

**TOMO II**

**Politiche in campo sociale**

PAGINA BIANCA

## Tutela della salute

### **1. Considerazioni generali**

### **2. La spesa sanitaria: la traduzione normativa degli obiettivi programmatici:**

*2.1 La programmazione 2008-2011; 2.2. La spesa sanitaria nella manovra di finanza pubblica per il 2008; 2.3. I provvedimenti assunti in corso d'anno.*

**3. I risultati:** *3.1. Una premessa; 3.2. I risultati economici complessivi: il conto consolidato della sanità; 3.3. I risultati regionali; 3.4. I risultati regionali. I Tavoli di monitoraggio: 3.4.1 Il monitoraggio 2008: le Regioni non impegnate nei Piani di rientro; 3.4.2. Il monitoraggio 2008: le Regioni con Piani di rientro; 3.4.3. Le istruttorie per la definizione di nuovi Piani di rientro; 3.4.4. Le difficoltà dei Piani di rientro; 3.5. Il ruolo dell'Amministrazione centrale nella politica sanitaria: 3.5.1. La riclassificazione del bilancio dello Stato: la tutela della salute. La lettura per missioni e programmi; 3.5.2. La prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana; 3.5.3. Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria; 3.5.4. Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza; 3.5.5. Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano; 3.5.6. Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario; 3.6. Gli investimenti in sanità.*

### **1. Considerazioni generali**

Il 2008 si è chiuso con un risultato del settore sanitario in linea con gli obiettivi fissati nel quadro programmatico contenuti nella Relazione previsionale e programmatica, riconfermati nel corso dell'esercizio. La crisi e la riduzione del tasso di crescita dell'economia hanno portato, tuttavia, ad un aumento del peso del settore; una crescita che si fa certamente più importante nel 2009 quando la quota del prodotto interno lordo destinata al comparto supera il 7,4 per cento.

Se possibile, il nuovo quadro macroeconomico rende ancora più evidente, quindi, la necessità di procedere ad un serrato processo di riassorbimento delle inefficienze gestionali e di eliminazione delle inapproprietezze delle prestazioni. Un percorso che ha guidato le scelte assunte dai governi che si sono succeduti nelle ultime legislature.

Si confermano, anche quest'anno, le principali problematiche già evidenziate in passato.

Solo alcune delle Regioni soggette ai Piani di rientro hanno fornito ai Tavoli di monitoraggio elementi promettenti sulla strutturalità dei risultati ottenuti nell'anno. L'aggiustamento da completare è ancora consistente. Si allargano i casi delle Regioni che dimostrano, invece, difficoltà di rilievo ad affrontare le cause profonde degli squilibri fino ad ora evidenziati. Alle Regioni in disavanzo strutturale si aggiunge ora la Calabria.

Proprio oggi che il bisogno si fa più impellente, la gestione dei principali strumenti messi in campo per il riassorbimento dei disavanzi sanitari strutturali, i Piani di rientro, conosce soprattutto, ma non solo, dal lato dei meccanismi automatici di copertura di carattere fiscale, difficoltà inattese. Gli aggravii di imposta richiesti nei casi di disavanzi non coperti rischiano di essere un disincentivo solo teoricamente applicabile: sono passati alcuni mesi dall'avvio della procedura di "diffida" a Campania e Molise senza che alcuna decisione sia stata presa sul tema. Una difficoltà comprensibile legata alla difficile fase congiunturale e ai più limitati spazi per l'esercizio della leva fiscale autonoma

A fronte di una maggiore rigidità del ricorso ad entrate e del venir meno (dal 2010) del Fondo transitorio, il contenimento delle spese inappropriate e di quelle legate a gestioni inefficienti rappresenta quindi sempre più una scelta non surrogabile.

Si rende, quindi, necessario poter disporre di una valutazione dei risultati qualitativi delle politiche "indotte", che solo un adeguato sistema di monitoraggio può assicurare. Il miglioramento del flusso informativo (o la sua stasi) rappresentano indicatori significativi del recupero di controllo della spesa e delle capacità di coniugare ad esse una adeguata qualità del servizio. Tale monitoraggio è, se possibile, reso ancora più urgente dalla ridefinizione dei LEA oggetto di una prossima Intesa Stato-Regioni e dallo stesso avvio del federalismo fiscale in seguito all'approvazione della legge delega n. 42/2009.

Come sottolineato anche lo scorso anno, il metodo di lavoro utilizzato nella gestione dei Piani di rientro e, più in generale, nel monitoraggio dei risultati economici e dei livelli essenziali di assistenza ha innescato un percorso di rigenerazione delle capacità amministrative e programmatiche regionali di tutto rilievo, a cui hanno corrisposto, a livello centrale, l'adozione di metodiche di lavoro che potranno essere un esempio per l'operare cooperativo dei diversi livelli di governo nel nuovo assetto istituzionale. Va, al riguardo, sottolineata la validità del percorso intrapreso sia ai fini del controllo della spesa sanitaria e del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, sia sotto il profilo più generale di riqualificazione dell'azione delle Amministrazioni regionali. Il riavvio del processo di definizione del federalismo fiscale e le scelte operate in termini di strutture di coordinamento dovranno rafforzare, e non indebolire, l'esperienza finora maturata, valorizzando il lavoro di raccordo su cui si sono incontrati i diversi livelli di governo.

E' necessario, poi, aumentare l'insieme degli strumenti su cui contare per un effettivo controllo della spesa e un miglioramento dei risultati gestionali e dei servizi.

In questa direzione sembrano andare le misure introdotte con il DL 112/08 per un potenziamento dei controlli sulle cartelle cliniche e sulle condizioni di esenzione, così come il ritorno di interesse per il redditometro e/o l'ISEE, quali strumenti per una misurazione dei livelli di reddito per un accesso gratuito ai benefici del servizio sanitario. Il completamento dell'operazione tessera sanitaria dovrebbe consentire, poi, di muovere meglio verso una diversa gestione delle compartecipazioni alla spesa e delle esenzioni.

Oltre che nell'attività di coordinamento e affiancamento gestionale, l'amministrazione centrale ha continuato a sviluppare gli interventi di prevenzione e di educazione alla salute. Intervenire su alcuni fenomeni, le cui dimensioni sono dovute anche a cattivi comportamenti dal punto di vista individuale, potrebbe consentire di eliminare veri e propri moltiplicatori di

spesa. L'aver avviato poi, con il "progetto Passi", un adeguato monitoraggio, che consenta di valutare l'efficacia di tali interventi, rappresenta uno sviluppo significativo.

Positivi sono poi gli sviluppi registrati nella costruzione di un sistema informativo su diversi aspetti della gestione. L'implementazione del sistema informatico rappresenta, oltre ad uno strumento indispensabile per il controllo degli andamenti e della spesa, anche la testimonianza del progredire di una cultura gestionale più consapevole e attenta ai fenomeni.

## **2. La spesa sanitaria: la traduzione normativa degli obiettivi programmatici**

### *2.1. La programmazione 2008-2011*

Nel 2008 la programmazione ha avuto due momenti distinti. In base al Dpof 2008-2011 e alla direttiva annuale, ci si proponeva di rafforzare le azioni di riorganizzazione individuate nei precedenti documenti di programmazione per quanto riguarda l'aggiornamento dei LEA, l'attuazione di un sistema di monitoraggio con adeguati indicatori, l'ammodernamento del sistema sanitario, la riorganizzazione e il potenziamento della rete delle cure primarie promuovendo forme evolute di associazionismo tra i medici e di integrazione con l'attività dei distretti sanitari, la riorganizzazione delle reti ospedaliere e la razionalizzazione dei sistemi di acquisto di beni e di servizi.

Più in dettaglio, l'attività svolta doveva:

- garantire l'equità, l'efficienza e la trasparenza del sistema, assicurando i livelli essenziali di assistenza e l'uso appropriato delle risorse;
- assicurare una attività di monitoraggio delle liste di attesa a garanzia dell'effettiva erogazione delle prestazioni secondo criteri di appropriatezza, qualità e sicurezza in campo diagnostico, clinico e terapeutico;
- collaborare con le Regioni al fine di valutare le realtà sanitarie e individuare le buone pratiche per un'offerta sanitaria sempre più adeguata alla domanda (in questo ambito rientra il progetto per la non autosufficienza e per l'assistenza ai malati bisognosi di assistenza continuativa);
- potenziare l'integrazione socio-sanitaria e riorganizzare la medicina territoriale mediante la creazione di una rete di assistenza extraospedaliera (sia ambulatoriale che domiciliare) e la ridefinizione del ruolo delle farmacie;
- promuovere una nuova politica del farmaco orientata alla sostenibilità finanziaria, ma anche al sostegno all'innovazione ed alla ricerca;
- promuovere modelli che valorizzino le competenze ed individuino le responsabilità dei professionisti sanitari;
- proseguire nella realizzazione dell'informatizzazione del sistema sanitario;
- promuovere ed incentivare la messa a regime di un sistema di sorveglianza del rischio clinico;
- incentivare la promozione della ricerca sanitaria scientifica, tecnologica e sui servizi;
- rilanciare gli investimenti, attraverso l'implementazione di un piano di riqualificazione tecnologica e di ammodernamento delle infrastrutture sanitarie;
- adottare misure per la prevenzione delle grandi patologie e di quelle a rilevanza sociale, ed incrementare gli interventi speciali per la diffusione degli *screening* oncologici;

- promuovere campagne di informazione sulle tematiche della prevenzione, della sicurezza alimentare e della promozione di corretti stili di vita;

- potenziare le attività di prevenzione, tutela e contrasto degli incidenti e delle malattie professionali sui luoghi di lavoro;

- sviluppare e potenziare politiche di cooperazione internazionale in campo sociosanitario, con particolare attenzione alla tutela della salute delle popolazioni migranti, e potenziare il sistema di monitoraggio dei flussi di mobilità sanitaria.

Con l'avvio della legislatura, il governo ha confermato gli obiettivi di riassorbimento delle inefficienze gestionali alla base della definizione dei Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni con disavanzi strutturali, orientando gli ulteriori interventi su alcuni obiettivi specifici. Questi riguardano:

- la riduzione delle liste di attesa, specie per le malattie cardiovascolari e per quelle oncologiche, che rappresentano rispettivamente la prima e la seconda causa di morte in Italia;

- i livelli essenziali di assistenza (LEA), con una revisione delle prestazioni garantite per recuperare alcune innovazioni urgenti (vaccinazioni HPV, diagnosi e terapie delle malattie rare, protesi per i pazienti gravissimi, in particolare i comunicatori per i pazienti affetti da SLA) e per pervenire alla sottoscrizione dell'aggiornamento del dPCM del 2001<sup>1</sup>, nell'ambito delle iniziative connesse alla stipula della nuova Intesa Stato - Regioni (prevista entro il 31 ottobre 2008 in base alla legge di conversione del decreto legge 112/2008);

- la revisione dell'organizzazione della rete dei servizi territoriali. Ci si è proposti di fornire continuità assistenziale, garantire e monitorare l'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche attraverso linee guida nazionali, costituire strutture ponte tra medicina di base e ospedale (ambulatori polispecialistici attivi 24h) che possano garantire una assistenza anche per casi acuti ma trattabili ambulatorialmente, riducendo l'utilizzo inappropriato del pronto soccorso;

- la struttura di coordinamento. Si è previsto di definire una più robusta cabina di regia con caratteristiche nazionali, da costruire in stretta collaborazione con le Regioni. In questa logica si è inteso ripensare innanzitutto il ruolo della Agenzia per i servizi sanitari regionali, che avrebbe dovuto ricoprire tale compito ma che, con il tempo, si è ritenuto sia diventata esclusivamente strumento di autogoverno delle Regioni. La riorganizzazione è previsto riguardi anche altri soggetti: l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), che deve essere portata, anche attraverso una riallocazione delle risorse, a garantire una tempestiva evasione di tutte le pratiche in essere relative all'adeguamento delle schede informative sull'uso dei farmaci; l'Istituto superiore di sanità, calibrando la missione dell'Istituto e riconducendola alla funzione più tipica;

- lo sviluppo ulteriore delle attività di prevenzione, adottando politiche che, pur mantenendo ferme le libertà individuali, introducano regole volte a disincentivare e scoraggiare stili di vita che si traducono in bisogni sanitari. A tal fine, sono stati indicati cinque obiettivi principali: prevenzione delle malattie croniche, prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro, di vita e di cura, prevenzione del disturbo mentale, prevenzione del rischio infettivo, salute orale;

- la rivisitazione del rapporto pubblico – privato. Individuando, dal lato dell'offerta, criteri di tariffazione volti a premiare la qualità, preservando nell'erogatore privato quelle caratteristiche che lo rendono più flessibile e in grado di adattarsi ai criteri di efficienza. Si

---

<sup>1</sup> Il dPCM 29 novembre 2001, poi modificato dai dPCM del 28 novembre 2003 e 5 marzo 2007, è stato emanato dopo un percorso iniziato con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, dove per la prima volta vengono individuati i LEA.

vuole poi incoraggiare, anche con l'utilizzo della leva fiscale, la crescita di strumenti della bilateralità tra le parti sociali, in analogia a quanto avvenuto con la previdenza complementare;

- il sostegno del rinnovamento tecnologico e della ricerca anche attraverso la riunione e la razionalizzazione delle risorse gestite dalle diverse amministrazioni (Ministero del "welfare" e Ministero dell'istruzione, università e ricerca), con l'individuazione e l'attivazione di strumenti nuovi per garantire una migliore efficienza.

## 2.2. *La spesa sanitaria nella manovra di finanza pubblica per il 2008*

La traduzione normativa degli obiettivi alla base dell'assetto programmatico è stata affidata nella manovra per il 2008 a tre misure di rilievo: una contenuta nel DL 159/2007 convertito dalla legge n. 222/2007 e due nella legge finanziaria. La prima riguarda misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico; la seconda autorizza, come previsto dagli Accordi sottoscritti con le Regioni che hanno adottato i Piani di rientro, un'anticipazione finanziaria da parte dello Stato per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati, fino al 31 dicembre 2005, dalle aziende sanitarie; la terza, infine, dispone la sospensione per il 2008 dei ticket sulle prestazioni specialistiche.

Le modifiche introdotte al sistema di regolazione della farmaceutica convenzionata dal DL 159/2007 toccano vari aspetti del meccanismo fino ad allora adottato. Si interviene, innanzitutto, sul sistema dei tetti alla spesa regionale: si stabilisce, in particolare, che a decorrere dal 2008 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'assistenza farmaceutica territoriale (che comprende, oltre alla convenzionata, anche la spesa per distribuzione diretta dei farmaci) non debba superare il 14 per cento del finanziamento complessivo ordinario del SSN. Il valore assoluto dell'onere a carico del SSN verrà determinato annualmente dal Ministero della salute (entro il 15 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento), sulla base del riparto (o della proposta di riparto) delle disponibilità finanziarie per il SSN.

Viene altresì potenziato il monitoraggio della spesa<sup>2</sup> e, a decorrere dal 2008, viene introdotto un "nuovo sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale", con l'attribuzione alle aziende autorizzate all'immissione in commercio di medicinali di uno specifico budget annuale.

Il ripiano dello sfioramento della spesa farmaceutica territoriale è ripartito tra aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali e tenendo conto dell'incidenza della distribuzione diretta sulla spesa.

Entro il 1° dicembre di ogni anno, l'AIFA dovrà elaborare la stima della spesa farmaceutica territoriale relativa all'anno successivo, distintamente per ciascuna Regione. Le Regioni che, secondo tali stime, superino il limite sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa per un ammontare pari almeno al 30 per cento dell'eccedenza stimata.

Sempre a decorrere dal 2008, la spesa farmaceutica ospedaliera, come rilevata dai modelli CE (Conto Economico) ed al netto della distribuzione diretta, non deve superare il 2,4 per cento del finanziamento complessivo ordinario del Servizio sanitario nazionale (il limite pre-vigente era fissato al 3 per cento per il 2007).

---

<sup>2</sup> Entro 15 giorni dalla fine di ciascun mese e ogni trimestre, le regioni trasmettano all'AIFA, al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze i dati della distribuzione diretta (da parte delle farmacie ospedaliere oppure da parte delle farmacie convenzionate per conto delle aziende sanitarie locali), per ogni specialità medicinale, relativi al mese precedente e i dati relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera. Una disposizione che è previsto costituisca adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

Si dispone, infine, la nullità dei provvedimenti regionali che escludono, totalmente o parzialmente, la rimborsabilità dei farmaci, se assunti in difformità da quanto deliberato dalla Commissione unica del farmaco<sup>3</sup> o, successivamente all'istituzione dell'AIFA, dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica di tale Agenzia, fatte salve eventuali ratifiche adottate dall'AIFA antecedentemente al 1° ottobre 2007.

Con la legge finanziaria per il 2008<sup>4</sup>, il Governo non ha ritenuto necessario disporre misure di contenimento aggiuntive, ma si è limitato a prevedere interventi coerenti con il percorso intrapreso con i Piani di rientro e a confermare l'eliminazione dei ticket sulla specialistica.

La finanziaria, infatti, dando attuazione a quanto previsto dagli Accordi, autorizza una anticipazione finanziaria di 9.100 milioni alle Regioni con elevate esposizioni debitorie<sup>5</sup>.

L'intervento si è reso necessario perché i livelli di debito accumulato, nonché le condizioni contrattuali sottostanti, erano ritenuti dal Governo tali da impedire ogni azione di risanamento strutturale. All'interno del limite indicato, l'importo dell'anticipazione per ciascuna Regione è determinato in base ai procedimenti inseriti nei singoli Piani, al netto delle risorse già erogate a titolo di ripiano dei disavanzi. Le Regioni devono restituire l'anticipazione entro un periodo non superiore a trenta anni e individuare una copertura derivante da specifiche entrate certe e vincolate, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera c) della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). L'erogazione da parte dello Stato è condizionata, infine, al riaccertamento definitivo e completo del debito ed alla sottoscrizione, tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la singola Regione, di un contratto che specifichi gli obblighi di restituzione. Le Regioni provvedono all'immediata estinzione dei debiti per l'importo corrispondente alle anticipazioni percepite<sup>6</sup>.

Infine, la legge finanziaria<sup>7</sup> dispone per il 2008 l'abolizione della quota di partecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati<sup>8</sup>. Per tale finalità il livello del finanziamento del SSN cui concorre lo Stato è incrementato per l'anno 2008 per un importo pari alle minori entrate (834 milioni di euro).

### 2.3. I provvedimenti assunti in corso d'anno

Le prime modifiche al quadro definito per il 2008 e gli anni successivi sono state disposte con il decreto legge 248/2007 convertito dalla legge 31/2008. Il decreto ha previsto la possibilità di individuare misure di copertura di bilancio evitando un automatico aumento delle aliquote fiscali in caso di mancato conseguimento degli obiettivi posti con i Piani di rientro,

<sup>3</sup> Ai sensi del comma 1 del citato articolo 6 del decreto-legge n. 347 del 2001.

<sup>4</sup> Legge 244/2007.

<sup>5</sup> Articolo 2, commi 46-49. La misura incide interamente sul saldo netto da finanziare e limitatamente sul debito e fabbisogno (circa 3.150 milioni di euro), con riferimento alle partite non corrispondenti ad operazioni finanziarie (per le quali si ha, invece, un effetto sostitutivo tra il debito delle regioni e quello dello Stato), bensì a debiti verso i fornitori, mentre ha effetto nullo sull'indebitamento netto.

<sup>6</sup> Le Regioni interessate si sono inoltre obbligate, nell'ambito dei Piani, a potenziare i procedimenti amministrativi e contabili e a certificare i debiti pregressi con il supporto di un *advisor* contabile, e ristrutturare i debiti con il supporto di un *advisor* finanziario. Tale attività viene svolta con l'affiancamento dei Ministeri della salute e dell'economia, con obbligo di preventiva approvazione di tutti gli atti regionali di spesa e programmazione sanitaria.

<sup>7</sup> Articolo 2, commi 376-378.

<sup>8</sup> L'articolo 1, comma 796, lettera p), della legge n. 296/2006 (legge finanziaria per il 2007) aveva introdotto, a decorrere dal 1° gennaio, per i cittadini non esenti, il pagamento di una quota fissa di 10 euro per ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. L'articolo 6-*quater* del decreto legge n. 300/2006 aveva modificato la 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.

attenuando pertanto la stringenza dei meccanismi previsti a presidio dei riequilibri. Ha, inoltre, autorizzato una spesa di 250 milioni per la definizione dei crediti pregressi vantati nei confronti dell'azienda universitaria Umberto I.

Il DL 112/2008 convertito dalla legge n. 133/2008, in avvio della nuova legislatura, è intervenuto sul quadro normativo che regola il settore sanitario. In termini di programmazione delle risorse per la spesa sanitaria il provvedimento ha confermato in 102.683 milioni il livello di finanziamento del Sistema sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per il 2009 e lo ha ridotto di 2.000 milioni nel 2010 e di 3.000 milioni nel 2011 (determinandoli in misura pari, rispettivamente, a 103.945 milioni e 106.265 milioni). Per il 2010 e 2011, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo rispetto al livello del 2009, si prevede la sottoscrizione, entro il 31 ottobre 2008, di un Intesa Stato-Regioni.<sup>9</sup>

Il finanziamento a carico dello Stato è incrementato di ulteriori 184 milioni per il 2009 e 69 milioni a decorrere dal 2010 per il rinnovo dei contratti relativi al biennio 2006-2007 del personale convenzionato con il SSN, nonché per l'attuazione del progetto Tessera sanitaria e per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica.

Un ulteriore incremento di 400 milioni annui nel triennio 2009-2011 è disposto dall'art. 61, comma 20, a parziale copertura degli oneri relativi all'abolizione dei *ticket* sulle prestazioni specialistiche<sup>10</sup>.

Tra le altre misure a copertura dei ticket poste a carico delle regioni, è prevista una riduzione del 20 per cento dei trattamenti economici spettanti ai direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende sanitarie.

E' modificato, infine, l'art. 4, comma 2, del DL 159/2007, relativo alla procedura di commissariamento nelle Regioni che hanno sottoscritto i Piani di rientro eliminando l'incompatibilità con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione medesima. Tale disposizione è stata successivamente modificata dal DL 154/2008 che ha previsto la possibilità di affiancare al commissario uno o più sub-commissari per la predisposizione dei necessari provvedimenti.

La manovra sconta che, a fronte di minori risorse statali, le regioni, per garantire l'equilibrio di bilancio nel settore, dovranno adottare misure di contenimento della spesa, ovvero coperture con risorse di bilancio extrasanitarie. Il quadro programmatico contenuto nel Dpef 2009 (presentato contestualmente al DL 112) non indica, tuttavia, una corrispondente riduzione della spesa programmatica rispetto al tendenziale, bensì valori più elevati per

---

<sup>9</sup> Ad integrazione e modifica dei precedenti accordi, l'Intesa deve prevedere una riduzione dello *standard* dei posti letto; l'impegno delle Regioni alla riduzione delle spese di personale degli enti del SSN, anche attraverso misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e il ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa; l'impegno, nel caso si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, ad attivare anche forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, ivi compresi i cittadini a qualsiasi titolo esenti ai sensi della vigente normativa (si prevede altresì l'attivazione automatica in corso d'anno in caso di superamento di soglie predefinite di scostamento dall'andamento programmatico). Qualora non venga sottoscritta l'Intesa, la fissazione degli standard necessari per promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale viene adottata con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Viene poi disposta la modifica, a decorrere dall'anno 2009, delle modalità di ammissione al finanziamento dei progetti regionali diretti al perseguimento di obiettivi di carattere prioritario indicati nel Piano sanitario nazionale. Il Ministero dell'economia e delle finanze, provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato - Regioni, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle Regioni.

<sup>10</sup> Il nuovo livello di finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato è, pertanto, rideterminato come segue: 103.267 milioni di euro per il 2009, 104.414 per il 2010 e 106.734 per il 2011.

ciascun anno del triennio di previsione: essi evidenziano una maggiore spesa di 1,1 miliardi nel 2009 e un risparmio di soli 971 milioni nel 2010 e 1.971 milioni nel 2011.

#### La spesa sanitaria nel conto della P.A.

(in milioni)

	TENDENZIALE			PROGRAMMATICO			DIFFERENZA (PROGR-TEND)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Milioni di euro	111.592	116.007	120.656	112.736	115.036	118.685	1.144	-971	-1.971
%PIL	6,82	6,87	6,93	6,89	6,81	6,81			
var % annua	0,87	3,96	4,01	1,91	2,04	3,17			
per memoria var									
PIL nominale	3,0	3,2	3,1	3,0	3,2	3,1			

Fonte: Dpef 2009-2013

Il provvedimento interviene, inoltre, in materia tariffaria e sugli strumenti di programmazione regionale<sup>11</sup>.

Viene, inoltre, previsto il potenziamento dei procedimenti di verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN e la possibilità per le Regioni che hanno sottoscritto Piani di rientro di utilizzare una quota delle risorse destinate ad interventi di edilizia sanitaria per la realizzazione di interventi diretti a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, ai fini della corretta attività di programmazione e controllo regionale ed aziendale<sup>12</sup>.

A sostegno del miglioramento gestionale viene poi previsto l'incremento del controllo analitico annuo da parte delle Regioni delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione di ciascun soggetto erogatore, secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Con riferimento alle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, i controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche.

Il DL 154/2008, convertito dalla legge n. 189/2008, oltre a modificare le disposizioni di cui al DL 159/2007 sul commissariamento delle Regioni che hanno sottoscritto i Piani di

<sup>11</sup> Con riferimento alla revisione del sistema tariffario, si prevede che con decreto siano identificati i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determinare le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le Regioni, adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività.

Per quanto concerne gli strumenti di programmazione regionale, si prevede l'esercizio delle attività e delle funzioni assistenziali delle strutture equiparate, con oneri a carico del SSN, esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di accreditamento, l'obbligo per le singole strutture sanitarie accreditate di conseguire la soglia minima di efficienza, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, l'inclusione delle aziende ospedaliere universitarie tra i soggetti pubblici con i quali le Regioni stipulano accordi contrattuali per l'esercizio delle funzioni sanitarie e assistenziali per conto del SSN; la possibilità per le regioni di individuare, nei contratti, prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali è necessaria la preventiva autorizzazione da parte della ASL alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati, il finanziamento a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale, nel rispetto dei vincoli di bilancio, sulla base di accordi tra le regioni e le fondazioni IRCCS e gli IRCCS pubblici, nonché di contratti tra le regioni e gli IRCCS privati e gli enti e gli istituti privati; la sospensione dell'accREDITAMENTO istituzionale nel caso di mancata stipula dei predetti accordi e contratti.

<sup>12</sup> La norma rinvia ad un successivo decreto ministeriale l'individuazione delle modalità con le quali l'Agenzia delle entrate mette a disposizione del SSN, attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, le informazioni utili per consentire la verifica della sussistenza del diritto all'esenzione per reddito. Nel caso di autocertificazione della sussistenza del diritto all'esenzione del reddito l'Azienda sanitaria è tenuta a verificare le informazioni rese dagli assistiti in contrasto con i dati acquisiti dal SSN e, in caso di accertata dichiarazione mendace, è previsto il recupero delle somme dovute dall'assistito, pena la sua esclusione dalla successiva prescrivibilità di ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN.

rientro, prevede, in favore delle regioni che hanno sottoscritto tali accordi e nelle quali è stato nominato il commissario *ad acta*, nei casi in cui si manifesti una situazione di emergenza finanziaria tale da compromettere gli impegni finanziari assunti, che possa essere autorizzata l'erogazione, in tutto o in parte, del maggior finanziamento condizionato alla verifica positiva degli adempimenti. L'erogazione è subordinata all'adozione da parte del commissario di provvedimenti significativi in termini di effettiva e strutturale correzione del trend della spesa, da verificarsi da parte del Tavolo di verifica e del Comitato LEA. Tale disposizione è stata estesa, dall'art. 6-*bis* nella legge 2/2009 in sede di conversione del DL 185/2008, alle regioni che hanno sottoscritto i Piani, ma nelle quali non è stato nominato un commissario *ad acta*, e anche in assenza di una situazione di emergenza finanziaria. L'erogazione è subordinata alla copertura del disavanzo sanitario residuo con risorse di bilancio idonee e congrue.

Ad integrazione delle risorse previste dal DL 112/2008 per la copertura degli oneri derivanti dall'abolizione del *ticket* sulla specialistica il provvedimento prevede, per il solo anno 2009, un incremento di 434 milioni di euro del livello del finanziamento del SSN, al quale concorre lo Stato, rinviando quindi al 2010 l'operatività delle disposizioni a carico delle Regioni previste a copertura.

Viene, infine, rinviato dal 31 gennaio 2009 al 31 dicembre 2012 il completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia diretti a garantire la disponibilità dei locali destinati all'attività libero-professionale intramuraria<sup>13</sup>. Parallelamente è prorogata dal 31 gennaio 2009 al 31 gennaio 2010, in deroga a quanto disposto dal comma 2 dell'articolo 22-*bis* del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, l'utilizzazione straordinaria del proprio studio professionale per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (cosiddetta *intramoenia* allargata), previa autorizzazione aziendale.

Con l'articolo 6 *bis* del DL 185/2008, oltre alla disposizione già citata sull'erogazione del finanziamento integrativo alle Regioni che hanno sottoscritto i Piani di rientro, viene riproposta anche per il 2008 la disposizione introdotta dal DL 248/2007, convertito con modificazioni dalla legge n. 31/2008, che prevede che in tali regioni, nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi programmati, non si applichi la automatica maggiorazione delle aliquote anche oltre i limiti massimi previsti dalla legislazione vigente per l'importo corrispondente a quello per il quale la Regione abbia adottato, entro il 31 dicembre, misure di copertura di bilancio idonee e congrue.

Il DL 207/2008 convertito dalla legge 14/2009, ha disposto<sup>14</sup>, infine, la proroga al 31 dicembre 2009 degli effetti del meccanismo sostitutivo e temporaneo, posto in via alternativa alla riduzione, nella misura del cinque per cento, del prezzo al pubblico dei farmaci rimborsabili, in tutto o in parte, a carico del SSN. Esso prevede, in luogo dell'applicazione della riduzione del prezzo, il versamento alle Regioni, da parte dell'azienda farmaceutica, di determinate somme (c.d. meccanismo del *pay-back*)<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> La legge 120/2007 prevedeva che le aziende sanitarie ed ospedaliere, i policlinici e gli altri istituti interessati predisponessero un piano aziendale relativo ai volumi dell'attività istituzionale e dell'attività intramoenia, osservando precisi obblighi procedurali e di pubblicità. Ulteriori disposizioni riguardavano 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 concerneva, 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 dovevano 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.

<sup>14</sup> Articolo 34.

<sup>15</sup> Il meccanismo - già disciplinato, rispettivamente, per il periodo 1° marzo 2007-29 febbraio 2008 e per il periodo 1° marzo 2008-31 dicembre 2008, dall'art. 1, comma 796, lettera g), della legge n. 296/2006 e dall'art. 9 della legge n. 31/2008 - sostitutivo concerne le aziende che ne abbiano fatto domanda entro il termine del 30 gennaio 2007 -

Il provvedimento interviene<sup>16</sup> anche in materia di personale medico, veterinario, chimico e farmacista, prevedendo la facoltà di conferire, alla scadenza del contratto a tempo determinato di tale personale in servizio al 30 settembre 2008, esclusivamente incarichi rinnovabili di durata massima quinquennale<sup>17</sup>. Viene, inoltre, rideterminata la pianta organica dell'Agenzia italiana del farmaco<sup>18</sup>.

### 3. I risultati

#### 3.1. Una premessa

L'analisi dei risultati ottenuti dall'Amministrazione in rapporto agli obiettivi previsti nei documenti programmatici (l'esame è condotto guardando ad una ripartizione delle risorse secondo la nuova classificazione per missioni e per programmi) si inserisce anche quest'anno in una valutazione complessiva degli andamenti e dei risultati della politica sanitaria. All'Amministrazione centrale spettano, infatti, rilevanti responsabilità d'indirizzo nell'ambito del sistema sanitario in materia di politiche comunitarie, statali e regionali e compiti di coordinamento e monitoraggio della spesa per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica.

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 termini di 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) consente di guardare, sempre a livello aggregato, alla dinamica delle principali voci di costo per trarne una prima indicazione sull'efficacia delle misure di contenimento della dinamica della spesa.

L'esame dei soli dati di contabilità nazionale non consentirebbe, tuttavia, di valutare la rispondenza dei risultati ottenuti a quelli che erano gli obiettivi della programmazione nazionale per il 2008.

La valutazione, in questa prospettiva, si estende quindi:

---

domanda che doveva riguardare tutti i farmaci prodotti dall'azienda e rimborsabili, integralmente o in parte, a carico del Servizio sanitario nazionale. L'importo complessivo delle somme da versare (determinate secondo le tabelle di equivalenza approvate dall'Agenzia Italiana del Farmaco) dovrebbe equivalere al risparmio (per il Servizio sanitario nazionale) che deriverebbe dalla riduzione suddetta del prezzo dei medicinali prodotti dall'azienda.

<sup>16</sup> Articolo 34-bis.

<sup>17</sup> La norma si riferisce al personale impegnato nei posti di ispezione frontaliera (PIF), negli uffici veterinari per gli adempimenti degli obblighi comunitari (UVAC), nei diversi uffici centrali dell'ex Ministero della salute, assunto per la prevenzione e la lotta contro l'influenza aviaria, le malattie degli animali e le relative emergenze; nei posti di confine, nei porti e negli aeroporti; nell'ex Ministero della salute, per l'assolvimento dei compiti istituzionali e per fronteggiare le esigenze straordinarie di carattere sanitario, impiegato fino al 31 dicembre 2009, nell'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma e nell'Azienda ospedaliera "Luigi Sacco" di Milano per la struttura organizzativa complessa dedicata alle malattie infettive. Il provvedimento comporta una spesa aggiuntiva di 2,7 milioni, per l'anno 2009, e 3,9 milioni a decorrere dal 2010.

<sup>18</sup> Per quanto riguarda l'AIFA, si prevede che dal 1° gennaio 2009 l'organico sia costituito da 450 unità, al fine di consentire il necessario adeguamento strutturale per l'ottimizzazione dei processi registrativi, ispettivi e di farmacovigilanza, nonché per l'armonizzazione delle procedure di competenza agli *standard* quantitativi e qualitativi delle altre Agenzie regolatorie europee. Dal 1° luglio 2009, alla data di scadenza dei relativi contratti, l'AIFA non può in alcun caso proseguire i rapporti di collaborazione coordinata e continuativa e quelli di lavoro subordinato a tempo determinato in contrasto con la disciplina vigente; nel triennio 2009-2011, l'AIFA ha facoltà di bandire concorsi pubblici, per titoli ed esami, per assunzioni a tempo indeterminato per la copertura dei posti vacanti in organico, con una riserva di posti pari al massimo al 50 per cento per il personale non di ruolo già in servizio presso l'AIFA con contratti a tempo determinato. All'onere (10 milioni) interamente a carico dell'AIFA, si provvede mediante le entrate derivanti dalla maggiorazione del 20 per cento delle tariffe, fissate con decreto del Ministro della salute, spettanti all'Istituto superiore di sanità e all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, per prestazioni rese a richiesta e ad utilità di soggetti interessati.

- ai risultati relativi al monitoraggio condotto dall'Amministrazione sui livelli essenziali delle prestazioni rese a livello territoriale e, in raccordo con il Ministero dell'economia, sui risultati economico-finanziari;

- a quelli ottenuti nelle attività istituzionali di competenza dell'Amministrazione centrale e a quelli propri degli obiettivi operativi previsti e assegnati con la direttiva del Ministro del gennaio 2008 ai diversi dipartimenti in cui si articola il Ministero della salute.

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. Il riferimento ai dati finanziari esaminati in sede di monitoraggio permette, infatti, di acquisire ulteriori elementi guardando agli andamenti 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. Un esame completato guardando alle Regioni che, invece, non hanno finora manifestato squilibri strutturali tali da richiedere la predisposizione di percorsi di rientro.

I risultati ottenuti vengono poi esaminati guardando alla gestione del bilancio dello Stato in base alla 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 2008.

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 un indispensabile completamento della politica di settore.

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

I risultati dell'esercizio relativi al conto consolidato della sanità (che si basa sui conti economici delle Aziende sanitarie del quarto trimestre), indicano anche per il 2008, come già osservato nel 2007, un consuntivo in valore assoluto migliore delle attese. Le uscite complessive hanno raggiunto i 108,7 miliardi (101,9 nel 2007), al di sotto, quindi, dei 110,5 miliardi previsti da ultimo con la Nota di aggiornamento del Dpef (a ottobre 2007 si prevedeva una spesa di poco superiore ai 109 miliardi, rivisti in crescita a 110,6 miliardi nel Dpef 2009-2013 a luglio 2008). Un miglioramento rispetto alle attese che sconta il rinvio di parte dei rinnovi contrattuali e un miglior andamento della spesa farmaceutica. Andamenti che hanno più che compensato la revisione al rialzo della farmaceutica ospedaliera e di alcune prestazioni acquistate sul mercato. Nonostante la flessione rilevata a consuntivo del prodotto interno lordo, il peso della spesa sanitaria in termini di Pil si conferma sui livelli previsti (6,9 per cento).

Tavola 3.2.1

## La spesa sanitaria nei documenti programmatici

	2005	2006	2007	2008
<b>Spesa sanitaria</b>				
<b>Ruef aprile 2009</b>				
<i>valore assoluto (milioni)</i>	96.142	101.417	101.952	108.747
<i>Spesa primaria complessiva (milioni)</i>	627.334	661.725	670.580	694.032
<i>Pil (milioni)</i>	1.429.479	1.485.377	1.544.915	1.572.244
<i>variazione</i>	6,9	5,5	0,5	6,7
<i>incidenza sulla spesa complessiva</i>	15,3	15,3	15,2	15,7
<i>in percentuale del Pil</i>	6,7	6,8	6,6	6,9
<b>RPP ottobre 2007</b>				
<i>valore assoluto (milioni)</i>	96.142	101.429	103.605	109.190
<i>Spesa primaria complessiva (milioni)</i>	627.334	661.725	682.186	701.536
<i>Pil (milioni)</i>	1.429.479	1.475.402	1.543.824	1.605.043
<i>variazione</i>	6,9	5,5	2,1	5,4
<i>incidenza sulla spesa complessiva</i>	15,3	15,3	15,2	15,6
<i>in percentuale del Pil</i>	6,7	6,9	6,7	6,8
<b>Dpef luglio 2008</b>				
<i>valore assoluto (milioni)</i>	96.142	101.429	102.290	110.626
<i>Spesa primaria complessiva (milioni)</i>	627.334	661.725	676.699	704.537
<i>Pil (milioni)</i>	1.429.479	1.485.377	1.535.541	1.588.803
<i>variazione</i>	6,9	5,5	0,8	8,1
<i>incidenza sulla spesa complessiva</i>	15,3	15,3	15,1	15,7
<i>in percentuale del Pil</i>	6,7	6,8	6,7	7,0
<b>RPP ottobre 2008</b>				
<i>valore assoluto (milioni)</i>	96.142	101.506	102.290	110.478
<i>Spesa primaria complessiva (milioni)</i>	627.334	661.725	676.699	703.040
<i>Pil (milioni)</i>	1.429.479	1.485.377	1.535.541	1.594.560
<i>variazione</i>	6,9	5,6	0,8	8,0
<i>incidenza sulla spesa complessiva</i>	15,3	15,3	15,1	15,7
<i>in percentuale del Pil</i>	6,7	6,8	6,7	6,9

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Mef

La coerenza del risultato ottenuto rispetto alle attese va letta evidenziando i diversi andamenti delle voci che compongono la spesa sanitaria. La spesa complessiva è cresciuta, infatti, di circa il 7 per cento rispetto al 2007, un risultato atteso ma considerevolmente superiore a quello dello scorso esercizio in cui la spesa era rimasta pressoché immutata (+0,5 per cento). Come è noto, sul dato dell'anno era atteso pesassero alcuni rinvii di spesa di particolare rilievo messi in luce nella RUEF di aprile 2008: il rinvio dal 2007 del rinnovo dei contratti del personale sanitario, che spostava sul 2008 oneri per circa 1500 milioni e lo slittamento di quelli (700 milioni) riferibili ai rinnovi delle convenzioni con i medici di medicina generale, di fatto poi slittati al 2009.

Tavola 3.2.2

**Il conto economico consolidato della sanità**

	2005	2006	2007	2008	06/05	07/06	08/07
	in milioni				variazioni %		
<b>Prestazioni sociali in natura</b>	<b>89.606</b>	<b>94.422</b>	<b>94.546</b>	<b>101.083</b>	<b>5,4</b>	<b>0,1</b>	<b>6,9</b>
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:</i>	37.567	38.529	38.992	39.850	2,6	1,2	2,2
- Farmaci	11.849	12.334	11.543	11.208	4,1	-6,4	-2,9
- Assistenza medico-generica	6.453	5.930	6.077	6.175	-8,1	2,5	1,6
- Assistenza medico-specialistica	3.193	3.458	3.740	3.950	8,3	8,2	5,6
- Assistenza osped. in case di cura private	8.472	8.696	9.176	9.511	2,6	5,5	3,7
- Assistenza protesica e balneotermale	4.037	4.123	4.108	3.826	2,1	-0,4	-6,9
- Altra assistenza	3.563	3.988	4.348	5.180	11,9	9,0	19,1
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:</i>	52.039	55.893	55.554	61.233	7,4	-0,6	10,2
- Assistenza ospedaliera	40.722	43.764	43.508	47.736	7,5	-0,6	9,7
- Altri servizi sanitari	11.317	12.129	12.046	13.497	7,2	-0,7	12,0
<b>Contribuzioni diverse</b>	<b>895</b>	<b>935</b>	<b>913</b>	<b>1.029</b>	<b>4,5</b>	<b>-2,4</b>	<b>12,7</b>
<b>Servizi amministrativi</b>	<b>4.720</b>	<b>4.999</b>	<b>5.191</b>	<b>5.422</b>	<b>5,9</b>	<b>3,8</b>	<b>4,5</b>
Redditi da lavoro dipendente	2.627	2.724	2.731	2.765	3,7	0,3	1,2
Consumi intermedi	1.938	2.107	2.296	2.485	8,7	9,0	8,2
Altro servizi amm	155	168	164	172	8,4	-2,4	4,9
<b>Altre uscite</b>	<b>921</b>	<b>1.061</b>	<b>1.302</b>	<b>1.213</b>	<b>15,2</b>	<b>22,7</b>	<b>-6,8</b>
di cui: interessi passivi	202	319	519	437	57,9	62,7	-15,8
<b>TOTALE USCITE CORRENTI</b>	<b>96.141</b>	<b>101.417</b>	<b>101.952</b>	<b>108.747</b>	<b>5,5</b>	<b>0,5</b>	<b>6,7</b>
<hr/>							
<i>I servizi prodotti da produttori non market si distinguono in:</i>	52.039	55.893	55.554	61.233	7,4	-0,6	10,2
- Redditi da lavoro dipendente	31.208	33.748	31.834	35.443	8,1	-5,7	11,3
-Consumi intermedi	18.688	19.864	21.537	23.184	6,3	8,4	7,6
-Altro	2.143	2.281	2.183	2.606	6,4	-4,3	19,4
di cui							
<i>market al netto spesa per medici medicina generale</i>	31.114	32.599	32.915	33.675	4,8	1,0	2,3
<i>non market al netto delle spesa per redditi da lavoro dipendente</i>	20.831	22.145	23.720	25.790	6,3	7,1	8,7
<i>Complessiva al netto di medici di medicina e redditi</i>	51.945	54.744	56.635	59.465	5,4	3,5	5,0

Fonte: elaborazione Corte conti su dati Istat

Guardando quindi al risultato 2008, ma al netto delle spese per redditi e per l'assistenza di medicina generale da cui si attendevano le maggiori variazioni, emerge una crescita della spesa di oltre il 5 per cento contro il 3,5 per cento del 2007. Le spese riconducibili a produttori *non market* (al netto della spesa per redditi) aumentano del 8,7 per cento confermando un *trend* crescente già rilevato lo scorso anno (+ 6,3 per cento nel 2006, + 7,1 per cento nel 2007). Sono quelle *market* (al netto della spesa per i medici di medicina generale) a presentare un aumento più contenuto (+ 2,3 per cento).

La limitata crescita della spesa per beni e servizi resi da produttori *market* risulta strettamente connessa al risultato ottenuto in termini di farmaci (- 2,9 per cento) e al rallentamento di quella ospedaliera privata (+ 3,7 per cento), mentre la assistenza specialistica aumenta del 5,6 per cento.

### 3.3. I risultati regionali

I dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) relativi al 4° quadrimestre 2008 consentono una prima valutazione dell'andamento dei costi, dei ricavi e dei risultati di esercizio per Regione. Rispetto al 2007, i costi sono aumentati in media del 2,2 per cento. Un andamento che risulta più contenuto di quello rilevato in termini di contabilità nazionale (+ 6,9 per cento) in ragione dei diversi criteri di contabilizzazione adottati dall'ISTAT nella costruzione di tali conti. Nel 2008, in particolare, sono stati sottoscritti i contratti del comparto e della dirigenza del SSN: il relativo costo viene imputato ai fini della contabilità nazionale solo all'atto della registrazione, avvenuta nel 2008, mentre nei conti economici si considera lo specifico accantonamento tra i costi di produzione di competenza dell'anno di riferimento.

I costi di produzione nel 2008 sono stati pari a 107.917 milioni<sup>19</sup>.

Il confronto con i risultati del 2007, corretti per tener conto della recente trasmissione, avvenuta il 27 marzo 2009, dei dati rivisti relativi alla Regione Calabria, segnala una riduzione del disavanzo dai 3.724 milioni del 2007 ai 3.468 del 2008 (la riduzione risulta ancora maggiore ove di guardi alla somma delle sole perdite, in riduzione dai 3.995 milioni del 2007 a 3.567 dell'ultimo esercizio).

In termini di risultato di esercizio, i disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nelle Regioni del centro e del sud del Paese. I disavanzi di sole cinque Regioni (Lazio, Campania, Sicilia, Puglia e Calabria) spiegano quasi l'87 per cento del disavanzo complessivo. Alle Regioni che hanno sottoscritto Piani di rientro si riferisce circa l'84 per cento delle perdite (contro l'87 per cento del 2007). L'operare del sistema di responsabilizzazione delle Regioni anche basato sul sistema sanzionatorio (secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004 per le Regioni che non hanno sottoscritto il Piano di rientro e dall'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296/2006 per quelle che invece lo hanno sottoscritto) sembra aver contribuito a rallentare la dinamica dei costi sanitari riducendo il formarsi di disavanzi.

L'esame degli andamenti nei costi distinti nelle principali componenti conferma quanto già rilevato a livello di contabilità nazionale<sup>20</sup>. La farmaceutica convenzionata continua ad assicurare un contributo positivo al contenimento della spesa. In termini di spesa netta, la flessione è del 2,9 per cento su base nazionale. Diversi sono tuttavia i contributi regionali alla riduzione complessiva: ad un calo superiore al 4 per cento delle Regioni del centro e della Lombardia e dell'Emilia corrisponde una sostanziale stasi per le realtà meridionali, con l'eccezione della Basilicata, in netta crescita (+ 10 per cento), e della Puglia (+ 2,6 per cento). Solo la Sicilia, con un calo del 5,9 per cento, riesce ad assicurare anche nell'esercizio 2008 un contributo riduttivo alla spesa.

<sup>19</sup> La spesa complessiva, quale somma dei costi di produzione delle funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria e di quella relativa all'intramoenia, è pari a 106.180 milioni

<sup>20</sup> Nella lettura dei dati occorre tener presente che, a partire dall'anno 2008, la rilevazione dei conti del SSN è effettuata attraverso un nuovo modello CE (conto economico), più analitico del precedente, volto a consentire un più agevole consolidamento, sia regionale che nazionale, dei conti aziendali. Per questa ragione, il confronto dei risultati dell'anno con quelli dell'esercizio 2007, non risulta perfettamente coincidente.

Il risultato del IV trimestre 2008 non può ritenersi, inoltre, definitivo. Per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro - Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Sicilia e Liguria - è stata svolta un'attività di verifica straordinaria con il supporto dell'*advisor* contabile delle informazioni contabili trasmesse al NSIS e relative al predetto IV trimestre 2008 che ha portato alle risultanze descritte in maniera analitica nei verbali dei Tavoli congiunti per la verifica annuale delle Regioni con i Piani di rientro del 1° e del 2° aprile u.s. e che, in parte, devono ancora essere concluse.

Tavola 3.3.1

## I risultati di esercizio 2007 e 2008: la banca da NSIS (in milioni)

	2008					2007				
	Costi	Ricavi	Saldi Mobilità Sanitaria interreg (*)	Risultati di esercizio	ripartiz. perdite (%)	Costi	Ricavi	Saldi Mobilità Sanitaria interreg.	Risultati di esercizio	ripartiz. perdite (%)
	A	B	C	A + B + C		A	B	C	A + B + C	
PIEMONTE	-8.253,5	8.259,5	-5,7	0,3		-7.900,2	7.934,4	-3,4	30,8	
V. AOSTA	-265,0	266,0	-17,4	-16,4	0,5	-251,9	254,7	-16,4	-13,6	0,3
LOMBARDIA	-16.909,5	16.470,0	449,1	9,7		-16.430,1	15.999,1	441,0	10,1	
PA BOLZANO	-1.116,2	1.123,6	7,6	15,0		-1.068,9	1.083,7	7,6	22,4	
PA TRENTO	-1.002,6	1.017,5	-16,4	-1,5	0,0	-976,0	984,5	-17,0	-8,5	0,2
VENETO	-8.651,9	8.568,2	97,9	14,2		-8.446,0	8.421,7	99,9	75,5	
FRIULI	-2.361,9	2.354,2	14,4	6,6		-2.194,7	2.218,8	15,4	39,5	
LIGURIA	-3.225,1	3.133,4	-19,3	-111,0	3,1	-3.149,4	3.025,8	-17,7	-141,4	3,5
E. ROMAGNA	-8.125,3	7.805,0	332,9	12,6		-7.821,7	7.520,2	327,5	26,0	
TOSCANA	-6.813,1	6.722,7	97,8	7,3		-6.642,3	6.577,6	106,6	41,9	
UMBRIA	-1.574,6	1.575,8	14,7	16,0		-1.522,8	1.517,3	15,3	9,7	
MARCHE	-2.689,1	2.751,1	-44,5	17,4		-2.572,2	2.631,1	-43,2	15,6	
LAZIO	-11.254,1	9.536,6	35,3	-1.682,2	47,2	-11.198,4	9.494,3	44,5	-1.659,5	41,5
ABRUZZO	-2.369,2	2.285,1	-15,5	-99,6	2,8	-2.386,3	2.237,7	-3,7	-152,3	3,8
MOLISE	-657,3	562,2	13,1	-82,0	2,3	-636,0	547,6	21,8	-66,5	1,7
CAMPANIA	-9.909,1	9.652,7	-298,1	-554,5	15,5	-9.873,3	9.295,1	-280,5	-858,7	21,5
PUGLIA	-7.091,5	6.852,0	-178,2	-417,7	11,7	-6.869,0	6.731,9	-175,0	-312,1	7,8
BASILICATA	-1.005,9	1.033,6	-45,1	-17,4	0,5	-989,6	1.010,5	-39,1	-18,2	0,5
CALABRIA	-3.344,1	3.451,8	-232,4	-124,7	3,5	-3.456,4	3.509,5	-223,1	-170,0	4,3
SICILIA	-8.441,5	8.308,3	-217,7	-350,8	9,8	-8.470,5	8.097,3	-198,7	-571,9	14,3
SARDEGNA	-2.857,1	2.811,7	-64,0	-109,5	3,1	-2.734,1	2.773,5	-61,8	-22,5	0,6
<b>TOTALE</b>	<b>-107.917,6</b>	<b>104.540,8</b>	<b>-91,4</b>	<b>-3.468,2</b>	<b>100,0</b>	<b>-105.589,8</b>	<b>101.866,2</b>	<b>0,0</b>	<b>-3.723,5</b>	<b>100,0</b>
solo perdite				-3.567,4					-3.995,1	
regioni con piani di rientro				-2.989,6	83,8				-3.472,8	86,9

Fonte: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

Dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS): di consuntivo per l'anno 2007 compreso la Calabria che ha inserito i dati al NSIS il 27 marzo 2009;

Per l'anno 2008 dati al 4° trimestre (aggiornati alla data del 27 marzo 2009).

(\*)I valori dei saldi della mobilità interregionale del 2008 sono stati posti pari a quelli assunti in sede di riapporto 2009. Essi comprendono anche i valori relativi alla Mobilità Molise e una correzione dovuta ad un importo già scontato in precedenti anni in relazione a conguagli di mobilità per residui manicomiali.

Tavola 3.3.2

## I costi del Servizio sanitario per funzione di spesa – Esercizio 2008 – (in milioni)

	Assistenza erogata da enti a gestione diretta				Assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati								TOTALE COSTI senza Saldi Mobilità interregionale e verso B. Gesù e Smom	Mobilità verso Bambi Gesù e Smom	TOTALE COSTI con Mobilità verso B. Gesù e Smom ma senza Saldi Mobilità interregionale
	Beni e servizi	Personale	Costi Straordinari e Variazioni delle rimanenze	Totale da enti a gestione diretta	Medicina Generale	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e Protetica	Altra Assistenza	Ospedaliera	Totale da enti convenzionati o accreditati			
PIEMONTE	2.545	2.817	37	5.399	441	808	244	149	201	480	531	2.855	8.253	0	8.253
V. AOSTA	104	109	1	214	14	21	2	4	3	6	1	51	265	0	265
LOMBARDIA	4.640	4.867	40	9.546	856	1.560	723	263	207	1.484	2.265	7.358	16.904	1	16.904
PA BOLZANO	307	518	7	832	49	60	5	6	33	109	22	284	1.116	0	1.116
PA TRENTO	282	373	2	658	52	79	16	3	16	127	53	345	1.003	0	1.003
VENETO	2.793	2.680	59	5.532	491	752	335	34	129	822	557	3.119	8.652	0	8.652
FRIULI	865	911	6	1.782	120	225	38	55	53	36	54	580	2.362	0	2.362
LIGURIA	1.038	1.130	4	2.172	150	335	55	92	43	159	218	1.053	3.225	0	3.225
E. ROMAGNA	2.649	2.854	28	5.531	450	728	143	8	108	567	589	2.594	8.125	0	8.125
TOSCANA	2.513	2.473	16	5.002	378	626	126	79	58	329	215	1.810	6.812	1	6.813
UMBRIA	560	580	6	1.146	88	158	15	8	37	76	40	422	1.568	7	1.574
MARCHE	921	979	15	1.915	163	294	39	64	22	96	94	772	2.687	2	2.689
LAZIO	3.147	3.015	126	6.289	523	1.236	527	265	230	415	1.620	4.815	11.104	116	11.220
ABRUZZO	759	773	31	1.563	151	267	48	79	31	87	138	801	2.365	4	2.369
MOLISE	177	216	10	403	46	63	26	17	7	19	73	252	655	2	657
CAMPANIA	2.769	3.158	239	6.166	632	1.114	637	277	168	132	731	3.690	9.856	16	9.872
PUGLIA	1.924	2.056	236	4.215	472	855	225	237	115	205	761	2.868	7.083	8	7.091
BASILICATA	303	378	5	686	80	124	25	48	19	30	6	332	1.018	2	1.020
CALABRIA	736	1.247	41	2.024	222	496	121	66	54	114	241	1.314	3.338	6	3.344
SICILIA	2.046	2.973	87	5.106	532	1.071	484	151	173	276	642	3.330	8.436	5	8.441
SARDEGNA	848	1.068	46	1.963	175	336	91	53	58	73	97	883	2.846	2	2.847
TOTALE	31.927	35.177	1.041	68.145	6.084	11.208	3.923	1.958	1.764	5.642	8.949	39.528	107.673	173	107.846

Fonte : Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), 4° trimestre alla data del 9 marzo 2009.