

che rispettano il tetto programmato, i livelli più bassi di spesa si rilevano nelle Regioni settentrionali, in particolare nelle province di Bolzano (8,6%) e Trento (9,5%), Veneto ed Emilia Romagna (10,8%), Valle d'Aosta (11,0%), Piemonte e Lombardia (11,1%), seguite dalle altre Regioni in piano di rientro: il Molise (12,5%), l'Abruzzo (12,7%) e la Calabria (13,1%).

TAB. 26/SA

Spesa farmaceutica 2011/2012 e rispetto dei tetti di spesa*(milioni di euro)*

2012*								
A	B	C	D	E	F	G	H	I
FSN 2012	Tetto 13,1% farmaceutica territoriale su FSN	Tetto 2,4% farmaceutica ospedaliera su FSN	Spesa effettiva farmaceutica territoriale	Spesa effettiva farmaceutica ospedaliera	Incidenza % territoriale su FSN (D/A)	Incidenza % ospedaliera su FSN (E/A)	Tetto complessivo su FSN 15,5% (B+C)	Spesa effettiva complessiva (D+E)
107.164	14.038	2.571	13.069	4.179	12,2%	3,90%	16.610	17.248
2011*								
A	B	C	D	E	F	G	H	I
FSN 2011	Tetto 13,3% farmaceutica territoriale su FSN	Tetto 2,4% farmaceutica ospedaliera su FSN	Spesa effettiva farmaceutica territoriale	Spesa effettiva farmaceutica ospedaliera	Incidenza % territoriale su FSN (D/A)	Incidenza % ospedaliera su FSN (E/A)	Tetto complessivo su FSN 15,7% (B+C)	Spesa effettiva complessiva (D+E)
106.265	14.133	2.550	14.006	3.781	13,18	3,56	16.684	17.787

*Elaborazione Corte dei conti su dati Aifa (flusso tracciabilità), al netto dei pay back versati dalle aziende farmaceutiche alle Regioni e della spesa per vaccini

4.7.1 Le politiche per la razionalizzazione della spesa farmaceutica

La normativa nazionale di settore ha disegnato una complessa rete di competenze ed adempimenti per il monitoraggio e il contenimento della spesa farmaceutica, i cui attori principali sono l'AIFA, l'Osmed, le Regioni e i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

I dati che consentono tale monitoraggio sono ricavati da tre fonti informative, che sono, per la farmaceutica ospedaliera e la distribuzione "diretta" e "per conto", la banca dati del NSIS del ministero della Salute (che raccoglie i dati della contabilità economico patrimoniale trasmessi dalle aziende sanitarie) e il sistema della Tracciabilità del farmaco³¹³, mentre per la farmaceutica convenzionata e i ticket versati dai pazienti, i dati sono forniti e certificati dall'Osmed, sulla base delle informazioni mensili trasmessi all'AIFA da tutte le farmacie presenti sul territorio nazionale.

³¹³ Banca dati istituita con DM 15 luglio 2004.

Completano il quadro del monitoraggio il Tavolo tecnico e il Comitato LEA, istituiti presso i Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute, i quali verificano, rispettivamente, l'equilibrio economico della gestione e, quindi, anche il rispetto dei tetti di spesa farmaceutica programmati, e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate (LEA), anche sotto il profilo dell'appropriatezza prescrittiva dei consumi farmaceutici. Le Regioni, invece, hanno un ruolo centrale nel contenimento della spesa farmaceutica, che possono perseguire, oltre che attraverso l'imposizione di compartecipazioni alla spesa farmaceutica a carico del cittadino (ticket), anche incrementando la distribuzione diretta che, da sola, può consentire risparmi di spesa anche del 50 per cento rispetto ai prezzi rimborsati alle farmacie territoriali³¹⁴.

Le aree nelle quali il legislatore è intervenuto hanno disegnato un sistema di norme che regolano la formazione dei prezzi dei farmaci rimborsati dal SSN e definiscono tetti programmati di spesa in percentuale del FSN, prevedendo un sistema di rimborsi ("pay-back") e sconti, in caso di superamento degli stessi, a carico, rispettivamente, di produttori³¹⁵ e distributori.

Ruolo centrale in questo sistema è svolto dall'AIFA, che contratta³¹⁶ con le aziende produttrici il prezzo dei farmaci³¹⁷ rimborsabili dal SSN, e attribuisce³¹⁸ a ciascun produttore (titolare di autorizzazioni all'immissione in commercio di farmaci) un *budget* annuale, i cui valori complessivi devono corrispondere alla quota di risorse del FSN destinata a coprire il fabbisogno per l'assistenza farmaceutica territoriale.

L'intera filiera dei privati (produttore, grossista e farmacista) è tenuta a ripianare alle Regioni l'eccedenza di spesa farmaceutica territoriale rispetto ai tetti programmati, in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi di medicinali, mentre il ripiano dello sfioramento del tetto per la farmaceutica ospedaliera è stato, fino al 2012, a totale carico delle Regioni.

Il tetto alla spesa farmaceutica territoriale, pari al 13% della spesa sanitaria complessiva nell'anno 2002 (d.l. 347/01), è stato più volte rideterminato dalle successive manovre di stabilizzazione dei conti di finanza pubblica: così, fissato al 14% del FSN nel 2008

³¹⁴ L'articolo 9 della l. 386/1974 disciplina l'acquisto di farmaci da parte delle strutture pubbliche, che avviene con risparmi di spesa (a seconda del tipo di autorizzazione con cui il farmaco è stato immesso in commercio) che oscillano tra il 30 e il 50 per cento.

³¹⁵ In caso di mancata corresponsione del *pay-back* da parte delle aziende farmaceutiche, l'AIFA è autorizzata ad adottare provvedimenti di riduzione del prezzo di uno o più medicinali fino all'integrale restituzione di quanto non versato alle Regioni, incrementato del 20 per cento.

³¹⁶ L'AIFA svolge tale attività secondo le modalità definite dalla deliberazione CIPE 1/1/2001 e dalla l. 326/03.

³¹⁷ I farmaci, ai fini della rimborsabilità, sono classificati in tre diverse fasce: Fascia A, ricomprendente i farmaci interamente rimborsati dal SSN, la cui distribuzione può avvenire sia tramite le farmacie convenzionate presenti sul territorio, sia attraverso le strutture sanitarie pubbliche ("distribuzione diretta"); Fascia H, che sono farmaci di esclusivo uso ospedaliero o che possono essere distribuiti dalle strutture sanitarie; Fascia C, ovvero farmaci a totale carico del paziente. Questi ultimi, rispetto al regime di distribuzione, si distinguono in farmaci con obbligo di prescrizione e farmaci senza obbligo di prescrizione medica.

³¹⁸ La competenza AIFA ad attribuire a ciascun azienda un *budget* annuale è stata introdotta con il d.l. 159/2007, art. 5.

(d.l. 159/07), decresce al 13,6% nel 2009 (d.l. 39/2009) e al 13,3% a partire dal 2010 (d.l. 78/2009), mentre il tetto alla farmaceutica ospedaliera è stato pari, fino al 2012, al 2,4% del FSN.

Anche le più recenti disposizioni normative hanno di nuovo rimodulato i tetti alla farmaceutica: la manovra di revisione della spesa pubblica, attuata con il d.l. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, nell'introdurre numerose e incisive disposizioni per la razionalizzazione della spesa sanitaria, è di nuovo intervenuta sulla spesa farmaceutica, incrementando, a partire dal 2013, il tetto per la farmaceutica ospedaliera dal 2,4 al 3,5% del FSN, e diminuendo quello relativo alla farmaceutica territoriale, che scende dal 13,1 all'11,35%. A partire dal 2013, inoltre, anche per la spesa farmaceutica ospedaliera viene introdotto il meccanismo di ripiano mediante *pay-back* che, per una quota pari al 50% della spesa eccedente il tetto nazionale predeterminato, sarà a carico delle aziende produttrici, mentre il restante 50 per cento graverà sulle Regioni nelle quali si è verificato il superamento del limite.³¹⁹

Le politiche di contenimento della spesa farmaceutica, oltre a prevedere misure di tipo finanziario di ripiano *ex post* dell'eccedenza di spesa, basate sul *pay-back* e sugli sconti dovuti da grossisti e farmacisti al SSN, sono orientate anche ad ottenere incrementi di efficienza nell'uso delle risorse, conseguibili sia attraverso il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva, sia attraverso la revisione dei prontuari farmaceutici.

Tra gli strumenti introdotti a tale scopo con il d.l. 78/2010, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, va rammentata la predisposizione di Linee guida per migliorare l'efficienza delle aziende sanitarie nelle attività di immagazzinamento e distribuzione interna dei medicinali acquistati direttamente, e il compito, affidato all'AIFA, di predisporre tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singoli Regioni che evidenzino le migliori pratiche prescrittive di farmaci generici in termini di appropriatezza.

Anche il d.l. 158/2012 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, contiene misure di incentivazione dell'efficienza nell'uso delle risorse sanitarie, riguardanti sia lo sviluppo di servizi territoriali per la cura di patologie in alternativa ai ricoveri ospedalieri impropri, sia l'incremento dell'appropriatezza e dell'efficacia terapeutica dei farmaci prescritti dal SSN. Tra le disposizioni di specifico interesse per la farmaceutica, si segnala il nuovo adempimento a carico dell'AIFA per la revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale (da svolgere entro il 30 giugno 2013, ma di fatto ancora in corso a detta data), al fine di escludere dalla rimborsabilità i farmaci di dubbia utilità terapeutica, e l'obbligo, per le Regioni, di aggiornare (con periodicità almeno semestrale) i Prontuari

³¹⁹ Tuttavia, non sono tenute al ripiano le Regioni che abbiano fatto registrare un equilibrio complessivo nei conti.

terapeutici ospedalieri, al fine di selezionare quelle prassi cliniche e terapeutiche che offrano il miglior rapporto in termini di costi e benefici.

Le Regioni, infine, hanno il duplice obbligo di rendere immediatamente disponibili nelle proprie strutture sanitarie i farmaci caratterizzati da innovatività terapeutica (al fine di garantire a tutti i cittadini parità di accesso alle migliori cure disponibili sul territorio nazionale), e di segnalare all'AIFA eventuali dubbi (sulla base di specifica documentazione clinica) sui requisiti di innovatività agli stessi riconosciuti.

4.7.2 La spesa farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata netta, nel 2012, diminuisce del 10,35 per cento rispetto al 2011, segnando un risparmio pari a complessivi 1.037 milioni di euro (tab. 27/SA). È la diminuzione, sia percentuale, sia in valore assoluto, più sensibile a partire dal 2007, anno "spartiacque" nel decennio 2002/2012, dal quale inizia il processo di graduale ma costante ridimensionamento della spesa farmaceutica convenzionata: se, infatti, nel quinquennio 2002/2006 la farmaceutica convenzionata cresce ad un tasso medio annuo dell'1,15%, nel periodo 2006/2012 la spesa decresce ogni anno, ad un tasso medio del 4,32% (ma di ben il 18,74% nel solo triennio 2010/2012), con decrementi massimi nel biennio 2011/2012 pari, rispettivamente, a 983 e 1.037 milioni di euro.

Tutte le Regioni contribuiscono alla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata complessiva, anche se gli enti territoriali in Piano di rientro vi contribuiscono per circa il 51 per cento del risparmio totale (530 mln di euro); il calo più consistente, in cifra assoluta, è conseguito nelle Regioni Lazio (147,217 mln), Lombardia (120,426 mln) Emilia Romagna (94,618 mln) Puglia (86,954mln) e Sicilia (84,980mln) mentre, in valori percentuali, la variazione negativa più significativa è rilevata nella Provincia autonoma di Bolzano (17,11%), seguita da Liguria (16,58%), Basilicata (15,77%) ed Emilia Romagna (14,22%).

Esaminando le variabili che hanno inciso sul risultato, oltre al *pay back* e al sistema di sconti obbligatori a carico dei produttori e della filiera distributiva³²⁰ (TAB.28.a e 28.b/SA), si osserva che, a fronte di un modesto aumento del numero delle ricette (0,39% rispetto al 2011), i ticket derivanti sia dalla quota di compartecipazione pagata dal cittadino sui farmaci equivalenti, sia dal ticket fisso per ricetta, incrementano ulteriormente del 5,17% rispetto al 2011, anno nel quale si è registrato l'incremento più rilevante a partire dal 2009, pari, rispetto all'anno precedente, al 40,92%. I ticket complessivamente pagati dagli utenti del SSN ammontano, nel 2012, a 1.406 milioni di euro, dei quali oltre la metà (757,6 milioni di euro, circa il 53,88% del totale) sborsati dai residenti delle Regioni in Piano di rientro. Gli incrementi percentuali maggiori si sono verificati in Basilicata (43,20%), Liguria (31,76%),

³²⁰ Gli sconti obbligatori a carico delle farmacie sono, mediamente, pari al 3%.

Toscana (23,07%), Umbria (18,65%); in controtendenza la Sicilia, unica Regione a registrare un dato in flessione (-6,63%).

Confrontando, inoltre, i ticket versati nel 2012 rispetto al 2009, emerge la particolare "intensità" nell'incremento del contributo complessivamente versato dagli assistiti in Basilicata, Puglia e Campania, dove, nonostante il numero di ricette presentate nel 2012 sia inferiore (rispetto all'analogo dato 2009), rispettivamente, dell'1,66, 3,11 e 7,36 per cento, i ticket incrementano di un valore superiore al 200% in Basilicata, e al 100% in Puglia e Campania. Tra le Regioni, infine, che nel 2012 registrano un numero di ricette inferiore rispetto al 2011, solo la Sicilia segna anche un decremento nel valore dei ticket versati.

TAB. 27/SA

**Spesa farmaceutica convenzionata netta (1)
anni 2010 - 2012**

(migliaia di euro)

Regioni	Spesa netta 2010	Spesa netta 2011	Spesa netta 2012	Variaz. assoluta 2012/2011	Var.% 2012/2011	Variaz. assoluta 2012/2010	Var.% 2012 / 2010
Piemonte*	791.725	717.462	650.556	-66.906	-9,33	-141.169	-17,83
V. Aosta	21.746	19.856	18.206	-1.649	-8,31	-3.540	-16,28
Lombardia	1.595.982	1.491.249	1.370.824	-120.426	-8,08	-225.158	-14,11
P.A. Bolzano	60.644	57.073	47.308	-9.764	-17,11	-13.335	-21,99
P.A. Trento	77.729	73.896	67.057	-6.838	-9,25	-10.672	-13,73
Veneto	761.123	682.932	615.237	-67.696	-9,91	-145.887	-19,17
Friuli V.G.	227.873	211.772	189.202	-22.569	-10,66	-38.671	-16,97
Liguria	315.360	285.095	237.817	-47.277	-16,58	-77.542	-24,59
E. Romagna	735.020	665.310	570.692	-94.618	-14,22	-164.328	-22,36
Toscana	623.791	570.784	502.761	-68.023	-11,92	-121.030	-19,40
Umbria	158.429	146.424	134.118	-12.306	-8,40	-24.311	-15,35
Marche	284.071	262.933	236.870	-26.063	-9,91	-47.201	-16,62
Lazio*	1.186.996	1.085.902	938.685	-147.217	-13,56	-248.311	-20,92
Abruzzo*	267.548	248.849	222.570	-26.279	-10,56	-44.978	-16,81
Molise*	58.344	55.786	48.466	-7.321	-13,12	-9.878	-16,93
Campania*	1.079.767	953.778	875.852	-77.926	-8,17	-203.915	-18,89
Puglia*	881.368	735.490	648.536	-86.954	-11,82	-232.832	-26,42
Basilicata	107.577	97.823	82.393	-15.430	-15,77	-25.184	-23,41
Calabria*	437.398	366.971	334.762	-32.209	-8,78	-102.636	-23,47
Sicilia*	1.041.099	965.200	880.220	-84.980	-8,80	-160.879	-15,45
Sardegna	344.632	327.980	313.375	-14.605	-4,45	-31.257	-9,07
ITALIA	11.058.222	10.022.566	8.985.507	-1.037.059	-10,35	-2.072.715	-18,74

(1) La spesa netta è ottenuta sottraendo dalla spesa lorda gli importi derivanti dal ticket (per ricetta e come compartecipazione al prezzo di riferimento), gli sconti obbligatori a carico del farmacista (media pari al 3%), gli extrasconti derivanti dalle misure di ripiano (0,6% a carico del produttore, dei farmacisti e dei grossisti) e gli sconti derivanti dai provvedimenti disposti dal d.l. 78/2010 convertito con modificazioni dalla l. n. 122 del 30 luglio 2010, e dal d.l. 95/2012, convertito con modificazioni dalla l. n. 135 del 7 agosto 2012.

- Fonte: Agenzia Italiana (AIFA)- OSMED- dati aggiornati al 18 aprile 2013.

*Regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

TAB. 28.a/SA

Riepilogo andamenti consumi (spesa per ticket e numero ricette) 2009-2012 per Regione
Valori assoluti

Regioni	Ticket (migliaia di euro)				Ricette (migliaia)			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Piemonte*	53.523	59.285	74.186	75.815	39.757	41.030	42.032	42.796
V. d'Aosta	695	896	1.356	1.549	1.030	1.064	1.078	1.099
Lombardia	181.844	198.705	236.813	246.645	72.202	74.946	77.357	78.786
P.A. Bolzano	6.029	6.917	8.564	8.883	2.834	2.960	3.066	3.039
P.A. Trento	2.256	2.957	3.926	4.385	3.865	4.004	4.146	4.258
Veneto	86.392	97.169	118.533	123.640	37.429	39.005	39.723	40.189
Friuli V.G.	7.468	9.771	14.801	16.288	10.676	11.142	11.436	11.619
Liguria	19.411	23.039	32.391	42.677	16.368	16.635	16.773	16.505
E. Romagna	27.943	36.053	58.720	70.005	40.491	42.088	42.599	41.992
Toscana	25.498	31.448	46.575	57.320	36.729	38.082	38.573	38.104
Umbria	6.339	8.217	13.349	15.839	9.825	10.156	10.341	10.413
Marche	11.389	14.545	21.913	24.248	15.891	16.121	16.465	16.475
Lazio*	105.778	113.218	132.680	142.016	58.853	61.230	62.875	63.049
Abruzzo*	20.796	24.723	29.696	29.702	14.334	14.766	15.145	15.603
Molise*	5.591	6.070	7.571	8.958	3.270	3.320	3.377	3.318
Campania*	71.705	101.966	171.863	173.421	60.874	59.581	56.298	56.396
Puglia*	44.229	50.861	112.834	118.756	45.101	46.997	43.769	43.700
Basilicata	4.020	4.950	8.798	12.599	6.537	6.749	6.895	6.428
Calabria*	34.134	44.303	46.448	46.870	23.269	22.500	22.284	22.738
Sicilia*	134.606	146.838	173.567	162.059	55.554	56.930	57.740	57.295
Sardegna	12.575	15.885	22.406	24.417	17.119	17.805	18.294	18.764
Totale	862.221	997.815	1.336.988	1.406.091	572.009	587.111	590.265	592.567

* Regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

Fonte: Agenzia Italiana (AIFA)- OSMED- dati aggiornati al 18 aprile 2013.

TAB. 28.b/SA

Riepilogo andamenti consumi (spesa per ticket e numero ricette) 2009-2012 per Regione
Variazioni percentuali

Regioni	Ticket (migliaia di euro)			Ricette (migliaia)		
	Var. % 2012/2011	Var. % 2012/2010	Var. % 2012/2009	Var. % 2012/2011	Var. % 2012/2010	Var. % 2012/2009
Piemonte*	2,20	27,88	41,65	1,82	4,31	7,64
Valle d'Aosta	14,26	72,89	122,89	1,94	3,27	6,68
Lombardia	4,15	24,13	35,64	1,85	5,12	9,12
P.A. Bolzano	3,73	28,43	47,34	-0,88	2,66	7,23
P.A. Trento	11,69	48,30	94,38	2,69	6,35	10,17
Veneto	4,31	27,24	43,11	1,18	3,04	7,38
Friuli V.G.	10,05	66,70	118,10	1,60	4,28	8,83
Liguria	31,76	85,24	119,86	-1,60	-0,78	0,84
E. Romagna	19,22	94,17	150,53	-1,42	-0,23	3,71
Toscana	23,07	82,27	124,80	-1,22	0,06	3,74
Umbria	18,65	92,76	149,87	0,69	2,53	5,98
Marche	10,65	66,71	112,91	0,06	2,19	3,67
Lazio*	7,04	25,44	34,26	0,28	2,97	7,13
Abruzzo*	0,02	20,14	42,83	3,03	5,67	8,86
Molise*	18,32	47,57	60,21	-1,72	-0,05	1,48
Campania*	0,91	70,08	141,85	0,17	-5,35	-7,36
Puglia*	5,25	133,49	168,50	-0,16	-7,02	-3,11
Basilicata	43,20	154,52	213,40	-6,77	-4,75	-1,66
Calabria*	0,91	5,79	37,31	2,04	1,06	-2,28
Sicilia*	-6,63	10,37	20,39	-0,77	0,64	3,13
Sardegna	8,98	53,71	94,17	2,56	5,38	9,61
Totale	5,17	40,92	63,08	0,39	0,93	3,59

* Regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

Fonte: Agenzia Italiana (AIFA)- OSMED- dati aggiornati al 18 aprile 2013.

4.7.3 Verifica dei tetti di spesa

Nel 2012 la spesa farmaceutica complessiva (ospedaliera e territoriale, al netto del *pay-back* e della spesa per vaccini) è stata pari a 17.249 milioni di euro,³²¹ con un'incidenza sul FSN del 16,1 per cento (TAB.29 SA), superiore quindi, di 0,6 punti percentuali al tetto, normativamente predeterminato, del 15,5 per cento. Tuttavia, il dato 2012 segnala anche una tendenza positiva rispetto all'anno precedente, poiché diminuisce lo scostamento assoluto rispetto al tetto complessivamente programmato, che decresce di circa il 40 per cento, passando da 1.103 milioni di euro nel 2011 (1,04% del FSN), a 638 milioni di euro (0,60% del FSN 2012). Va anche chiarito che incide sullo sfioramento il fatto che la spesa farmaceutica territoriale, a norma dell'art. 5 del d.l. 159/07, convertito, con modificazioni, in legge 222/07, viene calcolata al lordo dell'importo del ticket, e della quota di compartecipazione relativa all'eventuale differenziale tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, la cui spesa è, in realtà, sostenuta dagli assistiti del Servizio sanitario nazionale.

Al netto degli oneri sostenuti dai privati l'incidenza della spesa farmaceutica complessiva sostenuta dalle Regioni è, in realtà, pari al 14,78% del Fondo sanitario nazionale (v. *infra*, TAB. 32 SA e relativo commento)

³²¹ Fonte: AIFA, dato da flusso della Tracciabilità.

TAB. 29/SA

**Superamento del tetto programmato del 15,5% di spesa farmaceutica complessiva (1)
per Regione, in ordine decrescente di scostamento assoluto
anno 2012**

(migliaia di euro)

Regione	FSN 2012 (A)	Tetto 15,5% (B)	Spesa complessiva 2012 al netto del pay back (C)	Sforamento tetto - v.a. (C-B)	Incidenza % spesa/FSN	Spesa complessiva 2011	Variatz. % 2012 / 2011
PUGLIA*	7.110.800	1.102.174	1.296.707	194.533	18,24	1.331.041	-2,58
LAZIO*	10.094.698	1.564.678	1.757.431	192.753	17,41	1.838.372	-4,40
SICILIA*	8.705.610	1.349.369	1.516.739	167.370	17,42	1.575.033	-3,70
SARDEGNA	2.893.615	448.510	555.634	107.123	19,20	573.979	-3,20
CAMPANIA*	10.004.978	1.550.772	1.648.123	97.351	16,47	1.652.864	-0,29
TOSCANA	6.804.777	1.054.741	1.111.702	56.962	16,34	1.153.197	-3,60
CALABRIA*	3.522.463	545.982	591.507	45.525	16,79	617.579	-4,22
MARCHE	2.814.140	436.192	463.627	27.435	16,47	495.658	-6,46
ABRUZZO*	2.407.933	373.230	398.963	25.733	16,57	415.664	-4,02
FRIULI V.G.	2.202.404	341.373	356.228	14.856	16,17	372.417	-4,35
UMBRIA	1.642.271	254.552	268.133	13.581	16,33	272.717	-1,68
LIGURIA	3.081.964	477.704	489.211	11.507	15,87	517.969	-5,55
BASILICATA	1.042.839	161.640	166.712	5.072	15,99	173.813	-4,09
MOLISE*	580.914	90.042	92.382	2.340	15,90	94.251	-1,98
PIEMONTE*	8.058.155	1.249.014	1.248.044	-970	15,49	1.300.804	-4,06
V. AOSTA	224.095	34.735	30.994	-3.741	13,83	33.033	-6,17
TRENTO	911.335	141.257	120.447	-20.810	13,22	121.749	-1,07
BOLZANO	859.093	133.159	109.006	-24.154	12,69	114.333	-4,66
E. ROMAGNA	7.983.639	1.237.464	1.201.154	-36.310	15,05	1.254.205	-4,23
VENETO	8.688.761	1.346.758	1.261.987	-84.771	14,52	1.293.698	-2,45
LOMBARDIA	17.530.265	2.717.191	2.564.303	-152.888	14,63	2.583.961	-0,76
ITALIA	107.164.751	16.610.536	17.249.033	638.496	16,10	17.786.337	-3,02

(1) La spesa complessiva è ottenuta sommando la spesa ospedaliera e la spesa territoriale al netto del pay back.

Dalla spesa farmaceutica non convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in A e la spesa per vaccini

* Regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

Fonte: Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) dati aggiornati al 18 aprile 2013.

Analizzando il risultato complessivo per aree geografiche, solo le Regioni settentrionali (ad eccezione del Friuli e della Liguria) rispettano il limite del 15,5 per cento, mentre tutte le altre Regioni lo travalicano, con scostamenti minimi (entro l'1 per cento) in Basilicata Campania e molte Regioni del centro nord (Molise, Marche, Umbria, Toscana, Friuli, Umbria, Toscana), medi, (tra l'1 e il 2 per cento), in Abruzzo, Calabria, Lazio, Sicilia, e massimi (tra il 3 e il 4 per cento) in Puglia e Sardegna. In particolare, tre Regioni in Piano di rientro, Puglia Lazio e Sicilia, da sole, totalizzano circa il 58 per cento dell'intera eccedenza di spesa (rispetto al tetto del 15,5 per cento).

Elemento critico nel governo della spesa farmaceutica si è riconfermato essere, come per gli anni precedenti, la componente di spesa attribuibile ai consumi farmaceutici in ambito ospedaliero (farmaci di fascia H); la spesa complessiva nazionale della farmaceutica ospedaliera ascende a 4.179 milioni di euro,³²² con un incremento sul 2011 di poco più del 10 per cento rispetto al livello dell'anno precedente, pari, in termini assoluti, a circa 400 milioni di euro. L'incidenza complessiva sul FSN è stata pari al 3,90 per cento, con uno scostamento

³²² Fonte: AIFA, dato da flusso della tracciabilità, al netto della spesa per vaccini e della distribuzione diretta di farmaci classificati in A.

assoluto, rispetto al tetto programmato del 2,4 per cento, di 1.607 milioni di euro (TAB.30 SA), dei quali 698 (il 43%, circa) dovuto alle Regioni in Piano di rientro.

TAB. 30/SA

Verifica del rispetto del tetto programmato del 2,4% di spesa farmaceutica ospedaliera 2012 al netto del pay back non convenzionato⁽¹⁾, per Regione, in ordine decrescente di scostamento assoluto

(migliaia di euro)

Regione	FSN 2012 (A)	TETTO valori assoluti (B)	Spesa Ospedaliera al netto del pay back non convenzionata C	Sforamento tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza % spesa osp./FSN (C/A)
LOMBARDIA	17.530.265	420.726	621.042	200.316	3,54
PUGLIA*	7.110.800	170.659	339.494	168.834	4,77
PIEMONTE*	8.058.155	193.396	355.177	161.782	4,41
TOSCANA	6.804.777	163.315	314.520	151.206	4,62
E. ROMAGNA	7.983.639	191.607	342.144	150.537	4,29
LAZIO*	10.094.698	242.273	376.560	134.287	3,73
VENETO	8.688.761	208.530	327.238	118.708	3,77
CAMPANIA*	10.004.978	240.119	315.798	75.679	3,16
SICILIA*	8.705.610	208.935	281.015	72.081	3,23
SARDEGNA	2.893.615	69.447	132.898	63.451	4,59
MARCHE	2.814.140	67.539	118.629	51.089	4,22
LIGURIA	3.081.964	73.967	123.607	49.640	4,01
FRIULI V.G.	2.202.404	52.858	99.943	47.085	4,54
CALABRIA*	3.522.463	84.539	129.490	44.951	3,68
ABRUZZO*	2.407.933	57.790	92.148	34.358	3,83
UMBRIA	1.642.271	39.414	72.172	32.758	4,39
BASILICATA	1.042.839	25.028	41.869	16.841	4,01
BOLZANO	859.093	20.618	35.022	14.404	4,08
TRENTO	911.335	21.872	34.086	12.214	3,74
MOLISE*	580.914	13.942	19.997	6.055	3,44
V. AOSTA	224.095	5.378	6.325	947	2,82
ITALIA	107.164.751	2.571.954	4.179.174	1.607.220	3,90

(1) Dalla spesa farmaceutica non convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in A e la spesa per vaccini

* Regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

Fonte: Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) dati aggiornati al 18 aprile 2013.

Tutte le Regioni travalicano il tetto programmato per l'assistenza ospedaliera, secondo una distribuzione geografica apparentemente casuale che vede associate a livelli relativamente bassi di spesa la Valle d'Aosta (2,8%), diverse Regioni in Piano di rientro, come Campania (3,2%), Sicilia (3,2%) e Molise (3,4%), e Regioni in equilibrio economico come la Lombardia (3,5%) e il Veneto (3,8%), mentre il livello più alto di spesa farmaceutica ospedaliera si registra in una delle Regioni in Piano di rientro, la Puglia (4,8%), seguita da Toscana (4,6%), Sardegna (4,6%) e Friuli (4,5%).

L'alto costo delle nuove categorie di farmaci implicanti alti livelli di investimenti in ricerca scientifica di base e innovazione tecnologica, è uno dei fattori che incidono sulla crescita della spesa farmaceutica ospedaliera. Probabilmente, poi, vi sono ancora spazi per una razionalizzazione delle modalità di acquisizione di farmaci ad uso ospedaliero, che potrebbero comportare ulteriori risparmi di spesa.

Tra le misure di ottimizzazione della spesa va ricordato il principio - introdotto dall'AIFA - del rimborso da parte delle ASL del prezzo dei farmaci altamente innovativi secondo gli effettivi benefici terapeutici ottenuti dai pazienti (*"payment by result"*); diverse ASL, in proposito, hanno istituito una figura di "responsabile del procedimento" di trascrizione, in appositi registri clinici, delle terapie farmacologiche seguite da ciascun paziente, e del grado di efficacia rilevata.

Da segnalare, inoltre, tra le disposizioni normative per il contenimento della farmaceutica ospedaliera, il d.l. 78/2010, in base al quale l'AIFA ha "trasferito" una serie di farmaci dispensati direttamente dalle strutture ospedaliere (farmaci di fascia H) alla distribuzione farmaceutica territoriale, e il d.l. 95/2012, che ha incrementato il tetto alla farmaceutica ospedaliera, portandolo, a partire dal 2013, dal 2,4 al 3,5 per cento del FSN.

Introdotta, infine, anche per l'ospedaliera, il meccanismo di ripiano (tramite *pay-back*) dello sfondamento del tetto programmato di spesa, che, a partire dal 2013, sarà per il 50 per cento a carico delle aziende produttrici, mentre il restante 50 per cento graverà sulle Regioni nelle quali si sia verificato il superamento del limite.

L'art. 15, comma 2, del d.l. 95/2012, cit., ha rideterminato il tetto per la spesa farmaceutica territoriale³²³, che è passato dal 13,3% al 13,1%. Il vincolo di spesa, su base nazionale, risulta rispettato, anche per il 2012, in linea con gli esiti del monitoraggio per il 2011 e 2010. La spesa farmaceutica territoriale al netto del *pay-back* (TAB.31 SA) mostra, infatti, un'incidenza pari al 12,2% del FSN, corrispondente ad un risparmio di spesa, rispetto a quello programmato, di 968,7 milioni di euro.

³²³ Precedentemente fissato al 14 per cento dall'art. 5, comma 1 della l. 222/2007, successivamente ridotto al 13,6 per cento per l'anno 2009, ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera c), del d.l. n. 39/2009 (convertito dalla l. 77/2009), ulteriormente ridotto al 13,3 per cento dal 2010 ai sensi dell'art. 22, comma 3 del d.l.778/2009 (convertito dalla l. 102/2009).

TAB. 31/SA

Verifica del rispetto del tetto programmato del 13,3% di spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2012, per ogni singola Regione, in ordine decrescente di scostamento assoluto

(migliaia di euro)

Regione	FSN 2011 A	TETTO v.a. B	Spesa farmaceutica territoriale (1) al netto del pay back C	Sforamento tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza % spesa farmaceutica territoriale/FSN (C/A)
SICILIA*	8.705.610	1.140.435	1.235.724	95.289	14,19
LAZIO*	10.094.698	1.322.405	1.380.871	58.466	13,68
SARDEGNA	2.893.615	379.064	422.736	43.672	14,61
PUGLIA*	7.110.800	931.515	957.213	25.698	13,46
CAMPANIA*	10.004.978	1.310.652	1.332.325	21.673	13,32
CALABRIA*	3.522.463	461.443	462.017	574	13,12
MOLISE*	580.914	76.100	72.385	-3.714	12,46
V. AOSTA	224.095	29.356	24.669	-4.688	11,01
ABRUZZO*	2.407.933	315.439	306.815	-8.625	12,74
BASILICATA	1.042.839	136.612	124.843	-11.769	11,97
UMBRIA	1.642.271	215.137	195.961	-19.177	11,93
MARCHE	2.814.140	368.652	344.998	-23.654	12,26
FRIULI V.G.	2.202.404	288.515	256.286	-32.229	11,64
TRENTO	911.335	119.385	86.361	-33.024	9,48
LIGURIA	3.081.964	403.737	365.604	-38.134	11,86
BOLZANO	859.093	112.541	73.983	-38.558	8,61
TOSCANA	6.804.777	891.426	797.182	-94.244	11,72
PIEMONTE*	8.058.155	1.055.618	892.867	-162.751	11,08
E. ROMAGNA	7.983.639	1.045.857	859.009	-186.847	10,76
VENETO	8.688.761	1.138.228	934.749	-203.479	10,76
LOMBARDIA	17.530.265	2.296.465	1.943.261	-353.203	11,09
ITALIA	107.164.751	14.038.582	13.069.858	-968.724	12,20

(1) Grandezza derivante dalla sommatoria della spesa farmaceutica netta, quota prezzo di riferimento, ticket fisso e spesa per distribuzione diretta (fascia A) detratto il *payback*.

*Regioni soggette ai Piani di rientro.

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dati aggiornati al 18 aprile 2013.

Gli andamenti regionali mostrano risparmi di spesa per 15 Regioni, con *performance* diverse, che individuano Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna come le più virtuose, mentre sfiorano il tetto la Sardegna e cinque Regioni sottoposte ai piani di rientro. Tra queste il Piemonte registra, invece, un risparmio di spesa di oltre 162 milioni di euro con un'incidenza dell'11,08%, ponendosi in termini di risparmio di spesa alle spalle dell'Emilia Romagna.

Sicilia e Lazio confermano livelli di spesa più elevati registrando gli scostamenti maggiori, rispetto alla spesa programmata, pari, rispettivamente, a circa 95 e 58 milioni di euro.

La Lombardia, invece, ancora una volta realizza il risparmio più significativo, tenendosi al di sotto del tetto programmato per oltre 353 milioni di euro, migliorando il risultato rispetto al 2011, quando il risparmio di spesa era stato di circa 283 milioni di euro.

L'esame della spesa farmaceutica effettivamente sostenuta dalle Regioni, al netto degli oneri a carico dei privati³²⁴ (TAB. 32/SA), esprime una spesa complessiva di 15,843

³²⁴ La spesa farmaceutica territoriale, a norma dell'art. 5 del d.l. 159/07, convertito, con modificazioni, in legge 222/07, viene calcolata al lordo dell'importo del ticket, e della quota di compartecipazione per Regione relativa all'eventuale

milioni di euro, con un'incidenza del 14,78 per cento sul FSN (al netto della spesa per farmaci in classe A e vaccini).

TAB. 32/SA

Spesa farmaceutica complessiva ⁽¹⁾ e spesa privata per ticket e quota di compartecipazione per Regione relativa all'eventuale differenziale tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto - Anno 2012
per Regione in ordine decrescente di incidenza %

(migliaia di euro)

Regione	FSN 2012 A	Spesa complessiva 2012 B	Ticket e compartecipaz. C	Spesa complessiva al netto dei ticket (B-C)=D	Incidenza % D/A
SARDEGNA	2.893.615	555.634	24.417	531.217	18,36
PUGLIA*	7.110.800	1.296.707	118.756	1.177.951	16,57
LAZIO*	10.094.698	1.757.431	142.016	1.615.415	16,00
MARCHE	2.814.140	463.627	24.248	439.379	15,61
SICILIA*	8.705.610	1.516.739	162.059	1.354.680	15,56
TOSCANA	6.804.777	1.111.702	57.320	1.054.382	15,49
CALABRIA*	3.522.463	591.507	46.870	544.637	15,46
FRIULI V.G.	2.202.404	356.228	16.288	339.940	15,43
UMBRIA	1.642.271	268.133	15.839	252.294	15,36
ABRUZZO*	2.407.933	398.963	29.702	369.261	15,34
BASILICATA	1.042.839	166.712	12.599	154.114	14,78
CAMPANIA*	10.004.978	1.648.123	173.421	1.474.702	14,74
PIEMONTE*	8.058.155	1.248.044	75.815	1.172.229	14,55
LIGURIA	3.081.964	489.211	42.677	446.534	14,49
MOLISE*	580.914	92.382	8.958	83.424	14,36
E. ROMAGNA	7.983.639	1.201.154	70.005	1.131.149	14,17
LOMBARDIA	17.530.265	2.564.303	246.645	2.317.658	13,22
V. AOSTA	224.095	30.994	1.549	29.444	13,14
VENETO	8.688.761	1.261.987	123.640	1.138.347	13,10
TRENTO	911.335	120.447	4.385	116.062	12,74
BOLZANO	859.093	109.006	8.883	100.122	11,65
TOTALE	107.164.751	17.249.033	1.406.091	15.842.941	14,78

(1) La spesa complessiva è ottenuta sommando la spesa ospedaliera e la spesa territoriale e sottraendo poi il *pay back*

* Regioni sottoposte ai Piani di rientro.

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dati aggiornati al 18 aprile 2013.

5 L'esposizione debitoria degli enti dei Servizi sanitari regionali

5.1 Aspetti generali

La Corte dei conti ha già avuto modo di porre in evidenza come l'esatta valutazione del fenomeno "indebitamento" richieda un'analisi complessiva delle passività e, in particolare, dell'esposizione debitoria verso i fornitori.

Questo profilo può essere assunto quale sintomatico indicatore di rischio per la tenuta degli equilibri di bilancio.

L'incremento delle passività a breve termine indica la difficoltà degli enti nel far fronte ai propri impegni commerciali, per insufficiente liquidità. Poiché le aziende sanitarie si

differenziale tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto la cui spesa è, in realtà, sostenuta dagli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

alimentano essenzialmente con la quota del fondo sanitario ad esse attribuito dalla Regione di appartenenza, il problema è strettamente connesso al ritardo con cui le Regioni trasferiscono le risorse. Come già rilevato in precedenza, il fenomeno dei debiti della pubblica amministrazione in generale, e degli enti del Servizio sanitario in particolare, è rilevante, e Governo e Parlamento sono intervenuti con misure specifiche, per il rilancio della crescita e per dare sostegno alle imprese.

Questo profilo è oggetto di attenzione anche da parte del Tavolo tecnico in sede di verifiche per l'attuazione dei piani di rientro, e in questa relazione se ne è data opportuna evidenza (v. *ante*, capp. 1 e 3).

L'allungamento dei tempi di pagamento delle forniture, in disparte ogni altra considerazione, comporta il frequente ricorso alle anticipazioni di tesoreria, e – in passato – ha indotto ad effettuare operazioni di cartolarizzazione dei debiti. Tutte soluzioni che comportano un aggravio di oneri, quanto meno in termini di interessi, e che – nel caso delle cartolarizzazioni – riversano sugli esercizi futuri le difficoltà attuali. Varie Regioni hanno adottato misure per tentare di fronteggiare il problema.

Il contenzioso derivante dall'insolvenza degli enti, poi, costituisce, in talune realtà territoriali, un fenomeno rilevante, di cui anche il legislatore si è dovuto fare carico per dare respiro ad enti in estrema sofferenza finanziaria. Sono state disposte, infatti, reiterate sospensioni delle azioni esecutive nei confronti di aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni sottoposte a Piano di rientro dai disavanzi sanitari. Detta sospensione era stata rinnovata fino al 31 dicembre 2013, dall' art. 1, comma 51 della l. 13 dicembre 2010, n. 220, come modificato, da ultimo, dall'art. 6-*bis*, comma 2, lettere a) e b), del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

La recente sentenza della Corte costituzionale n. 186 del 3 luglio 2013 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di queste disposizioni, per violazione dell'art. 111 della Costituzione. La Corte ha ritenuto che, a presidio della fondamentale esigenza di assicurare la continuità della erogazione delle funzioni essenziali connesse al Servizio sanitario, già risulta da tempo essere posta la previsione di cui all'art. 1, comma 5, del d.l. 18 gennaio 1993, n. 9 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio assistenziale), convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67, in base alla quale è assicurata la impignorabilità dei fondi a destinazione vincolata essenziali ai fini della erogazione dei servizi sanitari.

Il fenomeno è tuttora monitorato sia sotto il profilo degli andamenti generali, sia delle più puntuali verifiche che le Sezioni regionali di controllo effettuano sui singoli enti del Servizio sanitario pubblico ai sensi dell'art. 1, co. 170 della l. n. 266/2005, che prevede che i collegi sindacali di detti enti inviino una relazione sul bilancio d'esercizio, sulla base di linee

guida elaborate annualmente dalla Sezione delle autonomie della Corte (nelle linee guida 2013, deliberazione n. 19/AUT/2013/INPR, una sezione del questionario è dedicata a questo fenomeno con particolari approfondimenti).

L'art. 1, comma 3 del d.l. 174/2012 ha ribadito questo sistema di controllo, prevedendo, inoltre, la possibilità di bloccare i programmi di spesa causativi di squilibri finanziari degli enti (comma 7, con riferimento a programmi di spesa di cui si accerti la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria).

Nell'impostazione del questionario si è seguito il criterio adottato nei precedenti anni, ma tenendo conto delle innumerevoli novità intervenute, soprattutto in materia di armonizzazione dei bilanci degli enti pubblici, in quanto il d.lgs. 118/2011 per gli enti del servizio sanitario è entrato in vigore proprio con l'esercizio 2012, senza passare per un periodo di sperimentazione, come invece previsto per Regioni ed enti locali.

Le elaborazioni che seguono sono basate sui dati forniti dalle Regioni e corrispondenti alle risultanze di Stato Patrimoniale, consolidato a livello regionale in base ai modelli SP utilizzati per le comunicazioni al Sistema informativo della Sanità. La qualità delle rilevazioni di Stato Patrimoniale sta migliorando, anche se si rilevano ancora margini di errore e di approssimazione, che condizionano le valutazioni ed impongono un'avvertenza di cautela nell'interpretazione delle informazioni disponibili. Inoltre in sede istruttoria si è riscontrato che l'introduzione negli ordinamenti regionali della Gestione Sanitaria Accentrata, prevista dal d.lgs. n. 118/2011, ha causato qualche problema di allineamento dei dati riferiti alla nuova struttura con quelli degli enti del Servizio sanitario e del bilancio generale della Regione.

Al tempo stesso, l'istituzione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) comporta l'adozione delle necessarie scritture contabili, con la ricostruzione di tutte le posizioni debitorie e creditorie tra Regione ed enti sanitari, mentre i criteri per la redazione dello Stato Patrimoniale sono stati resi uniformi (art. 29 d.lgs. n. 118/2011). A regime, pertanto, si trarrà giovamento da questa nuova modalità di organizzazione.

5.2 L'indebitamento complessivo degli enti del SSN

Le informazioni sull'indebitamento, desumibili dallo Stato Patrimoniale delle Aziende sanitarie, sono state richieste alle Regioni anche con riferimento all'ultimo esercizio. Alcune Regioni, fino a conclusione dell'istruttoria, hanno comunicato che i dati del 2012 non sono ancora disponibili. In dettaglio, le Regioni di cui mancano i dati del 2012 sono Piemonte, Veneto, Umbria, Lazio, Campania, Basilicata, Sardegna, Provincia autonoma di Bolzano e Calabria.

Nella tabella che segue sono esposti i dati relativi al periodo 2009-2012 relativi all'indebitamento complessivo degli enti facenti parte del Servizio sanitario nazionale, quali le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, anche universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) nonché le GSA istituite con il d.lgs. 118/2011. L'indebitamento complessivo s'intende costituito da mutui, debiti verso i fornitori, debiti verso aziende sanitarie extraregione e altre tipologie d'indebitamento. In questa voce residuale confluiscono, tra gli altri, i debiti verso l'istituto tesoriere ed eventuali operazioni finanziarie relative ai debiti verso i fornitori, che non sono di immediata individuazione.

Ai fini del calcolo dell'indebitamento complessivo del sistema Regioni, viene riportato anche il totale al netto dei debiti verso aziende sanitarie extra-regionali, per gli anni in cui il dato di dettaglio è disponibile e di cui si dà dimostrazione nella tab. 34/SA.

Per quest'ultimo profilo, allo stato delle informazioni acquisite, si rilevano divari notevoli, che non sembrano giustificabili con la diversità delle caratteristiche demografiche e strutturali delle Regioni, ma potrebbero essere frutto di diversi metodi di contabilizzazione (a seconda, ad esempio, che si siano riportati dati debitori o, invece, il saldo della mobilità attiva e passiva). Tale problematica dovrebbe essere superata con l'attuazione dell'armonizzazione prevista dal d.l. 118/2011.

Per una valutazione dell'indebitamento effettivo, comunque, trattandosi di movimenti interni al comparto, il debito verso aziende sanitarie di altre Regioni va espunto. L'entità del debito delle singole Regioni, invece, pur con le cautele relative alle perplessità evidenziate, può essere sintomatico della dipendenza di alcune Regioni verso altre per l'erogazione di servizi ai propri residenti.

Alcune Regioni hanno segnalato che dal Ministero della Salute non è ancora pervenuta la Casistica applicativa di attuazione del Titolo II del d.lgs. 118/2011 relativa alle procedure di redazione del Bilancio consolidato del SSR. Ciò ha comportato una serie di difficoltà da parte delle Regioni nella compilazione delle schede istruttorie e la necessità di chiarimenti successivi volti alla "pulizia" dei dati comunicati.

La Regione Emilia Romagna, come indicato in istruttoria, ha precisato che la scheda "indebitamento enti del SSR" per l'annualità 2012 riporta, con riferimento alla GSA, dati di chiusura dell'esercizio provvisori. La Regione ha dunque specificato *"che l'importo della GSA, pari a 5.862,755 milioni di euro include 5.847,894 milioni di euro che si riferiscono al debito verso lo Stato per la restituzione dell'anticipazione da FSR: essendo un mero giro contabile, in quanto partita di giro, non rappresenta una pendenza debitoria in senso stretto ma solo una posta in attesa di regolarizzazione. Tale importo ha, come contropartita, residui attivi tra*

le risorse del titolo 1 del Bilancio regionale (entrate tributarie relative al finanziamento della spesa sanitaria corrente) che sono nella situazione creditoria della GSA verso lo Stato".³²⁵

Stessa argomentazione è stata rappresentata dalla Regione Marche: "I debiti della GSA verso lo Stato, i Comuni e gli altri enti pubblici vanno ridotti dell'importo di 1.491.801 mila euro (relativi ad acconti di FSR che vanno compensati con i crediti verso lo Stato). Il valore dei debiti ammontano pertanto a 1.720 mila euro".³²⁶

TAB.33/ SA

INDEBITAMENTO TOTALE ENTI SSN

(importi in migliaia di euro)

RSO.	ASL + AZIENDE OSPEDALIERE + AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE + IRCCS + GSA						
	2009	2010	variaz. %	2011	variaz. %	2012	variaz. %
PIEMONTE*	4.152.943	4.504.036	8%	4.708.380	4%	n.p.	
LOMBARDIA	3.927.591	4.406.848	12%	4.182.568	-5%	4.259.082	2%
VENETO	3.609.759	3.827.964	6%	4.126.522	8%	n.p.	
LIGURIA	1.021.902	1.087.180	6%	1.122.245	3%	997.304	-11%
E. ROMAGNA	4.554.306	4.807.254	6%	5.052.955	5%	4.752.450	-6%
TOSCANA	2.986.947	3.389.558	13%	3.627.429	7%	3.516.845	-3%
UMBRIA	342.641	387.387	13%	403.919	4%	n.p.	
MARCHE	630.260	624.764	-1%	704.091	13%	614.807	-13%
LAZIO*	8.573.692	9.427.637	10%	9.179.080	-3%	n.p.	
ABRUZZO*	1.664.048	1.029.766	-38%	989.214	-4%	981079	-1%
MOLISE*	380.195	430.936	13%	455.568	6%	574.904	26%
CAMPANIA*	7.949.806	7.908.774	-1%	7.973.808	1%	n.p.	
PUGLIA*	2.748.314	2.576.911	-6%	2.953.848	15%	2.434.598	-18%
BASILICATA	197.747	208.793	6%	224.390	7%	n.p.	
CALABRIA*	2.323.697	2.684.270	16%	2.693.823	0%	n.p.	
TOTALE RSO	45.063.848	47.302.078	5%	48.397.840	2%		
totale al netto dei debiti verso az. san. Extra reg.	44.857.624	47.209.500	5%	48.302.471	2%		
RSS	2009	2010	variaz. %	2011	variaz. %	2012	variaz. %
VALLE D'AOSTA	56.501	60.067	6%	60.868	1%	57.955	-5%
P.A. BOLZANO	226.116	191.233	-15%	247.610	29%	n.p.	
P. A. TRENTO	167.716	160.032	-5%	216.644	35%	227.148	5%
FRIULI V. G.	344.363	366.295	6%	443.703	21%	509.688	15%
SICILIA*	3.987.310	3.720.029	-7%	3.888.123	5%	4555409	17%
SARDEGNA	963.224	949.574	-1%	1.095.922	15%	n.p.	
TOTALE RSS /Prov. Aut.	5.745.230	5.447.230	-5%	5.952.870	9%		
totale al netto dei debiti verso az. san. extra reg.	5.698.133	5.438.654	-5%	5.944.339	9%		
Totale Nazionale	50.809.078	52.749.308	4%	54.350.710	3%		
Totale naz. al netto debiti verso az. san. Extra reg.	50.555.757	52.648.154	4%	54.246.810	3%		

Fonte: Uffici ed Enti delle Reg./Prov.Aut.; Sezioni reg. di contr.

*Regioni sottoposte a Piani di rientro.

³²⁵ Risposta alla nota istruttoria della Sezione delle autonomie pervenuta dalla Regione Emilia Romagna, con e-mail in data 15 maggio 2013.

³²⁶ Risposta alla nota istruttoria della Sezione delle autonomie pervenuta dalla Regione Marche, con e-mail in data 5 luglio 2013.