



CORTE DEI CONTI

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

**Rapporto 2011 sul coordinamento  
della finanza pubblica**

Maggio 2011

## **IL PATTO PER LA SALUTE**

### **I RISULTATI ECONOMICI COMPLESSIVI: IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ**

#### **I RISULTATI REGIONALI**

#### **LA SPESA FARMACEUTICA**

#### **IL MONITORAGGIO 2010**

*IL MONITORAGGIO 2010: LE REGIONI NON IMPEGNATE NEI PIANI DI RIENTRO*

*IL MONITORAGGIO 2010: LE REGIONI CON PIANI DI RIENTRO*

### **I COSTI E I FABBISOGNI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO: QUALI IMPLICAZIONI PER IL COORDINAMENTO**

#### **APPENDICE**



**I RISULTATI ECONOMICI COMPLESSIVI: IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ**

1. Anche nel 2010 i risultati del conto consolidato della sanità<sup>1</sup> indicano, come già osservato nello scorso triennio, un consuntivo in valore assoluto migliore delle attese. Le uscite complessive hanno raggiunto i 113,5 miliardi (110,4 e 108,5 miliardi, rispettivamente, nel 2009 e nel 2008), inferiori di oltre 1.500 milioni ai 114,9 miliardi previsti da ultimo con la Decisione di finanza pubblica del settembre scorso.

Tavola 1

## LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI DI FINANZA PUBBLICA

*(milioni di euro)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Def aprile 2011</b>							
<i>Spesa sanitaria (in milioni)</i>	101.376	101.743	108.486	110.435	113.457	114.836	117.391
<i>variazione su anno precedente</i>	5,54	0,36	6,63	1,80	2,74	1,22	2,22
<i>incidenza sulla spesa primaria PA</i>	15,32	15,17	15,65	15,19	15,68	15,82	16,10
<i>in percentuale del Pil</i>	6,82	6,58	6,92	7,27	7,33	7,21	7,15
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Dfp ottobre 2010</b>							
<i>Spesa sanitaria (in milioni)</i>	101.376	101.743	108.486	110.588	114.962	116.116	119.048
<i>variazione su anno precedente</i>	5,54	0,36	6,63	1,94	3,96	1,00	2,53
<i>incidenza sulla spesa primaria PA</i>	15,32	15,17	15,64	15,20	15,63	15,83	16,07
<i>in percentuale del Pil</i>	6,82	6,58	6,92	7,27	7,39	7,24	7,15
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Ruef maggio 2010</b>							
<i>Spesa sanitaria (in milioni)</i>	101.376	101.743	108.486	110.588	114.707	117.134	120.786
<i>variazione su anno precedente</i>	5,54	0,36	6,63	1,94	3,72	2,12	3,12
<i>incidenza sulla spesa primaria PA</i>	15,32	15,17	15,64	15,20	15,62	15,79	15,97
<i>in percentuale del Pil</i>	6,82	6,58	6,92	7,27	7,38	7,29	7,24
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>RPP ottobre 2009</b>							
<i>Spesa sanitaria (in milioni)</i>	101.417	101.952	108.747	112.996	114.919	118.564	122.969
<i>variazione su anno precedente</i>	5,58	0,55	6,66	3,91	1,70	3,17	3,72
<i>incidenza sulla spesa primaria PA</i>	15,34	15,22	15,67	15,51	15,76	16,08	16,29
<i>in percentuale del Pil</i>	6,83	6,61	6,92	7,38	7,34	7,30	7,30
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Dpef luglio 2009</b>							
<i>Spesa sanitaria (in milioni)</i>	101.417	101.952	108.747	112.929	114.719	118.364	122.769
<i>variazione su anno precedente</i>	5,58	0,55	6,66	3,85	1,59	3,18	3,72
<i>incidenza sulla spesa primaria PA</i>	15,34	15,22	15,67	15,50	15,78	16,11	16,32
<i>in percentuale del Pil</i>	6,83	6,61	6,92	7,42	7,40	7,37	7,36
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>RPP ottobre 2008</b>							
<i>Spesa sanitaria (in milioni)</i>	101.506	102.290	110.478	113.284	115.436	119.085	123.185
<i>variazione su anno precedente</i>	5,58	0,77	8,00	2,54	1,90	3,16	3,44
<i>incidenza sulla spesa primaria PA</i>	15,34	15,12	15,71	15,77	15,83	16,17	16,30
<i>in percentuale del Pil</i>	6,83	6,66	6,93	6,91	6,84	6,84	6,84

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Mef e Istat

<sup>1</sup> I dati relativi al conto consolidato della sanità, che si basa sui conti economici delle Aziende sanitarie, sono aggiornati al IV trimestre 2010.

Il peso della spesa sanitaria in termini di Pil si conferma sui livelli del 2009: 7,3 per cento (era al 6,9 per cento nel 2008). In crescita invece la sua incidenza sul complesso della spesa primaria: 15,7 per cento contro il 15,2 per cento del 2009.

La spesa sanitaria complessiva è cresciuta nell'anno del 2,7 per cento, in seppur lieve accelerazione rispetto al 2009 (+1,8 per cento contro il +6,6 per cento nel 2008).

Tavola 2

## IL CONTO ECONOMICO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ. le variazioni

	07/06	08/07	09/08	10/09	11/10
corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:	0,8	2,0	3,7	1,1	1,3
- Farmaci	-6,4	-2,7	-1,9	-0,6	1,2
- Assistenza medico-generica	2,5	0,0	14,8	1,7	-4,1
- Assistenza medico-specialistica, osped.in case di cura protesica e altro	4,7	5,1	3,5	1,7	2,9
corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:	-0,8	10,4	0,8	3,8	1,2
- Redditi da lavoro dipendente	-5,9	10,7	-2,4	4,0	-0,7
-Consumi intermedi	8,8	8,9	5,4	3,7	3,9
-Altro	-8,4	21,5	3,5	1,3	0,5
Contribuzioni diverse, servizi amministrativi e altre uscite	7,2	3,1	1,5	2,3	0,6
Spesa sanitaria complessiva	0,4	6,6	1,9	2,7	1,2

NB gli importi 2010 e 2011 si basano sulle informazioni contenute nel DEF

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati MEF e ISTAT

La spesa per prestazioni relative a produttori *non market* (assistenza ospedaliera e altri servizi sanitari offerti direttamente dagli operatori pubblici) è cresciuta nell'anno del 3,8 per cento (+0,8 per cento nel 2009). Su tale risultato ha pesato l'incidenza sull'esercizio degli oneri per i rinnovi contrattuali relativi al biennio 2008-2009 (comprensivi degli arretrati per 500 milioni) e l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale per il 2010, che hanno portato ad un aumento del 4 per cento dei redditi per lavoro dipendente. Considerando che sul 2009 aveva pesato il rinnovo contrattuale del personale non dirigente relativo al biennio 2008-2009 (comprensivo di arretrati per 115 milioni), al netto degli arretrati in entrambi gli anni, nel 2010 i redditi di lavoro dipendente crescono del 2,9 per cento.

I consumi intermedi aumentano del 3,7 per cento, un andamento su cui pesa la scelta di molte regioni di ricorrere alla distribuzione diretta dei farmaci ai fini di un controllo complessivo della spesa e la dinamica della spesa farmaceutica ospedaliera, i cui andamenti continuano a discostarsi, come si vedrà in seguito, dai limiti posti con il tetto del 2,4 per cento (del finanziamento complessivo). Un andamento che più che compensa le misure adottate con il DL 78/2010<sup>2</sup>, che hanno ridotto per 300 milioni nel 2010 (600 milioni annui a regime) tale tipologia di spesa.

<sup>2</sup> In particolare, l'art. 11 del DL 78/2010 dispone lo spostamento di una quota della spesa farmaceutica da ospedaliera (600 milioni in termini annui di risparmio per le regioni) a territoriale (600 milioni di maggiori costi). Tali maggiori costi sono recuperati con la riduzione dei margini dei grossisti e dei farmacisti, da cui sono attesi 400 milioni su base annua, nonché con l'attivazione del meccanismo del *pay back* ovvero delle altre misure di cui all'articolo 11, per complessivi 200 milioni annui.

La norma dispone, infatti:

- misure dirette a favorire una maggiore appropriatezza delle prescrizioni, da cui si attendono risparmi per 600 milioni annui, che restano nella disponibilità dei SSR.
- il potenziamento degli strumenti di gestione dei SSR per quanto concerne l'acquisizione, l'immagazzinamento e la distribuzione dei medicinali, i cui effetti in termini di risparmio non sono prudenzialmente quantificati;
- la ridefinizione dal 2011 del prezzo di rimborso dei medicinali equivalenti di fascia A, che dovrebbe comportare risparmi quantificati anch'essi in 600 milioni su base annua. In via transitoria, fino al 31 dicembre 2010, si prevede

Per quanto riguarda la spesa dei produttori *market*, sul risultato (+1,1 per cento rispetto all'esercizio precedente) incide, oltre alla riduzione della farmaceutica (-0,6 per cento), la dinamica contenuta dell'assistenza medico-generica (+1,7 per cento). Anche tale andamento deve tuttavia essere letto considerando l'incidenza dei rinnovi contrattuali: sul risultato incide infatti la contabilizzazione nel 2010 degli oneri per arretrati (400 milioni) per il rinnovo delle convenzioni con i medici di base relative al biennio 2008-2009 e nel 2009 degli arretrati relativi agli anni 2006, 2007 e 2008. Al netto di tale componente di spesa in entrambi gli anni, la crescita risulta nel 2010 del 4,9 per cento.

Le altre prestazioni (che comprendono la specialistica, l'ospedaliera convenzionata, la riabilitativa ed altra assistenza) crescono dell'1,7 per cento, ma come risultato di andamenti molto diversi tra le componenti. Alla forte crescita della specialistica (+6,3 per cento) si contrappone il calo della ospedaliera (-1,4 per cento) e il solo lieve aumento della riabilitativa (+1 per cento) e della integrativa (+0,5 per cento). A tale dinamica contenuta ha contribuito, come si vedrà in seguito, l'attività svolta sul fronte di una migliore regolazione, specie nelle regioni in disavanzo, dell'accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget, misure determinanti per il contenimento della spesa sanitaria nei piani di rientro di tali regioni.

## I RISULTATI REGIONALI

2. I dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) relativi al IV trimestre 2010 consentono una prima valutazione dell'andamento dei costi, dei ricavi e dei risultati di esercizio per regione. Rispetto al 2009, i costi sono aumentati in media dello 0,5 per cento. Un andamento più contenuto di quello rilevato in termini di contabilità nazionale. Su tale differenza incidono i diversi criteri di contabilizzazione adottati nei due sistemi, giacché i risultati del NSIS rappresentano la base comune di entrambe le elaborazioni<sup>3</sup>.

I costi di produzione nel 2010 sono stati pari a 112,3 miliardi (111,7 miliardi nel 2009 secondo i dati rivisti) a fronte di ricavi per circa 110 miliardi. Si determina, quindi, una consistente riduzione del disavanzo, che passa dai 3.252 milioni del 2009 ai 2.326 milioni del 2010.

I disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nelle regioni del sud del Paese (è da riferire ad esse il 50 per cento delle perdite, il 54 per cento nel 2009), ma nel complesso i loro risultati conoscono nell'anno un significativo miglioramento. In valore assoluto, le perdite scendono da 1.819 milioni del 2009 (nel 2008 erano pari a 1.854 milioni) a 1.230 milioni nel 2010.

---

una riduzione del 12,5 per cento del prezzo di tali medicinali. Il complesso di tali risorse (di cui quelle relative al 2010 non sono state quantificate dal Governo) resta nella disponibilità dei SSR;

- il potenziamento dell'attività di controllo dell'AIFA, con particolare riguardo alla qualità dei principi attivi.

<sup>3</sup> Come è noto, ad esempio, i contratti del comparto e della dirigenza della sanità vengono imputati, ai fini della contabilità nazionale, solo all'atto della registrazione mentre nei conti economici aziendali si considera lo specifico accantonamento tra i costi di produzione di competenza dell'anno di riferimento.

Tavola 3

LA SANITA': I RISULTATI DI ESERCIZIO 2009-2010

	2008				2009				2010							
	COSTI		RICAVI		Saldi Mobilità Sanitaria interregionale		RISULTATO DI ESERCIZIO		COSTI		RICAVI		Saldi Mobilità Sanitaria interregionale		RISULTATO DI ESERCIZIO	
	A	B	C	A+B+C	A	B	C	A+B+C	A	B	C	A+B+C	A	B	C	A+B+C
PIEMONTE	-8.271,2	8.279,7	-3,1	5,5	-8.544,7	8.559,6	1,8	16,7	-8.658,7	8.665,8	1,8	8,8	-8.658,7	8.665,8	1,8	8,8
V. AOSTA	-264,6	266,1	-14,3	-12,7	-268,3	283,5	-16,2	-1,0	-280,6	289,9	-16,2	-6,9	-280,6	289,9	-16,2	-6,9
LOMBARDIA	-16.973,8	16.532,2	445,7	4,1	-17.433,9	16.998,2	437,6	1,9	-17.952,6	17.525,6	437,6	10,6	-17.952,6	17.525,6	437,6	10,6
PA BOLZANO	-1.116,0	1.125,7	5,6	15,3	-1.106,2	1.139,2	4,2	37,2	-1.111,2	1.108,9	4,2	2,0	-1.111,2	1.108,9	4,2	2,0
PA TRENTO	-1.013,9	1.018,5	-14,8	-10,2	-1.076,2	1.079,9	-15,8	-12,1	-1.102,1	1.107,1	-15,8	-10,8	-1.102,1	1.107,1	-15,8	-10,8
VENETO	-8.637,7	8.608,3	97,1	67,6	-8.872,6	8.747,4	98,0	-27,1	-9.033,3	8.862,6	98,0	-72,7	-9.033,3	8.862,6	98,0	-72,7
FRIULI	-2.365,2	2.366,4	20,6	21,8	-2.453,9	2.446,1	24,4	16,7	-2.499,3	2.483,5	24,4	8,6	-2.499,3	2.483,5	24,4	8,6
LIGURIA	-3.226,4	3.136,4	-20,1	-110,1	-3.314,6	3.235,3	-26,4	-105,6	-3.318,4	3.256,2	-26,4	-88,6	-3.318,4	3.256,2	-26,4	-88,6
E. ROMAGNA	-8.153,7	7.842,7	337,5	26,5	-8.474,0	8.141,3	355,2	22,4	-8.583,6	8.254,8	355,2	26,5	-8.583,6	8.254,8	355,2	26,5
TOSCANA	-6.878,0	6.772,4	102,3	-3,4	-7.401,3	7.279,3	115,1	-6,9	-7.241,8	7.141,0	115,1	14,2	-7.241,8	7.141,0	115,1	14,2
UMBRIA	-1.584,1	1.577,3	15,3	8,5	-1.657,8	1.651,2	11,4	4,8	-1.648,0	1.647,0	11,4	10,4	-1.648,0	1.647,0	11,4	10,4
MARCHE	-2.681,3	2.756,3	-38,2	36,8	-2.793,5	2.841,8	-31,7	16,6	-2.850,2	2.909,5	-31,7	27,6	-2.850,2	2.909,5	-31,7	27,6
LAZIO	-11.261,3	9.551,9	44,9	-1.664,5	-11.510,3	10.049,0	65,3	-1.396,0	-11.336,9	10.227,7	65,3	-1.043,8	-11.336,9	10.227,7	65,3	-1.043,8
ABRUZZO	-2.394,1	2.300,3	-29,6	-123,5	-2.438,4	2.406,1	-62,2	-94,5	-2.391,6	2.434,7	-62,2	-19,1	-2.391,6	2.434,7	-62,2	-19,1
MOLISE	-658,5	559,5	28,5	-70,4	-673,7	577,4	32,7	-63,6	-660,2	574,1	32,7	-53,5	-660,2	574,1	32,7	-53,5
CAMPANIA	-10.231,0	9.705,5	-289,3	-814,8	-10.272,2	9.786,8	-303,5	-788,9	-10.099,3	9.907,0	-303,5	-495,8	-10.099,3	9.907,0	-303,5	-495,8
PUGLIA	-7.199,8	7.001,4	-159,8	-358,2	-7.254,7	7.121,5	-169,3	-302,5	-7.330,0	7.163,9	-169,3	-335,4	-7.330,0	7.163,9	-169,3	-335,4
BASILICATA	-1.026,7	1.037,2	-39,7	-29,2	-1.040,9	1.055,5	-35,6	-21,0	-1.058,6	1.058,9	-35,6	-35,3	-1.058,6	1.058,9	-35,6	-35,3
CALABRIA	-3.421,7	3.584,0	-227,7	-65,4	-3.545,1	3.650,1	-223,8	-118,8	-3.444,5	3.686,6	-223,8	18,3	-3.444,5	3.686,6	-223,8	18,3
SICILIA	-8.386,4	8.323,7	-198,9	-261,6	-8.512,3	8.518,0	-205,7	-200,0	-8.588,4	8.732,1	-205,7	-62,0	-8.588,4	8.732,1	-205,7	-62,0
SARDEGNA	-2.943,4	2.874,7	-62,1	-130,8	-3.089,7	2.915,2	-55,3	-229,7	-3.102,8	2.929,4	-55,3	-228,7	-3.102,8	2.929,4	-55,3	-228,7
TOTALE	-108.688,9	105.220,2	0,0	-3.468,7	-111.734,1	108.482,5	0,0	-3.251,6	-112.291,8	109.966,3	0,0	-2.325,6	-112.291,8	109.966,3	0,0	-2.325,6
SOLO PERDITE				-3.654,8				-3.367,9				-2.452,5				-2.452,5
SOLO UTILI				186,1				116,2				127,0				127,0
<i>Regioni in piano di rientro</i>																
Risultato complessivo	-42.522,7	40.035,9	-754,3	-3.241	-43.356,2	41.138,0	-779,0	-2.997	-42.942,0	41.747,8	-779,0	-1.973	-42.942,0	41.747,8	-779,0	-1.973
solo perdite				-3.241				-2.997				-1.991				-1.991
<i>Regioni non in piano di rientro</i>																
Risultato complessivo	-66.166,2	65.184,4	754,3	-228	-68.377,9	67.344,5	779,0	-254	-69.349,9	68.218,5	779,0	-352	-69.349,9	68.218,5	779,0	-352
solo perdite				-414				-371				-461				-461

Fonte : elaborazioni Corte conti su dati Ministero della Salute

Per il 2010: dati provvisori estratti dal NSIS, IV trim aggiornato al 25 marzo 2011.

Tavola 4

I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO PER FUNZIONE DI SPESA NEL 2009 (in milioni)

	Assistenza erogata da enti a gestione diretta				Assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati								TOTALE COSTI senza Saldi interregionale e verso B. Gesù e Smom	Mobilità verso Bambini Gesù e Smom	TOTALE COSTI con Mobilità verso B. Gesù e Smom ma senza Saldi Mobilità interregionale
	Assistenza erogata da enti a gestione diretta				Assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati										
	Beni e servizi	Personale	Costi Straordinari e Variazione delle rimanenze	Totale da enti a gestione diretta	Medicina Generale	Farmacologica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e Protettiva	Altra Assistenza	Ospedaliera	Totale da enti convenzionati o accreditati			
PIEMONTE	2.640,8	2.927,6	15,3	<b>5.583,7</b>	462,9	811,9	260,2	165,2	204,7	526,1	529,8	<b>2.961</b>	8.544	0,2	<b>8.545</b>
V. AOSTA	101,8	111,6	0,0	<b>213,4</b>	15,4	21,4	2,1	4,6	2,7	7,2	1,5	<b>55</b>	268	0,0	<b>268</b>
LOMBARDIA	4.818,2	5.015,7	40,0	<b>9.873,9</b>	882,9	1.565,7	759,8	252,4	219,1	1.565,5	2.314,0	<b>7.560</b>	17.433	1,5	<b>17.435</b>
PA. BOLZANO	305,4	540,9	18,4	<b>864,7</b>	52,6	60,7	5,5	5,3	36,3	59,1	22,1	<b>241</b>	1.106	0,0	<b>1.106</b>
PA. TRENTO	301,5	400,3	4,8	<b>706,5</b>	55,3	77,4	18,6	3,2	21,3	141,3	52,7	<b>370</b>	1.076	0,0	<b>1.076</b>
VENETO	2.858,6	2.735,7	88,8	<b>5.683,0</b>	524,3	749,0	341,9	33,7	134,6	827,5	578,0	<b>3.189</b>	8.872	0,1	<b>8.872</b>
FRIULI	901,1	940,3	10,9	<b>1.852,3</b>	125,0	223,5	47,9	57,6	44,3	42,5	60,7	<b>602</b>	2.454	0,1	<b>2.454</b>
LIGURIA	1.084,0	1.165,9	0,2	<b>2.250,1</b>	156,5	318,8	57,0	96,7	42,9	170,4	221,6	<b>1.064</b>	3.314	0,5	<b>3.314</b>
E. ROMAGNA	2.791,0	2.927,3	91,6	<b>5.809,9</b>	482,3	718,7	157,2	9,7	114,4	595,9	585,5	<b>2.664</b>	8.474	0,4	<b>8.474</b>
TOSCANA	2.678,3	2.575,8	231,1	<b>5.485,2</b>	395,2	607,8	144,1	87,2	72,9	379,0	228,6	<b>1.915</b>	7.400	0,9	<b>7.401</b>
UMBRIA	605,4	604,3	13,4	<b>1.223,0</b>	89,6	156,5	15,0	8,5	39,6	80,9	41,0	<b>431</b>	1.654	5,4	<b>1.660</b>
MARCHE	960,6	1.023,0	17,8	<b>2.001,5</b>	169,6	288,1	40,8	68,3	27,9	97,4	98,9	<b>791</b>	2.792	1,1	<b>2.794</b>
LAZIO	3.555,4	3.058,8	195,5	<b>6.809,6</b>	588,2	1.171,3	512,8	246,4	240,7	425,1	1.376,2	<b>4.561</b>	11.370	142,9	<b>11.513</b>
ABRUZZO	797,3	776,1	57,3	<b>1.630,7</b>	149,8	260,8	48,0	76,8	26,1	95,9	145,0	<b>802</b>	2.433	5,7	<b>2.439</b>
MOLISE	198,6	210,9	8,7	<b>418,2</b>	49,3	62,7	29,8	16,7	5,0	19,7	70,3	<b>253</b>	672	1,9	<b>673</b>
CAMPANIA	2.945,0	3.264,6	267,2	<b>6.476,8</b>	637,0	1.097,7	667,2	288,9	175,1	165,5	749,1	<b>3.781</b>	10.257	13,7	<b>10.271</b>
PUGLIA	2.079,3	2.141,2	78,3	<b>4.298,8</b>	467,0	875,7	231,6	237,5	120,9	239,9	774,4	<b>2.947</b>	7.246	6,8	<b>7.253</b>
BASILICATA	313,2	384,7	-6,8	<b>691,1</b>	84,8	114,8	23,7	58,2	26,8	35,1	4,9	<b>348</b>	1.039	1,7	<b>1.041</b>
CALABRIA	889,4	1.274,7	64,2	<b>2.228,3</b>	239,8	461,1	123,4	57,2	68,6	125,3	234,7	<b>1.310</b>	3.538	8,5	<b>3.547</b>
SICILIA	2.132,9	2.967,7	87,1	<b>5.187,7</b>	546,5	1.016,6	484,7	152,6	179,1	299,3	642,1	<b>3.321</b>	8.509	6,2	<b>8.515</b>
SARDEGNA	990,4	1.129,3	37,7	<b>2.157,4</b>	186,7	339,2	107,1	51,3	64,1	86,9	94,5	<b>930</b>	3.087	2,2	<b>3.089</b>
TOTALE	33.948	36.176	1.321	<b>71.446</b>	6.361	10.999	4.078	1.978	1.867	5.985	8.826	<b>40.094</b>	111.540	200	<b>111.740</b>

Fonte : elaborazione Corte conti su dati Ministero della salute  
 Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), 4° trimestre, aggiornati al 25 marzo 2011.



Tavola 5

I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO PER FUNZIONI DI SPESA NEL 2010 (in milioni)

	Assistenza erogata da enti a gestione diretta				Assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati								TOTALE COSTI * Mobilità verso B. Gesù e Simon ma senza Saldi Mobilità interregionale		
	Beni e servizi	Personale	Costi Straordinari e Variazione delle rimanenze	Totale da enti a gestione diretta	Medicina Generale	Farmacaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e Protettiva	Altra Assistenza	Ospedaliere	Totale da enti convenzionati o accreditati		TOTALE COSTI senza Saldi Mobilità interregionale e verso B. Gesù e Simon	Mobilità verso Babin Gesù e Simon
PIEMONTE	2.654,0	2.973,2	1,9	<b>5.629,1</b>	470,7	775,5	282,5	176,8	200,5	565,3	558,1	<b>3.029,4</b>	8.658,5	0,3	<b>8.658,7</b>
V. AOSTA	109,9	113,6	0,0	<b>223,5</b>	14,2	21,4	2,3	4,5	2,5	8,1	4,1	<b>57,2</b>	280,6	0,0	<b>280,6</b>
LOMBARDIA	4.969,1	5.121,2	1,1	<b>10.091,4</b>	905,8	1.573,5	841,9	245,0	229,8	1.678,6	2.386,1	<b>7.860,7</b>	17.952,1	0,5	<b>17.952,6</b>
PA BOLZANO	313,6	545,6	2,3	<b>861,5</b>	53,8	61,5	5,6	6,1	38,0	61,1	23,4	<b>249,6</b>	1.111,1	0,0	<b>1.111,2</b>
PA TRENTO	310,3	407,2	0,8	<b>718,3</b>	56,5	77,5	25,7	3,4	21,2	144,7	54,8	<b>383,8</b>	1.102,1	0,0	<b>1.102,1</b>
VENETO	2.972,4	2.781,5	28,6	<b>5.782,5</b>	538,9	749,5	364,5	34,1	134,4	851,7	577,3	<b>3.250,3</b>	9.032,8	0,5	<b>9.033,3</b>
FRIULI	917,0	956,6	7,7	<b>1.881,3</b>	126,3	230,2	49,9	59,1	46,5	46,8	59,1	<b>617,9</b>	2.499,2	0,0	<b>2.499,3</b>
LIGURIA	1.063,4	1.176,8	9,8	<b>2.250,0</b>	163,9	301,2	55,8	96,1	39,4	181,0	230,4	<b>1.067,8</b>	3.317,9	0,6	<b>3.318,4</b>
E. ROMAGNA	2.820,8	3.000,3	33,1	<b>5.854,2</b>	513,7	720,6	169,4	8,5	116,0	607,6	593,1	<b>2.728,9</b>	8.583,2	0,4	<b>8.583,6</b>
TOSCANA	2.672,9	2.621,0	24,3	<b>5.318,2</b>	400,1	605,9	139,3	82,0	73,4	394,5	226,9	<b>1.922,3</b>	7.240,5	1,3	<b>7.241,8</b>
UMBRIA	590,4	613,9	3,2	<b>1.207,5</b>	90,9	157,7	15,8	8,3	40,0	83,0	41,1	<b>436,9</b>	1.644,4	3,7	<b>1.648,0</b>
MARCHE	996,3	1.043,3	11,3	<b>2.051,0</b>	168,6	284,6	42,4	69,5	22,3	107,9	102,8	<b>798,1</b>	2.849,1	1,1	<b>2.850,2</b>
LAZIO	3.390,7	3.063,7	72,7	<b>6.527,1</b>	590,3	1.188,5	536,3	227,7	235,8	466,4	1.424,8	<b>4.669,7</b>	11.196,8	141,2	<b>11.338,0</b>
ABRUZZO	798,1	781,0	36,1	<b>1.615,3</b>	152,3	266,4	49,4	71,2	25,5	87,4	118,9	<b>771,0</b>	2.386,3	5,3	<b>2.391,6</b>
MOLISE	185,1	211,0	6,7	<b>402,7</b>	50,5	56,8	31,5	15,3	6,3	19,4	75,5	<b>255,3</b>	658,0	2,2	<b>660,2</b>
CAMPANIA	2.828,8	3.226,7	180,7	<b>6.236,2</b>	647,4	1.069,4	719,1	279,0	167,4	175,7	790,5	<b>3.848,4</b>	10.084,5	14,9	<b>10.099,4</b>
PUGLIA	2.112,5	2.178,2	70,7	<b>4.361,4</b>	490,7	869,7	240,0	251,5	124,9	237,7	745,4	<b>2.959,7</b>	7.321,2	8,9	<b>7.330,0</b>
BASILICATA	311,9	393,0	6,1	<b>711,0</b>	82,1	108,0	27,6	59,8	28,4	35,0	5,1	<b>346,0</b>	1.057,0	1,6	<b>1.058,6</b>
CALABRIA	880,5	1.273,3	28,1	<b>2.181,9</b>	247,6	437,8	118,5	60,7	66,1	122,1	202,9	<b>1.255,7</b>	3.437,6	6,9	<b>3.444,5</b>
SICILIA	2.110,1	2.980,9	26,7	<b>5.117,7</b>	582,1	1.032,9	496,4	159,1	185,4	332,0	679,0	<b>3.466,8</b>	8.584,6	3,8	<b>8.588,4</b>
SARDEGNA	958,7	1.156,4	33,0	<b>2.148,1</b>	192,1	347,7	112,1	52,8	65,4	89,7	92,2	<b>952,1</b>	3.100,2	2,6	<b>3.102,8</b>
TOTALE	33.966,7	36.618,3	585,0	<b>71.170,0</b>	6.538,5	10.936,2	4.326,0	1.970,7	1.869,1	6.295,6	8.991,6	<b>40.927,7</b>	112.097,7	195,8	<b>112.293,5</b>

Fonte : elaborazioni Corte conti su dati Ministero della salute

Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), 4° trimestre, aggiornati al 25 marzo 2011

Tavola 6

## I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO PER FUNZIONI DI SPESA - VARIAZIONI 2009 - 2010

	Assistenza erogata da enti a gestione diretta			Assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati								TOTALE COSTI * con Mobilità verso B. Gesù e Smom ma senza Saldi Mobilità interregionale
	Beni e servizi	Personale	Totale da enti a gestione diretta	Medicina Generale	Farmacaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e protesica	Altra Assistenza	Ospedaliera	Totale da enti convenzionati o accreditati	
PIEMONTE	0,5	1,6	0,8	1,7	-4,5	8,6	7,0	-2,1	7,5	5,4	2,3	1,3
V. AOSTA	7,9	1,8	4,7	-8,1	0,1	13,7	-0,9	-8,1	12,8	173,0	4,2	4,6
LOMBARDIA	3,1	2,1	2,2	2,6	0,5	10,8	-2,9	4,9	7,2	3,1	4,0	3,0
PA BOLZANO	2,7	0,9	-0,4	2,3	1,3	2,1	15,4	4,8	3,5	6,1	3,4	0,5
PA TRENTO	2,9	1,7	1,7	2,3	0,2	38,2	7,3	-0,3	2,4	4,0	3,8	2,4
VENETO	4,0	1,7	1,8	2,8	0,1	6,6	1,3	-0,2	2,9	-0,1	1,9	1,8
FRIULI	1,8	1,7	1,6	1,0	3,0	4,2	2,7	4,9	10,0	-2,7	2,7	1,8
LIGURIA	-1,9	0,9	0,0	4,7	-5,5	-2,1	-0,6	-8,1	6,3	3,9	0,4	0,1
E. ROMAGNA	1,1	2,5	0,8	6,5	0,3	7,8	-12,0	1,3	2,0	1,3	2,5	1,3
TOSCANA	-0,2	1,8	-3,0	1,2	-0,3	-3,3	-6,0	0,6	4,1	-0,7	0,4	-2,1
UMBRIA	-2,5	1,6	-1,3	1,6	0,8	5,2	-3,3	0,9	2,6	0,3	1,3	-0,7
MARCHE	3,7	2,0	2,5	-0,6	-1,2	4,0	1,8	-20,1	10,8	3,9	0,9	2,0
LAZIO	-4,6	0,2	-4,1	0,4	1,5	4,6	-7,6	-2,0	9,7	3,5	2,4	-1,5
ABRUZZO	0,1	0,6	-0,9	1,7	2,2	2,8	-7,4	-2,3	-8,9	-18,0	-3,9	-1,9
MOLISE	-6,8	0,0	-3,7	2,4	-9,5	6,0	-8,4	25,8	-1,1	7,5	0,8	-2,0
CAMPANIA	-3,9	-1,2	-3,7	1,6	-2,6	7,8	-3,4	-4,4	6,1	5,5	1,8	-1,7
PUGLIA	1,6	1,7	1,5	5,1	-0,7	3,6	5,9	3,3	-0,9	-3,7	0,4	1,1
BASILICATA	-0,4	2,2	2,9	-3,2	-6,0	16,7	2,8	5,9	-0,4	3,9	-0,7	1,7
CALABRIA	-1,0	-0,1	-2,1	3,3	-5,0	-4,0	6,2	-3,5	-2,6	-13,5	-4,1	-2,9
SICILIA	-1,1	0,4	-1,3	6,5	1,6	2,4	4,2	3,5	10,9	5,8	4,4	0,9
SARDEGNA	-3,2	2,4	-0,4	2,9	2,5	4,7	3,0	2,1	3,3	-2,4	2,4	0,4
TOTALE	0,1	1,2	-0,4	2,8	-0,6	6,1	-0,4	0,1	5,2	1,9	2,1	0,5

Fonte : elaborazione Corte conti su dati del Ministero della salute

Sono soprattutto le regioni in piano di rientro a migliorare il proprio risultato: esse passano da un disavanzo di poco meno di 3 miliardi nel 2009 (3,2 nel 2008) ad uno di 2 miliardi. Almeno da questo angolo visuale, l'operare del sistema di responsabilizzazione, anche basato sul sistema sanzionatorio<sup>4</sup>, sembra aver contribuito a rallentare la dinamica dei costi sanitari riducendo il formarsi di disavanzi.

Si tratta, tuttavia di un risultato non generalizzato: Molise e Sardegna segnalano solo marginali miglioramenti; in contro tendenza l'andamento della regione Puglia, registra una perdita di 335 milioni (302 nel 2009) e ha sottoscritto a fine anno un piano di rientro.

<sup>4</sup> Secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004 per le regioni che non hanno sottoscritto il piano di rientro e dall'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296/2006 per quelle che invece lo hanno sottoscritto. Cfr anche Legge 191/2009 (Legge finanziaria 2010), articolo 2, comma 75 e ss.

Seppur ancora su livelli molto contenuti, va segnalata la crescita delle perdite riferibili ad alcune regioni del nord, che passano dai 146 milioni del 2009 (di cui 106 riferibili alla regione Liguria) ai circa 180 milioni del 2010 (di cui 89 della regione Liguria).

L'esame di costi e ricavi per regione arricchisce di ulteriori elementi il risultato evidenziato. Nel complesso, come si è visto, i risultati dei CE indicano una dinamica complessiva dei costi molto contenuta (+0,5 per cento) a cui ha corrisposto una crescita dei ricavi dell'1,4 per cento. Anche in questo caso, si tratta di un andamento diversificato per regione. Tre regioni, tutte del Nord, presentano tassi di crescita dei costi superiori al 2 per cento. Tra le regioni in piano di rientro, cinque ottengono una riduzione dei costi rispetto all'esercizio precedente di oltre l'1,5 per cento. Solo Sicilia e Sardegna presentano una dinamica ancora crescente. Ad esse si aggiungono Piemonte e Puglia, che hanno sottoscritto un piano solo nel 2010. Delle regioni che hanno presentato una flessione dei costi, sono quattro quelle che conoscono una crescita delle entrate che rafforza il miglioramento del risultato complessivo. Solo il Molise alla flessione di oltre il 2 per cento dei costi complessivi accompagna una riduzione dei ricavi dello 0,7 per cento. E' il Lazio che, pur confermandosi la regione che registra il risultato peggiore (-1.044 milioni) conosce miglioramenti superiori alla media, sia dal lato dei costi che dei ricavi.

Piemonte e Puglia registrano variazioni dei costi superiori ai ricavi peggiorando il loro risultato complessivo che, nel caso del Piemonte, rimane tuttavia sempre positivo.

Tra le altre regioni, solo Umbria e Toscana presentano una flessione dei costi, rispettivamente pari allo 0,6 e al 2,2 per cento. In entrambi i casi, tuttavia, ad essa coincide nell'esercizio un quasi equivalente riduzione dei ricavi.

L'esame degli andamenti dei costi, distinti nelle principali componenti e tratti dai CE (per i quali si confermano le differenze riscontrate rispetto alla contabilità nazionale<sup>5</sup>), consente di precisare l'andamento già in precedenza rilevato. Sono le regioni in piano di rientro a presentare flessioni di rilievo, che nelle attività a gestione diretta sono in media del 2,5 per cento. Un andamento da ricondurre prevalentemente alla flessione anche consistente negli acquisti di beni e servizi. Tra i cali maggiori quelli del Lazio (-4,6 per cento), del Molise (-6,8 per cento) e della Campania (-3,9 per cento). Pressoché stabili gli oneri per il personale (nel complesso delle regioni in piano la spesa è in crescita dello 0,2 per cento). Significativa la flessione registrata in Campania (-1,2 per cento).

Nell'assistenza erogata da enti in convenzione o accreditati un contributo positivo al contenimento della spesa continua ad essere assicurato dalla farmaceutica (-0,6 per cento), con importi più significativi nelle regioni in piano di rientro (Liguria -5,5 per cento, Molise -9,5 per cento, Calabria -5 per cento). Ma, soprattutto, segna una

<sup>5</sup> Nell'assistenza erogata da enti a gestione diretta i costi del personale crescono dell'1,2 per cento a fronte di un dato di contabilità nazionale del 4 per cento, i beni e servizi del 0,1 per cento contro 3,7 per cento. Per quanto riguarda l'assistenza erogata da enti convenzionati, fatta eccezione per la farmaceutica e la specialistica che confermano (almeno in aggregato) il risultato evidenziato in termini di contabilità nazionale, per le altre componenti gli andamenti si presentano più sostenuti. Nel complesso la crescita è del 2,1 per cento contro 1,1 di contabilità generale. E', in particolare, la ospedaliera in convenzione a presentare il risultato più divergente, con un incremento dei costi del 1,9 per cento contro la flessione dell'1,4 per cento di contabilità nazionale. Tali differenze sono da ricondurre alle operazioni di riclassificazione condotte in sede di predisposizione dei risultati di contabilità nazionale. Si tratta, in particolare della riclassificazione di alcuni istituti ospedalieri indicati come pubblici nella contabilità regionale ed, invece, considerati privati in quella nazionale; di riclassificazioni di voci di costo che vengono attribuite al comparto ospedaliero (come ad esempio quote degli accantonamento per rischi).

significativa riduzione in molte regioni in piano la spesa per l'assistenza riabilitativa e per quella ospedaliera. In Abruzzo e in Calabria la riduzione dei costi complessivi in concessione, pari rispettivamente a -3,9 e a -4,1 per cento, è alla base della flessione dei costi sostenuti nel complesso delle gestioni. Particolarmente significativi nel Lazio, in Abruzzo e nel Molise i tagli all'assistenza riabilitativa, superiori al 7 per cento. In Abruzzo e in Calabria i costi dell'ospedaliera si sono rispettivamente ridotti del 18 e del 13,5 per cento.

Nelle regioni non in piano di rientro gli andamenti risultano diversi. In media, la crescita dei costi si mantiene su livelli contenuti (+1,7 per cento, contro la flessione in media dello 0,9 per cento delle regioni in piano di rientro). Nelle regioni del Nord, tuttavia, sia negli acquisti di beni e servizi che nell'assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati, le variazioni si rivelano più consistenti superando, in alcuni casi, il 3,5-4 per cento. Particolarmente significativa la crescita dell'assistenza specialistica che, in alcune regioni, è risultata superiore al 7 per cento, e della ospedaliera. La contenuta dinamica delle spese di personale nelle gestioni dirette (oltre alla forte flessione dei costi straordinari) contribuisce a mantenere la variazione complessiva su livelli prossimi al Pil nominale.

#### LA SPESA FARMACEUTICA

3. Tra gli acquisti di beni e servizi, un rilievo particolare ha la spesa di farmaci. Un terreno su cui il legislatore è intervenuto spesso di recente, introducendo un nuovo meccanismo di regolazione della spesa con il DL 159/2007<sup>6</sup> e, nel 2010, con il DL 78, disponendo il passaggio di una parte della spesa per prodotti oggi dispensati in ospedale alla distribuzione territoriale. Il provvedimento ha, inoltre, previsto la riduzione dei margini dei grossisti su tutti i prodotti farmaceutici dispensati dal SSN, con una riduzione della spesa complessiva valutabile in 400 milioni. Il passaggio dall'ospedaliera alla territoriale è stato accompagnato da un più efficace controllo di questa quota di spesa (e da una riduzione della domanda inappropriata), puntando sul potenziamento dei flussi informativi connessi all'entrata a regime della tessera sanitaria e prevedendo la predisposizione di raffronti in merito alle migliori pratiche regionali nei comportamenti prescrittivi.

Nel 2010 la spesa farmaceutica territoriale risulta nel complesso contenuta nei livelli previsti (13,3 per cento del finanziamento). Superano anche quest'anno il limite le sole regioni con piani di rientro (compresa la Puglia), ma per valori relativamente contenuti (739 milioni). Considerando gli importi al netto del contributo richiesto al

<sup>6</sup> Il provvedimento ha disposto che, a decorrere dal 2008, l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'assistenza farmaceutica territoriale (che comprende, oltre alla convenzionata, al lordo dei ticket, anche la spesa per distribuzione diretta dei farmaci) non debba superare il 14 per cento del finanziamento complessivo ordinario del SSN. Tale valore è stato ridotto al 13,6 per cento per il 2009 e al 13,3 per il 2010. La riforma ha introdotto un "nuovo sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale", con l'attribuzione alle aziende autorizzate all'immissione in commercio di medicinali di uno specifico budget annuale. Il ripiano di eventuali sforamenti della spesa farmaceutica territoriale (a livello nazionale) è ripartito tra aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali e tenendo conto dell'incidenza della distribuzione diretta sulla spesa. Entro il 1° dicembre di ogni anno, l'AIFA elabora la stima della spesa farmaceutica territoriale relativa all'anno successivo, distintamente per ciascuna regione. Le regioni che, secondo tali stime, superano il limite sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa per un ammontare pari almeno al 30 per cento dell'eccedenza stimata. La spesa farmaceutica ospedaliera, al netto della distribuzione diretta, non deve superare il 2,4 per cento del finanziamento complessivo ordinario del Servizio sanitario nazionale.

cittadino, solo quattro regioni presentano eccedenze sull'obiettivo. Si tratta di Liguria, Lazio, Sicilia e Sardegna.

Tavola 7

LA VERIFICA DEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA NELLA FARMACEUTICA TERRITORIALE - I RISULTATI DEL 2010

	Convenzionata netta	Distribuz. Diretta	Ticket	Pay-back	Totale spesa farmaceutica territoriale	% su finanziamento	Finanziamento	Tetto del 13,3%	Scostamento (superamento tetto)	Scostamento al netto del ticket
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(1)+(2)+(3)+(4)	(6)=(5)/(7)	(7)	(8) = (7)*13,3%	(9) = (5) - (8)	(10) = (9)-(3)
PIEMONTE	800,4	114,7	59,3	11,0	963,3	12,19%	7.905,3	1.051,4	0,0	0,0
V. AOSTA	22,0	1,3	0,9	0,3	23,9	10,90%	219,5	29,2	0,0	0,0
LOMBARDIA	1.614,1	196,1	198,7	21,9	1.987,0	11,69%	16.994,6	2.260,3	0,0	0,0
BOLZANO	61,3	20,1	6,9	0,8	87,5	10,50%	833,3	110,8	0,0	0,0
TRENTO	78,6	10,1	3,0	0,9	90,7	10,25%	884,7	117,7	0,0	0,0
VENETO	769,8	138,5	97,2	10,1	995,4	11,73%	8.487,8	1.128,9	0,0	0,0
FRIULI V.G.	230,3	32,7	9,8	2,7	270,0	12,47%	2.165,3	288,0	0,0	0,0
LIGURIA	318,8	77,4	23,0	4,4	414,8	13,47%	3.079,2	409,5	5,3	-17,7
E.										
ROMAGNA	740,9	183,3	36,1	8,7	951,6	12,30%	7.737,0	1.029,0	0,0	0,0
TOSCANA	630,2	191,7	31,4	7,4	846,0	12,69%	6.665,6	886,5	0,0	0,0
UMBRIA	160,1	37,3	8,2	1,9	203,8	12,63%	1.613,6	214,6	0,0	0,0
MARCHE	287,1	73,2	14,5	3,7	371,2	13,27%	2.797,5	372,1	0,0	0,0
LAZIO	1.197,6	201,2	112,6	15,5	1.495,8	15,29%	9.782,0	1.301,0	194,8	82,2
ABRUZZO	270,5	24,4	24,7	3,6	316,0	13,44%	2.350,8	312,7	3,4	-21,3
MOLISE	59,0	11,9	6,1	0,9	76,1	13,40%	568,3	75,6	0,6	-5,5
CAMPANIA	1.107,1	200,5	103,0	13,7	1.396,9	14,28%	9.780,6	1.300,8	96,1	-6,9
PUGLIA	890,8	136,3	50,9	10,9	1.067,0	15,29%	6.976,7	927,9	139,1	88,2
BASILICATA	108,7	23,2	4,9	1,4	135,4	13,00%	1.041,9	138,6	0,0	0,0
CALABRIA	442,8	11,6	44,3	6,2	492,5	14,20%	3.469,8	461,5	31,1	-13,2
SICILIA	1.053,1	166,8	146,8	15,0	1.351,8	15,80%	8.555,1	1.137,8	213,9	67,1
SARDEGNA	348,6	73,0	15,9	4,3	433,1	15,22%	2.844,8	378,4	54,7	38,8
<b>ITALIA</b>	11.191,6	1.925,1	998,2	145,3	13.969,7	13,34%	104.753,3	13.932,2	738,9	0,0

Fonte: elaborazioni Corteconti su dati Agenas e Aifa (dati provvisori)

E' la farmaceutica ospedaliera a presentare andamenti che continuano a travalicare in tutte le regioni gli obiettivi attribuiti. Rispetto al valore obiettivo di 2,5 miliardi, la spesa ha raggiunto i 5,4 miliardi (al netto del *pay-back*), il 5,1 per cento del FSN contro il tetto previsto del 2,4 per cento. Superiori al 6 per cento i valori registrati in Piemonte, Friuli, Toscana e Sardegna.

L'esame delle diverse componenti della spesa consente di evidenziare alcuni andamenti di rilievo:

- la spesa per farmaceutica convenzionata lorda si è mantenuta su livelli di crescita molto contenuti (+0,5 per cento). Un risultato frutto di andamenti diversi tra regioni: superiore al 3 per cento la variazione in alcune realtà territoriali (Prov. di Bolzano +3,1 per cento, Friuli + 5 per cento; Abruzzo +3,3, Sardegna +3,2 per cento);
- la compartecipazione alla spesa è continuata a crescere (+ 15,8 per cento, contro il 30 per cento del 2009 e il 20 per cento nel 2008), ma con punte particolarmente rilevanti in Campania (+43,7 per cento), in Friuli (+30,8 per cento), in Calabria (+29,8 per cento) e in Sardegna (+26,3 per cento). La quota di spesa coperta da compartecipazioni cresce dal 6,7 al 7,7 per cento. Valori significativamente superiori alla media in Sicilia (11,4 per cento), in Lombardia (10,2 per cento), Veneto (10,5 per cento), PA Bolzano (9,5 per cento), Molise (8,8 per cento) e Calabria (8,5 per cento). In queste regioni l'importo pro-capite supera i 20 euro;

Tavola 8

## LA VERIFICA DEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA NELLA FARMACEUTICA OSPEDALIERA - I RISULTATI DEL 2010

	Finanziamento	Tetto del 2,4%	Spesa lorda (*)	Spesa per distribuzione diretta	Pay-back	Spesa Ospedaliera	% sul finanziamento	Scostamento in valore assoluto
	(1)	(2) = (1)*2,4%	(3)	(4)	(5)	(6) = (3)-(4)-(5)	(7)=(6)/(1)	(8) = (6) - (2)
PIEMONTE	7.905,3	189,7	613,4	114,7	9,1	489,6	6,2%	299,9
V. AOSTA	219,5	5,3	13,7	1,3	0,2	12,2	5,5%	6,9
LOMBARDIA	16.994,6	407,9	939,0	196,1	16,6	726,3	4,3%	318,4
BOLZANO	833,3	20,0	56,4	20,1	1,1	35,3	4,2%	15,3
TRENTO	884,7	21,2	41,3	10,1	0,9	30,2	3,4%	9,0
VENETO	8.487,8	203,7	574,7	138,5	10,0	426,3	5,0%	222,6
FRIULI V.G.	2.165,3	52,0	172,9	32,7	3,1	137,1	6,3%	85,2
LIGURIA	3.079,2	73,9	240,0	77,4	4,0	158,6	5,2%	84,7
E. ROMAGNA	7.737,0	185,7	615,4	183,3	11,9	420,2	5,4%	234,5
TOSCANA	6.665,6	160,0	631,3	191,7	10,7	429,0	6,4%	269,0
UMBRIA	1.613,6	38,7	123,0	37,3	2,3	83,3	5,2%	44,6
MARCHE	2.797,5	67,1	242,0	73,2	3,6	165,2	5,9%	98,0
LAZIO	9.782,0	234,8	695,1	201,2	11,8	482,2	4,9%	247,4
ABRUZZO	2.350,8	56,4	162,7	24,4	2,9	135,4	5,8%	79,0
MOLISE	568,3	13,6	37,2	11,9	0,5	24,8	4,4%	11,1
CAMPANIA	9.780,6	234,7	676,2	200,5	11,0	464,7	4,8%	229,9
PUGLIA	6.976,7	167,4	541,0	136,3	9,0	395,7	5,7%	228,2
BASILICATA	1.041,9	25,0	78,4	23,2	1,2	54,0	5,2%	29,0
CALABRIA	3.469,8	83,3	209,0	11,6	2,9	194,5	5,6%	111,2
SICILIA	8.555,1	205,3	492,6	166,8	7,9	317,8	3,7%	112,5
SARDEGNA	2.844,8	68,3	266,4	73,0	4,2	189,3	6,7%	121,0
<b>ITALIA</b>	<b>104.753,3</b>	<b>2.514,1</b>	<b>7.421,5</b>	<b>1.925,1</b>	<b>124,8</b>	<b>5.371,5</b>	<b>5,1%</b>	<b>2.857,4</b>

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Agenas e Aifa (dati provvisori)

Dati tratti dai CE al IV trimestre, voci B01010 e B01015

- la spesa netta per farmaceutica convenzionata flette in media dell'1,5 per cento. Solo in quattro regioni (Valle d'Aosta, Provincia di Bolzano, Friuli e Abruzzo) si registra un aumento, in generale limitato se si esclude quello del Friuli (+3,5 per cento); superiori al 5 per cento le riduzioni di spesa in quattro regioni (Piemonte, Molise, Basilicata e Calabria); si riduce anche il valore medio pro capite della spesa (in termini di popolazione ponderata). Pur continuando a presentare importi superiori alla media, registrano una flessione soprattutto le regioni in piano di rientro.

Tavola 9

## LA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (milioni di euro)

Regione	Spesa lorda			Compartecipazione				Spesa netta		
	2010	2009	10/09	2010	2009	10/09	% su lorda 2010	2010	2009	10/09
PIEMONTE	911,9	947,0	-3,7	59,3	53,5	10,8	6,5	800,4	842,9	-5,0
V. AOSTA	24,2	23,6	2,8	0,9	0,7	28,8	3,7	22,0	21,8	1,0
LOMBARDIA	1.946,7	1.923,1	1,2	198,7	181,8	9,3	10,2	1.614,1	1.622,6	-0,5
BOLZANO	72,5	70,3	3,1	6,9	6,0	14,7	9,5	61,3	60,7	1,1
TRENTO	86,7	85,0	2,0	3,0	2,3	31,1	3,4	78,6	78,5	0,1
VENETO	925,1	917,7	0,8	97,2	86,4	12,5	10,5	769,8	782,3	-1,6
FRIULI V.G.	256,8	244,6	5,0	9,8	7,5	30,8	3,8	230,7	222,8	3,5
LIGURIA	363,6	368,0	-1,2	23,0	19,4	18,7	6,3	318,8	332,2	-4,0
E. ROMAGNA	823,4	814,8	1,1	36,1	27,9	29,0	4,4	740,8	749,6	-1,2
TOSCANA	700,7	691,8	1,3	31,4	25,5	23,3	4,5	630,2	634,8	-0,7
UMBRIA	178,2	175,6	1,5	8,2	6,3	29,6	4,6	160,1	161,2	-0,7
MARCHE	320,5	323,4	-0,9	14,5	11,4	27,7	4,5	287,1	296,3	-3,1
LAZIO	1.402,0	1.387,3	1,1	112,6	105,8	6,4	8,0	1.197,6	1.201,2	-0,3
ABRUZZO	314,8	304,7	3,3	24,7	20,8	18,9	7,9	270,5	268,0	0,9
MOLISE	68,8	73,6	-6,5	6,1	5,6	8,6	8,8	59,0	64,4	-8,4
CAMPANIA	1.288,6	1.276,2	1,0	103,0	71,7	43,7	8,0	1.107,1	1.133,2	-2,3
PUGLIA	1.004,8	1.002,6	0,2	50,9	44,2	15,0	5,1	890,8	902,6	-1,3
BASILICATA	120,2	127,9	-6,0	4,9	4,0	23,1	4,1	108,7	117,7	-7,6
CALABRIA	519,2	533,0	-2,6	44,3	34,1	29,8	8,5	442,8	467,8	-5,4
SICILIA (*)	1.282,7	1.262,5	1,6	146,8	134,6	9,1	11,4	1.053,1	1.056,9	-0,4
SARDEGNA	387,8	375,6	3,2	15,9	12,6	26,3	4,1	348,6	343,6	+1,3
<b>ITALIA</b>	<b>12.999,1</b>	<b>12.928,5</b>	<b>0,5</b>	<b>998,2</b>	<b>862,2</b>	<b>15,8</b>	<b>7,7</b>	<b>11.191,6</b>	<b>11.361,0</b>	<b>-1,5</b>

Fonte elaborazioni Corte dei Conti su dati Agenas (dati provvisori)

Tavola 10

## LA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: VALORI PRO CAPITE 2009-10 (EURO)

Regione	Spesa lorda		Spesa netta		Compartecipazione	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009
PIEMONTE	194	202	170,2	179,8	12,6	11,4
V. AOSTA	185,9	182	168,6	168,1	6,9	5,4
LOMBARDIA	198,4	197,6	164,5	166,7	20,2	18,7
BOLZANO	152,8	150,4	129,3	129,8	14,6	12,9
TRENTO	167,9	166,2	152,2	153,5	5,7	4,4
VENETO	189,2	189,1	157,4	161,2	19,9	17,8
FRIULI V.G.	194,3	185,8	174,6	169,2	7,4	5,7
LIGURIA	197,8	199,9	173,5	180,5	12,5	10,5
E. ROMAGNA	179,4	179,3	161,4	164,9	7,9	6,1
TOSCANA	176,6	174,8	158,8	160,4	7,9	6,4
UMBRIA	187,1	185,3	168,2	170,1	8,6	6,7
MARCHE	197,3	197,4	176,7	180,9	9	7
LAZIO	248,5	248,2	212,3	214,9	20	18,9
ABRUZZO	230,5	223,7	198,1	196,8	18,1	15,3
MOLISE	207,9	222,1	178,2	194,4	18,3	16,9
CAMPANIA	244,2	242,6	209,8	215,4	19,5	13,6
PUGLIA	257,4	257,8	228,2	232,1	13	11,4
BASILICATA	205,2	217,7	185,6	200,2	8,4	6,8
CALABRIA	267,8	275,1	228,2	241,5	22,9	17,6
SICILIA (*)	266	262,1	218,4	219,4	30,4	27,9
SARDEGNA	234,5	228,6	207,2	209,1	9,6	7,7
<b>ITALIA</b>	<b>215,4</b>	<b>215,3</b>	<b>185,4</b>	<b>189,2</b>	<b>16,5</b>	<b>14,4</b>

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Agenas

Permangono forti differenze nella quota di spesa territoriale coperta dalla distribuzione diretta dei farmaci. In media tale forma di assistenza riguarda circa il 14 per cento della spesa territoriale. Nelle regioni Emilia, Toscana, Umbria e Marche oltre che nella provincia di Bolzano la quota sale ad oltre il 18 per cento. Particolarmente ridotto il ricorso a tale forma di distribuzione in Calabria e in Abruzzo, regioni che registrano valori di spesa ben superiori alla media.

## IL MONITORAGGIO 2010

4. Come è noto, i dati relativi a costi e ricavi tratti dalla banca dati NSIS rappresentano la base per la valutazione, in sede di monitoraggio, della rispondenza dei risultati aziendali agli obiettivi di controllo della spesa e di garanzia di copertura dei disavanzi regionali<sup>7</sup>.

Nelle tavole che seguono i risultati economici finora osservati sono esposti per dar modo di comprendere l'esito e la metodologia utilizzata per il controllo del rispetto degli obiettivi alla base del Patto della salute.

Anche quest'anno, i lavori dei Tavoli di monitoraggio annuale si sono tenuti nel mese di marzo. Il confronto non può dirsi definitivo: le valutazioni sono state condotte sulla base dei dati dell'ultimo quadrimestre del 2010. Tali dati dovranno essere rivisti, ed eventualmente aggiornati, una volta che saranno disponibili i risultati di consuntivo.

Parallelamente, anche i dati dell'esercizio 2009 hanno subito tale approfondimento nel corso dell'anno. Ciò ha comportato una revisione al rialzo di circa 900 milioni sia dei costi che dei ricavi dell'esercizio. La revisione ha toccato per importi ridotti tutti i risultati regionali, ma si è concentrata soprattutto in tre regioni (alla Toscana, al Lazio e alla Campania si deve un aumento dei costi di oltre 700 milioni). Per la Toscana tale aumento, accompagnato da una revisione per un importo simile dei ricavi, non ha prodotto una modifica dei risultati conseguiti in termini di saldo. Per le altre due regioni, la compensazione è stata solo parziale riverberandosi quindi, almeno in parte, sui risultati di esercizio, rivisti in peggioramento. I miglioramenti registrati da alcune regioni riducono l'effetto di tali aggiustamenti sul saldo complessivo.

Nel valutare i risultati del 2010 in rapporto al 2009 va, poi, tenuta presente una modifica nel trattamento di alcune voci di entrata. Rispetto a quanto commentato lo scorso anno, per due regioni, Toscana e Calabria, sono state riscontrate coperture già contenute nei CE, rispettivamente per 184,5 e 122,7 milioni. Ciò non muta il risultato complessivo dopo le coperture, ma modifica in misura significativa il risultato ottenuto dalla regione prima delle coperture CE. E' su tale risultato che, nel nuovo quadro di riferimento del federalismo fiscale, ci si baserà per individuare le regioni virtuose da considerare per il calcolo dei costi standard.

Nel 2010 il disavanzo effettivo rispetto alle somme destinate al finanziamento della spesa sanitaria è stato pari a circa 3,2 miliardi contro i 4,2 del 2009. E' questo il risultato che si ottiene escludendo dai ricavi le somme connesse all'individuazione, in via preventiva, nel bilancio delle regioni, delle risorse da destinare a copertura della

<sup>7</sup> I conti forniti dalle regioni con i modelli CE del IV trimestre dell'anno sono vagliati ai Tavoli di verifica previsti dall'art. 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e, per le regioni che hanno in corso un piano di rientro dal deficit sanitario, attraverso il monitoraggio specificamente previsto dall'art. 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296/2006. Cfr anche Legge 191/2009 (Legge finanziaria 2010), articolo 2, comma 75 e ss.



maggior spesa rispetto al livello di finanziamento garantito dallo Stato. Si tratta nel complesso di circa 878,3 milioni (1.010 milioni nel 2009), attivati da otto regioni (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio e Calabria). Il risultato al netto delle maggiori risorse incluse nei conti economici consente di valutare, anche in base al nuovo Patto della salute, il rilievo dello squilibrio regionale e l'opportunità di ricorrere ai piani di rientro. Al netto di tali ulteriori coperture, solo la Lombardia e l'Umbria tra le regioni a statuto ordinario e la Provincia di Bolzano e il Friuli tra quelle a statuto speciale presentano risultati positivi. Nel 2009 a queste regioni si univa anche la regione Marche.

Per valutare, poi, il rilievo della correzione richiesta a copertura, al disavanzo così rettificato sono da aggiungere le perdite non coperte relative ad esercizi precedenti e riportate, i rischi valutati dal Tavolo di monitoraggio e le altre componenti negative (somme distolte dal finanziamento della sanità o debiti non coperti). L'ammontare della correzione richiesta sale, quindi, a 4,5 miliardi, rispetto agli oltre 7 miliardi del 2009.

Sul risultato dello scorso anno aveva pesato, proprio in sede di verifica, l'evidenziazione di ulteriore debito maturato prima del 31 dicembre 2005 e riconducibile alla regione Lazio (1.041 milioni) e la evidenziazione, nel caso della regione Abruzzo, di somme distolte dal finanziamento della sanità che dovevano essere reintegrate (331 milioni). Nel caso del Lazio, si trattava di debito dovuto principalmente a mancate concordanze tra le scritture contabili delle Aziende (in termini di crediti) e quelle della Regione (in termini di debito verso le Aziende): circa 1,4 miliardi, che avevano portato le perdite da coprire (originariamente quantificate in 5,5 miliardi) a 7 miliardi.

L'esame dei risultati del monitoraggio evidenzia due aspetti di rilievo.

Va, innanzitutto, rilevata l'entità delle risorse mobilitate a copertura del disavanzo complessivo del 2009. Si tratta di poco meno di 6,2 miliardi: alle risorse già previste nei CE (1.010 milioni), a quelle riconducibili alle coperture fiscali delle regioni in piano di rientro (con l'attivazione della maggiorazione, entro i massimi previsti dalla legislazione vigente, delle aliquote dell'addizionale Irpef e dell'Irap – 1.616 milioni) e a quelle del fondo transitorio (740 milioni), si sono aggiunte le risorse del fondo Fas per oltre 957 milioni<sup>8</sup>, le somme provenienti dai bilanci regionali e da anticipazioni dello Stato con oneri a carico delle regioni per oltre 1.340 milioni e le maggiori entrate (oltre 540 milioni) che si prevede di ottenere con l'aumento dell'addizionale regionale Irpef e dell'Irap oltre i livelli massimi, secondo quanto disposto dalla legge finanziaria 2010<sup>9</sup>. Uno sforzo considerevole destinato a far aumentare in misura consistente le risorse del gettito fiscale destinate a copertura delle rate da rimborsare allo Stato (nel 2009 360 milioni) per le anticipazioni concesse ad alcune regioni per l'estinzione dei debiti pregressi<sup>10</sup>. Uno sforzo che, tuttavia, non ha impedito che fossero oltre 1.298 milioni le perdite da riportare nell'esercizio successivo perché non coperte.

<sup>8</sup> Ai sensi di quanto previsto dalla legge 191/2009, articolo 2, comma 90.

<sup>9</sup> Per le regioni in piano di rientro che risultino inadempienti, tra le altre sanzioni si prevede (commi 83 e 86 dell'articolo 2 della legge 191/2009), l'innalzamento dell'addizionale regionale Irpef e dell'Irap, rispettivamente, nella misura fissa di 0,15 e 0,30 punti percentuali rispetto al livello massimo previsto dalla normativa vigente.

<sup>10</sup> Ai sensi dell'articolo 2, commi 46-48, della legge 244/2007 e dell'articolo 2, comma 98, della legge 191/2009.

Tavola 11 I RISULTATI DEL MONITORAGGIO 2009 E 2010 : UNO SGUARDO COMPLESSIVO

2009	a	b	c	d	e= a+b+c+d	f	g=f+e	RISULTATO D'ESERCIZIO con risorse regionali e coperture CE non ammesse dal "Tavolo"	h	k	i	l	m= h+k+i+l	n	o	p	q	r	S	TOTALE COPERTURE	u	v	z= t+u+v	w= m+z	
	COSTI (Include OPG e SMOM)	TOTALE RICAVI (escluse coperture CE)	Salutà Mobilità Sanitaria interregionale	Rettifiche mobilità su voci sraord.	Prima delle coperture CE	Risorse incluse nel CE	RISULTATO D'ESERCIZIO con risorse regionali e coperture CE	Risorse regionali incluse nel CE non ammesse dal "Tavolo"	Disavanzo non coperti anni precedenti (-)	Maggior copertura anni precedenti (+)	Rischi valutati dal "Tavolo" e Scritture contabili senza effetti	Altre componenti negative (distrazione di fondi o debito)	RISULTATO D'ESERCIZIO con risorse regionali e coperture CE al netto ulteriori componenti negative	Coperture fiscali da piano di rientro e cuneo fiscale	Gettito fiscale destinato alla copertura delle rate di mutuo	Rideterminazione entrate fiscali	Altre coperture da bilancio regionale	fondo transitorio 2009	Fondi FAS	Ulteriori coperture	TOTALE COPERTURE IRAP (0,15%) (stima)	ADDE IRPEF (0,30%) (stima)	TOTALE COPERTURE (CON ATTIVAZIONE LEVA FISCALE OLTRE IL MASSIMO)	RISULTATO ESERCIZIO	
PIEMONTE	-8.544,7	8.160,3	-3,2		-387,5	399,3	11,8						11,8											11,8	
V. AGOSTA	-268,3	283,5	-14,3		0,9	0,9	0,9						0,9											0,9	
LOMBARDIA	-17.435,0	16.998,2	449,7	-0,2	12,7	12,7	12,7						12,7											12,7	
PA BOLZANO	-1.106,2	1.139,2	5,6		38,6	38,6	38,6						38,6											38,6	
PA TRENTO	-1.076,2	1.079,9	-14,9		-11,2	86,0	-13,5						-13,5							24,5			24,5	-11,2	
VENETO	-8.872,2	8.661,5	97,0	10,7	-99,5	86,0	-13,5						-13,5							24,5			24,5	11,0	
FRIULI	-2.453,9	2.446,1	20,2	-7,8	10,6	10,6	10,6						10,6											10,6	
LIGURIA	-3.314,5	3.212,3	-18,3		-120,5	23,0	-97,5						-97,5	104,6				35,3		139,9			139,9	42,4	
E. ROMAGNA	-8.474,0	8.016,3	339,4		-118,4	125,0	6,6						6,6											6,6	
TOSCANA	-7.400,9	7.116,4	102,6	9,2	-172,6	184,6	11,9						11,9											11,9	
UMBRIA	-1.659,6	1.651,2	16,8	0,0	8,4	8,4	8,4						8,4											8,4	
MARCHE	-2.793,6	2.841,8	-37,9	2,3	12,8	12,8	12,8						12,8											12,8	
LAZIO	-11.513,2	10.049,0	44,7	0,0	-1.419,4		-1.419,4	-186,4					-186,4	734,0	90,0	38,1	264,3	796,8	527,0	2.360,3	78,9	226,3	2.665,5	18,7	
ABRUZZO	-2.438,8	2.406,1	-29,6	19,7	-42,6		-42,6	-81,2					-81,2	51,9	98,0	3,2	73,1	160,0	200,0	455,7			455,7	-0,3	
MOLISE	-673,4	577,4	19,8	0,0	-76,3		-76,3	-29,7					-29,7	22,1	2,0	-2,0	20,3			40,4	1,7	8,7	50,9	-55,1	
CAMPANIA	-10.271,2	9.786,8	-289,5	0,0	-773,9		-773,9	-223,6					-223,6	253,0	170,0		248,5			501,5	37,0	136,6	675,1	-322,4	
PUGLIA	-7.252,7	7.052,0	-149,6		-350,3	69,5	-280,8	-69,5	4,6				4,6	142,8		65,7				138,9			347,2	1,5	
BASILICATA	-1.041,0	1.055,5	-39,6		-25,1		-25,1						-25,1							25,7			25,7	0,6	
CALABRIA	-3.546,8	3.527,5	-237,2		-256,5	122,7	-133,8		-827,5				-827,5								9,0	43,8	52,8	-919,9	
SICILIA	-8.514,7	8.518,0	-199,6	0,3	-196,0		-196,0							307,6		28,9		98,5			435,0		435,0	227,3	
SARDEGNA	-3.089,2	2.884,6	-62,1	0,0	-225,7		-225,7	-75,7					-75,7										320,0	18,7	
TOTALE	-111.739,9	107.463,4	0,0	40,4	-4.191,4	1.010,0	-3.181,4	-69,5	-1.419,4	-240	-1.372,5	-6.066,7	1.616,0	360,0	427,0	740,0	956,8	916,1	4.650,2	126,6	415,4	5.192,2	-874,5		

Fonte elaborazione Corte dei conti - su dati Ministero della salute

Tavola 11 segue

IL MONITORAGGIO 2009 E 2010: UNO SGUARDO COMPLESSIVO

2010	a	b	c	d	e=a+b+c+d	f	g=f+e	h	k	i	l	m=h-k+i+l	n	o	p	q	r	s	t=(n+o+p+q+r+s)	u	v	z=t+u+v	w=m+z	
	COSTI (Include OPBG e SMOI)	TOTALE RICA VI (escluse coperture CE)	Saldi Mobilità Sanitaria interregionale	Retifiche mobilità su voci straordin.	RISULTATO D'ESERCIZIO Prima delle coperture CE	Risorse incluse nel CE	RISULTATO D'ESERCIZIO CE con risorse regionali e coperture CE	Risorse regionali incluse nel CE non ammesse dal "Tavolo"	Maggiori coperture anni precedenti (-)	Rischi valutati dal "Tavolo" e scritture contabili senza effetti	Altre componenti negative (distrazione di fondi o debito)	RISULTATO D'ESERCIZIO CE al netto ulteriori componenti negative con risorse regionali e coperture CE	Coperture fiscali da piano di rientro e cuneo fiscale	Gestito fiscale destinato alla copertura delle rate di mutuo	Rideterminazione entrate fiscali	Altre coperture da bilancio regionale	fondo transitorio 2009	Fondi FAS	Ulteriori coperture	TOTALE COPERTURE	IRAP (0,15%) (stima)	ADDE IRPEF (0,30%) (stima)	TOTALE COPERTURE (CON ATTIVAZIONE LEVA FISCALE OLTRE IL MASSIMO)	RISULTATO ESERCIZIO
PIEMONTE	-8.658,7	8.265,8	1,8	-0,8	-392,0	400,0	8,0					8,0												8,0
V. AOSTA	-280,6	289,9	-16,2		-6,9		-6,9					-6,9												-6,9
LOMBARDIA	-17.952,6	17.525,6	444,6	0,0	17,6		17,6					17,6												17,6
P.A. BOLZANO	-1.111,2	1.108,9	4,2		2,0		2,0					2,0												2,0
P.A. TRENTO	-1.102,1	1.107,1	-15,8		-10,8		-10,8					-10,8												-10,8
VENETO	-9.033,3	8.843,8	98,0		-91,5	18,8	-72,7					-72,7												-72,7
FRIULI V.G.	-2.499,3	2.483,5	24,4	0,5	9,1		9,1					9,1												9,1
LIGURIA	-3.318,4	3.230,3	-26,4		-114,5	25,9	-88,6					-88,6	108,6										108,6	20,0
EMILIA R.	-8.583,6	8.119,8	358,8		-104,9	135,0	30,1					30,1												30,1
TOSCANA	-7.241,8	7.093,0	115,1	0,7	-33,1	48,0	14,9					14,9												14,9
UMBRIA	-1.648,0	1.647,0	13,9	0,5	13,3		13,3					13,3												13,3
MARCHE	-2.850,2	2.864,5	-31,7	2,6	-14,8	45,0	30,2	-40,0	53,0			43,1												43,1
LAZIO	-11.338,0	10.202,7	65,3	0,4	-1.069,7	25,1	-1.044,6		18,7	-42,2		-1.068,1	758,7	90,0	409,3							1.168,0	1.168,0	99,9
ABRUZZO	-2.391,6	2.434,7	-62,2	12,0	-7,2		-7,2		-0,3	-21,5		-29,0	39,4	98,0								39,4	39,4	10,4
MOLISE	-660,2	574,1	29,0		-57,2		-57,2		-55,1	-12,0		-124,3	22,9	2,0								22,9	22,9	-101,4
CAMPANIA	-10.099,4	9.907,0	-303,5	0,0	-495,9		-495,9		-322,4			-818,3	239,6	141,0	-53,9							185,7	185,7	-632,5
PUGLIA	-7.330,0	7.163,9	-169,3		-335,5		-335,5		1,5			-334,0	118,1		-86,4							240,3	240,3	-93,7
BASILICATA	-1.058,6	1.058,9	-35,6	0,0	-35,3		-35,3					-35,3			36,3							36,3	36,3	0,9
CALABRIA	-3.444,5	3.506,1	-233,2		-171,7	180,4	8,8		-919,9			-911,1												-911,1
SICILIA	-8.588,4	8.741,8	-205,7	-0,5	-52,9		-52,9			-13,7		-66,6	316,4										316,4	249,9
SARDEGNA	-3.102,8	2.934,4	-55,3	0,0	-223,8		-223,8					-223,8												-223,8
TOTALE	-112.293,5	109.102,6	0,0	15,4	-3.175,5	878,3	-2.297,2	-40,0	-1.224,6	-89,4		-3.651,2	1.603,6	331,0	-140,3	445,5			208,6	2.117,5			2.117,5	-1.533,7

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Il 2010, nonostante il notevole miglioramento dei conti, non si presenta di facile gestione. Oltre alle risorse già destinate a copertura nei CE (circa 880 milioni) o frutto di altre coperture di bilancio (circa 650 milioni), esauriti gli interventi del fondo transitorio, le maggiori coperture vengono dall'attivazione della leva fiscale richiesta alle regioni in piano di rientro (1.604 milioni). Tali risorse, tuttavia, sono già in parte destinate alla copertura delle anticipazioni di bilancio (330 milioni) ed in parte "erose" dalla rideterminazione delle entrate fiscali connessa alla fase ciclica (-140 milioni). Al netto della possibile attivazione delle maggiorazioni di imposta previste oltre ai limiti (e che comunque, se si esclude la regione Lazio che sembra aver conseguito un risultato positivo, non sembrano in grado di garantire risorse adeguate), rimangono da coprire perdite per oltre 2 miliardi.

### **Il monitoraggio 2010: le Regioni non impegnate nei Piani di rientro**

5. Guardando alle regioni non impegnate nei Piani di rientro (Tavola 12) (Piemonte e Puglia sono ancora comprese in tale aggregato avendo sottoscritto il Piano nella seconda metà dell'esercizio), il risultato complessivo nel 2010 (non considerando le coperture scontate nei conti economici) presenta perdite per 983 milioni (somma che sale a 1.020 milioni se si contano le sole perdite) contro i 1.080 milioni del 2009 (1.170 milioni le sole perdite). Dei 923,4 milioni di copertura, solo 646 sono da ricondurre a maggiori entrate già scontate nei CE, mentre 277 sono relative a maggiori entrate fiscali (36 milioni al netto di rideterminazioni per 86 milioni) e a risorse di bilancio (245 milioni). Per il 18 per cento delle perdite (183 milioni) non è stata ancora individuata copertura.

Molto diverse le realtà regionali esaminate: il Piemonte, l'Emilia, il Veneto, la Toscana e le Marche hanno previsto già in bilancio le risorse da destinare alla copertura di eccedenze di spesa in una certa misura "programmate". Per il Veneto e le Marche, tuttavia, tali risorse aggiuntive non sono risultate sufficienti. Nel caso delle Marche, la copertura già prevista in bilancio non è stata ammessa dal Tavolo di monitoraggio<sup>11</sup>. La regione ha, tuttavia, potuto utilizzare le eccedenze nelle coperture ottenute negli anni precedenti, garantendo per questa via un saldo di esercizio positivo. Per il Veneto, le risorse aggiuntive individuate non sono state sufficienti a consentire un'integrale copertura del disavanzo: rimangono da coprire 73 milioni. Per la Puglia, che sul finire del 2010 ha sottoscritto un piano di rientro, la perdita nell'anno è stata di 336 milioni. Le entrate fiscali e la destinazione di risorse di bilancio hanno consentito solo una parziale copertura: rimangono da individuare mezzi per circa 94 milioni.

<sup>11</sup> Non sono stati considerati, come previsto dalle regole del Tavolo di monitoraggio, i 40 milioni riferiti ad una alienazione di immobili la cui procedura non si è ancora perfezionata

Tavola 12

I RISULTATI DEL MONITORAGGIO: LE REGIONI NON IN PIANO DI RIENTRO ANNI 2009 e 2010 (importi in milioni)

	<b>COSTI (+OPB e SMOM)</b>	<b>TOTALE RICAVI (escluse CE)</b>	<i>Saldi Mobilità Sanitaria interregionale</i>	<i>Retifiche mobilità su voci straordinario</i>	<b>RISULTATO D'ESERCIZIO CE</b>	<b>Risorse incluse nel CE</b>	<b>RISULTATO D'ESERCIZIO con risorse regionali e coperture CE</b>	<b>Risorse regionali incluse nel CE non ammesse dal Tavolo</b>	<b>precedenti (-) Maggiore copertura anni precedenti</b>	<b>RISULTATO D'ESERCIZIO con risorse regionali e coperture CE al netto ulteriori componenti negative</b>	<b>Coperture fiscali</b>	<b>Rideterminazione entrate fiscali</b>	<b>Altre coperture da bilancio regionale</b>	<b>Ulteriori coperture</b>	<b>TOTALE COPERTURE</b>	<b>RISULTATO ESERCIZIO</b>	<b>Armi, ti non sterilizzati</b>	<b>RISULTATO ESERCIZIO con armi, ti non sterilizzati</b>
	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e=a+b+c+d</b>	<b>f</b>	<b>g= e+f</b>	<b>h</b>	<b>k</b>	<b>l= g+h+k</b>	<b>l</b>	<b>m</b>	<b>n</b>	<b>o</b>	<b>p= l+m+n+o</b>	<b>q= i+p</b>	<b>r</b>	<b>s=q+r</b>
Anno 2009																		
PIEMONTE	-8.544,7	8.160,3	-3,2	0,0	-387,5	399,3	11,8			11,8					0,0	11,8	-72,2	-60,4
V. AGOSTA	-268,3	283,5	-14,3	0,0	0,9	0,9	0,9			0,9					0,0	0,9	0,9	0,9
LOMBARDIA	-17.435,0	16.998,2	449,7	-0,2	12,7	0,0	12,7			12,7					0,0	12,7	-9,6	3,1
PA BOLZANO	-1.106,2	1.139,2	5,6	0,0	38,6	0,0	38,6			38,6					0,0	38,6	-1,2	37,4
PA TRENTO	-1.076,2	1.079,9	-14,9	0,0	-11,2	0,0	-11,2			-11,2					0,0	-11,2	0,8	-10,4
VENETO	-8.872,2	8.661,5	97,0	10,7	-99,5	86,0	-13,5			-13,5				24,5	24,5	11,0	-240,1	-229,1
FRIULI V.G.	-2.453,9	2.446,1	20,2	-1,8	10,6	0,0	10,6			10,6					0,0	10,6	-4,0	6,6
EMILIA R.	-8.474,0	8.016,3	339,4	0,0	-118,4	125,0	6,6			6,6					0,0	6,6	-127,1	-120,5
TOSCANA	-7.400,9	7.116,4	102,6	9,2	-172,6	184,6	11,9			11,9					0,0	11,9	-96,2	-84,3
UMBRIA	-1.659,6	1.651,2	16,8	0,0	8,4	0,0	8,4			8,4					0,0	8,4	-7,7	0,7
MARCHE	-2.793,6	2.841,8	-37,9	2,5	12,8	0,0	12,8			12,8					0,0	12,8	-12,0	0,7
PUGLIA	-7.252,7	7.052,0	-149,6	0,0	-350,3	69,5	-280,8	-69,5	4,6	-345,7	142,8	-0,3	65,7	138,9	347,2	1,5	-40,4	-38,9
BASILICATA	-1.041,0	1.055,5	-39,6	0,0	-25,1	0,0	-25,1			-25,1				25,7	25,7	0,6	-6,6	-6,0
TOTALE	-68.378,2	66.501,8	771,8	20,4	-1.080,7	864,4	-216,3	-69,5	4,6	-281,1	142,8	-0,3	65,7	189,1	397,3	116,2	-616,3	-500,2
Anno 2010																		
PIEMONTE	-8.658,7	8.265,8	1,8	-0,8	-392,0	400,0	8,0			8,0					0,0	8,0	-73,6	-65,6
V. AGOSTA	-280,6	289,9	-16,2	0,0	-6,9	0,0	-6,9			-6,9					0,0	-6,9	0,0	-6,9
LOMBARDIA	-17.952,6	17.525,6	444,6	0,0	17,6	0,0	17,6			17,6					0,0	17,6	0,0	17,6
P.A. BOLZANO	-1.111,2	1.108,9	4,2	0,0	2,0	0,0	2,0			2,0					0,0	2,0	-0,1	1,9
P.A. TRENTO	-1.102,1	1.107,1	-15,8	0,0	-10,8	0,0	-10,8			-10,8					0,0	-10,8	0,5	-10,4
VENETO	-9.033,3	8.843,8	98,0	0,0	-91,5	18,8	-72,7			-72,7					0,0	-72,7	-173,9	-246,5
FRIULI V.G.	-2.499,3	2.483,5	24,4	0,5	9,1	0,0	9,1			9,1					0,0	9,1	-4,1	5,0
EMILIA R.	-8.583,6	8.119,8	358,8	0,0	-104,9	135,0	30,1			30,1					0,0	30,1	-131,0	-100,9
TOSCANA	-7.241,8	7.093,0	115,1	0,7	-33,1	48,0	14,9			14,9					0,0	14,9	-104,3	-89,4
UMBRIA	-1.648,0	1.647,0	13,9	0,5	13,3	0,0	13,3			13,3					0,0	13,3	-6,4	7,0
MARCHE	-2.850,2	2.864,5	-31,7	2,6	-14,8	45,0	30,2	-40,0	53,0	43,1					0,0	43,1	-22,5	20,6
PUGLIA	-7.330,0	7.163,9	-169,3	0,0	-335,5	0,0	-335,5		1,5	-334,0	118,1	-86,4		208,6	240,3	-93,7	-50,5	-144,2
BASILICATA	-1.058,6	1.058,9	-35,6	0,0	-35,3	0,0	-35,3			-35,3			36,3		36,3	0,9	-6,8	-5,9
TOTALE	-69.350,0	67.571,7	792,1	3,5	-982,8	646,8	-336,0	-40,0	54,5	-321,5	118,1	-86,4	36,3	208,6	276,6	-45,0	-572,8	-617,8



## Il monitoraggio 2010: le Regioni con Piani di rientro

6. Nel corso del 2010 è proseguito il processo di riequilibrio dei conti sanitari nelle regioni in squilibrio strutturale, avviato nel 2007 con la procedura di affiancamento gestionale da parte dei Ministeri della salute e dell'economia alle regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna<sup>12</sup> e la sottoscrizione dei Piani di rientro. Un processo che vede coinvolte le amministrazioni centrali nel complesso procedimento di verifica degli adempimenti, affidato ai Tavoli di monitoraggio e al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (istituito ai sensi degli artt. 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005)

Si sono conclusi, con esiti diversi, i percorsi previsti per il riequilibrio della regione Liguria e per lo svincolo di somme rimaste sospese per il mancato rispetto da parte della regione Sardegna degli obiettivi di copertura di disavanzi sanitari pregressi. Tutte le altre regioni hanno scelto di proseguire nella gestione dei piani di rientro, predisponendo dei Programmi operativi<sup>13</sup>.

Nell'anno è stata avviata l'attuazione del piano di rientro della regione Calabria sottoscritto il 17 dicembre 2009, mentre sono stati sottoscritti nel luglio e nel novembre 2010 due ulteriori piani di rientro, rispettivamente, dal Piemonte e dalla Puglia.

Nella tavola 13 sono riassunti i risultati del Tavolo di monitoraggio. Nell'analisi si tiene conto dei rischi relativi a maggiori costi o minori entrate del 2009 emersi durante l'esame: tali somme correggono i risultati 2010 con un peggioramento di circa 89,4 milioni.

La regione Liguria è l'unica, tra quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro, per la quale già con la verifica annuale per l'anno 2009 era stato verificato il rispetto degli obiettivi, sia sotto il profilo dell'equilibrio economico e finanziario, che dell'adeguamento del SSR al quadro normativo nazionale ed al Patto per la salute.

La verifica operata nel corso del 2010 sui dati di consuntivo ha sostanzialmente confermato tali esiti: una perdita di 120,5 milioni, più che coperta con il ricorso a somme stanziare in bilancio, le entrate fiscali attivate e il contributo assicurato dal fondo transitorio: il risultato di esercizio presenta un avanzo di oltre 42 milioni.

Sulla base dei dati CE relativi al quarto trimestre, la regione chiude l'esercizio 2010 con disavanzo di 114,5 milioni, al netto degli ammortamenti non sterilizzati. Le risorse già stanziare in bilancio (25,9 milioni) e le maggiori entrate fiscali stimate in circa 109 milioni sono sufficienti al raggiungimento dell'equilibrio economico con un saldo positivo di 20 milioni. Qualora si confermasse a consuntivo una eccedenza di copertura sul disavanzo 2010, la regione intenderebbe utilizzare tali risorse per rideterminare le aliquote fiscali per l'anno d'imposta 2011.

Per la Sardegna, la verifica annuale 2009 ha avuto esito negativo. Tale valutazione circa l'attuazione del Piano ha condotto i Tavoli a considerare definitivamente non assegnabili alla regione le risorse residue, pari a circa 14,8 milioni di euro.

<sup>12</sup> Per la Sardegna la definizione del Piano di rientro era ai soli fini del recupero del finanziamento statale non erogato a seguito dell'inadempienza per l'anno 2001.

<sup>13</sup> Ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della legge 191/2009 per le regioni commissariate (Lazio, Campania, Molise e Abruzzo) e ai sensi dell'articolo 11, comma 1, del DL 78/2010, per le regioni non commissariate (Sicilia).

Nel 2010, delle regioni in Piano di rientro, la Sicilia è quella che segna i miglioramenti più evidenti.

Per la regione Sicilia, la verifica annuale per il 2009 aveva evidenziato un disavanzo pari a 237,1 milioni. Le coperture attivate avevano consentito di chiudere l'esercizio con un surplus di 26,2 milioni considerando i rischi di maggiori costi o minori ricavi individuati in corso di verifica. A consuntivo, prima delle coperture, il disavanzo è risultato pari a 196 milioni. Il risultato di gestione per l'anno 2009, comprensivo degli ammortamenti non sterilizzati, evidenzia un avanzo di 164,678 milioni<sup>14</sup>.

In occasione della verifica annuale per il 2010 dello scorso marzo, si è riscontrata una forte riduzione del disavanzo che, anche considerando i rischi valutati dal Tavolo di monitoraggio, raggiunge i 67 milioni, ampiamente coperti dalle maggiori entrate derivanti dall'incremento delle aliquote fiscali attivate con la sottoscrizione del piano di rientro e stimate per l'anno in 316 milioni. Anche considerando gli ammortamenti non sterilizzati, il risultato presenta un avanzo di oltre 184 milioni.

Anche tale regione ha presentato (a fine dicembre 2010) un Programma operativo, che prevede interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria da effettuare nel triennio 2010-2012.

Pur rimanendo ancora forte la perdita di esercizio anche la regione Lazio ha chiuso la fase di monitoraggio 2010 con un risultato in miglioramento che conferma i progressi verificati in sede di monitoraggio infra annuale.

Per il Lazio, in sede di verifica annuale era stato accertato un disavanzo per l'esercizio 2009 di 1.374,5 milioni, cui dovevano aggiungersi perdite riportate per 186,4 milioni. Le coperture individuate erano pari a 1.186,8 milioni, mentre rimanevano da coprire 421 milioni comprensivi dei rischi di maggiori costi o di minori ricavi individuati dal monitoraggio.

Il 23 aprile 2010, il consiglio dei Ministri nominava il nuovo presidente della Regione Commissario *ad acta* per la sanità con il mandato di dare attuazione alle linee di intervento già previste dal piano di rientro.

Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 13 maggio 2010, riteneva di non esprimere l'intesa in ordine alle richieste di utilizzo dei fondi Fas da parte della regione Lazio. Pertanto, vi erano le condizioni per l'applicazione oltre i massimi degli incrementi delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF, blocco automatico del turn over del personale e divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. Tale aumento delle aliquote era previsto conseguire un gettito aggiuntivo di circa 330,8 milioni, non sufficiente alla copertura integrale del disavanzo 2009 pari a 421 milioni. La regione doveva, quindi, prevedere nel corso del 2010 una manovra aggiuntiva di circa 90 milioni.

Il monitoraggio in corso d'anno evidenziava importanti progressi nell'attuazione del programma operativo, segnalando al contempo il permanere di ritardi.

A fronte di tale complessiva situazione, i Tavoli di verifica da un lato non ritenevano rispettate le condizioni per la disapplicazione degli automatismi fiscali. Dall'altro, anche in funzione delle rilevanti azioni di risanamento fino ad allora adottate,

<sup>14</sup> Dall'esame dello stato patrimoniale consolidato risultano perdite cumulate al 31 dicembre 2008 pari a 2.491 milioni, con coperture per ripiano perdite rilevate a Patrimonio netto di pari importo. Manca tuttavia ancora la ricognizione della posizione creditoria, alla data di chiusura dell'esercizio 2009, delle aziende verso la regione e delle risultanze dei capitoli di bilancio regionale che rappresentano "crediti verso Stato e regione" e "debiti verso le aziende sanitarie".



procedevano all'erogazione di una quota (60 per cento) delle spettanze residue a tutto l'anno 2009, per complessivi 1.214 milioni. Ciò, anche per evitare ulteriori aggravii della gestione (conseguenti ai ritardi dei pagamenti delle spettanze residue), con effetti negativi sul processo di riorganizzazione del Sistema sanitario regionale.

A chiusura del consuntivo 2009 per la copertura della perdita, che raggiungeva nel complesso i 2.647 milioni (comprensivi del debito pregresso di 1.041 milioni), si è proceduto all'estensione del prestito di cui all'articolo 2, comma 46, della legge 244/2007 per la quota residua del contratto per 227 milioni e all'anticipazione di liquidità a valere sulle risorse di cui all'articolo 2, comma 98, della legge 191/2009 per 300 milioni<sup>15</sup>. Veniva, infine, riconosciuta alla regione la possibilità di accedere ai fondi Fas per complessivi 797 milioni.

Nel marzo 2011, il monitoraggio relativo all'esercizio 2010 ha evidenziato perdite per 1.070 milioni, cui vanno ad aggiungersi rischi valutati dal Tavolo per 42 milioni. Le coperture fiscali per 759 milioni e altre risorse di bilancio per circa 410 milioni hanno consentito di conseguire un risultato di esercizio positivo per circa 100 milioni.

Non ancora tradotti in migliori condizioni economiche i miglioramenti nello stato di attuazione del programma della regione Campania.

In sede di verifica annuale per il 2009, per la regione la perdita accertata era stata pari a 725,6 milioni, cui andavano ad aggiungersi le perdite relative all'esercizio 2008 per 223,6 milioni, a fronte di coperture per 501,5 milioni. La regione presentava pertanto il programma operativo per la prosecuzione del piano di rientro.

Nonostante i progressi nell'attuazione del piano verificati nel corso dell'esercizio, i Tavoli ritenevano non rispettate le condizioni per la disapplicazione degli automatismi fiscali previsti dalla normativa vigente, fra i quali l'incremento delle aliquote dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF oltre il livello massimo finalizzato alla copertura del disavanzo dell'esercizio 2009.

Il Tavolo di verifica ed il Comitato LEA, anche in funzione delle rilevanti azioni di risanamento fino ad allora adottate, valutavano tuttavia che sussistessero le condizioni per procedere all'erogazione di una quota (60 per cento) delle spettanze residue a tutto l'anno 2009, per complessivi 1.021 milioni di euro. Ciò, anche in considerazione del fatto che la gestione corrente risultava penalizzata dagli oneri correlati ai ritardi dei pagamenti (conseguenti alla mancata erogazione delle spettanze residue), con pericolo di compromissione del processo di riorganizzazione del Sistema sanitario regionale. La restante quota si riteneva potesse essere erogata subordinatamente alla verifica positiva degli ulteriori adempimenti previsti dal piano.

A marzo 2011 in sede di verifica annuale, confermato in 322 milioni il disavanzo non coperto per l'anno 2009 (importo determinato tenendo conto delle risorse aggiuntive derivanti dall'incremento delle aliquote oltre il livello massimo previsto dalla vigente legislazione), si è accertata una perdita ulteriore di 496 milioni. A fronte di coperture fiscali per 239,6 milioni (rideterminate in riduzione di poco meno di 54 milioni), il disavanzo non coperto (al netto degli ammortamenti non sterilizzati) è pari a 632,5 milioni.

<sup>15</sup> La legge regionale n. 8/2010 ha conseguentemente stanziato 35 milioni per la copertura delle rate per la restituzione dell'ulteriore anticipazioni di liquidità. Somma che si va ad aggiungere alla rata di 310 milioni già previsti nel Piano di rientro per l'ammortamento della precedente anticipazione.

In miglioramento, nel 2010, le condizioni economiche del sistema sanitario in Abruzzo. Il monitoraggio annuale aveva portato ad individuare un disavanzo per il 2009 di 31,9 milioni, che salivano a 113,1 considerando il riporto delle maggiori perdite 2008. A tali valori dovevano aggiungersi le somme ancora da ripristinare distratte dalla regione dal fondo sanitario per destinarle a spese extrasanitarie e quelle relative al mancato recupero dei crediti (con conseguente mancata copertura delle perdite registrate fino al 31 dicembre 2007).

Nel 2010 i ritardi nella realizzazione del Piano di rientro portavano la regione a predisporre un programma operativo, sul quale i Tavoli di monitoraggio esprimevano un giudizio complessivamente positivo.

La verifica degli adempimenti per l'anno 2009 e precedenti restava, tuttavia, subordinata alla definizione degli aspetti relativi all'equilibrio di bilancio, mentre il profilarsi di un risultato negativo per il 2010 consigliava l'adozione di tutte le misure necessarie, ivi comprese eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi finanziari per l'anno..

La nuova stima delle risorse da reintegrare ha portato, a consuntivo, la perdita da coprire nel 2009 a 456 milioni, cui è stato fatto fronte per 160 milioni con l'utilizzo di fondi Fas e per 200 milioni con l'anticipazione di liquidità a valere sulle risorse disponibili di cui all'articolo 2, comma 98, della legge 191/2009, ferma restando l'individuazione, da parte della regione, della relativa copertura pluriennale a valere su entrate certe e vincolate e la sottoscrizione del relativo contratto di prestito.

La verifica del risultato 2010 ha evidenziato un disavanzo di 7,2 milioni, cui vanno ad aggiungersi 21,5 milioni quali rischi valutati dal Tavolo di monitoraggio. Le coperture fiscali da piano di rientro, seppur notevolmente ridimensionate, hanno consentito di chiudere l'esercizio con un risultato positivo di 10,4 milioni

Per il Molise i ritardi nella attuazione del Piano, pur in presenza di prime innovazioni di carattere strutturale, continuano a pesare sul risultato di esercizio.

Nel 2009 l'esercizio si era chiuso con una perdita di 81 milioni, a cui andavano ad aggiungersi le perdite riportate dall'esercizio 2008 (29,7 milioni). Le entrate aggiuntive già previste dal piano e il fondo transitorio consentivano solo una copertura parziale del disavanzo (44,3 milioni). Restava da trovare copertura per circa 69 milioni, tenuto conto anche dei rischi (2,5 milioni) relativi a rischi emersi nell'esame del monitoraggio.

Nel luglio 2010 la regione presentava pertanto il programma operativo per il 2010 con il quale dare prosecuzione al piano di rientro. La grave situazione finanziaria determinata dai ritardi nell'attuazione del piano portavano nel successivo mese di ottobre, a ritenere che persistessero le condizioni per l'applicazione della procedura di cui all'articolo 2 della legge 191/2009 (l'incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo).

Poiché, inoltre, con l'aumento delle aliquote si prevedeva un gettito di circa 10,8 milioni, non sufficiente alla copertura integrale del disavanzo 2009, la regione avrebbe dovuto disporre nel corso del 2010 una manovra aggiuntiva al fine di pervenire ad una copertura definitiva del disavanzo

La verifica annuale per il 2010 ha confermato, aggravandole, le precedenti previsioni. La perdita di esercizio ha raggiunto i 57 milioni; ad essa si sono aggiunti 55 milioni di perdite trasportate da esercizi precedenti, nonché rischi per 12 milioni. La copertura prevista in termini di entrate (23 milioni) ha portato la perdita complessiva non coperta a superare i 100 milioni.

Per la regione Calabria hanno continuato a persistere anche nel 2010 gravi ritardi nella attuazione del piano cui si accompagnano ancora incertezze sulla situazione patrimoniale delle aziende regionali ed insufficienze nella definizione del sistema contabile.

A fine marzo 2010 risultava una perdita non coperta cumulata per il periodo 1 gennaio 2006 -31 dicembre 2009 pari a 1.014 milioni.

Nell'analizzare lo stato di attuazione del piano di rientro, definito alla fine del 2009, Tavolo e Comitato valutavano che lo stesso risultasse inadeguato in funzione della mancata adozione di numerosi provvedimenti e della assunzione di atti non coerenti con gli obiettivi.

Il Consiglio dei Ministri riteneva, pertanto, di non esprimere l'intesa in ordine alle richieste di utilizzo del Fas da parte della regione. Si confermavano, quindi, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale e del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

Sulla base della stima delle entrate derivanti dall'attivazione della leva fiscale oltre i massimi, pari a 52,8 milioni, residuava una perdita cumulata non coperta per il periodo 2006 - 2009 di 961 milioni, a fronte della quale la regione era previsto disponesse una manovra aggiuntiva. Grave era poi il ritardo accumulato nell'attuazione della certificazione della posizione debitoria, ivi inclusa la gestione accentrata regionale e le somme eventualmente dovute a titolo di interessi per i ritardati pagamenti.

Il permanere di criticità ed inadeguatezze confermavano i presupposti per la nomina, nel mese di luglio, del Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro e, in agosto, di due sub Commissari.

Le verifiche svolte dai Tavoli di monitoraggio, aggiornate ad ottobre 2010, evidenziavano ritardi ed insufficienze gravi negli interventi, tali da non consentire la disapplicazione degli automatismi previsti dall'articolo 2, comma 86 della legge 191/2009.

Il 2010 si è chiuso con una perdita di circa 172 milioni, coperta con le risorse incluse nel CE. Rimane, tuttavia, ancora da individuare la copertura delle perdite maturate dal 2006 pari a circa 920 milioni.

Nel luglio 2010, la regione Piemonte ha sottoscritto l'Accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia ed il relativo piano di rientro, al fine di ottenere la riattribuzione del maggior finanziamento previsto per l'anno 2004 e non assegnato a fronte di un disavanzo pari (a tutto il 31/12/2004) a 676 milioni.

Sulla base dei dati del consuntivo 2009, si è confermato un disavanzo di oltre 387 milioni, che ha trovato copertura nelle risorse stanziata dalla regione per complessivi 399 milioni con un avanzo di 11,8 milioni.

In occasione della verifica annuale dello scorso marzo si è riscontrato anche per il 2010 un disavanzo di 386 milioni, interamente coperto dallo stanziamento già considerato in bilancio per circa 400 milioni.

Il Tavolo di monitoraggio ha infine valutato favorevolmente l'Addendum al Piano di rientro e il Programma operativo della regione, riscontrando il rispetto delle prescrizioni contenute nell'Accordo.

Nel novembre 2010, anche la regione Puglia ha sottoscritto l'Accordo per il piano di rientro per il triennio 2010-2012. Il piano è altresì finalizzato al recupero del maggior finanziamento relativamente al mancato rispetto dell'equilibrio economico finanziario per gli anni 2006 e 2008.

Nel 2009 la regione aveva evidenziato un disavanzo pari a 350 milioni prima delle coperture già previste nei CE. Anche il 2010, secondo i dati ancora provvisori del IV trimestre, si è chiuso in disavanzo per 336 milioni: le entrate fiscali e le risorse di bilancio ne hanno consentito solo una parziale copertura. Restano da individuare ulteriori 94 milioni.

#### **I COSTI E I FABBISOGNI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO: QUALI IMPLICAZIONI PER IL COORDINAMENTO**

7. Nello scorso anno e nei primi mesi del 2011 ha cominciato a prendere corpo il complesso sistema di decreti legislativi previsti in attuazione del federalismo fiscale. Si tratta di provvedimenti destinati ad incidere effettivamente non prima del 2013. Il difficile processo di convergenza al pareggio di bilancio previsto nella Documento di economia e finanza per il biennio 2013-2014 richiede, tuttavia, che fin d'ora ne sia valutata l'influenza sul meccanismo che regola il contributo del settore sanitario agli obiettivi complessivi di finanza pubblica.

Nel ridisegnare il sistema di finanziamento della sanità e nel definire significato e modalità di determinazione dei costi standard, il decreto che riforma il sistema fiscale regionale, in attuazione della legge 42/09, si muove in linea con quello che è stato il percorso che ha caratterizzato le ultime legislature: uniformità nel finanziamento pro capite pesato, responsabilizzazione delle amministrazioni territoriali, adeguamento delle risorse ad importi coerenti con la fornitura dei livelli essenziali di assistenza e compatibili con il rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dal Paese in sede comunitaria.

Una scelta opportuna che, in questo modo, non rischia di incrinare l'attuale modello di coordinamento della finanza sanitaria con quello complessivo, garantendo il riassorbimento degli squilibri nel settore sanitario, il mantenimento di autonomia e responsabilità gestionali delle regioni e il rispetto dei diritti fondamentali di parità nelle condizioni di assistenza tra aree territoriali.

Punto centrale è la adozione di un procedimento top-down nell'individuazione delle risorse destinate alla sanità: il fabbisogno sanitario nazionale standard è definito come quello che consente di garantire l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni in condizioni di efficienza. Esso è determinato in coerenza con gli obiettivi complessivi di finanza pubblica venendo di fatto a corrispondere con quello che finora è stato il livello del finanziamento cui contribuisce lo Stato.

Per ottenere il finanziamento della singola regione si prevede di applicare all'ammontare di finanziamento nazionale così predeterminato il rapporto tra il fabbisogno sanitario standard della regione e la somma dei fabbisogni regionali standard risultanti dall'applicazione a tutte le Regioni dei valori di costo rilevati nelle regioni benchmark. Queste sono scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque che vengono individuate dal Ministero della salute, di concerto col Ministero dell'economia e delle finanze, come regioni che hanno garantito i Livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizione di equilibrio economico e di efficienza e appropriatezza. Nella versione definitiva, approvata dopo l'esame parlamentare, le regioni benchmark devono garantire una rappresentanza delle tre aree del paese e della dimensione territoriale minore. Un compromesso solo apparentemente "negativo" dal punto di vista del rigore finanziario. E' lo stesso meccanismo di calcolo previsto dal decreto che riduce (se non annulla), infatti, il possibile effetto distorsivo del dover considerare, in mancanza di regioni virtuose una rappresentante dell'area territoriale anche "in disavanzo".

Per ognuno dei tre macrolivelli – assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera – si calcola un costo standard aggregato come media pro-capite pesata del costo registrato dalle Regioni benchmark (inteso come spesa sostenuta per macro livello rapportata alla popolazione pesata in funzione della struttura per età). Questo costo standard viene poi applicato alla popolazione pesata di ognuna delle regioni, ottenendo così il suo fabbisogno standard regionale.

Tale il metodo di calcolo del costo standard della singola regione annulla quindi il possibile effetto distorsivo indotto dall'utilizzo come benchmark di una regione in disequilibrio: nel calcolo dei costi sono, infatti, escluse le spese finanziate "dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale".

Insieme ad altre voci (le spese per ammortamenti, la mobilità attiva ma non quella passiva) tali esclusioni comportano che, in ciascuna regione i costi netti, coincidano, sostanzialmente, con il finanziamento previsto per l'anno in base al riparto.

Il calcolo della spesa pro capite in base alla popolazione pesata (se viene utilizzata quella adottata per lo stesso anno) finisce per portare a individuare un costo standard sostanzialmente coincidente con l'importo pro capite utilizzato per la ripartizione del finanziamento sanitario. La sua applicazione alla popolazione pesata delle altre regioni e il relativo ricalcolo della distribuzione degli importi tra regioni, non può che riprodurre la distribuzione della popolazione pesata originariamente impiegata. Come è stato già osservato, il metodo individuato per il calcolo dei costi standard in sé, quindi, non ha effetto sul riparto

Con il costo standard così determinato non si intende pervenire per somma al finanziamento nazionale della sanità. Il calcolo dei costi standard serve per "individuare il valore percentuale di ogni singola Regione e Provincia autonoma rispetto al valore nazionale quale fabbisogno sanitario standard regionale da applicare al fabbisogno sanitario standard nazionale". Insomma, il calcolo dei costi standard non incide sulla definizione del livello del finanziamento ma solo sul criterio di riparto.

I criteri indicati dal decreto potranno in futuro essere rideterminati previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, comunque nel rispetto del livello di finanziamento nazionale stabilito.

Certo, nella versione approvata sono state inserite modifiche che non sempre rendono più chiaro il processo (è il caso ad esempio della norma che assicura alla migliore regione di riferimento che la quota ad essa attribuita non possa ridursi rispetto all'anno precedente o della modifica introdotta all'articolo 22 che rende meno immediato il calcolo della quota attribuita a ciascuna regione). Ma l'impianto non sembra indebolire i meccanismi di governo della spesa e soprattutto il rispetto dei tetti di spesa.

La scelta operata nel decreto di valorizzare l'esperienza maturata negli anni nella gestione della spesa sanitaria, se da un lato sembra ridurre l'impatto del riferimento ai costi standard nel nuovo meccanismo di definizione del finanziamento del settore, dall'altro ha il pregio di semplificare la gestione del sistema, garantendo, per altra via, il collegamento tra la programmazione di bilancio, la compatibilità di finanza pubblica, e l'analisi comparativa di quantità e qualità dei servizi erogati.

Il riferimento ai costi standard può rilevare ai fini degli indicatori di efficienza e appropriatezza ed incidere positivamente sul sistema di autovalutazione delle Regioni e sulla conseguente adozione delle "best practices", anche se appare non immediatamente rilevante ai fini della determinazione del finanziamento da riconoscere alle diverse realtà territoriali.

L'allocazione delle risorse è destinata a mutare solo se viene assunto un diverso metodo di pesatura rispetto a quello utilizzato nell'anno preso a riferimento. Infatti eventuali conseguenze redistributive dipenderanno dalla estensione dei pesi per le varie classi di età alle varie categorie di assistenza sanitaria (oggi solo un terzo del finanziamento è ripartito sulla base della popolazione pesata, la parte restante sulla base della popolazione assoluta). Le conseguenze nella disponibilità di risorse delle singole regioni (fermo restando l'ammontare complessivo, determinato *ex ante*), rispetto alla situazione attuale, potrebbero essere in questo caso anche rilevanti.

Con l'adozione di tale meccanismo non sembra, tuttavia, che si sia rinunciato a tracciare un collegamento tra programmazione di bilancio, compatibilità di finanza pubblica, e analisi comparativa dei servizi erogati. Essa è affidata alla capacità (attraverso un esame delle caratteristiche del servizio reso nelle diverse realtà territoriali) di incidere sulla revisione dei criteri di pesatura e sulla dinamica complessiva della spesa a fronte del livello dei LEA garantiti. La disponibilità di dati sui consumi distinti per classe di età, per ora limitata alla spesa ospedaliera, alla farmaceutica e alla specialistica ambulatoriale, potrebbe consentire di rivedere nel tempo la stima della spesa standard nazionale, calcolando in modo sempre più preciso il fabbisogno su cui basare il criterio di pesatura e correggere eventualmente il tasso di variazione della spesa sanitaria complessiva compatibile con gli obiettivi di finanza pubblica o l'estensione dei servizi da garantire alla collettività.

Nel testo approvato sono stati, infine, previsti interventi per rimuovere carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali e atte ad incidere sui costi delle prestazioni, carenze individuate sulla base di specifici indicatori socio-economici. Si è in questo modo scelto di tener conto delle condizioni di svantaggio socio economico di un'area geografica.

## Appendice

Nel seguito sono riportate alcune schede relative alle regioni in Piano di rientro nelle quali le informazioni sui risultati economici e gli esiti dei tavoli di monitoraggio sono lette alla luce di quanto può trarsi dai Verbali del monitoraggio infra-annuale condotto dai Tavoli di verifica. Una lettura necessariamente sintetica (e per questo necessariamente semplificata) di un ricco materiale e lavoro condotto dalle strutture dei Ministeri delle Economia e della Salute in collaborazione con le regioni e il comitato LEA su un vastissimo patrimonio documentale prodotto dalle Regioni<sup>16</sup>.

### La Regione Campania

Per quanto riguarda la Campania, in sede di verifica annuale per il 2009, la perdita accertata era stata pari a 725,6 milioni, cui andavano ad aggiungersi le perdite relative all'esercizio 2008 per 223,6 milioni. Il Tavolo di monitoraggio aveva accertato coperture per 501,5 milioni come somma di maggiori entrate per 253 milioni e la quota del fondo transitorio pari a 249 milioni.

I ritardi accumulati nell'attuazione del piano di rientro spingevano la regione a proseguire nel piano con la presentazione del programma operativo per il 2010.

A luglio la manovra contenuta nel programma operativo risultava solo parzialmente attuata: gli interventi sul personale erano giudicati in sede di monitoraggio inadeguati in quanto non allineati con la normativa nazionale in materia di blocco del turn over e stabilizzazione; non risultava completata la sottoscrizione dei contratti (ovvero le lettere di diffida) relative alla specialistica e riabilitazione, mentre per la componente ospedaliera si era ancora in fase iniziale; le rimodulazione delle compartecipazioni e il controllo delle esenzioni per la quale si prevedevano effetti migliorativi dei saldi per 42 milioni non risultavano ancora attuati; relativamente ai procedimenti contabili e amministrativi non risultava trasmesso il modello CE tendenziale e programmatico.

Alla verifica di ottobre, i Tavoli registravano un miglioramento nello stato di attuazione del programma operativo. In relazione al personale, si prevedeva il divieto automatico ed assoluto di procedere ad assunzioni di personale, sia a tempo indeterminato che determinato, fino al 31.12.2011 e l'adozione di linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi contrattuali.

<sup>16</sup> La definizione dei contenuti dei Piani di rientro e le modalità con le quali porre in atto l'*affiancamento* sono state definite con un documento metodologico da parte dei Ministeri della salute e dell'economia e finanze, discusso e condiviso con le Regioni interessate. Il documento, approvato il 19 aprile 2007 dalle regioni che avevano sottoscritto gli Accordi, costituisce il riferimento per la programmazione, l'organizzazione e la gestione delle attività riferite ai Piani di rientro e avviate nell'ambito del SiVeAS presso il Ministero della salute.

Nel documento si individuano i provvedimenti che la Regione è tenuta a trasmettere per la preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze. L'attività di monitoraggio trimestrale ed annuale dei Piani si realizza in tre fasi. Una fase di verifica e di valutazione dell'andamento generale del Piano in relazione alla programmazione regionale (con riferimento agli adempimenti previsti per l'adeguamento alle linee del Piano sanitario nazionale; verifica del mantenimento dei LEA; verifica dell'andamento degli accordi di programma di edilizia sanitaria; valutazione del raggiungimento di obiettivi di carattere economico-finanziario). Una fase di approvazione dei provvedimenti che devono essere adottati alle scadenze fissate dal Piano ed una di verifica di tutti gli altri provvedimenti da adottarsi da parte della Regione in attuazione degli adempimenti previsti dalla legge finanziaria 2007 alle scadenze fissate. La valutazione del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, è basata su una apposita griglia di indicatori e sulla griglia del Comitato LEA. La verifica del raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati nei Piani, rilevante ai fini della successiva erogazione delle risorse ad essi legate, avviene ordinariamente con *cadenza trimestrale*, sulla base della documentazione fornita dalle singole Regioni ai Ministeri della salute e dell'economia e finanze. Per la Sardegna, le sessioni di verifica hanno cadenza semestrale/annuale, come previsto nell'Accordo di sottoscrizione dei Piani di rientro (DGR n. 30/33 del 2 agosto 2007).

La verifica è effettuata in riferimento ai singoli obiettivi contenuti nei Piani di rientro: vengono verificati gli obiettivi operativi e gli interventi progettuali contenuti nel programma dei Piani, gli indicatori e le relative fonti di verifica. La valutazione riguarda anche la coerenza tra Piano di rientro e interventi relativi al Programma di investimenti in edilizia sanitaria. Tutti gli schemi dei provvedimenti deliberativi del programma di investimenti e degli accordi di programma già sottoscritti sono trasmessi per la preventiva approvazione. In caso di nuovi accordi di programma successivi all'adozione dei Piani di rientro, la Regione deve fornire tutti gli elementi necessari alla verifica di coerenza della proposta di accordo con gli obiettivi generali dei Piani.

Erano stati predisposti i contratti con gli erogatori privati per l'anno 2010. Al 21 ottobre 2010 erano stati stipulati i contratti per l'esercizio 2010 con 66 case di cura private su 67. Erano stati definiti i limiti di spesa e i relativi schemi di contratto 2010 per le case di cura private.

Oltre che per la farmaceutica, misure di compartecipazione alla spesa erano previste per l'assistenza termale, per il pronto soccorso ospedaliero non seguito da ricovero e per l'assistenza specialistica. Era stato predisposto un piano di recupero degli extra sconti stabiliti dall'AIFA negli accordi negoziali con le aziende farmaceutiche, misure di controllo della spesa farmaceutica e una procedura di verifica delle esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. Riguardo agli acquisti di beni e servizi erano state previste azioni messe in atto da Soresa.

In tema di rete ospedaliera era stato definito il documento contenente la riorganizzazione e la pianificazione attuativa del riassetto della rete, con una riduzione dei posti letto. Erano stati definiti protocolli di intesa con la Seconda Università degli Studi di Napoli e con l'Università Federico II. Le procedure di accreditamento erano sospese in attesa della definizione del piano ospedaliero.

Erano state predisposte nuove linee guida in materia di accordi transattivi e di dilazione di pagamento, stabilendo una procedura diretta a programmare il pagamento dei debiti sanitari già scaduti ed una diretta a disciplinare la gestione del debito ancora non scaduto.

Con riferimento ai tetti di spesa per l'anno 2010, era stata sottoscritta un'intesa con le case di cura private che contemplava la rinuncia al contenzioso in essere a fronte di un maggior riconoscimento sulla produzione 2010 e di una riclassificazione delle strutture nell'ambito della classificazione tariffaria regionale; risultavano sottoscritti la totalità dei contratti con le case di cura private, con le strutture eroganti assistenza specialistica, con le strutture eroganti assistenza riabilitativa e dialisi.

In sede di monitoraggio, il provvedimento di ristrutturazione della rete ospedaliera e quello della rete laboratoristica erano valutati positivamente, funzionali al piano di risanamento strutturale. Rimanevano, tuttavia, ancora in sospeso diversi punti del programma operativo, così come la valutazione degli effetti finanziari di alcune delle misure adottate<sup>17</sup>.

Nonostante i progressi nell'attuazione del piano verificati nel corso dell'esercizio, non si erano realizzate le condizioni per la disapplicazione, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-*bis*, del DL 125/2010, degli automatismi previsti dall'articolo 2, comma 86, della legge 191/2009, fra i quali l'incremento delle aliquote fiscali dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF oltre il livello massimo per l'anno 2010, finalizzato alla copertura del disavanzo dell'esercizio 2009.

Il Tavolo di verifica ed il Comitato LEA, anche in funzione delle rilevanti azioni di risanamento fino ad allora adottate, hanno valutato tuttavia che sussistessero le condizioni per procedere all'erogazione di una quota delle spettanze residue a tutto l'anno 2009, pari a 1.701 milioni, nella misura del 60 per cento, per complessivi 1.021 milioni di euro. Ciò, anche in considerazione del fatto che la gestione corrente risultava penalizzata dagli oneri correlati ai ritardi dei pagamenti (conseguenti alla mancata erogazione delle spettanze residue), con pericolo di compromissione del processo di riorganizzazione del Sistema sanitario regionale. La restante quota si riteneva potesse essere erogata subordinatamente all'invio e alla conseguente verifica positiva di ulteriore documentazione.

A marzo 2011 in sede di verifica annuale, confermato in 322 milioni il disavanzo non coperto per l'anno 2009 (importo determinato tenendo conto delle risorse aggiuntive derivanti dall'incremento delle aliquote oltre il livello massimo previsto dalla vigente legislazione), si è accertata una perdita ulteriore di 496 milioni. A fronte di coperture fiscali per 239,6 milioni (rideterminate in riduzione di poco meno di 54 milioni), il disavanzo non coperto (al netto degli ammortamenti non sterilizzati) è pari a 632,5 milioni.

<sup>17</sup> I due protocolli d'intesa sottoscritti con le Università pubbliche necessitavano di correzioni e/o integrazioni; risultavano adottati provvedimenti concernenti l'introduzione di misure di partecipazione alla spesa, il cui effetto finanziario programmato poteva essere interamente scontato solo a seguito della verifica positiva della tempistica dell'attuazione (come il controllo delle esenzioni da reddito); risultavano adottati provvedimenti concernenti la rideterminazione dei fondi contrattuali il cui effetto finanziario programmato poteva essere interamente scontato solo a seguito della verifica dell'effettiva attuazione da parte delle aziende.

Non risultava inoltre trasmesso il programma operativo per gli anni 2011 e 2012, né conseguentemente predisposte le relative azioni attuative e la documentazione trasmessa ai fini dell'istruttoria della verifica adempimenti 2009 e precedenti risultava ancora non sufficiente.



### La Regione Sicilia

Per la regione Sicilia, la verifica annuale per il 2009 aveva evidenziato un disavanzo un risultato pari a 237,1 milioni. Le coperture attivate (193,1 milioni e il fondo transitorio (98,5 milioni) avevano consentito di chiudere l'esercizio con una eccedenza di 54,5 milioni. Un surplus ridimensionato a 26,2 milioni considerando i rischi di maggiori costi o minori ricavi per oltre 28 milioni individuati in corso di verifica.

A consuntivo, prima delle coperture, il disavanzo è risultato pari a 196 milioni. Il risultato di gestione per l'anno 2009, comprensivo degli ammortamenti non sterilizzati, evidenzia un avanzo di 164,7 milioni.

Nel corso del 2009 le aziende siciliane sono state oggetto della riorganizzazione prevista dalla legge regionale n. 5/2009, che ha previsto accorpamenti nelle aziende ospedaliere. I bilanci consuntivi 2009 derivano, pertanto, dalla riconciliazione dei bilanci delle ex aziende che hanno cessato la loro attività con i bilanci delle nuove aziende. Ciò ha reso necessario un riesame di diverse componenti di ricavo e costo, evidenziando differenze rispetto al risultato ottenuto guardando ai dati del IV trimestre 2009 su cui si basavano le valutazioni del marzo 2010.

Dall'esame dello stato patrimoniale consolidato risultano perdite cumulate al 31 dicembre 2008 pari a 2.491 milioni, con coperture per ripiano perdite rilevate a Patrimonio netto di pari importo. Manca tuttavia ancora la ricognizione della posizione creditoria, alla data di chiusura dell'esercizio 2009, delle aziende verso la regione e delle risultanze dei capitoli di bilancio regionale che rappresentano "crediti verso Stato e regione" e "debiti verso le aziende sanitarie"

Il Programma operativo presentato a fine dicembre 2010 prevede interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria da effettuare nel triennio 2010-2012.

Si tratta, innanzi tutto, di interventi di sistema per il completamento dei processi avviati del Piano di contenimento e di riqualificazione del Sistema sanitario regionale 2007-2009. Tra questi, la rimodulazione della rete ospedaliera al fine di renderla coerente con gli standard di posti letto del Patto per la salute del 3 dicembre 2009. Entro il 31 dicembre 2011 verrebbe garantita un'offerta complessiva di 3,87 posti letto per mille abitanti, di cui 3,22 per acuti e 0,65 per riabilitazione e lungodegenza. E' prevista inoltre: l'adozione di reti cliniche per ambiti specialistici prioritari; interventi di efficientamento; la messa a regime delle sperimentazioni gestionali, la riduzione delle posizioni organizzative e di coordinamento conseguenti alla riorganizzazione ospedaliera; il trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni ricomprese nei DRG ad alto rischio di in appropriatezza; il completamento del percorso di riconversione delle case di cura psichiatriche; il completamento del riordino del sistema di emergenza urgenza attraverso la programmazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre e la definizione della rete ospedaliera dell'emergenza; l'attuazione del progetto tessera sanitaria come strumento di monitoraggio e controllo delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche; il monitoraggio della razionalizzazione della rete laboratoristica con riferimento sia ai laboratori pubblici che a quelli privati; il potenziamento del territorio attraverso il potenziamento della Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), l'attivazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), il rinnovo dell'Accordo integrativo regionale per le cure primarie, il potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate, il potenziamento della Rete regionale delle cure palliative e per la terapia del dolore, l'attivazione dei Punti Unici di Accesso (PUA), il CUP regionale; l'istituzione del sistema di governo clinico attraverso l'attivazione del Sistema regionale per la gestione del rischio clinico, il programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica delle SDO, il miglioramento delle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'adeguamento del sistema regionale per il governo dei tempi di attesa, il programma regionale per l'adeguamento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie sia pubbliche che private.

Sono, inoltre, programmati interventi sulla spesa farmaceutica che prevedono la riconferma delle quote di compartecipazione (ticket) alla spesa per il periodo di vigenza del programma operativo, e misure di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva anche in

ambito ospedaliero. In materia di personale, si dispone la rideterminazione delle dotazioni organiche delle aziende sanitarie e la rideterminazione dei fondi contrattuali in coerenza con la riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera. Con l'introduzione della Programmazione interaziendale di bacino e di procedure di gara regionali si mira a contenere la dinamica della spesa per acquisti di beni e servizi.

In occasione della verifica annuale per il 2010 dello scorso marzo, si è riscontrato una forte riduzione del disavanzo che, anche considerando i rischi valutati dal Tavolo di monitoraggio pari a 14 milioni, raggiunge i 67 milioni, ampiamente coperti dalle maggiori entrate derivanti dall'incremento delle aliquote fiscali attivate con la sottoscrizione del piano di rientro e stimate per l'anno in 316 milioni. Anche considerando gli ammortamenti non sterilizzati, il risultato presenta un avanzo di oltre 184 milioni.

### **La Regione Molise**

Per la regione Molise, nel 2009 l'esercizio si era chiuso con una perdita di 81 milioni, a cui andavano ad aggiungersi le perdite riportate dall'esercizio 2008 (29,7 milioni). Le entrate aggiuntive già previste dal piano e il fondo transitorio consentivano solo una copertura parziale del disavanzo (44,3 milioni). Restava da trovare copertura per 66,5 milioni e per gli ulteriori 2,5 relativi a rischi emersi nell'esame dei risultati al Tavolo di monitoraggio. In occasione della verifica annuale era stato valutato per l'anno 2009 un disavanzo non coperto di 69,02 milioni.

Il 2 luglio 2010 la regione ha presentato il programma operativo per il 2010 con il quale dare prosecuzione al piano di rientro approvato nel 2007, secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 88, della legge 191/2009.

Il programma prevedeva tetti di spesa per le prestazioni acquistabili da privato accreditato, articolati per tipologia a seguito della ricognizione del fabbisogno; l'adozione di nuovi procedimenti contabili e gestionali sia per il livello aziendale che regionale; misure per il contenimento del costo del personale per l'anno 2010 e blocco del turn-over, la rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa e la diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento, in coerenza con quanto disposto dal nuovo Patto per la salute del 3 dicembre 2009 e la definizione del provvedimento di adozione del nuovo atto aziendale dell'ASREM<sup>18</sup>.

Il programma non risultava tuttavia coerente con gli obiettivi finanziari dell'anno 2010, e ciò al netto dell'ulteriore manovra necessaria per recuperare il disavanzo non coperto 2009 e degli ulteriori effetti finanziari del blocco automatico del turn over.

Il Commissario *ad acta* veniva invitato ad integrare tempestivamente i Programmi operativi con l'adozione degli atti idonei a garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico per l'anno 2010 e la correzione strutturale del disavanzo.

In particolare si sottolineava la necessità di procedere con la definizione di accordi con gli erogatori privati per importi coerenti con l'equilibrio per l'anno 2010 ricorrendo in caso di mancata sottoscrizione alla sospensione dell'accreditamento; al ritiro della DGR 638/2008 relativa ad un accordo con gli erogatori privati per il rimborso di farmaci e degli oneri contrattuali per gli anni dal 2006 al 2010; all'abolizione delle deroghe al blocco del turn-over per gli anni 2010-2012 conseguentemente a quanto previsto dalla legge 191/2009 (finanziaria 2010); alla sospensione degli atti amministrativi in corso riguardanti le procedure per la stabilizzazione del personale; alla riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con le esigenze di correzione strutturale della spesa. Venivano, altresì, sottolineati i problemi di

<sup>18</sup> L'impatto principale della manovra era concentrato sulla ASREM. Nella riorganizzazione dei posti letto non emergeva, tuttavia, con chiarezza la considerazione della quota dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti da altre regioni; i valori scontati con riferimento agli erogatori da privato accreditato erano superiori sia a quelli previsti negli anni passati che alla produzione resa negli anni passati; si proponevano risparmi che non risultavano supportati da evidenze plausibili sia nell'entità delle stime di risparmio che nella capacità effettiva di aggressione della spesa; non risultavano interventi sulla farmaceutica convenzionata, mentre sulla farmaceutica ospedaliera i provvedimenti adottati erano stati valutati non suscettibili di produrre adeguati risparmi; per il personale i dati indicati nel programma operativo risultavano discordi da quelli comunicati in fase di monitoraggio e la revisione della dotazione organica risultava formulata in termini troppo generici.

attendibilità di alcune voci di bilancio e i rischi di tenuta dei tetti di spesa degli erogatori privati e di limitato impatto economico sul II trimestre 2010 delle manovre previste.

La grave situazione finanziaria determinata dai ritardi nell'attuazione del piano, pur in presenza di prime innovazioni di carattere strutturale, portavano nel successivo mese di ottobre, a ritenere che persistessero le condizioni per l'applicazione della procedura di cui all'articolo 2 della legge 191/2009 (l'incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo).

Poiché, inoltre, con l'aumento delle aliquote si prevedeva un gettito di circa 10,8 milioni, non sufficiente alla copertura integrale del disavanzo 2009, la regione avrebbe dovuto disporre nel corso del 2010 una manovra aggiuntiva al fine di pervenire ad una copertura definitiva del disavanzo 2009 di circa 58,2 milioni.

Nel mese di ottobre si valutava per l'anno 2010 un disavanzo non coperto consistente (35,890 milioni) che, sommato alla perdita non coperta dell'anno 2009 e precedenti pari a 54,810 milioni, avrebbe determinato una perdita complessiva non coperta di 90,7 milioni.

La verifica annuale del marzo 2011 ha confermato, aggravandole, tale previsioni. La perdita di esercizio ha raggiunto i 57 milioni; ad essa si sono aggiunti 55 milioni di perdite trasportate da esercizi precedenti, nonché rischi per 12 milioni. La copertura prevista in termini di entrate (23 milioni) ha portato la perdita complessiva non coperta a superare i 100 milioni.

### **La Regione Lazio**

Per il Lazio, in sede di verifica annuale (marzo 2010) era stato accertato un disavanzo per l'esercizio 2009 di 1.374,5 milioni, cui dovevano aggiungersi perdite riportate per 186,4 milioni. Le coperture individuate erano pari a 1.186,8 milioni, mentre rimanevano da coprire 421 milioni comprensivi dei rischi di maggiori costi o di minori ricavi individuati dal monitoraggio (47 milioni). La regione chiedeva al riguardo, per un importo fino ad un massimo di 565 milioni, l'intervento attraverso il Fas secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 90, della legge 191/2009.

Il 23 aprile 2010, il consiglio dei Ministri nominava il nuovo presidente della Regione Commissario *ad acta* per la sanità con il mandato di dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro.

Il Programma operativo prevedeva il proseguimento delle azioni di supporto contabile e gestionale; la razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale; la razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi; l'intervento sulla spesa farmaceutica convenzionata; l'intervento sulla spesa farmaceutica; la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle relative tariffe; la stipula dei protocolli di intesa con le Università pubbliche e private; il riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione /riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e la revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; il completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale; il riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali intermedie e dell'assistenza domiciliare; l'introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, ove necessarie a garantire l'equilibrio della gestione; l'approvazione del piano sanitario regionale in coerenza con il piano di rientro; la modifica dei provvedimenti approvati dalla regione in carenza o difformità dal preventivo parere di approvazione da parte dei Ministeri interessati all'attività di affiancamento; il potenziamento della struttura amministrativa interna, funzionale alla corretta gestione dei procedimenti in modo stabile e duraturo; l'impegno di sospendere eventuali nuove iniziative in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale.

Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 13 maggio 2010, riteneva di non esprimere l'intesa in ordine alle richieste di utilizzo dei fondi Fas da parte della regione Lazio. Pertanto, ai

sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 296/2006 e dell'articolo 2, commi 86, 88 e 91, della legge 191/2009, vi erano le condizioni per l'applicazione degli incrementi delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

Tale aumento delle aliquote era previsto conseguire un gettito aggiuntivo di circa 330,8 milioni, non sufficiente alla copertura integrale del disavanzo 2009 pari a 421 milioni. La regione doveva, quindi, prevedere nel corso del 2010 una manovra aggiuntiva di circa 90 milioni.

Il monitoraggio in corso d'anno evidenziava importanti progressi nell'attuazione del programma operativo, segnalando al contempo il permanere di ritardi.

A ottobre 2010, in sede di monitoraggio, si rilevava che i risparmi associati agli interventi sul personale continuavano a non essere adeguatamente documentati. Non era pertanto possibile verificare la manovra sulla rideterminazione dei fondi negli importi distinti per gli anni 2009 e 2010, né distinguere l'effetto derivante dal blocco del turn-over dagli ulteriori interventi di contenimento del costo del personale. Con riferimento ai fondi contrattuali, si riteneva necessaria una verifica della relativa rideterminazione in conseguenza della riorganizzazione della rete ospedaliera. Erano, invece, valutate positivamente le azioni della regione sulla spesa farmaceutica territoriale.

Riguardo al riassetto della rete ospedaliera, si prendeva atto che il quadro complessivo disegnava un impegno programmatico importante, partendo da una puntuale analisi delle problematiche e delineando gli interventi necessari alla riorganizzazione dell'intero sistema. Le azioni programmate prevedevano rilevanti interventi di forte impatto organizzativo e strutturale, dalla riduzione dei posti letto, alla riorganizzazione delle diverse discipline in funzione delle reti, compresa l'emergenza, alla trasformazione di numerosi presidi, alla realizzazione di nuovi ospedali<sup>19</sup>.

Preso atto dei passi avanti compiuti e considerando i provvedimenti adottati in relazione alla ristrutturazione della rete ospedaliera e della rete laboratoristica significativi sul piano del risanamento strutturale, in sede di monitoraggio si erano segnalate alcune tematiche suscettibili di ulteriori approfondimenti: l'allineamento tra il Piano sanitario regionale e il Piano ospedaliero, le case di cura neuropsichiatriche, la programmazione di dettaglio dell'alta riabilitazione, la soglia di numero minimo di posti letto per le UOC, l'assistenza prenatale, raccordo tra l'impianto programmatico generale e il dettaglio della programmazione per reti assistenziali, il miglioramento della valutazione d'impatto economico, il crono programma attuativo.

Anche sul fronte delle procedure per l'accreditamento si rilevava la necessità che il regolamento attuativo, da adottarsi entro il 28.02.2011, esplicitasse la necessità della verifica della richiesta funzionalità ai sensi del d.lgs. 502/92 rispetto al fabbisogno regionale degli aventi diritto, nonché il crono programma della verifica del possesso dei predetti requisiti accreditativi e dei requisiti ulteriori di qualificazione, e la verifica preventiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Positiva la situazione degli accordi con le strutture private per l'anno 2010: risultavano sottoscritti la quasi totalità dei contratti con le case di cura private, con le strutture eroganti assistenza specialistica, con le strutture private accreditate eroganti altra assistenza e con gli ospedali classificati; mentre risultavano non sottoscritti i contratti degli IRCCS privati e della maggior parte delle strutture di riabilitazione e lungodegenza; erano, infine, sottoscritti i due protocolli d'intesa con le Università che, tuttavia, necessitavano di correzioni e/o integrazioni.

La regione non aveva, tuttavia, inviato il provvedimento relativo al piano dei pagamenti dei debiti sanitari in attuazione dell'articolo 11, comma 2, del DL 78/2010; il Piano sanitario regionale non risultava

<sup>19</sup> Nell'ambito degli interventi di riorganizzazione sono stati individuati per tutte le strutture pubbliche e private la dotazione di posti letto attuale e quella derivante dagli interventi di riqualificazione. Secondo la relazione AGENAS, per quanto riguarda le strutture per acuti pubbliche è previsto un passaggio da 16.455 a 15.546 posti letto, con una riduzione di 909 p.l. pari al - 5,5%. Per quanto riguarda le strutture per acuti private, è previsto un passaggio da 2.640 a 2.758, con un aumento di 118 p.l., pari a + 4,5%. Per quanto riguarda le strutture di riabilitazione pubbliche, il passaggio è da 1.668 a 1.087 p.l., con una riduzione di 581 p.l., pari a - 34,8%, mentre nel privato il passaggio è da 4.008 a 2.532 p.l., con una riduzione di 1.477 p.l., pari a - 36,8%. I posti letto previsti rispettano gli standard previsti dal Patto per la salute del 3 dicembre 2009.

coordinato con il Piano ospedaliero, né risultava trasmesso il programma operativo per gli anni 2011 e 2012 né, conseguentemente, predisposte le relative azioni attuative; la documentazione trasmessa ai fini dell'istruttoria della verifica adempimenti 2009 e 2008 risultava ancora non sufficiente.

A fronte di tale complessiva situazione, i Tavoli di verifica non ritenevano rispettate le condizioni per la disapplicazione, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-*bis* del DL 125/2010, degli automatismi previsti dall'articolo 2, comma 86 della legge 191/2009, fra i quali l'incremento delle aliquote fiscali dell'Irap e dell'addizionale regionale dell'Irpef oltre il livello massimo per l'anno 2010, finalizzato alla copertura del disavanzo dell'esercizio 2009.

Anche in funzione delle rilevanti azioni di risanamento fino ad allora adottate, veniva, tuttavia, valutato che sussistessero le condizioni per procedere all'erogazione di una quota delle spettanze residue a tutto l'anno 2009 ( 2.023 milioni), nella misura del 60 per cento, per complessivi 1.214 milioni. Ciò, anche in considerazione del fatto che la gestione corrente risultava pesantemente gravata degli oneri correlati ai ritardi dei pagamenti (in conseguenza della mancata erogazione delle spettanze residue) con effetti negativi sul processo di riorganizzazione del Sistema sanitario regionale.

La restante quota si riteneva potesse essere erogata per un ulteriore 20 per cento subordinatamente all'invio e alla conseguente verifica positiva dell'adozione di tutte le misure necessarie, ivi comprese eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi finanziari per l'anno 2010, del programma operativo per gli anni 2011 e 2012 ivi compresi i relativi provvedimenti attuativi<sup>20</sup>; del provvedimento relativo al piano dei pagamenti di cui all'articolo 11, comma 2, del DL 78/2010; della relazione attestante il definitivo consolidarsi dei flussi informativi connessi al sistema Tessera sanitaria; della documentazione concernente l'effettiva manovra riguardante il personale per l'anno 2010; dell'adeguamento del Piano sanitario regionale in coerenza con il Piano ospedaliero. Per un ulteriore il 10 per cento a fronte dell'effettiva attuazione del provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete laboratoristica; dell'effettiva rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali per l'anno 2011 in coerenza con il Piano ospedaliero; dell'adozione del regolamento concernente le procedure di accreditamento. Ed infine un 10 per cento in seguito della verifica positiva dell'equilibrio di bilancio, nonché alla verifica positiva degli adempimenti previsti per gli anni 2009 e 2008.

A fronte di tali impegni, la gestione commissariale richiedeva:

l'accesso all'utilizzo ai fondi FAS ai fini del concorso alla copertura dei disavanzi accertati a tutto l'anno 2009 e di consentire, in deroga alle disposizioni normative vigenti, di provvedere alla copertura del disavanzo sanitario per l'anno 2010 anche mediante risorse di bilancio regionale<sup>21</sup>;

la possibilità di parziale deroga alle disposizioni recate dall'articolo 2, comma 2-bis del DL 125/2010, diretta a disapplicare almeno in parte la misura del blocco totale del turn over, per tenere conto di particolari situazioni dirette a garantire l'erogazione dei LEA<sup>22</sup>;

l'estensione per la quota residua del prestito a valere sull'anticipazione di liquidità dei 9.100 milioni autorizzata dall'articolo 2, comma 46, della legge 244/2007, ferma restando l'individuazione da parte regionale della relativa copertura pluriennale a valere su entrate certe e vincolate;

l'accesso all'anticipazione di liquidità a valere sulle risorse disponibili di cui all'articolo 2, comma 98, legge 191/2009, ferma restando l'individuazione da parte regionale della relativa copertura pluriennale a valere su entrate certe e vincolate e la sottoscrizione del relativo contratto di prestito.

<sup>20</sup> In particolare, il decreto di fissazione dei tetti di spesa ed i relativi contratti sottoscritti per gli anni 2011 e 2012.

<sup>21</sup> Cfr articolo 1, comma 50, della legge 220/2010.

<sup>22</sup> Cfr articolo 1, comma 52, della legge 220/2010.

La verifica del febbraio 2011 rivedeva il differenziale complessivo tra la posizione netta del SSR al 31/12/2009 e le somme iscritte, nel medesimo periodo, nel bilancio regionale per la copertura, pari a 1.366 milioni.

A chiusura del consuntivo 2009 per la copertura della perdita, che raggiungeva nel complesso i 2.647 milioni (comprensivi del debito pregresso di 1.041 milioni), si è proceduto all'estensione del prestito di cui all'articolo 2, comma 46, della legge 244/2007 per la quota residua del contratto per 227 milioni e all'anticipazione di liquidità a valere sulle risorse di cui all'articolo 2, comma 98, della legge 191/2009 per 300 milioni. La legge regionale n. 8/2010 ha conseguentemente stanziato 35 milioni per la copertura delle rate per la restituzione dell'ulteriore anticipazioni di liquidità. Somma che si va ad aggiungere alla rata di 310 milioni già previsti nel Piano di rientro per l'ammortamento della precedente anticipazione. Veniva, infine, riconosciuta alla regione la possibilità di accedere ai fondi Fas per complessivi 797 milioni.

Nel marzo 2011, il monitoraggio relativo all'esercizio 2010 condotto sui CE del IV quadrimestre ha evidenziato perdite per 1.070 milioni, cui vanno ad aggiungersi rischi valutati dal Tavolo per 42 milioni. Le coperture fiscali per 759 milioni e altre risorse di bilancio per circa 410 milioni hanno consentito di conseguire un risultato di esercizio positivo per circa 100 milioni.

### **La Regione Abruzzo**

Per la regione Abruzzo, il monitoraggio annuale aveva portato ad individuare un disavanzo per il 2009 di 31,9 milioni, che salivano a 113,1 considerando il riporto delle maggiori perdite 2008. A tali valori dovevano aggiungersi le somme ancora da ripristinare distratte dalla regione dal fondo sanitario per destinarle a spese extrasanitarie e quelle relative al mancato recupero dei crediti (con conseguente mancata copertura delle perdite registrate fino al 31 dicembre 2007).

Nel 2010 i ritardi nella realizzazione del Piano di rientro portavano la regione a predisporre un programma operativo, prevedendo la prosecuzione dell'attività di riequilibrio ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della legge n. 191/2009.

Il Programma comprende 5 interventi "di processo" e 6 interventi "di prodotto". Gli interventi di processo riguardano: il potenziamento delle attività di pianificazione strategica attraverso la costituzione di un "Tavolo per l'Abruzzo"; il governo dei flussi istituzionali; la creazione di un sistema di monitoraggio gestionale del SSR al fine di raccogliere, elaborare ed interpretare le informazioni relative ai fattori produttivi impiegati ed alle prestazioni/servizi erogati, la gestione delle risorse umane a livello regionale; l'istituzione di un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSR.

Gli interventi di prodotto prevedono: il Piano della rete ospedaliera; la razionalizzazione della rete di assistenza territoriale; la revisione dell'assetto attuale della rete di emergenza urgenza; la razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici; la determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati; la razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Centrale nel percorso di risanamento è il provvedimento concernente il riassetto della rete ospedaliera in coerenza con quanto disposto dal nuovo Patto per la salute del 3 dicembre 2009 in materia di standard di posti letto. Esso si basa su una valutazione della dimensione ottimale delle strutture, che tiene conto anche dei livelli di inappropriata presenti nell'attuale flusso dei ricoveri. Ne è derivato un fabbisogno di posti letto per acuti intorno al 2,9 per mille, rispetto all'attuale 3,5, con una differenza di 840 posti letto. Per la lungodegenza e la riabilitazione, il fabbisogno è individuato intorno allo 0,66 per mille comportando una rimodulazione che vede l'attribuzione di ulteriori 24 posti letto alle strutture pubbliche. Con riferimento ai posti letto per acuti, la riduzione interessa le strutture pubbliche per 718 posti letto e le strutture private per 122 posti letto. Guardando alla rete ospedaliera, la previsione è quella di riconversione di 6 strutture, 5 delle quali da trasformare in Presidi territoriali di assistenza H24 cui vengono affidate una serie di funzioni e una da riconvertire in Presidio territoriale di riabilitazione. Al momento della presentazione del programma, si prevedeva di concludere la riconversione delle prime 4 strutture entro l'agosto 2010, e per le ultime due, rispettivamente, il 30 settembre e il 31 dicembre 2010.

Il programma è stato ritenuto adeguato dal Tavolo di monitoraggio; sono state richieste, tuttavia, correzioni ed integrazioni in merito ai provvedimenti concernenti le limitazioni del turn over e alla razionalizzazione dei laboratori privati. E' stato, inoltre, richiesto di aggiungere come obiettivo la

revisione delle residenze assistenziali, nonché l'introduzione della compartecipazione per le prestazioni in *day service*.

A fine 2010, il monitoraggio confermava il giudizio complessivamente positivo sulla manovra di riassetto strutturale.

La verifica degli adempimenti per l'anno 2009 e precedenti restava, tuttavia, subordinata alla definizione degli aspetti relativi all'equilibrio di bilancio, mentre il profilarsi di un risultato negativo per il 2010 consigliava l'adozione di tutte le misure necessarie, ivi comprese eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi finanziari per l'anno. Non risultava, infine, predisposto il programma operativo per gli anni 2011 e 2012.

La nuova stima delle risorse da reintegrare (alla distrazione di risorse 2004, 2005 e 2006 del fondo sanitario si aggiunge l'utilizzo delle risorse destinate alla copertura del disavanzo 2006) cresciute a 331,5 milioni ha portato, a consuntivo, la perdita da coprire nel 2009 a 456 milioni. Conseguentemente, il Commissario *ad acta* ha avanzato la richiesta di utilizzare per 160 milioni i fondi Fas e accedere fino a 200 milioni all'anticipazione di liquidità a valere sulle risorse disponibili di cui all'articolo 2, comma 98, della legge 191/2009, ferma restando l'individuazione, da parte della regione, della relativa copertura pluriennale a valere su entrate certe e vincolate e la sottoscrizione del relativo contratto di prestito. In tal modo è stato possibile completare la copertura del disavanzo 2009.

Con la finanziaria regionale per il 2011 è stata a tal fine disposta l'istituzione dell'imposta regionale sulla benzina per autotrazione prevedendo la finalizzazione delle relative entrate per un periodo di trenta anni, e comunque fino alla totale estinzione di quanto dovuto, per un importo annuo di 8 milioni di euro, nonché delle entrate della tassa automobilistica regionale per un importo annuo di 5 milioni di euro.

A marzo 2011, la verifica del risultato 2010 ha evidenziato un disavanzo di 7,2 milioni, cui vanno ad aggiungersi 21,5 milioni quali rischi valutati dal Tavolo di monitoraggio. Le coperture fiscali da piano di rientro, seppur notevolmente ridimensionate, hanno consentito di chiudere l'esercizio con un risultato positivo di 10,4 milioni

### **La Regione Calabria**

Il Piano di rientro per la regione Calabria è stato definito alla fine del 2009.

A fine marzo 2010, il Tavolo e il Comitato valutavano in 1.014 milioni la perdita non coperta cumulata per il periodo 1 gennaio 2006-31 dicembre 2009. Per la copertura, la regione aveva chiesto di poter utilizzare i fondi Fas.

Nell'analizzare lo stato di attuazione del piano di rientro, Tavolo e Comitato avevano valutato che lo stesso risultasse inadeguato in funzione della mancata adozione di numerosi provvedimenti e della assunzione di atti non adeguati rispetto a quanto previsto dal piano e non coerenti con gli obiettivi.

Il Consiglio dei Ministri riteneva, pertanto, di non esprimere l'intesa<sup>23</sup> in ordine alle richieste di utilizzo del Fas da parte della regione Calabria. Si confermavano, quindi, le condizioni<sup>24</sup> per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, (incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti), del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale (fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso) e del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

Sulla base della stima delle entrate derivanti dall'attivazione della leva fiscale oltre i massimi, pari a 52,8 milioni, residuava una perdita cumulata non coperta per il periodo 2006-

23 Prevista dal comma 90 dell'articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

24 Ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e dell'articolo 2, commi 86, 87 e 91, della legge 191/2009.

2009 di 961 milioni, a fronte della quale la regione era previsto disponesse una manovra aggiuntiva.

Grave era poi il ritardo accumulato nell'attuazione della certificazione della posizione debitoria, ivi inclusa la gestione accentrata regionale e le somme eventualmente dovute a titolo di interessi per i ritardati pagamenti; la verifica adempimenti relativa al 2008 continuava ad avere esito negativo.

A inizio luglio, Tavolo e Comitato prendevano atto che la regione non aveva inviato le informazioni relative al consuntivo 2009 e rilevavano che il processo di certificazione della posizione debitoria evidenziava notevoli criticità.

Dalla relazione predisposta dall'advisor emergeva, poi, che le inefficienze ed i ritardi accumulati dalle strutture regionali nel processo di riconciliazione del debito erano ormai da considerarsi cronici e difficilmente colmabili; l'obiettivo della chiusura del processo di ricognizione e riconciliazione del debito difficilmente sarebbe stato concluso prima di 6 mesi; le strutture contabili-amministrative del SSR (Aziende e Dipartimento) non erano in grado di fornire nei tempi richiesti e con la dovuta accuratezza i dati utili allo stesso processo; le informazioni sulla spesa accentrata regionale erano ancora insufficienti; gli atti inviati dalla regione a seguito della lettera di diffida del Presidente del Consiglio non erano idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti dal piano di rientro. In particolare: mancava l'adozione del piano di riorganizzazione definitivo della rete di offerta ospedaliera coerente con il piano di rientro; non erano pervenuti i contratti sottoscritti dagli erogatori privati; i provvedimenti relativi al personale non sono stati completamente adottati; i provvedimenti relativi alla gestione dei beni e servizi non soddisfano quanto previsto dal piano di rientro; la documentazione trasmessa ai fini della verifica adempimenti per gli anni 2009 e precedenti risultava non sufficiente.

Permanevano criticità ed inadeguatezze tali da confermare i presupposti ai fini della procedura di cui all'articolo 4, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 222/07. Il Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 nominava il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro. Con delibera del 4 agosto 2010 venivano nominati due sub Commissari.

Il mandato attribuito prevedeva la conclusione del processo di certificazione della posizione debitoria regionale; il riassetto della rete ospedaliera con la dismissione /riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e la revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; la razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale; la razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi; interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata, per la realizzazione degli obiettivi del Piano; interventi sulla spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzati al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale; la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, e dei tetti di spesa delle relative prestazioni con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e ridefinizione delle relative tariffe; il completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale; l'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante l'adeguamento della vigente normativa regionale; interventi sulla spesa relativa alla medicina di base; la revoca o la modifica dei provvedimenti regionali approvati dalla regione in carenza o difformità di preventivo parere di approvazione da parte dei Ministeri interessati all'attività di affiancamento, in coerenza con le linee del piano di rientro; l'introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie. Il Commissario, inoltre, doveva sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche, ovvero per l'autorizzazione e l'accredimento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale, tranne quelle necessarie alla attuazione del piano di rientro.

Un primo bilancio dell'andamento della gestione del piano è stato possibile a partire dalle verifiche svolte dai Tavoli di monitoraggio, aggiornate ad ottobre 2010.

Sono state definite le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera valide dall'anno 2009; sono state approvate le tre reti assistenziali (ospedaliera, emergenza-urgenza, territoriale) In tema di accreditamento, fino all'avvenuta formalizzazione delle nuove reti ospedaliera, laboratoristica e di



specialistica ambulatoriale, è stato sospeso il rilascio dei provvedimenti per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture previste, tranne quelle necessarie all'attuazione del piano di rientro. Gli accreditamenti provvisori e i progetti di riconversione dovevano essere ultimati, pena la revoca dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio, entro il 31 ottobre 2010, al fine di consentire il completamento della procedura di rilascio dell'accreditamento definitivo delle medesime strutture entro il 31 dicembre 2010.

Sono stati definiti tetti di spesa per l'acquisto di beni e servizi per l'anno 2010.

E' stata disposta la revoca dei decreti di autorizzazione all'assunzione precedentemente adottati al fine di consentire una nuova valutazione delle esigenze di personale, in coerenza con i provvedimenti di razionalizzazione della rete sanitaria. E' stato disposto il blocco totale del turn over in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e dall'articolo 2, commi 86, 87 e 91 della legge 191/2009. Non è stato possibile effettuare un riscontro definitivo sul personale in servizio al 31.12.2009, in quanto alcune aziende non hanno ancora provveduto a completare l'invio dei dati di loro competenza ai fini dell'inserimento del Conto Annuale 2009.

Con riferimento all'introduzione delle ulteriori condizioni di esenzione per reddito, che fanno riferimento all'indicatore ISEE, non risulta precisato il relativo procedimento di controllo del diritto all'accesso alle medesime esenzioni.

Rispetto agli obiettivi prefissati dal piano di rientro, al relativo crono programma e al mandato commissariale, la documentazione è stata valutata dai Tavoli nel complesso insufficiente. Gli obiettivi di maggiore rilevanza, quali il Piano per il riordino della rete ospedaliera, territoriale e dell'emergenza - urgenza e la sottoscrizione dei contratti con gli operatori privati sono stati comunicati e assunti con ritardo (nel mese di ottobre 2010). Come in ritardo sono state prodotte le informazioni relative al Consuntivo CE 2009. E' stato definito un nuovo processo per la gestione del debito commerciale, ma non sono state fornite adeguate informazioni sullo stato patrimoniale sia per l'anno 2008 che per l'anno 2009.

Ritardi ed insufficienze gravi nella conduzione degli interventi in materia di sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti sono stati rilevati dal Ministero della salute, che ha richiesto l'attivazione delle necessarie azioni correttive.

Il Tavolo e il Comitato hanno quindi ritenuto che non si fossero realizzate le condizioni per la disapplicazione, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-*bis* del DL 125/2010, degli automatismi previsti dall'articolo 2, comma 86 della legge 191/2009, fra i quali l'incremento delle aliquote fiscali dell'Irap e dell'addizionale regionale dell'Irpef oltre il livello massimo per l'anno 2010 (finalizzato alla copertura del disavanzo dell'esercizio 2009).

Nell'esercizio 2010, secondi i dati del IV trimestre, si è verificata una perdita di circa 172 milioni, coperta con le risorse incluse nel CE. Rimane ancora da individuare la copertura delle perdite maturate dal 2006 per circa 920 milioni.

### **La Regione Piemonte**

La Regione Piemonte, il 29 luglio 2010, ha sottoscritto l'accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze ed il relativo piano di rientro, al fine di ottenere la riattribuzione del maggior finanziamento previsto per l'anno 2004 e non assegnato. Il disavanzo a tutto il 31/12/2004 è pari a 676 milioni di euro.

Il perseguimento dell'equilibrio economico si articola essenzialmente su due aree di criticità. L'una riguarda problematiche connesse al completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale, riconducibili ad uno scarso equilibrio fra i macrolivelli assistenziali e perfezionabili mediante lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale e il contenimento dell'assistenza ospedaliera. La razionalizzazione riguarderà la rete dell'emergenza ospedaliera, la rete dei laboratori di analisi e la rete di degenza

L'altra area di intervento riguarda la necessità di razionalizzare le attività amministrative e di supporto prevedendo, per quel che concerne il personale, il blocco degli incrementi per nuovi servizi, il blocco del turn-over e la riduzione degli interinali e, per quel che attiene i costi per l'acquisto di beni e servizi, la loro riduzione essenzialmente nell'area dell'assistenza integrativa e protesica.

La regione, avendo i principali parametri che caratterizzano le situazioni strutturali (dotazione posti letto, tasso di ospedalizzazione, spesa farmaceutica convenzionata) tendenzialmente in linea con i valori

attesi, ha indirizzato il suo programma verso il controllo di tutte le voci di costo differenziando le criticità fra le diverse situazioni gestionali aziendali.

Nell'Addendum sono stati delineati gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree per il periodo 2010-2012 ed il conseguente dimensionamento dell'apporto finanziario a carico del bilancio regionale in relazione alla manovra perseguita per tali anni, la riorganizzazione della rete ospedaliera e il programma sanitario regionale 2010.

Tale programma prevede la riorganizzazione delle reti assistenziali (ospedaliera, emergenza, territoriale, laboratorio analisi, radiodiagnostica); la definizione della consistenza organica del personale, il blocco di prestazioni aggiuntive, il blocco parziale del turn over, la definizione di tetti di spesa per la consistenza organica; la revisione del Prontuario per la farmaceutica territoriale, il rafforzamento dei controlli di appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio delle prescrizioni in dimissione e dopo visita ambulatoriale; una razionalizzazione nell'utilizzo della farmaceutica ospedaliera e la centralizzazione in farmacia delle preparazioni antiblastiche, l'unificazione delle procedure di gara, il monitoraggio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle immunoglobuline, l'implementazione e potenziamento del sistema informativo, la centralizzazione acquisto beni e servizi, la riorganizzazione servizi di assistenza integrativa e protesica;

Centrale nel ridisegno è lo scorporo delle strutture ospedaliere dalle ASL e la riorganizzazione dei vari presidi, unificandoli in unica azienda per ciascuna area. Con tale provvedimento si intende affrontare il problema della gerarchia tra gli ospedali includendo, nella stessa azienda, i presidi di riferimento (sede di DEA di II livello), di cardine (sede di DEA di I livello), di contiguità (sede di Pronto Soccorso) e gli altri presidi pubblici dell'area geografica di appartenenza. Ne deriva una organizzazione incentrata su 11 ASL, 3 Aziende Ospedaliero-Universitarie e 4 Aziende Ospedaliere. Le aziende Ospedaliero-Universitarie e quelle Ospedaliere raggruppano complessivamente 67 presidi.

L'obiettivo nella dotazione di posti letto è quello di rientrare nei parametri nazionali previsti dal Patto per la salute 2010-2012 (per la post-acuzie di rispettare lo 0,7 p.l. per mille abitanti e, per gli acuti, di raggiungere il valore di 3 p.l. per mille abitanti al di sotto del parametro nazionale pari a 3,3 p.l. per mille abitanti). E' prevista la cessazione di attività di ricovero (sia in acuto che in lungodegenza e riabilitazione) dei presidi ospedalieri, l'indicazione per ciascuna azienda ospedaliera, universitaria e non, di un'unica Unità Operativa Complessa per ciascuna disciplina specialistica, al fine di ridurre il numero; la riconversione in residenzialità dei piccoli ospedali.

Per quanto attiene all'emergenza, le iniziative si inseriscono in un percorso più ampio già avviato nel 2008 con provvedimento regionale di definizione dei criteri e degli elementi di base per la riorganizzazione del sistema.

L'assistenza territoriale è rappresentata da 11 ASL, articolate per ciascuna delle 7 province ad esclusione di quella di Torino che ne comprende 4, rappresentando la stessa oltre il 50 per cento della popolazione della regione. Sono previsti interventi in tematiche specifiche (appropriatezza, presa in carico del paziente, gestione integrata per i codici bianchi e verdi, attivazione, in fase di sperimentazione, di Centri di assistenza primaria (CAP), aggiornamento della riorganizzazione dei MMG assistenza specialistica, cure domiciliari).

Nel quadro della riorganizzazione si introduce una funzione definita extraospedaliera "di continuità assistenziale a valenza sanitaria". Si tratta di 1.800 p.l. da aggregare in strutture che dovranno disporre di almeno 60 pl e in cui l'organizzazione dell'assistenza medica sarà affidata ai medici della rete pubblica di assistenza specialistica ambulatoriale.

Sono poi previsti provvedimenti di blocco parziale del turn over del personale a tempo indeterminato e di limitazioni nelle assunzioni del personale a tempo determinato; il blocco parziale delle prestazioni aggiuntive, le limitazioni di altre forme di acquisizione del personale, il divieto di attivare nuovi servizi, di conferire commesse e di esternalizzazione servizi.

La regione ha disposto per le aziende sanitarie stringenti azioni di controllo dei consumi e dei costi dei beni e servizi prevedendo, tuttavia, l'incremento delle manutenzioni degli edifici per l'adeguamento alle norme di sicurezza e delle attrezzature sanitarie per mantenerle in condizioni di efficienza e sicurezza.

Sulla base dei dati del consuntivo 2009, si è confermato un disavanzo di 387,5 milioni, che ha trovato copertura nelle risorse stanziato dalla regione per complessivi 399,3 milioni con un avanzo di 11,8 milioni.

In occasione della verifica annuale dello scorso marzo si è riscontrato anche per il 2010 un disavanzo di 386 milioni, interamente coperto dallo stanziamento già considerato in bilancio per circa 400 milioni.

Il Tavolo di monitoraggio ha infine valutato favorevolmente l'Addendum al Piano di rientro e il Programma operativo della regione, riscontrando il rispetto delle prescrizioni contenute nell'Accordo.

### **La Regione Puglia**

In data 29 novembre 2010 anche la regione Puglia ha sottoscritto l'Accordo per il piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria per il triennio 2010-2012. Il piano è altresì finalizzato al recupero del maggior finanziamento relativamente al mancato rispetto dell'equilibrio economico finanziario per gli anni 2006 e 2008.

La regione ha evidenziato un disavanzo nel 2009, pari a 350 milioni prima delle coperture già previste nei CE. Anche il 2010, secondo i dati ancora provvisori del IV trimestre, si è chiuso in disavanzo per 336 milioni: le entrate fiscali e le risorse di bilancio ne hanno consentito solo una parziale copertura. Restano da individuare ulteriori 94 milioni.

Obiettivi prioritari del piano sono la riorganizzazione del servizio sanitario regionale attraverso la razionalizzazione della rete ospedaliera (in cui insistono alcune criticità strutturali di sistema, quali il numero dei posti letto e tassi di ospedalizzazione storicamente superiore agli standard), e l'implementazione di una rete assistenziale più articolata e capillare sul territorio con prestazioni di medio e basso livello assistenziale, il controllo della mobilità passiva superiore alla mobilità attiva, il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, anch'essa superiore alla media nazionale, e il blocco del *turn-over* del personale.