

Risultato di gestione IV trimestre 2011		(milioni di euro)
Risultato di gestione con ammortamenti non sterilizzati		-81,430
Rettifica entrata medicina penitenziaria		-17,808
Risultato di gestione con ammortamenti non sterilizzati		-99,238
Rischio da relazione Regione		-8,300
Rischio da iscrizioni contabili		-13,250
Totale disavanzo con ammortamenti non sterilizzati		-120,788
Coperture:		
stima gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli massimi -anno imposta 2012-		337,391
Rideterminazione stima entrate fiscali anno d'imposta 2010 e 2011 e consuntivazione 2009		45,621
totale coperture		383,012
risultato di gestione dopo coperture con ammortamenti non sterilizzati		262,224

Regione Calabria

Quanto alla Regione Calabria, nella **riunione del 4 aprile 2012**, Tavolo e Comitato sulla base delle precedenti riunioni, dell'istruttoria condotta e analiticamente esaminata, hanno valutato quanto in appresso:

hanno valutato positivamente i progressi conseguiti nell'attività di certificazione del debito e l'attività di potenziamento del monitoraggio dei conti aziendali da parte della Struttura Commissariale che ha determinato un miglioramento nella tempestività, nella regolarità e nell'attendibilità della rappresentazione dei dati contabili. Viceversa, Tavolo e Comitato hanno evidenziato ritardi e criticità nell'attuazione del riassetto della rete ospedaliera e relativamente agli atti riguardanti assunzioni di personale assunto in contrasto con le misure di contenimento della spesa contenute nel Piano di rientro.

In via ulteriore, sulla base di quanto pervenuto sulla piattaforma documentale, particolari criticità sono emerse nei rapporti tra i Subcommissari nominati dal Governo ed il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria. In particolare, da un lato emergono elementi segnaletici di un atteggiamento non collaborativo da parte della struttura amministrativa regionale, dall'altro, è riscontrabile una criticità anche nei rapporti istituzionali tra gli stessi Subcommissari ed il Presidente della Regione – Commissario *ad acta*.

Nella riunione odierna, sulla base dell'istruttoria condotta, nel contesto sopra rappresentato, Tavolo e Comitato valutano quanto segue:

- sulla base delle informazioni rese in merito alla conclusione del processo di riconoscimento e riconciliazione del debito, il debito al 31/12/2007 ha un'esigenza di copertura ricompresa nell'intervallo 437-735 mln di euro;
- il disavanzo non coperto per gli anni 2008-2009, sulla base dei dati definitivi di conto economico, è pari a 150,587 mln di euro;

- il disavanzo non coperto relativo all'anno 2011, che ricomprende la rettifica della penitenziaria, tutti gli ammortamenti non sterilizzati e la perdita 2010 portata a nuovo, è pari a 35,488 mln di euro. Alla luce di quanto sopra riportato, essendo presente un disavanzo non coperto di 35,488 mln di euro, si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per 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 e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo;
- prendono atto delle attività svolte sul versante patrimoniale e per la completa attuazione del decreto legislativo 118/2011, chiedono di essere relazionati in merito ai relativi sviluppi delle attività evidenziando, come già fatto nella precedente riunione del 14 dicembre 2011, il costante miglioramento nella rappresentazione dei fatti contabili della regione Calabria e delle procedure a ciò finalizzate;
- in merito alla verifica annuale 2011:
 - a) con riferimento alle reti assistenziali prendono atto delle attività condotte dalla gestione commissariale per dare attuazione a quanto previsto dal decreto 18/10 e s.m.i., ma ritengono che sia necessario risolvere le numerose criticità soprattutto relative alla riconversione delle strutture ospedaliere in strutture territoriali;
 - b) è necessario provvedere ad una chiara definizione delle attività da svolgere nei CAPT e/o nelle Case della Salute;
 - c) è necessario procedere al raccordo tra le ordinanze commissariali relative alla costruzione dei tre nuovi ospedali con il decreto 18/10 e s.m.i.;
 - d) sottolineano la necessità di definire un percorso per la concreta applicazione del decreto relativo alla presa in carico della disabilità;
 - e) ritengono che sia necessario portare a compimento il più volte citato provvedimento della rete dell'emergenza;
 - f) ritengono necessaria una revisione delle Linee Guida sugli Atti Aziendali in particolare per quanto concerne l'eccessivo numero delle unità operative semplici;
- persistono criticità relative alle previsioni normative disciplinate dall'art. 40 della LR 47/11 che determinano una situazione di confusione istituzionale relativa alla realtà dell'Asp di Reggio Calabria;
- vi è ritardo nella ridefinizione delle reti assistenziali ospedaliera, territoriale ed emergenza-urgenza;

- persiste la mancata rimozione dei provvedimenti commissariali in contrasto con il Piano di rientro e il superamento delle impugnative;
- si evidenzia la debolezza dell'impianto sanzionatorio nei confronti dei direttori generali con riferimento alle assunzioni effettuate in contrasto con i vincoli del Piano di rientro e con la normativa vigente;
- si evidenzia la mancata soluzione delle problematica relativa alla Fondazione Campanella;
- si valuta ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti.

In sintesi Tavolo e Comitato registrano la conclusione del processo di ricognizione e riconciliazione del debito pregresso al 31/12/2007 (in esito alla quale si è determinata un'esigenza di copertura compresa nell'intervallo 437-735 milioni di euro) e il miglioramento delle procedure amministrativo gestionali della regione nella rappresentazione dei fatti contabili. Tuttavia non possono non evidenziare un ritardo nella ridefinizione delle reti assistenziali ospedaliera, territoriale ed emergenza-urgenza e nella soluzione delle problematiche specifiche sopra richiamate, evidenziano un non adeguato e collaborativo collegamento del competente Dipartimento regionale con la Gestione commissariale. In tali termini, l'insieme delle gravi disfunzioni sopra evidenziate, potrebbe, se non tempestivamente corrette, generare criticità tali da determinare i presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 2, comma 84, della legge 191/2009.

In merito alle conclusioni sopra riportate ed illustrate da Tavolo e Comitato ai rappresentanti regionali al termine della riunione di verifica, il Presidente - Commissario, in disaccordo, ha rappresentato l'intenzione di rapportarsi direttamente al Presidente del Consiglio dei Ministri per eventualmente rassegnare nelle sue mani le dimissioni dall'incarico di Commissario.

In sintesi la perdita complessiva risulta determinata nelle seguenti componenti:

Risultato di gestione IV trimestre 2011		(milioni di euro)
Risultato di gestione con ammortamenti non sterilizzati		-139,404
Rettifica entrata medicina penitenziaria		-2,123
Risultato di gestione con ammortamenti non sterilizzati rideterminato		-141,527
Perdita 2010 portata a nuovo		-13,724
Totale disavanzo		-155,251
Coperture:		
Stima gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli massimi -anno imposta 2012-		128,245
Rideterminazione stima entrate fiscali anno d'imposta 2010, 2011 e consuntivazione 2009		-6,198
Rideterminazione gettito 0,15 e 0,30 a.i. 2010 e 2011		-2,284
Totale coperture		119,763
Disavanzo 2011 non coperto con ammortamenti non sterilizzati		-35,488

6 La spesa corrente della sanità regionale: analisi per categorie economiche

L'analisi per categorie economiche dei costi che determinano la spesa corrente del Servizio Sanitario consente di analizzarne la composizione, individuando il peso delle singole voci e le componenti di maggior rilievo. L'andamento delle grandezze economiche che maggiormente incidono sui costi della sanità è osservato, nell'arco temporale dell'ultimo quinquennio, sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute e desunti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) relativi alla comunicazione CE del IV trimestre 2011, e ai consuntivi per gli anni 2007, 2008, 2009 e 2010.

TAB. 20/SA

**COSTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA
ANNI 2007 – 2011**

(milioni di euro)

classificazione economica	2007	incidenza % su totale	2008	Var. % eserc. prec.	incidenza % su totale	2009	Var. % eserc. prec.	incidenza % su totale	2010	Var. % eserc. prec.	incidenza % su totale	2011	Var. % eserc. prec.	incidenza % su totale	Var. % 2007-2010
personale	33.829	32,1	35.266	4,25	32,5	36.192	2,62	32,45	36.674	1,33	32,55	36.149	-1,43	32,17	6,86
beni e servizi ⁽¹⁾	31.489	29,88	32.482	3,15	29,94	33.928	4,45	30,42	34.204	0,81	30,36	35.150	2,77	31,28	11,62
farmaceutica convenzionata	11.542	10,95	11.227	-2,74	10,35	10.997	-2,04	9,86	10.913	-0,77	9,69	9.930	-9,01	8,84	-13,97
ospedaliera accreditata	8.706	8,26	8.877	1,97	8,18	8.827	-0,57	7,91	8.849	0,26	7,85	8.891	0,46	7,91	2,12
medicina generale convenzionata	6.008	5,7	6.068	0,99	5,59	6.361	4,83	5,7	6.541	2,83	5,81	6.625	1,28	5,9	10,26
altra assistenza convenzionata e accreditata	4.785	4,54	5.650	18,07	5,21	5.984	5,9	5,36	6.292	5,15	5,58	6.413	1,92	5,71	34,01
specialistica convenzionata e accreditata	3.728	3,54	3.906	4,77	3,6	4.080	4,46	3,66	4.504	10,41	4	4.654	3,32	4,14	24,85
riabilitativa accreditata	2.243	2,13	1.969	-12,18	1,82	1.976	0,35	1,77	1.971	-0,28	1,75	1.972	0,07	1,76	-12,07
integrativa e protesica convenzionata e accreditata	1.666	1,58	1.808	8,48	1,67	1.867	3,27	1,67	1.915	2,57	1,7	1.922	0,37	1,71	15,33
costi straordinari, stimati	1.385	1,31	1.244	-10,18	1,15	1.320	6,16	1,18	809	-38,75	0,72	654	-19,18	0,58	-52,8
totale	105.382	100,00	108.496	2,96	100,00	111.532	2,80	100,00	112.670	1,02	100,00	112.358	-0,28	100,00	6,62

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 trimestre al 6 aprile 2012.

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

I dati³⁴⁴ aggregati a livello nazionale [TAB. 20/SA] mostrano nel quinquennio un andamento crescente dei costi complessivi, che passano da circa 105 miliardi di euro del 2007 a poco più di 112 miliardi di euro nel 2011, con un incremento complessivo, a fine periodo, di circa 6,6 per cento. I dati del IV trimestre 2011, mostrano, tuttavia, una flessione dello 0,28% rispetto all'anno precedente, consolidando il rallentamento del ritmo di crescita già evidenziato nel periodo 2006-2010.

Se, poi, si rivalutano i dati del 2007 applicando il coefficiente ISTAT per tradurre i valori monetari di quell'anno in valori del 2011, si nota che, in realtà, il costo globale del 2011 presenta una riduzione dell'1,7 per cento. Le voci di spesa che contribuiscono alla riduzione complessiva sono il personale, la farmaceutica convenzionata, l'ospedaliera accreditata, la riabilitativa accreditata e i costi straordinari.

TAB. 20.a/SA

**COSTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA
ANNI 2007 – 2011**
Confronto tra valori 2007 rivalutati al 2011 e valori nominali

(in milioni di euro)

Classificazione economica	2007 valori nominali	2007 valori rivalutati al 2011 (coeff. ISTAT 1,085)	2011	Var. % 2011-2007 valori nominali	Var. % 2011-2007 Valori rivalutati
personale	33.829	36.704	36.149	6,86	-1,51
beni e servizi	31.489	34.166	35.150	11,63	2,88
costi straordinari, stimati	1.385	1.503	654	-52,78	-56,48
medicina generale convenzionata	6.008	6.519	6.625	10,27	1,63
farmaceutica convenzionata	11.542	12.523	9.930	-13,97	-20,71
specialistica convenzionata e accreditata	3.728	4.045	4.654	24,84	15,06
riabilitativa accreditata	2.243	2.434	1.972	-12,08	-18,97
integrativa e protesica convenzionata e accreditata	1.666	1.808	1.922	15,37	6,33
altra assistenza convenzionata e accreditata	4.785	5.192	6.413	34,02	23,52
ospedaliera accreditata	8.706	9.446	8.891	2,12	-5,88
totale	105.382	114.339	112.358	6,62	-1,73

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.

³⁴⁴ Si precisa che la disamina dei dati viene effettuata sotto l'aspetto delle categorie economiche di spesa e pertanto i costi sono espressi al netto delle spese relative alla mobilità verso Bambini Gesù e verso SMOM (Sovrano Militare Ordine di Malta).

Restando ad analizzare i risultati a valore storico, si conferma che le categorie economiche che incidono maggiormente sono i **costi per il personale, l'acquisto di beni e servizi, e la spesa per la farmaceutica convenzionata** con il S.S.N.

Avuto riguardo agli andamenti nel quinquennio, appaiono in flessione le voci relative ai **costi straordinari stimati**, la cui riduzione sfiora il 53 per cento, la **farmaceutica convenzionata** (-13,97 per cento) e la **riabilitativa accreditata** (-12,07 per cento), confermando il *trend* rilevato nel periodo 2006-2010.

Crescono significativamente, invece, la **specialistica convenzionata e accreditata** sia su base annua (3,3 per cento), che nel quinquennio (24,8 per cento), e l'**altra assistenza convenzionata e accreditata** (1,9 per cento rispetto al 2010, 34 per cento nel quinquennio).

Il confronto tra il 2011 e il 2010 evidenzia una lieve flessione della voce più significativa di spesa, quella per il **personale**, che passa dai 36,67 miliardi di spesa del 2010 ai 36,15 miliardi del 2011, con una riduzione percentuale dell'1,4. Resta pressoché invariata l'incidenza sul totale dei costi complessivi, che si attesta a circa il 32,2 per cento.

Crescono i costi per **l'acquisto di beni e di servizi** (2,8 per cento) la cui spesa passa dai 34,20 miliardi di euro del 2010 ai 35,15 miliardi, incidendo per il 31,3 per cento sulla spesa complessiva.

Più rilevante il contenimento dei costi per la **farmaceutica convenzionata**, terza componente in ordine di grandezza della spesa sanitaria. Si rileva una flessione di circa il 9%, rispetto all'anno precedente, cui corrisponde una riduzione dell'incidenza sulla spesa totale all'8,8 per cento contro il 9,7 per cento del 2010.

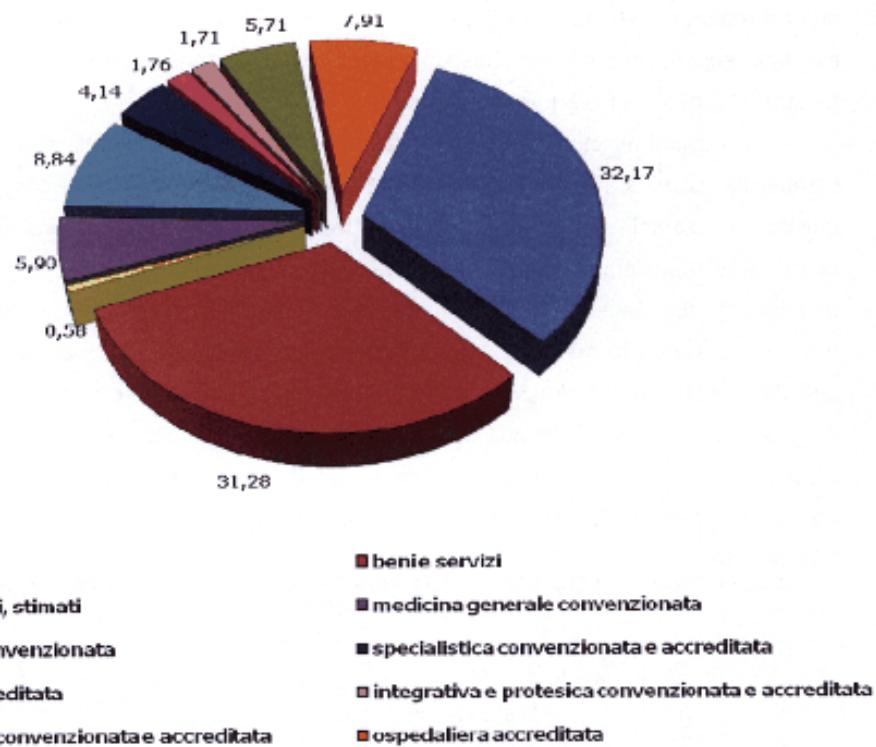
Pressoché invariate restano l'**ospedaliera accreditata**, la **riabilitativa accreditata** e l'**integrativa e protesica convenzionata e accreditata**, con incrementi inferiori allo 0,5 per cento.

Cresce del 3,3 per cento la **specialistica convenzionata e accreditata**.

In misura inferiore aumentano i costi della **medicina generale convenzionata** e dell'**altra assistenza convenzionata e accreditata** (rispettivamente dell'1,3 e dell'1,92 per cento).

Si riducono i costi straordinari, che, però, hanno un peso marginale (0,58 per cento).

Composizione percentuale dei costi del Servizio Sanitario Nazionale per categorie economiche - anno 2011



6.1 Analisi dei costi per categorie economiche nelle singole Regioni

Le tabelle che seguono mostrano gli aggregati di costo per categorie economiche in ambito regionale nel biennio 2010-2011. Le TABB. 21/SA-22/SA rappresentano le grandezze assolute separatamente per ciascun esercizio del periodo di riferimento, la TAB. 23/SA mostra le variazioni in termini percentuali.

In termini assoluti, anche quest'anno i valori più elevati della spesa si riscontrano in Lombardia, Lazio, Campania e Veneto. La Lombardia assomma costi complessivi per 18,04 miliardi di euro nel 2010 e 18,31 miliardi di euro nel 2011, con una crescita di circa l'1,5 per cento rispetto all'anno precedente (nel 2010 la crescita sul 2009 era pari a 3,5 punti percentuali). La Regione Lazio e la Regione Campania confermano e, anzi, migliorano, il trend già evidenziato nel 2010. La prima riduce i costi di circa l'1,3 per cento (nel 2010 i dati definitivi mostrano una riduzione dello 0,8 per cento) passando da 11,27 miliardi di euro del 2010 agli 11,13 miliardi del 2011. La seconda riduce i costi da poco più di 10 miliardi di euro a 9,92 miliardi di euro, con una riduzione del 2,2 per cento. Alle spalle della Campania si conferma il Veneto, che registra costi per poco più di 9 miliardi di euro.

TAB. 21/SA
COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - per Regioni e categorie economiche
ANNO 2010

REGIONI	personale	beni e servizi ⁽¹⁾	(in milioni di euro)								totale
			costi straordinari convenzionata	medicina generale convenzionata	farmaceutica convenzionata	Specialistica convenzionata, e accreditata	riabilitativa convenzionata e accreditata	integrativa protesica convenzionata e accreditata	altra assistenza convenzionata e accreditata	ospedaliera accreditata	
Piemonte*	2.976	2.679	11	475	775	280	175	200	568	549	8.689
Val.d'Aosta	115	110	1	15	22	2	5	3	8	3	283
Lombardia	5.142	4.997	7	907	1.560	1.002	244	233	1.683	2.264	18.040
P.A.Bolzano	550	309	1	54	62	6	6	38	61	23	1.110
P.A.Trento	403	313	15	57	79	25	3	22	146	55	1.117
Veneto	2.771	2.946	41	541	743	365	34	135	849	574	8.999
Friuli V.G.	953	898	15	127	230	52	60	46	46	62	2.489
Liguria	1.177	1.065	7	162	299	56	97	40	181	233	3.319
E. Romagna	3.000	2.846	43	511	715	175	8	117	613	600	8.628
Toscana	2.623	2.667	82	407	611	141	83	78	401	233	7.325
Umbria	613	597	4	90	156	16	8	38	83	42	1.648
Marche	1.041	997	17	168	285	43	69	28	100	100	2.847
Lazio*	3.075	3.516	90	577	1.195	523	229	239	443	1.387	11.274
Abruzzo*	788	790	48	151	264	49	71	26	89	113	2.389
Molise*	215	187	0	50	58	34	15	7	21	78	666
Campania*	3.217	2.867	176	646	1.069	740	281	173	174	805	10.147
Puglia*	2.191	2.144	86	495	869	238	240	128	237	742	7.370
Basilicata	393	315	7	83	106	26	66	32	34	5	1.068
Calabria*	1.290	889	38	248	442	116	64	70	126	200	3.482
Sicilia*	2.976	2.067	76	582	1.023	504	157	194	337	687	8.605
Sardegna	1.163	1.003	44	195	347	111	56	68	92	93	3.174
Totale	36.674	34.204	809	6.541	10.913	4.504	1.971	1.915	6.292	8.849	112.670

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.

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 variazione 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.

La comparazione in termini percentuali delle variazioni delle singole voci di costo per Regione [TAB. 23/SA], nel biennio 2010 - 2011 mostra che i maggiori incrementi si sono registrati con riferimento alla Provincia autonoma di Trento con il 2,4 per cento, al Friuli con circa l'1,6 per cento, alla Lombardia con circa l'1,5 per cento. Tra le Regioni sottoposte ai Piani di rientro le flessioni percentuali maggiori, rispetto all'esercizio precedente, si registrano per la Puglia (3,2%), la Campania (2,2%) e la Calabria (poco meno del 2,1%).

Per quanto concerne i costi che pesano maggiormente sulla spesa totale, si osserva una forte incidenza della **spesa per il personale** per la Provincia Autonoma di Bolzano, che

sfiora il 49 per cento della spesa complessiva [TAB. 24/SA]. L'incidenza del costo per il personale raggiunge significativi livelli di consistenza, anche nei conti della Valle d'Aosta (39,8%), del Friuli (37,5%) e dell'Umbria (37,2%), le quali hanno destinato quote rilevanti della propria spesa anche all'**acquisto di beni e servizi**. L'osservazione di tale voce di spesa nella TAB. 22/SA, rapportata alla spesa complessiva regionale, infatti, evidenzia che la Valle d'Aosta ha speso, nel 2011, per acquisto di beni e servizi, il 39,5 per cento della spesa totale, il Friuli il 37,5 per cento e l'Umbria il 36,7 per cento.

In particolare, tra le Regioni la cui spesa sanitaria incide maggiormente su quella complessiva, si osserva che la Campania e il Lazio mostrano sensibili flessioni, sia per la **spesa per il personale** (rispettivamente 5,6 per cento e 2,8 per cento), sia per la **farmaceutica convenzionata** (rispettivamente 10,5 per cento e 8,5 per cento). Lombardia e Veneto riducono la spesa per la farmaceutica convenzionata (7,5% l'una, 9,6% l'altra), mentre per entrambe si registra un'assai modesta riduzione della spesa per il personale, al di sotto dell'1 per cento.

Incrementano le spese per **l'acquisto di beni e servizi** Veneto (6,4 per cento), Lombardia (5,9%) e Campania (4,4%).

Si rileva, nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro, il positivo apporto della **farmaceutica convenzionata** al contenimento della spesa. Tutte, infatti, mostrano una riduzione della spesa nel periodo 2010-2011: la Calabria (17,4%), la Puglia (16,8%), la Campania (10,5%), il Piemonte (9,9%), il Lazio (8,5%) la Sicilia (6,7%, il Molise (5,8%) e l'Abruzzo (5%).

TAB. 23/SA

COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
per Regioni e categorie economiche
Variazioni percentuali 2011/2010

REGIONI	personale	beni eservizi	costi straordinari stimati e rimanenze	variazione delle rimanenze	costi generale convenzionata	farmaceutica convenzionata	Specialistica convenzionata e accreditata	riabilitativa accreditata	integrativa protesica convenzionata e accreditata	altra assistenza convenzionata e accreditata	ospedaliera accreditata	totale
Piemonte*	-1,36	0,21	69,02	-0,22	-9,94	-1,69	1,53	-4,20	-0,24	-0,53	-1,39	
Val.d'Aosta	-1,89	1,52	-100,00	6,39	-6,83	-11,14	10,52	6,50	-5,90	43,53	-0,20	
Lombardia	-0,54	5,88	224,66	-0,61	-7,48	5,16	-0,67	3,78	1,56	1,32	1,52	
P.A.Bolzano	-0,19	4,71	59,03	1,43	-8,18	10,66	3,11	3,22	1,38	1,23	1,19	
P.A.Trento	2,51	3,84	-55,01	1,56	-1,93	9,01	138,31	1,13	3,87	2,31	2,41	
Veneto	-0,61	6,39	42,49	0,38	-9,58	-0,94	-0,96	3,09	-0,64	-7,29	0,81	
Friuli V.G.	-0,45	5,68	-30,60	1,84	-4,91	-3,20	4,32	0,11	7,68	2,73	1,58	
Liguria	-1,71	0,17	101,46	0,40	-5,36	-3,33	-1,10	-8,54	1,75	6,11	-0,45	
E. Romagna	0,49	0,56	-45,20	1,28	-4,91	8,80	-6,05	3,20	0,52	2,16	0,20	
Toscana	-0,10	0,59	88,31	1,95	-10,21	-0,43	3,71	0,14	-2,93	1,00	0,33	
Umbria	0,20	1,56	-14,22	2,19	-6,26	7,50	-0,14	1,87	1,07	1,95	0,35	
Marche	-1,09	-0,12	-58,30	3,39	-10,26	3,76	3,07	23,74	10,59	8,76	-0,56	
Lazio*	-2,82	-0,71	-8,09	5,61	-8,47	-0,12	-3,87	4,00	11,98	-0,60	-1,27	
Abruzzo*	-1,80	0,58	-62,01	0,85	-5,04	16,18	5,39	-4,16	2,53	12,70	-1,01	
Molise*	-2,74	5,35	-2186,76	2,20	-5,85	5,29	10,74	8,59	1,45	-8,89	0,09	
Campania*	-5,57	4,44	-56,70	1,10	-10,51	2,92	-2,97	-3,87	4,15	2,45	-2,20	
Puglia*	-3,07	-0,66	10,46	1,22	-16,76	3,43	0,99	-11,65	0,54	-2,75	-3,19	
Basilicata	-0,18	3,91	42,72	0,35	-10,22	45,25	-24,92	-16,76	1,82	158,75	0,24	
Calabria*	-2,29	2,76	-59,23	0,13	-17,44	14,98	2,56	12,09	7,78	-2,35	-2,06	
Sicilia*	-1,34	8,21	-75,33	1,21	-6,67	3,00	6,90	0,72	1,30	1,73	0,64	
Sardegna	-0,04	2,82	-67,21	2,69	-4,01	5,47	5,53	1,73	7,78	-1,62	0,17	
Totale	-1,43	2,77	-19,18	1,28	-9,01	3,32	0,07	0,37	1,92	0,46	-0,28	

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.

6.2 Il costo del personale

La componente di maggior peso percentuale sul fabbisogno sanitario di parte corrente, anche per il 2011, è rappresentata dal costo per il personale che incide, come già detto³⁴⁵, nella misura del 32,2 per cento del costo complessivo del SSN [TAB. 24/SA].

Nell'ultimo quinquennio la dinamica della spesa continua ad essere crescente passando dai 33,8 miliardi di euro del 2007 ai 36,1 miliardi di euro del 2011 [TAB. 25/SA], con un incremento pari a circa il 6,9 per cento, più contenuto rispetto al periodo 2006-2010 (9,6%) e al quinquennio 2005-2009 (13,8%).

Se si confrontano i dati del 2011 con i dati rivalutati del 2007 [vd. TAB.20.a/SA] si rileva, invece, una contrazione dell'1,5 per cento.

TAB. 24/SA
INCIDENZA PERCENTUALE DELLE SPESE PER IL PERSONALE SUL COSTO COMPLESSIVO DEL
SSN - ESERCIZIO FINANZIARIO 2011

<i>Regioni/Province</i>	<i>Spesa personale 2011</i>	<i>Spesa complessiva sanità</i> <i>Regioni/Province</i>	<i>Incidenza % sul</i> <i>complessivo</i>
Piemonte*	2.936	8.569	34,26
Val.d'Aosta	113	282	39,85
Lombardia	5.114	18.314	27,92
P.A.Bolzano	549	1.123	48,91
P.A.Trento	413	1.144	36,08
Veneto	2.754	9.072	30,36
Friuli V.G.	949	2.529	37,53
Liguria	1.156	3.304	35,00
E. Romagna	3.015	8.645	34,87
Toscana	2.620	7.349	35,65
Umbria	615	1.654	37,17
Marche	1.029	2.831	36,35
Lazio*	2.989	11.132	26,85
Abruzzo*	774	2.365	32,74
Molise*	209	666	31,39
Campania*	3.038	9.924	30,61
Puglia*	2.124	7.134	29,77
Basilicata	392	1.070	36,67
Calabria*	1.261	3.411	36,97
Sicilia*	2.936	8.660	33,91
Sardegna	1.163	3.179	36,57
Totale	36.149	112.358	32,17

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.

³⁴⁵ Vd. sopra par. 6.

L'indagine di dettaglio sulle singole amministrazioni autonome [TAB. 25/SA] evidenzia alcuni aspetti di rilievo. La Provincia di Bolzano espone, come già in precedenza rilevato³⁴⁶, la più elevata incidenza della spesa per il personale che, pur se di modesto importo (549 milioni di euro), è pari a poco meno della metà della spesa sanitaria complessiva (48,9%), seguita dalla Valle d'Aosta (spesa per il personale pari a 113 milioni di euro, incidenza pari al 39,8%) e dal Friuli (spesa per il personale pari a 949 milioni di euro, incidenza pari al 37,5%).

Le Regioni che esppongono la spesa più elevata in valore assoluto sono la Lombardia (5,1 miliardi di euro, con un'incidenza sul totale regionale del 27,9%), la Campania (3 miliardi di euro, pari al 30,6% del totale regionale), l'Emilia Romagna (3 miliardi di euro, 34,9 per cento del totale regionale), il Lazio (circa 3 miliardi di euro, 26,8 per cento del totale regionale) e Piemonte e Sicilia (entrambe con circa 2,9 miliardi di spesa e incidenza sul totale regionale rispettivamente del 34,3% e del 33,9%).

TAB. 25/SA**COSTI DEL SSN PER CATEGORIA ECONOMICA****Anni 2006 - 2010****Personale**

(milioni di euro)

Regioni	2007	2008	variaz % anno preced	2009	variaz % anno preced	2010	variaz % anno preced	2011	variaz % anno preced	Δ% 2007-2011
Piemonte*	2.710	2819	4,02	2928	3,85	2976	1,65	2936	-1,36	8,32
Val.d'Aosta	102	113	10,62	112	-1,08	115	2,75	113	-1,89	10,31
Lombardia	4.642	4870	4,91	5016	3,00	5142	2,52	5114	-0,54	10,17
P.A.Bolzano	471	519	10,23	541	4,19	550	1,74	549	-0,19	16,61
P.A.Trento	361	378	4,78	400	5,82	403	0,61	413	2,51	14,36
Veneto	2.548	2681	5,21	2736	2,05	2771	1,31	2754	-0,61	8,10
Friuli V.G.	825	888	7,68	940	5,85	953	1,39	949	-0,45	15,03
Liguria	1.091	1133	3,83	1165	2,88	1177	0,96	1156	-1,71	6,00
E. Romagna	2.682	2858	6,55	2927	2,44	3000	2,48	3015	0,49	12,40
Toscana	2.351	2465	4,84	2576	4,50	2623	1,83	2620	-0,10	11,45
Umbria	556	588	5,79	604	2,73	613	1,52	615	0,20	10,54
Marche	946	971	2,60	1023	5,41	1041	1,71	1029	-1,09	8,79
Lazio*	2.919	3024	3,59	3059	1,16	3075	0,54	2989	-2,82	2,39
Abruzzo*	742	777	4,65	776	-0,06	788	1,59	774	-1,80	4,34
Molise*	209	208	-0,31	211	1,22	215	1,98	209	-2,74	0,09
Campania*	3.173	3188	0,48	3265	2,39	3217	-1,45	3038	-5,57	-4,25
Puglia*	2.009	2078	3,45	2141	3,03	2191	2,32	2124	-3,07	5,70
Basilicata	351	379	7,96	385	1,52	393	2,20	392	-0,18	11,80
Calabria*	1.203	1260	4,72	1291	2,48	1290	-0,05	1261	-2,29	4,80
Sicilia*	2.912	2980	2,34	2968	-0,42	2976	0,28	2936	-1,34	0,83
Sardegna	1.026	1090	6,29	1129	3,56	1163	3,01	1163	-0,04	13,33
Totale	33.829	35.266	4,25	36.192	2,62	36.674	1,33	36.149	-1,43	6,86

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.

³⁴⁶ Nel 2009 l'incidenza per la Provincia autonoma di Bolzano era pari al 48,70%. - Deliberazione Corte dei Conti Sezione delle Autonomie n. 17/2010/FRG, pag. 359. Nel 2010 era pari al 49,1% - Deliberazione Corte dei Conti Sezione delle Autonomie n. 6/2011/FRG, pag. 313.

Monitorando l'evoluzione della spesa nel quinquennio in esame si rileva che, dopo un rallentamento progressivo della dinamica di crescita, attestasi nel 2010 sull'1,33 per cento, i dati relativi al IV trimestre 2011 mostrano una riduzione percentuale di circa l'1,4 per cento. Campania (-5,6%), Puglia (-3%), Lazio (-2,8%), Molise (-2,7%) e Calabria (-2,29%), diminuiscono significativamente la spesa rispetto al 2010. Sono tutte Regioni sottoposte ai Piani di rientro, i quali allo scopo di rallentare la dinamica dei costi e ridurre il formarsi dei disavanzi, pongono in misura stringente i vincoli di spesa disciplinati dalla normativa vigente³⁴⁷.

In particolare la Regione Campania³⁴⁸ riduce la spesa del 2010 di oltre i 170 milioni di euro, determinando una flessione percentuale nel periodo 2007-2011 del 4,2 per cento.

Tra gli interventi di maggior rilievo il contenimento della crescita del costo del lavoro entro il tetto fissato dall'art. 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), i cui vincoli sono stati confermati dal patto per la Salute 2010-2012 e dalla legge finanziaria per il 2010, legge 23 dicembre 2009, n. 191³⁴⁹.

Queste azioni di riorganizzazione e razionalizzazione del sistema e di controllo e contenimento della spesa e della consistenza del personale, si accompagnano a numerosi provvedimenti legislativi, di portata generale e di ampio impatto. La riduzione della spesa per il pubblico impiego è obiettivo fondamentale per la flessione della spesa pubblica. Il D.L. 31 maggio 2010, n.78, convertito nella legge 30 luglio 2010, n.122, riduce il livello di finanziamento del SSN, collegato al costo dei rinnovi contrattuali, con conseguente riduzione della capacità di spesa degli enti del comparto sanitario. La manovra blocca senza possibilità di recupero le procedure concorsuali e negoziali relative al triennio 2010-2012, congela il trattamento economico complessivo delle retribuzioni per tre anni, abroga la clausola di salvaguardia per i dirigenti che ricevono incarichi di livello economico inferiore.

L'art. 16 del d.l. 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, prevede la possibilità di proroga fino al 2014, sia delle misure di limitazione delle facoltà

³⁴⁷ Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 - art. 5 -Atto n° 2271 (ex art. 8, co. 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173 sub e), della legge 30 dicembre 2004, n. 311)- Razionalizzazione della rete ospedaliera. - l. 23/12/2005, n. 266,art. 1, co. 9 e d.l. 4/7/2006, n. 223, convertito dalla l. 4/8/2006, n. 248, art. 27- Limiti alla spesa annua per studi ed incarichi di consulenza. - l. 16/11/2001, n.405, art.5 - Limiti alla spesa per farmaceutica territoriale. - l. 24/11/2003, n.326, art. 48 - Limiti alla spesa per farmaceutica complessiva.- Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 - art. 5 -Atto n° 2271 (ai sensi dell'art. 8, co. 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131,in attuazione dell'art. 1, co. 173 sub e), della legge 30 dicembre 2004, n. 311) – Vincoli alla crescita dei costi di produzione. - . l. 27/12/2006, n. 296, art.1, co. 565 – Contenimento della spesa per il personale.

³⁴⁸ In ragione dell'aggravamento delle misure previste dalla legge 311/2004 (innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale Irpef nella misura massima prevista dalla legislazione vigente) statuito dalla legge finanziaria 23 dicembre 2009, n. 191; delle delibere di Giunta nn. 514/07,,887/07,,1590/08, 130/09, 1271/09 sul blocco del turnover (vedi Deliberazione Corte dei conti Sezione delle Autonomie n. 6/2011/FRG., pag. 314); dei decreti del Commissario *ad acta* nn.10/2010, 28/2011, 67/2011, 87/2011 – Misure per il contenimento e razionalizzazione della spesa; è stato disposto il divieto automatico ed assoluto alle Aziende Sanitarie della Regione Campania di procedere ad assunzioni di personale sia a tempo indeterminato che a tempo determinato fino al 31.12.2012.

³⁴⁹ Sul punto si rinvia alla Deliberazione Corte dei conti Sezione delle Autonomie n. 6/2011/FRG., pagg. 314-315.

assunzionali per le amministrazioni dello Stato, sia di quelle che limitano la crescita dei trattamenti economici. Il comma 3, dell'art. 17 del citato decreto n. 98 proroga al 2013 e al 2014 le vigenti misure di riduzione, dell'1,4 per cento rispetto alla spesa dell'anno 2004, delle spese per il personale del servizio sanitario nazionale³⁵⁰.

Ulteriori riduzioni degli organici dirigenziali, di livello non generale, e delle dotazioni di personale non dirigenziale, sono, altresì, previste dal d.l. 13 agosto 2011 n. 138, convertito con legge 14 settembre 2011 n. 148.

Si ribadiscono le perplessità, già in precedenza espresse³⁵¹, circa la composizione dell'aggregato "spesa del personale" che può presentare difformità, legate alle diverse tecniche di contabilizzazione e alle diverse normative regionali. Criticità superabile con l'adozione di un sistema contabile e di uno schema di bilancio uniforme, ai sensi del d.lgs. n. 118/2011, almeno fino a quando non sarà a regime l'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio.

Si evidenzia, altresì, come tale voce di spesa, talvolta, sconti sottostime conseguenti alla mancata rappresentazione di una pluralità di spese che, pur rilevabili, sono diversamente classificate³⁵². Al riguardo, si pensi ai costi per consulenze, collaborazioni, rapporti di lavoro interinale e le altre prestazioni di lavoro sanitarie e non sanitarie, fornite con forme di contratto atipiche, classificate nella macrovoce "Acquisti di servizi", che possono essere elusive dei vincoli previsti dalla normativa vigente³⁵³.

6.3 La spesa farmaceutica

Una delle componenti più significative della spesa sanitaria è la farmaceutica, che ha manifestato dinamiche contrastanti: una crescita significativa della componente ospedaliera, a fronte di un rilevante contenimento della spesa convenzionata, attestarsi nel 2011 ad un livello inferiore a quello del 2010, anche grazie a ripetuti interventi legislativi, diretti a favorire l'appropriatezza nell'uso dei farmaci.

Il quadro normativo vigente, in materia di contenimento della spesa a carico del SSN, trae origine dal decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405, che, tra l'altro, ha posto in capo al Ministro della Salute ed al Ministro dell'Economia e delle Finanze l'onere di monitorare l'andamento della spesa farmaceutica e introdotto i tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale. A decorrere dall'anno 2004, la legge 24 novembre 2003, n. 326 ha introdotto il vincolo di spesa del 16 per cento all'assistenza farmaceutica complessiva.

³⁵⁰ d.lgs. n. 98/2011, art. 17, co. 3: "Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71, 72 e 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, si applicano anche in ciascuno degli anni 2013 e 2014."

³⁵¹ Deliberazione Corte dei Conti Sezione delle Autonomie n. 6/2011/FRG, pag. 313.

³⁵² Sezione regionale di controllo per il Friuli Venezia Giulia deliberazione n. 195/2010/PRSS.

³⁵³ Sezione Regionale di controllo per il Piemonte Deliberazioni nn. 246/2011/SSR e n. 69/2011/VSGF.

I tetti di spesa sono stati, poi, ridefiniti, a livello nazionale. In particolare, il limite di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è stato progressivamente ridotto, passando dal 14 per cento del 2008, al 13,6 per cento del 2009, sino al 13,3 per cento del 2010³⁵⁴, mentre quello per l'assistenza farmaceutica ospedaliera è fissato al 2,4 per cento dal 2008.

Il legislatore è, poi, intervenuto, nel 2007 e nel 2010³⁵⁵, avviando un nuovo sistema di regolazione della spesa farmaceutica, attraverso l'introduzione di strumenti finalizzati alla razionalizzazione e alla corretta programmazione (linee guida, monitoraggio spesa farmaceutica territoriale). Gli interventi proposti coinvolgono tutti i soggetti operanti nel comparto (il Ministero della Salute, Ministero dell'economia e delle finanze, l'Agenzia italiana del Farmaco - AIFA - e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative)³⁵⁶. In particolare, è attribuito al Ministero della Salute il compito di determinare, annualmente, il valore assoluto dell'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica, e all'Aifa di monitorare mensilmente, sia a livello nazionale, sia in ogni singola Regione, l'andamento della spesa. In caso di superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale a livello nazionale si prevede, tramite il cosiddetto meccanismo del *pay-back*, il ripiano interamente a carico della filiera del farmaco (aziende, grossisti, farmacisti).

Il decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito in legge 15 luglio 2011 n. 111, ha fissato gli incrementi del livello del finanziamento del SSN per il 2013 e 2014, e prevista la possibile introduzione, a far data dal 2014, di misure di compartecipazione³⁵⁷ sull'assistenza farmaceutica, ulteriori rispetto a quelle già applicate autonomamente dalle Regioni. Il predetto decreto ha, altresì, esteso, a decorrere dal 2013, il meccanismo del *pay-back*, anche in caso di superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, prevedendo di disciplinare le modalità attuative con specifico regolamento. In caso di mancata adozione del regolamento entro il 30 giugno 2012, la disposizione, al fine di garantire gli effetti finanziari

³⁵⁴ Il decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159, convertito nella legge 29 novembre 2007, n. 222, ha fissato il tetto per il 2008; il decreto legge 28 aprile 2009 n. 39, convertito in legge 24 giugno 2009, n. 77, ha fissato quello per il 2009; per il 2010-2011 la norma di riferimento è il decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito nella legge 3 agosto 2009, n. 102. Per il 2013 il tetto è stato ridotto al 12,5 per cento con decreto legge 6 luglio 2011 n. 98 convertito nella legge 15 luglio 2011 n. 111. Da ultimo il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, (*spending review*) ha ridotto il tetto al 13,1 per cento per il 2012 e all'11,5 per cento a decorrere dal 2013.

³⁵⁵ Vedi decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159, convertito nella legge 29 novembre 2007, n. 222, e decreto legge 31 maggio n. 78, convertito in legge 30 luglio 2010 n. 122.

³⁵⁶ Sul punto si rinvia alla deliberazione Corte dei Conti Sezione delle Autonomie n. 6/2011/FRG, pag. 316.

³⁵⁷ Lettera d) punto 1 art. 17- *Razionalizzazione della spesa sanitaria* - decreto legge 6 luglio 2011 n. 98 (Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria), convertito in legge 15 luglio 2011 n. 111: "a decorrere dall'anno 2014, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono introdotte misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale. Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario, da certificarsi preventivamente da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005".