

- erano rivisti i livelli complessivi della spesa del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2007-2009 al cui finanziamento concorre ordinariamente lo Stato (96.000 milioni di euro per l'anno 2007, 99.042 milioni di euro per l'anno 2008 e 102.245 milioni di euro per l'anno 2009);

- erano riaffermate le responsabilità di bilancio da parte delle Regioni sia nell'utilizzo di eventuali maggiori risorse liberate da efficientamenti del sistema sanitario regionale, sia nell'adozione di misure di ripiano di disavanzi;

- erano confermati gli adempimenti regionali previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ed i relativi criteri e sedi di verifica, nonché le modalità di copertura di eventuali disavanzi;

- la corresponsione del 3 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario restava condizionata alla verifica degli adempimenti;

- era rafforzato il sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei LEA. Al livello centrale, sia ministeriale che del coordinamento interregionale, è prevista non solo una funzione di verifica ma, quando necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni;

- era ritenuta necessaria una revisione straordinaria dei LEA vigenti sulla base di principi e criteri concordati con le regioni;

- si prevedeva un'analisi dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei LEA, assumendo come riferimento i costi delle pratiche ritenute più efficienti in condizioni di appropriatezza, riscontrabili nel SSN.

Per il percorso di rientro strutturale dai disavanzi per le Regioni in difficoltà (Regioni che presentavano un disavanzo pari o superiore al 7 per cento nell'anno precedente) veniva concordata l'istituzione, per tutto il triennio 2007-2009, di un Fondo transitorio.

L'accesso alle risorse del Fondo, poi istituito dalla finanziaria 2007, restava subordinato alla sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e di un Piano di rientro che prevedesse sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010.

Come specificato dalla legge n. 296/2007, l'accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale IRPEF e della maggiorazione IRAP. Qualora durante il procedimento di verifica annuale del Piano si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, la Regione interessata può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dai Ministeri della salute e dell'economia e finanze. In ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura degli obiettivi.

Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del SSN, il Patto prevedeva di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi relativi al programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria, di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, elevandolo dagli iniziali 17 miliardi a 20 miliardi, riservando la quota aggiuntiva di 3 miliardi di euro ad alcune linee prioritarie (innovazione tecnologica nel campo dell'oncologia e delle malattie rare; superamento del divario Nord-Sud), e prevedendo premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti per una quota del 10 per cento.

1.3. La direttiva del Ministro della salute

La direttiva annuale del Ministro della salute per il 2007 rifletteva nell'attività dell'amministrazione centrale gli obiettivi programmatici in precedenza ricordati. Tra gli obiettivi strategici di maggior rilievo quelli che attengono a:

- le attività per la promozione della qualità e del governo del Servizio sanitario nazionale anche in attuazione del nuovo Patto per la salute stipulato nel settembre 2006. In questo ambito ricadevano le attività di monitoraggio dei Piani di rientro sottoscritti nel 2007;

- le attività in materia di prevenzione e di comunicazione in settori di primario interesse per la salute della popolazione;

- l'attività per l'impulso e il potenziamento della ricerca sanitaria;

- le attività per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Ministero della salute, attraverso l'estensione dell'utilizzo di sistemi integrati di gestione delle risorse umane mirati alla ottimizzazione ed alla valutazione dell'azione amministrativa;

- gli interventi diretti ad assicurare il riordino del settore delle farmacie e la ridefinizione della figura del farmacista alla luce delle novità introdotte dal decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, nell'ottica del pieno soddisfacimento delle esigenze sanitarie dei cittadini e del perseguimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

La verifica degli standard quantitativi e qualitativi dei LEA, degli adempimenti regionali concernenti la loro erogazione si presentava come condizione ancor più stringente per il forte impegno richiesto dal punto di vista finanziario alle regioni nel complesso e in particolare a quelle che avevano sottoscritto l'accordo sul Piano di rientro.

2. La traduzione normativa degli obiettivi programmatici

2.1. La legge finanziaria per il 2007

La legge finanziaria per il 2007 ha dato attuazione alle misure prefigurate nei documenti programmatici e concordate con le Regioni con il Patto per la salute.

Gli interventi previsti hanno mirato, innanzitutto, ad incidere sul profilo della spesa, prevedendone una riduzione dai 103,7 miliardi tendenziali a 101,7 miliardi nel 2007 e puntando a stabilizzarne l'incidenza sul Pil su livelli prossimi al 6,7 per cento nel triennio.

Ciò doveva essere ottenuto attraverso misure di riduzione della spesa corrente netta per circa 3 miliardi nel 2007 (che salivano, rispettivamente, a 3,4 e a 4,2 miliardi nel 2008 e nel 2009). Di questi, 944 milioni derivavano da misure di contenimento della spesa dirette a ridurre le inefficienze e a razionalizzare le strutture nelle regioni in disavanzo strutturale; 800 milioni dai provvedimenti assunti dall'AIFA in tema di prezzi dei farmaci². Di rilievo (circa 1,2 miliardi) era il contributo atteso dalle misure di responsabilizzazione individuale (*ticket*) e dall'abbattimento delle tariffe per prestazioni automatizzate.

Era, infatti, disposto un meccanismo di compartecipazione alla spesa da parte dei beneficiari del servizio sanitario nei casi di maggiore rischio di inappropriatezza. Si trattava di una quota fissa di 10 euro per ricetta sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esenti, e di un ticket sugli accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero. La compartecipazione era stabilita in 25 euro per gli interventi di minor urgenza (codici bianchi) prestati a non esenti. Si era così estesa ed omogeneizzata una disciplina già adottata in alcune regioni e che mirava ad intervenire sui costi associati a un volume di prestazioni particolarmente rilevante (246 milioni le prestazioni specialistiche di cui di esenti 86 milioni; 18,3 milioni gli accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero).

A fronte di tale impegno, era disposto un incremento delle risorse cui contribuisce lo Stato (che passavano dai 92,7 miliardi a legislazione vigente a 96 miliardi). Inoltre, come previsto nel Patto, per agevolare il recupero di un equilibrio gestionale delle regioni con rilevanti disavanzi veniva istituito un Fondo, destinato a sostenere le misure di riorganizzazione. L'accesso alle risorse aggiuntive (1 miliardo per il 2007, 850 milioni per il 2008 e 700 milioni per il 2009) era condizionato alla sottoscrizione di un apposito Accordo per l'individuazione degli interventi necessari per il riequilibrio.

A presidio del rispetto dei vincoli di copertura delle gestioni in disavanzo, erano confermate le misure introdotte con la Finanziaria 2006 (mantenimento del meccanismo di adeguamento automatico delle aliquote).

² Erano confermate e potenziate le misure di contenimento della spesa farmaceutica deliberate dall'Agenzia italiana per il farmaco (AIFA), e veniva introdotto un abbattimento del 50 per cento delle tariffe per le prestazioni di diagnostica di laboratorio eseguibili con metodiche automatiche.

2.2. I provvedimenti assunti in corso d'anno

L'attività svolta nel 2007 è stata caratterizzata dalla conclusione dell'*iter* normativo di alcuni importanti provvedimenti già previsti nei documenti programmatici, nonché dall'avvio di iniziative ed accordi di collaborazione con altre amministrazioni.

E' stata, innanzitutto, approvata la legge relativa all'attività intramoenia. La legge 120/2007 prevede che le aziende sanitarie ed ospedaliere, i policlinici e gli altri istituti interessati predispongano un piano aziendale relativo ai volumi dell'attività istituzionale e dell'attività intramoenia, osservando precisi obblighi procedurali e di pubblicità. Ulteriori disposizioni riguardano l'esercizio di poteri sostitutivi da parte delle regioni nei confronti delle aziende sanitarie e da parte dello Stato nei confronti delle regioni stesse, in caso di inosservanza degli obblighi imposti.

Una specifica regolamentazione concerne, poi, l'attività clinica e diagnostica ambulatoriale, la risoluzione delle vertenze relative all'attività intramoenia della dirigenza sanitaria, l'attività libero-professionale dei dirigenti veterinari, e l'attivazione dell'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 15-*quaterdecies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Entro il 31 gennaio 2009, le Regioni devono assicurare la realizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia necessari e il definitivo passaggio al regime ordinario della attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del SSN e di quella universitaria, anche ricorrendo all'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, mediante contratti di compravendita o di locazione e la stipula di convenzioni.

Peculiari disposizioni investono il corretto svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria, con particolare riferimento all'affidamento a personale aziendale del servizio di prenotazione delle prestazioni, alla terzietà nella riscossione degli onorari, alla determinazione di un tariffario idoneo all'integrale copertura dei costi, al monitoraggio dei tempi di attesa, alla prevenzione dei conflitti di interesse, alla riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni rese nell'ambito dell'attività istituzionale. Si prevede, altresì, la presentazione di una relazione annuale al Parlamento da parte del Ministro della salute, il quale riceve, a sua volta, periodiche relazioni da parte delle regioni.

Con il decreto 22 febbraio 2007 si è intervenuti poi sul delicato terreno delle cure palliative, con lo scopo di rendere omogeneo e misurabile il livello quantitativo e qualitativo dell'assistenza erogata, stabilendo standard a cui le regioni si dovranno adeguare entro il 2008.

Nel quadro di attuazione del programma di investimenti per le strutture palliative, con il decreto n. 43 del 22 febbraio 2007 del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia, sono stati definiti gli standard relativi all'assistenza ai malati terminali. Il decreto mira a definire in modo uniforme, per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali.

Entro il 2008 le Regioni dovranno adeguarsi ai nuovi standard quantitativi e qualitativi delle strutture dedicate alle cure palliative ai malati terminali di tumore. Per il monitoraggio dei servizi resi sono previsti specifici "strumenti di valutazione della qualità percepita dai malati e dalle loro famiglie".

Le Regioni dovranno inoltre garantire l'informazione ai cittadini e agli operatori sull'istituzione della rete di assistenza, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture e sulle modalità di accesso all'assistenza erogata dalla rete.

Il 20 marzo 2008 è stato inoltre raggiunto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche", cure che ogni anno interessano in Italia 11.000 bambini (da 7.500 a 15.000) con malattia inguaribile e/o terminale (1/3 oncologica - 2/3 non oncologica). La realizzazione della rete di cure palliative pediatriche, inserita nelle più ampie reti assistenziali pediatrica e di cure palliative, deve avvenire su base regionale o sovraregionale, tenendo conto della necessità di provvedere sia ad una assistenza a domicilio del paziente, che ad una forma di assistenza residenziale.

E' stato firmato il Protocollo di intesa per lo sviluppo della sanità del Mezzogiorno. L'accordo prevede la selezione dei progetti che verranno presentati dalle regioni meridionali e che potranno beneficiare tra il 2007 e il 2013 di finanziamenti per 3 miliardi di euro.

Il Protocollo d'intesa "Salute, Sicurezza e Sviluppo nel Mezzogiorno" e il relativo Memorandum siglato in data 17 aprile 2007 hanno portato alla Deliberazione del CIPE del 21 dicembre 2007 concernente l'approvazione, in attuazione del "Quadro Strategico Nazionale 2007-2013", della programmazione del Fondo per le Aree Sottoutilizzate e la definizione delle relative procedure tecnico-amministrative e finanziarie, che finanzia, per un importo di 1,5 miliardi, il Progetto Speciale Salute, in attuazione del Protocollo.

Il progetto, sulla base di quanto concordato nel *Memorandum*, mira a:

- avviare un processo di riqualificazione del servizio sanitario del Mezzogiorno volto a creare un sistema interregionale di eccellenza ed in grado di accelerare processi di crescita e di sviluppo;
- costruire una visione condivisa delle potenzialità di convergenza strutturale dei servizi sanitari regionali per la realizzazione della rete delle eccellenze del Mezzogiorno;
- programmare un insieme di interventi che non risulti dalla semplice somma delle singole strategie regionali ma che costituisca una sfida comune e condivisa in una logica di cooperazione ed integrazione tra le diverse Regioni.

Per la realizzazione dell'intero progetto, la Delibera CIPE prevede la definizione di un Accordo di Programma Quadro Interregionale (tra Ministero e Regioni) che dia l'avvio concreto alla realizzazione degli interventi.

Durante l'anno sono stati firmati accordi per interventi di edilizia sanitaria in importanti realtà territoriali (Lombardia, Veneto, Puglia). Tali accordi si inseriscono nel quadro dell'attività svolta fino ad oggi sul fronte dei programmi di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (art. 20 legge 67/88) e di cui si da conto nel paragrafo 3.6.

Si è infine intervenuti sui ticket sulla specialistica, introdotti dalla medesima finanziaria (art 1, comma 796, lett. p). Su tale materia era dapprima intervenuto l'articolo 6-quater del decreto legge n. 300/2006, che aveva modificato la predetta disposizione limitandone la vigenza al 31 marzo 2007 e consentendo alle regioni, per le sole prestazioni di assistenza specialistica

ambulatoriale, di assumere provvedimenti alternativi all'applicazione della quota fissa equivalenti sotto il profilo dell'equilibrio economico-finanziario. Il successivo decreto legge n. 23/2007 (articolo 1-bis) ha disposto, per l'anno 2007, l'abolizione di detta quota fissa a partire dal 20 maggio 2007.

3. I risultati

3.1. Una premessa

I risultati ottenuti nel settore sanitario sono letti nella relazione di quest'anno sotto diversi ma complementari angoli visuali.

Ci si sofferma, innanzitutto, sull'andamento della spesa complessiva del settore e sul contributo da questo offerto alla dinamica dei saldi di finanza pubblica. Uno sguardo necessario a porre a confronto quelli che erano gli obiettivi programmatici (espressi in contabilità economica) con i risultati effettivi. Il conto consolidato della sanità e la scomposizione della spesa secondo la classificazione Sespros 96 (Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale) consentono di guardare, sempre a livello aggregato, alla dinamica delle principali voci di costo per trarne una prima indicazione sull'efficacia delle misure di correzione della spesa assunte con la finanziaria e con i provvedimenti ad essa correlati. Gli stessi dati di contabilità nazionale consentono, poi, di distinguere l'andamento della spesa tra quella di responsabilità dell'amministrazione centrale e quella invece propria delle amministrazioni locali. La sanità al momento rappresenta, infatti, il maggiore dei settori economici gestito a livello regionale; in termini di flussi finanziari il ruolo dell'Amministrazione centrale è pertanto limitato.

L'esame dei soli dati di contabilità nazionale, per di più aggregati, non consentirebbe, tuttavia, di valutare la rispondenza dei risultati ottenuti a quelli che erano gli obiettivi del Patto della salute, elemento centrale della politica di controllo della spesa sanitaria nella programmazione nazionale del 2007. Il riferimento ai dati finanziari esaminati in sede di monitoraggio permette, quindi, di acquisire ulteriori elementi. E' necessario, poi, un approfondimento per valutare i risultati ottenuti a livello di singola regione. In quelle in disavanzo strutturale che hanno predisposto i Piani di rientro, il confronto tra profili programmatici, misure introdotte e risultati ottenuti consente prime valutazioni sulla funzionalità dei Piani e sulla credibilità delle misure programmate, passo indispensabile per le scelte che dovranno essere assunte nell'immediato futuro.

La costruzione del sistema di monitoraggio della gestione economica e di valutazione dei livelli essenziali delle prestazioni rappresenta l'elemento centrale della attività di coordinamento e garanzia propria dell'Amministrazione centrale. Una valutazione della politica sanitaria dell'anno deve, quindi, innanzitutto guardare ai risultati e alle caratteristiche assunte dalla gestione a livello di coordinamento.

Tavola 1

La spesa per la funzione sanitaria – Un esame per livelli di governo

(in milioni)

Amministrazioni locali	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Spesa per consumi finali	67.445	74.487	78.553	81.159	89.254	94.916	100.356
di cui:							
Redditi da lavoro	27.181	28.850	29.650	30.001	32.917	34.276	36.793
di cui:							
Consumi intermedi e acquisto di beni e servizi prodotti da produttori market	38.979	44.152	47.137	49.369	54.380	58.428	61.130
Contributi alla produzione	13	8	17	10	9	8	7
Prestazioni sociali in denaro	-	-	-	-	-	-	-
Redditi da capitale	723	590	551	419	339	372	426
Imposte dirette	92	110	107	110	106	112	113
Trasferimenti correnti	347	445	475	604	687	733	739
TOTALE corrente	68.620	75.640	79.703	82.302	90.395	96.141	101.641
Investimenti fissi lordi	2.437	2.332	2.164	2.142	2.507	2.470	2.508
Acquisizioni nette di attività non finanziarie	-	- 1	- 2	- 4	-	- 1	-
Trasferimenti in c/capitale	24	32	34	17	29	19	18
TOTALE in conto capitale	2.461	2.363	2.196	2.155	2.536	2.488	2.526
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	71.081	78.003	81.899	84.457	92.931	98.629	104.167

Amministrazioni centrali	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Spesa per consumi finali	920	1.028	921	1.108	1.087	1.190	1.270
di cui:							
Redditi da lavoro	377	469	479	526	547	643	685
di cui:							
Consumi intermedi e acquisto di beni e servizi prodotti da produttori market	542	568	432	578	535	550	584
Contributi alla produzione	3	3	2	7	5	2	-
Prestazioni sociali in denaro	-	-	-	-	-	-	-
Redditi da capitale	608	426	410	233	182	138	103
Imposte dirette	4	3	1	1	1	1	1
Trasferimenti correnti	31	31	21	29	30	24	22
TOTALE corrente	1.566	1.491	1.355	1.378	1.305	1.355	1.396
Investimenti fissi lordi	32	104	56	62	53	39	26
Acquisizioni nette di attività non finanziarie	-	-	-	-	-	-	-
Trasferimenti in c/capitale	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE in conto capitale	32	104	56	62	53	39	26
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	1.598	1.595	1.411	1.440	1.358	1.394	1.422

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

I risultati ottenuti vengono poi esaminati guardando alla gestione del bilancio del 2007 in base alla nuova classificazione per missioni e per programmi, rileggendo in questa ottica sia gli obiettivi strategici, sia quelli operativi posti alla base della programmazione e della direttiva del Ministro della salute per il 2007.

A completamento di tale lettura, ci si sofferma sullo stato di avanzamento degli interventi di edilizia sanitaria e sui principali programmi di investimento previsti dalla normativa nazionale. La considerazione di tali elementi - che non ricadono nella nuova classificazione tra quelli ricompresi nella missione "tutela della salute", ma che rientrano nel più complessivo insieme degli interventi infrastrutturali - rappresenta, tuttavia, un indispensabile completamento della politica di settore.

3.2. I risultati economici complessivi: il conto consolidato della sanità

I risultati del 2007 relativi al conto consolidato della sanità (che si basa sui conti economici delle aziende sanitarie del quarto trimestre) indicano, per la prima volta negli ultimi anni, un consuntivo migliore delle attese. Le uscite complessive hanno raggiunto i 102,3 miliardi, con un incremento dello 0,9 per cento rispetto al 2006. Al di sotto, quindi, dei 103,4 miliardi attesi per l'anno in base al preconsuntivo dell'ottobre scorso.

Un risultato che va, tuttavia, letto con attenzione. Come sottolineato anche nella Ruef, tale andamento è frutto di almeno tre elementi particolari: il rinvio del rinnovo dei contratti del personale sanitario, che sposta sul 2008 oneri per circa 1.500 milioni di euro (nel 2006 il risultato aveva risentito di oneri per arretrati pari a circa 2.300 milioni); il buon risultato ottenuto sul fronte della spesa farmaceutica per l'operare congiunto dei meccanismi centralizzati (controllo AIFA) e di quelli regionali; lo slittamento di quelli che la relazione unificata definisce in misura generica quali "partite contabili" (700 milioni), ma riferibili ai rinnovi delle convenzioni con i medici di medicina generale, anch'esse incidenti sul 2008. Non considerando il peso degli arretrati sul 2006 e sottraendo dalla spesa complessiva quella per farmaci, il tasso di crescita delle altre componenti (al netto degli oneri per i rinnovi contrattuali 2006-2007) cresce in media del 4,7 per cento, circa un punto superiore al tasso di crescita nominale del prodotto, anche se in rallentamento rispetto agli esercizi passati.

Guardando, poi, solo alle prestazioni sociali in natura (rese da produttori *market* e non *market*) sempre al netto di farmaci e redditi da lavoro dipendente, l'indicazione che se ne trae è ancora meno positiva: la variazione rispetto al 2006 è del 6 per cento, superiore a quella riscontrata a consuntivo lo scorso anno (+4,6 per cento).

Tavola 2

La spesa sanitaria – (1995-2009)

(in milioni)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008(*)	2009(*)	Variazione media		
																1995- 2000	2001- 2006	2007- 2009
Spesa sanitaria	47.857	51.705	55.711	57.569	60.520	67.574	74.744	79.106	81.814	89.924	96.141	101.349	102.290	109.190	111.580			
quota su PIL	5,1	5,2	5,3	5,3	5,4	5,7	6,0	6,1	6,1	6,5	6,7	6,8	6,7	6,9	6,8	5,3	6,4	6,8
variazione percentuale sull'anno precedente	-2,3	8,0	7,7	3,3	5,1	11,7	10,6	5,8	3,4	9,9	6,9	5,4	0,9	6,7	2,2	5,6	7,0	3,3
quota su spesa complessiva	9,6	9,8	10,6	10,8	11,2	12,3	12,4	12,9	12,6	13,5	13,9	14,2	13,7	13,9	13,9	10,7	13,2	13,8
	Variazioni percentuali sull'anno precedente																	
tasso PIL (nominale)	7,9	6,0	4,5	4,1	3,3	5,7	4,8	3,7	3,1	4,2	2,6	3,6	3,8	3,6	3,3	5,2	3,7	3,5
inflazione	5,2	4,0	2,0	2,0	1,7	2,5	2,7	2,5	2,7	2,2	2,1	1,7	2,3	2,9	2,1	2,9	2,3	2,4
	Variazioni percentuali sull'anno precedente delle principali voci del conto delle Pubbliche amministrazioni																	
spesa corrente	3,7	7,4	0,3	0,3	0,9	4,3	5,6	3,3	4,2	3,7	3,4	3,5	4,5	5,0	1,8	2,8	4,0	3,7
spesa corrente al netto interessi	1,8	8,1	5,2	3,2	4,0	4,8	5,9	5,4	5,4	4,7	4,0	3,2	3,6	5,2	1,7	4,5	4,8	3,5
spesa complessiva	5,8	5,7	0,0	1,3	1,4	1,5	9,2	2,2	5,5	3,0	3,7	3,3	4,6	5,0	2,2	2,6	4,5	3,9

Fonte : elaborazione Corte dei conti su dati Istat

(*) i dati 2008 e 2009 sono tratti dalla Rpp per la sanità e dalla Ruef per il Pil e il nuovo quadro della PA

Anche la limitata crescita della spesa per beni e servizi resi da produttori market (+0,9 per cento contro il 2,5 per cento del 2006) risulta strettamente connessa al risultato ottenuto in termini di farmaci e al rinvio del rinnovo delle convenzioni con i medici di medicina generale. Al netto di tali voci si riscontra una variazione del 4,9 per cento, poco al di sotto del risultato del 2006 (+5,2 per cento). Ciò, nonostante le misure introdotte con la Finanziaria per il 2007: sconti per le prestazioni specialistiche e riduzioni del 20 per cento dei costi riconosciuti alle strutture private accreditate per la diagnostica di laboratorio.

E', infine, la crescita dei consumi intermedi delle strutture pubbliche superiore all'8 per cento (+8,3 per cento contro il 6,2 per cento del 2006) a segnalare le difficoltà di contenimento della spesa nelle strutture ospedaliere pubbliche.

Tavola 3**Il conto economico consolidato della sanità**

(in milioni)

	Variazioni %					
	2004	2005	2006	2007	2006 su 2005	2007 su 2006
Prestazioni sociali in natura	84.088	89.606	94.218	94.678	5,1	0,5
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:</i>	<i>35.289</i>	<i>37.567</i>	<i>38.524</i>	<i>38.876</i>	<i>2,5</i>	<i>0,9</i>
- Farmaci	11.988	11.849	12.334	11.579	4,1	-6,1
- Assistenza medico-generica	5.020	6.453	5.932	6.052	-8,1	2,0
- Assistenza medico-specialistica	2.900	3.193	3.449	3.666	8,0	6,3
- Assistenza osped. in case di cura private	8.260	8.472	8.694	9.187	2,6	5,7
- Assistenza protesica e balneotermale	3.913	4.037	4.128	4.107	2,3	-0,5
- Altra assistenza	3.208	3.563	3.987	4.285	11,9	7,5
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:</i>	<i>48.799</i>	<i>52.039</i>	<i>55.694</i>	<i>55.802</i>	<i>7,0</i>	<i>0,2</i>
- Assistenza ospedaliera	38.113	40.722	43.628	43.704	7,1	0,2
- Altri servizi sanitari	10.686	11.317	12.066	12.098	6,6	0,3
Contribuzioni diverse	623	895	1.058	1.195	18,2	12,9
Servizi amministrativi	4.383	4.720	4.994	5.189	5,8	3,9
Redditi da lavoro dipendente	2.494	2.627	2.722	2.727	3,6	0,2
Consumi intermedi	1.743	1.938	2.104	2.295	8,6	9,1
Altro servizi amm	146	155	168	167		
Altre uscite	830	920	1.079	1.228	17,3	13,8
di cui: interessi passivi	173	201	337	440	67,7	30,6
TOTALE USCITE CORRENTI	89.924	96.141	101.349	102.290	5,4	0,9
<i>I servizi prodotti da produttori non market si distinguono in:</i>	<i>48.799</i>	<i>52.039</i>	<i>55.694</i>	<i>55.802</i>	<i>7,0</i>	<i>0,2</i>
- Redditi da lavoro dipendente	30.021	31.208	33.526	32.026	7,4	-4,5
-Consumi intermedi	16.979	18.688	19.853	21.502	6,2	8,3
-Altro	1.799	2.143	2.315	2.274	8,0	-1,8

Fonte: ISTAT

I dati relativi alla spesa farmaceutica presentano, invece, risultati confortanti: la spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale si è ridotta nell'anno del 6,8 per cento. Un risultato che si accompagna a una forte crescita degli incassi da ticket (+30 per cento), che sconta la decisione di varie regioni di aumentare l'incidenza dei contributi richiesti ai cittadini pur conservando forme di esenzioni (l'incidenza sulla spesa lorda è passata dal 3,1 per cento del 2006 ad oltre il 4,2 per cento del 2007).

Sono soprattutto le regioni soggette ai Piani di rientro a presentare le riduzioni maggiori: il Lazio e la Sicilia riducono la spesa netta di circa il 13 per cento, la Liguria di poco meno del 10 per cento, la Campania e la Sardegna di circa il 9 per cento, mentre l'Abruzzo e il Molise contengono la spesa rispettivamente del 7,7 e del 5,8 per cento. Un risultato che si accentua guardando alla spesa pro capite e che consente di ridurre significativamente le forti differenze di consumo finora rilevate.

Escludendo i casi estremi (da un lato, le province autonome che presentano consumi particolarmente contenuti e, dall'altro, le tre regioni con gli importi più elevati, anche se in riduzione, Lazio Sicilia e Calabria), la differenza tra le altre realtà regionali si riduce considerevolmente, passando da un massimo di 32 punti percentuali a poco più di 23. Nonostante i recuperi registrati nell'anno, restano, naturalmente, margini consistenti per miglioramenti ulteriori.

Tavola 4a

Spesa farmaceutica pubblica nel 2006 e nel 2007

	2006					2007					variazione 2006-2007				
	in milioni di euro					in milioni di euro									
	ricette/*000	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette/*000	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta
VALLE D'AOSTA	916	23,4	0,2	0,9	22,3	949	23,2	0,3	1,0	21,9	3,61	-1,07	46,53	12,33	-2,00
PIEMONTE	32.747	906,5	62,6	43,1	800,8	34.595	902,6	61,7	47,6	793,3	5,64	-0,43	-1,43	10,48	-0,94
LIGURIA	14.954	406,6	8,6	19,8	378,2	15.361	373,2	13,6	18,6	340,9	2,72	-8,22	57,62	-5,81	-9,85
LOMBARDIA	63.633	1.926,7	137,7	109,6	1.679,4	66.303	1.882,8	142,3	114,6	1.625,9	4,20	-2,28	3,32	4,58	-3,19
VENETO	32.659	901,1	58,7	43,2	799,2	35.237	893,2	63,4	46,9	782,9	7,89	-0,88	7,99	8,59	-2,04
BOLZANO	2.505	71,6	4,3	3,5	63,7	2.610	68,7	4,7	3,4	60,6	4,18	-4,09	7,20	-3,63	-4,88
TRENTO	3.309	85,1	0,6	4,2	80,3	3.498	83,9	0,8	4,3	78,8	5,71	-1,38	33,59	2,66	-1,85
FRIULI VENEZIA GIULIA	9.399	252,4	1,9	12,7	237,8	9.869	248,4	2,6	13,3	232,5	5,00	-1,56	35,68	4,92	-2,20
EMILIA ROMAGNA	35.506	836,4	7,4	35,6	793,4	37.169	817,5	10,4	37,4	769,7	4,68	-2,26	41,38	4,89	-2,99
MARCHE	14.063	322,2	2,9	14,0	305,3	14.723	321,1	4,1	15,3	301,7	4,70	-0,34	41,26	9,39	-1,19
TOSCANA	32.288	711,3	6,6	30,1	674,6	33.801	693,4	9,4	31,5	652,5	4,69	-2,52	41,90	4,52	-3,27
LAZIO	52.058	1.612,3	11,4	98,1	1.502,9	54.862	1.415,2	21,4	81,6	1.312,2	5,39	-12,23	88,32	-16,80	-12,69
UMBRIA	8.764	181,2	1,6	7,7	171,8	9.033	175,4	2,2	7,9	165,3	3,07	-3,21	33,26	1,64	-3,78
ABRUZZO	13.048	304,9	2,7	14,0	288,1	13.244	289,0	8,9	14,2	265,9	1,50	-5,19	225,92	1,69	-7,72
MOLISE	2.791	73,6	3,5	3,2	66,9	2.939	70,4	4,0	3,4	63,0	5,31	-4,43	13,07	4,90	-5,79
CAMPANIA	54.487	1.297,0	13,9	63,5	1.219,7	54.666	1.226,1	47,3	62,8	1.116,0	0,33	-5,47	240,18	-1,10	-8,50
PUGLIA	38.301	1.018,0	28,1	57,9	932,0	40.024	918,3	32,9	48,9	836,5	4,50	-9,79	17,31	-15,50	-10,26
BASILICATA	5.755	125,4	1,2	5,3	118,9	5.974	122,3	1,5	5,6	115,2	3,80	-2,45	27,59	6,02	-3,13
CALABRIA	20.616	547,4	4,6	29,2	513,5	22.743	519,2	7,6	29,9	481,8	10,31	-5,14	63,22	2,25	-6,18
SICILIA	50.537	1.441,0	52,3	83,0	1.305,8	51.513	1.304,5	93,3	73,4	1.137,9	1,93	-9,47	78,48	-11,58	-12,86
SARDEGNA	14.891	396,0	2,9	20,5	372,6	15.611	363,8	6,5	18,7	338,7	4,84	-8,12	121,96	-8,97	-9,09
TOTALE	503.226	13.440,2	413,9	699,1	12.327,2	524.723	12.712,2	538,9	680,3	11.493,1	4,27	-5,42	30,20	-2,70	-6,77

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Federfarma

Tavola 4b

Spesa farmaceutica pubblica nel 2006 e nel 2007

	2006					2007					variazione 2006-2007				
	num.	pro capite in euro				num.	pro capite in euro								
	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta
VALLE D'AOSTA	7,5	191,9	1,4	7,6	182,9	7,7	186,9	2,0	8,4	176,4	1,99	-2,62	44,24	10,57	-3,53
PIEMONTE	7,7	212,3	14,7	10,1	187,5	8,0	207,9	14,2	11,0	182,7	3,90	-2,07	-3,06	8,66	-2,57
LIGURIA	9,5	257,7	5,5	12,5	239,7	9,5	231,8	8,5	11,6	211,7	0,64	-10,08	54,42	-7,72	-11,68
LOMBARDIA	6,9	208,4	14,9	11,9	181,6	7,0	198,7	15,0	12,1	171,6	1,68	-4,64	0,83	2,06	-5,52
VENETO	7,0	194,1	12,6	9,3	172,1	7,4	188,5	13,4	9,9	165,2	5,72	-2,88	5,82	6,41	-4,02
BOLZANO	5,3	151,8	9,2	7,5	135,0	5,4	142,3	9,6	7,1	125,5	1,80	-6,27	4,75	-5,82	-7,05
TRENTO	6,7	173,4	1,2	8,5	163,6	7,0	167,0	1,6	8,5	156,9	3,26	-3,66	30,49	0,28	-4,13
FRIULI VENEZIA GIULIA	7,8	210,6	1,6	10,6	198,4	8,2	205,6	2,1	11,0	192,5	4,12	-2,38	34,55	4,04	-3,01
EMILIA ROMAGNA	8,7	205,0	1,8	8,7	194,4	8,9	195,2	2,5	8,9	183,8	2,01	-4,76	37,77	2,21	-5,47
MARCHE	9,3	214,1	1,9	9,3	202,9	9,6	210,0	2,7	10,0	197,3	3,06	-1,91	39,05	7,67	-2,74
TOSCANA	9,1	199,5	1,9	8,4	189,2	9,3	191,6	2,6	8,7	180,3	3,13	-3,97	39,79	2,96	-4,71
LAZIO	10,0	309,8	2,2	18,8	288,7	10,3	266,8	4,0	15,4	247,4	3,41	-13,88	84,79	-18,36	-14,33
UMBRIA	10,3	213,6	1,9	9,1	202,6	10,4	202,1	2,5	9,1	190,5	0,71	-5,42	30,21	-0,69	-5,98
ABRUZZO	10,1	237,1	2,1	10,9	224,1	10,1	221,4	6,8	10,9	203,7	-0,01	-6,60	221,07	0,17	-9,09
MOLISE	8,7	228,9	10,9	9,9	208,0	9,2	219,3	12,4	10,5	196,4	5,57	-4,19	13,35	5,16	-5,56
CAMPANIA	9,5	225,2	2,4	11,0	211,7	9,4	211,7	8,2	10,8	192,7	-0,20	-5,97	238,39	-1,62	-8,98
PUGLIA	9,5	251,9	6,9	14,3	230,6	9,8	225,5	8,1	12,0	205,4	3,72	-10,47	16,44	-16,13	-10,93
BASILICATA	9,6	210,1	2,0	8,9	199,2	10,1	205,9	2,5	9,5	193,9	4,31	-1,97	28,22	6,54	-2,65
CALABRIA	10,3	272,1	2,3	14,5	255,3	11,3	259,0	3,8	14,9	240,4	10,70	-4,81	63,79	2,60	-5,86
SICILIA	10,1	288,0	10,4	16,6	261,0	10,3	260,0	18,6	14,6	226,8	1,65	-9,72	77,98	-11,82	-13,10
SARDEGNA	9,1	241,0	1,8	12,5	226,7	9,4	219,7	3,9	11,3	204,6	4,04	-8,82	120,27	-9,66	-9,78
ITALIA	8,7	232,2	7,1	12,1	212,9	8,9	216,4	9,2	11,6	195,6	2,74	-6,81	28,28	-4,13	-8,14

Tavola 4c

Spesa farmaceutica pubblica nel 2006 e nel 2007

	2006					2007				
	numero indice Italia = 100					numero indice Italia = 100				
	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta
VALLE D'AOSTA	86,3	82,7	19,8	63,2	85,9	85,7	86,4	22,3	72,9	90,2
PIEMONTE	88,2	91,4	205,2	83,5	88,1	89,2	96,1	155,0	94,7	93,4
LIGURIA	109,1	111,0	76,6	103,8	112,6	106,8	107,1	92,2	99,9	108,2
LOMBARDIA	79,2	89,7	208,3	98,1	85,3	78,3	91,8	163,7	104,5	87,7
VENETO	80,9	83,6	176,8	77,1	80,8	83,3	87,1	145,8	85,5	84,5
BOLZANO	61,1	65,4	128,8	62,3	63,4	60,5	65,7	105,2	61,2	64,2
TRENTO	77,5	74,7	17,2	70,4	76,8	77,9	77,2	17,5	73,6	80,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	90,2	90,7	22,0	87,8	93,2	91,5	95,0	23,1	95,2	98,4
EMILIA ROMAGNA	100,1	88,3	25,3	72,3	91,3	99,4	90,2	27,2	77,0	94,0
MARCHE	107,5	92,2	27,2	76,8	95,3	107,8	97,1	29,5	86,2	100,9
TOSCANA	104,2	85,9	26,1	69,9	88,8	104,6	88,5	28,4	75,1	92,1
LAZIO	115,0	133,4	30,6	156,1	135,6	115,8	123,3	44,0	132,9	126,4
UMBRIA	118,9	92,0	27,1	75,5	95,1	116,5	93,4	27,5	78,2	97,4
ABRUZZO	116,7	102,1	29,7	90,2	105,2	113,6	102,3	74,3	94,2	104,1
MOLISE	99,8	98,6	152,7	82,3	97,7	102,5	101,3	134,9	90,3	100,4
CAMPANIA	108,8	97,0	33,8	91,2	99,4	105,7	97,9	89,1	93,6	98,5
PUGLIA	109,0	108,5	97,2	118,6	108,3	110,1	104,2	88,2	103,8	105,0
BASILICATA	110,9	90,5	27,8	73,7	93,5	112,6	95,2	27,8	81,9	99,1
CALABRIA	117,9	117,2	32,3	120,2	119,9	127,0	119,7	41,3	128,7	122,9
SICILIA	116,2	124,1	146,1	137,4	122,6	115,0	120,2	202,7	126,4	115,9
SARDEGNA	104,3	103,8	24,8	103,4	106,5	105,6	101,6	42,6	97,4	104,6
ITALIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Federfarma

3.3. I risultati economici regionali

Le risorse finanziarie delle Regioni per il SSN (considerando i ricavi della gestione straordinaria³ e quelli per l'intramoenia), ammontano nel 2007 a poco meno di 101 miliardi di euro, con una crescita rispetto al 2006 del 3,3 per cento⁴.

I costi complessivi, così come ricavati dai dati forniti dal Ministero della salute⁵, risultano in crescita del 2 per cento rispetto allo scorso anno.

³ Sono componenti di ricavo introdotte dalla contabilità economica e ricomprendono: sopravvenienze attive, insussistenza del passivo, plusvalenze. Tali ricavi risultano, per il 2007, pari a 0,868 miliardi di euro.

⁴ Nella valutazione delle entrate, va rilevato, non sono ricomprese naturalmente le somme destinate alle regioni in disavanzo strutturale (1.000 milioni nel 2007) quale contributo per la gestione dei piani di rientro.

⁵ Dati IV trimestre 2007 aggiornati al 3 aprile 2008 e dati definitivi degli anni precedenti RGE (20 febbraio 2008) sono pari a 104,3 miliardi (comprensivi delle stime di mobilità verso Bambin Gesù e Smom).

Tavola 5

I risultati del tavolo di monitoraggio

(in milioni)

	2004	2005	2006	2006	2007	2007
				importo pro capite in euro		importo pro capite in euro
Piemonte	-662,2	-6,5	1,3	0,3	-91,3	-21,0
V.d.A.	23,7	-12,6	-17,4	-140,0	-14,4	-115,6
Lombardia	-30,0	2,0	-0,3	0,0	9,4	1,0
p.a. Bolzano	279,1	28,5	25,0	51,9	17,4	35,8
p.a. Trento	179,4	-2,4	-15,6	-31,1	-1,7	-3,3
Veneto	2,7	-116,2	83,2	17,6	2,2	0,5
FVG	109,3	26,9	18,8	15,5	24,3	20,0
Liguria	-310,5	-253,3	-95,6	-59,4	-143,8	-89,4
Emilia Romagna	-440,6	-37,6	-19,1	-4,5	12,8	3,0
Toscana	-241,1	-20,3	-98,7	-27,3	90,7	24,9
Umbria	-82,3	1,2	-54,7	-63,0	14,0	16,0
Marche	-144,9	-24,4	-47,4	-31,0	10,2	6,6
Lazio	-2158,6	-1.941,0	-1.966,9	-370,8	-1.409,7	-256,6
Abruzzo	-291,8	-221,5	-137,7	-105,5	-140,2	-107,0
Molise	-89,1	-146,3	-68,5	-213,4	-61,6	-192,4
Campania	-1323,1	-1.786,5	-749,7	-129,5	-702,9	-121,4
Puglia	21,2	-309,1	-210,8	-51,8	-149,2	-36,7
Basilicata	-34,5	-49,5	3,0	5,0	-13,2	-22,3
Calabria	-147,9	-80,1	-55,3	-27,6	-126,8	-63,5
Sicilia	-817,3	-699,3	-970,2	-193,4	-554,6	-110,5
Sardegna	-252,0	-325,9	-129,2	-78,0	-5,0	-3,0
ITALIA	-6410,6	-5973,7	-4.505,8	-76,7	-3.233,3	-54,7
<i>solo perdite</i>	<i>-7.025,9</i>	<i>-6.032,3</i>	<i>-4.637,1</i>		<i>-3.414,3</i>	
<i>solo utili</i>	<i>615,4</i>	<i>58,6</i>	<i>131,4</i>		<i>181,0</i>	

Fonte: Ministero della salute - 3 aprile 2008 per il 2007 - Rge 2004-2006

Nella tavola 5 sono ricostruiti i risultati del Tavolo di monitoraggio⁶ definito il 3 aprile 2008. Tra il 2006 e il 2007 le perdite accertate passano dai 4.500 milioni a poco più di 3.230 con una riduzione di oltre il 26 per cento. Le perdite *pro-capite* scendono quindi dai 77 euro del 2006 ai 55 del 2007.

⁶ I conti forniti dalle Regioni con i modelli CE del IV trimestre dell'anno sono vagliati ai Tavoli di verifica previsti dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e, per le regioni che hanno in corso un Piano di rientro dal deficit sanitario, attraverso il monitoraggio specificamente previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296/2006.

Gli importi concordati in sede di monitoraggio rappresentano le somme per le quali le Regioni (al netto di eventuali riporti accertati dai consuntivi per il 2006) dovranno individuare mezzi di copertura adeguati⁷.

Sono 8 le Regioni che presentano un risultato di esercizio positivo ai fini del monitoraggio (Lombardia, P.A. Bolzano, Veneto, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche) per un totale di 181 milioni. A tre regioni (Lazio, Campania e Sicilia) è riconducibile circa il 78 per cento delle perdite complessive. Se si considerano anche le altre regioni soggette a Piani di rientro la quota sale a più dell'88 per cento. Migliorano sensibilmente i risultati delle regioni del Centro-Nord, fatta eccezione per il Piemonte che registra nell'anno un disavanzo superiore ai 90 milioni. Nel Mezzogiorno cresce considerevolmente il disavanzo della Calabria (dai 55 milioni del 2006 a 127 milioni), mentre pur rimanendo negativo si riduce quello della Puglia (da 210 milioni a circa 150) mantenendosi su livelli pro capite inferiori a quelli medi nazionali.

Tra le regioni soggette ai Piani di rientro, il risultato dell'esercizio presenta andamenti molto diversificati: si riducono rispettivamente del 28 e del 43 per cento le perdite riferibili a Lazio e Sicilia, più contenute le flessioni per Campania (-6,2 per cento) e Molise (-10 per cento). In aumento, invece, le perdite per Abruzzo e Liguria. Tali risultati non consentono, tuttavia, di per sé di valutare la rispondenza degli andamenti dei singoli enti a quanto previsto nei programmi di rientro e al complesso sistema di riorganizzazione delle strutture sanitarie regionali da cui dipende il superamento degli squilibri strutturali.

3.4. I Piani di rientro: i risultati del primo anno

3.4.1. Il quadro normativo

Nel corso del 2006 è stata avviata la procedura di affiancamento gestionale da parte dei Ministeri della salute e dell'economia per la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania e la Sicilia⁸. La procedura si è conclusa, nel corso del 2007, con la sottoscrizione da parte delle suddette regioni dei Piani di rientro. Per accompagnare il processo di riequilibrio dei conti sanitari, lo stanziamento previsto dalla legge finanziaria è stato ripartito tra le regioni con decreto dei Ministri dell'economia e della salute, sulla base dell'intesa siglata nella Conferenza del 29 marzo 2007: 50,4 milioni alla Liguria, 377,6 milioni al Lazio, 42,2 all'Abruzzo, 20 milioni al Molise, 355 milioni alla Campania e 140,7 milioni alla Sicilia, condizionando la

⁷ E' bene ricordare che ove si evidenzi uno squilibrio di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti o gli stessi risultino insufficienti, con la procedura di cui all'art. 8, comma 1, della legge n. 131/2003, la regione è diffidata a provvedere entro il 30 aprile. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni, il presidente della Regione, in qualità di commissario *ad acta*, determina il disavanzo di gestione e adotta i provvedimenti necessari al ripiano, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale IRPEF e la maggiorazione dell'aliquota IRAP entro le misure stabilite dalla normativa vigente. Qualora tali provvedimenti non siano adottati entro un mese, scatta comunque l'aumento delle aliquote, nella misura massima. Diversa procedura è prevista come si vedrà in seguito per le regioni che hanno sottoscritto Piani di rientro.

⁸ Anche la Sardegna ha firmato un Piano di rientro, ai soli fini del recupero del finanziamento statale non erogato a seguito dell'inadempienza per l'anno 2001. Per tali motivi, come specificato dalla Ruef, è stato richiesto un Piano meno impegnativo rispetto alle altre regioni.