



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETARIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Codice sito: 4.10/2013/64

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0003517 P-4.23.2.10
del 26/07/2013



Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Veneto
Coordinatore Commissione salute
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it
statoregioni@pecveneto.it

All'Assessore della Regione Umbria
Coordinatore Vicario Commissione salute

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano

e, p.c. Al Ministero della Salute
- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione generale della programmazione
sanitaria

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze
- Gabinetto
confgabmef@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale
dello Stato - Coordinamento delle attività
dell'Ufficio del Ragioniere generale dello
Stato

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
- Gabinetto del Ministro per i rapporti con le
regioni e le autonomie

LORO SEDI

3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Oggetto: Individuazione da parte della Conferenza Stato – Regioni delle tre Regioni di riferimento per la determinazione del fabbisogno sanitario standard di cui all'articolo 27, comma 5, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

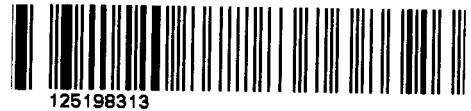
Deliberazione ai sensi dell'articolo 27, comma 5, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

Con lettera del 26 luglio 2013, il Ministro della salute ha trasmesso la documentazione relativa alla deliberazione indicata in oggetto.

La predetta documentazione è disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2013/64.

Il Direttore
Roberto G. Marino

5



Ministero della Salute

Ufficio di Gabinetto



Al Direttore Generale della
programmazione sanitaria

e, p. c

All'Ufficio Legislativo

LORO SEDI

Oggetto: Esiti applicazione metodologia di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012, recante "Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario, ai sensi dell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

Si trasmette in allegato la nota relativa all'oggetto, già sottoscritta dall'On. Sig. Ministro, affinché codesta direzione curi l'inoltro alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Si allegano altresì la nota del 19 u.s. del Ministro per gli affari regionali e le autonomie nonché il concerto espresso, con nota del 23 u.s., dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Il Vice Capo di Gabinetto

(d.s.sa Anna Camera)



*Presidenza del Consiglio dei Ministri
Il Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie*

Prot. 101/GAL.

Roma, 19 Luglio 2013

Al Ministro della Salute

OGGETTO: parere sul provvedimento di individuazione delle migliori Regioni ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard della sanità, ai sensi dell'articolo 27, comma 5, del d.lgs n. 68 del 2011.

Sul provvedimento in oggetto e sui relativi allegati si esprime, per quanto di competenza, parere di nulla osta all'ulteriore corso del medesimo, prendendo atto che l'interpretazione dei Ministeri proponenti è nel senso che il criterio geografico ai fini della scelta delle Regioni debba intendersi subordinato ai criteri di valutazione economica, nonché di qualità e di efficienza del servizio (considerata quindi la finalità generale della norma, volta alla razionalizzazione del servizio sanitario e del suo sistema di finanziamento).

Si auspica al riguardo un impegno per giungere per quanto possibile ad un'interpretazione condivisa con le Regioni delle norme di cui al citato articolo 27 del d.lgs n. 68 del 2011.


Graziano Delrio



Ministero dell'Economia e delle Finanze

Gabinetto del Ministro

17420

23 LUG 2013

Al Ministero della salute
Gabinetto del Ministro
ROMA

OGGETTO: individuazione delle cinque regioni per la scelta, da parte della Conferenza Stato-Regioni, delle tre regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, in applicazione della Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012, ai sensi dell'art. 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

In riferimento all'atto di individuazione, nel settore sanitario, delle cinque migliori regioni, ai sensi dell'art. 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, si comunica il concerto di questa Amministrazione.

d'ordine del Ministro
Il Capo di Gabinetto



Ministero della Salute

Dipartimento della programmazione e
dell'ordinamento del Servizio sanitario
nazionale

Direzione generale della programmazione sanitaria

Spazio riservato per l'apposizione
dell'etichetta di protocollo

Alla Conferenza permanente per i rapporti
tra lo Stato, le regioni e le province
autonome di Trento e Bolzano
Via della Stamperia, 8
00187 ROMA

OGGETTO: Esiti applicazione metodologia di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012, recante "Definizione dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza, per la scelta delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", in attuazione dell'art. 27, co. 5, d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68.

In attuazione dell'art. 27, co. 5, d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68, si trasmettono le unite tabelle, corredate di nota metodologica, recanti i calcoli dell'Indicatore per la Qualità e l'Efficienza (IQE) per la scelta delle 5 regioni eligibili, sulla base della procedura definita nell'Allegato 1 alla Delibera in oggetto (di seguito, All. 1).

Al riguardo si fa presente che i risultati ottenuti sono derivati dall'individuazione delle regioni "eligibili" fra quelle che abbiano garantito nel 2011 il rispetto delle condizioni previste al punto 1.1, lettere *a*, *b*, *c* e *d*, All. 1, fra le quali è requisito fondamentale e imprescindibile che l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza avvenga nel rispetto dell'equilibrio economico (lett. *b*).

Sulla base dei risultati di esercizio valutati dal Tavolo Adempimenti relativo all'anno 2011 solo 4 regioni risultano aver garantito il rispetto della condizione dell'equilibrio di bilancio: Umbria, Marche, Lombardia e Veneto.

È stata fatta pertanto applicazione del punto 1.2 All. 1, secondo cui, per "garantire che le regioni eligibili siano comunque pari almeno a 5", l'elenco può essere integrato includendo le regioni che abbiano fatto registrare il minor disavanzo (in percentuale) del finanziamento effettivo. In relazione a tale criterio è stata individuata la regione Emilia Romagna (avente un disavanzo pari a -104,581 milioni di euro nell'anno 2011).

Il calcolo dell'IQE per ciascuna delle regioni precedentemente individuate è stato effettuato utilizzando i valori registrati relativamente agli indicatori di seguito riportati:

1. Punteggio della "Griglia Lea" anno 2011 (si veda *tabella 1*);
2. Incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario, risultante dai dati CE consolidati regionali consuntivo 2011, come risultanti ai Tavoli di verifica (si veda *tabella 2*);
3. degenza media pre-operatoria (dati SDO Anno 2011);
4. percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni (dati SDO Anno 2011);
5. percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici (dati SDO Anno 2011);
6. percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri (da calcolarsi considerando esclusivamente i ricoveri in degenza ordinaria, decurtando dal numeratore e dal denominatore i ricoveri relativi ai 108 DRG a rischio di in appropriatezza, di cui all'Allegato B del Patto per la salute 2010-2012) (dati NSIS - SDO Anno 2011);
7. percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza (esclusi DRG 006, 039, 119) (dati NSIS -SDO Anno 2011);
8. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (dati NSIS -SDO Anno 2011);
9. percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici con età ≥ 65 anni (dati NSIS - SDO Anno 2011);
10. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5%) (elaborazioni su dati modello LA 2011);
11. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa (51%) (elaborazioni su dati modello LA 2011);
12. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44%) (elaborazioni su dati modello LA 2011);
13. spesa pro capite per assistenza sanitaria di base (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e popolazione ISTAT all'1.1.2012);
14. spesa farmaceutica pro capite (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e popolazione ISTAT all'1.1.2012 pesata come da riparto 2011);
15. costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS -SDO 2011 per i dimessi pesati secondo i pesi del DM 18.12.2008);
16. costo medio per ricovero post acuto (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS - SDO 2011 per i dimessi di riabilitazione e di lungodegenza rispettivamente pesati con la tariffa unica convenzionale - TUC anno 2009 e non pesati);
17. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art. 50 (Legge 326/2003)_Anno 2011);
18. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Laboratorio (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art. 50 (Legge 326/2003)_Anno 2011);
19. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica strumentale (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art. 50 (Legge 326/2003)_Anno 2011).

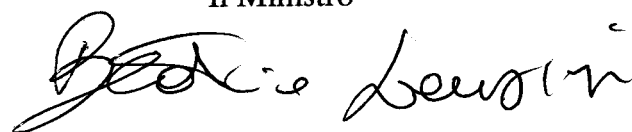
Per gli indicatori da 3 a 19 si veda la *tabella 3*.

Il calcolo dell'IQE, in quanto finalizzato alla formulazione della graduatoria finale delle 5 regioni, ha tenuto conto dei valori registrati nelle sole 5 regioni precedentemente individuate.

L'elaborazione di detto indicatore, opportunamente normalizzato secondo quanto previsto dall'All. 1, ha portato alla definizione della graduatoria finale come risultante dalla tabella 4.

Tanto premesso, nel rappresentare che sulla metodologia adottata e sui relativi esiti è stato acquisito il concerto del Ministro dell'economia e delle finanze con nota n. 17420 del 23 luglio 2013, nonché il parere favorevole del Ministro per gli affari regionali e le autonomie con nota n. 101/Gab del 19 luglio 2013, si rimettono dette risultanze a codesta Conferenza al fine di avviare l'*iter* per la scelta delle 3 regioni, che rappresenteranno il *benchmark* per il calcolo del costo medio standard (ottenuto come media ponderata dei costi delle 3 regioni *benchmark* per ciascuno dei tre livelli di assistenza), secondo quanto disposto dall'art. 27 d.lgs. n. 68 del 2011.

Il Ministro



All.ti: 4 tabelle; nota metodologica.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Uff.IV

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

La presente nota intende definire gli aspetti metodologici ed operativi della costruzione degli indicatori di efficienza elencati alla lettera c) del punto 2.1 dell'Allegato 1 alla Delibera in oggetto e dell'Indicatore finale di Qualità ed Efficienza (IQE), generato dall'applicazione contestuale delle variabili di cui al citato punto 2.1, che ha consentito al Ministero della Salute di individuare le 5 regioni benchmark, nel cui ambito scegliere le 3 regioni di riferimento, ai fini della definizione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario, ai sensi dell'articolo 27 del d.lgs. n. 68/2011.

In particolare, la presente nota è diretta a:

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

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

- descrivere il percorso metodologico seguito per l'individuazione delle 5 regioni benchmark, nel rispetto di quanto riportato nell'Allegato 1 della Delibera in oggetto;

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

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

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

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

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

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

A) DESCRIZIONE COSTRUZIONE INDICATORI DI EFFICIENZA DI CUI AL PUNTO 2.1. LETT. C) DELL'ALLEGATO 1 ALLA DELIBERA

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

Coerentemente con quanto previsto dall'articolo 27, comma 7 del d.lgs. n. 68/2011 che espressamente prevede che: *"Le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento"*, la base di partenza è rappresentata dai dati del modello LA relativi all'anno t-2 rispetto all'anno per il quale si deve effettuare il riparto: per l'anno 2013, i dati considerati sono stati, pertanto, quelli riferiti all'anno 2011, trasmessi al NSIS e risultanti alla data del 30 ottobre 2012.

Il modello LA ripartisce i costi rappresentati nel modello CE per macrolivello di assistenza (collettiva, distrettuale, ospedaliera) e per il livelli di assistenza relativi a ciascuno dei predetti macro livelli, secondo quanto specificato dal DPCM 29 novembre 2011 di definizione dei LEA.

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

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

Una volta svolti tali controlli preliminari e, eventualmente, aver affrontato il problema della non coincidenza fra modello LA e modello CE relativamente ai valori della mobilità interregionale, si sono

effettuate alcune operazioni sui dati LA, finalizzate a ricondurre i costi per residente, così come descritto nella metodologia di calcolo del costo pro-capite per residente per livello e sub-livello approvato in sede STEM il 20 settembre 2011 e 12 ottobre 2011. In particolare, i costi sono stati depurati:

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

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

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

a) Depurazione dei costi relativi alla mobilità attiva

Con riferimento alla mobilità extraregionale, la correzione dei costi per la riconduzione della spesa a residente è stata effettuata sulla base della matrice di mobilità approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province utilizzata per la delibera CIPE di riparto delle risorse finanziarie per il SSN dell'anno 2012, contenente i valori iniziali di mobilità riferiti all'anno 2010.

A tal fine, stante la non coincidenza, per alcune regioni, dei valori di mobilità della matrice di riparto con quelli contabilizzati nei dati di costo dei modelli LA, è stato necessario procedere alla depurazione di questi ultimi dai valori di mobilità passiva in essi inglobati e procedere poi alla loro sostituzione con i valori risultanti dalla matrice di mobilità. Propedeuticamente a tale operazione è stato operato il confronto fra i dati di mobilità del modello CE e del modello LA; nel caso in cui tale confronto ha evidenziato una non coincidenza fra i valori, sono stati considerati prevalenti i dati risultanti dal modello CE.

I valori di **mobilità attiva** riportata nella predetta matrice sono stati portati in detrazione dai costi del modello LA. Con riferimento alle regioni Molise, Campania e Calabria, in relazione a specifici criteri di contabilizzazione adottati dalle predette regioni, si è operato come segue:

- ✓ **Campania:** non essendo contabilizzati i valori di **mobilità passiva** nel modello LA, ancorché valorizzati nell'allegato 3 del modello LA, in coerenza con quanto riportato nel modello CE, si è provveduto a nettizzare i dati LA dei valori di mobilità passiva valorizzati nel CE relativamente all'assistenza integrativa e protesica (comunque per un importo esiguo) per poi procedere a sommare quelli presenti nella predetta matrice di mobilità. Per la **mobilità attiva** si sono nettizzati i valori presenti nella suddetta matrice.
- ✓ **Calabria:** non essendo contabilizzati nei dati del modello LA i valori di **mobilità passiva**, (i relativi valori nell'allegato 3 del modello LA sono pari a "0") ad essi sono stati sommati quelli presenti nella predetta matrice di mobilità. Per la **mobilità attiva** si sono nettizzati i valori presenti nella suddetta matrice.
- ✓ **Molise:** essendo stato contabilizzato nel modello CE e LA il saldo di **mobilità (attiva)**, si è provveduto a nettizzare la **mobilità attiva** risultante dalla matrice di mobilità. Per la **mobilità passiva** si è provveduto a sommare solo i valori presenti nella predetta matrice di mobilità.

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

b) Depurazione dei costi relativi alle prestazioni extra LEA

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

Le prestazioni extra LEA sono illustrate nell'allegato 5 del modello LA e, per ognuna delle voci, è riportato il relativo costo.

La depurazione dei costi del modello LA dai costi afferenti alle prestazioni extra LEA presuppone la riconduzione di ciascuna delle prestazioni individuate dall'allegato 5 a uno o più dei livelli di assistenza del modello LA.

Tale operazione è stata effettuata sulla base delle informazioni fornite dalle regioni, in accordo ad un criterio generale del rispetto delle indicazioni regionali. Per i casi in cui siano stati indicati genericamente i livelli aggregati (es. specialistica, medicina generale, ospedaliera) si è provveduto all'imputazione per sub-livello proporzionalmente all'incidenza % del relativo costo sull'aggregato considerato. La voce "altro" è stata dettagliata da tutte le regioni e ricondotta ai singoli livelli di assistenza sulla base delle indicazioni regionali.

c) Depurazione dei costi relativi agli extracomunitari

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

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

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

Tale impostazione metodologica impone che i costi siano corretti per tenere conto:

- a) della spesa coperta con maggiori entrate proprie regionali rispetto a quelle derivanti dal FSN;
- b) della presenza di costi che non partecipano alla determinazione del risultato di gestione regionale.

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

Al riguardo, i costi valutati secondo il procedimento esplicito nella sezione 1) saranno depurati:

- delle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate cristallizzate, ivi comprese le entrate da pay-back e al netto delle coperture regionali iscritte nel modello CE;
- delle entrate da prestazioni intramoenia eccedenti il valore del costo della compartecipazione al personale per attività intramoenia¹;
- delle voci di entrata straordinarie che, similmente alle altre voci di entrata, hanno positivamente influenzato il risultato di esercizio annuale.

Con riferimento al punto b), occorre tenere in considerazione il fatto che fino all'entrata in vigore del d.lgs. n. 118/2011, ai fini della valutazione del risultato d'esercizio dell'anno 2011, secondo le regole dettate dal Tavolo Adempimenti, non sono ricomprese alcune voci di costo:

- perdite su crediti
- svalutazione dei crediti
- svalutazioni.

Tali costi, invece, sono inclusi nei dati di costo del modello LA; conseguentemente, gli importi relativi alle predette tre voci, limitatamente all'anno 2011, sono stati sottratti dai costi LA, in quanto essi non hanno concorso a determinare il risultato di gestione delle singole regioni. Con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 118/2011, e della ricomprensione delle predette voci di costo fra le componenti negative del risultato di esercizio, la sopra descritta decurtazione degli importi relativi alle tre voci di costo sopra specificate non sarà più operata a partire dai dati relativi all'anno 2012 (anno di riferimento per il riparto del FSN 2014).

Operata la quantificazione degli importi da sottrarre, essi sono stati sottratti convenzionalmente dai tre livelli di assistenza in misura pari al 5% per l'assistenza collettiva, 51% per l'assistenza distrettuale, 44% per l'assistenza ospedaliera, in linea con le percentuali indicate dalla programmazione sanitaria nazionale.

Inoltre, ai sensi del d.lgs. n. 68/2011, i costi standard sono calcolati al netto delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento del SSN, nei termini convenuti presso i Tavoli di verifica. Con riferimento all'anno 2011, sulla base di quanto deciso dai Tavoli tecnici nella riunione del 24 marzo 2011 e 4 novembre 2011, ciò equivale ad aver depurato i costi LA del valore degli ammortamenti che non hanno concorso al risultato di esercizio dell'anno 2011.

In termini operativi, il processo sopra illustrato equivale a eliminare dai costi LA l'intero importo degli ammortamenti aggiungendo poi gli ammortamenti non sterilizzati valutati dal Tavolo Adempimenti e che hanno concorso alla determinazione del risultato di esercizio 2011 (ammortamenti relativi ai beni entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 o tutti gli ammortamenti non sterilizzati qualora le regioni abbiano fatto esplicita richiesta di ricomprendere tutti gli ammortamenti non sterilizzati per la

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

valutazione del risultato di esercizio 2011, ovvero qualora la regione non sia stata in grado di produrre la relativa scheda di dettaglio coerente con il modello CE). Negli anni successivi, in relazione all'applicazione di quanto disposto dal d.lgs. n. 118/2011 si procederà alla eliminazione dai costi degli ammortamenti che trovano copertura nel finanziamento aggiuntivo in conto capitale a ciò preposto (i.e. solo quelli sterilizzati).

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

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

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

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

Calcolo costo pro-capite:

per il calcolo del costo pro-capite, si è proceduto ad utilizzare la popolazione al 1° gennaio 2012 (che corrisponde a quella del 31.12.2011), come dato più aggiornato. Tale scelta - pur non essendo coerente con la metodologia approvata dalla STEM, che prevede di utilizzare quella di metà anno, quale media della popolazione ISTAT utilizzata per il riparto dell'anno t+2 rispetto a quello di riferimento di elaborazione del modello LA (anno t), rilevata all' 1 gennaio dell'anno t+1 e la popolazione all'1 gennaio dell'anno t - è stata ritenuta quella più corretta, dal momento che i dati della popolazione ISTAT al 31.12.2011 risentono dell'effetto derivante dal censimento, effettuato nel corso dell'anno, inserendo, pertanto, una discontinuità rispetto alla popolazione all'1.1.2011. Al riguardo, tenuto conto del fatto che l'effetto sul calcolo dell'indicatore pro-capite è comunque di scarsa significatività si è ritenuto più opportuno prendere in considerazione la popolazione all'1 gennaio 2012 (che corrisponde a quella del 31.12.2011), come dato più aggiornato e più in linea con l'effettiva distribuzione regionale della popolazione nell'anno 2013 (anno cui il riparto del fabbisogno si riferisce).

La popolazione all'1.1.2012 è stata pesata con i medesimi criteri utilizzati in sede di riparto del FSN anno 2011.

Calcolo costo medio per prestazione:

Per il calcolo del costo medio per prestazione (ricovero o specialistica ambulatoriale) si è proceduto a ricostruire i costi a partire dal dato finale derivante dopo le operazioni descritte nella sezione 2, aggiungendo - in coerenza con la metodologia approvata in sede STEM ²- la mobilità attiva e

² Per i ricoveri per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza, detta metodologia chiarisce, infatti, che:

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

decurtando la mobilità passiva. Attraverso tale operazione si è proceduto a ricostruire il costo di erogazione delle prestazioni sanitarie su ciascun territorio regionale, indipendentemente dalla residenza dei soggetti assistiti. A tal fine, i costi sono stati valutati al lordo di quelli sostenuti per gli extra Lea e per gli stranieri irregolari nonché delle voci di entrata e di costo che nel processo descritto nella sezione 2 erano state decurtate dalla spesa. Ciò nel presupposto che la valutazione del grado di efficienza nell'erogazione delle prestazioni debba tener conto del costo pieno sostenuto per l'erogazione delle stesse.

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

2. INDIVIDUAZIONE, SULLA BASE DEI CRITERI DEFINITI DALLA DELIBERA DELL'11 DICEMBRE 2012, DELLE 5 REGIONI BENCHMARK

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

Prioritariamente sono state individuate le regioni eleggibili fra quelle che abbiano garantito il rispetto delle condizioni previste al punto 1.1 (lettere a, b, c, d). Fra queste, requisito fondamentale e imprescindibile è quello di aver assicurato l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico (lettera b).

Sulla base dei risultati di esercizio del Tavolo Adempimenti relativo all'anno 2011, solo 4 regioni hanno garantito il rispetto della condizione dell'equilibrio di bilancio.

Conseguentemente, in relazione alla necessità di garantire il numero di regioni (cinque) previsto dalla Delibera, ha trovato applicazione quanto disposto dal punto 1.2 dell'Allegato 1 alla Delibera che prevede che in subordine, qualora sulla base dei criteri definiti al punto 1.1 risulti un numero di regioni eleggibili inferiore a cinque, l'elenco possa essere integrato includendo le regioni che abbiano fatto registrare il minor disavanzo in percentuale del finanziamento effettivo. In relazione a tale criterio, la regione Emilia Romagna, pur avendo registrato un disavanzo nell'anno 2011 pari a -104,581 milioni di euro, è stata inclusa come quinta regione nel novero delle regioni eleggibili.

Dopo aver quindi individuato sulla base dei criteri precedentemente descritti le regioni eleggibili si è proceduto a calcolare l'Indicatore di Qualità e di Efficienza (IQE) per la formulazione della graduatoria finale delle 5 regioni di riferimento.

Il calcolo dell'IQE, per ciascuna delle regioni individuate, è stato effettuato utilizzando i valori registrati relativamente agli indicatori di seguito riportati:

1. Punteggio della "Griglia Lea" anno 2011;

2. Incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario, risultante dai dati CE consolidati regionali consuntivo 2011, come risultanti ai Tavoli di verifica;
3. degenza media pre-operatoria (dati SDO Anno 2011)
4. percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni (dati SDO Anno 2011)
5. percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici (dati SDO Anno 2011)
6. percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri (da calcolarsi considerando esclusivamente i ricoveri in degenza ordinaria, decurtando dal numeratore e dal denominatore i ricoveri relativi ai 108 DRG a rischio di in appropriatezza, di cui all'Allegato B del Patto per la salute 2010-2012) (dati NSIS -SDO Anno 2011)
7. percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di in appropriatezza (esclusi DRG 006, 039, 119) (dati NSIS -SDO Anno 2011)
8. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (dati NSIS -SDO Anno 2011)
9. percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici con età ≥ 65 anni (dati NSIS - SDO Anno 2011)
10. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5%) (elaborazioni su dati modello LA 2011);
11. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa (51%) (elaborazioni su dati modello LA 2011);
12. scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44%) (elaborazioni su dati modello LA 2011);
13. spesa pro capite per assistenza sanitaria di base (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e popolazione ISTAT all'1.1.2012);
14. spesa farmaceutica pro capite (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e popolazione ISTAT all'1.1.2012 pesata come da riparto 2011);
15. costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS -SDO 2011 per i dimessi pesati secondo i pesi del DM 18.12.2008)
16. costo medio per ricovero post acuto (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS - SDO 2011 per i dimessi di riabilitazione e di lungodegenza rispettivamente pesati con la tariffa unica convenzionale - TUC anno 2009 e non pesati)
17. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)_Anno 2011)
18. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Laboratorio (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)_Anno 2011)
19. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica strumentale (elaborazioni su dati modello LA 2011 per i costi e dati NSIS Flusso di specialistica ambulatoriale Art 50 (Legge 326/2003)_Anno 2011)

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

Il risultato è stato il seguente:

Graduatoria 5 regioni			
Regione	Regione Eligibile	IQE	Rango della Regione nella graduatoria ottenuta
Piemonte	NO		
Valle d'Aosta	NO		
Lombardia	SI	1,9	4°
Prov. Auton. Bolzano	NO		
Prov. Auton. Trento	NO		
Veneto	SI	0,0	5°
Friuli Venezia Giulia	NO		
Liguria	NO		
Emilia Romagna	SI (*)	7,2	2°
Toscana	NO		
Umbria	SI	10,0	1°
Marche	SI	3,6	3°
Lazio	NO		
Abruzzo	NO		
Molise	NO		
Campania	NO		
Puglia	NO		
Basilicata	NO		
Calabria	NO		
Sicilia	NO		
Sardegna	NO		

(*) La regione Emilia-Romagna è risultata eligibile, in applicazione del punto 1.2. dell'Allegato 1 alla Delibera dell'11 dicembre 2012, in quanto regione con minor disavanzo rispetto al finanziamento effettivo

In considerazione di quanto finora descritto e nell'ipotesi che tra le 3 regioni benchmark venisse scelta anche la regione Emilia-Romagna che, come già precisato in precedenza, nel 2011 non ha garantito l'equilibrio economico finanziario, nei termini indicati al comma 5 dell'articolo 27 del d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68, ai fini del riparto delle disponibilità finanziarie per la copertura del fabbisogno sanitario standard anno 2013, si dovrà procedere - coerentemente con quanto previsto dall'articolo 27, comma 12 del d.lgs. n. 68/2011 - al calcolo del costo medio standard, ottenuto come media ponderata dei costi delle 3 regioni benchmark per ciascuno dei tre livelli di assistenza, nettizzato della componente di costi della regione Emilia-Romagna, corrispondente alla quota eccedente rispetto al livello che avrebbe garantito l'equilibrio economico che, per il 2011, ammonta a - 104,581 milioni di euro.

21 giugno 2013

IL COORDINATORE DELL'UFF.IV
(Dott.ssa Stefania Garassino)

Punteggi Regionali griglia valutativa (cd. GRIGLIA LEA) per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza utilizzata dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005 - Anno 2011


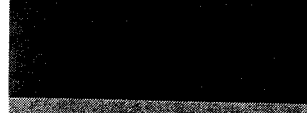


	REGIONE	2011
010	Piemonte	170
030	Lombardia	195
050	Veneto	182
070	Liguria	166
080	Emilia Romagna	213
090	Toscana	168
100	Umbria	184
110	Marche	161
120	Lazio	152
130	Abruzzo	145
140	Molise	142
150	Campania	101
160	Puglia	123
170	Basilicata	167
180	Calabria	128
190	Sicilia	147

Tabella 2

RISULTATO D'ESERCIZIO SECONDO LA METODOLOGIA ADOTTATA DAL "TAVOLO ADEMPIMENTI"

REGIONE	IN UNITA' DI EURO					%
	Risultato esercizio prima delle coperture	Rischi e altre correzioni Tavolo	Risultato esercizio prima coperture AL LORDO RISCHI	Finanziamento complessivo al netto entrate proprie effettive SE SENZA PENITENZIARIA PER LE RSS E PPAA T e B	Entrate proprie effettive	Incidenza % disavanzo su finanziamento ordinario
	-274.610.488	-26.127	-274.636.616	7.846.781.512	313.939.000	
VALLE D'AOSTA	-47.303.186	0	-47.303.186	204.518.814	26.635.000	-20,46%
LOMBARDIA	13.841.796	0	13.841.796	17.417.342.796	720.271.000	0,08%
PROV. AUTON. BOLZANO	-222.959.044	0	-222.959.044	836.134.956	49.950.000	-25,16%
PROV. AUTON. TRENTO	-224.253.647	0	-224.253.647	866.823.353	32.378.000	-24,94%
VENETO	114.960.956	0	114.960.956	8.523.042.956	383.678.000	1,29%
FRIULI VENEZIA GIULIA	-69.329.501	0	-69.329.501	2.168.583.499	260.941.000	-2,85%
LIGURIA	-142.582.346	-387.000	-142.969.346	2.976.642.654	125.143.000	-4,61%
EMILIA ROMAGNA	-104.581.263	0	-104.581.263	8.066.546.516	349.696.000	-1,24%
TOSCANA	-113.383.871	0	-113.383.871	6.723.267.507	317.630.250	-1,61%
UMBRIA	9.159.018	0	9.159.018	1.596.312.018	56.542.000	0,55%
MARCHE	21.186.672	0	21.186.672	2.704.729.266	115.495.000	0,75%
	-774.938.187		-774.938.187	9.702.158.813	487.595.000	
	38.041.881	-1.272.000	36.769.881	2.267.747.881	98.453.000	
	-36.721.343	-899.218	-37.620.561	597.285.657	15.492.000	
	-245.476.085	0	-245.476.085	9.479.260.915	190.003.000	
	-108.349.688	0	-108.349.688	6.774.691.312	178.445.000	
BASILICATA	-41.105.044	-7.445.000	-48.550.044	992.636.956	29.145.000	-4,75%
	-110.408.339	-23.000	-110.431.339	3.207.483.661	67.850.000	
	-12.840.900	-13.250.000	-26.090.900	8.364.513.100	196.618.000	
SARDEGNA	-343.400.977	0	-343.400.977	2.761.207.023	108.851.000	-11,96%
ITALIA	-2.675.053.586	24.302.345	-2.698.355.931	104.077.711.164	4.124.750.000	-2,49%

Legenda

	Regioni in PDR
	Regioni in PDR con un'incidenza % > del 5%
	Prime 5 regioni eligibili sulla base dei risultati esercizio
	RSS e PPAA di Trento e Bolzano

		Valori normalizzati																				
Colice regione	Regione	Punteggio Griglia LEA	Incidenza % aumento/diminuzione	Incidenza % spesa assistenza sanitaria	Incidenza % spesa assistenza distribuita	Incidenza % spesa assistenza ospedaliera	Degenera media pre operatoria (*)	Percentuale interventi finanzia entro 2 giorni	Percentuale interventi ripetuti differiti con DRG medi (*)	Percentuale interventi differiti con DRG alti rispetto ai totali dei decessi	Percentuale ricoveri ordinari con DRG alto rispetto a (*)	Percentuale ricoveri di tipo diagnostico con DRG medio (*)	% di casi medi con degenza oltre soglia per pazienti con età >=65 anni dal totale dei ricoveri medi su 65 (*)	Costo medio ricoveri ordinari per ogni giorno (*)	Costo medio per ricovero post acuto (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Attività clinica (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Laboratorio (*)	Spesa per prestazione assistenza specialistica - Diagnostica strumentale (*)	Spesa pro capite per assistenza sanitaria di base (*)	Spesa pro capite per assistenza farmaceutica (*)		
010	Piemonte																					
020	Vallée d'Aoste																					
030	Lombardia	0,466274091	-0,244419998	1,146972751	-1,153762114	-1,622092989	-0,466108428	-0,470062074	-0,167399939	1,791668842	-0,959495063	0,22270235	-0,56641801	0,136053622	-0,951083574	-0,214699343	0,144654687	1,257849798	0,985566844	-0,999373742		
041	P. A. Bolzano																					
052	P. A. Trento	-0,270919704	1,171430831	-1,16729724	-0,727042884	-0,192891525	-1,37094936	-0,406829208	-1,366530992	-0,21305377	1,647391945	1,700666514	-1,49509669	-0,752049595	-1,190770947	1,384348334	0,563969663	-0,025823622	-0,861609557	1,021113813		
050	Verona																					
051	Friuli Venezia Giulia																					
070	Liguria																					
080	Emilia Romagna	1,529347295	-1,782130497	0,088097323	-0,501325568	-0,289303899	0,777211445	0,848206973	1,206869327	0,108079523	0,262069532	-0,119698463	1,099606652	-0,072169313	1,081941515	-1,692594018	-1,427493221	-0,726341572	0,690388111	0,334999421		
100	Toscana																					
110	Lombardia	-0,182968761	0,312658255	1,042294765	1,02959551	1,182851479	-0,403006662	-1,380947274	-0,729240916	-0,444831874	-1,11097601	-1,249606157	1,10559479	1,789713071	-0,157602351	0,39547748	-0,72791372	0,973190604	0,70545467	0,90792927		
116	Marche	-1,53169322	0,542461409	-1,100998974	1,352101856	0,921383224	1,459138682	1,409631583	1,05640428	-1,237424248	0,059336188	-0,65405443	-0,153698453	-1,1005142	1,217415357	0,127407568	1,446890278	-1,423879258	-1,520296866	-1,407492462		
120	Abruzzo																					
130	Molise																					
140	Marche																					
150	Campania																					
160	Puglia																					
170	Basilicata																					
180	Calabria																					
190	Sicilia																					
200	Sardegna																					
	Mia	-1,53169322	-1,782130497	-1,167599724	-1,153762114	-1,622092989	-0,47094936	-1,380947274	-1,366530992	-1,237424248	-1,11097601	-1,249606157	-1,49509669	-1,1005142	-1,190770947	-1,692594018	-1,427493221	-1,423879258	-1,520296866	-1,407492462		
	Mean	1,529347295	1,171430831	1,146972751	1,352101856	1,182851479	1,459138682	1,409631583	1,206869327	1,791668842	1,647391945	1,700666514	1,10559479	1,789713071	1,217415357	1,384348334	1,446890278	1,257849798	0,985566844	1,021113813		

Punteggio complessivo

Regione	Somma valori normalizzati		Indicatore IQE nuovo metodo	
	Somma valori normalizzati	Rango della Regione nella graduatoria ottenuta	Nuovo IQE (Ipotesi di variazione da 0 a 10)	Rango
Piemonte				
Valle d'Aosta				
Lombardia	-1,493	4	1,899	4
Prov. Auton. Bolzano				
Prov. Auton. Trento				
Veneto	-2,568	5	0,000	5
Friuli Venezia Giulia				
Liguria				
Emilia Romagna (*)	1,516	2	7,215	2
Toscana				
Umbria	3,092	1	10,000	1
Marche	-0,546	3	3,573	3
Lazio				
Abruzzo				
Molise				
Campania				
Puglia				
Basilicata				
Calabria				
Sicilia				
Sardegna				

(*) La regione Emilia-Romagna è risultata eligibile, in applicazione del punto 1.2. dell'Allegato 1 della Delibera dell'11 dicembre 2012, in quanto regione con minor disavanzo rispetto al finanziamento effettivo

Graduatoria 5 regioni

Regione	Regione Eligibile	IQE	Rango della Regione nella graduatoria ottenuta
Piemonte	NO		
Valle d'Aosta	NO		
Lombardia	SI	1,9	4°
Prov. Auton. Bolzano	NO		
Prov. Auton. Trento	NO		
Veneto	SI	0,0	5°
Friuli Venezia Giulia	NO		
Liguria	NO		
Emilia Romagna	SI (*)	7,2	2°
Toscana	NO		
Umbria	SI	10,0	1°
Marche	SI	3,6	3°
Lazio	NO		
Abruzzo	NO		
Molise	NO		
Campania	NO		
Puglia	NO		
Basilicata	NO		
Calabria	NO		
Sicilia	NO		
Sardegna	NO		

(*) La regione Emilia-Romagna è risultata eligibile, in applicazione del punto 1.2. dell'Allegato 1 alla Delibera dell'11 dicembre 2012, in quanto regione con minor disavanzo rispetto al finanziamento effettivo