

TAB. 22/SA

**COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
per Regioni e categorie economiche
ANNO 2011**

(in milioni di euro)

REGIONI	personale	beni e servizi ⁽¹⁾	costi straordinari stimati e variazioni delle rimanenze	medicina generale convenzionata	farmaceutica convenzionata	Specialistica convenzionata, e accreditata	riabilitativa accreditata	integrativa protesica convenzionata e accreditata	altra assistenza convenzionata e accreditata	ospedaliera accreditata	totale
Piemonte*	2.936	2.685	18	474	698	275	178	192	567	546	8.569
Val.d'Aosta	113	112	0	15	21	2	5	3	8	5	282
Lombardia	5.114	5.291	23	901	1.444	1.054	242	242	1.709	2.294	18.314
P.A.Bolzano	549	324	2	54	56	6	6	39	61	23	1.123
P.A.Trento	413	325	7	58	77	27	7	22	152	56	1.144
Veneto	2.754	3.135	58	543	672	361	33	139	844	533	9.072
Friuli V.G.	949	949	10	129	219	51	62	46	49	64	2.529
Liguria	1.156	1.067	15	163	283	54	96	37	185	248	3.304
E. Romagna	3.015	2.862	24	517	680	191	7	120	616	612	8.645
Toscana	2.620	2.682	154	415	549	140	86	78	389	235	7.349
Umbria	615	607	3	92	147	17	8	39	83	42	1.654
Marche	1.029	996	7	174	255	44	71	35	111	109	2.831
Lazio*	2.989	3.491	82	609	1.094	523	220	248	496	1.379	11.132
Abruzzo*	774	795	18	152	251	57	74	25	91	128	2.365
Molise*	209	197	1	51	55	36	17	7	21	71	666
Campania*	3.038	2.994	76	653	956	762	273	166	181	825	9.924
Puglia*	2.124	2.130	95	501	724	246	242	113	238	721	7.134
Basilicata	392	327	10	83	95	38	50	27	34	13	1.070
Calabria*	1.261	914	16	248	365	134	65	78	136	195	3.411
Sicilia*	2.936	2.236	19	589	955	520	168	196	342	699	8.660
Sardegna	1.163	1.032	15	200	333	117	59	70	100	91	3.179
Totale	36.149	35.150	654	6.625	9.930	4.654	1.972	1.922	6.413	8.891	112.358

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE; NSIS, dati di consuntivo per tutti gli anni ad eccezione dell'ultimo anno.
Per il 2011: dati estratti dal NSIS, IV trim. al 6 aprile 2012.

*Regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

(1) Nella categoria dei beni e servizi sono computate anche le compartecipazioni per attività intramoenia, contabilizzate separatamente nel consolidato nazionale.

1.4. Stato di attuazione dei piani di rientro.

L'attività della Commissione di verifica dello stato di attuazione dei piani di rientro si è basata principalmente sui verbali delle riunioni dei competenti tavoli tecnici dei ministeri vigilanti, sulla documentazione fornita dalle competenti sezioni Corte dei conti, nonché in alcuni casi sulle risultanze emerse nel corso delle audizioni svolte e sulle acquisizioni documentali.

La situazione economico-finanziaria della sanità della Regione Calabria è stata oggetto di apposita relazione alla Camera, approvata dalla Commissione nella seduta del 15 luglio 2011. Quella della regione Liguria è illustrata nella relazione approvata il 20 giugno 2012.

Successivamente la Commissione, ha proceduto all'analisi dei bilanci sanitari delle Regioni Campania e Sicilia, alle cui risultanze sono dedicati i capitoli che seguono.

Per le regioni Lazio, Puglia e Piemonte, si ritiene quindi opportuno riportare alcune considerazioni di sintesi che si rilevano dai verbali delle riunioni congiunte dei tavoli tecnici pervenuti alla Commissione alla data dell'8 ottobre 2012, e, per il Piemonte, dagli elementi di informazione forniti dalla competente Sezione regionale della Corte dei conti.

1.4.1. Regione Lazio.

Nella riunione congiunta del 3 aprile 2012 i ministeri affiancanti hanno preso atto della necessità di procedere ad una riformulazione del mandato commissariale e del potenziamento della relativa struttura. È stato altresì rilevato che il risultato di gestione, comprensivo di tutti gli ammortamenti non sterilizzati e dell'avanzo 2010 rideterminato in 83 milioni di euro, dopo le coperture, evidenzia un avanzo di 0,422 milioni di euro.

Relativamente alla verifica annuale 2011 ed ai provvedimenti commissariali, in relazione alla riorganizzazione della rete ospedaliera, più volte modificata, hanno ribadito la necessità di un nuovo provvedimento ricognitivo che, recependo le osservazioni formulate dai ministeri e in coerenza con gli standard nazionali, illustri nel dettaglio la rete ospedaliera, suddivisi per macro aree, disciplina e struttura, nonché lo stato di attuazione della rete stessa. Hanno chiesto, altresì, un aggiornamento sia sullo stato di attuazione delle reti assistenziali, che sulla concreta attivazione delle attività previste nei presidi oggetto di disattivazione o di riconversione. È stato altresì evidenziato il grave ritardo con cui la struttura commissariale sta procedendo a definire i rapporti con gli erogatori privati e le criticità presenti in alcuni accordi/contratti. Nel rilevare come tali ritardi vanifichino il ruolo assegnato allo strumento contrattuale dal decreto legislativo n. 502 del 1992 nell'ambito della programmazione regionale, hanno sollecitato la definizione dei *budget* e la sottoscrizione dei relativi contratti per il 2012.

I ministeri affiancanti hanno poi riscontrato il permanere delle criticità relative alla mancata sottoscrizione del contratto con il Policlinico Agostino Gemelli e all'accordo con la Fondazione Santa Lucia e alle altre strutture private.

Con riferimento al personale è stato ribadito che, in mancanza di un quadro definitivo sulla situazione delle assunzioni e di un appropriato sistema sanzionatorio per coloro che non rispettano le direttive commissariali in merito, non possono esprimersi favorevolmente sulle deroghe al blocco del *turn-over* richieste dalla struttura commissariale⁽²²⁾.

(22) Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti, verbale della riunione congiunta del 3 aprile 2012.

Nella riunione congiunta del 24 luglio 2012, i ministeri affiancanti hanno valutato che la regione presenta un disavanzo di 774,938 milioni di euro.

Considerando l'eccesso di copertura derivante dal risultato di gestione dell'anno 2010 pari a 92,073 milioni di euro, il disavanzo da coprire è rideterminato in 682,865 milioni di euro. Considerando le coperture preordinate a valere sulla leva fiscale, pari a 792,260 milioni di euro, si evince un risultato di esercizio per l'anno 2011 di 109,395 milioni di euro.

Tuttavia tale risultato di gestione non tiene in considerazione gli ulteriori elementi di rischio emersi dalla gestione 2011 e non quantificati dalla regione né la possibile rideterminazione della stima dei gettiti derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali a cura del competente Dipartimento delle finanze.

Tavolo e Comitato hanno sottolineato la grave inadempienza da parte della struttura commissariale che non ha provveduto tempestivamente ad aggiornare i programmi operativi, come richiesto, minando la correttezza dell'utilizzo dello strumento di programmazione principale.

In relazione alla riorganizzazione della rete ospedaliera rilevano che quest'ultima è stata più volte modificata nei singoli accordi con le diverse strutture private accreditate. Hanno ribadito la necessità di un provvedimento ricognitivo che recepisca le numerose osservazioni e richieste di modifiche formulate dai Ministeri sulle variazioni alla rete ospedaliera di cui al decreto del Commissario *ad acta* n. 80 del 2010 nonché la definizione del piano attuativo di dettaglio dello stesso decreto. Al riguardo, in occasione di una visita svolta il 6 marzo 2012 nei presidi ospedalieri di Tivoli e Subiaco, anche la Commissione aveva rappresentato l'esigenza di una revisione dei criteri che ispirano il citato decreto n. 80 con specifico riferimento al piano di riduzione del numero dei posti letto e all'accorpamento di determinati reparti, in funzione della necessità di garantire un adeguato livello di assistenza alle popolazioni interessate.

I ministeri affiancanti hanno altresì riscontrato il permanere del grave ritardo con cui la struttura commissariale sta definendo i rapporti con gli erogatori privati per l'anno 2012 e ribadito le criticità presenti in alcuni accordi/contratti siglati nel 2011 che al momento non sono superate e che, in diversi casi, investono aspetti strutturali di offerta che si riverbereranno sulla gestione dell'anno 2012 e sulle successive.

Continuano inoltre a permanere le criticità già rilevate nelle riunioni precedenti in relazione alla mancata sottoscrizione del contratto con il Policlinico Agostino Gemelli, all'accreditamento, all'Ospedale dei Castelli, nonché in merito all'assetto gestionale e programmatico a regime della relativa rete ospedaliera nell'area dei Castelli.

Anche in relazione al personale non sono state superate le criticità evidenziate nelle precedenti riunioni con particolare riferimento alla mancanza di una gestione programmatica e non episodica delle deroghe al blocco del *turn over*. Al riguardo si evidenzia che il costo del personale ha avuto un andamento crescente nell'ultimo quinquennio, riducendosi solo nel IV trimestre 2011 del 2,8 per cento e

arrivando a toccare i 3 miliardi di euro (26,8 per cento del totale regionale)⁽²³⁾.

I ministeri affiancanti hanno valutato superata la verifica adempimenti per l'anno 2009 e ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti 2010 e 2011 con particolare riferimento al monitoraggio dell'attuazione del progetto tessera sanitaria per l'anno 2011.

Considerato il grave ritardo con cui la struttura commissariale sta procedendo nell'adozione dei provvedimenti di attuazione del Piano di rientro e del mancato rafforzamento della *governance* regionale del sistema, il Tavolo e Comitato hanno confermato che non è possibile procedere ad erogare spettanze fino a quando la Struttura commissariale non porrà in essere tutte le iniziative concordate.

I rappresentanti ministeriali hanno infine richiamato l'attenzione della regione e delle aziende sanitarie regionali sulla piena e tempestiva applicazione delle disposizioni contenute per il Servizio sanitario nazionale nel decreto legge n. 95 del 2012 «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi per il cittadino», già operative a partire dall'esercizio in corso, sia con riferimento alla rideterminazione del livello di finanziamento per l'anno 2012 sia con riferimento alle disposizioni relative alla spesa farmaceutica, ai contratti sui beni e servizi e con gli erogatori privati accreditati, al personale e all'offerta di servizi sanitari.

1.4.2. Regione Puglia.

Nel corso della riunione del 28 marzo 2012, i Ministeri affiancanti hanno valutato che la regione ha intrapreso le iniziative in attuazione di quanto previsto in materia sanitaria dal decreto legislativo n. 118 del 2011.

In merito alla verifica annuale, hanno preso atto che la Regione sta procedendo con quanto previsto dal piano di rientro, pur non avendo ancora completato alcuni interventi rilevanti, quali la riorganizzazione delle reti assistenziali. In particolare, non sono risultate esaustive le informazioni sulla destinazione dei presidi riconvertiti e la tempistica di riconversione per i presidi mancanti, e per quanto attiene alla rete dell'emergenza vi erano ancora diverse criticità irrisolte. È stato rilevato, inoltre, la mancata adozione dei provvedimenti previsti dal piano di rientro sull'Osservatorio regionale dei prezzi, delle tecnologie e dei dispositivi medici e protesici e sulla centrale unica d'acquisto.

Nella riunione congiunta del 20 luglio 2012, è stato accertato che la regione Puglia a consuntivo 2011 presenta un disavanzo di 108,350 milioni di euro, ivi ricomprendendo gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2011 dei beni entrati in produzione nell'anno 2010 e 2011 e, dopo le coperture, pari a 267,909 milioni di euro, presenta un avanzo di 159,559 milioni di euro.

(23) Corte dei conti, cit., pag. 372-374.

Con specifico riferimento al blocco del *turn over*, già nelle precedenti riunioni congiunte, la Regione aveva rappresentato il manifestarsi di criticità nell'erogazione dei LEA, derivanti dalla carenza di personale. Tavolo e Comitato, avevano quindi rimesso alla valutazione politica l'adozione di eventuali iniziative, qualora l'esigenza fosse quella di modificare il Piano di rientro anche mediante un addendum; era stata altresì manifestata la necessità di documentare adeguatamente ogni aspetto relativo alla dichiarata difficoltà nell'erogazione dei LEA al fine di consentire ogni ulteriore approfondimento ritenuto necessario.

Nella riunione del 20 luglio scorso, è stato riscontrato che il costo del personale ha superato a consuntivo 2011 di 21,642 milioni di euro il livello programmato per il medesimo anno dal piano di rientro. Tavolo e Comitato hanno ritenuto non accoglibile la richiesta di generica ed incondizionata deroga al blocco del *turn over* e hanno ribadito la già evidenziata necessità che la Regione provveda a documentare adeguatamente le criticità rappresentate al fine di consentire ogni ulteriore approfondimento ritenuto necessario dai ministeri affiancanti.

Tavolo e Comitato, in merito alla verifica semestrale del piano di rientro:

- sulla rete ospedaliera, hanno valutato positivamente la razionalizzazione della stessa ed in particolare la riduzione del numero di unità operative rispetto al regolamento regionale n. 18 del 2010;

- in relazione alla rete dell'emergenza-urgenza, hanno segnalato dei ritardi;

- hanno richiesto alla Regione ogni utile iniziativa al fine di ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni erogate e realizzare gli interventi di governo della mobilità sanitaria extraregionale.

I rappresentanti ministeriali hanno infine richiamato l'attenzione della regione e delle aziende sanitarie regionali sulla piena e tempestiva applicazione delle disposizioni contenute per il Servizio sanitario nazionale nel decreto-legge n. 95 del 2012 « Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi per il cittadino », già operative a partire dall'esercizio in corso, sia con riferimento alla rideterminazione del livello di finanziamento per l'anno 2012 sia con riferimento alle disposizioni relative alla spesa farmaceutica, ai contratti sui beni e servizi e con gli erogatori privati accreditati, al personale e all'offerta di servizi sanitari.

1.4.3. Regione Piemonte.

Nella seduta del 18 ottobre scorso, la Commissione ha proceduto all'audizione dei rappresentanti della Corte dei conti per il Piemonte per acquisire elementi di informazione sulla gestione finanziaria per l'esercizio 2010 e 2011 degli enti e aziende del servizio sanitario regionale. La Sezione di controllo della Corte dei conti ha evidenziato,

nel corso della predetta audizione, non poche criticità riconducibili a diversi profili.

Con riferimento alla programmazione, è stata segnalata, in primo luogo, la mancata approvazione per quasi un decennio del piano socio-sanitario, risultando quale atto fondamentale di programmazione regionale il piano per il 1997-1999, sino all'approvazione nell'ottobre 2007 del nuovo piano socio-sanitario per il triennio 2007-2010. Solo con deliberazione del consiglio regionale del 3 aprile 2012, è stato poi approvato il piano socio-sanitario regionale per il quadriennio 2012-2015. Al riguardo, la Sezione, ha evidenziato come sia rimasto invariato il tasso di ospedalizzazione e il numero di ricoveri evitabili: l'incremento dell'offerta territoriale è stato quindi principalmente aggiuntivo e non sostitutivo dell'assistenza a livello ospedaliero.

Anche con riferimento alle misure tese a razionalizzare i costi degli acquisti di beni o servizi, le analisi svolte dalla Sezione hanno rilevato come le misure poste in essere, o quanto meno l'applicazione che di esse si è data nel periodo esaminato, non abbia portato a risultati degni di nota in termini di risparmi di spesa. I costi in esame, infatti, sono risultati crescenti nel triennio preso in considerazione, 2009-2011, e solo nel 2011 sembrano diminuire.

Quanto alla complessiva spesa sanitaria, nel 2011, al settore sanitario la Regione Piemonte ha destinato l'importo complessivo di 8 miliardi 303 milioni di euro, che costituiscono quasi il 77 per cento della spesa regionale complessiva. In particolare, la spesa impegnata in favore delle aziende sanitarie è stata pari a 8 miliardi 179 milioni di euro, mentre la spesa riferita da altri compiti regionali in materia sanitaria è stata pari a 123 milioni di euro. La spesa sanitaria regionale è stata finanziata con fondi di derivazione statale provenienti dal riparto del fondo sanitario nazionale, con ulteriori fondi statali con vincolo di destinazione e con fondi regionali aggiuntivi a causa del disavanzo del settore.

Una particolare attenzione è stata posta dalla Sezione di controllo sull'aspetto relativo alla gestione dei residui della Regione e i conseguenti rapporti finanziari con le aziende. Alla chiusura dell'esercizio 2011 i residui attivi della Regione, i crediti cioè non ancora riscossi, sono stati accertati in misura pari a circa 4 miliardi di euro al netto delle partite di giro. Di questi, quelli riferiti al settore sanità, che consistono principalmente in crediti nei confronti dello Stato, sono complessivamente pari a un miliardo e 344 milioni di euro. Sul fronte delle uscite, l'ammontare complessivo dei residui passivi della Regione al termine dell'esercizio 2011, sempre al netto delle partite di giro, è pari a 4 miliardi e 784 milioni di euro, ripartiti tra spesa corrente e spesa in conto capitale. Di questi, i residui passivi riferiti al settore della sanità, consistenti principalmente nei debiti della Regione nei confronti delle aziende sanitarie, ammontano a circa un miliardo e 500 milioni di euro.

Per quanto riguarda i risultati di esercizio delle aziende sanitarie, nel sistema sanitario piemontese, tutte registrano un risultato economico negativo in tutti e tre gli esercizi considerati, 2009, 2010 e 2011. La somma delle perdite delle aziende nel 2009 ammonta nel complesso a 124 milioni di euro ed è superiore a quella dell'esercizio

precedente. I dati provvisori forniti dalla Regione per il 2010 e il 2011 evidenziano ancora risultati complessivi fortemente negativi, pari a 144 milioni di euro nel 2010 e 126 ancora nel 2011. Al riguardo, la Sezione di controllo ha sottolineato che le perdite dell'esercizio non sono state mai precedute da una vera e propria autorizzazione preventiva da parte della Regione. Inoltre, in tutte le analisi svolte sui bilanci delle aziende sanitarie, la Sezione ha rilevato gestioni delle spese non correlate strettamente alle risorse esistenti, affidandosi il ripiano delle perdite a successivi maggiori finanziamenti regionali e statali.

In relazione ai costi di produzione delle aziende, l'analisi della Corte dei conti ha evidenziato un incremento dei costi di produzione dal 2008 al 2009, nonché nel 2010, riducendosi invece lievemente nel 2011, presumibilmente per effetto delle misure assunte con il piano di rientro.

Una particolare attenzione è stata posta dalla Sezione all'aspetto della situazione creditoria e debitoria delle aziende verso la Regione e alla crisi di liquidità delle aziende. Dall'analisi sui dati patrimoniali delle aziende emerge un credito complessivo delle aziende sanitarie regionali verso la Regione al netto dei debiti di 2.802,6 milioni di euro nel 2009, situazione che appare peggiorare nel 2010 e nel 2011, stando almeno ai dati provvisori trasmessi dalla Regione. Nel 2011, addirittura, si arriverebbe a un credito complessivo di 3 miliardi e 131.000 euro.

Le analisi svolte hanno evidenziato l'entità e la vetustà dei crediti nei confronti della Regione per tutti gli enti del servizio sanitario piemontese, sia per i crediti di parte corrente sia per quelli di parte capitale. Tale situazione influisce negativamente sulle disponibilità liquide, e dunque sulla situazione debitoria delle singole aziende, costringendo le stesse, da un lato, a ricorrere ad anticipazioni di tesoreria che generano a loro volta interessi, dall'altro, a tardare in maniera quasi sistematica i pagamenti ai fornitori, facendo di questa modalità una sorta di autofinanziamento oneroso.

La Regione Piemonte, in data 29 luglio 2010, ha sottoscritto con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze un accordo con il quale si è impegnata ad attuare un piano di rientro, riqualificazione e riorganizzazione del servizio sanitario regionale per gli anni 2010-2012. A detto piano hanno fatto seguito il programma attuativo e, nel febbraio 2011, un *addendum* che la Regione ha successivamente proposto tenuto conto, da un lato, delle verifiche sui conti relativi alla prima parte del 2010, dall'altro, degli indirizzi strategici della giunta che medio tempore si era insediata. Il piano propone interventi finalizzati a perseguire l'equilibrio della gestione del servizio sanitario regionale puntando, in particolare, sulla razionalizzazione della rete dell'emergenza ospedaliera, della rete dei laboratori di analisi e della rete di degenza.

Successivamente, nel luglio 2012, la Regione Piemonte ha trasmesso ai Ministri della salute e dell'economia e finanze una proposta di integrazione al piano di rientro e al relativo *addendum*.

L'attuazione del piano sembra aver prodotto effetti riscontrabili nella contrazione dei costi. Tuttavia, dalle riunioni congiunte del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali del Comitato

permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza emergono ancora delle criticità.

Nella riunione del 28 marzo 2012, Tavolo e Comitato avevano evidenziato una mancanza di una visione complessiva degli interventi in corso, nonché una continua riformulazione dei programmi che rendeva difficoltoso il monitoraggio e il conseguimento degli obiettivi da parte Regione nonché la loro compatibilità, sia economica sia dal punto di vista dell'erogazione dei LEA, con quanto stabilito nello stesso piano di rientro.

Tavolo e Comitato avevano inoltre confermato il ritardo della Regione nell'attuazione della maggior parte degli obiettivi, evidenziando altresì che, nei casi in cui la Regione aveva adottato delle delibere, si era trattato per lo più di atti di programmazione, cui non erano seguite attività operative e attuazioni concrete.

Nella riunione congiunta del 19 luglio 2012, in relazione alla valutazione delle azioni espletate per singola macro area in attuazione dall'*addendum* al piano di rientro al 31 marzo 2012, è stata rilevata la mancanza di elementi utili a verificare lo stato di concreta attuazione delle azioni in corso e concretamente realizzate nell'ambito dei percorsi di riorganizzazione e sviluppo delle reti di assistenza.

Con particolare riferimento alla rete dell'emergenza urgenza e alla rete di degenza non sono state rilevate variazioni rispetto alle relazioni del 2011. A tale riguardo, è stata ribadita la necessità di rispettare la tempistica e di garantire l'implementazione delle attività previste dall'*addendum*.

La regione Piemonte a consuntivo 2011 ha presentato un disavanzo di 274,636 milioni di euro, ivi ricomprendendo gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2011 dei beni entrati in produzione nell'anno 2010 e 2011 e il rischio. Dopo le coperture, pari a 280 milioni di euro, ha presentato un avanzo di 5,364 milioni di euro.

Tavolo e Comitato hanno valutato che lo stato di attuazione del piano di rientro presenta elementi positivi ma necessita di ulteriori elementi informativi.

Quanto al piano di ridefinizione della rete ospedaliera, esso presenta alcune criticità, fra le quali: risulta carente di elementi di dettaglio, presenta un eccesso di posti letto post-acuzie, che devono essere ricondotti all'interno degli standard nazionali.

Le azioni intraprese sulla rete dell'emergenza-urgenza non sono ancora sufficienti a rispondere agli impegni assunti. Inoltre, mancano ancora provvedimenti sulla *governance* di sistema, con particolare riferimento alla razionalizzazione di beni e servizi.

Si sono rilevate, inoltre, ancora in sede di Tavolo tecnico di verifica, importanti carenze informative nella relazione patrimoniale con particolare riguardo alle posizioni creditorie delle aziende da Stato e da Regione, che confermano le criticità rilevate anche dalla Sezione di controllo della Corte dei conti.

I rappresentanti ministeriali hanno infine richiamato l'attenzione della regione e delle aziende sanitarie regionali sulla piena e tempestiva applicazione delle disposizioni contenute per il Servizio sanitario nazionale nel decreto legge n. 95 del 2012 « Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei

servizi per il cittadino », già operative a partire dall'esercizio in corso, sia con riferimento alla rideterminazione del livello di finanziamento per l'anno 2012 sia con riferimento alle disposizioni relative alla spesa farmaceutica, ai contratti sui beni e servizi e con gli erogatori privati accreditati, al personale e all'offerta di servizi sanitari.

1.5. *Considerazioni conclusive.*

In relazione all'attuazione dei piani di rientro e alle relative gestioni commissariali la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha segnalato alla Commissione alcuni aspetti che dovrebbero essere modificati e migliorati.

Secondo la Conferenza sarebbe auspicabile legare le procedure di verifica degli obiettivi delle Regioni sottoposte a piano di rientro, oltre che all'aspetto economico, al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale, offrendo percorsi certi ai procedimenti di validazione degli atti regionali ad opera del tavolo di verifica degli adempimenti. Inoltre, il perdurare del blocco del *turn-over* e la necessità di assicurare i LEA rendono indifferibile una diversa regolamentazione delle politiche di reclutamento del personale nei SSR delle predette Regioni.

Per quanto riguarda le gestioni commissariali, è stata rappresentata l'esigenza di rafforzarne il ruolo e i poteri, anche con riferimento alle ipotesi di mancato adeguamento degli organi collegiali alle indicazioni del Commissario.

A tale ultimo riguardo, il Ministro Balduzzi, in sede di audizione presso la Commissione, ha rappresentato l'insufficienza, in alcuni casi, dell'impianto previsto dall'attuale normativa, cioè una struttura commissariale « *con la designazione di uno o due subcommissari che rischiano, dopo qualche mese, di entrare in conflitto non sempre positivo con la struttura locale e di essere poco supportati* »⁽²⁴⁾, evidenziando, pertanto, l'opportunità di prevedere « *qualche ulteriore strumento, come una task force* ».

2. STATO DELLA SANITÀ NELLA REGIONE CAMPANIA

2.1. *La spesa sanitaria regionale.*

Secondo le ultime elaborazioni della Corte dei Conti, la spesa sanitaria Campania rappresenta circa il 72 per cento della spesa corrente della regione (10,2 su 14,2 miliardi di euro). Contenere il deficit sanitario equivale, quindi, a mettere sotto controllo l'intero bilancio regionale.

(24) Audizione del Ministro della salute, in *Resoconto stenografico della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*, 6 dicembre 2012, pag. 38.

Nell'ultimo triennio si è registrato un progressivo miglioramento del risultato d'esercizio del servizio sanitario regionale:

	2009	2010	2011
Risultati di esercizio al netto della mobilità SSN	-788.900	-478.600	-173.200
Spesa corrente (impegni)	11.698.195	11.160.848	14.209.797
Spesa corrente sanitaria (impegni)	8.591.945	8.267.756	10.180.071
Spesa sanitaria/Totale spesa (impegni)	73,45	74,08	71,64
Spesa corrente (pagamenti)	12.133.160	10.662.651	13.453.908
Spesa corrente sanitaria (pagamenti)	9.321.787	7.974.569	10.485.923
Spesa sanitaria/Totale spesa (pagamenti)	76,83	74,79	77,94
Indebitamento totale enti ssn	7.950.595	7.903.212	9.456.350
Debiti verso aziende sanitarie extra-regionali	789	1.099	
Indebitamento per mutui	13.471	11.920	
Debito v/s fornitori	6.051.388	6.586.500	6.810.390
Altre tipologie di debito	1.884.947	1.303.693	

Fonti: Istat, Corte dei conti, bilanci regionali (importi in migliaia di euro)

Pur in un generale contesto di forte diminuzione del disavanzo, occorre evidenziare che i risultati nascondono luci ed ombre.

Nel 2011 sul fronte degli impegni, il peso della spesa sanitaria su quella corrente complessiva è stato pari al 72 per cento, contro il 74 per cento del 2010 e il 73 del 2009.

In valore assoluto, gli impegni di spesa corrente sanitaria, dopo una flessione del 3,8 per cento, sono aumentati del 23,1 per cento nel 2011: per effetto della premialità sono infatti affluite maggiori risorse con le quali è stato possibile pagare i debiti pregressi; cosicché l'aumento medio del triennio è risultato pari al 9,24 per cento.

Peggiora l'analisi che emerge dalla gestione di cassa: invero, i pagamenti sanitari correnti crescono sia in valore assoluto (+31,49 per cento nel 2011) e sia come incidenza sul totale regionale (77,94 per cento).

La diminuzione dei pagamenti per acquisto di servizi non sanitari deriva in gran parte dal forte calo delle spese legali (0,5 miliardi di euro).

	Consulenze e collaborazioni non sanitarie dalle strutture sanitarie pubbliche	Consulenze e collaborazioni non sanitarie dalle strutture sanitarie da privati	Manutenzione ordinaria e riparazioni	Spese legali	Servizi ausiliari e spese di pulizia	Altri acquisti per servizi non sanitari	Acquisti di servizi non sanitari derivanti da sopravvenienze	TOTALE ACQUISTI SERVIZI NON SANITARI
2009	8.771	8.201	92.126	507.294	178.100	318.640	1.553	1.114.683
2010	2.600	5.724	88.257	519.193	138.644	691.790	3.085	1.449.293
2011	3.681	5.614	94.787	43.353	181.581	348.689	3.848	681.554

I pagamenti per oneri finanziari si riferiscono ad interessi passivi per debiti nei confronti di amministrazioni pubbliche, verso fornitori, per anticipazioni di cassa, oneri derivanti da operazioni di cartolarizzazione, nonché altri oneri finanziari diversi. Nell'ultimo triennio la Regione Campania registra (-404 milioni di euro, -61,9 per cento) una forte riduzione degli oneri derivanti da operazioni di cartolarizzazione e degli oneri finanziari diversi. Per detti pagamenti si è quindi passati da 67,8 milioni di euro nel 2009 a 5,8 milioni di euro nel 2010 e 2,3 milioni di euro nel 2011. Il totale degli oneri finanziari passa invece da 421,508 milioni di euro del 2009 a 17,840 del 2011.

Negativo appare il quadro dell'indebitamento complessivo, costituito da mutui, debiti verso i fornitori, verso aziende sanitarie extraregionali e altre tipologie d'indebitamento (debiti verso Stato, comuni e altri enti pubblici, verso l'ente tesoriere o altri istituti di credito, verso dipendenti, istituti di previdenza e di sicurezza sociale, nonché debiti tributari e altre tipologie di debito) che al 2011, dati forniti solo per aggregato, è pari a 9,5 miliardi di euro.

I debiti verso i fornitori presentano una forte incidenza sull'indebitamento, implicando il rischio di formazione di ulteriore debito per la decorrenza automatica degli interessi moratori e per il contenzioso aperto con le imprese creditrici.

Oltre ai 6,8 miliardi di euro di debiti diretti (72 per cento del totale), in alcuni casi nella voce residuale « altri debiti » sono confluiti i debiti verso istituti di credito a seguito di operazioni per la riduzione del debito verso i fornitori. La Regione Campania, in particolare, ha comunicato che il debito sanitario certificato e ceduto *pro soluto* a banche ed intermediari finanziari ammontava a circa 700 milioni di euro al 31 dicembre 2010, interamente in capo alle aziende sanitarie e classificato prevalentemente nella voce « altri debiti ». Il fenomeno si presenta come imponente, sia per il peso che ha sul totale dei debiti, sia per i valori assoluti che esprime.

2.2. *La gestione pregressa.*

Ogni valutazione, attuale e prospettica, non può ignorare la mole di debito lasciata in eredità dalle gestioni precedenti, pari a 10 miliardi di euro nel settore sanitario.

Nel periodo 2001-2005 il disavanzo medio annuo è stato superiore a 900 milioni di euro (1,791 miliardi nel 2005), e nei quattro anni che seguono sarà sempre superiore ai 750 milioni di euro, con punte di 862 milioni nel 2007.

L'elevata entità del disavanzo ha determinato un corrispondente effetto incrementale del debito, che al 31 dicembre 2005 era già pari a 6,9 miliardi di euro e al termine dell'esercizio 2010 ha raggiunto 8 miliardi di euro.

Nel 2009 la giunta regionale *pro tempore* ha violato il patto di stabilità e l'ultimo comma dell'articolo 119 della Costituzione, che vieta alle amministrazioni locali di indebitarsi per finanziare la spesa corrente, incrementando i debiti di ulteriori due miliardi. Ciò ha comportato una serie di sanzioni tra cui il divieto di contrarre nuovi debiti.

Inoltre, nello stesso periodo si è registrato un elevato costo per il mancato pagamento dei fornitori. Conseguentemente, il settore dei « convenzionati » ha dovuto convivere con una cronica carenza di liquidità, mentre i bilanci delle aziende sono risultati pesantemente gravati dalle spese legali (507 milioni di euro nel 2009 e 519 milioni di euro nel 2010) correlate ad un aumento vertiginoso del contenzioso.

L'attuale giunta regionale, in carica dal 2010, si è dovuta quindi fare carico di una moltitudine di debiti cercando di allontanare la prospettiva del « default ».

Si evidenzia altresì che, nel 2011, il bilancio regionale esponeva 24 miliardi di residui attivi (entrate accertate ma non riscosse e che nascondono, spesso, crediti di dubbia esigibilità) e 18 miliardi di residui passivi (spese impegnate ma non pagate). Considerata l'enorme entità soprattutto dei residui attivi, occorre che la Regione, conformemente al principio di prudenza e sana gestione finanziaria, provveda, al termine di ogni esercizio, ad un loro riaccertamento al fine della cancellazione dalle scritture contabili dei crediti di dubbia esigibilità, evitando così di iscrivere nel bilancio preventivo dell'anno successivo mezzi di copertura insussistenti con conseguenze negative sull'equilibrio finanziario dell'ente.

2.3. *Il piano di rientro.*

La Regione Campania, in presenza di rilevanti disavanzi di gestione del Servizio sanitario regionale non ripianabili attraverso strumenti ordinari, ha stipulato, in data 13 marzo 2007, l'accordo con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, a norma dell'articolo 1, comma 180, legge n. 311 del 2004, che prevedeva la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e/o di mancato mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, di elaborare un programma operativo

di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale da sottoscrivere, con apposito accordo. Con tale accordo sono stati individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e gli adempimenti previsti dalla successiva intesa fra Governo e Regioni, stipulata il 23 marzo 2005.

A seguito delle risultanze della riunione del 20 luglio 2009, nella quale il Tavolo di verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza hanno valutato un insufficiente grado di attuazione del Piano di rientro, il Consiglio dei ministri, in data 24 luglio 2009, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge n. 222 del 2007, ha nominato il Presidente *pro tempore* della Regione Campania quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro.

Dopo l'insediamento del nuovo Presidente della Giunta della Regione Campania, il Consiglio dei ministri, con deliberazione del 23 aprile 2010, ha nominato il Presidente *pro tempore* della Giunta regionale « Commissario *ad acta* per la prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania ».

Il Commissario *ad acta*, per la predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato ricevuto dal Consiglio dei ministri, è affiancato da uno o più sub commissari: attualmente sub commissario *ad acta* è il dottor Mario Morlacco, nominato con delibera del Consiglio dei ministri del 3 marzo 2011, e da ultimo confermato nell'incarico con delibera del Consiglio dei ministri del 23 marzo 2012.

Il commissariamento è preposto all'attuazione degli interventi già avviati con il piano di rientro. Lo strumento per l'implementazione delle azioni sono i programmi operativi, predisposti dal Commissario *ad acta* ed approvati dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze. Infatti, l'articolo 2, comma 88, della legge del 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate restano fermi 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.

La Regione Campania ha predisposto successivi aggiornamenti dei programmi operativi:

- programmi operativi 2010-2011, approvati con decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 25 del 13 aprile 2010;
- programmi operativi 2011-2012, approvati con decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 45 del 20 giugno 2011;
- aggiornamento dei programmi operativi per l'esercizio 2012, approvato con decreto del Commissario *ad acta* per la sanità n. 53 del 9 maggio 2012.

In linea generale, il sistema di responsabilizzazione introdotto con la normativa sui piani di rientro, grazie ai meccanismi premiali

(accesso a risorse aggiuntive per le Regioni che conseguono gli obiettivi), e sanzionatori (mancato accesso a risorse ulteriori, inasprimento delle misure fiscali, blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in cui si riscontra l'inadempimento, divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo, commissariamento per le Regioni inadempienti) ha fatto sì che si verificasse una riduzione del disavanzo: il risultato di esercizio 2010-2011 è infatti migliorato del 63,82 per cento, con una variazione in positivo di 305,45 milioni di euro.

Sono stati realizzati progressi nella riduzione dei costi di produzione della sanità regionale, in particolare in quelli del personale e in quelli della farmaceutica convenzionata. La diminuzione della spesa per il personale, nel 2011 inferiore del 5 per cento rispetto al 2009, deriva soprattutto dal blocco del *turn-over* che ha ridotto le unità di circa il 10 per cento in 5 anni (da 55 mila dipendenti nel 2006 a circa 50 mila del 2012). Nel 2010, ed ancora di più nel 2011, si è inoltre cercato di limitare l'eccessivo ricorso agli straordinari e le altre componenti della retribuzione accessoria. La spesa farmaceutica ha, invece, beneficiato di una intensa azione di controllo delle prescrizioni, dei provvedimenti in favore dell'uso dei farmaci generici e della introduzione di misure di compartecipazione dei cittadini (ticket e quota ricetta). È invece aumentata del 4,4 per cento la spesa per l'acquisto di beni e servizi.

Sono, poi, stati avviati ulteriori interventi per attuare il piano di rientro: riassetto della rete ospedaliera (accorpamenti delle Asl, diminuite da 24 a 17) e dei laboratori, ridefinizione dell'assistenza sanitaria da erogatori privati accreditati, centralizzazione degli acquisti (affidamento alla società per azioni So.Re.Sa. delle funzioni di acquisto e fornitura), adozione di nuovi procedimenti contabili ed amministrativi (piano di contabilità generale unico regionale), nonché di documenti programmatici aziendali.

È, quindi, innegabile che l'azione di risanamento sia stata incisiva. Ciononostante è indubbio che i risultati siano dovuti, oltre che al rallentamento della dinamica di crescita dei costi, all'aumento dei ricavi (+346,29 milioni di euro in tre anni).

	Costi	ricavi	Saldo MSI	Risultato di Esercizio
2008	- 10.230.960	9.705.460	-289.260	-814.760
2009	- 10.272.160	9.786.790	-303.510	-788.880
2010	- 10.162.930	9.969.630	-285.330	-478.640
2011	- 9.939.600	10.051.750	-285.330	-245.476

La Campania, che in valore assoluto ha fra i più elevati valori di spesa, migliora il *trend* evidenziato nel 2010 e riduce i costi da poco più di 10 miliardi di euro a 9,92 miliardi di euro del 2011, con una

riduzione del 2,2 per cento. Al termine dell'esercizio 2011 il disavanzo è pari a circa 245 milioni di euro. La situazione debitoria del sistema sanitario regionale nel 2011 ammonta a 4.617 milioni di euro, mentre quello a carico delle ASL è pari a 4.838 milioni di euro⁽²⁵⁾.

Seppure in un contesto di generale miglioramento, la Campania non è riuscita a trovare adeguata copertura al disavanzo. Si sono quindi realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente: l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti; l'applicazione del blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso; l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

2.4. Misure per il ripianamento del debito.

Nell'ambito dell'attuazione del piano di rientro e dei successivi programmi operativi, con i decreti commissariali n. 12 del 21 febbraio 2011, n. 48 del 20 giugno 2011 e n. 22 del 7 marzo 2012 è stato predisposto un piano dei pagamenti dei debiti sanitari.

Tali provvedimenti sono orientati a ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori delle aziende sanitarie, ad abbattere il contenzioso e i relativi oneri per il mancato pagamento, nonché a ridurre il volume di pignoramenti in essere, attivando un complesso coordinato di azioni volto a definire le modalità attuative di una gestione centralizzata finalizzata a:

- incassare nei tempi più brevi i fondi attesi dallo Stato;
- intensificare le azioni amministrative finalizzate ad assicurare regolarità e tempestività nei pagamenti;
- promuovere gli ordinari strumenti di smobilizzazione dei crediti;
- certificare, limitatamente ai casi in cui non sia possibile procedere al pagamento per mancanza di liquidità, i crediti vantati dai fornitori che siano certi, liquidi ed esigibili;
- monitorare l'andamento del debito sanitario.

In particolare, con riferimento alla strategia operativa di ripianamento del debito pregresso, è stato previsto quanto segue:

- alle aziende sanitarie è stata attribuita la possibilità di definire celermente, nei limiti dei 60.000 euro, accordi transattivi aventi ad oggetto i crediti pregressi;

(25) Audizione del Presidente della Sezione di controllo della Corte dei conti per la Campania, in *Resoconto stenografico della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*, 11 ottobre 2012, pag. 7.

— alla struttura commissariale, con il supporto tecnico della So.Re.Sa., è stato demandato il compito di definire protocolli d'intesa con le associazioni dei creditori e/o con singoli creditori di maggiore rilievo, relativamente alle forniture già effettuate ed i cui crediti risultano scaduti alla data del 30 giugno 2011. Tali protocolli sono finalizzati, oltre all'estinzione delle partite debitorie pregresse per « classi di creditori », ad estinguere le azioni esecutive in corso, con la conseguente rimozione dei vincoli di risorse apposti presso i tesorieri delle aziende sanitarie.

Le pretese creditorie, così come vantate dai creditori, sono soggette alla procedura di accertamento di cui al decreto commissariale n. 12 del 2011 da parte delle aziende sanitarie debentrici, al fine di legittimarne la liquidazione in quanto certe, liquide ed esigibili.

Alla data del 20 luglio 2012 sono stati stipulati 17 accordi quadro con associazioni dei creditori e/o con singoli creditori di maggiore rilievo del Servizio sanitario regionale. Attualmente gli accordi sono complessivamente 28, per un valore di circa 1.700 milioni di euro.

Con la stipula dei protocolli d'intesa risulta realizzabile per il Servizio sanitario regionale un risparmio pari all'8 per cento del valore del credito transatto, risparmio imputabile alla rinuncia da parte dei creditori sanitari, sia agli interessi e alle spese legali, in parte riconosciuti dall'autorità giudiziaria, sia, talvolta, ad una parte del capitale.

In sede di riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 30 marzo 2012, i Ministeri affiancanti, prendendo atto dell'avvio della fase operativa del piano dei pagamenti, hanno erogato alla regione una quota, a titolo di premialità, delle restanti spettanze a tutto l'anno 2011, pari a 300 milioni di euro.

Vi è, però, da osservare che i risultati ancora ottenibili sono molto condizionati da criticità rilevate in alcune aziende sanitarie nel dare esecuzione agli accordi, in particolare per ciò che riguarda la certificazione del debito. Per tale motivo sarà necessario intervenire sulle aziende interessate per supportarle in un percorso di riorganizzazione.

2.5. Criticità.

I risultati della gestione corrente in termini di disavanzo lasciano irrisolto il problema del debito pregresso che, minando la stabilità finanziaria della sanità regionale, mette a rischio il rispetto dei requisiti minimi dei LEA (livelli essenziali di assistenza) e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Quasi tutte le voci del bilancio regionale evidenziano alti profili di criticità: situazione debitoria pregressa non compiutamente stimata, gestione del personale, contenzioso, attività di staff, amministrazione e formazione, spesa farmaceutica, acquisizione di beni e servizi tramite appaltatori o soggetti in rapporto di accreditamento.

Le misure di razionalizzazione e di rientro dal debito sanitario avviate con la legge regionale n. 28 del 24 dicembre 2003 non hanno