenzione.**  
**Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2014**



**Fig. 5.4: spesa farmaceutica netta in convenzione.**  
**Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2014**



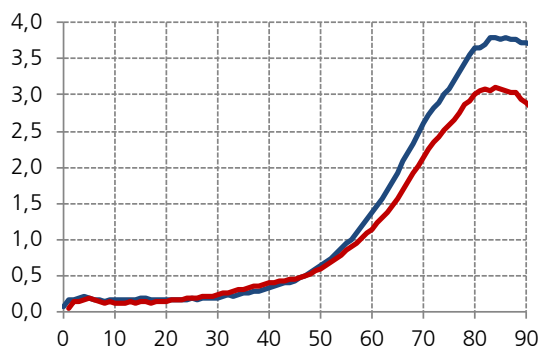
**Fig. 5.5: spesa farmaceutica netta in convenzione.**  
**Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2014**



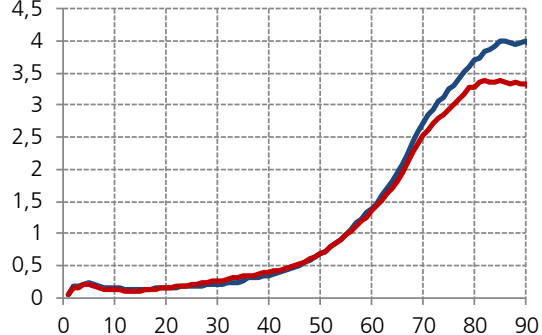


**Fig. 5.6: spesa farmaceutica netta in convenzione.**  
**Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2014**

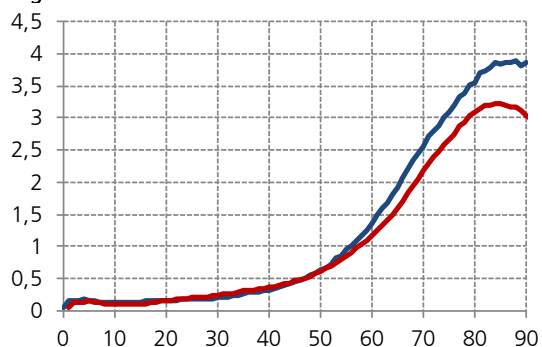
**Fig. 5.6.a: Nord-Ovest**



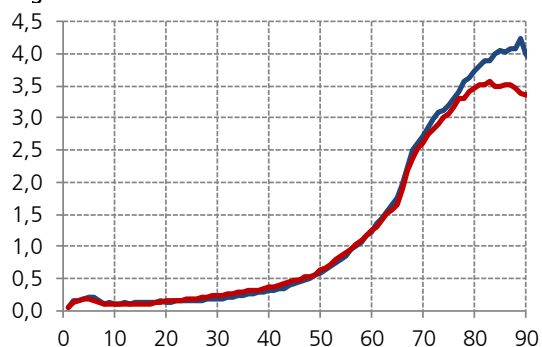
**Fig. 5.6.d: Sud**



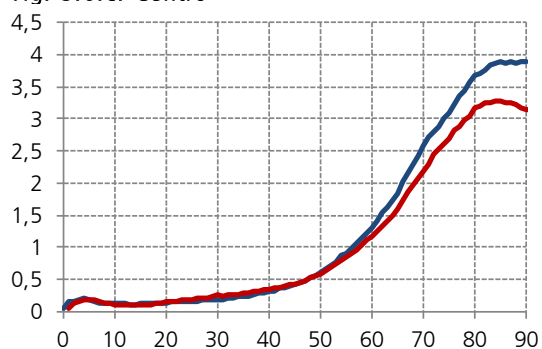
**Fig. 5.6.b: Nord-Est**



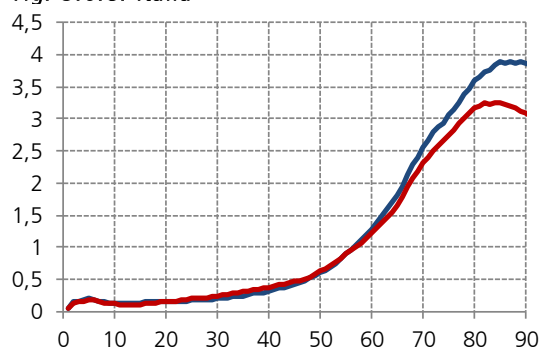
**Fig. 5.6.e: Isole**



**Fig. 5.6.c: Centro**



**Fig. 5.6.e: Italia**



— Maschi — Femmine

### 5.3.3 - 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 2014, tale valore si è attestato attorno a 138 euro.

Il profilo per età della spesa pro capite per prestazioni specialistiche presenta un andamento sostanzialmente stabile nelle età pediatriche (Fig. 5.7). 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 significativamente 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 5% nel Nord-Ovest e del 10% 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 9% (Fig. 5.8).

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 5.9.

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. 5.10).

Fig. 5.7: spesa specialistica netta in convenzione.  
Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2014

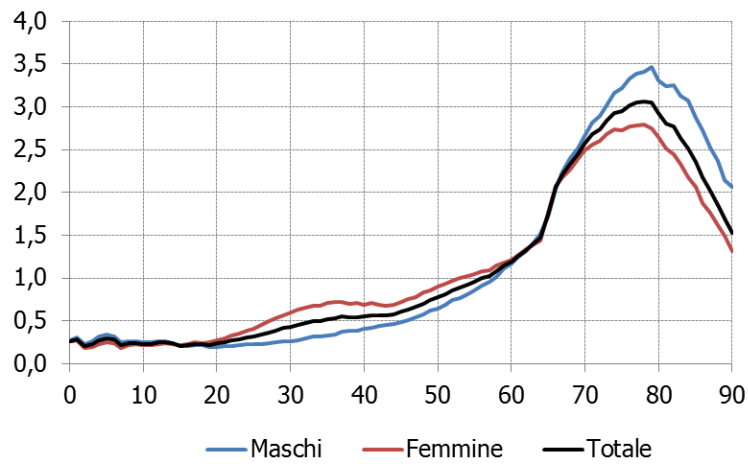


Fig. 5.8: spesa specialistica netta convenzionata.  
Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2014

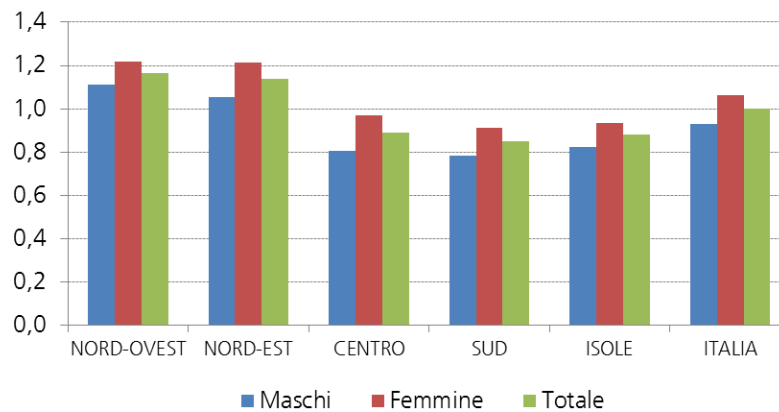


Fig. 5.9: spesa specialistica netta convenzionata.  
Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2014

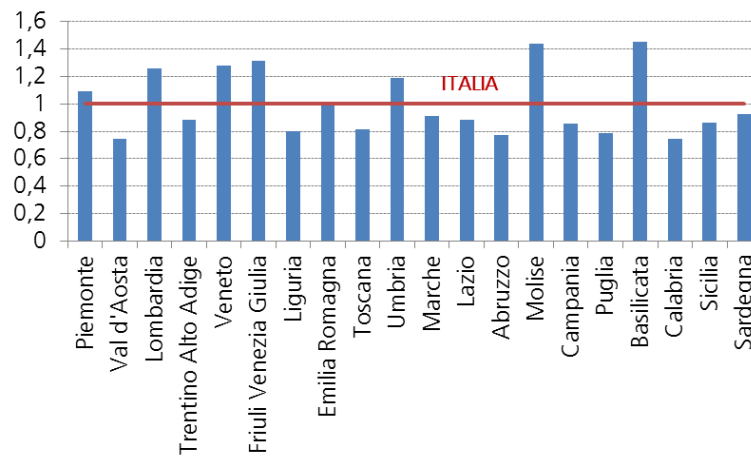


Fig. 5.10: spesa specialistica per macro area geografica.  
 Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2014

Fig. 5.10.a: Nord-Ovest

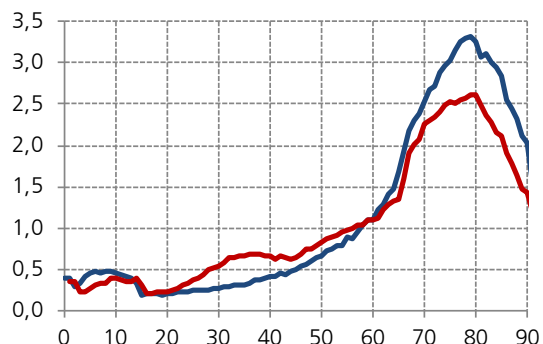


Fig. 5.10.d: Sud

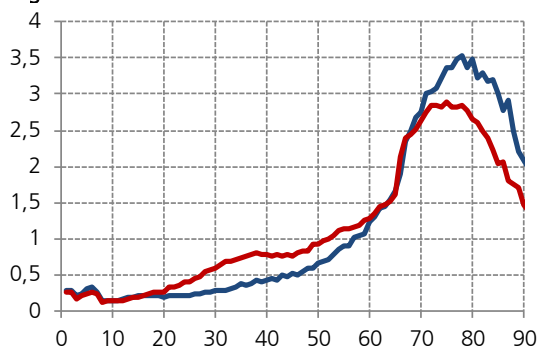


Fig. 5.10.b: Nord-Est

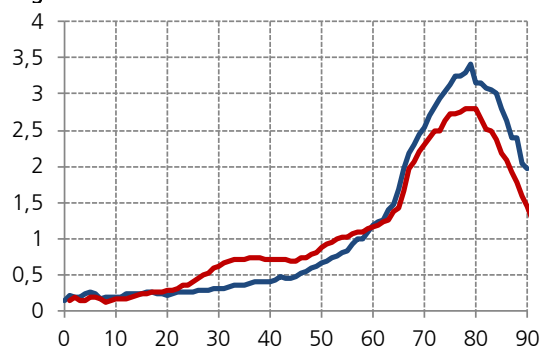


Fig. 5.10.e: Isole

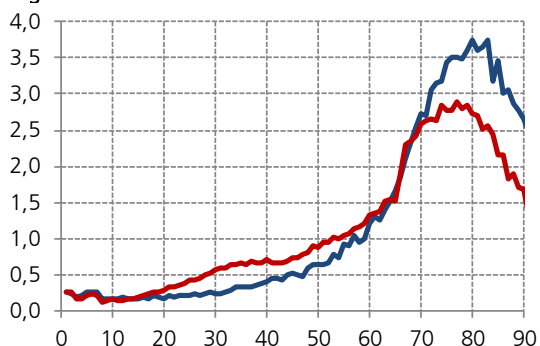


Fig. 5.10.c: Centro

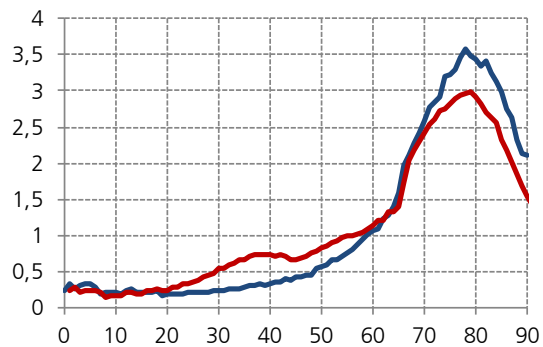
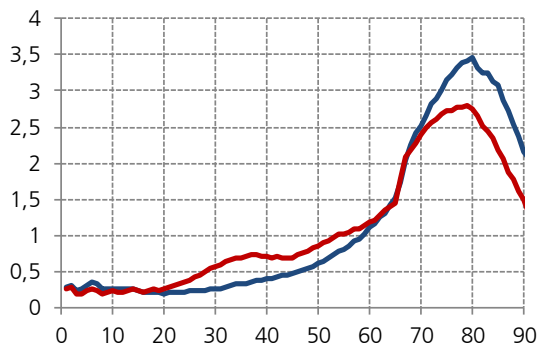


Fig. 5.10.e: Italia



— 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	Fluoroquinoloni
[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.*

## Appendice A - Risultati di gestione 2015 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, 17, 22 e 31 marzo e 6 aprile 2016 le riunioni del Tavolo di verifica degli adempimenti per le regioni 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, 17, 22 e 31 marzo e 6 aprile 2016.

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 esistente, e del bilancio consolidato regionale. Le valutazioni faranno 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 inoltre 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 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, va segnalato che tale previsione è stata recepita con la legge di stabilità 2015 e, pertanto, applicabile solo 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 verrà 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 di cui al successivo paragrafo A e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale 2015, 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, effettuerà la verifica della coerenza delle iscrizioni concernenti:*

- *il finanziamento ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2015, 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 2015, perimetro sanità;*
- *il finanziamento per obiettivi di piano e per somme vincolate accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2015, 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 2015, perimetro sanità. Con riferimento alle somme vincolate oggetto di Intesa l'11 febbraio 2016, (esclusività, borse di studio MMG, medicina penitenziaria e OPG), le regioni sono state invitate a riallineare le iscrizioni contabili per il 2015 rispetto ai valori aggiornati oggetto dei successivi atti formali. La necessaria riconciliazione con le scritture di*



contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2016 per la sola differenza. Qualora i nuovi importi dovessero essere inferiori rispetto ai precedenti, le differenze dovranno essere oggetto di riaccertamento nel bilancio 2015;

- con particolare riferimento alla quota vincolata delle somme destinate al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), il Tavolo sulla base di quanto dichiarato dalla regione in merito alla presenza nel modello CE dei relativi costi ovvero di appositi accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, valuterà gli effetti contabili di tale riparto sia in sede di verifica del conto economico consolidato IV trimestre 2015 che in sede di verifica del conto consuntivo 2015;
- con riferimento alle quote del fondo complessivamente stanziato per i farmaci innovativi, pari a 500 mln, sia con riferimento al contributo da Stato (100 mln) sia con riferimento agli obiettivi di piano (400 mln), nonché il valore della mobilità in compensazione, sarà verificata la correttezza delle iscrizioni contabili nelle specifiche voci comunicate dal Ministero della salute in data 10 febbraio 2016. In particolare sarà verificata l'iscrizione sulle seguenti voci:
  - AA0040 riparto quota dei 400 mln (Obiettivi di piano), oltre alla quota di compartecipazione per la regione Sicilia;
  - AA0070 riparto quota dei 100 mln (contributo Stato);
  - AA0510 crediti per mobilità attiva in compensazione (v/Stato);
  - BA0520 debiti per mobilità passiva in compensazione (v/Stato);
  - AA0590 fatturazione diretta (v/aziende sanitarie fuori regione);
  - BA1520 fatturazione diretta (v/aziende sanitarie fuori regione),
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale 2015, 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 e con i dati di mobilità relativi ai farmaci innovativi così come comunicati da AIFA;
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel modello CE<sup>52</sup> 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, nonché con i dati di mobilità relativi ai farmaci innovativi così come

<sup>52</sup> 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

*comunicati da AIFA e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2015, perimetro sanità.*

*In relazione a quanto precedentemente precisato con riferimento ai farmaci innovativi e alle somme vincolate oggetto di Intesa l'11 febbraio 2016, nel caso in cui, al netto di tali poste, si rilevino delle differenze tra le contabilizzazioni attese sul bilancio regionale 2015, perimetro sanità, a partire dagli atti di riparto, e quelle effettivamente accertate ed impegnate dallo stesso, il Tavolo né terrà conto nella determinazione del risultato di gestione in sede di conto consuntivo 2015 ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.*

*La regione in ogni caso documenterà 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 intraregionali 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 2015 emergessero mancate quadrature delle voci oggetto di consolidamento e contraddistinte dal codice "R", il Tavolo ne terrà conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo, sempre in occasione dell'esame del conto consuntivo 2015, valuterà 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 verificherà 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 sarà 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 documenterà 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 valuterà 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 alla successive lettere G) e H), gli stessi risultano almeno pari a quelli attesi e, in caso contrario, nel richiedere alla regione la relativa rettifica, rideterminerà il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato, nelle more dell'adeguamento regionale dell'eventuale minore accantonamento. L'avvenuto adeguamento sarà in ogni caso oggetto di verifica in sede di esame del conto consuntivo 2015.*

*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 sarà valutato a partire dal modello CE consolidato regionale inviato dalla regione al NSIS, nettizzato di quanto iscritto nella voce AA0080. Tale numeratore sarà rideterminato in ragione di eventuali differenziali tra le iscrizioni operate sul modello CE per il finanziamento indistinto e vincolato per l'anno 2015 e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2015 ivi inclusa la mobilità 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 sarà inoltre rideterminato in relazione all'eventuale presenza di perdite pregresse portate a nuovo.*

*Per il calcolo della predetta percentuale il denominatore sarà 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, 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 2015 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 riparto<sup>53</sup> con gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale 2015 e, per le sole somme oggetto di intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni in data 11 febbraio 2016 (fondi esclusività, borse di studio MMG) e della Conferenza Unificata in data 11 febbraio 2016 (medicina penitenziaria, OPG), se non ancora riconciliati con i predetti dati di riparto, con le ulteriori iscrizioni concernenti gli accertamenti ed impegni operati sul bilancio di previsione 2016 a valere su risorse costituenti finanziamento per l'anno 2015.*

*Con riferimento ai farmaci innovativi è necessario produrre una puntuale relazione concernente le modalità di rilevazione dei contributi e della mobilità attiva e passiva. In particolare, si richiede di precisare se i contributi e la mobilità sono stati rilevati dalla GSA ovvero dagli enti del SSR. Inoltre, è necessario confermare che il saldo di mobilità è stato iscritto nelle apposite voci quale quota aggiuntiva rispetto a quanto previsto dalla Tabella C del Riparto 2015, in considerazione della comunicazione formale di AIFA pervenuta in data 25 gennaio 2016 (inviata in allegato alla comunicazione).*

*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 2015 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”;*
- *AA0900 – “Ulteriore pay-back”,*

*è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole voci ed indicare per ciascuna voce gli importi derivanti dalle contabilizzazioni di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto legge n. 179/2015 (poi confluito nell'articolo 1, commi 702 e 703, della legge n. 208/2015).*

<sup>53</sup> FSN 2015 – quota indistinta: Intesa Rep. Atti n. 237/CSR del 23 dicembre 2015; quota vincolata obiettivi di piano: Intesa Rep. Atti n. 236/CSR del 23 dicembre 2015; quote vincolate per Fondo esclusività: Intesa Rep. Atti n. 19/CSR dell'11 febbraio 2016; quote vincolate per Borse di studio MMG: Intesa CSR del 11 febbraio 2016; quota vincolata per Extracomunitari: Intesa Rep. Atti n. 230/CSR del 17 dicembre 2015; quota vincolata per Medicina Penitenziaria (ai sensi del DLgs 230/99 – prevenzione e assistenza detenuti e internati tossicodipendenti): Intesa Rep. Atti n. 237/CSR del 23 dicembre 2015; quota vincolata per Medicina Penitenziaria 2015: Intesa Rep. Atti n. 15/CU dell'11 febbraio 2016; quota vincolata per OPG: Intesa Rep. Atti n. 16/CU dell'11 febbraio 2016; quota vincolata per Indennità di abbattimento: Note del Ministero della Salute n. 10379 del 21/04/2015 e n. 23777 del 18/09/2015.

Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2015 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 alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2015 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' con particolare attenzione alle voci residuali “altro”.

Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2015 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' con particolare attenzione alle voci residuali “altro”.

Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2015 Riepilogativo regionale '999':

- BA2650 – “B.14B) Svalutazioni dei crediti”,

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.

Con riferimento al personale dipendente è necessario confermare se è stata corrisposta ai dipendenti durante l'anno 2015 l'indennità di vacanza contrattuale relativa all'anno 2015 e se tale onere è stato valorizzato a costo o se esso è valorizzato all'interno della relativa voce di accantonamento per rinnovi contrattuali.

Con riferimento al personale convenzionato (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) è necessario confermare se è stata corrisposta ai convenzionati durante l'anno 2015 l'indennità di vacanza contrattuale relativa all'anno 2015 e se tale onere è stato valorizzato a costo o se esso è valorizzato all'interno della relativa voce di accantonamento per rinnovi convenzioni.

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 delle voci nelle quali tali differenze sono state rappresentate.

*In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge 35/2013<sup>54</sup> 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, a partire dalla documentazione analitica di cui sopra, si chiede di compilare in formato excel la tabella di sintesi secondo il formato inviato in allegato alla comunicazione.*

*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 SSR e per la GSA:*

- *l'importo dei pagamenti effettuati durante l'anno 2015, 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 2015, calcolato in coerenza con i criteri definiti all'articolo 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 settembre 2014;*
- *il link alla pagina web di pubblicazione degli indicatori di tempestività dei pagamenti.*

*Le predette informazioni dovranno essere riportate anche in apposita tabella secondo il formato inviato in allegato alla comunicazione che include altresì l'inserimento delle informazioni in ordine all'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2014 e dei trimestri dell'anno 2015.*

## ***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, 17, 22 e 31 marzo e 6 aprile 2016 per la verifica delle situazioni relative alle regioni Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

**Regione Lombardia.** Il modello CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario dalla regione Lombardia (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 6,286 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono

<sup>54</sup> 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% e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo.

presenti aziende in utile. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione presenta un avanzo di 6,286 mln di euro. La regione Lombardia presenta al IV trimestre 2015 un avanzo di 5,743 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 5,068 mln di euro. Il Tavolo, nelle more della rettifica regionale, procede alla rettifica della minor iscrizione sul fondo vincolato pari a 0,458 mln di euro, del differenziale relativo al saldo di mobilità extraregionale rilevato sul modello CE rispetto all'atto formale di riparto, pari a 0,114 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile per complessivi 1,506 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 4,134 mln di euro.

Il Tavolo fa presente che con la DGR n. 2083 del 30 dicembre 2015 la Regione ha deliberato, in particolare, quanto segue:

- i. ha preso atto delle risultanze del Tavolo di verifica adempimenti nella riunione del 15 luglio 2015, con riferimento all'esercizio 2014;
- ii. ha preso atto delle determinazioni assunte nella riunione del 19 novembre 2015 con riferimento alle risultanze dello stato patrimoniale 2014;
- iii. ha disposto di mettere a disposizione del ripiano disavanzi 2015 gli utili 2014 delle aziende per la parte eccedente il limite di 5 mln di euro;
- iv. ha approvato i bilanci della GSA e del consolidato regionale per l'anno 2014;
- v. destina alla copertura delle aziende per l'anno 2014, parte dell'utile della GSA dell'anno 2014;
- vi. destina l'utile residuale della GSA dell'anno 2014 alla copertura delle perdite pregresse del periodo 2001-2011.

In proposito il Tavolo, nel segnalare che il verbale della riunione del 19 novembre 2015 è stato rilasciato in data 12 gennaio 2016 e che, pertanto, alla data di adozione della predetta DGR non era ancora disponibile, fa presente che quanto deliberato in ordine alla copertura dei disavanzi pregressi non risulta in linea con quanto contenuto nel verbale della riunione del 19 novembre 2015 e che, pertanto, le quote di utili aziendali 2014 disponibili devono prioritariamente essere destinate alla copertura della situazione debitoria pregressa e dei fondi di dotazione negativi. L'utilizzo di quote di utili aziendali 2014 per il ripiano disavanzi 2015 non può pertanto essere assentita.

Con l'occasione, stante le richieste chiarimenti precedentemente formulate con riferimento agli accantonamenti per quote inutilizzate del Fondo sanitario vincolato, si chiede alla Regione di valutare l'opportunità di procedere ad un riesame della predetta deliberazione n. 2083/2015, ivi ricomprendendo una verifica delle iscrizioni effettuate con riferimento alla voce degli accantonamenti per contributi vincolati.

In via ulteriore la regione con DDR n. 24 del 15/03/2015 avente ad oggetto "Risorse finanziarie afferenti il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (ex art. 1 comma 1264 Legge n. 296/06). Accertamento ed impegno di spesa ai sensi dell'articolo 20, comma 2, lettera a) del DLgs 118/2011" dispone:

- l'accertamento nel bilancio di previsione 2016, di 30,342 mln di euro relativi al Fondo per la Non Autosufficienza a valere sul capitolo di entrata 100358;

- l'impegno di 30,342 mln di euro a valere sul capitolo di spesa 102653 "Utilizzo risorse di cui al decreto interministeriale del 14 maggio 2015 da destinarsi a copertura perdita 2015" del bilancio di previsione 2016 che presenta sufficiente disponibilità a favore delle Aziende sanitarie;
- di dare atto che le somme oggetto di accertamento e di impegno saranno liquidate successivamente all'incasso mediante appositi provvedimenti.

Il Tavolo rileva che trattasi di risorse accertate con ritardo dalla regione e destinate a coprire costi effettivamente sostenuti dal SSR durante l'anno 2015 e prende atto di tale provvedimento.

La regione Veneto presenta al IV trimestre 2015 un avanzo di 4,134 mln di euro.

Dopo il conferimento della coperture a valere sul Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, il risultato di gestione risulta rideterminato in un avanzo di 34,476 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 103,594 mln di euro.

Risultano effettuate minori iscrizioni a titolo di Fondo sanitario vincolato per 1,057 mln di euro mentre risultano effettuate maggiori iscrizioni sulla mobilità extra regionale per 0,130 mn di euro

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile al IV trimestre 2015.

Nelle more della rettifica regionale, ai sensi di quanto precedentemente esposto, il risultato di gestione cui dare copertura viene rideterminato in -102,667 mln di euro.

La regione, come precedentemente riportato, ha inviato la DGR 1572 del 29/12/2015 ad oggetto "Approvazione del Documento Tecnico di accompagnamento e del Bilancio Gestionale del bilancio di previsione 2016-2018 ai sensi del DLgs 118/2011 e ss.mm.ii." e stralcio dell'allegato relativo al capitolo 5152 ad oggetto "Finanziamento per ripiano disavanzi pregressi del Servizio Sanitario Regionale" con cui vengono stanziati 111,700 mln di euro a copertura del ripiano disavanzi pregressi del Servizio sanitario regionale.

La regione Liguria presenta al IV trimestre 2015 un disavanzo di 102,667 mln di euro.

Tale risultato di gestione trova copertura nelle risorse regionali di 111,700 mln di euro conferite.

Dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 9,033 mln di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i., avendo la Regione Liguria conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per complessivi 111,700 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 3,3% 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 AA080 di 0,638 mln di euro.

Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile al IV trimestre 2015 per 0,130 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 0,508 mln di euro.

La regione Emilia Romagna presenta al IV trimestre 2015 un avanzo di 0,508 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 Toscana.** Il modello CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo sanitario dalla regione Toscana (al netto della voce AA0080) presenta un utile di 42,873 mln di euro.

Si richiamano i disallineamenti relativi alle iscrizioni per il saldo di mobilità extraregionale pari a 0,052 mln di euro. Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile per 0,025 mln di euro.

In considerazione di quanto rappresentato in ordine alle iscrizioni inerenti il *pay-back* 2015 non supportato da atto formale, il Tavolo procede alla rideterminazione del risultato di gestione rispettivamente di 115 mln di euro.

La regione Toscana presenta al IV trimestre 2015 un avanzo di 42,796 mln di euro.

In considerazione dell'iscrizione di entrate da *pay-back* 2015, per 115 mln di euro, non supportate da atto formale, il risultato di gestione è rideterminato in un disavanzo di 72,204 mln di euro.

La regione Toscana non ha presentato misure di copertura del predetto disavanzo.

Pertanto la regione Toscana, con riferimento al predetto disavanzo necessita di adottare provvedimenti di copertura per un importo di 72,204 mln di euro. In tali termini, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della legge 311/2004 e successive modifiche ed integrazioni.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari all'1%, pertanto una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009 potrà essere effettuata solo in seguito.

**Regione Umbria.** La regione ha trasmesso al NSIS il modello CE dal quale si evince, al netto della voce AA0080, un avanzo di 1,834 mln di euro.

In considerazione delle minori iscrizioni da Fondo sanitario vincolato, operate dalla regione per complessivi 1,530 mln di euro e in considerazione delle maggiori iscrizioni sulla mobilità extraregionale per 0,002 mln di euro e della mobilità per farmaci innovativi per -1,218 mln di euro, nelle more del conseguente adeguamento da parte della regione, secondo quanto previsto dal Tavolo, il Tavolo medesimo ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione.

Il Tavolo rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, sono presenti aziende in utile per un totale di 0,059 mln di euro.

Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 2,089 mln di euro.

La regione Umbria presenta al IV trimestre 2015 un avanzo di 2,089 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 58,936 mln di euro.

Procede alla rettifica dell'iscrizione di un maggior saldo di mobilità per 0,002 mln di euro e alla rettifica di una minore iscrizione sul fondo vincolato di 0,001mln di euro.

Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 che sono presenti aziende in utile al IV trimestre 2015, per complessivi 1,794 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 presenta un avanzo di 57,141 mln di euro.

La regione Marche presenta al IV trimestre 2015, un avanzo di 57,141 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.** Preliminarmente si osserva che la Regione ha inviato le seguenti precisazioni:

- con la Disposizione di liquidazione n. 16 del 2015 ha provveduto ad erogare la terza tranche di acconto sulle anticipazioni effettuate dalle AASS per conto delle disciolte Aziende Sanitarie per l'importo di euro 7.000.000 a valere sull'impegno contabile assunto per l'esercizio 2015;
- con DD.GG.RR. n. 796, 867, 868 e 1062 del 2015 ha confermato la destinazione dell'utile 2014 del CROB, dell'ASP, dell'ASM e dell'AOR alla copertura delle perdite pregresse di ASP, ASM e AOR ed ha erogato con Disposizione n. 77/2014 ulteriori risorse regionali pari a 600.000 euro ad ASP, AOR e ASM a parziale copertura delle perdite pregresse.

Quanto sopra riportato con riferimento alla copertura perdite pregresse trova corrispondenza nella tabella di cui al precedente paragrafo K)<sup>55</sup>.

Il modello CE IV Trimestre 2015 Consolidato regionale trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla regione Basilicata presenta un disavanzo di 8,824 milioni di euro.

Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del DLgs 118/2011, che l'azienda ospedaliera S. Carlo presenta un utile di 0,012 mln di euro al IV trimestre 2015.

La regione, con DGR n. 651 del 19.05.2015, ha disposto che ai sensi dell'articolo 30 del DLgs n. 118/2011 l'eventuale risultato positivo d'esercizio in eccedenza degli Enti di cui

<sup>55</sup> Il paragrafo affronta la verifica dell'attuazione dell'art. 3, c. 7 del DL 35/2013 (erogazione del 95%).

alle lettere b) punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 è destinato, al fine di garantire l'equilibrio del SSR alla copertura delle perdite di esercizio dell'intero SSR.

Si fa presente che, con riferimento alle coperture regionali, la regione ha impegnato sul capitolo U49005 "Integrazione del FSR" del bilancio finanziario per l'anno 2016 un importo pari a 11,5 mln di euro.

La regione Basilicata presenta al IV trimestre 2015 un disavanzo di 8,824 mln di euro.

Dopo il conferimento delle risorse aggiuntive preordinate dalla regione e pari a 11,5 mln di euro, residua un avanzo di 2,676 mln di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della L n. 311/2004 e s.m.i., avendo la Regione Basilicata conferito al SSN risorse aggiuntive per complessivi 11,5 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 allo 0,9% e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della L n. 191/2009.

### ***A.3. Verifica della corresponsione al SSR del 95% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2015***

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 2015, 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 5, 17, 22 e 31 marzo e 6 aprile 2016, tutte le regioni sono risultate adempienti.



## Appendice B - Esiti delle verifiche dell'attuazione dei Piani di rientro per l'anno 2015

Si riportano di seguito gli esiti delle verifiche effettuate dai Tavoli tecnici concernenti l'attuazione dei piani di rientro per l'anno 2015 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nel mese di aprile 2016.

Limitatamente alla verifica del risultato di gestione 2015 la metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici è riportata alla precedente Appendice A.

**Regione Abruzzo.** Nella riunione congiunta tenutasi l'11 novembre 2015 e il 19 aprile 2016 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- prendono atto della definizione del nuovo calendario dei trasferimenti dal conto di tesoreria ordinario al conto sanità e chiedono alla struttura commissariale di conoscere la previsione del capitolo 11630 sul bilancio finanziario della Regione;
- chiedono chiarimenti per il prelievo della liquidità dal conto tesoreria sanità al conto tesoreria ordinario per 40 mln di euro, rilevando che il bilancio regionale, per carenze di liquidità proprie, ha nuovamente prelevato risorse del SSR per le quali ha disposto formale atto di restituzione solo a febbraio 2016 senza che sia avvenuta la relativa rimessa di cassa.

Nel richiamare la Struttura commissariale agli adempimenti del proprio mandato in ordine alla messa a disposizione delle risorse del Servizio sanitario regionale, si riservano, in occasione della prossima riunione, di verificare l'effettiva restituzione di cassa delle risorse prelevate:

- per quanto riguarda il trasferimento di risorse finanziarie a favore delle Asl a titolo di copertura del disavanzo sanitario pregresso del SSR, prendono atto dell'effettivo trasferimento alle ASL di 235,067 mln di euro. Restano in attesa di verificare le scritture contabili conseguenti sia a livello aziendale che di conto consolidato regionale in occasione dell'esame dello Stato Patrimoniale 2015;
- prendono atto che l'approvazione bilanci d'esercizio 2013 delle aziende sanitarie regionali e della GSA è avvenuta in data 1.02.2016 e richiamano l'attenzione della Struttura commissariale a quanto disposto dall'art. 32, c. 7, del DLgs 118/2011;
- prendono atto della rettifica dei dati di Consuntivo 2014 e valutano che la Regione Abruzzo, a Consuntivo 2014, presenta un avanzo di 6,628 mln di euro. Nel rilevare il ritardo rispetto a quanto previsto dal DLgs 118/2011, restano in attesa dell'approvazione del Bilancio consolidato 2014 del Servizio Sanitario Regionale, da operarsi entro il 31 maggio 2016 come da impegno della struttura commissariale;
- la Regione al IV trimestre 2015 presenta un avanzo di 0,602 mln di euro;

- la Regione ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013 in quanto ha erogato nell'anno 2015 risorse per il 98% delle risorse ricevute da Stato e autonomamente conferite da Regione;
- prendono atto del rispetto dei tempi di pagamento da parte di tre aziende su quattro e restano in attesa dei miglioramenti attesi dalle iniziative poste in essere sulla ASL 202 al fine di conseguire il rispetto dei tempi di pagamento;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma operativo 2013-2015, e, in particolare, rispetto agli obiettivi prioritari in materia di erogazione dei LEA, valutano positivamente il raggiungimento della soglia di adempienza registrata in materia di erogazione dei Lea ed il progressivo e continuo miglioramento verificatosi negli anni, in particolare:
  - valutano positivamente che la maggior parte delle attività previste nello schema degli obiettivi prioritari siano state portate a termine nei termini previsti;
  - attendono la prevista riorganizzazione della rete ospedaliera in adempimento a quanto previsto dal Regolamento sugli standard DM n. 70/2015;
  - relativamente alla rete territoriale richiedono il quadro definitivo delle riconversioni effettuate o previste, una volta completato il processo di cui al DCA n. 88/2015 e invitano la Struttura commissariale a ridefinire la rete di offerta per l'assistenza ai soggetti afferenti ai servizi di salute mentale;
  - valutano positivamente il percorso intrapreso in adempimento dell'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 2011 in materia di percorso nascita e restano in attesa di aggiornamenti sulle attività previste;
  - relativamente agli *screening* oncologici prendono atto delle iniziative intraprese che consentono di ritenere superata la prescrizione di cui alla riunione del 23 luglio 2015;
  - in relazione all'accreditamento sollecitano la conclusione del percorso;
- con riferimento al Programma operativo 2016-2018 esprimono parere positivo all'adozione formale del documento, integrato e revisionato secondo le osservazioni e le richieste rese nel corso della riunione odierna e con l'emanando parere;
- con riferimento alla verifica degli adempimenti, valutano la regione adempiente per l'anno 2013 mentre persistono le criticità sulla verifica per l'anno 2014.

In relazione al superamento della verifica adempimenti 2013, Tavolo e Comitato valutano che possano essere erogate alla regione le spettanze a tutto l'anno 2013, pari a 77,014 mln di euro.

Tavolo e Comitato, in ordine alla richiesta regionale di avvalersi della facoltà di cui all'articolo 2, comma 88, della legge n. 191/2009 per l'uscita dal commissariamento, già rappresentata nel corso della riunione del 4 agosto 2014 e nel corso della riunione del 23 luglio 2015, restano in attesa della produzione della documentazione integrativa richiesta nella presente riunione con particolare riferimento al Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018, all'esame dello Stato patrimoniale 2015 e al conferimento della liquidità del Servizio sanitario regionale, riservandosi la relativa valutazione, anche mediante la convocazione di una specifica riunione.

**Regione Calabria.** Nella riunione congiunta tenutasi l'19 aprile 2016 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- riscontrano che permangono le criticità dei rapporti tra la struttura commissariale e la struttura regionale anche con riferimento agli spazi logistici da assegnare alla struttura commissariale, già evidenziate nel corso della riunione del 26 novembre 2015, e ribadiscono l'invito alla Regione a trovare adeguate soluzioni. Tavolo e Comitato invitano nuovamente gli Uffici del Dipartimento tutela della salute a fornire la massima collaborazione alla Struttura commissariale in quanto organo di Governo. Invitano il Direttore generale del Dipartimento tutela della salute ad adoperarsi in tal senso, ribadendo che la Struttura commissariale ha ricevuto uno specifico mandato dal Governo in ordine all'attuazione del Piano di rientro. Auspicano che la riorganizzazione dipartimentale rafforzi la struttura tecnica che negli anni ha permesso alla regione Calabria di accertare il debito pregresso e di implementare le attività di monitoraggio dei conti aziendali e regionali, che rischia di essere compromessa. Ricordano che proprio il riscontrato potenziamento della struttura amministrativa regionale di monitoraggio del Servizio sanitario regionale ha permesso di veder riconosciuti da parte di questi Tavoli i progressi intervenuti, a cui sono stati associati anche sblocchi di risorse premiali pregresse;
- rilevano nuovamente che permangono ritardi, in particolare in alcune aziende del SSR della Regione Calabria, nel pagamento dei propri debiti, pur in presenza delle relative risorse.
- richiamano il punto 16) del mandato commissariale conferito il 12 marzo 2015 e ne constata una mancata attuazione. Invitano nuovamente la Struttura commissariale ad assicurare tutti gli interventi possibili al fine di superare tale situazione;
- non possono non evidenziare la presenza di criticità sull'ASP di Reggio Calabria. Ricordano che la situazione dell'ASP di Reggio Calabria è stata oggetto di specifica menzione nel mandato commissariale in quanto al punto 15) si fa esplicito riferimento alla conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative a tale ASP. Tavolo e Comitato rinnovano l'invito alla Struttura commissariale a dare completa attuazione a quanto previsto dal punto 15 del mandato commissariale conferito il 12 marzo 2015. Rilevano la grave criticità amministrativa e contabile rappresentata dalla ASP di Reggio Calabria;
- la Regione Calabria al IV trimestre 2015 presenta un disavanzo, prima delle coperture, di 60,047 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR relative all'anno d'imposta 2016, e le rettifiche dei gettiti degli anni d'imposta precedenti, pari a 87,778 mln di euro, residua un avanzo di 27,731 mln di euro;
- per quanto riguarda i tempi di pagamento richiamano ancora una volta il punto 16) del mandato commissariale conferito il 12 marzo 2015 e ne constata la mancata attuazione. Ribadiscono la necessità che la Struttura commissariale assicuri tempestivamente tutti gli interventi possibili al fine di superare la situazione di ritardo nei tempi di pagamento. Evidenziano ancora una volta che i tempi di pagamento delle aziende sanitarie calabresi sono tra i più alti in Italia nell'ambito del SSN e che permangono gravi criticità sull'ASP di Reggio Calabria. Si riservano di effettuare, nel corso delle prossime riunioni, delle verifiche inerenti ai tempi di pagamento;
- evidenziano il ritardo nell'alimentazione della Piattaforma di Certificazione dei Crediti da parte delle aziende calabresi e constata la mancata iscrizione della ASP di Reggio Calabria su tale piattaforma. Tavolo e Comitato invitano la Struttura commissariale ad adoperarsi tempestivamente presso le proprie aziende al fine di evitare il ripetersi della

grave situazione di ritardo nell'alimentazione e movimentazione della Piattaforma di Certificazione dei Crediti e restano in attesa di conoscere le iniziative intraprese. Richiamano a tal proposito quanto previsto dall'articolo 27 del DL 66/2014;

- avendo la regione assicurato il trasferimento al proprio SSR nella misura del 94% delle somme ricevute nell'anno solare 2015, non ha rispettato per l'anno 2015 il disposto dell'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013. Richiamano il punto 14) del mandato commissariale in ordine al tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- in merito alla verifica annuale di attuazione del Programma operativo 2013-2015:
  - in relazione agli obiettivi prioritari rilevano un ritardo nell'attuazione di quanto prefissato dai vari decreti di riorganizzazione delle reti ospedaliere, tempo dipendenti, nonché specialistiche e l'implementazione dei PDTA e, pertanto, restano in attesa di aggiornamenti relativamente alla risoluzione delle problematiche evidenziate per le specifiche aree di assistenza. Ribadiscono, in particolare, le criticità del settore dell'assistenza di sanità pubblica (adesione agli screening oncologici e vaccinazioni) sollecitando ulteriori interventi ed un monitoraggio continuo;
  - in relazione al DCA n. 30/2016, evidenziano come il Tavolo del Regolamento sugli standard ospedalieri nella riunione del 5 aprile 2016 si è espresso in termini favorevoli chiedendo, comunque, di allineare la programmazione dell'offerta di posti letto ospedalieri agli standard normativi, tenendo conto che i posti letto equivalenti di residenzialità territoriale devono essere inclusi nel computo dei posti letto ospedalieri (a meno di una modifica delle relative tariffe). Devono, inoltre, al fine di rispettare detti standard, essere eliminati i posti letto programmati nel provvedimento ma non assegnati e non contemplati nella tabella A (289 pl). In relazione alla rete dell'emergenza-urgenza e con riferimento all'HUB di Catanzaro ha sottolineato la necessità dell'allocazione delle discipline relative all'emergenza-urgenza in una unica sede ed ha raccomandato di anticipare l'attivazione delle reti STAM e STEN, rispetto alle date programmate nel provvedimento, al fine di garantire la sicurezza del percorso nascita. Pertanto Tavolo e Comitato rimangono in attesa di una revisione del provvedimento, che tenga conto di quanto espresso nel presente verbale e di quanto indicato dal Tavolo del regolamento sugli standard ospedalieri;
  - chiedono di essere informati sull'approvazione del Progetto di legge recante: "Modifica degli articoli 17 e 18 della Legge Regionale n. 22 del 5 ottobre 2007";
  - relativamente alla rete territoriale, raccomandano un potenziamento delle aree più critiche;
  - in relazione alla definizione delle tariffe provvisorie a seguito della modifica del Regolamento Regionale n. 13/2009, osservano che il provvedimento presenta evidenti disallineamenti dalla normativa nazionale in materia di compartecipazione relativamente all'assistenza socio-sanitaria;
  - in relazione alla bozza di protocollo d'Intesa tra Università e Regione, pur apprezzando l'impianto generale del documento, restano in attesa di una nuova bozza che recepisca le osservazioni rese dai Ministeri affiancanti;
  - in relazione alle aziende sanitarie richiamano l'attenzione sulla necessità di garantirne la governance, anche attraverso il superamento dei commissariamenti



e, comunque, mediante l'individuazione di precisi mandati in linea con la programmazione regionale, comprese le linee di attività contenute nei PO;

- in relazione alla bozza del Programma Operativo 2016-2018:
  - chiedono di allineare i contenuti del documento ai provvedimenti di riorganizzazione delle reti;
  - con riferimento a quanto riportato nei quadri sinottici, rilevano la necessità di individuare opportuni indicatori, al fine di poter misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi;
  - richiamano l'attenzione della struttura commissariale sull'importanza di anticipare alcune delle scadenze previste sugli obiettivi previsti nella bozza dei P.O. 2016-2018, in particolar modo relativamente all'attivazione del trasporto STEN e STAM prevista entro il dicembre 2017. Tavolo e Comitato ritengono quindi necessario integrare il documento coerentemente con quanto evidenziato nel corso della riunione e quanto sarà evidenziato nel relativo parere di dettaglio;
- in merito alla verifica adempimenti la verifica è ancora in corso con riferimento agli anni 2012, 2013 e 2014.

**Regione Campania.** Nella riunione congiunta tenutasi il 7 aprile 2016 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Campania al IV trimestre 2015 presenta un avanzo di 27,658 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali di 51,755 mln di euro, rettificata della rideterminazione dei gettiti delle aliquote fiscali degli anni 2015 e 2014 nonché della consuntivazione del gettito dell'anno d'imposta 2013, presenta un avanzo di 56,386 mln di euro;
- in merito all'attuazione del Piano di rientro:
  - chiedono alla struttura commissariale di ricevere aggiornamenti in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera e di emergenza, rammentando le scadenze previste dalla legge n. 208/2015;
  - restano in attesa di ricevere i provvedimenti di individuazione delle reti di specialità, con i relativi PDTA;
  - restano in attesa di aggiornamenti sulla riorganizzazione della rete laboratoristica;
  - chiedono alla struttura commissariale di fornire un quadro esaustivo dell'avvenuta sottoscrizione dei contratti da parte di tutti gli erogatori per l'anno 2015 e un aggiornamento sull'attività relativa al 2016;
  - evidenziano il ritardo nel completamento del percorso di accreditamento istituzionale e restano in attesa di un quadro aggiornato contenente anche il dettaglio della tipologia di strutture ancora non accreditate;
  - evidenziano come la proroga della sperimentazione gestionale al Malzoni Radiosurgery Center sia da considerarsi contraria al parere reso dall'Avvocatura distrettuale di Napoli;
  - rilevano che le procedure di reclutamento del personale devono avvenire nel rispetto delle disposizioni recate dall'art. 1, comma 541, della legge 208/2015 e della circolare approvata nella riunione congiunta di Tavolo e Comitato del 24 febbraio 2016;

- per quanto riguarda il contenzioso prendono atto del DCA n. 15/2016 e chiedono alla struttura commissariale di fornire informazioni circa l'esito delle attività di monitoraggio dello stato dei rischi del SSR intraprese;
  - evidenziano la necessità di ricevere informazioni dettagliate sulle azioni che la regione sta mettendo in atto in merito ai beni e servizi;
  - richiamano con urgenza l'attenzione della regione nel completare e rendere immediatamente operativo, il passaggio delle funzioni di Arsan alla regione ovvero a Soresa, al fine di non compromettere l'attività di gestione dei flussi informativi indispensabile alla corretta programmazione e monitoraggio da parte della struttura commissariale. Raccomandano alla regione di mettere a disposizione della Direzione generale per la tutela della salute le risorse umane necessarie alla svolgimento delle funzioni proprie della direzione, a indispensabile supporto del lavoro della struttura commissariale, come peraltro prescritto dall'articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007;
  - in relazione alle aziende sanitarie richiamano l'attenzione sulla necessità di garantirne la governance, anche attraverso il superamento dei commissariamenti e, comunque, mediante l'individuazione di precisi mandati in linea con la programmazione regionale, comprese le linee di attività contenute nel PO;
- restano in attesa della bozza completa dei P.O. 2016-2018;
  - in ordine alla verifica adempimenti confermano il permanere di criticità.

**Regione Lazio.** Nella riunione congiunta tenutasi il 20 aprile 2016 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento alle risorse lasciate a copertura del possibile rischio sui controlli esterni sul consuntivo 2013 per 30,563 mln di euro, alla luce di quanto emerso nel corso della riunione odierna, ritengono congruo lasciare a copertura del residuo rischio sui controlli l'importo di 16,6 mln di euro. La restante parte può, pertanto, rientrare nella disponibilità del bilancio regionale;
- la Regione Lazio al IV trimestre 2015 presenta un disavanzo prima delle coperture, di 379,730 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR relative all'anno d'imposta 2016, come stimate dal competente Dipartimento delle finanze per un importo di 720,576 mln di euro e considerando l'aggiornamento delle stime relative ai gettiti degli anni d'imposta 2015 e 2014, nonché la consuntivazione del gettito dell'anno d'imposta 2013 (-95,396 mln di euro), residua un avanzo di 245,450 mln di euro. Tavolo e Comitato valutano che tale maggiore copertura fiscale possa rientrare nella disponibilità del bilancio regionale per un importo pari alla metà del maggior gettito disponibile, vale a dire per un importo pari a 122,725 mln di euro. La restante maggiore copertura fiscale potrà rientrare nella disponibilità del bilancio regionale in occasione della valutazione definitiva della stessa a consuntivo 2015. Tavolo e Comitato ricordano che l'articolo 8, comma 13-duodecies del decreto legge n. 78/2015, ha riservato un contributo complessivo di 384,6 mln di euro, a decorrere dall'anno 2016, da assegnare, tramite riparto, alle regioni al fine di compensare le minori entrate del gettito Irap a seguito di quanto disposto dalla legge di stabilità per l'anno 2015. In considerazione di quanto valutato nella riunione odierna e della residua disponibilità della copertura fiscale per il conto consuntivo 2015, Tavolo e Comitato valutano che la quota che sarà assegnata alla Regione Lazio dal riparto delle risorse di cui l'articolo 8, comma 13-duodecies del

decreto legge n. 78/2015 per l'anno 2016, possa essere acquisita direttamente dal bilancio regionale;

- l'indicatore annuale sui tempi di pagamento per l'anno 2015 conferma il mancato rispetto della direttiva europea in merito. Tavolo e Comitato invitano la struttura commissariale al fine di adottare tutte le iniziative per garantire il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento su tutte le fatture;
- la regione ha assicurato il trasferimento al proprio SSR nella misura del 98% delle somme ricevute nell'anno solare 2015. Tavolo e Comitato registrano che la regione ha rispettato il disposto dell'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013 per l'anno 2015;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2013-2015, ed in particolare rispetto agli obiettivi prioritari in materia di erogazione dei LEA:
  - in relazione all'accreditamento, evidenziano ancora il permanere di criticità e restano in attesa del completamento delle procedure;
  - relativamente ai rapporti con gli erogatori privati accreditati restano in attesa della conclusione della sottoscrizione dei contratti per l'anno 2015 e aggiornamenti sulla situazione relativa all'anno 2016;
  - restano in attesa di ricevere il protocollo d'intesa con l'Università La Sapienza con la modifica richiesta, nonché la documentazione relativa a Tor Vergata;
  - restano in attesa della riorganizzazione dell'area riabilitativa, nella sua componente ospedaliera e territoriale;
  - relativamente alla rete territoriale prendono atto del percorso avviato evidenziando, tuttavia, come sia necessario ancora un potenziamento della stessa al fine di garantire un'adeguata risposta assistenziale ai bisogni ancora non soddisfatti;
  - per quanto concerne le cure primarie, restano in attesa della definitiva attuazione di quanto previsto dalla legge n. 189/2012 e dal Patto per la Salute 2014-2016 in materia di forme associative della medicina generale (AFT-UCCP);
  - in merito alla rete laboratoristica privata, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione e sul contenzioso;
  - in materia di prevenzione, con particolare riferimento agli screening oncologici, nel segnalare il permanere di criticità, restano in attesa di avere evidenza dei miglioramenti in sede di verifica adempimenti LEA;
- restano in attesa di ricevere la bozza di Programma Operativo 2016-2018 entro il 31 maggio 2016;
- restano 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 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 sulle verifiche relative agli anni 2013 e 2014.

**Regione Molise.** Nella riunione congiunta tenutasi il 21 aprile 2016 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento all'accesso all'anticipazione di liquidità di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015, in data 16 febbraio 2016, il Tavolo tecnico si è riunito per la verifica degli atti presupposti. Il Tavolo tecnico ha verificato positivamente la copertura della rata di ammortamento dell'anticipazione di liquidità per l'importo di 6.271.901 euro annui a decorrere dal 2017 e per trent'anni. La predetta rata non consente l'accesso al complessivo importo di 257,339 mln di euro. Si resta in attesa della sottoscrizione del contratto;
- aggiornano il risultato di gestione per l'anno 2014, a seguito della comunicazione del competente Dipartimento delle finanze delle nuove stime dei gettiti fiscali, utili alla copertura del disavanzo dell'anno in questione. La regione Molise sul conto consuntivo 2014 presenta un disavanzo, prima delle coperture, di 60,027 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR relative all'anno d'imposta 2015, delle ulteriori rettifiche sulle stime precedentemente effettuate, nonché della determinazione del gettito relativo alle maggiorazioni dello 0,15 e 0,30 dell'anno d'imposta 2015, residua un disavanzo di 33,273 mln di euro;
- restano in attesa di ricevere tempestivamente la ricognizione aggiornata della situazione creditoria e debitoria del SSR al 31.12.2014, come previsto nel punto II, lettera a. della delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015 di attribuzione del mandato commissariale;
- la regione Molise al IV trimestre 2015 presenta un disavanzo di 45,321 mln di euro, pari al 7,5% del finanziamento annuale assegnato alla regione. Dopo il conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, relative all'anno d'imposta 2016 e pari a 18,192 mln di euro (al netto di 2 mln di euro destinati dallo stesso Piano di rientro al pagamento della rata dell'anticipazione di liquidità), residua un disavanzo non coperto di 27,129 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 2015, a 30 mln di euro, in accompagnamento al Piano di risanamento del Servizio Sanitario Regionale – Piano Operativo Straordinario 2015-2018, si ridetermina il risultato di gestione 2015 in 2,871 mln di euro. Tavolo e Comitato richiamano la struttura commissariale alla circostanza che il servizio sanitario della regione Molise continua a produrre rilevanti deficit di gestione e che, solo grazie al contributo di solidarietà interregionale, non vengono applicate, anche a valere sull'anno oggetto di verifica, le sanzioni di cui all'articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004 e s.m.i.;
- confermano il grave ritardo nel pagamento dei fornitori;
- nello specifico del Programma Operativo straordinario 2015-2018 chiedono alla struttura commissariale di inviare il Programma operativo straordinario 2015-2018 integrato con le tematiche e le osservazioni rese e di specificare in dettaglio il percorso previsto di integrazione dell'Ospedale Cardarelli con la Fondazione Giovanni Paolo II di Campobasso e aggiornare la tabella Adempimenti LEA;
- rilevano la presenza di numerose criticità sui flussi informativi che dovrebbero ormai essere consolidati da tempo;
- in merito all'istituzione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante invitano la struttura commissariale a valutare l'esclusione dei componenti dell'ASREM dal citato

Organismo, confermando una composizione unicamente regionale, così come previsto nell'originario CRASS (Comitati Regionale per l'Accreditamento delle Strutture);

- relativamente al personale rappresentano che qualsiasi provvedimento di autorizzazione di assunzioni dovrà essere adottato nel rispetto delle disposizioni recate dall'articolo 1, comma 541, della legge n. 208/2015;
- relativamente alla rete perinatale chiedono chiarimenti in merito ai punti nascita di Isernia e Termoli;
- restano in attesa di ricevere l'Accordo quadro di collaborazione per lo svolgimento coordinato di attività in campo pediatrico, approvato con provvedimento n. 64 del 19.02.2016 del Direttore Generale dell'AORN;
- valutano ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti 2014 e precedenti.

**Regione Piemonte.** Nella riunione congiunta tenutasi il 20 aprile 2016 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- pur evidenziando il ritardo rispetto alla tempistica prevista dal decreto legislativo n. 118/2011, prendono atto della DGR n. 39-2536 del 30/11/2015 con la quale la regione ha approvato il bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014;
- nel rilevare il ritardo con cui la regione ha trasmesso le informazioni di dettaglio sullo Stato Patrimoniale 2014, prendono atto della relazione trasmessa. Restano in attesa dei chiarimenti richiesti e degli esiti degli approfondimenti in corso di effettuazione da parte della regione;
- rilevano il mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento;
- valutano che la regione per l'anno 2015 ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013 in quanto ha erogato risorse per il 98% delle risorse ricevute da Stato e autonomamente conferite da Regione;
- valutano che la regione al IV trimestre 2015 presenta un disavanzo di 11,454 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture per 19,500 mln di euro a valere su risorse del bilancio regionale impegnate sul bilancio 2016, rispettivamente con DD n. 126-A1402A del 4.03.2016 per 7,5 mln di euro e con DD n. 925-A1407A del 30.12.2015 per 12 mln di euro, risulta un avanzo di 8,046 mln di euro. Restano in attesa della rettifica del CE IV trimestre 2015 per i suddetti importi di 12 mln di euro iscritti nella voce AA0100 e di 7,5 mln di euro iscritti nella voce AA0160;
- con riferimento all'attuazione del Programma Operativo 2013-2015:
  - riconoscono il raggiungimento della maggior parte degli obiettivi previsti;
  - restano in attesa delle linee guida sull'appropriatezza dei ricoveri per acuti;
  - con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera il Tavolo di monitoraggio si è espresso favorevolmente, in quanto i provvedimenti già emanati nell'anno 2014 e 2015 risultano coerenti con il DM n. 70/2015. Chiedono, tuttavia, di rivedere gli atti programmatici con riferimento all'offerta di posti letto per le post acuzie, in quanto superiore agli standard e all'articolazione della rete cardiologica, in quanto si richiede un adeguamento del

- numero di servizi di emodinamica rispetto al bacino di utenza indicato nel DM n. 70/2015;
- prendono atto del recepimento - in via definitiva - degli atti aziendali come riadottati dai Direttori generali a seguito delle prescrizioni regionali;
  - chiedono maggiore attenzione alle criticità ancora presenti su alcuni flussi informativi;
  - sulla disciplina dei CAVS, prendono atto delle informazioni fornite e rilevano la mancata trasmissione della DD n. 924/2015 e della nota prot. 2901/2016. Auspicano, altresì, l'adozione di un unico atto programmatico avente ad oggetto le cure intermedie al fine di superare la frammentarietà di quanto previsto;
  - chiedono alla regione di trasmettere un documento riepilogativo di tutti i budget attribuiti o da attribuire per singolo *setting* assistenziale per l'anno 2015, fornendo anche un aggiornamento sullo stato di avanzamento della sottoscrizione dei contratti; chiedono anche di ricevere lo schema di contratto per il 2016;
  - restano in attesa di ricevere i Protocolli d'intesa con le università recanti le osservazioni formulate nel corso della riunione del 28 luglio 2015;
- valutano la regione adempiente per la verifica dell'anno 2013 e ancora non sufficiente la documentazione trasmessa per la verifica adempimenti anno 2014.

Tavolo e Comitato richiamano l'attenzione sulla circostanza che sembra si stia formando una nuova esigenza di liquidità del SSR per crediti verso regione a seguito di prelievi di liquidità operati dall'ente regione per esigenze di cassa del settore non sanitario per un importo di almeno 622 mln di euro, di cui 562 mln di euro iscritti nei Crediti per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA e 60 mln di euro iscritti nei Crediti v/Regione per ripiano perdite. Tavolo e Comitato chiedono alla regione e all'*advisor* di predisporre una relazione di dettaglio sulle risorse che l'ente Regione dovrà ripristinare finanziariamente a favore del SSR, da trattarsi in occasione della verifica dello Stato patrimoniale 2015, anche alla luce delle valutazioni effettuate sulla tabella di raccordo e riconciliazione tra la Co.Ge. del bilancio d'esercizio 2014 della GSA e la Co.Fi. del bilancio regionale approvato con nota 21017/A14000 del 6/11/2015 che evidenziano una dimensione superiore ai predetti 622 mln di euro dei crediti del SSR verso il bilancio regionale. Tavolo e Comitato non possono non evidenziare la gravità di tale circostanza che necessita dei dovuti approfondimenti in sede di esame dello Stato patrimoniale 2015. Tale circostanza costituisce elemento fondamentale di valutazione in ordine alla conclusione positiva del Piano di rientro. La carenza di liquidità indotta dal bilancio regionale concorre inoltre a determinare il mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento. In ogni caso, al fine di non compromettere ulteriormente la situazione critica rilevata, in considerazione dell'avvenuto superamento della verifica adempimenti 2013, valutano che possano essere erogate alla regione le spettanze statali a tutto l'anno 2013.

**Regione Puglia.** Nella riunione congiunta tenutasi il 7 aprile 2016 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la regione Puglia al IV trimestre 2015 presenta un disavanzo di 58,501 mln di euro. La regione ha predisposto coperture da bilancio regionale per 60,000 mln di euro, pertanto il risultato di gestione al IV trimestre 2015, dopo le suddette coperture,

risulta in avanzo di +1,499 mln di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i., avendo la regione Puglia conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per complessivi 60 mln di euro, ha assicurato l'equilibrio economico;

- nel 2015 risultano erogate al Servizio sanitario risorse statali e regionali per il 96% delle risorse ricevute. Pertanto la regione ha rispettato quanto disposto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013;
- in base ai valori forniti dalla regione dell'Indicatore di tempestività dei pagamenti, per la regione Puglia si registra un ritardo medio di 57 giorni. Rilevano pertanto il mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento e chiedono alla regione quali iniziative intende intraprendere per assicurarne il rispetto. Invitano la regione ad attivarsi tempestivamente presso le proprie aziende al fine del rispetto dei tempi di pagamento anche prevedendo una accelerazione del conferimento delle risorse alle aziende e effettuando interventi mirati al fine di semplificare le procedure amministrative volte alla liquidazione delle fatture. Richiamano le sanzioni di legge in ordine al mancato rispetto dei tempi di pagamento degli enti del SSN;
- invitano la regione ad adoperarsi tempestivamente presso le proprie aziende al fine di aumentare l'utilizzo della Piattaforma di Certificazione dei Crediti da parte degli enti del SSR e restano in attesa di conoscere le iniziative regionali. Richiamano a tal proposito quanto previsto dall'articolo 27 del decreto legge n. 66/2014;
- la situazione dell'erogazione dei LEA risulta migliorata come si evince dal punteggio della griglia LEA 2014 pari a 162, superiore al livello minimo (160). Persistono criticità in termini di adeguamento dell'offerta sanitaria ai reali bisogni della popolazione con particolare riferimento al settore della prevenzione e all'assistenza agli anziani non autosufficienti. Ulteriori miglioramenti sono da effettuare nel campo dell'appropriatezza, dell'efficienza e della qualità delle cure;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2013-2015:
  - rilevano che gran parte degli obiettivi prioritari non sono stati attuati;
  - per quanto attiene alla documentazione inviata in adempimento a quanto previsto dalla legge di stabilità 2016 in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera e della emergenza-urgenza, il Tavolo del Regolamento sugli standard ospedalieri ha ritenuto la stessa non sufficiente per esprimere una valutazione definitiva. Ha pertanto ritenuto necessario richiedere un'integrazione documentale relativamente: al dimensionamento delle discipline pubbliche e private rispetto ai bacini di utenza; all'articolazione della rete dell'emergenza-urgenza con individuazione dei nodi della rete. Inoltre ha ritenuto necessaria una relazione contenente una analisi degli scostamenti rispetto agli standard del DM n. 70/2015 e relativo cronoprogramma degli interventi;
  - ribadiscono l'importanza di procedere congiuntamente alla rivisitazione delle reti di specialità in conformità alla rete ospedaliera, con particolare riferimento a quella oncologica;
  - riguardo al percorso nascita, rilevano il ritardo con il quale la regione sta procedendo al rispetto di quanto stabilito nell'Accordo in Conferenza Unificata n. 137/CU del 16/12/2010;
  - sottolineano le carenze dell'area della prevenzione con particolare riferimento agli *screening* oncologici;

- rimangono in attesa degli interventi previsti sulla rete laboratoristica (pubblica e privata) e sulla rete territoriale (anche in considerazione delle osservazioni già formulate, in particolare sui PTA);
- evidenziano che, per quanto attiene i rapporti con gli erogatori privati, la Regione Puglia nel corso dei tre anni di vigenza del Programma Operativo 2013-2015, nonostante le ripetute richieste formulate nel corso delle varie riunioni e con i pareri rilasciati dai Ministeri affiancanti, non ha mai trasmesso la documentazione richiesta (schemi di contratto revisionati, tetti di attribuzione dei budget agli erogatori privati, provvedimenti di assegnazione della remunerazione delle funzioni ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 2, del DLgs 502/1992, *report* riepilogativi dei contratti sottoscritti);
- evidenziano il mancato raggiungimento dell'obiettivo relativo ai Protocolli d'intesa con le Università, così come programmato, e sollecitano la regione a procedere al più presto alla modifica ed approvazione dei Protocolli d'Intesa con le Università di Bari e Foggia;
- rilevano che, pur essendo stato garantito l'equilibrio economico con il conferimento di risorse aggiuntive per 60 mln di euro, permane un disavanzo strutturale più alto in relazione alla presenza di contabilizzazioni una tantum in entrata sull'anno 2015 con riferimento al *pay-back* farmaceutico;
- prendono atto che la regione intende avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 15, comma 20, del decreto legge n. 95/2012 in merito alla prosecuzione del Piano di rientro mediante un Programma Operativo per gli anni 2016-2018. Rimangono in attesa della trasmissione della bozza di Programma Operativo 2016-2018.
- Rilevano assolutamente irruole quanto previsto dalla regione in merito ai piani assunzionali nella richiesta di prosecuzione del Programma Operativo;
- la documentazione trasmessa ai fini della istruttoria della verifica adempimenti per gli anni 2013 e 2014 non è ancora sufficiente.

**Regione Siciliana.** Nella riunione congiunta tenutasi il 21 aprile 2016 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- nel richiamare la tempistica di approvazione prevista dall'articolo 32 del decreto legislativo n. 118/2011, rimangono in attesa dell'approvazione del Bilancio d'esercizio della GSA e del Conto Consolidato del SSR per l'anno 2014;
- con riferimento all'attuazione dell'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, valutano che la regione, avendo corrisposto risorse nel limite del 94%, non ha rispettato il previsto vincolo legislativo;
- rilevano, per l'anno 2015, il mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento;
- non senza evidenziare un comportamento regionale di non leale collaborazione in relazione al mancato conferimento dell'intero ammontare della compartecipazione regionale al Fondo sanitario indistinto per 53,699 mln di euro, procedono alla rideterminazione del risultato di gestione di IV trimestre 2015 che presenta un avanzo di 9,944 mln di euro e, dopo il conferimento delle aliquote fiscali per 3,900 mln di euro, un avanzo di 13,844 mln di euro;



- rilevano la non coerenza dell'articolo 6 della legge regionale n. 3/2016 con quanto previsto dall'Accordo per il Piano di rientro e con la legislazione vigente;
- invitano la regione a provvedere con urgenza alla regolare composizione dei collegi sindacali delle Aziende sanitarie regionali;
- prendono atto della richiesta regionale di avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 15, comma 20, del decreto legge n. 95/2012 in merito alla prosecuzione del Piano di rientro mediante un nuovo Programma Operativo per gli anni 2016-2018;
- rimangono in attesa di una nuova bozza di Programma Operativo 2016-2018, integrata con le osservazioni recate nel presente verbale e nel parere che sarà reso, entro la data utile ai fini della prossima riunione di verifica;
- con riferimento al Programma Operativo 2013-2015:
  - riguardo la rete ospedaliera e la rete di emergenza, rimangono le osservazioni già rese, e rammentano quanto previsto dall'articolo 1, comma 541, della legge n. 208/2015 (Legge di stabilità 2016);
  - in merito alla rete territoriale e tutela delle fragilità, poiché non risulta completato il percorso di raggiungimento degli obiettivi prioritari approvati, ribadiscono la richiesta di una relazione che riporti lo stato di attuazione di quanto previsto dall'obiettivo prioritario ed, in particolare, in merito alla realizzazione degli interventi a tutela della fragilità e di potenziamento dell'assistenza residenziale per anziani;
  - relativamente al percorso nascita, evidenziano numerosi disallineamenti rispetto ai requisiti e standard previsti dall'Accordo del 16.12.2010, sia per quanto riguarda le UO di Ostetricia che di neonatologia;
  - ribadiscono la necessità, in materia di prevenzione, che la regione si adoperi per potenziare l'implementazione degli *screening* oncologici su tutto il territorio;
  - in tema di autorizzazioni e accreditamento, chiedono di acquisire ulteriori elementi necessari a capire la tempistica di accreditamento delle strutture socio sanitarie e l'attuazione del rispettivo decreto;
  - rilevano che non risulta pervenuta la documentazione richiesta in materia di revisione dei protocolli con le Università;
  - sulla prevista riduzione delle UOC e UOS, secondo i parametri standard definiti nel documento del Comitato LEA del 26/3/2012, restano in attesa di conoscere i totali delle strutture previste in applicazione degli atti aziendali e di quelle effettivamente assegnate;
  - con riferimento ai chiarimenti forniti in risposta alle osservazioni dei Tavoli nei confronti del Piano triennale 2015-2017 di riorganizzazione ed efficientamento dell'ISMETT, valutano che non risultano chiarite le perplessità manifestate. Rilevano pertanto che la valutazione del Piano di riorganizzazione ed efficientamento dell'ISMETT non può che essere confermata nei termini già espressi nel verbale dell'11 novembre 2015 e ribaditi nel parere dell'8 aprile 2016, per cui il Piano Triennale 2015-2017 di riorganizzazione ed efficientamento di ISMETT non risulta condivisibile;
- la verifica adempimenti per gli anni 2013 e 2014 non è ancora conclusa.



## Appendice C - Risultanze della ricognizione della situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011 e DL 35/2013

Nel procedimento di verifica della situazione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011, originariamente prevista per riconciliare le contabilizzazioni operate nel periodo antecedente all'entrata in vigore del decreto legislativo n. 118/2011 si sono innestati i decreti legge n. 35/2013, n. 102/2013 e n. 66/2014 (e relativi decreti ministeriali attuativi) che, al fine di consentire agli enti del Servizio sanitario nazionale il pagamento dei debiti cumulati alla data del 31 dicembre 2012 (e per una quota limitata a 800 milioni di euro anche i debiti cumulati alla data del 31 dicembre 2013), hanno messo a disposizione risorse per complessivi 17.039 milioni di euro, di cui 7.505 nell'anno 2013 e 9.533 nell'anno 2014.

L'assegnazione delle risorse alle regioni è avvenuta con riparti effettuati con successivi decreti direttoriali del Ministero dell'economia e delle finanze, nonché in esecuzione dell'articolo 35 del citato DL 66/2014, in relazione alle grandezze economico-finanziarie indicate dall'articolo 3 del DL 35/2013 (in quanto idonee a spiegare il potenziale fabbisogno di cassa degli enti sanitari), oggetto di specifica verifica in sede di Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali in materia sanitaria, e riferite:

- agli ammortamenti non sterilizzati antecedenti all'applicazione del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (trattasi di ammortamenti di investimenti effettuati con risorse correnti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, anziché con risorse specificamente destinate a tale scopo e stanziare appositamente dallo Stato o dalle regioni);
- alle mancate erogazioni per competenza e/o per cassa delle somme dovute dalle regioni ai rispettivi servizi sanitari regionali a titolo di finanziamento del SSN, ivi compresi i trasferimenti di somme dai conti di tesoreria e dal bilancio statale e le coperture regionali dei disavanzi sanitari.

Il DL 35/2013 ha stabilito l'obbligo per le regioni di predisporre adeguate coperture di bilancio regionale, per il periodo di trent'anni, delle rate di ammortamento delle anticipazioni di liquidità, assegnando al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, previa istruttoria tecnica del Ministero dell'economia e delle finanze, la relativa valutazione ai fini della sottoscrivibilità del contratto con lo stesso Ministero.

A Fronte di un potenziale fabbisogno finanziario di 17,1 miliardi, nel periodo 2013 - agosto 2016 sono state progressivamente trasferite risorse, a seguito di numerose successive verifiche degli adempimenti di legge e conseguenti contratti, per complessivi 15,8 miliardi come dettagliato nella tabella seguente (Tabella A).

Allo stato sono ancora in corso attività amministrative e di confronto tecnico con alcune regioni, per il completamento dell'operazione, per importi comunque marginali.

Tab. A - Risorse trasferite alle regioni per il pagamento dei debiti degli enti del SSN - DL 35/2013, DL 102/2013 e DL 66/2014

Regioni	Verifica degli importi di cui all'art. 3, c. 1, lettere a) e b) del DL 35/2013 - grandezze in termini di competenza	Verifica degli importi di cui all'art. 3, c. 1, lett. b) del DL 35/2013 - grandezze in termini di cassa	TOTALE potenziale fabbisogno di liquidità	2013	2014	2015	2016	TOTALE
Piemonte <sup>(1)</sup>	1.956.357.000	900.000.000	2.856.357.000	1.446.703.200	509.653.000	900.000.000	0	2.856.356.200
Valle d'Aosta	0	19.110.000	19.110.000	0	0	0	0	0
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0
Trento	0	122.548.000	122.548.000	0	0	0	0	0
Veneto	1.587.480.000	0	1.587.480.000	777.231.000	810.249.000	0	0	1.587.480.000
Friuli	18.982.000	0	18.982.000	0	0	0	0	0
Liguria	75.929.000	111.370.000	187.299.000	147.299.400	40.000.000	0	0	187.299.400
Emilia-Romagna	1.501.334.000	0	1.501.334.000	806.364.000	140.000.000	0	0	946.364.000
Toscana	934.727.000	29.389.000	964.116.000	415.355.400	404.000.000	0	0	819.355.400
Umbria	69.933.000	0	69.933.000	17.222.000	12.226.632	0	0	29.448.632
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0
Lazio	396.265.000	2.801.429.000	3.197.694.000	1.497.693.600	2.356.081.000	0	0	3.853.774.600
Abruzzo	276.010.000	0	276.010.000	174.009.000	0	0	0	174.009.000
Molise	198.781.000	156.129.000	354.910.000	44.285.000	0	0	234.975.000	279.260.000
Campania	611.013.000	1.339.533.000	1.950.546.000	957.546.000	993.000.000	0	0	1.950.546.000
Puglia	652.926.000	0	652.926.000	334.755.000	318.171.000	0	0	652.926.000
Basilicata	73.175.000	0	73.175.000	0	0	0	0	0
Calabria	218.455.000	0	218.455.000	89.750.000	0	0	0	89.750.000
Sicilia	0	2.607.000.000	2.607.000.000	606.097.000	0	1.776.000.000	0	2.382.097.000
Sardegna	468.740.000	0	468.740.000	0	0	0	0	0
<b>ITALIA</b>	<b>9.040.107.000</b>	<b>8.086.508.000</b>	<b>17.126.615.000</b>	<b>7.314.310.600</b>	<b>5.583.380.632</b>	<b>2.676.000.000</b>	<b>234.975.000</b>	<b>15.808.666.232</b>

<sup>(1)</sup> Importi trasferiti alla Regione, ovvero al Commissario straordinario del Governo per il pagamento dei debiti pregressi della Regione, ai sensi dell'art. 1, commi 452 e ss, della L 190/2014.

## Bibliografia

- AIES – Agenas (2010), “La Metodologia per i piani di rientro” .  
[http://www.agenas.it/presentazioni\\_AIES\\_AGENAS.html](http://www.agenas.it/presentazioni_AIES_AGENAS.html)
- 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?”  
<http://www.cerismas.com/web/it/eventi-organizzati-dal-cerismas/150-la-contabilita-generale-nelle-aziende-sanitarie-pubbliche-a-che-punto-siamo.html>
- 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.  
<http://www.isn.ethz.ch/isn/Digital-Library/Publications/Detail/?ots591=0c54e3b3-1e9c-be1e-2c24-a6a8c7060233&lng=en&id=111367>
- 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](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](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.  
[http://europa.eu/epc/pdf/2012\\_ageing\\_report\\_en.pdf](http://europa.eu/epc/pdf/2012_ageing_report_en.pdf)
- Economic Policy Committee - European Commission (2012), “The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)”.  
[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/ee2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee2_en.pdf)
- Economic Policy Committee - European Commission (2014), “The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies”, *European Economy*, no. 8.  
[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2014/pdf/ee8\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf)
- 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](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf)
- Istat (2007a), “Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005”.
- Istat (2011), “Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065”.  
<http://www.istat.it/it/archivio/48875>

- 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>
- Massicci F. (2008), "Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro", Monitor, Anno VII, n. 22, pag. 20.  
[www.agenas.it](http://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".  
[http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/def/2013/documenti/NOTA\\_AGG\\_DEL\\_DEF\\_8-10-2013.pdf](http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/def/2013/documenti/NOTA_AGG_DEL_DEF_8-10-2013.pdf)
- Ministero dell'economia e delle finanze (2014a), "Documento di Economia e Finanza 2014".  
[http://www.rqs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Contabilit\\_e\\_finanza\\_pubblica/DEF/2014/](http://www.rqs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2014/)
- Ministero dell'economia e delle finanze (2014b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2014".  
[http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/def/2014/documenti/NdA\\_DEF\\_2014\\_PDF\\_UNITO\\_xon\\_linex\\_protetto\\_a.pdf](http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/def/2014/documenti/NdA_DEF_2014_PDF_UNITO_xon_linex_protetto_a.pdf)
- Ministero dell'economia e delle finanze (2015), "Documento di Economia e Finanza 2015".  
[http://www.rqs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Contabilit\\_e\\_finanza\\_pubblica/DEF/2015/](http://www.rqs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2015/)
- Ministero dell'economia e delle finanze (2016), "Documento di Economia e Finanza 2016".  
<http://www.mef.gov.it/documenti-pubblicazioni/doc-finanza-pubblica/index.html#cont1>
- 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.  
[http://www.rqs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2011/Le-tendenze-di-medio-lungo-periodo-del-sistema-pensionistico-e-socio-sanitario-Rapporto\\_n.12.pdf](http://www.rqs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2011/Le-tendenze-di-medio-lungo-periodo-del-sistema-pensionistico-e-socio-sanitario-Rapporto_n.12.pdf)
- 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.  
[http://www.rqs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2012/Le-tendenze-di-m\\_l-periodo-del-s\\_p\\_e-s\\_s-Rapporto\\_n.13.pdf](http://www.rqs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2012/Le-tendenze-di-m_l-periodo-del-s_p_e-s_s-Rapporto_n.13.pdf)
- 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.  
[http://www.rqs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2012/NDA-Le-tendenze-di-m\\_l-periodo-del-s\\_p\\_e-s\\_s-Rn13.pdf](http://www.rqs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2012/NDA-Le-tendenze-di-m_l-periodo-del-s_p_e-s_s-Rn13.pdf)

- 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.  
[http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita\\_di\\_previsione\\_RGS/2013/Le-tendenze-di-m\\_l-periodo-del-s\\_p\\_e-s\\_s-Rapporto\\_n14.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2013/Le-tendenze-di-m_l-periodo-del-s_p_e-s_s-Rapporto_n14.pdf)
- 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.  
[http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita\\_di\\_previsione\\_RGS/2013/Nota\\_Aggiornamento\\_Rapporto\\_n\\_14.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2013/Nota_Aggiornamento_Rapporto_n_14.pdf)
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014a), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 1, Roma.  
[http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2014/il\\_monitoraggio\\_del\\_sistema\\_sanitario.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2014/il_monitoraggio_del_sistema_sanitario.pdf)
- 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.  
[http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita\\_di\\_previsione\\_RGS/2014/Le-tendenze-di-m\\_l-periodo-del-s\\_p\\_e-s\\_s-Rapporto\\_n15.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2014/Le-tendenze-di-m_l-periodo-del-s_p_e-s_s-Rapporto_n15.pdf)
- 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.  
[http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita\\_di\\_previsione\\_RGS/2014/Nota\\_Aggiornamento\\_Rapporto\\_n\\_15.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2014/Nota_Aggiornamento_Rapporto_n_15.pdf)
- 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.  
[http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita\\_di\\_previsione\\_RGS/2015/Rapporto\\_n\\_16\\_10-07-2015.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2015/Rapporto_n_16_10-07-2015.pdf)
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 2, Roma.  
[http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2015/IMDSS-RS02\\_15\\_09\\_2015.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2015/IMDSS-RS02_15_09_2015.pdf)
- 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.  
[http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita\\_di\\_previsione\\_RGS/2016/Rapporto\\_n\\_17.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2016/Rapporto_n_17.pdf)
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016b), "Analisi di alcuni dati del Conto annuale del periodo 2007-2014", Roma.  
<http://www.contoannuale.tesoro.it/portal/samples/images/ANALISI%20DATI%202007-2014.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](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](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".  
<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>
- OECD (2013b), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections".  
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k44t7jwwr9x.pdf?expires=1397651334&id=id&accname=quest&checksum=22C3A915E95EFCAF7E32E8B24382C1FA>
- 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>
- 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](http://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](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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1)



*Per informazioni e approfondimenti contattare:*

- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – [igespes.rqs@tesoro.it](mailto:igespes.rqs@tesoro.it)*

