



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

REFERTO AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE FINANZIARIA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

ESERCIZIO 2017

DELIBERAZIONE N. 13/SEZAUT/2019/FRG





CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

**REFERTO AL PARLAMENTO SULLA
GESTIONE FINANZIARIA DEI SERVIZI
SANITARI REGIONALI**

ESERCIZIO 2017

DELIBERAZIONE N. 13/SEZAUT/2019/FRG

Relatore: Cons. Alfredo GRASSELLI

Hanno collaborato all'istruttoria il dirigente Renato PROZZO ed i funzionari:

Giuseppe BILOTTA
Alessandra BONOFIGLIO
Giusi CASTRACANI
Giuseppe GIULIANO

Editing: Paola CECCONI, Alessandro DI BENEDETTO, Micaela GENTILE

Corte dei conti - Sezione delle autonomie
Via Baiamonti, 25 - 00195 ROMA
www.corteconti.it



REFERTO AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE FINANZIARIA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

INDICE

Deliberazione n. 13/SEZAUT/2019/FRG.....	I
Sintesi.....	1
1 Introduzione	17
2 Il Conto consolidato della sanità	19
2.1 Le dinamiche di spesa nel periodo 2000-2018.....	19
2.2 La spesa sanitaria nel Conto consolidato delle pubbliche amministrazioni anni 2013-2018	26
2.3 Le previsioni di spesa sanitaria per gli anni 2019-2022 nel Documento di economia e finanza 2019	33
2.4 La spesa sanitaria in termini di PIL e la spesa <i>pro capite</i> nei principali paesi europei	39
2.4.1 La Spesa sanitaria pubblica e privata (“ <i>out of pocket</i> ”) in Italia ed Europa.....	43
2.4.2 Il grado di copertura pubblica della spesa sanitaria e la spesa diretta delle famiglie (“ <i>out of pocket</i> ”).....	44
2.5 Il Servizio sanitario nazionale: differenze regionali sulla base degli indicatori di Benessere equo e sostenibile (Bes)	46
3 Finanziamento settore sanitario.....	55
3.1 Premessa	55
3.2 Fondo Sanitario Nazionale	56
3.2.1 Composizione delle risorse destinate al fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale	64
3.2.2 Criteri di riparto del FSN	71
3.2.3 Mobilità sanitaria interregionale	79
4 I risultati delle gestioni sanitarie: i modelli CE e le attività di monitoraggio	85
4.1 Premessa	85
4.1.1 Il fabbisogno teorico delle Autonomie speciali	88
4.1.2 L’istruttoria del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali	90
4.1.3 I disallineamenti temporali	92
4.2 I risultati delle gestioni sanitarie.....	94
4.2.1 Il monitoraggio dei LEA 2017	103

4.2.2	La Regione Sardegna	107
4.2.3	Altre Regioni.....	109
5	Analisi dei bilanci degli enti del SSN da BDAP	116
5.1	Premessa	116
5.2	I risultati delle gestioni sanitarie da BDAP: modello CE.	117
5.2.1	Costo del personale	131
5.3	I risultati delle gestioni sanitarie da BDAP: modello SP	140
5.3.1	Disponibilità liquide.....	140
5.3.2	La situazione debitoria.....	149
5.3.3	La situazione debitoria: in particolare i debiti verso fornitori	150
5.3.4	La situazione debitoria: gli interessi passivi per ritardati pagamenti.....	164
6	Il monitoraggio Aifa della spesa farmaceutica per l'anno 2017	168
6.1	Premessa	168
6.2	Una criticità in via di risoluzione: il contenzioso sui <i>payback</i> degli anni 2013-2017 ..	168
6.3	I risultati del monitoraggio 2017 sul piano nazionale	169
6.3.1	Compartecipazione a carico del cittadino	170
6.3.2	Tetto farmaceutica convenzionata.....	172
6.3.3	Spesa farmaceutica per acquisti diretti: verifica del tetto di spesa del 6,89%	174
6.3.4	Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti: verifica del rispetto del tetto complessivo del 14,85% delle FSN	176

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1	Spesa sanitaria corrente e unità di lavoro enti locali sanitari	21
Tabella 2	Variazioni percentuali di spesa sanitaria per categorie economiche, anni 2000/2008 e 2009/2018	22
Tabella 3	Composizione percentuale categorie di spesa del Conto economico del SSN	25
Tabella 4	Conto economico delle pubbliche amministrazioni, anni 2013- 2018	28
Tabella 5	Uscite correnti (netto interessi) del Conto economico delle pubbliche amministrazioni* anni 2001 - 2018	30
Tabella 6	Previsioni DEF e risultati di spesa sanitaria anni 2014- 2018	31
Tabella 7	La spesa sanitaria nei Documenti di economia e finanza, anni 2015 2018: previsioni e risultati.....	31

Tabella 8 Finanziamento e spesa <i>pro capite</i> per il SSN	32
Tabella 9 DEF 2019: la spesa sanitaria e le altre spese correnti nel Conto economico delle pubbliche amministrazioni.....	35
Tabella 10 Previsioni di crescita tendenziali e programmatiche del Pil nei Documenti di finanza pubblica per gli anni 2018-2022	36
Tabella 11 Legge Bilancio 2019: fabbisogno sanitario nazionale <i>standard</i> , spesa corrente SSN	38
Tabella 12 Patto salute e Finanziamento fabbisogno sanitario nazionale <i>standard</i> (anni 2010/2018).....	39
Tabella 13 Spesa sanitaria in percentuale del Pil e spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> in Europa (in ordine decrescente percentuale della spesa pubblica sul Pil) Anno 2017.....	40
Tabella 14 Variazioni cumulate spesa sanitaria nominale pubblica in alcuni paesi europei ...	41
Tabella 15 Spesa <i>out of pocket</i> in percentuale della spesa sanitaria totale	43
Tabella 16 Spesa sanitaria pubblica corrente in percentuale della spesa sanitaria totale*	43
Tabella 17 Spesa sanitaria regionale e incidenza sul Pil <i>pro capite</i> regionale Anno 2017	50
Tabella 18 Distribuzione territoriale della spesa del bilancio Stato*: missione n. 20, "Tutela della salute" Anno 2016	52
Tabella 19 Distribuzione territoriale della spesa del bilancio Stato: missione n. 22, istruzione scolastica - Anno 2016	53
Tabella 20 Distribuzione territoriale della spesa del bilancio dello Stato*, missione n. 3: "Relazioni finanziarie con le Autonomie territoriali – Anno 2016	54
Tabella 21 – Fonti di finanziamento del FSN anni 2012-2018.....	68
Tabella 22 – Fonti di finanziamento del FSN anno 2017	70
Tabella 23 – Fonti di finanziamento del FSN anno 2018	70
Tabella 24 – Percentuale di finanziamento della spesa sanitaria	73
Tabella 25-FSN – Finanziamento Servizio Sanitario Nazionale – Periodo 2012-2018	76
Tabella 26 – Mobilità sanitaria interregionale anni 2012-2017	80
Tabella 27 – Fondo sanitario nazionale indistinto LEA post mobilità anni 2012-2017	84
Tabella 28 – Esercizio 2017. Confronto risultati di esercizio BDAP – risultati di esercizio rideterminati	87
Tabella 29 – Esercizio 2017 – Aziende in utile	92
Tabella 30 – Risultati di esercizio 2006 (<i>ante</i> legislazione piani di rientro). Risultati di esercizio rideterminati 2013-2017 e variazioni percentuali	97
Tabella 31 – Risultati di esercizio rideterminati 2013-2017 e avanzi/disavanzi <i>pro capite</i>	98

Tabella 32 – Risultati di esercizio rideterminati 2013-2017 in ordine decrescente per disavanzo <i>pro capite</i> 2017.....	99
Tabella 33 –Risultati di esercizio rideterminati 2013-2017 e coperture individuate in sede di riunione tecnica	102
Tabella 34 – Coperture individuate nel corso delle riunioni e in BDAP - voce AA0080.....	103
Tabella 35 Punteggi regionali griglia LEA, anni 2013-2017	107
Tabella 36 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Aggiornamento dati di Conto economico degli enti del Servizio sanitario a livello regionale per gli anni 2013-2017	117
Tabella 37 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macrovoce di Conto economico consolidato degli enti del SSN anni 2013 - 2017	120
Tabella 38 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risultato d'esercizio anni 2013-2017	121
Tabella 39 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA (AA0080) anni 2013-2017.....	122
Tabella 40 a Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macrovoce di Conto economico consolidato Totale Contributi degli enti del SSN anni 2013 - 2017	123
Tabella 41 - Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macrovoce di Conto economico consolidato “Valore della Produzione” degli enti del SSN anni 2013 - 2017	124
Tabella 42 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macrovoce di Conto economico consolidato degli enti del SSN anni 2013 - 2017	125
Tabella 43 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Compartecipazione <i>pro capite</i> alla spesa sanitaria (<i>ticket</i>) per Regione e Prov. Autonome anni 2013-2017	125
Tabella 44 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo della produzione - Anni 2013 - 2017	126
Tabella 45 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP Accantonamenti Anni 2013 - 2017	127
Tabella 46 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) - Anni 2013 - 2017	129
Tabella 47 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo della produzione per Regione anni 2013-2017	130
Tabella 48 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo della produzione <i>pro capite</i> per Regione e incidenza percentuale anni 2013-2017	131
Tabella 49 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo del personale anni 2013 - 2017	132

Tabella 50 a. Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di qualifica anni 2013 - 2017.....	133
Tabella 51 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro anni 2013 - 2017	134
Tabella 52 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per Regione anni 2013-2017	135
Tabella 53 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale <i>pro capite</i> per Regione anni 2013-2017	136
Tabella 54 Modello di rilevazione CE degli enti del SSN da BDAP – Costo del personale per Regione anni 2016-2017	137
Tabella 55 Modello di rilevazione di CE degli enti del SSN da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro, consulenze, personale in comando - Anni 2016 - 2017 ..	138
Tabella 56 Modello di rilevazione CE degli enti del SSN da BDAP – Costo del personale comprensivo delle consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie (B.2.A.15) per Regione anni 2016-2017	139
Tabella 57 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Aggiornamento dati di stato patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale per gli anni 2013-2017	140
Tabella 58 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Disponibilità liquide anni 2013-2017	141
Tabella 59 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Disponibilità liquide per Regione anni 2013-2017	142
Tabella 60 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente anni 2013-2017	147
Tabella 61 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Interessi passivi su anticipazioni di cassa anni 2013-2017	148
Tabella 62 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – D - Debiti anni 2013-2017	149
Tabella 63 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti V/Istituto Tesoriere anni 2013-2017	150
Tabella 64 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Debiti verso fornitori anni 2013-2017	151
Tabella 65 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Pagamenti effettuati durante l'anno 2017 (se non disponibili I o II trimestre 2018) per anno di emissione fattura	152
Tabella 66 Modello di rilevazione CE e SP a livello regionale da BDAP - Indici Debiti verso fornitori ⁽¹⁾ anni 2013-2017	154

Tabella 67 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Debiti verso fornitori <i>pro capite</i> anni 2013-2017	155
Tabella 68 Indicatore di tempestività dei pagamenti ⁽¹⁾ anni 2014-2017 e I Trim. 2018	156
Tabella 69 Debiti verso fornitori anni 2013-2017	157
Tabella 70 Debiti verso altri fornitori (componente dei Debiti verso fornitori) anni 2013-2017	157
Tabella 71 Altri interessi passivi ⁽¹⁾ anni 2013-2017	165
Tabella 72 Compartecipazioni a carico del cittadino, anni 2016 e 2017	171
Tabella 73 Tetto alla spesa farmaceutica convenzionata 2017 e rispetto del tetto del 7,54 del FSN	173
Tabella 74 Spesa farmaceutica per acquisti diretti individuata tramite il flusso della tracciabilità* del farmaco nel periodo gennaio-dicembre 2017 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 6,89%, per Regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN	175
Tabella 75 Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti nel periodo gennaio-dicembre 2017 e verifica del rispetto delle risorse complessive del 14,85%, per Regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN	177

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 Personale dipendente enti locali sanitari	23
Grafico 2 Totale entrate enti sanitari locali* e investimenti lordi	24
Grafico 3 Composizione e variazioni percentuali per categorie di spesa nel Conto consolidato della Sanità - anni 2000-2008-2018	25
Grafico 4 Confronto tasso di crescita della spesa sanitaria e inflazione (2012-2018)	27
Grafico 5 Uscite correnti (netto interessi) del Conto economico delle pubbliche amministrazioni* anni 2001 - 2018.	30
Grafico 6 Finanziamento e spesa <i>pro capite</i> per il SSN.....	32
Grafico 7 Variazioni percentuali spesa sanitaria, Pil e finanziamento ordinario SSN anni 2001-2018	33
Grafico 8 Variazioni cumulate spesa sanitaria pubblica anni 2002 2017	41
Grafico 9 Spesa <i>pro capite</i> sanitaria pubblica a parità di potere di acquisto (in USD) anno 2017	42
Grafico 10 Indicatore di Pil <i>pro capite</i> , a parità di potere di acquisto, rispetto alla media dei 28 paesi dell'Unione europea Anni 2008 e 2017	42
Grafico 11 Spesa <i>pro capite</i> sanitaria regionale - Anno 2017	50

Grafico 12 Incidenza della spesa <i>pro capite</i> sanitaria regionale su Pil <i>pro capite</i> regionale	51
Grafico 13 Distribuzione territoriale della spesa del bilancio Stato: missione n. 20, "Tutela della salute" - Spesa <i>pro capite</i> -Anno 2016.....	52
Grafico 14 Spesa statale regionalizzata: istruzione scolastica (missione 22) Anno 2016.....	53
Grafico 15 Distribuzione territoriale spesa del bilancio Stato, missione n. 3: "Relazioni finanziarie con le Autonomie territoriali" Valori <i>pro capite</i> Anno 2016.....	54
Grafico 16 - Finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato per gli anni 2001-2021.....	58
Grafico 17 - FSN: incidenza delle principali voci sul fabbisogno sanitario complessivo	67
Grafico 18 - Riparto disponibilità finanziarie per area geografica anno 2017	77
Grafico 19 - Riparto disponibilità finanziarie del FSN anni 2012-2018	78
Grafico 20 - Mobilità sanitaria interregionale anno 2017	81
Grafico 21 - Mobilità sanitaria interregionale <i>pro capite</i> anno 2017 e media <i>pro capite</i> anni 2012-2017	82
Grafico 22 - Totale mobilità sanitaria interregionale anni 2012-2017	82
Grafico 23 - Mobilità sanitaria interregionale anno 2018	83
Grafico 24 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP anni 2013-2017.....	119



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

N. 13/SEZAUT/2019/FRG

Adunanza del 28 maggio 2019

Presieduta dal Presidente di sezione

Francesco PETRONIO

Composta dai magistrati:

Presidenti di sezione	Maurizio GRAFFEO, Luciana SAVAGNONE, Antonio Marco CANU, Manuela ARRIGUCCI;
Consiglieri	Carmela IAMELE, Alfredo GRASSELLI, Rinieri FERONE, Francesco UCCELLO, Adelisa CORSETTI, Elena BRANDOLINI, Dario PROVVIDERA, Mario GUARANY, Marcello DEGNI, Stefano GLINIANSKI, Valeria FRANCHI, Amedeo BIANCHI;
Primi Referendari	Vanessa PINTO.

Visto l'art. 100, comma 2, della Costituzione;

Visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214 e successive modificazioni;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20, recante disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti;

Vista la legge 5 giugno 2003, n. 131;

Visto il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, approvato dalle Sezioni riunite con la deliberazione n. 14 del 16 giugno 2000 e successive modificazioni;

Vista la deliberazione della Sezione delle autonomie n. 3/SEZAUT/2019/INPR, depositata il 4 febbraio 2019, con la quale è stato approvato il programma delle attività di controllo per l'anno 2019;

Vista la nota del Presidente della Corte dei conti n. 277 del 21 maggio 2019 di convocazione dell'odierna adunanza della Sezione delle autonomie;

Udito il relatore, Consigliere Alfredo Grasselli;

DELIBERA

di approvare l'unità relazione con la quale riferisce al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali per l'esercizio 2017.

Ordina che copia della presente deliberazione, con l'allegata relazione, sia trasmessa al Presidente del Senato della Repubblica ed al Presidente della Camera dei Deputati, ai Presidenti dei Consigli regionali e comunicata, altresì, al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro dell'economia e delle finanze, al Ministro dell'interno, al Ministro della salute, al Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, al Ministro per gli affari regionali, ai Presidenti delle Giunte regionali, al Presidente della Conferenza dei Parlamenti regionali ed al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Così deliberato in Roma nell'adunanza del 28 maggio 2019.

Il Relatore

Il Presidente

F.to Alfredo GRASSELLI

F.to Francesco PETRONIO

Depositata in segreteria il 12/06/2019

Il Dirigente

F.to Renato PROZZO

RELAZIONE

Sintesi

Introduzione

Il presente referto analizza la situazione delle gestioni economico-finanziarie dei servizi sanitari regionali.

La tutela della salute costituisce un fondamentale principio della Costituzione (art. 32), la cui attuazione comporta l'impiego di rilevanti risorse pubbliche. Dall'articolazione a livello regionale del servizio sanitario deriva che il maggior onere gestionale per le Regioni e le Province autonome, in termini organizzativi e finanziari, è occupato dal garantire ai cittadini adeguate prestazioni per la salvaguardia del "bene salute".

Nella relazione vengono esaminati i risultati del Conto consolidato della sanità sulla base dei dati di contabilità nazionale aggiornati al Documento di economia e finanza pubblicato (DEF) nell'aprile 2019, e i conti definitivi dei servizi sanitari regionali in serie storica relativi al quinquennio 2013 – 2017. Per i dati provvisori di preconsuntivo, IV trimestre 2018, si rinvia al Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica.

I dati di conto economico e stato patrimoniale utilizzati sono essenzialmente quelli disponibili in OpenBDAP. I risultati d'esercizio sono stati rideterminati tenendo conto degli esiti delle verifiche operate dai tavoli di monitoraggio. Approfondimenti sono svolti in tema di costo del personale, disponibilità liquide, debiti verso i fornitori e spesa farmaceutica.

Il Conto consolidato del Servizio sanitario nazionale (SSN)

I dati di contabilità nazionale dimostrano l'efficacia dei controlli economici e contabili adottati negli ultimi anni dal settore sanitario, la cui spesa, pari a 115,4 miliardi nel 2018, è cresciuta del 60,8% nel periodo 2000/2008, e di appena il 3,7% negli anni 2009/2018.

Al più moderato profilo di crescita hanno contribuito tutte le componenti del conto economico, che presenta variazioni annuali in valore assoluto negative per le uscite dovute ai redditi da lavoro dipendente (dal 2009 al 2017) e la farmaceutica convenzionata (dal 2009 al 2018), mentre più problematico appare, per il governo dei conti, il controllo della spesa farmaceutica ospedaliera; quest'ultima, spinta dalla costosità delle nuove terapie farmacologiche, è uno dei principali fattori di crescita dei consumi intermedi (+25% nel periodo 2009/2018, +1,7% nel 2018 rispetto al 2017, di cui +6,5% solo la farmaceutica), che nello scorso anno ha determinato un'eccedenza di spesa (rispetto al tetto programmato del 6,89% del Fondo sanitario nazionale) di circa 2 miliardi.

Sensibile contenimento della spesa, quindi, merito anche del fatto che il sistema sanitario, già da tempo e più sistematicamente che altri settori della pubblica amministrazione, adotta sistemi di contabilità analitica dei costi e di monitoraggio delle gestioni, e nel quale più evidente appare lo sforzo, in via di miglioramento, di misurare, oltre al risultato contabile, anche la qualità dei servizi resi alla collettività. A partire dal 2009, il contenimento delle risorse per il SSN è stato particolarmente incisivo per due fattori produttivi che sono centrali per la qualità delle prestazioni assistenziali e la funzionalità ed efficienza delle strutture sanitarie: le risorse umane, in calo del 5,3% nel periodo 2009-2017, e gli investimenti, in riduzione del 48% nello stesso arco temporale.

Il DEF 2019 e la spesa sanitaria nel Conto consolidato della pubblica amministrazione, anni 2013/2018

Nel Documento di economia e finanza 2019 i principali indicatori finanziari e macroeconomici di contabilità nazionale delineano un quadro di generale contenimento della spesa sanitaria nell'ambito dei conti pubblici, e di "economicità", se non di relativa scarsità, nell'allocazione delle risorse al settore, che negli anni 2013-2018 risultano stabilmente "ancorate" al 16% della spesa corrente netto interessi (erano al 17% nel quinquennio 2005/2009), con tassi di crescita allineati o inferiori all'inflazione misurata dal deflatore del Pil, quindi con variazioni medie sostanzialmente nulle o negative in termini reali. Nello stesso periodo l'incidenza del comparto sanitario sul Pil scende dal 6,8 al 6,6%: è un risultato migliore degli obiettivi programmatici e rimarchevole, se si considera che è stato conseguito in un periodo in cui la crescita economica è stata più debole del previsto.

La parsimoniosità del settore nell'assorbire risorse finanziarie emerge anche dal confronto con le uscite a carico delle altre principali voci di spesa del Conto consolidato delle pubbliche amministrazioni: negli anni 2014/2018 il tasso medio di variazione della spesa sanitaria è stato pari all'1% (a fronte di una crescita media, nel periodo 2005-2009, del 4,2%), inferiore quindi a quello della spesa corrente netto interessi non sanitaria (1,3%), mentre le uscite per prestazioni previdenziali ed assistenziali in denaro sono cresciute ad un tasso circa doppio (+1,8%). In valore assoluto ciò ha significato, nel periodo 2013-2018, un incremento cumulato di spesa per il SSN di 5,8 miliardi, a fronte di un aumento delle uscite per prestazioni sociali in denaro (di tipo previdenziale e assistenziale) pari, complessivamente, a circa 29 miliardi.

Le politiche fiscali adottate dopo la recessione del 2009 hanno mutato la composizione della spesa pubblica, incrementando di 4 punti percentuali le uscite per trasferimenti monetari finalizzati a prestazioni previdenziali e assistenziali (dal 44,1 nel 2008 al 48,0% nel 2018 della spesa corrente netto interessi, pari ad una crescita del 25,8%, + 72 miliardi in valore assoluto), e moderando l'incremento della restante spesa corrente primaria (che aumenta di 27 miliardi nel decennio 2008-2018, +7,7% in

percentuale, ma con un'incidenza sulle uscite correnti netto interessi in riduzione dal 55,9 al 52,1%), ma, soprattutto, realizzando una correzione dei saldi di bilancio che ha compreso significativamente le uscite per gli investimenti, in calo del 32% nel periodo 2008-2018, riducendone l'incidenza sulla spesa primaria dal 6,9 al 4,3%.

Le previsioni di spesa sanitaria per gli anni 2019/2022

Secondo le stime riportate nel DEF 2019, la spesa sanitaria per l'anno in corso dovrebbe essere pari a 118,1 miliardi (+2,3% rispetto all'anno precedente), in incremento rispetto al 2018 di circa 2,7 miliardi, di cui un miliardo determinato dall'aumento delle uscite per i redditi da lavoro dipendente conseguente ai rinnovi contrattuali del personale dipendente del SSN, previsti dalla legge di bilancio 2018.

L'incidenza del comparto sulla spesa primaria corrente, stabilizzata attorno al 16% negli anni 2013/17, è stimata ridursi al 15,8% nel 2019 (pari al valore del 2018), per poi scendere al 15,6% nel triennio 2020/22.

Anche l'incidenza sul Pil mostra un profilo decrescente, dal 6,6% nel triennio 2018/2020 al 6,4% nel 2022, malgrado il DEF 2019 abbia ridotto mediamente di 0,9 punti percentuali (dal 2,7 all'1,8%) le previsioni di crescita del prodotto interno lordo nominale a suo tempo presentate nella Nadef di ottobre 2018 per il triennio considerato.

La spesa sanitaria in termini di PIL e la spesa *pro capite* nei principali paesi europei

Nel 2017 la spesa sanitaria pubblica in Italia è stata pari al 6,6% del Pil, un valore inferiore di circa tre punti percentuali a quella in Germania (9,6%) e Francia (9,5%), di un punto percentuale rispetto al Regno Unito, e di poco superiore a quella di Spagna (6,3%), Portogallo (6,0%) e Repubblica Ceca (5,8%). I dati Ocse relativi all'arco temporale 2000/2017 mostrano, soprattutto a partire dal 2009, la progressiva perdita di peso del comparto sanitario sul Pil rispetto a quello dei maggiori paesi europei: se nel 2000 Francia e Germania spendevano per il servizio sanitario due punti percentuali di Pil in più rispetto all'Italia (rispettivamente 7,5, 7,7 e 5,5%), nel 2017 il divario è cresciuto a sfavore dell'Italia di tre punti percentuali.

Anche l'indicatore della spesa *pro capite* mostra il sottodimensionamento relativo di quella italiana: nel 2017 la spesa pubblica italiana (espressa in dollari a parità di potere di acquisto) è stata pari a 2.622 USD, ossia inferiore del 35% a quella francese (4.068 USD) e del 45% a quella tedesca (4.869 USD), con un divario che cresce, rispetto a quello dell'anno 2000, rispettivamente di 10 e di 15 punti percentuali.

La Spesa sanitaria pubblica e privata (“out of pocket”) in Italia ed Europa

Se nel 2008 l’incidenza della spesa *out of pocket* (spesa diretta delle famiglie) sulla spesa sanitaria totale era sostanzialmente simile in Francia (21,8%), Germania (23,8%) e Italia (22,3%), nel 2017 il divario a sfavore dell’Italia è di circa 10 punti percentuali; Francia e Germania, nello scorso decennio, hanno perseguito politiche mirate ad incrementare il grado di copertura pubblica della spesa totale, mentre l’Italia l’ha ridotta, è ciò fa sì che l’Italia, pur avendo una spesa complessiva (pubblica e privata) inferiore del 57% a quella tedesca e del 42% a quella francese, abbia una spesa privata *pro capite* (655 euro) di poco inferiore ai livelli francese (665 euro) e tedesco (668 euro).

Il grado di copertura pubblica della spesa sanitaria e la spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*)

I dati statistici relativi al periodo 2001-2017 mostrano una flessione, dopo il 2009, della spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa totale (pubblica e privata), e un incremento di quella direttamente sostenuta dalle famiglie (*out of pocket*), malgrado la sostanziale stagnazione dei redditi seguita alla recessione del 2009 (nel 2017 il Pil *pro capite* reale in Italia è risultato ancora inferiore del 6,2% a quello del 2008); nel 2017 la spesa *out of pocket* ha raggiunto i 39,7 miliardi, pari a un valore *pro capite* nazionale di 656 euro, segnando una crescita del 3,5% rispetto al 2016, e un’incidenza sul Pil *pro capite* nominale in aumento dall’1,9% (nel 2008) al 2,3% nel 2017.

Nel 2017 le risorse pubbliche hanno coperto il 74% della spesa complessiva (152,8 miliardi), mentre la spesa diretta delle famiglie il 26,0 % (circa 39 miliardi, di cui 35,9 direttamente pagati dalle famiglie e 3,7 attraverso assicurazioni private). Nel 2012, invece, la spesa pubblica copriva il 76% della spesa complessiva (110 miliardi) e le famiglie la residua quota del 24%.

La spesa sanitaria diretta delle famiglie presenta una notevole variabilità territoriale, essendo direttamente proporzionale al reddito disponibile, che è più alto al centro-nord rispetto al sud, come dimostrano i dati statistici Istat sulla spesa media mensile delle famiglie italiane, che segnalano, nel 2017, che l’*out of pocket* è stato pari a 141 euro al Nord, 118 al Centro e 98 euro al Sud.

Se una quota della spesa *out of pocket* può considerarsi senz’altro “superflua” o non rispondente a consumi sanitari che necessitano di una tutela pubblica (si pensi solo alla compartecipazione alla maggiore spesa per l’acquisto di farmaci “di marca” rispetto a quelli equivalenti generici rimborsati dal SSN, per la quale gli assistiti hanno versato, nel 2017, circa 1 miliardo di euro), i dati sulla spesa diretta delle famiglie per tipologia di servizi sanitari segnalano una carenza relativa nella copertura da parte del servizio sanitario pubblico di alcuni bisogni assistenziali, che riguardano uno dei punti critici del SSN (soprattutto nelle regioni meridionali), ossia le reti territoriali per le prestazioni extra ospedaliere, in particolare quelle per l’assistenza alle cronicità e ai lungodegenti, l’assistenza residenziale o domiciliare e per la cura e riabilitazione post ospedaliera.

Il Servizio sanitario nazionale: differenze regionali sulla base degli indicatori di Benessere equo e sostenibile

Il Servizio sanitario nazionale, che sul piano internazionale ottiene ottimi risultati, tra i migliori in Europa, sia negli indicatori Ocse di qualità ed efficacia delle prestazioni sanitarie, sia in quelli che ne misurano esclusivamente l'efficienza (calcolata incrociando aspettativa media di vita alla nascita, che in Italia nel 2017 è stata di 83,1 anni, la più alta tra i paesi dell'area euro, e spesa *pro capite*, molto contenuta in Italia rispetto a quella delle maggiori economie europee) presenta sensibili differenze regionali, sia per quanto riguarda le condizioni di salute, che le infrastrutture per l'assistenza sanitaria territoriale e la spesa sanitaria *pro capite* regionale.

Ad esempio, l'indicatore per il dominio Salute allegato al Documento di economia e finanza 2018 relativo alla speranza di vita media in buona salute alla nascita, pari, per il 2017, ad una media nazionale di 58,7 anni, segna valori superiori al Nord (60,1 anni) e al Centro (59,7 anni), e inferiori nel Mezzogiorno (58,7 anni); l'indicatore sulla speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è risultato pari ad una media nazionale di 9,7 anni, con valori migliori nel Nord (10,5 anni) e nel Centro (10,0 anni) e peggiori nel Mezzogiorno (8,2 anni).

Gli indicatori qualitativi e quantitativi sui servizi sanitari regionali, disegnano un sistema con molte diseguaglianze, come dimostrano anche i consistenti flussi di mobilità sanitaria diretti prevalentemente dal Sud verso le Regioni del Nord, mentre la decrescita degli investimenti da parte degli enti sanitari locali, verificatasi nel periodo 2009-2017 (-48%), rallentando l'ammodernamento delle apparecchiature tecnologiche terapeutiche, ha incrementato il tasso di obsolescenza delle infrastrutture, che è mediamente maggiore al Sud rispetto al Nord, con ricadute anche sulla qualità delle cure.

Il diritto alla salute è un fondamentale diritto garantito dalla Costituzione, per la cui tutela lo Stato, al fine di assicurare l'eguaglianza su tutto il territorio nazionale nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e tutelare l'unità economica e la coesione sociale del paese, attua importanti trasferimenti di risorse fiscali, a fini perequativi, dai territori economicamente più ricchi a quelli più deboli.

Nel 2017 la spesa sanitaria che presidia tale diritto, in base ai risultati di esercizio degli enti sanitari, è stata pari a 1.888 euro *pro capite*, con un'incidenza media nazionale sul Pil del 6,6%. Tutte le Regioni meridionali, ad eccezione del Molise (2.101 euro *pro capite*), spendono meno della media nazionale, in particolare la Campania (1.729 euro), la Calabria (1.743 euro), la Sicilia (1.784 euro) e la Puglia (1.798 euro), mentre la spesa *pro capite* più alta si registra nelle Province autonome di Bolzano (2.363 euro) e Trento (2.206 euro), in Molise (2.101 euro), Liguria (2.062 euro), Valle d'Aosta (2.028 euro), Emilia-Romagna (2.024 euro), Lombardia (1.935 euro), Veneto (1.896 euro).

Viceversa, se si guarda l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil *pro capite* regionale, tutte le Regioni settentrionali e, tra le Regioni del Centro, il Lazio, hanno una spesa inferiore alla media nazionale, con valori minimi in Lombardia (5,1% del Pil regionale), Lazio (5,5%), nella Provincia autonoma di Bolzano (5,6%), Veneto (5,7%) ed Emilia-Romagna (5,7%), mentre la spesa *pro capite* di Sicilia, Calabria, Puglia e Campania, pur essendo tra le più basse d'Italia, ha una incidenza sui rispettivi Pil regionali superiore di circa 4 punti percentuali alla media nazionale.

Il finanziamento del settore sanitario

Con la definizione del Fondo sanitario nazionale si determinano annualmente le risorse necessarie e finanziariamente sostenibili per Regione e Provincia autonoma ai fini dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Il sistema di finanziamento pubblico del settore sanitario nazionale si basa essenzialmente su risorse provenienti dalla fiscalità generale (quote di partecipazione al gettito di imposte dirette, quali addizionale Irpef e Irap, e indirette, relativamente alla partecipazione al gettito Iva e accise sulla benzina) a cui si aggiungono le risorse derivanti dalle varie forme di partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti (proventi derivanti dai servizi a pagamento e dai *ticket*), le entrate proprie della Regione e, per una parte residuale, i trasferimenti finalizzati ad interventi specifici (cfr. par. 3.2.1).

Le politiche attuate dagli ultimi governi hanno generato alcune profonde trasformazioni nei processi produttivi delle aziende pubbliche e private accreditate operanti nell'ambito dell'assistenza sanitaria, specialmente attraverso le diverse misure attuate per il contenimento della spesa. A fronte di risorse tendenzialmente stabili e bisogni crescenti, la riorganizzazione dei servizi sanitari assume un ruolo fondamentale, soprattutto per evitare il razionamento dei servizi che avrebbe, di conseguenza, riflessi sulla copertura qualitativa e quantitativa dei bisogni. Il settore sanitario, dunque, resta alla ricerca del difficile equilibrio tra la sostenibilità finanziaria e l'esigenza di erogare un adeguato servizio a tutela del fondamentale diritto alla salute.

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato. Le Autonomie speciali (Regione Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Regione Friuli-Venezia Giulia e la Regione Sardegna) provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato, mentre per la Regione siciliana è stabilita dal 2009 un'aliquota di partecipazione del 49,11% del suo fabbisogno sanitario. Sulla base del livello del fabbisogno determinato, il Ministero della Salute presenta annualmente alle Regioni una proposta di riparto (suddividendo le risorse in fabbisogno indistinto e fabbisogno vincolato) discussa in sede di

Conferenza Stato-Regioni per raggiunge un'intesa; quest'ultima viene poi recepita con delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE. Come già ripetutamente evidenziato anche in passato, il provvedimento definitivo del CIPE (che rappresenta la conclusione del procedimento) viene deliberato con notevole ritardo rispetto all'esercizio di riferimento del FSN; ciò si riflette negativamente sulla programmazione dei servizi sanitari regionali.

Il Fondo sanitario ha registrato un andamento di vivace crescita fino al 2008, cui è seguito un periodo di rallentamento della dinamica di incremento e con una flessione di segno negativo tra il 2011 e il 2013. Per il triennio 2014-2016 le risorse destinate al Servizio sanitario, indicate nel Patto della salute 2014-2016 (Intesa Stato-Regioni n. 82/CSR del 10 luglio 2014), fissate in 109,928 miliardi di euro nel 2014, 112,062 miliardi di euro nel 2015 e 115,444 miliardi di euro nel 2016, sono state rideterminate dal d.l. n. 78/2015 e dalla legge di stabilità 2016 in 109,7 miliardi per il 2015 e 111 miliardi per il 2016. Per il 2017 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è stato determinato in 113 miliardi di euro e 114 miliardi per il 2018. Tali importi sono stati successivamente rettificati in diminuzione e, al netto del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi, il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato ammonta a 111,7 miliardi di euro per il 2017 (+0,7 miliardi rispetto al 2016, +0,7%) e 112,7 miliardi per il 2018 (+0,9 miliardi rispetto al 2017, +0,8%). Con riferimento agli anni futuri, la l. n. 145/2018 ha previsto un incremento delle risorse da destinare al fabbisogno sanitario di 4,5 miliardi nei prossimi tre anni: 114,4 miliardi di euro per il 2019 (+1 miliardi rispetto al 2018), 116,4 miliardi di euro per il 2020 (+2 miliardi rispetto al 2019) e 117,9 miliardi per il 2021 (+1,5 miliardi rispetto al 2020).

Esaminando la composizione delle fonti del finanziamento indistinto dei LEA nel periodo 2012-2017, emerge una riduzione dell'incidenza sul FSN totale degli introiti derivanti dalla fiscalità generale (imposizione fiscale diretta ed indiretta) e delle risorse proprie cui segue un incremento della partecipazione delle Regioni a statuto speciale e del Fondo sanitario nazionale. La riduzione dell'incidenza della fiscalità generale è da ascrivere all'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef), che evidenzia una contrazione di oltre 1 punto percentuale (da 88,2% del 2012 a 87% del 2017 e 2018), mentre l'imposizione fiscale indiretta evidenzia un incremento (da 50,29% del 2012 a 60,15% del 2018). Sulla base della ripartizione del finanziamento sanitario nazionale per il 2017, le fonti di finanziamento indistinto dei LEA (ante-mobilità) sono rappresentate per l'87% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) ed indiretta (Iva e accise - d.lgs. n. 56/2000), per l'1,82% dai ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie, dall'8,5% dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome ed, infine, per il 2,69% dalla voce relativa al Fondo sanitario nazionale. La quota principale che finanzia il FSN è costituita dall'imposizione fiscale indiretta che

rappresenta nel 2017 il 60,1% del totale, mentre la componente fiscale diretta costituisce il 26,9% (l'Irap il 18,6% e l'addizionale Irpef l'8,4%).

Nel 2017 – con qualche lieve variazione rispetto agli anni dal 2012 al 2016 – il 42% del totale delle risorse finanziarie per la sanità è assorbito dalle Regioni del Nord, il 20% dalle Regioni del Centro, il 23% da quelle del Sud, il 15% dalle Autonomie speciali. Sotto altra prospettiva, le Regioni in Piano di rientro acquisiscono risorse del FSN per oltre il 47% del totale, mentre le Regioni non in Piano di rientro assorbono il 46% e le Regioni e Province ad autonomia speciale (esclusa la Sicilia, che rientra nella prima categoria) il 6,7%.

In linea generale, si rileva un miglioramento sia per la riduzione dei disavanzi, sia per il raggiungimento degli obiettivi nell'erogazione dei LEA, pur se permangono differenze a livello regionale nell'erogazione dei servizi.

La mobilità sanitaria interregionale

Il Servizio sanitario italiano permette a ciascun cittadino il diritto di essere assistito anche in strutture sanitarie di Regioni diverse rispetto a quella di residenza: tale fenomeno viene definito come mobilità sanitaria interregionale. La differenza tra crediti, conseguenza della mobilità attiva, e debiti, effetto della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale dell'anno successivo. Pertanto, se il saldo è positivo, la Regione si troverà maggiori risorse rispetto al riparto del Fondo sanitario c.d. indistinto (ante mobilità); viceversa, se il saldo è negativo, le risorse diminuiscono. I dati confermano la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord (le Regioni con maggiori capacità attrattive sono la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto), cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud. Nel 2017 la mobilità sanitaria interregionale (differenza tra mobilità attiva – crediti – e mobilità passiva – debiti) presenta un saldo positivo per 8 Regioni e negativo per 13 Regioni e Province autonome. La tendenza riscontrata si replica, seppur con qualche lieve differenza, anche gli anni dal 2012 al 2016. La maggiore o minore attrattività dipende principalmente dalla maggiore qualità e quantità dei servizi sanitari erogati, oltre che da altri fattori che incidono in misura minore quali: l'andamento dell'economia, che porta ad un trasferimento della popolazione verso le Regioni più ricche, e la presenza di centri universitari di grande importanza. Con riferimento alla erogazione dei servizi, le Regioni con maggiore capacità attrattive sono posizionate nei primi posti nel punteggio complessivo assegnati per la valutazione dei LEA.

I risultati delle gestioni sanitarie

Tenendo in debita considerazione le disposizioni del titolo II del d.lgs. n. 118/2011, quali principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica finalizzati alla tutela dell'unità economica della Repubblica ai sensi dell'art. 120 Cost., e la conseguente attività del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, appare evidente come l'attività svolta dal medesimo Tavolo abbia assunto un rilievo decisivo per comprendere l'andamento effettivo delle gestioni sanitarie.

A livello nazionale, infatti, il risultato di esercizio 2017 acquisito in BDAP (Banca Dati Amministrazioni Pubbliche) alla data del 21 novembre 2018, è pari a circa +760 milioni; al netto delle coperture (voce AA0080 -A.1.B.1.2, Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo), Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA) è pari a circa -530 milioni; in base agli esiti delle istruttorie del Tavolo di monitoraggio (congiuntamente al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza per le Regioni in piano di rientro) ed alle differenze tra fabbisogno teorico e costi effettivi dei servizi sanitari delle Autonomie speciali, il sistema risulta in disavanzo di circa un miliardo di euro. Se poi si considera la peculiare situazione della Regione Sardegna come quantificata dall'art.2, l. r. 5 novembre 2018, n. 40¹, il risultato complessivo a livello nazionale dell'esercizio 2017 peggiora fino a -1,5 miliardi.

Con riguardo a tale ultimo dato, va peraltro precisato che esso, mentre per le Regioni ordinarie e per la Sicilia (in piano di rientro) è stato tratto dai verbali delle riunioni tecniche con i Tavoli di verifica, per le Autonomie speciali proviene dal Rapporto n. 5 - 2018, "Il monitoraggio della spesa sanitaria" a cura del Ministero dell'Economia e Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato: si tratta di un dato a IV trimestre, calcolato esclusivamente sulla base del fabbisogno teorico come definito in sede di riparto delle fonti di finanziamento dei LEA. Allo stesso modo, infatti, per le Regioni a statuto ordinario e per la Regione siciliana sono stati utilizzati i dati di consuntivo al netto dei contributi provenienti dalla Regione (extra fondo) quali risorse aggiuntive dal bilancio regionale a titolo di copertura dei LEA. Un discorso a parte, come detto, merita la Regione Sardegna per la quale, per l'esercizio 2017, si è fatto riferimento alla quantificazione del disavanzo definito con l.r. Sardegna n. 40/2018 (-680,71 milioni). Tenendo conto per le Autonomie speciali di tali, non trascurabili, prospettive, il cd. risultato di esercizio rideterminato, esercizio 2017, ad esse nel complesso riferibile, è pari a -1.205.91 milioni, con un'incidenza percentuale sul disavanzo dell'intero comparto sanitario a livello nazionale (-1.511,62 milioni) di quasi l'80%: di questo, il 45% è imputabile alla sola Sardegna; il 17% alla P.A. di Bolzano; quasi il 13% al P.A. di Trento.

¹ Il disavanzo del servizio sanitario da doversi ripianare dalla Regione Sardegna è stato quantificato nell'art. 2, l. r. n.40/2018 in complessivi 680,71 milioni di euro e precisamente: ammortamenti non sterilizzati effettuati ante 2012 dalle aziende sanitarie locali (-265,920 milioni); perdite del sistema sanitario annualità 2016 (-297,625 milioni); perdite del sistema sanitario annualità 2017 (-117,167 milioni).

Del resto, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito con l'Intesa Stato-Regioni rappresenta la quota di risorse ritenuta congrua dallo Stato per consentire alle Regioni/P.A. di erogare i LEA in condizioni di efficienza ed appropriatezza, conformemente alla metodologia prevista dal decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 per determinare costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario: nulla vieta agli enti di conferire risorse aggiuntive rispetto a quelle risultanti dall'Intesa, ma, affinché il finanziamento del SSN venga ricostruito per intero, ciò dovrebbe essere fatto distinguendo nel CE le diverse fonti di finanziamento (finanziamento obbligatorio LEA, finanziamento aggiuntivo, extra LEA). Solo in questo modo si potranno confrontare i bilanci dei diversi servizi sanitari regionali ed i costi effettivi da essi sopportati.

Il risanamento finanziario è evidente e costante soprattutto laddove l'attività dei tavoli tecnici è stata più incisiva, cioè, innanzitutto sul gruppo delle Regioni sottoposte a piano di rientro il cui disavanzo complessivo è diminuito in maniera costante: da -4,3 miliardi del 2006 (l'anno precedente a quello in cui è stata introdotta la legislazione sui piani di rientro) ai -223 milioni del 2017: la Regione Lazio nell'ultimo quinquennio ha riassorbito in modo continuo e costante il deficit (-669,62 milioni nel 2013; -367,38 milioni nel 2014; -332,64 milioni nel 2015; -136,52 milioni nel 2016; -45,67 milioni nel 2017). Allo stesso modo si è comportata la Regione siciliana: da -1.088,41 milioni del 2006 ad una situazione di sostanziale equilibrio, -0,21 milioni del 2017. La Regione Piemonte, che nell'esercizio 2006 presentava un disavanzo pari a -328,66 milioni, nel 2017 chiude in avanso (+2,10 milioni) ed esce dal piano di rientro.

Anche le Regioni sottoposte a monitoraggio da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali riducono sensibilmente il loro disavanzo, passando complessivamente da -1.055,31 milioni dell'esercizio 2006 a -82,64 milioni del 2017.

Tra le Regioni a statuto ordinario la situazione più critica risulta essere ancora quella del Molise, con un deficit *pro capite* di -112,92 euro: pur se in continua riduzione (era -134,86 euro nel 2016 e -142,59 euro nel 2015), l'equilibrio di gestione della Regione Molise nel triennio 2015 - 2017 è stato garantito solo grazie al contributo di solidarietà interregionale di cui alla Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 (30 milioni per l'esercizio 2015, 25 milioni per l'esercizio 2016 e 18 milioni per l'esercizio 2017). Senza tali importi, le coperture predisposte annualmente dalla Regione nel triennio considerato, sarebbero state insufficienti a coprire il disavanzo dell'esercizio.

Altra situazione delicata è rinvenibile in Calabria, in cui il disavanzo *pro capite* nel 2017 è pari a -51,67 euro: il risultato di esercizio di questa Regione, infatti, nel 2017 (-101,53 milioni) è peggiorato sia rispetto al 2016 (in cui era -99,45 milioni) sia rispetto al 2013 (-30,63 milioni): in termini percentuali nel quinquennio 2013-2017 il risultato della Regione Calabria è peggiorato del 231,47%.

Si segnala inoltre, l'andamento negativo del risultato di esercizio della Regione Toscana nel triennio 2015-2017: -72,20 milioni es. 2015; -88,59 milioni es. 2016; -93,97 milioni es. 2017.

Sempre osservando i risultati di esercizio ottenuti con le sole risorse ritenute congrue dallo Stato, il comparto delle Autonomie speciali presenta il disavanzo *pro capite* più elevato, -296,97 euro; segue quello delle Regioni in piano di rientro, -9,12 euro (era -13,23 euro nel 2016); quindi quello delle Regioni a Statuto ordinario soggette a monitoraggio, -2,58 euro. Il *pro capite* nazionale è -24,95 euro.

Peraltro, il *pro capite* nazionale aggiustato (*adj*), al netto cioè dei risultati di esercizio di Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano calcolati sulla base del fabbisogno teorico definito in sede di riparto, sarebbe pari a -5,41 euro.

Sotto un profilo diverso da quello propriamente economico-finanziario, in attesa della nuova definizione del sistema di monitoraggio dei LEA che sarà in vigore dal 2020, al momento in fase di sperimentazione, il Ministero della salute nel "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2017", sulla base di 31 indicatori relativi ai tre livelli assistenziali del SSN (Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza distrettuale, Assistenza ospedaliera) ha giudicato adempienti nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza 13 Regioni a statuto ordinario. Di queste, otto con punteggio superiore a 200 (Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Abruzzo e Marche) e cinque (Liguria, Basilicata, Lazio, Puglia, Molise) con punteggio compreso tra 200 e 160 (punteggio minimo); a queste ultime va aggiunta la Regione siciliana (160).

Sono invece due le Regioni a statuto ordinario inadempienti, Campania e Calabria, tuttavia, mentre la prima migliora comunque il risultato rispetto agli anni precedenti (da 106 nel 2015 a 153 nel 2017, procedendo in pari tempo al consolidamento del risanamento finanziario), la seconda lo peggiora (da 147 nel 2015 a 136 nel 2017, aggravando anche il deficit).

Nel corso del triennio 2015-2017 si assiste, dunque, ad un generale miglioramento delle performance dei sistemi sanitari.

Con riguardo alle Autonomie speciali (ad eccezione della Sicilia in piano di rientro), per le modalità di finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio, esse sono tuttora escluse dalla "Verifica Adempimenti" affidata dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse.

Peraltro, per l'anno 2017, il Ministero della salute ha reso noti i punteggi di tutti gli Enti (160 il punteggio minimo), compresi quelli non sottoposti alla verifica adempimenti per l'accesso alla quota premiale, evidenziando alcuni profili di criticità: Friuli-Venezia Giulia 193; Provincia autonoma di Trento 185; Valle d'Aosta 149; Sardegna 140; Provincia autonoma di Bolzano 120.

I risultati di conto economico

I conti economici sanitari consolidati a livello regionale sono stati estratti dalla Banca dati OpenBDAP. L'analisi delle macrovoci di conto economico consolidato evidenziano un miglioramento del risultato della gestione: tale miglioramento è ascrivibile, oltre che ad un incremento delle risorse ed una migliore gestione finanziaria, anche alla contabilizzazione nell'esercizio di competenza dei contributi extra fondo a titolo di copertura dei LEA. Depurando la componente positiva (valore della produzione) dai contributi citati, si determina un risultato d'esercizio negativo, seppur di anno in anno in netto miglioramento.

La macroclasse "Valore della produzione" nel corso del quinquennio evidenzia un andamento crescente, passando dai 118 miliardi di euro del 2013 ai 124 miliardi di euro del 2017, con una variazione percentuale positiva pari al 4,64%. Nel periodo considerato si riscontra anche l'aumento della voce Costi della produzione, che passa da 115 miliardi di euro del 2013 a poco più di 120 milioni di euro del 2017, con un incremento del 4,48%. L'andamento delle due macrovoci principali (valore e costo della produzione) produce un aumento del saldo della gestione caratteristica; l'andamento è opposto, invece, se si analizza la gestione caratteristica scorporando i contributi a titolo di coperture LEA.

I risultati d'esercizio sono influenzati dagli andamenti dei contributi per Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA (AA0080). Dette risorse evidenziano un andamento decrescente nel corso dei primi quattro anni, sintomo di un'adeguata azione di monitoraggio, per poi salire nel 2017 a 1,3 miliardi di euro circa.

Analizzando la composizione del "Valore della produzione" emerge che la voce principale è rappresentata dai contributi in conto esercizio i quali nel corso del quinquennio costituiscono più del 90% della voce totale; tra i contributi, hanno il maggior peso i trasferimenti da Regione/Prov. Autonoma, che raggiungono nell'ultimo anno di osservazione un valore di 110 miliardi di euro.

Il costo del personale

Esaminando la voce "Costi della produzione" si assiste ad una crescita costante di detto valore; e la voce che maggiormente influenza il costo totale è rappresentata dagli acquisti di beni e servizi, seguita dalla voce "Costo del personale" che rappresenta la risorsa fondamentale per la funzionalità del sistema sanitario: essa subisce una riduzione, rispetto al 2013, del 2,22%, con un valore nel 2017 pari a 33,856 miliardi di euro. Dall'esame delle voci che compongono l'aggregato in esame emerge come la gran parte della spesa è sostenuta per il "personale del ruolo sanitario", con 27,45 miliardi di euro nel 2017. Scomponendo il costo del personale nella componente dirigente e non dirigente si evidenzia come la spesa sostenuta per il personale dirigente ammonti complessivamente nel 2017 a 14 miliardi di euro, diminuita rispetto al 2013 del 2,6%, mentre il costo sostenuto per il personale non dirigente risulti pari

nell'ultimo anno di analisi a 19,8 miliardi di euro. L'analisi su base regionale fa emergere le differenze tra le varie Regioni, con un costo del personale maggiore in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Piemonte e più in generale evidenzia come l'82% circa del costo totale sia sostenuto dalle Regioni a statuto ordinario. Il *pro capite* su base regionale evidenzia nel 2017 una media nazionale pari a 560 euro per abitante; tutte le RSS presentano un dato *pro capite* superiore alla media: Valle d'Aosta (889 euro), P.A. Bolzano (1.136 euro), P.A. Trento (805 euro), Friuli-Venezia Giulia (760 euro), Sardegna (706 euro). Fa eccezione la Sicilia che, in piano di rientro, pur presentando il maggior valore in termini assoluti, ha un *pro capite* di poco inferiore alla media nazionale. Per cogliere meglio il fenomeno è utile porre a confronto tali dati con i risultati della griglia LEA, che esprimono anche un profilo qualitativo della spesa sanitaria: dalla comparazione emerge che nel 2017 il Veneto (550 euro) e la Lombardia (491 euro), pur avendo valori *pro capite* inferiori alla media nazionale (560 euro), risultano essere nella fascia alta del punteggio complessivo per i LEA (Veneto con 218 e Lombardia con 212).

Sul costo complessivo del personale, peraltro, incidono anche le modalità di organizzazione definite sia a livello regionale, sia a livello di singola azienda sanitaria, che possono prevedere il ricorso a figure professionali esterne (anche per far fronte ad esigenze non altrimenti risolvibili). Considerando il costo per consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie, la spesa per il personale si incrementa di 1,18 miliardi nel 2016 e di 1,25 miliardi nel 2017.

I risultati di stato patrimoniale

Le disponibilità liquide

I dati di stato patrimoniale (SP) degli enti dei servizi sanitari regionali sono stati estratti dalla banca dati di OpenBDAP. Analizzando le varie componenti dello SP si è focalizzata l'analisi sui dati relativi alle "disponibilità liquide" cioè tutti quegli elementi patrimoniali che sono immediatamente disponibili e utilizzabili. Le disponibilità liquide indicate in bilancio non sono totalmente libere, in quanto una parte è vincolata ai pignoramenti; tale informazione non è presente negli SP, ma è rilevabile dal SIOPE attraverso il prospetto "Disponibilità liquide - DL, che riporta il cod. 1450 "Fondo di cassa dell'ente alla fine del periodo di riferimento - quota vincolata": si riferisce alla consistenza, alla fine del mese di riferimento, delle giacenze di conto corrente di cassa intestato all'Ente vincolate per pignoramenti; tale quota vincolata del fondo di cassa destinata a pignoramenti registra nel periodo 2013-2016 una diminuzione del 42% circa seguita ad un aumento nell'anno 2017. Le principali quote risultano registrate in poche Regioni.

All'incremento delle disponibilità liquide corrisponde una riduzione dei crediti. Se l'aumento della liquidità segnala una migliorata fluidità delle riscossioni, l'entità ancora considerevole dell'esposizione debitoria, sebbene in diminuzione, rivela una vischiosità nel ciclo dei pagamenti che costituisce una

criticità gestionale. Una maggior velocità nei pagamenti comporterebbe una minore giacenza di cassa accompagnata da una riduzione sia dell'esposizione debitoria, sia dei pagamenti di interessi moratori ed anche un minor ricorso alle anticipazioni di cassa.

I debiti verso fornitori

L'analisi della situazione debitoria evidenzia come tale voce sia andata decrescendo nel corso degli anni passando dagli oltre 59 miliardi del 2013 ai 48,7 miliardi del 2017. Nella macrocategoria D-Debiti la voce debiti verso fornitori rappresenta quella più consistente, con 19,8 miliardi di euro nel 2017 ed un peso sul totale di oltre il 40%, con un *trend* in diminuzione ed una riduzione complessiva nel quinquennio pari a 11,2 miliardi di euro. Tale voce è costituita dai "debiti verso gli erogatori di prestazioni sanitarie", che possono essere privati accreditati e convenzionati, e dai "debiti verso i fornitori in generale": i primi rappresentano poco più di un quarto del totale debiti (nel 2017 circa il 27%), mentre i debiti verso altri fornitori costituiscono la massa debitoria maggiore.

Dall'esame dei pagamenti effettuati durante l'anno 2017 emerge che tutte le Regioni effettuano pagamenti oltre i termini (anche se con sforamenti minimi in alcuni casi); per quanto riguarda i tempi medi di pagamento, in linea generale viene rilevato un diffuso miglioramento, anche se la situazione si presenta alquanto variegata. Resta indubbio che l'introduzione della fatturazione elettronica faciliti una maggiore attenzione alla gestione dei pagamenti e costituisca un utile strumento per arrivare al rispetto delle prescrizioni della legislazione nazionale ed europea.

Il monitoraggio Aifa della spesa farmaceutica per l'anno 2017

Con l'accordo firmato tra Farmindustria e Conferenza delle Regioni lo scorso dicembre, è stata raggiunta intesa per chiudere i contenziosi aperti dinanzi al giudice amministrativo riguardo ai *payback* (ossia l'eccedenza di spesa farmaceutica rispetto ai tetti di spesa programmati sul FSN, che le aziende produttrici rimborsano alle regioni) relativi agli anni 2013/2017 accertati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa). L'accordo, recepito normativamente con la l. n. 12/2019 (di conversione del d.l. n. 135/2018 "Decreto semplificazione"), ha riconosciuto alle aziende farmaceutiche uno sconto di 707 milioni sulle somme originariamente accertate dalle determini Aifa relative ai periodi 2013-17 (in tutto 3.085,5 milioni), riducendo così il valore complessivo dell'eccedenza da ripianare a carico delle aziende a 2.378 milioni. Al netto, quindi, dei 1.562 milioni già versati dalle aziende stesse per i *payback* 2013/2017 e provvisoriamente "congelati" dal Mef in un apposito fondo in attesa della risoluzione delle controversie, le aziende avrebbero già dovuto pagare, entro lo scorso aprile, la somma residua di 816 milioni.

L'Aifa deve accertare l'avvenuto versamento dell'importo di 2.378 (al lordo di quanto già versato per i ripiani degli anni 2013-2017 milioni, ovvero 1.562 milioni) a seguito del quale il Mef ripartirà tra le regioni l'importo giacente sul Fondo per il *payback* 2013-2017 di 816 milioni.

Gli andamenti per il 2017 segnalano, rispetto al 2016, un aumento delle compartecipazioni a carico degli assistiti (+0,6% rispetto al 2016, pari a un valore complessivo di 1,5 miliardi, in aumento di 9,5 milioni rispetto al precedente anno), e una diminuzione sia dei consumi (ossia del numero di ricette) dell'1,1% (581 milioni di ricette, -6,2 milioni rispetto al 2016) sia della spesa farmaceutica convenzionata netta (-1,79% rispetto al 2016).

Per quanto riguarda, invece i tetti di spesa, la spesa farmaceutica convenzionata nazionale ha rispettato il relativo tetto di spesa (7,96%), essendo risultata pari al 7,54% del FSN, mentre la farmaceutica per gli acquisti diretti, ossia la farmaceutica ospedaliera e quella in distribuzione diretta ai pazienti, registra un'incidenza sul FSN dell'8,37% (9,4 miliardi in valore assoluto), con uno scostamento di 1,48 punti percentuali (pari ad un'eccedenza di spesa di 1,7 miliardi) rispetto al valore-soglia del 6,89% delle risorse del FSN.

Conseguentemente, la spesa farmaceutica complessiva nazionale (diretta + convenzionata), pari, in valore assoluto, a 17,8 miliardi, ossia al 15,90% del FSN, è risultata superiore di 1,2 miliardi rispetto al tetto programmato del 14,80% del FSN.

1 INTRODUZIONE

La tutela della salute costituisce un fondamentale principio della Costituzione (art. 32), la cui attuazione comporta l’impiego di rilevanti risorse pubbliche. Dall’articolazione a livello regionale del servizio sanitario deriva che il maggior onere gestionale per le Regioni e le Province autonome, in termini organizzativi e finanziari, è occupato dal garantire ai cittadini adeguate prestazioni per la salvaguardia del “bene salute”.

Ovviamente i profili qualitativi di tali prestazioni in quest’ambito sono fondamentali, ma, come si è già avuto modo di rilevare in altre occasioni, il governo dei conti resta una precondizione per una gestione efficiente ed efficace delle risorse disponibili. Questo, pertanto, è il profilo che viene approfondito in questa relazione.

Il presente referto analizza la situazione delle gestioni economico-finanziarie dei servizi sanitari regionali. L’ultimo esercizio di riferimento è il 2017, in quanto metodologicamente – come per il passato – si è scelto di prendere in considerazione conti sostanzialmente consolidati (pur se si registrano rettifiche anche a distanza di qualche anno) e già vagliati in sede di monitoraggio da parte degli appositi Tavoli tecnici. Gli ultimi verbali relativi alla gestione 2017 sono stati disponibili a marzo 2019.

Per i dati provvisori di preconsuntivo, IV trimestre 2018, si rinvia al Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica².

Nei capitoli 2 e 3 si esaminano i risultati del Conto consolidato della sanità sulla base dei dati di contabilità nazionale e le questioni relative al finanziamento del Fondo Sanitario nazionale. L’analisi è aggiornata al Documento di economia e finanza pubblicato nell’aprile 2019.

La situazione del nostro Paese viene pure valutata in comparazione con i principali Paesi europei. Attenzione viene posta, inoltre, ad un aspetto particolare della spesa sanitaria, quella affrontata direttamente dai cittadini al di fuori del servizio pubblico (c.d. *out of pocket*).

Nei capitoli 4 e 5 si analizzano in serie storica i risultati delle gestioni dei servizi sanitari regionali nel quinquennio 2013 – 2017.

Per una ricostruzione degli effettivi risultati si è fatto ricorso agli esiti dell’attività dei Tavoli tecnici. Si segnala, in particolare, che per determinare l’effettivo risultato della gestione e valutare la situazione a livello strutturale, non si considerano le coperture individuate in sede di verifica dei predetti Tavoli.

² In corso di pubblicazione al momento dell’approvazione del presente referto. Nel rapporto di coordinamento, pur confermandosi le valutazioni di ordine generale, per quanto riguarda il 2017, ivi riportato in confronto con il 2018, possono riscontrarsi disallineamenti con i dati numerici, in considerazione dei diversi tempi di rilevazione dei dati e delle diverse prospettive con le quali vengono affrontati temi analoghi.

Per la determinazione del disavanzo della Regione Sardegna si è fatto riferimento alla l. r. Sardegna n.40 del 2018.

Sulla base dei dati desunti dai modelli di rilevazione di conto economico e stato patrimoniale trasmessi al Nuovo Sistema Informativo della Sanità (NSIS) e riversati nella Banca Dati delle Pubbliche Amministrazioni (accessibile dal portale OpenBDAP) vengono analizzate alcune componenti della gestione sanitaria. In particolare, si approfondiscono le tematiche relative alla spesa di personale e ai debiti verso fornitori, utilizzando anche le informazioni rilevabili dai verbali dei Tavoli di monitoraggio, nonché alla spesa farmaceutica. Per quest'ultimo argomento si fa riferimento all'annuale monitoraggio realizzato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

2 IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ

2.1 Le dinamiche di spesa nel periodo 2000-2018

Nel 2018 la spesa sanitaria nei dati di contabilità nazionale è risultata pari a 115,4 miliardi (tab. 1), inferiore di circa 900 milioni alle previsioni contenute nel DEF 2018, con un tasso di variazione nominale sull'anno precedente dell'1,6% anziché del 2,4%: risultato migliore delle attese, quindi, ma dovuto principalmente allo slittamento al 2019 del costo dei rinnovi contrattuali per il personale dipendente dirigente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale.

Di seguito, i risultati di preconsuntivo relativi al 2018 (tab. 1), esposti per categorie economiche³.

1) Spesa per le prestazioni assistenziali prodotte dagli enti sanitari pubblici:

- La spesa per i redditi da lavoro dipendente nel 2018 è stata pari a 35,5 miliardi, in aumento del 2,4% rispetto al 2017 a causa del rinnovo contrattuale per il personale dipendente non dirigente del SSN⁴.
- Le uscite per i consumi intermedi sono state pari a 33,5 miliardi, in crescita del 1,7% rispetto al 2017.

Tale incremento è determinato esclusivamente dalla spesa farmaceutica (+6,5%), in particolare quella per gli acquisti diretti, ossia per i farmaci in uso negli ospedali e in distribuzione diretta ai pazienti; secondo i dati del monitoraggio Aifa relativi al 2018, la spesa farmaceutica per acquisti diretti, pari complessivamente a circa 10 miliardi, ha registrato una eccedenza di 2 miliardi rispetto al limite di spesa del 6,89% del FSN, cui hanno contribuito tutte le Regioni⁵. Si contrae invece dello 0,8% la restante spesa per consumi intermedi.

2) Spesa per le prestazioni sanitarie prodotte da produttori *market*:

- La spesa per le prestazioni sociali in natura prodotte dagli operatori *market* è invece stata pari a 40,3 miliardi, in aumento del 2,1% rispetto al 2017, e si compone di:

³ Per ulteriori approfondimenti vedere Corte dei conti, Sezioni Riunite, *Rapporto 2019 sul coordinamento di finanza pubblica*.

⁴ L'importo per il 2018 comprende, oltre alla quota di competenza dell'anno dei rinnovi contrattuali, anche i costi degli arretrati relativi al biennio 2016/17.

⁵ Nel 2017 tale scostamento, rispetto al tetto programmato, è stato pari a 1,7 miliardi, cui hanno contribuito (con la sola eccezione della Val d'Aosta) tutte le Regioni. L'aggregato della farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera + distribuzione diretta ai pazienti) utile alla verifica del rispetto del tetto programmato di spesa (6,89% del FSN) è calcolato da Aifa sulla base dei dati del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) relativa al flusso della tracciabilità del farmaco, alimentato dalle aziende farmaceutiche e dal resto della filiera distributiva (farmacie, ambulatori, ospedali, ecc.): da tale aggregato sono esclusi i vaccini, mentre la spesa per i farmaci innovativi (oncologici e non) è a carico delle Regioni (e quindi inclusa nella verifica del tetto programmato) solo per la quota eccedente gli specifici fondi stanziati nel bilancio del ministero della salute, il cui valore complessivo è di 1 miliardo di euro annui. Nel 2017, la spesa netta per i farmaci innovativi (oncologici e non) è stata pari a 547 milioni, quindi interamente a carico dei fondi ministeriali. Nello stesso anno, se si somma la spesa per acquisti diretti (9,4 miliardi) ai *payback* (1,1 miliardi) e a quella per i farmaci innovativi (547 milioni), la spesa farmaceutica ammonta a 11 miliardi di euro.

- 7,6 miliardi per la farmaceutica convenzionata, in riduzione dello 0,6% rispetto all'anno precedente;
- 6,8 miliardi per l'assistenza medico-generica, in crescita del 2,2% rispetto al 2017 in conseguenza dell'imputazione al 2018 dei costi degli arretrati (per il biennio 2016/2017) relativi al rinnovo delle convenzioni.
- 25,9 miliardi per le altre prestazioni sanitarie (ospedaliere, specialistiche, riabilitative ed altra assistenza) erogate dagli enti privati accreditati al SSN, in crescita del 3% rispetto al 2017.

3) Altre componenti di spesa:

- le altre componenti di spesa sono state pari a circa 5,9 miliardi, e decrementano del 6,9% rispetto al 2017.

Complessivamente, esaminando le dinamiche di spesa di lungo periodo dalla recessione del 2009 fino allo scorso anno, nel primo quinquennio del decennio 2009-2018 la spesa sanitaria ha segnato un incremento cumulato di 1,8 miliardi di euro rispetto al 2008 (tab. 1), mentre nel secondo quinquennio (2014-2018) è cresciuta di circa 4,9 miliardi rispetto al 2013; complessivamente, dal 2009 al 2018, l'incremento è stato di 6,7 miliardi, pari ad un valore medio annuo di circa 670 milioni.

Tale moderato profilo di crescita è stato determinato innanzitutto dall'andamento delle spese di personale, che si riducono in valore assoluto in ciascun anno del periodo 2009-2017⁶, mentre i consumi intermedi e le altre componenti economiche del Conto consolidato del SSN crescono annualmente ma a tassi nettamente inferiori rispetto a quelli medi anteriori al 2009.

⁶ Oltre alle spese di personale, anche i pagamenti per l'assistenza farmaceutica convenzionata hanno registrato una contrazione annua in valore assoluto in ciascun anno del periodo 2009-2018.

Tabella 1 Spesa sanitaria corrente e unità di lavoro enti locali sanitari

Voci di spesa	Anni											
	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Redditi da lavoro dipendente	27.132	38.062	37.143	37.862	36.789	36.145	35.670	35.422	35.082	34.875	34.691	35.540
Unità di lavoro enti locali sanitari	681,7	694,1	695,7	695,1	686	676,6	672	667,3	661,2	656,5	658,7	
Consumi intermedi	12.714	25.242	26.830	27.422	28.456	28.750	28.436	29.331	30.235	31.705	32.985	33.533
Beni e servizi da produttori market, di cui:	25.552	39.583	40.795	41.319	40.195	39.218	39.337	39.956	39.470	39.493	39.496	40.345
· <i>Farmaceutica convenzionata</i>	8.743	11.226	10.997	10.913	9.862	8.905	8.616	9.392	8.245	8.100	7.624	7.581
· <i>Assistenza medico generica da convenzione</i>	4.019	6.079	6.949	6.984	6.724	6.710	6.666	6.663	6.654	6.690	6.675	6.821
· <i>Altre prestazioni sociali in natura da privato</i>	12.790	22.278	22.849	23.422	23.609	23.603	24.055	24.901	24.571	24.756	25.261	25.943
Altre componenti di spesa	2.696	6.597	6.559	6.528	6.815	6.348	6.171	6.252	6.452	6.426	6.439	5.992
Totali SSN	68.094	109.484	111.327	113.131	112.255	110.461	109.614	110.961	111.224	112.504	113.611	115.410

Fonte: DEF 2019 e Mef, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 5*, anno 2018. Importi in milioni di euro.

La recessione del 2009 ha marcato una netta discontinuità nei tassi di crescita della spesa per il Servizio sanitario nazionale: se nel periodo 2000-2018 la spesa nominale aumenta complessivamente di 47,3 miliardi (tab. 1), circa il 95% di tale incremento assoluto (45 miliardi) si concentra negli anni antecedenti la crisi, nel 2000-2010 (tab. 1).

In termini percentuali, la spesa sanitaria incrementa del 60,8% dal 2000 al 2008 (tab. 2) e di appena il 3,7% dal 2009 al 2018.

Tabella 2 Variazioni percentuali di spesa sanitaria per categorie economiche, anni 2000/2008 e 2009/2018

	Variazione % 2008/2000	Variazione % 2018/2009
Redditi da lavoro dipendente	40,3	-4,3
Consumi intermedi	98,5	25
Beni e servizi da produttori <i>market</i>, di cui:	54,9	-1,1
· <i>Farmaceutica convenzionata</i>	28,4	-31,1
· <i>Assistenza medico generica da convenzione</i>	51,3	-1,8
· <i>Altre prestazioni sociali in natura da privato</i>	74,2	13,5
Altre componenti di spesa	144,7	-8,6
Variazione spesa sanitaria totale	60,8	3,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Mef, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 5*, anno 2018 e DEF 2019.

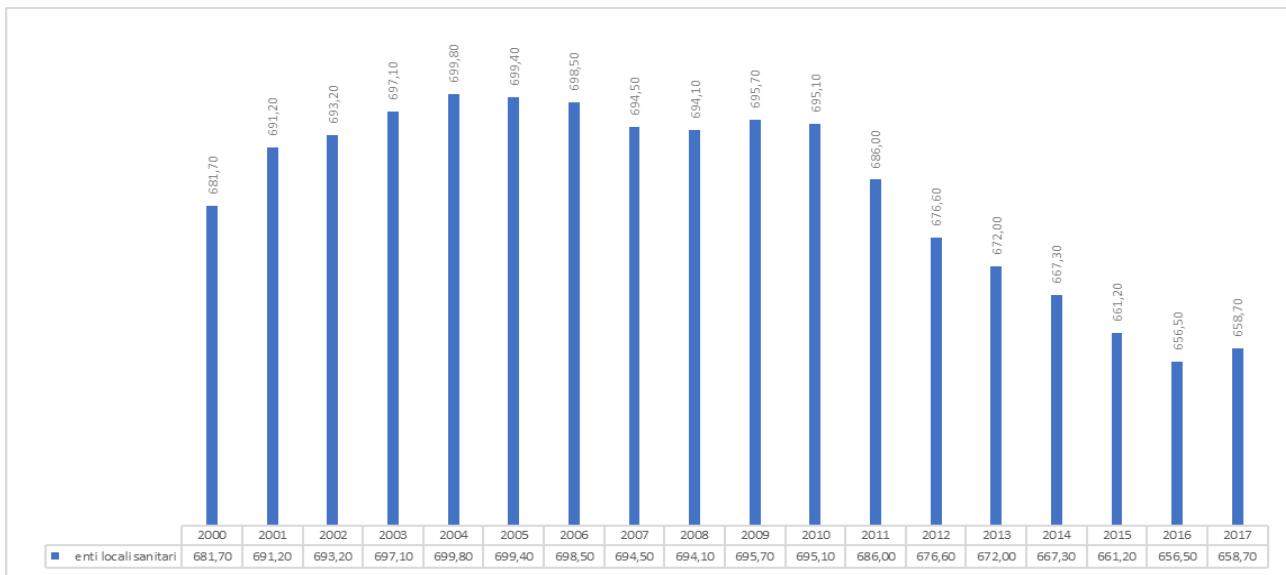
Il contenimento delle risorse successivo al 2009 è stato particolarmente incisivo per due fattori produttivi che sono centrali per la qualità delle prestazioni assistenziali e la funzionalità ed efficienza delle strutture sanitarie: le risorse umane e gli investimenti.

a) Risorse umane

Nel periodo 2000-2008 (tab. 1) i dipendenti degli enti sanitari locali crescono dell'1,8% (+12.400 unità, da 681.700 a 694.100), i redditi da lavoro dipendente del 40%, mentre negli anni 2009-2017 la spesa si contrae del 6% e il numero di dipendenti del 5,3% (meno 37.000 unità in valore assoluto, da 695.700 a 658.700).

È una riduzione di risorse umane importante, quella avvenuta tra il 2009 e il 2017, pari a tre volte l'incremento registrato nei nove anni precedenti al 2009, che ha riportato il numero complessivo di dipendenti del SSN (grafico 1) in servizio nel 2017 (658.700 unità) ad un livello inferiore a quello del 1997 (675.800 unità).

Grafico 1 Personale dipendente enti locali sanitari



Fonte: Istat, database Istat, *Conti aggregati economici delle pubbliche amministrazioni*, sottosettore aziende sanitarie locali, elaborazione Corte dei conti su dati del Conto consolidato degli enti sanitari locali (entrate totali: correnti e in conto capitale).

L'aggregato comprende: Asl, Aziende ospedaliere, Istituti di ricoveri e cura a caratteri scientifico, Policlinici universitari.

b) Investimenti

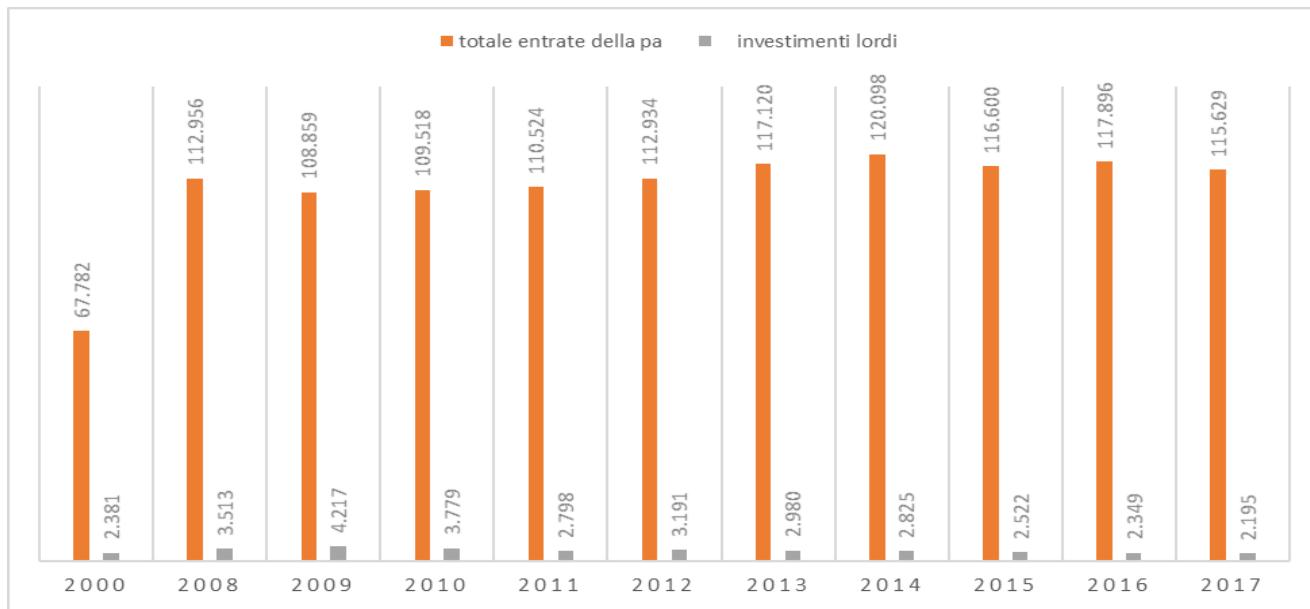
Dal 2000 al 2008 (grafico 2) gli investimenti lordi degli enti sanitari locali⁷ crescono del 45,8%, passando da 2,4 a 3,5 miliardi, viceversa, negli anni 2009/2017 flettono del 47,6%, da 4,2 a 2,2 miliardi⁸, segnando un'incidenza sulle entrate totali in riduzione dal 3,1% (nel 2008) all'1,9% (nel 2017).

Il valore *pro capite* della spesa per investimenti è stato pari a 41,8 euro nel 2000, a 69,8 euro nel 2009, e 36,2 euro nel 2017.

⁷ Fonte: Istat, settore istituzionale: enti sanitari locali, edizione ottobre 2018, prezzi correnti. L'aggregato istituzionale comprende: Asl, Aziende ospedaliere, Istituti di ricoveri e cura a caratteri scientifico, Policlinici universitari.

⁸ Nei dati di contabilità nazionale gli investimenti lordi complessivi per la sanità delle amministrazioni pubbliche (enti sanitari locali, amministrazioni locali e amministrazioni centrali) sono stati pari, nel 2016, a circa 4 miliardi, e hanno registrato una flessione, rispetto all'anno 2009 (6 miliardi), del 36%. Fonte dati: Istat; edizione dati: dicembre 2017.

Grafico 2 Totale entrate enti sanitari locali* e investimenti lordi



*Fonte: Istat, database Istat, *Conti aggregati economici delle pubbliche amministrazioni*, sottosettore aziende sanitarie locali, elaborazione Corte dei conti su dati del Conto consolidato degli enti sanitari locali (entrate totali: correnti e in conto capitale).

L'aggregato comprende: Asl, Aziende ospedaliere, Istituti di ricoveri e cura a caratteri scientifico, Policlinici universitari.

Le politiche di contenimento e i tagli lineari alla spesa realizzati dopo il 2009 hanno mutato la composizione percentuale dei costi del comparto sanitario (tab. 3): se nel 2000 la spesa per i redditi da lavoro dipendente assorbiva il 39,8% delle uscite complessive, nel 2018 la quota si riduce di 9 punti percentuali, scendendo al 30,8%; viceversa la quota dei consumi intermedi, che pari al 18,7% delle uscite complessive nel 2000, incrementa di circa 10 punti percentuali, assorbendo il 29,1% dei costi totali nel 2018.

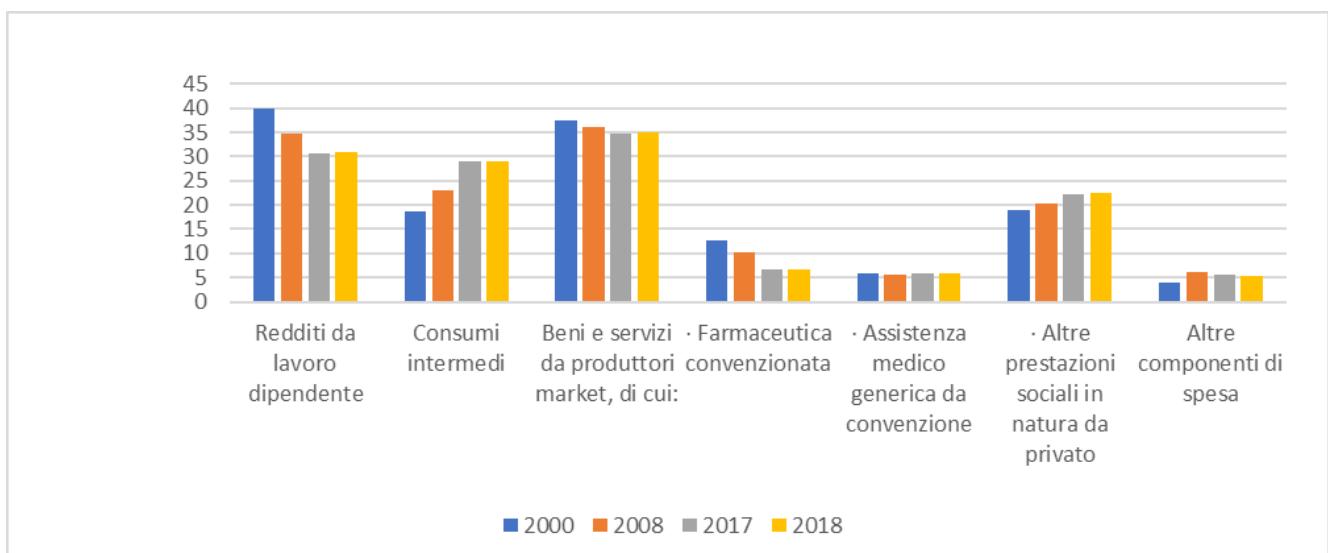
Andamento simile per le prestazioni acquistate dagli operatori *market*, dove a fronte del ridimensionamento della spesa per la farmaceutica convenzionata, in riduzione dal 12,8 al 6,6% delle uscite totali, si registra un aumento pressoché analogo dei costi sostenuti per le altre prestazioni sanitarie acquistate dal privato accreditato.

Tabella 3 Composizione percentuale categorie di spesa del Conto economico del SSN

	2000	2008	2017	2018
Redditi da lavoro dipendente	39,8	34,8	30,7	30,8
Consumi intermedi	18,7	23,1	28,9	29,1
Beni e servizi da produttori market, di cui:	37,5	36,2	34,8	35
· <i>Farmaceutica convenzionata</i>	12,8	10,3	6,7	6,6
· <i>Assistenza medico generica da convenzione</i>	5,9	5,6	5,9	5,9
· <i>Altre prestazioni sociali in natura da privato</i>	18,8	20,3	22,2	22,5
Altre componenti di spesa	4	6	5,5	5,2
Totale SSN	100	100	100	100

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Mef, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 5*, anno 2018. Valori percentuali.

Grafico 3 Composizione e variazioni percentuali per categorie di spesa nel Conto consolidato della Sanità - anni 2000-2008-2018



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da "Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 5", Mef, (edizione anno 2018) e DEF 2019. Valori percentuali.

2.2 La spesa sanitaria nel Conto consolidato delle pubbliche amministrazioni anni 2013-2018

I principali indicatori finanziari e macroeconomici di contabilità nazionale per gli anni 2013-2018⁹ (tab. 4) delineano un quadro di generale contenimento della spesa sanitaria nell'ambito dei conti pubblici, e di "parsimoniosità", se non di relativa scarsità, nell'allocazione delle risorse al settore, che negli anni 2013-2018 risultano stabilmente "ancorate" al 16% della spesa corrente netto interessi (erano al 17% nel quinquennio 2005/2009), con tassi di crescita allineati o inferiori all'inflazione misurata dal deflatore del Pil (grafico 4), quindi con variazioni medie sostanzialmente nulle o negative in termini reali. Nello stesso periodo l'incidenza del comparto sanitario sul Pil scende dal 6,8 al 6,6%: risultato migliore degli obiettivi programmatici e rimarchevole, se si considera che è stato conseguito in un periodo in cui la crescita economica è stata più debole del previsto.

Anche l'indicatore della spesa *pro capite* segnala questo "sottodimensionamento" relativo della spesa sanitaria italiana, che nel 2017 è stata di 1.878 euro, un valore inferiore di circa il 42% rispetto alla spesa francese (3.247 euro) e di circa il 50% rispetto a quella tedesca (3.789 euro).

Sensibile contenimento della spesa, quindi, merito anche del fatto che il sistema sanitario, già da tempo e più sistematicamente che altri settori della pubblica amministrazione, adotta sistemi di contabilità analitica dei costi e di monitoraggio delle gestioni, e nel quale più evidente appare lo sforzo, in via di miglioramento¹⁰, di misurare, oltre al risultato contabile, anche la qualità dei servizi resi alla collettività¹¹.

La parsimoniosità del settore nell'assorbire risorse finanziarie emerge anche dal confronto con le uscite a carico delle altre principali voci di spesa del Conto consolidato delle pubbliche amministrazioni: negli

⁹ Con la notifica sull'indebitamento netto e sul debito delle pubbliche amministrazioni trasmessa nel mese di marzo 2019 alla Commissione europea, l'Istat ha tenuto conto del cambiamento del perimetro del settore delle pubbliche amministrazioni (base per il calcolo dei saldi di finanza pubblica in termini di debito e indebitamento netto), a seguito della riclassificazione di diverse unità (fra cui: Rete ferroviaria italiana S.p.a., FerrovieNord Spa, Invitalia, Cassa del Trentino Spa) nel settore delle pubbliche amministrazioni, fino allo scorso anno, invece, incluse nel settore *market* dell'economia. Al fine di rendere comparabili i dati 2017/2018 (gli unici di consuntivo al momento già aggiornati al nuovo perimetro) con gli anni precedenti, l'Istat ha prodotto due comunicazioni, il 3 e il 9 aprile scorso, di cui la prima con i dati di contabilità nazionale "ante riperimetrazione". Nel presente capitolo, al fine di rendere comparabili i dati di contabilità nazionale presentati nelle serie storiche 2013/2018, si è scelto di utilizzare quelli consuntivi "ante riperimetrazione" (comunicazione del 3 aprile), mentre per i dati previsionali (anni 2019/2022), sono stati utilizzati i dati aggiornati alla nuova perimetrazione (comunicazione del 9 aprile). Tale riperimetrazione, pur avendo determinato un aumento sensibile delle uscite per investimenti, redditi da lavoro dipendente e consumi intermedi, ha avuto effetti limitati sui saldi, perché quasi interamente compensati da analoghe riduzioni nelle uscite per contributi agli investimenti e alla produzione, o da maggiori entrate correnti per produzione di beni e servizi. Tali modifiche hanno anche comportato modifiche in aumento ai valori del Pil e del debito pubblico.

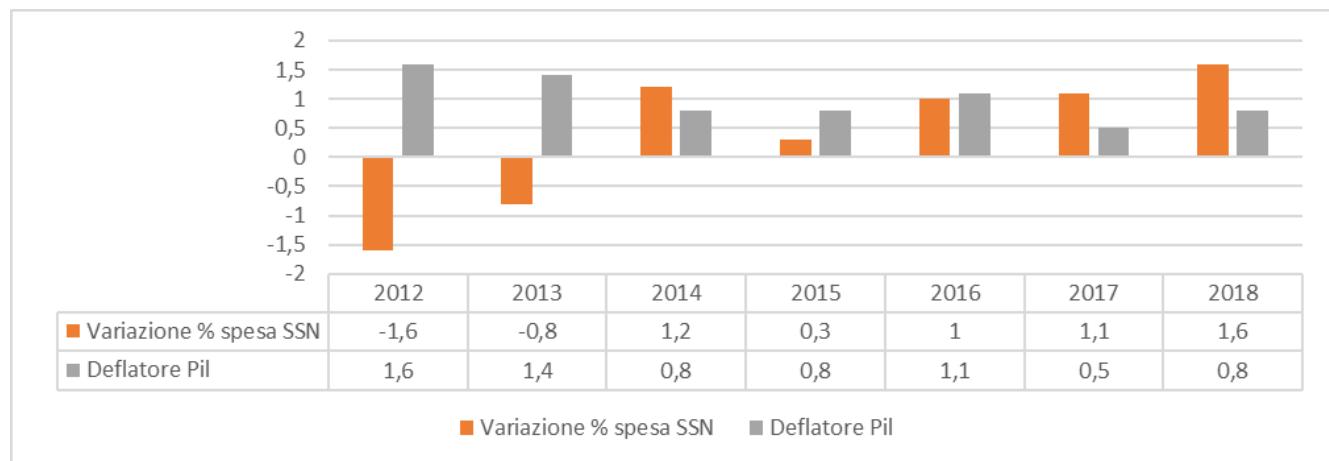
¹⁰ La Conferenza Stato Regioni ha approvato, lo scorso dicembre, il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, che sarà in vigore dal 2020. La nuova metodologia si basa su 81 indicatori e, a differenza di quella ancora in vigore, produrrà un punteggio distinto per ciascuno dei tre livelli assistenziali del SSN (prevenzione, distrettuale, ospedaliera).

¹¹ Il controllo sulla appropriatezza e qualità dei servizi sanitari è un sistema complesso in cui giocano un ruolo diversi "attori" del SSN: le regioni, che svolgono il monitoraggio esterno sui rispettivi sistemi sanitari, le aziende sanitarie, che monitorano, attraverso l'*internal auditing*, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate (anche in base agli atti di indirizzo emanati dalle rispettive regioni), il ministero della Salute, che compie una valutazione annuale dei servizi sanitari attraverso il Tavolo di monitoraggio dei LEA (Report sulla appropriatezza nell'erogazione dei LEA), ed infine l'Agenas, che, attraverso il "Programma Nazionale di Valutazione Esiti" svolge, per conto del ministero della salute e in collaborazione con le Regioni, un controllo sulla efficacia ed equità delle prestazioni ospedaliere erogate in ambito pubblico e privato.

anni 2014/2018 il tasso medio di variazione della spesa sanitaria è stato pari all'1% (a fronte di una crescita media, nel periodo 2005-2009, del 4,2%), inferiore a quello della spesa corrente netto interessi non sanitaria (1,3%), mentre le uscite per prestazioni previdenziali ed assistenziali in denaro sono cresciute ad un tasso circa doppio (+1,8%). In valore assoluto ciò ha significato, nel periodo 2013-2018, un incremento cumulato di spesa per il SSN di 5,8 miliardi, a fronte di un aumento delle uscite per prestazioni sociali in denaro (di tipo previdenziale e assistenziale) pari, complessivamente, a circa 29 miliardi.

La spesa per prestazioni sociali è stata pari, nel 2018, a 349 miliardi (circa il triplo della spesa sanitaria), con una netta prevalenza dei pagamenti pensionistici sulle prestazioni assistenziali, che hanno assorbito il 77,1% delle uscite complessive dell'aggregato.

Grafico 4 Confronto tasso di crescita della spesa sanitaria e inflazione (2012-2018)



Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati da Documenti di Economia e finanza 2013 - 2019

Tabella 4 Conto economico delle pubbliche amministrazioni, anni 2013- 2018

	Anni						Variazioni percentuali					Variazioni % cumulate	Variazioni % medie
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018		
Totale spesa corrente	761.269	765.349	762.055	771.243	775.351	792.528	0,5	-0,4	1,2	0,5	2,2	3	0,6
<i>di cui: Spesa per interessi</i>	77.605	74.379	68.061	66.288	65.497	64.879	-4,2	-8,5	-2,6	-1,2	-0,9	-17,4	-3,5
Spesa corrente primaria	683.644	690.970	693.994	704.955	709.854	727.649	1,1	0,4	1,6	0,7	2,5	6,3	1,3
<i>di cui: Spesa sanitaria*</i>	109.614	110.961	111.224	112.504	113.611	115.410	1,2	0,2	1,2	1	1,6	5,2	1
Spesa primaria corrente al netto della spesa sanitaria	574.030	580.009	582.770	592.451	598.491	614.864	1	0,5	1,7	1	2,7	6,9	1,4
Incidenza spesa sanitaria su spesa corrente primaria	16	16,1	16	16	15,95	15,86							
Incidenza spesa sanitaria sul Pil	6,8	6,8	6,7	6,7	6,6	6,6							
Spesa per pensioni e altre prestazioni sociali in denaro	319.688	326.863	332.792	336.354	341.258	348.893	2,2	1,8	1,1	1,5	2,2	8,8	1,8
Incidenza spesa pensionistica e altre prestazioni sociali sulla spesa primaria corrente	46,8	47,3	48	48	48,2								
Incidenza spesa pensionistica e altre prestazioni sociali sul PIL	19,9	20,2	20,1	19,9	19,8	19,9							
Investimenti fissi lordi	38.604	37.133	36.915	35.823	34.354	33.049	-3,8	-0,6	-3	-4,1	-3,8	15,3	-3,1
Incidenza investimenti fissi lordi sul PIL	2,4	2,3	2,2	2,1	2								
PIL nominale (x 1.000)	1.605,00	1.622,00	1.652,60	1.689,80	1.724,20	1.753,90	1,1	1,9	1,7	2,03	1,7	8,4	1,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati DEF 2019 (anni 2016-2018, dati coerenti con la comunicazione Istat del 3 aprile 2019, che non tengono conto del nuovo perimetro delle pubbliche amministrazioni, vedere nota 8) e Istat (anni 2013-2015, Conto economico delle pubbliche amministrazioni, dati di contabilità nazionale, prezzi correnti, edizione ottobre 2018).

Le politiche fiscali adottate dopo la recessione del 2009, quindi, hanno mutato la composizione della spesa pubblica (tab. 5), incrementando di 4 punti percentuali le uscite per trasferimenti monetari finalizzati a prestazioni previdenziali e assistenziali (dal 44,1 nel 2008 al 48,0% nel 2018 della spesa corrente netto interessi, pari ad una crescita del 25,8%, +72 miliardi in valore assoluto) e moderando l'incremento della restante spesa corrente primaria (che aumenta di 27 miliardi nel decennio 2008-2018, +7,7% in percentuale, ma con un'incidenza sulle uscite correnti netto interessi in riduzione dal 55,9 al 52,1%), e, soprattutto, realizzando una correzione dei saldi di bilancio che ha compresso significativamente le uscite per gli investimenti, in calo del 32%¹² nel periodo 2008-2018, riducendone l'incidenza sulla spesa primaria dal 6,9 al 4,3%¹³. Nell'arco temporale 2008-2017, gli enti sanitari locali hanno ridotto gli investimenti del 38%¹⁴. Le politiche di bilancio, quindi, hanno realizzato significative riduzioni di spesa in settori cruciali per lo sviluppo del potenziale di crescita dell'economia, come gli investimenti, la sanità e l'istruzione¹⁵. Per quest'ultima funzione di spesa, in particolare, le risorse, nel corso del decennio 2008-2017, si riducono da 62 a 59 miliardi¹⁶, pari a un'incidenza sul Pil, nel 2017, del 3,8%: è uno dei valori più bassi tra i 28 paesi dell'Unione europea¹⁷ (la cui media per il 2017 è il 4,6%), come la spesa della Slovacchia (3,8%) e di poco superiore soltanto alle risorse impegnate da Bulgaria (3,6%), Irlanda (3,3%) e Romania (2,8%). Il confronto, infine, tra dati previsionali e consuntivi relativi al quinquennio 2014-2018 evidenzia un incremento della spesa sanitaria di 4,5 miliardi, inferiore quindi di circa 12,5 miliardi agli andamenti delineati nel DEF 2014 (tab. 6).

La più rigorosa disciplina di bilancio e la rete dei controlli contabili, i piani di rientro per le Regioni con sistemi sanitari in deficit eccessivo, il ridimensionamento della rete ospedaliera e il miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie hanno prodotto bassi tassi di crescita nominale della spesa (+0,5% in media nel decennio 2009-2018) che, combinati a incrementi medi del finanziamento ordinario del SSN di poco superiori (+1,0% negli anni 2009-2018), hanno contribuito ad assorbire il deficit contabile, in riduzione da 4,8 miliardi nel 2009 a 1,2 miliardi¹⁸ nel 2018.

¹² Fonte: Istat, conto economico della PA, investimenti lordi, prezzi correnti, edizione dati ottobre 2018. Valore investimenti lordi per il 2008: 48,5 miliardi, per il 2018: 33,0 miliardi.

¹³ Nel 2017 gli investimenti pubblici lordi (34 miliardi) sono stati circa l'11,1% degli investimenti totali (304 miliardi, pari al 17,6% del Pil); tuttavia il valore degli investimenti netti totali, che misura l'incremento effettivo nella dotazione di capitale, è stato negativo per l'intero quinquennio 2013-2017. In particolare, nel biennio 2013/14 gli investimenti complessivi netti sono stati negativi per 19 e 25 miliardi, nel biennio 2016/2017, per 10 miliardi e 805 milioni (fonte dati: Istat, conto economico delle risorse e degli impieghi, prezzi correnti, dati grezzi, edizione settembre 2018).

¹⁴ Fonte: Istat, conto annuale enti locali sanitari, investimenti lordi, prezzi correnti, edizione dati: ottobre 2018. Valore investimenti lordi per l'anno 2008: 3,5 miliardi, per il 2017: 2,2 miliardi.

¹⁵ In un recente paper l'Ocse ha studiato gli effetti delle politiche di consolidamento fiscale sulla crescita economica e l'equità sociale, auspicando che le politiche di riduzione del debito siano compatibili con crescita ed equità, e raccomandando, in particolare, di "limitare l'utilizzo di strumenti che possono ridurre il potenziale di crescita dell'economia, come aumenti delle imposte sui redditi, e tagli alla spesa per sanità, educazione e infrastrutture, salvo quelli destinati a recuperi di efficienza".

¹⁶ Fonte: Istat, spese delle pubbliche amministrazioni per consumi finali, edizione dicembre 2018.

¹⁷ Fonte: Eurostat, statistiche sulla spesa pubblica per l'educazione in percentuale di Pil, anno 2017; estrazione dati: febbraio 2019. Le percentuali di spesa più alte si registrano in Islanda (7,5%), Svezia (6,8%), Danimarca (6,5%) e Belgio (6,3%); Francia e Germania spendono, rispettivamente, il 5,4% e 4,1% del Pil, la Grecia poco più dell'Italia, il 3,9%.

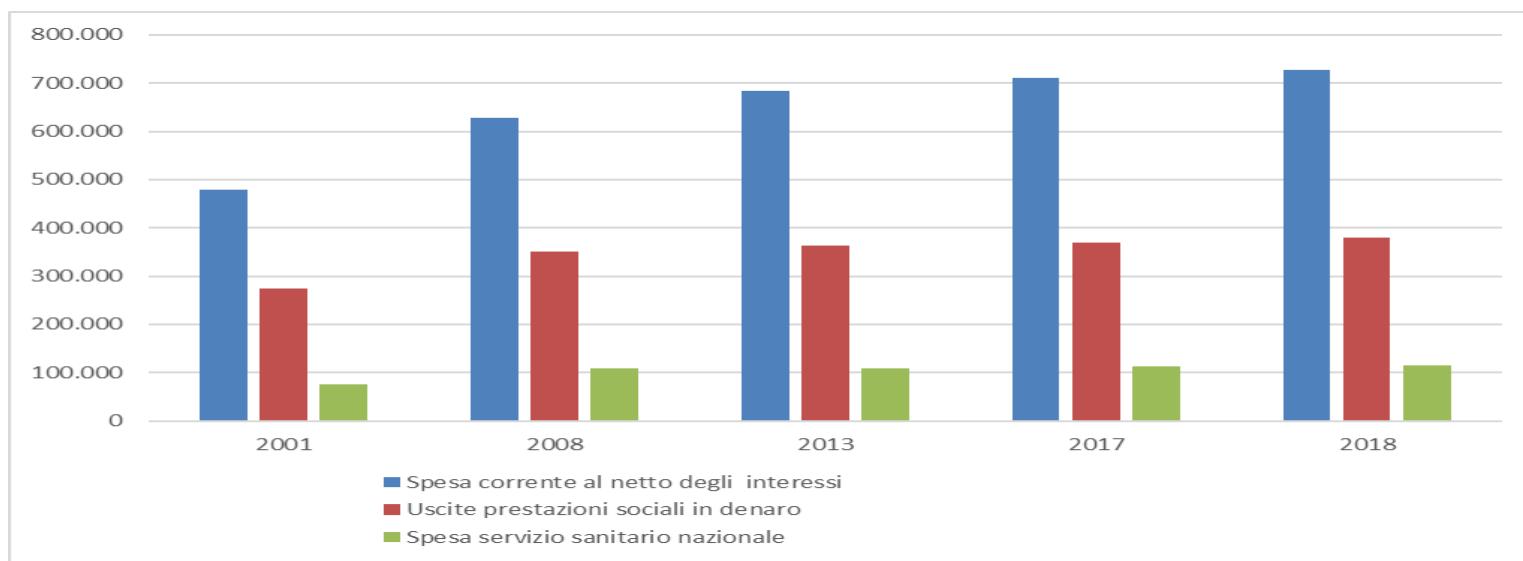
¹⁸ Fonte: dati da bilancio di esercizio degli enti sanitari locali, risultati coerenti con le attività del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali.

Tabella 5 Uscite correnti (netto interessi) del Conto economico delle pubbliche amministrazioni* anni 2001 - 2018

Annri	Uscite correnti primarie	Uscite per prestazioni sociali in denaro	Uscite correnti primarie netto prestazioni sociali in denaro	Incidenza % prestazioni sociali in denaro su uscite correnti primarie	Incidenza % uscite netto prestazioni sociali in denaro sulle uscite correnti primarie	Spesa per il Servizio sanitario nazionale	Incidenza % spesa SSN su spesa primaria corrente netto trasferimenti monetari	Variazione % uscite per prestazioni sociali monetarie anno 2018/2008	Variazione % uscite correnti primarie al netto delle prestazioni sociali monetarie anno 2018/2008
	A	B	C	B/A	C/A	D	D/C	B	C
2018	727.649	348.893	378.756	48	52,1	115.410	30,47	25,8	7,7
2017	709.854	341.258	368.596	48,1	51,9	113.611	30,82		
2013	683.644	319.688	363.956	46,8	53,2	109.614	30,12		
2008	629.066	277.270	351.796	44,1	55,9	109.484	31,12		
2001	478.253	203.108	275.145	42,5	57,5	75.288	27,36		

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da DEF 2019 e Istat (Conto economico delle pubbliche amministrazioni, dati di contabilità nazionale, prezzi correnti, edizione ottobre 2018). Importi in milioni di euro.

Grafico 5 Uscite correnti (netto interessi) del Conto economico delle pubbliche amministrazioni* anni 2001 - 2018.



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da DEF 2019 e Istat (Conto economico delle pubbliche amministrazioni, dati di contabilità nazionale, prezzi correnti, edizione ottobre 2018).

Tabella 6 Previsioni DEF e risultati di spesa sanitaria anni 2014- 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
DEF 2014	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316
Risultati di consuntivo	110.961	111.224	112.504	113.611	115.410
Differenza tra previsioni e consuntivo	513	2.479	3.645	5.069	5.906

*DEF 2014, dati previsionali a legislazione vigente. Importi in milioni di euro

Tabella 7 La spesa sanitaria nei Documenti di economia e finanza, anni 2015 2018: previsioni e risultati

Documenti di economia e finanza		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DEF 2019	Spesa sanitaria		111.224	112.504	113.611	115.410	118.061*	119.953*	121.358*	123.052*
	Incidenza sul Pil		6,7	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4
	Tasso di variazione			1,2	1	1,6	2,3	1,6	1,2	1,4
Nadef 2018	Spesa sanitaria				113.599	116.331*	117.239*	119.452*	121.803*	
	Incidenza sul Pil				6,60%	6,60%	6,50%	6,40%	6,40%	
	Tasso di variazione					2,40%	0,80%	1,90%	2,00%	
DEF 2018	Spesa sanitaria	110.961	111.240	112.372	113.599	115.818*	116.382*	118.572*	120.894*	
	Incidenza sul Pil	6,80%	6,70%	6,70%	6,60%	6,60%	6,40%	6,30%	6,30%	
	Tasso di variazione		0,30%	1,00%	1,10%	2,00%	0,50%	1,90%	2,00%	
DEF 2017	Spesa sanitaria		111.245*	112.542	114.138*	115.068*	116.105*	118.570*		
	Incidenza sul Pil		6,80%	6,70%	6,70%	6,50%	6,40%	6,40%		
	Tasso di variazione		0,30%	1,20%	1,40%	0,8	0,90%	2,10%		
Nadef 2016	Spesa sanitaria		112.408	113.654*	115.440*	116.821*	119.156*			
	Incidenza sul Pil		6,80%	6,80%	6,80%	6,70%	6,60%			
	Tasso di variazione			1,10%	1,60%	1,20%	2,00%			
Nadef 2015	Spesa sanitaria	111.028	111.289 *	113.372*	115.509*	117.709*	120.094*			
	Incidenza sul Pil	6,90%	6,80%	6,70%	6,70%	6,60%	6,50%			
	Tasso di variazione		0,20%	1,90%	1,90%	1,90%	2,00%			
DEF 2014	Spesa Sanitaria	111.474*	113.703	116.149*	118.680*	121.316*				
	Incidenza sul PIL	7,0	7,0	6,9	6,9	6,8				
	Tasso di variazione	2,0	2,0	2,2	2,2	2,2				

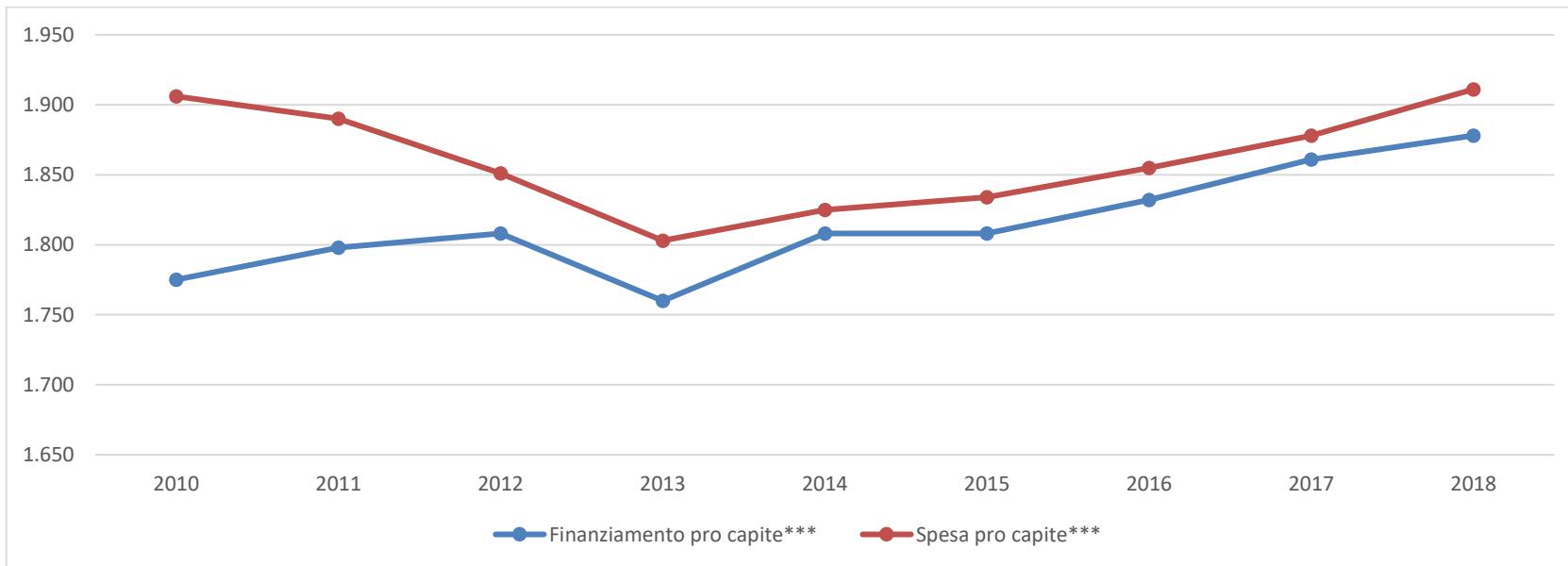
Fonte: DEF anni 2014 – 2019. *Dati previsionali. Importi in milioni di euro

Tabella 8 Finanziamento e spesa *pro capite* per il SSN

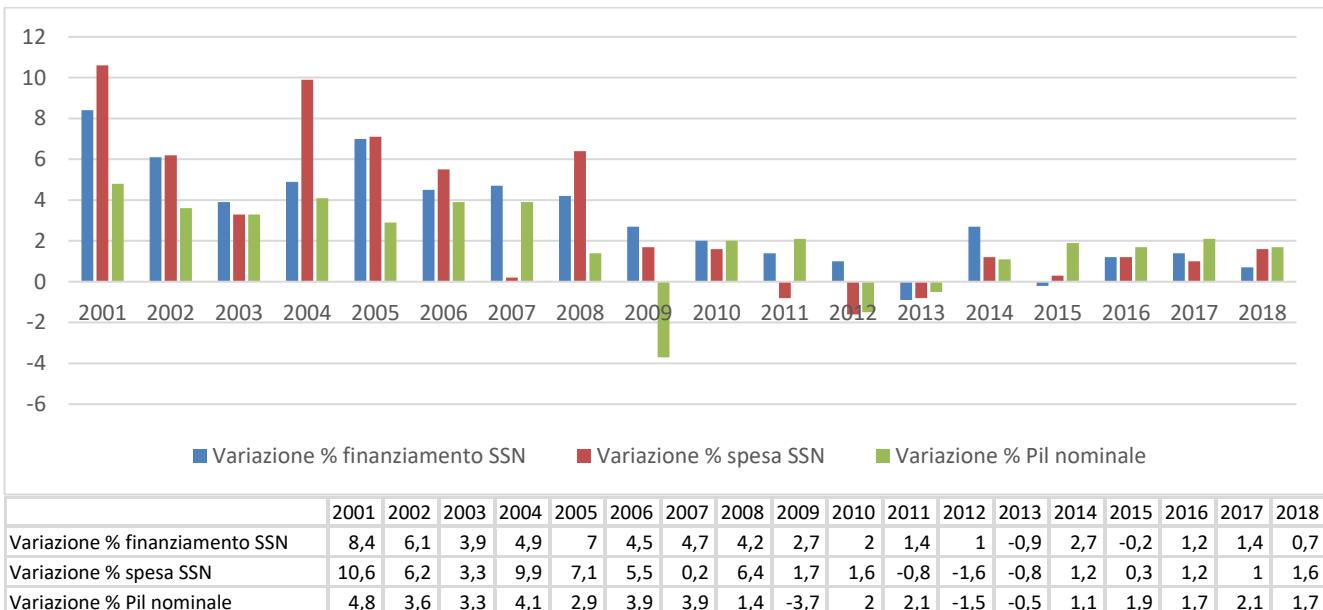
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Finanziamento ordinario SSN*	105.398	106.905	107.961	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577*	113.400*
Spesa SSN *	113.131	112.255	110.461	109.614	110.938	111.224	112.504	113.611	115.410
Popolazione**	59.364.690	59.394.207	59.685.227	60.782.668	60.795.612	60.665.551	60.589.445	60.483.973	60.391.000
Finanziamento <i>pro capite</i> ***	1.775	1.798	1.808	1.760	1.808	1.808	1.832	1.861	1.878
Spesa <i>pro capite</i> ***	1.906	1.890	1.851	1.803	1.825	1.834	1.855	1.878	1.911

*Finanziamento al lordo delle quote per il Fondo acquisto medicinali innovativi e per il Fondo acquisto medicinali innovativi oncologici. Importi in milioni di euro.

Finanziamento al lordo di 223 milioni per il Fondo acquisto medicinali innovativi e di 500 milioni per il Fondo acquisto medicinali innovativi oncologici; al netto di tali Fondi, il finanziamento ripartito tra le Regioni è stato pari a 112.681 milioni. *Popolazione: fonte ISTAT.

Grafico 6 Finanziamento e spesa *pro capite* per il SSN

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT, MEF, Monitoraggio della Spesa Sanitaria ed. 2018 e DEF 2019. ***Importi in euro.

Grafico 7 Variazioni percentuali spesa sanitaria, Pil e finanziamento ordinario SSN anni 2001-2018

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati da MEF, Rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria, e DEF 2019.

2.3 Le previsioni di spesa sanitaria per gli anni 2019-2022 nel Documento di economia e finanza 2019

Secondo le stime del DEF 2019 (tab 9), la spesa sanitaria per l'anno in corso dovrebbe essere pari a 118,1 miliardi (+2,3% rispetto all'anno precedente), in incremento rispetto al 2018 di circa 2,7 miliardi (con una crescita maggiore di 0,8 miliardi rispetto alle previsioni contenute nella Nota di aggiornamento al DEF 2018), di cui un miliardo determinato dall'aumento delle uscite per i redditi da lavoro dipendente conseguente ai rinnovi contrattuali del personale dipendente del SSN previsti dalla legge di bilancio 2018¹⁹.

Le previsioni per il quadriennio 2019/22, se saranno confermate a consuntivo, evidenziano l'efficacia dei controlli sulla spesa sanitaria attuati dopo il 2009: l'incidenza del comparto sulla spesa primaria corrente, stabilizzata attorno al 16% negli anni 2013/17, è stimata ridursi al 15,8% nel 2019 (pari al valore del 2018), per poi scendere al 15,6% nel triennio 2020/22.

Anche l'incidenza sul Pil mostra un profilo decrescente, dal 6,6% nel triennio 2018/2020 al 6,4% nel 2022, malgrado il DEF 2019 abbia ridotto mediamente di 0,9 punti percentuali (dal 2,7 all'1,8%, tab 10)

¹⁹ In particolare, la spesa per i redditi da lavoro dipendente è prevista essere pari a 36,5 miliardi, in crescita di circa un miliardo rispetto al 2018, ed include sia gli oneri per il mancato rinnovo contrattuale del personale dipendente dirigente relativo al triennio 2016-2018 (art. 1, commi 679, 682 e 683 della legge di bilancio 2018) sia la quota di competenza dell'anno del rinnovo contrattuale per tutto il personale dipendente relativo al triennio 2019-2021 (art. 1, commi 436 e successivi della legge di bilancio 2019).

le previsioni di crescita del prodotto interno lordo nominale presentate nella Nadef di ottobre 2018 per il triennio 2019/2021.

Permane, quindi, nel quadro previsionale 2019/2022, il contenimento della spesa sanitaria sulle uscite correnti del comparto pubblico, di cui è prevista una crescita media dell'1,6% (a fronte di un aumento medio della spesa corrente netto interessi del 2,3%), inferiore a quella media del Pil (+2,2%, tab 9/SA bis), mentre incrementano più del doppio le uscite per le prestazioni sociali in denaro (3,3%), dovute all'approvazione in corso d'anno dei provvedimenti normativi riguardanti i pensionamenti anticipati ("quota 100") e le nuove misure di contrasto alla povertà ("reddito di cittadinanza"); le maggiori uscite per i pagamenti pensionistici e il reddito di cittadinanza determinano una variazione dell'incidenza delle prestazioni sociali in denaro sulla spesa corrente netto interessi di 2,4 punti percentuali, in aumento dal 47,8% (anno 2018) al 50,2% (anno 2022) dell'aggregato.

Tabella 9 DEF 2019: la spesa sanitaria e le altre spese correnti nel Conto economico delle pubbliche amministrazioni

Previsioni tendenziali anni 2019-2022*

	Anni					Variazioni percentuali				Var. % cumulate	Variazioni % medie
	2018	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022		
Totale spesa corrente	795.253	812.613	832.716	848.039	864.134	2,2	2,5	1,8	1,9	8,4	2,1
<i>di cui: Spesa per interessi</i>	64.979	63.984	65.983	69.659	73.739	-1,5	3,1	5,6	5,9	13,1	3,3
Spesa primaria corrente	730.274	748.629	766.733	778.380	790.395	2,5	3,6	1,5	1,5	9,1	2,3
<i>di cui:</i>											
<i>a) Spesa sanitaria</i>	115.410	118.061	119.953	121.358	123.052	2,3	1,6	1,2	1,4	6,5	1,6
<i>b) Prestazioni sociali in denaro</i>	348.893	364.120	376.990	387.900	397.090	4,4	3,5	2,9	2,4	13,2	3,3
<i>Spesa primaria corrente al netto della spesa sanitaria</i>	614.864	630.568	646.780	657.022	667.343	2,6	2,6	1,6	1,6	8,4	2,1
Incidenza % spesa sanitaria su spesa corrente primaria	15,8	15,8	15,6	15,6	15,6						
Incidenza % Prestazioni sociali in denaro su spesa corrente primaria	47,8	48,6	49,2	49,8	50,2						
Incidenza spesa sanitaria sul Pil	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4						
Incidenza Prestazioni sociali in denaro sul Pil nominale tendenziale	19,9	20,5	20,7	20,8	20,7						

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da Documento di economia e finanza di aprile 2019 (dati coerenti con la comunicazione Istat del 9 aprile, che tiene conto del nuovo perimetro delle pubbliche amministrazioni, vedere nota 8). Importi in milioni, dati di contabilità nazionale. *Conto della PA a legislazione vigente, valori tendenziali.

Tabella 10 Previsioni di crescita tendenziali e programmatiche del Pil nei Documenti di finanza pubblica per gli anni 2018-2022

Documenti di economia e finanza	Variazione % Pil nominale tendenziale	Anni					Variazione media Pil 2019-2021	Variazione media Pil 2019-2022
		2018	2019	2020	2021	2022		
Nadef ottobre 2018	Variazione % Pil nominale tendenziale	2,5	2,7	2,8	2,6		2,7	
	Variazione % Pil nominale programmatico	2,5	3,1	3,5	3,1		3,2	
Aggiornamento del quadro macroeconomico e di finanza pubblica, dicembre 2018	Variazione % Pil nominale programmatico	2,1	2,3	2,9	2,6		2,6	
DEF aprile 2019	Variazione % Pil nominale tendenziale	1,7	1,2	2,6	2,5	2,4	1,8	2,2
	Variazione % Pil nominale programmatico		1,2	2,8	2,6	2,3	2,2	2,2

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da Documento di economia e finanza di aprile 2019. Aggiornamento del quadro macroeconomico e di finanza pubblica dicembre 2018 e Nadef ottobre 2018.

- Il Fabbisogno sanitario nazionale *standard* per gli anni 2019-2021 fissato dalla legge di bilancio 2019

Con la legge di bilancio 2019 è stato fissato il fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato per il triennio 2019/2021 pari, rispettivamente, a 114,4, 116,4 e 117,9 miliardi (tab 10). L'accesso delle Regioni agli incrementi previsti per il 2020 e 2021 (pari, rispetto al finanziamento del 2019, a 2 miliardi nel 2020 e a 3,5 miliardi nel 2021) è però subordinato ad una specifica intesa da sottoscrivere in Conferenza Stato-Regioni entro il 31 marzo 2019, al fine di siglare il nuovo Patto per la salute per il triennio 2019-2021.

I punti qualificanti di tale accordo dovranno essere: la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti²⁰, l'implementazione di infrastrutture finalizzate a realizzare un sistema di interconnessione dei sistemi informativi del SSN che permetta di tracciare l'intero percorso terapeutico del paziente²¹, la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico²² (anche finalizzati a migliorare i sistemi di prenotazione elettronica delle prestazioni sanitarie), l'efficientamento e l'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e, infine, il monitoraggio delle prestazioni erogate dal privato accreditato, che dovranno essere preventivamente sottoposte a controlli di esiti e valutazioni attraverso sistemi di indicatori oggettivi e misurabili.

²⁰ Legge di bilancio 2019, art. 1, co. 516.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*.

Focus n. 1 Gli investimenti per l'edilizia sanitaria e il rinnovamento tecnologico previsti dalla legge di bilancio 2019

Il 9 maggio scorso, in conferenza Stato-Regioni, è stata raggiunta intesa tra le Regioni per il riparto dei 4 miliardi, previsti dalla legge di bilancio 2019, che rifinanziano il Fondo per l'edilizia sanitaria e il rinnovamento tecnologico. Risorse indispensabili ad ammodernare il patrimonio edilizio e tecnologico del SSN, vista la progressiva contrazione degli investimenti verificatasi nel corso dell'ultimo decennio, e il cui fabbisogno finanziario (per il solo patrimonio edilizio) è stato quantificato dal ministero della salute in 32 miliardi, di cui 12 per le strutture situate in aree a maggior rischio sismico.

Lo schema di riparto approvato dalle Regioni, che dovrà ora essere deliberato dal Comitato per la programmazione economica (Cipe), individua i finanziamenti spettanti a ciascuna Regione in proporzione alle rispettive quote di accesso al Fondo sanitario nazionale 2018 (Tab *focus*)

Tabella *focus*

Regioni	Quota d'accesso del FSN 2018 al netto delle P.A Trento e Bolzano	Importo
Piemonte	7,53%	301.337.883,29
Valle d'Aosta	0,21%	8.592.551,11
Lombardia	16,82%	672.620.506,12
P.A. Bolzano	0,00%	-
P.A. Trento	0,00%	-
Veneto	8,25%	330.156.845,63
Friuli-Venezia Giulia	2,10%	83.973.045,98
Liguria	2,75%	110.097.081,15
Emilia-Romagna	7,56%	302.427.964,22
Toscana	6,42%	256.783.807,67
Umbria	1,52%	60.912.866,50
Marche	2,62%	104.901.558,52
Lazio	9,84%	393.504.872,64
Abruzzo	2,24%	89.553.634,33
Molise	0,53%	21.141.681,58
Campania	9,47%	378.951.360,64
Puglia	6,76%	270.259.132,05
Basilicata	0,96%	38.366.547,61
Calabria	3,26%	130.455.585,90
Sicilia	8,36%	334.231.428,94
Sardegna	2,79%	111.731.646,15
TOTALE	100,00%	4.000.000.000,00

Intesa Stato-Regioni del 9 maggio 2019

L'intesa ha inoltre accantonato 695 milioni (da ripartire successivamente), di cui 60 milioni destinati alla realizzazione di 6 centri di eccellenza per la ricerca e la cura delle malattie oncologiche trattabili con la terapia genica "CAR T", e 635 milioni per interventi urgenti in campo sanitario, dei quali 82,2 milioni destinati al Servizio sanitario della Calabria dal decreto-legge n. 35 del 30 aprile 2019 ("Misure emergenziali per il Servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria").

Alcune delle misure finanziarie adottate con la legge di bilancio 2019 intervengono su alcune delle criticità “croniche” del Servizio sanitario nazionale: per le liste di attesa (per le prestazioni specialistiche) è stata prevista un’autorizzazione di spesa pari a complessivi 350 milioni nel triennio 2019/2021, al fine di ammodernare l’infrastruttura tecnologica dei sistemi di prenotazione elettronica per l’accesso alle strutture sanitarie, mentre sono state incrementate complessivamente di 4 miliardi, a valere sul periodo 2021-2033, le risorse per gli interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. A queste misure riguardanti le spese di investimento si aggiungono, nel triennio considerato, incrementi di risorse correnti per i contratti di formazione di medicina generale (pari a complessivi 30 milioni), e per i contratti di formazione specialistica dei medici (a 136 milioni).

Tabella 11 Legge Bilancio 2019: fabbisogno sanitario nazionale *standard*, spesa corrente SSN e manovre finanza pubblica 2020-2021

	Anni			Variazioni percentuali		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Fabbisogno sanitario nazionale <i>standard</i>	114.439	116.439	117.939	0,9	1,8	1,3
Spesa SSN tendenziale Nadeff 2018*	117.239**	119.452**	121.803**			
Formazione medici di medicina generale	10	10	10			
Contratti formazione specialistica	22,5	45	68,4			
Riduzione finanziamento		-175	-1.000			
Spesa SSN programmatica corrente	117.272	119.332	120.881			
Incidenza del Fabbisogno sanitario nazionale <i>standard</i> sulla spesa sanitaria programmatica	97,6	97,6	97,6			

*Dato di consuntivo. ** Valori previsionali tendenziali da Nadeff 2018; importi in milioni di euro

Tabella 12 Patto salute e Finanziamento fabbisogno sanitario nazionale standard (anni 2010/2018)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Patto salute 2010 2012									
2010-2012	106.164	108.603	111.644						
Patto Salute 2014 2016					109.928	112.062	115.444		
2014 2016									
Finanziaria 2010	105.148	107.303	110.344						
Finanziamento ex delibera									
CIPE	105.566	106.800	107.961	107.005	109.932				
CIPE									
Variazione percentuale									
finanziamento SSN		1,2	1,1	-0,9	2,7				
Variazione PIL nominale	2	2,1	-1,5	-0,5	1,1	1,9	1,7		
Legge Stabilità 2015						112.062	115.444		
d.l. 78/2015 (l. n. 125/2015)						-2.352	-2.352		
Finanziamento SSN post d.l. 78/2015						109.715	113.100		
Finanziamento SSN post Legge Stabilità'2016							111.002	112.577	113.405
Spesa sanitaria corrente*	113.131	112.215	110.461	109.614	110.961	111.224	112.504	113.611	115.410
Incidenza del Fabbisogno sanitario nazionale standard sulla spesa sanitaria	93,3	95,2	97,7	97,6	99,1	98,6	98,8	99,1	98,3

*Dati di contabilità nazionale; importi in milioni di euro.

2.4 La spesa sanitaria in termini di PIL e la spesa *pro capite* nei principali paesi europei

Nel 2017 la spesa sanitaria pubblica in Italia è stata pari al 6,6% del Pil, un valore inferiore di circa tre punti percentuali a quella in Germania (9,6%) e Francia (9,5%), di un punto percentuale rispetto al Regno Unito, e di poco superiore a quella di Spagna (6,3%), Portogallo (6,0%) e Repubblica Ceca (5,8%). I dati Ocse relativi all'arco temporale 2000/2017 mostrano, soprattutto a partire dal 2009, la progressiva perdita di peso relativo del comparto sanitario sul Pil rispetto a quello nei maggiori paesi europei: se nel 2000 Francia e Germania spendevano per il servizio sanitario due punti percentuali di Pil in più rispetto all'Italia (rispettivamente 7,5, 7,7 e 5,5%), nel 2017 il divario è cresciuto a tre punti percentuali.

Tabella 13 Spesa sanitaria in percentuale del Pil e spesa sanitaria pubblica *pro capite* in Europa (in ordine decrescente percentuale della spesa pubblica sul Pil) Anno 2017

	Spesa pubblica*	Spesa privata (<i>out of pocket</i> e assicurazioni private volontarie)	Spesa totale	Spesa <i>pro capite</i> nominale pubblica (a parità di potere di acquisto, in USD)	
				Anno 2000	Anno 2017
Germania	9,5	1,7	11,3	2.119,70	4.869,40
Francia	8,7	2,3	11	1.977,40	4.068,40
Danimarca	8,7	1,7	10,4	1.930,20	4.363,40
Paesi Bassi	8,5	2	10,5	1.479,30	4.377,70
Austria	7,8	2,5	10,4	2042,2	4.043,50
Regno Unito	7,7	2	9,7	1.242,50	3.341,40
Italia	6,7	2,2	8,9	1.487,90	2.622,00
Spagna	6,3	2,6	9	1.047,20	2.385,70
Portogallo	5,9	3	8,9	1.114,40	1.924,80
Grecia	4,8	3,5	8,3	871,1	1.423,40
Ungheria	5,2	2,4	7,6	559,5	1.365,10
Polonia	4,4	2	6,4	388,7	1.352,20

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ocse. Estrazione dati: dicembre 2018

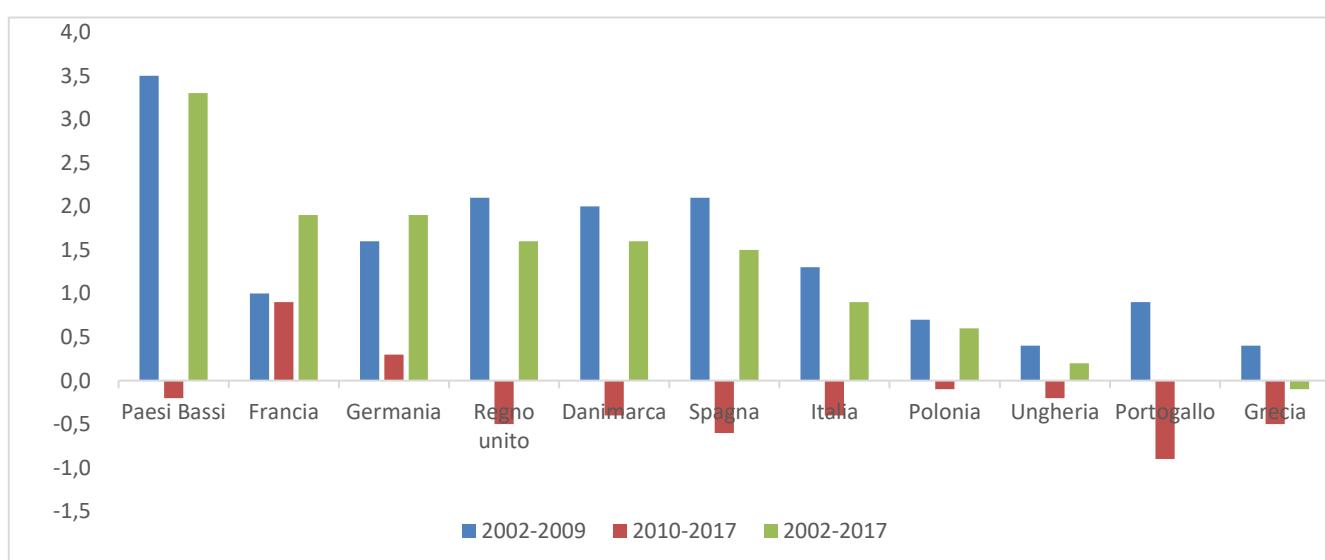
In particolare, nel periodo 2002-2017 la variazione cumulata della spesa sanitaria nominale è stata pari, in Italia, allo 0,9%, un valore maggiore che in Polonia (0,6%), Ungheria (0,2%) e Grecia (-0,1%), ma significativamente inferiore agli incrementi della spesa sanitaria pubblica di Francia (1,9%) Germania (1,9%) e Regno unito (1,6%)

Tabella 14 Variazioni cumulate spesa sanitaria nominale pubblica in alcuni paesi europei

	2002-2009	2010-2017	2002-2017
Paesi Bassi	3,5	-0,2	3,3
Francia	1	0,9	1,9
Germania	1,6	0,3	1,9
Regno unito	2,1	-0,5	1,6
Danimarca	2	-0,4	1,6
Spagna	2,1	-0,6	1,5
Italia	1,3	-0,4	0,9
Polonia	0,7	-0,1	0,6
Ungheria	0,4	-0,2	0,2
Portogallo	0,9	-0,9	0
Grecia	0,4	-0,5	-0,1

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ocse. Estrazione dati: dicembre 2018

Grafico 8 Variazioni cumulate spesa sanitaria pubblica anni 2002-2017

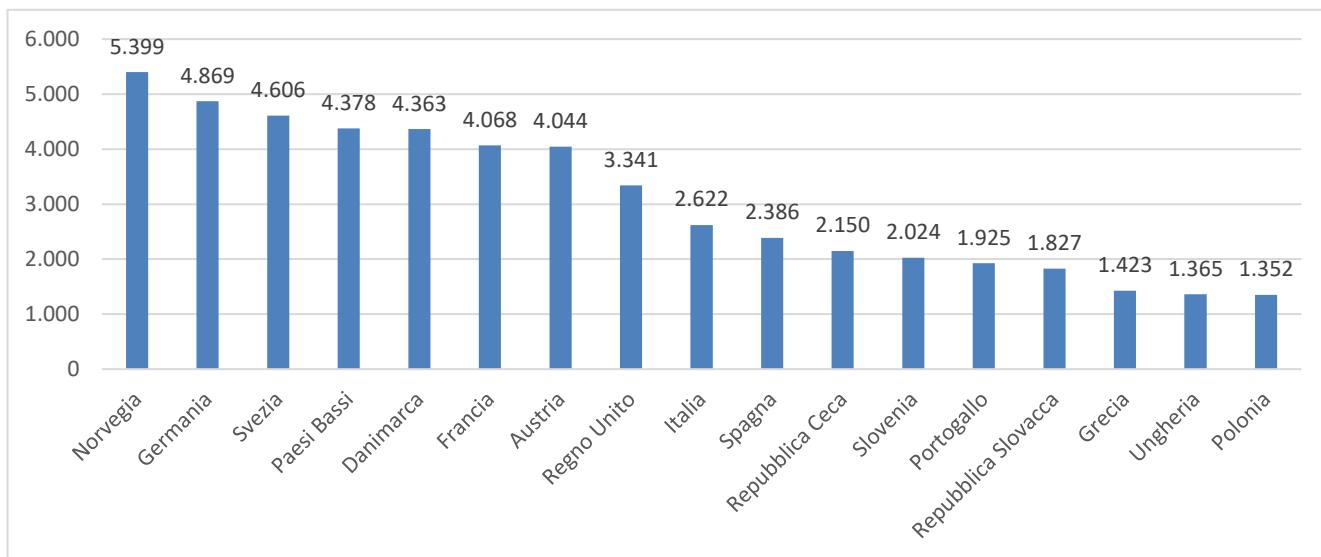


Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ocse. Estrazione dati: dicembre 2018.

Conseguentemente si riduce anche la spesa in valore *pro capite*: nel 2017 la spesa pubblica italiana (espressa in dollari a parità di potere di acquisto²³) è stata pari a 2.622 USD, ossia al 65% di quella francese (4.068 USD) e al 54% di quella tedesca (4.869 USD), con un divario a sfavore dell'Italia che cresce, rispetto a quello dell'anno 2000, di 10 e di 15 punti percentuali.

²³ Fonte: banca dati Ocse, spesa *pro capite* espressa in dollari, a parità di potere di acquisto.

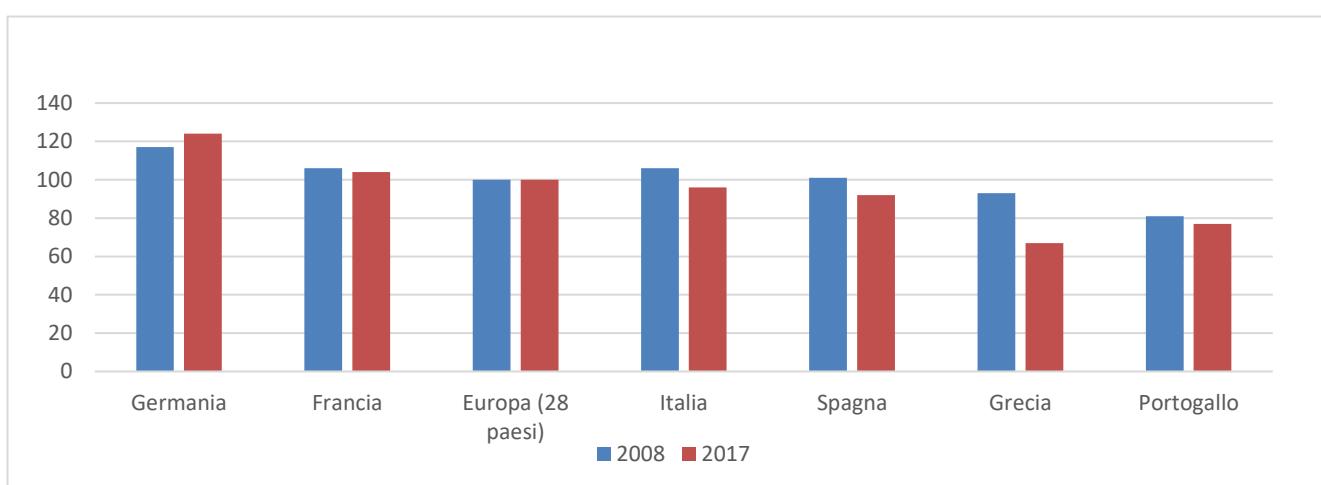
Grafico 9 Spesa *pro capite* sanitaria pubblica a parità di potere di acquisto (in USD) anno 2017



Fonte: Banca dati OCSE, estrazione dati: dicembre 2018

Tale divario riflette il declino del Pil *pro capite* italiano rispetto a quello degli altri paesi europei (grafico 14/SA): ponendo l'indicatore del Pil *pro capite* a parità di potere di acquisto dei 28 paesi dell'Unione europea uguale a 100²⁴, nel 2008 il valore di quello italiano (106) è superiore alla media europea di sei punti, identico a quello della Francia (106), e inferiore di 11 punti a quello tedesco (117); nel 2017 l'indicatore per l'Italia (96) flette di 10 punti, segnando un differenziale negativo di 4 punti rispetto alla media europea, di 8 punti rispetto al Pil *pro capite* della Francia (104), e di 28 punti rispetto a quello della Germania (124).

Grafico 10 Indicatore di Pil *pro capite*, a parità di potere di acquisto, rispetto alla media dei 28 paesi dell'Unione europea Anni 2008 e 2017



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Eurostat, indicatori di Pil *pro capite* a parità di potere di acquisto, rispetto al valore medio europeo (pari a 100)

²⁴ Fonte: Eurostat, indicatore Pil *pro capite* a parità di potere di acquisto.

2.4.1 La Spesa sanitaria pubblica e privata (“out of pocket”) in Italia ed Europa

Se nel 2008 l’incidenza della spesa *out of pocket* sulla spesa sanitaria totale era sostanzialmente simile in Francia (21,8%), Germania (23,8%) e Italia (22,3%), nel 2017 il divario a sfavore dell’Italia è di circa 10 punti percentuali; Francia e Germania, nello scorso decennio, hanno perseguito politiche mirate ad incrementare il grado di copertura pubblica della spesa totale, mentre l’Italia l’ha ridotta, è ciò fa sì che l’Italia, pur avendo una spesa complessiva (pubblica e privata) inferiore del 57% a quella tedesca e del 42% a quella francese, abbia una spesa privata *pro capite* (655 euro) di poco inferiore ai livelli francese (665 euro) e tedesco (668 euro).

Tabella 15 Spesa *out of pocket* in percentuale della spesa sanitaria totale

Paesi	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Anno 2017
Germania	21,7	23,8	16,4	16,6	16,7	16,9	16,2	15,7	15,5	15,4	15,0	668,4
Francia	21,1	21,8	21,5	21,6	21,9	21,8	21,5	21,2	21,1	21,2	17,0	665,4
Italia	27,4	22,3	21,7	21,5	23,0	23,9	23,9	24,4	25,1	25,0	26,0	655,0
Spagna	28,6	26,4	24,6	25,2	26,2	27,8	28,9	30,0	29,0	29,4	29,2	646,2
Portogallo	29,5	31,6	28,3	28,3	29,1	30,0	29,3	29,3	30,0	31,0	33,4	561,1
Grecia	38,4	41,7	31,5	30,9	33,8	33,4	37,0	40,5	40,1	38,4	38,8	535,4

Fonte: banca dati Ocse, estrazione dati ottobre 2018

Tabella 16 Spesa sanitaria pubblica corrente in percentuale della spesa sanitaria totale*

Paesi	2000	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Austria	75,5	74,6	74,7	74	74	74,1	74,1	74,3
Repubblica Ceca	89,8	83,9	83,7	83,6	82,7	82,4	82	81,8
Danimarca	83,1	83,6	84	84,3	84,2	84,2	84,1	84,2
Francia	78,9	76	76,1	76,2	76,5	76,6	82,9	83
Germania	78,3	83,3	83,1	83,9	84,4	84,3	84,6	85
Grecia	61,6	66	66,5	62,1	58,2	58,3	61,3	61,2
Ungheria	69,6	66,5	65,5	66,6	67,1	66,9	66,2	66,8
Italia	72,6	77	76,1	76,1	75,6	74,6	74,5	74
Paesi Bassi	66,4	82,2	82	81,1	80,7	81	81	81,3
Norvegia	81,7	84,4	84,8	85	85,3	85,5	85,1	85
Polonia	68,9	70,9	70	70,7	70,7	70	69,8	69,2
Portogallo	70,5	67,7	65,6	66,9	66,1	66,2	66,4	66,6
Repubblica Slovacca	89,2	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	80,8	80,5
Slovenia	72,9	73,3	71,8	71	71	71,7	72,7	72,4
Spagna	71,4	73,8	72,2	71	70,4	71,3	71,2	70,8
Svezia	85,5	84	83,6	83,4	83,4	83,3	83,5	83,6
Regno Unito	79,3	82,6	82,8	79,6	79,6	79,6	79,5	78,4
Stati Uniti	44,2	48,4	48,3	48,8	81,4	81,9	81,8	..

Fonte: banca dati Ocse, estrazione dati ottobre 2018

2.4.2 Il grado di copertura pubblica della spesa sanitaria e la spesa diretta delle famiglie (*“out of pocket”*)

I dati statistici relativi al periodo 2001-2017 mostrano una flessione, dopo il 2009, della spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa totale (pubblica e privata), e un incremento di quella direttamente sostenuta dalle famiglie (*“out of pocket”*), malgrado la sostanziale stagnazione dei redditi seguita alla recessione del 2009 (nel 2017 il Pil pro capite reale è risultato ancora inferiore del 6,2% a quello del 2008); nel 2017 la spesa *out of pocket* ha raggiunto i 39,7 miliardi, pari a un valore pro capite nazionale di 656 euro, segnando una crescita del 3,5% rispetto al 2016, e un’incidenza sul Pil pro capite nominale in aumento dall’1,9 (nel 2008) al 2,3% nel 2017.

Nel 2017 le risorse pubbliche hanno coperto il 74% della spesa complessiva (152,8 miliardi), mentre la spesa diretta delle famiglie il 26,0 % (circa 39 miliardi, di cui 35,9 direttamente pagati dalle famiglie e 3,7 attraverso assicurazioni private). Nel 2012, invece, la spesa pubblica copriva il 76% della spesa complessiva (110 miliardi) e le famiglie la residua quota del 24%.

Nel periodo 2012/2017, la spesa privata è incrementata del 15%, a fronte di un incremento di quella pubblica del 2,9%.

Confrontando gli otto anni precedenti la crisi del 2009²⁵ con quelli successivi (anni 2010/2017), si osserva che la spesa *out of pocket* cresce cumulativamente, nel periodo 2001/2008, di 4,6 miliardi, e di 7,7 miliardi negli anni 2009/2017, un valore, quest’ultimo, tanto maggiore rispetto al primo soprattutto considerando che tale incremento è avvenuto in un periodo contraddistinto da un contenuto tasso di inflazione.

Se si osservano, infatti, le variazioni in termini reali, la spesa diretta delle famiglie negli anni 2001-2008 risulta sostanzialmente invariata, registrando un incremento cumulato, negativo, di 354 milioni di euro, mentre nel periodo successivo cresce di circa 6 miliardi.

La spesa diretta sanitaria delle famiglie presenta una notevole variabilità su base territoriale, essendo direttamente proporzionale al reddito disponibile, che è più alto al centro-nord rispetto al sud, come dimostrano i dati statistici Istat sulla spesa media mensile delle famiglie italiane, che segnalano, nel 2017, che l’*out of pocket* è stato pari a 141 euro al Nord, 118 al Centro e 98 euro al Sud; le tipologie di spesa che in termini relativi hanno pesato di più sono state la spesa per prodotti farmaceutici, per i servizi ambulatoriali, e le cure odontoiatriche.

Se una quota della spesa *out of pocket* può considerarsi senz’altro “superflua” o non rispondente a prestazioni sanitarie che necessitano di una tutela pubblica (si pensi solo alla compartecipazione alla maggiore spesa per l’acquisto di farmaci “di marca” rispetto a quelli equivalenti generici interamente

²⁵ Fonte: Banca dati Ocse, estrazione dati gennaio 2019.

rimborsati dal SSN, per la quale gli assistiti hanno versato, nel 2017, circa 1 miliardo di euro), i dati sulla spesa diretta delle famiglie per tipologia di servizi sanitari segnalano una insufficiente copertura da parte del servizio sanitario pubblico di alcuni bisogni assistenziali, che riguardano alcune criticità del SSN (soprattutto nelle Regioni meridionali) segnalate anche dal Monitoraggio annuale sulla erogazione dei LEA, ossia le reti territoriali per le prestazioni extra ospedaliere, in particolare quelle per l’assistenza alle cronicità e ai lungodegenti, l’assistenza residenziale o domiciliare e per la cura e riabilitazione post ospedaliera.

L’incremento della spesa diretta delle famiglie può anche essere spiegato come una conseguenza dei tempi di attesa per l’accesso alle prestazioni e dei relativi *ticket* nel settore pubblico, che hanno reso le tariffe dei servizi privati più “competitive” e meno onerose rispetto a quelle del SSN.

Di seguito, una descrizione di alcune delle prestazioni assistenziali per le quali la spesa diretta delle famiglie, rispetto a quella pubblica, è relativamente più significativa, distinte per soggetto erogatore e tipo di funzione assistenziale.

Le prestazioni sanitarie per cui più alta, nel corso del 2017, è stata la spesa diretta delle famiglie (prospetto “Spesa sanitaria totale, pubblica e privata, in Italia per funzione assistenziale, anno 2017”), sono:

- l’assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione (35 miliardi, di cui 20 finanziati dalla PA e 14 dalle famiglie);
- la spesa per prodotti farmaceutici ed altri apparecchi terapeutici (32 miliardi, 18 a carico della PA e 14 delle famiglie);
- l’assistenza sanitaria a lungo termine (15 miliardi, di cui 12 a carico della PA e 4 a carico delle famiglie);
- l’assistenza sanitaria ospedaliera a lungo termine (9 miliardi, di cui 6 finanziati dalla PA e 3 dalle famiglie),
- l’assistenza domiciliare per cura e riabilitazione, pari a 463 milioni, di cui 274 coperti dalla spesa pubblica e 133 dalle famiglie.

Prospetto: Spesa sanitaria totale, pubblica e privata, in Italia per funzione assistenziale, anno 2017

	Spesa pubblica e contribuzioni obbligatorie	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta familiare	Tutti i regimi di finanziamento
				A
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	67.212	1.202	15.919	84.333
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	40.835	183	1.465	42.483
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	5.677	30	472	6.179
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	20.426	933	13.849	35.208
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	274	56	133	463
Assistenza (sanitaria) a lungo termine	11.757	136	3.618	15.511
Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine	6.109	80	3.176	9.365
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna a lungo termine	927	0	0	927
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale a lungo termine	2.600	0	348	2.948
Assistenza (sanitaria) domiciliare a lungo termine	2.121	56	94	2.271
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	9.249	317	2.884	12.450
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	17.798	209	13.504	31.511
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	16.884	0	10.218	27.102
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	914	209	3.286	4.409
Servizi per la prevenzione delle malattie	5.355	669	64	6.088
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento.	1.760	1.164	0	2.924
Totale	113.131	3.697	35.989	152.817

Fonte: Istat, Spese sanitarie per funzione assistenziale e regime di finanziamento; importi in milioni di euro.

2.5 Il Servizio sanitario nazionale: differenze regionali sulla base degli indicatori di Benessere equo e sostenibile (Bes)

Il Servizio sanitario nazionale, che sul piano internazionale ottiene ottimi risultati, tra i migliori in Europa, sia negli indicatori Ocse di qualità ed efficacia delle prestazioni sanitarie, sia in quelli che ne misurano esclusivamente l'efficienza²⁶ (calcolata incrociando aspettativa media di vita alla nascita, che in Italia nel 2017 è stata di 83,1 anni²⁷, la più alta tra i paesi dell'area euro, e spesa pro capite, molto contenuta in Italia rispetto a quella delle maggiori economie europee) presenta sensibili differenze regionali, sia per quanto riguarda le condizioni di salute, che le infrastrutture per l'assistenza sanitaria territoriale e la spesa sanitaria *pro capite* regionale. Di seguito una descrizione di alcune di tali criticità, sulla base di indicatori Bes ed Eurostat.

²⁶ La classifica Bloomberg dei sistemi sanitari nazionali è costruita sulla base di tale indicatore di efficienza, e, per il 2015, assegna all'Italia il 4º posto al mondo, dopo Hong Kong, Singapore e Spagna. In Europa, paesi che hanno una spesa pro capite molto più alta, ma una aspettativa di vita inferiore, si collocano molte posizioni dopo l'Italia, come la Francia (13º posto), il Regno Unito (35º posto) e la Germania il (45º posto). Chiudono la classifica generale gli Stati Uniti (penultimo posto, prima della Bulgaria). Sul posizionamento degli Stati Uniti è stato determinante l'incremento di spesa dovuto all' "Obamacare", pienamente in vigore dal gennaio 2014, che ha ampliato le coperture assicurative e fornito sussidi pubblici alle spese sanitarie della parte più povera del paese.

²⁷ Nel 2017, la media dei paesi euro (18 paesi) è stata pari a 78,3 anni per i maschi e 84,5 per le femmine. Il valore di genere registrato per l'Italia è il migliore in Europa per i maschi (80,8 anni) e secondo (dopo la Francia, 84,5 anni) per le femmine (85,2 anni).

- Condizioni di salute secondo gli indicatori di Benessere equo e sostenibile (Bes), illustrati per ripartizioni geografiche.

L'indicatore per il dominio Salute allegato al Documento di economia e finanza 2018 relativo alla speranza di vita media in buona salute alla nascita, pari, per il 2017, ad una media nazionale di 58,7 anni, segna valori superiori al Nord (60,1 anni) e al Centro (59,7 anni), e inferiori di circa due anni nel Mezzogiorno (58,7 anni); l'indicatore sulla speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è risultato pari ad una media nazionale di 9,7 anni, con valori migliori nel Nord (10,5 anni) e nel Centro (10,0 anni) e peggiori nel Mezzogiorno (8,2 anni); l'indicatore di mortalità per tumore nella fascia di età 20-64, a fronte di una media nazionale di 8,9²⁸ morti per 10.000 residenti, segna valori peggiori nel Mezzogiorno (9,2, dove si registra anche il dato nazionale più negativo, pari a 10,2 in Campania) e migliori nel Nord (8,7) e nel Centro (8,8); l'indicatore di adeguata alimentazione²⁹ segna un valore nazionale pari a 19,2, con valori migliori al Nord (21,6) e al Centro (21,3) e nettamente inferiori nel Mezzogiorno (14,2).

Infine, l'indicatore di povertà assoluta³⁰ presentato nel DEF 2018 evidenzia che nel 2017 il 6,9% delle famiglie italiane si è trovata in questa condizione, con valori inferiori alla media nazionale nel Nord (5,4%) e nel Centro (5,1%) e nettamente più elevati nel Mezzogiorno (10,3%).

- Assistenza ospedaliera territoriale (i dati si riferiscono all'anno 2015)
 - 1) Per quanto riguarda la disponibilità di letti ospedalieri per pazienti affetti da patologie croniche, le statistiche Eurostat indicano che a fronte di una media nazionale di 15,1 posti per 100.000 abitanti, si registrano valori più che doppi in Emilia-Romagna (44,1) e nelle Province Autonome di Trento (35,7) e Bolzano (31,9), e nettamente inferiori in Puglia (4,1) Sicilia (6,1), Campania (9,1), Calabria (11,3) e, tra le Regioni del Centro-nord, in Lombardia (8,1) e Toscana (8,2) (cfr "Riepilogo del numero posti letto (per 100.000 abitanti) per la cura di patologie croniche").
 - 2) Il numero di posti letto ospedalieri destinati alle cure riabilitative risultano sopra la media nazionale (41 posti letto per 100.000 abitanti) in Piemonte (73,3) Lombardia (66,8), P. A. di Trento (61,2) Valle D'Aosta (59,5), Liguria (52,9), mentre nel Meridione si riscontrano i valori più bassi, come in Puglia (29,3), Campania (23,8), Calabria (21,2), Sardegna (12,8) (cfr "Riepilogo del numero posti letto (per 100.000 abitanti) per la cura di patologie croniche").

²⁸ Tasso standardizzato per 10.000 residenti.

²⁹ Proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più.

³⁰ Fonte: Istat, Indagine sulle spese delle famiglie; definizione dell'indicatore: "L'incidenza della povertà assoluta è calcolata sulla base di una soglia corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un paniere di beni e servizi che, nel contesto italiano e per una famiglia con determinate caratteristiche, è considerato essenziale a uno *standard* di vita minimamente accettabile. Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia."

Riepilogo del numero posti letto ospedalieri (per 100.000 abitanti) per la cura di patologie croniche

	2013	2014	2015
Italia	15,91	15,27	15,06
Piemonte	31,96	29,61	29,95
Valle d'Aosta	11,7	12,46	12,52
Liguria	12,48	11,34	20,92
Lombardia	8,69	8,35	8,08
Provincia Autonoma di Bolzano	32,57	41,77	31,94
Provincia Autonoma di Trento	36,75	35,77	35,7
Veneto	19,96	19,34	17,66
Friuli-Venezia Giulia	9,87	9,69	10,29
Emilia-Romagna	49,71	46,4	44,05
Toscana	9,24	8,74	8,19
Umbria	2,24	2,57	3,81
Marche	35,05	35,05	35,03
Lazio	10,45	11,24	10,98
Abruzzo	16,1	13,21	14,3
Molise	14,01	14,01	14,07
Campania	9,76	9,51	9,15
Puglia	5,11	4,5	4,04
Basilicata	27,89	27,36	27,64
Calabria	14,12	11,93	11,35
Sicilia	6	6,42	6,06
Sardegna	10,29	9,32	11,98

Fonte: Banca dati Eurostat, Statistiche Regionali "NUTS 2" - ultimo aggiornamento dati disponibile 2015

Riepilogo del numero posti letto ospedalieri (per 100.000 abitanti) per le cure riabilitative

	2013	2014	2015
Italia	40,68	40,4	40,9
Piemonte	73,64	71,89	73,28
Valle d'Aosta	57,71	60,73	59,46
Liguria	49,22	52,41	52,94
Lombardia	66,23	67,12	66,77
Provincia Autonoma di Bolzano	30,62	33,84	34,83
Provincia Autonoma di Trento	62,44	61,29	61,17
Veneto	34,85	34,06	37,49
Friuli-Venezia Giulia	23,5	23,12	25,08
Emilia-Romagna	32,64	32,19	31,49
Toscana	22,38	23,22	23,58
Umbria	32,42	33,27	34,38
Marche	24,59	24,55	24,75
Lazio	45,56	46,3	46,24
Abruzzo	41,34	43,52	43,64
Molise	97,76	60,82	56,29
Campania	22,73	21,43	23,84
Puglia	29,82	29,49	29,29
Basilicata	27,89	27,88	27,99
Calabria	31,48	26,79	21,23
Sicilia	29,4	29,25	29,67
Sardegna	10,65	10,52	12,77

Fonte: Banca dati Eurostat, Statistiche Regionali "NUTS 2" - ultimo aggiornamento dati disponibile 2015

3) I presidi residenziali socio assistenziali e socio sanitari sono superiori alla media nazionale (21,1 per 100.000 abitanti) nel nord est (28,6), nel nord ovest (22,2) nel Centro (21,8) e nelle Isole (23,1), e inferiori al Sud (12,3).

- Indicatori economici

Gli indicatori qualitativi e quantitativi sui servizi sanitari regionali disegnano un sistema con molte diseguaglianze, come dimostrano anche i consistenti flussi di mobilità passiva sanitaria diretti dal sud verso le Regioni del Nord, mentre la decrescita degli investimenti da parte degli enti sanitari locali verificatasi nel periodo 2009-2017 (-48%) rallentando l'ammmodernamento delle apparecchiature tecnologiche terapeutiche, ha incrementato il tasso di obsolescenza delle infrastrutture, che è mediamente maggiore al Sud rispetto al Nord, con ricadute anche sulla qualità delle cure.

In proposito, significativo appare lo sblocco da parte del ministero della Salute, lo scorso febbraio, di 100 milioni di euro da spendere per la riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica nel sud Italia.

Il diritto alla salute è un fondamentale diritto garantito dalla Costituzione, per la cui tutela lo Stato, al fine di assicurare l'eguaglianza su tutto il territorio nazionale nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e tutelare l'unità economica e la coesione sociale del paese, attua importanti trasferimenti di risorse fiscali, a fini perequativi, dai territori economicamente più ricchi a quelli più deboli. Alle risorse fiscali trasferite dallo stato a fini perequativi, alimentate dalla partecipazione delle Regioni alla riscossione dell'Iva, si aggiungono le altre fonti di finanziamento dei sistemi sanitari regionali, che sono costituite dalle entrate tributarie proprie delle Regioni (prevalentemente, addizionale Irpef ed Irap) e dal contributo degli utenti alla spesa sanitaria (*ticket*).

Nel 2017 la spesa sanitaria che presidia tale diritto, in base ai risultati di esercizio degli enti sanitari, è stata pari a 1.888 euro *pro capite* (tab. 12), con un'incidenza media nazionale sul Pil del 6,6%. Tutte le Regioni meridionali, ad eccezione del Molise (2.101 euro *pro capite*), spendono meno della media nazionale, in particolare la Campania (1.729 euro), la Calabria (1.743 euro), la Sicilia (1.784 euro) e la Puglia (1.798 euro), mentre la spesa *pro capite* più alta si registra nelle Province autonome di Bolzano (2.363 euro) e Trento (2.206 euro), in Molise (2.101 euro), Liguria (2.062 euro), Valle D'Aosta (2.028 euro), Emilia-Romagna (2.024 euro), Lombardia (1.935 euro), Veneto (1.896 euro).

Viceversa, se si guarda l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil *pro capite* regionale, tutte le Regioni settentrionali e, tra le Regioni del centro, il Lazio, hanno una spesa inferiore alla media nazionale, con valori minimi in Lombardia (5,1% del Pil regionale), Lazio (5,5%), nella Provincia Autonoma di Bolzano (5,6%), Veneto (5,7%) ed Emilia-Romagna (5,7%), mentre la spesa *pro capite* di Sicilia, Calabria, Puglia e

Campania, pur essendo tra le più basse d'Italia, ha una incidenza sui rispettivi Pil regionali superiore di circa 4 punti percentuali alla media nazionale.

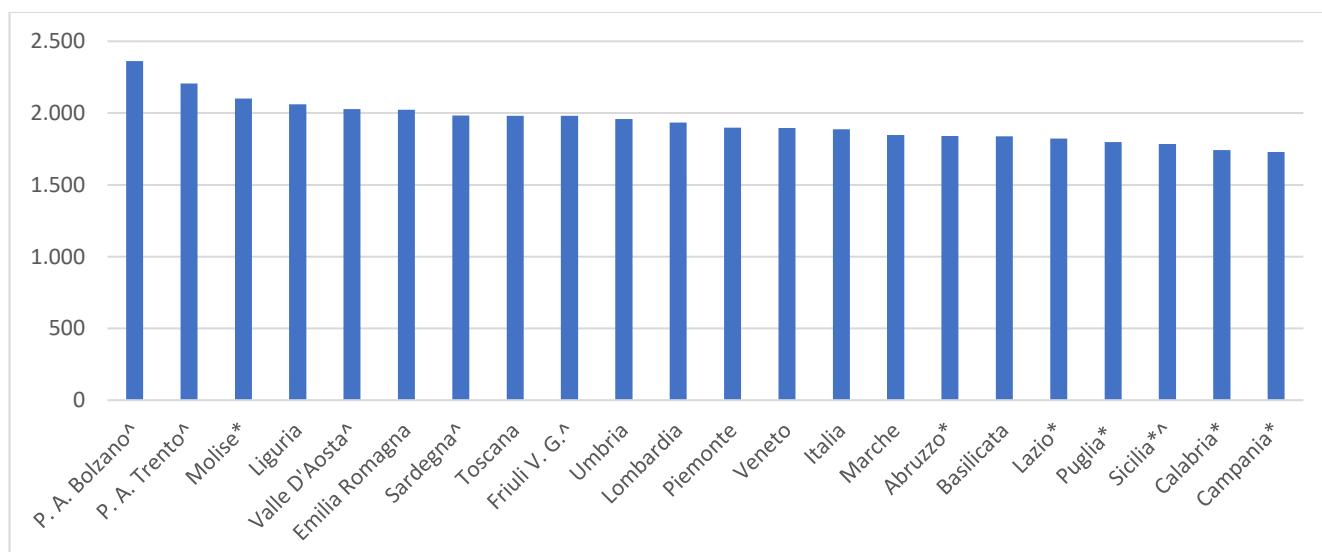
Tabella 17 Spesa sanitaria regionale e incidenza sul Pil *pro capite* regionale Anno 2017

Enti territoriali	Spesa complessiva	Popolazione	Spesa <i>pro capite</i>	Pil <i>pro capite</i> nominale	Incidenza spesa <i>pro capite</i> su Pil <i>pro capite</i>
Molise*	648.000.000	308.493	2.101	19.454	10,8
Sicilia*^	8.967.000.000	5.026.989	1.784	17.376	10,3
Calabria*	3.410.000.000	1.956.687	1.743	17.051	10,2
Puglia*	7.280.000.000	4.048.242	1.798	17.994	10
Sardegna^	3.270.000.000	1.648.176	1.984	20.301	9,8
Campania*	10.073.000.000	5.826.860	1.729	18.233	9,5
Basilicata	1.042.000.000	567.118	1.837	20.816	8,8
Umbria	1.733.000.000	884.640	1.959	24.326	8,1
Abruzzo*	2.421.000.000	1.315.196	1.841	24.403	7,5
Marche	2.829.000.000	1.531.753	1.847	26.597	6,9
Italia	114.177.000.000	60.483.973	1.888	28.494	6,6
Liguria	3.211.000.000	1.556.981	2.062	31.877	6,5
Toscana	7.404.000.000	3.736.968	1.981	30.504	6,5
Friuli-Venezia Giulia^	2.407.000.000	1.215.538	1.980	30.969	6,4
Piemonte	8.310.000.000	4.375.865	1.899	30.342	6,3
P. A. Trento^	1.191.000.000	539.898	2.206	36.121	6,1
Valle d'Aosta^	256.000.000	126.202	2.028	35.241	5,8
Emilia-Romagna	9.012.000.000	4.452.629	2.024	35.324	5,7
Veneto	9.298.000.000	4.905.037	1.896	33.122	5,7
P. A. Bolzano^	1.247.000.000	527.750	2.363	42.332	5,6
Lazio*	10.747.000.000	5.896.693	1.823	32.861	5,5
Lombardia	19.421.000.000	10.036.258	1.935	38.212	5,1

*Regioni in piano di rientro. ^ Ente territoriale a Statuto speciale

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Mef, "Il monitoraggio della spesa sanitaria" Rapporto n. 5, edizione 2018; dati di spesa corrente da conti economici regionali; importi in euro; Istat, banca dati I. Stat, "Conti e aggregati economici territoriali", importi *pro capite*, edizione dati: dicembre 2018

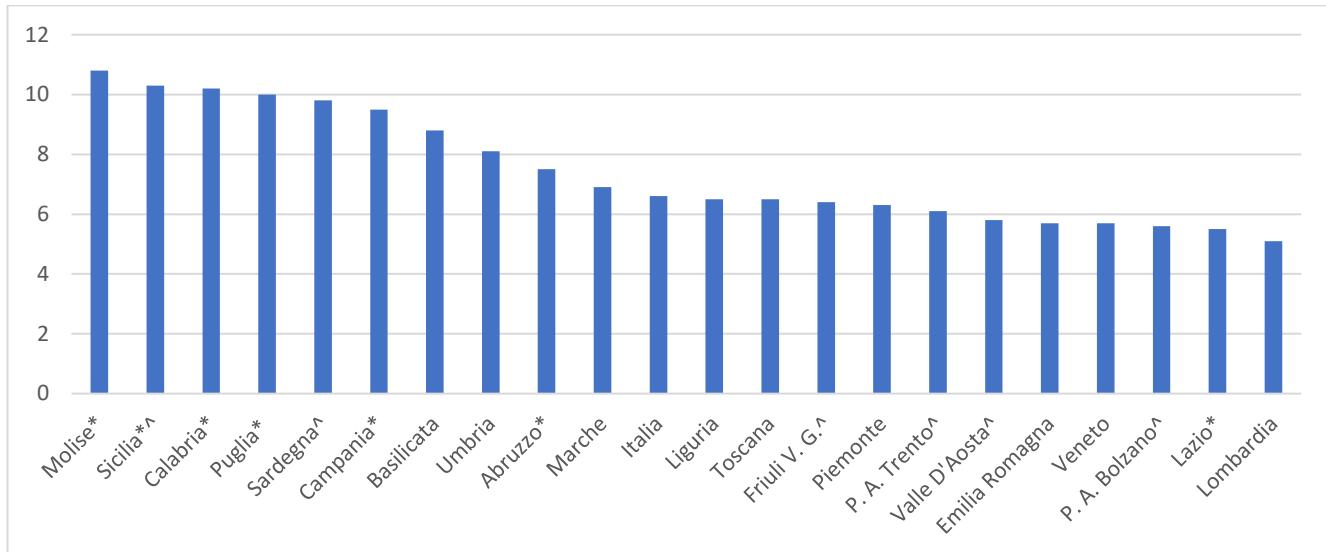
Grafico 11 Spesa *pro capite* sanitaria regionale - Anno 2017



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, banca dati Istat, "Conti e aggregati economici territoriali", importi *pro capite* assoluti in euro, edizione dati: dicembre 2018. *Regioni in piano di rientro. ^Regioni a Statuto speciale, importi assoluti in euro

Grafico 12 Incidenza della spesa *pro capite* sanitaria regionale su Pil *pro capite* regionale

Anno 2017



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, banca dati ISTAT, "Conti e aggregati economici territoriali. *Regioni in piano di rientro. ^Regioni statuto speciale; valori in percentuale dei Pil regionali

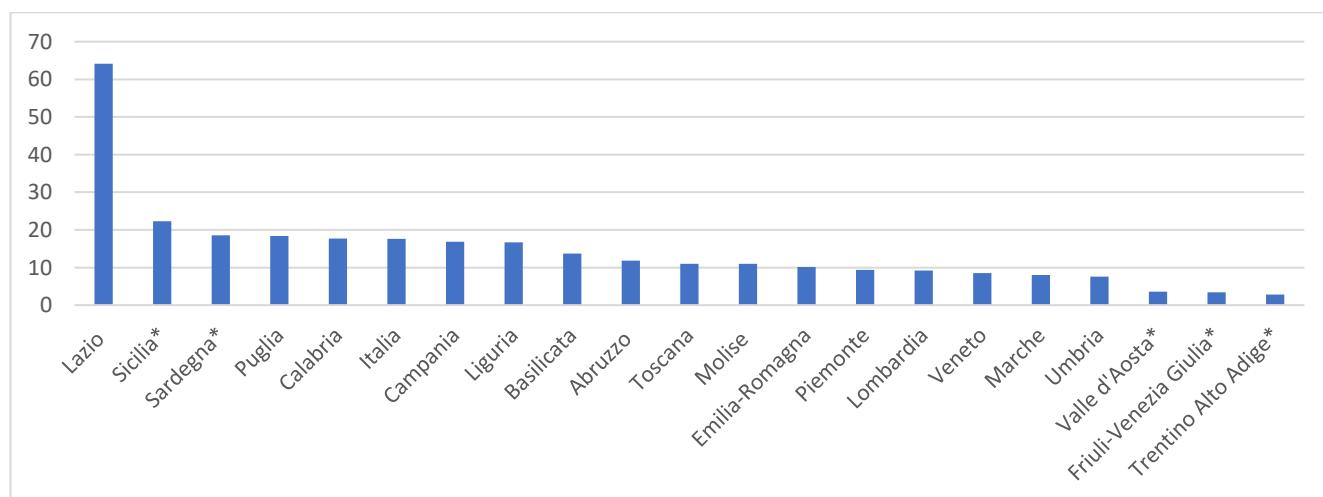
Tabella 18 Distribuzione territoriale della spesa del bilancio Stato*: missione n. 20, "Tutela della salute" Anno 2016

Distribuzione territoriale della spesa del bilancio Stato*: missione n. 20, "Tutela della salute Enti territoriali	Valori assoluti (in milioni)	In % Pil	Per Kmq	Pro capite (in euro)
Lazio	377,8	0,2	21922,29	64,11
Sicilia **	112,81	0,13	4.366,71	22,27
Sardegna**	30,71	0,09	1274,17	18,55
Puglia	74,96	0,11	3835,84	18,42
Calabria	34,86	0,11	2289,73	17,71
Totale nazionale	1.070,36	0,06	3.542,84	17,65
Campania	98,45	0,09	7200,48	16,84
Liguria	26,15	0,05	4.826,86	16,68
Basilicata	7,84	0,07	778,26	13,71
Abruzzo	15,72	0,05	1451,08	11,87
Toscana	41,06	0,04	1786,1	10,97
Molise	3,41	0,06	764,28	10,96
Emilia-Romagna	44,98	0,03	2003,17	10,11
Piemonte	41,27	0,03	1.624,68	9,38
Lombardia	91,7	0,02	3.841,64	9,16
Veneto	41,91	0,03	2.276,47	8,53
Marche	12,38	0,03	1316,67	8,03
Umbria	6,72	0,03	793,88	7,55
Valle d'Aosta**	0,45	0,01	137,98	3,54
Friuli-Venezia Giulia**	4,18	0,01	531,56	3,43
Trentino Alto Adige**	2,98	0,01	219,01	2,81

. * Fonte: OpenBDAP, spesa corrente e capitale (titoli I e II), anno 2016: distribuzione regionale dei pagamenti finali del bilancio dello Stato (al netto del rimborso prestiti) come risultano dal Rendiconto Generale dello Stato.

Regionalizzazione dei dati elaborata sulla base dei dati analitici presenti nei sistemi informativi RGS (in particolare quelli sui mandati di pagamento). **Regioni Statuto speciale

Grafico 13 Distribuzione territoriale della spesa del bilancio Stato: missione n. 20, "Tutela della salute" - Spesa pro capite -Anno 2016



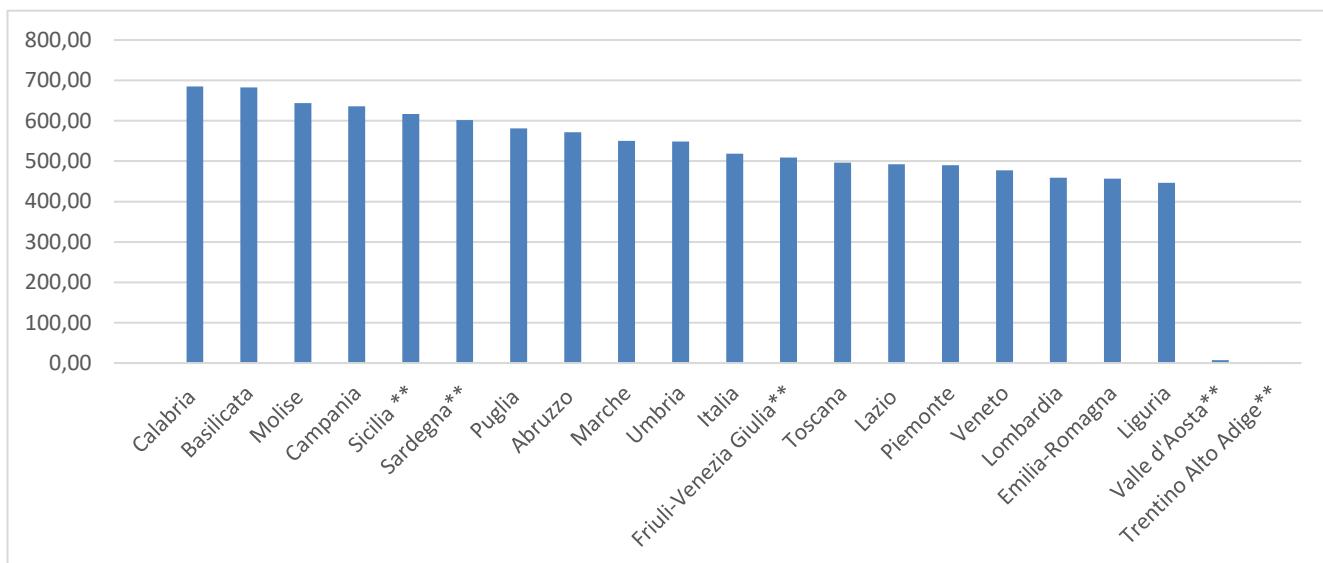
Fonte: OpenBDAP, spesa corrente e capitale (titoli I e II), anno 2016: distribuzione regionale dei pagamenti finali del bilancio dello Stato (al netto del rimborso prestiti) come risultano dal Rendiconto Generale dello Stato; importi *pro capite* assoluti in euro. *Regioni Statuto speciale.

Tabella 19 Distribuzione territoriale della spesa del bilancio Stato: missione n. 22, istruzione scolastica - Anno 2016

Distribuzione territoriale della spesa del bilancio Stato*: missione n. 22, "Istruzione scolastica"	Valore assoluto (in milioni)	In % Pil	Per Kmq	Pro capite (in euro)
Calabria	1.348,00	4,11	88.531,00	684,94
Basilicata	391,00	3,37	38.770,00	683,00
Molise	200,00	3,27	44.925,00	644,00
Campania	3.718,00	3,49	271.934,00	636,00
Sicilia **	3.125,00	3,6	120.972,00	617,00
Sardegna**	997,00	3	41.363,00	602,15
Puglia	2.367,00	3,34	121.101,00	581,39
Abruzzo	758,00	2,39	69.934,00	572,00
Marche	847,00	2,08	90.133,00	550,00
Umbria	489,00	2,3	57.723,00	549,00
Totale nazionale	31.447,00	1,87	104.089,00	518,70
Friuli-Venezia Giulia**	620,00	1,68	78.885,00	509,00
Toscana	1.856,00	1,65	80.750,00	496,00
Lazio	2.898,00	1,55	168.137,00	492,00
Piemonte	2.154,00	1,66	84.797,00	490,00
Veneto	2.343,00	1,5	127.282,00	477,12
Lombardia	4.600,00	1,25	192.727,00	459,00
Emilia-Romagna	2.035,00	1,32	90.633,00	457,00
Liguria	700,00	1,44	129.218,00	446,00
Valle d'Aosta**	1,00	0,02	279,03	7,16
Trentino Alto Adige**	0,00	0	3,67	0,05

* Fonte: OpenBDAP, spesa corrente e capitale (titoli I e II), anno 2016: distribuzione regionale dei pagamenti finali del bilancio dello Stato (al netto del rimborso prestiti) come risultano dal Rendiconto Generale dello Stato.
 Regionalizzazione dei dati elaborata sulla base dei dati analitici presenti nei sistemi informativi RGS (in particolare quelli sui mandati di pagamento). **Regioni Statuto speciale.

Grafico 14 Spesa statale regionalizzata: istruzione scolastica (missione 22) Anno 2016



Fonte: OpenBDAP, spesa corrente e capitale (titoli I e II), anno 2016: distribuzione regionale dei pagamenti finali del bilancio dello Stato (al netto del rimborso prestiti) come risultano dal Rendiconto Generale dello Stato; importi *pro capite* assoluti in euro. *Regioni Statuto speciale.

Tabella 20 Distribuzione territoriale della spesa del bilancio dello Stato*, missione n. 3: "Relazioni finanziarie con le Autonomie territoriali – Anno 2016

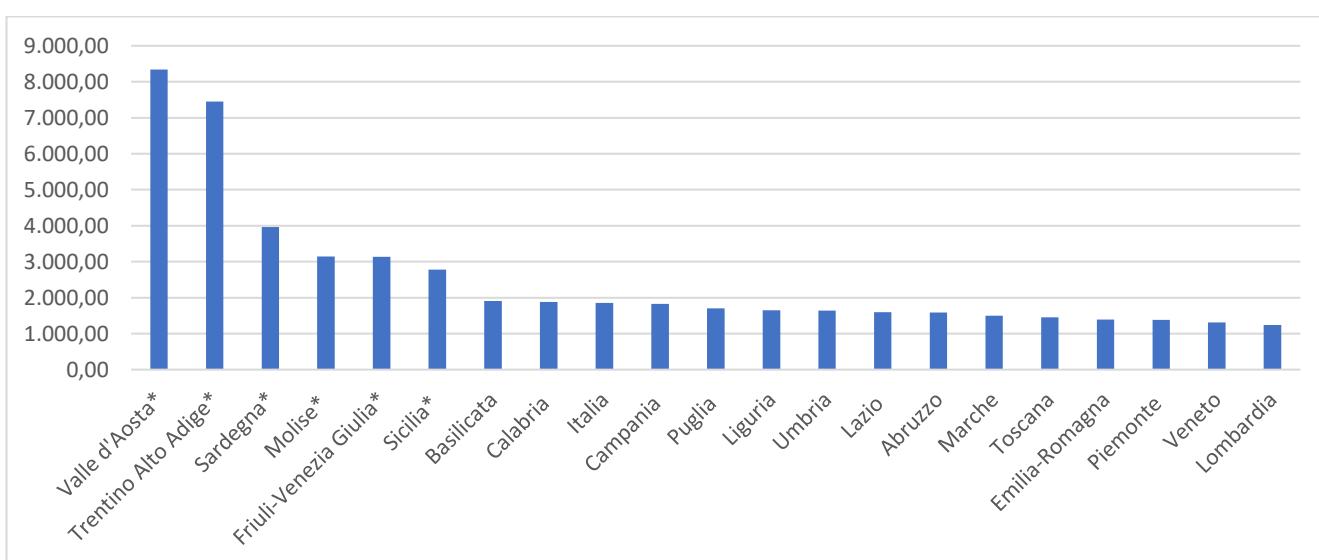
Descrizione	Valore assoluti (in milioni)	In % Pil	Spesa complessiva per kmq (euro)	Pro capite (euro)
Valle d'Aosta**	1.059,84	23,86	324.974,70	8.338,24
Trentino Alto Adige**	7.909,09	19,25	580.615,74	7.445,98
Sardegna**	6.563,51	19,75	272.322,21	3.964,34
Molise	977,42	15,96	219.068,96	3.140,43
Friuli-Venezia Giulia**	3.824,32	10,34	486.325,78	3.135,86
Sicilia**	14.096,25	16,25	545.645,10	2.782,82
Basilicata	1.092,62	9,42	108.461,56	1.910,07
Calabria	3.692,07	11,27	242.567,57	1.876,68
Totale nazionale	111.289,60	6,62	368.363,34	1.853,63
Campania	10.661,36	10,01	779.755,28	1.824,02
Puglia	6.922,02	9,77	354.212,47	1.700,52
Liguria	2.589,29	5,32	477.940,42	1.651,14
Umbria	1.461,64	6,88	172.672,72	1.642,21
Lazio	9.423,12	5,05	546.787,66	1.598,96
Abruzzo	2.100,80	6,64	193.920,60	1.586,25
Marche	2.312,55	5,68	245.950,55	1.500,77
Toscana	5.438,81	4,84	236.587,26	1.452,90
Emilia-Romagna	6.189,53	4,02	275.648,87	1.391,38
Piemonte	6.092,81	4,7	239.855,52	1.385,24
Veneto	6.459,95	4,15	6.459,95	1.315,32
Lombardia	12.430,69	3,37	520.766,23	1.241,36

Fonte: OpenBDAP, spesa corrente e capitale (titoli I e II), missione n. 3, anno 2016: distribuzione regionale dei pagamenti finali del bilancio dello Stato, come risultano dal Rendiconto Generale dello Stato (escluso il rimborso prestiti).

Dati non consolidati con i pagamenti dal Bilancio Stato ad alcuni Fondi ed Enti pubblici a carattere nazionale.

Regionalizzazione dei dati elaborata sulla base dei dati analitici presenti nei sistemi informativi RGS (in particolare quelli sui mandati di pagamento). **Regioni Statuto speciale.

Grafico 15 Distribuzione territoriale spesa del bilancio Stato, missione n. 3: "Relazioni finanziarie con le Autonomie territoriali" Valori *pro capite* Anno 2016.



Fonte: OpenBDAP, spesa corrente e capitale (titoli I e II), missione n. 3, anno 2016: distribuzione regionale dei pagamenti finali del bilancio dello Stato, come risultano dal Rendiconto Generale dello Stato (escluso il rimborso prestiti); importi *pro capite* assoluti in euro *Regioni Statuto speciale.

3 FINANZIAMENTO SETTORE SANITARIO

3.1 Premessa

Momento fondamentale nel processo di finanziamento del servizio sanitario è la definizione del Fondo sanitario nazionale (FSN) con il quale si determinano annualmente le quote riferibili ad ogni Regione e Provincia autonoma, quali risorse necessarie e finanziariamente sostenibili per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il sistema di finanziamento pubblico del Settore sanitario nazionale si basa essenzialmente su risorse provenienti dalla fiscalità generale (quote di partecipazione al gettito di imposte dirette, quali addizionale Irpef e Irap, e indirette, relativamente alla partecipazione al gettito Iva e accise sulla benzina), a queste si aggiungono le risorse derivanti dalle varie forme di partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti (proventi derivanti dai servizi a pagamento e dai *ticket*), dalle entrate proprie della Regione e per una parte residuale, da trasferimenti finalizzati ad interventi specifici (cfr. par. 3.2.1).

Al fine di garantire omogeneità nell'erogazione delle prestazioni, le varie fonti di finanziamento dovrebbero servire a finanziare tutte le prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA). A tal proposito, appare determinante, dunque, l'adozione di criteri di gestione prudenti ed equilibrati, per evitare che le azioni intraprese possano precludere il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Le politiche attuate dagli ultimi governi hanno generato alcune profonde trasformazioni nei processi produttivi delle aziende pubbliche e private accreditate operanti nell'ambito dell'assistenza sanitaria, specialmente attraverso le diverse misure attuate per il contenimento della spesa. A fronte di risorse tendenzialmente stabili e bisogni crescenti, la riorganizzazione dei servizi sanitari assume un ruolo fondamentale, soprattutto per evitare il razionamento dei servizi che avrebbe, di conseguenza, riflessi sulla copertura qualitativa e quantitativa dei bisogni. Il profilo più delicato è quello del giusto equilibrio tra l'esigenza di contenimento della spesa sanitaria pubblica, attraverso il miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari regionali (tenendo conto che il processo di efficientamento non può compensare all'infinito la riduzione delle risorse) e l'esigenza di mantenere un adeguato *standard* delle prestazioni erogate, nel rispetto dei principi costituzionali del diritto alla salute e dell'eguale trattamento dei cittadini sul territorio nazionale.

L'attuale scenario del settore sanitario tende sempre più ad un consolidamento dell'equilibrio di bilancio e ciò scaturisce dalle diverse leve che a livello centrale e regionale sono state azionate: maggiore capacità di governo, riorganizzazione e riprogettazione dei processi produttivi, armonizzazione

contabile, ecc. Il settore sanitario, dunque, resta alla ricerca del difficile equilibrio tra la sostenibilità finanziaria e l'esigenza di erogare un adeguato servizio a tutela del fondamentale diritto alla salute. Il quadro economico generale influisce sulle scelte in merito alle risorse da destinare alla tutela della salute. Alle condizioni economiche generali (che, seppur in via di miglioramento, non sono certamente ottimali) si aggiungono gli sforzi che devono essere compiuti per il risanamento di deficit formatisi negli anni passati e che, per le dimensioni che avevano raggiunto, non sono ancora completamente stati recuperati. La riduzione dei disavanzi sta comunque procedendo (da 6 miliardi del 2006 a 1,5 miliardi nel 2017; v. *infra* cap. 4) e ciò dimostra l'efficacia del sistema di monitoraggio e controllo posto in essere. Peraltro, i risultati sono stati raggiunti anche con maggiori sacrifici per i contribuenti determinandosi, di fatto, situazioni territorialmente diseguali, sia quanto a costi posti a carico dei cittadini, sia quanto a servizi prestati. Non sono da escludere perciò ampi margini di miglioramento dell'efficienza del sistema, carente soprattutto in alcune aree geografiche.

3.2 Fondo Sanitario Nazionale

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato (per il finanziamento delle Autonomie speciali v. *infra* 4.1.1).

A decorrere dall'anno 2013, il fabbisogno sanitario nazionale *standard* è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza (art. 26, co. 1, d.lgs. n. 68/2011)³¹.

La composizione del finanziamento del SSN è rappresentata dal c.d. riparto, ovvero assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni³² ed individuazione delle fonti di finanziamento. Infatti, sulla base del livello del fabbisogno determinato, il Ministero della Salute presenta annualmente alle Regioni una proposta di riparto - suddividendo le risorse in fabbisogno indistinto (distribuito tra le Regioni per assicurare l'erogazione dei LEA) e fabbisogno vincolato³³ - sulla quale si raggiunge un'intesa in sede di

³¹ In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle Regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della legge n. 662/1996), e le quote destinate ad enti diversi dalle Regioni.

³² Le Regioni, a loro volta, assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende sanitarie, che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza. L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o Regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda).

³³ Il fabbisogno vincolato comprende le risorse destinate a: 1. Obiettivi sanitari di carattere prioritario, individuati annualmente dal Ministero della salute; 2. Interventi in materia sanitaria previsti da specifiche norme nazionali e attuati dalle Regioni; 3. Altri enti diversi dalle Regioni. Gli importi da destinare al fabbisogno vincolato sono generalmente definiti per via legislativa.

Conferenza Stato-Regioni; quest'ultima, viene poi recepita con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.

Come evidenziato già in diverse occasioni (da ultimo v. delib. n. 3/SEZAUT/2018/FRG - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – Esercizio 2016 – Cap. 1, par. 1.3 e Cap. 3, par. 3.2, Focus n. 4), il provvedimento definitivo del CIPE, inerente alla ripartizione tra le Regioni e le Province autonome della quota indistinta del Fondo sanitario nazionale (FSN), viene deliberato con notevole ritardo; ciò si riflette in negativo nella programmazione del servizio da parte delle Regioni e Province autonome³⁴.

Ai fini dell'erogazione, alle Regioni viene corrisposto per ciascun anno un livello di risorse, a valere sul finanziamento indistinto, rappresentato da:

- Valore provvisorio: erogabile in assenza dell'intesa Stato-Regioni sul riparto delle disponibilità finanziarie dell'anno di riferimento. A tal proposito, alle Regioni viene erogato mensilmente il valore definitivo relativo al secondo esercizio precedente a quello di riferimento (art. 2, co. 68, lett. d, l. n. 191/2009);
- Valore definitivo: erogabile a seguito del raggiungimento dell'intesa Stato-Regioni sul riparto.

Il finanziamento indistinto c.d. definitivo – a seguito dell'Intesa Stato-Regioni - garantisce alle Regioni risorse destinate al finanziamento ordinario del Servizio sanitario pari al 97% per tutte le Regioni e al 98% per le Regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio³⁵. Pertanto, la c.d. quota premiale³⁶ – quella che costituisce la quota del finanziamento indistinto condizionato alla verifica positiva degli adempimenti regionali – è determinata in 3% per tutte le Regioni e 2% per le Regioni adempienti.

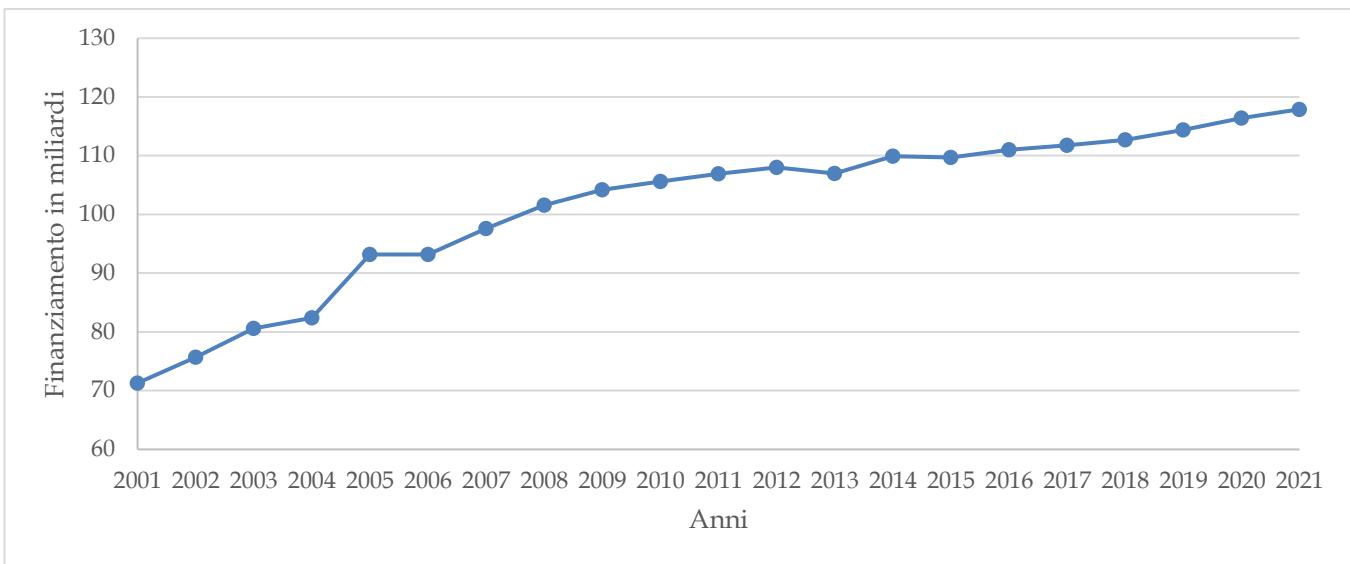
Il finanziamento sanitario a carico dello Stato ha registrato un andamento di vivace crescita fino al 2008, cui è seguito un periodo di rallentamento della dinamica di incremento e con una flessione di segno negativo tra il 2011 e il 2013.

³⁴ I finanziamenti dovrebbero essere individuati e trasferiti con congruo anticipo rispetto all'inizio dell'esercizio, per consentire alle Regioni di effettuare un'adeguata programmazione delle risorse e delle attività dei propri Servizi sanitari regionali, cui conseguono i necessari adempimenti contabili di accertamento e di impegno; invece, la mancata tempestività nella ripartizione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale comporta varie conseguenze negative sia sulla quantità e qualità del servizio, sia sotto il profilo contabile.

³⁵ Compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica, la quota del 98% può essere ulteriormente incrementata.

³⁶ Ove ricorrano le condizioni, la quota premiale è erogata nell'anno successivo a quello di riferimento, a seguito delle verifiche del Tavolo tecnico istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Grafico 16 – Finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato per gli anni 2001-2021



Fonte: Ministero della Salute (anni 2001-2016), Comitato interministeriale per la programmazione economica (delibere CIPE anno 2017) e Parlamento (Legge di stabilità per il 2019 per il triennio 2019-2021); importi in miliardi di euro.

Per il triennio 2014-2016 le risorse destinate al Servizio sanitario erano state indicate nel Patto della salute 2014-2016, sancito con l'Intesa Stato-Regioni n. 82/CSR del 10 luglio 2014, e fissate in 109.928 milioni di euro nel 2014, 112.062 milioni di euro nel 2015 e 115.444 milioni di euro nel 2016, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico. Il finanziamento concordato con il Patto 2014/2016 è stato successivamente rideterminato dal d.l. n. 78/2015 e dalla legge di stabilità 2016 che ha fissato il finanziamento in 109,7 miliardi per il 2015 e 111 miliardi per il 2016³⁷.

Focus n. 2 - Patto per la Salute

Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Attualmente non è stato siglato alcun Patto per la salute, ma la legge di stabilità per il 2019 ha previsto (all'art. 1, co. 515) che l'accesso delle Regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto all'ammontare stabilito per l'anno 2019 era subordinato alla stipula, entro il 31 marzo 2019, dell'Intesa Stato-Regioni per il Patto per la salute 2019-2021 (detto Patto deve, tra le altre cose, contemplare le misure

³⁷ Per ulteriori approfondimenti v. delib. n. 3/SEZAUT/2018/FRG - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Esercizio 2016 - Cap. 3.

di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e l'efficientamento dei costi).

In realtà ancora non è intervenuto l'accordo, pertanto l'ultimo Patto per la salute è stato siglato per gli anni 2014-2016. Alcune delle principali novità hanno riguardato: a) una maggiore certezza di budget - seppur rideterminato in riduzione rispetto a quanto preventivato nel Patto stesso ai fini del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica - per consentire una programmazione triennale; b) l'aggiornamento dei LEA - avvenuto con il DPCM del 12 gennaio 2017 (pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15) che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001 - al fine di eliminare le prestazioni e cure obsolete e sostituirle con nuove e moderne cure più efficaci; c) la riorganizzazione della medicina del territorio con un maggiore ruolo per i medici di medicina generale, per i pediatri di libera scelta e per le farmacie di servizio; d) la riorganizzazione degli ospedali al fine di potenziare la medicina del territorio creando una rete d'assistenza capace di essere più efficiente e capillare ed evitare l'ingolfamento dei grandi ospedali.

I precedenti Patti per la Salute sono:

1. Patto per la salute 2010-2012, sottoscritto nella seduta del 3 dicembre 2009. Con detto accordo, lo Stato si impegnava - al netto di eventuali rideterminazioni derivanti dal conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica - ad assicurare 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 e 106.934 milioni di euro per l'anno 2011, un incremento del 2,8% per l'anno 2012. Tra gli obiettivi del Patto si dà ampio spazio alla programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria (elevando lo stanziamento dai precedenti 23 miliardi di euro, a 24 miliardi di euro, oltre alla possibilità di utilizzare anche le risorse FAS di competenza regionale). Tra le altre cose, si delineano settori strategici³⁸ da riorganizzare allo scopo di qualificare i servizi sanitari regionali e di garantire un maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, con un contestuale maggior controllo della spesa.

Nel Patto per la salute 2010-2012 vengono inoltre confermate le funzioni del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza³⁹, oltre all'istituzione della Struttura di monitoraggio paritetica.

2. Patto per la salute 2007-2009: Intesa, ai sensi dell'art. 8, co. 6, l. n. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente un nuovo Patto sulla salute.

³⁸ I settori in questione sono: riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera; assistenza farmaceutica; governo del personale; qualificazione dell'assistenza specialistica; meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato; accordi sulla mobilità interregionale; assistenza territoriale e post acuta; potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili; rilancio delle attività di prevenzione.

³⁹ Con riferimento al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Patto per la salute prevede di aggiornare il sistema di indicatori di garanzia nonché di utilizzare, nella fase intermedia, il set di indicatori già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, e di monitorare l'andamento degli stessi LEA in relazione alla definizione dei costi *standard* in attuazione del federalismo fiscale.

3. Patto per la salute 2005-2007: Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 1, co. 173, l. n. 311/2004.
4. Patto per la salute 2002-2004 e adeguamento accordo del 2001: Accordo tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dell'8 agosto 2001 recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 e il 22 marzo 2001 in materia sanitaria.

Per il 2017 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato è stato determinato in 113 miliardi di euro (art. 1, co. 392, l. n. 232/2016). Tale importo è stato rettificato in diminuzione di 423 milioni di euro, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze⁴⁰ del 5 giugno 2017 (ai sensi dell'art. 1, co. 394, della citata legge); pertanto, a seguito delle rideterminazioni, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è fissato in complessivi 112,557 miliardi di euro. Detto importo è comprensivo di 325 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

Escludendo la quota di finanziamento destinata all'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi, il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2017 ammonta a 111.752 milioni di euro ed è articolato nelle seguenti componenti di finanziamento: 108.948,7 milioni di euro destinati al finanziamento indistinto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), inclusa la quota destinata alla fibrosi cistica⁴¹, 1.868,9 milioni di euro vincolati per specifiche attività⁴², 652,9 milioni euro destinati al finanziamento delle attività di altri Enti⁴³ e 281,4

⁴⁰ Il decreto è stato emanato di concerto con il Ministro della salute.

⁴¹ Il finanziamento indistinto dei Livelli Essenziali di Assistenza è comprensivo di: a) 494 milioni di euro finalizzati da specifiche norme di legge a diverse finalità (50 milioni di euro per la cura della dipendenza del gioco d'azzardo, 69 milioni di euro finalizzati al rinnovo delle convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale, 200 milioni di euro finalizzati al finanziamento dei maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale conseguenti alla regolarizzazione dei cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona e alle famiglie, 100 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini e 75 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale); b) 240,5 milioni di euro assegnati per la mobilità sanitaria (191,8 milioni di euro per l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e 48,6 milioni di euro per l'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta).

⁴² Il finanziamento è vincolato alle seguenti attività: a) 1.500 milioni di euro per l'attuazione di specifici obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale; b) 40 milioni di euro per la medicina veterinaria; c) 38,7 milioni di euro per borse di studio triennali per i medici di medicina generale; d) 30,1 milioni di euro a favore del Fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario; e) 31 milioni di euro per l'assistenza a extracomunitari irregolari; f) 6,7 milioni di euro per attività di medicina penitenziaria, che saranno trasferite dal Ministero della giustizia; g) 165,4 milioni di euro accantonati per il finanziamento della medicina penitenziaria; h) 55 milioni di euro per il finanziamento degli oneri derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi del c. 7 dell'art. 3-ter, d.l. n. 211/2011; i) 2 milioni di euro per la revisione delle tariffe per prestazioni termali.

⁴³ Le risorse sono destinate al finanziamento delle seguenti attività e oneri di altri enti: a) 10 milioni di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004-2005 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; b) 3 milioni di euro per quota parte degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; c) 267 milioni di euro per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali; d) 146,4 milioni di euro per il concorso al finanziamento della Croce Rossa Italiana; e) 2 milioni di euro per il finanziamento del Centro Nazionale Trapianti; f) 173 milioni di euro per concorso al finanziamento delle

accantonati per essere ripartiti con successivo decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze⁴⁴.

Con riferimento al 2018, invece, la delibera CIPE non è stata ancora emanata. Pertanto, ai fini dell'attività si esaminano i dati contenuti nella proposta di riparto delle disponibilità finanziarie inviata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri⁴⁵, sulla base del provvedimento del Ministero della Salute, alla Conferenza delle Regioni ai fini dell'approvazione e della eventuale intesta Stato-Regioni.

Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2018 è stato determinato, dall'art. 1, co. 392, l. n. 232/2016, in 114 miliardi di euro. Tale importo è stato rettificato in diminuzione di 604 milioni di euro, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze⁴⁶ del 5 giugno 2017 (ai sensi dell'art. 1, co. 394, della citata legge). La legge di bilancio 2018 (all'art. 1, co. 827, l. n. 205/2017) ha ulteriormente rideterminato in riduzione per 1.124,7 milioni di euro il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale⁴⁷; inoltre, nel corso del 2017 (l'art. 18-bis, d.l. n. 148/2017) e 2018 (art. 9, l. n. 4/2018) vengono previste nuove risorse, a decorrere dall'anno 2018, destinate ad incrementare il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale e sono rispettivamente 9,2 milioni di euro annui per la remunerazione delle farmacie rurali (ex l. n. 662/1996) e 64 mila euro per l'assistenza gratuita di tipo medicopsicologico in favore dei figli minorenni o maggiorenni economicamente non autosufficienti di vittime del reato di femminicidio⁴⁸. In definitiva, a seguito delle rideterminazioni, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato è fissato in complessivi 113,404 miliardi di euro, comprensivo di 223 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

Escludendo la quota di finanziamento destinata all'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi, il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2018 ammonta a 112.681 milioni di euro ed è articolato nelle seguenti componenti di

borse di studio agli specializzandi; g) 2,5 milioni di euro per il pagamento delle rate di mutui contratti con la Cassa Depositi e Prestiti; h) 50 milioni di euro per la formazione dei medici specialisti (art. 1, c. 424, l. n. 147/2013).

⁴⁴ Le risorse accantonate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 saranno ripartite sulla bozza dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 184/CSR).

⁴⁵ Il provvedimento è stato inviato in data 26 luglio 2018 (prot. DAR 0010071 P-4.37.2.10 del 26/07/2018) e contiene i provvedimenti emanati dal Ministero della Salute finalizzati al riparto del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2018, ai fini dell'inserimento dell'ordine del giorno nella seduta della Conferenza Stato-Regioni.

⁴⁶ Il decreto è stato emanato di concerto con il Ministro della salute.

⁴⁷ La riduzione opera a decorrere dal 2018 per la componente del finanziamento della Regione Friuli-Venezia Giulia relativa al superamento degli OPG di cui all'art. 3-ter, co. 7, d.l. n. 211/2011.

⁴⁸ A tal proposito si specifica che l'incremento di 64 mila euro, dovendo decorrere dalla data di entrata in vigore della disposizione normativa che lo riguarda (16 febbraio 2018), deve per l'anno 2018 essere riproporzionato in 56 mila di euro.

finanziamento: 109.876,8 milioni di euro destinati al finanziamento indistinto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), inclusa la quota destinata alla fibrosi cistica⁴⁹, 1.867,9 milioni di euro vincolati per specifiche attività⁵⁰, 652,9 milioni euro destinati al finanziamento delle attività di altri enti⁵¹ e 283,5 accantonati per essere ripartiti con successivo decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze⁵².

Focus n. 3 – Finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per il triennio 2019-2021

La Legge 30 dicembre 2018, n. 145, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021 (G.U. - S.O. n. 62 del 31 dicembre 2018), ha previsto (al comma 514) un incremento delle risorse da destinare al fabbisogno sanitario di 4,5 miliardi nei prossimi tre anni: 114,4 miliardi di euro per il 2019 (+1 miliardi rispetto al 2018⁵³), 116,4 miliardi di euro per il 2020 (+2 miliardi rispetto al 2019) e 117,9 miliardi per il 2021 (+1,5 miliardi rispetto al 2020) (cfr. Cap. 2). Per gli anni 2020 e 2021, l'accesso delle Regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto al valore stabilito per l'anno 2019 è subordinato alla stipula, entro il 31 marzo 2019, dell'Intesa Stato-Regioni per il Patto per la salute 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi⁵⁴ (comma 515).

⁴⁹ Il finanziamento indistinto dei Livelli Essenziali di Assistenza è comprensivo di: a) 494 milioni di euro finalizzati da specifiche norme di legge a diverse finalità (50 milioni di euro per la cura della dipendenza del gioco d'azzardo, 69 milioni di euro finalizzati al rinnovo delle convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale, 200 milioni di euro finalizzate al finanziamento dei maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale conseguenti alla regolarizzazione dei cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona e alle famiglie, 100 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini e 75 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale); b) 240,5 milioni di euro assegnati per la mobilità sanitaria (191,8 milioni di euro per l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e 48,6 milioni di euro per l'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta).

⁵⁰ Il finanziamento è vincolato alle seguenti attività: a) 1.500 milioni di euro per l'attuazione di specifici obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale; b) 40 milioni di euro per la medicina veterinaria; c) 38,7 milioni di euro per borse di studio triennali per i medici di medicina generale; d) 30,1 milioni di euro a favore del Fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario; e) 31 milioni di euro per l'assistenza a extracomunitari irregolari; f) 6,7 milioni di euro per attività di medicina penitenziaria, che saranno trasferite dal Ministero della giustizia; g) 165,4 milioni di euro accantonati per il finanziamento della medicina penitenziaria; h) 55 milioni di euro per il finanziamento degli oneri derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi del comma 7 dell'art. 3-ter, d.l. n. 211/2011; i) 2 milioni di euro per la revisione delle tariffe per prestazioni termali.

⁵¹ Le risorse sono destinate al finanziamento delle seguenti attività e oneri di altri enti: a) 10 milioni di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004- 2005 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; b) 3 milioni di euro per quota parte degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; c) 267 milioni di euro per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali; d) 146,4 milioni di euro per il concorso al finanziamento della Croce Rossa Italiana; e) 2 milioni di euro per il finanziamento del Centro Nazionale Trapianti; f) 173 milioni di euro per concorso al finanziamento delle borse di studio agli specializzandi; g) 2,5 milioni di euro per il pagamento delle rate di mutui contratti con la Cassa Depositi e Prestiti; h) 50 milioni di euro per la formazione dei medici specialisti (art. 1, co. 424, l. n. 147/2013).

⁵² Le risorse accantonate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 saranno ripartite sulla bozza dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 184/CSR).

⁵³ L'incremento delle risorse da destinare al fabbisogno sanitario per l'anno 2019 è da calcolare considerando il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato rideterminato in 113,4 miliardi di euro. Detto importo è comprensivo del finanziamento di 223 milioni di euro del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e 500 milioni di euro del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

⁵⁴ Ai sensi del comma 615 della l. n. 145/2018 (c.d. legge di bilancio 2019), «Le misure di cui al comma 515 devono riguardare, in particolare: a) la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure; b) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa; c) la valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ivi comprendendo

I contenuti principali in tema di sanità nella legge di bilancio 2019, oltre alle risorse destinate al fabbisogno sanitario sopra indicato, sono:

- 350 milioni di euro per il triennio 2019-2021 (150 milioni per l'anno 2019 e 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021) per l'attivazione di interventi volti a ridurre, anche in osservanza delle indicazioni previste nel vigente piano nazionale di governo delle liste di attesa, i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (commi 510-511-512);
- 4 miliardi di euro in più per interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico: il fondo è elevato da 24 (già rideterminato dall'art. 2, co. 69, l. n. 191/2009) a 28 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le Regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio (comma 555);
- 10 milioni di euro a decorrere dal 2019 da destinare a borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione. Pertanto, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato (comma 514) è incrementato di tale importo a decorrere dall'anno 2019 (comma 518);
- risorse destinate all'aumento del numero dei contratti di formazione specialistica dei medici: l'autorizzazione di spesa è ulteriormente incrementata di 22,5 milioni di euro per l'anno 2019, di 45 milioni di euro per l'anno 2020, di 68,4 milioni di euro per l'anno 2021, di 91,8 milioni di euro per l'anno 2022 e di 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023 (comma 521). Inoltre, i medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso sono ammessi ai concorsi per la dirigenza sanitaria (commi 547-548);
- 10 milioni per l'anno 2019 per il miglioramento dell'efficacia degli interventi di cura e delle relative procedure, anche alla luce degli sviluppi e dei progressi della ricerca scientifica applicata con specifico riguardo alla prevenzione e alla terapia delle malattie tumorali e del diabete: è autorizzata per l'anno 2019 la spesa di 5 milioni di euro da destinare agli istituti di ricovero e cura di carattere scientifico (IRCCS) della Rete oncologica impegnati nello sviluppo delle nuove tecnologie antitumorali CAR-T e di 5 milioni di euro da destinare agli IRCCS della Rete cardiovascolare impegnati nei programmi di prevenzione primaria cardiovascolare (comma 523);

l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale; d) l'implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale che consentano di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del Sistema tessera sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico; e) la promozione della ricerca in ambito sanitario; f) il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili, anche aggiornando quanto previsto dall'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135; g) la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico».

- 25 milioni di euro in tre anni consentire la prosecuzione delle attività di ricerca, di assistenza e di cura dei malati oncologici, mediante l'erogazione della terapia innovativa salvavita denominata «adroterapia»: 5 milioni di euro per il 2019 e 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 a favore del Centro nazionale di adroterapia oncologica - Cnao (comma 559).

3.2.1 Composizione delle risorse destinate al fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale

Il finanziamento del SSN è stato disegnato dal d.lgs. n. 56/2000 che ha previsto un sistema di finanziamento del SSN basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative, stabilendo che al finanziamento del SSN concorrono l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e la compartecipazione all'IVA.

Il fabbisogno sanitario nazionale è finanziato dalle seguenti fonti:

- 1) Entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale⁵⁵, in un importo definito e cristallizzato in seguito all'intesa siglata fra lo Stato e le Regioni;
- 2) Fiscalità generale delle Regioni⁵⁶: imposta regionale sulle attività produttive (Irap⁵⁷), nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità, e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (Irpef⁵⁸);

⁵⁵ Sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della Regione e al di fuori della Regione di appartenenza e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. Sono ricompresi in tale voce i *ticket* introitati dalle aziende sanitarie.

⁵⁶ Le risorse per la fiscalità generale sono individuate sulla base dei dati stimati dal Dipartimento delle finanze e rideterminati a seguito delle note di variazione al bilancio. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni. Le risorse relative alla fiscalità generale, che transitano nei conti di Tesoreria, sono erogate alle Regioni ogni mese integralmente (art. 77-quater, d.l. n. 112/2008).

⁵⁷ L'imposta regionale sulle attività produttive (Irap) è un'imposta a carattere reale, istituita e disciplinata dal d.lgs. n. 446/1997; la quasi totalità del gettito ottenuto è attribuito alle Regioni con l'obiettivo di concorrere al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Il presupposto d'imposta è l'esercizio abituale di una attività autonomamente organizzata, diretta alla produzione o allo scambio di beni ovvero alla prestazione di servizi. Soggetti passivi sono infatti le persone fisiche, le società e gli enti (privati e pubblici) che esercitano la suddetta attività. La base imponibile è il valore della produzione netta realizzato nel territorio di ciascuna Regione, che viene determinato secondo regole differenziate per tipi di attività e soggetti passivi.

L'aliquota ordinaria (inizialmente fissata al 4,25 per cento) ammonta al 3,9 per cento; sono previste aliquote diverse a seconda della tipologia di soggetto passivo. In particolare: a) ai soggetti che esercitano attività di imprese concessionarie diverse da quelle di costruzione e gestione di autostrade e trafori, si applica l'aliquota del 4,20 per cento; b) a banche, enti e società finanziari si applica l'aliquota del 4,65 per cento; c) alle imprese di assicurazioni si applica l'aliquota del 5,90 per cento; d) ai soggetti che operano nel settore agricolo e per le cooperative della piccola pesca e loro consorzi si applica un'aliquota stabilita nella misura dell'1,9%; e) nei confronti delle pubbliche amministrazioni, relativamente al valore prodotto nell'esercizio di attività non commerciali, si applica l'aliquota dell'8,5 per cento (il tributo è dichiarato e riscosso con le stesse modalità dell'Irpef e affluisce direttamente alle Regioni).

Ai sensi dell'art. 5, d.lgs. n. 68/2011, le Regioni hanno facoltà di ridurre le predette misure base fino all'azzeramento, nonché incrementare le stesse fino ad un massimo di 0,92 punti percentuali, per effetto dell'art. 16, co. 3, d.lgs. n. 446/1997. La variazione può essere differenziata per settori di attività e per categorie di soggetti passivi.

⁵⁸ L'addizionale regionale all'Irpef, istituita dell'art. 50 del d.lgs. n. 446/1998, dispone che tale tributo è determinato applicando l'aliquota, definita a livello regionale in cui il contribuente ha la residenza, al reddito complessivo determinato ai fini Irpef, al netto di eventuali oneri deducibili. L'aliquota di base dell'addizionale Irpef per l'anno 2012 è stata determinata in 1,23%. Ciascuna Regione e Provincia autonoma, con propria legge da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale non oltre il 31 dicembre dell'anno precedente a quello in cui l'addizionale si riferisce, può maggiorare l'aliquota di base entro i limiti fissati dalla legge statale.

- 3) Partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;
- 4) Partecipazione dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (IVA), destinata alle Regioni a statuto ordinario, e le accise sui carburanti;
- 5) Fondo sanitario nazionale che evidenzia una quota destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi.

Con riferimento alla fiscalità generale (Irap e addizionale Irpef) si evidenzia che le risorse considerate ai fini del finanziamento del Fondo sanitario nazionale sono stimate dal Dipartimento delle finanze (e rideterminate a seguito delle note di variazione al bilancio) nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali⁵⁹. Considerato che i valori di gettito dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef per l'anno di riferimento rappresentano valori stimati, ciascuna Regione potrà effettivamente introitare importi inferiori o superiori rispetto a quelli previsti. Al fine di garantire l'integrale copertura del proprio fabbisogno sanitario indistinto, è stata prevista l'istituzione del fondo di garanzia, cioè del meccanismo di recupero da applicare alle singole Regioni (art. 13 del d.lgs. n. 56/2000 e art. 1, l. n. 266/2005 per le regioni a statuto ordinario e art. 39, d.lgs. n. 446/1997 per la Sicilia). Pertanto, qualora i gettiti effettivi risultino minori dei gettiti stimati, alle Regioni viene erogata la differenza a valere sul fondo di garanzia; viceversa, qualora i gettiti effettivi risultino maggiori, lo Stato procede al recupero del maggior gettito. Dette regolazioni avvengono nel secondo anno successivo a quello di riferimento: infatti, il Dipartimento delle finanze, sulla base degli acconti e dei conguagli versati, determina in via definitiva il valore del gettito effettivo per ciascuna Regione.

Per quanto concerne le Autonomie speciali, si evidenzia che le stesse (Regione Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 34, co. 3 della l. n. 724/1994, la Regione Friuli-Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 1, co. 144 della l. n. 662/1996, e la Regione Sardegna, ai sensi dell'art. 1, co. 836 della l. n. 296/2006) provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato, ad esclusione della Regione siciliana la cui aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (art. 1, co. 830, l. n. 296/2006). Inoltre, ai sensi dell'art. 27, co. 1, l. n. 42/2009 le Autonomie speciali *«concorrono al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà ed all'esercizio dei diritti e doveri da essi derivanti, nonché al patto di stabilità interno e all'assolvimento degli obblighi posti dall'ordinamento comunitario, secondo criteri e modalità stabiliti da norme di attuazione dei rispettivi statuti, da definire, con le procedure previste dagli*

La disciplina normativa dell'addizionale regionale è stata integrata dal d.lgs. n. 68/2011 (disposizioni sul federalismo fiscale provinciale e regionale) che all'art. 6 prescrive, solo per le Regioni ordinarie, la possibilità di aumentare o diminuire l'aliquote base. Inoltre, la disposizione fissa il limite massimo entro il quale le Regioni ordinarie possono aumentare l'aliquote base: 1,1% per l'anno 2014 e 2,1% a decorrere dal 2015.

⁵⁹ Non si tiene conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni.

statuti medesimi, e secondo il principio del graduale superamento del criterio della spesa storica di cui all'articolo 2, comma 2, lettera m)».

Sulla base della ripartizione del finanziamento sanitario nazionale per il 2017, le fonti di finanziamento indistinto dei LEA (ante-mobilità) sono rappresentate per l'87% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) ed indiretta (Iva e accise - d.lgs. n. 56/2000⁶⁰), per l'1,82% dai ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie, per l'8,5% dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome ed, infine, per il 2,69% dalla voce relativa al Fondo sanitario nazionale. La quota principale che finanzia il FSN è costituita dall'imposizione fiscale indiretta che rappresenta nel 2017 il 60,1% del totale, mentre la componente fiscale diretta costituisce il 26,9% (l'Irap il 18,6% e l'addizionale Irpef l'8,4%).

L'incidenza descritta per il 2017 delle principali voci sul fabbisogno sanitario relativo al finanziamento indistinto dei LEA la si riscontra, seppur con qualche lieve variazione, anche per i precedenti esercizi⁶¹.

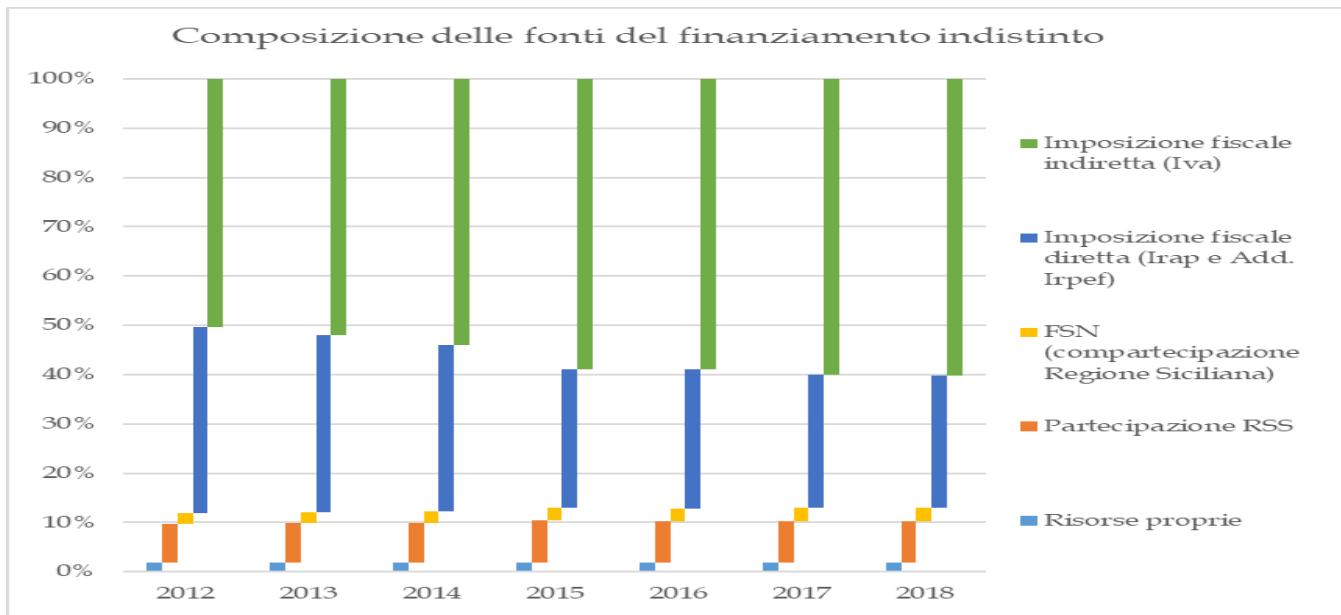
Per il 2018, invece, l'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) ed indiretta (Iva e accise - d.lgs. n. 56/2000) rappresenta l'86,9% del totale, i ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie rappresentano l'1,8%, la partecipazione delle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome l'8,46% e il Fondo sanitario nazionale il 2,76%. La quota principale che finanzia il FSN è costituita dall'imposizione fiscale indiretta che rappresenta nel 2017 il 60,1% del totale, mentre la componente fiscale diretta costituisce il 26,8% (l'Irap il 18,6% e l'addizionale Irpef l'8,2%).

⁶⁰ Il d.lgs. n. 56/2000 ha istituito il fondo perequativo nazionale alimentato dall'Iva che consente di finanziare le Regioni che hanno minori gettiti da Irap e Irpef attraverso il trasferimento di parte delle entrate generate dall'Iva.

⁶¹ Per il 2016, le fonti di finanziamento indistinto dei LEA (ante-mobilità) sono rappresentate per l'87,3% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) ed indiretta (Iva e accise - d.lgs. n. 56/2000), per l'1,83% dai ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie, dall'8,4% dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome e, infine, per il 2,49% dalla voce relativa al Fondo sanitario nazionale.

Per il 2015, le fonti di finanziamento indistinto dei LEA (ante-mobilità) sono rappresentate per l'87,1% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) ed indiretta (Iva e accise - d.lgs. n. 56/2000), per l'1,85% dai ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie, dall'8,49% dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome e, infine, per il 2,56% dalla voce relativa al Fondo sanitario nazionale.

Grafico 17 - FSN: incidenza delle principali voci sul fabbisogno sanitario complessivo



Fonte: Delibera CIPE (anni 2012-2017) e proposta di riparto del FSN 2018 del Ministero della Salute (anno 2018).

Esaminando per il periodo di riferimento la composizione delle fonti del finanziamento indistinto dei LEA, emerge una riduzione dell'incidenza degli introiti sul FSN totale derivanti dalla fiscalità generale (imposizione fiscale diretta ed indiretta) e delle risorse proprie a cui segue un incremento della partecipazione delle Regioni a statuto speciale⁶² e del Fondo sanitario nazionale. La riduzione dell'incidenza della fiscalità generale è da ascrivere all'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef), che evidenzia una contrazione di oltre 1 punto percentuale (da 88,2% del 2012 a 87% del 2017 e 2018), mentre l'imposizione fiscale indiretta evidenzia un incremento (da 50,29 del 2012 a 60,15% del 2018).

L'incidenza dei ricavi e delle entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie (c.d. risorse proprie) sul fabbisogno indistinto complessivo evidenzia un decremento (dall'1,9% del 2012 all'1,8% del 2018), anche se dette risorse risultano stabili in valore assoluto. Esaminando il contributo di tale voce per area geografica emerge che le Regioni del Nord rappresentano oltre il 47% del totale, mentre le Regioni del Centro e del Sud rispettivamente il 20% e il 22,8%. Nel 2018, le risorse proprie per le Regioni del Nord (2,03% del FSN destinato all'area del nord) raggiungono valori superiori alla media nazionale (1,82% del FSN totale) e al dato delle Regioni del Centro (1,8%), mentre quelle del Sud valori inferiori (1,59%)⁶³.

⁶² Si rileva una lievissima crescita della partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome (post manovra legge di stabilità 2013) che passa dal 7,86% del 2012 all'8,4% del 2016.

⁶³ Nel 2017 l'incidenza dei ricavi e delle entrate proprie è pari al 2,05% per il Nord, 1,80% per il Centro (quota vicina alla media nazionale, 1,82%), 1,59% per il Sud e 1,60% per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome. Nel 2016 l'incidenza dei ricavi e delle entrate proprie è pari al 2,05% per il Nord, 1,81% per il Centro (quota vicina alla media nazionale, 1,83%), 1,60% per il Sud e 1,61% per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome. Nel 2015 l'incidenza dei ricavi e delle entrate proprie è pari al 2,07% per il Nord, 1,83% per il Centro (quota vicina alla media nazionale, 1,85%), 1,62% per il Sud e 1,63% per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome. Nel 2014 l'incidenza dei ricavi e delle entrate proprie è pari al 2,1% per il Nord, 1,86% per il Centro (quota vicina alla media nazionale, 1,9%), 1,64% per il Sud e 1,65% per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome.

Tabella 21 – Fonti di finanziamento del FSN anni 2012-2018

Descrizione	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Risorse proprie	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157
Partecipazione RSS	8.277.118	8.253.570	8.516.160	9.084.696	9.085.491	9.258.026	9.314.085
F.do sanitario nazionale	2.201.745	2.235.168	2.393.592	2.745.304	2.696.376	2.928.245	3.029.901
Imposizione fiscale:	92.870.729	91.611.464	92.449.980	93.220.328	94.434.944	94.780.233	95.550.705
- IRAP	30.934.505	28.628.596	26.729.788	21.247.613	21.526.281	20.225.456	20.462.150
- Addizionale IRPEF	8.967.366	8.837.521	8.845.218	8.942.116	9.123.156	9.096.587	8.999.913
- D.Lgs. 56/200	52.968.858	54.145.347	56.874.974	63.030.599	63.785.506	65.458.190	66.088.642
FSN indistinto	105.331.750	104.082.360	105.341.889	107.032.486	108.198.968	108.948.661	109.876.849
Inc. % risorse proprie	1,88	1,90	1,88	1,85	1,83	1,82	1,80
Inc. % Partecip. RSS	7,86	7,93	8,08	8,49	8,40	8,50	8,48
Inc. % F.do san. naz.	2,09	2,15	2,27	2,56	2,49	2,69	2,76
Inc. % Imp. fiscale:	88,17	88,02	87,76	87,10	87,28	87,00	86,96
- IRAP	29,37	27,51	25,37	19,85	19,90	18,56	18,62
- Addizionale IRPEF	8,51	8,49	8,40	8,35	8,43	8,35	8,19
- D.Lgs. 56/200	50,29	52,02	53,99	58,89	58,95	60,08	60,15
Totale	100						

Fonte: Delibera CIPE per gli anni 2012-2017 e proposta di riparto del FSN 2018 del Ministero della Salute; migliaia di euro.

Le risorse generate dall'imposizione fiscale, per il periodo considerato, evidenziano, in valore assoluto, un *trend* di crescita, passando da 92.870 milioni di euro del 2012 a 95.550 milioni del 2018: in particolare, la componente fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) registra una tendenziale diminuzione⁶⁴ (sia in valore assoluto, sia in percentuale sul totale Fondo sanitario nazionale). Osservando i valori assoluti, si evidenzia un *trend* decrescente che genera nel 2018, rispetto al 2012, una riduzione di risorse di oltre 10 miliardi di euro (-26,16%), registrata in buona parte tra il 2012 e il 2015 (-9,7 miliardi nel 2015 rispetto al 2012)⁶⁵.

Con riferimento alla componente fiscale diretta, la riduzione maggiore viene evidenziata nelle risorse generate dall'Irap: nel periodo 2012-2018 la riduzione è pari a circa 10,5 miliardi di euro (-33,85%), mentre le risorse relative all'addizionale Irpef evidenziano un lieve incremento pari a +32,5 milioni (+0,36%). Le risorse generate dall'Irap si contraggono principalmente nel periodo 2012-2015 (-9,7 miliardi⁶⁶) e nel 2017 (-1,3 miliardi), mentre per il 2016 e 2018 si evidenzia un incremento (rispettivamente di 0,3 e 0,2 miliardi).

La riduzione della componente fiscale diretta è compensata dall'incremento dell'imposizione fiscale indiretta che cresce sia in termini assoluti (+13,1 miliardi) che in percentuale sul fabbisogno finanziario

⁶⁴ La componente fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef), che rappresenta nel 2017 e 2018 circa il 26,9% del finanziamento indistinto, evidenzia un *trend* decrescente: 37,8% nel 2012, 36% nel 2013, 33,8% nel 2014, 28,2% nel 2015 e 28,3% nel 2016.

⁶⁵ La componente fiscale diretta ammonta a 39,9 miliardi di euro nel 2012, 37,5 miliardi nel 2013 (-2,4 miliardi rispetto al 2012), 35,6 miliardi nel 2014 (-1,9 miliardi rispetto al 2013), 30,2 miliardi nel 2015 (-5,4 miliardi), 30,6 miliardi nel 2016 (+0,4 miliardi), 29,3 miliardi nel 2017 (-1,3 miliardi) e 29,5 miliardi nel 2018 (+0,1 miliardi).

⁶⁶ La riduzione principale viene riscontrata nel 2015 (-5,5 miliardi) e ciò è ascrivibile a due fattori: 1) il comma 20 dell'art. 1, l. n. 190/2014, introducendo il comma 4-*octies*, all'art. 11, d.lgs. n. 446/1997, prevede - a decorrere dal periodo d'imposta successivo al 31 dicembre 2014 - la deduzione integrale, agli effetti Irap, del costo complessivo sostenuto per il lavoro dipendente, a tempo indeterminato, eccedente l'ammontare delle deduzioni - analitiche o forfetarie - riferibili al costo medesimo e ammesse in deduzione ai sensi dei commi 1, lett. a), 1-bis, 4-bis.1 e 4-quater del medesimo art. 11; 2) il comma 21 dell'art. 1, l. n. 190/2014, introduce, a decorrere dal medesimo periodo d'imposta, anche un credito d'imposta da utilizzare esclusivamente in compensazione ai sensi dell'art. 17, d.lgs. n. 241/1997, in favore dei soggetti che determinano la base imponibile ai fini Irap ai sensi degli artt. 5, 5-bis, 6, 7, 8 e 9, d.lgs. n. 446/1997.

(passando da 50,3% del 2012 a 60,1% del 2017 e 2018)⁶⁷. L'incremento della componente fiscale indiretta è evidenziato per tutto il periodo considerato (2012-2018), seppur quasi il 77% dell'incremento (circa 10 miliardi) è stato registrato nel periodo 2012-2015. Nello specifico, l'incremento è dipeso principalmente dalle modifiche alle aliquote Iva: infatti, ai sensi dell'art. 40, co. 1-ter, d.l. n. 98/2011, a decorrere dal 1° ottobre 2013, l'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto del 21%⁶⁸ è rideterminata nella misura del 22%. Prima di esaminare le risorse generate dall'imposizione fiscale indiretta per ciascuna Regione o per area geografica, occorre rilevare che è istituita una compartecipazione delle Regioni a statuto ordinario all'Iva (art. 2, d.lgs. n. 56/2000). La compartecipazione regionale all'Iva per ciascun anno è fissata nella misura del 25,7% del gettito Iva complessivo realizzato nel penultimo anno precedente a quello preso in considerazione, al netto di quanto devoluto alle Regioni a statuto speciale e delle risorse UE. L'importo della compartecipazione regionale all'Iva è attribuito alle Regioni utilizzando come indicatore di base imponibile la media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat a livello regionale negli ultimi tre anni disponibili. Con d.P.C.M.⁶⁹ sono stabilite annualmente entro il 30 settembre di ciascun anno per il triennio successivo, per ciascuna Regione sulla base di specifici criteri⁷⁰: a) la quota di compartecipazione all'Iva; b) la quota di concorso alla solidarietà interregionale; c) la quota da assegnare a titolo di fondo perequativo nazionale⁷¹; d) le somme da erogare a ciascuna Regione da parte del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

Esaminando l'imposizione fiscale indiretta, l'incidenza risulta maggiore nelle aree del Sud, rispetto all'area centro-settentrionale, frutto dell'intervento del fondo perequativo nazionale alimentato dell'Iva. Osservando, invece, l'imposizione fiscale diretta nelle diverse ripartizioni geografiche si riscontrano marcate differenze: l'incidenza dell'imposizione fiscale diretta sul fabbisogno indistinto complessivo è più elevata per le aree Nord e Centro. Le ragioni attengono sostanzialmente alla maggiore capacità contributiva dell'area centro-settentrionale, rispetto al meridione. Per quanto concerne le Regioni a statuto speciale e le Province autonome i valori risultano leggermente inferiori alla media nazionale.

⁶⁷ Le risorse generate dall'integrazione a norma del d.lgs. n. 56/2000 risultano pari a 52.968 milioni del 2012 (50,3% del totale), 54.145 milioni del 2013 (52%), 56.875 milioni del 2014 (54%), 63.031 milioni nel 2015 (58,89%) e 63.785 milioni nel 2016 (58,95%).

⁶⁸ L'art. 2, co. 2-bis, d.l. n. 138/2011, modificando il comma 1, dell'art. 16, d.P.R. n. 633/1972, dispone che l'aliquota dell'imposta è stabilita nella misura del ventuno per cento della base imponibile dell'operazione.

⁶⁹ Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri è emesso su proposta del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Ministero della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

⁷⁰ I criteri sono individuati dall'art. 7, d.lgs. n. 56/2000.

⁷¹ L'obiettivo del fondo perequativo nazionale è quello di porre un argine al finanziamento fondato sulla spesa storica, stabilizzando il fabbisogno sanitario in funzione di parametri predeterminati e responsabilizzando le Regioni attraverso un più stretto legame tra le funzioni di spesa ed il relativo prelievo fiscale.

Tabella 22 – Fonti di finanziamento del FSN anno 2017

REGIONI	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Inc. % sul tot.
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	11.309.949	4.612.891	28.728.515	0	45.585.804	42,13
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	5.209.062	1.952.374	14.123.287	0	21.676.783	20,03
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.989.531	1.427.294	20.933.705	0	24.745.932	22,87
RSO	1.721.912	0	18.508.542	7.992.559	63.785.506	0	92.008.519	85,04
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.085.491	3.017.740	1.130.597	0	2.696.376	16.190.448	14,96
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.085.491	21.526.281	9.123.156	63.785.506	2.696.376	108.198.968	100
Area Nord ⁽¹⁾	2,05	0,00	24,81	10,12	63,02	0,00	100	-
Area Centro ⁽²⁾	1,81	0,00	24,03	9,01	65,15	0,00	100	-
Area Sud ⁽³⁾	1,60	0,00	8,04	5,77	84,59	0,00	100	-
RSO	1,87	0,00	20,12	8,69	69,33	0,00	100	-
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,61	56,12	18,64	6,98	0,00	16,65	100	-
Totale RSO+RSS	1,83	8,40	19,90	8,43	58,95	2,49	100	-

Fonte: Delibera CIPE riparto FSN 2017; migliaia di euro.

(1) Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna

(2) Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio

(3) Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria

(4) RSS e PA: Valle D'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna

Osservando la composizione delle risorse destinate al finanziamento del Fondo sanitario nazionale per il 2018 – si rammenta che tali importi non sono definitivi⁷² – non si riscontrano rilevanti andamenti diversi da quelli registrati nel 2017.

Tabella 23 – Fonti di finanziamento del FSN anno 2018

REGIONI	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Inc. % sul tot.
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	10.694.677	4.602.662	29.624.184	77.998	45.933.970	42,16
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	4.808.374	1.947.850	14.646.402	37.071	21.831.758	20,04
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.832.560	1.420.301	21.187.604	42.244	24.878.111	22,83
RSO	1.721.912	0	17.335.611	7.970.813	65.458.190	157.314	92.643.840	85,03
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.258.026	2.889.845	1.125.774	0	2.770.931	16.304.821	14,97
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.258.026	20.225.456	9.096.587	65.458.190	2.928.245	108.948.661	100
Area Nord ⁽¹⁾	2,03	0,00	23,28	10,02	64,49	0,17	100	-
Area Centro ⁽²⁾	1,80	0,00	22,02	8,92	67,09	0,17	100	-
Area Sud ⁽³⁾	1,59	0,00	7,37	5,71	85,17	0,17	100	-
RSO	1,86	0,00	18,71	8,60	70,66	0,17	100	-
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,60	56,78	17,72	6,90	0,00	16,99	100	-
Totale RSO+RSS	1,82	8,50	18,56	8,35	60,08	2,69	100	-

Fonte: Proposta di riparto del FSN 2018 del Ministero della Salute; migliaia di euro.

(1) Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna

(2) Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio

(3) Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria

(4) RSS e PA: Valle D'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna

⁷² Il riparto del FSN 2018 non è stato ancora approvato con Delibera CIPE. L'esame, pertanto, è stato condotto sulla proposta di riparto del Ministero della Salute.

3.2.2 Criteri di riparto del FSN

Inizialmente (fino a metà anni Ottanta), il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale avveniva sulla base del criterio della spesa storica⁷³. La necessità di individuare un adeguato fabbisogno sanitario ribaltò l'ottica del criterio di finanziamento: da un orientamento rivolto all'offerta (criterio della spesa storica), si passò ad un orientamento indirizzato alla domanda in cui il criterio di ripartizione era rappresentato dalla quota capitaria pesata. Di conseguenza, le risorse finanziarie correnti assegnate ad ogni Regione risultano proporzionali alla numerosità della propria popolazione, dopo averla corretta sulla base dei bisogni espressi⁷⁴. L'impostazione base, quindi, è quella di una popolazione regionale pesata (ovvero inferiore, uguale o superiore alla popolazione reale, in funzione dei criteri di pesatura adottati) che costituisce il *driver* da cui si ricavano le quote d'accesso al Fondo sanitario per le Regioni. Le difficoltà iniziali su un accordo condiviso sui pesi da adottare ha sancito l'abbandono di tale metodologia e l'adozione del criterio basato sulla quota capitaria secca: tale metodologia, adottata fino al 1996, determina il finanziamento in proporzione dei cittadini residenti. La legge finanziaria del 1997 (l. n. 662/1996), statuendo il ritorno alla quota capitaria pesata, definì anche gli elementi da considerare in sede di riparto fra Stato e Regioni. Infatti, ai fini della determinazione della quota capitaria, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, il CIPE - su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano - stabilisce (art. 1, co. 34) i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali⁷⁵. Con la nuova metodologia⁷⁶ si tentò di superare l'indeterminatezza del precedente sistema di riparto⁷⁷ e di individuare il bisogno sanitario come principio cardine nell'allocazione delle risorse al fine di perseguire l'obiettivo di colmare le disparità territoriali esistenti⁷⁸.

⁷³ Tale metodo applicava la stessa aliquota di ripartizione tra le Regioni utilizzate nei precedenti esercizi, corretta per i disavanzi manifestatesi - eventuali disavanzi venivano ripianati successivamente a carico dello Stato, mentre gli avanzi di gestione rimanevano a disposizione delle Regioni - senza tenere conto dell'attività svolta in termini di efficienza, efficacia ed economicità.

⁷⁴ In sostanza, l'obiettivo era quello di dare maggiore peso ai cittadini anziani, in quanto si assunse l'ipotesi che essi consumino maggiori risorse rispetto ai cittadini più giovani.

⁷⁵ Il sistema di riparto adopera, oltre alla popolazione residente, tre fattori di correzione del fabbisogno sanitario regionale: la struttura per età della popolazione (applicata su circa il 77% della spesa, in base a profili di consumo differenziati per classi d'età e tipologie di assistenza), la mortalità infantile e perinatale (applicata al 5% della spesa) e la densità della popolazione (applicata a meno dell'1% della spesa). La struttura per età della popolazione e la mortalità infantile e perinatale avevano l'obiettivo di considerare i differenziali di fabbisogno delle prestazioni sanitarie, mentre la densità della popolazione aveva l'obiettivo di considerare gli elementi legati al costo della fornitura delle prestazioni.

⁷⁶ Tale sistema di riparto trova applicazione a partire dal 1998 e fino al 2005. A partire dal 2006 vennero eliminati i fattori legati alla mortalità ed alla densità della popolazione, oltre che ridurre il ruolo della struttura d'età.

⁷⁷ Il precedente sistema di riparto era privo di riferimenti oggettivi.

⁷⁸ L'art. 51, l. n. 833/1978 prevede che il Fondo sanitario nazionale deve essere ripartito tra le Regioni <<tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di standards distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e standards devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni>>.

Le ultime innovazioni furono inserite nella legge delega in tema di federalismo fiscale (l. n. 42/2009) e nel decreto attuativo sui costi e fabbisogni *standard* (d.lgs. n. 216/2010). Infatti, la l. n. 42/2009 dispone, per il finanziamento dei livelli essenziali di prestazione (Lep), il superamento graduale del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno *standard* (art. 2, co. 2, lett. m), nonché il rispetto dei costi *standard* nella determinazione delle spese (art. 8, co.1, lett. b).

Alla luce delle ultime modifiche introdotte, il riparto del fabbisogno sanitario nazionale viene annualmente stabilito sulla base della popolazione residente, tenendo conto anche della distribuzione della medesima popolazione per classi di età e per sesso, in relazione alla diversa incidenza sui consumi sanitari di ciascun assistito⁷⁹.

Il d.lgs. n. 68/2011 ha introdotto rilevanti modifiche alla determinazione fabbisogno sanitario nazionale *standard* e alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali. Infatti, oltre a rafforzare lo schema previgente, il decreto citato ha previsto una proceduralizzazione del meccanismo di determinazione dei fabbisogni regionali e un meccanismo comparativo tra i servizi sanitari delle singole regioni⁸⁰.

Ai sensi dell'art. 27, co. 1, d.lgs. n. 68/2011, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa⁸¹ con la Conferenza Stato-Regioni⁸², determina annualmente i costi e i fabbisogni *standard* regionali⁸³. Pertanto, ai fini del riparto si considera il fabbisogno sanitario *standard* delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, che è determinato applicando a tutte le Regioni i valori di costo *standard* rilevati nelle Regioni di riferimento. Queste ultime sono le Regioni ritenute migliori in base a condizioni finanziarie (equilibrio di bilancio), sociali (rispetto erogazione dei LEA) e di qualità dei servizi erogati. I costi *standard*, calcolati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), sono dati dalla media *pro capite* pesata del costo registrato dalle Regioni di riferimento⁸⁴, le quali rappresentano idealmente l'erogazione in condizione di efficienza ed appropriatezza dei tre macrolivelli di assistenza.

⁷⁹ MEF-RGS, *Circolare Vademecum per le attività di controllo e vigilanza del Collegio sindacale negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2018*, pag. 65.

⁸⁰ L'obiettivo del meccanismo comparativo è quello di incentivare le migliori *performance*.

⁸¹ Ai sensi dell'art. 3, d.lgs. n. 281/1997.

⁸² Sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'art. 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

⁸³ Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute (art. 27, co. 2, d.lgs. n. 68/2011).

⁸⁴ Il livello della spesa delle tre macroaree delle Regioni di riferimento è computato: a) al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale; è depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree; c) depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali; d) depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica; e) applicato, per ciascuna Regione, alla relativa popolazione pesata regionale.

Con riferimento ai macrolivelli di assistenza⁸⁵ costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria: 5 per cento per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 51 per cento per l'assistenza distrettuale e 44 per cento per l'assistenza ospedaliera.

Tabella 24 – Percentuale di finanziamento della spesa sanitaria

Macro livello di assistenza	Sotto livello		Dati disponibili da NSIS	Criteri di riparto
Prevenzione	5%		No	Popolazione non pesata
Distrettuale	51%	Medicina di base	7%	Popolazione non pesata
		Farmaceutica	11,64% del fabbisogno indistinto	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Popolazione pesata ⁸⁶
		Territoriale	19,06%	Popolazione non pesata
Ospedaliera	44%		Si (Tessera sanitaria)	50% popolazione non pesata 50% popolazione pesata (v. nota sopra)

Fonte: Proposta di riparto del FSN 2018 del Ministero della Salute.

Il co. 5-bis, art. 27, d.lgs. n. 68/2011, dispone che – a decorrere dal 2016 - il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali e le

⁸⁵ Definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di individuazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre 2001.

⁸⁶ I pesi del 2011 suddivisi per fasce di età sono:

Livello di assistenza	Da 0 a 1 anno	Da 1 a 4	Da 5 a 14	Da 15 a 24	Da 25 a 44	Da 45 a 64	Da 65 a 74	Oltre 75
Specialistica	0,389	0,221	0,279	0,390	0,650	1,156	2,177	2,074
Ospedaliera	3,122	0,366	0,226	0,363	0,528	0,930	2,079	2,906

autonomie, indica⁸⁷ le cinque Regioni migliori⁸⁸ tra le quali la Conferenza Stato-Regioni individua⁸⁹ le tre Regioni di riferimento⁹⁰.

Ai fini del riparto del finanziamento indistinto, dopo aver calcolato il costo medio *standard*⁹¹ *pro capite* delle tre Regioni *benchmark* (Marche, Umbria e Veneto)⁹², rapportata alla popolazione pesata al 1° gennaio dell'anno precedente⁹³ – calcolata utilizzando i pesi del riparto del Fondo sanitario nazionale anno 2011 e anno 2015 – si provvede a moltiplicare lo stesso per la popolazione pesata di ciascuna Regione e Prov. aut., suddividendo i risultati per singoli macrolivelli di assistenza. Ai fini del riparto, infine, si tiene conto del fatto che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione di riferimento non può essere inferiore alla quota percentuale già assegnata alla stessa, in sede di riparto, l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione (art. 27, co. 10, d.lgs. n. 68/2011)⁹⁴.

Il procedimento descritto consente di determinare il fabbisogno sanitario *standard* regionale e di conseguenza la ripartizione del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni ordinarie.

A seguito del riparto del Fondo sanitario nazionale, ciascuna Regione adotta propri criteri per la suddivisione delle risorse regionali ai propri enti.

I criteri di riparto adottati da ciascuna realtà regionale risultano essere non omogenei e non facilmente classificabili in schemi standardizzati. Inoltre, a tale variabilità, si aggiunge la variabilità delle soluzioni

⁸⁷ L'indicazione deve essere effettuata entro il termine del 15 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

⁸⁸ Ai sensi del c.5, art. 27, d.lgs. n. 68/2011, le migliori cinque Regioni sono <<quelle che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a Piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una regione di piccola dimensione geografica>>.

Le Regioni sono individuate sulla base di n. 19 indicatori di efficienza, appropriatezza e qualità dei servizi erogati. Tali indicatori sono: 1. Punteggio della cosiddetta griglia per la valutazione dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; 2. Incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario; 3. degenza media pre-operatoria; 4. Percentuale di interventi per frattura del femore operati entro due giorni; 5. percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici; 6. percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri; 7. percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza; 8. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico; 9. percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici con età ≥ 65 anni; 10. scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa per prevenzione (lo *standard* è pari al 5% della spesa) sul totale della spesa; 11. scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa per assistenza territoriale (lo *standard* è pari al 51% della spesa) sul totale della spesa; 12. scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa ospedaliera (lo *standard* è pari al 44% della spesa) sul totale della spesa; 13. spesa *pro capite* per assistenza sanitaria di base; 14. spesa farmaceutica *pro capite*; 15. costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria; 16. costo medio per ricovero post acuto; 17. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica; 18. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Laboratorio; 19. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica.

⁸⁹ L'individuazione avviene entro il termine del 30 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

⁹⁰ Qualora non sia raggiunta l'intesa sulle tre Regioni entro il termine del 30 settembre dell'anno precedente, le stesse sono automaticamente individuate nelle prime tre.

⁹¹ La determinazione del costo medio *standard* rappresenta il costo a cui dovrebbero tendere tutte le Regioni. Esso è rappresentato dal costo medio registrato nelle tre Regioni di riferimento per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza sanitaria: prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera.

⁹² Per l'anno 2017 la Conferenza Stato-Regioni ha individuato (Intesa n. 16/CSR) quali Regioni *benchmark*: Marche (in quanto prima Regione della graduatoria), Umbria e Veneto. Per l'anno 2018 la Conferenza ha individuato (Intesa n. 111/CSR): Umbria (in quanto prima Regione della graduatoria), Marche e Veneto.

⁹³ Per il riparto del FSN anno 2017 si considera la popolazione pesata al 1/1/2016; mentre per il riparto del FSN 2018 si considera la popolazione pesata al 1/1/2017.

⁹⁴ Applicando l'algoritmo dei costi *standard* utilizzato per la determinazione del riparto con la popolazione all'1/1/2016 (utilizzata per il riparto 2017), la quota di accesso dell'Umbria (prima Regione) risulta essere pari all'1,50%. Ai fini del riparto 2018, analoga quota è quella determinata con la popolazione aggiornata all'1/1/2017.

adottate per la standardizzazione dei bisogni e quindi per il calcolo del fabbisogno sanitario di ciascun territorio.

Volendo delineare un criterio generale di ripartizione, le Regioni - attenendosi alle indicazioni stabilite dal d.lgs. n. 502/1992, che ha previsto la costituzione delle ASL e delle AO – distribuiscono le risorse come segue: le ASL sono generalmente finanziate a quota capitaria (eventualmente pesata in relazione all’età degli assistiti), al fine di garantire l’equità nell’accesso ai servizi a parità di bisogno e di tenere sotto controllo la spesa sanitaria; le AO, invece, sono di norma finanziate in funzione dell’attività effettivamente svolta, sulla base delle tariffe regionali di remunerazione delle prestazioni erogate, anche per favorire una maggiore efficienza operativa e il miglioramento nella qualità dei servizi.

La ripartizione alle Regioni del Fondo sanitario nazionale è riepilogata nella tabella che segue.

Tabella 25-FSN – Finanziamento Servizio Sanitario Nazionale – Periodo 2012-2018

Regioni e Prov. Aut.	2012 ⁽¹⁾	2013 ⁽²⁾	2014 ⁽³⁾	2015 ⁽⁴⁾	2016 ⁽⁵⁾	2017 ⁽⁶⁾	2018 ⁽⁷⁾	Var % 2018-2017	Var % 2017-2016	Var % 2017-2012
Piemonte	7.912	7.823	7.857	7.959	8.043	8.082	8.135	0,65	0,49	2,15
Lombardia	17.197	16.973	17.288	17.584	17.784	17.965	18.157	1,07	1,02	4,46
Veneto	8.536	8.477	8.538	8.676	8.773	8.836	8.913	0,87	0,71	3,50
Liguria	3.026	2.916	2.898	2.947	2.957	2.959	2.972	0,45	0,07	-2,21
Emilia-Romagna	7.836	7.746	7.823	7.938	8.029	8.093	8.164	0,88	0,80	3,28
Toscana	6.674	6.599	6.657	6.755	6.833	6.875	6.932	0,83	0,62	3,01
Umbria	1.609	1.587	1.588	1.612	1.627	1.634	1.644	0,66	0,41	1,54
Marche	2.764	2.744	2.736	2.778	2.804	2.816	2.832	0,55	0,44	1,89
Lazio	9.899	9.674	10.116	10.296	10.413	10.507	10.623	1,10	0,90	6,14
Abruzzo	2.363	2.333	2.330	2.365	2.389	2.402	2.418	0,65	0,54	1,63
Molise	570	558	553	561	566	568	571	0,45	0,42	-0,25
Campania	9.811	9.688	9.806	9.983	10.094	10.141	10.230	0,87	0,47	3,37
Puglia	6.975	6.943	6.990	7.109	7.196	7.240	7.296	0,77	0,60	3,79
Basilicata	1.023	1.011	1.002	1.021	1.027	1.031	1.036	0,42	0,43	0,80
Calabria	3.454	3.395	3.387	3.439	3.474	3.495	3.522	0,75	0,62	1,19
RSO	89.651	88.468	89.570	91.022	92.009	92.644	93.443	0,86	0,69	3,34
Valle d'Aosta	223	223	224	228	230	230	232	0,66	0,20	3,11
P.A. Bolzano	858	857	873	890	901	913	928	1,62	1,37	6,42
P.A. Trento	911	907	922	938	948	959	969	1,07	1,15	5,32
Friuli-Venezia Giulia	2.199	2.191	2.187	2.215	2.240	2.251	2.267	0,68	0,50	2,37
Sicilia	8.602	8.576	8.681	8.805	8.905	8.960	9.022	0,69	0,62	4,16
Sardegna	2.888	2.861	2.886	2.933	2.966	2.991	3.016	0,84	0,82	3,57
RSS	15.681	15.614	15.772	16.011	16.190	16.305	16.434	0,79	0,71	3,98
FIN. INDISTINTO LEA (ante mobilità)	105.332	104.082	105.342	107.032	108.199	108.949	109.877	0,85	0,69	3,43
Ris. destinazione vincolata	1.795	2.009	2.029	1.856	1.879	1.869	1.868	-0,06	-0,53	4,12
Ris. vincolate altri enti	574	592	633	653	653	653	653	0,00	0,00	13,76
Altre somme accantonate	260	0	0	274	278	281	284	0,73	1,42	8,25
Quote premiali (6)	0	321	1.924	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
TOT. FINNANZIAMENTO SSN	107.961	106.683	108.004	109.815	111.008	111.752	112.681	0,83	0,67	3,51

Fonte: delibere CIPE (anni 2012-2017) e Proposta di riparto del Ministero della Salute per l'anno 2018; migliaia di euro.

(1) Del. CIPE n. 141/2012, G.U. Serie generale n. 97 del 26-4-2013. (2) Del. CIPE n. 53/2014, G.U. Serie generale n. 76 del 1-4-2015. (3) Del. CIPE n. 52/2015, G.U. Serie generale n. 191 del 19-8-2015.

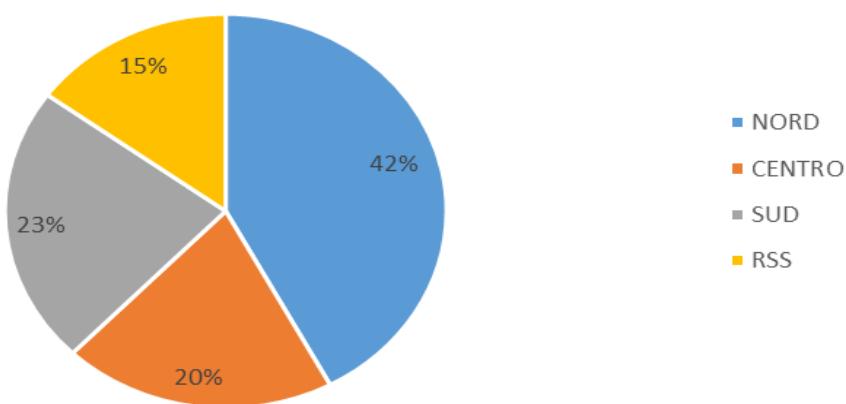
(4) Del. CIPE n. 27/2017, G.U. Serie generale n. 135 del 13-6-2017. (5) Del. CIPE n. 34/2017, G.U. Serie generale n. 135 del 13-6-2017. (6). Del. CIPE n. 117/2017, G.U. Serie generale n. 70 del 24-3-2018.

(7) Proposta di riparto del Ministero della Salute inviata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri del 26/7/2018 alla Conferenza Stato-Regioni.

Le risorse finanziarie destinate alla sanità si concentrano prevalentemente nelle Regioni del Nord (42% del totale), mentre le Regioni del Centro rappresentano il 20%, quelle del Sud il 23% e le Regioni a Statuto Speciale il 15%⁹⁵.

Grafico 18 – Riparto disponibilità finanziarie per area geografica anno 2017

FSN 2017 - Riparto disponibilità finanziarie per il SSN
(Finanziamento indistinto LEA ante mobilità)



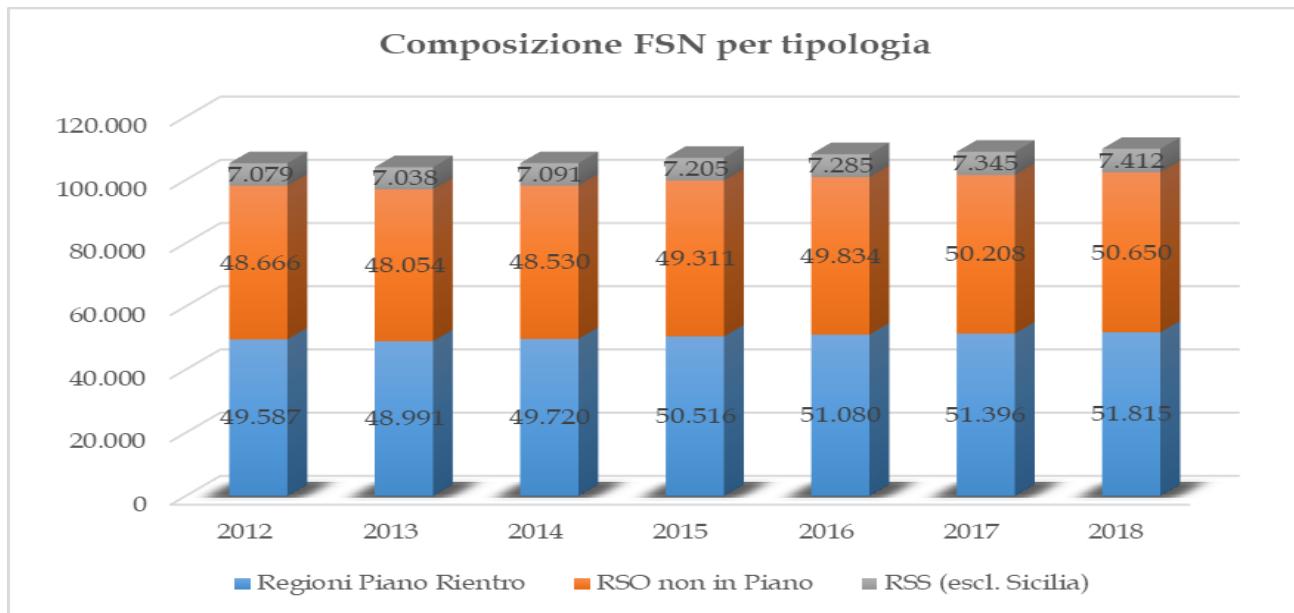
Fonte: Delibera n. 117/2017 del Comitato interministeriale per la programmazione economica per il riparto del FSN anno 2017.

Le Regioni in piano di rientro⁹⁶ acquisiscono risorse del FSN per oltre il 47% del totale, mentre le Regioni non in piano di rientro assorbono il 46% e le Regioni ad autonomia speciale (escluso la Sicilia, che rientra nella prima categoria) il 6,7%.

⁹⁵ La medesima composizione viene evidenziata per tutti gli anni dal 2012 al 2016.

⁹⁶ Le Regioni in piano di rientro sono: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia.

Grafico 19 – Riparto disponibilità finanziarie del FSN anni 2012-2018



Fonte: delibere del Comitato interministeriale per la programmazione economica per il riparto del FSN anni 2012-2017 e Proposta di riparto inviata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, su indicazione del Ministero della Salute, per l’anno 2018.

Un primo, seppur rudimentale, indice di efficienza ed efficacia del sistema sanitario regionale può essere costruito esaminando la correlazione tra le risorse impiegate (in prima battuta quelle individuate dal FSN) e il raggiungimento degli obiettivi nell’erogazione dei LEA (cfr. par. 4.2.1). In linea generale, quasi tutte le Regioni sottoposte a verifica di adempimento⁹⁷, risultano essere nel 2017 adempienti⁹⁸, ad esclusione della Campania e della Calabria. Tale indicatore di qualità può, almeno in prima analisi, portare a ritenere che le Regioni stanno tendendo verso un miglioramento del sistema, giacché rispetto agli esercizi precedenti le Regioni inadempienti sono diminuite⁹⁹.

Occorre inoltre considerare che, da un punto di vista economico, non tutti i sistemi sanitari regionali risultano in equilibrio¹⁰⁰. L’erogazione dei servizi sanitari non viene finanziata con le sole risorse del Fondo sanitario nazionale, ma molto spesso le Regioni destinano parte delle proprie entrate alla copertura di tali servizi. Al fine di costruire un indice che tenga conto di tutte le variabili, l’esame dovrebbe tenere conto anche dei disavanzi generati dal sistema sanitario regionale e delle risorse complessive¹⁰¹ adoperate per finanziare l’erogazione dei LEA¹⁰². I disavanzi regionali evidenziano una

⁹⁷ Le Autonomie speciali, ad eccezione della Sicilia, non sono sottoposte a verifica di adempimento.

⁹⁸ Con la denominazione “Adempiente” si identifica il punteggio complessivo \geq a 160 o compreso tra 140 e 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione < 3). Viceversa, con la denominazione “Inadempiente” si identifica un punteggio complessivo < 140 o compreso tra 140 e 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione < 3).

⁹⁹ Nel 2015 le Regioni inadempienti erano n. 5: Puglia, Molise, Sicilia, Campania e Calabria (v. par. 4.2.1).

¹⁰⁰ In particolare, le Regioni in piano di rientro.

¹⁰¹ Si dovrebbe, pertanto, considerare anche la voce AA0080 – Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA.

¹⁰² Tale indice potrebbe risentire di modalità di contabilizzazioni differenti da Regione a Regione, in quanto le risorse aggiuntive per finanziare i disavanzi LEA (AA0080) potrebbero non essere rilevate come tali, ma contabilizzate come risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura Extra-LEA (AA090).

riduzione nel tempo, così come le risorse a titolo di copertura LEA, sintomo evidente dell'efficacia dell'azione di monitoraggio e di stimolo operata dai Tavoli.

In linea generale, si può ritenere che il sistema sanitario stia tendendo verso un miglioramento generale e ciò sia per la riduzione dei disavanzi, sia per il raggiungimento degli obiettivi nell'erogazione dei LEA¹⁰³, pur se permangono differenze a livello regionale nell'erogazione dei servizi.

3.2.3 Mobilità sanitaria interregionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza ai cittadini iscritti presso le aziende sanitarie locali della propria Regione di residenza. Una delle peculiarità del sistema italiano permette a ciascun cittadino il diritto di essere assistito anche in strutture sanitarie di Regioni diverse rispetto a quella di residenza: tale fenomeno viene descritto come mobilità sanitaria interregionale (di seguito semplicemente mobilità sanitaria regionale). La mobilità interregionale si differenzia dalla mobilità intra-regionale, che avviene tra strutture differenti della stessa Regione, e dalla mobilità transfrontaliera, relativa alle prestazioni erogate all'estero.

La mobilità sanitaria regionale si distingue in:

- mobilità attiva: identifica le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti nella Regione che eroga il servizio. Esprime, in termini di risultato, l'indice di attrazione di una Regione e, in termini economici, i crediti verso le altre Regioni;
- mobilità passiva: identifica le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza. Esprime, in termini di performance, il c.d. "indice di fuga", e, in termini economici, i debiti di ciascuna Regione.

La differenza tra crediti, conseguenza della mobilità attiva, e debiti, effetto della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale dell'anno successivo. Pertanto, se il saldo è positivo, la Regione si troverà maggiori risorse rispetto al riparto del Fondo sanitario c.d. indistinto (ante mobilità); viceversa, se il saldo è negativo, le risorse diminuiscono.

Dalla tabella che segue emerge che nel 2017, la mobilità sanitaria interregionale (differenza tra mobilità attiva - crediti - e mobilità passiva - debiti) è positiva per 8 Regioni e negativa per 13 Regioni e Province autonome. Le Regioni con maggiori capacità attrattive sono la Lombardia, l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Veneto.

La maggiore o minore attrattività dipende principalmente dalla maggiore qualità e quantità dei servizi sanitari erogati, oltre che da altri fattori che incidono in misura minore quali: l'andamento

¹⁰³ Il riferimento è all'incremento delle Regioni adempienti.

dell'economia, che porta ad un trasferimento della popolazione verso le Regioni più ricche, e la presenza di centri universitari di grande importanza. Con riferimento alla erogazione dei servizi, le Regioni con maggiore capacità attrattiva risultano essere nei primi posti nel punteggio complessivo assegnati per la valutazione dei LEA (cfr. par. 4.2.1).

Tabella 26 – Mobilità sanitaria interregionale anni 2012-2017

REGIONI	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ⁽¹⁾	Totale 2012-2017	Var % 2017-2016
Piemonte **	6.612	-7.508	-26.186	-57.231	-29.265	-61.900	-175.480	-111,52
Lombardia	463.515	555.183	533.960	584.902	538.426	626.611	3.302.597	16,38
Veneto	96.482	75.790	75.357	84.129	85.359	132.667	549.783	55,42
Liguria	-43.967	-56.743	-51.770	-39.793	-39.135	-34.736	-266.144	11,24
Emilia-Romagna	363.763	336.690	327.978	325.015	333.102	355.336	2.041.885	6,67
Toscana	133.609	132.294	151.214	148.442	135.028	154.187	854.775	14,19
Umbria	2.786	9.411	3.295	11.177	9.806	25.678	62.152	161,87
Marche	-22.472	-33.677	-46.146	-26.746	-29.871	-62.279	-221.191	-108,50
Lazio *	-118.979	-199.100	-201.575	-256.001	-198.262	-268.062	-1.241.979	-35,21
Abruzzo *	-116.407	-69.559	-70.715	-76.874	-72.151	-73.878	-479.585	-2,39
Molise *	36.360	30.109	25.722	25.152	27.861	21.327	166.532	-23,45
Campania *	-299.132	-310.810	-270.403	-252.933	-281.676	-276.903	-1.691.857	1,69
Puglia *	-171.737	-180.058	-187.265	-187.029	-184.464	-184.556	-1.095.109	-0,05
Basilicata	-19.140	-19.111	-38.796	-34.658	-31.519	-17.272	-160.496	45,20
Calabria *	-250.009	-251.654	-251.687	-274.688	-256.291	-293.528	-1.577.857	-14,53
RSO	61.283	11.257	-27.018	-27.137	6.948	42.691	68.024	514,47
Valle d'Aosta	-12.816	-10.752	-9.647	-5.467	-9.314	-7.172	-55.166	23,00
P.A. Bolzano	3.597	10.629	18.217	8.338	7.846	2.310	50.938	-70,55
P.A. Trento	-15.992	-15.488	-16.830	-20.740	-18.115	-7.719	-94.885	57,39
Friuli-Venezia Giulia	30.467	30.076	33.444	30.066	28.807	168	153.028	-99,42
Sicilia *	-203.844	-188.774	-161.682	-162.251	-179.279	-197.963	-1.093.792	-10,42
Sardegna	-64.796	-68.787	-70.564	-66.487	-66.281	-72.794	-409.708	-9,83
RSS	-263.383	-243.097	-207.061	-216.540	-236.336	-283.169	-1.449.585	-19,82
MOB. SAN. INTERREGIONALE	-202.100	-231.840	-234.079	-243.677	-229.388	-240.478	-1.381.561	-4,83
Osp. Bambin Gesù	165.859	192.720	194.527	206.355	192.322	191.849	1.143.632	-0,25
Asmom	36.241	39.120	39.552	37.322	37.066	48.628	237.929	31,19

Fonte: delibera CIPE sul FSN anni 2012-2017; migliaia di euro.

(1) Per l'anno 2017, la mobilità sanitaria interregionale tiene conto anche delle compensazioni definite nell'Accordo della Conferenza delle Regioni e delle P.A. del 29/09/2016.

* Regioni in piano di rientro

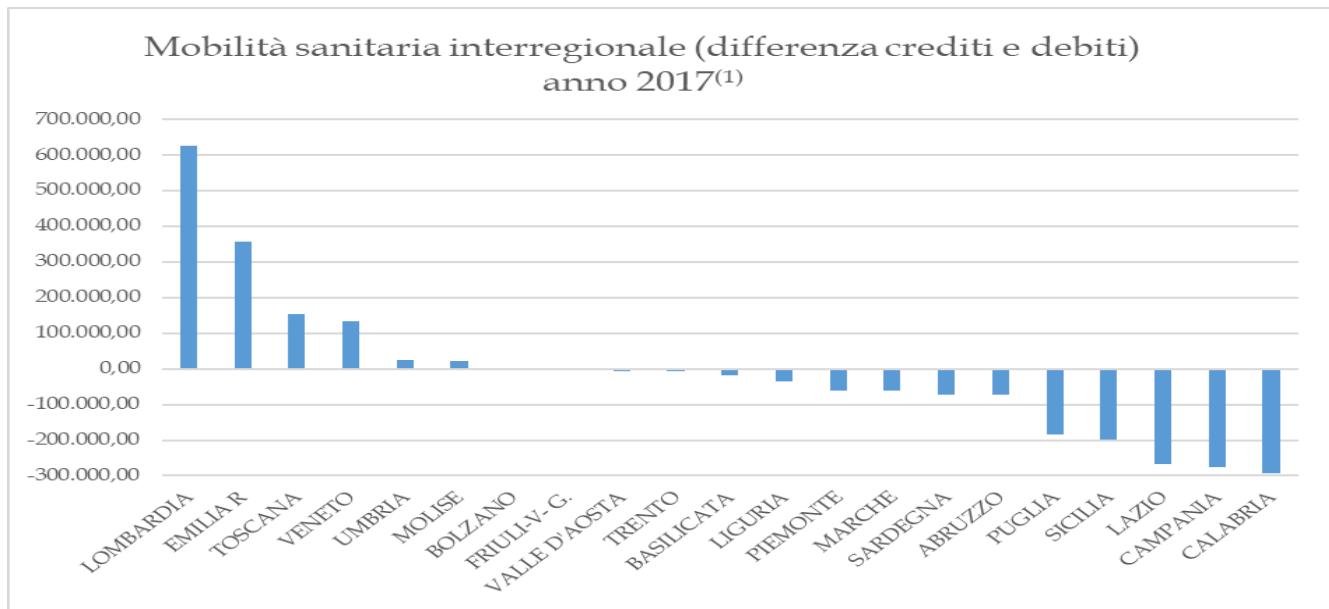
** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

In linea generale, i dati confermano la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord a cui corrisponde quella estremamente limitata, o quasi inesistente, delle Regioni del Centro-Sud. La tendenza riscontrata nel 2017 si replica, seppur con qualche lieve differenza¹⁰⁴, anche gli anni dal 2012 al 2016¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Nel 2017 l'ordine decrescente della mobilità interregionale è il seguente: Lombardia, Emilia R., Toscana, Veneto, Umbria, Molise, Prov. Aut. Bolzano e Friuli-Venezia Giulia; in precedenza, ovvero dal 2015 al 2016, l'ordine era: Lombardia, Emilia R., Toscana, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Umbria e Prov. Aut. Bolzano.

¹⁰⁵ Ad esclusione del 2012 in cui le Regioni con saldo positivo erano 9, dal 2013 le Regioni con saldo positivo per il quinquennio 2013-2017 sono 8: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Molise, Prov. Aut. Bolzano e Friuli-Venezia Giulia.

Grafico 20 – Mobilità sanitaria interregionale anno 2017



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati delibera CIPE sul FSN anno 2017; euro.

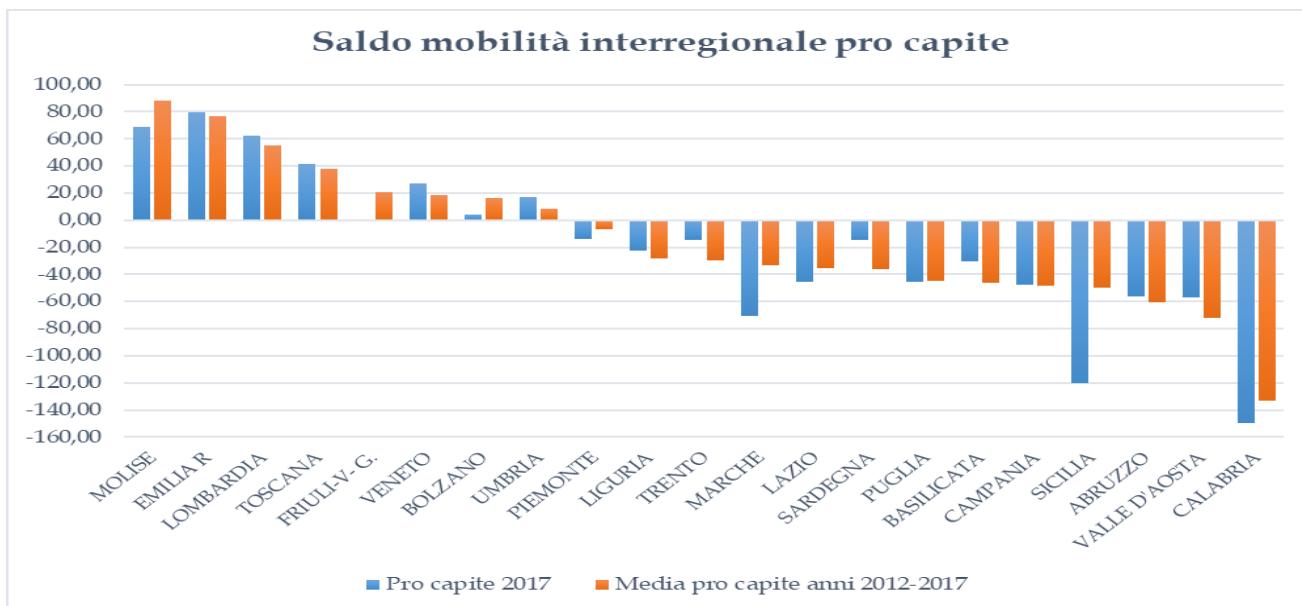
(1) Per l'anno 2017, la mobilità sanitaria interregionale tiene conto anche delle compensazioni definite nell'Accordo della Conferenza delle Regioni e delle P.A. del 29/09/2016.

Il “saldo *pro capite* di mobilità sanitaria (vedi grafico seguente)”¹⁰⁶ evidenzia un ordinamento differente, documentando che - al di là del valore economico - emergono due dati estremi: il podio del Molise e l’ultima posizione della Calabria, dove ciascun cittadino residente ha un saldo *pro capite* negativo pari a 150 euro.

Risulta di particolare interesse le informazioni fornite dall’indice “media *pro capite* mobilità per gli anni 2012-2017”. Tale indice, infatti, neutralizza quei fattori straordinari che potrebbero influenzare l’andamento della mobilità per un singolo esercizio. Sebbene non si registrino notevoli stravolgimenti per quasi tutte le Regioni, come evidenziato nel grafico sottostante, vi sono rilevanti mutamenti per quanto concerne il Friuli-Venezia Giulia (nel 2017 il *pro capite* è pari a 0,14 euro e la media *pro capite* del 2012-2017 è pari a 20,79 euro), la P. A. di Bolzano (nel 2017 il *pro capite* è pari a 4,38 euro e la media *pro capite* 2012-2017 è pari a 16,4 euro) e la Sicilia (nel 2017 il *pro capite* è pari a -120,11 euro e la media *pro capite* 2012-2017 è pari a 60,30 euro).

¹⁰⁶ Il saldo della mobilità sanitaria interregionale “aggiustata” per popolazione residente.

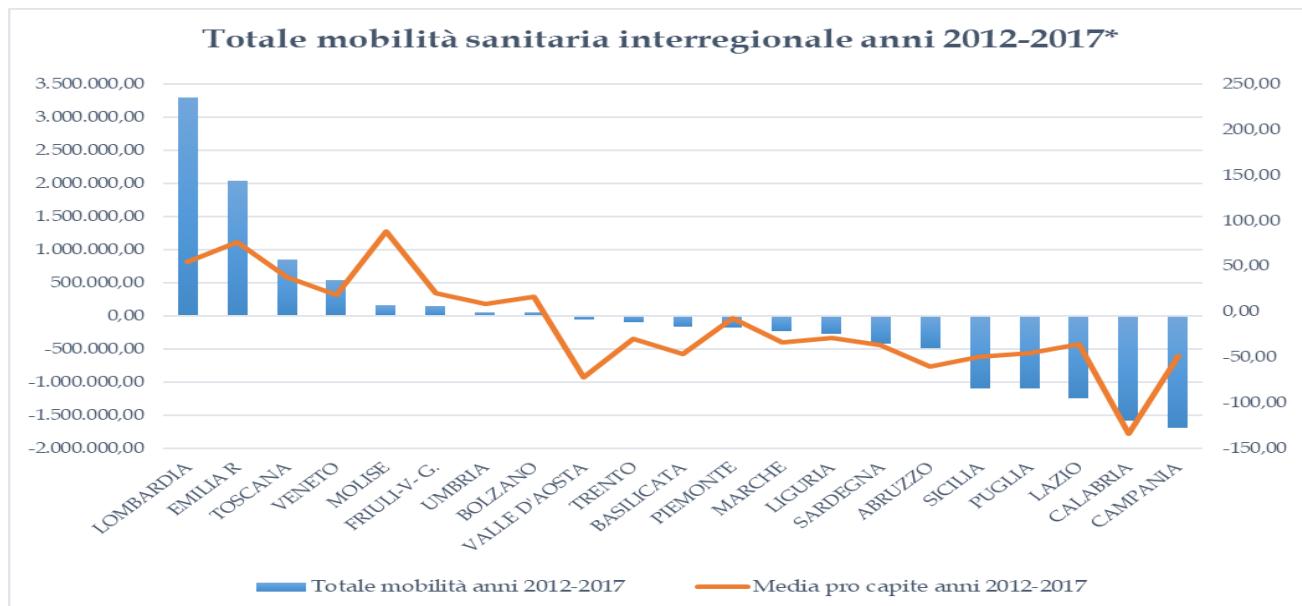
Grafico 21 – Mobilità sanitaria interregionale *pro capite* anno 2017 e media *pro capite* anni 2012-2017



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati delibera CIPE sul FSN anno 2017; euro.

Osservando la somma complessiva della mobilità sanitaria interregionale per gli anni 2012-2017 viene confermata la maggiore attrattività delle Regioni del Nord contro quella limitata delle Regioni del Centro-Sud.

Grafico 22 – Totale mobilità sanitaria interregionale anni 2012-2017

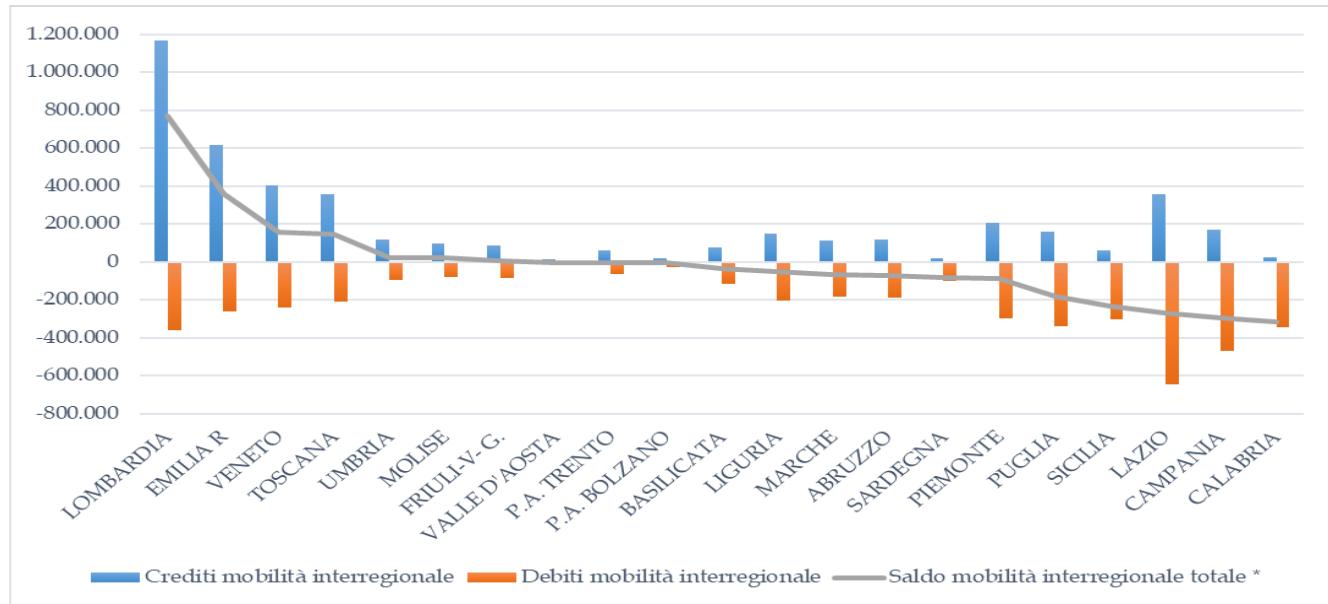


Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati delibera CIPE sul FSN anni 2012-2017; migliaia di euro.

* Per l'anno 2017, la mobilità sanitaria interregionale tiene conto anche delle compensazioni definite nell'Accordo della Conferenza delle Regioni e delle P.A. del 29/09/2016.

Con riferimento al 2018, sulla base della proposta di riparto inviata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri del 26 luglio 2018¹⁰⁷, il valore della mobilità sanitaria ammonta a 4.635 milioni di euro per le Regioni e Province autonome, oltre che per l’Ospedale pediatrico Bambin Gesù e per l’Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta¹⁰⁸.

Grafico 23 – Mobilità sanitaria interregionale anno 2018



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati delibera CIPE sul FSN anno 2017; euro.

* Il saldo della mobilità interregionale tiene conto dell’Accordo Conferenza Regioni e PA del 29/09/2016 (su conguaglio 2014 - abbattimento 50% saldo ricoveri privati 2014 vs 2013 rateizzato in 4 anni - Prima rata anno 2018) e dell’Accordo dei Presidenti di Regione del 15/02/2015 (sia sul conguaglio 2016 - abbattimento 60% saldo ricoveri privati 2016 vs 2015 - e sia sulle altre regolazioni relative all’anno 2015).

Il dato della mobilità attiva indica che le Regioni con maggiori capacità attrattive sono la Lombardia (26,6% del totale crediti per mobilità attiva) e l’Emilia-Romagna (14,1%), che insieme ricevono oltre il 40% della mobilità attiva; un ulteriore 30% viene attratto da Veneto (9,2%), Toscana (8,1%), Lazio (8,1%) e Piemonte (4,7%). Anche per il 2018 si conferma la forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord a cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

Le Regioni con maggiore indice di fuga sono: Lazio (che pur attraendo da altre Regioni ha 13,9% del totale debiti per mobilità passiva) e Campania (10,2%) che rappresentano quasi un quarto della mobilità passiva. Una quota del 35% del totale è costituita da 5 Regioni: Lombardia (7,7%), Calabria (7,5%), Puglia (7,4%), Sicilia (6,5%) e Piemonte (6,4%). I dati della mobilità passiva, a differenza di quella attiva,

¹⁰⁷ Va rilevato che tali importi non sono definitivi in quanto non sono stati approvati dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome e, di conseguenza, dal CIPE.

¹⁰⁸ Per l’ospedale Bambin Gesù si rileva una mobilità attiva di 195,4 milioni di euro e per l’ACISMOM 43,7 milioni di euro.

documentano delle differenze tra Nord e Sud meno marcate; infatti, oltre alle Regioni del Centro-Sud che evidenziano elevati indici di fuga, vi sono anche le principali Regioni del Nord¹⁰⁹.

Tenendo conto della mobilità sanitaria interregionale, il Fondo sanitario nazionale c.d. indistinto subisce delle variazioni: le risorse assegnate – comprensive della mobilità interregionale – sono riportate nella seguente tabella.

Tabella 27 – Fondo sanitario nazionale indistinto LEA post mobilità anni 2012-2017

REGIONI	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ¹	2018	Var % 17-16
Piemonte **	7.918.423	7.815.773	7.831.272	7.901.745	8.013.609	8.020.053	8.046.086	0,08
Lombardia	17.660.698	17.527.717	17.822.410	18.168.730	18.322.186	18.591.160	18.927.242	1,47
Veneto	8.632.887	8.552.844	8.612.963	8.760.617	8.858.539	8.968.241	9.071.634	1,24
Liguria	2.981.786	2.858.777	2.846.322	2.907.414	2.917.686	2.924.061	2.918.482	0,22
Emilia-Romagna	8.199.625	8.083.076	8.151.011	8.262.812	8.362.272	8.448.432	8.522.770	1,03
Toscana	6.808.067	6.731.330	6.808.192	6.903.399	6.967.654	7.029.271	7.077.985	0,88
Umbria	1.611.482	1.596.856	1.591.127	1.622.983	1.636.620	1.659.208	1.664.362	1,38
Marche	2.741.714	2.710.685	2.689.703	2.751.222	2.774.348	2.754.190	2.764.654	-0,73
Lazio *	9.780.278	9.474.604	9.914.128	10.039.814	10.214.862	10.238.614	10.351.844	0,23
Abruzzo *	2.247.025	2.263.833	2.259.593	2.287.996	2.316.808	2.328.037	2.346.268	0,48
Molise *	605.955	588.110	578.715	585.967	593.663	589.511	593.519	-0,70
Campania *	9.512.126	9.376.937	9.535.734	9.729.760	9.812.366	9.864.535	9.934.832	0,53
Puglia *	6.803.395	6.763.381	6.803.166	6.921.604	7.011.813	7.055.166	7.113.730	0,62
Basilicata	1.004.073	992.228	963.570	985.991	995.467	1.014.106	997.999	1,87
Calabria *	3.204.467	3.143.555	3.134.961	3.164.602	3.217.573	3.201.947	3.203.433	-0,49
RSO	89.712.000	88.479.705	89.542.866	90.994.656	92.015.467	92.686.531	93.534.842	0,73
Valle d'Aosta	210.665	212.260	214.670	222.640	220.652	223.261	227.547	1,18
P.A. Bolzano	861.483	867.442	890.762	898.755	908.494	915.268	922.631	0,75
P.A. Trento	894.628	891.755	904.954	917.698	929.966	951.309	962.873	2,29
Friuli-Venezia Giulia	1.995.471	2.220.652	2.220.372	2.245.102	2.269.061	2.251.627	2.271.708	-0,77
Sicilia *	8.537.146	8.386.973	8.518.824	8.643.074	8.725.782	8.762.176	8.787.427	0,42
Sardegna	2.624.408	2.791.734	2.815.363	2.866.885	2.900.158	2.918.012	2.933.795	0,62
RSS	15.123.801	15.370.815	15.564.943	15.794.153	15.954.112	16.021.652	16.105.981	0,42
FSN INDISTINTO LEA (post mobilità)	104.835.800	103.850.520	105.107.810	106.788.809	107.969.580	108.708.183	109.640.822	0,68

Fonte: Delibera CIPE sul FSN anni 2012-2017 e Proposta di riporto del Ministero della Salute; migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

¹⁰⁹ In generale, per le Regioni del Nord si evidenzia il fenomeno della c.d. mobilità di prossimità, ossia la preferenza dei cittadini a spostarsi tra le Regioni del Nord con qualità elevata dei servizi sanitari.

4 I RISULTATI DELLE GESTIONI SANITARIE: I MODELLI CE E LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

4.1 Premessa

Come già segnalato nella relazione con la quale si è riferito al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali per l'esercizio 2016, (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG), aspetto particolarmente delicato delle gestioni sanitarie resta quello del raccordo tra bilanci regionali, in contabilità finanziaria, e bilanci degli enti del SSR, in contabilità economica.

Tenendo poi in debita considerazione la competenza statale in materia di monitoraggio nell'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza ed appropriatezza sul territorio nazionale e le novità introdotte dal Titolo II del d.lgs. 118/2011, appare del tutto evidente come l'attività svolta dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali abbia assunto un rilievo decisivo per comprendere l'andamento effettivo delle gestioni sanitarie, in ottemperanza al postulato della chiarezza e veridicità del bilancio. In particolare, si segnala come, in ragione della suddetta attività, i risultati di esercizio da CE presenti come Open data in BDAP (Banca Dati Amministrazioni Pubbliche)¹¹⁰, al netto dei contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA (voce AA0080), differiscano, e non di poco, dal risultato di esercizio come rideterminato sulla base delle verifiche effettuate dai Tavoli in sede di monitoraggio in conseguenza dell'istruttoria meglio descritta in appresso.

A livello nazionale, infatti, il risultato di esercizio 2017 delle gestioni sanitarie, acquisito in BDAP alla data del 21 novembre 2018, è pari a circa +760 milioni di euro; al netto delle coperture (voce AA0080 - A.1.B.1.2, Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo), Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA) è pari a circa -530 milioni di euro. In base agli esiti delle istruttorie del Tavolo di monitoraggio (congiuntamente al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza per le Regioni in piano di rientro) ed alle differenze tra fabbisogno teorico e costi effettivi dei servizi sanitari delle Autonomie speciali, il sistema risulta in disavanzo di circa un miliardo di euro. Se poi si considera la peculiare situazione della Regione Sardegna come quantificata dall'art. 2, l. r. n.

¹¹⁰ Cfr. OpenBDAP

<http://www.bdap.tesoro.it/sites/openbdap/cittadini/Sanita/Sanita/vocicontspesasanitaria/Pagine/SchedaContenuto.aspx> e

<https://bdap->

opendata.mef.gov.it/catalog/SSN_CCE_NAZ_VOCCN%20OR%20SSN_CCE_REG_VOCCN%20OR%20SSN_CCE_ELB_VOCCN%20OR%20SSN_CCE_T

40/2018 (v. *infra*)¹¹¹, il disavanzo complessivo a livello nazionale dell'esercizio 2017 peggiora fino a - 1,5 miliardi (cfr. tab.28).

Alcune precisazioni sono indispensabili e saranno esplicitate nei paragrafi che seguono.

¹¹¹ Il disavanzo del servizio sanitario da doversi ripianare dalla Regione Sardegna è stato quantificato nell'art. 2, l. r. n.40/2018 in complessivi -680,71 milioni di euro e precisamente: ammortamenti non sterilizzati effettuati ante 2012 dalle aziende sanitarie locali (-265,920 milioni di euro); perdite del sistema sanitario annualità 2016 (-297,625 milioni di euro); perdite del sistema sanitario annualità 2017 (-117,167 milioni di euro).

Tabella 28 – Esercizio 2017. Confronto risultati di esercizio BDAP – risultati di esercizio rideterminati

Regioni	Risultato di esercizio da C.E./BDAP	AA0080/BDAP: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	Risultato di esercizio da C.E./BDAP al netto della voce AA0080	Risultato di esercizio rideterminato	Incidenza % del risultato di esercizio rideterminato sul Tot. Italia per Regione
					(a)
Lombardia	5,07		5,07	5,07	(0,34)
Veneto	57,31		57,31	51,89	(3,43)
Liguria	-49,73		-49,73	-56,09	3,71
Emilia-Romagna	0,70		0,70	0,23	(0,02)
Toscana	35,30	98,00	-62,71	-93,97	6,22
Umbria	3,09		3,09	2,80	(0,19)
Marche	0,89		0,89	0,88	(0,06)
Basilicata	5,01		5,01	4,46	(0,30)
Piemonte	31,09		31,09	2,10	(0,14)
Totale Regioni monitorate	88,70	98,00	-9,30	-82,64	5,47
Lazio	661,12	704,41	-43,29	-45,67	3,02
Abruzzo	-15,86		-15,86	-52,22	3,45
Molise	0,31	17,37	-17,06	-35,06	2,32
Campania	80,94		80,94	7,88	(0,52)
Puglia	4,17		4,17	3,74	(0,25)
Calabria	-2,93	98,03	-100,96	-101,53	6,72
Regione Siciliana	70,42	65,88	4,54	-0,21	0,01
Totale Regioni in p.d.r.	798,15	885,68	-87,53	-223,07	14,76
Valle d'Aosta	0,78	22,90	-22,13	-22,10	1,46
P.A. Bolzano	12,69		12,69	-258,80	17,12
P.A. Trento	0,09	168,02	-167,94	-195,20	12,91
Friuli-Venezia Giulia	-14,44		-14,44	-49,10	3,25
Sardegna	-124,91	115,35	-240,25	-680,71	45,03
Totale RSS e P.A. (esclusa Sicilia)	-125,80	306,27	-432,07	-1.205,91	79,78
Totale ITALIA	761,05	1.289,95	-528,90	-1.511,62	100,00

Fonte: OpenBDAP; Verbali Tavoli di verifica; MEF; legge regionale Sardegna. Importi in milioni di euro.

Dettaglio delle fonti:

Colonne (a), (b) e (c): portale OpenBDAP all'indirizzo https://bdap-opendata.mef.gov.it/catalog/SSN_CCE_NAZ_VOCCN%20OR%20SSN_CCE_REG_VOCCN%20OR%20SSN_CCE_ELB_VOCCN%20OR%20SSN_CCE_T

Risultato di esercizio rideterminato:

- per le RSO e la Sicilia verbali Tavolo verifica;
- per la Sardegna l.r. Sardegna n. 40/2018, art. 2;
- per le restanti RSS e P.A., Rapporto n. 5 -2018, "Il monitoraggio della spesa sanitaria" a cura del Ministero dell'Economia e Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, tab. 26, "risultati di esercizio per Regione - Anni 2006-2017" (dato a IV trimestre).

Nel corso delle riunioni tecniche con la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia Giulia e le due Province Autonome di Trento e Bolzano, il Tavolo ha espressamente rilevato il permanere di criticità che non permettono la precisa ricostruzione degli importi riferiti al finanziamento che la Regione/P.A. deve assicurare per l'erogazione dei LEA da Riparto 2017 e non permettono altresì di distinguere i finanziamenti aggiuntivi riconosciuti in corso d'anno per l'erogazione dei LEA e l'ammontare esatto per gli extra LEA. Con riferimento a questi enti territoriali, dunque, per risultato di esercizio rideterminato s'intende il risultato di esercizio calcolato sulla base del fabbisogno teorico definito in sede di riparto delle fonti di finanziamento dei LEA.

Con riguardo alla Regione Sardegna per risultato rideterminato - esercizio 2017 s'intende il disavanzo del sistema sanitario regionale come quantificato nella l.r. Sardegna n.40/2018 e precisamente: ammortamenti non sterilizzati effettuati ante 2012 dalle aziende sanitarie locali (-265,920 milioni di euro); perdite del sistema sanitario annualità 2016 (-297,625 milioni di euro); perdite del sistema sanitario annualità 2017 (-117,167 milioni di euro).

4.1.1 Il fabbisogno teorico delle Autonomie speciali

Le Regioni a statuto speciale e le due Province Autonome provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio direttamente, senza cioè alcun onere a carico del bilancio dello Stato¹¹². Per tali enti, fino all'esercizio 2015 non era previsto alcun monitoraggio ma solo la rilevazione dei dati sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

In seguito all'entrata in vigore del Titolo II del d.lgs. n. 118/2011¹¹³, nel corso del 2017 si sono tenuti i primi incontri tra Autonomie speciali e Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali, proprio al fine di monitorare la spesa sanitaria e l'applicazione dell'armonizzazione contabile.

Le riunioni con le Autonomie speciali per l'esercizio 2017 sono intercorse tra i mesi di luglio e dicembre 2018¹¹⁴.

Nel corso di tali riunioni è stato ribadito che *“l'armonizzazione contabile è materia di competenza esclusiva statale, che non può subire deroghe territoriali, neppure all'interno delle autonomie speciali costituzionalmente garantite, in quanto strumentale a garantire che lo Stato stesso, attraverso informazioni rese in maniera uniforme possa garantire il coordinamento della finanza pubblica e gli equilibri del bilancio (sentenza Corte Costituzionale n. 80/2017)”* ed inoltre che *“l'applicazione del Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 richiede che sia data separata evidenza nel bilancio regionale dell'anno delle risorse conferite al proprio Servizio sanitario provinciale a titolo di finanziamento indistinto, vincolato, mobilità extraregionale e delle ulteriori risorse che la Regione ha eventualmente inteso conferire al proprio Servizio sanitario per finanziare i maggiori costi indotti dai LEA ovvero per finanziare anche prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA.”*

La richiesta di individuare le diverse fonti di finanziamento del servizio sanitario regionale/provinciale (finanziamento obbligatorio LEA; finanziamento aggiuntivo LEA e finanziamento per extra LEA)¹¹⁵ è, invece, ancora disattesa dalle Autonomie.

Conseguentemente, nei confronti di Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e delle due Province Autonome di Trento e Bolzano, il Tavolo, pur in presenza di situazioni diverse¹¹⁶, si è riservato di

¹¹² Con la particolarità della Regione siciliana che concorre con lo Stato al finanziamento del Fondo sanitario con una compartecipazione a carico del bilancio regionale fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (l. n. 296/2006, art. 1, co. 830). Nella relazione, peraltro, i risultati di esercizio della Regione siciliana vengono esaminati nel gruppo delle Regioni in piano di rientro.

¹¹³ Il Tavolo tecnico nel corso delle riunioni con le due Province autonome e con le Regioni Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta ha ricordato che il titolo II del d.lgs. n. 118/2011 costituisce *“principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'art. 117, co. 3, della Costituzione ed è finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana ai sensi dell'art. 120, secondo comma della Costituzione”*.

¹¹⁴ I relativi verbali sono pervenuti alla Corte dei conti soltanto i primi di marzo del 2019 insieme a quello della riunione con la Regione Toscana (che si è tenuta il 20 novembre 2018). Il verbale riguardante la Regione Sardegna è stato, invece, inoltrato alla fine di novembre insieme a quelli delle altre Regioni.

¹¹⁵ Il Tavolo ha chiesto alle Autonomie speciali informazioni in ordine alle regole con cui ha proceduto alle contabilizzazioni degli ulteriori ricavi e dei costi di competenza, alle valutazioni in ordine ai rischi e alla necessità di iscrivere accantonamenti, alle regole concernenti la valorizzazione degli investimenti mediante quote di ammortamento e alle regole seguite per l'iscrizione di poste straordinarie.

¹¹⁶ La Provincia Autonoma di Trento, per es., ha cominciato a superare le criticità rilevate durante la riunione del 2017, alcune delle quali però ancora permangono; con riguardo al Friuli-Venezia Giulia, il Tavolo non è stato messo nelle condizioni di valutare il risultato di gestione in quanto una parte del finanziamento del SSR non è tracciato nel conto consolidato (nei conti depositati a NSIS, infatti, manca l'azienda EGAS che non partecipa al consolidamento degli enti del SSR).

operare in futuro la valutazione del risultato di gestione sulla base della metodologia applicata sin dall'anno 2012 alle altre Regioni.

In considerazione di quanto esposto, ancora per quest'anno con riferimento agli enti citati per "risultati di esercizio rideterminati" devono intendersi i risultati estratti dal Rapporto n. 5 -2018, "Il monitoraggio della spesa sanitaria" a cura del Ministero dell'Economia e Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato¹¹⁷: il dato esposto nelle tabelle è un dato a IV trimestre, calcolato esclusivamente sulla base del fabbisogno teorico come definito in sede di riparto delle fonti di finanziamento dei LEA, senza tener conto cioè delle ulteriori risorse messe a disposizione da tali enti¹¹⁸. Allo stesso modo, infatti, per le Regioni a statuto ordinario e per la Regione siciliana (in piano di rientro) sono stati utilizzati i dati di consuntivo al netto dei contributi provenienti dalla Regione (extra fondo) quali risorse aggiuntive dal bilancio regionale a titolo di copertura dei LEA (voce di entrata AA0080).

Un discorso a parte merita la Regione Sardegna per la quale in sede di riunione tecnica, avvenuta il 2 agosto 2018, il risultato di esercizio 2017 a consuntivo veniva rideterminato in -240,20 milioni; sommando a questo il disavanzo 2016 non coperto (-189,15 milioni), il disavanzo totale da coprire risultava pari a -429,35 milioni. Nella presente relazione, invece, si fa riferimento alla l.r. Sardegna 5 novembre 2018, n. 40, art. 2: il risultato rideterminato dell'esercizio 2017 esposto in tabella (-680,71 milioni) è coerente con la quantificazione del disavanzo definito con la legge regionale citata e comprende gli ammortamenti non sterilizzati effettuati *ante 2012* dalle aziende sanitarie locali (-265,92 milioni); le perdite del sistema sanitario annualità 2016 (-297,625 milioni) e le perdite del sistema sanitario annualità 2017 (-117,167 milioni).

Tenendo conto, dunque, per le Autonomie speciali di tali, non trascurabili, prospettive, il cd. risultato di esercizio rideterminato, esercizio 2017, ad esse nel complesso riferibile, è pari a -1.205,91 milioni, con un'incidenza percentuale sul disavanzo dell'intero comparto sanitario a livello nazionale (-1.511,62 milioni) di quasi l'80%: di questo, il 45% è imputabile alla sola Sardegna; il 17% alla P.A. di Bolzano; quasi il 13% al P.A. di Trento.

¹¹⁷ http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/

¹¹⁸ Occorre tuttavia precisare che "nel caso delle Autonomie speciali, l'esplicitazione di un eventuale disavanzo non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie", Monitoraggio cit., p. 58.

Peraltro, osservando l'indicatore sintetico della capacità dei SSR di erogare servizi sanitari in condizioni di efficienza e appropriatezza, indicatore elaborato dal Mef sulla base del rapporto tra risultato d'esercizio sanitario ed il relativo finanziamento effettivo, comprensivo cioè delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle "crystalizzate" e inglobate nel livello del finanziamento ordinario ripartito per Regione, nel 2017 ciascuna delle Autonomie speciali (esclusa la Sicilia in piano di rientro) registra valori di disavanzo estremamente differenziati (dal -26,5% della P.A. di Bolzano al -2,1 del Friuli-Venezia Giulia) e complessivamente pari a -10,8%, valore più elevato di tutte le altre Regioni. Nella tabella il disavanzo Italia è pari a -1,0%; quello del Molise e della Calabria, le Regioni a statuto ordinario con il disavanzo *pro capite* più elevato, rispettivamente -5,5% e -2,9% (cfr. Monitoraggio cit., tab. 2.8 Risultati di esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per Regione - Anni 2006-2017).

4.1.2 L'istruttoria del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali.

Come si è detto, l'attività svolta dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ha assunto un rilievo decisivo per comprendere l'andamento effettivo delle gestioni sanitarie, ponendosi in tal senso quale fonte particolarmente qualificata.

A tale riguardo, alcune precisazioni vanno fatte circa la metodologia utilizzata dal Tavolo tecnico in sede di monitoraggio per verificare l'esatta applicazione delle previsioni del Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 ed in particolare l'esatta individuazione del cd. perimetro sanitario, l'insieme cioè delle entrate e delle uscite relative al finanziamento dei servizi sanitari regionali.

Oggetto specifico delle riunioni è l'esame del conto consuntivo, dello stato patrimoniale e l'andamento del I trimestre dell'esercizio in corso di gestione, nonché la verifica degli adempimenti regionali, il trasferimento delle risorse al Servizio sanitario regionale, i tempi di pagamento e la fatturazione elettronica. Per le Regioni in piano di rientro, i riscontri sono effettuati congiuntamente al Comitato permanente per la verifica dei LEA ed hanno altresì ad oggetto l'attuazione del piano di rientro.

Con riguardo al conto consuntivo, l'analisi viene effettuata valutando la corretta contabilizzazione delle voci riportate nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. Per alcune di queste, tra le quali per le entrate la voce AA0030 ("Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto") e la voce AA0040 ("Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato"), nonché la mobilità sanitaria extraregionale, viene anche riscontrata la coincidenza sia con quanto riportato nel bilancio finanziario regionale 2017, perimetro sanità, sia con quanto riportato negli atti formali di riparto.

Inoltre, tra le entrate, il Tavolo ha cura di verificare che nel calcolo del risultato di gestione venga esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da Regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CEAA0080), quale risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di risorse aggiuntive regionali per il raggiungimento dell'equilibrio economico.

Il Tavolo, poi, accerta che le iscrizioni relative ai contributi da Regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) abbiano corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale in quanto rappresentano entrate aggiuntive a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA.

Le voci di entrata summenzionate, ed in particolare quelle riferibili ai codici CE AA0030, AA0080 e AA0090, giocano certamente un ruolo di rilievo nella determinazione del risultato di esercizio. Si consideri, infatti, in via esemplificativa, come già lo scorso anno, nel corso della riunione per l'esame

del consuntivo 2016 con la Provincia Autonoma di Bolzano¹¹⁹, il Tavolo aveva rilevato nella voce AA0030 una maggiore iscrizione rispetto al corrispondente importo di cui all'Intesa Stato-Regioni per il riparto del FSN¹²⁰. Cosa analoga è stata riscontrata nel corso delle riunioni del 19 luglio e del 19 settembre 2018, laddove si è evidenziata una maggiore iscrizione rispetto all'Intesa di 259,39 milioni.

A fronte di ciò il Tavolo aveva rappresentato come *"il finanziamento delle Regioni e delle Province Autonome riportato nelle intese sul Riparto del finanziamento del SSN è conforme alla metodologia prevista dal decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 applicato per tutte le Regioni e Province Autonome, per garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza. Alla luce dell'esigenza di ricostruire per intero il finanziamento del SSN, la voce AA0030 dovrà riportare il valore indicato nell'Intesa, come indicato dalle linee guida per la compilazione del modello CE, e ogni ulteriore finanziamento dovrà essere riportato nelle restanti voci indicate dal predetto modello. Il Tavolo a tal proposito evidenzia che la regione/provincia autonoma può autonomamente conferire risorse aggiuntive rispetto a quelle da finanziare obbligatoriamente in virtù dell'Intesa Stato-Regioni sul Riparto delle disponibilità del SSN. In tal caso la regione/provincia autonoma dovrebbe dare evidenza di tali risorse aggiuntive mediante la movimentazione della voce AA0080 "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA" nella quale è previsto che venga allocata la quota di contributi a carico del bilancio regionale prevista in corso d'anno e ulteriore rispetto alle disponibilità finanziarie per il SSN da conferire in virtù dell'Intesa sul Riparto, destinata alla copertura dei maggiori costi per l'erogazione dei LEA. Il Tavolo ricorda che è stata inoltre prevista la voce AA0090 per finanziamento aggiuntivo conferito in corso d'anno per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA (i cd. Extra LEA)."*

Il richiamo alla metodologia di cui al d.lgs. n.68/2011 per le Autonomie speciali appare decisivo soprattutto considerando che lo stesso è volto alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario, volto quindi ad individuare l'ammontare di risorse necessarie per assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

L'attività del Tavolo nei termini anzidetti, dunque, contribuisce in maniera determinante a soddisfare il principio generale di chiarezza, quale espressione del principio di rappresentazione veritiera e corretta del bilancio (cfr. allegato 1 d.lgs. n. 118/2011, punto 5), garantendo altresì la confrontabilità dei bilanci tra i diversi servizi sanitari regionali.

Altro aspetto delicato al fine della determinazione del risultato di esercizio da parte dei Tavoli tecnici, sembra essere anche quello degli utili aziendali: infatti, affinché gli utili degli enti del SSR concorrono

¹¹⁹ Avvenuta il 20 settembre 2017. Secondo la Provincia, il finanziamento del proprio Servizio sanitario come riportato nel Riparto del SSN 2016 non dovrebbe trovare corrispondenza con quanto iscritto nella voce AA0030 in quanto la Provincia provvede al finanziamento della sanità con risorse del proprio bilancio, anche tenendo conto di proprie specificità quali, ad es. il bilinguismo.

¹²⁰ La Provincia aveva effettuato una maggiore iscrizione di 216,036 milioni, avendo contabilizzato alla voce AA0030 entrate per 1.099,595 milioni invece di 883,559 milioni come da Riparto del finanziamento indistinto del SSN per l'anno 2016 approvato con Intesa Stato-Regioni (Rep. Atti n. 62/CSR del 14/04/2016).

a determinare il risultato di esercizio del Servizio sanitario regionale, occorre che la Regione renda noto a tali enti in utile, tramite un espresso atto formale, che intende disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo (cfr. art. 30, d.lgs. n. 118/2011). In mancanza di un tale provvedimento regionale, il Tavolo determinerà il risultato d'esercizio del SSR al netto degli utili degli enti del SSR.

Dai verbali pervenuti, relativi al consuntivo esercizio 2017, si apprende che, con riferimento agli utili, il risultato di esercizio a livello nazionale è stato rettificato complessivamente di oltre 115 milioni di euro (tab. 29).

Tabella 29 – Esercizio 2017 – Aziende in utile

Regioni	2017 Aziende in utile (rettifica risultato di esercizio da parte del Tavolo tecnico)
Lombardia	0
Veneto	5,422
Liguria	0
Emilia-Romagna	0,437
Toscana	31,252
Umbria	0,293
Marche	0,008
Basilicata	0
Piemonte	28,976
Totale Regioni monitorate	66,388
Lazio	0
Abruzzo	0,338
Molise	0
Campania	42,714
Puglia	0,43
Calabria	0,566
Regione siciliana	4,729
Totale Regioni in p.d.r.	48,777
Valle d'Aosta	n.d.
Prov. aut. Bolzano	n.d.
Prov. aut. Trento	n.d.
Friuli-Venezia Giulia	n.d.
Sardegna	0
TOTALE RSS e P.A. (esclusa Sicilia)	n.d.
TOTALE (Regioni monitorate, in p.d.r. e Sardegna)	115,165

Fonte: Verbali Tavolo di verifica; importi in milioni di euro.

Nell'attività istruttoria il Tavolo tiene anche conto della mobilità sanitaria. Per i dati della mobilità sanitaria interregionale si rimanda al par. 3.2.3.

4.1.3 I disallineamenti temporali

Un annoso e irrisolto problema è quello della "libilità" dei dati di riferimento e dei ritardi nella determinazione dei fondi.

Il provvedimento del CIPE con il quale si dispone formalmente la ripartizione tra Regioni e Province autonome della quota indistinta del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), viene deliberato sempre con notevole ritardo, e ciò impedisce che il finanziamento venga, invece, trasferito con congruo anticipo rispetto all'inizio dell'esercizio per consentire alle Regioni di effettuare un'adeguata programmazione delle risorse e delle attività dei propri Servizi sanitari regionali, nonché i conseguenti adempimenti contabili di accertamento e di impegno. Tale ritardo implica una gestione "provvisoria", tra le contabilità speciali, delle anticipazioni ricevute e regolazioni contabili che intervengono in esercizi successivi (v. cap. 3).

Si consideri, inoltre, la tempistica con cui operano le misure perequative poste a correzione della capacità fiscale regionale su cui si basa il finanziamento del SSN (cfr. d.lgs. n. 56/2000). Con riguardo in particolare all'IRAP nella componente di gettito destinata alla sanità, ed all'addizionale regionale all'IRPEF, si tratta di volta in volta di valori solo stimati per l'anno di riferimento, così, qualora i gettiti effettivi risultino inferiori rispetto a quelli stimati, il differenziale viene assicurato dal fondo di garanzia istituito al capitolo 2701 del bilancio dello Stato¹²¹: se i gettiti effettivi risultano maggiori di quelli stimati, lo Stato procede al recupero del maggior gettito effettivo; viceversa, se i gettiti effettivi risultano minori di quelli stimati, alle Regioni viene erogata la differenza a valere sul fondo di garanzia. Di norma, le suddette regolazioni sui gettiti fiscali avvengono nel secondo anno successivo a quello di riferimento, allorquando il Dipartimento delle finanze, sulla base del computo degli acconti e dei conguagli versati, determina in via definitiva il valore del gettito effettivo per ciascuna Regione.

Sull'analisi in serie storica dell'andamento del risultato di esercizio delle gestioni sanitarie incidono sia i disallineamenti temporali tra gli esiti delle riunioni dei tavoli di monitoraggio e l'aggiornamento dei dati nel Nuovo Sistema Informativo della Sanità (NSIS), sia i continui aggiornamenti della medesima banca dati, anche avendo riguardo ad esercizi già chiusi (v. par. 5.2, tab. 36).

Inoltre, per alcune Regioni, si rileva una discrasia dovuta all'immediata registrazione delle risorse a copertura nell'esercizio stesso in cui si generano perdite.

Ogni forma di disallineamento temporale come sopra descritta, rende naturalmente più complessa la ricostruzione della gestione effettiva e la valutazione degli equilibri di bilancio del settore sanitario.

¹²¹ Cfr. art. 13, co. 3, d.lgs. n. 56/2000, e art. 1, co. 321, l. n. 266/2005.

4.2 I risultati delle gestioni sanitarie

Tanto ciò premesso, osservando i risultati esposti nella tabella 30 che segue¹²², appare con chiarezza che il risanamento finanziario è evidente e costante soprattutto laddove l'attività dei tavoli tecnici è stata più incisiva, cioè, innanzitutto sul gruppo delle Regioni sottoposte a piano di rientro.

Nei confronti delle Autonomie speciali, invece, *“lo Stato non ha strumenti d'intervento diretto sulla dinamica di spesa e, pertanto, le politiche di contenimento sono state meno efficaci”*¹²³: nel corso delle ultime riunioni, infatti, il Tavolo tecnico ha fatto presente di aver convocato le suddette Autonomie per l'esame dei conti del IV trimestre 2017, tuttavia, queste ultime¹²⁴ hanno congiuntamente fatto pervenire la seguente comunicazione: *“pur confermando la disponibilità a collaborare con il Ministero per tutte le informazioni richieste in materia di spesa sanitaria, si segnala che si ritiene sufficiente che ciò avvenga sui dati annuali consolidati, dato che, non partecipando al riparto del FSN, non pare utile partecipare a verifiche infra-annuali sui CE trimestrali”*.

Si consideri, infatti, che, nelle Regioni sottoposte a piano di rientro il disavanzo complessivo è diminuito in maniera costante: da -4,3 miliardi del 2006 (l'anno precedente a quello in cui è stata introdotta la legislazione sui piani di rientro) ai -223 milioni del 2017.

Lo stringente sistema di verifiche posto su tali Regioni sta, dunque, continuando a produrre evidenti effetti positivi nel percorso di risanamento dei conti della sanità. Gli interventi del Tavolo tecnico, infatti, nell'identificare le ragioni determinanti della crescita della spesa sanitaria relativamente ai principali fattori di costo¹²⁵, hanno permesso di far emergere le criticità esistenti nei vari sistemi, impegnando le Regioni a far fronte seriamente ai disavanzi attraverso l'assunzione di idonei provvedimenti di contenimento della spesa e l'individuazione di congrue misure di copertura (v. *infra*, tab. 34).

Quanto appena precisato, pur se con andamenti diversi, è particolarmente visibile nelle Regioni che nel 2006 presentavano disavanzi molto elevati: ad es., la Regione Lazio, che nel 2006 era in disavanzo per 1.966,91 milioni, nell'ultimo quinquennio ha riassorbito in modo continuo e costante il deficit (-669,62 milioni nel 2013; -367,38 milioni nel 2014; -332,64 milioni nel 2015; -136,52 milioni nel 2016; -45,67 milioni nel 2017). Allo stesso modo si è comportata la Regione siciliana: da -1.088,41 milioni del 2006 ad una situazione di sostanziale equilibrio, -0,21 milioni del 2017. Infine, la Regione Piemonte, che

¹²² Per i risultati delle gestioni delle Regioni a statuto ordinario e della Regione siciliana antecedenti al 2016, si richiama il Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – esercizio 2016 (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG), tab. 13 - Riepilogo nazionale dei risultati di esercizio 2012-2016 e degli avanzi/disavanzi pro capite, tranne nel caso in cui i Tavoli tecnici abbiano successivamente rideterminato i risultati di esercizio e sempre fatte salve eventuali rettifiche intervenute nelle more tra l'istruttoria e la pubblicazione del referto di cui non si è potuto dare conto.

¹²³ Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Il monitoraggio della spesa sanitaria, rapporto n. 4-2017, pp. 52-53.

¹²⁴ Tranne la Regione siciliana che è in piano di rientro.

¹²⁵ E cioè personale, beni e servizi, prestazioni da privato, farmaceutica convenzionata, investimenti, livelli di assistenza, cfr. Rapporto n. 5 - 2018, “Il monitoraggio della spesa sanitaria” cit., Box 1.1 – Determinanti della spesa sanitaria e interventi correttivi.

nell'esercizio 2006 presentava un disavanzo pari a -328,66 milioni e che nel 2017 chiude in avanzo (+2,10 milioni) ed esce dal piano di rientro.

D'altro canto, anche il monitoraggio sui risultati delle Regioni a statuto ordinario si è rivelato utile ad individuare i problemi di maggior rilievo, favorendo l'adozione di tempestive misure di correzione, e prevenendo, così, la dilatazione di situazioni di criticità difficilmente controllabili a posteriori: le Regioni sottoposte a monitoraggio da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali riducono sensibilmente il loro disavanzo, passando complessivamente da -1.055,31 milioni dell'esercizio 2006 a -82,64 milioni del 2017.

Considerazioni molto più articolate vanno fatte per le Autonomie speciali laddove, proprio in ragione della loro autonomia, le politiche di contenimento della spesa sanitaria non sono state altrettanto incisive/efficaci. I risultati di esercizio ad esse imputabili, infatti, non sono di semplice lettura e ciò per più di un profilo. Innanzitutto, il monitoraggio nei confronti di questi enti è recente e ciò ha di fatto impedito il consolidarsi di una serie storica del risultato di esercizio rideterminato secondo la metodologia utilizzata dal Tavolo tecnico conformemente alle disposizioni del d.lgs. n. 118/2011. In secondo luogo, alcune voci del CE vengono valorizzate in modo non uniforme rispetto a quanto avviene nelle Regioni sottoposte a monitoraggio: si pensi al caso sopra descritto relativo ai contributi in conto esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale indistinto (v. par. 4.1.2). Se tale voce di entrata non tiene effettivamente conto dell'importo come risultante dall'Intesa Stato-Regioni sul Riparto del finanziamento del SSN, viene disattesa la stessa possibilità di ricostruire e confrontare i costi sopportati da quel SSR, vanificando di fatto le finalità del d.lgs. n.68/2011 verso l'individuazione di costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario.

Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* definito con l'Intesa Stato-Regioni, infatti, rappresenta la quota di risorse ritenuta congrua dallo Stato per consentire alle Regioni/P.A. di erogare i LEA in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Nulla vieta agli enti di conferire risorse aggiuntive rispetto a quelle risultanti dall'Intesa, ma ciò dovrebbe essere fatto necessariamente movimentando alcune specifiche voci del CE: innanzitutto quella relativa ai contributi da Regione (extra Fondo) - risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA (AA0080), voce destinata a dare evidenza delle ulteriori disponibilità finanziarie che il bilancio regionale sopporta per garantire l'erogazione dei LEA; quindi la voce relativa ai contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura degli extra LEA (AA0090).

Già nel corso degli incontri relativi all'esercizio 2016 con la Regione Friuli-Venezia Giulia e con le due Province Autonome, invece, il Tavolo aveva rilevato come *"le entrate iscritte nelle apposite voci di Conto economico 2016 non permettono la divisione degli importi riferiti al finanziamento che la Regione/Provincia deve assicurare per l'erogazione dei LEA da Riparto 2016 e non permettono altresì di distinguere i finanziamenti*

aggiuntivi riconosciuti in corso d'anno per l'erogazione dei LEA e per gli Extra LEA [...]". Dunque, ancora non è possibile stabilire quanto della differenza di risultato tra fabbisogno teorico e spesa effettiva dipenda dall'erogazione di maggiori servizi o da una sottostima della quota teorica del fondo riferita alle Autonomie speciali, e quanto, eventualmente, sia invece da ricondurre ad un maggior costo dei LEA.

Anche osservando i risultati di esercizio sotto il profilo dell'avanzo/disavanzo *pro capite* ottenuti con le sole risorse ritenute congrue dallo Stato, il comparto delle Autonomie speciali è quello che presenta il maggior disavanzo *pro capite*, -296,97 euro, segue quello delle Regioni in piano di rientro, con -9,12 euro (era -13,23 euro nel 2016), quindi quello delle Regioni ordinarie soggette a monitoraggio, -2,58 euro. Il *pro capite* nazionale è -24,95 euro. Peraltro, escludendo i risultati di esercizio di Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano calcolati sulla base del fabbisogno teorico come definito in sede di riparto delle fonti di finanziamento dei LEA il *pro capite* nazionale *adj*¹²⁶ sarebbe pari a -5,41 euro.

Facendo poi riferimento alle singole realtà territoriali, la Provincia Autonoma di Bolzano, la Regione Sardegna e la Provincia Autonoma di Trento (sempre al netto delle eventuali, ulteriori risorse messe a disposizione dall'ente stesso) si confermano nel 2017, come già nel 2016 e nel 2015, quelle con il disavanzo *pro capite* maggiore, rispettivamente -493,65 euro, -411,77 euro e -362,42 euro (v. tab. 32).

¹²⁶ Il *pro capite* nazionale *adj* (aggiustato) è calcolato al netto dei risultati di esercizio di Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Trento e Bolzano.

Tabella 30 – Risultati di esercizio 2006 (*ante* legislazione piani di rientro). Risultati di esercizio rideterminati 2013-2017 e variazioni percentuali

Regioni	2006	2013	2014	2015	2016	2017	Variazioni	Variazioni
							%	%
							2017-2013	2017-2016
Lombardia	-0,29	10,26	9,92	5,74	5,93	5,07	-50,58	-14,50
Veneto	-144,62	7,58	6,33	4,13	13,73	51,89	584,50	277,90
Liguria	-95,59	-91,35	-72,78	-102,67	-63,67	-56,09	38,60	11,91
Emilia-Romagna	-288,51	1,26	0,36	0,51	0,17	0,23	-81,75	35,29
Toscana	-98,39	0,03	3,15	-72,20	-88,59	-93,97	<i>n.a.</i>	-6,07
Umbria	-54,72	24,62	23,42	2,09	2,89	2,80	-88,64	-3,22
Marche	-47,52	32,14	66,62	57,14	24,52	0,88	-97,27	-96,42
Basilicata	2,99	-3,40	2,15	-8,82	9,84	4,46	231,18	-54,67
Piemonte	-328,66	-37,05	54,94	5,78	8,38	2,10	105,67	-74,94
Totale Regioni monitorate	-1.055,31	-55,91	94,11	-108,30	-86,80	-82,64	-47,81	4,79
Lazio	-1.966,91	-669,62	-367,38	-332,64	-136,52	-45,67	93,18	66,55
Abruzzo	-197,06	9,96	6,61	-5,78	-38,53	-52,22	-624,30	-35,53
Molise	-68,49	-237,98	-313,25	-44,68	-42,08	-35,06	85,27	16,69
Campania	-749,71	7,58	127,78	49,82	30,78	7,88	3,96	-74,40
Puglia	-210,81	-42,49	14,05	-54,06	-38,23	3,74	108,79	109,77
Calabria	-55,30	-30,63	-65,67	-58,53	-99,45	-101,53	-231,47	-2,09
Regione siciliana	-1.088,41	0,06	0,29	13,67	0,00	-0,21	-450,00	<i>n.a.</i>
Totale Regioni in p.d.r.	-4.336,69	-963,12	-597,57	-432,20	-324,03	-223,07	76,84	31,16
Valle d'Aosta	-70,55	-53,08	-34,34	-25,60	-21,60	-22,10	58,36	-2,31
Prov. aut. Bolzano	-274,35	-190,14	-141,56	-204,50	-227,80	-258,80	-36,11	-13,61
Prov. aut. Trento	-143,21	-223,51	-214,73	13,30	-1,80	-195,20	12,67	-10.744,44
Friuli -Venezia Giulia	-4,25	-38,45	50,45	5,80	5,50	-49,10	-27,70	-992,73
Sardegna	-129,21	-380,36	-361,79	-328,37	-344,26	-680,71	-78,97	-97,73
Totale RSS e P.A. (esclusa Sicilia)	-621,57	-885,54	-701,97	-539,37	-589,96	-1.205,91	-36,18	-104,41
Totale ITALIA	-6.013,57	-1.904,57	-1.205,43	-1.079,87	-1.000,79	-1.511,62	20,63	-51,04

Fonte: Verbali Tavoli di verifica; MEF; legge regionale Sardegna. Importi in milioni di euro.

Dettaglio fonti:

Per l'esercizio 2006 e gli esercizi 2013 – 2016, v. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – esercizio 2016 (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG), tab. 13/SA - Riepilogo nazionale dei risultati di esercizio 2012-2016 e degli avanzi/disavanzi *pro capite*, tranne nel caso in cui i Tavoli tecnici abbiano successivamente rideterminato i risultati di esercizio e sempre fatte salve eventuali rettifiche intervenute nelle more tra l'istruttoria e la pubblicazione del referto di cui non si è potuto dare conto.

Per l'esercizio 2017, v. Tabella 28 – “Esercizio 2017. Confronto risultati di esercizio BDAP – risultati di esercizio rideterminati”.

Tabella 31 – Risultati di esercizio rideterminati 2013-2017 e avanzi/disavanzi *pro capite*

Anni	2013		2014		2015		2016		2017	
Regioni	Risultato di esercizio rideterminato (mln)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)	Risultato di esercizio rideterminato (mln)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)	Risultato di esercizio rideterminato (mln)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)	Risultato di esercizio rideterminato (mln)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)	Risultato di esercizio rideterminato (mln)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)
Lombardia	10,26	1,05	9,92	0,99	5,74	0,57	5,93	0,59	5,07	0,51
Veneto	7,58	1,55	6,33	1,28	4,13	0,84	13,73	2,79	51,89	10,57
Liguria	-91,35	-58,37	-72,78	-45,72	-102,67	-64,85	-63,67	-40,53	-56,09	-35,83
Emilia-Romagna	1,26	0,29	0,36	0,08	0,51	0,11	0,17	0,04	0,23	0,05
Toscana	0,03	0,01	3,15	0,84	-72,20	-19,24	-88,59	-23,66	-93,97	-25,11
Umbria	24,62	27,78	23,42	26,12	2,09	2,34	2,89	3,24	2,80	3,15
Marche	32,14	20,80	66,62	42,89	57,14	36,85	24,52	15,88	0,88	0,57
Basilicata	-3,40	-5,90	2,15	3,72	-8,82	-15,30	9,84	17,15	4,46	7,82
Piemonte	-37,05	-8,47	54,94	12,38	5,78	1,31	8,38	1,90	2,10	0,48
Totale Regioni monitorate	-55,91	-1,76	94,11	2,93	-108,30	-3,37	-86,80	-2,70	-82,64	-2,58
Lazio	-669,62	-120,49	-367,38	-62,58	-332,64	-56,45	-136,52	-23,18	-45,67	-7,74
Abruzzo	9,96	7,59	6,61	4,96	-5,78	-4,34	-38,53	-29,05	-52,22	-39,49
Molise	-237,98	-759,49	-313,25	-995,31	-44,68	-142,59	-42,08	-134,86	-35,06	-112,92
Campania	7,58	1,31	127,78	21,77	49,82	8,50	30,78	5,26	7,88	1,35
Puglia	-42,49	-10,49	14,05	3,43	-54,06	-13,22	-38,23	-9,38	3,74	0,92
Calabria	-30,63	-15,64	-65,67	-33,16	-58,53	-29,61	-99,45	-50,47	-101,53	-51,67
Regione siciliana	0,06	0,01	0,29	0,06	13,67	2,68	0,00	0,00	-0,21	-0,04
Totale Regioni in pdr	-963,12	-40,19	-597,57	-24,34	-432,20	-17,60	-324,03	-13,23	-223,07	-9,12
Valle d'Aosta	-53,08	-415,19	-34,34	-267,07	-25,60	-199,54	-21,60	-169,64	-22,10	-174,18
Prov. aut. Bolzano	-190,14	-373,10	-141,56	-274,50	-204,50	-394,39	-227,80	-437,33	-258,80	-493,65
Prov. aut. Trento	-223,51	-421,47	-214,73	-400,43	13,30	24,75	-1,80	-3,34	-195,20	-362,42
Friuli-Venezia Giulia	-38,45	-31,47	50,45	41,04	5,80	4,73	5,50	4,50	-49,10	-40,32
Sardegna	-380,36	-231,87	-361,79	-217,44	-328,37	-197,42	-344,26	-207,62	-680,71	-411,77
TOTALE RSS e P.A. (esclusa Sicilia)	-885,54	-219,74	-701,97	-172,31	-539,37	-132,37	-589,96	-145,10	-1.205,91	-296,97
Totale ITALIA	-1.904,57	-31,91	-1.205,43	-19,83	-1.079,87	-17,76	-1.000,79	-16,50	-1.511,62	-24,95

Fonte: Verbali Tavoli di verifica; MEF; legge regionale Sardegna. Importi in milioni di euro.

Dettaglio fonti:

Per l'esercizio 2006 e gli esercizi 2013 – 2016, v. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – esercizio 2016 (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG), tab. 13/SA - Riepilogo nazionale dei risultati di esercizio 2012-2016 e degli avanzi/disavanzi *pro capite*, tranne nel caso in cui i Tavoli tecnici abbiano successivamente rideterminato i risultati di esercizio e sempre fatte salve eventuali rettifiche intervenute nelle more tra l'istruttoria e la pubblicazione del referto di cui non si è potuto dare conto.

Per l'esercizio 2017, v. Tabella 28 – “Esercizio 2017. Confronto risultati di esercizio BDAP – risultati di esercizio rideterminati”.

Tabella 32 – Risultati di esercizio rideterminati 2013-2017 in ordine decrescente per disavanzo *pro capite* 2017

Anni	2013		2014		2015		2016		2017		
	Regioni	Risultato di esercizio rideterminato (mln dieuro)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)	Risultato di esercizio rideterminato (mln dieuro)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)	Risultato di esercizio rideterminato (mln dieuro)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)	Risultato di esercizio rideterminato (mln dieuro)	avanzo/ disavanzo <i>pro capite</i> (euro)	Regioni	Risultato di esercizio rideterminato (mln dieuro)
P.A. Bolzano	-190,14	-373,1	-141,56	-274,5	-204,5	-394,39	-227,8	-437,33	P.A.Bolzano	-258,80	-493,65
Sardegna	-380,36	-231,87	-361,79	-217,44	-328,37	-197,42	-344,26	-207,62	Sardegna	-680,71	-411,77
Valle d'Aosta	-53,08	-415,19	-34,34	-267,07	-25,6	-199,54	-21,6	-169,64	P.A.Trento	-195,20	-362,42
Molise	-237,98	-759,49	-313,25	-995,31	-44,68	-142,59	-42,08	-134,86	V. d'Aosta	-22,10	-174,18
Liguria	-91,35	-58,37	-72,78	-45,72	-102,67	-64,85	-63,67	-40,53	Molise	-35,06	-112,92
Lazio	-669,62	-120,49	-367,38	-62,58	-332,64	-56,45	-136,52	-23,18	Calabria	-101,53	-51,67
Calabria	-30,63	-15,64	-65,67	-33,16	-58,53	-29,61	-99,45	-50,47	Friuli-Venezia Giulia	-49,10	-40,32
Toscana	0,03	0,01	3,15	0,84	-72,2	-19,24	-88,59	-23,66	Abruzzo	-52,22	-39,49
Basilicata	-3,4	-5,9	2,15	3,72	-8,82	-15,3	9,84	17,15	Liguria	-56,09	-35,83
Puglia	-42,49	-10,49	14,05	3,43	-54,06	-13,22	-38,23	-9,38	Toscana	-93,67	-25,11
Abruzzo	9,96	7,59	6,61	4,96	-5,78	-4,34	-38,53	-29,05	Lazio	-45,67	-7,74
Emilia-Romagna	1,26	0,29	0,36	0,08	0,51	0,11	0,17	0,04	Regione siciliana	-0,21	-0,04
Lombardia	10,26	1,05	9,92	0,99	5,74	0,57	5,93	0,59	Emilia-Romagna	0,23	0,05
Veneto	7,58	1,55	6,33	1,28	4,13	0,84	13,73	2,79	Piemonte	2,10	0,48
Piemonte	-37,05	-8,47	54,94	12,38	5,78	1,31	8,38	1,9	Lombardia	5,07	0,51
Umbria	24,62	27,78	23,42	26,12	2,09	2,34	2,89	3,24	Marche	0,88	0,57
Regione siciliana	0,06	0,01	0,29	0,06	13,67	2,68	0	0	Puglia	3,74	0,92
Friuli-Venezia Giulia	-38,45	-31,47	50,45	41,04	5,8	4,73	5,5	4,5	Campania	7,88	1,35
Campania	7,58	1,31	127,78	21,77	49,82	8,5	30,78	5,26	Umbria	2,80	3,15
P. A. Trento	-223,51	-421,47	-214,73	-400,43	13,3	24,75	-1,8	-3,34	Basilicata	4,46	7,82
Marche	32,14	20,8	66,62	42,89	57,14	36,85	24,52	15,88	Veneto	51,89	10,57
Totale ITALIA	-1.904,57	-31,91	-1.205,43	-19,83	-1.079,87	-17,76	-1.000,79	-16,50	Totale ITALIA	-1.511,62	-24,95

Fonte: Verbali Tavoli di verifica; MEF; legge regionale Sardegna. Importi in milioni di euro.

Dettaglio fonti:

Per l'esercizio 2006 e gli esercizi 2013 – 2016, v. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – esercizio 2016 (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG), tab. 13/SA - Riepilogo nazionale dei risultati di esercizio 2012-2016 e degli avanzi/disavanzi *pro capite*, tranne nel caso in cui i Tavoli tecnici abbiano successivamente rideterminato i risultati di esercizio e sempre fatte salve eventuali rettifiche intervenute nelle more tra l'istruttoria e la pubblicazione del referto di cui non si è potuto dare conto.

Per l'esercizio 2017, v. Tabella 28 – “Esercizio 2017. Confronto risultati di esercizio BDAP – risultati di esercizio rideterminati”.

Delicata è poi la materia delle coperture dei disavanzi sanitari, avendo riguardo sia alle risorse effettivamente iscritte in bilancio alla voce di entrata AA0080 (“Contributi da Regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA”) sia alle altre risorse (quali ad es. gli stanziamenti nel bilancio di previsione o gli utili GSA portati a nuovo e disponibili sullo stato patrimoniale della GSA). Secondo l’art. 20, co. 2-ter, d.lgs. n. 118/2011, infatti: *“La quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi della legislazione vigente sui piani di rientro dai disavanzi sanitari, è iscritta nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, obbligatoriamente per l'importo stimato dal competente Dipartimento delle finanze del Ministero dell'economia e delle finanze, ovvero per il minore importo destinato al Servizio sanitario regionale ai sensi dell'art. 1, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Tale iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale.”* Tuttavia, prosegue la disposizione citata, *“Ove si verifichi in sede di consuntivazione dei gettiti fiscali un minore importo effettivo delle risorse derivanti dalla manovra fiscale regionale rispetto all'importo che ha formato oggetto di accertamento e di impegno, detto evento è contabilmente registrato nell'esercizio nel quale tale perdita si determina come cancellazione di residui attivi.”*

Si ricorda, inoltre, che a norma del novellato art. 2, co. 80, l. 23 dicembre 2009, n. 191, al ricorrere delle condizioni descritte e nella misura ivi indicata, per le Regioni sottoposte a piano di rientro è consentita dal 2013, oltre che la riduzione del gettito derivante dalla massimizzazione dell’aliquota IRAP e addizionale regionale IRPEF, anche la destinazione verso finalità extra-sanitarie¹²⁷ di parte del relativo gettito.

Le tabelle che seguono, dunque, tengono conto dei risultati della gestione di competenza effettiva, al netto delle coperture individuate dai Tavoli, anche in considerazione del fatto che quelle derivanti da leva fiscale dovranno essere verificate a consuntivo negli esercizi successivi, con possibile destinazione verso finalità extra-sanitarie ove realizzino un *surplus* rispetto al deficit rilevato.

Anche al fine di meglio evidenziare i disallineamenti temporali ricordati al par. 4.1.3, per l’anno 2017 è sembrato utile raffrontare le coperture individuate dai Tavoli tecnici nel corso delle riunioni intervenute con le Regioni e gli importi risultanti in BDAP alla voce AA0080 “Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA” alla data del 21 novembre 2018 (tab. 34).

Come si vedrà meglio *infra*, dunque, sul territorio nazionale, in virtù delle diverse normative regionali, non vengono erogate le medesime prestazioni sanitarie, né agli stessi costi: l’accesso ai servizi sanitari continua così a non avvenire in condizioni di egualianza sul territorio. E ciò è tanto più meritevole di attenzione considerato che secondo la Corte costituzionale è necessaria una delimitazione finanziaria

¹²⁷ Rriguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l’attuazione delle disposizioni di cui al d.l. 8 aprile 2013, n. 35.

dei LEA, quali *“spese incomprimibili e necessarie”*, rispetto alle altre spese sanitarie: *“la reale copertura finanziaria dei servizi, data la natura delle situazioni da tutelare, deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie”* (cfr. sentenza n. 169/2017).

Tabella 33 -Risultati di esercizio rideterminati 2013-2017 e coperture individuate in sede di riunione tecnica

Anno	2013		2014		2015		2016		2017	
Regioni	Risultato es. ridet.	Coperture	Risultato es. ridet.	Coperture	Risultato es. ridet.	Coperture	Risultato es. ridet.	Coperture	Risultato es. ridet.	Coperture
Lombardia	10,26	0,00	9,92	0,00	5,74	0,00	5,93	0,00	5,07	0,00
Veneto	7,58	0,00	6,33	0,00	4,13	30,34	13,73	0,00	51,89	0,00
Liguria	-91,35	97,00	-72,78	97,00	-102,67	111,70	-63,67	76,50	-56,09	71,35
Emilia-Romagna	1,26	0,00	0,36	0,00	0,51	0,00	0,17	0,00	0,23	0,00
Toscana	0,03	0,00	3,15	0,00	-72,20	0,00	-88,59	88,87	-93,97	98,00
Umbria	24,62	0,00	23,42	0,00	2,09	0,00	2,89	0,00	2,80	0,00
Marche	32,14	0,00	66,62	2,48	57,14	0,00	24,52	0,00	0,88	0,00
Basilicata	-3,40	6,00	2,15	0,00	-8,82	11,50	9,84	0,00	4,46	0,00
Piemonte	-37,05	50,00	54,94	0,00	5,78	19,50	8,38	0,00	2,10	13,93
Tot. Regioni monitorate	-55,91	153,00	94,11	99,48	-108,30	173,04	-86,80	165,37	-82,64	183,28
Lazio	-669,62	880,31	-367,38	481,36	-332,64	502,46	-136,52	387,23	-45,67	704,41
Abruzzo	9,96	0,00	6,61	0,00	-5,78	5,78	-38,53	36,97	-52,22	38,62
Molise	-237,98	24,13	-313,25	17,58	-44,68	48,19	-42,08	44,31	-35,06	38,68
Campania	7,58	54,00	127,78	0,00	49,82	0,00	30,78	51,76	7,88	51,76
Puglia	-42,49	47,20	14,05	0,00	-54,06	60,00	-38,23	43,05	3,74	0,00
Calabria	-30,63	109,40	-65,67	87,98	-58,53	87,78	-99,45	97,93	-101,53	102,73
Regione Siciliana	0,06	108,34	0,29	28,87	13,67	57,60	0,00	65,88	-0,21	65,90
Tot. Regioni in p.d.r.	-963,12	1.223,38	-597,57	615,79	-432,20	761,81	-324,03	727,13	-223,07	1.002,09
Valle d'Aosta	-53,08	n.d.	-34,34	n.d.	-25,60	n.d.	-21,60	n.d.	-22,10	22,90
P. A. Bolzano	-190,14	n.d.	-141,56	n.d.	-204,50	n.d.	-227,80	n.d.	-258,80	0,00
P. A. Trento	-223,51	n.d.	-214,73	n.d.	13,30	n.d.	-1,80	n.d.	-195,20	168,02
Friuli-Venezia Giulia	-38,45	n.d.	50,45	n.d.	5,80	n.d.	5,50	n.d.	-49,10	0,00
Sardegna	-380,36	n.d.	-361,79	n.d.	-328,37	-328,38	-344,26	155,11	-680,71	115,35
TOTALE RSS e P.A. (esclusa Sicilia)	-885,54	n.d.	-701,97	n.d.	-539,37	-328,38	-589,96	155,11	-1.205,91	306,27

Fonte: Verbali Tavoli di verifica; MEF; legge regionale Sardegna. Importi in milioni di euro.

Dettaglio fonti:

Per l'esercizio 2006 e gli esercizi 2013 – 2016, v. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – esercizio 2016 (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG), tab. 13/SA - Riepilogo nazionale dei risultati di esercizio 2012-2016 e degli avanzi/disavanzi *pro capite*, tranne nel caso in cui i Tavoli tecnici abbiano successivamente rideterminato i risultati di esercizio e sempre fatte salve eventuali rettifiche intervenute nelle more tra l'istruttoria e la pubblicazione del referto di cui non si è potuto dare conto.

Per l'esercizio 2017, v. Tabella 28 – “Esercizio 2017. Confronto risultati di esercizio BDAP – risultati di esercizio rideterminati”.

Le coperture della Regione Molise comprendono ancora per l'anno 2017 il contributo di solidarietà interregionale pari a 18 milioni (erano 30 milioni per il 2015 e 25 milioni per il 2016).

Con riguardo a Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento e Friuli-Venezia Giulia, in mancanza della valutazione del risultato di gestione da parte del Tavolo sulla base della metodologia applicata sin dall'anno 2012 alle altre Regioni, il dato è quello presente in BDAP.

Per la Regione Sardegna, le coperture indicate relativamente ai disavanzi degli esercizi 2015, 2016 e 2017, sono tratte dal verbale del 2 agosto 2018.

Tabella 34 - Coperture individuate nel corso delle riunioni e in BDAP - voce AA0080

Regioni	2017	
	Coperture in sede di riunione tecnica	Contributi extra fondo (AA0080) in BDAP
Lombardia	0,00	0,00
Veneto	0,00	0,00
Liguria	71,35	0,00
Emilia-Romagna	0,00	0,00
Toscana	98,00	98,00
Umbria	0,00	0,00
Marche	0,00	0,00
Basilicata	0,00	0,00
Piemonte	13,93	0,00
Totale Regioni monitorate	183,28	98,00
Lazio	704,41	704,41
Abruzzo	38,62	0,00
Molise	38,68	17,37
Campania	51,76	0,00
Puglia	0,00	0,00
Calabria	102,73	98,03
Regione Siciliana	65,90	65,88
Totale Regioni in P.d.R.	1.002,09	885,68
Valle d'Aosta	22,90	22,90
P. A. Bolzano	0,00	0,00
P. A. Trento	168,02	168,02
Friuli-Venezia Giulia	0,00	0,00
Sardegna	115,35	115,35
Totale RSS e P.A. (esclusa Sicilia)	306,27	306,27
Totale Italia	1.491,65	1.289,96

Fonte: Verbali Tavolo di verifica; OpenBDAP
<https://BDAP->

opendata.mef.gov.it/catalog/SSN_CCE_NAZ_VOCCN%20OR%20SSN_CCE_REG_VOCCN%20OR%20SSN_CCE_ELBOCCN%20OR%20SSN_CCE_T; importi in milioni di euro

Con riguardo a Valle d'Aosta, P. A. Bolzano, P.A. Trento e Friuli-Venezia Giulia, in mancanza della valutazione del risultato di gestione da parte del Tavolo sulla base della metodologia applicata sin dall'anno 2012 alle altre Regioni, il dato delle due colonne è coincidente.

4.2.1 Il monitoraggio dei LEA 2017

In attesa del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA¹²⁸, in vigore dal 2020 e al momento in fase di sperimentazione, sotto un profilo diverso da quello propriamente economico-finanziario si rileva che le valutazioni delle performance dei sistemi sanitari regionali operate dal Ministero della salute nel "Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2017"¹²⁹,

¹²⁸ Secondo i dati pubblicati dal ministero della Salute, il Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea valuterà i servizi sanitari regionali sulla base di 81 indicatori, e produrrà un punteggio distinto per ciascuno dei tre livelli assistenziali del SSN (prevenzione, distrettuale, ospedaliera); la sperimentazione in corso, condotta sui dati relativi al 2016, ha portato ad un risultato meno positivo rispetto a quello ottenuto, per il medesimo anno, con la attuale metodologia: sono state infatti solo nove, su ventuno valutate, le Regioni (Piemonte, Lombardia, P.A. Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche) giudicate adempienti nell'erogazione dei Lea.

¹²⁹ Pubblicazione del febbraio 2019.

conducono nondimeno a ritenere che non sempre al processo di risanamento finanziario si accompagna una sufficiente erogazione dei livelli essenziali di assistenza, soprattutto nelle aree geografiche del meridione.

Ciò è particolarmente visibile nel caso della Regione Campania che, a fronte di un evidente risanamento finanziario (+7,58 milioni nel 2013; +127,78 milioni nel 2014; +49,82 milioni nel 2015; +30,78 milioni nel 2016; +7,88 milioni nel 2017), relativamente alla qualità dei servizi sanitari della Regione, registra nel 2017 un punteggio complessivo della griglia LEA pari a 153 collocandosi, pertanto, ancora al di fuori dall'intervallo di adempienza.

Come sarà meglio specificato più avanti, le due uniche Regioni a statuto ordinario che nel 2017, come anche nel 2016, presentano un punteggio complessivo dell'adempimento relativo alla Griglia LEA al di sotto della soglia di adempienza, sono la Campania e la Calabria mentre la prima migliora comunque il risultato rispetto agli anni precedenti (da 106 nel 2015 a 153 nel 2017) la seconda lo peggiora (da 147 nel 2015 a 136 nel 2017). In queste due Regioni le criticità hanno riguardato, per il livello assistenziale relativo alla prevenzione, il basso tasso di partecipazione della popolazione a test di *screening* di primo livello (Campania e Calabria) e di vaccinazioni antinfluenzali tra gli anziani (Campania), per l'assistenza distrettuale, invece, l'insufficienza delle strutture dedicate all'assistenza residenziale ai disabili (Regione Campania), agli anziani (Campania e Calabria) e ai malati terminali (Campania), ed infine, per l'assistenza ospedaliera, l'eccesso di parti cesarei sul totale parti.

Con riguardo a Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Trento e Bolzano, va precisato che tali Autonomie, per le modalità di finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio¹³⁰, sono tuttora escluse dalla Verifica Adempimenti affidata dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse. E ciò avviene nonostante le previsioni costituzionali in materia di egualianza dei cittadini e tutela della salute di cui agli artt. 3 e 32 rendano assolutamente auspicabile che il processo di uniformità relativo all'erogazione del bene salute trovi al più presto il suo compimento.

Peraltro, per l'anno 2017, il Ministero della Salute ha reso noti i punteggi di tutte le Regioni, comprese quelle che non sono sottoposte alla verifica adempimenti per l'accesso alla quota premiale: Friuli-Venezia Giulia (193) e Provincia Autonoma di Trento (185), che, insieme a Liguria (195), Basilicata (189), Lazio (180), Puglia (179), Molise (167), Sicilia (160), presentando un punteggio compreso tra 200 e 160, si collocano sopra il livello minimo accettabile. *“Le Regioni Campania (153), Valle d'Aosta (149), Sardegna (140), Calabria (136) e la Provincia Autonoma di Bolzano (120) si caratterizzano per i punteggi inferiori a 160 e presentano diverse criticità ascrivibili in particolare all'area della prevenzione (screening e coperture vaccinali) e*

¹³⁰ Che, come già ricordato, avviene senza alcun onere a carico del bilancio dello Stato.

*all'area distrettuale (residenziali anziani e disabili).*¹³¹ Per tali ultime tre Autonomie speciali, è stato altresì evidenziato anche il mancato invio di alcuni flussi informativi obbligatori.

Complessivamente, dunque, il citato Monitoraggio dei LEA per l'anno 2017 ha valutato positivamente, e quindi giudicate adempienti nell'erogazione dei LEA, 16 regioni, di cui otto con punteggio superiore a 200 (Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Abruzzo e Marche) e otto con punteggio compreso tra 200 e 160 (Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata, P.A. di Trento, Lazio, Puglia, Molise e Sicilia).

Negli anni 2015-2017 si assiste dunque ad un generale miglioramento delle performance dei sistemi sanitari, sia delle Regioni in piano di rientro giudicate inadempienti (che nel 2015 erano cinque, Puglia, Molise, Sicilia, Campania e Calabria), sia di quelle già considerate adempienti nel 2015 (tutte le Regioni a statuto ordinario non in piano più tre in piano di rientro: Piemonte, Lazio e Abruzzo), che migliorano nel corso del triennio la propria valutazione positiva.

Rispetto alle criticità emerse nel 2015, migliora il livello di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi e il livello di partecipazione ai *test* di *screening* di primo livello, anche se è ancora nelle Regioni meridionali che si rilevano le percentuali di partecipazione tra la popolazione più basse.

Riguardo alla metodologia per il monitoraggio, la valutazione dei SSR viene condotta dal tavolo tecnico sulla base di 31 indicatori relativi ai tre livelli assistenziali del SSN: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, e assistenza ospedaliera; gli indicatori del primo livello valutano, tra l'altro, il grado di copertura vaccinale della popolazione residente, la partecipazione ai programmi di screening e i controlli sanitari per la sicurezza alimentare, quelli del secondo livello, l'assistenza domiciliare agli anziani e quella residenziale per i disabili, i malati terminali e le persone affette da disturbi mentali, mentre tra gli indicatori relativi al terzo livello (l'assistenza ospedaliera), due sono specificamente rivolti alla valutazione della qualità delle prestazioni ospedaliere (percentuale di pazienti, con età pari o superiore a 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, e percentuale di parti cesarei primari), mentre gli altri sono centrati soprattutto su valutazioni di appropriatezza dell'assistenza erogata in ambito ospedaliero e quindi sull'uso efficiente delle risorse cliniche, oltreché dell'appropriato contesto terapeutico nel quale si eroga la prestazione sanitaria.

Di seguito, una breve sintesi delle maggiori criticità rilevate (considerate "inaccettabili" dal Tavolo di monitoraggio o "rilevanti ma in via di miglioramento"), suddivise per i tre livelli assistenziali.

1) Assistenza prevenzione collettiva e sanità pubblica

¹³¹ Fonte Ministero della Salute:
<http://www.salute.gov.it/portale/lea/detttaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4747&area=Lea&menu=monitoraggioLea>.

Rilevati scostamenti non accettabili rispetto ai valori di riferimento per i seguenti indicatori:

- Copertura vaccinale antiinfluenzale degli anziani in Valle D'Aosta, Piemonte, P. A. di Bolzano, Veneto;
- Copertura vaccinale bambini 24 mesi per ciclo base nella P. A. di Bolzano, in Friuli-Venezia Giulia e Sicilia.

Scostamenti non accettabili rispetto ai valori di riferimento per i seguenti indicatori:

- Partecipazione a test di screening di primo livello (cervice uterina, mammella, colon retto) in Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna.

Scostamenti minimi rispetto ai parametri di riferimento per i seguenti indicatori:

- Malattie animali trasmissibili all'uomo (percentuali di allevamenti controllati per contrasto alla brucellosi) in Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia.

2) Assistenza distrettuale

Rilevati scostamenti non accettabili rispetto ai valori di riferimento per i seguenti indicatori:

- Distrettuale domiciliare anziani: Valle D'Aosta, Calabria,
- Residenziale anziani: Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.
- Distrettuale disabili: P. A. Bolzano, P. A. Trento, Lazio, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia.
- Distrettuale malati terminali: Campania, Sicilia.
- Distrettuale salute mentale: Sardegna

3) Assistenza ospedaliera

Rilevati scostamenti non accettabili rispetto ai valori di riferimento per i seguenti indicatori:

- Tasso di accessi di tipo medico per 1.000 residenti: Liguria, Campania,
- Percentuale di parti cesarei primari: Valle d'Aosta, Liguria, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia, Sardegna.
- Percentuale di pazienti (con età pari o superiore a 65 anni) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario: Molise, Calabria.
- Emergenza: intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso: Valle d'Aosta, Basilicata.

Tabella 35 Punteggi regionali griglia LEA, anni 2013-2017

Regioni Statuto ordinario	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	201	200	205	207	221
Lombardia	187	193	196	198	212
Veneto	190	189	202	209	218
Liguria	187	194	194	196	195
Emilia-Romagna	204	204	205	205	218
Toscana	214	217	212	208	216
Umbria	179	190	189	199	208
Marche	191	192	190	192	201
Lazio*	152	168	176	179	180
Abruzzo*	152	163	182	189	202
Molise*	140	159	156	164	167
Campania*	136	139	106	124	153
Puglia*	134	162	155	169	179
Basilicata	146	177	170	173	189
Calabria*	136	137	147	144	136
Regioni Statuto speciale	2013	2014	2015	2016	2017
Valle d'Aosta		-	-	-	149
P. A. Bolzano		-	-	-	120
P. A. Trento		-	-	-	185
F. V. Giulia		-	-	-	193
Sicilia*	165	170	153	163	160
Sardegna	-	-	-	-	140

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della Salute. * Regioni in piano di rientro

4.2.2 La Regione Sardegna

Dalla riunione del 2 agosto 2018 con la Regione Sardegna, emerge una situazione di particolare complessità:

- i risultati di gestione 2015 (-328,37 milioni) e 2016 (-344,259 milioni) sono stati coperti due anni dopo l'esercizio di riferimento, nonostante ex art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 le Regioni si siano impegnate ad assicurare l'equilibrio del proprio Servizio sanitario in corso d'anno;
- il bilancio consolidato 2015, alla data del 2 agosto 2018, non risultava ancora approvato;
- la copertura del disavanzo relativo all'esercizio 2016, oltre a valere in parte sul bilancio regionale 2017 e 2018 per complessivi 129,816 milioni, contravvenendo così all'impegno dell'equilibrio in corso d'anno, è stata oltretutto parziale, residuando una perdita non coperta pari a -189,152 milioni;
- le coperture, parziali anch'esse, per il disavanzo dell'esercizio 2017 (-240,25 milioni) sono state iscritte sul bilancio regionale pluriennale 2018-2020 nell'annualità 2019;

- nel passivo dello stato patrimoniale 2017 sono valorizzati utili (perdite) portate a nuovo per -575,949 milioni (in miglioramento di 43,795 milioni rispetto al 2016) di cui -265,92 milioni quali perdite derivanti dalla mancata copertura di ammortamenti non sterilizzati al 31/12/2013;
- la situazione di squilibrio prospettata al 31 dicembre 2018, secondo il Tavolo, è pari a circa 708 milioni.

In tale contesto, il Tavolo ha ricordato più volte che la legislazione sanitaria vigente non consente coperture pluriennali se non in via eccezionale, cioè alle sole Regioni sottoposte a piano di rientro dai disavanzi sanitari e soltanto mediante specifica deroga legislativa (cfr. art. 1, co. 796, lett. e), l. n. 296/2006). Tali coperture pluriennali, infatti, generano un peggioramento dell'indebitamento netto delle PA.¹³²

In considerazione del fatto che *“l'entità dei disavanzi registrati ogni anno dalla Regione Sardegna è tale da superare abbondantemente la percentuale di obbligatorietà per la sottoscrizione di un Piano di rientro prevista dalla legislazione vigente”*, è stata rinnovata alla Regione la richiesta di predisporre una proposta di piano di rientro ai sensi dell'art.2, cc. 77 e seguenti, l. n. 191/2009, sia per affrontare il programma triennale di contenimento dei costi nonché, operativamente, per affrontare le criticità relative alla tenuta di una corretta contabilità economico-patrimoniale, con particolare riguardo al fondo di dotazione, ai finanziamenti per gli investimenti ed alla copertura integrale dei disavanzi pregressi, rendendo così attendibili e certi i dati gestionali trasmessi. Richiesta analoga era stata avanzata già nel corso della riunione del 20 settembre 2017 in occasione dell'esame del consuntivo 2016.

La legge regionale Sardegna n. 40 del 5 novembre 2018, all'art. 2, ha formalizzato le perdite del sistema sanitario regionale nel modo che segue: *“1. Ai fini della copertura della quota di disavanzo del Rendiconto 2017 approvato dalla Giunta regionale generato dall'accantonamento al risultato di amministrazione delle perdite del sistema sanitario regionale, pari a complessivi euro 680.712.119,30, si autorizza: [a] per euro 265.920.000, derivanti dagli ammortamenti non sterilizzati effettuati ante il 2012 dalle aziende sanitarie locali, il piano di rientro di euro 10.636.800 in rate costanti annuali, entro l'arco temporale di 25 anni a decorrere dal 2018”*¹³³; *“b) per euro 414.792.119,30, relativi alle perdite del sistema sanitario delle annualità 2016, pari a euro 297.625.119,30, e 2017, pari a euro 117.167.000, il piano di rientro per euro 182.479.600 nel 2018 ed euro 232.312.519,30 nel 2019, ai sensi del comma 12 dell'articolo 42 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118... 2. Ai sensi del comma 13 dell'articolo 42 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni, la Regione si impegna ad evitare la formazione di ogni ulteriore potenziale disavanzo.”*.

¹³² Verbale Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, riunione del 2 agosto 2018.

¹³³ Lettera abrogata dall'art. 3, co. 5, l.r. 28 dicembre 2018, n. 48, a decorrere dal 4 gennaio 2019 (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 13, comma 1, della medesima legge).

4.2.3 Altre Regioni

Regioni in piano di rientro:

Molise. La situazione più critica tra le Regioni a statuto ordinario risulta essere ancora quella del Molise, con un *pro capite* di -112,92 euro (cfr. tab. 32). Tale dato, pur se in continua riduzione (era -134,86 euro nel 2016 e -142,59 euro nel 2015), appare particolarmente delicato se si considera che l'equilibrio di gestione della Regione Molise nel triennio 2015 - 2017 è stato garantito solo grazie al riconoscimento alla Regione del contributo di solidarietà interregionale per il Piano di risanamento del Servizio Sanitario Regionale - Piano Operativo Straordinario 2015-2018, di cui alla Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015.

In virtù di tale accordo, sono stati assegnati alla Regione Molise 30 milioni per l'esercizio 2015, 25 milioni per l'esercizio 2016 e 18 milioni per l'esercizio 2017: senza tali importi, le coperture predisposte annualmente dalla Regione nel triennio considerato, sarebbero state insufficienti a coprire il disavanzo dell'esercizio.

Il 2017 è l'ultimo anno per il quale è previsto il contributo di solidarietà interregionale.

Dal verbale del 24 luglio 2018, si apprende, inoltre, che la Regione Molise non ha rispettato per il terzo anno consecutivo quanto disposto dall'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, non avendo erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/03/2018, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale: la mancata erogazione della cassa si ripercuote negativamente sul rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, tempi di pagamento che nel caso della Regione Molise si confermano in grave ritardo, in particolare da parte di Asrem¹³⁴.

Tavolo e Comitato hanno, altresì, invitato ancora una volta la struttura commissariale a controllare le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a gestione diretta al fine di evitare il costante ripetersi della produzione extrabudget¹³⁵, stante anche la chiusura del contenzioso pregresso con le due strutture a gestione diretta della Regione, avvenuta nel 2015 con transazioni pari a 84 milioni di euro: “*a distanza di 11 anni dalla sottoscrizione del Piano di rientro si ripresenta sistematicamente la criticità legata alla extra-produzione delle due strutture ospedaliere rispetto alla programmazione. Tale circostanza conferma nuovamente il mancato governo dei due erogatori privati*”¹³⁶.

¹³⁴ V. Cap. 5.3.3, tab. 65.

¹³⁵ I due erogatori a gestione diretta della Regione sono Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II. Il totale della produzione extrabudget di tali due erogatori è stato pari a 20,028 milioni di euro (compensando con il minor budget specialistica Fondazione GPII, l'extrabudget è 19,8 milioni).

¹³⁶ Verbale riunione del 24/07/2018 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza.

Calabria. Subito dopo quella del Molise, la situazione più delicata è rinvenibile in Calabria, in cui il disavanzo *pro capite* nel 2017 è pari a -51,67 euro.

Il risultato di esercizio di questa Regione, infatti, nel 2017 (-101,53 milioni) è peggiorato sia rispetto al 2016 (in cui era -99,45 milioni) sia rispetto al 2013 (-30,63 milioni): in termini percentuali nel quinquennio 2013-2017 il risultato della Regione Calabria è peggiorato del 231,47%.

Nel corso della riunione del 18 luglio 2018, Tavolo e Comitato hanno invitato la Regione a garantire adeguato supporto alla struttura commissariale nonché a potenziare la struttura regionale deputata alla sanità che sembrerebbe essere particolarmente carente.

Con riguardo, in particolare, allo stato patrimoniale 2017, Tavolo e Comitato, nel rinviare l'esame dello stesso vista l'incompletezza della documentazione trasmessa, hanno, altresì, evidenziato:

- la mancata presentazione, da parte del Commissario della Regione Calabria, del piano dei trasferimenti al SSN delle risorse presenti sul bilancio regionale;
- l'alta dimensione delle disponibilità liquide aziendali;
- gli alti tempi di pagamento dei fornitori;
- la crescita delle anticipazioni verso il tesoriere (+369%).

È stato, altresì, sottolineato come l'alta dimensione delle disponibilità liquide aziendali si contrapponga agli alti tempi di pagamento dei fornitori ed alla crescita delle anticipazioni verso il tesoriere, soprattutto laddove si consideri che tale crescita delle anticipazioni verso il tesoriere non ha pari in Italia, dove, al netto della Calabria, è diminuita considerevolmente (-53%, v. anche *supra*, par. 5.3.2, tab. 63 - Debiti v/Istituto Tesoriere).

Nella Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) della Regione Calabria, inoltre, in base a quanto comunicato, al 31 marzo 2018 rimangono 142,8 milioni di risorse non trasferite agli enti del SSR (*"trattenute inspiegabilmente dalla GSA, di cui una parte rilevante costituita da finanziamento indistinto e risorse fiscali"*¹³⁷), nonostante specifico punto del mandato commissariale riguardi proprio il trasferimento di liquidità al servizio sanitario. Tavolo e Comitato hanno chiesto alla struttura commissariale di motivare perché sia stato consentito alla GSA di trattenere così ingenti risorse, invitando, altresì, la struttura commissariale ad evitare il ripetersi di tale circostanza, anche considerando che gli enti del SSR della Regione Calabria presentano, su scala nazionale, i maggiori ritardi nel pagamento dei fornitori.

Relativamente all'erogazione dei LEA oggetto di verifica del Comitato LEA, il punteggio complessivo registrato dalla Regione Calabria nel 2016 risulta ancora al di sotto della soglia di adempienza, con un valore pari a 144; nel 2017 scende ancora (136).

¹³⁷ Verbale Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, riunione del 18 luglio 2018.

Abruzzo. Con riguardo al bilancio 2017 della Regione Abruzzo, nel corso della riunione del 26 luglio 2018, Tavolo e Comitato hanno rilevato iscritti dalle ASL 72,75 milioni di euro di note di credito ancora da ricevere¹³⁸, relative a prestazioni da privato accreditato, di cui accantonate a Fondo rischi 36,74 milioni, con un differenziale di 36,02 milioni.

La Regione è stata invitata a presidiare maggiormente le proprie aziende su questo aspetto della gestione, evitando il ripetersi di tale inerzia aziendale nel chiedere, a distanza di anni dalla chiusura dei singoli esercizi, l'ordinata emissione delle note di credito da parte degli operatori privati accreditati. È stato, altresì, suggerito alla Regione, per le prossime annualità, di inserire negli schemi contrattuali una clausola relativa alla sospensione temporanea dell'accreditamento in caso di mancata emissione delle note di credito. Nelle more delle verifiche in corso da parte della Regione con le singole strutture, è stato ritenuto opportuno iscrivere extra-contabilmente il rischio generato dal disallineamento rilevato di 36,02 milioni, rideterminando il disavanzo di gestione¹³⁹.

Campania. Nel corso della riunione del 18 luglio 2018, Tavolo e Comitato, pur in attesa dell'approvazione dei bilanci 2017, hanno preso atto dell'importante sistemazione contabile del patrimonio netto e della chiusura delle perdite pregresse: con DCA n.46/2018, infatti, è stata disposta l'assegnazione alle aziende interessate di utili portati a nuovo ed altre disponibilità per complessivi 552,09 milioni. I contributi per ripiano perdite sono stati superiori alle perdite per 52,10 milioni. L'*advisor* ha riferito che alla data del 31 dicembre 2017, le perdite pregresse risultano interamente ripianate.

Conseguentemente, in attesa della chiusura dei bilanci 2017 e dei trasferimenti dei contributi per ripiano perdita alle aziende sanitarie al fine di chiudere anche contabilmente le partite patrimoniali, Tavolo e Comitato hanno ritenuto che la manovra fiscale dell'anno d'imposta 2017 possa rientrare nella disponibilità del bilancio regionale. Al contempo, avendo la Regione Campania registrato un *trend* consolidato di risultati di gestione in equilibrio nel triennio 2015-2017 (+49,82 milioni; +30,78 milioni; +7,88 milioni), si riconosce dall'anno d'imposta 2019 l'eliminazione o la destinazione a finalità extrasanitarie del gettito delle aliquote fiscali destinate all'equilibrio del SSR a seguito della sottoscrizione dell'Accordo per il piano di rientro.

A fronte di tale, evidente, risanamento finanziario, il punteggio complessivo registrato dalla Regione Campania relativamente all'erogazione dei LEA, è ancora al sotto della soglia di adempienza (rispetto alla soglia minima di 160, nel 2016 è 124, nel 2017 è 153).

Lazio. Nel corso della riunione del 26 luglio 2018, è stato consentito alla Regione Lazio, ai sensi dell'art. 2, co. 6, d.l. n. 120/2013 ed in considerazione dei risultati di gestione degli ultimi due anni (-136,52

¹³⁸ Di cui 56,756 milioni per il periodo 2013 e precedenti e 15,997 milioni per il periodo 2014 - 2017.

¹³⁹ Il risultato dell'esercizio 2017 della Regione Abruzzo, considerando anche la rettifica di -0,34 milioni per le aziende in utile (v. tab. 29), passa così da -15,86 milioni a -52,22 milioni.

milioni e -45,67 milioni), di destinare all'equilibrio del settore sanitario, a partire dall'anno d'imposta 2019, un gettito fiscale minimo pari a 91,09 milioni di euro, potendo ridurre le maggiorazioni fiscali ovvero destinare il relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al d.l. n. 35/2013, fermo restando quanto disposto dall'art. 2, co. 86, l. n. 191/2009¹⁴⁰. Con riguardo alla possibilità di svincolare la manovra fiscale regionale relativa all'anno d'imposta 2018 eccedente la copertura del disavanzo 2017, è stata rinviata ogni valutazione all'esito di approfondimenti più volte richiesti nel corso delle riunioni sin dal 2017. Relativamente al consuntivo 2017, si segnala che: gli interessi passivi pagati dal SSR (sia a livello centrale sia dalle aziende sanitarie) rappresentano il maggior valore assoluto a livello nazionale, pari al 30% dello stesso; il costo dei medici Sumai è il secondo dato più elevato in Italia, costituendo il 12% del totale. Permane, inoltre, l'attesa circa gli esiti degli approfondimenti in corso sulla tenuta delle scritture contabili della ASL di Frosinone: le rilevanti criticità emerse nella contabilità dell'azienda¹⁴¹ hanno, infatti, impatto sull'intero conto consolidato regionale.

La struttura commissariale è stata richiamata al puntuale e costante monitoraggio delle attività degli enti del proprio SSR.

Con riguardo allo stato patrimoniale, ancora sussiste l'importante negatività del Fondo di dotazione già segnalata nella relazione sull'esercizio 2016, (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG): il conto consolidato della Regione Lazio è l'unico in Italia a presentare un fondo di dotazione negativo (-994,25 milioni per il 2017) per il quale non sono note le motivazioni. Nel corso della riunione di luglio 2018, Tavolo e Comitato hanno chiesto alla struttura commissariale di accelerare gli interventi, richiesti sin dalle prime analisi del 2011, per risolvere tale problematica, atteso che la stessa rappresenta una rilevante criticità in relazione all'effettiva chiusura di ogni partita di debito pregressa.

Regione siciliana. La Regione siciliana, per il quinto anno consecutivo, non ha rispettato quanto previsto dall'art. 3, co. 7, d.l. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio SSR, entro il 31 marzo 2018, il 98% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio SSR. Pertanto, anche se la situazione sembra in miglioramento, *“persiste il ritardo con cui la Regione*

¹⁴⁰ *“L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo.”*

¹⁴¹ Si segnala in particolare il differenziale rilevato tra il saldo del conto transitorio appositamente costituito dalla ASL di Frosinone per la sistemazione contabile dell'accordo con la San Raffaele Spa pari a 31,5 milioni e l'importo di 54,6 milioni derivante dalla ricostruzione effettuata con il supporto dell'*advisor*: la ASL, considerando anche ulteriori attività di riconciliazione di partite contabili non oggetto dell'accordo per 4,3 milioni, ha iscritto sul conto consuntivo 2017 una sopravvenienza passiva di 35,8 milioni. La differenza di 18,8 milioni, rispetto ai 54,6 milioni, è stata rilevata dalla GSA. Trascorso un anno dall'inizio della vicenda, la problematica non è stata ancora risolta, anche avendo riguardo alla valutazione dei rischi che possano derivare da eventuali sentenze sfavorevoli alla ASL con riferimento all'applicazione della sentenza della Corte dei conti n. 290/2016.

trasferisce le risorse al proprio SSR pur avendo avuto accesso alle anticipazioni di liquidità tali da permettere un ordinato trasferimento delle risorse del SSR”¹⁴².

Complessivamente, dunque, con riferimento allo stato patrimoniale 2017, Tavolo e Comitato hanno rilevato sia l'appalesarsi di nuove difficoltà della Regione ad erogare con regolarità le risorse di propria spettanza al SSR, sia l'ingente importo delle disponibilità liquide presso l'Istituto Tesoriere affluite solo a fine anno (2.342 milioni), sintomatico di ritardi nell'erogazione delle risorse e, quindi, nei pagamenti da parte delle aziende. È stata altresì rilevata anche l'ingente dimensione dei crediti oggetto di perenzione conseguente ai mancati tempestivi trasferimenti regionali.

La valutazione relativa all'erogazione dei LEA risulta sostanzialmente stabile ed appena sufficiente, essendo il punteggio di adempimento nell'anno 2017 pari a 160 (livello minimo accettabile).

Regioni sottoposte a monitoraggio:

Toscana. La Regione Toscana, convocata dal Tavolo di monitoraggio a luglio 2018, ha chiesto, ancora quest'anno, di rimandare la verifica dello stato patrimoniale, anche in considerazione del fatto che i dati inseriti a NSIS da alcune aziende sanitarie non erano definitivi. Nel corso della riunione del 20 novembre 2018, il Tavolo ha richiamato quanto già segnalato in sede di verifica dello stato patrimoniale 2016: *“I Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze non possono non evidenziare l'estremo ritardo con cui la Regione Toscana ha provveduto ad inviare le informazioni definitive sia a NSIS che a corredo delle iscrizioni contabili. Ricordano alla Regione Toscana che sono ormai diverse verifiche che la Regione produce le relative informazioni con eccessivo ritardo. Tale circostanza è segnaletica di criticità nel presidio dei propri accadimenti contabili e risulta non rispettosa nei confronti del Tavolo che per legge è preposto alle attività di verifica con tutte le regioni.”*

Il risultato di esercizio della Regione Toscana evidenzia nell'ultimo triennio un andamento negativo (esercizio 2015: -72,20 milioni; esercizio 2016: -88,59 milioni; esercizio 2017: -93,97 milioni).

D'altro canto, dalle evidenze contabili riportate nello stato patrimoniale 2017 si rileva il permanere di criticità quali: perdite nette portate a nuovo per 167,511 milioni di euro; debiti per mutui passivi per 605,368 milioni di euro, in aumento di 189,375 milioni di euro rispetto al 2016, pari al +46% (peraltro previsti ulteriormente in aumento anche nell'anno 2018)¹⁴³; debiti verso fornitori per 1.178,851 milioni; debiti verso Istituto Tesoriere per 302,439 milioni di euro, il maggior valore iscritto tra i servizi sanitari regionali, pari al 50% del totale nazionale¹⁴⁴. Permane, inoltre, la mancata copertura delle perdite

¹⁴² Verbale Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, riunione del 24 luglio 2018.

¹⁴³ Nel corso della riunione del 20 novembre, è stato segnalato, in particolare, che la Regione nel 2017 ha un'esposizione debitoria per mutui pari al 41% del valore dei mutui complessivamente registrati dal SSN, la seconda in Italia per valore assoluto: in tutte le Regioni il dato è in decremento mentre in Toscana vi è stato un incremento di ben 11 punti percentuali (lo scorso anno l'incidenza era del 30%, +189,375 milioni).

¹⁴⁴ Sempre nel verbale della riunione del 20 novembre 2018, allegato 2 stato patrimoniale 2017, si legge che tutte le Regioni hanno diminuito, se non azzerato, l'esposizione verso l'Istituto Tesoriere con l'unica eccezione di due Regioni sottoposte ai piani di rientro (v. *supra*, Molise, +4,48 milioni, e Calabria, +186,98 milioni pari a +370%, rispetto al 2016). Il Tavolo ha rilevato che anche questa voce evidenzia la seria necessità

pregresse portate a nuovo, a distanza di quattro anni dalla loro quantificazione¹⁴⁵, in contrasto con gli impegni assunti dalle Regioni in ordine all’obbligo di assicurare l’equilibrio economico-patrimoniale e finanziario del proprio Servizio sanitario regionale.

Sinteticamente, dunque, si evidenzia come sia stata richiamata l’attenzione della Regione sulla sostenibilità economico finanziaria del Servizio sanitario toscano.

Lombardia. Il Tavolo ha rilevato l’esistenza di un diverso regime di finanziamento dei ricoveri erogati a non residenti rispetto a quello erogato ai residenti della Regione, in contrasto con la normativa nazionale (cfr. art.1, co. 171, l. n. 311/2004 come modificato dall’art. 1, co. 578, l. n. 208/2015, Divieto di tariffe in funzione della residenza del paziente per la remunerazione dei soggetti erogatori) con la quale si ribadisce il divieto di applicare agli erogatori privati remunerazioni diverse a seconda della provenienza dei pazienti, con conseguente nullità del contratto e degli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio¹⁴⁶.

Emilia-Romagna. Nel corso della riunione del 12 luglio 2018, il Tavolo ha confermato l’ingente dimensione dell’esposizione per mutui della Regione Emilia-Romagna, pur se tale dato è in diminuzione (nel 2017 è pari al 46% del totale nazionale e nel 2016 era il 76%).

Veneto. Con l.r. n. 19/2016, la Regione Veneto ha assegnato le funzioni e le responsabilità della GSA, previste dal d.lgs. 118/2011, ad Azienda Zero. Al fine di garantire l’unitarietà del codice di Azienda Zero, i modelli economici sono trasmessi da quest’ultima al NSIS utilizzando il codice “000”, senza che sia stata assecondata l’attivazione di un nuovo codice. Per quanto riguarda la “Revisione del Regolamento contabile di Azienda Zero” (ddr n. 211 del 22/06/2018) il Tavolo ha chiesto alla Regione di adottare un nuovo Regolamento in cui sia garantita dal 2018 l’unitarietà della rappresentazione contabile di GSA/Azienda Zero trattandosi di un unico bilancio, pur mantenendo due diverse contabilità sezionali riferite alla gestione economica, finanziaria e patrimoniale proprie dell’Azienda Zero ed ai trasferimenti da Regione ad Azienda Zero e da quest’ultima alle Aziende sanitarie.

Sulla tematica della riorganizzazione delle cure primarie, ed in particolare sulle medicine di gruppo integrate (MGI), il Tavolo ha ribadito le criticità già rilevate nel corso delle riunioni dell’anno precedente, definendola *“costosa modalità organizzativa suscettibile di compromettere gli obiettivi finanziari*

che la Regione Toscana affronti con responsabilità e tempestività la messa in sicurezza della situazione patrimoniale e finanziaria del proprio servizio sanitario regionale.

¹⁴⁵ La riconuzione straordinaria della situazione economico patrimoniale pregressa 2001-2011, è avvenuta il 30 gennaio 2014 laddove era emersa un’esigenza di copertura di 548,76 milioni.

¹⁴⁶ Nel corso della riunione del 12 luglio 2018, il Tavolo ha rilevato che *“il sistema di remunerazione degli erogatori privati accreditati rimane radicalmente diverso se trattasi di prestazioni rese a cittadini residenti rispetto ai cittadini non residenti. Il finanziamento delle prestazioni rese ai residenti è infatti basato su budget contrattuali determinati per singolo erogatore, mentre il sistema di finanziamento per i cittadini non residenti è basato (per la bassa complessità) su abbattimenti proporzionalmente uguali per tutti gli erogatori determinati a consuntivo. Il singolo erogatore potrebbe venire incentivato a ricoverare non residenti nella misura in cui ritiene di superare il budget per i residenti, mettendo in conto che avrà un abbattimento tariffario molto contenuto, anche se non definibile a priori.”*

in capo all'intero Servizio sanitario della Regione Veneto e in relazione a possibili effetti derivanti dall'implementazione di tali onerose modalità organizzative da parte di altre regioni”¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Verbale Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, riunione del 17 luglio 2018.

5 ANALISI DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN DA BDAP

5.1 Premessa

Le risultanze contabili degli enti del Servizio Sanitario Nazionale vengono trasmesse, tramite i modelli del conto economico e dello stato patrimoniale, al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tali informazioni sono riversate nella Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP)¹⁴⁸.

Il documento del conto economico è volto a rappresentare il processo di formazione del risultato economico della gestione, ponendo a confronto i costi e i ricavi di competenza, mentre il documento dello stato patrimoniale definisce la situazione patrimoniale di una azienda alla data di chiusura dell'esercizio.

Il monitoraggio dei conti del Servizio sanitario nazionale costituisce il principale strumento per la verifica del rispetto della garanzia dell'equilibrio annuale di bilancio da parte delle Regioni e rappresenta, al tempo stesso, elemento fondamentale nell'ambito del "sistema premiale".

Il d.m. del 15 giugno 2012, come modificato dal d.m. 30 giugno 2013, prevede che, oltre alle comunicazioni trimestrali di CE, i modelli CE e SP di rilevazione a consuntivo del consolidato regionale, contraddistinti dal codice «999», devono essere devono trasmessi entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

Ai fini del presente elaborato sono state acquisite dalla BDAP le risultanze contabili a livello di comparto sanitario regionale: l'acquisizione dei modelli di rilevazione CE è stata effettuata, per gli anni dal 2013 al 2017, in data 21 novembre 2018; per i modelli di rilevazioni SP l'acquisizione, per gli anni dal 2013 al 2017, è stata effettuata in data 25 gennaio 2019.

Alla data della chiusura dell'istruttoria del presente referto, i dati di CE e SP per l'esercizio 2018 non risultano ancora disponibili nella banca dati Opend-BDAP¹⁴⁹.

Si evidenzia - come peraltro già illustrato nella precedente relazione (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG) - che i risultati esposti nei CE ed analizzati di seguito non corrispondono a quelli determinati nel cap. 4, in quanto questi ultimi escludono le coperture dei disavanzi rilevati a fine gestione¹⁵⁰, con conseguente peggioramento del dato.

¹⁴⁸ Attualmente tali modelli sono liberamente accessibili tramite la sezione OpenBDAP

¹⁴⁹ Alla data del 24 aprile 2019, risultano pubblicati solamente le seguenti informazioni:

1. Conto economico: Azienda USL Valle D'Aosta; Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1.
2. Stato patrimoniale: Azienda USL Valle D'Aosta.

¹⁵⁰ In particolare, la voce AA0080 - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA.

5.2 I risultati delle gestioni sanitarie da BDAP: modello CE.

Come sopra accennato i conti economici sanitari consolidati a livello regionale sono stati estratti dalla Banca dati in data 21 novembre 2018. Tale precisazione è necessaria in quanto, come si evince dalla tabella che segue, l'aggiornamento dei risultati della gestione è dinamico e, dunque, l'estrazione dei dati in giorni differenti potrebbe portare verosimilmente a differenti risultati.

Tabella 36 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Aggiornamento dati di Conto economico degli enti del Servizio sanitario a livello regionale per gli anni 2013-2017

	REGIONI	2013	2014	2015	2016	2017
Regioni a statuto ordinario	Piemonte **	26/06/2015	17/11/2015	07/07/2016	30/06/2017	11/07/2018
	Lombardia	07/11/2014	20/10/2015	06/12/2016	30/06/2017	02/07/2018
	Veneto	24/10/2014	18/07/2016	30/06/2016	20/06/2017	21/06/2018
	Liguria	30/06/2014	14/01/2016	24/11/2016	17/07/2017	14/09/2018
	Emilia-Romagna	26/06/2014	15/01/2016	04/11/2016	06/06/2017	15/06/2018
	Toscana	01/12/2015	04/04/2016	23/02/2017	05/12/2017	25/09/2018
	Umbria	22/07/2014	30/06/2015	30/06/2016	30/06/2017	28/06/2018
	Marche	26/01/2015	29/06/2015	28/06/2016	21/09/2017	28/06/2018
	Lazio *	23/10/2015	13/01/2016	25/10/2016	04/04/2018	02/07/2018
	Abruzzo *	27/10/2015	14/01/2016	03/11/2016	21/02/2018	05/07/2018
	Molise *	25/02/2015	30/06/2015	28/06/2016	30/06/2017	29/06/2018
	Campania *	30/12/2014	22/07/2016	13/09/2017	13/09/2017	05/10/2018
	Puglia *	06/11/2014	03/07/2015	10/10/2016	07/07/2017	25/07/2018
	Basilicata	01/07/2014	14/10/2015	21/06/2016	30/06/2017	13/07/2018
	Calabria *	16/10/2014	02/07/2015	20/11/2017	13/07/2018	05/07/2018
Regioni a statuto speciale	Valle d'Aosta	23/07/2014	05/06/2015	30/06/2016	31/10/2017	13/07/2018
	P.A. Bolzano	26/09/2014	20/10/2015	27/07/2016	20/06/2017	05/06/2018
	P.A. Trento	16/01/2015	10/06/2015	07/06/2016	14/06/2017	18/06/2018
	Friuli-Venezia Giulia	17/06/2014	17/11/2015	26/07/2016	07/11/2017	28/06/2018
	Sicilia*	11/07/2014	17/05/2016	25/05/2017	01/03/2018	27/06/2018
	Sardegna	07/10/2015	13/03/2017	07/03/2017	26/07/2018	05/07/2018

Fonte: Modello di rilevazione a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Rispetto ai dati pubblicati nel precedente referto (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG) vi sono delle differenze in quanto sono stati effettuati nuovi invii alla banca dati.

I risultati di Conto economico degli enti sanitari, consolidati per singola Regione, disponibili su BDAP (sezione Open data), sono analizzati tenendo conto degli esiti delle verifiche operate in sede di monitoraggio degli appositi Tavoli tecnici (cfr. cap. 4)¹⁵¹.

¹⁵¹ Per le Regioni non in piano di rientro il riferimento è il Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005; per le Regioni in piano di rientro attività congiunta del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza di cui all'Intesa citata.

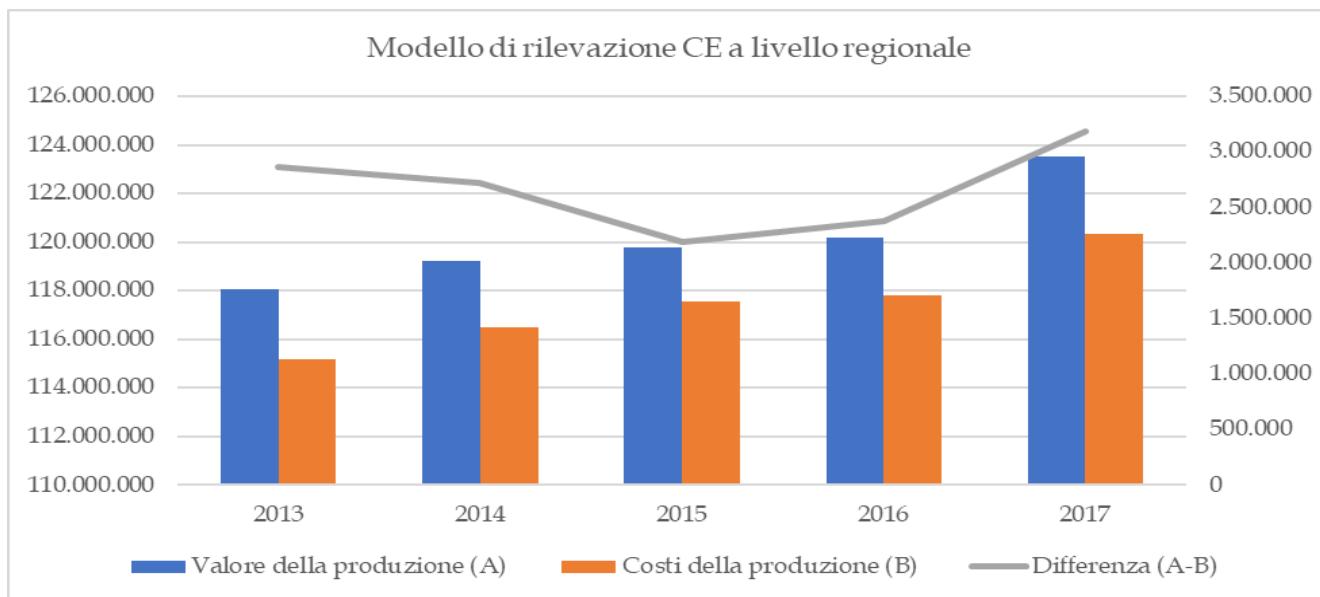
L'analisi delle macrovoci di conto economico consolidato evidenziano un miglioramento del risultato della gestione: tale miglioramento è ascrivibile, oltre che ad un incremento delle risorse e ad una migliore gestione finanziaria, anche dalla contabilizzazione nell'esercizio di competenza dei contributi extra fondo a titolo di copertura dei LEA (vedi capitolo precedente)¹⁵². Infatti, depurando la componente positiva (valore della produzione) dai contributi citati, si determina un risultato d'esercizio negativo, seppur di anno in anno in netto miglioramento.

La macroclasse “Valore della produzione” – sotto il profilo strettamente economico-aziendale - non rappresenta del tutto la valorizzazione in termini economici di quanto l'azienda sanitaria è stata in grado di produrre, per il fatto di essere largamente influenzata dai contributi in conto esercizio¹⁵³: infatti, la ripartizione delle risorse (Fondo sanitario regionale) alle singole strutture regionali avviene mediante criteri adottati da ciascuna Regione, i quali sono, almeno in linea generale, espressione di specifici orientamenti strategici e di culture organizzative locali dichiaratamente volte a valorizzare le diverse dimensioni territoriali e ad interpretare i principi fondamentali del SSN. Osservando tale voce (al lordo dei contributi a titolo di copertura LEA) nel corso del quinquennio si evidenzia un andamento crescente, passando dai 118 miliardi di euro del 2013 ai 124 miliardi di euro del 2017, con una variazione percentuale positiva pari al 4,64%. Nel periodo considerato si riscontra anche l'aumento dei costi della produzione, che passano da 115 miliardi di euro del 2013 a poco più di 120 miliardi di euro del 2017, con uno scostamento del 4,48%; l'andamento delle due macrovoci principali (valore e costo della produzione) produce un aumento del saldo della gestione caratteristica (andamento opposto, invece, se si analizza la gestione caratteristica scorporando i contributi a titolo di coperture LEA).

¹⁵² Il riferimento è alla voce AA0080 – Contributi extra fondo a titolo di copertura LEA.

¹⁵³ I contributi in conto esercizio sono per la maggior parte finanziati dalle risorse del Fondo sanitario nazionale.

Grafico 24 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP anni 2013-2017



Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

La gestione finanziaria (proventi e oneri finanziari) evidenzia un saldo negativo tendenzialmente crescente per gli anni 2013-2017 con un aumento pari al 31,34%. La gestione straordinaria, invece, contribuisce al miglioramento del risultato d'esercizio: infatti, a partire dal 2013, il saldo della gestione straordinaria (proventi e oneri straordinari) è positivo e registra un andamento crescente fino al 2015, per poi decrescere, al minore livello, nel 2016 e riprendere la crescita nel 2017 fino ad arrivare a 535 milioni di euro, che genera una variazione positiva totale del 62,72%. L'andamento della gestione straordinaria è principalmente influenzato dalle voci che riguardano le insussistenze e le sopravvenienze (vedi Tabella 37).

Tabella 37 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Macrovoce di Conto economico consolidato degli enti del SSN anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17
Valore della produzione (A)	118.044.157	119.229.005	119.753.986	120.176.495	123.520.378	4,64	2,78
<i>di cui: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</i>	<i>1.095.607</i>	<i>482.156</i>	<i>509.083</i>	<i>338.530</i>	<i>1.289.951</i>	<i>17,74</i>	<i>281,04</i>
Valore della produzione al netto delle risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA	116.948.550	118.746.849	119.244.903	119.837.965	122.230.427	4,52	2,00
Costi della produzione (B)	115.179.751	116.511.596	117.564.738	117.803.657	120.337.477	4,48	2,15
Differenza (A-B)	2.864.406	2.717.409	2.189.248	2.372.838	3.182.901	11,12	34,14
Differenza (A-B) al netto delle coperture	1.768.799	2.235.253	1.680.165	2.034.308	1.892.950	7,02	-6,95
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-354.608	-376.225	-360.218	-454.883	-465.754	31,34	2,39
Totale proventi e oneri straordinari (E)	328.865	345.379	491.164	334.306	535.119	62,72	60,07
Totale rettifiche di valore di attivita' finanziarie (D)	-7.271	-463	1.021	4.964	5.571	-176,62	12,23
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	2.831.392	2.686.100	2.321.215	2.257.225	3.257.837	15,06	44,33
Totale imposte e tasse	2.490.012	2.469.248	2.515.345	2.502.175	2.496.783	0,27	-0,22
RISULTATO DI ESERCIZIO	341.380	216.852	-194.130	-244.950	761.054	122,93	-410,70
RISULTATO DI ESERCIZIO AL NETTO DELLE COPERTURE	-754.227	-265.304	-703.213	-583.480	-528.897	-29,88	-9,35

Fonte: Modello di rilevazione a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

L'analisi per singola Regione fa emergere situazioni che meritano alcune precisazioni: ad esempio, il risultato della Regione Lazio (con un utile d'esercizio pari a 661 milioni di euro) è fortemente influenzato dalle risorse extra-fondo a titolo di copertura LEA (AA0080), per cui eliminando tali contributi si stima un risultato d'esercizio negativo pari a -43 milioni di euro (adottando la medesima impostazione anche per gli esercizi precedenti, si stima un risultato d'esercizio negativo per l'intera serie storica considerata). Stessa cosa il consolidato sanitario della Calabria che evidenzia un risultato d'esercizio sempre negativo nel corso del quinquennio, fino ad arrivare ai -2,93 milioni di euro del 2017 (con una variazione negativa del 103% rispetto al 2013, pari a -78.551 milioni di euro); eliminando i contributi a titolo di copertura LEA (AA0080) il risultato d'esercizio è pari a 101,53 milioni di euro.

La Lombardia chiude il 2017 con un risultato positivo di 5.067 milioni di euro, in diminuzione del 50% rispetto al dato del 2013, con una variazione di -5 milioni di euro nella serie storica considerata. Situazione negativa ma in miglioramento viene rilevata per la Regione Liguria che passa dai - 78 milioni di euro del 2013 ai - 49 milioni di euro del 2017. La Regione Marche segna un andamento fortemente decrescente con una variazione tra il 2016 ed il 2017 di 24 milioni di euro in meno.

Tabella 38 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risultato d'esercizio anni 2013-2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var.	Var.
						2013-2017	2016-2017
Piemonte **	12.988	57.167	6.350	50.730	31.086	18.098	-19.644
Lombardia	10.209	6.469	21.432	7.350	5.067	-5.142	-2.283
Veneto	45.775	56.014	12.397	17.410	57.307	11.532	39.897
Liguria	-78.196	-63.741	-94.459	-63.667	-49.733	28.463	13.934
Emilia-Romagna	709	13.775	265	590	698	-11	108
Toscana	-24.500	7.357	-20.866	-38.419	35.295	59.795	73.714
Umbria	7.090	10.370	3.457	7.236	3.092	-3.998	-4.144
Marche	61.433	62.494	64.661	24.860	885	-60.548	-23.975
Lazio *	30.563	21	27	13	661.117	630.554	661.104
Abruzzo *	53.141	7.209	-1.509	-37.388	-15.862	-69.003	21.526
Molise *	-70.414	-39.677	-26.485	137	309	70.723	172
Campania *	62.770	182.890	70.222	100.785	80.935	18.165	-19.850
Puglia *	5.304	14.677	7.278	-27.602	4.165	-1.139	31.767
Basilicata	2.406	1.475	-7.727	9.841	5.005	2.599	-4.836
Calabria *	75.621	41.474	40.406	-848	-2.930	-78.551	-2.082
RSO	194.899	357.974	75.449	51.028	816.436	621.537	765.408
Valle d'Aosta	5.669	3.642	-1.268	386	775	-4.894	389
P.A. Bolzano	-3.949	205	19.581	19.451	12.691	16.640	-6.760
P.A. Trento	19	17	23	31	87	68	56
Friuli-Venezia Giulia	16.594	16.931	23.632	-3.341	-14.443	-31.037	-11.102
Sicilia *	119.707	54.556	13.340	6.463	70.415	-49.292	63.952
Sardegna	8.441	-216.473	-324.887	-318.968	-124.907	-133.348	194.061
RSS	146.481	-141.122	-269.579	-295.978	-55.382	-201.863	240.596
Risultato d'esercizio	341.380	216.852	-194.130	-244.950	761.054	419.674	1.006.004
Risultato d'esercizio al netto delle coperture	-754.227	-265.304	-703.213	-583.480	-528.897	225.330	54.583

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Dalla tabella che segue emerge come i risultati d'esercizio siano influenzati dagli andamenti dei contributi per Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA (AA0080). Dette risorse evidenziano un andamento decrescente nel corso dei primi quattro anni, sintomo di un'efficace azione di monitoraggio, per poi salire nel 2017 a 1,3 miliardi di euro circa; in quest'ultimo anno di analisi, il dato a livello nazionale è fortemente influenzato dal valore registrato della Regione Lazio che rappresenta il 54,6% del totale delle risorse aggiuntive (704 milioni di euro sui 1.289 milioni di euro totali)¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Per il confronto tra le coperture presenti in BDAP e quelle individuate nel corso delle riunioni con i tavoli tecnici, si rinvia alla Tabella 34, paragrafo 4.2. Inoltre, per alcune specifiche considerazioni sulle RSS, relative alle modalità di contabilizzazione delle coperture, cfr. il paragrafo 4.1.2

Tabella 39 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA (AA0080) anni 2013-2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2013-2017	Var.% 2016-2017
Piemonte **	50.000					-100,00	n.d.
Lombardia						n.d.	n.d.
Veneto						n.d.	n.d.
Liguria						n.d.	n.d.
Emilia-Romagna						n.d.	n.d.
Toscana				98.000		n.d.	n.d.
Umbria						n.d.	n.d.
Marche	540	190				-100,00	n.d.
Lazio *	700.189	355.045	332.591	136.517	704.406	0,60	415,98
Abruzzo *						n.d.	n.d.
Molise *	28.962	20.350	18.192	17.220	17.365	-40,04	0,84
Campania *	53.999			51.755		-100,00	-100,00
Puglia *	47.197		60.000	10.000		-100,00	-100,00
Basilicata						n.d.	n.d.
Calabria *	109.398	106.571	98.300	97.747	98.033	-10,39	0,29
RSO	990.285	482.156	509.083	313.239	917.804	-7,32	193,00
Valle d'Aosta					22.903	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano						n.d.	n.d.
P.A. Trento					168.024	n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia						n.d.	n.d.
Sicilia *	105.070				65.875	-37,30	n.d.
Sardegna	252			25.291	115.345	45.671,83	356,07
RSS	105.322	0	0	25.291	372.147	253,34	1.371,46
Risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA	1.095.607	482.156	509.083	338.530	1.289.951	17,74	281,04

Fonte: Modello di rilevazione a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Analizzando la composizione del “Valore della produzione” emerge che la voce principale è rappresentata dai contributi in c/ esercizio i quali nel corso del quinquennio rappresentano più del 90% della voce totale. I contributi in c/ esercizio – che includono le risorse extra-fondo a titolo coperture LEA (AA0080) – registrano nel periodo considerato un incremento di 5,1 miliardi di euro (+4,6%). La voce “incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni” pur se di peso marginale evidenzia una forte diminuzione passando dai 2 milioni di euro del 2013 ai 310 mila euro del 2017 con una riduzione pari all’85%.

Tabella 40 a Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Macrovoce di Conto economico consolidato Totale Contributi degli enti del SSN anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17
A.1) Contributi in c/esercizio	107.789.484	109.458.652	109.137.662	110.367.452	112.914.169	4,75	2,31
A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	105.422.143	107.771.357	107.203.559	108.595.228	110.292.054	4,62	1,56
A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	2.108.581	1.419.534	1.676.220	1.537.642	2.392.229	13,45	55,58
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	203.067	200.189	182.724	167.036	169.313	-16,62	1,36
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	55.693	67.572	75.159	67.546	60.573	8,76	-10,32
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-347.551	-924.048	-925.071	-772.768	-637.647	83,47	-17,49
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	477.691	538.487	669.945	506.806	548.448	14,81	8,22
TOTALI CONTRIBUTI	107.919.624	109.073.091	108.882.536	110.101.490	112.824.970	4,55	2,47

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

Dall'analisi della composizione dei contributi in conto esercizio emerge che più del 90% dei contributi derivano dai trasferimenti da Regione/Prov. Autonoma: tali trasferimenti sono andati crescendo nell'arco temporale considerato aumentando del 4,62% e raggiungendo nell'ultimo anno di analisi il valore di 110.292 milioni di euro. Appare interessante ai fini dell'analisi dedicare attenzione all'andamento dei contributi *extra-fondo* che nel 2017 sono pari a 2.392 milioni di euro, in aumento del 13,45% rispetto al 2013 e del 56% rispetto al 2016.

Tabella 41 - Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macrovoce di Conto economico consolidato “Valore della Produzione” degli enti del SSN anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17
A.1) Contributi in c/esercizio	107.789.484	109.458.652	109.137.662	110.367.452	112.914.169	4,75	2,31
di cui: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	1.095.607	482.156	509.083	338.530	1.289.951	17,74	281,04
Contributi in c/esercizio al netto delle risorse a titolo di copertura LEA	106.693.877	108.976.496	108.628.579	110.028.922	111.624.218	4,62	1,45
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-347.551	-924.048	-925.071	-772.768	-637.647	83,47	-17,49
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	477.691	538.487	669.945	506.806	548.448	14,81	8,22
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	5.593.107	5.605.672	5.668.986	5.556.974	5.830.692	4,25	4,93
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.159.340	1.063.646	1.669.900	979.253	1.283.180	10,68	31,04
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.487.092	1.445.266	1.403.950	1.348.527	1.340.511	-9,86	-0,59
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	1.557.357	1.731.410	1.800.059	1.863.826	1.903.808	22,25	2,15
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	2.064	715	1.314	310	310	-84,98	0,00
A.9) Altri ricavi e proventi	325.573	309.205	327.241	326.115	336.907	3,48	3,31
Valore della produzione (A)	118.044.157	119.229.005	119.753.986	120.176.495	123.520.378	4,64	2,78
Valore della produzione al netto delle risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA	116.948.550	118.746.849	119.244.903	119.837.965	122.230.427	4,52	2,00

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

Tra le varie fonti di finanziamento appare interessante analizzare la parte relativa alla “compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)” che risulta in diminuzione nel corso del *trend* storico analizzato: la riduzione del 9,86% determina nel 2017 un ammontare di risorse pari a 1.340 milioni di euro. Per meglio analizzare il fenomeno, tale voce è stata scomposta per Regione ed analizzata considerando anche i valori *pro capite*. Di qui emerge come la spesa per ticket sia in costante diminuzione, da 24,47 euro nel 2013 a 22,16 euro per abitante nel 2017 (media nazionale). Il dato medio *pro capite* si diversifica tra le RSO, con 23,02 euro nel 2017 e le RSS, con 17,33 euro nello stesso anno. Alcune Regioni mostrano significativi scostamenti sopra la media come le Marche (43,4), la Toscana, il Veneto e l’Emilia-Romagna; al di sotto della media si situano la Campania (9,94 euro) seguita da Puglia e Lazio per le RSO. Nelle RSS la Valle d’Aosta presenta un *pro capite* superiore alla media (66,07 euro) contro con un *pro capite* in Sardegna di 4,41 euro.

Tabella 42 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Macrovoce di Conto economico consolidato degli enti del SSN anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17
A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - <i>Ticket</i> prestazioni di specialistica ambulatoriale	1.408.400	1.375.885	1.351.599	1.293.103	1.280.392	-9,09	-0,98
A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - <i>Ticket</i> sul pronto soccorso	38.074	40.115	43.340	42.871	45.775	20,23	6,77
A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>) - Altro	40.618	29.266	9.011	12.553	14.344	-64,69	14,27
Compartecipazione spesa prestazioni sanitarie	1.487.092	1.445.266	1.403.950	1.348.527	1.340.511	-9,86	-0,59

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

Tabella 43 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Compartecipazione *pro capite* alla spesa sanitaria (*ticket*) per Regione e Prov. Autonome anni 2013-2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte **	32,54	31,42	27,42	25,81	25,70
Lombardia	23,70	23,36	22,78	21,53	21,14
Veneto	37,16	36,80	36,18	34,77	35,72
Liguria	27,76	27,34	27,08	26,96	27,51
Emilia-Romagna	36,18	36,18	35,92	35,32	35,67
Toscana	38,08	37,17	36,80	35,93	35,95
Umbria	17,99	18,21	18,25	17,72	18,26
Marche	51,06	49,37	47,89	46,28	43,40
Lazio *	22,75	21,19	20,14	19,16	17,35
Abruzzo *	30,93	27,25	26,56	25,34	25,62
Molise *	16,60	16,57	16,32	14,53	14,84
Campania *	10,29	9,41	9,70	8,99	9,94
Puglia *	14,37	13,25	12,42	11,59	11,48
Basilicata	20,95	18,27	18,33	18,32	19,32
Calabria *	12,60	13,55	13,55	12,19	12,77
RSO	25,61	24,85	24,09	23,06	23,02
Valle d'Aosta	41,36	47,22	48,21	64,93	66,07
P.a. Bolzano	36,28	37,16	37,38	36,36	36,99
P.a. Trento	31,88	31,18	35,61	39,26	38,99
Friuli-Venezia Giulia	37,73	37,21	37,13	35,71	36,13
Sicilia *	29,40	27,31	26,75	26,06	25,76
Sardegna	5,68	5,67	5,59	5,25	4,41
RSS	18,04	17,68	17,82	17,72	17,33
Totale nazionale	24,47	23,77	23,14	22,26	22,16

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018; importi in euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Osservando la macrovoce “Costi della produzione” si registra nel periodo considerato un incremento del 4,5%, arrivando ad un valore pari a 120.337 miliardi di euro nel 2017; il peso maggiore (pari a quasi il 50% per ciascun anno del quinquennio) è rappresentato dall’acquisto di servizi (a loro volta suddivisi in servizi sanitari e non sanitari, dove i primi rappresentano il valore maggiore pari a 49,1 miliardi di

euro) che, con un ammontare pari a 56,653 miliardi di euro nel 2017, è in costante crescita (anche se il peso relativo sul costo totale negli anni subisce una frenata), seppur in misura inferiore alla crescita registrata dalla voce acquisto di beni. Gli acquisti di beni, che passano da 15,454 miliardi di euro del 2013 a 18,646 miliardi del 2017, segnano un aumento del 20,7%, da cui scaturisce un incremento dell’incidenza di tale voce sul costo della produzione (l’incidenza passa da un valore pari a circa il 13% a più del 15%). L’incremento registrato nella macrocategoria “consumi intermedi” è ascrivibile sostanzialmente all’aumento della spesa farmaceutica ospedaliera (v. cap.6).

Tabella 44 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo della produzione - Anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17	Inc.% 2013	Inc.% 2017
B.1) Acquisti di beni	15.454.393	16.073.870	17.898.217	18.028.507	18.646.024	20,65	3,43	13,42	15,49
B.1.A) Beni sanitari	14.911.719	15.571.288	17.451.074	17.639.162	18.264.060	22,48	3,54	12,95	15,18
B.1.B) Beni non sanitari	542.674	502.582	447.143	389.345	381.964	-29,61	-1,90	0,47	0,32
B.2) Acquisti di servizi	56.253.437	56.181.581	56.261.227	56.139.697	56.653.618	0,71	0,92	48,84	47,08
B.2.A) Servizi sanitari	48.333.446	48.411.592	48.607.191	48.596.704	49.107.838	1,60	1,05	41,96	40,81
B.2.B) Servizi non sanitari	7.919.991	7.769.989	7.654.036	7.542.993	7.545.780	-4,72	0,04	6,88	6,27
B.3) Manutenzione e riparazione	1.938.783	2.006.301	2.039.477	2.065.012	2.092.844	7,95	1,35	1,68	1,74
B.4) Godimento beni di terzi	993.446	1.026.970	1.033.831	1.055.761	1.079.869	8,70	2,28	0,86	0,90
B.5) Personale ruolo sanitario	27.907.649	27.686.715	27.616.600	27.447.885	27.450.299	-1,64	0,01	24,23	22,81
B.6) Personale ruolo professionale	132.772	127.285	125.206	123.529	124.683	-6,09	0,93	0,12	0,10
B.7) Personale ruolo tecnico	3.897.498	3.858.117	3.821.247	3.779.023	3.793.176	-2,68	0,37	3,38	3,15
B.8) Personale ruolo amministrativo	2.685.919	2.639.162	2.584.444	2.523.035	2.488.451	-7,35	-1,37	2,33	2,07
B.9) Oneri diversi di gestione	627.699	641.683	646.975	652.746	655.571	4,44	0,43	0,54	0,54
B.10) Amm.ti immob. immateriali	141.550	133.535	128.684	127.769	123.251	-12,93	-3,54	0,12	0,10
B.11) Amm.ti immob. materiali	2.360.745	2.394.147	2.323.108	2.264.266	2.248.106	-4,77	-0,71	2,05	1,87
B.14) Svalutazione immob. e crediti	134.385	117.970	105.281	137.387	100.690	-25,07	-26,71	0,12	0,08
B.15) Variazione delle rimanenze	-48.914	-51.299	-161.253	-130.856	-119.267	143,83	-8,86	-0,04	-0,10
B.16) Accantonamenti esercizio	2.700.389	3.675.559	3.141.694	3.589.896	5.000.162	85,16	39,28	2,34	4,16
Costi della produzione	115.179.751	116.511.596	117.564.738	117.803.657	120.337.477	4,48	2,15	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

L’erogazione dei servizi sanitari non può prescindere dall’impiego del personale: la voce “costo del personale”, che nel 2017 ammonta a 33,8 miliardi di euro, rappresenta oltre il 28% del totale costo della produzione. Esaminando l’andamento di tale voce di costo si riscontra un *trend* decrescente sia in valore

assoluto, con una riduzione pari a circa -760 milioni di euro, sia come incidenza percentuale sul costo della produzione dal 30% del 2013 al 28,1% del 2017.

**Tabella 45 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP Accantonamenti
Anni 2013 - 2017**

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17
B.16.A) Accantonamenti per rischi	1.206.983	1.893.198	1.735.246	1.592.133	1.881.526	55,89	18,18
B.16.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	351.281	367.709	335.423	289.466	345.820	-1,55	19,47
B.16.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	78.530	110.022	90.578	88.311	88.053	12,13	-0,29
B.16.A.3) Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	128.362	176.201	153.062	151.424	205.004	59,71	35,38
B.16.A.4) Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	257.123	423.470	467.637	510.480	592.376	130,39	16,04
B.16.A.5) Altri accantonamenti per rischi	391.687	815.796	688.546	552.452	650.273	66,02	17,71
B.16.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	51.816	55.775	52.961	56.886	62.509	20,64	9,88
B.16.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	870.880	939.558	651.722	802.249	1.066.106	22,42	32,89
B.16.D) Altri accantonamenti	570.710	787.028	701.765	1.138.628	1.990.021	248,69	74,77
B.16.D.1) Accantonamenti per interessi di mora	88.721	85.272	78.128	65.659	58.524	-34,04	-10,87
B.16.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	48.733	48.783	47.794	73.367	119.082	144,36	62,31
B.16.D.3) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai	6.169	7.188	6.864	10.991	18.537	200,49	68,66
B.16.D.4) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica	860	136	300	48.864	137.261	15.860,	180,90
B.16.D.5) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica			10	6.262	18.192	-	190,51
B.16.D.6) Acc. Rinnovi contratt.: comparto		154	629	75.474	218.890	-	190,02
B.16.D.7) Altri accantonamenti	426.227	645.495	568.040	858.011	1.419.535	233,05	65,44
Totale complessivo	2.700.389	3.675.559	3.141.694	3.589.896	5.000.162	85,16	39,28

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

Un'attenzione particolare merita, invece, la voce Accantonamenti in quanto si registra nel periodo considerato un rilevante incremento (+2,3 miliardi di euro, +85%), passando da 2,7 miliardi di euro del 2013 a 5 miliardi di euro del 2017. Tale incremento è ascrivibile principalmente alle voci "Accantonamenti per rischi"¹⁵⁵ (+0,67 miliardi di euro, +55,9%) e "Altri accantonamenti"¹⁵⁶ (+1,4 miliardi di euro, +248,9%). Con riferimento alla prima voce (accantonamenti relativi a rischi a carico dell'azienda, di probabile accadimento, ma incerti nel tempo e nell'ammontare) si evidenzia che l'evoluzione riscontrata è dovuta sia agli accantonamenti per copertura diretta dei rischi

¹⁵⁵ La voce Accantonamenti per rischi comprende: 1. Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali; 2. Accantonamenti per contenzioso personale dipendente; 3. Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato; 4. Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione); 5. Altri accantonamenti per rischi (accoglie gli accantonamenti relativi a rischi a carico dell'azienda, di probabile accadimento, ma incerti nel tempo e nell'ammontare, non previsti nelle voci precedenti).

¹⁵⁶ La voce Altri accantonamenti comprende: 1. Accantonamenti per interessi di mora; 2. Accantonamenti per rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA; 3. Accantonamenti per rinnovi convenzioni Medici Sumai; 4. Accantonamenti rinnovi contrattuali dirigenza medica; 5. Accantonamenti rinnovi contrattuali dirigenza non medica; 6. Accantonamenti rinnovi contrattuali comparto; 7. Altri accantonamenti (voce residuale in cui inserire gli accantonamenti non previsti nelle voci precedenti).

(autoassicurazione), che aumentano di oltre 335 milioni di euro (+130%), sia agli altri accantonamenti per rischi, che crescono di oltre 258 milioni di euro (+66%). Relativamente alla voce “accantonamenti per copertura diretta dei rischi” (autoassicurazione) si riscontra un incremento in tutte le Regioni, ad eccezione del Piemonte (-96,2%), della Basilicata (-57%) e della Calabria (-28,4%); gli incrementi maggiori sono evidenziati in Veneto (con 109,8 milioni di euro nel 2017, +247,7% rispetto al 2013), Emilia-Romagna (con 57,8 milioni di euro nel 2017, +246,8%), Lazio (con 80,5 milioni di euro nel 2017, +95,4%), Campania (con 55 milioni di euro nel 2017, +140,2%) e Sicilia (con 71,2 milioni di euro nel 2017, +521,5%). Per quanto concerne, invece, la voce Altri accantonamenti¹⁵⁷, l’incremento dipende maggiormente dalla voce residuale altri accantonamenti (+993 milioni di euro, +233%): le Regioni nelle quali si evidenzia il maggior aumento nel quinquennio esaminato sono la Lombardia (+436 milioni di euro), la quale rappresenta il 46,8% del totale, la Campania (+291,8 milioni) e l’Emilia-Romagna (+104 milioni).

Osservando il costo della produzione scomposto per Regione, emerge, ovviamente, che le Regioni più popolose sono quelle che sostengono il maggiore onere: in particolare, la Lombardia, Lazio, Campania, Veneto, Emilia-Romagna, Sicilia e Piemonte.

¹⁵⁷ Vedi nota precedente.

Tabella 46 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) - Anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var%	Var%	Var 13-17	Var 16-17
						13-17	16-17		
Piemonte	26.065	3.810	3.610	3.168	991	-96,2	-68,72	-25.074	-2.177
Lombardia	45.545	70.124	91.361	86.731	81.971	79,98	-5,49	36.426	-4.760
Veneto	31.584	48.263	48.438	67.690	109.839	247,77	62,27	78.255	42.149
Liguria	14.615	24.328	22.374	26.616	23.073	57,87	-13,31	8.458	-3.543
Emilia-Romagna	16.680	36.531	33.175	65.366	57.852	246,83	-11,5	41.172	-7.514
Toscana	n.d.	16.465	25.000	25.100	25.000	n.a.	-0,4	25.000	-100
Umbria	2.940	16.384	16.435	15.796	15.994	444,01	1,25	13.054	198
Marche	10.900	10.000	7.738	5.000	5.000	-54,13	0	-5.900	0
Lazio	41.192	55.157	62.260	51.660	80.506	95,44	55,84	39.314	28.846
Abruzzo	2.462	10.816	15.724	17.826	12.475	406,7	-30,02	10.013	-5.351
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Campania	22.915	45.210	38.989	43.782	55.070	140,32	25,78	32.155	11.288
Puglia	5.247	14.885	12.346	11.188	15.589	197,1	39,34	10.342	4.401
Basilicata	8.191	2.361	5.116	9.042	3.522	-57	-61,05	-4.669	-5.520
Calabria	8.039	6.350	3.894	9.634	5.756	-28,4	-40,25	-2.283	-3.878
RSO	236.375	360.684	386.460	438.599	492.638	108,41	12,32	256.263	54.039
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
P. A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
P. A. Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	19.243	n.a.	n.a.	19.243	19.243
F. V. Giulia	8.713	8.683	n.d.	207	n.d.	-100	-100	-8.713	-207
Sicilia	11.455	48.034	75.453	59.087	71.196	521,53	20,49	59.741	12.109
Sardegna	580	6.069	5.724	12.587	9.299	1.503,28	-26,12	8.719	-3.288
RSS	20.748	62.786	81.177	71.881	99.738	380,71	38,75	78.990	27.857
B.16.A.4) Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	257.123	423.470	467.637	510.480	592.376	130,39	16,04	335.253	81.896

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

Tabella 47 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Costo della produzione per Regione anni 2013-2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 13-17	Var.% 16-17
Piemonte **	8.556.729	8.559.697	8.551.316	8.588.162	8.693.657	1,60	1,23
Lombardia	19.027.198	19.522.328	19.809.272	19.690.152	20.318.626	6,79	3,19
Veneto	9.195.134	9.278.332	9.320.701	9.441.545	9.709.604	5,60	2,84
Liguria	3.362.201	3.375.460	3.416.564	3.412.527	3.433.562	2,12	0,62
Emilia-Romagna	9.107.675	9.145.451	9.349.412	9.309.712	9.525.694	4,59	2,32
Toscana	7.414.617	7.496.503	7.599.129	7.582.760	7.718.300	4,10	1,79
Umbria	1.780.498	1.759.393	1.778.188	1.796.182	1.841.385	3,42	2,52
Marche	2.900.689	2.949.604	2.967.519	2.979.635	3.072.200	5,91	3,11
Lazio *	11.261.825	11.330.698	11.356.560	11.282.169	11.345.698	0,74	0,56
Abruzzo *	2.508.128	2.577.830	2.595.784	2.628.010	2.657.410	5,95	1,12
Molise *	709.220	716.772	707.604	698.664	708.886	-0,05	1,46
Campania *	9.998.431	10.238.453	10.244.273	10.380.709	10.673.938	6,76	2,82
Puglia *	7.251.000	7.411.560	7.577.191	7.564.573	7.687.534	6,02	1,63
Basilicata	1.122.214	1.145.308	1.154.568	1.134.717	1.184.021	5,51	4,35
Calabria *	3.556.228	3.555.844	3.642.746	3.658.480	3.747.810	5,39	2,44
RSO	97.751.787	99.063.233	100.070.827	100.147.997	102.318.325	4,67	2,17
Valle d'Aosta	306.017	295.000	287.770	283.023	280.456	-8,35	-0,91
P.A. Bolzano	1.195.600	1.210.913	1.205.435	1.215.045	1.278.405	6,93	5,21
P.A. Trento	1.234.376	1.238.975	1.245.113	1.244.211	1.286.797	4,25	3,42
Friuli-Venezia Giulia	2.581.786	2.505.698	2.462.113	2.500.155	2.564.101	-0,68	2,56
Sicilia *	8.832.937	8.841.000	8.930.698	9.009.763	9.249.842	4,72	2,66
Sardegna	3.277.248	3.356.777	3.362.782	3.403.463	3.359.551	2,51	-1,29
RSS	17.427.964	17.448.363	17.493.911	17.655.660	18.019.152	3,39	2,06
Costo della produzione (B)	115.179.751	116.511.596	117.564.738	117.803.657	120.337.477	4,48	2,15

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Osservando l'andamento del costo della produzione con l'andamento della popolazione, si riscontra come quasi tutte le RSS, ad eccezione della Sicilia, evidenziano un dato *pro capite* maggiore rispetto a quello nazionale.

Tabella 48 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Costo della produzione *pro capite* per Regione e incidenza percentuale anni 2013-2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Inc. % 2013	Inc. % 2017
Piemonte **	193	193	194	193	199	7,43	7,22
Lombardia	191	195	198	199	202	16,52	16,88
Veneto	187	188	190	191	198	7,98	8,07
Liguria	211	213	217	211	221	2,92	2,85
Emilia-Romagna	205	205	210	210	214	7,91	7,92
Toscana	198	200	203	202	207	6,44	6,41
Umbria	199	197	200	198	208	1,55	1,53
Marche	187	190	192	190	201	2,52	2,55
Lazio *	192	192	193	197	192	9,78	9,43
Abruzzo *	188	194	196	196	202	2,18	2,21
Molise *	225	229	227	218	230	0,62	0,59
Campania *	170	175	175	178	183	8,68	8,87
Puglia *	177	181	186	185	190	6,30	6,39
Basilicata	194	199	201	193	209	0,97	0,98
Calabria *	180	180	185	182	192	3,09	3,11
RSO	189	192	194	194	199	84,87	85,03
Valle d'Aosta	238	230	226	221	222	0,27	0,23
P.A. Bolzano	232	234	231	239	242	1,04	1,06
P.A. Trento	230	231	231	235	238	1,07	1,07
Friuli-V. G.	210	204	202	202	211	2,24	2,13
Sicilia *	173	174	176	178	184	7,67	7,69
Sardegna	197	202	203	203	204	2,85	2,79
RSS	190	190	191	193	198	15,13	14,97
ITALIA	189	192	194	194	199	100,00	100,00

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018. Importi in euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

5.2.1 Costo del personale

Il costo del personale rappresenta una delle principali voci che costituiscono la spesa sanitaria ed ha la primaria funzione di remunerare il personale dipendente che eroga i servizi sanitari. Il personale dipendente, sulla base della classificazione presente nel C.E., appartiene a quattro ruoli: sanitario, professionale, amministrativo e tecnico. In tale aggregato sono ricompresi i costi del personale sia del comparto che della dirigenza.

Il costo del personale (che rappresenta la risorsa fondamentale per la funzionalità del sistema sanitario) subisce una riduzione, rispetto al 2013, del 2,22%, per un valore nel 2017 pari a 33,856 miliardi di euro. Su tale evoluzione hanno inciso le politiche nazionali, la gestione regionale nell'ambito dell'organizzazione strutturale dell'offerta sanitaria e le scelte aziendali relative all'esternalizzazione di servizi e/o prestazioni di lavoro effettuate mediante diverse forme.

Nell'ambito delle misure di contenimento della spesa del personale hanno inciso nei vari anni in misura considerevole la revisione delle dotazioni organiche, il blocco del *turn-over* e le politiche di

contenimento delle assunzioni, nonché i limiti retributivi, il tetto di spesa del personale, il nuovo regime del trattamento accessorio ed il congelamento della vacanza contrattuale. Le diverse misure, pur prendendo a riferimento diversi parametri, mirano alla medesima finalità di contenimento di un segmento rilevante della spesa pubblica.

Come evidenziato dalla Corte dei conti nell'audizione sul DEF per il 2019, *“preoccupa [...] la forte riduzione di personale, anche in relazione al tempo occorrente per l'assunzione di nuovo personale, con particolare riferimento a quei settori come la sanità e le forze di polizia in cui la diminuzione degli addetti rischia di incidere sull'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni e sulla qualità dei servizi resi”*¹⁵⁸.

Tabella 49 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP - Composizione Costo del personale anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17	Inc.% 2013	Inc.% 2017
B.5) Personale del ruolo sanitario	27.907.649	27.686.715	27.616.600	27.447.885	27.450.299	-1,64	0,01	80,60	81,08
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	13.974.800	13.826.763	13.806.867	13.702.390	13.644.700	-2,36	-0,42	40,36	40,30
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	13.932.849	13.859.952	13.809.733	13.745.495	13.805.599	-0,91	0,44	40,24	40,78
B.6) Personale del ruolo professionale	132.772	127.285	125.206	123.529	124.683	-6,09	0,93	0,38	0,37
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	120.350	115.872	114.372	113.250	114.130	-5,17	0,78	0,35	0,34
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	12.422	11.413	10.834	10.279	10.553	-15,05	2,67	0,04	0,03
B.7) Personale del ruolo tecnico	3.897.498	3.858.117	3.821.247	3.779.023	3.793.176	-2,68	0,37	11,26	11,20
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	88.941	85.760	82.998	80.699	79.296	-10,84	-1,74	0,26	0,23
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	3.808.557	3.772.357	3.738.249	3.698.324	3.713.880	-2,49	0,42	11,00	10,97
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.685.919	2.639.162	2.584.444	2.523.035	2.488.451	-7,35	-1,37	7,76	7,35
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	258.280	249.532	242.718	235.618	234.831	-9,08	-0,33	0,75	0,69
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	2.427.639	2.389.630	2.341.726	2.287.417	2.253.620	-7,17	-1,48	7,01	6,66
Totale costo del personale	34.623.838	34.311.279	34.147.497	33.873.472	33.856.609	-2,22	-0,05	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

Dall'esame delle voci che compongono l'aggregato in esame emerge come la gran parte della spesa è sostenuta per il “personale del ruolo sanitario” pari a 27,45 miliardi di euro nel 2017, che rappresentano l'81% del costo totale; le ulteriori sotto-voci “costo del personale dirigente” e “costo del personale comparto” mostrano valori sostanzialmente equivalenti tra loro.

¹⁵⁸ Sezioni riunite in sede di controllo - Audizione presso le Commissioni congiunte bilancio del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati, nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del DEF 2019 del 16 aprile 2019, p. 25.

Scomponendo il costo del personale nella componente dirigente e non dirigente si evidenzia come nel quinquennio 2013 – 2017 la riduzione complessiva di -767 milioni è dovuta quasi equamente a ciascuna tipologia di voce: infatti, decrescono rispettivamente di -369 milioni e -397 milioni. Nel complesso la spesa sostenuta per il personale dirigente ammonta complessivamente per il 2017 a 14 miliardi di euro, diminuita rispetto al 2013 del 2,6% (rispetto al 2016, la riduzione è più contenuta -0,42%), mentre il costo sostenuto per il personale non dirigente risulta essere pari nell'ultimo anno di analisi a 19,8 miliardi di euro, di poco superiore al 2016 (+42 milioni di euro). La prima componente (costo del personale dirigente) rappresenta per il quinquennio esaminato quasi il 42% del totale, mentre il costo del personale non dirigente oltre il 58%.

Tabella 50 a. Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di qualifica anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17	Inc.% 2013	Inc.% 2017
<i>Costo del personale dirigente</i>	14.442.371	14.277.927	14.246.955	14.131.957	14.072.957	-2,56	-0,42	41,71	41,57
<i>Costo del personale non dirigente</i>	20.181.467	20.033.352	19.900.542	19.741.515	19.783.652	-1,97	0,21	58,29	58,43
Totale costo del personale	34.623.838	34.311.279	34.147.497	33.873.472	33.856.609	-2,22	-0,05	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

Osservando il costo del personale sotto altro profilo – quello della tipologia di rapporto di lavoro (tempo indeterminato, tempo determinato e altro¹⁵⁹) – emerge che la parte più consistente è rappresentata da personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato: tale categoria, che rappresenta il 94,5% nel 2017, registra nel quinquennio una contrazione di oltre 1,3 miliardi di euro. Un aspetto interessante è rappresentato dal fatto che, mentre la tipologia di rapporto di lavoro a tempo indeterminato diminuisce (in valore assoluto e in incidenza sul totale del costo del personale), si registra per la tipologia di contratti di lavoro a tempo determinato e altro un incremento sia in valore assoluto (rispettivamente +532 milioni e +10,6 milioni), sia come incidenza sul totale.

¹⁵⁹ La voce rappresenta una categoria residuale rispetto alle precedenti. Accoglie il costo del personale assunto con contratti di formazione e lavoro o eventuali oneri connessi alle prestazioni degli LSU.

Tabella 51 Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro anni 2013 - 2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17	Inc.% 2013	Inc.% 2017
Costo personale - tempo indeterminato	33.296.988	32.870.776	32.547.241	32.119.818	31.987.070	-3,93	-0,41	96,17	94,48
Costo personale - tempo determinato	1.273.261	1.376.927	1.535.791	1.664.890	1.805.313	41,79	8,43	3,68	5,33
Costo personale - altro	53.589	63.576	64.465	88.764	64.226	19,85	-27,64	0,15	0,19
Costo del personale	34.623.838	34.311.279	34.147.497	33.873.472	33.856.609	-2,22	-0,05	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

Negli anni esaminati in alcune Regioni si assiste ad una costante seppure ridotta riduzione della componente di costo del personale, mentre in altre si assiste incrementi di piccole entità, come, ad esempio, nelle Regioni Umbria, Marche e Puglia (relativamente alle Regioni a statuto ordinario) nelle Province autonome di Trento e di Bolzano e nella Regione Sardegna (tra quelle a statuto speciale). Più in dettaglio quindi osservando il costo del personale sotto il più significativo profilo del *pro capite* (che come media nazionale è pari a 560 euro) e comparandolo con la stessa voce in termini assoluti, emergono importanti distinzioni tra le varie realtà regionali. L'82% circa del costo totale (quasi 28 miliardi) è sostenuto dalle Regioni a statuto ordinario. La Regione Lombardia pur sostenendo il costo maggiore in valore assoluto ha un *pro capite* di 491 euro per abitante nel 2017, più basso della media nazionale; la Regione Lazio con un *pro capite* di 434 euro sopporta un costo complessivo pari a 2,554 miliardi, mentre la Campania registra 429 euro di *pro capite* a fronte di un costo totale di 2,5 miliardi di euro. La Regione Molise presenta una riduzione del costo del personale che passa nel 2017 a 175 milioni di euro dai 198 milioni del 2013 (-11,5%) con un *pro capite* di 568 euro per abitante superiore rispetto alla media nazionale. Nelle Regioni a statuto speciale emerge il dato della Sicilia (sottoposta a piano di rientro) che nell'anno 2017 sostiene i maggiori costi di personale in valore assoluto ma con un costo *pro capite* di poco inferiore alla media nazionale (536 euro); il costo del personale *pro capite* delle autonomie speciali, invece, registra un valore superiore alla media nazionale: viene in rilievo, con il valore più elevato, la Provincia autonoma di Bolzano, con 1.136 euro per abitante nel 2017. Seguono la Valle d'Aosta con 889 euro; la Provincia autonoma di Trento con 805 euro per abitante, il Friuli-Venezia Giulia con 760 euro e la Sardegna con 706 euro.

Tabella 52 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per Regione anni 2013-2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 13-17	Var% 16-17
Piemonte **	2.808.580	2.781.732	2.772.834	2.753.758	2.743.932	-2,30	-0,36
Lombardia	5.015.507	4.976.381	4.970.577	4.939.437	4.932.407	-1,66	-0,14
Veneto	2.725.518	2.708.798	2.708.355	2.709.958	2.696.851	-1,05	-0,48
Liguria	1.089.196	1.081.638	1.074.714	1.066.764	1.064.914	-2,23	-0,17
Emilia-Romagna	2.956.763	2.940.908	2.929.696	2.927.737	2.946.790	-0,34	0,65
Toscana	2.481.684	2.488.036	2.502.528	2.476.679	2.476.221	-0,22	-0,02
Umbria	600.719	600.683	603.630	603.880	604.179	0,58	0,05
Marche	984.503	981.495	982.856	984.234	1.001.208	1,70	1,72
Lazio *	2.742.257	2.679.205	2.640.623	2.599.551	2.558.920	-6,69	-1,56
Abruzzo *	759.716	757.338	758.990	756.319	747.036	-1,67	-1,23
Molise *	198.048	196.733	192.684	181.404	175.252	-11,51	-3,39
Campania *	2.725.557	2.653.675	2.591.772	2.514.157	2.502.100	-8,20	-0,48
Puglia *	1.966.252	1.971.059	1.975.158	1.971.394	1.985.537	0,98	0,72
Basilicata	376.869	377.603	376.270	375.443	371.384	-1,46	-1,08
Calabria *	1.181.207	1.151.881	1.135.687	1.121.461	1.121.226	-5,08	-0,02
RSO	28.612.376	28.347.165	28.216.374	27.982.176	27.927.957	-2,39	-0,19
Valle d'Aosta	113.595	114.693	113.232	114.145	112.162	-1,26	-1,74
P.A. Bolzano	591.724	577.781	585.278	579.434	599.399	1,30	3,45
P.A. Trento	420.647	421.264	419.294	423.758	434.668	3,33	2,57
Friuli-Venezia Giulia	944.143	933.323	920.257	919.182	923.549	-2,18	0,48
Sicilia *	2.780.697	2.745.576	2.716.781	2.687.646	2.694.720	-3,09	0,26
Sardegna	1.160.656	1.171.477	1.176.281	1.167.131	1.164.154	0,30	-0,26
RSS	6.011.462	5.964.114	5.931.123	5.891.296	5.928.652	-1,38	0,63
ITALIA	34.623.838	34.311.279	34.147.497	33.873.472	33.856.609	-2,22	-0,05

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018; migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Tabella 53 Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Costo del personale *pro capite* per Regione anni 2013-2017

Descrizione	Costo del personale <i>pro capite</i>					Inc. % costo del personale a livello regionale su costo personale totale				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte **	633	629	630	618	627	8,11	8,11	8,12	8,13	8,10
Lombardia	503	498	497	498	491	14,49	14,50	14,56	14,58	14,57
Veneto	553	550	551	549	550	7,87	7,89	7,93	8,00	7,97
Liguria	684	683	684	660	684	3,15	3,15	3,15	3,15	3,15
Emilia-Romagna	665	661	659	661	662	8,54	8,57	8,58	8,64	8,70
Toscana	662	663	668	660	663	7,17	7,25	7,33	7,31	7,31
Umbria	670	671	677	666	683	1,73	1,75	1,77	1,78	1,78
Marche	634	633	637	629	654	2,84	2,86	2,88	2,91	2,96
Lazio *	467	455	448	454	434	7,92	7,81	7,73	7,67	7,56
Abruzzo *	570	569	572	563	568	2,19	2,21	2,22	2,23	2,21
Molise *	629	628	618	567	568	0,57	0,57	0,56	0,54	0,52
Campania *	464	453	443	431	429	7,87	7,73	7,59	7,42	7,39
Puglia *	481	482	484	482	490	5,68	5,74	5,78	5,82	5,86
Basilicata	652	655	656	639	655	1,09	1,10	1,10	1,11	1,10
Calabria *	596	583	576	558	573	3,41	3,36	3,33	3,31	3,31
RSO	554	549	548	543	543	82,64	82,62	82,63	82,61	82,49
Valle d'Aosta	883	894	889	890	889	0,33	0,33	0,33	0,34	0,33
P.A. Bolzano	1.147	1.114	1.124	1.141	1.136	1,71	1,68	1,71	1,71	1,77
P.A. Trento	784	784	779	800	805	1,21	1,23	1,23	1,25	1,28
Friuli-Venezia Giulia	768	761	754	744	760	2,73	2,72	2,69	2,71	2,73
Sicilia *	546	539	535	532	536	8,03	8,00	7,96	7,93	7,96
Sardegna	698	704	709	697	706	3,35	3,41	3,44	3,45	3,44
RSS	656	651	649	645	653	17,36	17,38	17,37	17,39	17,51
ITALIA	570	564	563	559	560	100	100	100	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018. Importi in euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

L'andamento del costo del personale, sia in valore assoluto, sia *pro capite*, rappresenta una delle prospettive di analisi di questa componente della spesa sanitaria. Per cogliere meglio il fenomeno è opportuno porre a confronto i dati e le conclusioni sopra esposte con i risultati della griglia LEA¹⁶⁰ (v. *supra* par. 4.2.1), che esprimono anche un profilo qualitativo della spesa sanitaria: dalla comparazione emerge che nel 2017 il Veneto (550 euro) e la Lombardia (491 euro), pur avendo valori *pro capite* inferiori alla media nazionale (560 euro), risultano essere nella fascia alta del punteggio complessivo per i LEA (Veneto con 218 e Lombardia con 212).

¹⁶⁰ Si rammenta che le Regioni a Statuto Speciale, ad eccezione della Regione siciliana, non sono sottoposte a verifica degli adempimenti.

5.2.1.1 Analisi costo del personale a livello di enti del servizio sanitario regionale

Il costo del personale costituisce una parte importante dei costi sostenuti dagli enti sanitari. Tale onere, per sua natura, rappresenta un costo fisso che l'azienda deve comunque sostenere a prescindere dall'erogazione del servizio. Costituisce, pertanto, uno degli elementi di rigidità nel bilancio degli enti sanitari.

La tabella che segue mostra l'incidenza del costo del personale (al netto del costo per il ricorso a risorse esterne) sull'ammontare delle risorse del Fondo sanitario indistinto (*ante mobilità*) ripartito tra le Regioni a seguito della delibera CIPE, al fine di evidenziare quanta parte delle risorse è destinata a coprire il costo fisso del personale.

Tabella 54 Modello di rilevazione CE degli enti del SSN da BDAP - Costo del personale per Regione anni 2016-2017

Descrizione	Costo del personale		Fondo sanitario indistinto (ante mobilità)		Inc. % costo del personale su Fondo sanitario	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Piemonte **	2.754	2.744	8.043	8.082	34,24	33,95
Lombardia	4.939	4.932	17.784	17.965	27,77	27,46
Veneto	2.710	2.697	8.773	8.836	30,89	30,52
Liguria	1.067	1.065	2.957	2.959	36,08	35,99
Emilia-Romagna	2.928	2.947	8.029	8.093	36,46	36,41
Toscana	2.477	2.476	6.833	6.875	36,25	36,02
Umbria	604	604	1.627	1.634	37,12	36,99
Marche	984	1.001	2.804	2.816	35,10	35,55
Lazio *	2.600	2.559	10.413	10.507	24,96	24,36
Abruzzo *	756	747	2.389	2.402	31,66	31,10
Molise *	181	175	566	568	32,06	30,84
Campania *	2.514	2.502	10.094	10.141	24,91	24,67
Puglia *	1.971	1.986	7.196	7.240	27,39	27,43
Basilicata	375	371	1.027	1.031	36,56	36,01
Calabria *	1.121	1.121	3.474	3.495	32,28	32,08
RSO	27.982	27.928	92.009	92.644	30,41	30,15
Valle d'Aosta	114	112	230	230	49,64	48,67
P.A. Bolzano	579	599	901	913	64,34	65,65
P.A. Trento	424	435	948	959	44,70	45,32
Friuli-Venezia Giulia	919	924	2.240	2.251	41,03	41,02
Sicilia *	2.688	2.695	8.905	8.960	30,18	30,07
Sardegna	1.167	1.164	2.966	2.991	39,34	38,92
RSS	5.891	5.929	16.190	16.305	36,39	36,36
ITALIA	33.873	33.857	108.199	108.949	31,31	31,08

Fonte: Modello di rilevazione degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018; importi in milioni di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

A livello nazionale l'incidenza del costo del personale sul Fondo sanitario è di circa il 31%: analizzando la situazione delle singole Regioni, invece, emerge il valore particolarmente basso della Regione Lazio (24,36%), contrapposto al dato dell'Umbria (36,99%). Per quanto riguarda le Autonomie speciali, valori

elevati si registrano per la P.A. di Bolzano (65%), la Valle D'Aosta (48%), la P.A. di Trento (45%) e il Friuli-Venezia Giulia (41%).

Sul costo complessivo del personale, peraltro, incidono anche le modalità di organizzazione definite sia a livello regionale, sia a livello di singola azienda sanitaria, che possono prevedere il ricorso a figure professionali esterne (anche per far fronte ad esigenze non altrimenti risolvibili).

Nella tabella che segue si tiene conto anche del costo per consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie e per personale comandato.

Tabella 55 Modello di rilevazione di CE degli enti del SSN da BDAP - Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro, consulenze, personale in comando - Anni 2016 - 2017

Descrizione	2016	2017	Var% 2016-2017
PERSONALE DI RUOLO			
B.5) Personale del ruolo sanitario	27.447.886	27.450.302	0,01
B.6) Personale del ruolo professionale	123.530	124.681	0,93
B.7) Personale del ruolo tecnico	3.779.022	3.793.177	0,37
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.523.035	2.488.451	-1,37
COSTO DEL PERSONALE	33.873.473	33.856.611	-0,05
CONSULENZE			
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.180.618	1.246.167	5,55
TOTALE COSTO DEL PERSONALE DI RUOLO E CONSULENZE AL NETTO DEI RIMBORSI	35.054.091	35.102.778	0,14
PERSONALE COMANDATO			
B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	-44.109	-101.097	56,37
A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici	68.156	71.466	4,63
A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione	12.042	12.312	2,19
A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione	47.817	42.433	-12,69
COSTO PERSONALE COMANDATO (C)	83.906	25.114	-234,10

Fonte: Modello di rilevazione CE degli enti sanitari 2016 e 2017 estratta dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro.

L'analisi del costo totale del personale ha considerato il costo del personale presente nel CE (voci B.5+B.6+B.7+B.8) al quale sono stati sommati i costi sostenuti per le consulenze, collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie. Complessivamente nel 2016 e nel 2017 questa componente aggiuntiva ha pesato per circa 1,2 miliardi. Si rileva che, a fronte di una sostanziale stabilità del costo del personale in organico nello stesso biennio (-0,05% nel 2017) corrisponde un incremento del costo del personale non strutturato, pari a +5,65%.

Tabella 56 Modello di rilevazione CE degli enti del SSN da BDAP – Costo del personale comprensivo delle consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie (B.2.A.15) per Regione anni 2016-2017

Regione	Costo Totale del Personale (Costo del personale + Consulenze)		Popolazione		Pro-capite (*1000)	
	2016	2017	2016	2017		
P. A. Bolzano	581.078	601.469	507.657	527.750	1.144,63	1.139,69
Valle d'Aosta	118.472	116.941	128.230	126.202	923,90	926,62
P. A. Trento	430.334	440.985	529.457	539.898	812,78	816,79
Friuli-Venezia Giulia	941.376	946.322	1.235.808	1.215.538	761,75	778,52
Sardegna	1.204.318	1.196.730	1.675.411	1.648.176	718,82	726,09
Liguria	1.098.413	1.096.903	1.616.788	1.556.981	679,38	704,51
Umbria	620.261	619.880	906.486	884.640	684,25	700,71
Emilia-Romagna	3.039.544	3.117.617	4.432.418	4.452.629	685,75	700,17
Toscana	2.553.033	2.549.079	3.749.813	3.736.968	680,84	682,12
Basilicata	384.596	381.020	587.517	567.118	654,61	671,85
Marche	1.007.074	1.024.624	1.565.335	1.531.753	643,36	668,92
Piemonte	2.815.846	2.812.860	4.457.335	4.375.865	631,73	642,81
Abruzzo	779.491	778.247	1.342.366	1.315.196	580,68	591,73
Molise	186.490	180.977	319.780	308.493	583,18	586,65
Calabria	1.130.112	1.129.232	2.011.395	1.956.687	561,85	577,11
Veneto	2.781.953	2.763.961	4.937.854	4.905.037	563,39	563,49
Sicilia	2.778.632	2.784.580	5.051.075	5.026.989	550,11	553,93
Lombardia	5.127.512	5.114.036	9.917.714	10.036.258	517,01	509,56
Puglia	2.006.607	2.022.853	4.091.259	4.048.242	490,46	499,69
Campania	2.733.058	2.723.060	5.834.056	5.826.860	468,47	467,33
Lazio	2.735.891	2.701.402	5.728.688	5.896.693	477,58	458,12
RSO Totale	22.066.698	22.143.167	37.386.968	37.477.045	590,22	590,85
RSS Totale	12.987.393	12.959.611	23.239.474	23.006.928	558,85	563,29
COSTO DEL PERSONALE	35.054.091	35.102.778	60.626.442	60.483.973	578,20	580,36

Fonte: Modello di rilevazione CE degli enti sanitari anni 2016-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018; importi in migliaia di euro e costo del personale *pro capite* in euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

In rapporto al maggior costo la spesa *pro capite* regionale resta sostanzialmente allineata a quella esposta nella tab. 53 – costo del personale *pro capite* per Regione.

5.3 I risultati delle gestioni sanitarie da BDAP: modello SP

I dati di Patrimoniale degli Enti del Servizio sanitario regionale sono stati estratti dalla banca dati di OpenBDAP alla data del 25 gennaio 2019. L'ultimo invio del modello SP da parte dell'ente regionale o provinciale al NSIS è indicato nella tabella che segue.

Tabella 57 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Aggiornamento dati di stato patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale per gli anni 2013-2017

	Regioni	2013	2014	2015	2016	2017
Regioni a statuto ordinario	Piemonte **	07/10/2015	20/11/2015	07/07/2016	05/07/2017	11/07/2018
	Lombardia	07/11/2014	20/10/2015	06/12/2016	30/06/2017	14/09/2018
	Veneto	19/08/2014	18/07/2016	01/03/2017	22/06/2017	21/06/2018
	Liguria	30/06/2014	14/01/2016	24/11/2016	07/07/2017	17/09/2018
	Emilia-Romagna	31/07/2014	15/01/2016	04/11/2016	06/06/2017	17/10/2018
	Toscana	01/12/2015	04/04/2016	23/02/2017	05/12/2017	25/09/2018
	Umbria	22/07/2014	30/06/2015	30/06/2016	30/06/2017	23/11/2018
	Marche	26/01/2015	13/11/2015	26/09/2016	28/12/2017	28/06/2018
	Lazio *	23/10/2015	13/01/2016	25/10/2016	04/04/2018	05/11/2018
	Abruzzo *	27/10/2015	14/01/2016	04/11/2016	21/02/2018	29/06/2018
	Molise *	26/02/2015	30/06/2015	06/12/2016	22/12/2017	29/06/2018
	Campania *	12/12/2014	22/07/2016	13/09/2017	15/10/2018	05/11/2018
	Puglia *	11/11/2014	06/07/2015	10/10/2016	17/07/2017	03/07/2018
	Basilicata	09/09/2014	29/06/2015	16/06/2016	09/11/2017	13/07/2018
Regioni a statuto speciale	Calabria *	16/10/2014	02/07/2015	21/11/2017	12/07/2018	05/11/2018
	Valle d'Aosta	24/07/2014	26/06/2015	15/06/2016	06/11/2017	15/06/2018
	P.A. Bolzano	26/09/2014	13/11/2015	28/07/2016	27/10/2017	13/06/2018
	P.A. Trento	27/05/2014	03/06/2015	07/06/2016	14/06/2017	19/09/2018
	Friuli-Venezia Giulia	26/06/2014	18/11/2015	26/07/2016	07/11/2017	25/10/2018
	Sicilia *	11/07/2014	17/05/2016	06/07/2017	01/03/2018	23/10/2018
	Sardegna	16/10/2015	13/03/2017	28/02/2017	09/01/2019	05/07/2018

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019 – Elaborazione: Corte dei conti - Sezione delle autonomie.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Rispetto ai dati pubblicati nel precedente referto (del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG) vi sono delle differenze in quanto sono stati effettuati nuovi invii alla banca dati presente su BDAP.

5.3.1 Disponibilità liquide

Le disponibilità liquide, secondo l'art. 2424 del Codice civile, sono costituite da: depositi bancari, depositi postali, assegni, denaro e valori in cassa; pertanto, possono comprendere moneta, assegni e depositi bancari e postali espressi in valuta. In tale voce rientrano quindi gli elementi patrimoniali che sono immediatamente disponibili e utilizzabili.

Tabella 58 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Disponibilità liquide anni 2013-2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
B.IV.1) Cassa	436.036	29.370	31.859	41.911	39.507	-5,74	-90,94
B.IV.2) Istituto Tesoriere	5.777.027	7.239.631	7.668.580	10.504.085	14.855.312	41,42	157,14
B.IV.3) Tesoreria Unica	3.929.540	2.696.074	1.908.744	3.154.570	2.710.204	-14,09	-31,03
B.IV.4) Conto corrente postale	178.829	186.011	181.432	205.096	223.424	8,94	24,94
B.IV) DISPONIBILITÀ LIQUIDE	10.321.432	10.151.086	9.790.615	13.905.662	17.828.447	28,21	72,73
% quota vincolata per pignoramenti sul tot. Dis. Liq. ⁽¹⁾	4,24	4,09	2,87	3,57	2,73	-	-
% Disp. Liq. sul Totale Attivo	9,59	9,77	14,34	17,88	10,46	-	-

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; migliaia di euro.

(1) Dato acquisito dal SIOPE alla data del 30 gennaio 2019.

Le disponibilità liquide indicate in bilancio non sono totalmente libere, in quanto una parte è vincolata ai pignoramenti¹⁶¹: nel 2017 si rilevano importi pignorati per 636,8 milioni di euro (3,57% del totale disponibilità liquide).¹⁶² In linea generale, la quota vincolata del fondo di cassa destinata a pignoramenti registra nel periodo 2013-2016 una diminuzione (-41,9%)¹⁶³ e nel 2017 un incremento di oltre 237 milioni di euro (+59,3% rispetto al 2016). L'incremento registrato nel 2017 è ascrivibile principalmente agli enti della Regione Lazio che evidenziano nel 2017 disponibilità liquide vincolate per pignoramenti pari a oltre 224 milioni di euro (+193 milioni di euro rispetto al 2016).

La maggior parte delle somme vincolate per procedure esecutive sono riferibili agli Enti sanitari del Lazio e Campania: nel 2017 costituiscono oltre l'84% del totale¹⁶⁴.

Le principali variazioni nelle disponibilità liquide sono rappresentate dalla voce "Istituto tesoriere", la quale costituisce l'83,3% del totale. Detta voce registra le principali variazioni nel periodo considerato: incremento di oltre 9 miliardi di euro (+157%) nel 2017 rispetto al 2013.

Al fine di esaminare le disponibilità liquide effettive e libere, oltre alla quota vincolata delle disponibilità liquide, si dovrebbe considerare anche il debito verso l'istituto tesoriere¹⁶⁵ (v. *infra*, tab. 63

¹⁶¹ Tale informazione non è presente negli SP, ma è rilevabile dal SIOPE attraverso il prospetto "Disponibilità liquide - DL, che riporta il cod. 1450 "Fondo di cassa dell'ente alla fine del periodo di riferimento - quota vincolata": si riferisce alla consistenza, alla fine del mese di riferimento, delle giacenze di conto corrente di cassa intestato all'Ente vincolate per pignoramenti. Il suo importo costituisce un "di cui" dell'ammontare registrato al codice 1400.

¹⁶² Dato SIOPE, riferito al cod. 1450 "Fondo di cassa dell'ente alla fine del periodo di riferimento - quota vincolata", alla data del 30 gennaio 2019 per la categoria strutture sanitarie (esclusi gli Istituti Zooprofilattici).

¹⁶³ Per ulteriori approfondimenti vd. Referto sui flussi di cassa approvato con deliberazione n. 37/SEZAUT/2016/FRC.

¹⁶⁴ Nel 2016 l'89,4% del totale.

¹⁶⁵ Tale debito rappresenta l'effettivo debito per capitale, interessi e oneri accessori maturati ed esigibili alla data di bilancio nei confronti del Tesoriere, anche se gli interessi e gli oneri accessori vengono addebitati successivamente a tale data.

- debito v/istituto tesoriere). Tale debito evidenzia un *trend* decrescente e nel 2017 incide sul totale disponibilità liquide per il 3,4%¹⁶⁶.

Osservando le disponibilità liquide per Regione si riscontra un incremento nella quasi totalità delle Regioni, ad esclusione della Puglia (-1 miliardo di euro), della Calabria (-613,6 milioni) e della Prov. aut. di Trento (-50,6 milioni di euro). Il maggior incremento è registrato in Lombardia (+2,7 miliardi di euro), Veneto (+1,4 miliardi di euro) e Sicilia (+2,2 miliardi di euro): le disponibilità di dette Regioni, nel 2017, rappresentano circa il 49,8% del totale¹⁶⁷.

Tabella 59 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Disponibilità liquide per Regione anni 2013-2017

Descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
Piemonte **	346.643	109.463	388.205	385.459	466.147	20,93	34,47
Lombardia	1.636.399	1.950.480	1.522.450	3.356.632	4.389.953	30,78	168,27
Veneto	732.537	945.463	1.050.672	1.338.404	2.145.272	60,29	192,86
Liguria	252.597	229.849	213.522	231.143	304.543	31,76	20,56
Emilia-Romagna	158.950	104.684	117.594	425.742	763.762	79,40	380,50
Toscana	144.188	80.154	53.188	199.477	329.297	65,08	128,38
Umbria	272.107	330.338	306.322	398.841	433.726	8,75	59,40
Marche	173.374	197.998	254.584	614.843	661.352	7,56	281,46
Lazio *	313.003	597.688	416.333	735.674	1.003.456	36,40	220,59
Abruzzo *	570.500	482.183	524.309	556.169	671.595	20,75	17,72
Molise *	64.404	65.757	83.411	214.547	95.589	-55,45	48,42
Campania *	1.055.869	989.292	807.982	1.189.345	1.458.307	22,61	38,11
Puglia *	1.969.252	1.320.758	497.475	796.475	934.774	17,36	-52,53
Basilicata	126.861	165.102	155.683	166.416	226.756	36,26	78,74
Calabria *	1.088.438	1.169.423	749.379	424.900	474.838	11,75	-56,37
RSO	8.905.122	8.738.632	7.141.109	11.034.067	14.359.367	30,14	61,25
Valle d'Aosta	136.425	177.121	141.239	177.645	175.420	-1,25	28,58
P.A. Bolzano	558	10.720	50.295	45.449	39.670	-12,72	7.009,32
P.A. Trento	130.045	133.762	104.826	107.206	79.473	-25,87	-38,89
Friuli-Venezia Giulia	290.589	279.757	322.090	271.123	336.582	24,14	15,83
Sicilia *	63.227	276.100	1.730.257	1.863.975	2.342.166	25,65	3.604,38
Sardegna	795.466	534.994	300.799	406.197	495.769	22,05	-37,68
RSS	1.416.310	1.412.454	2.649.506	2.871.595	3.469.080	20,81	144,94
TOT. DISP. LIQ.	10.321.432	10.151.086	9.790.615	13.905.662	17.828.447	28,21	72,73

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Focus n. 4 - Erogazione delle risorse del finanziamento sanitario nel 2017

Il decreto-legge n. 35/2013, all'art. 3, co. 7, prescrive, per le Regioni e Prov. aut., l'adempimento di trasferire al proprio Servizio sanitario regionale entro la fine dell'anno, almeno il 95% delle somme che

¹⁶⁶ Nel 2013, il debito verso l'Istituto tesoriere rappresentava circa il 39% del totale disponibilità liquide con un ammontare di 4 miliardi di euro.

¹⁶⁷ La Regione Lombardia il 24,6% del totale, la Regione siciliana il 13,2% e la Regione Veneto il 12%.

incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e il restante 5% entro il 31 marzo dell'anno successivo, nonché delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

Quasi tutti gli Enti - ad eccezione di Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna - hanno rispettato l'adempimento previsto dall'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013. Di seguito, Regione per Regione, si riportano gli estratti sintetici, relativi a questa tematica, dei verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza.

Piemonte: rispettato il limite previsto dall'art. 3, co. 7, del d.l. n. 35/2013 in quanto, con riferimento alle risorse incassate dallo Stato (a titolo di finanziamento del Servizio sanitario regionale) e alle somme che la stessa Regione ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, sono state erogate entro il 31/12/2017 il 99% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute.

Lombardia: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 95% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁶⁸.

Veneto: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 98% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁶⁹.

Liguria: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 96% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷⁰.

Emilia-Romagna: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 98% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute.

Toscana: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 95% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷¹.

¹⁶⁸ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 12 luglio 2018 - che al 31/12/2017 rilevano 1.291 milioni di euro di euro in GSA non utilizzate per il pagamento dei fornitori della GSA né per il pagamento della GSA. Inoltre, nel periodo 1/01/2018-31/03/2018 sono presenti risorse in GSA non utilizzate per pagamenti o trasferimenti della GSA per 362 milioni di euro di euro.

¹⁶⁹ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 17 luglio 2018 - che al 31/03/2018 risultano presenti circa 588 (567+21) milioni di euro di euro su Azienda Zero non trasferiti alle aziende né utilizzati per pagamenti o trasferimenti ad altri enti.

¹⁷⁰ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 17 luglio 2018 - che al 31/03/2018 sono presenti circa 14 milioni di euro di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende né utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA.

¹⁷¹ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 19 luglio 2018 - che al 31/12/2017 sono presenti circa 158 milioni di euro di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende né utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA.

Umbria: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 98% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷².

Marche: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 99% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷³.

Lazio: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 97% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷⁴.

Abruzzo: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 100% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷⁵.

Molise: la Regione non ha rispettato per il terzo anno consecutivo il limite di cui sopra, in quanto non ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/03/2018, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2017 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale¹⁷⁶. Tavolo e Comitato richiamano lo specifico punto del mandato commissoriale (punto xiii) di cui alla delibera del CDM del 18 maggio 2015 e richiedono al Subcommissario, supportato dalla struttura regionale, di predisporre il richiesto piano di trasferimento delle risorse dal bilancio regionale al SSR. Ricordano che il Subcommissario, come da citata delibera, ha il compito di affiancare il Commissario nell'esecuzione del mandato commissoriale e di dare immediato impulso al procedimento di attuazione del piano di rientro. Si richiama la circostanza che il 2017 è il terzo anno consecutivo di inadempienza rispetto a tale punto del mandato commissoriale. La mancata erogazione della cassa si ripercuote, inoltre, negativamente sul rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori.

Campania: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 97% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷⁷.

¹⁷² Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 19 luglio 2018 - che al 31/12/2017 residuano 42,541 milioni di euro di euro sulla GSA non utilizzati per il pagamento dei fornitori né per trasferimenti della GSA.

¹⁷³ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 17 luglio 2018 - che al 31/12/2017 sono presenti nella GSA 68,565 milioni di euro di euro che risultano non utilizzati per il pagamento dei fornitori o per trasferimenti.

¹⁷⁴ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 26 luglio 2018 - che al 31/12/2017 residuano 632 milioni di euro di euro sulla GSA non utilizzati per il pagamento dei fornitori né per trasferimenti della GSA.

¹⁷⁵ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 26 luglio 2018 - che la GSA iscrive circa 169 milioni di euro di euro non trasferiti alle aziende e non utilizzati per pagamenti a fornitori a per trasferimenti della GSA.

¹⁷⁶ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 24 luglio 2018 - che circa 103 milioni di euro di euro risultano giacenti, al 31/12/2017, sulla GSA, non utilizzati per il pagamento dei fornitori.

¹⁷⁷ Si evidenzia - come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 18 luglio 2018 - che al 31/03/2018 residuano 261 milioni di euro di euro nella cassa della GSA e non ancora utilizzati per il pagamento dei fornitori o trasferimenti.

Puglia: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 100% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷⁸.

Basilicata: la Regione non ha rispettato il limite previsto di cui sopra, in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 96% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 97% delle risorse ricevute. La restante quota è stata erogata entro il 31 maggio del 2018.

Calabria: la Regione ha rispettato il limite in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 100% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 100% delle risorse ricevute¹⁷⁹.

Sicilia: la Regione non ha rispettato il limite previsto di cui sopra, in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 98% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 98% delle risorse ricevute. La Regione Sicilia per il quinto anno consecutivo non ha rispettato tale limite; tuttavia, pur rilevando un miglioramento della percentuale di trasferimento al 31/03 dell'anno successivo a quello di riferimento (94% nel 2015 e 2016 e 98% nel 2017), persiste il ritardo con cui la Regione trasferisce le risorse al proprio SSR, pur avendo avuto accesso alle anticipazioni di liquidità tali da permettere un ordinato trasferimento delle risorse del SSR.

Sardegna: la Regione non ha rispettato il limite previsto di cui sopra, in quanto ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale entro il 31/12/2017 il 98% delle risorse ricevute ed entro il 31/03/2018 il 99% delle risorse ricevute.

L'ottemperanza alle prescrizioni normative ha comportato la riduzione dei crediti che gli enti sanitari regionali vantano nei confronti delle Regioni e Province autonome (-9,8 miliardi di euro rispetto al 2013, -40,6%)¹⁸⁰: il decremento è ascrivibile ai Crediti v/Regione o Provincia autonoma per spesa

¹⁷⁸ Si evidenzia – come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 18 luglio 2018 – che circa 80 milioni di euro di euro (110-10-21) sulla GSA non trasferiti alle aziende e non utilizzati per i pagamenti dei fornitori della GSA. La Regione comunica che verranno erogati e non rimarranno in GSA, in quanto una parte è destinata alla remunerazione degli Enti ecclesiastici.

¹⁷⁹ Si evidenzia – come da Verbale del Conto Consuntivo 2017 della Riunione del 18 luglio 2018 – che al 31/03/2018 rimangono in GSA 142,8 milioni di euro di risorse che non risultano trasferite agli enti del SSR. Tavolo e Comitato invitano la struttura commissariale ad attivarsi al fine di trasferire agli enti del SSR le ingenti risorse trattenute inspiegabilmente dalla GSA, di cui una parte rilevante costituita da finanziamento indistinto e risorse fiscali. A tal proposito, richiamano lo specifico punto del mandato commissariale volto a trasferire liquidità al servizio sanitario e la circostanza che gli enti del SSR della Regione Calabria presentano su scala nazionale i maggiori ritardi nel pagamento dei fornitori.

¹⁸⁰ La voce Crediti v/Regione o Provincia Autonoma rappresenta nel 2017 circa il 31,7% del totale crediti. L'incidenza di tale voce sul totale è passata dal 18,4% del 2013 al 29,1% del 2016.

corrente¹⁸¹ (-10,3 miliardi di euro), mentre la voce Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per versamenti a patrimonio netto¹⁸² registra un lieve incremento (+0,4 miliardi di euro).

¹⁸¹ La voce Crediti v/Regione o Provincia autonoma per spesa corrente comprende: 1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - IRAP; 2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - Addizionale IRPEF; 3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per quota FSR; 4) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva intraregionale; 5) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva extraregionale; 6) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per acconto quota FSR; 7) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA; 8) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA; 9) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro; 10) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca.

¹⁸² Costituiscono crediti che l'azienda vanta verso la Regione o la Provincia autonoma, in relazione al suo ruolo di "ultimo soggetto di controllo societario" dell'azienda. In queste voci sono pertanto iscritti i crediti correlati a movimenti di voci di patrimonio netto. Nello specifico riguardano: i finanziamenti per investimenti (già deliberati dalla Regione), aumenti o reintegri di fondo di dotazione (già deliberati dalla Regione), ripiani di perdite di esercizi precedenti, la copertura dei debiti al 31/12/2005 (per le Regioni che hanno sottoscritto l'accordo ai sensi del comma 180, l. n. 311/2004) e la ricostituzione di risorse da investimenti di esercizi precedenti (stanziamento di risorse destinate alla copertura di investimenti effettuati negli esercizi precedenti e non finanziati, come da Verbale del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali del 24 marzo 2011).

Tabella 60 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente anni 2013-2017

REGIONI	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
Piemonte **	2.136.716	2.279.002	1.435.474	1.530.508	1.498.706	-2,08	-29,86
Lombardia			1.024.650	1.084.857	94.005	-91,33	n.d.
Veneto	2.383.542	2.046.181	1.174.013	1.238.071	1.421.167	14,79	-40,38
Liguria	17.798	239.654	113.387	94.164	485	-99,48	-97,27
Emilia-Romagna	2.198.722	1.615.783	1.473.704	923.603	915.462	-0,88	-58,36
Toscana	596.821	383.223	323.945	466.754	601.065	28,78	0,71
Umbria	254.478	287.653	275.120	263.537	284.920	8,11	11,96
Marche	884.066	1.101.070	384.919	441.942	355.342	-19,60	-59,81
Lazio *	4.577.352	1.227.208	1.673.049	1.043.953	1.342.408	28,59	-70,67
Abruzzo *	208.957	416.283	339.233	323.027	333.015	3,09	59,37
Molise *	77.221	97.618	90.839	41.541	38.772	-6,67	-49,79
Campania *	1.229.043	628.820	902.181	314.622	10.819	-96,56	-99,12
Puglia *						n.d.	n.d.
Basilicata	41.669	12.092	8.219	37.893	17.865	-52,85	-57,13
Calabria *	411.112	408.285	570.285	726.099	756.827	4,23	84,09
RSO	15.017.497	10.742.872	9.789.018	8.530.571	7.670.858	-10,08	-48,92
Valle d'Aosta	49.482	25.759	9.549	25.227	23.764	-5,80	-51,97
P.A. Bolzano	303.611	269.740	250.741	168.337	228.057	35,48	-24,89
P.A. Trento	62.515	72.951	80.406	71.175	79.094	11,13	26,52
Friuli-Venezia Giulia	214.110	104.560	69.941	101.612	87.078	-14,30	-59,33
Sicilia *	3.678.953	3.704.213	1.263.079	940.442	1.159.098	23,25	-68,49
Sardegna	356.354	332.051	218.572	110.886	93.867	-15,35	-73,66
RSS	4.665.025	4.509.274	1.892.288	1.417.679	1.670.958	17,87	-64,18
Crediti v/Reg. o P. A.	19.682.522	15.252.146	11.681.306	9.948.250	9.341.816	-6,10	-52,54

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Come si evince dalla tabella precedente, all'incremento delle disponibilità liquide corrisponde a una riduzione dei crediti. In linea generale, quindi, una parte considerevole dei crediti si è trasformata in risorse liquide a disposizione degli enti sanitari per far fronte ai propri impegni finanziari.

Questa situazione, peraltro, sembra anche esser indicativa di qualche criticità gestionale.

L'esposizione debitoria, sebbene mostri un *trend* decrescente (v. paragrafo successivo), rimane ancora importante, specie con riferimento al debito scaduto¹⁸³. Dunque, l'aumento della liquidità, se da un lato segnala una migliorata fluidità delle riscossioni, dall'altro sembra denotare una vischiosità nel ciclo dei pagamenti. Una maggior velocità nei pagamenti comporterebbe una minore giacenza di cassa accompagnata da una riduzione sia dell'esposizione debitoria, sia dei pagamenti di interessi moratori¹⁸⁴ (v. paragrafo successivo) ed anche un minor ricorso alle anticipazioni di cassa¹⁸⁵ con i conseguenti oneri.

¹⁸³ Debito esigibile, che può essere richiesto, perché è ormai spirato il termine entro il quale il debitore poteva adempiere.

¹⁸⁴ Sulla base di quanto previsto dal d.lgs n.192/2012, che recepisce la direttiva comunitaria 2011/7/UE, i termini per i pagamenti nelle transazioni con la pubblica amministrazione sono fissati in 30 giorni, derogabile in alcuni casi al massimo a 60 giorni (gestione sanitaria), pena la sanzione degli interessi di mora con decorrenza dal primo giorno successivo alla scadenza prevista.

¹⁸⁵ L'anticipazione di cassa dovrebbe essere finalizzata a pagamenti urgenti ed indifferibili in situazioni di mancanza di disponibilità liquide.

Tabella 61 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Interessi passivi su anticipazioni di cassa anni 2013-2017

REGIONI	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
Piemonte **	11.852	12.037	6.147	6.334	4.490	-29,11	-62,12
Lombardia	504	496	180	126	74	-41,27	-85,32
Veneto	869	442	50	404	3	-99,26	-99,65
Liguria	842	148	41	48	4	-91,67	-99,52
Emilia-Romagna	2.817	2.481	1.477	1.524	312	-79,53	-88,92
Toscana	2.874	3.253	2.263	2.542	1.845	-27,42	-35,80
Umbria	1					n.d.	-100,00
Marche	4					n.d.	-100,00
Lazio *	4.232	3.433	2.426	1.172	406	-65,36	-90,41
Abruzzo *	29					n.d.	-100,00
Molise *	51	26	47	263	414	57,41	711,76
Campania *	1.515	2.551	1.890	2.862	1.724	-39,76	13,80
Puglia *	473		5	1	52	5.100,00	-89,01
Basilicata	98					n.d.	-100,00
Calabria *	12.366	18.817	11.552	9.522	16.744	75,85	35,40
RSO	38.527	43.684	26.078	24.798	26.068	5,12	-32,34
Valle d'Aosta						n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	45	66	54	40	3	-92,50	-93,33
P.A. Trento						n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia						n.d.	n.d.
Sicilia *	33.508	40.527	18.189	898	405	-54,90	-98,79
Sardegna			2	215	215	0,00	n.d.
RSS	33.553	40.593	18.245	1.153	623	-45,97	-98,14
INT. PASS. SU ANTICIPAZIONI	72.080	84.277	44.323	25.951	26.691	2,85	-62,97

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Con riferimento agli interessi passivi per anticipazioni di cassa, si riscontra una riduzione di tali oneri (-45 milioni di euro, -62,9% nel 2017 rispetto al 2013). Tuttavia, dall'aumento delle disponibilità liquide, ci si sarebbe atteso una maggior riduzione del ricorso alle anticipazioni di cassa.

Già in precedenti referti si era notato che, negli ultimi anni, a seguito di un miglioramento del ciclo di gestione delle entrate, gli enti sanitari hanno registrato un rilevante aumento degli incassi che non si è totalmente riverberato nell'aumento dei pagamenti¹⁸⁶: le risorse finanziarie incassate, infatti, solo in parte sono state adoperate per la riduzione dell'esposizione debitoria, mentre una parte è rimasta nella disponibilità degli enti sanitari. Appare ragionevole dedurre, pertanto, che, almeno in alcune realtà, siano presenti meccanismi organizzativi e procedurali che non consentono di utilizzare in modo ottimale la liquidità disponibile.

¹⁸⁶ Per approfondimenti, vd. Relazione sugli andamenti della finanza regionale – Analisi dei flussi di cassa (Deliberazione n. 17/SEZAUT/2017/FRG).

5.3.2 La situazione debitoria

Dall'analisi della voce di stato patrimoniale "D) Debiti" risalta come tale voce sia andata nel tempo riducendosi sempre più passando dagli oltre 59,2 miliardi di euro del 2013 ai 48,7 miliardi di euro del 2017, con un decremento di oltre 10,5 miliardi di euro (-17,8%). Osservando la composizione delle singole voci della macrocategoria "Debiti", la voce "Debiti verso fornitori" è quella di maggior consistenza, con circa 19,8 miliardi di euro nel 2017 ed un peso sul totale pari a 40,6%. Segue la voce "Debiti v/Stato" con un ammontare di oltre 13,9 miliardi di euro (28,6% del totale). Si tratta, peraltro, della componente che mostra il maggior tasso di incremento nel periodo osservato (2013-2017): + 54,5%. Nello stesso periodo crescono anche i debiti verso società partecipate e/o enti dipendenti della Regione (+27,8%) e i debiti tributari (+35,4%). In riduzione tutte le altre componenti del debito, con drastico abbattimento dei debiti verso aziende sanitarie pubbliche (-88,7%) e verso istituto tesoriere (-84,8%).

Tabella 62 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - D - Debiti anni 2013-2017

Descrizione voce SP	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 17-16	Var% 17-13
D.I) Debiti Per Mutui Passivi	1.506.631	1.450.720	1.450.363	1.395.011	1.480.444	6,12	-1,74
D.II) Debiti v/Stato	9.022.531	13.924.940	16.029.472	14.145.456	13.943.584	-1,43	54,54
D.III) Debiti v/Regione o Prov. Aut.	4.095.112	4.009.513	2.366.707	1.816.045	1.858.059	2,31	-54,63
D.IV) Debiti v/Comuni	480.205	428.098	424.841	326.764	289.920	-11,28	-39,63
D.V) Debiti v/Aziende Sanitarie Pubbliche	2.268.608	5.888.171	521.503	234.757	256.939	9,45	-88,67
D.V.1) Debiti v/Aziende Sanitarie Pubbliche della Regione	1.673.872	5.318.590	452.822	140.937	144.507	2,53	-91,37
D.V.2) Debiti v/Aziende Sanitarie Pubbliche Extraregione	60.620	47.052	68.681	77.102	77.642	0,70	28,08
D.V.3) Debiti v/Aziende Sanitarie Pubbliche della Regione per versamenti c/ Patrimonio Netto	534.116	522.529		16.718	34.790	108,10	-93,49
D.VI) Debiti v/ Società Partecipate e/o Enti dipendenti della Regione	847.492	653.864	924.626	868.717	1.083.414	24,71	27,84
D.VII) Debiti v/Fornitori	27.611.543	23.158.007	22.873.489	20.555.367	19.783.011	-3,76	-28,35
D.VIII) Debiti v/Istituto Tesoriere	4.030.767	2.436.087	1.641.354	848.232	610.911	-27,98	-84,84
D.IX) Debiti Tributari	1.464.693	1.407.148	1.674.986	1.749.045	1.983.032	13,38	35,39
D.X) Debiti v/Istituti Previdenziali, Assistenziali E Sicurezza Sociale	2.093.065	1.975.877	1.751.133	1.860.986	2.006.123	7,80	-4,15
D.XI) Debiti v/ Altri	5.827.164	5.780.194	5.361.733	5.528.311	5.394.082	-2,43	-7,43
D) DEBITI	59.247.811	61.112.619	55.020.207	49.328.691	48.689.519	-1,30	-17,82

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Tabella 63 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti V/Istituto Tesoriere anni 2013-2017

Regione	2013	2014	2015	2016	2017	Var% 17-16	Var% 17-13
Piemonte**	810.324	357.776	165.152	192.714	18.494	-90,40	-97,72
Lombardia	1.972	2.493	2.467	1.212	1.797	48,27	-8,87
Veneto	124.544	34.516	21.027	2.349	373	-84,12	-99,70
Liguria	59.544	7.505	16.859	4.128	6	-99,85	-99,99
Emilia-Romagna	234.107	157.692	148.082	42.596	2.334	-94,52	-99,00
Toscana	365.514	190.013	491.703	353.468	302.439	-14,44	-17,26
Umbria						n.d.	n.d.
Marche	17.733	7				n.d.	-100,00
Lazio*	584.142	504.036	553.522	136.662	15.847	-88,40	-97,29
Abruzzo*			1			n.d.	n.d.
Molise*	16.134	1	2.880	17.761	22.244	25,24	37,87
Campania*	113.695	92.944	54.851	34.272	8.747	-74,48	-92,31
Puglia*						n.d.	n.d.
Basilicata	28	25	24	24	24	0,00	-14,29
Calabria*	280.630	99.484	144.709	50.640	237.620	369,23	-15,33
RSO Totale	2.608.367	1.446.492	1.601.277	835.826	609.925	-27,03	-76,62
Valle d'Aosta						n.d.	n.d.
P. A. Bolzano	11.103	44	97	73	62	-15,07	-99,44
P. A. Trento						n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia						n.d.	n.d.
Sicilia*	1.411.297	989.551	30.925	10.816	923	-91,47	-99,93
Sardegna			9.443	1.517	1	-99,93	n.d.
RSS Totale	1.422.400	989.595	40.465	12.406	986	-92,05	-99,93
D.VIII) DEBITI V/ISTITUTO TESORIERE	4.030.767	2.436.087	1.641.742	848.232	610.911	-27,98	-84,84

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

5.3.3 La situazione debitoria: in particolare i debiti verso fornitori

Con particolare riguardo alla voce “Debiti verso fornitori”, si riscontra un *trend* in diminuzione che si accentua nel biennio 2013-2014, con una riduzione complessiva, nel quinquennio 2013-2017, pari a 7,8 miliardi di euro (-28,35%). La contrazione dei debiti verso fornitori è più evidente in quelle Regioni che hanno beneficiato delle anticipazioni di liquidità (d.l. n. 35/2013 e successivi provvedimenti analoghi). La riduzione si rileva in quasi tutte le Regioni. Si osserva, invece, un andamento incrementale in Lombardia (+7,08% nel 2017 rispetto al 2013), Marche (+44,41%) e Sardegna (+26,4%). Ondivaga la situazione in Basilicata, che presenta un modesto incremento alla fine del periodo considerato (+1,06%), ma + 9,04% nel 2017 rispetto al 2016. La Prov. aut. di Bolzano mostra un aumento del 7,61% tra inizio e fine quinquennio, ma con una curva discendente negli ultimi due anni. Comunque, l’andamento complessivo è significativamente discendente, frutto delle iniziative intraprese a livello nazionale e

locale al fine di contenere l'esposizione debitoria, migliorare la gestione finanziaria degli enti sanitari e rispettare le prescrizioni normative in materia di pagamento dei fornitori.

Tabella 64 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Debiti verso fornitori anni 2013-2017

REGIONI	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
Piemonte **	2.261.439	2.103.963	1.831.497	1.656.719	1.561.554	-5,74	-30,95
Lombardia	2.341.065	2.367.271	2.284.617	2.380.149	2.506.749	5,32	7,08
Veneto	2.042.796	1.375.521	1.418.914	1.200.471	1.219.660	1,60	-40,29
Liguria	466.385	457.861	463.422	430.171	431.589	0,33	-7,46
Emilia-Romagna	1.784.886	1.590.175	1.579.415	1.366.093	1.389.601	1,72	-22,15
Toscana	1.554.355	1.335.751	1.437.109	1.347.936	1.178.851	-12,54	-24,16
Umbria	167.738	162.727	140.434	152.370	149.511	-1,88	-10,87
Marche	361.605	371.885	407.106	447.314	522.210	16,74	44,41
Lazio *	5.971.757	3.512.966	3.793.248	3.243.595	3.030.996	-6,55	-49,24
Abruzzo *	654.763	657.971	646.237	577.507	534.162	-7,51	-18,42
Molise *	447.477	524.864	541.370	342.249	186.828	-45,41	-58,25
Campania *	3.872.352	3.112.907	3.031.079	2.385.172	2.036.743	-14,61	-47,40
Puglia *	1.286.871	1.210.639	1.161.650	991.172	1.043.381	5,27	-18,92
Basilicata	147.383	154.407	169.368	136.599	148.951	9,04	1,06
Calabria *	1.498.529	1.333.044	1.125.452	1.132.061	1.125.703	-0,56	-24,88
RSO	24.859.401	20.271.952	20.030.918	17.789.578	17.066.489	-4,06	-31,35
Valle d'Aosta	22.733	17.577	15.870	19.375	16.476	-14,96	-27,52
P.A. Bolzano	74.094	73.428	84.640	80.132	79.734	-0,50	7,61
P.A. Trento	91.822	80.167	77.104	80.338	86.748	7,98	-5,53
Friuli-Venezia Giulia	259.526	207.823	198.470	191.727	197.764	3,15	-23,80
Sicilia *	1.734.640	1.966.089	1.829.318	1.723.635	1.616.149	-6,24	-6,83
Sardegna	569.327	540.971	637.169	670.582	719.651	7,32	26,40
RSS	2.752.142	2.886.055	2.842.571	2.765.789	2.716.522	-1,78	-1,29
Debiti verso fornitori	27.611.543	23.158.007	22.873.489	20.555.367	19.783.011	-3,76	-28,35
% sul tot. debiti	46,60	37,89	41,57	41,67	40,63		

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Allo stato delle informazioni disponibili non è possibile distinguere tra debiti scaduti e non pagati nei termini, che costituiscono la massa critica delle passività, e i debiti derivanti da obbligazioni perfezionate ma non ancora esigibili, che devono comunque essere iscritti nei documenti contabili a fine esercizio (ad es. fattura emessa a dicembre che scade a gennaio) e rientrano nella fisiologia della gestione.

Con l'avvertenza che i dati esposti sono al lordo della quota "fisiologica"¹⁸⁷, si rileva che l'esposizione debitoria verso i fornitori maggiore in termini assoluti si riscontra con riferimento agli enti sanitari del Lazio (3 miliardi di euro nel 2017), della Lombardia (2,5 miliardi) e della Campania (2 miliardi); la massa debitoria di tali enti rappresenta circa il 38,3% del totale nazionale.

¹⁸⁷ Ossia i debiti derivanti da obbligazioni perfezionate ma non ancora esigibili.

Al fine di fornire un ordine di grandezza della massa debitoria già scaduta, la tabella che segue (sulla base dei rilevamenti effettuati dai Tavoli di monitoraggio) mostra i pagamenti effettuati nel corso del 2017¹⁸⁸ per anno di emissione della fattura. Emerge che tutte le Regioni considerate effettuano pagamenti oltre i termini. Le situazioni più critiche si registrano in Piemonte, con oltre il 67% dei pagamenti oltre i termini, in Molise, con il 64%, e in Toscana, con il 60%. Lombardia e Umbria sono le Regioni con il più basso percentuale di pagamenti oltre i termini (rispettivamente 6,23% e 3,81%).

Tabella 65 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Pagamenti effettuati durante l'anno 2017 (se non disponibili I o II trimestre 2018) per anno di emissione fattura

REGIONI	Ante 2015	2015	2016	2017	2018	Totale pagamenti	Pagamenti oltre i termini	% pagamenti oltre termine	% pagamenti oltre termine per ente sanitario (Min.-Max.)
Piemonte **	33.554	29.794	1.004.981	2.783.722	-	3.852.051	2.590.204	67,24	16% - 92%
Lombardia	7.527	14.026	866.732	3.846.976	-	4.735.260	294.937	6,23	0% - 53%
Veneto	6.926	12.291	651.852	4.134.232	-	4.805.302	859.999	17,90	4% - 30%
Liguria	4.005	1.443	257.314	980.834	-	1.243.596	467.636	37,60	14% - 48%
Emilia-Romagna	10.841	22.265	790.147	3.398.256	-	4.221.509	963.001	22,81	5% - 32%
Toscana	23.943	43.800	960.542	2.279.315	-	3.307.600	1.993.301	60,26	41% - 90%
Umbria	1.282	1.001	87.625	724.993	-	814.901	31.069	3,81	1% - 16%
Marche	8.052	8.785	219.460	903.870	-	1.140.167	194.540	17,06	3% - 37%
Lazio * (1)	6.051	6.373	19.152	959.707	1.629.132	2.620.414	1.132.822	43,23	18% - 76%
Abruzzo * (1)	793	3.085	142.165	168.464	700	315.207	64.939	20,60	14% - 56%
Molise * (1)	2.033	1.040	1.698	55.340	17.570	77.681	49.757	64,05	0% - 66%
Campania *	17.476	13.538	37.110	604.025	413.212	1.085.361	257.682	23,74	0% - 74%
Puglia * (2)	5.072	3.046	8.799	418.258	796.122	1.231.297	382.733	31,08	0% - 82%
Basilicata	2.183	4.003	80.363	364.914	-	451.463	104.556	23,16	4% - 41%
Calabria * (1)	28.147	7.829	27.708	319.840	41.705	425.229	152.005	35,75	4% - 96%
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia * (1)	6.535	5.907	20.171	562.836	366.439	961.887	289.915	30,14	2% - 65%
Sardegna	4.191	6.651	420.635	982.424	-	1.413.901	399.269	28,24	18% - 65%

Fonte: verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza; importi in migliaia di euro.

(1) Pagamenti effettuati durante il I trimestre 2018 per anno di emissione fattura.

(2) Pagamenti effettuati durante il II trimestre 2018 per anno di emissione fattura.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Il fenomeno dei debiti verso fornitori può essere analizzato anche con l'aiuto di alcuni indici: l'indice di velocità dei debiti verso fornitori¹⁸⁹ e la percentuale dei debiti verso fornitori sul costo della

¹⁸⁸ Per alcune Regioni i dati a disposizione riguardavano i pagamenti effettuati durante il I o il II trimestre del 2018.

¹⁸⁹ L'indice di velocità dei debiti verso fornitori è calcolato come segue: Acquisti / Debiti verso fornitori.

Con riferimento agli Acquisti si è preso in considerazione il Costo della produzione. Per evitare distorsioni, si è determinato il Costo della produzione aggiustato (adj): costo della produzione che considera le sole voci che potrebbero generare debiti commerciali: B.1) Acquisti di beni; B.2) Acquisti di servizi; B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata); B.4) Godimento di beni di terzi.

produzione¹⁹⁰. L'indice di velocità dei debiti verso fornitori evidenzia quante volte in un anno si rinnovano i debiti¹⁹¹ e qual è il tempo medio di pagamento: più alto è l'indice, migliore è la capacità di pagamento dell'ente, minore l'accumulo di debito. Nel 2017 indici bassi si rilevano in Calabria (2,7 volte in un anno, con tempi medi di pagamento di 135 giorni), Molise (3,28 volte, circa 111 gg.), Lazio (3,31 volte, circa 110 gg.) e Sardegna (3,43 volte, circa 106 gg.). Le Regioni con indici migliori, sempre nel 2017, sono Valle d'Aosta, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia e Umbria.

Al contrario, il risultato dell'indice che esprime il rapporto tra debiti verso fornitori e costo della produzione, quanto più è alto tanto più segnala una minore capacità di pagamento, con generazione di nuovo debito.

Per quanto concerne la voce Debiti v/fornitori, si è preso in considerazione l'ammontare dei debiti al netto dell'Iva. Ai fini dell'analisi, per semplicità di calcolo, è stata considerata la sola aliquota ordinaria (22%).

¹⁹⁰ La percentuale è calcolata come segue: Debiti verso fornitori (al netto dell'Iva) / Costo della produzione *adj.* Per dettagli v. nota precedente.

¹⁹¹ In sintesi, se i debiti si rinnovano 11 volte, vuol dire che impiegano 1/11 di anno, cioè quasi 33 giorni, a rinnovarsi, e quindi che il tempo medio di pagamento è pari a 33 giorni circa. Dunque, maggiore è il dato e più volte si rinnovano i debiti in quanto risulta minore il tempo medio di pagamento.

Tabella 66 Modello di rilevazione CE e SP a livello regionale da BDAP - Indici Debiti verso fornitori ⁽¹⁾ anni 2013-2017

REGIONI	Indice velocità dei debiti verso fornitori					% Debiti v/fornitori su Costo della produzione adj				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte **	2,92	3,12	3,63	4,01	4,33	41,85	39,13	33,61	30,45	28,20
Lombardia	6,70	6,66	7,13	6,83	6,61	18,22	18,31	17,11	17,86	18,45
Veneto	3,58	5,37	5,31	6,24	6,18	34,04	22,72	22,99	19,55	19,75
Liguria	5,56	5,66	5,76	6,17	6,16	21,93	21,57	21,20	19,77	19,81
Emilia R	3,88	4,40	4,56	5,20	5,16	31,46	27,72	26,75	23,44	23,65
Toscana	3,49	4,15	3,98	4,25	4,93	34,94	29,40	30,62	28,71	24,73
Umbria	7,83	7,95	9,46	8,95	9,23	15,59	15,34	12,89	13,63	13,22
Marche	5,98	5,93	5,57	5,11	4,54	20,40	20,56	21,91	23,88	26,85
Lazio *	1,62	2,78	2,61	3,03	3,31	75,40	43,94	46,81	40,21	36,88
Abruzzo *	3,03	3,05	3,22	3,65	4,01	40,21	39,97	37,90	33,42	30,42
Molise *	1,31	1,15	1,10	1,68	3,28	92,79	106,18	110,48	72,63	37,16
Campania *	2,09	2,66	2,84	3,67	4,31	58,38	45,93	42,95	33,28	28,33
Puglia *	4,78	5,20	5,60	6,53	6,29	25,50	23,45	21,78	18,68	19,40
Basilicata	5,80	5,72	5,27	6,33	6,02	21,05	21,32	23,16	19,28	20,26
Calabria *	1,84	2,09	2,61	2,62	2,70	66,22	58,44	46,73	46,60	45,27
RSO	3,14	3,89	4,05	4,56	4,82	38,83	31,33	30,10	26,76	25,30
Valle d'Aosta	9,11	11,16	12,19	9,57	11,25	13,40	10,93	10,01	12,75	10,85
P.A. Bolzano	9,33	9,50	8,49	9,04	9,46	13,07	12,84	14,37	13,50	12,90
P.A. Trento	10,00	11,61	12,27	11,57	10,87	12,20	10,50	9,94	10,54	11,22
Friuli-V. G.	7,22	8,59	8,74	9,31	9,32	16,91	14,20	13,96	13,11	13,09
Sicilia *	3,93	3,44	3,79	4,11	4,48	31,06	35,47	32,22	29,70	27,24
Sardegna	4,31	4,68	3,97	3,72	3,43	28,33	26,06	30,74	32,79	35,53
RSS	4,71	4,47	4,59	4,77	4,95	25,92	27,28	26,58	25,56	24,67
ITALIA	3,30	3,97	4,12	4,59	4,84	36,99	30,76	29,62	26,60	25,21

Fonte: Modello di rilevazione CE e SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 21 novembre 2018 (CE) e 25 gennaio 2019 (SP).

(1) Ai fini del calcolo degli indici esposti in tabella si è considerato il Debito verso fornitori al netto dell'IVA (per semplicità di calcolo si è adoperata la sola aliquota del 22%) e il Costo della produzione *Adj* (Costo della produzione che considera le sole voci che potrebbero generare debiti commerciali: B.1) Acquisti di beni; B.2) Acquisti di servizi; B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata); B.4) Godimento di beni di terzi).

* Regioni in piano di rientro. ** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Osservando il dato *pro capite* emerge che otto Regioni (Piemonte, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sardegna) registrano un maggiore scostamento in eccesso rispetto alla media nazionale (327 euro per abitante). Si evidenzia la forte esposizione degli enti della Regione Molise (605,6 euro per abitante nel 2017), pur se si riscontra una forte riduzione (-57%). Le maggiori riduzioni, oltre a quella del Molise, si evidenziano nel Lazio (che passa da 1.017 euro per abitante del 2013 a 514 euro del 2017), Campania (da 659,7 euro per abitante nel 2013 a 349,6 euro nel 2017) e Calabria (da 756,6 euro per abitante nel 2013 a 575,3 euro nel 2017). All'opposto, vi sono Regioni che hanno registrato un incremento: Marche (da 232,8 euro per abitante nel 2013 a 340,9 euro nel 2017) e Sardegna (da 342,2 euro per abitante nel 2013 a 436,6 euro nel 2017).

Tabella 67 Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Debiti verso fornitori *pro capite* anni 2013-2017

REGIONI	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
Piemonte **	509,70	475,53	415,85	371,68	356,86	-3,99	-29,99
Lombardia	234,73	236,67	228,27	239,99	249,77	4,08	6,41
Veneto	414,63	279,15	288,68	243,12	248,65	2,28	-40,03
Liguria	292,97	289,19	294,98	266,07	277,20	4,18	-5,38
Emilia R	401,43	357,30	355,07	308,20	312,09	1,26	-22,26
Toscana	414,44	355,95	383,80	359,47	315,46	-12,24	-23,88
Umbria	187,05	181,87	157,58	168,09	169,01	0,55	-9,65
Marche	232,82	239,80	263,71	285,76	340,92	19,30	46,43
Lazio *	1.017,26	596,18	644,18	566,20	514,02	-9,22	-49,47
Abruzzo *	490,85	494,13	487,17	430,22	406,15	-5,59	-17,26
Molise *	1.421,80	1.675,02	1.735,01	1.070,26	605,62	-43,41	-57,41
Campania *	659,69	531,07	518,06	408,84	349,54	-14,50	-47,01
Puglia *	314,62	295,99	284,92	242,27	257,74	6,39	-18,08
Basilicata	254,82	267,78	295,22	232,50	262,65	12,96	3,07
Calabria *	756,63	674,40	571,14	562,82	575,31	2,22	-23,96
RSO	481,64	392,65	388,76	345,44	332,04	-3,88	-31,06
Valle d'Aosta	176,79	137,00	124,64	151,10	130,55	-13,60	-26,15
P.A. Bolzano	143,67	141,61	162,49	157,85	151,08	-4,29	5,16
P.A. Trento	171,23	149,17	143,26	151,74	160,67	5,89	-6,17
Friuli-V. G.	211,11	169,36	162,52	155,14	162,70	4,87	-22,93
Sicilia *	340,46	386,11	360,51	341,24	321,49	-5,79	-5,57
Sardegna	342,17	325,24	384,27	400,25	436,63	9,09	27,61
RSS	300,17	314,84	311,00	303,01	299,03	-1,32	-0,38
ITALIA	454,27	380,92	377,04	339,05	327,08	-3,53	-28,00

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019. Importi in euro.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Per quanto concerne i tempi medi di pagamento, in linea generale viene in rilievo un diffuso miglioramento, anche se la situazione si presenta alquanto variegata. Detto miglioramento, tuttavia, non deve affievolire le iniziative intraprese dai diversi livelli di governo per ridurre e tendere alle tempistiche prescritte dalla normativa sia europea, sia nazionale. Resta indubbio che l'introduzione della fatturazione elettronica faciliti una maggiore attenzione alla gestione dei pagamenti, e costituisca un utile strumento per arrivare al rispetto delle prescrizioni della legislazione nazionale ed europea. Si osserva che in alcune realtà regionali, per migliorare il ciclo dei pagamenti, sono state implementate procedure centralizzate di gestione della liquidità per i pagamenti dei fornitori che hanno, congiuntamente ad altri strumenti, contribuito alla riduzione dell'esposizione debitoria e dei tempi medi dei pagamenti.

Tabella 68 Indicatore di tempestività dei pagamenti ⁽¹⁾ anni 2014-2017 e I Trim. 2018

REGIONI	2014	2015	2016	2017	Anno 2017 (Min. - Max. a livello di singolo ente)	I trim. 2018
Piemonte **	6 - 222	8 - 234	15 - 141	15 - 92	15 - 92	-2 - 66
Lombardia	n.d.	n.d.	-40 - 18	-40 - 15	-40 - 15	-41 - 9
Veneto	n.d.	3	-5	-13	-25 - 0	-14
Liguria	-5 - 23	-7 - 24	-34 - 13	-25 - 8	-25 - 8	-37 - 42
Emilia R	-12 - 51	-35 - 41	-39 - 18	-34 - 2	-34 - 2	-30 - 0
Toscana	73	31	58	52	-4 - 117	59
Umbria	-27 - 31	-32 - -1	-39 - -19	-41 - -21	-41 - -21	-41 - -17
Marche	-15 - 22	-15 - 8	-11 - 30	-13 - -7	-13 - -7	-15 - 25
Lazio *	102	68	69	26	-7 - 81	24
Abruzzo *	-2	4	2	-1	-14 - 74	-9
Molise *	82 - 234	-22 - 341	33 - 390	13 - 461	13 - 461	-42 - 124
Campania *	11 - 472	-1 - 358	-9 - 162	-5 - 192	-5 - 192	-24 - 123
Puglia *	68	57	28	4	-43 - 32	-1
Basilicata	-21 - 17	-18 - 24	-17 - 6	-28 - 5	-28 - 5	-13 - 16
Calabria *	407	388	189	195	28 - 802	249
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Friuli-v- g.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia *	87	55	28	21	-12 - 137	25
Sardegna	-25 - 98	-18 - 82	-1 - 112	27 - 61	27 - 61	7 - 27

Fonte: Verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza; valori espressi in giorni.

(1) Nel caso in cui non viene evidenziato un indicatore di tempestività dei pagamenti a livello regionale, per ciascun anno si riporta il minimo e il massimo valore registrato presso gli enti sanitari regionali.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Quanto alla composizione della tipologia di debito verso fornitori, si precisa che essa è costituita dai "debiti verso gli erogatori di prestazioni sanitarie", che possono essere privati accreditati e convenzionati, e dai "debiti verso i fornitori in generale": i primi rappresentano poco più di un quarto del totale debiti (nel 2017 circa il 27%), mentre i debiti verso altri fornitori costituiscono la massa debitoria maggiore.

I debiti verso gli erogatori di prestazioni sanitarie diminuiscono in quasi tutte le Regioni ad eccezione di Marche, Puglia, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Prov. aut. Bolzano; in Valle d'Aosta e Prov. aut. Trento non sono presenti i debiti verso gli erogatori.

I "debiti verso altri fornitori" costituiscono la componente maggiore della voce Debiti verso fornitori, in quanto nel 2017 rappresentano oltre il 72% del totale. Osservando tale categoria di debiti si riscontra un *trend* decrescente, specie nelle Regioni che hanno ottenuto le anticipazioni di liquidità.

Tabella 69 Debiti verso fornitori anni 2013-2017

Decrizione	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
Debiti verso erogatori (privati accreditati e convenzionati) di prestazioni sanitarie	6.405.729	5.986.379	5.815.446	5.447.533	5.513.561	1,21	-13,93
Debiti verso altri fornitori	21.205.814	17.171.628	17.058.043	15.107.834	14.269.450	-5,55	-32,71
Debiti verso fornitori	27.611.543	23.158.007	22.873.489	20.555.367	19.783.011	-3,76	-28,35
% Debiti v/alti fornitori sul tot. Debiti v/fornitori	76,8	74,1	74,6	73,5	72,1		

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

Tabella 70 Debiti verso altri fornitori (componente dei Debiti verso fornitori) anni 2013-2017

REGIONI	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
Piemonte **	1.824.801	1.720.538	1.445.816	1.287.053	1.212.599	-5,78	-33,55
Lombardia	1.406.789	1.428.038	1.375.993	1.472.545	1.505.519	2,24	7,02
Veneto	1.736.328	1.080.353	1.148.001	931.584	959.970	3,05	-44,71
Liguria	450.435	405.305	420.211	393.625	390.850	-0,70	-13,23
Emilia R	1.165.050	1.060.612	1.085.930	966.702	1.010.029	4,48	-13,31
Toscana	1.415.980	1.208.498	1.281.217	1.283.171	1.105.147	-13,87	-21,95
Umbria	166.571	160.494	139.554	151.523	149.200	-1,53	-10,43
Marche	263.975	289.054	328.254	347.040	425.534	22,62	61,20
Lazio *	4.869.962	2.531.854	2.674.084	2.290.598	2.044.983	-10,72	-58,01
Abruzzo *	396.303	405.521	402.649	341.290	317.295	-7,03	-19,94
Molise *	325.622	394.791	399.062	237.851	100.745	-57,64	-69,06
Campania *	2.464.532	1.965.697	2.190.203	1.604.406	1.387.883	-13,50	-43,69
Puglia *	1.127.830	1.039.587	895.995	688.808	653.713	-5,10	-42,04
Basilicata	147.383	127.369	131.999	103.913	120.531	15,99	-18,22
Calabria *	1.295.691	1.130.834	935.795	893.683	820.123	-8,23	-36,70
RSO	19.057.252	14.948.545	14.854.763	12.993.792	12.204.121	-6,08	-35,96
Valle d'AOSTA	22.733	17.577	15.870	19.375	16.476	-14,96	-27,52
P.A. Bolzano	0	66.709	75.844	69.655	73.460	5,46	n.d.
P.A. Trento	91.822	80.167	77.104	80.338	83.577	4,03	-8,98
Friuli-Venezia Giulia	256.390	203.230	178.789	171.131	176.692	3,25	-31,08
Sicilia *	1.236.280	1.337.023	1.245.608	1.166.945	1.074.886	-7,89	-13,05
Sardegna	541.337	518.377	610.065	606.598	640.238	5,55	18,27
RSS	2.148.562	2.223.083	2.203.280	2.114.042	2.065.329	-2,30	-3,87
Debiti v/alti fornitori	21.205.814	17.171.628	17.058.043	15.107.834	14.269.450	-5,55	-32,71
% sul tot. debiti	35,79	28,10	31,00	30,63	29,31		

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

* Regioni in piano di rientro

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

**Focus n. 5 – Tempi di pagamento dei fornitori e pagamenti oltre i termini previsti dal DPCM
22/09/2014**

Con riferimento ai tempi di pagamento dei fornitori, si riporta una sintesi dei verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e delle riunioni

congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Piemonte: nel corso del 2017 risultano pagamenti di fatture per 3,8 miliardi di euro: il 72% dei pagamenti effettuati durante l'anno 2017 fa riferimento a fatture emesse nel medesimo anno (il dato annuale 2016 era del 69%) e il 26% a fatture emesse nell'anno 2016. I pagamenti effettuati su fatture con anno di emissione 2015 ed ante risultano circa 2%. Complessivamente il 67% del valore delle fatture pagate non rispetta il DPCM 22/09/2014 (per l'anno 2016 era del 71% e per l'anno 2015 era pari al 77%). A livello di singole aziende rilevano le percentuali molto elevate degli importi pagati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014, in particolare, da parte delle seguenti Aziende che sono intorno al 90%: con il 92% dalla Asl di Biella (207), con il 90% dalla Asl di Cuneo 1 (210) e dalla Asl di Asti (212). Con riferimento all'indicatore di tempestività dei pagamenti, la Regione evidenzia che i dati raccolti con riferimento al 31/01/2018 confermano una tendenza generale ad un abbassamento ulteriore degli ITP con valori nella maggior parte delle aziende più bassi di circa 15-20 giorni e con un utilizzo limitato della anticipazione ordinaria. La Regione rappresenta che è in corso una ulteriore anticipazione straordinaria mirata ad abbassare ulteriormente i tempi di pagamento. Si evidenziano per l'anno 2017 ritardi superiori rispetto alla direttiva europea per la ASL 207 - Biella (92 giorni) e l'AO 908 - Mauriziano (79 giorni), di cui alle specifiche sopra rappresentate dalla Regione. Risultano comunque elevati (sopra i 60 giorni di ritardo) anche la ASL 205 - Torino 5 (63 giorni) e l'AO 905 -Maggiore (62 giorni). La maggior parte delle Aziende sanitarie presenta un miglioramento tra il 2015 e il 2017, anche se per talune Aziende persistono tempi ancora elevati che non mostrano riduzioni nel triennio considerato.

Lombardia: in merito ai pagamenti effettuati nel periodo gennaio-dicembre 2017 si rileva che sono state pagate fatture per 4,7 miliardi di euro, di cui l'81% è relativo a fatture emesse nell'anno solare 2017 e il 18% relativo a fatture emesse nell'anno solare 2016. Gli importi di fatture emesse in anni solari precedenti il 2016 è pari a circa l'1%. Nell'ambito delle fatture pagate, il 6% si riferisce a fatture che eccedono i tempi del DPCM 22/09/2014. Tale importo è concentrato principalmente su 4 aziende (704 - ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico G. Pini, 711 - ASST Valle Olona, 720 - ASST Bergamo Est e 727 - ASST Pavia). Con riferimento ai tempi di pagamento, la Regione precisa che per l'anno 2017 è confermato il *trend* di riduzione dei tempi di pagamento a livello di sistema. Le aziende e la GSA presentano un indicatore di tempestività dei pagamenti annuale 2017 coerente con la direttiva europea in materia. Si rileva che solo alcune aziende registrano tempi di pagamento lievemente superiori al limite previsto dalla direttiva europea, in particolare sull'anno 2017: la 704 - ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico G. Pini registra +15 giorni di ritardo (nel I trimestre 2018 registra tempi coerenti con la norma), la 924 - IRCCS San Matteo di Pavia registra +14 giorni di ritardo (nel I trimestre 2018 il ritardo si riduce a +9 giorni), la 711 - ASST Valle Olona registra +13 giorni di ritardo (nel I trimestre

2018 recupera il ritardo attestandosi a -4 giorni), la 321 - ATS Città Metropolitana di Milano registra +12 giorni di ritardo (nel I trimestre 2018 il ritardo si riduce a +6 giorni).

Veneto: nel periodo gennaio-dicembre 2017 sono state pagate fatture per 4,8 miliardi di euro, di cui il 86% è relativo a fatture emesse nell'anno solare 2017 e il 14% relativo a fatture emesse nell'anno solare 2016. Gli importi di fatture pagate nel 2017 ed emesse in anni solari precedenti il 2016 è irrisonio. Nell'ambito delle fatture pagate, il 18% si riferisce a fatture che eccedono i tempi del DPCM 22/09/2014. Rilevano le performance peggiori delle aziende 509 (30%) e 501 (27%). In merito ai pagamenti, la Regione ha fatto presente che l'importo dei pagamenti oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014, pari a 859 milioni di euro è in netto miglioramento rispetto al valore registrato nello stesso periodo dell'esercizio precedente che ammontava a 1.285 milioni di euro (-426 milioni di euro). La Regione evidenzia che il valore dei pagamenti oltre la scadenza si è concentrato soprattutto nei primi tre trimestri a testimonianza della ripresa dei pagamenti e del recupero delle fatture non pagate tra la fine del 2016 e i primi mesi del 2017. Infine, la performance negativa dell'azienda Aulss 9 Scaligera, sono dovute anche al processo di fusione e il passaggio ad un software di contabilità integrato che è stato più critico rispetto alle altre aziende. Con riferimento all'indicatore di tempestività dei pagamenti, si riscontra un graduale miglioramento della performance fino a raggiungere, nell'anno 2017, il totale rispetto della normativa sui tempi di pagamento. La Regione ha evidenziato che il *trend* di progressivo miglioramento che nel 2017 ha portato il SSR a segnare valori negativi dell'ITP per tutte le aziende, risulta confermato anche nel I trimestre 2018. Evidenzia il miglioramento riconducibile all'ente 000 laddove ormai risulta quasi completo il passaggio delle procedure di pagamento verso fornitori su Azienda Zero.

Liguria: nell'anno solare 2017 la Regione ha effettuato pagamenti per 1,2 miliardi di euro, di cui circa il 79% dei pagamenti sono a valere su fatture emesse nel medesimo anno e circa il 21% su fatture emesse nel 2016. I pagamenti relativi a fatture emesse nell'anno 2015 e precedenti risultano residuali. Complessivamente il 38% dei pagamenti risulta effettuato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014. Si rileva che tale percentuale era pari al 24% sull'anno 2016. Con riferimento all'indicatore di tempestività dei pagamenti, si rileva che al II trimestre 2018 tutte le aziende, ad eccezione della Asl 1, dell'IRCCS San Martino e dell'IRCCS Gaslini hanno rispettato i tempi della direttiva.

Emilia-Romagna: nel corso del 2017 sono state pagate fatture per 4,3 miliardi di euro, di cui l'80% è relativo a fatture emesse nell'anno solare 2017 e il 19% è relativo a fatture emesse nel 2016. Gli importi delle fatture pagate nel 2017 ed emesse in anni precedenti al 2016 è circa l'1%. Le fatture pagate che eccedono i tempi previsti dal DPCM 22/09/2014 sono pari a 23%. La Regione ha fatto presente che si riferiscono, in particolare, a fatture soggette a contestazioni e a fatture il cui pagamento è vincolato all'esecuzione di collaudi (lavori, attrezzature sanitarie, ecc.). Il Tavolo rileva il miglioramento della percentuale di fatture pagate oltre i tempi previsti dal DPCM 22/9/2014 che passa dal 35% del 2016

all'attuale 23%. L'indicatore di tempestività dei pagamenti relativo all'anno 2017 è stabilmente minore di zero per l'intero Sistema Sanitario Regionale.

Toscana: relativamente ai tempi di pagamento la Regione ha fatto presente che anche nel 2017 ha continuato a registrarsi mediamente il superamento dei tempi di pagamento previsti dal decreto legislativo n. 231/2002, seppure in misura inferiore a quello osservato nel 2016. La situazione è attentamente monitorata dalla Regione, che si sta adoperando per far sì che le aziende sanitarie utilizzino in maniera adeguata l'anticipazione di cassa concessa dai propri istituti tesorieri e che si riducano al minimo gli investimenti delle aziende sanitarie finanziati con contributi in c/esercizio (anche attraverso l'autorizzazione alla stipula di nuovi mutui). Con riferimento ai pagamenti effettuati nel corso del 2017, si registra che sono state pagate fatture per 3,3 miliardi di euro, di cui il 69% è relativo a fatture emesse nell'anno solare 2017 e il 29% relativo a fatture emesse nell'anno solare 2016. Gli importi di fatture pagate nel 2017 ed emesse in anni solari precedenti il 2016 è pari a circa il 2%. Nell'ambito delle fatture pagate, il 60% si riferisce a fatture che eccedono i tempi del DPCM 22/09/2014. Tale importo è praticamente distribuito su tutti gli enti, con un picco del 93% nell'AOU Pisana e del 90% nell'AUSL Toscana Nord Ovest. Con legge regionale n. 84/2016 è stato operato un riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale con un accorpamento delle aziende sanitarie a decorrere dal 2016. Pertanto, in merito all'indicatore di tempestività dei pagamenti si rileva che nel 2017 la quasi totalità delle aziende presentano tempi di pagamento non coerenti con la direttiva europea con ritardi notevoli per la AUSL Toscana Nord Ovest (+118 giorni), Fondazione Gabriele Monasterio (+117 giorni), AOU Pisana (+54 giorni), AUSL Toscana Sud Est (+29 giorni), ISPO (+22 giorni). Inoltre, anche nel 2018 la quasi totalità delle aziende presentano tempi di pagamento non coerenti con la direttiva europea con ritardi notevoli per la AUSL Toscana Nord Ovest (+82 giorni), Fondazione Gabriele Monasterio (+105 giorni), AOU Pisana (+63 giorni), AUSL Toscana Sud Est (+38 giorni), ISPO (+49 giorni).

Umbria: con riferimento ai pagamenti effettuati nel corso del 2017, si registra che sono stati effettuati pagamenti di fatture per 814,9 milioni di euro di euro, di cui l'89% riferito a fatture emesse nel medesimo anno solare 2017 e l'11% riferito a fatture emesse nell'anno solare 2016. Residuali risultano i pagamenti di fatture emesse in anni antecedenti il 2016. Del complesso dei pagamenti, il 4%, pari a 31.069 milioni di euro di euro, è stato effettuato oltre i tempi previsti dal DPCM 22/09/2015. La GSA è l'unica che ha una percentuale di pagamenti oltre i termini di legge pari al 16% del totale. Per quanto concerne l'indicatore di tempestività dei pagamenti, per gli anni 2015, 2016 e 2017 tutte le aziende sanitarie e la GSA della Regione Umbria hanno rispettato i tempi di pagamento previsti dalla direttiva europea.

Marche: nel corso dell'anno solare 2017, sono state pagate fatture per 1,1 miliardi di euro, di cui il 79% è relativo al valore delle fatture emesse nell'anno solare 2017 e il 19% relativo al valore delle fatture emesse nell'anno solare 2016. Gli importi di fatture pagate nel 2017 ed emesse in anni precedenti al 2016 è circa il 2%. Nell'ambito delle fatture pagate, il 17% si riferisce a fatture che eccedono i tempi del DPCM

22/09/2014. Rilevano i pagamenti effettuati con ritardo dalla GSA per circa il 37% degli importi pagati e dell'ASUR per circa il 20% degli importi pagati. La Regione ha fatto presente che la percentuale del fatturato pagato oltre i termini migliora rispetto al 2016 (passando dal 22% del 2016 al 17% del 2017). Con riferimento all'indicatore di tempestività dei pagamenti, a partire dall'anno 2016 tutti gli Enti del SSR registrano indicatori negativi (si evidenzia inoltre che tutti gli indicatori dell'anno 2017 migliorano rispetto all'anno 2016). La Regione ha precisato che nell'ultimo trimestre del 2017 sono state superate le difficoltà organizzative che impedivano il rispetto delle tempistiche di pagamento della GSA: ciò ha permesso di accelerare negli ultimi tre mesi il pagamento delle fatture (per un importo pari al 63% delle fatture liquidate nell'anno) e di raggiungere un indicatore negativo anche per l'intero anno.

Lazio: durante il primo semestre 2018, sono stati effettuati pagamenti per 2,6 miliardi di euro, dei quali il 62% si riferisce a fatture emesse nello stesso anno, il 37% si riferisce a fatture emesse nell'anno 2017, mentre circa il 1% si riferisce a pagamenti di fatture emesse in anni antecedenti il 2017. Pertanto, si registra che i pagamenti effettuati oltre i termini di legge sono pari al 43% del valore dei pagamenti effettuati, riscontrati in tutte le aziende. Si evidenziano, in particolare le percentuali di pagamento oltre i termini delle aziende: Asl Roma 3 (58%); Asl Roma 5 (57%); Asl di Latina (52%); AO San Giovanni (57%); AOU Policlinico Umberto I (53%), IFO (51%); INMI Spallanzani (76%), AO S. Andrea (53%); ARES 118 (52%). Con riferimento alla GSA si fa presente che i pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 sono pari al 18% dei pagamenti effettuati. In ordine all'indicatore annuale dei tempi di pagamento, si registra ancora la presenza di tempi di pagamento superiori ai tempi indicati dalla legge, evidenziano che viene confermato il *trend* in miglioramento anche con riferimento ai primi trimestri del 2018.

Abruzzo: con riferimento ai pagamenti effettuati nel I Trimestre 2018 possibile evincere che risultano pagamenti di fatture per 315,207 milioni di euro di euro, di cui importi irrisoni di pagamenti sono relativi a fatture emesse nell'anno solare 2018, il 53% è relativo a fatture emesse nell'anno 2017 e il 45% relativo a fatture emesse nell'anno 2016. I pagamenti effettuati su fatture con anno di emissione 2015 ed ante sono pari a circa il 2%. In merito ai pagamenti oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014, si rileva che al I trimestre 2018 sono pari al 21%; a livello di singole aziende si rilevano le percentuali degli importi pagati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 sia per la GSA (56%), sia per la ASL 202 di Lanciano-Vasto-Chieti (30%). Con riferimento al I trimestre 2018, la GSA (a causa dell'implementazione del nuovo piano dei conti regionale, ai sensi del Titolo I del decreto legislativo n. 118/2011 e del relativo accordo con i capitoli del bilancio regionale, che ha generato notevole ritardo nell'emissione del mandato di pagamento delle fatture) e la ASL 202 (a causa di un'attività di pulizia del partitario fornitori che ha portato al pagamento di numerose fatture pregresse, relative principalmente a strutture private) presentano un ITP positivo pari rispettivamente a +10 giorni e +15 giorni. La Regione fa presente che l'ITP calcolato del SSR è pari a -9 giorni; la ASL di Lanciano Vasto Chieti evidenzia un miglioramento rispetto al I Trimestre 2017

(riduzione di 36 giornate di attesa per i fornitori). Anche per la GSA si rileva un miglioramento rispetto al I Trimestre 2017 (pari ad una riduzione di 70 giornate di attesa per i fornitori).

Molise: con riferimento ai pagamenti effettuati nel I Trimestre 2018 sono stati effettuati pagamenti per 77,951 milioni di euro di euro, dei quali il 23% si riferisce a fatture emesse nello stesso anno, il 71% si riferisce a fatture emesse nell'anno 2017 e il restante 6% si riferisce a fatture emesse in anni ante 2017. In particolare, si segnala che i pagamenti effettuati da Asrem oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 sono pari al 66% dei pagamenti effettuati dall'azienda. In ordine all'indicatore annuale dei tempi di pagamento, si conferma il *trend* di Asrem che evidenzia un ritardo sul I trimestre 2018 di 124 giorni. L'indicatore continua ad evidenziare criticità nei tempi di pagamento da parte dell'Azienda.

Campania: con riferimento ai pagamenti effettuati nel I Trimestre 2018 possibile evincere che, durante il I trimestre 2018, sono stati effettuati pagamenti per 1.085,361 milioni di euro di euro, dei quali il 38% si riferisce a fatture emesse nello stesso anno, il 56% si riferisce a fatture emesse nell'anno 2017, mentre il restante 6% si riferisce a fatture emesse in anni precedenti al 2017. I pagamenti effettuati oltre i termini di legge sono pari al 24% del valore totale dei pagamenti: si evidenziano, in particolare le percentuali di pagamento oltre i termini delle aziende: ASL Caserta (47%); ASL Napoli 2 (53%); ASL Napoli 3 (41%); AO Cardarelli (74%), AO Dei Colli (34%), AO San Sebastiano (57%). La GSA ha effettuato il 41% dei pagamenti oltre i termini di legge. Osservando l'indicatore annuale dei tempi di pagamento per il 2017 e i primi due trimestri del 2018, si conferma il *trend* di miglioramento rispetto ai dati del 2015 e 2016 in diverse aziende. Tuttavia, si segnalano i peggioramenti delle Aziende di Avellino e AOU Vanvitelli sul II trimestre 2018.

Puglia: con riferimento ai pagamenti effettuati nel II Trimestre 2018 emerge che il 65% dei pagamenti è riferito al valore delle fatture emesse durante il medesimo anno 2018 e il 34% relativo al valore delle fatture emesso durante l'anno 2017. I pagamenti effettuati su fatture con anno di emissione 2016 e ante risultano circa l'1%. Complessivamente, a livello regionale, risulta che il 31% dei pagamenti è stato effettuato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014. A livello di singole aziende rilevano le percentuali degli importi pagati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 che sono particolarmente rilevanti per l'AOU Policlinico di Bari (82%). Riguardo all'indicatore di tempestività dei pagamenti al I e II trimestre 2018 si evidenzia, a livello regionale, un dato in linea con la direttiva europea sui tempi di pagamento. Si evidenziano ritardi superiori rispetto alla direttiva europea soprattutto per l'ASL Brindisi (18/19 giorni) e l'AOU Policlinico di Bari (21/22 giorni).

Basilicata: con riferimento ai pagamenti effettuati nel corso del 2017 si evince che sono state pagate fatture per 451,463 milioni di euro di euro, di cui l'81% relativo a fatture emesse nell'anno 2017 e il 18% relativo a fatture emesse nell'anno 2016. I pagamenti su fatture ante 2016 sono pari all'1%. Si osserva inoltre che il 23% dei pagamenti è effettuato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014. Rilevano i pagamenti con ritardo presenti nell'ASM (38%) e nell'AOR (41%). Esaminando il I Trimestre 2018 si riscontra che il 35% dei pagamenti effettuati è riferito al valore delle fatture emesse durante il medesimo anno 2018 e il 64%

relativo al valore delle fatture emesso durante l'anno 2017. I pagamenti effettuati su fatture con anno di emissione 2016 e ante risultano circa l'1%. Complessivamente, a livello regionale, risulta che il 47% dei pagamenti è stato effettuato oltre i termini previsti dal richiamato DPCM 22/09/2014. A livello di singole aziende rilevano le percentuali degli importi pagati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 che sono particolarmente rilevanti per l'AOR (60%) e l'ASM (51%). Riguardo all'indicatore di tempestività dei pagamenti al I trimestre 2018 si evidenzia che solo il CROB presenta un valore negativo (-13 giorni). Tutte le altre aziende presentano ritardi compresi tra 6 giorni (l'AOR) e 16 giorni (l'ASP).

Calabria: con riferimento ai pagamenti effettuati nel periodo 01/01/2018-31/03/2018, è possibile evincere che nel primo trimestre 2018 sono state liquidate fatture per 425 milioni di euro di euro, di cui il 10% relativo a fatture emesse nel medesimo anno 2018, il 75% relativo a fatture emesse nell'anno solare 2017 e il 16% relativo a fatture emesse nell'anno solare 2016 e precedenti. Tale distribuzione conferma la presenza di pagamenti molto lenti. Il 36% dei pagamenti effettuati è stato non rispettoso del DPCM 22/09/2014, per i quali rilevano alte percentuali di quasi tutte le aziende; la percentuale minore è il 4% relativo all'ASP di Reggio Calabria, che potrebbe essere indice del mancato pagamento delle fatture pregresse, le altre aziende sono ricomprese in un range tra il 7% dell'AO di Reggio Calabria e il 96% dell'AO Mater Domini di Catanzaro e dell'AO di Catanzaro. Per quanto concerne l'indicatore di tempestività dei pagamenti, sia nel primo che nel secondo trimestre 2018 - così come per i precedenti anni (2014-2017) - tutte le aziende evidenziano tempi di pagamento non rispettosi della direttiva europea sui tempi di pagamento. Nel secondo trimestre 2018 vi sono ritardi compresi tra i 33 giorni della CSA e i 950 giorni dell'AO Mater Domini.

Sicilia: con riferimento ai pagamenti effettuati nel I trimestre 2018 emerge che il 38% del valore dei pagamenti è riferito fatture emesse durante il medesimo anno 2018 e il 59% relativo a fatture emesso durante l'anno 2017. I pagamenti effettuati su fatture con anno di emissione 2016 e ante risultano circa il 3%. Complessivamente, a livello regionale, risulta che il 30% dei pagamenti è stato effettuato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014. A livello di singole aziende rilevano le percentuali degli importi pagati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 che sono particolarmente rilevanti per l'AOUP G. Martino di Messina (65%) e l'AO Papardo (62%). Riguardo all'indicatore di tempestività dei pagamenti al I trimestre 2018 si evidenzia, a livello regionale, un ritardo di 25 giorni medi. Si evidenziano ritardi particolarmente elevati per l'AOUP G. Martino di Messina (+141 giorni) e l'AOUP di Palermo (+131 giorni). Inoltre, i tempi di pagamento medi regionali non sembrano migliorare nel 2018 rispetto agli anni 2016 e 2017.

Sardegna: con riferimento ai pagamenti effettuati nell'anno 2017 emerge che il 69% dei pagamenti effettuati durante l'anno 2017 è riferito a fatture emesse durante il medesimo anno 2017 e il 30% è relativo a fatture emesse durante l'anno 2016. I pagamenti effettuati su fatture con anno di emissione 2015 e ante sono pari a circa l'1%. Complessivamente, a livello regionale, risulta che il 28% dei pagamenti è stato

effettuato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014. A livello di singole aziende rileva una percentuale molto alta di importi pagati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 per la AOU di Cagliari (65%). Riguardo all'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2017 e al I trimestre 2018 si rilevano ritardi per tutte le aziende sanitarie, con particolare riferimento all'ATS (+27 giorni medi), la principale azienda della Regione. La Regione evidenzia come i tempi di pagamento delle Aziende al 31/12/2017 sono migliorati rispetto all'anno precedente; tuttavia, i ritardi che ancora si registrano sono legati soprattutto a problemi di tipo organizzativo delle Aziende, al sottodimensionamento del personale dedicato e qualificato nelle strutture preposte e all'implementazione dell'utilizzo del *workflow* del ciclo passivo che non è avvenuta in maniera uniforme in tutte le Aziende.

5.3.4 La situazione debitoria: gli interessi passivi per ritardati pagamenti

L'evoluzione della massa debitoria deve essere esaminata anche in relazione all'andamento degli interessi passivi per ritardati pagamenti. Tale onere, infatti, sotto un certo profilo può rappresentare un primo sintomo di criticità nella gestione dei pagamenti, in quanto la difficoltà a pagare nei tempi prestabiliti si riverbera nella corresponsione degli interessi di mora da riconoscere ai fornitori¹⁹².

Gli interessi di mora per ritardato pagamento costituiscono una forma di risarcimento per il ritardo nell'adempimento di una obbligazione di somme di denaro; sotto altro profilo, tali oneri riducono le effettive risorse da destinare alle finalità istituzionali. Pertanto, la gestione della massa debitoria, anche in relazione agli oneri per ritardato pagamento, costituisce un profilo delicato nella gestione degli enti sanitari.

L'evoluzione degli interessi di mora registra una contrazione nel periodo 2013-2017 per buona parte delle Regioni ad esclusione: Calabria (+11 milioni di euro, +91,6%), Molise (+9,9 milioni, +368%), Lazio (+8,6 milioni, + 9,6%), Abruzzo (+5,1 milioni, +365%), Sardegna (+1,1 milioni, +41,9%) e Campania (+milioni, +5,8%). Si riscontra, pertanto, che le Regioni in piano di rientro¹⁹³, pur riducendo la massa debitoria (-5,9 miliardi di euro), registrano un aumento degli oneri per interessi di mora (+19,3 miliardi di euro).

L'ammontare maggiore per interessi di mora è corrisposto nel 2017 dalle Regioni in piano di rientro che rappresentano circa il 90% della voce altri interessi passivi: la Regione Lazio con 97,8 milioni di euro rappresentano il 52,7% del totale; la Calabria, con 23,1 milioni, il 12,4%; la Campania, con 16,9 milioni, il 9,1% e il Molise, con 12,6 milioni, il 6,8%. Per quest'ultima Regione, la situazione merita

¹⁹² In linea teorica, maggiore è la massa debitoria scaduta e maggiori sono gli interessi di mora da corrispondere.

¹⁹³ Sono sette le Regioni attualmente sottoposte alla disciplina dei piani di rientro (PdR): Puglia, Abruzzo, Sicilia, Calabria, Campania, Lazio e Molise; le ultime quattro sono commissariate.

particolare attenzione in quanto nel 2017 gli oneri per altri interessi passivi intaccano oltre il 2% del totale Contributi in c/esercizio¹⁹⁴ e costituiscono il 6,7% della massa debitoria regionale.

Tabella 71 Altri interessi passivi ⁽¹⁾ anni 2013-2017

REGIONI	2013	2014	2015	2016	2017	Var.% 2017-2016	Var.% 2017-2013
Piemonte **	17.925	12.024	12.473	11.168	8.158	-26,95	-54,49
Lombardia	1.219	1.693	1.716	798	624	-21,80	-48,81
Veneto	26.062	18.367	4.221	3.079	2.567	-16,63	-90,15
Liguria	1.400	956	389	246	347	41,06	-75,21
Emilia R	16.799	7.452	4.575	3.431	900	-73,77	-94,64
Toscana	3.766	4.396	1.366	798	1.291	61,78	-65,72
Umbria	549	127	11	14	78	457,14	-85,79
Marche	350	397	286	901	138	-84,68	-60,57
Lazio *	89.251	92.734	92.324	86.397	97.882	13,29	9,67
Abruzzo *	1.398	1.696	1.436	6.498	6.505	0,11	365,31
Molise *	2.696	3.453	7.577	12.994	12.638	-2,74	368,77
Campania *	15.997	15.628	17.313	15.067	16.936	12,40	5,87
Puglia *	12.189	7.994	4.826	5.995	2.554	-57,40	-79,05
Basilicata	86	36	196	333	135	-59,46	56,98
Calabria *	12.061	28.416	18.712	23.020	23.118	0,43	91,68
RSO	201.748	195.369	167.421	170.739	173.871	1,83	-13,82
Valle d'Aosta	1	2	4	2	28	1.300,00	2.700,00
P.A. Bolzano				1		-100,00	n.d.
P.A. Trento	2	7				n.d.	-100,00
Friuli-Venezia Giulia	10	145	64	74	98	32,43	880,00
Sicilia *	14.271	15.384	12.060	11.439	7.524	-34,23	-47,28
Sardegna	2.738	2.522	2.823	3.428	3.885	13,33	41,89
RSS	17.022	18.060	14.951	14.944	11.535	-22,81	-32,23
ALTRI INTERESSI PASSIVI	218.770	213.429	182.372	185.683	185.406	-0,15	-15,25

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari anni 2013-2017 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 25 gennaio 2019; importi in migliaia di euro.

(1) La voce "Altri interessi passivi" comprende gli interessi di mora - di competenza dell'esercizio - da riconoscere ai fornitori, gli oneri finanziari addebitati da società partecipate e/o enti dipendenti ed eventuali interessi passivi maturati verso la Regione.

* Regioni in piano di rientro

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Focus n. 6 – Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)

La Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) – che nasce nel 2012 - consente ai creditori della PA di chiedere la certificazione dei crediti relativi a somme dovute per somministrazioni, forniture, appalti e prestazioni professionali e di tracciare le eventuali successive operazioni di anticipazione, compensazione, cessione e pagamento, a valere sui crediti certificati. I crediti certificati (attraverso la PCC) possono essere ceduti a banche o intermediari finanziari abilitati, compensati con somme dovute a seguito di iscrizione a ruolo di cartelle esattoriali, compensati con somme dovute in base agli "istituti definitori

¹⁹⁴ Gli oneri per altri interessi passivi sono passati dal 0,46% del 2013 al 2,06% del 2017.

della pretesa tributaria e deflativi del contenzioso tributario" o utilizzati per ottenere il rilascio del DURC anche a fronte di oneri non ancora versati.

Il sistema PCC, dal 1° luglio 2014, costituisce anche la piattaforma per il monitoraggio dei debiti commerciali della P.A., in quanto tutte le fatture elettroniche, trasmesse tramite il sistema di interscambio SDI, sono automaticamente acquisite dal sistema¹⁹⁵ e le P.A. hanno l'obbligo di tracciare sulla piattaforma le operazioni di contabilizzazione e pagamento e di comunicare la scadenza di ciascuna fattura.

Il sistema PCC assolve ai seguenti compiti: 1. tiene traccia delle fatture inviate e ricevute; 2. monitora lo stato dei debiti commerciali delle P.A. (liquidato, scaduto, sospeso, ceduto, compensato, pagato, ecc.), con livello di dettaglio fino alla singola fattura; 3. fornisce alle P.A. il servizio di "registro fatture" previsto dalla legge; 4. permette di comunicare e certificare i debiti scaduti, con livello di dettaglio fino alla singola fattura; 5. tiene traccia di tutte le operazioni di smobilizzo dei crediti previste (anticipazioni e cessioni verso gli intermediari finanziari, compensazioni con cartelle esattoriali emesse dagli agenti della riscossione e con somme dovute all'Agenzia delle Entrate attraverso F24 on-line); 6. consente agli enti previdenziali di verificare la disponibilità dei crediti certificati ai fini dell'emissione del DURC.

La tabella che segue riepiloga la situazione presente sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali con riferimento agli enti sanitari per Regione. È opportuno evidenziare che un valore molto basso della percentuale dell'importo pagato sull'importo dovuto potrebbe dipendere non solo dal fatto che l'ente non abbia pagato le fatture ricevute in quel periodo considerato, ma anche dalla circostanza che l'ente non ha comunicato i pagamenti già effettuati, venendo meno agli adempimenti normativi previsti dall'art. 27, d.l. n. 66/2014 di monitoraggio, tramite PCC, dei debiti commerciali delle pubbliche amministrazioni.

¹⁹⁵ I documenti equivalenti a fattura, come le note emesse da soggetti non titolari di partita IVA (che non transitano per lo SDI) e le fatture emesse prima del 1° luglio 2014 devono essere comunicate dai creditori o dalle P.A.

Tabella Piattaforma dei crediti commerciali - anno 2017

REGIONI	N. fatture	Importo fatture ⁽¹⁾ (senza Iva)	Importo dovuto ⁽²⁾	Importo pagato ⁽³⁾	% pagato su dovuto	Tempo medio di pagamento ponderato per ente sanitario (Min. - Max.)	Tempo medio di ritardo ponderato per ente sanitario (Min. - Max.)
Piemonte **	790.021	3.850.862	3.753.648	3.391.977	90,4	68 - 111	-4 - 51
Lombardia	1.357.325	18.190.338	17.945.209	16.335.208	91,0	15 - 218	-41 - 158
Veneto	730.190	4.624.132	4.595.157	4.409.227	96,0	22 - 60	-38 - 0
Liguria	270.091	1.255.367	1.231.446	1.154.651	93,8	41 - 68	-19 - 7
Emilia-Romagna	762.419	4.937.632	4.742.364	4.450.495	93,8	36 - 71	-24 - 1
Toscana	598.497	4.638.163	4.485.635	3.186.218	71,0	38 - 152	-26 - 92
Umbria	142.484	821.956	821.956	807.768	98,3	19 - 32	-41 - 28
Marche	254.899	1.186.100	1.158.282	927.045	80,0	44 - 60	-16 - 9
Lazio *	562	5.792.233	5.483.949	4.879.186	89,0	56 - 92	-9 - 34
Abruzzo *	229.468	1.094.316	1.046.715	989.140	94,5	29 - 64	-30 - 7
Molise *	59.095	290.514	290.514	258.970	89,1	79	20
Campania *	711.169	5.169.483	4.975.178	3.680.418	74,0	15 - 133	-51 - 73
Puglia *	581.718	4.222.837	4.121.279	3.315.871	80,5	28 - 75	-32 - 16
Basilicata	84.225	433.645	415.184	399.065	96,1	34 - 63	-26 - 3
Calabria *	245.919	1.567.117	1.515.709	876.439	57,8	64 - 177	4 - 117
Valle d'Aosta	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.a. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.a. Trento	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia *	618.626	4.036.412	3.873.937	3.651.830	94,3	51 - 109	-17 - 49
Sardegna	226.266	1.306.430	1.060.780	747.373	70,5	16 - 111	-44 - 50

Fonte: Verbali Tavoli di monitoraggio e Tavoli Regioni in piano di rientro; importi in migliaia di euro; tempo medio espresso in giorni

(1) Importo totale delle fatture ricevute nel periodo considerato (al netto della quota IVA), escluse le note di credito.

(2) Importo dovuto, al netto degli importi che gli enti hanno dichiarato in PCC come sospesi (per contestazioni o contenzioso) o non liquidati.

(3) Importo pagato ovvero gli importi dei pagamenti comunicati dagli enti in PCC.

* Regioni in piano di rientro

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

In diverse occasioni¹⁹⁶ si è evidenziata la difficoltà nella determinazione dell'esatto ammontare del debito commerciale: tuttavia, pur dovendo ribadire la cautela nella valutazione dei dati esposti¹⁹⁷, si riscontra che le iniziative adottate (fatturazione elettronica, ricognizione della situazione economico-patrimoniale ai fini dell'accesso alle anticipazioni di liquidità, regole univoche e uniformi per la redazione dello stato patrimoniale e della nota integrativa) stanno portando ad un miglioramento della qualità delle informazioni.

¹⁹⁶ Cfr. del. 3/SEZAUT/2018/FRG (Cap. 5) e del. n. 17/SEZAUT/2017/FRG (Cap. 9).

¹⁹⁷ In quanto permangono margini di incertezza e di approssimazione nella rilevazione.

6 IL MONITORAGGIO AIFA DELLA SPESA FARMACEUTICA PER L'ANNO 2017

6.1 Premessa

A partire dal 2017, con legge n. 232/2016 (legge di bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017), sono stati ridefiniti i tetti della spesa farmaceutica¹⁹⁸: il tetto della spesa ospedaliera include ora anche i farmaci di classe A in distribuzione diretta e per conto e, ridenominato "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti", è elevato al 6,89% del FSN, mentre il tetto della spesa territoriale assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica convenzionata", e ridotto al 7,96% del FSN. Rimane comunque invariata l'incidenza programmatica della spesa farmaceutica totale (acquisti diretti più farmaceutica convenzionata) sul finanziamento complessivo del SSN, pari al 14,85% del FSN.

Inoltre, a partire dal 2017, sempre con la l. n. 232/2016, al fine di sostenere l'incremento della spesa farmaceutica ospedaliera dovuto all'utilizzo di nuovi classi di farmaci dall'elevato costo unitario, sono stati istituiti nel bilancio di previsione del Ministero della Salute due fondi per i farmaci innovativi (oncologici e non oncologici), ciascuno con una dotazione annua di 500 milioni di euro.

La spesa per i farmaci innovativi, se non supera le risorse stanziate in tali fondi, non viene inclusa nell'aggregato della spesa farmaceutica che costituisce la base di calcolo per la verifica del rispetto del tetto complessivo del 14,85% del FSN, mentre vi contribuisce l'eventuale quota eccedente: in tal caso, il disavanzo viene ripianato per il 50% dalle aziende farmaceutiche e per il 50% dalle regioni nelle quali si è manifestata l'eccedenza di spesa.

6.2 Una criticità in via di risoluzione: il contenzioso sui *payback* degli anni 2013-2017

Con l'accordo firmato tra Farmindustria e Conferenza delle Regioni lo scorso dicembre, è stata raggiunta intesa per chiudere i contenziosi aperti dinanzi al giudice amministrativo riguardo ai *payback*¹⁹⁹ relativi agli anni 2013/2017 accertati da Aifa. L'accordo, recepito normativamente con l. n.

¹⁹⁸ Legge n. 232/2016 (legge di bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017)

¹⁹⁹ Il meccanismo del "payback", attraverso cui le aziende rimborsano alle regioni l'eccedenza di spesa farmaceutica dispensata del SSN (farmaci di classe A, venduti sia attraverso le farmacie aperte al pubblico sia attraverso le strutture sanitarie, e di classe H, farmaci in uso presso le strutture ospedaliere o le asl, o da esse distribuiti direttamente ai pazienti) è stato introdotto dalla finanziaria 2007 (L.296/2006) come misura alternativa alla riduzione in via amministrativa del prezzo di vendita dei medicinali del 5% (disposta con determina Aifa n. 26 del 27 settembre 2006): nel caso della farmaceutica convenzionata (classe A), le aziende erano tenute a rimborsare al SSN la differenza tra

12/2019 (di conversione del d.l. n. 135/2018 “Decreto semplificazione”), ha riconosciuto alle aziende farmaceutiche uno sconto di 707 milioni sulle somme originariamente accertate dalle determinate Aifa relative ai periodi 2013-17 (in tutto 3.085,5 milioni),²⁰⁰ riducendo così il valore complessivo dell’eccedenza di spesa da ripianare a carico delle aziende a 2.378 milioni. Al netto, quindi, dei 1.562 milioni già versati dalle aziende stesse per i *payback* 2013/2017 e provvisoriamente “congelati” dal Mef in un apposito fondo in attesa della risoluzione delle controversie, le aziende avrebbero dovuto pagare entro lo scorso mese di aprile la somma residua di 816 milioni; anche sui *payback* relativi al 2018, se oggetto di contenzioso, si applicherà la stessa metodologia, e verrà riconosciuto uno sconto del 12,5% sull’eccedenza di spesa riscontrata da Aifa.

Entro il 31 maggio del corrente anno l’Aifa dovrà accettare l’avvenuto versamento dell’importo di 2.378 (al lordo di quanto già versato per i ripiani degli anni 2013-2017 milioni, ovvero 1.562 milioni) a seguito del quale il Mef ripartirà tra le regioni l’importo giacente sul Fondo per il *payback* 2013-2017.

Tale accordo, quindi, consentirà finalmente alle regioni di incassare le somme relative ai *payback* 2013-2017, peraltro già iscritte tra le entrate nei rispettivi bilanci, parte delle quali (1.562 milioni) già incassate dal Mef ma non versate alle regioni a causa dei contenziosi aperti, e costituirà la base per una revisione delle regole di governance della spesa farmaceutica che tenda a superare quelle attuali sui tetti di spesa, da attuare nel corso del 2019.

6.3 I risultati del monitoraggio 2017 sul piano nazionale

Nel 2017 la spesa farmaceutica complessiva (calcolata al netto dei *payback*, della spesa per i vaccini ed i farmaci innovativi) è stata pari a 17.796 milioni, in crescita di circa 5 milioni di euro rispetto all’analogo dato per il 2016 (17.791 milioni).

Gli andamenti per il 2017 segnalano, rispetto al 2016, un aumento delle compartecipazioni a carico degli assistiti (+0,6% rispetto al 2016, pari a un valore complessivo di 1,5 miliardi, in aumento di 9,5 milioni rispetto al precedente anno), e una diminuzione sia dei consumi (-6,2 milioni di ricette rispetto al 2016,

prezzo di vendita al pubblico e lo stesso prezzo scontato del 5%, nel caso di quella non convenzionata (classe A o H) rimborsavano la differenza tra il prezzo “*ex factory*” vigente e lo stesso ridotto del 5%. Tale meccanismo di governo della spesa farmaceutica, condiviso all’origine con le stesse aziende produttrici che lo hanno sottoscritto, è stato considerato più flessibile rispetto alla riduzione “autoritativa” del prezzo di vendita dei principi attivi, perché permetteva alle aziende titoli di AIC (Autorizzazione all’immissione in commercio) di perseguire le politiche di prezzo più adeguate alle loro strategie di mercato (una riduzione diretta del prezzo di vendita dei farmaci sul mercato nazionale poteva comportare un’analoga riduzione anche sui mercati esteri). Successivamente, tale meccanismo è stato esteso anche alla farmaceutica territoriale (art. 5 del DL 159/2007) e, dal 2012, alla farmaceutica ospedaliera (art. 15, comma 8, DL 95/2012), sulla base di tetti programmati di spesa, che attualmente sono pari al 6,89% e 7,96% del FSN, rispettivamente per la farmaceutica diretta e quella convenzionata. In concreto, nel caso l’Aifa accerti un’eccedenza di spesa rispetto ai predetti tetti, le aziende sono tenute a rimborsare, in proporzioni ai rispettivi fatturati, l’eccedenza di spesa, attraverso versamenti diretti a favore delle regioni e delle province autonome. Le basi di dati di cui si serve l’Aifa per calcolare i *payback* sono, per la medicina convenzionata, i dati di consumo dell’Osservatorio Nazionale sull’impiego dei medicinali, e per la farmaceutica non convenzionata quelli rilevati nell’ambito del database della Tracciabilità, e successivamente certificati dalle stesse aziende farmaceutiche.

²⁰⁰ “Concesso alle industrie sulla base della riconosciuta criticità dei dati e sull’impossibilità di effettuare verifiche attendibili”.

pari, in valore percentuale, ad una contrazione dell'1,1%) sia della spesa farmaceutica convenzionata netta (-1,79% rispetto al 2016).

Per quanto riguarda, invece il rispetto dei tetti di spesa, la spesa farmaceutica convenzionata nazionale ha rispettato il relativo tetto di spesa (7,96%), essendo risultata pari al 7,54% del FSN, mentre la farmaceutica per gli acquisti diretti registra un'incidenza sul FSN dell'8,37% (9,4 miliardi in valore assoluto), con uno scostamento di 1,48 punti percentuali (pari ad un'eccedenza di spesa di 1,7 miliardi) rispetto al valore-soglia del 6,89% delle risorse del FSN.

Conseguentemente, la spesa farmaceutica complessiva nazionale (diretta + convenzionata), pari, in valore assoluto, a 17,8 miliardi, ossia al 15,90% del FSN, è risultata superiore di 1,2 miliardi al tetto programmato di spesa del 14,80% del FSN. Di seguito, il dettaglio degli andamenti regionali relativo alle principali componenti della spesa farmaceutica.

6.3.1 Compartecipazione a carico del cittadino

Le compartecipazioni a carico del cittadino, pari a complessivi 1,5 miliardi, crescono dello 0,6% rispetto al 2016, e si compongono di due voci di spesa: la compartecipazione sul prezzo di riferimento (67,8% del valore totale) e il *ticket* fisso per ricetta (32,2% delle compartecipazioni).

Rispetto al 2016, la quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento aumenta complessivamente del 2,8%, e cresce in quasi tutte le regioni (ad eccezione di Marche e Toscana, rispettivamente -2,3% e -0,3%), con incrementi minimi in Piemonte (+0,3%) e Sardegna (+0,9%), e massimi in Sicilia (+6,6%) e Calabria (+5,5%). Viceversa, diminuisce del 3,7% il valore nazionale del *ticket* fisso per ricetta pagato dagli assistiti e, ad eccezione delle regioni che non lo applicano, della Toscana (+3,4%) e della Provincia autonoma di Trento (+0,9%), tutte le Regioni concorrono al risultato, con valori massimi in Piemonte (-71,5%) e Lazio (-9,4%).

Tabella 72 Compartecipazioni a carico del cittadino, anni 2016 e 2017

Regione	gen-dic 16	gen-dic 17	Var	Var %	Quota di compartecipaz sul prezzo di riferimento 2017	Var % rispetto al 2016	Ticket fisso per ricetta 2017	Var % rispetto al 2016	Inc.% Quota Prif. Sulla comparteci pazione totale	Inc.% Ticket Fisso sul totale	Peso % del TICKET TOTALE sulla Lorda cumulata gen_dic 2017	Peso % della compartecip azione sulla Lorda cumulata gen_dic 2017	Peso % del TICKET FISSO sulla Lorda cumulata gen_dic 2017
Piemonte	74.309.710	68.922.586	-5.387.124	-7,20%	66.713.482	0,3	2.209.104	-71,5	96,80%	3,20%	9,80%	9,50%	0,30%
Valle d'Aosta	3.864.837	3.790.950	-73.887	-1,90%	1.594.237	1	2.196.713	-3,9	42,10%	57,90%	20,90%	8,80%	12,10%
Lombardia	265.792.061	268.617.874	2.825.813	1,10%	132.563.856	2,3	136.054.018	-0,1	49,40%	50,60%	15,20%	7,50%	7,70%
P.A. Bolzano	9.822.503	9.915.799	93.296	0,90%	5.473.080	3,1	4.442.719	-1,6	55,20%	44,80%	16,30%	9,00%	7,30%
P.A. Trento	9.072.691	9.416.433	343.742	3,80%	6.140.033	5,4	3.276.400	0,9	65,20%	34,80%	12,30%	8,00%	4,30%
Veneto	127.875.365	127.357.848	-517.517	-0,40%	65.943.355	1,2	61.414.493	-2	51,80%	48,20%	17,80%	9,20%	8,60%
Friuli-V.G.	18.371.325	18.720.045	348.720	1,90%	18.720.045	1,9	-		100,00%	0,00%	9,10%	9,10%	
Liguria	43.484.334	44.007.272	522.938	1,20%	25.570.803	2,4	18.436.469	-0,5	58,10%	41,90%	16,40%	9,60%	6,90%
Emilia-R.	76.864.807	77.293.277	428.471	0,60%	61.504.564	1,1	15.788.714	-1,3	79,60%	20,40%	12,90%	10,20%	2,60%
Toscana	72.889.444	73.406.531	517.086	0,70%	53.412.246	-0,3	19.994.285	3,4	72,80%	27,20%	12,80%	9,30%	3,50%
Umbria	18.964.474	19.560.794	596.320	3,10%	16.943.205	3,7	2.617.589	-0,3	86,60%	13,40%	12,50%	10,80%	1,70%
Marche	28.941.610	28.278.575	-663.035	-2,30%	28.278.575	-2,3	-		100,00%	0,00%	9,90%	9,90%	
Lazio	162.184.879	164.009.039	1.824.161	1,10%	135.016.550	3,9	28.959.436	-9,4	82,30%	17,70%	14,50%	11,90%	2,60%
Abruzzo	33.995.550	34.054.528	58.978	0,20%	25.783.529	3,1	8.270.999	-7,9	75,70%	24,30%	12,30%	9,30%	3,00%
Molise	8.920.143	9.103.157	183.014	2,10%	6.385.742	4,5	2.717.415	-3,2	70,10%	29,90%	16,70%	11,70%	5,00%
Campania	197.819.862	200.244.538	2.424.676	1,20%	122.055.575	3,7	78.188.963	-2,4	61,00%	39,00%	18,10%	11,00%	7,10%
Puglia	132.678.829	132.752.335	73.506	0,10%	83.952.031	2,5	48.800.304	-3,9	63,20%	36,80%	16,40%	10,30%	6,00%
Basilicata	17.142.678	17.741.205	598.527	3,50%	11.912.200	10,3	5.829.005	-8,2	67,10%	32,90%	17,10%	11,50%	5,60%
Calabria	52.102.443	53.481.765	1.379.322	2,60%	42.007.206	5,5	11.474.559	-6,7	78,50%	21,50%	14,00%	11,00%	3,00%
Sicilia	156.667.795	160.356.134	3.688.339	2,40%	112.261.429	6,6	48.094.705	-6,3	70,00%	30,00%	18,00%	12,60%	5,40%
Sardegna	27.848.408	28.111.116	262.707	0,90%	28.111.116	0,9	-		100,00%	0,00%	9,20%	9,20%	
ITALIA	1.539.613.748	1.549.141.801	9.528.053	0,60%	1.050.342.858	2,8	498.765.889	-3,7	67,80%	32,20%	14,80%	10,00%	4,80%

Fonte: "Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, Gennaio-Dicembre 2017" (consuntivo), edizione 18/1/2019. Importi in euro.

6.3.2 **Tetto farmaceutica convenzionata**

Il valore nazionale della spesa farmaceutica convenzionata si attesta al 7,54% del FSN (8,4 miliardi in valore assoluto), con una minore spesa, rispetto al tetto predeterminato del 7,96%, di 472 milioni. Tutte le regioni in piano di rientro, ad eccezione di Sicilia e Molise, e, tra le regioni non in piano, le Marche, superano il tetto di spesa, con valori massimi in Abruzzo (9,0% del FSR), Puglia (8,73% del FSR) e Calabria (8,53% del FSR), mentre i valori di spesa più bassi si registrano nel Nord, in particolare nella P. A. di Bolzano (5,48% del FSR), E. Romagna (5,88% del FSR) e Veneto (6,42% del FSR).

Tabella 73 Tetto alla spesa farmaceutica convenzionata 2017 e rispetto del tetto del 7,54 del FSN

Regione	FSN gen-dic 2017	Tetto 7,96%	Spesa netta DCR	Payback 1,83%	Ticket fisso per ricetta	Payback	Spesa convenzionata	Scostamento assoluto	Inc % su FSR
Abruzzo	2.467.826.336	196.438.976	225.027.222	4.508.929	8.270.999	6.725.327	222.063.965	25.624.988	9,00%
Puglia	7.431.894.003	591.578.763	626.101.144	13.384.410	48.800.304	12.753.540	648.763.497	57.184.735	8,73%
Calabria	3.594.568.307	286.127.637	307.075.950	6.293.901	11.474.559	5.667.758	306.588.850	20.461.213	8,53%
Campania	10.533.002.216	838.426.976	833.023.157	18.134.196	78.188.963	17.818.734	875.259.190	36.832.214	8,31%
Sardegna	2.997.664.764	238.614.115	258.914.854	5.031.050		7.027.897	246.855.907	8.241.792	8,23%
Lazio	10.786.205.464	858.581.955	893.039.839	18.663.644	28.959.436	18.458.989	884.876.643	26.294.688	8,20%
Marche	2.909.177.578	231.570.535	241.251.268	4.648.892		4.817.207	231.785.169	214.634	7,97%
Lombardia	18.433.148.316	1.467.278.606	1.384.590.407	28.800.918	136.054.018	37.981.614	1.453.861.893	-13.416.713	7,89%
Basilicata	1.079.720.885	85.945.782	801.906.501	1.712.204	5.829.005	1.632.559	82.680.742	-3.265.040	7,66%
Sicilia	9.151.149.217	728.431.478	669.449.540	14.744.617	48.094.705	13.758.901	689.040.727	-39.390.751	7,53%
Umbria	1.685.460.460	134.162.653	129.030.225	2.583.620	2.617.589	2.578.210	126.485.985	-7.676.668	7,50%
Friuli-V. G.	2.252.624.767	179.308.931	175.167.679	3.402.605		3.385.741	168.379.334	-10.929.598	7,47%
Molise	607.593.206	48.364.419	42.717.387	899.152	2.717.415	1.017.716	43.517.934	-4.846.485	7,16%
Liguria	3.130.412.554	249.180.839	208.020.202	4.410.211	18.436.469	5.005.393	217.041.067	-32.139.772	6,93%
Piemonte	8.293.798.632	660.186.371	591.904.240	11.567.682	2.209.104	11.970.112	570.575.549	-89.610.822	6,88%
P-A. Trento	960.185.382	76.430.756	62.991.969	1.262.585	3.276.400	1.166.612	63.839.173	-12.591.584	6,65%
Toscana	7.056.759.967	561.718.093	467.246.301	9.466.531	19.994.285	10.401.550	467.372.505	-94.345.589	6,62%
Valle d'Aosta	230.951.029	18.383.702	13.355.563	298.669	2.196.713	311.731	14.941.875	-3.441.827	6,47%
Veneto	9.070.496.758	722.011.542	544.724.516	11.751.545	61.414.493	12.214.367	582.173.097	-139.838.445	6,42%
Emilia-R.	8.305.743.070	661.137.148	491.354.824	9.894.907	15.788.714	8.781.598	488.467.033	-172.670.115	5,88%
P.A. Bolzano	914.066.711	72.759.710	47.562.198	999.576	4.442.719	951.882	50.053.458	-22.706.252	5,48%
Italia	111.892.449.622	8.906.638.990	8.292.744.988	172.459.845	498.765.889	184.427.437	8.434.623.595	-472.015.395	7,54%

Fonte: "Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, Gennaio-Dicembre 2017" (consuntivo). Edizione 18/1/2019. Importi in euro.

6.3.3 Spesa farmaceutica per acquisti diretti: verifica del tetto di spesa del 6,89%

Le regioni hanno speso complessivamente per la farmaceutica diretta 9,4 miliardi, ossia l'8,37% del FSN, superando di 1,8 punti percentuali il tetto programmato di spesa (6,89% del FSN). In valore assoluto l'eccedenza di spesa è stata pari a 1,7 miliardi, e tutte le regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta (6,63% del FSR), hanno contribuito al risultato negativo. Da notare che la spesa totale per acquisti diretti (9,4 miliardi) ha riguardato esclusivamente i farmaci non innovativi, perché la spesa per farmaci innovativi²⁰¹ (oncologici e non, pari, al netto dei *payback*, a 547 milioni), non essendo stata superiore ai fondi stanziati dal ministero della Salute (complessivamente 1 miliardo di euro annui), non ha concorso a determinare l'eccedenza di spesa. Le regioni che hanno usufruito in misura percentuale maggiore di tali fondi ministeriali sono state, per gli innovativi non oncologici, La Lombardia (19,4%), la Campania (14,6%) e il Piemonte (7,5%) e, per gli innovativi oncologici, la Lombardia (14%), il Lazio e la Campania (entrambe al 10,3%).

Gli scostamenti più rilevanti rispetto alla spesa programmata si rilevano in Sardegna (10,53% del FSR), Friuli-Venezia Giulia (9,88%) Puglia (9,79% del FSR) e Toscana (9,77% del FSR), mentre sono relativamente più contenuti quelli della Lombardia (6,94%), della P. A. di Trento (7,03%), del Veneto (7,48% del FSR) e del Piemonte (7,80% del FSR).

²⁰¹ Le Regioni a statuto speciale Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Valle D'Aosta, e Province Autonome di Trento e Bolzano non accedono al fondo ministeriale per i farmaci innovativi e non; la Sicilia vi accede solo per il 50% della spesa. Per tali regioni, quindi, la spesa per farmaci innovativi e non incide totalmente o solo in parte sulla spesa farmaceutica complessiva regionale.

Tabella 74 Spesa farmaceutica per acquisti diretti individuata tramite il flusso della tracciabilità* del farmaco nel periodo gennaio-dicembre 2017 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 6,89%, per Regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN

Regione	FSN Gen-Dic 2017	Tetto 6,89%	Spesa tracciabilità* (SOLO A e H - Colonne B e C Tab.14)	Payback	Spesa per Farmaci innovativi Non Oncologici al netto dei PB coperta dal fondo	Spesa per Farmaci innovativi Oncologici al netto dei PB coperta dal fondo	Spesa Acquisti diretti	Scostamento assoluto	Inc. %
	A	B	C	D	E	F	G=C-D-E-F	H=G-B	I=G/A%
Sardegna	2.997.664.764	206.539.102	354.323.586	38.542.334	0	0	315.781.252	109.242.150	10,53%
Friuli-Venezia Giulia	2.252.624.767	155.205.846	239.283.477	16.679.875	0	0	222.603.602	67.397.755	9,88%
Puglia	7.431.894.003	512.057.497	852.814.390	91.338.659	5.262.350	28.632.697	727.580.684	215.523.187	9,79%
Toscana	7.056.759.967	486.210.762	800.995.079	76.908.944	0	34.414.546	689.671.589	203.460.827	9,77%
Basilicata	1.079.720.885	74.392.769	117.931.190	9.823.495	2.097.593	3.677.203	102.332.900	27.940.131	9,48%
Umbria	1.685.460.460	116.128.226	180.728.085	12.133.060	3.546.660	7.017.872	158.030.493	41.902.268	9,38%
Marche	2.909.177.578	200.442.335	308.287.197	22.064.560	2.473.132	12.562.126	271.187.379	70.745.044	9,32%
Calabria	3.594.568.307	247.665.756	378.618.262	39.685.605	4.033.489	8.611.868	326.287.300	78.621.544	9,08%
Emilia-Romagna	8.305.743.070	572.265.697	870.087.262	84.754.965	6.265.748	37.084.710	741.981.840	169.716.143	8,93%
Campania	10.533.002.216	725.723.853	1.133.647.612	163.534.419	4.593.401	41.505.274	924.014.518	198.290.665	8,77%
Abruzzo	2.467.826.336	170.033.235	245.329.903	20.872.817	3.550.278	8.716.647	212.190.161	42.156.927	8,60%
Liguria	3.130.412.554	215.685.425	311.538.177	29.949.400	4.666.216	13.257.539	263.665.022	47.979.597	8,42%
P. A. Bolzano	914.066.711	62.979.196	82.473.808	5.535.214	0	0	76.938.594	13.959.397	8,42%
Lazio	10.786.205.464	743.169.556	1.044.717.999	97.578.386	9.399.837	41.479.174	896.260.603	153.091.047	8,31%
Sicilia	9.151.149.217	630.514.181	852.631.296	81.486.688	6.286.912	12.257.881	752.599.815	122.085.634	8,22%
Molise	607.593.206	41.863.172	55.995.077	5.101.835	94.041	1.669.849	49.129.352	7.266.180	8,09%
Piemonte	8.293.798.632	571.442.726	770.424.204	84.033.417	12.228.549	27.023.545	647.138.694	75.695.968	7,80%
Veneto	9.070.496.758	624.957.227	790.539.513	72.322.619	13.271.976	26.825.160	678.119.758	53.162.532	7,48%
P. A. Trento	960.185.382	66.156.773	73.395.058	5.870.796	0	0	67.524.262	1.367.489	7,03%
Lombardia	18.433.148.316	1.270.043.919	1.563.461.526	176.966.277	51.013.294	56.504.325	1.278.977.630	8.933.711	6,94%
Valle d'Aosta	230.951.029	15.912.526	16.780.976	1.477.865	0	0	15.303.111	-609.415	6,63%
Italia	111.892.449.622	7.709.389.779	11.044.003.678	1.136.661.229	143.716.610	402.609.164	9.361.016.675	1.651.626.896	8,37%

Fonte: "Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, Gennaio-Dicembre 2017" (consuntivo) edizione 18/1/2019. Importi in euro

6.3.4 Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti: verifica del rispetto del tetto complessivo del 14,85% delle FSN

La spesa farmaceutica complessiva (farmaceutica + acquisti diretti) si attesta al 15,90% del FSN, pari in valore assoluto a 17,8 miliardi, con un'eccedenza di spesa sul livello programmato di 1,2 miliardi (+1,1% rispetto al valore-soglia del 14,85% del FSN).

Tutte le regioni concorrono al risultato negativo, ad eccezione di cinque regioni del settentrione (Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Valle d'Aosta) e delle Province autonome di Trento e Bolzano, mentre le Regioni con gli scostamenti percentuali più alti rispetto alla spesa programmata sono tre Regioni meridionali, Sardegna (18,77% del FSR), Puglia (18,52% del FSR) e Calabria (17,61% del FSR). In valore assoluto, invece, lo scostamento più alto si rileva in Puglia, pari a 273 milioni, mentre tutti gli enti territoriali che rispettano il vincolo di spesa programmato realizzano risparmi di spesa per circa 132 milioni. Sommando, quindi, la spesa convenzionata a quella per acquisti diretti, si riducono da quattordici (le regioni che rispettano il tetto per la farmaceutica convenzionata) a sei (Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Province autonome di Trento e Bolzano) gli enti territoriali che riescono a rispettare il tetto complessivo compensando la maggiore spesa per acquisti diretti con quella inferiore al tetto per la farmaceutica convenzionata, mentre la Valle d'Aosta risulta rispettare entrambi i tetti di spesa (convenzionata e acquisti diretti, e quindi anche il tetto complessivo di spesa).

Tabella 75 Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti nel periodo gennaio-dicembre 2017 e verifica del rispetto delle risorse complessive del 14,85%, per Regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN

Regione	FSN Gen-Dic 2017	Soglia 14,85%	Spesa Convenzionata	Spesa per Acquisti diretti	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	
Sardegna	2.997.664.764	445.153.218	246.855.907	315.781.252	562.637.159	117.483.941	18,77%
Puglia	7.431.894.003	1.103.636.259	648.763.497	727.580.684	1.376.344.181	272.707.922	18,52%
Calabria	3.594.568.307	533.793.394	306.588.850	326.287.300	632.876.151	99.082.757	17,61%
Abruzzo	2.467.826.336	366.472.211	222.063.965	212.190.161	434.254.126	67.781.915	17,60%
Friuli-Venezia Giulia	2.252.624.767	334.514.778	168.379.334	222.603.602	390.982.935	56.468.158	17,36%
Marche	2.909.177.578	432.012.870	231.785.169	271.187.379	502.972.548	70.959.678	17,29%
Basilicata	1.079.720.885	160.338.551	82.680.742	102.332.900	185.013.642	24.675.091	17,14%
Campania	10.533.002.216	1.564.150.829	875.259.190	924.014.518	1.799.273.708	235.122.879	17,08%
Umbria	1.685.460.460	250.290.878	126.485.985	158.030.493	284.516.478	34.225.600	16,88%
Lazio	10.786.205.464	1.601.751.511	884.876.643	896.260.603	1.781.137.246	179.385.734	16,51%
Toscana	7.056.759.967	1.047.928.855	467.372.505	689.671.589	1.157.044.094	109.115.238	16,40%
Sicilia	9.151.149.217	1.358.945.659	689.040.727	752.599.815	1.441.640.542	82.694.883	15,75%
Liguria	3.130.412.554	464.866.264	217.041.067	263.665.022	480.706.089	15.839.824	15,36%
Molise	607.593.206	90.227.591	43.517.934	49.129.352	92.647.287	2.419.696	15,25%
Lombardia	18.433.148.316	2.737.322.525	1.453.861.893	1.278.977.630	2.732.839.523	-4.483.002	14,83%
Emilia-Romagna	8.305.743.070	1.233.402.846	488.467.033	741.981.840	1.230.448.874	-2.953.972	14,81%
Piemonte	8.293.798.632	1.231.629.097	570.575.549	647.138.694	1.217.714.243	-13.914.854	14,68%
Veneto	9.070.496.758	1.346.968.769	582.173.097	678.119.758	1.260.292.856	-86.675.913	13,89%
P. A. Bolzano	914.066.711	135.738.907	50.053.458	76.938.594	126.992.052	-8.746.855	13,89%
P. A. Trento	960.185.382	142.587.529	63.839.173	67.524.262	131.363.435	-11.224.094	13,68%
Valle d'Aosta	230.951.029	34.296.228	14.941.875	15.303.111	30.244.986	-4.051.241	13,10%
Italia	111.892.449.622	16.616.028.769	8.434.623.595	9.361.016.675	17.795.640.270	1.179.611.501	15,90%

Fonte: "Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, Gennaio-Dicembre 2017" (consuntivo). edizione 18/1/2019. Importi in euro.

CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

