

In 80 centri, sugli 84 rispondenti, è presente un tale sistema; in particolare è presente in tutti i 13 centri del Nord-Est che hanno risposto. Rispetto agli 80 centri, 13 sono privati (il 16 per cento) mentre gli altri 67 (pari all'84 per cento) sono pubblici o privati convenzionati.

Tabella 22: *Distribuzione, per area geografica e regione, del numero dei centri che possiedono un sistema di tracciabilità dei percorsi di PMA*

Esistenza di un sistema di tracciabilità dei percorsi di PMA							
Area	Regione	Sì		No		N.ro totale	% totale
		N.ro	%	N.ro	%		
Nord-Ovest	Liguria	2	2,4%		0,0%	2	2,4%
	Lombardia	26	31,0%	2	2,4%	28	33,3%
	Piemonte	7	8,3%		0,0%	7	8,3%
	Valle d'Aosta	1	1,2%		0,0%	1	1,2%
Nord-Ovest Totale		36	42,9%	2	2,4%	38	45,2%
Nord-Est	Emilia Romagna	10	11,9%		0,0%	10	11,9%
	Friuli V. Giulia	2	2,4%		0,0%	2	2,4%
	Trento	1	1,2%		0,0%	1	1,2%
Nord-Est Totale		13	15,5%		0,0%	13	15,5%
Centro	Lazio	1	1,2%	1	1,2%	2	2,4%
	Marche	1	1,2%		0,0%	1	1,2%
	Toscana	10	11,9%		0,0%	10	11,9%
	Umbria	2	2,4%		0,0%	2	2,4%
Centro Totale		14	16,7%	1	1,2%	15	17,9%
Sud e isole	Abruzzo	2	2,4%		0,0%	2	2,4%
	Calabria	3	3,6%		0,0%	3	3,6%
	Campania	6	7,1%	1	1,2%	7	8,3%
	Sicilia	6	7,1%		0,0%	6	7,1%
Sud e isole Totale		17	20,2%	1	1,2%	18	21,4%
Totale complessivo		80	95,2%	4	4,8%	84	100,0%

3.2.13. *Analisi dei dati relativi alla comunicazione e informazione alle pazienti.*

Il tema della comunicazione e delle procedure informative adottate dalle strutture che offrono servizi al pubblico è sempre molto importante e delicato.

I centri che riportano i risultati dei trattamenti nelle guide per le pazienti sono risultati 66 su 88, per una quota del 75 per cento sul totale (grafico 15).

Di questi 44 sono pubblici (il 67 per cento), 12 (pari al 18 per cento) offrono un servizio privato, 10 sono convenzionati (per una quota del 15 per cento)

Delle 88 strutture rispondenti 74, pari all'84 per cento, hanno dichiarato di riportare i risultati dei trattamenti sui consensi informati sottoposti alle pazienti. In questo caso 13 centri sono privati (pari al 18 per cento), 11 (per una quota del 15 per cento) sono privati convenzionati mentre offrono un servizio pubblico i rimanenti 50 che rappresentano una percentuale del 67 per cento (grafico 16).

Grafico 15: Numero dei centri che riportano i risultati dei trattamenti sulle guide per le pazienti, per area geografica

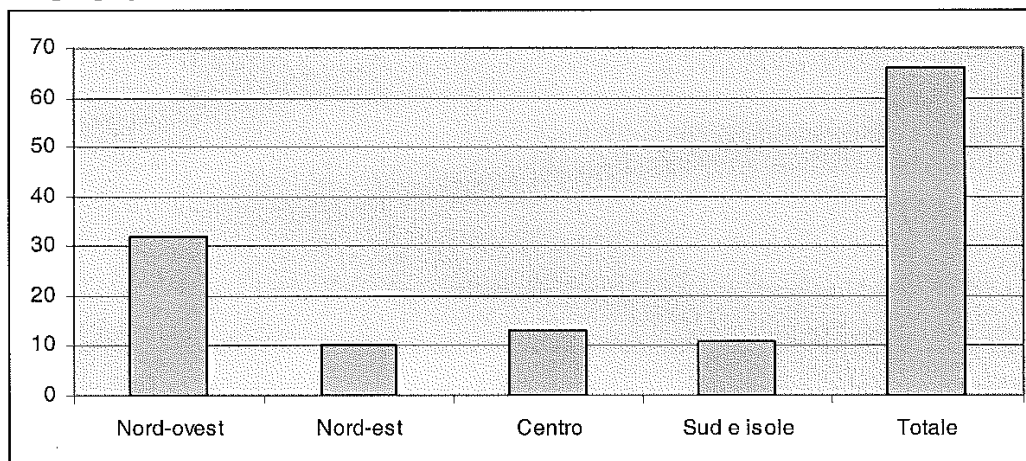
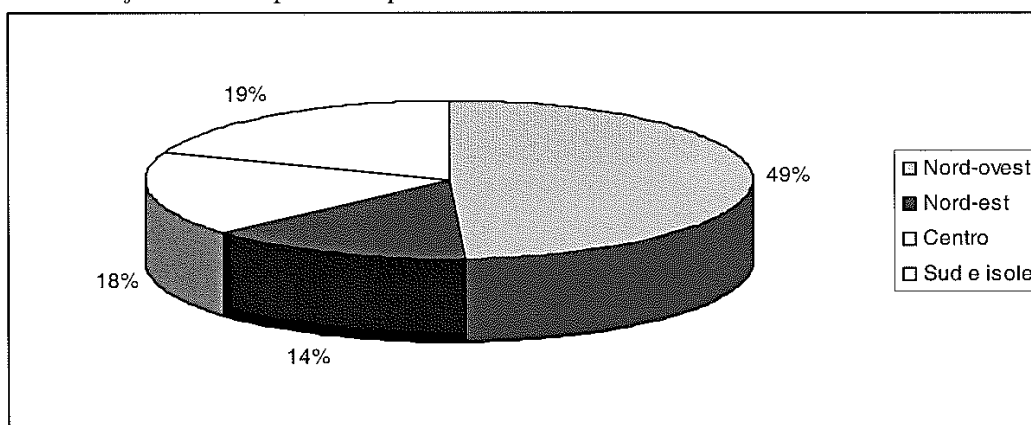


Grafico 16: Ripartizione per area geografica dei centri che riportano i risultati dei trattamenti sui consensi informati sottoposti alle pazienti



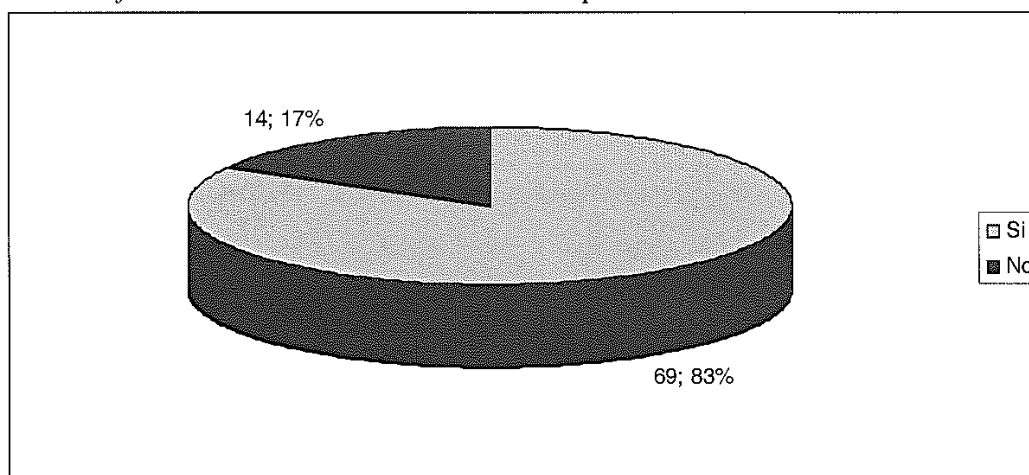
Nell'83 per cento dei casi (69 centri su 83) i risultati dei trattamenti sono autocertificati dal direttore di unità operativa: 35 centri si trovano nel Nord-Ovest (il 51 per cento), 15 (per una quota del 22 per cento) sono situati nel Sud e nelle isole, 10 (pari al 14 per cento) nel Nord-Est e 9 (pari al 13 per cento) si trovano nel Centro.

Dei 69 centri, 10 sono privati (il 14 per cento), 11 sono privati convenzionati (pari al 16 per cento), il restante 70 per cento (48 strutture) offre un servizio pubblico.

Tabella 23: *Distribuzione, per area geografica e regione, del numero dei centri che possiedono un sistema di tracciabilità dei percorsi di PMA*

Autocertificazione dei risultati da parte del Direttore di unità							
Area	Regione	Sì		No		N.ro totale	% totale
		N.ro	%	N.ro	%		
Nord-Ovest	Liguria	3	3,6%		0,0%	3	3,6%
	Lombardia	22	26,5%	5	6,0%	27	32,5%
	Piemonte	9	10,8%	1	1,2%	10	12,0%
	Valle d'Aosta	1	1,2%		0,0%	1	1,2%
Nord-Ovest Totale		35	42,2%	6	7,2%	41	49,4%
Nord-Est	Emilia Romagna	7	8,4%	2	2,4%	9	10,8%
	Friuli V. Giulia	2	2,4%		0,0%	2	2,4%
	Trento	1	1,2%		0,0%	1	1,2%
Nord-Est Totale		10	12,0%	2	2,4%	12	14,5%
Centro	Lazio	1	1,2%	1	1,2%	2	2,4%
	Marche	1	1,2%		0,0%	1	1,2%
	Toscana	6	7,2%	1	1,2%	7	8,4%
	Umbria	1	1,2%		0,0%	1	1,2%
Centro Totale		9	10,8%	2	2,4%	11	13,3%
Sud e isole	Abruzzo	2	2,4%	1	1,2%	3	3,6%
	Calabria	3	3,6%		0,0%	3	3,6%
	Campania	5	6,0%	2	2,4%	7	8,4%
	Sicilia	5	6,0%	1	1,2%	6	7,2%
Sud e isole Totale		15	18,1%	4	4,8%	19	22,9%
Totale complessivo		69	83,1%	14	16,9%	83	100,0%

Grafico 17: *Numero e quota percentuale dei centri nei quali viene/non viene effettuata l'autocertificazione dei risultati dei trattamenti da parte del direttore di unità*



3.2.14. *Numero di donne sottoposte al trattamento da gennaio 2011 a giugno 2012: dati, analisi e indici.*

Dal 1° gennaio 2011 al 30 giugno 2012 le donne che si sono sottoposte a trattamento sono state 50.900; quelle residenti nella stessa regione del centro di PMA sono state 37.322: il 45 per cento si è avvalso di centri del Nord-Ovest, il 23 per cento ha utilizzato strutture del Sud e isole, il 18 per cento strutture del Centro e il 14 per cento centri del Nord-Est.

Le donne non residenti nella stessa regione della struttura che si sono sottoposte al trattamento sono state, invece, 13.578, con la seguente distribuzione: il 48 per cento al Nord-Ovest, il 20 per cento nel Sud e nelle isole, il 17 per cento nel Centro e il 16 per cento nel Nord-Est.

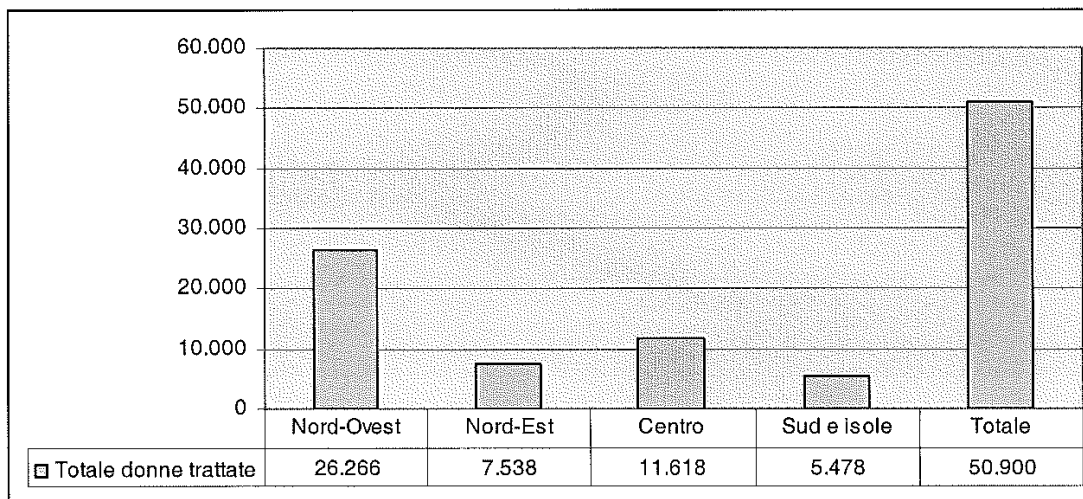
Nella tabella 24 è evidenziato il numero delle donne (residenti e non residenti) che si sono sottoposte al trattamento classificate in base all'area geografica e alla regione di appartenenza del centro di PMA.

Tabella 24: *Distribuzione delle 50.900 donne trattate, secondo l'area geografica e la regione*

Area	Regione	Donne trattate residenti nella regione		Donne trattate provenienti da altre regioni	
		Totale	%	Totale	%
Nord-Ovest	Liguria	895	3,2%	80	3,7%
	Lombardia	15.956	29,8%	5.072	34,1%
	Piemonte	3.444	10,6%	385	8,5%
	Valle d'Aosta	268	1,1%	166	1,2%
Nord-Ovest Totale		20.563	44,7%	5.703	47,6%
Nord-Est	Emilia Romagna	4.695	10,6%	1.604	12,2%
	Friuli V. Giulia	421	2,1%	202	2,4%
	Trento	560	1,1%	56	1,2%
Nord-Est Totale		5.676	13,8%	1.862	15,9%
Centro	Lazio	290	3,2%	34	2,4%
	Marche	506	1,1%	56	1,2%
	Toscana	4.550	11,7%	5.157	11,0%
	Umbria	854	2,1%	171	2,4%
Centro Totale		6.200	18,1%	5.418	17,1%
Sud e isole	Abruzzo	1.536	3,2%	317	3,7%
	Calabria	91	5,3%	0	2,4%
	Campania	2.138	8,5%	237	7,3%
	Sicilia	1.118	6,4%	41	6,1%
Sud e isole Totale		4.883	23,4%	595	19,5%
Totale complessivo		37.322	100,0%	13.578	100,0%

Sommando i dati relativi al numero di donne trattate, residenti e non residenti, è pari a 50.900 il numero totale di donne che si sono sottoposte al trattamento nel periodo gennaio 2011 – giugno 2012 nei 94 centri di PMA che hanno risposto al questionario. Il grafico successivo (grafico 18) mostra, per le aree geografiche e a livello nazionale, questo dato.

Grafico 18: Numero totale di donne trattate (residenti e non residenti nella stessa regione del centro di PMA)



Dai dati della tabella 25 è possibile desumere un indicatore, dato dal rapporto tra il numero di donne trattate provenienti da altre regioni e il numero di donne residenti nella stessa regione del centro, che possiamo definire *indice di attrattività*, in grado di esprimere la capacità di una struttura di una regione di richiamare potenziali pazienti da altre regioni. In generale, quindi, esprime la potenzialità attrattiva della regione (o dell'area geografica).

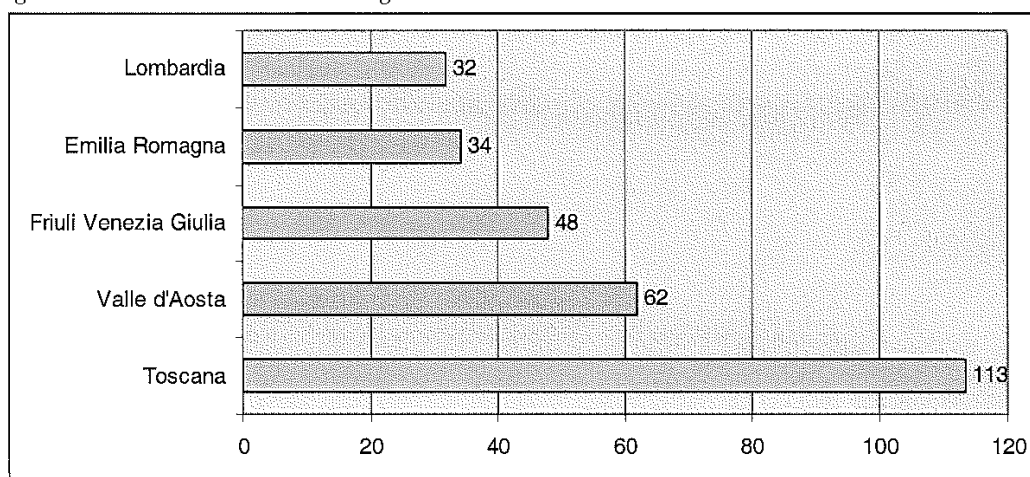
Tabella 25: *Indice di attrattività delle regioni (Donne non residenti/Donne residenti * 100)*

Area	Regione	Tasso attrattività
Nord-Ovest	Liguria	8,9
	Lombardia	31,8
	Piemonte	11,2
	Valle d'Aosta	61,9
Nord-Ovest Totale		27,7
Nord-Est	Emilia Romagna	34,2
	Friuli V. Giulia	48,0
	Trento	10,0
Nord-Est Totale		32,8
Centro	Lazio	11,7
	Marche	11,1
	Toscana	113,3
	Umbria	20,0
Centro Totale		87,4
Sud e isole	Abruzzo	20,6
	Calabria	0,0
	Campania	11,1
	Sicilia	3,7
Sud e isole Totale		12,2
Totale complessivo		36,4

La regione maggiormente attrattiva risulta essere la Toscana, in cui a fronte di 100 donne residenti trattate vi sono 113 donne provenienti da altre regioni, mentre la meno attrattiva sembrerebbe essere la Calabria, i cui centri hanno trattato solamente donne residenti.

È necessario ricordare che non tutte le regioni hanno risposto al questionario e che in alcune di esse hanno risposto un numero limitato di strutture. Si tratta quindi di valori puramente indicativi, le cui tracce andrebbero eventualmente approfondite più in dettaglio.

Grafico 19: Le cinque regioni più attrattive: numero di donne trattate provenienti da altre regioni ogni 100 donne residenti nella regione



Indicazioni interessanti emergono anche dal numero medio di donne trattate, sia residenti nella stessa regione del centro sia provenienti dalle altre regioni.

A fronte di un valore medio a livello nazionale di 444 donne residenti e di 168 donne non residenti troviamo, a livello territoriale, situazioni differenziate.

Alcune regioni presentano valori superiori alla media sia per il primo indicatore (donne residenti) sia per il secondo (non residenti): è il caso, ad esempio, della Lombardia (591 e 188 i rispettivi valori).

Altre regioni presentano valori superiori alla media nel primo caso ma inferiori nel secondo (donne non residenti): è questo il caso delle Marche (506 e 56, rispettivamente).

Vi sono regioni che mostrano, invece, un valore inferiore alla media nazionale per entrambi gli indicatori (è il caso, ad esempio, del Friuli-Venezia Giulia e della Campania).

Tabella 26: Numero medio di donne trattate (residenti e provenienti da altre regioni), per area geografica e regione

Area	Regione	Donne residenti media	Donne non residenti media
Nord-Ovest	Liguria	298,3	26,7
	Lombardia	591,0	187,9
	Piemonte	430,5	55,0
	Valle d'Aosta	268,0	166,0
Nord-Ovest Totale		527,3	150,1
Nord-Est	Emilia Romagna	469,5	160,4
	Friuli V. Giulia	210,5	101,0
	Trento	560,0	56,0
Nord-Est Totale		436,6	143,2
Centro	Lazio	145,0	17,0
	Marche	506,0	56,0
	Toscana	505,6	573,0
	Umbria	427,0	85,5
Centro Totale		442,9	387,0
Sud e isole	Abruzzo	512,0	105,7
	Calabria	30,3	0,0
	Campania	305,4	39,5
	Sicilia	223,6	8,2
Sud e isole Totale		271,3	37,2
Totale complessivo		444,3	167,6

Un'ulteriore analisi del numero di donne che si sono sottoposte al trattamento nei centri di PMA può essere effettuata sulla base della differente tipologia di servizio offerto: pubblico, privato, privato convenzionato.

In questo caso, dalla tabella 27 emerge che il 70 per cento delle donne (sia residenti sia non residenti) che hanno usufruito del trattamento lo hanno fatto presso una struttura pubblica, tra il 16 e il 17 per cento presso un centro privato e tra il 13 e il 14 per cento all'interno di una struttura convenzionata.

Tabella 27: Numero di donne trattate in base al carattere del servizio del centro di PMA

Servizio	Donne residenti	%	Donne non residenti	%
Pubblico	24.950	69,9%	4.831	70,0%
Convenzionato	8.998	13,3%	4.564	13,8%
Privato	3.342	16,9%	4.182	16,3%
Totale complessivo	37.290	100,0%	13.577	100,0%

Nota: il totale delle donne trattate può risultare leggermente diverso dal totale della tabella 24 poiché alcuni centri non hanno dichiarato il carattere del servizio e non è stato possibile desumerlo.

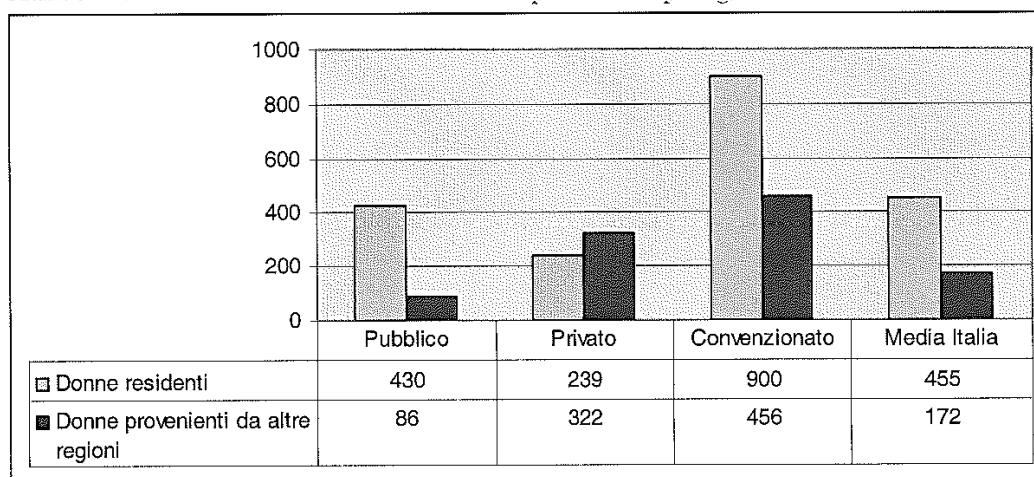
Il grafico 20, che evidenzia il numero medio di donne, distinte tra residenti e provenienti dalle altre regioni, in base alla tipologia del servizio prestato dalle strutture, mostra come nell'ambito dei centri pubblici ci sia una maggiore propensione a trattare donne residenti rispetto alle altre due tipologie di strutture.

I centri pubblici, in media, hanno trattato 430 donne residenti e 86 non residenti: valore abbastanza vicino alla media nazionale nel primo caso e piuttosto lontano dalla media nazionale nel secondo caso. In ogni modo, si tratta di circa 50 pazienti residenti ogni 10 pazienti provenienti da altre regioni.

Chiaramente questo risultato è influenzato anche dalle caratteristiche e dal sistema di funzionamento dei differenti sistemi sanitari all'interno delle regioni.

Nel privato, invece, abbiamo un rapporto di circa 2 a 1 (20 donne residenti ogni 10 non residenti) laddove nel privato convenzionato è di circa 26 pazienti residenti ogni 10 provenienti da altre regioni.

Grafico 20: Numero medio di donne trattate rispetto alla tipologia di servizio del centro di PMA



3.2.15. Costo finale del trattamento.

L'ultima sezione del questionario riguarda l'indicazione, nel periodo gennaio 2011 – giugno 2012, del costo finale del cosiddetto « bimbo in braccio », incluso l'ammortamento delle attrezzature e il tempo/uomo utilizzato.

I rispondenti sono stati appena 18: (10 dalla Lombardia, 5 dall'Emilia-Romagna, 1 ciascuno dal Piemonte, dal Friuli-Venezia Giulia e dal Lazio); un campione troppo esiguo per risultare rappresentativo anche a livello nazionale.

Sono comunque emerse alcune indicazioni, che possiamo definire di massima: un costo medio finale di 12.300 euro, con un valore minimo di 6.900 euro in Emilia Romagna e un valore massimo di 15.600 euro in Lombardia.

Si tratta di dati comunque troppo parziali per essere considerati statisticamente significativi.

PARTE SECONDA

1. DISAVANZI SANITARI.

1.1. *Quadro normativo.*

1.1.1. *Il patto per la salute.*

Il patto per la salute nasce come un accordo tra Stato e Regioni relativo alla programmazione e alla conseguente definizione del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale, a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, col fine di migliorare la qualità dei servizi, di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e di garantire l'unitarietà del sistema, all'interno di un percorso che ogni Regione ha già intrapreso, in questi ultimi dieci anni, per rendere efficace ed efficiente il sistema, razionalizzando la spesa.

Il 3 dicembre 2009 è stato siglato tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il nuovo patto per la salute 2010-2012, con cui lo Stato si è impegnato ad assicurare 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 e 106.934 milioni di euro per l'anno 2011, con un incremento del 2,8 per cento per l'anno 2012.

È stato inoltre ampliato lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, passando 23 miliardi di euro, a 24 miliardi di euro, ed è stata altresì prevista la possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale.

Con il patto per la salute il Governo e le Regioni si accordano anche sui settori strategici in cui operare allo scopo di qualificare i servizi sanitari regionali e di garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, con un contestuale un maggior controllo della spesa:

Il patto per la salute relativo al triennio 2013-2015 non risulta ancora sottoscritto a causa della mancata intesa tra il Governo e le Regioni in ordine alle risorse da destinare alla sanità. Al riguardo, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha rappresentato la necessità di un finanziamento adeguato che garantisca la sostenibilità del comparto sanitario, già penalizzato dai più recenti provvedimenti di riduzione della spesa pubblica.

1.1.2. *I piani di rientro.*

Con la legge finanziaria 2005 (legge n. 311 del 2004) e con la successiva intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 sono stati introdotti una serie di adempimenti per le regioni con un bilancio sanitario in deficit.

In particolare, l'articolo 1, comma 174 della legge n. 311 del 2004, modificato da successivi interventi normativi, ha stabilito che, in caso di disavanzo di gestione del servizio sanitario regionale, che persista nel quarto trimestre di un dato esercizio finanziario, a partire dal

2005, a fronte del quale non siano stati adottati in corso di esercizio i necessari provvedimenti di copertura, ovvero i medesimi non siano risultati sufficienti, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la Regione ad adottare i provvedimenti necessari entro il 30 aprile dell'anno successivo; qualora la Regione persista nella propria inerzia, entro i successivi trenta giorni il Presidente della Giunta regionale, in qualità di commissario ad acta, determina il disavanzo di gestione ed adotta i necessari provvedimenti per il ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP entro i limiti previsti dalla normativa vigente. In caso di inerzia da parte del commissario ad acta entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento agli anni di imposta 2006 e successivi, si applicano comunque, nella misura massima prevista dalla vigente normativa, l'addizionale IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP. Scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario ad acta non possono avere ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota delle predette imposte.

La legge finanziaria 2010 in caso di inerzia da parte della regione commissariata, ha previsto: il blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale per due anni (fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso) e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. La legge finanziaria 2010 prevede, inoltre, che gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del *turn over* e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli e che, in sede di verifica annuale degli adempimenti previsti, la regione interessata deve inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli.

Per quanto riguarda la definizione dello standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, la legge finanziaria 2010 ha stabilito il nuovo livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento, qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo.

Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la regione è obbligata a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 311 del 2004 (legge finanziaria 2005). Il suddetto piano di rientro deve contenere le misure di riequilibrio sia sotto il profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza sia delle misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

L'articolo 1, comma 180, della legge 311 del 2004 disciplina le ipotesi di inadempimento, da parte delle regioni, degli obblighi di contenimento della spesa sanitaria, ovvero i casi di disavanzo di gestione, di cui all'articolo 1, comma 174, della medesima legge.

In particolare, la regione interessata procede ad una ricognizione delle cause relative allo squilibrio economico-finanziario sanitario ed

elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, inclusivo dei cosiddetti piani di rientro dal deficit sanitario.

Le regioni che hanno dovuto predisporre i piani di rientro sono state il Lazio, la Campania, la Sicilia, la Liguria, la Sardegna, l'Abruzzo, il Molise, la Calabria il Piemonte e la Puglia, tra le quali, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania e la Calabria, sono state commissariate. Si ricorda che dal 2007, per effetto dell'articolo 1, comma 836 della legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria 2007), la Sardegna provvede al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

I piani di rientro della spesa sanitaria prevedono azioni di intervento che possono essere così sintetizzate: riorganizzazione della rete ospedaliera, con riduzione di posti letto ospedalieri e incentivazione dei processi di deospedalizzazione; introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi; blocco delle assunzioni e del *turn-over*; determinazione dei *budget* per gli erogatori privati, nonché adeguamento delle tariffe a quelle stabilite a livello nazionale; acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi per evitare incrementi dei volumi di spesa; utilizzo del sistema tessera sanitaria per gli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

La disciplina relativa ai Piani di rientro, stabilisce, inoltre, in via generale, l'incremento delle aliquote fiscali fino al livello massimo stabilito dalla legislazione vigente; in caso di mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, l'incremento delle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. Nel caso in cui la regione ottenga risultati migliori di quelli programmati, la possibilità di ridurre le aliquote fiscali per un importo corrispondente.

Il Consiglio dei ministri, decorsi i termini di cui sopra, accerta l'adeguatezza e, in caso di riscontro positivo, approva il piano, con immediata efficacia ed esecuzione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina un commissario ad acta per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. Al riguardo, ai sensi dell'art. 2, comma 6, lett a), del decreto legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012, la figura del Commissario ad acta non coincide più necessariamente con il Presidente della Regione.

A seguito della nomina del commissario *ad acta*:

a) oltre all'applicazione automatica delle misure previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, come modificato dall'articolo 2, comma 76 della legge finanziaria 2010, sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre

in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;

b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, in aggiunta al livello massimo previsto per legge, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota IRAP e di 0,30 punti percentuali IRPEF, rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004.

La legge finanziaria 2010 dispone l'obbligo per la regione sottoposta al piano di rientro al mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF, ove scattate automaticamente ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro.

In caso di rispetto degli obiettivi intermedi, con risultati quantitativamente migliori, è possibile:

– la riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto;

– l'attenuazione del blocco del *turn over* del divieto di effettuare spese non obbligatorie.

In tal senso, l'articolo 4-*bis* del decreto-legge 158 del 2012 (decreto Balduzzi) nelle regioni sottoposte ai piani di rientro, nelle quali sia scattato per l'anno 2012 il blocco automatico del *turn-over* ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, ovvero sia comunque previsto per il medesimo anno il blocco del *turn-over* in attuazione del piano di rientro o dei programmi operativi di prosecuzione del piano, tale blocco può essere disapplicato, nel limite del 15 per cento e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, qualora i competenti tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il raggiungimento, anche parziale, degli obiettivi previsti nei piani medesimi.

La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene, ordinariamente, con periodicità trimestrale e annuale, e, straordinariamente, all'occorrenza. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, di accesso a tutti i componenti degli organismi di monitoraggio (Tavolo di verifica degli adempimenti, Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e Struttura tecnica di monitoraggio). Il Ministero della salute, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni

sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.

L'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso.

In particolare, una quota pari al 40 per cento è concessa a seguito dell'approvazione del piano. Il restante 60 per cento è erogato a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154.

Il Consiglio dei ministri può nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più subcommissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale. Il commissario può avvalersi dei subcommissari anche quali soggetti attuatori.

La legge finanziaria 2010 conferma l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale, per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate, alla data di entrata in vigore della legge finanziaria medesima. Le suddette regioni possono, tuttavia, presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della nuova disciplina. Conseguentemente, l'approvazione del nuovo piano di rientro determina la decadenza dello stato commissariale, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale.

I suddetti programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente.

L'articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010 n. 78 consente alle regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali, non viene verificato positivamente in sede di verifica annuale e finale il raggiungimento al 31 dicembre 2009 degli obiettivi strutturali del piano di rientro e non sussistono le condizioni di cui all'articolo 2, commi 77 e 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale del 5 per cento e commissariamento), avendo garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario e non essendo state sottoposte a commissariamento, possono chiedere la prosecuzione del piano di rientro, per una durata non superiore al triennio (2010-2012), ai fini del completamento dello stesso secondo programmi operativi nei termini indicati nel patto per la salute per gli

anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009 e all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

La prosecuzione e il completamento del piano di rientro sono condizioni per l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, già previste a legislazione vigente e condizionate alla piena attuazione del piano – ancorché anticipate ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e dell'articolo 6-*bis* del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2 – in mancanza delle quali vengono rideterminati i risultati d'esercizio degli anni a cui le predette risorse si riferiscono. Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha previsto per un ulteriore triennio, dal 2013 al 2015, che le regioni in piano di rientro e non commissariate proseguano i programmi previsti nel piano di rientro.

La legge finanziaria 2010 stabilisce che nelle regioni con i piani di rientro, per un periodo di due mesi dalla data di entrata in vigore della legge finanziaria medesima non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori e i tesoreri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti.

Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro (comma 95).

La legge finanziaria 2010 autorizza lo Stato ad anticipare alle regioni interessate dai piani di rientro, un prestito restituibile con interessi in trent'anni fino a un massimo di 1.000 milioni di euro, per l'estinzione dei debiti sanitari registrati fino al 31 dicembre 2005. All'erogazione si provvede, anche in tranches successive, a seguito dell'accertamento definitivo e completo del debito sanitario non coperto da parte della regione, con il supporto dell'advisor contabile, in attuazione del citato piano di rientro, e della predisposizione, da parte regionale, di misure legislative di copertura dell'ammortamento della predetta liquidità, idonee e congrue.

1.2. *L'attività della Commissione.*

Nell'ambito dell'inchiesta condotta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, la Commissione ha proceduto all'acquisizione documentale dei bilanci delle aziende sanitarie e ospedaliere di alcune delle regioni sottoposte a piano di rientro, nonché dei verbali delle riunioni del tavolo tecnico di verifica degli adempimenti istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, e alla loro successiva analisi al fine di verificare le principali criticità che hanno determinato i deficit di bilancio delle predette regioni.

L'attività della Commissione si è svolta altresì mediante diverse missioni in alcune delle Regioni interessate: Calabria, Sicilia, Puglia, Campania e Liguria.

Si è proceduto inoltre ad audizioni dei presidenti o assessori delle rispettive regioni, nonché, nei casi ritenuti necessari, dei direttori generali di singole aziende sanitarie oggetto di inchieste. Ai fini della conseguente istruttoria sono stati auditi: il Ministro della salute e alcuni rappresentanti tecnici del Dicastero, l'Ispettore generale della spesa sociale presso la Ragioneria generale dello Stato, le competenti Sezioni regionali e le Procure della Corte dei conti, l'AGENAS.

In alcuni casi sono stati disposti ulteriori approfondimenti istruttori mediante acquisizioni documentali effettuate dalla Guardia di finanza, nonché con esami testimoniali di soggetti informati sui fatti oggetto di inchiesta.

Si è così acquisito un patrimonio conoscitivo di notevole entità, la cui analisi, risultata complessa, ha tuttavia consentito alla Commissione di portare a compimento l'inchiesta limitatamente ad alcune realtà regionali, anche per le difficoltà incontrate, in alcuni casi, nell'interlocuzione con i diversi livelli istituzionali interessati e, talvolta, per l'incompletezza o tardività della documentazione trasmessa.

Le aziende, inoltre, non sempre sono state in grado di fornire dati contabili certi, anche per mancanza di un servizio d'informatizzazione. Al riguardo, a titolo esemplificativo, si può citare il caso della regione Calabria, che è stata la prima Regione oggetto di attenzione da parte della Commissione e di specifica relazione alla Camera.

1.3. *Principali criticità riscontrate.*

Nel corso della propria attività, la Commissione ha riscontrato diverse criticità nella gestione della sanità e nel sistema di monitoraggio della spesa sanitaria nelle regioni attenzionate. Ci si riferisce, in particolare a: mancanza nel bilancio regionale di una perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa relativi al servizio sanitario con conseguente impossibilità di monitorare le iscrizioni di competenza e di cassa relative alla sanità; mancanza di un soggetto terzo che garantisca correttezza e completezza delle iscrizioni sul bilancio relative al servizio sanitario regionale; l'assenza di un bilancio civilistico della gestione sanitaria accentrata e di un bilancio civilistico per il consolidato regionale sanità; la confusione in un unico conto di tesoreria regionale tra conto sanità e conto non sanità.

Va tuttavia rilevato che il nuovo patto per la salute ha ribadito l'obbligo di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie che era già previsto dalla legge finanziaria per l'anno 2006, stabilendo l'avvio delle procedure per addivenire a tale certificazione, soprattutto al fine di un miglioramento dell'affidabilità e della qualità dei dati contabili. Al riguardo, il Ministro della salute, nel corso della sua audizione in Commissione del 6 dicembre 2012, ha affermato che tutte le regioni, allo stato, hanno attivato il percorso di certificazione dei bilanci.

Il decreto legislativo n. 118 del 2011 codifica regole e principi contabili per la realizzazione del bilancio di esercizio, della gestione sanitaria accentrata (GSA) e del bilancio consolidato regionale,

prevedendo che, a decorrere dal 1° gennaio 2012, si operi una distinzione tra il bilancio regionale complessivo e quello sanitario regionale, così da avere un quadro più certo delle risorse destinate alla sanità.

Lo stesso Ministro Balduzzi ha rappresentato che, nonostante la complessità strutturale del decreto legislativo n. 118 del 2011, che ha comportato non poche difficoltà nella sua attuazione, con decreto interministeriale, sono stati approvati i nuovi modelli che consentono alle aziende di predisporre i preventivi e la rendicontazione trimestrale. In sede di audizione, il Ministro ha da ultimo, ricordato il cosiddetto “decreto certificazione”, del settembre 2012 che ha disposto l’obbligo per le regioni di presentare, entro il 30 novembre, il programma d’azione PAC (percorso attuativo della certificazione).

Al riguardo, anche la Conferenza delle regioni e delle province autonome ha segnalato alla Commissione le difficoltà incontrate dalle regioni nel dare piena attuazione al citato decreto legislativo, con particolare riferimento:

- all’obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti nello stesso esercizio finanziario in cui sono stati acquisiti, ritenuto penalizzante soprattutto per le realtà regionali che necessitano, con maggiore urgenza, di un ammodernamento immobiliare e tecnologico;

- all’innalzamento delle aliquote di ammortamento delle diverse categorie di beni che comportano un appesantimento dei costi delle diverse aziende.

Ulteriori criticità sono emerse, nel corso dell’istruttoria condotta dalla Commissione in merito a fenomeni di distrazione del finanziamento destinato alla sanità, sia di competenza che di cassa, per la copertura di altre funzioni regionali di spesa extra sanitaria.

Dall’analisi della documentazione acquisita, è emerso che l’incremento dell’esposizione debitoria del bilancio sanitario regionale è determinato principalmente dalla carenza di liquidità che alimenta il ricorso alle anticipazioni di tesoreria con conseguenti oneri di indebitamento che si ripercuotono sugli esercizi futuri, nonché dai debiti nei confronti dei fornitori. Tale ultima forma di indebitamento costituisce una parte considerevole del debito esposto e produce interessi moratori che incidono negativamente sui risultati di esercizio.

Inoltre, quanto alle componenti della spesa, alcuni costi sembrano pesare maggiormente sul totale. Si fa riferimento a:

- costo del personale, che costituisce la componente di maggiore incidenza sul fabbisogno sanitario di parte corrente (nel 2011 pari al 32,2 per cento⁽²¹⁾);

- spesa farmaceutica, anche convenzionata;

- acquisti di beni e servizi.

(21) Corte dei conti, Sezione delle Autonomie, *Deliberazione n. 14/2012, Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni - esercizi 2010-2011*, pag. 372.