

IL PATTO PER LA SALUTE

IL 2011: UN QUADRO DI SINTESI

I RISULTATI ECONOMICI COMPLESSIVI: IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ

I RISULTATI REGIONALI

IL MONITORAGGIO E GLI STRUMENTI DI CONTROLLO DELLA SPESA IN SANITÀ

I RISULTATI REGIONALI. I TAVOLI DI MONITORAGGIO

I PIANI DI RIENTRO

LA SPESA FARMACEUTICA

IL MONITORAGGIO DEI LEA

I PROGRESSI DELLA “SPENDING REVIEW” NEL SETTORE SANITARIO

IL 2011: UN QUADRO DI SINTESI

1. Anche nel 2011 la gestione della spesa sanitaria presenta risultati migliori delle attese. A consuntivo le uscite complessive hanno raggiunto i 112 miliardi, inferiori di oltre 2,9 miliardi al dato previsto per l'anno e riconfermato, da ultimo, lo scorso dicembre, nel quadro di preconsuntivo contenuto nella Relazione al Parlamento. Per la prima volta da anni in flessione (-0,6 per cento), la spesa riduce la sua incidenza in termini di Pil, che passa dal 7,3 per cento del 2010 al 7,1.

Nell'anno si riducono di un ulteriore 28 per cento le perdite prodotte dal sistema (e che devono essere in ogni caso coperte dalle amministrazioni regionali). Un risultato frutto, soprattutto, della riduzione dei costi registrata in alcune regioni in piano di rientro.

Se si fanno più consistenti, anche nelle regioni in piano di rientro, segnali di cambiamento verso una maggiore responsabilizzazione delle gestioni (grazie soprattutto ad un meccanismo di monitoraggio attento sia a garantire la copertura dei disavanzi, che a prevedere interventi in grado di contrastare l'emergere di squilibri strutturali), non mancano tuttavia segnali preoccupanti sul fronte della qualità dell'assistenza, mentre si ripresentano situazioni di squilibrio anche in realtà territoriali uscite da poco dai piani di rientro e minori appaiono i margini di flessibilità per tutte le realtà territoriali. Ciò a conclusione di una fase che deve vedere ancora la piena operatività di ulteriori tagli delle risorse destinate al settore, mentre sempre più limitate sono le possibilità di ricorrere ad entrate straordinarie. In questo quadro complesso si deve ancora pervenire alla definizione del nuovo Patto della salute per il prossimo triennio.

E' indubitabile, tuttavia, che quella sperimentata in questi anni dal settore sanitario rappresenti l'esperienza più avanzata e più completa di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa (*spending review*). Seppur non senza contraddizioni e criticità (ne sono un esempio i frequenti episodi di corruzione a danno della collettività denunciati nel settore), i progressi compiuti nella definizione di standard nei budget e una sempre più accurata informazione sulla gestione e sulle prestazioni rese dalle strutture di assistenza sono alla base degli interventi operati sugli assetti organizzativi regionali che hanno consentito i miglioramenti nei risultati economici e il recupero di *governance*. Da settore in squilibrio strutturale di cui era difficile prevedere la dinamica della spesa, quello sanitario oggi testimonia i risultati, seppur gradualmente, che è possibile conseguire nella definizione di una cultura della gestione con la collaborazione tra livelli di governo anche negli anni di crisi. L'affinamento delle informazioni disponibili e l'arricchimento degli indicatori di qualità dei Lea, utilizzati per la valutazione delle performance dei servizi regionali, consentono non solo di garantire un andamento equilibrato, ma anche di indurre modifiche e miglioramenti nella qualità delle prestazioni rese ai cittadini, convergendo su standard di qualità ottimali. Un processo difficile ma obbligato in un quadro finanziario stringente come quello attuale.

La lentezza dei progressi di alcune regioni più in difficoltà, la impossibilità di accompagnare il processo con risorse ulteriori, il permanere di condizioni di squilibrio fanno sì che il prossimo biennio, in cui si concentrano le correzioni di spesa più impegnative, sia quello determinante nel successo dell'operazione avviata con i piani di rientro. L'aumento della pressione fiscale legato alle urgenze della crisi finanziaria

rende quanto mai evidente l'urgenza di riassorbire, nella sanità, gli squilibri strutturali dal lato della spesa e ripropone il limite nel ricorso ad entrate aggiuntive.

Le difficoltà che si pongono con il risanamento finanziario, specie per le fasce più deboli (e tra queste quelle anziane), fanno sì che non possa più attendere, inoltre, una riforma dell'assistenza in grado di sostenere anche con le scelte che si possono assumere in quell'ambito un alleggerimento della pressione che ancora oggi si scarica impropriamente sulle strutture ospedaliere, fronte su cui si incontrano le maggiori difficoltà realizzative.

I RISULTATI ECONOMICI COMPLESSIVI: IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ

2. Il conto consolidato della sanità elaborato sulla base dei dati acquisiti al IV trimestre, evidenzia per il 2011 una spesa sanitaria pari a 112.039 milioni, in riduzione dello 0,6 per cento rispetto al 2010. Una flessione di 2 decimi di punto se misurata in termini di Pil (7,1 per cento). Si tratta di un risultato migliore delle attese, minore di oltre 2,9 miliardi rispetto al pre-consuntivo indicato nella Relazione al Parlamento del dicembre scorso.

Pressoché invariato l'importo relativo alle prestazioni da produttori non market (assistenza ospedaliera e altri servizi sanitari offerti direttamente dagli operatori pubblici), è la spesa per l'assistenza in convenzione a registrare una flessione dell'1,8 per cento.

Nella gestione diretta (non market) la spesa per il personale dipendente è diminuita del 2,4 per cento; un valore che deve essere letto tuttavia considerando l'incidenza sull'esercizio 2010 degli oneri per arretrati per circa 530 milioni. Al netto di tali oneri si conferma una riduzione ma di un solo punto percentuale.

Aumentano invece del 3,6 per cento i consumi intermedi: tale dinamica riflette la scelta prevalente tra le regioni di ricorrere alla distribuzione diretta dei farmaci ai fini di un controllo complessivo della spesa. Ne deriva un aumento dell'onere per assistenza farmaceutica territoriale, a fronte di un contenimento della spesa ospedaliera e una significativa riduzione delle somme eccedenti il tetto previsto.

Per quanto attiene alla spesa di produttori market, alla flessione complessiva (-1,8 per cento rispetto al 2010) contribuisce, la riduzione della farmaceutica (-8,3 per cento), grazie alle misure di contenimento varate negli anni precedenti e all'aumento della compartecipazione a carico dei cittadini sia nelle regioni in piano di rientro che nelle restanti realtà territoriali, e quella per l'assistenza medico-generica (-4,7 per cento). Crescono invece le altre prestazioni in media del 2,2 per cento ma soprattutto la specialistica +1,8 per cento e l'ospedaliera convenzionata +3,7 per cento. A tale dinamica, nel complesso contenuta, contribuisce la migliore regolazione delle prestazioni acquistate da operatori privati, soggette a tetti di spesa, e la reintroduzione dei ticket sulle prestazioni specialistiche nella seconda metà del 2011.

Il buon risultato ottenuto per il 2011 ha portato a rivedere di recente nel DEF le previsioni per il 2012. La spesa prevista, che sconta l'efficacia delle misure di contenimento e i risparmi derivanti dall'attuazione dei Piani di rientro, (e il trascinarsi del miglior risultato conseguito), è pari a 114.497 milioni (+2,2 per cento rispetto al precedente esercizio), in riduzione di oltre 2,9 miliardi rispetto alle stime contenute nella Relazione al Parlamento del dicembre scorso.

All'interno della spesa dei produttori *non market*, il complesso dei redditi da lavoro dipendente aumenta dello 0,5 per cento in linea con le previsioni di crescita dell'occupazione dipendente pubblica mentre i consumi intermedi sono in crescita del 4,2 per cento, anche per l'impatto dell'aumento dei prezzi conseguenti all'incremento dell'aliquota IVA .

Nella spesa dei produttori *non market*, che aumenta complessivamente dell'1,9 per cento, l'assistenza farmaceutica è attesa crescere dell'1,6 per cento, in linea con il rispetto del tetto 13,3 per cento stabilito per la farmaceutica territoriale .

Il dato sconta le entrate da *pay back* (che sono computate in diminuzione della spesa) e l'impatto sui prezzi dei farmaci dell'aumento delle aliquote IVA .

A fronte di un aumento dello 0,5 per cento della medicina di base, le altre prestazioni in convenzione presentano una variazione positiva del 2,4 per cento.

Nella predisposizione della stima per il 2012 sono stati incorporati gli effetti del *ticket* sulla specialistica, nonché i maggiori costi (pari a 100 milioni per il solo anno in corso) connessi al finanziamento a carico dello Stato delle attività dei Policlinici universitari e degli ospedali non statali .

Tavola 1

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI DI FINANZA PUBBLICA

(milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Def aprile 2012								
<i>valore assoluto</i>	108.891	110.474	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421	118.497
<i>Spesa primaria complessiva</i>	693.284	727.573	724.199	720.544	724.812	725.724	735.050	748.169
<i>Pil</i>	1.575.144	1.519.695	1.553.166	1.580.220	1.588.662	1.626.858	1.672.782	1.725.526
<i>variazione</i>		1,45	2,05	-0,62	2,19	0,20	0,60	2,67
<i>peso sulla spesa complessiva</i>	15,71	15,18	15,57	15,55	15,80	15,81	15,70	15,84
<i>in percentuale del Pil</i>	6,91	7,27	7,26	7,09	7,21	7,05	6,90	6,87
Relazione al parlamento dicembre 2011								
<i>valore assoluto</i>	108.468	110.435	113.457	114.941	117.491	119.602	121.412	
<i>Spesa primaria complessiva</i>	693.300	727.676	723.315	721.823	721.732	727.855	743.109	
<i>Pil</i>	1.575.144	1.526.790	1.556.029	1.586.361	1.612.279	1.648.533	1.693.748	
<i>variazione</i>		1,81	2,74	1,31	2,22	1,80	1,51	
<i>peso sulla spesa complessiva</i>	15,65	15,18	15,69	15,92	16,28	16,43	16,34	
<i>in percentuale del Pil</i>	6,89	7,23	7,29	7,25	7,29	7,26	7,17	
Def aprile 2011								
<i>valore assoluto</i>	108.486	110.435	113.457	114.836	117.391	122.102	126.512	
<i>Spesa primaria complessiva</i>	693.099	727.071	723.361	725.798	729.019	745.212	763.184	
<i>Pil</i>	1.567.761	1.519.702	1.548.816	1.593.314	1.642.432	1.696.995	1.755.013	
<i>variazione</i>		1,80	2,74	1,22	2,22	4,01	3,61	
<i>peso sulla spesa complessiva</i>	15,65	15,19	15,68	15,82	16,10	16,38	16,58	
<i>in percentuale del Pil</i>	6,92	7,27	7,33	7,21	7,15	7,20	7,21	
Dpef luglio 2008 (LV)								
<i>valore assoluto</i>	110.626	111.592	116.007	120.656	125.156	129.916		
<i>Spesa primaria complessiva</i>	702.803	720.224	737.231	758.095	778.388	798.985		
<i>Pil</i>	1.588.803	1.637.199	1.689.202	1.742.139	1.799.075	1.858.870		
<i>variazione</i>		0,87	3,96	4,01	3,73	3,80		
<i>peso sulla spesa complessiva</i>	15,74	15,49	15,74	15,92	16,08	16,26		
<i>in percentuale del Pil</i>	6,96	6,82	6,87	6,93	6,96	6,99		

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Mef e Istat

Tavola 2

IL CONTO ECONOMICO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ											
	2008	2009	2010	Prev. 2011 (a)	2011	2012	09/08	10/09	Prev 11/10 (a)	11/10	12/11
	miliardi						variazioni				
corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:	39,6	40,8	41,4	42,1	40,6	41,4	3,0	1,3	1,7	-1,8	1,9
- Farmaci	11,2	11,0	10,9	11,1	10,0	10,2	-1,9	-0,6	1,2	-8,3	1,6
- Assistenza medico-generica	6,1	6,9	7,0	6,8	6,7	6,7	14,8	1,7	-4,1	-4,7	0,5
- Assistenza medico-specialistica, osped.in case di cura protesica e altro	22,3	22,9	23,4	24,2	23,9	24,5	3,5	1,7	2,9	2,2	2,4
corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:	61,5	61,8	63,6	64,8	63,6	64,8	0,8	3,8	1,2	0,0	2,0
- Redditi da lavoro dipendente	35,8	34,5	35,5	35,4	34,7	34,9	-2,4	4,0	-0,7	-2,4	0,5
-Consumi intermedi	23,2	24,8	25,3	26,7	26,2	27,3	5,4	3,7	3,9	3,6	4,2
-Altro	2,5	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	3,5	1,3	0,5	-2,4	0,0
Contribuzioni diverse, servizi amministrativi e altre uscite	7,8	7,8	7,8	8,0	7,9	8,3	1,5	2,3	0,6	0,6	5,3
Spesa sanitaria complessiva	108,9	110,5	112,7	114,9	112,0	114,5	1,9	2,7	1,2	-0,6	2,2

N.B. gli importi 2012 sono ripresi dalla II sezione del DEF e in alcuni casi stimati in base alle indicazioni contenute nel DEF

(a) importi previsti per il 2011 nel DEF di aprile 2011

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Istat e MEF

I RISULTATI REGIONALI

3. I dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) relativi al IV trimestre 2011 consentono una valutazione dell'andamento dei costi, dei ricavi e dei risultati di esercizio per regione¹. L'analisi è resa più agevole dalle limitate differenze nei risultati tra conto consolidato della sanità elaborato secondo i criteri di contabilità nazionale) e il Nsis che ne rappresenta, come è noto, la indispensabile base di alimentazione. Su tali differenze incidono i diversi criteri di contabilizzazione adottati nei due sistemi su voci che negli ultimi esercizi hanno registrato, tuttavia, variazioni limitate.

I costi di produzione delle funzioni assistenziali riferiti alle regioni comprensivi della gestione straordinaria e dei costi relativi all'attività libero-professionale intramoenia ammontano nel 2011 a 112,4 miliardi. Il freno alla crescita è da ricondurre alla efficacia delle misure di contenimento messe in campo sia a livello nazionale (blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro, interventi in materia di contenimento della spesa farmaceutica), sia a livello regionale in attuazione dei piani di rientro e dei programmi operativi (accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e attribuzione di specifici budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc.).

Continua a ridursi il costo del personale delle Aziende sanitarie, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie e IRCCS pubblici: esso ammonta a 36,2 miliardi con un decremento del 1,4 per cento rispetto al 2010 (nel 2010 aveva registrato un seppur limitato incremento +1,3 per cento). Manifestano i loro effetti gli interventi di contenimento diretto del costo del personale conseguente

¹Le analisi sviluppate nel paragrafo non considerano le modifiche introdotte a partire dal 2011 nel trattamento degli ammortamenti e nelle sterilizzazioni date dai costi capitalizzati. Ciò per consentire un confronto degli andamenti dell'anno con quello precedente. Si tratta di ammortamenti per 1.494,5 milioni cui corrispondono costi capitalizzati per 1.067 milioni. A tali importi è riferibile la differenza rispettivamente di costi e ricavi con quanto riportato nelle tavole predisposte sulla base del NSIS che saranno pubblicate, come ogni anno, nella Relazione sulla situazione economica del paese (RGE). Una differenza che si riflette sul risultato dell'esercizio 2011 che risulta quindi migliore per circa 429 milioni. Per un raccordo con le tavole predisposte per il 2011 sulla base del NSIS si veda il riquadro del successivo paragrafo 8..

all'articolo 2, comma 71, della legge 191/2009 (che ha recepito le disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012 con cui si è prorogato, per il periodo 2010-2012, il tetto alla spesa fissato dalla finanziaria 2007) e il decreto-legge 78/2010 (che ha disposto il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2011/13). Nelle regioni in piano di rientro contribuiscono al contenimento dei costi gli ulteriori interventi di riorganizzazione previsti nei programmi annuali di attuazione.

Nell'anno il costo per l'acquisto di beni supera i 15 miliardi, con un incremento rispetto al 2010 del 2,4 per cento. Al significativo rallentamento della spesa (era aumentata del 4,7 per cento nello scorso esercizio) sembrano aver contribuito le procedure di acquisto messe in atto soprattutto dalle regioni in piano di rientro, con forme di aggregazione a più livelli (sovra-aziendale e/o regionale). Queste scelte hanno consentito di rafforzare le misure assunte con la normativa nazionale che impongono alle aziende sanitarie ed ospedaliere di motivare (con relazione agli organi di controllo e di revisione) gli acquisti di beni e servizi operati al di fuori delle convenzioni Consip e per importi superiori ai prezzi di riferimento (tratti dalle stesse convenzioni).

Sulla crescita della spesa per acquisto dei beni ha inciso il ricorso alla distribuzione diretta dei farmaci, che continua ad essere incentivata, su tutto il territorio nazionale, per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, e l'elevato costo dell'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità. L'acquisto dei prodotti farmaceutici è incrementato rispetto al 2010 del 5% circa. Ciò nonostante che la spesa farmaceutica ospedaliera abbia cominciato a ridursi rimanendo, tuttavia, in tutte le regioni ben superiore al limite previsto (vedi paragrafo successivo).

In flessione del 4,2 per cento risultano anche i costi costituiti dalla compartecipazione al personale del ruolo sanitario che svolge attività libero professionale all'interno delle aziende sanitarie.

Tra i costi relativi all'assistenza in convenzione, il costo dei medici di medicina generale pesa per circa 6,6 miliardi ed è aumentato rispetto al 2010 dell'1,3 per cento. Anche in questo caso si è registrato un rallentamento nella dinamica della spesa (lo scorso anno cresciuta del 2,8 per cento). Un risultato in parte dovuto all'incidenza dei rinnovi contrattuali contabilizzati nel 2010 per la definizione nell'esercizio del rinnovo delle convenzioni relative al biennio 2008-2009.

Continua a flettere la spesa farmaceutica convenzionata: 9,9 miliardi in flessione del 9 per cento (si era ridotta dello 0,8 per cento nel 2010). Un risultato da ricondurre alle misure assunte con il DL 78/2010 che se da un lato ha indotto uno spostamento di una parte della spesa dal comparto ospedaliero a quello territoriale, dall'altro ha previsto il recupero della quota eccedente il tetto del 13,3 per cento del FSN attraverso il meccanismo del *pay back* (a carico delle aziende farmaceutiche), il miglioramento del monitoraggio sulla appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche, e ulteriori misure destinate a conseguire risparmi di spesa attraverso aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti.

Rimane su tassi di crescita più sostenuti, +3,3 per cento, (ancorchè più limitati del precedente esercizio + 10,4 per cento) la variazione del costo per prestazioni specialistiche da soggetti convenzionati. Un risultato su cui potrebbe aver inciso lo spostamento in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate con ricovero ospedaliero.

Solo in marginale aumento (+ 0,5 per cento a fronte di -0,3 per cento nel 2010) i costi per assistenza ospedaliera convenzionata pari a 8,9 miliardi. A tale dinamica ha contribuito l'attività svolta, soprattutto nelle regioni in Piano di rientro, con l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget. In generale, comunque, una regolazione più attenta dei meccanismi di accreditamento delle aziende private che operano per conto del SSN, adottata a livello regionale, ha contribuito a contenere la crescita della spesa di tutte le prestazioni acquistate dal settore privato (ospedaliera, specialistica, riabilitative, integrative ed altro).

Tavola 3

LA SANITA': I RISULTATI DI ESERCIZIO 2009-2011

	2009				2010				2011							
	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	-8.544,7	8.559,6	1,8	16,7	-8.689,7	8.689,0	2,5	1,8	-8.569,4	8.585,7	2,5	18,8	-8.569,4	8.585,7	2,5	18,8
V. AOSTA	-268,3	283,5	-16,2	-1,0	-282,9	291,9	-13,5	-4,5	-282,3	296,8	-13,5	1,0	-282,3	296,8	-13,5	1,0
LOMBARDIA	-17.433,9	16.998,2	437,6	1,9	-18.041,5	17.609,3	452,4	20,2	-18.316,2	17.882,1	452,4	18,2	-18.316,2	17.882,1	452,4	18,2
PA. BOLZANO	-1.106,2	1.139,2	4,2	37,2	-1.109,8	1.113,3	4,2	4,2	-1.123,0	1.123,8	4,2	5,0	-1.123,0	1.123,8	4,2	5,0
PA. TRENTO	-1.076,2	1.079,9	-15,8	-12,1	-1.117,5	1.120,1	-15,1	-12,5	-1.144,4	1.161,8	-15,1	2,3	-1.144,4	1.161,8	-15,1	2,3
VENETO	-8.872,6	8.747,4	98,0	-27,1	-9.000,0	8.914,6	98,2	12,9	-9.072,5	9.023,0	98,2	48,6	-9.072,5	9.023,0	98,2	48,6
FRULI	-2.453,9	2.446,1	24,4	16,7	-2.489,5	2.476,6	25,9	13,0	-2.528,8	2.514,3	25,9	11,4	-2.528,8	2.514,3	25,9	11,4
LIGURIA	-3.314,5	3.235,8	-26,4	-105,1	-3.320,1	3.261,0	-30,6	-89,7	-3.305,1	3.202,4	-30,6	-133,3	-3.305,1	3.202,4	-30,6	-133,3
E. ROMAGNA	-8.474,0	8.141,3	355,2	22,4	-8.628,7	8.309,6	347,4	28,3	-8.646,1	8.362,4	347,4	63,7	-8.646,1	8.362,4	347,4	63,7
TOSCANA	-7.401,3	7.279,3	115,1	-6,9	-7.327,0	7.191,4	118,5	-17,0	-7.351,0	7.255,4	118,5	23,0	-7.351,0	7.255,4	118,5	23,0
UMBRIA	-1.657,8	1.651,2	11,4	4,8	-1.652,2	1.650,6	9,6	8,0	-1.658,0	1.668,0	9,6	19,7	-1.658,0	1.668,0	9,6	19,7
MARCHE	-2.793,5	2.841,8	-31,7	16,6	-2.848,8	2.874,7	-29,0	-3,1	-2.832,8	2.869,5	-29,0	7,7	-2.832,8	2.869,5	-29,0	7,7
LAZIO	-11.510,3	10.049,0	65,3	-1.396,0	-11.411,1	10.358,5	27,7	-1.024,9	-11.268,2	10.438,2	27,7	-802,4	-11.268,2	10.438,2	27,7	-802,4
ABRUZZO	-2.438,4	2.406,1	-62,2	-94,5	-2.394,0	2.451,8	-63,3	-5,5	-2.369,9	2.472,3	-63,3	39,1	-2.369,9	2.472,3	-63,3	39,1
MOLISE	-673,7	577,4	32,7	-63,6	-667,8	577,1	33,1	-57,5	-668,4	600,2	33,1	-35,1	-668,4	600,2	33,1	-35,1
CAMPANIA	-10.272,2	9.786,8	-303,5	-788,9	-10.162,9	9.969,6	-285,3	-478,6	-9.939,6	10.051,7	-285,3	-173,2	-9.939,6	10.051,7	-285,3	-173,2
PUGLIA	-7.254,7	7.121,5	-169,3	-302,5	-7.379,7	7.215,0	-158,8	-323,5	-7.144,3	7.190,6	-158,8	-112,5	-7.144,3	7.190,6	-158,8	-112,5
BASILICATA	-1.040,9	1.055,5	-35,6	-21,0	-1.069,5	1.068,9	-27,9	-28,6	-1.072,1	1.065,4	-27,9	-34,6	-1.072,1	1.065,4	-27,9	-34,6
CALABRIA	-3.537,1	3.529,0	-223,8	-231,9	-3.490,6	3.653,0	-230,2	-67,9	-3.418,7	3.534,2	-230,2	-114,8	-3.418,7	3.534,2	-230,2	-114,8
SICILIA	-8.512,3	8.518,0	-205,7	-200,0	-8.609,2	8.778,8	-200,9	-31,3	-8.664,2	8.841,2	-200,9	-23,8	-8.664,2	8.841,2	-200,9	-23,8
SARDEGNA	-3.089,6	2.915,2	-55,3	-229,7	-3.176,3	3.087,8	-64,8	-153,3	-3.181,6	3.065,5	-64,8	-180,9	-3.181,6	3.065,5	-64,8	-180,9
TOTALE	-111.726,0	108.361,8	0,0	-3.364,2	-112.868,7	110.662,7	0,0	-2.206,0	-112.556,5	111.204,6	0,0	-1.352,0	-112.556,5	111.204,6	0,0	-1.352,0
SOLO PERDITE				-3.480,4				-2.298,0				-1.610,5				-1.610,5
SOLO UTILI				116,2				91,9				258,5				258,5
Risultato complessivo	-52.743,3	50.547,4	-864,8	-3.060,7	-52.805,0	51.692,8	-875,3	-1.987,4	-52.042,6	51.714,1	-875,3	-1.203,8	-52.042,6	51.714,1	-875,3	-1.203,8
solo perdite				-3,077				-1,989				-1,262				-1,262
Risultato complessivo	-58.982,7	57.814,4	864,8	-303,5	-60.063,7	58.969,8	875,3	-218,6	-60.513,9	59.490,5	875,3	-148,2	-60.513,9	59.490,5	875,3	-148,2
solo perdite				-396				-309				-349				-349

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati Ministero della Salute
Per il 2011: dati estratti dal NSIS, IV trim al 6 aprile 2012.

Nel calcolo di costi, di ricavi e del risultato di esercizio del 2011 non si considerano le modifiche introdotte a partire da questo esercizio nel trattamento degli ammortamenti e nelle sterilizzazioni date dai costi capitalizzati. Ciò per consentire un confronto degli andamenti dell'anno con quello precedente. Si tratta di ammortamenti per 1.494,5 milioni cui corrispondono costi capitalizzati per 1.067 milioni. Una differenza che si riflette sul risultato dell'esercizio 2011 che risulta quindi migliore di quello tabulare dalla lettura dei dati NSIS per circa 429 milioni. Per un riepilogo con i risultati comprensivi di ammortamenti e costi capitalizzati per regione si veda il riquadro del successivo paragrafo 8

Tavola 4

I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO PER FUNZIONE DI SPESA NEL 2010 E NEL 2011 (in milioni)

2010	ASSISTENZA EROGATA DA ENTA A GESTIONEDIRETTA										ASSISTENZA EROGATA DA ENTI CONVENZIONATI E ACCREDITATI					TOTALE		
	Beni	Personale	Accantonamenti Tipici	Compartecipazioni per Intramoenia	Altri Servizi Sanitari e non Sanitari	Interessi Passive Omri Finanziari	Imposte e Tasse	Costi Straordinarie Variazione delle rimanenze	totale	Medicina Generale	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e Protetica	Altra Assistenza	Ospedaliere	totale	Costi senza Saldi Mobilità interregional e verso B. Geste Smom
PIEMONTE	1.256,7	2.976,1	15,7	110,8	1.046,2	18,5	231,6	10,6	5.666,1	475,2	774,8	279,9	175,4	200,4	568,3	549,1	3.023,1	8.689,2
V.AOSTA	38,1	114,7	0,3	3,0	60,2	0,0	8,4	0,9	225,5	14,5	22,1	2,1	4,6	2,5	8,3	3,3	57,4	282,9
LOMBARDIA	2.093,3	5.142,0	155,3	246,2	2.067,4	47,4	387,4	7,0	10.146,0	907,0	1.560,2	1.002,2	243,6	233,4	1.682,9	2.264,1	7.893,5	18.039,5
P.A. BOZZANO	138,8	550,3	2,9	0,7	133,1	0,0	33,7	1,4	860,9	53,7	61,5	5,6	6,1	38,2	60,6	23,2	248,9	1.109,8
P.A. TRENTO	128,1	402,7	8,7	8,8	138,3	0,0	28,9	14,7	730,3	57,5	78,5	25,1	3,0	21,7	146,5	54,9	387,1	1.117,4
VENETO	1.188,6	2.771,4	26,3	103,1	1.385,0	35,0	208,5	40,8	5.758,7	541,0	743,2	364,8	33,5	134,5	849,1	574,5	3.240,6	8.999,3
FRULLI	369,8	953,3	27,6	24,6	406,8	0,2	68,8	15,0	1.866,2	126,6	230,4	52,4	59,9	46,4	45,6	61,9	623,3	2.489,4
IGURIA	463,2	1.176,6	21,2	35,4	450,1	4,7	90,8	7,5	2.249,4	162,3	299,4	56,0	97,4	40,2	181,4	233,3	1.070,0	3.319,4
E.ROMAGNA	1.206,2	3.000,0	59,6	114,6	1.210,7	35,9	219,2	42,9	5.889,1	510,9	715,3	175,1	7,9	116,7	613,3	599,5	2.738,8	8.627,8
TOSCANA	1.223,8	2.622,9	41,3	98,6	1.091,0	18,2	193,6	82,0	5.371,4	407,5	611,3	140,6	83,3	77,5	400,7	232,7	1.953,5	7.325,0
UMBRIA	258,9	613,4	28,5	12,4	251,2	1,7	44,6	3,7	1.214,4	90,4	156,5	15,9	8,4	38,4	82,6	41,5	433,6	1.648,0
MARCHE	477,6	1.040,5	40,6	30,1	368,9	0,6	79,2	16,7	2.054,3	167,8	284,6	42,8	69,2	28,1	100,0	100,4	792,9	2.847,1
LAZIO	1.308,4	3.075,2	153,3	123,4	1.576,2	118,1	237,0	89,5	6.681,2	576,9	1.195,4	523,5	228,9	238,6	442,7	1.387,1	4.593,2	11.274,4
ABRUZZO	344,0	788,4	85,6	15,3	283,6	2,4	59,4	47,8	1.626,5	150,9	263,9	48,7	70,7	26,3	88,5	113,5	762,5	2.389,0
MOLISE	85,0	215,1	11,0	2,2	68,0	4,7	16,6	-0,1	402,4	50,0	58,5	33,9	15,1	6,5	21,1	78,5	263,5	665,9
CAMPANIA	1.104,7	3.217,4	296,8	51,9	1.111,1	48,9	253,1	176,0	6.259,9	646,0	1.068,7	740,0	281,2	172,6	173,9	805,3	3.887,5	10.147,4
PUGLIA	1.081,9	2.190,8	70,3	45,7	758,9	19,6	167,3	86,4	4.420,8	494,8	869,4	237,9	240,0	128,3	236,9	741,6	2.948,8	7.369,6
BASILICATA	149,6	393,2	6,3	4,0	124,6	0,0	30,2	7,0	715,0	82,9	106,3	26,2	66,3	32,1	33,8	5,0	352,6	1.067,6
CALABRIA	394,1	1.290,3	63,8	8,4	306,2	19,7	97,1	38,3	2.217,8	248,0	441,5	116,1	63,5	69,5	125,9	200,1	1.264,7	3.482,5
SICILIA	924,5	2.976,1	167,2	46,6	667,0	37,1	224,1	76,1	5.118,8	582,1	1.023,4	504,5	156,9	194,4	337,2	687,3	3.485,8	8.604,6
SARDEGNA	483,9	1.163,3	21,1	14,6	391,0	2,6	90,1	44,5	2.211,2	194,8	347,4	111,2	55,9	68,4	92,5	92,7	962,8	3.174,0
TOTALE	14.719,3	36.673,5	1.303,5	1.100,5	13.895,4	415,2	2.769,6	808,6	71.685,7	6.540,8	10.912,6	4.504,4	1.970,5	1.914,8	6.291,7	8.849,5	40.984,3	112.669,9

I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO PER FUNZIONE DI SPESA NEL 2010 E NEL 2011 (in milioni)		ASSISTENZA BROGATA DA ENTI A GESTIONE DIRETTA											ASSISTENZA BROGATA DA ENTI CONVENZIONATI E ACCREDITATI											segue Tavola 4
2011	Boni	Personale	Accantonamenti Tipici	Compartecipazioni per Intramoenia	Altri Servizi Sanitari non Sanitari	Interessi Passivi Operi Finanziari	Imposte e Tasse	Costi Straordinari e Variazioni delle rimanenze	Medicina Generale	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e Protetica	Altra Assistenza	Ospedalem	to tale	TOTALE	COSTI senza Saldi Mobilità interregion						
																			2010	2011	2010	2011	2010	2011
	PEMONTE	1.263,4	2.935,6	17,0	1.046,9	24,6	226,5	18,0	474,2	697,8	275,2	178,1	191,9	566,9	546,1	2.930,3	8.568,9							
	V.AOSTA	40,6	112,5	0,1	59,4	0,0	8,1	0,0	15,4	20,6	1,9	5,1	2,7	7,8	4,8	58,2	282,3							
	LOMBARDIA	2.120,5	5.114,3	291,5	2.208,4	47,4	386,3	22,7	901,5	1.443,6	1.054,0	242,0	242,2	1.709,1	2.294,0	7.886,3	18.314,3							
	P.A.BOLZANO	150,0	549,3	1,6	137,2	0,1	33,7	2,2	54,5	56,5	6,2	6,3	39,4	61,4	23,5	247,7	1.123,0							
	P.A.TRENTO	133,4	412,9	9,1	143,6	0,0	30,0	6,6	58,4	77,0	27,3	7,1	21,9	152,2	56,2	400,0	1.144,4							
	VENETO	1.207,4	2.754,5	69,2	1.506,3	39,6	211,3	58,2	543,0	672,1	361,4	33,2	138,7	843,6	532,6	3.124,6	9.071,9							
	FRULLI	384,8	949,0	29,7	23,7	438,9	0,5	71,2	128,9	219,1	50,7	62,4	46,5	49,1	63,6	620,4	2.528,7							
	LEGURIA	461,2	1.156,5	14,3	35,7	463,1	3,4	89,4	162,9	283,3	54,1	96,4	36,8	184,5	247,6	1.065,7	3.304,4							
	E.ROMAGNA	1.228,4	3.014,7	43,7	1.210,4	45,5	222,1	23,5	517,5	680,2	190,5	7,4	120,5	616,4	612,5	2.745,0	8.645,3							
	TOSCANA	1.239,5	2.620,2	22,2	95,7	1.094,4	36,4	194,1	415,4	548,9	140,0	86,3	77,6	389,0	235,0	1.892,2	7.349,0							
	UMBRIA	266,1	614,6	16,6	13,5	263,6	2,0	44,8	92,4	146,7	17,1	8,3	39,1	83,5	42,3	429,4	1.653,8							
	MARCHE	485,6	1.029,1	46,3	30,8	354,0	0,7	78,5	173,5	255,4	44,4	71,3	34,8	110,6	109,2	799,1	2.831,1							
	LAZIO	1.341,6	2.988,7	79,1	1.116,1	1.579,8	140,8	82,3	609,3	1.094,2	522,8	220,1	248,2	495,8	1.378,8	4.569,2	11.131,6							
	ABRUZZO	365,8	774,2	57,1	15,4	294,9	2,2	59,4	152,2	250,6	56,6	74,5	25,2	90,8	127,9	777,7	2.364,9							
	MOLISE	92,5	209,2	15,5	1,8	69,6	2,2	15,8	51,1	55,0	35,7	16,7	7,1	21,4	71,5	258,5	666,5							
	CAMPANIA	1.127,8	3.038,2	47,5	45,9	1.070,2	24,6	250,1	653,1	956,4	761,6	272,8	165,9	181,1	825,0	3.815,9	9.924,1							
	PUGLIA	1.084,2	2.123,6	91,7	39,1	739,3	12,3	163,0	500,8	723,7	246,1	242,3	113,3	238,1	721,2	2.785,6	7.134,2							
	BASILICATA	161,8	392,4	2,9	4,8	127,1	0,0	30,5	83,2	95,4	38,1	49,7	26,7	34,4	13,0	340,6	1.070,1							
	CALABRIA	437,9	1.260,8	68,4	8,7	291,0	17,8	90,1	248,3	364,5	133,5	65,1	78,0	135,7	195,4	1.220,5	3.410,6							
	SICILIA	981,7	2.936,2	255,0	40,9	689,5	46,3	222,9	589,1	955,1	519,6	167,8	195,8	341,6	699,2	3.468,3	8.659,6							
	SARDEGNA	498,1	1.162,8	10,0	12,8	423,4	2,2	85,3	200,1	333,5	117,3	59,0	69,6	99,7	91,2	970,2	3.179,4							
	TOTALE	15.072,3	36.149,1	1.616,2	1.054,6	14.210,7	448,6	2.747,2	6.624,8	9.929,7	4.653,9	1.971,9	1.921,9	6.412,7	8.890,6	40.405,5	112.357,8							

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati Ministero della Salute
 Per il 2011: dati estratti dal NSIS, IV trim al 6 aprile 2012.
 Per consentire un confronto con il 2010, tra i costi del 2011 non si considerano gli ammortamenti (1.494,5 milioni) inclusi solo a partire da questo esercizio. Per una informazione di maggior dettaglio si veda il riquadro del successivo paragrafo 8.

segue Tavola 4

I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO PER FUNZIONE DI SPESA - variazione percentuale 2010/2011

variazione 2011/2010	ASSISTENZA EROGATA DA ENTI A GESTIONE DIRETTA										ASSISTENZA EROGATA DA ENTI CONVENZIONATI E ACCREDITATI										TOTALE COSTI senza Saldi Mobilità interregion ale e verso
	Beni	Personale	Accantonamenti Tipici	Compartecipazioni per Intramoeni	Altri Servizi Sanitari e non Sanitari	Interessi Passivi e Oneri Finanziari	Imposte e Tasse	Costi Straordinari e Variaz ione delle rimanenze	totale	Medicina Generale	Farmacuti ca	Specialistic a	Riabilitativ a	Integrativa e Protetica	Altra Assistenza	Ospedaliere	totale				
P.EMONTE	0,54	-1,36	8,61	-3,83	0,07	33,19	-2,20	69,02	-0,49	-0,22	-9,94	-1,69	1,53	-4,20	-0,24	-0,53	-3,07	-1,39			
V.AOSTA	6,53	-1,89	-52,70	10,15	-1,22	ns	-2,78	-100,00	-0,60	6,39	-6,83	-11,14	10,52	6,50	-5,90	43,53	1,37	-0,20			
LOMBARDIA	1,30	-0,54	87,68	-3,79	6,82	0,10	-0,28	224,66	2,78	-0,61	-7,48	5,16	-0,67	3,78	1,56	1,32	-0,09	1,52			
P.A.BOLZANO	8,08	-0,19	-46,25	73,40	3,07	ns	-0,04	59,03	1,66	1,43	-8,18	10,66	3,11	3,22	1,38	1,23	-0,45	1,19			
P.A.TRENTO	4,10	2,51	3,95	0,42	3,80	-100,00	3,89	-55,01	1,92	1,56	-1,93	9,01	138,31	1,13	3,87	2,31	3,34	2,41			
VENETO	1,58	-0,61	163,28	-2,09	8,76	13,19	1,33	42,49	3,28	0,38	-9,58	-0,94	-0,96	3,09	-0,64	-7,29	-3,58	0,81			
FRULLI	4,06	-0,45	7,28	-3,63	7,89	198,30	3,51	-30,60	2,26	1,84	-4,91	-3,20	4,32	0,11	7,68	2,73	-0,46	1,58			
LEURIA	-0,43	-1,71	-32,44	0,83	2,89	-27,56	-1,49	101,46	-0,48	0,40	-5,36	-3,33	-1,10	-8,54	1,75	6,11	-0,41	-0,45			
E.ROMAGNA	1,84	0,49	-26,66	-2,31	-0,02	26,89	1,32	-45,20	0,19	1,28	-4,91	8,80	-6,05	3,20	0,52	2,16	0,23	0,20			
TOSCANA	1,28	-0,10	-46,31	-2,95	0,30	99,60	0,28	88,31	1,59	1,95	-10,21	-0,43	3,71	0,14	-2,93	1,00	-3,14	0,33			
UMBRIA	2,80	0,20	-41,84	8,69	4,92	19,49	0,55	-14,22	0,82	2,19	-6,26	7,50	-0,14	1,87	1,07	1,95	-0,98	0,35			
MARCHE	1,68	-1,09	14,06	2,25	-4,05	15,90	-0,97	-58,30	-1,09	3,39	-10,26	3,76	3,07	23,74	10,59	8,76	0,79	-0,56			
LAZIO	2,53	-2,82	-48,36	-5,95	0,23	19,25	-1,24	-8,09	-1,78	5,61	-8,47	-0,12	-3,87	4,00	11,98	-0,60	-0,52	-1,27			
ABRUZZO	6,36	-1,80	-33,28	0,98	3,98	-8,66	-0,01	-62,01	-2,42	0,85	-5,04	16,18	5,39	-4,16	2,53	12,70	1,99	-1,01			
MOLISE	8,86	-2,74	41,27	-17,96	2,42	-53,08	-4,77	ns	1,40	2,20	-5,85	5,29	10,74	8,59	1,45	-8,89	-1,90	0,09			
CAMPANIA	2,10	-5,57	60,08	-11,53	-3,69	-49,68	-1,20	-56,70	-2,42	1,10	-10,51	2,92	-2,97	-3,87	4,15	2,45	-1,84	-2,20			
PUGLIA	0,21	-3,07	30,51	-14,45	-2,58	-37,24	-2,59	10,46	-1,63	1,22	-16,76	3,43	0,99	-11,65	0,54	-2,75	-5,53	-3,19			
BASILICATA	8,12	-0,18	-54,47	20,27	2,04	-21,62	0,84	42,72	2,04	0,35	-10,22	45,25	-24,92	-16,76	1,82	158,75	-3,40	0,24			
CALABRIA	1,11	-2,29	7,11	3,34	-4,96	-9,70	-7,23	-59,23	-1,25	0,13	-17,44	14,98	2,56	12,09	7,78	-2,35	-3,49	-2,06			
SCIUCIA	6,18	-1,34	52,48	-12,22	3,37	24,65	-0,53	-75,33	1,42	1,21	-6,67	3,00	6,90	0,72	1,30	1,73	-0,50	0,64			
SARDEGNA	2,94	-0,04	-52,55	-12,86	8,27	-18,67	-5,30	-67,21	-0,09	2,69	-4,01	5,47	5,53	1,73	7,78	-1,62	0,76	0,17			
TOTALE	2,40	-1,43	23,99	-4,17	2,27	8,05	-0,81	-19,18	0,37	1,28	-9,01	3,32	0,07	0,37	1,92	0,46	-1,41	-0,28			

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati Ministero della Salute

Il risultato dell'anno presenta andamenti differenziati per regione. A fronte di incrementi nei costi superiori all'1,5 per cento in sole tre regioni del Nord (Lombardia, Friuli e Provincia di Trento), una flessione superiore al 2 per cento è registrata in tre regioni, tutte in piano di rientro (Campania, Puglia e Calabria). Un andamento che riguarda, seppur con diverse intensità, tutte le regioni in Piano ad eccezione della Sicilia che registra una seppur lieve variazione positiva.

Il risultato è da ricondurre nel complesso (come si è visto anche guardando i risultati in termini di contabilità nazionale) alla flessione dei costi relativi all'assistenza da strutture accreditate; la riduzione, comune a quasi tutte le regioni (fanno eccezione la Valle d'Aosta, la provincia di Trento, l'Abruzzo e la Sardegna), assume un particolare rilievo in 6 di esse con valori superiori al tre per cento. Sono i costi per assistenza farmaceutica (al netto dei ticket) a fornire il contributo maggiore (in media la flessione rispetto al 2010 è del 9 per cento), con valori in alcune regioni ben superiori alla media (-17,4 per cento in Calabria, -16,8 per cento in Puglia).

Solo in alcune regioni tale andamento si accompagna ad una flessione dei costi per assistenza ospedaliera in convenzione (è il caso della Liguria, del Veneto e del Molise ed in misura minore di Puglia, Calabria e Sardegna) o della riabilitativa (Basilicata, Emilia e Lazio) o della integrativa (Piemonte Liguria Abruzzo Basilicata Calabria e Puglia). Si tratta di andamenti in parte compensato da un consistente aumento dei costi per la specialistica (in media +3,3 per cento) con punte superiori al 10 per cento in Basilicata, Calabria, Abruzzo, e provincia di Bolzano, cui si contrappongono i cali di rilievo di Friuli e Liguria oltre della Valle d'Aosta).

Alla flessione dei costi "in convenzione" si contrappone la variazione in aumento della assistenza diretta (+0,4 per cento) che registra valori superiori al 2 per cento in quattro realtà regionali (Lombardia, Veneto, Friuli e Basilicata) mentre si riduce nelle regioni in piano di rientro (con l'eccezione della Sicilia e del Molise). Oltre agli acquisti di beni, sono soprattutto le spese amministrative, i servizi appaltati e le spese per godimento di beni di terzi a conoscere gli incrementi maggiori, e pressochè generalizzati. La riduzione dei costi straordinari e del personale non compensa tali incrementi.

5. Le risorse complessivamente destinate al finanziamento del SSN riferite alle regioni ammontano a oltre 111,2 miliardi ricomprendendo anche i ricavi della gestione straordinaria e per l'intramoenia. Il finanziamento indistinto è stato pari a 102,5 miliardi a cui si sono aggiunte fondi vincolati per circa 1,8 miliardi e ulteriori trasferimenti da regioni e province autonome per poco più di 704 milioni. I contributi ulteriori che le regioni hanno garantito a copertura delle spesa sanitaria, al di fuori delle risorse a ciò specificamente destinate sono risultate pari a circa 666 milioni, a cui si sono aggiunte proventi e ricavi diversi (soprattutto legati a ticket) per 3,7 miliardi. Alla gestione straordinaria e all'intramoenia sono riferibili incassi rispettivamente pari a 666 e 1.136 milioni.

Tavola 5

IRICAVI DEL SERVIZIO SANITARIO NEL 2010 E NEL 2011

(in milioni di euro)

2010	Finanziamento indistinto	Finanziamento vincolato	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Contributi da Regione extra fondo	Proventi e ricavi diversi	Ricavi straordinari	Ricavi intramoenia	Totale ricavi
PIEMONTE	7.609,0	145,7		400,0	312,1	106,4	115,7	8.689,0
V. AOSTA	215,1	0,3	51,7	0,0	20,0	1,7	3,4	292,3
LOMBARDIA	16.353,3	331,2		4,7	697,2	0,0	222,9	17.609,3
PA BOLZANO	816,9	0,8	238,1	0,0	47,2	9,7	1,0	1.113,8
PA TRENTO	868,0	0,8	198,3	0,0	32,5	11,6	9,7	1.120,8
VENETO	8.156,4	153,0		18,8	371,0	103,2	112,2	8.914,6
FRIULI	2.119,0	1,9	91,7	0,1	219,3	18,0	28,7	2.478,7
LIGURIA	2.966,9	56,0		25,9	133,1	39,0	40,0	3.261,0
E. ROMAGNA	7.437,9	143,9		175,0	365,8	43,5	143,4	8.309,6
TOSCANA	6.412,2	131,9		57,2	347,2	115,9	127,0	7.191,4
UMBRIA	1.541,8	29,4		1,2	53,8	12,0	12,6	1.650,6
MARCHE	2.689,9	50,0		0,7	86,0	11,7	36,3	2.874,7
LAZIO	9.444,3	196,9		43,8	453,6	103,7	116,1	10.358,5
ABRUZZO	2.270,1	44,2		0,0	77,2	44,9	15,4	2.451,8
MOLISE	545,5	11,6		0,4	14,4	3,5	1,8	577,1
CAMPANIA	9.438,3	197,4		0,0	182,0	101,0	50,9	9.969,6
PUGLIA	6.742,7	135,4		0,0	194,6	97,4	45,0	7.215,0
BASILICATA	1.007,4	20,0		0,0	30,2	7,2	3,9	1.068,9
CALABRIA	3.364,1	66,6		117,9	69,1	25,0	10,4	3.653,0
SICILIA	8.346,5	148,6		23,2	162,1	51,9	46,5	8.778,8
SARDEGNA	2.797,9	2,6	144,3	3,1	96,5	33,3	15,0	3.092,8
TOTALE	101.143,3	1.868,4	724,2	872,1	3.964,6	940,7	1.158,0	110.671,3

2011	Finanziamento indistinto	Finanziamento vincolato	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Contributi da Regione extra fondo	Proventi e ricavi diversi	Ricavi straordinari	Ricavi intramoenia	Totale ricavi
PIEMONTE	7.702,9	140,6		280,0	306,1	42,5	113,7	8.585,7
V. AOSTA	217,9	0,0	49,2	0,0	25,8	0,0	3,9	296,8
LOMBARDIA	16.644,5	318,4		3,1	690,7	0,0	225,3	17.882,1
PA BOLZANO	831,0	0,0	241,4	0,0	48,6	1,2	1,6	1.123,8
PA TRENTO	882,7	0,0	236,6	0,0	32,3	0,5	9,6	1.161,8
VENETO	8.279,9	146,0		47,0	374,3	65,3	110,6	9.023,0
FRIULI	2.142,5	0,2	75,2	23,5	235,9	10,6	26,4	2.514,3
LIGURIA	2.955,5	52,5		1,6	121,9	30,4	40,5	3.202,4
E. ROMAGNA	7.577,6	139,8		125,1	345,9	33,7	140,4	8.362,4
TOSCANA	6.482,8	123,9		96,9	267,4	161,7	122,7	7.255,4
UMBRIA	1.560,2	29,0		1,0	52,1	9,8	15,9	1.668,0
MARCHE	2.688,7	46,7		0,0	86,7	11,3	36,0	2.869,5
LAZIO	9.627,5	186,3		27,3	405,0	79,1	113,0	10.438,2
ABRUZZO	2.294,2	42,0		0,0	80,3	40,1	15,8	2.472,3
MOLISE	555,3	10,8		0,0	15,6	16,6	1,9	600,2
CAMPANIA	9.592,4	187,9		0,3	173,4	51,9	45,9	10.051,7
PUGLIA	6.814,6	129,0		34,2	138,0	31,4	43,3	7.190,6
BASILICATA	1.003,5	19,0		0,1	33,3	4,3	5,1	1.065,4
CALABRIA	3.392,0	63,4		1,5	61,1	8,2	8,0	3.534,2
SICILIA	8.429,8	140,1		20,4	154,3	55,2	41,5	8.841,2
SARDEGNA	2.828,4	0,3	101,8	4,0	103,6	12,6	14,9	3.065,5
TOTALE	102.503,7	1.776,0	704,1	665,8	3.752,5	666,4	1.136,0	111.204,6

Fonte : elaborazioni Corte conti su dati Ministero della Salute.

Per il 2011: dati estratti dal NSIS, IV trim al 6 aprile 2012.

I ricavi del 2011 differiscono da quelli riportati nella RGE predisposta dal MEF. Nelle tavole non si considerano i costi capitalizzati. Ciò per consentire un confronto degli andamenti dell'anno con quello precedente. Si tratta di costi capitalizzati per 1.067 milioni. Per un raccordo con la Relazione si veda il riquadro del successivo paragrafo 8

I RICAVI DEL SERVIZIO SANITARIO PER FUNZIONE DI SPESA – VARIAZIONI PERCENTUALI 2010-2011

variazione 2011/2010	Finanziamento indistinto	Finanziamento vincolato	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Contributi da Regione extra fondo	Proventi e ricavi diversi	Ricavi straordinari	Ricavi intramoenia	Totale ricavi
PIEMONTE	1,23	-3,55		-30,00	-1,91	-60,11	-1,77	-1,19
V.AOSTA	1,28	-84,63	-4,96		29,38	-100,00	14,50	1,56
LOMBARDIA	1,78	-3,86		-34,84	-0,92		1,06	1,55
P.A.BOLZANO	1,72	-95,49	1,35		2,98	-87,82	60,45	0,90
P.A.TRENTO	1,68	-93,83	19,36		-0,33	-95,34	-1,49	3,66
VENETO	1,51	-4,62		149,42	0,90	-36,72	-1,43	1,22
FRILUI	1,11	-91,74	-18,02	ns	7,57	-40,75	-7,90	1,44
LIGURIA	-0,38	-6,37		-93,79	-8,46	-22,04	1,14	-1,80
E.ROMAGNA	1,88	-2,85		-28,54	-5,45	-22,58	-2,12	0,64
TOSCANA	1,10	-6,02		69,39	-22,97	39,47	-3,46	0,89
UMBRIA	1,19	-1,16		-17,08	-3,10	-17,90	26,89	1,06
MARCHE	-0,04	-6,63		-100,00	0,80	-3,09	-0,94	-0,18
LAZIO	1,94	-5,40		-37,76	-10,71	-23,75	-2,67	0,77
ABRUZZO	1,06	-4,91		-100,00	4,00	-10,85	2,65	0,84
MOLISE	1,79	-6,45		-100,00	8,45	379,17	5,89	4,00
CAMPANIA	1,63	-4,83			-4,70	-48,63	-9,69	0,82
PUGLIA	1,07	-4,69			-29,07	-67,72	-3,67	-0,34
BASILICATA	-0,38	-5,26		212,77	10,17	-39,93	29,69	-0,32
CALABRIA	0,83	-4,86		-98,74	-11,48	-67,12	-22,85	-3,25
SICILIA	1,00	-5,75		-11,91	-4,79	6,37	-10,83	0,71
SARDEGNA	1,09	-87,82	-29,49	28,74	7,38	-62,35	-0,44	-0,88
TOTALE	1,35	-4,95	-2,77	-23,66	-5,35	-29,16	-1,90	0,48

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Al di là del contributo che viene dal finanziamento indistinto a carico dello Stato, una particolare attenzione meritano i contributi ulteriori garantiti dalle regioni extra fondi sanitari, le entrate diverse riconducibili al contributo alla spesa chiesto ai cittadini, i ricavi straordinari e i ricavi da intramoenia. Si tratta di voci che consentono di valutare, infatti, il grado di solidità del risultato regionale, la capacità del sistema di far fronte ad eventuali disavanzi e in alcuni casi anche la stessa credibilità prospettica del risultato conseguito.

I trasferimenti extra fondo destinati al finanziamento della sanità si sono ridotti nell'anno di circa l'8 per cento. Di questi, circa 704 milioni sono relativi alle regioni a statuto speciale e programmati, in alcuni casi, per la definizione di ulteriori interventi a carico dell'operatore regionale, e altri 514 milioni sono relativi a trasferimenti dalle regioni a statuto ordinario resi necessari per garantire (come si vedrà meglio in seguito) la copertura di livelli di spesa eccedenti (a livello di programmazione o come risultato) quanto previsto nel sistema di finanziamento. Oltre il 78 per cento di tali risorse di bilancio destinate alla sanità sono da ricondurre a due regioni (Piemonte e Emilia).

In flessione anche i proventi e ricavi diversi (-5,3 per cento) anche se con andamenti diversi tra regioni: in forte calo nelle regioni maggiori, tranne nel Veneto, crescono nelle regioni minori specie se in piano di rientro.

Va infine registrata una flessione anche dei proventi da attività intramoenia che passano dai 1.158 milioni del 2010 a 1.054 milioni dell'anno appena concluso.

6. Si determina, quindi, una consistente riduzione del disavanzo, che passa dai 2.206 milioni del 2010 (di cui solo perdite per 2.297 milioni) ai 1.351 milioni del 2011 (di cui solo perdite per 1.611 milioni).

Muta la composizione del disavanzo sanitario: alle regioni meridionali è riconducibile il 42 per cento della perdita complessiva (era il 50 per cento nel 2010); cresce la quota assorbita da due sole realtà territoriali, Liguria e Lazio, a cui è riconducibile rispettivamente l'8,3 per cento (era il 4 per cento nel 2010) e il 50 per cento delle perdite (era il 44,6 per cento nel 2010).

Sono soprattutto le regioni in piano di rientro a migliorare il proprio risultato: esse passano da un disavanzo di poco meno di 2 miliardi nel 2010 ad uno di 1,2 miliardi con una flessione di quasi il 37 per cento. Un risultato comune a tutte le regioni, anche se con intensità differenti, a cui fa eccezione la sola Calabria.

IL MONITORAGGIO E GLI STRUMENTI DI CONTROLLO DELLA SPESA IN SANITÀ

7. L'esame dei risultati economici complessivi consente solo in parte di far emergere l'effettivo andamento della gestione in relazione agli obiettivi posti al settore e di valutare l'efficacia degli strumenti a presidio del raggiungimento di tali obiettivi. Come è noto infatti considerare i soli dati riepilogativi tratti dai conti economici regionali non permette di leggere nel risultato economico il rispetto degli obiettivi di contenimento della spesa (la considerazione o meno di risorse aggiuntive già in sede di programmazione di bilancio attribuisce un valore differente al risultato conseguito), né di controllare il riassorbimento di squilibri strutturali, quali quelli di recente evidenziati in alcune tipologie di spese e oggetto di interventi specifici (è il caso della farmaceutica), né di verificare il rispetto degli obiettivi di copertura dei disavanzi e quindi dell'operare di eventuali misure sanzionatorie in caso di inadempienza. La sola valutazione del dato economico non risulta, poi, soddisfacente per la verifica del rispetto degli obiettivi di natura qualitativa connessi alla garanzia di fornitura dei LEA.

Di qui l'interesse all'esame dei risultati del monitoraggio, del meccanismo di verifica dei piani di rientro, dei vincoli posti alla spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, del monitoraggio dei LEA e di quello avviato più di recente sull'adeguamento dei sistemi contabili regionali alle esigenze di trasparenza ed omogeneità dei criteri utilizzati. A questi temi sono dedicati i paragrafi che seguono.

I risultati regionali. I Tavoli di monitoraggio

8. 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 regionali².

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.

² 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.

IL RACCORDO TRA DATI NSIS E DATI DEL MONITORAGGIO

Nel riquadro si forniscono alcuni elementi informativi necessari a comprendere il raccordo tra risultati del 2011 calcolati sulla base della banca dati NSIS (e che confluiranno nella RGE) e i risultati alla base del monitoraggio annuale. Viene inoltre evidenziato il trattamento contabile degli ammortamenti e dei costi capitalizzati che a partire dal 2011 è stato concordato tra Stato e Regioni. Nell'esame dei risultati dell'anno, per consentire una confrontabilità con il 2010, tale fenomeno è stato evidenziato a parte. Di qui la differenza del risultato, di costi e ricavi nelle tavole 3, 4 e 5 del capitolo con quelli desumibili dai dati NSIS.

Vanno innanzitutto considerate le ragioni alla base delle differenze tra risultati NSIS e risultati utilizzati dal tavolo di monitoraggio per la verifica delle coperture. La prima differenza riguarda i dati relativi alla mobilità sanitaria e alle somme dovute all'Istituto pediatrico Bambin Gesù e ai Smom. Le differenze tra i valori utilizzati al Tavolo di verifica e quelli riportati nelle tabelle NSIS, seppur limitate, attengono a scelte metodologiche adottate in sede di monitoraggio per "dare maggior certezza alla programmazione". In particolare se nelle tabelle NSIS viene presa la mobilità dell'anno di riferimento (tratta dalla matrice Coordinamento interregionale), nelle tabelle predisposte per il Tavolo, la mobilità è, per convenzione, quella della tabella del riparto dell'anno successivo a quello di riferimento, che pertanto contiene la mobilità dell'anno precedente a quello di riferimento (ad esempio, i risultati anno 2010 contengono valori di mobilità inseriti nel riparto 2011 e riferiti al 2009).

(in milioni)

REGIONE	Dati utilizzati per il calcolo del risultato NSIS								
	Ricavi complessivi (netto costi capitalizzati)	Costi complessivi (prima della mobilità e degli ammortamenti)	Bambin Gesù + Smom	Costi complessivi con BG e SMOM	Saldo mobilità risultati SSN	Risultato NSIS prima degli ammortamenti	Ammortamenti	Costi capitalizzati	Risultati RGE
	1	2	3	4=2+3	5	6=1+4+5	7	8	9=6+7+8
PIEMONTE	8.585,7	-8.568,9	-0,5	-8.569,4	2,5	18,8	-32,7	18,3	4,4
VALLE D'AOSTA	296,8	-282,3	0,0	-282,3	-13,5	10	-6,5	6,5	10
LOMBARDIA	17.882,1	-18.314,3	-19	-18.316,2	452,4	18,2	-423,1	423,1	18,2
P.ROV.AUTON. BOLZANO	1.123,8	-1.123,0	0,0	-1.123,0	4,2	5,0	-25,3	24,9	4,7
P.ROV.AUTON. TRENTO	1.161,8	-1.144,4	-0,1	-1.144,4	-15,1	2,3	-35,3	35,5	2,5
VENETO	9.023,0	-9.071,9	-0,6	-9.072,5	98,2	48,6	-49,4	10,6	9,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.514,3	-2.528,7	-0,1	-2.528,8	25,9	11,4	-70,8	66,4	7,0
LLIGURIA	3.202,4	-3.304,4	-0,7	-3.305,1	-30,6	-133,3	-69,9	59,4	-143,8
EMILIA ROMAGNA	8.362,4	-8.645,3	-0,8	-8.646,1	347,4	63,7	-46,7	18,2	35,2
TOSCANA	7.255,4	-7.349,0	-2,0	-7.351,0	118,5	23,0	-44,6	34,3	12,7
UMBRIA	1.668,0	-1.653,8	-4,2	-1.658,0	9,6	19,7	-30,8	22,5	11,3
MARCHE	2.869,5	-2.831,1	-1,7	-2.832,8	-29,0	7,7	-11,6	5,4	1,5
LAZIO	10.438,2	-11.131,6	-136,6	-11.268,2	27,7	-802,4	-204,2	134,4	-872,2
ABRUZZO	2.472,3	-2.364,9	-5,0	-2.369,9	-63,3	39,1	-44,3	30,7	25,6
MOLISE	600,2	-666,5	-19	-668,4	33,1	-35,1	-8,0	3,7	-39,4
CAMPANIA	10.051,7	-9.924,1	-15,5	-9.939,6	-285,3	-173,2	-134,8	53,5	-254,5
PUGLIA	7.190,6	-7.134,2	-10,1	-7.144,3	-158,8	-112,5	-14,5	8,5	-118,5
BASILICATA	1.065,4	-1.070,1	-19	-1.072,1	-27,9	-34,6	-4,9	3,3	-36,3
CALABRIA	3.534,2	-3.410,6	-8,1	-3.418,7	-230,2	-114,8	-24,3	9,2	-129,9
SICILIA	8.841,2	-8.659,6	-4,6	-8.664,2	-200,9	-23,8	-164,6	89,2	-99,2
SARDEGNA	3.065,5	-3.179,4	-2,3	-3.181,6	-64,8	-180,9	-48,1	9,4	-219,6
TOTALE	111.204,6	-112.357,8	-198,7	-112.556,5	0,0	-1.352,0	-1.494,5	1.067,0	-1.779,4

La seconda differenza è dovuta alla considerazione, in sede di monitoraggio, di alcune rettifiche concordate con le Regioni e della sottrazione dalle entrate complessive delle voci che pur ricomprese nel conto economico delle Regioni, sono da considerare come coperture.

REGIONE	Dati utilizzati per il calcolo del risultato (prima delle coperture e degli ammortamenti) in sede di monitoraggio								
	Ricavi complessivi (netto costi capitalizzati)	Costi complessivi (prima della mobilità e degli ammortamenti)	Bambin Gesù + Smom + acconto 2012 emocomponenti	costi complessivi con BG e SMOM monit.	Risorse configurabili come coperture	Ricavi complessivi al netto delle coperture	Rettifiche	Saldo mobilità monitoraggio	Risultato di esercizio di base per le verifiche di monitoraggio
	1	2	10	11=2+10	12	13=1-12	14	15	16=11+13+14+15
PIEMONTE	8.585,7	-8.568,9	3,5	-8.565,4	280,0	8.305,7	0,0	-0,1	-259,9
VALLE D'AOSTA	296,8	-282,3	0,3	-282,0	49,2	247,7	0,0	-13,7	-48,1
LOMBARDIA	17.882,1	-18.314,3	0,0	-18.314,3	0,0	17.882,1	0,0	454,4	22,2
PROV. AUTON. BOLZANO	1123,8	-1123,0	0,1	-1122,9	241,4	882,5	0,0	5,0	-235,4
PROV. AUTON. TRENTO	1161,8	-1144,4	0,0	-1144,4	236,6	925,2	6,6	-15,8	-228,4
VENETO	9.023,0	-9.071,9	2,0	-9.070,0	47,0	8.976,0	0,0	95,2	1,3
FRILIVENEZIA GIULIA	2.514,3	-2.528,7	1,0	-2.527,7	75,2	2.439,1	0,9	24,9	-62,7
LGURIA	3.202,4	-3.304,4	-0,6	-3.305,0	0,0	3.202,4	0,0	-30,7	-133,4
EMILIA ROMAGNA	8.362,4	-8.645,3	-0,4	-8.645,7	125,1	8.237,3	0,0	349,5	-58,8
TOSCANA	7.255,4	-7.349,0	-2,5	-7.351,5	62,1	7.193,3	-0,9	119,0	-40,0
UMBRIA	1.668,0	-1.653,8	-4,2	-1.658,0	0,0	1.668,0	-2,6	11,4	18,7
MARCHE	2.869,5	-2.831,1	-1,7	-2.832,7	0,0	2.869,5	0,0	-29,1	7,7
LAZIO	10.438,2	-11.131,6	-144,0	-11.275,6	0,0	10.438,2	0,0	32,4	-805,1
ABRUZZO	2.472,3	-2.364,9	-5,1	-2.369,9	0,0	2.472,3	-13,7	-63,3	25,3
MOLISE	600,2	-666,5	-2,0	-668,5	0,0	600,2	0,0	33,2	-35,1
CAMPANIA	10.051,7	-9.924,1	-15,1	-9.939,2	0,0	10.051,7	-1,3	-285,9	-174,7
PUGLIA	7.190,6	-7.134,2	-9,9	-7.144,1	0,0	7.190,6	0,0	-159,0	-112,5
BASILICATA	1.065,4	-1.070,1	-1,3	-1.071,4	0,0	1.065,4	0,0	-28,6	-34,6
CALABRIA	3.534,2	-3.410,6	-8,1	-3.418,7	0,0	3.534,2	0,0	-239,7	-124,3
SICILIA	8.841,2	-8.659,6	-5,7	-8.665,2	0,0	8.841,2	-0,1	-199,7	-23,8
SARDEGNA	3.065,5	-3.179,4	-8,2	-3.187,6	101,8	2.963,8	0,0	-59,3	-283,1
TOTALE	111.204,6	-112.357,8	-202,0	-112.559,8	1.218,2	109.986,4	-11,2	0,0	-2.584,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

La eliminazione di tali somme aggiuntive consente di guardare ai risultati economici con un maggior grado di omogeneità, evidenziando per tutte le regioni lo scostamento rispetto al finanziamento a cui contribuisce in via ordinaria lo Stato. Le ulteriori risorse iscritte in bilancio (cd. Coperture CE) contribuiscono insieme ad altre entrate alla copertura dei disavanzi. Tali entrate sono invece scontate nei ricavi nel NSIS (colonna 1) determinando un disavanzo (colonna 6) inferiore a quello considerato in sede di monitoraggio prima delle coperture (colonna 16) .

Nel 2011, anche in attuazione di quanto previsto nel decreto legislativo 118/2011, è stato deciso di considerare nella valutazione del risultato di esercizio la quota degli ammortamenti non sterilizzati di competenza 2011 dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010.

Si tratta di una modifica che introduce una discontinuità con i dati relativi agli esercizi precedenti. Per consentire la confrontabilità dell'andamento di spese ed entrate (e del risultato di esercizio) negli ultimi anni, nelle tavole dedicate ai risultati economici (tavole 3, 4, 5) si fa riferimento ai risultati al netto di tale fenomeno. In particolare il risultato del 2011 considerato è quello di colonna 7. Nelle tavole NSIS vengono considerati, invece, gli ammortamenti (colonna 7) tra i costi e i costi capitalizzati tra i ricavi (colonna 8). La differenza tra i due importi modifica di pari ammontare il risultato di esercizio che è rideterminato come specificato nella colonna 9.

Anche in sede di monitoraggio dal 2011 la copertura deve riguardare anche gli ammortamenti non sterilizzati. Nelle tavole 6, sempre per consentire la comparabilità tra i due esercizi (2010 e 2011), l'importo da coprire è inserito a chiusura della tavola

Va innanzitutto rilevato che nel calcolo del risultato economico si scontano alcune diversità che non mutano in misura rilevante il risultato complessivo. Ci si riferisce in particolare agli importi relativi alla mobilità sia verso il Bambin Gesù che lo SMOM e quelli della mobilità interregionale. In sede di monitoraggio vengono considerati i valori utilizzati in sede di riparto annuale per l'anno successivo, che usualmente corrispondono agli ultimi consuntivati (si veda al riguardo il riquadro).

Di rilievo sono, invece, le modifiche considerate dal lato delle entrate. Per garantire la significatività del confronto, i risultati sono ricalcolati al netto delle maggiori entrate iscritte in bilancio e attribuite dalle regioni al finanziamento della spesa sanitaria considerate in sede di monitoraggio come coperture ulteriori. Si tratta degli importi ulteriori che le regioni a statuto speciale attribuiscono al settore e di quelli che sono previsti dalle regioni a statuto ordinario come aggiuntivi nei CE.

Nel 2011, poi, il risultato complessivo (e la relativa copertura) ha interessato anche gli ammortamenti non sterilizzati. Per effetto delle diverse regole contabili adottate a livello regionale in materia di "sterilizzazione" degli ammortamenti nell'esame dei bilanci operati in sede di verifica è emerso che le regioni hanno acquistato dal 2001 al 2010 cespiti ammortizzabili senza aver ricevuto il corrispondente contributo in c/capitale che consente la predetta sterilizzazione, attraverso l'utilizzo di risorse di parte corrente e/o attraverso l'autorizzazione ad indebitarsi. Gli enti del servizio sanitario hanno così generato debito per un importo superiore al finanziamento corrente ricevuto, senza coperture finanziarie, dal momento che tale adempimento non veniva richiesto ai Tavoli di verifica. Per eliminare tale fenomeno è previsto che per tutti i beni acquistati senza le coperture per il periodo 2001-2009, a partire dal 2011 (e a regime dal 2013 per tutti i cespiti), le regioni adottino le necessarie coperture.

Per non compromettere la confrontabilità dei risultati nei due esercizi tale correzione (resa obbligatoria solo nel 2011) è stata introdotta solo dopo le coperture ordinarie.

Anche quest'anno, i lavori dei Tavoli di monitoraggio annuale si sono tenuti tra fine marzo e inizio aprile. Le valutazioni sono state condotte sulla base dei dati dell'ultimo quadrimestre del 2011. Tali dati dovranno essere rivisti, ed eventualmente aggiornati (come è avvenuto per i dati del 2010), una volta che saranno disponibili i risultati di consuntivo.

9. Nel 2011 il disavanzo effettivo rispetto alle somme destinate al finanziamento della spesa sanitaria è stato pari a circa 2,6 miliardi contro i 3,6 del 2010. E' questo il risultato che si ottiene escludendo dai ricavi le somme connesse all'individuazione, in via preventiva, nel bilancio delle regioni a statuto speciale e a statuto ordinario, delle risorse da destinare a copertura della maggiore spesa rispetto al livello di finanziamento garantito dallo Stato. Si tratta nel complesso di circa 1.218 milioni (1.328 milioni nel 2010), attivati da sette regioni (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Valle d'Aosta Friuli Sardegna) e dalle due province autonome. Al netto di tali ulteriori coperture, solo la Lombardia, il Veneto, l'Umbria, le Marche e l'Abruzzo presentano risultati positivi (Lombardia ed Umbria presentavano un risultato positivo già nel 2010).

Tavola 6

I risultati del monitoraggio per il 2010 e il 2011 (valori in milioni di euro)

2010	Risultati prima delle coperture	disavanzo / avanzo anni precedenti	portato a nuovo	Rischi e altre rettifiche effettuate dal "Tavolo"	Risultati prima della copertura e avanzo o disavanzo esercizi passati	Ulteriori trasferimenti da Province Autonome e Regioni a statuto speciale	COPERTURE contabilizzate nel CE A01060	Risultato dopo coperture "programmate"	Getito fiscale da massimizzate aliquote trap e add irpef	Rideterminazione stima gettito	Risorse regionali portate a copertura	risultati dopo coperture	superaliquote	risultati dopo coperture e dopo aliquote superaliquote	Ammortamenti non sterlizzati	Risultato d'esercizio per le regioni che hanno adottato provvedimenti di copertura per gli ammortamenti non sterlizzati
PIEMONTE	-399,44	23,00	0,00	-23,00	-399,44	0,00	400,00	0,56	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,56	0,00	0,00
VALLE D'AOSTA	-58,56	0,00	0,00	0,00	-58,56	51,75	0,00	-6,81	0,00	0,00	0,00	-6,81	0,00	-6,81	0,00	0,00
LOMBARDIA	13,91	0,00	0,00	0,00	13,91	0,00	0,00	13,91	0,00	0,00	0,00	13,91	0,00	13,91	0,00	0,00
P.A. BOLZANO	-229,90	0,00	0,00	0,00	-229,90	238,14	0,00	8,25	0,00	0,00	0,00	8,25	0,00	8,25	0,00	0,00
P.A. TRENTO	-210,61	0,00	0,00	0,00	-210,61	198,26	0,00	-12,35	0,00	0,00	0,00	-12,35	0,00	-12,35	0,00	0,00
VENETO	-6,10	0,00	0,00	0,00	-6,10	0,00	18,83	12,74	0,00	0,00	0,00	12,74	0,00	12,74	0,00	0,00
FRUILI V.G.	-77,59	0,00	0,00	0,00	-77,59	91,79	0,00	14,20	0,00	0,00	0,00	14,20	0,00	14,20	0,00	0,00
LIGURIA	-85,42	0,00	0,00	0,00	-85,42	0,00	0,00	-85,42	104,21	0,00	0,00	18,79	0,00	18,79	-9,99	8,81
EMILIA R.	-94,87	0,00	0,00	0,00	-94,87	0,00	135,00	40,13	0,00	0,00	0,00	40,13	0,00	40,13	0,00	0,00
TOSCANA	-71,65	11,93	0,00	0,00	-59,72	0,00	48,00	-11,72	0,00	0,00	0,00	-11,72	0,00	-11,72	0,00	0,00
UMBRIA	14,16	0,00	0,00	0,00	14,16	0,00	0,00	14,16	0,00	0,00	0,00	14,16	0,00	14,16	-8,38	5,78
MARCHE	-2,99	54,98	0,00	0,00	51,99	0,00	0,00	51,99	0,00	0,00	0,00	51,99	0,00	51,99	-21,78	30,22
LAZIO	-991,40	-17,30	0,00	0,00	-1008,69	0,00	0,00	-1008,69	758,71	0,00	409,29	159,31	0,00	159,31	-66,23	93,07
ABRUZZO	8,12	4,16	0,00	0,00	12,28	0,00	0,00	12,28	39,35	0,00	0,00	51,63	0,00	51,63	-10,92	40,71
MOLISE	-64,69	-55,09	3,80	3,80	-115,98	0,00	0,00	-115,98	22,86	0,00	55,00	-38,12	11,00	-27,12	0,00	0,00
CAMPANIA	-497,51	-0,39	0,00	0,00	-497,89	0,00	0,00	-497,89	197,91	0,00	61,63	-238,36	166,14	-72,22	0,00	0,00
PUGLIA	-332,70	1,49	0,00	0,00	-331,22	0,00	0,00	-331,22	333,96	0,00	0,00	2,75	0,00	2,75	0,00	0,00
BASILICATA	-35,98	0,00	0,00	0,00	-35,98	0,00	0,00	-35,98	0,00	0,00	36,25	0,27	0,00	0,27	0,00	0,00
CALABRIA	-187,51	0,00	0,00	0,00	-187,51	0,00	2,22	-185,30	117,87	0,00	0,00	-67,42	53,70	-13,72	0,00	0,00
SICILIA	-34,06	0,00	0,00	0,00	-34,06	0,00	0,00	-34,06	316,45	0,00	0,00	282,38	0,00	282,38	-60,19	222,19
SARDEGNA	-283,56	0,00	0,00	0,00	-283,56	144,34	0,00	-139,22	0,00	0,00	0,00	-139,22	0,00	-139,22	0,00	0,00
TOTALE	-3628,35	22,79	-19,20	-19,20	-3624,76	724,29	604,05	-2296,43	1891,33	0,00	562,16	157,06	230,84	387,90	-177,48	400,79

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Tavola 6 segue

I risultati del monitoraggio per il 2010 e il 2011 (valori in milioni di euro)

2011	Risultati prima delle coperture	disavanzo / avanzo anni precedenti portato a nuovo	Rischi e altre rettifiche effettuate dal "Tavolo"	Risultati prima della copertura e compensivi di rischi e avanzo o disavanzo esercizi passati	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Stato Speciale	COBERTURE contabilizzate nel CE A01060	Risultato dopo coperture "programmate"	Getto fiscale anno 2012	Rideterminazione stima getto	Risorse regionali portate a copertura	risultati dopo coperture	superaliquote	risultati dopo coperture e dopo applic superaliquote	Ammortamenti non sterilizzati da TAVOLO	RISULTATO dopo le coperture con ammi. non sterilizzati da TAVOLO
PIEMONTE	-259,86	0,00	-0,50	-260,36	0,00	280,00	19,64	0,00	0,00	0,00	19,64	0,00	19,64	-14,39	5,25
VALLE D'AOSTA	-48,07	0,00	0,00	-48,07	49,18	0,00	1,11	0,00	0,00	0,00	1,11	0,00	1,11	0,00	1,11
LOMBARDIA	22,17	0,00	0,00	22,17	0,00	0,00	22,17	0,00	0,00	0,00	22,17	0,00	22,17	0,00	22,17
P.A. BOLZANO	-235,40	0,00	0,00	-235,40	241,36	0,00	5,96	0,00	0,00	0,00	5,96	0,00	5,96	-0,33	5,63
P.A. TRENTO	-228,43	0,00	0,00	-228,43	236,63	0,00	8,20	0,00	0,00	0,00	8,20	0,00	8,20	0,25	8,45
VENETO	1,28	0,00	0,00	1,28	0,00	46,97	48,25	0,00	0,00	0,00	48,25	0,00	48,25	-38,85	9,40
FRIULI V.G.	-62,72	0,00	0,00	-62,72	75,17	0,00	12,45	0,00	0,00	0,00	12,45	0,00	12,45	-4,40	8,05
LIGURIA	-133,36	0,00	-0,39	-133,74	0,00	0,00	-133,74	108,45	0,00	0,00	-25,30	0,00	-25,30	-10,50	-35,79
EMILIA R.	-58,83	0,00	0,00	-58,83	0,00	125,06	66,24	0,00	0,00	0,00	66,24	0,00	66,24	-28,47	37,76
TOSCANA	-40,01	-11,72	0,00	-51,73	0,00	61,68	9,95	0,00	0,00	0,40	10,35	0,00	10,35	-10,29	0,06
UMBRIA	18,75	0,00	0,00	18,75	0,00	0,00	18,75	0,00	0,00	0,00	18,75	0,00	18,75	-8,37	10,38
MARCHE	7,68	0,00	0,00	7,68	0,00	0,00	7,68	0,00	0,00	0,00	7,68	0,00	7,68	-6,15	1,53
LAZIO	-805,09	93,07	-10,00	-722,02	0,00	0,00	-722,02	766,48	25,78	0,00	70,24	0,00	70,24	-69,82	0,42
ABRUZZO	25,31	0,00	-6,78	18,52	0,00	0,00	18,52	38,14	17,90	0,00	74,56	0,00	74,56	-13,58	60,98
MOLISE	-35,08	-27,12	-0,93	-63,13	0,00	0,00	-63,13	24,04	1,30	0,00	-37,79	0,00	-37,79	-4,32	-42,11
CAMPANIA	-174,66	-72,22	-4,00	-250,88	0,00	0,00	-250,88	289,29	20,45	0,00	58,86	0,00	58,86	-81,30	-22,44
PUGLIA	-112,52	0,00	-1,86	-114,38	0,00	0,00	-114,38	239,03	-9,23	44,51	159,93	0,00	159,93	-6,04	153,89
BASILICATA	-34,63	0,00	-1,99	-36,61	0,00	0,00	-36,61	0,00	0,00	40,05	3,44	0,00	3,44	-1,64	1,80
CALABRIA	-124,27	-13,72	-2,12	-140,12	0,00	0,00	-140,12	128,25	-8,48	0,00	-20,36	0,00	-20,36	-15,13	-35,49
SICILIA	-23,81	0,00	-21,55	-45,36	0,00	0,00	-45,36	337,39	45,62	0,00	337,65	0,00	337,65	-75,42	262,22
SARDEGNA	-283,06	0,00	0,00	-283,06	101,77	0,00	-181,30	0,00	0,00	0,00	-181,30	0,00	-181,30	-38,71	-220,01
TOTALE	-2584,62	-31,71	-50,11	-2666,44	704,12	513,71	-1448,62	1931,07	93,32	84,96	660,73	0,00	660,73	-427,46	233,27

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Tavola 6 segue

I risultati del monitoraggio per il 2010 e il 2011 (valori in milioni di euro)

2010,00	Risultati prima delle coperture	disavanzo / avanzo anni precedenti portato a nuovo	Rischi e altre rettifiche effettuate dal "Tavolo"	Risultati prima della copertura e comprensivi di rischi e avanzo o disavanzo esercizi passati	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Stato Speciale	COBERTURE contabilizzate nel CE A01060	Risultato dopo coperture "programmate"	Gettito fiscale anno 2012	Rideterminazione stima gettito	Risorse regionali portate a copertura	risultati dopo coperture	superaliquote	risultati dopo coperture e dopo applie superaliquote	Ammortamenti non sterilizzati da TAVOLO	RISULTATO dopo le coperture con ammi ti non sterilizzati da TAVOLO
Regioni non in piano di rientro	-1.129,14	66,91	0,00	-1.062,23	724,29	201,83	-136,11	104,21	0,00	36,25	4,35	0,00	4,35	-40,14	44,81
Regioni in piano di rientro	-2499,21	-44,12	-19,20	-2562,53	0,00	402,22	-2160,32	1787,12	0,00	525,91	152,71	230,84	383,55	-137,34	355,98
Regioni con risultato positivo				92,34	0,00	0,00	92,34	39,35	0,00	0,00	131,70	0,00	131,70	-41,07	76,71
Regioni in perdita				-3717,11	724,29	604,05	-2388,77	1851,97	0,00	562,16	25,36	230,84	256,20	-136,40	324,07
Regioni ex piano	-368,98	0,00	0,00	-368,98	144,34	0,00	-224,64	104,21	0,00	0,00	-120,43	0,00	-120,43	-9,99	8,81
Regioni non in piano del nord	-749,12	0,00	0,00	-749,12	579,94	153,83	-15,35	104,21	0,00	0,00	88,86	0,00	88,86	-9,99	8,81
Regioni non in piano del centro	-60,48	66,91	0,00	6,43	0,00	48,00	54,43	0,00	0,00	0,00	54,43	0,00	54,43	-30,16	36,00
Regioni non in piano del sud	-319,54	0,00	0,00	-319,54	144,34	0,00	-175,20	0,00	0,00	36,25	-138,95	0,00	-138,95	0,00	0,00

Tavola 6 segue

I risultati del monitoraggio per il 2010 e il 2011 (valori in milioni di euro)

2011,00	Risultati prima delle coperture	disavanzo / avanzo anni precedenti portato a nuovo	Rischi e altre rettifiche effettuate dal "Tavolo"	Risultati prima della copertura e comprensivi di rischi e avanzo o disavanzo esercizi passati	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	COBERTURE contabilizzate nel CE A01060	Risultato dopo coperture "programmate"	Gettito fiscale anno 2012	Rideterminazione stima	Risorse regionali portate a copertura	risultati dopo coperture	superaliquote	risultati dopo coperture e dopo applic superaliquote	Ammortamenti non sterilizzati da TAVOLO	RISULTATO dopo le coperture con ammi. ti non sterilizzati da TAVOLO
Regioni non in piano di rientro	-1074,63	-11,72	-2,37	-1088,72	704,12	233,71	-150,89	108,45	0,00	40,45	-2,00	0,00	-2,00	-147,46	-149,46
Regioni in piano di rientro	-1509,99	-19,99	-47,74	-1577,72	0,00	280,00	-1297,72	1822,62	93,32	44,51	662,72	0,00	662,72	-280,00	382,73
Regioni con risultato positivo				68,40	0,00	46,97	115,37	38,14	17,90	0,00	171,41	0,00	171,41	-66,95	104,46
Regioni in perdita				-2734,84	704,12	466,74	-1563,98	1892,92	75,43	84,96	489,32	0,00	489,32	-360,51	128,81
Regioni ex piano	-416,42	0,00	-0,39	-416,81	101,77	0,00	-315,04	108,45	0,00	0,00	-206,59	0,00	-206,59	-49,21	-255,80
Regioni non in piano del nord	-743,35	0,00	-0,39	-743,73	602,35	172,03	30,65	108,45	0,00	0,00	139,09	0,00	139,09	-82,31	56,79
Regioni non in piano del centro	-13,59	-11,72	0,00	-25,31	0,00	61,68	36,37	0,00	0,00	0,40	36,77	0,00	36,77	-24,81	11,96
Regioni non in piano del sud	-317,69	0,00	-1,99	-319,68	101,77	0,00	-217,91	0,00	0,00	40,05	-177,86	0,00	-177,86	-40,35	-218,21

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

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 e i rischi valutati dal Tavolo di monitoraggio. L'ammontare della correzione richiesta sale a poco meno di 2,7 miliardi, rispetto ai 3,6 del 2010. Anche con il monitoraggio si evidenzia una riduzione delle perdite di circa il 25 per cento rispetto all'esercizio 2010.

Alcuni andamenti ulteriori vanno sottolineati:

il risultato complessivo delle regioni non in piano di rientro peggiora nell'anno del 2,5 per cento. Sono le regioni in piano a presentare il miglioramento più consistente, con una riduzione complessiva delle perdite di oltre il 38 per cento;

la quota sul totale riferibile a regioni in piano passa dal 69 per cento del 2010 a 58,4 per cento del 2011;

tornano a crescere le perdite nelle regioni da poco uscite da piani di rientro: a Liguria e Sardegna sono riconducibili perdite per circa 417 milioni, il 15,2 per cento del totale (contro il 10 per cento del 2010).

Alla copertura del disavanzo, oltre alle risorse già programmate in bilancio per il 2011, concorrono per 1.931 milioni le entrate fiscali attivate nelle regioni in piano (oltre che quelle della regione Liguria mantenute anche successivamente alla chiusura del piano), i maggior gettiti netti legati alla rideterminazione delle stime per gli anni pregressi e ulteriori risorse regionali per 84 milioni (in forte e netto calo rispetto al precedente esercizio in cui avevano superato i 560 milioni).

Guardando alle regioni non impegnate nei piani di rientro, il risultato complessivo nel 2011, al netto delle coperture scontate nei conti economici, presenta perdite per circa 352 milioni, tutte concentrate in tre regioni: Liguria, Sardegna e Basilicata. A chiusura dei Tavoli di monitoraggio, di queste ne risultano coperte poco meno di 150 milioni, attraverso l'utilizzo della leva fiscale (108 milioni) e con ulteriori risorse di bilancio (40 milioni)

Per le regioni in piano di rientro, le perdite da coprire al netto delle somme già programmate sono di poco inferiori ai 1.335 milioni cui fanno fronte con entrate fiscali per circa 1.900 milioni (1.820 frutto dello sforzo fiscale connesso ai piani e 80 milioni della revisione delle stime di gettito per l'ultimo triennio) e risorse di bilancio per 40 milioni. Dopo le coperture rimangono da individuare risorse per 51 milioni circa per il Molise e la Calabria. Un dato nettamente più favorevole rispetto allo scorso anno, che aveva richiesto l'attivazione della maggiorazione delle aliquote oltre a limite già previsto con un gettito atteso di 230 milioni.

I piani di rientro

10. Nel corso del 2011 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 e la sottoscrizione dei Piani di rientro da parte delle regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna³ ed esteso in seguito alla regione Calabria, al Piemonte e alla Puglia. Un processo che vede coinvolte le amministrazioni centrali nel

³ 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.

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).

Al di là dei risultati economici, riassunti nella tavola, nel seguito si dà conto dei principali sviluppi dei programmi previsti a livello regionale, ponendo a confronto i dati programmatici con i risultati ottenuti.

11. La Regione Abruzzo ha approvato nel corso del 2011 il Programma Operativo 2011-2012, che prevede interventi su diversi campi: la promozione della qualità; la razionalizzazione nella gestione del personale; il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera; la definizione tetti per le prestazioni ospedaliere; le cure palliative; la riqualificazione dell'assistenza territoriale; la riduzione della spesa annua per incarichi di consulenza; la piena operatività della tessera sanitaria.

Il programma trae origine da una analisi delle principali criticità che condizionano i risultati regionali: un costo per il personale dipendente particolarmente elevato in rapporto alla dimensione delle prestazioni rese dalle strutture pubbliche, un saldo della mobilità in peggioramento, un onere crescente per la spesa farmaceutica convenzionata, un numero di posti letto pubblici superiore allo standard regionale, la necessità di consolidare il risultato economico dell'esercizio 2010 distorto dalla chiusura temporanea di alcune strutture. Rimane da adottare, secondo quanto previsto dal DL 98/2011, il Piano sanitario, trasmesso dalla regione ai Ministeri competenti per le relative osservazioni.

Nell'esercizio, il monitoraggio della gestione ha portato a evidenziare criticità specie sul fronte della gestione della rete ospedaliera, condizionata dall'annullamento da parte del TAR di alcune delibere del Commissario regionale che avevano dato avvio al processo di riconversione di alcuni presidi ospedalieri di dimensioni minori. Progressi sono stati ottenuti, invece, nelle procedure per il consolidamento della rete dei laboratori di analisi. Assunto come indicatore minimo di attività i 200.000 esami prodotti in un anno, la regione ha previsto procedure di accorpamento attraverso l'istituzione di consorzi.

Sul fronte della spesa farmaceutica, confermata la compartecipazione alla spesa, si è puntato su un accentramento degli acquisti e sulla regolamentazione della somministrazione dei farmaci nelle strutture territoriali. Pur se ampiamente superiore al tetto del 2,4 per cento, risulta in lieve contenimento rispetto al precedente esercizio la spesa ospedaliera.

Sottoscritti i contratti per il biennio 2011/2012 con 44 delle 63 strutture private, è stato definito il budget per gli erogatori privati accreditati per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: lo schema di contratto non è stato ancora sottoscritto, così come non risultano concluse le procedure di accreditamento nei termini previsti.

Sul fronte della spesa per il personale, la regione ha definito le Unità Organizzative da razionalizzare entro il 2012 con l'obiettivo di garantire e migliorare la qualità dell'assistenza, la riduzione della mobilità passiva, le garanzie dei LEA e l'equilibrio economico.

Nella regione Abruzzo il 2011 si chiude con un risultato positivo. Il monitoraggio annuale ha messo in evidenza un avanzo "prima delle coperture" di 18,5 milioni pur considerando rischi e rettifiche per 6,7 milioni.

Tavola 7

LE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO: PREVISIONI E CONSUNTIVI DI SPESA (importi in milioni)

	PIEMONTE			LAZIO			ABRUZZO			MOLISE			CAMPANIA			PUGLIA			SICILIA			
	PROG 2011	CE 4° 2011		PROG 2011	CE 4° 2011		PROG 2011	CE 4° 2011		PROG 2011	CE 4° 2011		PROG 2011	CE 4° 2011		PROG 2011	CE 4° 2011		PROG 2011	CE 4° 2011		
	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	
ACQUISITIDIBENI	1.229,0	1.263,4	34,5	1.296,5	1.341,6	45,0	366,4	365,8	-0,5	87,2	92,5	5,3	1.085,4	1.127,8	42,4	1.030,2	1.084,2	54,0	953,8	981,7	27,9	
PERSONALE	2.944,3	2.935,6	-8,8	1.821,9	2.988,7	1.166,7	767,5	774,2	6,7	203,9	209,2	5,3	3.099,4	3.038,2	-61,2	2.087,0	2.123,6	36,6	3.014,2	2.936,2	-77,9	
ACCANTONAMENTITIPICI	13,1	17,0	4,0	166,3	79,1	-87,1	77,2	57,1	-20,1	2,3	15,5	13,1	202,3	475,2	272,9	51,4	91,7	40,3	142,0	255,0	113,0	
COMPARTICIPAZIONE PERSONALE	99,8	106,6	6,8	122,0	116,1	-5,9	14,7	15,4	0,7	1,8	1,8	0,0	47,2	45,9	-1,2	42,6	39,1	-3,5	50,7	40,9	-9,8	
INTRAMEDIA	263,2	288,1	24,8	380,4	440,1	59,7	47,3	55,0	7,7	17,2	15,5	-1,7	227,9	265,4	37,5	161,6	132,5	-29,1	127,4	119,7	-7,7	
ALTRISERVIZISANIFARIENON SANITARI	327,3	337,8	10,5	684,8	751,3	66,5	95,4	98,7	3,3	26,2	26,0	-0,2	412,2	422,6	10,3	297,6	311,7	14,1	224,1	215,6	-8,5	
SERVIZIAPPALTATI	148,0	159,7	11,7	116,6	120,5	3,9	67,6	63,4	-4,2	8,0	12,1	4,1	140,9	137,3	-3,6	116,9	120,0	3,1	126,5	128,5	2,1	
MANUTENZIONERIPARAZIONI	88,8	95,7	6,9	87,9	96,9	9,0	24,2	23,0	-1,2	3,4	2,8	-0,5	71,5	67,7	-3,8	46,8	39,9	-6,9	57,0	46,0	-10,9	
GODIMENTO DIBENIDITERZI	170,1	165,6	-4,4	237,3	171,0	-66,3	57,1	54,7	-2,4	10,9	13,2	2,4	205,7	177,2	-28,6	142,0	135,1	-6,9	166,8	179,6	12,9	
SPESAMMINISTRATIVEE GENERALI	19,8	24,6	4,9	166,7	140,8	-25,9	6,9	2,2	-4,6	0,0	2,2	2,2	59,7	24,6	-35,1	13,8	12,3	-1,5	43,6	46,3	2,6	
ONERIFINANZIARI	226,2	226,5	0,2	239,3	234,0	-5,3	57,4	59,4	1,9	15,3	15,8	0,5	238,3	250,1	11,8	156,4	163,0	6,6	224,7	222,9	-1,8	
IMPOSTEF TASSE	6,2	18,0	11,8	0,1	82,3	82,2	21,8	18,2	-3,6	-1,2	1,4	2,6	183,8	76,2	-107,6	55,6	95,4	39,8	70,9	18,8	-52,1	
COSTITRAORDINARI	477,1	474,2	-2,9	606,9	609,3	2,4	152,3	152,2	-0,1	51,5	51,1	-0,4	647,4	653,1	5,7	484,4	500,8	16,5	575,7	589,1	13,4	
ASSISTENZA SANITARIA DIBASE	742,6	697,8	-44,9	1.085,5	1.094,2	8,7	259,8	250,6	-9,1	54,9	55,0	0,2	1.008,2	956,4	-51,8	848,3	723,7	-124,5	980,4	955,1	-25,2	
FARMACEUTICA	273,2	275,2	2,0	537,7	522,8	-14,8	50,6	56,6	5,9	29,4	35,6	6,2	754,1	761,6	7,5	229,5	246,1	16,6	531,9	519,6	-12,3	
SPECIALISTICA	177,3	178,1	0,9	214,7	220,1	5,4	66,6	74,5	7,9	15,3	16,7	1,4	270,0	272,8	2,8	250,6	242,3	-8,2	157,2	167,8	10,5	
RIABILITATIVA	186,2	191,9	5,7	251,0	248,2	-2,8	25,9	25,2	-0,7	6,4	7,1	0,7	167,2	165,9	-1,3	125,6	113,3	-12,3	184,5	195,8	11,3	
INTEGRATIVA	586,0	566,9	-19,1	475,6	495,8	20,2	89,9	90,8	0,8	20,0	21,4	1,3	164,8	181,1	16,3	274,0	238,1	-35,9	355,2	341,6	-13,6	
ALTREPRESTAZIONI	534,4	546,1	11,8	1.347,3	1.378,8	31,6	136,9	127,9	-9,0	75,2	70,0	-5,1	812,6	825,0	12,4	774,6	721,2	-53,4	691,8	699,2	7,4	
OSPEDALIERA	8.512,6	8.568,9	56,3	9.838,4	11.131,6	1.293,2	2.385,5	2.364,9	-20,6	627,6	665,0	37,3	9.798,7	9.924,1	70,4	7.189,0	7.134,2	-54,9	8.678,3	8.659,6	-18,7	
TOTALE																						

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Tavola 7 segue

LE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO: PREVISIONI E CONSUNTIVI DI RICAVO (importi in milioni)

	PIEMONTE			LAZIO			ABRUZZO			MOLISE			CAMPANIA			PUGLIA			SICILIA		
	PROGR 2011	CE 4° 2011		PROGR 2011	CE 4° 2011		PROGR 2011	CE 4° 2011		PROGR 2011	CE 4° 2011		PROGR 2011	CE 4° 2011		PROGR 2011	CE 4° 2011		PROGR 2011	CE 4° 2011	
	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a	a	b	c=b-a
CONTRIBUITA REGIONE (QUOTA INDISTINTA)	7.738,7	7.702,9	-35,8	9.604,6	9.627,5	22,9	2.284,0	2.294,2	10,1	545,8	555,3	9,4	9.245,0	9.291,4	46,4	6.783,9	6.814,6	30,7	8.417,8	8.429,8	12,0
CONTRIBUITA REGIONE (QUOTA VINCOLATA)	143,1	140,6	-2,6	188,6	186,3	-2,3	43,1	42,0	-1,1	11,0	11,4	0,4	190,8	187,9	-2,9	134,5	129,4	-5,2	150,3	140,1	-10,2
CONTRIBUITA REGIONE EXTRA FONDO	250,0	280,0	30,0	19,7	27,3	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,1	34,2	34,2	0,0	0,1	20,4	20,3
CONTRIBUITI C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	37,0	46,8	9,8	113,9	109,7	-4,2	22,0	18,0	-4,0	0,0	4,5	4,4	23,1	24,1	1,0	28,1	32,0	3,9	37,7	38,7	1,0
CONTRIBUITI C/ESERCIZIO DA PRIVATI	5,0	3,9	-1,1	7,0	6,6	-0,4	0,5	1,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5	-0,4	0,2	0,1	-0,1	0,9	0,5	-0,4
RICAVI PER PRESTAZIONISANITARIE DA PUBBLICI	6,8	10,4	3,7	0,3	34,7	34,3	1,2	1,3	0,0	0,1	0,1	0,0	0,8	0,3	-0,5	7,5	6,5	-1,0	2,4	3,0	0,7
RICAVI PER PRESTAZIONISANITARIE DA PRIVATI	25,3	26,4	1,1	0,7	71,0	70,3	12,6	13,6	1,0	3,3	3,0	-0,3	24,8	27,6	2,8	24,8	20,8	-4,1	37,6	34,5	-3,1
RICAVI PER PRESTAZIONINON SANITARIE	0,0	0,0	0,0	1,5	1,6	0,1	2,4	0,5	-1,9	0,4	0,4	0,0	1,7	1,2	-0,5	0,2	0,2	0,0	4,6	4,5	-0,2
CONCORSI RECUPERIE RIMBORSI PER ATTIVITÀ TIPICHE	54,4	54,4	0,0	52,8	33,4	-19,4	3,7	3,7	0,1	0,6	0,5	-0,1	50,4	44,6	-5,8	20,3	14,0	-6,3	28,4	22,8	-5,6
COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA - TICKET	114,7	125,2	10,4	135,6	137,6	2,0	35,2	37,8	2,6	6,6	6,5	0,0	56,0	58,0	2,1	58,3	57,2	-1,1	12,0	42,2	30,1
ENTRATE VARIE	28,5	38,9	10,4	8,1	10,2	2,0	1,4	3,3	2,0	1,7	0,6	-1,2	16,7	15,3	-1,4	5,9	5,5	-0,4	6,6	7,9	1,3
INTERESSI ATTIVI	0,0	0,1	0,1	0,9	0,4	-0,5	0,1	0,5	0,4	0,2	0,1	-0,2	1,8	1,8	0,0	1,4	1,6	0,2	2,4	0,3	-2,2
RICAVI INTRAMOENIA	107,3	113,7	6,4	11,6	113,0	101,3	16,0	15,8	-0,2	1,6	1,9	0,3	50,1	45,9	-4,1	47,2	43,3	-3,9	48,3	41,5	-6,8
PLUSVALENZE	-0,2	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	-0,6	0,4	0,6	0,2
SOPRAVVENIENZE ATTIVE	-9,1	14,2	23,3	0,0	57,9	57,9	13,6	31,9	18,4	0,0	16,6	16,6	21,0	33,2	12,2	15,3	14,4	-0,9	27,9	17,9	-10,0
INSUSISTENZE ATTIVE	-8,7	28,1	36,8	0,0	21,2	21,2	6,0	8,1	2,1	0,0	0,0	0,0	38,3	17,8	-20,5	39,6	17,0	-22,6	12,6	36,6	24,0
TOTALE RICAVI	8.492,8	8.585,7	92,8	10.145,3	10.438,2	292,9	2.441,7	2.472,3	30,6	571,4	600,8	29,3	9.721,6	9.750,8	29,2	7.202,0	7.190,9	-11,1	8.789,9	8.841,2	51,3

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

Le entrate fiscali stimate pari a 38,1 milioni e la rideterminazione del gettito in crescita di 17,9 milioni consentono di confermare un risultato positivo per quasi 61 milioni anche considerando 13,5 milioni di ammortamento non sterilizzati.

Tali importi non comprendono le ulteriori entrate, pari a 10 milioni, derivanti dal bollo auto che, sulla base della legge regionale, sono destinate alla sanità. Qualora la regione intendesse destinare a settori diversi dalla sanità tali entrate che, alla luce dei risultati raggiunti, non sembrano più necessari alla garanzia dell'equilibrio del SSR, è necessaria una modifica normativa. Il Tavolo e il comitato rilevano, tuttavia, che la valutazione circa l'eventuale eccedenza della copertura derivante dalla leva fiscale potrà essere effettuata solo sulla base dei dati definitivi relativi all'esercizio 2011.

Il miglioramento del risultato economico emerge anche ove si guardi alla differenza tra quanto previsto e realizzato nell'anno. I costi risultano inferiori per 21 milioni a quanto programmato, mentre superiori di 30,6 milioni sono i ricavi complessivi. Sul buon risultato in termini gestionali ha inciso sia la gestione diretta (con costi inferiore alle attese per circa 14 milioni), che la gestione in convenzione, soprattutto per quanto riguarda la farmaceutica e l'ospedaliera a fronte dei maggiori oneri, rispetto al previsto, della specialistica e della riabilitativa.

12. Il Programma operativo 2011-2012 approvato dalla regione Campania nel giugno 2011 prevede interventi per il potenziamento della *governance* regionale, la riqualificazione della rete ospedaliera e della assistenza territoriale, il miglioramento degli interventi per la prevenzione, la veterinaria e l'igiene degli alimenti.

Ad essi vanno aggiunti la razionalizzazione nella gestione del personale, il contenimento della spesa farmaceutica, gli interventi riguardanti l'accreditamento, la compartecipazione e la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi (comprese le prestazioni garantite dalle strutture private accreditate e dalle strutture universitarie) e la revisione delle tariffe.

Approvato nel 2010 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, nell'esercizio sono stati adottati i piani attuativi di 7 Asl e 6 aziende ospedaliere.

Nell'anno è stato approvato il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 e sono stati assunti provvedimenti finalizzati ad implementare la rete territoriale per anziani, residenziale e domiciliare e la rete territoriale dell'emergenza, anche se, come evidenziato dal monitoraggio, non risulta chiarito con gli interventi attuati come la Regione intenda raggiungere il fabbisogno di prestazioni, considerando che solo il 50 % delle RSA risulta pianificato.

Sono stati sottoscritti i contratti di erogazione delle prestazioni con oltre il 90 per cento dei soggetti privati. Il monitoraggio ha evidenziato ritardi nella definizione dei fondi contrattuali e nel procedimento di accreditamento (diversi provvedimenti legislativi sono stati impugnati dal Governo per diversi profili di incostituzionalità). E' stato inoltre evidenziata la sola parziale erogazione da parte della regione delle risorse trasferite dallo Stato e destinate al SSR di competenza del 2011.

Con riferimento al debito ed in particolare all'erogazione dell'importo residuo a valere sull'anticipazione straordinaria autorizzata ai sensi della legge finanziaria per il 2008 (pari a complessivi 1.180 milioni), il Tavolo ha verificato la sussistenza delle condizioni per l'erogazione di 134 milioni. L'importo sarà reso disponibile non appena la Regione disporrà delle necessarie coperture per le relative rate di ammortamento. Quanto all'ulteriore quota di 180 milioni, da corrispondere a saldo dell'importo suddetto, essa potrà essere corrisposta solo a seguito della presentazione da parte della Regione di un quadro aggiornato del debito sanitario cumulato fino al 2005, ancorché pagato con risorse di competenza di esercizi successivi.

Quanto allo smaltimento dello stock di debito, è stato predisposto un programma di pagamenti per circa 600 milioni, mentre una quota rilevante resta ancora da definire anche a causa della presenza di numerose partite da regolarizzare.

Anche al fine di non compromettere tale piano di smaltimento del debito, Tavolo e Comitato hanno valutato che sia possibile erogare alla regione una quota pari a 300 milioni delle spettanze residue a

tutto l'anno 2011 (su 867 milioni complessivi, relativi a fondi finalizzati e a gettito IRAP e addizionale regionale IRPEF 2010 e 2011), condizionando l'erogazione della restante quota al superamento delle criticità e inadempienze segnalate in sede di verifica.

Nonostante la forte riduzione del disavanzo riferibile alla gestione (ridottosi dai 497,5 milioni del 2010 ai 174,7 del 2011) il risultato complessivo della regione Campania certificato dal Tavolo (comprensivo di ammortamenti non sterilizzati per 81,3 milioni) è ancora negativo per 42,1 milioni. Alla perdita di gestione devono aggiungersi infatti 72,2 milioni di disavanzi pregressi non coperti e 4 milioni di rischi e rettifiche. Le maggiori entrate per 289,3 milioni e la rideterminazione del gettito pregresso garantiscono, infatti, l'integrale copertura del risultato economico, ma non consentono di finanziare pienamente gli ammortamenti non sterilizzati.

Alla luce di tali esiti, come evidenziato dal Tavolo e dal Comitato LEA, vi sono le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla normativa vigente, vale a dire l'incremento delle aliquote fiscali di IRAP e dell'addizionale IRPEF per l'anno di imposta in corso, rispettivamente, di 0,15 e 0,30 punti, l'applicazione del blocco del turn over del personale del SSR fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

A consuntivo, i costi sono risultati superiori di oltre 70 milioni rispetto alle previsioni. Tale scostamento è da ricondurre alla gestione diretta: la riduzione oltre le attese della spesa di personale, delle spese amministrative, degli oneri per interesse e dei costi straordinari sono state più che assorbite dall'aumento degli acquisti di beni e, soprattutto, degli accantonamenti. Il buon risultato in termini di farmaceutica (-51,8 milioni rispetto alle previsioni) ha consentito di compensare una crescita dell'ospedaliera, delle altre prestazioni e della specialistica nel complesso superiore ai 38 milioni. Sul risultato complessivo ha inciso l'entità dei contributi trasferiti dalla regione come trasferimento indistinto, superiori a consuntivo di 46 milioni a quanto preventivato inizialmente.

13. Con i Programmi Operativi 2011-2012 la regione Molise ha previsto interventi in materia di *governance* e riqualificazione della rete ospedaliera e di assistenza territoriale; misure per la razionalizzazione della gestione del personale e degli acquisti di beni e servizi e per il contenimento della spesa farmaceutica. Sono stati programmati interventi per la gestione delle forniture dalle strutture private accreditate.

I provvedimenti relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera prevedevano la revisione delle dotazione complessiva dei posti letto. Si trattava della riconversione di tre ospedali⁴ e di interventi su tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private secondo le linee di analisi evidenziate dal monitoraggio. In fase attuativa è stata disposta una parziale riconversione di alcune strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e si è previsto un'ulteriore riduzione di posti letto per le strutture ospedaliere (i provvedimenti sono stati tuttavia sospesi dal Tar del Molise). Con 865 posti letto pubblici e 455 posti letto privati, la regione sarebbe in linea con i parametri del Patto per la salute 2010-2012.

In materia di assistenza territoriale, sono state individuate le fasce di livello assistenziale e le relative tariffe: vari aspetti del provvedimento adottato dalla regione sono stati, tuttavia, oggetto di rilievo

⁴ Agnone, Larino, Venafro.

da parte del monitoraggio⁵. Non sono stati, inoltre, previsti interventi nell'area dell'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale agli anziani e ai disabili.

Continua a persistere una alta conflittualità, in particolare, con le maggiori strutture private operanti nella Regione⁶. Il contenzioso ha assunto connotazioni più complesse del passato e ha sempre maggiore impatto sulle risorse del SSR⁷.

Gli altri erogatori privati (per prestazioni specialistiche ambulatoriali, attività di ricovero ospedaliero, attività riabilitative) hanno sottoscritto i contratti 2011. Gli importi di tali accordi sono risultati tuttavia superiori a quanto indicato nel P.O. 2011-2012 con previsioni contrattuali che non garantiscono il rispetto del budget assegnato.

Permangono situazioni di criticità riguardo al personale, rispetto a cui risultano adottati provvedimenti in contrasto con il piano di rientro, per quanto riguarda in particolare il blocco del turn over e i comandi.

Non risultano, infine, trasmessi ai Ministeri competenti i chiarimenti richiesti in merito alla situazione patrimoniale, e continuano a permanere non soddisfacente la situazione relativa alla completezza e trasparenza dei dati contabili.

La regione Molise ha chiuso il 2011 con un disavanzo (comprensivo di perdite pregresse e rischi e rettifiche per 28 milioni) di oltre 63 milioni. Il gettito fiscale aggiuntivo e la rideterminazione delle entrate pregresse hanno assicurato solo una parziale copertura. Il disavanzo (comprensivo di ammortamenti non sterilizzati per 4,3 milioni) per il quale deve essere ancora trovata copertura è di 42,1 milioni. Si verificano, pertanto, i presupposti per l'applicazione degli automatismi fiscali.

Alla luce delle complessive criticità, i Tavoli hanno ritenuto non verificati i presupposti per erogare alla regione le spettanze residue l'accesso ai fondi FAS per consentire la copertura del disavanzo a tutto il 2009. Dalla verifica dell'aprile scorso del consuntivo dell'esercizio, non emerge, infine, il superamento delle criticità già segnalate nel corso del 2011 che giustificerebbero l'attivazione della procedura prevista dall'articolo 2, comma 84, della legge 191/2009 che, in presenza di ripetuti inadempimenti del presidente della regione nominato commissario *ad acta*, attribuisce al Consiglio dei Ministri poteri sostitutivi per l'attuazione del piano di rientro e la possibilità di nominare dei sub commissari.

Il confronto tra gli importi programmati e i risultati ottenuti consente di evidenziare le ragioni dello squilibrio. I maggiori costi per 37,3 milioni sono stati solo in parte compensati da maggiori entrate per 29,3. Superiori alle attese sono risultati soprattutto i costi della gestione diretta, di cui 10,5 milioni per acquisti di beni e oneri per il personale e oltre 13 milioni per accantonamenti, manutenzioni godimento di beni di terzi e spese generali. La riduzione della spesa per ospedali in convenzione

⁵ Le linee guida e regolamenti, l'apporto dei medici nelle RSA delle due fasce d'intensità la distinzione tra la fascia medio bassa e le residenze protette, i criteri utilizzati per determinare le tariffe, la definizione delle tipologie assistenziali.

⁶ L'Università Cattolica del Sacro Cuore, che gestisce il "Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche" di Campobasso e l'Istituto Neuromed.

⁷ Riguardo, ad esempio, al contenzioso promosso dalla Università Cattolica il TAR Molise ha ritenuto illegittimi gli atti di ritiro assunti dal Commissario ad acta, a ciò sollecitato dai Tavoli tecnici). Oggetto del contenzioso è il ritiro di un Accordo che prevedeva l'assunzione di oneri extra tariffari, per prestazioni sanitarie rese a carico del SSR dal Centro di Ricerca "Giovanni Paolo II", a "copertura" di alcune voci di spesa. Secondo quanto emerge dai verbali dei Tavoli di verifica, il "valore della controversia" supera i 90 milioni di euro. (...) Qualora si scontassero gli effetti correlati alla DGR 638/2008, valutati dalla regione in circa 40 milioni di euro per la sola farmaceutica, il predetto peggioramento del disavanzo, rilevato anche in un'analisi comparativa, sarebbe ulteriormente peggiorato di 7 punti percentuali (dal 14,3% al 21,1%). Nel 2011 Neuromed e la Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II (nella quale, a decorrere dal giugno 2011, è confluito il Centro gestito dall'Università Cattolica) hanno sottoscritto accordi contrattuali oggetto di numerosi rilievi da parte dei Ministeri affiancanti.

(soggetta tuttavia al contenzioso di cui si diceva in precedenza) ha consentito di contenere gli incrementi rispetto al programmato delle spese per la specialistica (+21 per cento) e della riabilitativa (+9 per cento).

14. La regione Lazio ha approvato nel dicembre 2010 il Programma Operativo 2011-2012. Il programma prevede interventi per la riqualificazione della rete ospedaliera e assistenza territoriale, per la prevenzione e l'assistenza farmaceutica. Il miglioramento della gestione si basa su interventi sul personale e sul sistema degli acquisti nonché sulla ridefinizione dei rapporti contrattuali con le università.

Sul fronte delle strutture ospedaliere è in corso la riconversione e la chiusura dei piccoli ospedali, e la definizione dell'integrazione di un nuovo ospedale all'interno della rete⁸. Sono state disattivate 20 delle 24 strutture ospedaliere di cui era prevista la disattivazione dell'attività per acuti⁹.

La riconversione delle strutture ospedaliere prevede la costituzione dei Centri clinico-assistenziali distrettuali (CeCAD), nei quali hanno un ruolo di rilievo i MMG e gli altri professionisti operanti nell'area delle cure primarie e intermedie. La caratteristica prevalente di tali strutture è quella di integrare le diverse funzioni. In sede di monitoraggio è stata tuttavia rilevata la commistione di funzioni ospedaliere e territoriali nell'ambito di un stessa struttura. Sono state avanzate, in particolare, perplessità sulla trasformazione di presidi ospedalieri in presidi territoriali, con il mantenimento di posti letto ospedalieri. Ritardi si registrano nella realizzazione di vari obiettivi relativi all'area territoriale (ad es. gli accordi con i medici di medicina generale e la riorganizzazione dell'offerta neuropsichiatrica).

La legge regionale in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private è stata impugnata dal Governo avanti la Corte Costituzionale, aprendo forti criticità nell'azione amministrativa regionale. È stato, quindi, individuato in via legislativa un nuovo percorso che permetta il passaggio dall'accreditamento provvisorio all'accreditamento definitivo delle strutture private accreditate affidato ad una apposita struttura regionale. Il monitoraggio ha chiesto di non procedere a nuove autorizzazioni all'esercizio, o a nuovi accreditamenti, fino al completamento del processo di accreditamento definitivo che, a fine esercizio, non risultava completato.

Non concluso anche il processo di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati, mentre criticità, anche gravi, sono state riscontrate dal monitoraggio in taluni accordi con singoli erogatori e gruppi di erogatori¹⁰.

Manca inoltre un quadro definito delle assunzioni del personale e di un sistema sanzionatorio per coloro che non rispettino le direttive Commissariali in merito. Per queste ragioni i Tavoli di monitoraggio non hanno espresso parere favorevole alla deroga, nella misura del 10%, al blocco del turn over.

In relazione ai ritardi nell'attuazione del piano di rientro e delle criticità sopra ricordate, i Tavoli hanno ritenuto che non sia possibile procedere all'erogazione delle spettanze residue.

Nel Lazio il risultato, pur in miglioramento, si presenta sempre in forte disavanzo "prima delle coperture". Il Tavolo di verifica ha accertato una perdita di 722 milioni (al netto di avanzi di precedenti esercizi per 93 milioni e rischi e rettifiche per 10 milioni). Il gettito fiscale e la rideterminazione delle entrate di esercizi passati consentono di coprire tale risultato oltre che gli ammortamenti non sterilizzati, valutati dal Tavolo di verifica pari a circa 79 milioni.

Il risultato raggiunto nell'anno risente di un andamento dei costi superiore al previsto per 1.293 milioni. Uno scostamento di tutto rilievo, da ricondurre prevalentemente a spese per il personale superiori alle attese, a cui si aggiungono

⁸ Nuovo Ospedale dei Castelli.

⁹ Non risultano attuate le chiusure delle strutture ospedaliere di Subiaco, Monterotondo, Anagni e di Bracciano (per quest'ultima è intervenuta una ordinanza di sospensione del TAR Lazio).

¹⁰ Manca l'accordo con il Policlinico Gemelli, sono stati avanzati rilievi sull'Accordo con la Fondazione Santa Lucia, con l'Aurelia Hospital, il San Raffaele Pisana, l'Ospedale Israelitico e il Campus Bio Medico.

limitate eccedenze di spese per acquisto di beni (+3,5 per cento rispetto al programmato), e alcuni servizi in convenzione (l'ospedaliera, la riabilitativa e la farmaceutica).

15. La regione Sicilia ha adottato nel 2010 il Programma operativo 2010-2012 . Nel programma si prevedeva un processo di dismissione delle funzioni ospedaliere, che nel 2011 è stato attuato per l' 82 per cento. Nell'anno sono stati rivisti, inoltre, i valori soglia di ammissibilità al ricovero ordinario per ciascun DRG e definite le tariffe delle prestazioni che vengono trasferite dal regime di *day hospital* a quello di *day service*.

E' stato completato il processo di riordino del sistema di emergenza urgenza con la definizione della convenzione quadro Regione - SEUS.

La regione ha adottato numerosi interventi per l'assistenza territoriale agli anziani (residenziale e domiciliare)¹¹, e ha avviato iniziative per incrementare le cure domiciliari a favore di soggetti fragili, comparto che continua, tuttavia, a presentare elementi di criticità.

Per la valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica territoriale è stato istituito l'Osservatorio Regionale delle Prestazioni Sanitarie così come per il monitoraggio della rete dei laboratori è stato istituito il Centro regionale per l'implementazione, l'assicurazione ed il controllo della Qualità nei laboratori. Oltre a rivedere l'elenco dei laboratori privati convenzionati, è stato predisposto un nuovo "Piano di aggregazione" che mira a promuovere l'aggregazione di laboratori con volumi di produzione inferiori alle 200.000 prestazioni annue. La Regione ha adottato schemi tipo dei contratti da utilizzare per gli acquisti dei servizi sanitari dagli erogatori privati, ma manca una completa verifica della effettiva sottoscrizione dei contratti per il 2011. Le procedure di accreditamento sono state avviate con ritardo solo nel 2011. Al 31/08/2011 sono state trasmesse circa 1.900 istanze di verifica di strutture sanitarie private, il 75% delle quali sono state definite.

Permangono, infine criticità, per quanto riguarda il collegamento in rete dei medici previsto dal Sistema Tessera sanitaria.

Nel corso dell'anno la Regione ha proceduto alla rideterminazione dei tetti di spesa per l'anno 2011 del personale delle Aziende del SSR; alla predisposizione del quadro riepilogativo delle nuove dotazioni organiche; alla predisposizione delle Linee Guida per l'adozione dell'atto aziendale; all'approvazione del Piano regionale straordinario per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Rimane aperto il problema legato al disegno di legge regionale 801/2011 (legge di stabilità regionale 2012), che dispone la compartecipazione al finanziamento del fabbisogno sanitario al livello del 49,11 per cento¹² limitatamente all'esercizio 2012, subordinando, per gli esercizi successivi, l'erogazione dei livelli di assistenza all'erogazione di ulteriori risorse a carico dello Stato. Si verificherebbe pertanto, secondo quanto segnalato dai Tavoli, una inadempienza tale da mettere a rischio l'attuazione del piano di rientro, che sconta tra le entrate il suddetto apporto da parte della regione.

Per questo motivo i Tavoli, pur registrando gli aspetti positivi nell'attuazione del piano, non avendo la regione assicurato il ripristino della quota di Fondo sanitario decorrere dal 2013, non hanno ritenuto possibile erogare le somme di spettanza.

¹¹ L'Accordo Integrativo Regionale di Pediatria di libera scelta; la dislocazione dei PUA all'interno della Regione Sicilia; la sottoscrizione, tra l'Assessorato della Salute e l'Assessorato della Famiglia e delle politiche Sociali, di un protocollo d'intesa per la gestione condivisa dei settori materno infantile, disabili, anziani e non autosufficienti, dipendenze patologiche, persone vulnerabili, immigrati.

¹² Come previsto dall'articolo 1, comma 830, della legge 296/2006.

Per il secondo anno la gestione della sanità in Sicilia sembra aver riportato gli squilibri economici entro margini ben più contenuti del passato. Anche considerando le stime per rischi e rettifiche effettuate dal Tavolo (22 milioni), la perdita complessiva risulta pari a 45,4 milioni. Le maggiori entrate per lo sforzo fiscale e la rideterminazione delle stime di gettito (nel complesso maggiori entrate per 383 milioni) consentono con largo margine la copertura anche degli ammortamenti non sterilizzati paria oltre 75 milioni.

Il confronto tra i valori a preventivo e i risultati evidenzia costi inferiori per 18,7 milioni. Si tratta di un risultato anche quest'anno frutto prevalentemente di una migliore performance della gestione in convenzione, mentre nella gestione diretta alla forte riduzione delle spese di personale (circa 78 milioni inferiori alle attese) e dei costi straordinari (-52 milioni) ha corrisposto una maggiore spesa per l'acquisto di beni ed un forte incremento degli accantonamenti. La riduzione oltre al previsto della spesa per farmaci (25 milioni), della specialistica (12 milioni) e delle altre prestazioni in convenzione (14 milioni) ha consentito di riassorbire le eccedenze di spesa al di sopra dello stimato per l'assistenza di base, la riabilitativa, l'integrativa e l'ospedaliera.

16. E' proseguita nell'anno l'attuazione del piano di rientro della regione Calabria. La regione ha proceduto alla disattivazione di 6 presidi ospedalieri, e di 3 punti nascita presso altrettanti presidi ospedalieri, ridefinendo per ciascuna struttura la dotazione di posti letto per singola disciplina.

In sede di monitoraggio è stato richiesto che la Regione allinei le unità operative semplici con gli standard di dotazione in corso di approvazione da parte del Comitato LEA. A fine esercizio non era stata completata la riconversione di 12 strutture come, invece, indicato dal piano di riorganizzazione.

Il Piano di rientro aveva confermato la previsione di 4 nuovi ospedali. La realizzazione delle strutture, per le quali è stato sottoscritto una Intesa tra Regione e Ministero della salute, è condizionata dalla mancanza di una valutazione dell'impatto sugli interventi di programmazione e riordino della rete ospedaliera prescritti dal PdR.

Limitati i progressi sul fronte della rete territoriale: manca una specifica progettazione di percorsi assistenziali omogenei sul territorio per la non autosufficienza e la disabilità, e della riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata. Per la semiresidenzialità extraospedaliera, la determinazione del fabbisogno non è stata accompagnata da una analisi della appropriatezza delle prestazioni erogate e della possibilità di soddisfare il fabbisogno con modalità assistenziali diverse. Manca inoltre, secondo l'esame svolto dal Tavolo di monitoraggio una determinazione del fabbisogno dei mezzi di soccorso e le indicazioni relative all'organizzazione e alla rimodulazione delle postazioni territoriali per le urgenze.

Riguardo all'accreditamento definitivo delle strutture private sanitarie e socio-sanitarie, non si è proceduto alla definizione del fabbisogno, con il rischio di eccesso o carenze di strutture per l'erogazione delle diverse tipologie di prestazioni.

Alcune aziende sanitarie non hanno rispettato il blocco del turn over, previsto nel Piano di rientro.

I Tavoli di verifica hanno inoltre evidenziato l'adozione di provvedimenti in contrasto con il piano di rientro¹³.

¹³ Essi riguardano il patto di legislatura tra la Regione e AIOP, l'istituzione del Centro Regionale Sangue, la definizione dell'assetto giuridico della Fondazione Tommaso Campanella il Protocollo d'intesa con l'Università Magna Græcia l'accorpamento della A.S.L. di Locri con la ASL di Reggio.

Nonostante i ritardi nell'attuazione del Piano di Rientro, sono stati rilevati progressi nell'attività di certificazione del debito pregresso e nella rappresentazione dei dati contabili. Il Tavolo ha pertanto previsto l'erogazione di una quota limitata delle spettanze residue a tutto l'anno 2009, pari a 732 milioni di euro, per un importo di 220 milioni di euro.

Ancora di rilievo (anche se in riduzione) il disavanzo di gestione certificato a consuntivo (124,3 milioni). Il riporto di perdite pregresse non coperte (13,7 milioni), i rischi individuati dal Tavolo di monitoraggio (2,1 milioni) e la revisione in riduzione dei gettiti stimati nei precedenti esercizi (8,5) non consentono di garantire la copertura con il gettito di 128 milioni previsto dall'aumento dell'addizionale Irpef e dall'Irap. Considerando anche gli ammortamenti non sterilizzati per 15 milioni, il Tavolo ha certificato un disavanzo non coperto di circa 35,5 milioni. A questo si aggiunge il disavanzo non coperto relativo agli anni 2008-2009, valutato pari a 150,6 milioni.

Alla luce di tale situazione, il Tavolo ha verificato le condizioni per l'attivazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente. Il persistere delle criticità segnalate, se non tempestivamente corrette, potrebbe generare criticità tali da determinare, secondo il Tavolo, i presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 2, comma 84, della legge 191/2009.

Quanto alla situazione debitoria al 31/12/2007, a conclusione del processo di ricognizione e riconciliazione avviato, il debito attestato risulta pari a 1.505 milioni, di cui 157 milioni per partite aperte (di cui 112 milioni relative a debito commerciale e 45 milioni a debito non commerciale), 1.034 milioni di pagamenti effettuati nel periodo 2008-2011 (di cui 571 relativi a debito commerciale e 463 milioni a debito non commerciale) e 314 milioni di debiti verso il tesoriere.

Nel corso della ricognizione, sono emersi 440 milioni di insussistenze, mentre ulteriori partite per complessivi 234 milioni sono tuttora oggetto di approfondimento. A queste si aggiungono 63 milioni di debito non riconciliato relativo a crediti vantati e richiesti dai fornitori.

Poiché una parte del debito è stato estinto attraverso anticipazioni concesse dagli istituti tesorieri e l'utilizzo di risorse del FSR destinate alla finanziamento della spesa di esercizio, tali ammontari vanno "restituiti" agli esercizi successivi.

Tenendo conto pertanto delle risorse da "restituire" e delle coperture disponibili, nonché delle ulteriori partite oggetto di approfondimento, si evidenzia una esigenza di copertura del debito che oscilla tra un minimo di 437 milioni e un massimo di 735 milioni (comprensivo delle suddette potenziali sopravvenienze passive per circa 300 milioni).

17. La regione Piemonte ha proceduto alla ridefinizione del nuovo assetto della sanità con la separazione delle attività degli ospedali dalla gestione diretta delle ASL, alle quali è demandata la funzione di sviluppo dei servizi territoriali. Sono stati, inoltre individuati gli ambiti delle nuove ASL ed è stata attribuita alle aziende erogatrici di prestazioni anche la funzione di specialistica ambulatoriale. La riorganizzazione ha, altresì, previsto l'accorpamento dei presidi ospedalieri delle ASL in capo alle Aziende Ospedaliere ed alle Aziende Ospedaliere Universitarie. E' stata, infine, programmata la costituzione di 11 ASL, 4 Aziende ospedaliere e 3 Aziende ospedaliere universitarie.

Gli interventi attuati hanno riguardato la rete ospedaliera della post-acuzie, con la definizione dei criteri di appropriatezza organizzativa e clinico gestionale per le strutture ad attività di post acuzie riabilitativa e di lungo degenza (strutture intermedie), la previsione della rideterminazione dei posti letto a seguito della riduzione dell'inappropriatezza e la previsione della rimodulazione tariffaria per le prestazioni e/o per gli erogatori che superino i livelli massimi di prestazioni. Le misure hanno riguardato anche la riorganizzazione del Sistema dell'emergenza ospedaliera e dell'emergenza territoriale.

I Tavoli di monitoraggio hanno rilevato, tuttavia, ritardi nell'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro (specie nella revisione della assistenza territoriale) e la necessità che vengano chiarite le caratteristiche delle strutture da riconvertire, il relativo programma di interventi e la valutazione dell'impatto in termini economici e organizzativi sul personale insieme alla previsione di un adeguato sistema sanzionatorio in presenza di assunzioni non coerenti con quanto programmato. Essi evidenziano, inoltre, come numerose delibere regionali aventi come oggetto atti di programmazione non siano state seguite dalle necessarie attività operative.

L'incertezza del quadro complessivo, che ha portato il monitoraggio a valutare non positivamente l'attuazione del piano di rientro, è accentuata sia dalla richiesta della regione di riprogrammare la tempistica dell'attuazione di alcuni interventi, che dalla presentazione di un nuovo Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) relativo al periodo 2012-2015, peraltro ancora in via definizione, rispetto al quale è stato richiesto un approfondimento per garantire che esso non determini maggiori costi rispetto a quanto previsto dal PdR e garantisca l'erogazione dei LEA.

E' stata avviata la riorganizzazione delle attività della rete dei laboratori, l'individuazione di un coordinatore regionale per i laboratori d'analisi disponendo il blocco totale del turn over per il personale per il 2011 (il blocco all'80% per il 2012) e un piano operativo che prevede l'unificazione informatica dei laboratori per ciascuna AO. In sede di monitoraggio è stata rilevata, tuttavia, la mancanza della revisione del nomenclatore tariffario, delle modalità di attuazione del blocco del turn over e delle relative norme sanzionatorie in caso di inadempienza.

Dopo una serie di proroghe del periodo transitorio di valenza del budget 2010 per l'annualità 2011, è stato approvato lo schema di contratto con le strutture che erogano prestazioni ospedaliere e specialistiche stabilendo per gli anni 2011 e 2012 una riduzione dei budget del 5% rispetto al 2010.

Nell'esercizio la Regione ha portato a termine una revisione del prontuario terapeutico, utilizzando il criterio delle categorie omogenee di farmaci e delle ricadute sulla spesa farmaceutica territoriale. Tale provvedimento non è stato validato in sede di monitoraggio a causa di un parziale contrasto con le normative nazionali. Nella farmaceutica ospedaliera - in riduzione rispetto al 2010 anche se molto al di sopra del tetto previsto - la Regione è intervenuta prevedendo l'affidamento alle farmacie ospedaliere della preparazione dei farmaci antiblastici (oncoematologici) e la razionalizzazione dell'uso dei farmaci ad alto costo.

Approvate le linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle consistenze organiche, nel corso dell'anno 2011 sono stati adottati provvedimenti che prevedono interventi per il blocco parziale del turn over, la riduzione dei contratti di lavoro atipici e delle prestazioni aggiuntive e la definizione di tetti di spesa della consistenza organica delle ASR per gli anni 2011 e 2012.

Si riduce del 35 per cento il disavanzo complessivo della sanità della regione Piemonte (260,4 milioni). Una riduzione prevista e per la quale era stata contabilizzata già nel conto economico una copertura (280 milioni) che ha permesso di garantire il finanziamento anche degli ammortamenti non sterilizzati (14,4 milioni).

Il confronto tra previsioni e consuntivi mette in evidenza costi superiori alle attese per 56 milioni (coperti da un adeguamento da 250 a 280 milioni dei fondi previsti nei CE), riconducibili alla gestione diretta. L'assistenza in convenzione, infatti, si rivela a consuntivo inferiore di oltre 46 milioni, soprattutto per il contenimento della spesa farmaceutica. Nella gestione diretta oltre alla maggior spesa per acquisto di beni (34,5

milioni), sono i servizi appaltati, le manutenzioni, i beni di terzi, gli altri servizi e i costi straordinari a presentare importi superiori al previsto per oltre 64 milioni.

18. Nel 2010 la regione Puglia aveva approvato il regolamento per definire le linee di attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera. I Tavoli di monitoraggio hanno evidenziato nell'esercizio 2011 diverse criticità e ritardi nella attuazione di quanto previsto dal Piano.

Non si è dato attuazione alla disattivazione delle Unità Operative, né alla programmazione delle funzioni e strutture extra-ospedaliere, ritenute rilevanti ai fini del corretto processo di riorganizzazione della rete. Se è stato prevista la riduzione delle strutture semplici e complesse nelle Aziende ed Enti del SSR sulla base degli standard previsti dal Patto della salute 2010-2012, per quanto riguarda la territoriale non risulta completato il processo di riorganizzazione delle reti assistenziali, né implementata la rete dell'assistenza residenziale e domiciliare.

Affidata ad un gruppo di lavoro l'individuazione del fabbisogno di prestazioni, necessario ai fini della stipula dei contratti con le strutture accreditate, le singole ASL hanno provveduto a definire i tetti di spesa per le Case di Cura private provvisoriamente o istituzionalmente accreditate, per le prestazioni di assistenza sanitaria da queste erogate per l'anno 2011. Il monitoraggio ha ritenuto solo parziale la realizzazione degli interventi previsti dal PdR.

La Regione ha recepito le prescrizioni suggerite dall'Aifa sulla farmaceutica territoriale e ospedaliera. Le misure adottate hanno prodotto risparmi superiori a quelli previsti dal Piano.

Si sono, invece, registrati ritardi, da parte della Regione, nell'adottare i provvedimenti previsti nel Piano di Rientro in relazione al regolamento per il funzionamento dell'Osservatorio regionale dei prezzi, delle tecnologie e dei dispositivi medici e protesici e degli investimenti in sanità ed al regolamento della Centrale di acquisto.

Riguardo al personale sanitario, i Tavoli tecnici hanno richiesto una ricognizione della situazione determinatasi a seguito della dichiarazione di nullità degli atti concernenti le assunzioni a tempo indeterminato poste in essere da disposizioni dichiarate costituzionalmente illegittime da pronunce della Corte Costituzionale.

Sulla base dei risultati 2010 e in attesa di ulteriori approfondimenti sul consuntivo 2011 (ancora provvisorio), i Tavoli non hanno inoltre ritenuto di consentire la deroga al blocco del turn over, richiesta dalla Regione per garantire l'erogazione dei LEA.

In netto miglioramento il risultato della regione Puglia. Il Tavolo di verifica ha accertato una perdita (comprensiva di rischi e rettifiche) per 114,4 milioni (nel 2010 il disavanzo era stato di oltre 331 milioni). Le maggiori entrate tributarie (239 milioni) e le risorse regionali poste a copertura (44,5 milioni), pur in presenza di una rideterminazione della stima del gettito in riduzione di 9,2 milioni, consentono la piena copertura del disavanzo e dei limitati importi degli ammortamenti non sterilizzati (86 milioni).

A consuntivo i costi sono risultati inferiori al previsto per circa 55 milioni. Un risultato, tuttavia, che è frutto di una forte riduzione dei costi in convenzione (ridottisi di oltre 234,3 milioni) a cui hanno corrisposto costi per l'assistenza diretta superiori al previsto di quasi 180 milioni. E' la spesa farmaceutica ad offrire il contributo maggiore (124,5 milioni), ma di rilievo è anche la flessione superiore alle attese della assistenza ospedaliera convenzionata (54 milioni). In crescita superiore agli obiettivi i costi per acquisti di beni (54 milioni) le spese di personale (36 milioni), gli accantonamenti e gli oneri straordinari (80 milioni).

La spesa farmaceutica

19. 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 spesa¹⁴ e, nel 2010 disponendo il passaggio di una parte della spesa per prodotti dispensati in ospedale alla distribuzione territoriale, riducendo inoltre i margini dei grossisti su tutti i prodotti farmaceutici dispensati dal SSN. Il passaggio dall'ospedaliera alla territoriale è stato accompagnato da un incremento dei controlli, attivati su questa quota di spesa con il potenziamento dei flussi informativi connessi all'entrata a regime della tessera sanitaria.

Nel 2011 la spesa farmaceutica territoriale risulta nel complesso mantenersi nei livelli previsti (13,3 per cento del finanziamento del SSN). Superano il limite le regioni con piani di rientro (escluso il Piemonte), oltre alla Liguria, le Marche e la Sardegna. Particolarmente rilevante nell'anno è stato l'aumento dei ticket corrisposti a fronte dei consumi farmaceutici: in media si tratta di un incremento del 33,8 per cento, che porta il contributo richiesto a poco meno del 10 per cento della spesa territoriale (9,4 per cento contro il 7,1 per cento del 2010). Considerando gli importi al netto del contributo richiesto al cittadino, solo quattro regioni presentano eccedenze sull'obiettivo. Si tratta di Lazio, Puglia, Sicilia e Sardegna.

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 (corrispondente al 2,4 per cento del finanziamento del 2011) la spesa ha raggiunto i 4,9 miliardi, pari al 4,6 per cento del FSN. La riduzione di spesa rispetto all'esercizio precedente è stata in media del 4,7 per cento, ma come risultato di andamenti molto diversi a livello territoriale. Superiori all'8 per cento le flessioni in Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Puglia e Calabria a fronte di incrementi molto rilevanti di Valle d'Aosta e provincia di Bolzano e significativi nel Molise e Campania. Pur in miglioramento, rimangono su livelli ben superiori a due volte il limite previsto le percentuali in Piemonte, Provincia di Bolzano, Friuli, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Sardegna.

¹⁴ Il decreto legge n. 159 del 2007 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.

Tavola 8

LA SPESA FARMACEUTICA NEL 2011
- VERIFICA DEI LIMITI PER LA SPESA TERRITORIALE

	Finanziamento 2011	Tetto 2011 farmaceutica territoriale (13,3%)	Stima spesa farmaceutica territoriale 2011 (al lordo ticket ed al netto pay back)	Variaz. % 2011 / 2010	Variaz. in V.A.	di cui stima Ticket anno 2011 (dato AGENAS)	Variaz. % 2011 / 2010 dei ticket	perc. su finanziamento 2011(tetto 13,3%)	Scostamento (+ eccedenza di spesa - spesa inferiore al tetto)
	(a)	(b)=13,3% di (a)	(c)			(d)		(c)/(a)*100	(b) - (c)
PIEMONTE	8.011,4	1.065,5	975,9	-1,16	-11,4	74,2	25,1	12,18	-89,6
V. AOSTA	222,7	29,6	25,6	-8,54	-2,4	1,4	51,4	11,49	-4,0
LOMBARDIA	17.315,2	2.302,9	2.054,4	4,21	82,9	236,8	19,2	11,86	-248,6
BOLZANO	848,8	112,9	82,0	-5,42	-4,7	8,6	23,9	9,66	-30,9
TRENTO	900,9	119,8	92,8	3,62	3,2	3,9	32,8	10,30	-27,1
VENETO	8.616,4	1.146,0	1.001,0	1,42	14,0	118,4	21,8	11,62	-144,9
FRIULI V.G.	2.192,6	291,6	277,7	2,48	6,7	14,8	51,5	12,67	-13,9
LIGURIA	3.072,7	408,7	412,7	0,22	0,9	32,5	41,0	13,43	4,0
E. ROMAGNA	7.889,8	1.049,3	961,3	2,61	24,4	58,7	62,9	12,18	-88,0
TOSCANA	6.749,5	897,7	868,8	2,53	21,5	46,6	48,1	12,87	-28,9
UMBRIA	1.625,4	216,2	208,1	3,56	7,2	13,3	62,5	12,80	-8,1
MARCHE	2.794,5	371,7	379,6	2,90	10,7	21,9	50,7	13,58	7,9
LAZIO	9.979,0	1.327,2	1.487,8	-0,54	-8,1	131,1	16,5	14,91	160,6
ABRUZZO	2.379,4	316,5	336,0	1,36	4,5	29,7	20,1	14,12	19,5
MOLISE	579,5	77,1	78,6	4,07	3,1	7,6	24,7	13,57	1,5
CAMPANIA	9.945,7	1.322,8	1.392,0	-2,48	-35,4	171,8	66,8	14,00	69,2
PUGLIA	7.060,6	939,1	1.082,7	-0,69	-7,6	112,8	121,8	15,33	143,6
BASILICATA	1.039,8	138,3	137,9	1,62	2,2	8,8	77,7	13,26	-0,4
CALABRIA	3.504,3	466,1	496,2	1,85	9,0	46,4	4,8	14,16	30,1
SICILIA	8.657,5	1.151,4	1.356,3	2,48	32,8	173,6	18,2	15,67	204,8
SARDEGNA	2.879,3	382,9	447,3	2,90	12,6	22,4	41,0	15,54	64,4
ITALIA	106.264,8	14.133,2	14.154,6	1,19	166,1	1.335,4	33,8	13,32	21,4

Fonte: elaborazioni Corte dei Conti su dati Ministero della Salute

Tavola 8 segue

LA SPESA FARMACEUTICA NEL 2010
- VERIFICA DEI LIMITI PER LA SPESA OSPEDALIERA

	Finanziamento 2011	Tetto 2011 farmaceutica ospedaliera (2,4%)	stima spesa farmaceutica ospedaliera 2011 (al netto diretta classe A e pay-back ospedaliero)	Variaz. % 2011 / 2010	perc. su finanziamento 2011 (tetto 2,4%)	Stima scostamento anno 2011 (+ eccedenza di spesa)
PIEMONTE	8.011,4	192,3	449,0	-1,08	5,60	256,7
V. AOSTA	222,7	5,3	11,0	42,32	4,94	5,6
LOMBARDIA	17.315,2	415,6	658,1	-8,13	3,80	242,5
BOLZANO	848,8	20,4	43,1	22,86	5,08	22,8
TRENTO	900,9	21,6	28,3	-6,50	3,14	6,6
VENETO	8.616,4	206,8	391,6	-7,14	4,55	184,8
FRIULI V.G.	2.192,6	52,6	131,0	-1,39	5,97	78,4
LIGURIA	3.072,7	73,7	143,2	-8,72	4,66	69,4
E. ROMAGNA	7.889,8	189,4	387,7	-8,54	4,91	198,3
TOSCANA	6.749,5	162,0	384,6	-7,78	5,70	222,6
UMBRIA	1.625,4	39,0	82,5	-1,52	5,08	43,5
MARCHE	2.794,5	67,1	156,7	-3,84	5,61	89,6
LAZIO	9.979,0	239,5	459,9	-0,95	4,61	220,4
ABRUZZO	2.379,4	57,1	113,6	-2,03	4,77	56,5
MOLISE	579,5	13,9	26,3	7,56	4,54	12,4
CAMPANIA	9.945,7	238,7	437,2	4,63	4,40	198,5
PUGLIA	7.060,6	169,5	323,2	-9,93	4,58	153,7
BASILICATA	1.039,8	25,0	51,7	2,67	4,97	26,7
CALABRIA	3.504,3	84,1	166,5	-13,71	4,75	82,4
SICILIA	8.657,5	207,8	309,5	-6,34	3,58	101,7
SARDEGNA	2.879,3	69,1	179,4	-1,15	6,23	110,3
ITALIA	106.264,8	2.550,4	4.934,0	-4,73	4,64	2.383,6

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della salute

Il monitoraggio dei LEA

20. Nel febbraio del 2012 sono stati diffusi dal Ministero della salute i risultati definitivi della verifica, relativa al 2010, dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse. La verifica avviene attraverso la raccolta e l'elaborazione di un set di indicatori (21 relativi al 2010) per la copertura di tutte le aree di assistenza: la prevenzione, la distrettuale e l'ospedaliera. Per ciascun indicatore sono precisati la modalità di calcolo, i pesi e le soglie di valutazione dei risultati. In base ai punteggi ottenuti in ciascun indicatore è elaborato un punteggio finale, in base al quale la regione è definita adempiente, adempiente con impegno o critica. Le regioni definite critiche vengono considerate inadempienti.

Prima di passare ad una analisi dei risultati del monitoraggio non si può non osservare che la rilevazione riguarda le sole regioni a statuto ordinario, cui si aggiunge la regione Sicilia soggetta al monitoraggio solo perché interessata dal piano di rientro. Le altre regioni a statuto speciale non sono tenute all'invio delle informazioni necessarie per la elaborazione degli indicatori. Una situazione poco comprensibile considerando le finalità dell'analisi. Una informazione completa e confrontabile sulla qualità dei servizi rappresenta, infatti, una delle condizioni fondamentali per l'esercizio del controllo sulla efficienza e efficacia della gestione.

I risultati del monitoraggio relativo al 2010 confermano il peggioramento già evidenziato nel 2009. Le regioni i cui risultati sono critici (e pertanto risultano inadempienti) sono sei (erano tre nel 2008). Si tratta del Molise, del Lazio, della Sicilia, della Calabria, della Campania e della Puglia mentre l'Abruzzo, classificata critica lo scorso esercizio, è ora tra gli adempienti con impegno su alcuni indicatori insieme alla Liguria.

La condizione di maggior sofferenza continua ad essere legata, soprattutto, alla assistenza distrettuale, che presenta forti variabilità. Il numero di posti in strutture residenziali per anziani presenta differenze ancora rilevanti: a fronte di valori superiori a 10 posti ogni 1000 anziani nelle regioni del centro nord (con punte superiori a 25 in Lombardia e Veneto), nelle regioni in squilibrio si va dai 4 del Lazio allo 0,6 della Campania e della Sicilia senza che nel triennio di osservazione vi sia stato un significativo miglioramento.

Si accentuano le differenze nella percentuale di anziani trattati in ADI (assistenza domiciliare integrata): nelle regioni critiche la quota di anziani che ha potuto utilizzare l'assistenza domiciliare è compresa tra 1,1 per cento della Sicilia e il 2,8 per cento della Calabria contro l'11,6 per cento dell'Emilia e il 7,7 per cento dell'Umbria. In questo caso fanno eccezione i valori relativi al Lazio e all'Abruzzo, che si trovano su livelli non dissimili a quelli di Lombardia e Veneto (circa il 5 per cento).

Si mantiene elevato il gap anche nell'assistenza ai disabili e per gli affetti da patologie nella fase terminale: il numero di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali o negli *hospice* si conferma nelle regioni critiche inferiore del 50 per cento a quello delle altre regioni.

Anche guardando agli indicatori relativi all'attività ospedaliera si rilevano forti differenze, sia in quelli che misurano l'appropriatezza delle prestazioni, che in quelli mirati a valutare la capacità di fornire un adeguato livello del servizio. Questo segnala il tasso di ospedalizzazione, il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico, la quota di ricoveri ordinari di due o più giornate in DRG ad elevato rischio di inappropriatezza.

Nonostante la riduzione ulteriore dei valori nell'ultimo biennio, nel 2010 il tasso di ospedalizzazione varia a livello regionale, dal valore massimo (213 per 1000) della Puglia al valore minimo del Veneto (146). Rispetto allo standard normativo di 180 per mille tutte le regioni del Sud presentano un tasso complessivo maggiore della media nazionale. Ad esse vanno ad aggiungersi la Liguria e il Lazio.

Una conferma del permanere di problemi di appropriatezza delle prestazioni rese, anche in presenza di un forte impegno per il contenimento dei costi delle prestazioni considerate inappropriate, si ha guardando ad esempio alla quota di parti cesarei sul totale. Rispetto a valori nelle aree settentrionali del 28-32 per cento, nelle regioni in squilibrio la percentuale è superiore al 40 per cento, con punte del 62 per cento in Campania e del 53 per cento in Sicilia. Come sottolineato già in passato, tali interventi rappresentano il terzo DRG per importanza tra le ragioni di dimissione ospedaliera e anche nelle regioni virtuose, la quota è ben superiore a quella media negli altri paesi europei (15 per cento).

Al contempo, le strutture esistenti non garantiscono la qualità del servizio per patologie che richiederebbero invece una assistenza più tempestiva e appropriata. E' il caso, ad esempio, della frattura del femore, per il quale un pieno recupero richiede un intervento tempestivo; o, nel caso della prevenzione, dei test di screening di primo livello per prevenire l'insorgere di patologie oncologiche. Nel primo caso mentre risultano trattate con tempestività quote tra il 50 e il 75 dei pazienti nelle regioni adempienti, tale percentuale si riduce spesso molto al di sotto del 50 per cento nelle regioni critiche. Per quello che riguarda i test volti a prevenire l'insorgere di patologie gravi: a fronte di quote tra il 7 e il 13 per cento della popolazione interessata nel caso delle regioni settentrionali (e in Basilicata), nelle regioni in squilibrio i valori risultano molto più contenuti: l'1 per cento in Abruzzo e Campania, il 2 per cento nel Lazio, in Sicilia e in Calabria. Valori cui si allinea la Liguria, con il 2 per cento.

Anche i dati riferiti ai LEA 2010, pur tra segnali di lievi miglioramenti, confermano, quindi, che la elevata variabilità dei risultati economici è solo in minima parte spiegata da oggettive difficoltà o da differenti condizioni epidemiologiche e demografiche. La gran parte di tale variabilità appare, piuttosto, da attribuire alle diverse capacità gestionali: ai differenti risultati economici e ai crescenti squilibri finanziari è spesso associata una evidente inappropriatezza delle prestazioni ed una minor qualità dei servizi resi. Nelle situazioni regionali in cui si ha un cattivo controllo del budget e, quindi, scarsa capacità di rispettare i limiti di spesa previsti, si hanno, in linea generale, peggiori performance di carattere anche qualitativo. In altre parole, a maggiori risorse spese non corrisponde una migliore qualità del servizio.

Tavola 9

LA VERIFICA DEI LEA 2010 - GLI INDICATORI UTILIZZATI

	1.1	1.2	1.3	2	3	4	5.1	5.2	5.3	6	6.1	7	8	9	10	11	12	13	14	15.1	15.2	16	17	18	19	20	21
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	Vaccinazioni raccomandate -MPR	Vaccinazioni raccomandate Influenza anziano	Test screening	Costo pro capite assistenza collettiva	% imprese controllate	% allevamenti controllati per brucellosi ovcaprina bovina bufalina	% allevamenti controllati per anagrafe ovcaprina	% di aziende ovcaprine controllate	% campioni controllati	% campioni controllati esercizi comm.e ristorazione	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune patologie evitabili in ricovero ospedaliero	% anziani >65 in ADI	numero strutture residenziali per 1000 anziani	posti residenziali per disabili	posti letto in hospice	costo farmaceutica territoriale	prestazioni specialistiche	rienti presi in carico dai centri di salute	tasso ospedalt.	ricovero diurno diagnostico	% dtg chirurgico in regime ordinario su totale ordinari	% ospedalizzazione ad alto rischio inappropriata.	cesarei	>53 con frattura femore operati 48 ore	degenza per case mix	% interventi a max priorit� in area urbana
PIEMONTE	96,6	96,6	93,23	57,29	7	82,74	4,5	100	100	100	99,1	461,5	2,16	14,73	,44	,78	14,65	9,18	586	154,97	2,81	49,24	14,07	29,96	50,48	6,03	18
LOMBARDIA	97,4	97,2	94,67	54,22	7	86,1	5,6	100	100	100	14,7	610,56	4,27	28,12	,97	1,99	15,04	6,72	1385	158,63	5,95	44,88	27,67	29,22	58,99	6,12	14
VENETO	95,6	95,7	95,4	67,58	9	78,41	5	100	85	100	99,5	608,24	5,55	25,28	1,05	,76	13,39	8,49	1515	146,89	3,54	40,46	20,11	28,17	58,74	6,5	
LIGURIA	97,6	97,5	88,86	57,95	2	59,4	5,7	99,8	41	100	62,7	554,70	3,46	13,1	,4	1,06	15,78	5,73	1576,6	190,75	27,71	34,35	19,8	37,43	61,42	6,07	13
E. ROMAGNA	96,7	97,4	93,1	46,22	13	84,5	9,6	100	100	100	68,4	643,55	11,6	15,41	,66	1,67	14,31	3,7	1736	160,91	7,49	43,59	21,98	29,41	65,4	5,56	15
TOSCANA	96,1	95,6	93,05	68,76	11	90,59	9,19	100	100	100	63,6	453,85	2,31	11,92	,68	,64	15,62	6,73	2,161	147,05	10,78	42,92	15,74	26,33	70,92	5,46	44
UMBRIA	98,3	98,2	95,4	75,16	11	97,22	10,7	100	83	100	88,5	652,82	7,67	6,83	,5	,6	12,72	4,59	2051	164,75	13,16	41,06	21,6	32,12	54,15	5,4	18
MARCHE	97,2	97,9	97,1	63,92	7	82,43	5,7	100	85	100	49,6	620,88	3,5	3,87	,55	1,34	14,85	3,17	1347	158,44	12,48	41,63	18,7	34,46	77,34	6,03	17
LAZIO	97,2	97,1	90,9	64,08	2	60,19	5,84	99,4	70	100	37,6	505,62	4,63	4,10	,46	1,68	15,64	7,25	1273	180,58	15,95	39,33	27	41,57	42,77	6,2	16
ABRUZZO	97,5	97,5	92,41	60,92	1	87,86	5	88,7	10	100	35,5	608,37	4,91	4,56	,8	0	15,54	1,58	1,033	176,21	7,82	35,76	22,17	43,65	45,94	6,06	26
MOLISE	99	99	93,6	65,64	5	85,73	6,8	99,9	79	100	85,2	610,96	3,3	0	,79	1,15	12,16	14,05	904	200,56	25,28	33,3	40,49	44,9	45,12	6,03	23
CAMPANIA	93,4	86,3	81	58,18	1	76,55	3,9	98,3	56	94,8	96,7	576,73	2,12	,55	,43	,15	14,74	4,6	1,230	204,17	25,97	35,44	28,01	61,76	28,13	5,57	
PUGLIA	97,7	97,5	97,3	71,74	4	67,93	4,6	100	81	98,8	100	709,95	1,8	1,87	,46	,59	18,66	4,98	1044	213,08	22,72	35,71	35,33	46,79	33,73	5,91	
BASILICATA	98	98	89,65	63,55	8	92,94	14,8	99,5	28	65,8	100	566,66	5,03	1,37	,91	2,3	14,11	1,52	1512	180,15	18,23	32,28	19,15	45,11	38,23	5,92	25
CALABRIA	92,2	92,2	83,91	55,83	2	97,27	3,05	99,5	100	100	73,5	682,20	2,82	3,29	,4	,16	14,73	4,82	3,535	180,83	20,23	27,45	24,22	44,29	33,97	6,09	
SICILIA	94,4	94,4	87,74	61,27	2	83,47	3,2	99,9	100	100	75,2	594,31	1,52	,62	,32	,65	15,38	,84	1,667	191,59	25,85	31,09	20,83	52,75	28,45	5,74	

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

I PROGRESSI NELLA “SPENDING REVIEW” NEL SETTORE SANITARIO

21. Nonostante i progressi evidenti nei risultati economici, il settore sanitario continua a presentare fenomeni di inappropriately organizzativa e gestionale che, insieme a ripetuti casi di malaffare, ne fanno il ricorrente oggetto di programmi di taglio della spesa.

L'emergenza economico finanziaria non può consentire di considerare indenni da possibili interventi correttivi alcuno dei settori della spesa pubblica. E' necessario, tuttavia, interrogarsi su alcuni aspetti di fondo e rimuovere alcune evidenti distorsioni nella rappresentazione che, a volte, viene data del funzionamento del comparto sanitario.

I progressi compiuti dal settore, anche e soprattutto nella definizione di un sistema informativo mirato ad individuare andamenti incoerenti o costi eccessivi per singola prestazione, possono rendere proprio in questo comparto più attuabile (e in verità già in corso da anni) quel processo di “spending review” di cui più si parla in queste settimane.

Fondamentale è, ad esempio, il contributo che può venire dalle analisi sviluppate che, nel corso dell'ultimo anno, hanno portato alla predisposizione di studi sull'assistenza ospedaliera, sul personale, sull'assistenza extra-ospedaliera, sull'emergenza-urgenza e sull'assistenza farmaceutica nelle regioni in piano di rientro. Analisi importanti perché definiscono le modalità di valutazione delle performance gestionali, che diventano elemento ordinario (e quindi non occasionale) di valutazione del settore.

Così, ad esempio, le analisi dell'assistenza ospedaliera, che mirano a valutare sia l'offerta in termini posti letto che la domanda soddisfatta in termini ricoveri effettuati. All'analisi della dotazione di posti letto per tipologia di assistenza (acuzie, riabilitazione e lungodegenza), che pone a confronto la dotazione di posti letto previsti dal Patto per la Salute 2010-2012 e i provvedimenti adottati dalle regioni distinguendo l'ambito pubblico e il privato accreditato, se ne affianca una diretta a comprendere se gli interventi scaturiti dal Piano di Rientro siano correttamente indirizzati verso il perseguimento dell'equilibrio economico - finanziario e la garanzia dei LEA: sono individuate le criticità persistenti rispetto alle analisi effettuate negli anni precedenti (pre-Piano di rientro), gli ambiti di intervento su cui appare necessario intervenire in via prioritaria, l'insorgere di nuove criticità e gli effetti di eventuali interventi attuati non coerenti con le necessità del sistema sanitario oggetto di analisi. Le analisi dell'appropriatezza clinica consentono, poi, di misurare per ciascuna ASL del SSR, il numero di giornate di degenza potenzialmente evitabili erogando solo i ricoveri potenzialmente appropriati.

Anche le analisi sviluppate in tema di assistenza sanitaria erogata in ambito territoriale (l'assistenza residenziale e semiresidenziale per gli anziani, per i malati terminali, per i malati psichiatrici, per i disabili ospiti delle strutture di riabilitazione e l'assistenza specialistica ambulatoriale e laboratoristica), che riguardano sia la domanda che l'offerta di assistenza offrono spunti per una revisione della spesa basati sul confronto tra il valore riscontrato e il valore atteso per alcuni indicatori .

In questa stessa ottica va letto il quadro informativo per l'assistenza di emergenza urgenza su cui si basa il sistema di valutazione delle strutture organizzative e delle performance dei sistemi regionali. Quadro che consente di verificare l'impatto degli interventi di riordino previsti nei Piani di Rientro, confrontandoli con quelli adottati dalle altre Regioni .

O ancora, l'individuazione di metodologie per la verifica dei tempi di attesa delle fasi diagnostiche e di quella terapeutica di patologie particolarmente complesse. Con la diffusione crescente delle situazioni cliniche che richiedono l'integrazione coordinata di diversi specialisti e professionisti, talvolta anche di strutture diverse, l'utilizzo di tecnologie ad alto costo, è sempre più necessario ottimizzare l'uso delle risorse, al fine di garantire efficacia, efficienza, appropriatezza, tempestività. La metodologia mira a rendere possibile la verifica della durata temporale dei distinti momenti del percorso diagnostico-terapeutico, la fase strettamente diagnostica (dal primo sospetto "consistente" alla conclusione diagnostica) e l'attesa per l'inizio della terapia. E così possibile verificare che tutti i percorsi analizzati, relativi a pazienti affetti da una determinata patologia, si siano realizzati con la sequenza di indagini e attività previste dai protocolli concordati (principi di riferimento: efficacia, appropriatezza, sicurezza) e che i percorsi, e le loro fasi, si sono svolte entro i tempi previsti (principi di riferimento: tempestività, umanizzazione) .

L'esperienza maturata finora in tutti questi campi, frutto di una collaborazione tra diversi livelli di amministrazione, ha posto questi strumenti e queste analisi, alla base del percorso di contenimento dei costi e di adeguamento delle strutture consentendo, al tempo stesso, il rientro dai disavanzi e il miglioramento della qualità dei servizi resi. In questo senso, dall'allineamento alle *best practice* derivano non solo utili informazioni per la definizione dei costi standard in sanità, ma anche esempi avanzati di *spending review*.

Certamente è possibile accelerare tale processo e in questa direzione stanno già muovendo le amministrazioni territoriali e centrali impegnate nel monitoraggio del settore. Sotto tale profilo, è importante rilevare la sinergia che si è venuta negli anni a sviluppare tra i diversi livelli di governo, insieme ad un sempre maggiore coinvolgimento delle amministrazioni territoriali. Ulteriori interventi non devono, quindi, indebolire il sistema di responsabilizzazione che si sta costruendo e che si è rilevato l'elemento, ad un tempo, più strategico e più fragile nel percorso di riequilibrio del settore.

Sul fronte dei progressi compiuti in tema di una cultura della gestione, nell'ultimo anno è stata approfondita l'analisi per superare la scarsa trasparenza, anche in chiave metodologica, dei processi di definizione dei bilanci aziendali. Miglioramenti dovrebbero derivare dalle disposizioni in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/11) , di "certificabilità" dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012) . Lo Stato, le Regioni e le Province autonome hanno condiviso la necessità di dare avvio a un percorso finalizzato alla certificazione dei bilanci delle Aziende sanitarie e del consolidato regionale. Nel corso del 2011 è stata avviata l'attività di valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili, disciplinata secondo criteri e modalità individuate dal decreto interministeriale Salute-Economia del 18 gennaio 2011. E' stato avviato l'iter procedurale per l'adozione dei primi documenti afferenti i principi contabili relativi all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della gestione sanitaria accentrata

Infine, anche le “ragioni” dell’emergenza finanziaria e la loro applicazione al settore vanno guardate nel caso con attenzione. Il meccanismo di responsabilizzazione, previsto dai vari Patti dalla Salute che si sono succeduti negli anni, ha posto a carico delle collettività locali la copertura dei disavanzi derivanti da una spesa superiore ai livelli programmati. Il meccanismo ha portato ad un incremento delle entrate a carico dei cittadini delle regioni in disavanzo, senza pertanto alimentare il disavanzo complessivo (se non per uno sfasamento temporale che, negli anni di rientro delle perdite, è semmai a tutto vantaggio della finanza pubblica).

Lo sforzo richiesto in termini di ticket e/o incremento del prelievo fiscale oltre a quello base (specie, ma non solo, nelle regioni in squilibrio strutturale) è cresciuto nell’ultimo anno di quasi il 6 per cento. Interventi sulla spesa non possono, quindi, non riflettersi su tale fronte, riducendo differenze a livello territoriale non giustificate, nella maggioranza dei casi, da diverse qualità del servizio offerto.

Va rilevato che una accentuazione del rientro ha come sicuro effetto una riduzione della pressione fiscale aggiuntiva sui contribuenti delle regioni in piano di rientro, certamente auspicabile in questo momento, ma non un beneficio netto per i conti in termini di saldi per il complesso delle PA.

Perché si liberino risorse destinabili al miglioramento dei saldi o ad una significativa riduzione delle imposte è necessario che il processo incida anche sul livello di spesa delle regioni in equilibrio che, seppur in dimensione inferiore a quelle in rientro, presentano livelli di inappropriata ancora riassorbibili e meccanismi di acquisizione di beni e servizi migliorabili.

Al riguardo le ipotesi contenute nel DEF già prefigurano un profilo di crescita della spesa al 2013 di quasi 5 miliardi inferiore a quello previsto a dicembre scorso e che scontava gli effetti delle manovre estive (-2,5 miliardi nel 2012 e -5,0 miliardi nel 2013). Una previsione che, oltre a proiettare sugli esercizi successivi al 2011 il miglioramento del risultato ottenuto nell’anno, già ipotizza una ulteriore riduzione di poco meno di 2 miliardi della spesa sanitaria. Un andamento quindi già scontato nel quadro tendenziale presentato ad aprile senza che questo si traduca in una riduzione di spesa a livello complessivo (nelle previsioni del governo la minore spesa sanitaria - a parità di entrate - è compensata da una maggiore spesa in conto capitale).

Una gestione più efficiente delle risorse in sanità sarà quindi uno strumento che gli enti dovranno utilizzare per rendere il livello della spesa compatibile con questa flessione già programmata.

Diverso è il caso, ma non meno complesso (almeno nel breve termine), di ridiscutere o rivedere le scelte circa il sistema di assistenza che si intende garantire ai cittadini.

Tavola 10

LE ENTRATE DA TICKET E DA IMPOSTE (OLTRE L'IMPORTO BASE) NEL 2010 E NEL 2011 (importi in milioni di euro e procapite in euro)

	esercizio 2010						esercizio 2011						var 2010/2011	
	ticket asl	ticket farmaci	entrate da imposte oltre all'importo base	extra imposte	Totale 2010	Procapite in euro 2010	Indice italia=100	ticket asl	ticket farmaci	entrate da imposte oltre all'importob ase	Totale 2011	Procapite in euro 2011		Indice italia=100
PIEMONTE	113,1	59,3	0,0	0,0	172,4	39	54	125,2	74,2	0,0	199,3	45	59	15,6
VALLE D'AOSTA	5,6	0,9	0,0	0,0	6,5	50	70	5,7	1,4	0,0	7,0	55	72	9,0
LOMBARDIA	182,3	198,7	0,0	0,0	381,0	38	54	207,7	236,8	0,0	444,5	45	59	16,7
TRENTINO ALTO ADIGE	31,6	9,9	0,0	0,0	41,5	40	56	32,4	12,5	0,0	44,9	43	57	8,3
VENETO	133,7	97,2	0,0	0,0	230,8	47	65	141,9	118,4	0,0	260,3	53	69	12,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	36,2	9,8	0,0	0,0	46,0	37	52	39,5	14,8	0,0	54,3	44	58	18,1
LIGURIA	36,7	23,0	104,2	0,0	164,0	101	142	40,7	32,5	108,4	181,6	112	148	10,7
EMILIA ROMAGNA	137,2	36,1	0,0	0,0	173,2	39	55	144,4	58,7	0,0	203,1	46	60	17,2
TOSCANA	116,5	31,4	0,0	0,0	147,9	39	55	122,6	46,6	0,0	169,2	45	59	14,3
UMBRIA	22,9	8,2	0,0	0,0	31,2	34	48	23,9	13,3	0,0	37,3	41	54	19,7
MARCHE	40,3	14,5	0,0	0,0	54,9	35	49	45,5	21,9	0,0	67,4	43	57	22,8
LAZIO	127,2	112,6	758,7	0,0	998,5	174	243	137,6	131,1	766,5	1035,2	181	238	3,7
ABRUZZO	29,7	24,7	39,4	0,0	93,8	70	98	37,8	29,7	38,1	105,6	79	104	12,6
MOLISE	6,3	6,1	22,9	11,0	46,2	145	202	6,5	7,6	24,0	38,2	119	157	-17,5
CAMPANIA	48,6	103,0	197,9	166,1	515,6	88	123	58,0	171,8	289,3	519,2	89	117	0,7
PUGLIA	52,2	50,9	334,0	0,0	437,1	107	149	57,2	112,8	239,0	409,1	100	132	-6,4
BASILICATA	10,4	5,0	0,0	0,0	15,3	26	36	12,2	8,8	0,0	21,0	36	47	37,2
CALABRIA	23,0	44,3	117,9	53,7	238,8	119	166	26,7	46,4	128,2	201,3	100	132	-15,7
SICILIA	42,9	146,8	316,4	0,0	506,2	100	140	42,2	173,6	337,4	553,4	110	144	9,3
SARDEGNA	27,6	15,9	0,0	0,0	43,5	26	36	28,5	22,4	0,0	50,9	30	40	17,0
Totale	1223,9	998,2	1891,3	230,8	4344,3	72	100	1336,2	1335,4	1931,1	4602,6	76	100	5,9

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