

La tutela della salute

Considerazioni generali.

1. La spesa sanitaria nei documenti di programmazione. - 1.1. *Il Dpef 2007-2011.* - 1.2 *Il Patto per la salute.* - 1.3. *La direttiva del Ministro della salute.*

2. La traduzione normativa degli obiettivi programmatici. - 2.1. *La legge finanziaria per il 2007.* - 2.2. *I provvedimenti assunti in corso d'anno.*

3. I risultati. - 3.1. *Una premessa.* - 3.2. *I risultati economici complessivi: il conto consolidato della sanità.* - 3.3. *I risultati economici regionali.* - 3.4. *I piani di rientro.* - 3.5. *Il ruolo dell'amministrazione centrale nella politica sanitaria: una analisi per missioni.*

4. Le prospettive più recenti. - 4.1. *Le misure previste per il 2008.* - 4.2. *Le prospettive finanziarie del settore.*

Appendice 1 – Dati tendenziali e programmatici dei Piani di rientro

Appendice 2 – Schede di sintesi sugli esiti della verifica annuale dei Piani di rientro

Appendice 3 – Le aree di attività del Siveas – Un approfondimento

Considerazioni generali

Nella definizione degli indirizzi programmatici che hanno caratterizzato la gestione del settore sanitario per gli anni 2007 e 2008 è possibile trovare conferme delle scelte assunte, già nell'ultimo biennio della precedente legislatura, a fronte di un crescente rilievo della crisi finanziaria di questo nevralgico settore.

Con il Patto per la salute il percorso già intrapreso con la finanziaria per il 2006 è stato reso più incalzante con il rafforzamento delle misure a presidio del rispetto dei vincoli di copertura delle gestioni in disavanzo, con la previsione di un arco triennale per l'attuazione dei Piani di rientro (con l'adozione di un monitoraggio infra-annuale che mira ad evitare che, come nel recente passato, i risultati a consuntivo rivelino tardivamente l'inefficacia delle azioni disposte a livello regionale) e con un fondo, limitato e decrescente, destinato a sostenere le

misure di riorganizzazione regionale (che è stato pensato per accompagnare, e non per sostituire, lo sforzo fiscale regionale).

Il risultato economico che si è raggiunto in un anno di avvio dei Piani di rientro (sottoscritti nei primi mesi del 2007) è, sotto questo profilo, positivo. Per la prima volta da anni la spesa registra un andamento sostanzialmente in linea con le previsioni, vi sono primi segnali di riduzione delle forti e ingiustificate differenziazioni nei costi pro capite per regione in rilevanti settori di intervento (positivo soprattutto il risultato ottenuto nella farmaceutica). Pur in decelerazione rispetto agli anni passati, la spesa presenta, tuttavia, variazioni ancora di rilievo (specialistica e diagnostica).

I dati contabili relativi al 2007 (modelli CE del IV trimestre) offrono uno spaccato ulteriore. Le perdite risultano ai livelli minimi rispetto all'ultimo quinquennio: tra il 2006 e il 2007 la riduzione è stata di oltre il 26 per cento. Per 8 regioni nell'anno il risultato di esercizio è stato positivo. Due sole mostrano un peggioramento. Anche nel 2007 si conferma la concentrazione delle perdite: nel complesso alle regioni con Piani di rientro sono dovuti poco meno del 90 per cento dei disavanzi complessivi.

L'esame del processo di rientro dai disavanzi strutturali che si può leggere dietro ai risultati del 2007 è ancora problematico. Solo alcune delle regioni soggette ai Piani di rientro hanno fornito ai tavoli di monitoraggio elementi promettenti sulla strutturalità dei risultati ottenuti nell'anno. Due regioni (Lazio e Sicilia) dimostrano invece difficoltà di rilievo ad affrontare le cause profonde degli squilibri fino ad ora evidenziati. I risultati del processo intrapreso, di significato e valenza particolarmente rilevante (per il carattere stringente degli accordi presi, il rilievo delle risorse mobilitate, lo sforzo richiesto alle popolazioni coinvolte) devono essere letti anche guardando alla brevità dell'arco temporale previsto per un risanamento che deve incidere su distorsioni strutturali profondamente radicate.

La pressione e l'impegno posto nelle attività di affiancamento delle amministrazioni decentrate, la spinta ad operare sui reali squilibri delle strutture dell'offerta sanitaria regionale e sulle sacche di rendita che a tali squilibri si accompagnano, hanno tratto sicuro ausilio dalle norme poste a vincolo dei comportamenti regionali. Il decreto legge n. 159/2007 ha al riguardo ulteriormente accentuato il sistema di penalizzazione nel caso di mancato rispetto del Piano di rientro. Le modifiche introdotte per il 2007 con il decreto mille proroghe al meccanismo che prevedeva un automatico aumento delle aliquote fiscali in caso di mancato conseguimento degli obiettivi posti con i Piani di rientro devono costituire un elemento di gestione e di flessibilizzazione del vincolo in presenza di un aggiustamento in corso. In caso contrario, rappresenterebbero il segnale di poco comprensibili cedimenti alle logiche del passato (rinvio e diluizione degli aggiustamenti) proprio in un momento in cui più forte si è fatto il contributo dello Stato al risanamento complessivo.

Il processo avviato ha innescato un percorso di rigenerazione delle capacità amministrative e programmatiche regionali di tutto rilievo a cui hanno corrisposto a livello centrale l'adozione di metodiche di lavoro che potranno essere un prezioso esempio per l'operare cooperativo dei diversi livelli di governo nel nuovo assetto istituzionale. Va al riguardo sottolineata la validità del percorso intrapreso sia ai fini del controllo della spesa sanitaria e del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, sia sotto il profilo più generale di riqualificazione dell'azione delle Amministrazioni regionali. Anche se non completati, sono stati comunque avviati tra il 2007 e i primi mesi del 2008 i processi di ristrutturazione più rilevanti, così come sono stati impiantati sistemi di flussi informativi che, se ancora oggi

mostrano lacune, dovrebbero consentire a breve un tempestivo e più efficace controllo della spesa. Le difficoltà di definizione dei flussi informativi incontrate dal coordinamento nazionale vanno da questo punto di vista rapidamente superate, semplificando al massimo le finora tortuose prassi amministrative.

Con la riforma del bilancio il governo ha voluto contribuire ad una maggiore leggibilità del rilievo delle diverse missioni ad esso attribuite e consentire l'identificazione dei programmi con cui dare attuazione agli obiettivi programmatici. Ciò ha portato nel caso del settore sanitario alla individuazione della missione "Tutela della salute" a cui corrispondono 5 programmi: prevenzione e assistenza in materia sanitaria, prevenzione e assistenza veterinaria, programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza, regolazione e vigilanza in materia farmaceutica e prevenzione e repressione nel settore sanitario.

1. La spesa sanitaria nei documenti di programmazione

1.1. Il Dpef 2007-2011

Nei documenti programmatici (Dpef 2007-2011, New Deal della salute) prioritari erano gli interventi volti a recuperare il governo della spesa sanitaria, migliorare la qualità delle cure e la loro appropriatezza, superare le iniquità all'interno del sistema (nella diversa qualità dell'assistenza tra aree territoriali, negli accessi in funzione dei bisogni, nelle liste di attesa, nell'integrazione socio-sanitaria), rilanciare la ricerca sanitaria anche attraverso un diverso sistema di incentivi e una nuova politica farmaceutica; potenziare gli interventi per la sicurezza dei cittadini sia dal punto di vista alimentare, che della sicurezza nei luoghi di lavoro e nell'ambiente domestico.

Sin dal Dpef e dal New deal della salute (entrambi del luglio 2006) il governo aveva previsto di anticipare gli orientamenti, da condividere con le Regioni, che avrebbero portato alla predisposizione del Patto della salute. Di fronte all'emergere ricorrente di squilibri di bilancio anche consistenti, si era ritenuto cruciale pervenire ad una valutazione condivisa con le Regioni del fabbisogno di spesa, anche attraverso un riesame dell'appropriatezza dei Lea e tenendo conto del consuntivo di spesa dell'anno 2006; individuare nel 6,7 per cento in termini di Pil il punto di partenza per la programmazione dei piani e delle politiche regionali, cui affiancare un fondo "straordinario" per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie con l'obiettivo dell'azzeramento del debito entro il 2009; riconoscere e valorizzare l'autonomia e la responsabilità del governo regionale, cancellando vincoli unidirezionali e imposti, liberando la possibilità di ricorso all'autonomia impositiva locale; affidare la valutazione dell'andamento della spesa e del raggiungimento degli obiettivi di salute ad un organismo bilaterale (Governo-Regioni) per un monitoraggio costante e in corso d'opera del settore incentrato sulla dinamica di specifici indicatori di risultato.

In altri termini, il Governo si impegna a ridefinire il sistema di finanziamento in modo da dare certezza circa le risorse destinate al Servizio Sanitario su un arco pluriennale ragionevole. Le Regioni venivano quindi chiamate ad una assunzione forte di autonomia ma, anche, a inderogabili responsabilità di bilancio. In continuità con quanto previsto anche negli anni precedenti, se una Regione avesse ottenuto guadagni di efficienza maggiori di quelli programmati, poteva utilizzare a sua discrezione le risorse così liberate; in caso contrario, avrebbe dovuto finanziare le spese eccedenti con risorse proprie (adottando misure specifiche, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi).

Centrale nel riassorbimento degli squilibri finanziari ma anche, e soprattutto, per far fronte ai crescenti bisogni della collettività e alle maggiori criticità dell'offerta sanitaria, era la riduzione poi dell'inappropriatezza di alcune prestazioni (l'utilizzo non necessario dei ricoveri ospedalieri e del pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni). Solo da un tale processo infatti potevano (e possono) derivare le risorse necessarie, da un lato, per affrontare i maggiori ritardi e, dall'altro, per rispondere adeguatamente a nuovi e crescenti bisogni di cura.

Lo sviluppo di un sistema di monitoraggio e di valutazione delle prestazioni rese dalle strutture sanitarie diventava, quindi, un elemento cardine della impostazione adottata, non solo in funzione di garanzia di livelli coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) o di verifica dei risultati economici annuali, ma come strumento costante di eliminazione di prestazioni inappropriate e/o di inefficienze. Pur nella distinzione di ruoli e di responsabilità, i documenti programmatici prefigurano quindi:

- il potenziamento del sistema di monitoraggio sui livelli di assistenza e sulle principali aree di spesa delle strutture sanitarie. Per rendere l'Amministrazione centrale pienamente in grado di svolgere quei compiti di governo del sistema che la Costituzione prevede, si prefigurava un forte impulso alle attività di indirizzo, accompagnamento, condivisione dei programmi e delle strategie di intervento, ma soprattutto di monitoraggio e valutazione dei risultati;

- il rafforzamento degli strumenti di governo della spesa a disposizione delle amministrazioni locali, prevedendo anche l'assunzione di provvedimenti di carattere generale da parte dell'Amministrazione centrale. Per ridurre le prescrizioni e la moltiplicazione di esami diagnostici inutili, ma anche il mancato ritiro dei relativi referti da parte del cittadino si prefigurava il ricorso a *ticket*.

Particolare attenzione era poi riservata a quelle che sono state definite le grandi criticità del sistema sanitario nazionale:

- la riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni;
- la riduzione delle disparità territoriali nella qualità e nella disponibilità dei servizi (specie per quanto riguarda l'oncologia);
- l'assistenza nelle fasi terminali della malattia: inadeguatezza quantitativa della offerta, con le solite disomogeneità territoriali, e la necessità di accrescere l'offerta di posti letto in strutture di tipo *hospice*, parte di un piano integrato di assistenza giudicato ancora insufficiente;
- il potenziamento e la valorizzazione delle cure primarie e in particolare dei medici di famiglia, chiamati a diventare il perno del sistema di *governance* e di governo clinico del territorio.

Ad esse andavano ad aggiungersi gli impegni assunti su temi di rilevanza sociale. Tra essi:

la salute delle donne, nonché la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salute del neonato: ci si proponeva, in particolare, di ridurre il ricorso al parto cesareo e di limitare una medicalizzazione del parto e un ricorso alle prestazioni diagnostiche

spesso eccessivo, ponendo maggiore attenzione all'adeguatezza del trattamento riservato alle altre patologie che colpiscono le donne (osteoporosi e tumore al seno);

i livelli essenziali di assistenza per quanto concerne i bambini e le persone anziane. Si intendeva valutare la costituzione di un Fondo per le cure odontoiatriche; intervenire sui problemi emergenti (il caldo estivo; le liste di attesa; la promozione della continuità assistenziale) e pervenire ad un intervento organico in materia di non autosufficienza;

il miglioramento delle cure connesse alle terapie del dolore, semplificando la prescrizione dei farmaci, promuovendo l'applicazione delle linee guida di "Ospedale senza dolore", rendendo obbligatoria l'informazione degli operatori, a partire dai medici di famiglia, aumentando l'informazione nei confronti dei cittadini;

interventi – nell'ambito dei grandi temi della salute mentale - che consentano di contrastare il fenomeno individuando in modo precoce i fattori di rischio e riducendo la transizione a forme più gravi di malattia.

Per la ricerca si trattava di superare i limiti di una struttura dell'offerta molto frammentata, con difficoltà a sviluppare (con la principale eccezione dell'oncologia) progetti di valore internazionale; caratterizzata da un quadro di forte insufficienza delle risorse disponibili; complicata da un notevole carico di lavoro amministrativo per l'assegnazione e l'utilizzazione delle risorse. A questo scopo si prevedeva di elaborare, in collaborazione con le altre amministrazioni e le Regioni, un piano triennale di governo della ricerca sanitaria scientifica e tecnologica e sui servizi, tenendo conto delle priorità dell'Unione Europea e della necessità di rafforzare la costituzione di reti nazionali con la partecipazione dei diversi istituti di ricerca italiani.

Una ricerca che doveva muoversi anche al di là del solo ambito bio-scientifico e, tenendo conto delle questioni emergenti del Paese (ad esempio, anziani e invecchiamento), estendersi alla dimensione organizzativa del sistema sanitario per migliorare la sua efficienza.

Strettamente connesso alla ricerca era lo sviluppo di una nuova politica per la farmaceutica. Un settore questo di particolare dimensione in cui circa il 70 per cento della domanda è coperta dal Servizio sanitario nazionale (13 su 19 miliardi di euro). Lo sviluppo di una nuova politica del farmaco era considerato elemento di sviluppo dell'intero sistema e strumento di traino per il miglioramento della sanità e delle politiche di welfare. Venivano a questo titolo individuate quattro linee di azione: assicurare qualità, appropriatezza e controllo della spesa con un monitoraggio attento e costante della farmaceutica convenzionata e non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta) a livello nazionale e regionale; rideterminare il tetto per la spesa farmaceutica convenzionata; sviluppare accordi di programma per incentivare gli investimenti da parte delle aziende farmaceutiche finalizzandoli all'incremento delle ricerche cliniche in Italia, alla registrazione di farmaci innovativi, all'apertura di nuovi stabilimenti di produzione, all'incremento del numero di ricercatori, all'aumento della esportazione dei farmaci innovativi prodotti in Italia.

In tema di sicurezza nei luoghi di lavoro e nell'ambiente domestico si intendeva muovere verso l'elaborazione di un testo unico, promuovendo un piano pluriennale di prevenzione basato su una più stretta collaborazione tra ISPESL, INAIL e Regioni. Si prevedeva poi di migliorare la normativa facendo tesoro dell'esperienza fatta con la legge 626 negli ambienti di lavoro, e avviando una politica di incentivi per l'utilizzo di dispositivi di sicurezza.

Sulla sicurezza ambientale si voleva muovere verso la predisposizione di un testo unico con il quale ricapitolare il complesso della normativa, modificare quella sull'amianto, eliminare tutte le sostanze tossico/cancerogene impiegate oggi nella produzione. In tema di bonifica e controllo delle discariche presenti nel Paese particolare attenzione era riposta nel rafforzamento dei dipartimenti delle ASL e nell'azione di coordinamento dei diversi Enti tecnico-scientifici preposti al controllo delle condizioni ambientali.

Nella promozione della qualità e del governo del Servizio sanitario nazionale ci si proponeva di coinvolgere le professioni e gli utenti del servizio sanitario anche tramite l'adozione di campagne di informazione sulle tematiche della prevenzione, della tutela della salute della donna e del bambino, della promozione dei corretti stili di vita; di potenziare il ricorso a tecnologie, anche di tipo informatico; di muovere verso forme aggregate di assistenza nonché incentivare l'adozione di misure e di tecnologie per la prevenzione del rischio di malpractice.

1.2. Il Patto per la salute

Il Nuovo Patto per la salute, sottoscritto nel settembre 2006, ha recepito gli orientamenti espressi nel Dpef e nel programma di governo della sanità.

Con esso le Regioni e lo Stato puntano a mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e, al tempo stesso, ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica, in un orizzonte di breve come di lungo periodo¹. L'invecchiamento della popolazione e il progresso della medicina genera migliori cure ma anche aumenti dei costi: un andamento che può essere reso compatibile con i vincoli di bilancio solo con un forte impegno per l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni.

Alla base dell'accordo vi era, quindi, la considerazione che il settore della sanità dovesse mantenere una dinamica di crescita compatibile con la programmazione finanziaria del Paese, ma i livelli di finanziamento dovessero essere parametrati alla verifica dell'effettivo costo dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Il Nuovo Patto puntava, pertanto, a rafforzare la capacità programmatica e organizzativa delle Regioni, promuovendo azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni, che consentano di utilizzare l'ammontare di risorse stabilito in modo da accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e da assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale.

La distribuzione dei disavanzi fra le Regioni confermava come inefficienze e inappropriately fossero particolarmente gravi in alcune regioni; vi erano pertanto margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, di qui la necessità di prevedere, a sostegno dei percorsi di rientro già previsti dalla normativa, misure di accompagnamento specifiche.

Sulla base di una analisi condivisa, lo Stato e le Regioni convenivano quindi di procedere secondo i seguenti punti principali:

¹ “La massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico – la spesa sanitaria è una forma essenziale di investimento nel capitale umano.”

- erano rivisti i livelli complessivi della spesa del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2007-2009 al cui finanziamento concorre ordinariamente lo Stato (96.000 milioni di euro per l'anno 2007, 99.042 milioni di euro per l'anno 2008 e 102.245 milioni di euro per l'anno 2009);

- erano riaffermate le responsabilità di bilancio da parte delle Regioni sia nell'utilizzo di eventuali maggiori risorse liberate da efficientamenti del sistema sanitario regionale, sia nell'adozione di misure di ripiano di disavanzi;

- erano confermati gli adempimenti regionali previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ed i relativi criteri e sedi di verifica, nonché le modalità di copertura di eventuali disavanzi;

- la corresponsione del 3 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario restava condizionata alla verifica degli adempimenti;

- era rafforzato il sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei LEA. Al livello centrale, sia ministeriale che del coordinamento interregionale, è prevista non solo una funzione di verifica ma, quando necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni;

- era ritenuta necessaria una revisione straordinaria dei LEA vigenti sulla base di principi e criteri concordati con le regioni;

- si prevedeva un'analisi dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei LEA, assumendo come riferimento i costi delle pratiche ritenute più efficienti in condizioni di appropriatezza, riscontrabili nel SSN.

Per il percorso di rientro strutturale dai disavanzi per le Regioni in difficoltà (Regioni che presentavano un disavanzo pari o superiore al 7 per cento nell'anno precedente) veniva concordata l'istituzione, per tutto il triennio 2007-2009, di un Fondo transitorio.

L'accesso alle risorse del Fondo, poi istituito dalla finanziaria 2007, restava subordinato alla sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e di un Piano di rientro che prevedesse sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010.

Come specificato dalla legge n. 296/2007, l'accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale IRPEF e della maggiorazione IRAP. Qualora durante il procedimento di verifica annuale del Piano si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, la Regione interessata può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dai Ministeri della salute e dell'economia e finanze. In ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura degli obiettivi.

Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del SSN, il Patto prevedeva di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi relativi al programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria, di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, elevandolo dagli iniziali 17 miliardi a 20 miliardi, riservando la quota aggiuntiva di 3 miliardi di euro ad alcune linee prioritarie (innovazione tecnologica nel campo dell'oncologia e delle malattie rare; superamento del divario Nord-Sud), e prevedendo premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti per una quota del 10 per cento.

1.3. La direttiva del Ministro della salute

La direttiva annuale del Ministro della salute per il 2007 rifletteva nell'attività dell'amministrazione centrale gli obiettivi programmatici in precedenza ricordati. Tra gli obiettivi strategici di maggior rilievo quelli che attengono a:

- le attività per la promozione della qualità e del governo del Servizio sanitario nazionale anche in attuazione del nuovo Patto per la salute stipulato nel settembre 2006. In questo ambito ricadevano le attività di monitoraggio dei Piani di rientro sottoscritti nel 2007;
- le attività in materia di prevenzione e di comunicazione in settori di primario interesse per la salute della popolazione;
- l'attività per l'impulso e il potenziamento della ricerca sanitaria;
- le attività per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Ministero della salute, attraverso l'estensione dell'utilizzo di sistemi integrati di gestione delle risorse umane mirati alla ottimizzazione ed alla valutazione dell'azione amministrativa;
- gli interventi diretti ad assicurare il riordino del settore delle farmacie e la ridefinizione della figura del farmacista alla luce delle novità introdotte dal decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, nell'ottica del pieno soddisfacimento delle esigenze sanitarie dei cittadini e del perseguimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

La verifica degli standard quantitativi e qualitativi dei LEA, degli adempimenti regionali concernenti la loro erogazione si presentava come condizione ancor più stringente per il forte impegno richiesto dal punto di vista finanziario alle regioni nel complesso e in particolare a quelle che avevano sottoscritto l'accordo sul Piano di rientro.

2. La traduzione normativa degli obiettivi programmatici

2.1. La legge finanziaria per il 2007

La legge finanziaria per il 2007 ha dato attuazione alle misure prefigurate nei documenti programmatici e concordate con le Regioni con il Patto per la salute.

Gli interventi previsti hanno mirato, innanzitutto, ad incidere sul profilo della spesa, prevedendone una riduzione dai 103,7 miliardi tendenziali a 101,7 miliardi nel 2007 e puntando a stabilizzarne l'incidenza sul Pil su livelli prossimi al 6,7 per cento nel triennio.

Ciò doveva essere ottenuto attraverso misure di riduzione della spesa corrente netta per circa 3 miliardi nel 2007 (che salivano, rispettivamente, a 3,4 e a 4,2 miliardi nel 2008 e nel 2009). Di questi, 944 milioni derivavano da misure di contenimento della spesa dirette a ridurre le inefficienze e a razionalizzare le strutture nelle regioni in disavanzo strutturale; 800 milioni dai provvedimenti assunti dall'AIFA in tema di prezzi dei farmaci². Di rilievo (circa 1,2 miliardi) era il contributo atteso dalle misure di responsabilizzazione individuale (*ticket*) e dall'abbattimento delle tariffe per prestazioni automatizzate.

Era, infatti, disposto un meccanismo di compartecipazione alla spesa da parte dei beneficiari del servizio sanitario nei casi di maggiore rischio di inappropriata spesa. Si trattava di una quota fissa di 10 euro per ricetta sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esenti, e di un ticket sugli accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero. La compartecipazione era stabilita in 25 euro per gli interventi di minor urgenza (codici bianchi) prestati a non esenti. Si era così estesa ed omogeneizzata una disciplina già adottata in alcune regioni e che mirava ad intervenire sui costi associati a un volume di prestazioni particolarmente rilevante (246 milioni le prestazioni specialistiche di cui di esenti 86 milioni; 18,3 milioni gli accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero).

A fronte di tale impegno, era disposto un incremento delle risorse cui contribuisce lo Stato (che passavano dai 92,7 miliardi a legislazione vigente a 96 miliardi). Inoltre, come previsto nel Patto, per agevolare il recupero di un equilibrio gestionale delle regioni con rilevanti disavanzi veniva istituito un Fondo, destinato a sostenere le misure di riorganizzazione. L'accesso alle risorse aggiuntive (1 miliardo per il 2007, 850 milioni per il 2008 e 700 milioni per il 2009) era condizionato alla sottoscrizione di un apposito Accordo per l'individuazione degli interventi necessari per il riequilibrio.

A presidio del rispetto dei vincoli di copertura delle gestioni in disavanzo, erano confermate le misure introdotte con la Finanziaria 2006 (mantenimento del meccanismo di adeguamento automatico delle aliquote).

2.2. I provvedimenti assunti in corso d'anno

L'attività svolta nel 2007 è stata caratterizzata dalla conclusione dell'*iter* normativo di alcuni importanti provvedimenti già previsti nei documenti programmatici, nonché dall'avvio di iniziative ed accordi di collaborazione con altre amministrazioni.

E' stata, innanzitutto, approvata la legge relativa all'attività intramoenia. La legge 120/2007 prevede che le aziende sanitarie ed ospedaliere, i policlinici e gli altri istituti interessati predispongano un piano aziendale relativo ai volumi dell'attività istituzionale e dell'attività intramoenia, osservando precisi obblighi procedurali e di pubblicità. Ulteriori disposizioni riguardano l'esercizio di poteri sostitutivi da parte delle regioni nei confronti delle aziende sanitarie e da parte dello Stato nei confronti delle regioni stesse, in caso di inosservanza degli obblighi imposti.

Una specifica regolamentazione concerne, poi, l'attività clinica e diagnostica ambulatoriale, la risoluzione delle vertenze relative all'attività intramoenia della dirigenza

² Erano confermate e potenziate le misure di contenimento della spesa farmaceutica deliberate dall'Agenzia italiana per il farmaco (AIFA), e veniva introdotto un abbattimento del 50 per cento delle tariffe per le prestazioni di diagnostica di laboratorio eseguibili con metodiche automatiche.

sanitaria, l'attività libero-professionale dei dirigenti veterinari, e l'attivazione dell'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 15-*quaterdecies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Entro il 31 gennaio 2009, le Regioni devono assicurare la realizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia necessari e il definitivo passaggio al regime ordinario della attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del SSN e di quella universitaria, anche ricorrendo all'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, mediante contratti di compravendita o di locazione e la stipula di convenzioni.

Peculiari disposizioni investono il corretto svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria, con particolare riferimento all'affidamento a personale aziendale del servizio di prenotazione delle prestazioni, alla terzietà nella riscossione degli onorari, alla determinazione di un tariffario idoneo all'integrale copertura dei costi, al monitoraggio dei tempi di attesa, alla prevenzione dei conflitti di interesse, alla riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni rese nell'ambito dell'attività istituzionale. Si prevede, altresì, la presentazione di una relazione annuale al Parlamento da parte del Ministro della salute, il quale riceve, a sua volta, periodiche relazioni da parte delle regioni.

Con il decreto 22 febbraio 2007 si è intervenuti poi sul delicato terreno delle cure palliative, con lo scopo di rendere omogeneo e misurabile il livello quantitativo e qualitativo dell'assistenza erogata, stabilendo standard a cui le regioni si dovranno adeguare entro il 2008.

Nel quadro di attuazione del programma di investimenti per le strutture palliative, con il decreto n. 43 del 22 febbraio 2007 del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia, sono stati definiti gli standard relativi all'assistenza ai malati terminali. Il decreto mira a definire in modo uniforme, per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali.

Entro il 2008 le Regioni dovranno adeguarsi ai nuovi standard quantitativi e qualitativi delle strutture dedicate alle cure palliative ai malati terminali di tumore. Per il monitoraggio dei servizi resi sono previsti specifici "strumenti di valutazione della qualità percepita dai malati e dalle loro famiglie".

Le Regioni dovranno inoltre garantire l'informazione ai cittadini e agli operatori sull'istituzione della rete di assistenza, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture e sulle modalità di accesso all'assistenza erogata dalla rete.

Il 20 marzo 2008 è stato inoltre raggiunto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche", cure che ogni anno interessano in Italia 11.000 bambini (da 7.500 a 15.000) con malattia inguaribile e/o terminale (1/3 oncologica - 2/3 non oncologica). La realizzazione della rete di cure palliative pediatriche, inserita nelle più ampie reti assistenziali pediatrica e di cure palliative, deve avvenire su base regionale o sovraregionale, tenendo conto della necessità di provvedere sia ad una assistenza a domicilio del paziente, che ad una forma di assistenza residenziale.

E' stato firmato il Protocollo di intesa per lo sviluppo della sanità del Mezzogiorno. L'accordo prevede la selezione dei progetti che verranno presentati dalle regioni meridionali e che potranno beneficiare tra il 2007 e il 2013 di finanziamenti per 3 miliardi di euro.

Il Protocollo d'intesa "Salute, Sicurezza e Sviluppo nel Mezzogiorno" e il relativo Memorandum siglato in data 17 aprile 2007 hanno portato alla Deliberazione del CIPE del 21 dicembre 2007 concernente l'approvazione, in attuazione del "Quadro Strategico Nazionale 2007-2013", della programmazione del Fondo per le Aree Sottoutilizzate e la definizione delle relative procedure tecnico-amministrative e finanziarie, che finanzia, per un importo di 1,5 miliardi, il Progetto Speciale Salute, in attuazione del Protocollo.

Il progetto, sulla base di quanto concordato nel *Memorandum*, mira a:

- avviare un processo di riqualificazione del servizio sanitario del Mezzogiorno volto a creare un sistema interregionale di eccellenza ed in grado di accelerare processi di crescita e di sviluppo;
- costruire una visione condivisa delle potenzialità di convergenza strutturale dei servizi sanitari regionali per la realizzazione della rete delle eccellenze del Mezzogiorno;
- programmare un insieme di interventi che non risulti dalla semplice somma delle singole strategie regionali ma che costituisca una sfida comune e condivisa in una logica di cooperazione ed integrazione tra le diverse Regioni.

Per la realizzazione dell'intero progetto, la Delibera CIPE prevede la definizione di un Accordo di Programma Quadro Interregionale (tra Ministero e Regioni) che dia l'avvio concreto alla realizzazione degli interventi.

Durante l'anno sono stati firmati accordi per interventi di edilizia sanitaria in importanti realtà territoriali (Lombardia, Veneto, Puglia). Tali accordi si inseriscono nel quadro dell'attività svolta fino ad oggi sul fronte dei programmi di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (art. 20 legge 67/88) e di cui si dà conto nel paragrafo 3.6.

Si è infine intervenuti sui ticket sulla specialistica, introdotti dalla medesima finanziaria (art 1, comma 796, lett. p). Su tale materia era dapprima intervenuto l'articolo 6-quater del decreto legge n. 300/2006, che aveva modificato la predetta disposizione limitandone la vigenza al 31 marzo 2007 e consentendo alle regioni, per le sole prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di assumere provvedimenti alternativi all'applicazione della quota fissa equivalenti sotto il profilo dell'equilibrio economico-finanziario. Il successivo decreto legge n. 23/2007 (articolo 1-bis) ha disposto, per l'anno 2007, l'abolizione di detta quota fissa a partire dal 20 maggio 2007.

3. I risultati

3.1. Una premessa

I risultati ottenuti nel settore sanitario sono letti nella relazione di quest'anno sotto diversi ma complementari angoli visuali.

Ci si sofferma, innanzitutto, sull'andamento della spesa complessiva del settore e sul contributo da questo offerto alla dinamica dei saldi di finanza pubblica. Uno sguardo necessario a porre a confronto quelli che erano gli obiettivi programmatici (espressi in contabilità economica) con i risultati effettivi. Il conto consolidato della sanità e la scomposizione della

spesa secondo la classificazione Sespros 96 (Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale) consentono di guardare, sempre a livello aggregato, alla dinamica delle principali voci di costo per trarne una prima indicazione sull'efficacia delle misure di correzione della spesa assunte con la finanziaria e con i provvedimenti ad essa correlati. Gli stessi dati di contabilità nazionale consentono, poi, di distinguere l'andamento della spesa tra quella di responsabilità dell'amministrazione centrale e quella invece propria delle amministrazioni locali. La sanità al momento rappresenta, infatti, il maggiore dei settori economici gestito a livello regionale; in termini di flussi finanziari il ruolo dell'Amministrazione centrale è pertanto limitato.

L'esame dei soli dati di contabilità nazionale, per di più aggregati, non consentirebbe, tuttavia, di valutare la rispondenza dei risultati ottenuti a quelli che erano gli obiettivi del Patto della salute, elemento centrale della politica di controllo della spesa sanitaria nella programmazione nazionale del 2007. Il riferimento ai dati finanziari esaminati in sede di monitoraggio permette, quindi, di acquisire ulteriori elementi. E' necessario, poi, un approfondimento per valutare i risultati ottenuti a livello di singola regione. In quelle in disavanzo strutturale che hanno predisposto i Piani di rientro, il confronto tra profili programmatici, misure introdotte e risultati ottenuti consente prime valutazioni sulla funzionalità dei Piani e sulla credibilità delle misure programmate, passo indispensabile per le scelte che dovranno essere assunte nell'immediato futuro.

La costruzione del sistema di monitoraggio della gestione economica e di valutazione dei livelli essenziali delle prestazioni rappresenta l'elemento centrale della attività di coordinamento e garanzia propria dell'Amministrazione centrale. Una valutazione della politica sanitaria dell'anno deve, quindi, innanzitutto guardare ai risultati e alle caratteristiche assunte dalla gestione a livello di coordinamento.

Tavola 1

La spesa per la funzione sanitaria – Un esame per livelli di governo

(in milioni)

Amministrazioni locali	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Spesa per consumi finali	67.445	74.487	78.553	81.159	89.254	94.916	100.356
<i>di cui:</i>							
<i>Redditi da lavoro</i>	27.181	28.850	29.650	30.001	32.917	34.276	36.793
<i>di cui:</i>							
<i>Consumi intermedi e acquisto di beni e servizi prodotti da produttori market</i>	38.979	44.152	47.137	49.369	54.380	58.428	61.130
Contributi alla produzione	13	8	17	10	9	8	7
Prestazioni sociali in denaro	-	-	-	-	-	-	-
Redditi da capitale	723	590	551	419	339	372	426
Imposte dirette	92	110	107	110	106	112	113
Trasferimenti correnti	347	445	475	604	687	733	739
TOTALE corrente	68.620	75.640	79.703	82.302	90.395	96.141	101.641
Investimenti fissi lordi	2.437	2.332	2.164	2.142	2.507	2.470	2.508
Acquisizioni nette di attività non finanziarie	-	- 1	- 2	- 4	-	- 1	-
Trasferimenti in c/capitale	24	32	34	17	29	19	18
TOTALE in conto capitale	2.461	2.363	2.196	2.155	2.536	2.488	2.526
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	71.081	78.003	81.899	84.457	92.931	98.629	104.167

Amministrazioni centrali	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Spesa per consumi finali	920	1.028	921	1.108	1.087	1.190	1.270
<i>di cui:</i>							
<i>Redditi da lavoro</i>	377	469	479	526	547	643	685
<i>di cui:</i>							
<i>Consumi intermedi e acquisto di beni e servizi prodotti da produttori market</i>	542	568	432	578	535	550	584
Contributi alla produzione	3	3	2	7	5	2	-
Prestazioni sociali in denaro	-	-	-	-	-	-	-
Redditi da capitale	608	426	410	233	182	138	103
Imposte dirette	4	3	1	1	1	1	1
Trasferimenti correnti	31	31	21	29	30	24	22
TOTALE corrente	1.566	1.491	1.355	1.378	1.305	1.355	1.396
Investimenti fissi lordi	32	104	56	62	53	39	26
Acquisizioni nette di attività non finanziarie	-	-	-	-	-	-	-
Trasferimenti in c/capitale	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE in conto capitale	32	104	56	62	53	39	26
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	1.598	1.595	1.411	1.440	1.358	1.394	1.422

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

I risultati ottenuti vengono poi esaminati guardando alla gestione del bilancio del 2007 in base alla nuova classificazione per missioni e per programmi, rileggendo in questa ottica sia gli obiettivi strategici, sia quelli operativi posti alla base della programmazione e della direttiva del Ministro della salute per il 2007.

A completamento di tale lettura, ci si sofferma sullo stato di avanzamento degli interventi di edilizia sanitaria e sui principali programmi di investimento previsti dalla normativa nazionale. La considerazione di tali elementi - che non ricadono nella nuova classificazione tra quelli ricompresi nella missione “tutela della salute”, ma che rientrano nel più complessivo insieme degli interventi infrastrutturali – rappresenta, tuttavia, un indispensabile completamento della politica di settore.

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

I risultati del 2007 relativi al conto consolidato della sanità (che si basa sui conti economici delle aziende sanitarie del quarto trimestre) indicano, per la prima volta negli ultimi anni, un consuntivo migliore delle attese. Le uscite complessive hanno raggiunto i 102,3 miliardi, con un incremento dello 0,9 per cento rispetto al 2006. Al di sotto, quindi, dei 103,4 miliardi attesi per l’anno in base al preconsuntivo dell’ottobre scorso.

Un risultato che va, tuttavia, letto con attenzione. Come sottolineato anche nella Ruef, tale andamento è frutto di almeno tre elementi particolari: il rinvio del rinnovo dei contratti del personale sanitario, che sposta sul 2008 oneri per circa 1.500 milioni di euro (nel 2006 il risultato aveva risentito di oneri per arretrati pari a circa 2.300 milioni); il buon risultato ottenuto sul fronte della spesa farmaceutica per l’operare congiunto dei meccanismi centralizzati (controllo AIFA) e di quelli regionali; lo slittamento di quelli che la relazione unificata definisce in misura generica quali “partite contabili” (700 milioni), ma riferibili ai rinnovi delle convenzioni con i medici di medicina generale, anch’esse incidenti sul 2008. Non considerando il peso degli arretrati sul 2006 e sottraendo dalla spesa complessiva quella per farmaci, il tasso di crescita delle altre componenti (al netto degli oneri per i rinnovi contrattuali 2006-2007) cresce in media del 4,7 per cento, circa un punto superiore al tasso di crescita nominale del prodotto, anche se in rallentamento rispetto agli esercizi passati.

Guardando, poi, solo alle prestazioni sociali in natura (rese da produttori *market* e non *market*) sempre al netto di farmaci e redditi da lavoro dipendente, l’indicazione che se ne trae è ancora meno positiva: la variazione rispetto al 2006 è del 6 per cento, superiore a quella riscontrata a consuntivo lo scorso anno (+4,6 per cento).

Tavola 2

La spesa sanitaria – (1995-2009)

(in milioni)

																Variazione media		
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008(*)	2009(*)	1995-2000	2001-2006	2007-2009
Spesa sanitaria	47.857	51.705	55.711	57.569	60.520	67.574	74.744	79.106	81.814	89.924	96.141	101.349	102.290	109.190	111.580			
quota su PIL	5,1	5,2	5,3	5,3	5,4	5,7	6,0	6,1	6,1	6,5	6,7	6,8	6,7	6,9	6,8	5,3	6,4	6,8
variazione percentuale sull'anno precedente	-2,3	8,0	7,7	3,3	5,1	11,7	10,6	5,8	3,4	9,9	6,9	5,4	0,9	6,7	2,2	5,6	7,0	3,3
quota su spesa complessiva	9,6	9,8	10,6	10,8	11,2	12,3	12,4	12,9	12,6	13,5	13,9	14,2	13,7	13,9	13,9	10,7	13,2	13,8
					Variazioni percentuali sull'anno precedente													
tasso PIL (nominale)	7,9	6,0	4,5	4,1	3,3	5,7	4,8	3,7	3,1	4,2	2,6	3,6	3,8	3,6	3,3	5,2	3,7	3,5
inflazione	5,2	4,0	2,0	2,0	1,7	2,5	2,7	2,5	2,7	2,2	2,1	1,7	2,3	2,9	2,1	2,9	2,3	2,4
					Variazioni percentuali sull'anno precedente delle principali voci del conto delle Pubbliche amministrazioni													
spesa corrente	3,7	7,4	0,3	0,3	0,9	4,3	5,6	3,3	4,2	3,7	3,4	3,5	4,5	5,0	1,8	2,8	4,0	3,7
spesa corrente al netto interessi	1,8	8,1	5,2	3,2	4,0	4,8	5,9	5,4	5,4	4,7	4,0	3,2	3,6	5,2	1,7	4,5	4,8	3,5
spesa complessiva	5,8	5,7	0,0	1,3	1,4	1,5	9,2	2,2	5,5	3,0	3,7	3,3	4,6	5,0	2,2	2,6	4,5	3,9

Fonte : elaborazione Corte dei conti su dati Istat

(*) i dati 2008 e 2009 sono tratti dalla Rpp per la sanità e dalla Ruef per il Pil e il nuovo quadro della PA

Anche la limitata crescita della spesa per beni e servizi resi da produttori market (+0,9 per cento contro il 2,5 per cento del 2006) risulta strettamente connessa al risultato ottenuto in termini di farmaci e al rinvio del rinnovo delle convenzioni con i medici di medicina generale. Al netto di tali voci si riscontra una variazione del 4,9 per cento, poco al di sotto del risultato del 2006 (+5,2 per cento). Ciò, nonostante le misure introdotte con la Finanziaria per il 2007: sconti per le prestazioni specialistiche e riduzioni del 20 per cento dei costi riconosciuti alle strutture private accreditate per la diagnostica di laboratorio.

E', infine, la crescita dei consumi intermedi delle strutture pubbliche superiore all'8 per cento (+8,3 per cento contro il 6,2 per cento del 2006) a segnalare le difficoltà di contenimento della spesa nelle strutture ospedaliere pubbliche.

Tavola 3**Il conto economico consolidato della sanità**

(in milioni)

	2004	2005	2006	2007	Variazioni %	
					2006 su 2005	2007 su 2006
Prestazioni sociali in natura	84.088	89.606	94.218	94.678	5,1	0,5
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:</i>	35.289	37.567	38.524	38.876	2,5	0,9
- Farmaci	11.988	11.849	12.334	11.579	4,1	-6,1
- Assistenza medico-generica	5.020	6.453	5.932	6.052	-8,1	2,0
- Assistenza medico-specialistica	2.900	3.193	3.449	3.666	8,0	6,3
- Assistenza osped. in case di cura private	8.260	8.472	8.694	9.187	2,6	5,7
- Assistenza protesica e balneotermale	3.913	4.037	4.128	4.107	2,3	-0,5
- Altra assistenza	3.208	3.563	3.987	4.285	11,9	7,5
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:</i>	48.799	52.039	55.694	55.802	7,0	0,2
- Assistenza ospedaliera	38.113	40.722	43.628	43.704	7,1	0,2
- Altri servizi sanitari	10.686	11.317	12.066	12.098	6,6	0,3
Contribuzioni diverse	623	895	1.058	1.195	18,2	12,9
Servizi amministrativi	4.383	4.720	4.994	5.189	5,8	3,9
Redditi da lavoro dipendente	2.494	2.627	2.722	2.727	3,6	0,2
Consumi intermedi	1.743	1.938	2.104	2.295	8,6	9,1
Altro servizi amm	146	155	168	167		
Altre uscite	830	920	1.079	1.228	17,3	13,8
di cui: interessi passivi	173	201	337	440	67,7	30,6
TOTALE USCITE CORRENTI	89.924	96.141	101.349	102.290	5,4	0,9
<i>I servizi prodotti da produttori non market si distinguono in:</i>	48.799	52.039	55.694	55.802	7,0	0,2
- Redditi da lavoro dipendente	30.021	31.208	33.526	32.026	7,4	-4,5
-Consumi intermedi	16.979	18.688	19.853	21.502	6,2	8,3
-Altro	1.799	2.143	2.315	2.274	8,0	-1,8

Fonte: ISTAT

I dati relativi alla spesa farmaceutica presentano, invece, risultati confortanti: la spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale si è ridotta nell'anno del 6,8 per cento. Un risultato che si accompagna a una forte crescita degli incassi da ticket (+30 per cento), che sconta la decisione di varie regioni di aumentare l'incidenza dei contributi richiesti ai cittadini pur conservando forme di esenzioni (l'incidenza sulla spesa lorda è passata dal 3,1 per cento del 2006 ad oltre il 4,2 per cento del 2007).

Sono soprattutto le regioni soggette ai Piani di rientro a presentare le riduzioni maggiori: il Lazio e la Sicilia riducono la spesa netta di circa il 13 per cento, la Liguria di poco meno del 10 per cento, la Campania e la Sardegna di circa il 9 per cento, mentre l'Abruzzo e il Molise contengono la spesa rispettivamente del 7,7 e del 5,8 per cento. Un risultato che si accentua guardando alla spesa pro capite e che consente di ridurre significativamente le forti differenze di consumo finora rilevate.

Escludendo i casi estremi (da un lato, le province autonome che presentano consumi particolarmente contenuti e, dall'altro, le tre regioni con gli importi più elevati, anche se in riduzione, Lazio Sicilia e Calabria), la differenza tra le altre realtà regionali si riduce considerevolmente, passando da un massimo di 32 punti percentuali a poco più di 23. Nonostante i recuperi registrati nell'anno, restano, naturalmente, margini consistenti per miglioramenti ulteriori.

Tavola 4a

Spesa farmaceutica pubblica nel 2006 e nel 2007

	2006					2007					variazione 2006-2007				
	in milioni di euro					in milioni di euro									
	ricette/*000	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette/*000	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta
VALLE D'AOSTA	916	23,4	0,2	0,9	22,3	949	23,2	0,3	1,0	21,9	3,61	-1,07	46,53	12,33	-2,00
PIEMONTE	32.747	906,5	62,6	43,1	800,8	34.595	902,6	61,7	47,6	793,3	5,64	-0,43	-1,43	10,48	-0,94
LIGURIA	14.954	406,6	8,6	19,8	378,2	15.361	373,2	13,6	18,6	340,9	2,72	-8,22	57,62	-5,81	-9,85
LOMBARDIA	63.633	1.926,7	137,7	109,6	1.679,4	66.303	1.882,8	142,3	114,6	1.625,9	4,20	-2,28	3,32	4,58	-3,19
VENETO	32.659	901,1	58,7	43,2	799,2	35.237	893,2	63,4	46,9	782,9	7,89	-0,88	7,99	8,59	-2,04
BOLZANO	2.505	71,6	4,3	3,5	63,7	2.610	68,7	4,7	3,4	60,6	4,18	-4,09	7,20	-3,63	-4,88
TRENTO	3.309	85,1	0,6	4,2	80,3	3.498	83,9	0,8	4,3	78,8	5,71	-1,38	33,59	2,66	-1,85
FRIULI VENEZIA GIULIA	9.399	252,4	1,9	12,7	237,8	9.869	248,4	2,6	13,3	232,5	5,00	-1,56	35,68	4,92	-2,20
EMILIA ROMAGNA	35.506	836,4	7,4	35,6	793,4	37.169	817,5	10,4	37,4	769,7	4,68	-2,26	41,38	4,89	-2,99
MARCHE	14.063	322,2	2,9	14,0	305,3	14.723	321,1	4,1	15,3	301,7	4,70	-0,34	41,26	9,39	-1,19
TOSCANA	32.288	711,3	6,6	30,1	674,6	33.801	693,4	9,4	31,5	652,5	4,69	-2,52	41,90	4,52	-3,27
LAZIO	52.058	1.612,3	11,4	98,1	1.502,9	54.862	1.415,2	21,4	81,6	1.312,2	5,39	-12,23	88,32	-16,80	-12,69
UMBRIA	8.764	181,2	1,6	7,7	171,8	9.033	175,4	2,2	7,9	165,3	3,07	-3,21	33,26	1,64	-3,78
ABRUZZO	13.048	304,9	2,7	14,0	288,1	13.244	289,0	8,9	14,2	265,9	1,50	-5,19	225,92	1,69	-7,72
MOLISE	2.791	73,6	3,5	3,2	66,9	2.939	70,4	4,0	3,4	63,0	5,31	-4,43	13,07	4,90	-5,79
CAMPANIA	54.487	1.297,0	13,9	63,5	1.219,7	54.666	1.226,1	47,3	62,8	1.116,0	0,33	-5,47	240,18	-1,10	-8,50
PUGLIA	38.301	1.018,0	28,1	57,9	932,0	40.024	918,3	32,9	48,9	836,5	4,50	-9,79	17,31	-15,50	-10,26
BASILICATA	5.755	125,4	1,2	5,3	118,9	5.974	122,3	1,5	5,6	115,2	3,80	-2,45	27,59	6,02	-3,13
CALABRIA	20.616	547,4	4,6	29,2	513,5	22.743	519,2	7,6	29,9	481,8	10,31	-5,14	63,22	2,25	-6,18
SICILIA	50.537	1.441,0	52,3	83,0	1.305,8	51.513	1.304,5	93,3	73,4	1.137,9	1,93	-9,47	78,48	-11,58	-12,86
SARDEGNA	14.891	396,0	2,9	20,5	372,6	15.611	363,8	6,5	18,7	338,7	4,84	-8,12	121,96	-8,97	-9,09
TOTALE	503.226	13.440,2	413,9	699,1	12.327,2	524.723	12.712,2	538,9	680,3	11.493,1	4,27	-5,42	30,20	-2,70	-6,77

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Federfarma

Tavola 4b

Spesa farmaceutica pubblica nel 2006 e nel 2007

	2006					2007					variazione 2006-2007				
	num.	pro capite in euro				num.	pro capite in euro								
	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta
VALLE D'AOSTA	7,5	191,9	1,4	7,6	182,9	7,7	186,9	2,0	8,4	176,4	1,99	-2,62	44,24	10,57	-3,53
PIEMONTE	7,7	212,3	14,7	10,1	187,5	8,0	207,9	14,2	11,0	182,7	3,90	-2,07	-3,06	8,66	-2,57
LIGURIA	9,5	257,7	5,5	12,5	239,7	9,5	231,8	8,5	11,6	211,7	0,64	-10,08	54,42	-7,72	-11,68
LOMBARDIA	6,9	208,4	14,9	11,9	181,6	7,0	198,7	15,0	12,1	171,6	1,68	-4,64	0,83	2,06	-5,52
VENETO	7,0	194,1	12,6	9,3	172,1	7,4	188,5	13,4	9,9	165,2	5,72	-2,88	5,82	6,41	-4,02
BOLZANO	5,3	151,8	9,2	7,5	135,0	5,4	142,3	9,6	7,1	125,5	1,80	-6,27	4,75	-5,82	-7,05
TRENTO	6,7	173,4	1,2	8,5	163,6	7,0	167,0	1,6	8,5	156,9	3,26	-3,66	30,49	0,28	-4,13
FRIULI VENEZIA GIULIA	7,8	210,6	1,6	10,6	198,4	8,2	205,6	2,1	11,0	192,5	4,12	-2,38	34,55	4,04	-3,01
EMILIA ROMAGNA	8,7	205,0	1,8	8,7	194,4	8,9	195,2	2,5	8,9	183,8	2,01	-4,76	37,77	2,21	-5,47
MARCHE	9,3	214,1	1,9	9,3	202,9	9,6	210,0	2,7	10,0	197,3	3,06	-1,91	39,05	7,67	-2,74
TOSCANA	9,1	199,5	1,9	8,4	189,2	9,3	191,6	2,6	8,7	180,3	3,13	-3,97	39,79	2,96	-4,71
LAZIO	10,0	309,8	2,2	18,8	288,7	10,3	266,8	4,0	15,4	247,4	3,41	-13,88	84,79	-18,36	-14,33
UMBRIA	10,3	213,6	1,9	9,1	202,6	10,4	202,1	2,5	9,1	190,5	0,71	-5,42	30,21	-0,69	-5,98
ABRUZZO	10,1	237,1	2,1	10,9	224,1	10,1	221,4	6,8	10,9	203,7	-0,01	-6,60	221,07	0,17	-9,09
MOLISE	8,7	228,9	10,9	9,9	208,0	9,2	219,3	12,4	10,5	196,4	5,57	-4,19	13,35	5,16	-5,56
CAMPANIA	9,5	225,2	2,4	11,0	211,7	9,4	211,7	8,2	10,8	192,7	-0,20	-5,97	238,39	-1,62	-8,98
PUGLIA	9,5	251,9	6,9	14,3	230,6	9,8	225,5	8,1	12,0	205,4	3,72	-10,47	16,44	-16,13	-10,93
BASILICATA	9,6	210,1	2,0	8,9	199,2	10,1	205,9	2,5	9,5	193,9	4,31	-1,97	28,22	6,54	-2,65
CALABRIA	10,3	272,1	2,3	14,5	255,3	11,3	259,0	3,8	14,9	240,4	10,70	-4,81	63,79	2,60	-5,86
SICILIA	10,1	288,0	10,4	16,6	261,0	10,3	260,0	18,6	14,6	226,8	1,65	-9,72	77,98	-11,82	-13,10
SARDEGNA	9,1	241,0	1,8	12,5	226,7	9,4	219,7	3,9	11,3	204,6	4,04	-8,82	120,27	-9,66	-9,78
ITALIA	8,7	232,2	7,1	12,1	212,9	8,9	216,4	9,2	11,6	195,6	2,74	-6,81	28,28	-4,13	-8,14

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Federfarma

Tavola 4c

Spesa farmaceutica pubblica nel 2006 e nel 2007

	2006					2007				
	numero indice Italia = 100					numero indice Italia = 100				
	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta	ricette	spesa lorda	ticket	sconto	spesa netta
VALLE D'AOSTA	86,3	82,7	19,8	63,2	85,9	85,7	86,4	22,3	72,9	90,2
PIEMONTE	88,2	91,4	205,2	83,5	88,1	89,2	96,1	155,0	94,7	93,4
LIGURIA	109,1	111,0	76,6	103,8	112,6	106,8	107,1	92,2	99,9	108,2
LOMBARDIA	79,2	89,7	208,3	98,1	85,3	78,3	91,8	163,7	104,5	87,7
VENETO	80,9	83,6	176,8	77,1	80,8	83,3	87,1	145,8	85,5	84,5
BOLZANO	61,1	65,4	128,8	62,3	63,4	60,5	65,7	105,2	61,2	64,2
TRENTO	77,5	74,7	17,2	70,4	76,8	77,9	77,2	17,5	73,6	80,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	90,2	90,7	22,0	87,8	93,2	91,5	95,0	23,1	95,2	98,4
EMILIA ROMAGNA	100,1	88,3	25,3	72,3	91,3	99,4	90,2	27,2	77,0	94,0
MARCHE	107,5	92,2	27,2	76,8	95,3	107,8	97,1	29,5	86,2	100,9
TOSCANA	104,2	85,9	26,1	69,9	88,8	104,6	88,5	28,4	75,1	92,1
LAZIO	115,0	133,4	30,6	156,1	135,6	115,8	123,3	44,0	132,9	126,4
UMBRIA	118,9	92,0	27,1	75,5	95,1	116,5	93,4	27,5	78,2	97,4
ABRUZZO	116,7	102,1	29,7	90,2	105,2	113,6	102,3	74,3	94,2	104,1
MOLISE	99,8	98,6	152,7	82,3	97,7	102,5	101,3	134,9	90,3	100,4
CAMPANIA	108,8	97,0	33,8	91,2	99,4	105,7	97,9	89,1	93,6	98,5
PUGLIA	109,0	108,5	97,2	118,6	108,3	110,1	104,2	88,2	103,8	105,0
BASILICATA	110,9	90,5	27,8	73,7	93,5	112,6	95,2	27,8	81,9	99,1
CALABRIA	117,9	117,2	32,3	120,2	119,9	127,0	119,7	41,3	128,7	122,9
SICILIA	116,2	124,1	146,1	137,4	122,6	115,0	120,2	202,7	126,4	115,9
SARDEGNA	104,3	103,8	24,8	103,4	106,5	105,6	101,6	42,6	97,4	104,6
ITALIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Federfarma

3.3. I risultati economici regionali

Le risorse finanziarie delle Regioni per il SSN (considerando i ricavi della gestione straordinaria³ e quelli per l'intramoenia), ammontano nel 2007 a poco meno di 101 miliardi di euro, con una crescita rispetto al 2006 del 3,3 per cento⁴.

I costi complessivi, così come ricavati dai dati forniti dal Ministero della salute⁵, risultano in crescita del 2 per cento rispetto allo scorso anno.

³ Sono componenti di ricavo introdotte dalla contabilità economica e ricomprendono: sopravvenienze attive, insussistenza del passivo, plusvalenze. Tali ricavi risultano, per il 2007, pari a 0,868 miliardi di euro.

⁴ Nella valutazione delle entrate, va rilevato, non sono ricomprese naturalmente le somme destinate alle regioni in disavanzo strutturale (1.000 milioni nel 2007) quale contributo per la gestione dei piani di rientro.

⁵ Dati IV trimestre 2007 aggiornati al 3 aprile 2008 e dati definitivi degli anni precedenti RGE (20 febbraio 2008) sono pari a 104,3 miliardi (comprensivi delle stime di mobilità verso Bambin Gesù e Smom).

Tavola 5

I risultati del tavolo di monitoraggio

(in milioni)

	2004	2005	2006	2006	2007	2007
				importo pro capite in euro		importo pro capite in euro
Piemonte	-662,2	-6,5	1,3	0,3	-91,3	-21,0
V.d.A.	23,7	-12,6	-17,4	-140,0	-14,4	-115,6
Lombardia	-30,0	2,0	-0,3	0,0	9,4	1,0
p.a. Bolzano	279,1	28,5	25,0	51,9	17,4	35,8
p.a. Trento	179,4	-2,4	-15,6	-31,1	-1,7	-3,3
Veneto	2,7	-116,2	83,2	17,6	2,2	0,5
FVG	109,3	26,9	18,8	15,5	24,3	20,0
Liguria	-310,5	-253,3	-95,6	-59,4	-143,8	-89,4
Emilia Romagna	-440,6	-37,6	-19,1	-4,5	12,8	3,0
Toscana	-241,1	-20,3	-98,7	-27,3	90,7	24,9
Umbria	-82,3	1,2	-54,7	-63,0	14,0	16,0
Marche	-144,9	-24,4	-47,4	-31,0	10,2	6,6
Lazio	-2158,6	-1.941,0	-1.966,9	-370,8	-1.409,7	-256,6
Abruzzo	-291,8	-221,5	-137,7	-105,5	-140,2	-107,0
Molise	-89,1	-146,3	-68,5	-213,4	-61,6	-192,4
Campania	-1323,1	-1.786,5	-749,7	-129,5	-702,9	-121,4
Puglia	21,2	-309,1	-210,8	-51,8	-149,2	-36,7
Basilicata	-34,5	-49,5	3,0	5,0	-13,2	-22,3
Calabria	-147,9	-80,1	-55,3	-27,6	-126,8	-63,5
Sicilia	-817,3	-699,3	-970,2	-193,4	-554,6	-110,5
Sardegna	-252,0	-325,9	-129,2	-78,0	-5,0	-3,0
ITALIA	-6410,6	-5973,7	-4.505,8	-76,7	-3.233,3	-54,7
<i>solo perdite</i>	<i>-7.025,9</i>	<i>-6.032,3</i>	<i>-4.637,1</i>		<i>-3.414,3</i>	
<i>solo utili</i>	<i>615,4</i>	<i>58,6</i>	<i>131,4</i>		<i>181,0</i>	

Fonte: Ministero della salute - 3 aprile 2008 per il 2007 - Rge 2004-2006

Nella tavola 5 sono ricostruiti i risultati del Tavolo di monitoraggio⁶ definito il 3 aprile 2008. Tra il 2006 e il 2007 le perdite accertate passano dai 4.500 milioni a poco più di 3.230 con una riduzione di oltre il 26 per cento. Le perdite *pro-capite* scendono quindi dai 77 euro del 2006 ai 55 del 2007.

⁶ I conti forniti dalle Regioni con i modelli CE del IV trimestre dell'anno sono vagliati ai Tavoli di verifica previsti dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e, per le regioni che hanno in corso un Piano di rientro dal deficit sanitario, attraverso il monitoraggio specificamente previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296/2006.

Gli importi concordati in sede di monitoraggio rappresentano le somme per le quali le Regioni (al netto di eventuali riporti accertati dai consuntivi per il 2006) dovranno individuare mezzi di copertura adeguati⁷.

Sono 8 le Regioni che presentano un risultato di esercizio positivo ai fini del monitoraggio (Lombardia, P.A. Bolzano, Veneto, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche) per un totale di 181 milioni. A tre regioni (Lazio, Campania e Sicilia) è riconducibile circa il 78 per cento delle perdite complessive. Se si considerano anche le altre regioni soggette a Piani di rientro la quota sale a più dell'88 per cento. Migliorano sensibilmente i risultati delle regioni del Centro-Nord, fatta eccezione per il Piemonte che registra nell'anno un disavanzo superiore ai 90 milioni. Nel Mezzogiorno cresce considerevolmente il disavanzo della Calabria (dai 55 milioni del 2006 a 127 milioni), mentre pur rimanendo negativo si riduce quello della Puglia (da 210 milioni a circa 150) mantenendosi su livelli pro capite inferiori a quelli medi nazionali.

Tra le regioni soggette ai Piani di rientro, il risultato dell'esercizio presenta andamenti molto diversificati: si riducono rispettivamente del 28 e del 43 per cento le perdite riferibili a Lazio e Sicilia, più contenute le flessioni per Campania (-6,2 per cento) e Molise (-10 per cento). In aumento, invece, le perdite per Abruzzo e Liguria. Tali risultati non consentono, tuttavia, di per sé di valutare la rispondenza degli andamenti dei singoli enti a quanto previsto nei programmi di rientro e al complesso sistema di riorganizzazione delle strutture sanitarie regionali da cui dipende il superamento degli squilibri strutturali.

3.4. I Piani di rientro: i risultati del primo anno

3.4.1. Il quadro normativo

Nel corso del 2006 è stata avviata la procedura di affiancamento gestionale da parte dei Ministeri della salute e dell'economia per la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania e la Sicilia⁸. La procedura si è conclusa, nel corso del 2007, con la sottoscrizione da parte delle suddette regioni dei Piani di rientro. Per accompagnare il processo di riequilibrio dei conti sanitari, lo stanziamento previsto dalla legge finanziaria è stato ripartito tra le regioni con decreto dei Ministri dell'economia e della salute, sulla base dell'intesa siglata nella Conferenza del 29 marzo 2007: 50,4 milioni alla Liguria, 377,6 milioni al Lazio, 42,2 all'Abruzzo, 20 milioni al Molise, 355 milioni alla Campania e 140,7 milioni alla Sicilia, condizionando la

⁷ E' bene ricordare che ove si evidenzino uno squilibrio di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti o gli stessi risultino insufficienti, con la procedura di cui all'art. 8, comma 1, della legge n. 131/2003, la regione è diffidata a provvedere entro il 30 aprile. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni, il presidente della Regione, in qualità di commissario *ad acta*, determina il disavanzo di gestione e adotta i provvedimenti necessari al ripiano, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale IRPEF e la maggiorazione dell'aliquota IRAP entro le misure stabilite dalla normativa vigente. Qualora tali provvedimenti non siano adottati entro un mese, scatta comunque l'aumento delle aliquote, nella misura massima. Diversa procedura è prevista come si vedrà in seguito per le regioni che hanno sottoscritto Piani di rientro.

⁸ Anche la Sardegna ha firmato un Piano di rientro, ai soli fini del recupero del finanziamento statale non erogato a seguito dell'inadempienza per l'anno 2001. Per tali motivi, come specificato dalla Ruef, è stato richiesto un Piano meno impegnativo rispetto alle altre regioni.

corresponsione all'aver disposto l'innalzamento ai livelli massimi dell'addizionale IRPEF e dell'aliquota IRAP⁹.

E' stato altresì definito un procedimento di verifica degli adempimenti con cadenze molto ravvicinate ed affidato ai Tavoli di monitoraggio e al Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (istituito ai sensi degli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005). Qualora durante il procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro (che si svolge con verifiche molto ravvicinate) si prefiguri il mancato rispetto degli adempimenti previsti con ciò compromettendo il perseguimento del riequilibrio, fermo restando l'incremento delle aliquote fiscali oltre il livello massimo, la regione è diffidata ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi del Piano¹⁰. Ove la regione non adempia alla diffida, o gli atti e le azioni poste in essere siano valutati¹¹ insufficienti o inadeguati al raggiungimento degli obiettivi, il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del Piano¹². Se poi nel procedimento di verifica annuale si dovesse prefigurare il mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, la regione può proporre misure equivalenti, che devono essere approvate dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze. In ogni caso, l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi comporta l'innalzamento dell'addizionale IRPEF e dell'aliquota IRAP oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente, fino a totale copertura degli obiettivi¹³. Il DL n. 248/2007 convertito con modificazioni dalla legge n. 31/2008 ha previsto, con riferimento al 2007, che, in alternativa all'innalzamento delle aliquote oltre il livello massimo, le regioni potessero adottare, entro il 31 dicembre, altre misure di copertura del disavanzo, per un importo corrispondente.

Di recente altre due regioni, Piemonte e Calabria, hanno avanzato la richiesta di avviare il confronto su una proposta di Piano finalizzata a sanare le inadempienze relative ad anni precedenti (rispettivamente il 2004 per il Piemonte e il 2001 per la Calabria) e lo sblocco dei relativi fondi non assegnati. La Calabria, tuttavia, è risultata inadempiente anche per il 2005 ed il 2006.

3.4.2. I risultati del primo anno

I risultati dell'esercizio 2007 (di cui nell'appendice 1 si fornisce un dettaglio dei dati per regione in rapporto a quelli che erano gli andamenti tendenziali e programmatici) e i progetti compiuti nel processo di rientro dai disavanzi eccessivi sono stati alla base della prima verifica annuale conclusa a marzo 2008 sui Piani di rientro condotta dal Tavolo di monitoraggio e dal Comitato permanente di cui agli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. I

⁹ Vengono fatte salve le aliquote ridotte disposte con leggi regionali (nel limite massimo di 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2008) a favore di commercianti, artigiani, imprenditori che abbiano denunciato richieste estorsive (art. 2, commi 50-51, della legge n. 244/2007).

¹⁰ Art. 4 del DL n. 159/2007 convertito dalla legge 222/2007. Tale disposizione è valida per le Regioni che hanno sottoscritto gli Accordi e i relativi Piani di rientro. Per le restanti regioni vale la procedura di cui all'art. 1, comma 174, della legge n. 31/2004.

¹¹ Dai Tavoli e dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi degli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

¹² Tale nomina è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento. Il commissario ha la facoltà di proporre alla Regione la sostituzione dei direttori generali delle ASL o delle Aziende ospedaliere.

¹³ Articolo 1, comma 796, lett. b, sesto periodo.

verbali relativi alla valutazione annuale dei Piani sono stati trasmessi dal Ministro dell'economia al Presidente della Corte secondo quanto previsto dal DL 23/2007.

La verifica, di cui nell'appendice 2 si forniscono per regione le valutazioni di sintesi, ha riguardato, innanzitutto, i risultati economici. L'esame approfondito dei conti ha portato ad una modifica dei risultati di esercizio concordati inizialmente: le correzioni, giustificate principalmente dalla non idoneità di alcune sopravvenienze attive e/o insussistenze passive (per le quali il Tavolo di monitoraggio non ha ritenuto adeguata la documentazione), ha comportato un aumento del disavanzo di Lazio (da 1.409,7 milioni a 1.606,7 milioni) e Sicilia (da 554,6 a 612,5) e una riduzione di quello dell'Abruzzo (da 140,2 a 130,9 milioni) e della Campania (da 702,9 a 654,1 milioni). Delle sei regioni che nel corso del 2007 hanno sottoscritto i Piani sono stati evidenziati disavanzi non coperti per Lazio (125,3 milioni) e Abruzzo (233,7 milioni, di cui 197 relativi al 2006).

Peraltro, in base ai dati più recenti dell'Agenzia delle entrate, risulterebbe accertato per il Lazio un maggior gettito per circa 200 milioni, tale dunque da coprire il disavanzo rilevato a marzo dal Tavolo di verifica. Per l'Abruzzo, la conferma del disavanzo comporterebbe quindi che, con riferimento all'anno di imposta dell'esercizio 2008, l'addizionale IRPEF e la maggiorazione IRAP si applichino oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente, fino all'integrale copertura del disavanzo registrato¹⁴. Risultano, invece, in equilibrio Liguria, Molise e Campania.

Tavola 6

I risultati di esercizio e gli importi non coperti

(milioni di euro)

	Risultato di esercizio 2007	Tavolo di monitoraggio (marzo 2008)
Liguria	-143,801	0,000
Lazio	-1.606,668	-125,265
Abruzzo¹	-130,891	-35,651
Molise	-61,571	0,000
Campania	-654,103	0,000
Sicilia	-612,533	0,000

L'Abruzzo trascina sul 2007 un disavanzo 2006 di 197,064 milioni di euro, con un conseguente aumento del disavanzo da coprire, pari, complessivamente a 232,715 milioni di euro.

Per la Sicilia, che ha firmato il Piano nel luglio 2007, ove fossero confermati i gravi ritardi nell'attuazione del Piano che il Tavolo ha attestato e non si realizzassero gli adempimenti in esso previsti, verrebbe meno il finanziamento a valere sul Fondo transitorio di accompagnamento previsto dalla finanziaria 2007, lasciando conseguentemente scoperto il disavanzo iniziale.

¹⁴ La maggiorazione è a carattere generalizzato e non suscettibile di differenziazioni per settori di attività e per categorie di soggetti passivi. Si attiverebbe, inoltre, la procedura prevista dall'art. 4 del DL 159/2007 secondo cui, fermo restando l'incremento delle aliquote fiscali oltre il livello massimo, la regione è diffidata ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi del Piano medesimo. Ove la regione non adempia alla diffida, o gli atti e le azioni poste in essere siano valutati insufficienti o inadeguati al raggiungimento degli obiettivi, il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del Piano.

Se pure quattro regioni su cinque (non considerando, per i motivi sopra ricordati, la Sicilia) sono riuscite a coprire i disavanzi occorre, tuttavia, rilevare che tale risultato è stato conseguito, per lo più, attraverso l'utilizzo delle risorse messe a disposizione dallo Stato con il Fondo di accompagnamento 2007, con l'attivazione della leva fiscale entro i limiti massimi previsti dalla legislazione vigente e con ulteriori risorse del bilancio regionale, piuttosto che con una manovra strutturale di contenimento dei costi.

Come evidenziato dalla tavola 7, rispetto agli obiettivi indicati dai Piani di rientro, i costi hanno mostrato una dinamica più accentuata, risultando in alcuni casi solo di poco inferiori ai dati tendenziali.

Tavola 7**Le Regioni con Piani di rientro. Tendenziali, programmatici e consuntivi***(in milioni)*

REGIONI	TENDENZIALE (esclusa mobilità)			PROGRAMMATICO (esclusa mobilità)			DATI CONSUNTIVI - CE IV TRIM. 2007 (esclusa mobilità)			SALDO concordato con Regioni (inclusa mobilità, rettifiche att. fin., svalut. e rivalut. attività fin. e costi capitalizzati)
	RICAVI (ricavi propri e straord.)	COSTI (costi di produz. e straord.)	SALDO	RICAVI (ricavi propri e straord.)	COSTI (costi di produz. e straord.)	SALDO	RICAVI (ricavi propri e straord.)	COSTI (costi di produz. e straord.)	SALDO	
LIGURIA	2.955,2	3.195,7	-240,5	2.974,2	3.111,5	-137,3	3.023,0	3.149,5	-126,5	-143,8
LAZIO	9.277,1	10.671,6	-1.394,5	9.277,1	9.883,6	-606,5	9.329,5	10.647,5	-1.318,0	-1.409,7
ABRUZZO	2.166,9	2.356,1	-189,2	2.178,9	2.299,1	-120,2	2.219,1	2.338,5	-119,4	-140,2
MOLISE	539,4	637,7	-98,3	541,4	591,3	-49,9	558,0	617,3	-59,3	-61,6
CAMPANIA	8.871,1	10.351,4	-1.480,3	8.851,1	9.419,5	-568,4	8.957,8	9.660,7	-702,9	-702,9
SICILIA	7.609,1	8.568,3	-959,2	8.184,8	8.300,6	-115,8	7.839,0	8.387,6	-548,6	-554,6

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati del Ministero della salute - Conti Economici IV trimestre 2007

Dalla verifica del marzo scorso emerge, infatti, come - fatta eccezione per la Liguria, riguardo alla quale il Tavolo e il Comitato esprimono un valutazione complessivamente positiva - “le restanti regioni hanno conseguito sotto il profilo del contenimento dei costi un risultato parziale e disomogeneo, non suffragato da elementi di strutturalità degli interventi di razionalizzazione nelle reti di offerta e delle loro modalità di gestione”. Ciò comporta, secondo il Tavolo, sia il permanere di un rischio circa la capacità di contenere la spesa sanitaria nel 2008, sia un ulteriore ritardo nel processo di qualificazione della rete assistenziale prevista dal dPCM 21 novembre 2001 che fissa i Livelli Essenziali di Assistenza.

Tavola 8

Le Regioni con Piani di rientro. Le coperture in dettaglio

(in milioni)

COPERTURA DISAVANZO - Tavolo monitoraggio							
REGIONI	Risultato tavolo di monitoraggio A	Accesso Fondo (a)	Aumento Aliquote (b)	Altre entrate - Bilancio regionale (c)	Sopravvenienze 2006 (attive +) (passive -) (d)	Totale copertura B=(a+b+c+d)	Avanzo (+) Disavanzo (-) A+B
LIGURIA	-143,8	50,4	0,0	97,0	0,0	147,4	3,6
LAZIO	-1.606,7	377,6	793,8	310,0	0,0	1.481,4	-125,3
ABRUZZO	-130,9	47,2	48,0	0,0	-197,1	-101,9	-232,8
MOLISE	-61,6	29,1	23,5	6,1	2,9	61,6	0,0
CAMPANIA	-654,1	355,0	261,6	20,3	17,2	654,1	0,0
SICILIA	-612,5	140,7	287,0	188,0	0,0	615,7	3,2

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Tavolo di monitoraggio Piani di rientro

Per quanto concerne il contesto normativo e programmatico, tutte le regioni risultano aver adottato nei termini previsti dai Piani di rientro i provvedimenti (o quantomeno la maggior parte di essi) di attuazione della legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796, nonché quelli di adeguamento all'art. 20 della legge 67/1988 concernente l'utilizzo delle risorse per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico delle strutture dei SSR¹⁵.

Ritardi si sono registrati, per contro, nell'adozione dei PSR e nell'adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Ciò ha determinato un effetto negativo sui tempi di adozione dei singoli provvedimenti di attuazione, ed in particolare di quelli relativi alla ridefinizione della rete ospedaliera e delle dotazioni di posti letto per strutture pubbliche e private accreditate, che pure rappresentano elementi centrali nelle manovre prefigurate dai Piani. Ciò, a sua volta, ha determinato una difficoltà nel contenere i costi per il personale¹⁶. Mentre tutte le regioni hanno raggiunto un notevole contenimento dei costi della farmaceutica e hanno provveduto alla razionalizzazione dell'uso dei farmaci in ambito ospedaliero¹⁷, solo una regione (il Molise) ha completato la procedura per la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi.

Per quanto concerne la fissazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per i privati accreditati, risultano adempienti due regioni (Molise e Campania), mentre in un'altra (Lazio) vi è un ampio contenzioso in atto. Risultano, invece, in linea con gli adempimenti previsti dai Piani i provvedimenti adottati dalle Regioni nell'ambito dell'assistenza territoriale¹⁸.

¹⁵ Ad eccezione della Campania, per cui si rileva un grave ritardo.

¹⁶ Fa eccezione l'Abruzzo, che è riuscito a raggiungere l'obiettivo di costo del personale indicato dal Piano. Il Tavolo, tuttavia, segnala che la Regione non ha adottato i provvedimenti per la determinazione delle risorse necessarie per il finanziamento della contrattazione integrativa.

¹⁷ Per l'Abruzzo si registra un ritardo nell'adozione delle Linee guida per la corretta prescrizione dei principi attivi inseriti nel PTO così come nella distribuzione diretta dei farmaci.

¹⁸ Fa eccezione il Lazio, i cui provvedimenti sono stati impugnati dinanzi al TAR (definizione dei budget da attribuire agli erogatori pubblici e privati e remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica e assistenza riabilitativa), o non sono stati valutati positivamente dal Tavolo e dal Comitato.

In tutte le Regioni (ad eccezione della Liguria) permangono, infine, delle criticità relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, che condizionano l'erogazione della quota del 5 per cento del finanziamento per tale esercizio.

A fronte di tale quadro, certamente solo in parte positivo in termini di implementazione degli obiettivi nei termini fissati dai rispettivi Piani di rientro, va tuttavia sottolineata la validità del percorso intrapreso sia ai fini del controllo della spesa sanitaria e del raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, sia sotto il profilo più generale di riqualificazione dell'azione delle Amministrazioni regionali. Anche se non completati, sono stati comunque avviati tra il 2007 e i primi mesi del 2008 i processi di ristrutturazione più rilevanti, così come sono stati impiantati sistemi di flussi informativi che, se ancora oggi mostrano lacune, dovrebbero consentire a breve un tempestivo e più efficace controllo della spesa.

Per quanto riguarda l'altro aspetto di rilievo dei Piani di rientro, l'accertamento e l'estinzione dei debiti pregressi, nel corso del 2007, con il supporto degli *advisors* contabili, le regioni hanno proceduto ad accertare ed estinguere il debito cumulato al 31 dicembre 2005. Per quanto riguarda la quota di debito non cartolarizzato, cumulato al dicembre 2005, ed il debito generato dalla gestione 2006, la procedura di certificazione definitiva è in fase di completamento¹⁹. Diversa, infine, è la situazione dell'Abruzzo che, solo nel 2008, ha avviato la procedura di ristrutturazione del debito cartolarizzato allo scopo di allungare il periodo di ammortamento²⁰.

¹⁹ Tale procedura non interessa la Liguria, che non presentava debiti 2005 ancora da accertare e la cui gestione 2006 non ha fatto emergere ulteriori debiti.

²⁰ Come per le altre Regioni, invece, è in corso la procedura di accertamento per la quota non cartolarizzata ed il debito generato nel 2006.

Tavola 9a

Le Regioni con Piani di rientro. La situazione debitoria

(in milioni)

REGIONI	PIANI DI RIENTRO SOTTOSCRITTI DALLE REGIONI						(in milioni)
	DEBITO AL 31/12/2005			COPERTURA			Oneri a carico REGIONE a fronte dell'anticipazione statale (rata restituzione trentennale)
	DEBITI TRANSATTI	DEBITI NON TRANSATTI	TOTALE DEBITO	STATO	REGIONE	ANTICIPAZIONE STATALE	
	(A)	(B)	(A+B)				
LIGURIA (1)			1.204	327	877		
LAZIO (2)	5.700	3.700	9.400	2.882 (a)	762 (b)	5.000 (c)	310
						non è prevista l'anticipazione	—
ABRUZZO (3)	909	851	1.760	843 (d)	1.055 (e)		
MOLISE (4)	225	170	395	280 (f)	19 (g)	97	6
CAMPANIA (5)	2.750	4.164	6.914	3.114 (h)	3.168 (l)	632	38
SICILIA (6)	1.116	3.541 (m)	4.657	1.370 (n)	—	2800 (p)	185

Fonte: elaborazioni della Corte dei conti sui Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni.

L'art. 1, comma 3, DL 23/2007 convertito in l. n. 64/2007 ha stanziato 3.000 mln per l'anno 2007 per la regolazione debitoria fino al 31/12/05 a favore delle Regioni che abbiano sottoscritto un piano di rientro. Successivamente il d.m. 4 maggio 2007 ha ripartito il Fondo tra le Regioni interessate (Lazio: 2.079 mln; Abruzzo: 144 mln; Campania: 363 mln; Molise: 202 mln; Sicilia: 212 mln). L'art. 2, comma 46, l. n. 244/2007 ha inoltre previsto un'anticipazione di liquidità da parte dello Stato da restituire in 30 anni a favore di Lazio, Campania, Molise e Sicilia per un importo complessivo di 9.100 mln.

(1) Si tratta di 327 mln di spettanze residue 2001-2005 e di 877 mln di risorse regionali relative a debito regionale (410 mln), risorse a copertura disavanzo 2005 (252 mln) e altre risorse e fondi regionali (215 mln),

(2) Il debito è stato rideterminato nel Piano di rientro in 9.400 mln. Dei 7.500 mln del debito transatto erano già state estinte le rate fino a tutto il 2006 per complessivi 1.800 mln. (a) si tratta di 582 mln relativi a: spettanze residue (1.408 mln), ripiano disavanzi di IRCCS e policlinici 2002-2004 (148 mln), ripiano disavanzi 2001-2003 (82 mln) al netto di risorse di competenza 2006 utilizzate a copertura debito cumulato (-1.056 mln). Ad essi vanno aggiunti 2.300 mln come quota del Fondo ex DL 23/2007 (b) si tratta di 737 mln da automatismi fiscali e 25 mln da operazioni di cartolarizzazione. (c) l'anticipazione statale è stata quantificata in 5.000 mln, al netto del risparmio in termini di "discount factor" di circa 800 mln.

(3) La Regione si è impegnata in sede di sottoscrizione del Piano di rientro a rinegoziare il debito prevedendo un allungamento del periodo di ammortamento al fine di reperire risorse da destinare all'equilibrio di parte corrente nella misura di 45 mln per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 con riduzione della rata di ammortamento da 98 mln a 53 mln. (d) si tratta di 693 mln relativi a spettanze residue 2001-2005 e ripiano dei disavanzi 2002-2004 nonché 150 mln come quota del Fondo ex DL 23/2007. (e) si tratta di 146 mln di maggiori entrate fiscali e 909 mln di debito regionale già sottoscritto.

(4) L'importo del debito transatto di 225 mln rappresenta la quota capitale. (f) si tratta di 80 mln per spettanze residue 2001-2005 e ripiano disavanzi 2002-2004 e di 200 mln come quota del Fondo ex DL 23/07. (g) si tratta di maggiori entrate fiscali.

(5) La cifra del debito cumulato al 31/12/05 valutata al momento della sottoscrizione del Piano di rientro è indicata con riferimento alla quota capitale. (h) si tratta di 2.794 relativi a spettanze residue 2001-2005, ripiano disavanzi 2002-2004 e ripiano disavanzi IRCCS e policlinici 2001-2003 e 320 mln come quota del Fondo ex DL 23/2007. (i) si tratta di 2.750 relativi alla transazione finanziaria SORESA e 418 ml derivanti dall'automatismo fiscale e da risorse destinate a copertura disavanzo 2005.

(6) A seguito di ricognizione da parte della Regione 259 mln risultano debiti insussistenti. (m) L'importo di 3.541 mln di debito non transatto è stato stimato quale differenza tra 4.657 mln (totale debito) e 1.116 mln (debito transatto comprensivo di indennizzi). (n) si tratta di 1.158 mln relativi a: spettanze già messe a disposizione nel 2005 (494 mln), ripiano disavanzi 1999 e precedenti (125 mln), quote FSN 2003-2005 (778 mln), al netto di recupero dei maggiori gettiti effettivi IRAP e addizionale IRPEF 2001-2003 rispetto a quelli stimati (-239,9 mln) e di 212 mln come quota del Fondo ex DL 23/2007. (p) a seguito dell'ammortamento anticipato del debito è stato stimato un "discount factor" in termini di minore indennizzo forfetario pari a 228 mln.

Tavola 9b

Le Regioni con Piani di rientro. La situazione debitoria

(in milioni)

REGIONI	VERBALI DI MONITORAGGIO TAVOLO TECNICO E COMITATO LEA		
	DEBITI TRANSATTI	DEBITI NON TRANSATTI	DEBITO CUMULATO AL 31/12/05
LIGURIA*	----	----	v. nota
LAZIO**	6.508	3.097	9.605
ABRUZZO***	909	851	1.760
MOLISE****	215	104	319
CAMPANIA*****	2.216	4.804	7.020
SICILIA	in fase di accertamento	in fase di accertamento	in fase di accertamento

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su Verbal di verifica trimestrale e annuale - Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza

* La Regione in data 31/10/07 ha inviato al "Tavolo di monitoraggio" la documentazione certificativa dell'estinzione dei debiti pregressi.

** Il debito non transatto è stato riconciliato con il supporto dell'advisor contabile ed ha portato ad una riduzione rispetto ai dati del PdR (3.700 mln) di 603 mln. L'importo necessario per l'estinzione anticipata del debito transatto è stata valutata dall'advisor finanziario in 4.020 mln (tale importo non è ancora definitivo), da aggiungersi alle rate di ammortamento (scadenza 2006: 1.056 mln e 2007: 1.432 mln). Per quanto riguarda la copertura il Tavolo e il Comitato suggeriscono una rideterminazione del debito non transatto tenendo conto del contenzioso in corso (335 mln), dei debiti rispetto ai quali non corrispondono richieste dei creditori (38 mln), e degli interessi (300 mln).

*** Con il supporto dell'advisor contabile è emerso un disallineamento dei dati ricavabili dai partitari rispetto a quelli indicati nei bilanci, al momento del monitoraggio finale erano ancora in corso le procedure di verifica. Il debito cumulato al 31/12/05 è stato pagato in misura rilevante nel corso del 2006, utilizzando risorse del Fondo sanitario 2006.

**** Il debito transatto è stato estinto anticipatamente nel 2008. La rideterminazione del debito non transatto è ancora in fase di completamento con l'ausilio dell'advisor contabile, al momento della verifica risultavano confermati dai fornitori 139 mln (di cui 63 mln cumulati al 31/12/05) a fronte di un'iscrizione nei bilanci delle aziende di 220 mln (di cui 104 mln cumulati al 31/12/05).

***** L'importo di 2.216 riguarda l'operazione SORESA. Dell'importo del debito non transatto di 4.804 mln risultano pagati 4.182 mln, con un residuo di 622 mln ancora da riconciliare a fronte dei quali ci sono richieste da parte dei fornitori per 847 mln, con uno scostamento di 225 mln rispetto alle previsioni. Dalle verifiche effettuate con il supporto dell'advisor contabile emerge che lo scostamento fra i dati rilevati nei partitari e quelli richiesti dai fornitori è dovuto a duplicazioni dei dati ovvero a contenziosi.

3.5. Il ruolo dell'amministrazione centrale nella politica sanitaria: una analisi per missioni

3.5.1. La riclassificazione del bilancio dello Stato: la tutela della salute. La lettura in base allo schema COFOG e per missioni e programmi.

La revisione della classificazione del bilancio dello Stato ha previsto la definizione della missione "Tutela della salute" suddivisa in 5 programmi come aggregato omogeneo di attività²¹.

²¹L'Amministrazione ha rilevato, in questa prima fase, criticità nell'applicazione dei mutamenti collegati al processo di riforma del bilancio, soprattutto in relazione ai capitoli formati da più piani gestionali, dove la ripartizione in programmi è indicata solo per il capitolo nel suo complesso. Le correzioni proposte mirano in qualche misura ad eliminare la necessità di procedere a ripartizioni di attività. Ne è un esempio la problematica sollevata in relazione

Fino all'introduzione di tale nuova classificazione, il principale riferimento per una valutazione delle risorse destinate nel Bilancio alla "Sanità" era costituito dalla classificazione COFOG, utilizzata anche a livello internazionale per una comparazione tra amministrazioni. Di qui l'interesse per un confronto tra le rappresentazioni che emergono dall'utilizzo delle due classificazioni in relazione all'esercizio 2007. Nella Tavola 10 gli stanziamenti e gli impegni lordi riferiti alla "Sanità" secondo la classificazione COFOG, di primo e secondo livello, sono letti riclassificati per missioni e programmi.

Va innanzitutto rilevato che gli stanziamenti per la "Sanità" sono pari a 16,3 miliardi nel 2007. Di questi, poco meno di 1 miliardo (970 milioni) è riferibile alla missione "Tutela della salute". La parte più consistente (13,1 miliardi) è invece attribuita alla missione "Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali" ed in particolare al Programma "Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria". Alle missioni "Infrastrutture pubbliche e logistica" e "Ricerca e innovazione" vanno attribuite, invece, le risorse destinate al sostegno dei progetti per l'edilizia e per la ricerca sanitaria (rispettivamente 784 e 692 milioni).

Le restanti somme sono riferite principalmente ai "Servizi istituzionali" (96 milioni) e al debito pubblico (624 milioni).

Va poi considerato che circa 40 milioni riconducibili alla Tutela della salute non sono invece ricompresi nella COFOG Salute corrispondente.

Con la nuova classificazione si punta a dar conto del ruolo che l'amministrazione centrale riveste per il settore. Da questo punto di vista, le scelte assunte sembrano condivisibili. Pur destinandolo ad altra missione, il flusso finanziario diretto alle Regioni mantiene una caratterizzazione settoriale non fosse altro per la denominazione del programma di riferimento. Con l'attuazione del federalismo fiscale dette somme scompariranno dal bilancio dello Stato (già avrebbero dovuto se l'operatività del d.lgs 56/2000 non fosse stata sospesa), così come sono "scomparse" le somme dovute alla trasformazione di trasferimenti in entrate fiscali.

Lo stesso può dirsi degli importi per la ricerca, confluiti nella sola missione "Ricerca e innovazione", ma secondo un dettaglio per programmi leggibile con immediatezza (si tratta della ricerca per il settore della sanità pubblica e per il settore zooprofilattico)

Più difficile è valutare il caso delle infrastrutture. La loro attribuzione al coacervo del programma "Opere pubbliche e infrastrutture" (all'interno della Missione infrastrutture pubbliche e logistica) riduce la leggibilità della destinazione nel bilancio.

alla "sicurezza alimentare". Nell'ambito delle iniziative e azioni intraprese dal Ministero della salute per affrontare in modo globale i fattori di rischio e consentire al Paese di "guadagnare salute", la sicurezza alimentare, anche in relazione alle indicazioni del piano sanitario nazionale 2006-2008, ha assunto un ruolo fondamentale. L'amministrazione ha pertanto richiesto di integrare nell'ambito del programma 1 della missione "Tutela della salute" anche tale attività. Il programma dovrebbe quindi assumere una nuova denominazione: "Prevenzione, assistenza, sicurezza alimentare, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana".

Tavola 10

La sanità nelle classificazioni COFOG e per missioni e programmi

(in migliaia)

(stanziamenti definitivi di competenza)		Classificazione COFOG				
Missione	Programma	totale cofog 7.1 - prodotti apparecchiature e dispositivi	totale cofog 7.4 - Servizi di salute pubblica	TOTALE 7.5 - Ricerca e sviluppo per la sanità	TOTALE 7.6 - Sanità non altrimenti classificabile	totale cofog 7 sanità
Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali	Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria		3.000.000		10.079.697	13.079.697
Agricoltura, politiche agroalimentari e pesca	Svil. e sostenibilita del sett. agricolo, agroalimenta ecc.		150			150
Infrastrutture pubbliche e logistica	Opere pubbliche e infrastrutture				784.000	784.000
Ricerca e innovazione	<i>Ricerca per il settore della sanità pubblica</i>	760	333.104	316.640	2.738	653.243
	<i>Ricerca per il settore zooprofilattico</i>			15.593		15.593
Tot. Ricerca e innovazione		760	333.104	332.233	2.738	668.835
Tutela della salute	<i>Prev. assist. indir. e coordin. internaz. in mat. sanit.</i>	11.974	588.280	30.337	62.006	692.597
	<i>Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria</i>	16	77.705	0		77.721
	<i>Programmazione sanitaria e livelli di assistenza</i>		51.541	39.192	12.154	102.887
	<i>Regolamentazione vigil. in mat. di prod. farmaceutici ecc.</i>	57.424	16.399	6.228	7.064	87.115
	<i>Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario</i>	533	5.837	1.622	2.036	10.029
Tot. Tutela della salute		69.947	739.763	77.379	83.260	970.349
Sviluppo e riequilibrio territoriale	Polit. per il sost. dei sist. produt. per il mezzogiorno ecc				56.300	56.300
Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbl	<i>Servizi e affari generali per le Amministrazioni di competen</i>	3.398	48.437	7.882	25.303	85.018
	<i>Indirizzo politico</i>				11.010	11.010
Tot. Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbl		3.398	48.437	7.882	36.313	96.029
Fondi da ripartire	Fondi da assegnare	1.363	21.951	3.445	5.252	32.011
DEBITO PUBBLICO	<i>ONERI PER IL SERVIZIO DEL DEBITO STATALE</i>				190.500	190.500
	<i>Rimborsi del debito statale</i>				434.000	434.000
Tot. DEBITO PUBBLICO					624.500	624.500
Totale		75.468	4.143.404	420.939	11.672.060	16.311.870

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Tavola 11

La tutela della salute: la composizione per categorie economiche

(stanziamenti definitivi di competenza)		(in migliaia)	
	Valori assoluti	composizione	
Categorie economiche			
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	90.632	8,95	
CONSUMI INTERMEDI	210.783	20,81	
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	4.934	0,49	
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	214.595	21,18	
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	460.314	45,44	
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	19.576	1,93	
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE			
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE			
ALTRE USCITE CORRENTI			
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	2.083	0,21	
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	9.000	0,89	
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE			
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	1.112	0,11	
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE			
TOTALE	1.013.029	100,00	

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Le somme destinate alla missione 20 sono riconducibili sostanzialmente a quattro categorie economiche: i redditi da lavoro dipendente assorbono il 9 per cento degli stanziamenti, i consumi intermedi e i trasferimenti ad altre Amministrazioni pubbliche il 21 per cento ciascuno, mentre i trasferimenti correnti a famiglie e organizzazioni sociali private assorbono oltre il 45 per cento delle somme.

Nel seguito si dà conto dell'attività svolta nell'anno basandosi sulla ripartizione della missione per programmi. Per ciascuno di essi ci si riferisce anche agli stanziamenti definitivi di competenza ad esso riferibili, guardando al peso relativo delle risorse destinate a ciascun programma nell'ambito della missione e verificandone le caratteristiche in base alla disaggregazione per categorie economiche.

3.5.2. La prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana

Le priorità riferibili a tale programma riguardavano gli interventi per la tutela igienico-sanitaria degli ambienti di vita, del suolo e dell'aria, lo sviluppo e la definizione di linee strategiche per la prevenzione ed il controllo dei rischi sanitari. Sempre in tale ambito vanno collocate le attività volte al potenziamento del ruolo dell'Italia nel settore sanitario attraverso programmi di collaborazione bilaterale e il rafforzamento della presenza degli ospedali italiani

nel mondo, nonché attraverso l'individuazione di un modello organizzativo di rapporti Stato – Regioni in materia di monitoraggio dei flussi di mobilità sanitaria in ambito internazionale.

Tavola 12

Programma 1 – Prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana

(in migliaia)

Categorie economiche	programma 1 Prevenzione, assistenza, indirizzo e coordinamento internazionale in materia sanitaria umana		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	42.820	47.177	51,0	52,1	9,2	6,5
CONSUMI INTERMEDI	43.8401	116.688	43,5	55,4	9,4	16,1
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	2.428.129	2.585	52,1	52,4	0,5	0,4
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	67.774	79.139	35,5	36,9	14,5	10,9
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	291.336	460.314	100,0	100,0	62,3	63,4
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	19.545	19.545	99,8	99,8	4,2	2,7
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE						
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE						
ALTRE USCITE CORRENTI						
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	129	829	50,4	39,8	0,0	0,1
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI			0,0	0,0	0,0	0,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE						
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE			0,0	0,0	0,0	0,0
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE						
TOTALE	467.872	726.277	66,8	71,7	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Al programma vanno circa il 72 per cento degli stanziamenti complessivamente destinati alla missione “tutela della salute”.

Del totale delle somme, oltre il 63 per cento sono trasferimenti a famiglie ed istituzioni private. Si tratta principalmente degli importi dovuti per gli indennizzi e i risarcimenti ai soggetti danneggiati da complicità di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati e per le cause di risarcimento danni (293,2 milioni gli stanziamenti definitivi a tale titolo), dei rimborsi delle spese per cure all'estero (107 milioni) e delle spese per il personale navigante (35 milioni).

In riferimento agli indennizzi alle vittime di trattamenti da emoderivati va considerato che l'amministrazione centrale gestisce gli indennizzi a cittadini residenti nelle regioni a statuto speciale (in attesa della modifica degli Statuti di queste regioni), i benefici economici stabiliti dalla legge 229/05 ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, i ricorsi proposti contro i giudizi delle Commissioni mediche ospedaliere e adotta i provvedimenti esecutivi delle sentenze di condanna, dei decreti ingiuntivi e degli atti di precetto in materia di indennizzi e di risarcimenti dal danno.

Va osservato al riguardo che una gestione complessiva del fenomeno in capo ad un unico soggetto centrale consentirebbe margini di efficienza e di efficacia ancora maggiori, permettendo di mantenere una stretta coerenza e omogeneità nelle erogazioni delle somme dovute, indispensabili in un terreno così delicato e con rilevanti implicazioni economiche finanziarie per l'amministrazione pubblica. Al 31 dicembre 2007, sono state definite le procedure relative all'erogazione degli indennizzi e notificati agli interessati 900 decreti decisori.

In crescita rispetto agli stanziamenti iniziali anche quelli relativi ai consumi intermedi (da 43,8 a 116,7 milioni). Una variazione che è da ricondurre prevalentemente al capitolo 4100 che vede crescere lo stanziamento da 4,9 milioni a poco meno di 62 milioni. Questo capitolo presenta diverse gestioni e assicura la copertura di oneri diversi (affitti, cancelleria, utenze e manutenzioni), ma soprattutto di spese per l'informazione sanitaria e l'organizzazione e/o partecipazione a convegni o congressi (17,8 milioni) e spese per attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute (33 milioni). Sempre nei consumi intermedi sono ricomprese le spese per il funzionamento di comitati e commissioni che rispetto alla previsione iniziale, nel complesso pari a 210 mila euro, sono cresciute nella previsione definitiva ad oltre 4,8 milioni anche per la reiscrizione di somme precedentemente andate in perenzione.

I trasferimenti correnti all'estero sono rappresentati dal contributo all'organizzazione mondiale della sanità (19,5 milioni) e al comitato permanente degli ospedali europei.

Nel corso dell'anno è stato approvato il Piano nazionale alcol e salute, che si prefigge la riduzione dei consumi e la prevenzione dei danni ad esso correlati in particolare tra i giovani e gli anziani. Il Piano, sulla base della collaborazione Stato – Regioni, prevede interventi in termini di informazione e prevenzione delle dipendenze, coinvolgendo il mondo della produzione e distribuzione e valorizzando il contributo che può essere offerto dalle organizzazioni di volontariato, nonché prevedendo un monitoraggio sia dei danni correlati all'alcol sia dei risultati delle diverse politiche di contrasto.

Alla Commissione consultiva sulle dipendenze patologiche, insediata nell'anno, sono stati poi affidati compiti di redazione di un Piano di azione complessivo per incrementare gli interventi di contrasto nell'uso delle droghe, del fumo e dell'alcol, per il monitoraggio del fenomeno e la formazione degli operatori sanitari.

Sempre nell'esercizio è stato predisposto il Piano nazionale di azione per la salute delle donne e assunte iniziative per una campagna di vaccinazione gratuita contro il cancro della cervice uterina.

Per quanto riguarda le iniziative per la salvaguardia della salute nei luoghi di lavoro sono state predisposte le linee guida per la prevenzione delle molestie morali e psicologiche.

Sono stati poi redatti documenti sul funzionamento di una “sala situazioni” del Ministero della salute e della rete di informazione rapida relativa alle emergenze sanitarie e definito un sistema per le pianificazioni regionali di prevenzione sanitaria.

Per il potenziamento del ruolo dell'Italia nel contesto internazionale si è proceduto alla definizione delle priorità e del coordinamento delle attività di tutela della salute in ambito comunitario e alla individuazione di un modello organizzativo dei rapporti Stato-Regioni. E' stato a questo fine attribuito ad una task force composta da membri delle amministrazioni centrali e regionali ed esperti il compito di effettuare la programmazione a medio e lungo termine delle attività comunitarie prioritarie e di svolgere una funzione di cabina di regia per il coordinamento dei risultati di una organizzazione in cui sono state ripartite tra le amministrazioni regionali e locali le competenze sanitarie internazionali e affidate al Ministero della salute il ruolo di punto di contatto.

Nell'anno è poi stata elaborata, d'intesa con le Regioni, la metodologia di rilevazione dei flussi di mobilità sanitaria in ambito internazionale, prevedendo la possibilità di utilizzare per tali finalità sistemi informatici esistenti (TESS telematica europea di sicurezza sociale; TECAS Trasferimenti all'estero per cure di altissima specializzazione; ASPEC Assistenza sanitaria Paesi esteri convenzionati).

Nel 2007 sono state, infine, promosse diverse campagne di informazione (tali iniziative sono state in parte sviluppate anche nell'ambito del programma 3). La principale è quella denominata “Guadagnare Salute” e coinvolge non solo il Sistema Sanitario, ma anche altri enti pubblici (Amministrazioni centrali, Regioni, Comuni) e privati: (organizzazioni appartenenti al mondo delle imprese, del sindacato e dell'associazionismo). Il programma ha previsto la realizzazione di campagne informative volte a indurre alcuni cambiamenti nei comportamenti che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica. Nell'ambito del programma “Guadagnare salute” nel 2007 sono state promosse diverse iniziative.

Nell'ambito delle campagne di comunicazione, si ricordano inoltre la campagna "Non giocare con la vita, se guidi non bere" volta a dissuadere i giovani dall'abuso di alcol, specie prima di mettersi al volante; la campagna d'informazione rivolta alla popolazione sui rischi del caldo estivo; la “giornata mondiale dell'AIDS”, la giornata dell'oncologia e la campagna salute della donna.

Per limitare il rischio di numerose malattie è stata costituita con d.m. del 26 aprile 2007, presso il Ministero della salute, la “Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo”, un tavolo tecnico composto da rappresentanti delle Amministrazioni centrali, delle Amministrazioni decentrate, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, con il compito di formulare proposte ed attuare iniziative per favorire una sana alimentazione e una maggiore attività fisica, nonché per contrastare l'abuso di alcol e ridurre il fumo di tabacco.

Direttamente funzionali alle finalità informative alla base della strategia di sensibilizzazione sui temi della salute va considerato il Protocollo d'Intesa siglato il 5 gennaio 2007 con cui il Ministero della pubblica istruzione e il Ministero della salute si sono impegnati a definire strategie comuni e a realizzare un programma d'interventi nel campo salute-scuola per la prevenzione di patologie croniche e il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile.

Durante l'anno in attuazione dell'Intesa sono state avviate alcune iniziative (un progetto pilota di educazione alimentare, una "Giornata Nazionale del Benessere dello Studente"), avvalendosi della collaborazione degli Uffici Scolastici Regionali di alcune Regioni e si è ottenuto il sostegno all'attivazione di un sistema nazionale di sorveglianza sugli stili di vita e ai comportamenti relativi alla salute dell'età evolutiva (6-17 anni).

Sulla stessa linea anche il protocollo sottoscritto il 19 settembre 2007 tra il Ministro della salute ed il Ministro delle politiche giovanili e dello sport, che punta a sensibilizzare la popolazione, e in particolare i giovani, sulla rilevanza di uno stile di vita attivo quale efficace strumento per la prevenzione dei rischi per la salute e a favorire l'inserimento nella pratica sportiva delle persone diversamente abili o portatrici di ritardo, disagio psichico o malattia mentale.

Dal punto di vista finanziario va osservato che lo stanziamento iniziale del pertinente cap. 4100 art. 16 "Spese per l'informazione sanitaria ai fini della promozione della salute ecc.", è stato più volte incrementato durante l'esercizio 2007; sono stati esauriti i fondi disponibili sul capitolo 4392 per la campagna sull'alcol; è stato impegnato l'intero stanziamento disponibile sul capitolo 4141 (0,6 milioni) per la campagna sui trapianti del 2008. L'attività di informazione ha assorbito quindi un rilevante ammontare di risorse. Il rilievo dell'impegno finanziario richiederebbe, tuttavia, un monitoraggio con cui verificare l'efficacia di tali strumenti di promozione e sensibilizzazione.

3.5.3. Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria

Al programma di prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria sono da ricondurre le azioni rivolte all'implementazione delle attività in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale, la vigilanza sugli integratori alimentari nonché le attività in materia di tutela e lotta alle malattie animali.

Alla prevenzione e assistenza veterinaria vanno il 7,7 per cento degli stanziamenti definitivi (in calo rispetto al 10 per cento previsto inizialmente) della missione. Si tratta pressoché esclusivamente di spese per redditi (circa il 35 per cento) e consumi intermedi (56 per cento). Limitati i trasferimenti ad altri soggetti della PA (soprattutto Regioni) e diretti a misure specifiche (randagismo e banca dati per la registrazione degli animali).

Tra i consumi intermedi la voce maggiore riguarda lo stanziamento per la sorveglianza epidemiologica delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (da 30,3 a 32,6 milioni finali).

Nell'anno sono stati istituiti due Comitati: uno per la sicurezza alimentare che svolge compiti consultivi per Amministrazione centrale e Regioni sulle principali sostanze di uso alimentare (additivi etc), organismi geneticamente modificati, prodotti dietetici, pericoli biologici, contaminazione della catena alimentare, salute e benessere degli animali; l'altro con compiti di indirizzo strategico sulle attività da avviare nell'ambito della valutazione del rischio nella catena alimentare (programma di lavoro annuale e pluriennale, priorità di intervento e comunicazione).

Tavola 13

Programma 2 – Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria

(in migliaia)

Categorie economiche	programma 2 Prevenzione e assistenza sanitaria veterinaria		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	25.793	27.111	30,7	29,9	37,0	34,9
CONSUMI INTERMEDI	37.091	43.230	36,8	20,5	53,2	55,6
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	1.242	1.295	26,6	26,3	1,8	1,7
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	5.502	5.502	2,9	2,6	7,9	7,1
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE						
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO	31	31	0,2	0,2	0,0	0,0
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE						
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE						
ALTRE USCITE CORRENTI						
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	52	552	20,3	26,5	0,1	0,7
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI			0,0	0,0	0,0	0,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE						
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE						
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE						
TOTALE	69.711	77.721	10,0	7,7	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Sono stati poi portati a termine progetti specifici relativi alla valutazione dei requisiti nutrizionali dei prodotti per celiaci, alla sicurezza dei prodotti alimentari e alla predisposizione di una lista di riferimento delle indicazioni riportate sulle etichette degli integratori alimentari.

In tema di tutela e benessere degli animali, infine, sono state adottate proposte di linee guida sulla base dei contenuti e delle raccomandazioni europee sulla tipologia di allevamenti ovini-caprini e ittici presenti in Italia ed è stata portata a compimento la progettazione di un sistema per il monitoraggio delle principali zoonosi.

3.5.4. Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza

Le priorità riferibili al programma si distinguono tra quelle riconducibili alla riorganizzazione e qualificazione dei servizi sanitari, alla riorganizzazione della spesa sanitaria, all'informatizzazione, alla formazione del personale e alla comunicazione. Alla prima area di intervento appartengono le attività svolte per l'individuazione di modelli organizzativi per

assicurare, attraverso un miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, il miglioramento dei servizi e la riduzione dei tempi di attesa. Le iniziative previste mirano al superamento dei divari territoriali nella qualità dei servizi resi, soprattutto in campo oncologico e delle malattie rare, e al potenziamento della vigilanza e controllo sul *doping*.

Sono riferibili, invece, alla seconda area le attività di affiancamento previste per le Regioni in difficoltà e di monitoraggio dei Piani di rientro (verifica delle misure predisposte nei diversi stadi del processo previsto). Lo sviluppo e il completamento del nuovo sistema informativo sanitario (con lo sviluppo di sistemi integrati di reti sia a livello nazionale che internazionale), il cui finanziamento non rientra nel programma (essendo previsto invece nella missione 32.3 Servizi e affari generali), rappresentano da questo punto di vista un elemento indispensabile di completamento dell'attività di monitoraggio e garanzia. Non meno funzionali ad un efficiente uso delle risorse sono, da un lato, le azioni dirette alla formazione e qualificazione del personale (finalizzate tra l'altro alla istituzione di una scuola di formazione) e, dall'altro, gli interventi di comunicazione istituzionale per la promozione della salute.

Tavola 14

Programma 3 – Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza

(in migliaia)

Categorie economiche	programma 3 Programmazione sanitaria e livelli essenziali di assistenza		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	6.301	6.857	7,5	7,6	6,1	6,1
CONSUMI INTERMEDI	15.414	21.716	15,3	10,3	14,9	19,4
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	406	444	8,7	9,0	0,4	0,4
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	72.259	73.742	37,9	34,4	69,9	65,9
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE						
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO						
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE						
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE						
ALTRE USCITE CORRENTI						
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	26	128	10,3	6,2	0,0	0,1
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI	9.000	9.000	100,0	100,0	8,7	8,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE						
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE			0,0	0,0	0,0	0,0
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE						
TOTALE	103.406	111.887	14,8	11,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Alla programmazione sanitaria vanno l'11 per cento degli stanziamenti. Di questi il 66 per cento va ad amministrazioni pubbliche. Si tratta di trasferimenti ad amministrazioni pubbliche, alle regioni per progetti realizzativi del piano sanitario nazionale (60,5 milioni, capitolo 2404) e per il finanziamento di tecniche di procreazione medicalmente assistita (6,8 milioni) e all'agenzia dei servizi sanitari (6,4 milioni).

Tra i consumi intermedi che rappresentano il 19,4 per cento della spesa (21,7 milioni), 8 milioni sono destinati ad esperti o società di ricerca operanti nel campo della valutazione.

Nell'ambito delle attività relative alla riorganizzazione e alla qualificazione dei servizi sanitari con l'insediamento della Commissione nazionale per le cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria si sono avviati i lavori per l'introduzione di rilevanti modifiche negli assetti organizzativi del servizio sanitario. Alla Commissione è attribuito il compito di valutare l'attuazione della continuità assistenziale extra ospedaliera per l'intero arco settimanale, l'aggiornamento dei modelli professionali con particolare riferimento alla medicina generale, lo sviluppo delle iniziative di assistenza alle persone non autosufficienti e favorire l'integrazione socio sanitaria.

Particolare rilievo nell'attività di coordinamento propria dell'Amministrazione centrale ha avuto nel corso del 2007 l'avvio del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS). Tale Sistema, come è noto, era stato previsto dal comma 288 della legge 266/2005, da un lato, per potenziare l'attività di verifica circa la traduzione dei finanziamenti in servizi per i cittadini e, dall'altro, per elaborare metodologie di analisi utili alla gestione del sistema sanitario secondo criteri di efficienza ed appropriatezza delle prestazioni. La norma consentiva all'Amministrazione di avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, operanti nel campo della valutazione degli interventi sanitari, nonchè di esperti²².

Il SiVeAS, istituito con il decreto 17 giugno 2006 del Ministro della salute che ne ha definito le modalità di attuazione e ne ha assicurato un supporto funzionale in termini di risorse umane, ha iniziato ad operare nel 2007 secondo un programma triennale²³.

Le linee di attività possono ricondursi a due macro-aree tra loro interdipendenti e comunicanti: garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e affiancamento alle Regioni che hanno sottoscritto i Piani di rientro.

La prima risponde alle esigenze di supporto, al livello centrale, del SSN per le attività relative a:

- il sistema di garanzie di cui al d.m. 12 dicembre 2001, attuativo dell'art. 9 del d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56²⁴;
- la verifica dei LEA, ai sensi dell'Intesa 23 marzo 2005.

L'area dell'affiancamento risponde alle esigenze di supporto al Ministero della salute nelle proprie attività relative alla programmazione, gestione e valutazione dei Servizi sanitari regionali nelle Regioni che presentano disavanzi sanitari strutturali, in particolare, nelle attività relative a:

- l'approvazione in via preventiva dei provvedimenti predisposti dalle singole Regioni in attuazione dei rispettivi Piani di rientro 2007-2009;

²² Nel numero massimo di 20 unità.

²³ Per un approfondimento sull'attività svolta dal SiVeAS, v. Appendice.

²⁴ "Sistema di garanzia del raggiungimento, in ciascuna Regione, degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale" per il " (...) monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ogni Regione, (...) la verifica del rispetto delle garanzie di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e delle compatibilità finanziarie di cui all'articolo 1, comma 3, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992.

- il coordinamento dei Nuclei da realizzarsi nelle singole Regioni con funzioni di supporto tecnico;
- il monitoraggio dell'attuazione e dell'impatto dei Piani, a livello regionale ed interregionale.

Lo sviluppo degli interventi e degli strumenti individuati per il perseguimento degli obiettivi sopra richiamati è stato affidato alle risorse di cui si avvale il SiVeAS, che opera in gruppi di lavoro *ad hoc*, sotto il coordinamento generale del Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria e in stretto collegamento sia con i referenti istituzionali individuati per ciascuna linea di attività, sia con i gruppi di lavoro impegnati nello sviluppo di altre linee di attività, al fine di garantire l'omogeneità e la coerenza degli specifici obiettivi perseguiti e degli approcci metodologici adottati.

Anche nel 2007 è proseguito l'adeguamento del NSIS ai contenuti informativi e alle modalità di alimentazione coerenti con le esigenze di monitoraggio sanitario.

E' continuato lo sviluppo del Sistema di Monitoraggio delle prescrizioni (di cui si era avviata la sperimentazione, attraverso la sottoscrizione di un protocollo di intesa tra il Ministero della salute e la singola Regione) per la rilevazione dei flussi informativi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica. Sulla base dei protocolli d'intesa sottoscritti con 13 Regioni sono state portate avanti iniziative per l'accrescimento del patrimonio disponibile con l'invio dei dati aggiornati²⁵. Tali informazioni saranno progressivamente ricomprese nel flusso previsto per il monitoraggio della spesa nel settore sanitario.

Come sottolineato dall'Amministrazione "ad oggi la criticità che rimane da affrontare è quella relativa alla delicata questione della privacy, ed alla conseguente disponibilità di utilizzo nell'ambito del NSIS di un codice individuale fondamentale per ricondurre al paziente gli eventi sanitari che lo riguardano".

Nell'esercizio è proseguito lo sviluppo del Sistema Informativo per i Servizi Trasfusionali (SISTRA), di cui all'art. 18 della Legge 219/2005. A seguito del nulla osta espresso dalla Conferenza Permanente per i rapporti Stato - Regioni del 20 dicembre 2007, è stato emanato il d.m. del 21 dicembre 2007, con il quale si è provveduto a definirne le caratteristiche tecniche e le relative risorse finanziarie²⁶.

Con la stipula di una Convenzione è stato affidato alla regione Emilia Romagna la costruzione di un Osservatorio nazionale per la valutazione ed il monitoraggio delle applicazioni del c.d. *e-care*, quale strumento utile all'analisi dei servizi di *home care* rivolti agli anziani e alle persone affette da patologie croniche²⁷.

²⁵ Allo stato attuale il sistema SMP contiene dati relativi alle prestazioni di assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale dal 2002 al 2007, con una qualità e copertura informativa non ancora omogenea rispetto a tutte le Regioni partecipanti. Nel corso dell'anno è stato inoltre manifestato l'interesse per una diretta partecipazione al progetto da parte delle Regioni Puglia e Sicilia.

²⁶ Per far fronte agli oneri di funzionamento del SISTRA, sono stati impegnati, sugli esercizi finanziari futuri fino al 2012, circa 1.2 milioni annui.

²⁷ Le analisi e la documentazione prodotta dall'Osservatorio verrebbero a costituire un'area tematica dedicata del portale del Ministero della salute, che si arricchirebbe così di un servizio di informazione e confronto strutturato di esperienze e linee guida per l'e-care, al servizio delle Amministrazioni decentralizzate che promuovono o intendono realizzare queste nuove forme di servizi socio-sanitari *on line*.

Al fine di rendere fruibile il patrimonio informativo disponibile in ambito NSIS è stato realizzato uno strumento, il Cruscotto NSIS, per la condivisione di un set di indicatori utili per esaminare, a livello regionale e nazionale, la dinamica di alcune variabili chiave relative alle prestazioni ambulatoriali, di assistenza farmaceutica e ospedaliera. Si tratta di macro-indicatori relativi alla completezza dei flussi in termini di quantità (copertura aziende erogatrici e completezza dei dati rispetto al totale erogato), indicatori di contesto lato domanda (indicazioni sulla struttura demografica della popolazione residente per regione...), indicatori di contesto lato offerta (caratteristiche della rete di offerta di una Regione/ASL), indicatori di consumo lato domanda (numero e tipologia di prestazioni erogate a cittadini residenti in una determinata Regione/ASL indipendentemente da dove queste siano state effettivamente erogate), indicatori di consumo lato offerta (numero e tipologia di prestazioni erogate dalle strutture appartenenti alla rete di offerta di una determinata Regione/ASL indipendentemente dalla residenza degli assistiti).

La progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno richiesto la costruzione di un linguaggio comune a livello nazionale, per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel suo stesso ambito. E' stato attivato pertanto il progetto "I Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale" (progetto Mattoni), che ha visto il coinvolgimento delle Regioni organizzate in 15 gruppi di progetto e che si è concluso nel mese di luglio 2007. Nel corso dell'esercizio le attività condotte dai gruppi di lavoro sono state finalizzate alla realizzazione degli studi di fattibilità e alla predisposizione dei decreti attuativi propedeutici all'attivazione dei sistemi informativi concernenti tempi di attesa, Pronto soccorso e sistema 118, prestazioni residenziali e semiresidenziali. In particolare sono stati predisposti gli studi di fattibilità per il monitoraggio dei tempi di attesa²⁸ e per quello delle prestazioni di Pronto soccorso.

Progressi sono stati ottenuti nel potenziamento dei controlli e della qualità dei dati raccolti dalla banca dati centrale istituita ai sensi dell'art. 40 della Legge 39/2002 ed è stata attivata la raccolta del flusso informativo relativo alle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto.

Nonostante l'attivazione del gruppo di lavoro tecnico ai sensi dell'articolo 7 del d.m. 15 luglio 2004²⁹ (Istituzione, presso l'Agenzia italiana del farmaco, di una banca dati finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo), la complessità dell'introduzione della registrazione da parte di ciascuno dei soggetti interessati (produzione, distribuzione intermedia e finale, smaltimento) del numero di "targa" di ciascuna confezione di medicinali sul territorio nazionale non ha consentito di individuare la soluzione nell'anno 2007.

In coerenza con quanto previsto dalla direttiva del Ministro sono state portate a termine nell'esercizio, le revisioni dei programmi del corso di formazione in medicina generale e della banca dati del programma ECM, anche ai fini della libera circolazione degli operatori sanitari nell'ambito dell'Unione europea. Nel primo caso, si è predisposta una bozza del decreto con cui si definiscono il programma di studio e gli obiettivi didattici del corso di formazione specifica in medicina generale. Nel secondo caso, invece, sono state realizzate le attività informatiche e procedurali di registrazione degli atti che interessano il singolo operatore sanitario e sono state

²⁸ Sono state definite le modalità di attivazione e le caratteristiche del flusso informativo per il monitoraggio dei tempi di attesa relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai ricoveri e alla sospensione delle attività di prenotazione da parte delle strutture del SSN.

²⁹ Il Decreto del Ministero della salute del 15 luglio 2004 "Istituzione, presso l'Agenzia italiana del farmaco, di una banca dati centrale finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo" è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.2 del 4 gennaio 2005.

predisposte le linee guida per l'utilizzo delle funzioni poste in essere. Tra le iniziative del 2007, l'accordo Stato -Regioni sul fabbisogno di medici specialisti da formare per l'anno 2007 – 2008.

3.5.5. Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano

Gli interventi diretti ad assicurare il riordino del settore delle farmacie e la ridefinizione della figura professionale nell'ottica del pieno soddisfacimento delle esigenze sanitarie dei cittadini hanno rappresentato l'obiettivo prioritario dell'azione di questo programma.

Alla regolazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari va l'8,6 per cento degli stanziamenti finali della missione. Gli importi sono riconducibili a 3 categorie principali: trasferimenti a PA, consumi intermedi e personale. In termini di consumi intermedi l'importo passa da 1,3 milioni degli stanziamenti iniziali a 23,6 milioni. Una variazione da ricondurre prevalentemente al capitolo 3431 (che cresce da 0,3 a 15,6 milioni) destinato a finanziare operazioni di informazione degli operatori sanitari sull'impiego dei farmaci e a campagne di educazione sanitaria.

In termini di trasferimenti a soggetti della PA la quota maggiore va all'AIFA il cui fondo cresce da 44,8 milioni iniziali a 54,4 milioni nella versione definitiva. Sempre all'AIFA sono trasferite somme per investimenti pari a 1,1 milioni.

Nell'esercizio per gli obiettivi riconducibili a tale programma è stata predisposta la bozza di disegno di legge concernente la revisione del sistema concorsuale e per l'assegnazione di sedi farmaceutiche; è stata formulata una proposta per l'ampliamento del ruolo delle farmacie nell'ambito del SSN anche alla luce delle novità introdotte dal decreto legge 223/2006, convertito con modifiche dalla legge 248/2006. La proposta individua le aree in cui prevedere un ruolo delle farmacie e rappresenta la base per il conseguente testo di proposta normativa.

Tavola 15

Programma 4 - Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano

(in migliaia)

Categorie economiche	programma 4 Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza	Stanziamen- ti iniziali di competenza	Stanziamen- ti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO						
DIPENDENTE	4.838	5.257	5,8	5,8	9,3	6,0
CONSUMI INTERMEDI	1.262	23.620	1,3	11,2	2,4	27,1
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	314	341	6,7	6,9	0,6	0,4
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	45.273	56.212	23,7	26,2	87,3	64,5
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE			0,0	0,0	0,0	0,0
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO			0,0	0,0	0,0	0,0
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE						
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE						
ALTRE USCITE CORRENTI						
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI	49	574	19,0	27,5	0,1	0,7
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI			0,0	0,0	0,0	0,0
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE						
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE	121	1.112	100,0	100,0	0,2	1,3
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE						
TOTALE	51.858	87.115	7,4	8,6	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

3.5.6. Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario

Solo l'1 per cento delle somme sono invece destinate al programma 5. Si tratta di consumi intermedi (5,5 milioni) di cui 1,6 milioni per i laboratori e 1,2 milioni per automezzi in dotazione all'Arma dei Carabinieri per le attività affidate in tema di tutela della salute. 4,2 milioni sono invece relativi a stipendi ed altri assegni fissi per il potenziamento degli organici del corpo dei Carabinieri adibiti a sorveglianza.

Tavola 16

Programma 5 - Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario

(in migliaia)

	programma 5		Peso del Programma sul totale Missione		Composizione Programma	
	Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario					
Categorie economiche	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza	Stanziamenti iniziali di competenza	Stanziamenti definitivi di competenza
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	4.230	4.230	5,0	4,7	55,0	42,2
CONSUMI INTERMEDI	3.196	5.529	3,2	2,6	41,5	55,1
IMPOSTE PAGATE SULLA PRODUZIONE	270	270	5,8	5,5	3,5	2,7
TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE						
TRASFERIMENTI CORRENTI A FAMIGLIE E ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE						
TRASFERIMENTI CORRENTI A ESTERO						
INTERESSI PASSIVI E REDDITI DA CAPITALE						
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE						
ALTRE USCITE CORRENTI						
INVESTIMENTI FISSI LORDI E ACQUISTI DI TERRENI						
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI						
CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI AD IMPRESE						
ALTRI TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE						
RIMBORSO PASSIVITA FINANZIARIE						
TOTALE	7.696	10.029	1,1	1,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati RGS

Di particolare rilievo sono risultate nell'anno le ispezioni straordinarie condotte nelle strutture ospedaliere. Le ispezioni hanno riguardato 321 dei 672 ospedali e sono state volte ad accertare eventuali carenze igieniche e strutturali, il rispetto delle norme di sicurezza, irregolarità di natura assistenziale, nello smaltimento dei rifiuti ospedalieri o per la presenza di casi di assenteismo. Una attività che ha fatto emergere irregolarità nel solo 17,4 per cento dei casi e non in dimensione tale da pregiudicare, nella maggioranza dei casi, la qualità e la sicurezza delle prestazioni sanitarie.

3.6. Gli investimenti sanitari

Nel corso del 2007 è proseguita l'attività dell'amministrazione per la programmazione degli investimenti sanitari. Le somme destinate alla realizzazione di tali interventi non rientrano tra quelle considerate nella missione "Tutela della salute", ma sono ricomprese in quella relativa agli investimenti pubblici. Sono invece considerati nella missione gli oneri dovuti per retribuzioni e costi accessori dell'attività di coordinamento svolta dall'amministrazione ad essa dedicata presso il Ministero della salute.

Le attività svolte nell'anno hanno riguardato:

- il monitoraggio dei risultati ottenuti con gli accordi di programma, strumento utilizzato per la gestione della seconda fase degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67/1988³⁰;
- la gestione delle risorse aggiuntive (2,425 miliardi) previste dalla finanziaria per il 2007 con la predisposizione della proposta di riparto inoltrata alla Conferenza Stato-Regioni per l'acquisizione dell'intesa, espressa in data 15 novembre 2007, e quindi al CIPE per la deliberazione di riparto in data 18 dicembre 2007;
- la verifica di quanto programmato rispetto agli obiettivi e alla complessiva manovra definita con i Piani di rientro dal deficit sanitario;

³⁰ Gli Accordi di programma sono strumenti di programmazione negoziata attraverso la quale il Ministero della salute e le Regioni definiscono le priorità e gli obiettivi degli investimenti in infrastrutture sanitarie in coerenza con i Piani Sanitari Nazionali e Regionali, con gli obiettivi e le modalità di avvio della seconda fase del citato programma di investimenti; con i requisiti minimi strutturali e tecnologici definiti con il decreto del Presidente della Repubblica 14.01.1997, con l'Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, l'Intesa del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008) e l'Intesa del settembre 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome (Patto sulla salute).

L'Accordo di programma si compone del Protocollo d'intesa, documento programmatico, articolato contrattuale, schede tecniche relative ai singoli interventi.

Il Protocollo d'Intesa definisce la convergenza sugli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione. Il documento programmatico illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti in cui si colloca l'Accordo di programma. Il Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero della salute fornisce supporto alle Regioni e Province Autonome per la razionalizzazione e riqualificazione della rete dell'offerta dei servizi sanitari.

Il documento programmatico contiene esplicitamente gli interventi che fanno parte dell'Accordo di programma nei limiti dell'impegno finanziario indicato nell'articolato contrattuale che definisce gli impegni delle parti che sottoscrivono l'Accordo.

L'impegno finanziario definito nell'articolato è all'interno delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio dello Stato.

La scheda tecnica riporta le informazioni principali di ciascun intervento contenuto nell'Accordo.

Per la stipula dell'Accordo di programma il soggetto interessato trasmette al Ministero della salute la documentazione (documento programmatico, schede tecniche relative ai singoli interventi) relativa all'Accordo di Programma da stipulare. Tale documentazione è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute e, acquisito il prescritto parere, l'articolato contrattuale, il documento programmatico e le schede tecniche dei singoli interventi vengono trasmessi dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e finanze per l'acquisizione del concerto e, successivamente, alla Conferenza Stato-Regioni al fine di acquisire la prevista intesa.

Sottoscritto l'Accordo, per l'attivazione dello stesso, la regione chiede l'ammissione a finanziamento dell'intervento al Ministero della salute, che provvede con decreto dirigenziale. L'erogazione del finanziamento, che avviene per stati di avanzamento lavori, è di competenza del Ministero dell'economia e delle finanze che gestisce il relativo capitolo di spesa.

- l'avvio delle procedure per la predisposizione della proposta di riparto, (sul quale è stata acquisita l'intesa della Conferenza Stato – Regioni in data 28.02.2008) per gli ulteriori 3 miliardi stanziati per interventi infrastrutturali dalla finanziaria per il 2008;

- la definizione da parte del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero della salute, sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli Accordi di programma, approvato dalla Conferenza Stato – Regioni in data 5 febbraio 2008;

- l'attività di verifica degli interventi finanziati a livello regionale per i quali la legge finanziaria 2006 all'articolo 1, commi 310, 311 e 312, ha disposto la risoluzione degli accordi di programma, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa, per quella parte la cui richiesta di ammissione al finanziamento non risulta presentata al Ministero della salute entro diciotto mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi. Le risorse resesi così disponibili consentono alle Regioni, che non hanno ancora utilizzato l'intera quota a loro assegnata dalle citate Delibere CIPE, di sottoscrivere ulteriori Accordi di programma³¹.

Per le attività di valutazione e di verifica dei piani e dei programmi di investimenti l'amministrazione si è avvalsa del Nucleo di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute costituito con d.m. 27 settembre 2000. Nel 2007 è stato emanato il d.m. 4.05.2007 che rivede la composizione del Nucleo e la durata dell'organismo. Il Nucleo collabora con le Regioni nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica di piani e programmi di investimento edilizio e tecnologico in sanità, nell'ottica di attuazione dei principi definiti attraverso la programmazione sanitaria nazionale e regionale. In particolare supporta le Regioni in difficoltà e in ritardo rispetto all'attuazione dei programmi di investimento (art. 20, legge 67/88, art. 71 legge 448/98 interventi nelle grandi città, hospice, libera professione intramoenia, AIDS ecc.) al fine di rafforzarne le capacità tecnico-amministrative, progettuali e manageriali, per garantire il superamento dei gap esistenti nel Paese.

Il Nucleo ha espresso il proprio parere in merito alle proposte di Accordo di programma delle Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Calabria, Abruzzo, Sicilia, Molise, Piemonte, Puglia e del progetto previsto nell'Accordo di programma con la regione Siciliana relativo alla "Realizzazione del nuovo ospedale di San Marco di Librino con centro di eccellenza ortopedico". In base a quanto previsto dai d.m. 8.05.2006 e 16.05.2006 di riparto dei finanziamenti agli ospedali classificati, IZS, IRCCS e I.S.S., il Nucleo ha espresso il proprio parere relativamente ai programmi e progetti presentati da alcuni istituti³².

³¹ La medesima norma - art. 1, comma 311, prevedeva che dette risorse potessero essere utilizzate anche per la copertura delle altre linee di finanziamento facenti parte del programma art. 20. Su questa previsione si è espressa la Corte Costituzionale dichiarandone l'illegittimità costituzionale con sentenza n. 105/2007. Con la medesima sentenza, la Corte ha inoltre dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 285, che prevedeva che le regioni destinassero le risorse residue del programma ad interventi relativi a presidi comprensivi di degenze per acuti con un numero di posti letto non inferiore a 250 ovvero a presidi per lungodegenza e riabilitazione con un numero di posti letto non inferiori a 120, salvo interventi per adeguamento e messa a norma.

³² In base al d.m. 23 luglio 2004, il parere del Nucleo è obbligatorio sugli Accordi di Programma con le Regioni per l'utilizzo dei finanziamenti ex art. 20 L. 67/88, sui documenti di riprogrammazione e di rimodulazione di interventi, da sottoporre all'esame dei Comitati istituzionali di Attuazione e di Gestione degli Accordi; sui programmi di intervento e progetti relativi agli IRCCS, Policlinici Universitari, Istituti zooprofilattici, Ospedali classificati (art. 4, legge 412/1991); su tutti gli interventi di realizzazione di nuovi ospedali e i progetti di ristrutturazione che superano il tetto di spesa di 40 milioni.

Nel corso del 2007 il Nucleo ha inoltre predisposto una nuova versione della “Metodologia per la valutazione ex ante” aggiornandone i contenuti e l’impostazione generale; l’aggiornamento è derivato dall’applicazione sul campo dello strumento, con il contributo determinante di alcune Regioni, approvato dalla Conferenza Stato – Regioni in data 28 febbraio 2008.

Per il funzionamento del sistema di monitoraggio sulla base di metodiche condivise dalle Regioni e dal Ministero è continuato nell’anno il lavoro di costruzione dell’Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità, uno degli 8 obiettivi strategici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Con l’”Osservatorio” l’amministrazione si propone di fornire uno strumento per la raccolta dei dati necessari durante il ciclo di vita degli investimenti, integrando le informazioni relative alle diverse fasi del processo e alle diverse linee di investimento e offrendo elementi utili alla programmazione e alla valutazione dei progetti di investimento. Tali strumenti dovranno consentire di effettuare analisi comparative e di integrare le informazioni sugli Investimenti con quelle relative alla Rete di Assistenza e al Monitoraggio dei Costi.

L’obiettivo principale dell’”Osservatorio” è quindi quello di fornire ai programmatori informazioni elaborate da utilizzare ex ante per orientare le scelte programmatiche oppure ex post per verificare gli effetti delle ipotesi assunte nella definizione delle strategie.

Tavola 17

Il programma di investimenti ex articolo 20 della legge 67/88 – Una ricostruzione

(in migliaia)

	Art. 20 Legge 67/1988 (15.493,7 milioni)			Programma per il potenziamento della radioterapia (L.488/1999)	Integrazione Legge n. 388/2000 (Euro 2.065.827.596,36) (e+f)		Accordi di programma al 31.12.2005		
REGIONI	I Fase (conclusa nel 1996)	Assegnazione II Fase Delibera CIPE 52 del 6/5/98	Del. CIPE 53 del 6/5/98 - I Tranche II fase (quota parte Del. CIPE 52/1998) (impegnati in sicurezza e completamenti)	D.M. 28/12/2001	Programma per la Libera professione intramoenia (D.lgs.254/2000) - D.M. 08/06/2001	Delibera CIPE n. 65 del 2/8/2002 (modificata con delibera n. 63 del 20/12/2004)	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore complessivo degli Accordi di programma sottoscritti	Risorse residue per Accordi da sottoscrivere al 31.12.2005
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)=(b-c)+f	(h)	(i=g-h)
Piemonte	313.826,6	678.270,1	79.714,1	987,8	60.428,7	98.633,4	697.189,4	598.556,0	98.633,4
V. D'Aosta	14.744,3	31.865,9	4.537,3	46,4	1.418,3	4.131,7	31.460,2	31.460,2	0,0
Lombardia	578.806,2	1.201.068,0	129.630,7	1.749,1	132.471,2	269.786,9	1.341.224,3	864.276,3	476.948,0
P.A. Bolzano	33.868,7	73.199,5	12.870,1	106,6	0,0	7.359,5	67.688,9	67.688,9	0,0
P.A. Trento	36.877,6	79.702,2	28.881,2	116,1	8.404,6	20.116,0	70.937,0	70.937,0	0,0
Veneto	288.984,0	624.575,6	93.264,4	909,6	61.974,8	144.246,4	675.557,6	512.471,7	163.086,0
F. Venezia Giulia	96.188,0	207.889,4	26.339,3	302,8	0,0	13.100,4	194.650,5	181.550,1	13.100,4
Liguria	158.574,5	339.111,8	28.140,2	493,9	39.210,4	29.329,3	340.300,9	286.243,9	54.057,1
E. Romagna	299.412,8	614.052,8	146.827,7	894,3	87.214,1	109.095,8	576.320,9	530.886,2	45.434,7
Toscana	266.915,3	497.455,4	149.103,2	724,4	76.107,2	156.031,9	504.384,1	504.384,1	0,0
Umbria	63.529,4	140.735,0	102.249,7	205,0	25.677,9	16.010,2	54.495,5	54.495,5	0,0
Marche	102.707,3	226.332,1	44.352,0	329,6	42.332,9	35.398,1	217.378,2	181.979,9	35.398,3
Lazio	371.874,8	795.574,0	39.818,8	1.158,6	102.661,2	79.124,6	834.879,8	755.755,1	79.124,6
Abruzzo	137.004,1	285.087,8	66.597,7	415,2	18.942,1	7.850,1	226.340,3	30.281,0	196.059,3
Molise	48.367,7	104.832,0	12.435,8	152,7	0,0	1.962,5	94.358,7	11.772,9	82.585,8
Campania	526.105,3	1.120.588,0	10.329,1	1.631,9	79.253,9	43.685,0	1.153.943,9	1.110.258,9	43.685,0
Puglia	376.810,6	814.789,8	41.161,6	1.186,6	53.948,6	23.009,0	796.637,1	238.918,7	557.718,4
Basilicata	68.930,0	142.494,1	17.722,2	207,5	27.613,9	5.397,0	130.168,8	124.771,9	5.397,0
Calabria	198.491,9	424.925,8	26.473,8	618,8	0,0	12.297,3	410.749,2	61.086,6	349.662,7
Sicilia	496.353,3	1.256.885,1	89.829,2	1.830,4	0,0	23.570,0	1.190.626,0	1.104.676,8	85.949,2
Sardegna	160.082,0	345.982,7	11.039,1	503,9	8.483,3	11.751,6	346.695,3	334.943,7	11.751,6
Totale regionale	4.638.454,3	10.005.417,1	1.161.317,1	14.571,0	826.143,1	1.111.886,6	9.955.986,6	7.657.395,4	2.298.591,3
Riserva Enti (I.R.C.C.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - I.Z.S. - I.S.S.)	216.240,5	633.595,0	129.825,2	922,7		127.797,8	761.392,8	761.392,8	
TOTALE	4.854.694,9	10.639.012,1	1.291.142,2	15.493,7	826.143,1	1.239.684,5	10.717.379,5	8.418.788,2	2.298.591,3
Totale I Fase (a)			4.854.694,9					8.418.788,2	
Totale II Fase (b+d+e+f)			12.720.333,4						
Totale programma			17.575.028,3						

Fonte: Ministero della salute

Tavola 18

Il programma di investimenti ex articolo 20 della legge 67/88 – L'operare delle revoche

(in migliaia)

REGIONI	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31/12/2005	I ^a Revoca sugli Accordi di programma sottoscritti al 31/12/2005 in applicazione della L. 266/2005	II ^a Revoca al 31/12/2006 in applicazione della L. 266/2005	Revoca int. Ammessi a finanziamento e non aggiudicati nei termini previsti	Valore degli Accordi di programma sottoscritti aggiornati con I ^a revoca - II ^a revoca - Revoca non aggiudicati	Totale finanziamenti Accordi autorizzati (al netto dei revocati per mancata aggiudicazione)	Risorse per Accordi di programma da sottoscrivere aggiornate comprensive delle risorse di I ^a revoca - II ^a revoca - Revoca non aggiudicati
			D.I. 12.05.2006 (G.U. 154 del 5.07.2006)	D.I. 12.04.2007 (G.U. 170 del 24.07.2007)	D.I. 2.08.2007 (G.U. 259 del 7.11.07)	(comprensivi del valore degli Accordi sottoscritti nel 2007)		
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	f=(b-(c+d+e))	(g)	(h=a-f)
Piemonte	697.189,4	598.556,0	88.047,6			510.508,4	509.090,3	186.681,0
V. D'Aosta	31.460,2	31.460,2		2.019,3		29.440,9	29.440,9	2.019,3
Lombardia*	1.341.224,3	864.276,3				1.038.211,5	922.728,7	303.012,7
P.A. Bolzano	67.688,9	67.688,9				67.688,9	67.688,9	0,0
P.A. Trento	70.937,0	70.937,0				70.937,0	70.937,0	0,0
Veneto	675.557,6	512.471,7	52.601,8	18.997,0	10.606,1	675.557,6	430.266,6	0,0
F. Venezia Giulia	194.650,5	181.550,1	30.594,2			150.955,9	134.482,1	43.694,6
Liguria	340.300,9	286.243,9	318,9		732,8	284.438,0	284.266,3	55.862,9
E. Romagna	576.320,9	530.886,2				576.319,3	530.886,2	1,5
Toscana	504.384,1	504.384,1				504.384,1	504.384,1	0,0
Umbria	54.495,5	54.495,5				54.495,5	54.494,7	0,0
Marche*	217.378,2	181.979,9	55.208,4		1.283,2	125.470,2	125.470,2	91.907,9
Lazio	834.879,8	755.755,1	122.578,4	805,1	1.958,0	630.413,6	601.581,6	204.466,1
Abruzzo	226.340,3	30.281,0		1.545,5		52.197,0	28.735,5	174.143,4
Molise	94.358,7	11.772,9				11.772,9	11.772,9	82.585,8
Campania	1.153.943,9	1.110.258,9	458.770,7		1.884,3	649.226,9	402.561,7	504.716,9
Puglia*	796.637,1	238.918,7	14.912,6			640.229,4	221.631,1	156.407,7
Basilicata	130.168,8	124.771,9	7.430,8			117.340,4	116.312,3	12.828,4
Calabria	410.749,2	61.086,6				239.701,7	61.086,6	171.047,5
Sicilia	1.190.626,0	1.104.676,8	27.165,9	44.451,4	6.323,3	1.026.736,2	818.628,0	163.889,8
Sardegna	346.695,3	334.943,7	1.552,3		32.686,0	300.705,3	294.050,5	45.990,0
TOTALE	9.955.986,6	7.657.395,4	859.181,6	67.818,4	55.473,9	7.756.731,0	6.220.496,1	2.199.255,7

* Lombardia le proposte di Accordo comprendono anche interventi di libera professione per 84.011,9 migliaia

*Puglia la proposta di Accordo comprende anche interventi di libera professione per 13.352,6 migliaia di euro

Marche la proposta di Accordo prevede anche interventi di libera professione per circa 3.500 migliaia di euro (libera prof in proposta Lombardia, Puglia e marche totale 62.917,4 migliaia di euro)

Fonte :Ministero della salute

Anche per il 2007, l'applicazione di quanto previsto dalla legge 266/05, ha interessato due distinti processi di revoca. Come già avvenuto per le altre Regioni nel corso del 2006, sono stati emanati decreti che limitano la risoluzione degli Accordi di programma al 65 per cento delle risorse revocate e ne rendono quindi disponibili il rimanente 35 per cento. Detti decreti hanno interessato la Campania (per 247 milioni) e la Sicilia (14,6 milioni)³³.

Sono state oggetto di revoca integrale interventi per 67,8 milioni non richiesti nei termini compresi negli Accordi di programma³⁴ e interventi per 55,8 milioni ammessi a finanziamento per i quali, entro nove mesi dalla relativa comunicazione alla regione o provincia autonoma, gli enti attuatori non hanno proceduto all'aggiudicazione dei lavori³⁵.

I processi di revoca hanno consentito l'individuazione di 123,3 milioni non utilizzati, la cui copertura finanziaria, tornata a disposizione delle regioni, è stata utilizzata per la sottoscrizione di nuovi Accordi.

Nel corso del 2007 sono stati quindi sottoscritti sei nuovi Accordi di programma per 1.145,5 milioni dalle Regioni Puglia, Abruzzo, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Calabria³⁶.

Al 31 dicembre 2007 pertanto risultavano sottoscritti programmi per 7.756,7 milioni di cui erano autorizzati (al netto delle revoche) importi per 6.220 milioni.

Le risorse ripartite tra le Regioni ancora da utilizzare per la sottoscrizione di ulteriori Accordi di programma ammontano a 2.199,3 milioni a cui devono aggiungersi le nuove somme attribuite con le finanziarie per il 2007 e il 2008 per un totale di 5,4 miliardi³⁷.

³³ Campania: Decreto interministeriale 10 aprile 2007, (Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2007); Sicilia: Decreto interministeriale 10 aprile 2007, (Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2007).

³⁴ Si tratta di Valle d'Aosta (2 milioni), Veneto (18 milioni), Abruzzo (1,5 milioni), Lazio (0,8 milioni), Sicilia (44,4 milioni).

³⁵ Si tratta di Veneto (10,6 milioni), Liguria (0,7 milioni), Marche (1,3 milioni), Lazio (2,0 milioni), Campania (2,3 milioni), Sicilia (6,3 milioni) e Sardegna (32,7 milioni).

³⁶ Regione Puglia: Accordo di programma stralcio sottoscritto il 26 luglio 2007 per un importo a carico dello Stato di 432,7 milioni (di cui 16,5 milioni per libera professione) per 41 interventi; Regione Abruzzo: Accordo di programma integrativo dello stralcio 2004, sottoscritto il 31 luglio 2007 per un importo a carico dello Stato di 23,5 milioni per 13 interventi; Regione Lombardia: III Atto integrativo dell'APQ sottoscritto il 3 agosto 2007, per un importo a carico dello Stato di 220 milioni (di cui 46 milioni per libera professione) per 32 interventi; Regione Veneto: Accordo integrativo sottoscritto il 2 ottobre 2007, per un importo a carico dello Stato di 245,3 milioni per 82 interventi; Regione Emilia Romagna: Accordo integrativo sottoscritto il 20 novembre 2007, per un importo a carico dello Stato di 45,4 milioni per 8 interventi; Regione Calabria: Accordo integrativo, sottoscritto il 13 dicembre 2007, per un importo a carico dello Stato di 178,6 milioni per 4 interventi.

³⁷ Delle risorse aggiuntive, 500 milioni sono vincolati alla riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle Regioni meridionali e insulari, 100 milioni ad interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative con prioritario riferimento alle regioni che abbiano completato il programma di cui all'art. 1, comma 1, del DL 450/98, convertito con modificazioni dalla legge 39/99 e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative, 100 milioni di euro all'ampliamento e all'ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere e all'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni e 100 milioni di euro per strutture di assistenza odontoiatrica.

Tavola 19

**Il programma di investimenti ex art.20 della legge 67/88 Radioterapia – Libera professione –
Importi attribuiti e autorizzati**

(in migliaia)

REGIONI	ART. 20 LEGGE 67/1988				Radioterapia (legge 488/1999)				Libera professione (legge 254/2000)			
	Valore degli accordi di programma sottoscritti aggiornati con I ^a - 2 ^a revoca - revoca non agg. e sottoscritti 2007	Numero interventi autorizzati	Totale finanziamenti Accordi autorizzati	% di finanziamento autorizzato	D.M. 28/12/01 (riparto)	Numero interventi autorizzati	Totale finanziamenti Radioterapia autorizzati	% di finanziamento autorizzato	D.M. 8/06/01 (riparto)	Numero interventi autorizzati	Totale finanziamenti Libera professione autorizzati	% di finanziamento autorizzato
Piemonte	510.508,4	101	509.090,3	99,7	987,8	1	978,9	99,1	60.428,7	29	29.963,3	49,6
V. D'Aosta	29.440,9	7	29.440,9	100,0	46,4			0,0	1.418,3			0,0
Lombardia	1.038.211,5	107	922.728,7	88,9	1.749,1	1	1.749,1	100,0	132.471,2	15	69.391,6	52,4
P.A. Bolzano	67.688,9	7	67.688,9	100,0	106,6	1	106,6	100,0				
P.A. Trento	70.937,0	6	70.937,0	100,0	116,1	1	116,1	100,0	8.404,6	7	7.739,8	92,1
Veneto	675.557,6	132	430.266,6	63,7	909,6	1	909,6	100,0	61.974,8	40	61.974,8	100,0
F. Venezia Giulia	150.955,9	4	134.482,1	89,1	302,8	1	302,8	100,0				
Liguria	284.438,0	200	284.266,3	99,9	493,9	3	493,9	100,0	39.210,4	13	30.177,1	77,0
E. Romagna	576.319,3	135	530.886,2	92,1	894,3	1	894,3	100,0	87.214,1	66	82.273,6	94,3
Toscana	504.384,1	58	504.384,1	100,0	724,4	1	724,4	100,0	76.107,2	27	76.107,2	100,0
Umbria	54.495,5	8	54.494,7	100,0	205,0	1	205,0	100,0	25.677,9	13	25.637,1	99,8
Marche	125.470,2	63	125.470,2	100,0	329,6	1	313,1	95,0	42.332,9	16	23.559,9	55,7
Lazio	630.413,6	180	601.581,6	95,4	1.158,6	1	258,5	22,3	102.661,2	42	95.910,9	93,4
Abruzzo	52.197,0	30	28.735,5	55,1	415,2			0,0	18.942,1			0,0
Molise	11.772,9	5	11.772,9	100,0	152,7			0,0				
Campania	649.226,9	28	402.561,7	62,0	1.631,9			0,0	79.253,9			0,0
Puglia	640.229,4	85	221.631,1	34,6	1.186,6	2	1.186,6	100,0	53.948,6	24	32.900,9	61,0
Basilicata	117.340,4	47	116.312,3	99,1	207,5	1	197,2	95,0	27.613,9	7	27.613,9	100,0
Calabria	239.701,7	8	61.086,6	25,5	618,8	1	618,8	100,0				
Sicilia	1.026.736,2	205	818.628,0	79,7	1.830,4	2	1.830,4	100,0				
Sardegna	300.705,3	194	294.050,5	97,8	503,9	2	503,9	100,0	8.483,3	5	6.790,4	80,0
Totale regionale	7.756.731,0	1.610	6.220.496,1	80,2	14.571,0	22	11.389,1	78,2	826.143,1	304	570.040,4	69,0
IRCCS, Pol. Univ., IZS, ISS*	761.392,8		540.958,5	71,0	922,7		791,7	85,8				
Totale	8.518.123,7		6.761.454,6	79,4	15.493,7		12.180,8	78,6			570.040,4	

Fonte :Ministero della salute

Anche per quanto riguarda le misure per il potenziamento delle strutture di radioterapia, settore prioritario di intervento nei documenti programmatici ed in tutti gli Accordi di programma sottoscritti, sono solo alcune realtà regionali a presentare i ritardi di attuazione

maggiori. Al 31.12.2007 dei 15,5 milioni di euro ripartiti risultavano autorizzati 12,2 (al netto delle somme destinate a IRCCS, Policlinici e IZS le somme ripartite tra regioni erano pari a 14,6 milioni e quelle autorizzate 11,4 milioni). Le somme non autorizzate risultano al momento concentrate in solo 4 Regioni tutte del Centro. Abruzzo Molise e Campania non presentano interventi autorizzati mentre per il Lazio l'importo autorizzato è di poco superiore al 20 per cento. Tutte le altre Regioni presentano importi autorizzati quasi coincidenti con le somme ripartite.

Tavola 20

I risultati dell'attività intra moenia per Regione

REGIONI	ANNO 2006 (*)			ANNO 2007(**)		
	RICAVI INTRAMOENIA	COSTI INTRAMOENIA	SALDI	RICAVI INTRAMOENIA	COSTI INTRAMOENIA	SALDI
PIEMONTE	126.045	-111.679	14.366	126.951	-111.721	15.230
VALLE D'AOSTA	3.577	-2.945	632	3.580	-2.850	730
LOMBARDIA	246.848	-208.009	38.839	255.391	-210.555	44.836
P.A. BOLZANO	590	0	590	0	-9	-9
P.A. TRENTO	9.158	-7.639	1.519	8.900	-7.300	1.600
VENETO	106.201	-89.631	16.570	123.168	-94.389	28.779
FRIULI V.G.	21.892	-18.738	3.154	26.996	-23.053	3.943
LIGURIA	40.270	-34.138	6.132	40.887	-33.955	6.932
EMILIA R.	131.227	-105.275	25.952	135.380	-108.894	26.486
TOSCANA	115.805	-93.415	22.390	121.568	-98.042	23.526
UMBRIA	12.916	-11.670	1.246	12.538	-11.489	1.049
MARCHE	33.889	-29.117	4.772	36.355	-30.817	5.538
LAZIO	119.802	-107.622	12.180	117.722	-102.593	15.129
ABRUZZO	17.632	-15.302	2.330	17.459	-15.410	2.049
MOLISE	2.831	-1.877	954	2.873	-1.629	1.244
CAMPANIA	50.899	-44.477	6.422	50.220	-43.516	6.704
PUGLIA	41.055	-34.705	6.350	43.460	-35.880	7.580
BASILICATA	3.513	-2.968	545	3.657	-3.419	238
CALABRIA	6.809	-6.117	692	7.278	-6.739	539
SICILIA	43.495	-39.156	4.339	48.131	-45.842	2.289
SARDEGNA	14.307	-13.990	317	13.289	-11.525	1.764
TOTALI	1.148.761	-978.470	170.291	1.195.803	-999.627	196.176

(*) Dati da Consuntivo 2006

(**) Dati da IV trimestre 2007

Fonte: Ministero della salute

Ritardi nella realizzazione degli interventi per la libera professione intramuraria (del finanziamento di 826 milioni disposto dalla legge 388/2000 e ripartito nel 2001 sono stati finora autorizzati solo 570 milioni) hanno spinto l'amministrazione a stabilire con l'articolo 1 della legge 120/07 la revoca dei finanziamenti relativi ad interventi di ristrutturazione edilizia per i quali la Regione non abbia conseguito il collaudo entro il termine del 31 gennaio 2009. Anche

nel caso dell'attività *intra moenia* il grado di avanzamento e di utilizzo delle somme ripartite risulta territorialmente molto diversificato.

Tavola 21

Il programma nazionale per la realizzazione di strutture di cure palliative

REGIONI	erogati al dicembre 2007 (in migliaia)			
	Finanziamento	importo erogato	residui	% realizzazione
Piemonte	18.464,8	14.147,2	4.317,6	76,62
Valle d'Aosta	902,1	45,1	857,0	5
Lombardia	34.244,9	31.650,8	2.579,2	92,42
P.A. Bolzano	1.403,2	1.403,2	0,0	100
P.A. Trento	1.755,5	977,1	778,4	55,66
Friuli V. G.	5.698,3	2.152,2	3.546,1	37,77
Veneto	16.422,0	15.709,4	712,6	95,66
Liguria	8.332,0	2.862,3	5.469,6	34,35
E. Romagna	17.191,4	17.191,4	0,0	100
Toscana	15.504,9	14.525,9	979,0	93,69
Marche	5.505,8	4.157,3	1.348,5	75,51
Umbria	3.364,7	2.926,5	438,1	86,98
Abruzzo	4.355,9	383,3	3.972,6	8,8
Lazio	17.465,8	13.756,4	3.709,1	78,76
Campania	15.947,8	8.870,9	7.076,9	55,62
Molise	1.134,6	1.134,6	0,0	100
Basilicata	1.795,2	895,4	899,8	49,88
Puglia	11.069,2	8.923,9	2.145,4	80,62
Calabria	5.711,7	2.151,9	3.559,8	37,67
Sicilia	15.298,2	12.081,7	3.216,5	78,97
Sardegna	4.998,0	795,1	4.202,9	15,91
TOTALE	206.566,3	156.741,7	49.809,1	75,88

Fonte: Ministero della salute

Ancora in attesa di completamento il “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative” per il quale sono stati individuati finanziamenti per un importo complessivo di 206,6 milioni di euro di cui 156,7 erogati. Sul tema, che come visto in precedenza è stato interessato dal decreto del Ministro della salute numero 43 del 2007, nell'esercizio finanziario 2007 è stata richiesta la reiscrizione in bilancio al Ministero dell'economia della somma complessiva di 5,8 milioni concernente una quota dei fondi dell'anno 1998 e 1999 andata in perenzione agli effetti amministrativi (somma peraltro non ancora assegnata). Nell'esercizio sono state pagate invece somme per un totale di 18,7 milioni.

I residui passivi sono di poco inferiori ai 50 milioni e, derivando da fondi provenienti dagli esercizi 1998-2002, alla luce della disposizione contenuta nell'art. 3 comma 36 della legge 24 dicembre 2007 n. 244 (legge finanziaria 2008), sono tutti in perenzione amministrativa.

Le strutture attivate con i finanziamenti della legge n. 39/99 sono 63, per la maggior parte situati nelle regioni del nord Italia.

Tavola 22

Piano straordinario di interventi per la riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani

Totale finanziamenti erogati al dicembre 2007 (in migliaia)					
REGIONI	Finanziamenti D.M. 5.4.2001	Definanziamento ex legge finanziaria per il 2006	Importo erogato	Residui passivi	% realizzazione
PIEMONTE <i>Torino</i>	101.017,4	11.098,7	21.419,5	68.499,3	21,2
LOMBARDIA <i>Milano</i>	112.189,9	12.363,8	57.153,2	42.673,0	50,9
VENETO <i>Venezia</i>	27.047,2	209,8	16.299,8	10.537,7	60,3
LIGURIA <i>Genova</i>	86.045,9	374,0	40.428,4	45.243,5	47,0
E. ROMAGNA <i>Bologna</i>	98.454,2	261,8	51.067,6	47.124,8	51,9
TOSCANA <i>Firenze</i>	83.387,6	272,6	33.931,9	49.183,1	40,7
MARCHE <i>Ancona</i>	39.233,2	123,6	16.515,5	22.594,1	42,1
UMBRIA <i>Perugia</i>	31.013,2	207,0	25.093,5	5.712,8	80,9
ABRUZZO <i>L'Aquila</i>	16.991,4	1.973,5	2.502,8	12.515,1	14,7
LAZIO <i>Roma</i>	208.287,1	0,0	90.704,4	117.787,1	43,6
CAMPANIA <i>Napoli</i>	58.927,7	496,8	17.421,6	41.009,4	29,6
MOLISE <i>Campobasso</i>	22.466,6	135,6	10.916,7	11.414,3	48,6
BASILICATA <i>Potenza</i>	27.464,7	3.062,6	16.840,9	7.561,2	61,3
PUGLIA <i>Taranto</i>	21.691,2	7.200,1	800,5	13.690,6	3,7
PUGLIA <i>Bari</i>	44.260,4	14.549,9	3.095,2	26.615,3	7,0
CALABRIA <i>R. Calabria</i>	25.822,8	8.548,8	401,0	16.873,1	1,2
CALABRIA <i>Catanzaro</i>	25.822,8	8.457,4	321,4	17.044,0	1,6
SICILIA <i>Palermo</i>	96.042,9	0,0	19.019,2	77.198,9	19,8
SICILIA <i>Catania</i>	89.583,4	268,2	48.050,0	41.265,3	53,6
SARDEGNA <i>Cagliari</i>	23.746,7	212,2	2.903,3	20.631,2	12,2
TOTALE	1.239.496,6	69.436,7	474.886,3	695.173,6	38,3

Fonte: Ministero della salute

Per il piano straordinario di interventi per la riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (ex articolo 71 della legge n. 448/98) sono stati previsti finanziamenti per 1239,5 milioni. Nel corso degli ultimi anni la somma è stata più volte rimodulata, decurtata e infine reintegrata. La legge 266/05 (Legge Finanziaria 2006) ha di recente disposto, nella tabella "E", un taglio di fondi per un importo pari a 64 milioni. Nell'esercizio finanziario 2007 sono state pagate a carico del cap. 7111 (ex 7040) somme per un totale di 83,9 milioni. I residui passivi ammontano a 695,2 milioni di cui 499,5 derivanti da fondi stanziati tra il 1999 e il 2002 sono in perenzione amministrativa.

4. Le prospettive più recenti

4.1. Le misure previste per il 2008

Con la Finanziaria per il 2008 si conferma la strategia seguita nella definizione del Nuovo Patto per la salute, sottoscritto tra Stato e Regioni nel settembre 2006: ottenere una stabilizzazione della spesa in rapporto al Pil garantendo la qualità del servizio ed aggredendo le aree di inefficienza e inappropriata delle prestazioni.

Dopo varie manovre volte a ricondurre sotto controllo la spesa del comparto, per il 2008 il governo non ha ritenuto necessario disporre misure di contenimento aggiuntive, ma si è limitato a prevedere interventi coerenti con il percorso intrapreso negli anni precedenti.

Tre i provvedimenti di rilievo della manovra finanziaria riguardanti il comparto sanitario: uno contenuto nel DL 159/2007 e due nella finanziaria. Il primo riguarda misure di governo della spesa e di sviluppo del settore farmaceutico; il secondo la corresponsione, prevista negli accordi sottoscritti con le regioni che hanno adottato i Piani di rientro, di un'anticipazione finanziaria, da parte dello Stato per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31 dicembre 2005 dalle aziende sanitarie; il terzo, infine, dispone la sospensione per il 2008 dei *ticket* sulle prestazioni specialistiche.

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

Viene, altresì, potenziato il monitoraggio della spesa disponendo che, entro 15 giorni dalla fine di ciascun mese e ogni trimestre, le Regioni trasmettano all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze, rispettivamente i dati della distribuzione diretta (da parte delle farmacie ospedaliere e delle farmacie convenzionate per conto delle aziende sanitarie locali), per ogni specialità medicinale, relativi al mese precedente e i dati relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera. Una disposizione che è previsto costituisca adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

A decorrere dal 2008, viene poi introdotto, un "nuovo sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale", con l'attribuzione alle aziende autorizzate all'immissione in commercio di medicinali di uno specifico budget annuale.

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

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

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

Si dispone, infine, la nullità dei provvedimenti regionali che escludono, totalmente o parzialmente, la rimborsabilità dei farmaci, se assunti in difformità da quanto deliberato dalla Commissione unica del farmaco, ai sensi del comma 1 del citato articolo 6 del decreto-legge n. 347 del 2001, o, successivamente all'istituzione dell'AIFA, dalla Commissione consultiva tecnico-scientifica di tale Agenzia, fatte salve eventuali ratifiche adottate dall'AIFA antecedentemente al 1° ottobre 2007.

Il secondo provvedimento dà attuazione agli Accordi stipulati tra i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e le Regioni che hanno sottoscritto i Piani di rientro, prevedendo la corresponsione di una anticipazione finanziaria di 9.100 milioni di euro alle regioni con elevate esposizioni debitorie.

Infine l'articolo 2, commi 376-378, dispone per il 2008 l'abolizione della quota di partecipazione alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, introdotta dall'articolo 1, comma 796, lettera p), della legge n. 296/2006³⁸. Per tale finalità il livello del finanziamento del SSN cui concorre lo Stato è stato incrementato per l'anno 2008 per un importo di 834 milioni.

4.2. Le prospettive finanziarie del settore

Il rinvio al 2008 dei rinnovi contrattuali, gli andamenti riscontrati nelle principali voci di costo, la necessità di rifinanziare l'abolizione dei ticket di anno in anno e le caratteristiche fino ad ora assunte dal contenimento della spesa per farmaci fanno guardare con attenzione all'andamento della spesa nel 2008 e negli anni successivi.

In attesa di una nuova previsione della spesa che verrà fornita in occasione della presentazione del Documento di programmazione, è possibile ipotizzare una revisione al rialzo delle stime contenute nella RPP per il 2008 (dagli originari 109 miliardi a oltre 111). Una ipotesi che porterebbe la spesa su livelli superiori a quelli del 6,7 per cento in termini di prodotto, obiettivo del Piano della salute.

Va, inoltre, osservato che per il 2008 la Relazione unificata prevede una forte accelerazione dei pagamenti correnti (+7,2 per cento) trainati dalle somme destinate a redditi da lavoro (in connessione con la sottoscrizione del contratto) (+9,5 per cento) e da un recupero delle spese per consumi intermedi (+6,7 per cento).

Sulla possibilità, poi, di ripetere nel 2008 il buon risultato dell'anno appena concluso in termini di spesa farmaceutica pesa, da un lato, il venir meno degli effetti degli interventi attivati nel 2006 dall'AIFA sui prezzi e, dall'altro, invece, la scadenza nel 2008 di alcuni importanti brevetti di medicinali con un risparmio che è stato stimato dall'AIFA in 411 milioni di euro.

³⁸ La legge finanziaria per il 2007 ha introdotto, per i cittadini non esenti, il pagamento di una quota fissa di 10 euro per ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Il DL 23/2007 ne ha disposto l'abolizione, per lo scorso esercizio, a decorrere dal 20 maggio.

Dovrà essere attentamente monitorato l'effetto sulla spesa complessiva delle norme introdotte con la manovra finanziaria. Il divieto per le Regioni, previsto dalla legge n. 222/2007 di conversione del decreto-legge 159/2007, di ricorrere a misure quali l'estensione del rimborso di riferimento ad altre categorie rispetto a quelle individuate dall'AIFA, potrebbe privare le amministrazioni di uno strumento di gestione della spesa che, per talune categoria di farmaci, ha consentito di ottenere nel 2007, a livello nazionale, un calo della spesa di oltre il 14 per cento rispetto al 2006. La limitazione degli spazi di intervento regionali e l'applicazione di un sistema di *pay-back* che esclude le Regioni dai soggetti chiamati a ripianare lo sfioramento del tetto di spesa potrebbe comportare una attenuazione dell'attenzione al settore dei soggetti preposti al controllo della spesa, ciò nonostante il crescente rilievo posto da parte delle autorità centrali alle misure di contenimento varate a livello regionale per il rispetto dei limiti di spesa.

Appendice 1 – Dati tendenziali e programmatici dei Piani di rientro**Appendice 1 – Tavola 1****Costi di produzione – dati tendenziali, programmatici e risultati – Regione Liguria**

(in migliaia)

COSTI DI PRODUZIONE	Tendenziale	Importo manovra PdR	% manovra	Programma PdR	Risultati CE 2007	Differenza CE 2007 - PdR	% diff.	Differenza CE 2007 - Tendenziale
ACQUISTI DI ESERCIZIO B0010 - B0150	393.382	5.392	1,37	387.990	390.354	2.364	0,61	-3.028
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI B0700+B0150	53.914	530	0,98	53.384	58.317	4.933	9,24	4.403
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE B0221	141.978	0	0,00	141.978	144.592	2.614	1,84	2.614
FARMACEUTICA B0231	430.691	39.500	9,17	391.191	349.264	-41.927	-10,72	-81.427
SPECIALISTICA DA PUBBLICO B0260	575	0		575	353	-222		-222
SPECIALISTICA DA PRIVATO B0280	62.686	3.400	5,42	59.286	59.203	-83	-0,14	-3.483
RIABILITATIVA DA PUBBLICO B0310	16.910	0		16.910	13.578	-3.332		-3.332
RIABILITATIVA DA PRIVATO B0330	171.161	0	0,00	171.161	172.403	1.242	0,73	1.242
INTEGRATIVA DA PUBBLICO B0360	0	0		0	0	0		0
INTEGRATIVA DA PRIVATO B0380	38.171	0	0,00	38.171	38.851	680	1,78	680
OSPEDALIERA DA PUBBLICO B0410	154.642	0		154.642	175.319	20.677		20.677
OSPEDALIERA DA PRIVATO B0430	31.213	0	0,00	31.213	38.976	7.763	24,87	7.763
ALTRA ASSISTENZA B0452+B0460+B0480	29.026	0	0,00	29.026	29.002	-24	-0,08	-24
ALTRI SERVIZI B0510+B0540+B0580	71.941	479	0,67	71.462	75.537	4.075	5,70	3.596
GODIMENTO DI BENI E SERVIZI B0750	29.041	267	0,92	28.774	29.399	625	2,17	358
PERSONALE RUOLO SANITARIO B0800	894.306	26.706	2,99	867.600	880.879	13.279	1,53	-13.427
PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE B0810	3.567	93	2,61	3.474	3.352	-122	-3,51	-215
PERSONALE RUOLO TECNICO B0820	130.973	3.080	2,35	127.893	125.004	-2.889	-2,26	-5.969
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO B0830	82.804	2.427	2,93	80.377	82.837	2.460	3,06	33
SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI B0840+B0670+B0680	78.673	675	0,86	77.998	84.514	6.516	8,35	5.841
SERVIZI APPALTATI B0590- B0670-B0680	171.468	1.650	0,96	169.818	176.600	6.782	3,99	5.132
ACCANTONAMENTI TIPICI B0970	77.465	0	0,00	77.465	76.096	-1.369	-1,77	-1.369
IMPOSTE E TASSE Y9999	81.272	0	0,00	81.272	81.384	112	0,14	112
ONERI FINANZIARI C0060+C0100	6.812	0	0,00	6.812	8.585	1.773	26,03	1.773
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE (B0940)	0	0		0	-922	-922		-922
COMPARTECIPAZIONE PERSONALE INTRAMENIA B0470	32.095	0	0,00	32.095	33.955	1.860	5,80	1.860
TOTALI	3.184.766	84.199	2,64	3.100.567	3.127.432	26.865	0,87	-57.334

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Regione Liguria, Piano di rientro approvato con deliberazione della Giunta regionale 9 marzo 2007, n. 243 - Ministero della salute, Modelli CE IV trimestre 2007 (3 aprile 2008).

Appendice 1 – Tavola 2

Costi di produzione – dati tendenziali, programmatici e risultati – Regione Lazio

COSTI DI PRODUZIONE	Tendenziale	Importo manovra PdR	% manovra	Programma PdR	Risultati CE 2007	Differenza CE 2007 - PdR	(in migliaia)	
							% diff.	Differenza CE 2007 - Tendenziale
ACQUISTI DI ESERCIZIO B0010 - B0150	1.007.358	87.011	8,64	920.347	1.077.703	157.356	17,10	70.345
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI B0700+B0150	132.730	5.419	4,08	127.311	91.817	-35.494	-27,88	-40.913
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE B0221	523.181	0	0,00	523.181	544.577	21.396	4,09	21.396
FARMACEUTICA B0231	1.561.600	216.000	13,83	1.345.600	1.313.537	-32.063	-2,38	-248.063
SPECIALISTICA DA PUBBLICO B0260	0	0		0	0	0		0
SPECIALISTICA DA PRIVATO B0280	470.983	28.200	5,99	442.783	446.731	3.948	0,89	-24.252
RIABILITATIVA DA PUBBLICO B0310	0	0		0	0	0		0
RIABILITATIVA DA PRIVATO B0330	270.490	6.303	2,33	264.187	269.333	5.146	1,95	-1.157
INTEGRATIVA DA PUBBLICO B0360	325	0	0,00	325	0	-325		-325
INTEGRATIVA DA PRIVATO B0380	188.591	8.114	4,30	180.477	185.269	4.792	2,66	-3.322
OSPEDALIERA DA PUBBLICO B0410	0	0		0	0	0		0
OSPEDALIERA DA PRIVATO B0430	1.496.262	142.227	9,51	1.354.035	1.596.504	242.469	17,91	100.242
ALTRA ASSISTENZA B0452+B0460+B0480	380.364	52.158	13,71	328.206	335.784	7.578	2,31	-44.580
ALTRI SERVIZI B0510+B0540+B0580	241.799	22.005	9,10	219.794	229.943	10.149	4,62	-11.856
GODIMENTO DI BENI E SERVIZI B0750	82.558	-899	-1,09	83.457	90.906	7.449	8,93	8.348
PERSONALE RUOLO SANITARIO B0800	2.424.299	138.346	5,71	2.285.953	2.407.493	121.540	5,32	-16.806
PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE B0810	10.877	620	5,70	10.257	10.520	263	2,56	-357
PERSONALE RUOLO TECNICO B0820	285.590	16.297	5,71	269.293	275.485	6.192	2,30	-10.105
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO B0830	234.877	13.403	5,71	221.474	235.473	13.999	6,32	596
SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI B0840+B0670+B0680	200.880	5.879	2,93	195.001	244.106	49.105	25,18	43.226
SERVIZI APPALTATI B0590-B0670-B0680	696.176	34.589	4,97	661.587	720.105	58.518	8,85	23.929
ACCANTONAMENTI TIPICI B0970	109.674	0	0,00	109.674	130.562	20.888	19,05	20.888
IMPOSTE E TASSE Y9999	211.896	12.325	5,82	199.571	221.705	22.134	11,09	9.809
ONERI FINANZIARI C0060+C0100	35.223	0	0,00	35.223	47.459	12.236	34,74	12.236
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE (B0940)	0	0		0	-10.055	-10.055		-10.055
COMPARTECIPAZIONE PERSONALE INTRAMENIA B0470	105.833	0	0,00	105.833	102.593	-3.240	-3,06	-3.240
TOTALI	10.671.566	787.997	7,38	9.883.569	10.567.550	683.981	6,92	-104.016

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Regione Lazio, Piano di rientro approvato con deliberazione della Giunta regionale 6 marzo 2007, n. 149 - Ministero della salute, Modelli CE IV trimestre 2007 (3 aprile 2008)

Appendice 1 – Tavola 3

Costi di produzione – dati tendenziali, programmatici e risultati – Regione Abruzzo

(in migliaia)

COSTI DI PRODUZIONE	Tendenziale	Importo manovra PdR	% manovra	Programma PdR	Risultati CE 2007	Differenza CE 2007 - PdR	% diff.	Differenza CE 2007 - Tendenziale
ACQUISTI DI ESERCIZIO B0010 - B0150	310.310	5.937	1,91	304.373	296.167	-8.206	-2,70	-14.143
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI B0700+B0150	59.207	841	1,42	58.366	53.618	-4.748	-8,13	-5.589
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE B0221	136.000	0	0,00	136.000	149.556	13.556	9,97	13.556
FARMACEUTICA B0231	295.000	27.000	9,15	268.000	268.842	842	0,31	-26.158
SPECIALISTICA DA PUBBLICO B0260	19	1	5,26	18	0	-18		-19
SPECIALISTICA DA PRIVATO B0280	47.380	2.461	5,19	44.919	45.941	1.022	2,28	-1.439
RIABILITATIVA DA PUBBLICO B0310	0	0		0	0	0		0
RIABILITATIVA DA PRIVATO B0330	158.232	8.220	5,19	150.012	157.283	7.271	4,85	-949
INTEGRATIVA DA PUBBLICO B0360	1.928	100		1.828	0	-1.828		-1.928
INTEGRATIVA DA PRIVATO B0380	20.957	0	0,00	20.957	23.370	2.413	11,51	2.413
OSPEDALIERA DA PUBBLICO B0410	0	0		0	0	0		0
OSPEDALIERA DA PRIVATO B0430	201.000	7.000	3,48	194.000	188.235	-5.765	-2,97	-12.765
ALTRA ASSISTENZA B0452+B0460+B0480	33.484	1.217	3,63	32.267	38.787	6.520	20,21	5.303
ALTRI SERVIZI B0510+B0540+B0580	35.101	492	1,40	34.609	13.888	-20.721	-59,87	-21.213
GODIMENTO DI BENI E SERVIZI B0750	17.591	246	1,40	17.345	19.843	2.498	14,40	2.252
PERSONALE RUOLO SANITARIO B0800	617.158	4.087	0,66	613.071	601.158	-11.913	-1,94	-16.000
PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE B0810	1.754	12	0,68	1.742	1.654	-88	-5,05	-100
PERSONALE RUOLO TECNICO B0820	78.064	517	0,66	77.547	75.055	-2.492	-3,21	-3.009
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO B0830	58.025	385	0,66	57.640	55.058	-2.582	-4,48	-2.967
SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI B0840+B0670+B0680	53.696	-2.710	-5,05	56.406	54.570	-1.836	-3,25	874
SERVIZI APPALTATI B0590- B0670-B0680	85.094	1.193	1,40	83.901	100.332	16.431	19,58	15.238
ACCANTONAMENTI TIPICI B0970	33.000	-1.000	-3,03	34.000	77.710	43.710	128,56	44.710
IMPOSTE E TASSE Y9999	57.000	1.000	1,75	56.000	55.245	-755	-1,35	-1.755
ONERI FINANZIARI C0060+C0100	15.000	0	0,00	15.000	16.505	1.505	10,03	1.505
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE (B0940)	-1.309	0		-1.309	-3.208	-1.899		-1.899
COMPARTECIPAZIONE PERSONALE INTRAMENIA B0470	14.754	0	0,00	14.754	15.410	656	4,45	656
TOTALI	2.328.445	56.999	2,45	2.271.446	2.305.019	33.573	1,48	-23.426

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Regione Abruzzo, Piano di rientro approvato con deliberazione della Giunta regionale 13 marzo 2007, n. 224 - Ministero della salute, Modelli CE IV trimestre 2007 (3 aprile 2008)

Appendice 1 – Tavola 4

Costi di produzione – dati tendenziali, programmatici e risultati – Regione Molise

COSTI DI PRODUZIONE	Tendenziale	Importo manovra PdR	% manovra	Programma PdR	Risultati CE 2007	Differenza CE 2007 - PdR	% diff.	(in migliaia)
								Differenza CE 2007 - Tendenziale
ACQUISTI DI ESERCIZIO B0010 - B0150	66.020	3.420	5,18	62.600	66.867	4.267	6,82	847
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI B0700+B0150	9.289	0	0,00	9.289	9.812	523	5,63	523
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE B0221	43.505	0	0,00	43.505	44.795	1.290	2,97	1.290
FARMACEUTICA B0231	72.330	4.446	6,15	67.884	63.431	-4.453	-6,56	-8.899
SPECIALISTICA DA PUBBLICO B0260	1.749	0	0,00	1.749	0	-1.749		-1.749
SPECIALISTICA DA PRIVATO B0280	21.581	3.029	14,04	18.552	21.667	3.115	16,79	86
RIABILITATIVA DA PUBBLICO B0310	0	0		0	0	0		0
RIABILITATIVA DA PRIVATO B0330	30.773	4.645	15,09	26.128	27.010	882	3,38	-3.763
INTEGRATIVA DA PUBBLICO B0360	0	0		0	0	0		0
INTEGRATIVA DA PRIVATO B0380	6.788	512	7,54	6.276	6.517	241	3,84	-271
OSPEDALIERA DA PUBBLICO B0410	0	0		0	0	0		0
OSPEDALIERA DA PRIVATO B0430	80.583	17.472	21,68	63.111	61.287	-1.824	-2,89	-19.296
ALTRA ASSISTENZA B0452+B0460+B0480	8.812	1.254	14,23	7.558	11.034	3.476	45,99	2.222
ALTRI SERVIZI B0510+B0540+B0580	18.476	5.588	30,24	12.888	17.876	4.988	38,70	-600
GODIMENTO DI BENI E SERVIZI B0750	3.652	0	0,00	3.652	2.955	-697	-19,09	-697
PERSONALE RUOLO SANITARIO B0800	176.677	3.571	2,02	173.106	172.640	-466	-0,27	-4.037
PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE B0810	353	0	0,00	353	273	-80	-22,66	-80
PERSONALE RUOLO TECNICO B0820	22.623	1.269	5,61	21.354	21.605	251	1,18	-1.018
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO B0830	13.412	1.245	9,28	12.167	12.312	145	1,19	-1.100
SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI B0840+B0670+B0680	11.153	0	0,00	11.153	11.592	439	3,94	439
SERVIZI APPALTATI B0590- B0670-B0680	21.836	0	0,00	21.836	22.479	643	2,94	643
ACCANTONAMENTI TIPICI B0970	7.131	0	0,00	7.131	15.810	8.679	121,71	8.679
IMPOSTE E TASSE Y9999	17.503	0	0,00	17.503	15.468	-2.035	-11,63	-2.035
ONERI FINANZIARI C0060+C0100	962	0	0,00	962	667	-295	-30,67	-295
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE (B0940)	540	0		540	696	156		156
COMPARTICIPAZIONE PERSONALE INTRAMENIA B0470	1.928	0	0,00	1.928	1.629	-299	-15,51	-299
TOTALI	637.676	46.451	7,28	591.225	608.422	17.197	2,91	-29.254

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Regione Molise, Piano di rientro approvato con deliberazione della Giunta regionale 30 marzo 2007, n. 362 - Ministero della salute, Modelli CE IV trimestre 2007 (3 aprile 2008)

Appendice 1 – Tavola 5

Costi di produzione – dati tendenziali, programmatici e risultati – Regione Campania

								(in migliaia)
COSTI DI PRODUZIONE	Tendenziale	Importo manovra PdR	% manovra	Programma PdR	Risultati CE 2007	Differenza CE 2007 - PdR	% diff.	Differenza CE 2007 - Tendenziale
ACQUISTI DI ESERCIZIO B0010 - B0150	1.008.996	23.327	2,31	985.669	951.374	-34.295	-3,48	-57.622
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI B0700+B0150	139.157	29.479	21,18	109.678	108.443	-1.235	-1,13	-30.714
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE B0221	704.697	26.907	3,82	677.790	652.987	-24.803	-3,66	-51.710
FARMACEUTICA B0231	1.282.320	140.000	10,92	1.142.320	1.125.900	-16.420	-1,44	-156.420
SPECIALISTICA DA PUBBLICO B0260	0	0		0	0	0		0
SPECIALISTICA DA PRIVATO B0280	674.843	119.408	17,69	555.435	619.547	64.112	11,54	-55.296
RIABILITATIVA DA PUBBLICO B0310	0	0		0	0	0		0
RIABILITATIVA DA PRIVATO B0330	354.306	36.915	10,42	317.391	290.843	-26.548	-8,36	-63.463
INTEGRATIVA DA PUBBLICO B0360	0	0		0	0	0		0
INTEGRATIVA DA PRIVATO B0380	160.979	24.104	14,97	136.875	149.025	12.150	8,88	-11.954
OSPEDALIERA DA PUBBLICO B0410	0	0		0	0	0		0
OSPEDALIERA DA PRIVATO B0430	787.773	76.122	9,66	711.651	721.789	10.138	1,42	-65.984
ALTRA ASSISTENZA B0452+B0460+B0480	230.666	-21.420	-9,29	252.086	244.583	-7.503	-2,98	13.917
ALTRI SERVIZI B0510+B0540+B0580	142.731	5.661	3,97	137.070	171.999	34.929	25,48	29.268
GODIMENTO DI BENI E SERVIZI B0750	73.527	10.108	13,75	63.419	63.475	56	0,09	-10.052
PERSONALE RUOLO SANITARIO B0800	2.672.917	172.123	6,44	2.500.794	2.547.281	46.487	1,86	-125.636
PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE B0810	17.644	6.604	37,43	11.040	11.071	31	0,28	-6.573
PERSONALE RUOLO TECNICO B0820	359.820	15.604	4,34	344.216	331.773	-12.443	-3,61	-28.047
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO B0830	306.543	34.669	11,31	271.874	263.866	-8.008	-2,95	-42.677
SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI B0840+B0670+B0680	256.536	56.367	21,97	200.169	189.879	-10.290	-5,14	-66.657
SERVIZI APPALTATI B0590-B0670-B0680	428.264	24.300	5,67	403.964	379.082	-24.882	-6,16	-49.182
ACCANTONAMENTI TIPICI B0970	147.143	48.638	33,05	98.505	221.308	122.803	124,67	74.165
IMPOSTE E TASSE Y9999	254.607	5.357	2,10	249.250	240.986	-8.264	-3,32	-13.621
ONERI FINANZIARI C0060+C0100	107.122	18.172	16,96	88.950	88.344	-606	-0,68	-18.778
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE (B0940)	-2.718	-2.718		0	-9.623	-9.623		-6.905
COMPARTECIPAZIONE PERSONALE INTRAMENIA B0470	40.340	0	0,00	40.340	43.516	3.176	7,87	3.176
TOTALI	10.148.213	849.727	8,37	9.298.486	9.407.448	108.962	1,17	-740.765

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Regione Campania, Piano di rientro approvato con deliberazione della Giunta regionale 20 marzo 2007, n. 460 - Ministero della salute, Modelli CE IV trimestre 2007 (3 aprile 2008)

Appendice 1 – Tavola 6

Costi di produzione – dati tendenziali, programmatici e risultati – Regione Sicilia

								(in migliaia)
COSTI DI PRODUZIONE	Tendenziale	Importo manovra PdR	% manovra	Programma PdR	Risultati CE 2007	Differenza CE 2007 - PdR	% diff.	Differenza CE 2007 - Tendenziale
ACQUISTI DI ESERCIZIO B0010 - B0150	806.139	23.771	2,95	782.368	784.405	2.037	0,26	-21.734
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI B0700+B0150	124.200	362	0,29	123.838	116.519	-7.319	-5,91	-7.681
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE B0221	534.591	-251	-0,05	534.842	541.172	6.330	1,18	6.581
FARMACEUTICA B0231	1.348.277	123.300	9,15	1.224.977	1.139.361	-85.616	-6,99	-208.916
SPECIALISTICA DA PUBBLICO B0260	0	0		0	0	0		0
SPECIALISTICA DA PRIVATO B0280	432.484	39.240	9,07	393.244	486.516	93.272	23,72	54.032
RIABILITATIVA DA PUBBLICO B0310	0	0		0	0	0		0
RIABILITATIVA DA PRIVATO B0330	219.215	1.792	0,82	217.423	158.734	-58.689	-26,99	-60.481
INTEGRATIVA DA PUBBLICO B0360	0	0		0	1	1		1
INTEGRATIVA DA PRIVATO B0380	176.368	9.075	5,15	167.293	176.342	9.049	5,41	-26
OSPEDALIERA DA PUBBLICO B0410	0	0		0	0	0		0
OSPEDALIERA DA PRIVATO B0430	710.119	45.374	6,39	664.745	692.155	27.410	4,12	-17.964
ALTRA ASSISTENZA B0452+B0460+B0480	163.426	762	0,47	162.664	132.547	-30.117	-18,51	-30.879
ALTRI SERVIZI B0510+B0540+B0580	206.717	2.947	1,43	203.770	223.717	19.947	9,79	17.000
GODIMENTO DI BENI E SERVIZI B0750	49.271	0	0,00	49.271	52.890	3.619	7,35	3.619
PERSONALE RUOLO SANITARIO B0800	2.335.357	15.618	0,67	2.319.739	2.334.534	14.795	0,64	-823
PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE B0810	9.917	52	0,52	9.865	9.779	-86	-0,87	-138
PERSONALE RUOLO TECNICO B0820	329.602	2.245	0,68	327.357	312.742	-14.615	-4,46	-16.860
PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO B0830	244.546	1.543	0,63	243.003	245.524	2.521	1,04	978
SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI B0840+B0670+B0680	209.860	1.483	0,71	208.377	182.576	-25.801	-12,38	-27.284
SERVIZI APPALTATI B0590-B0670-B0680	192.082	452	0,24	191.630	213.958	22.328	11,65	21.876
ACCANTONAMENTI TIPICI B0970	74.069	0	0,00	74.069	154.275	80.206	108,29	80.206
IMPOSTE E TASSE Y9999	248.151	0	0,00	248.151	227.755	-20.396	-8,22	-20.396
ONERI FINANZIARI C0060+C0100	55.798	0	0,00	55.798	77.152	21.354	38,27	21.354
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE (B0940)	-2.000	0		-2.000	-2.405	-405		-405
COMPARTECIPAZIONE PERSONALE INTRAMENIA B0470	40.128	0	0,00	40.128	45.842	5.714	14,24	5.714
TOTALI	8.508.317	267.765	3,15	8.240.552	8.306.091	65.539	0,80	-202.226

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Regione Siciliana, Piano di rientro approvato con deliberazione della Giunta regionale 1 agosto 2007, n. 312 - Ministero della salute, Modelli CE IV trimestre 2007 (3 aprile 2008)

Appendice 2 - Schede di sintesi sugli esiti della verifica annuale dei Piani di rientro*

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la Regione Liguria

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 143,801 milioni di euro, che la Regione ha integralmente coperto.

		(milioni di euro)
Risultato di gestione – IV trim. 2007		-143,801
Coperture		
-	Accesso al Fondo transitorio 2007	50,411
-	Fondi regionali 2007 ¹	97,000
Totale copertura		147,411
Avanzo 2007		3,610

¹ La Regione ha inizialmente destinato all'equilibrio di bilancio 97 milioni di euro garantiti dalle entrate fiscali. Successivamente, ha rimodulato le aliquote compensando il minor gettito con stanziamento a carico dei residui perenti. In base a quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. a), del DL 248/2007, convertito con modificazioni dalla legge 31/2008, nei limiti del suddetto importo non si applicano gli effetti di cui all'art. 1, comma 796, lett b), sesto periodo, della legge 296/2006.

Sulla base delle coperture predisposte risulta un avanzo di 3,61 milioni di euro.

Per quanto riguarda la situazione del debito, nel corso del 2007 sono stati estinti i debiti pregressi (al 31 dicembre 2005).

Il Tavolo e il Comitato hanno espresso una valutazione complessivamente favorevole sull'andamento della realizzazione del Piano di rientro.

La valutazione favorevole, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano (6 marzo 2007 – 15 gennaio 2008), tiene conto dei seguenti fattori: il contesto normativo e programmatico, la capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano, l'effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti, l'adeguamento dei flussi informativi (modelli CE e LA).

Per quanto riguarda:

- *il contesto normativo e programmatico:*

- provvedimenti regionali emanati in attuazione di quanto previsto dalla legge n. 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796. Tutti i provvedimenti sono stati adottati;
- adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. La Regione si è impegnata ad adeguarsi alle indicazioni del PSN;
- adeguamento alle disposizioni vigenti per il Piano regionale di interventi di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 (accordi di programma). La regione ha adottato gli atti necessari, che sono stati tutti validati dal Tavolo di verifica, fatta eccezione per la DGR n. 8 del 29/02/2008 (relativa allo stralcio dal Piano socio sanitario della rete di cura e assistenza, nonché l'accorpamento e definizione di alcune aziende sanitarie), sulla quale il Tavolo ha chiesto dei chiarimenti;

* Le schede sintetizzano le informazioni contenute nei verbali della verifica annuale (26-27 marzo 2008) del Tavolo di monitoraggio e del Comitato LEA.

- la Regione è stata ritenuta adempiente per il 2006 relativamente agli adempimenti previsti per tale esercizio;

- *la capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano*: l'88 per cento³⁹ dei provvedimenti esaminati dal Tavolo di verifica e dal Comitato per la verifica dei LEA sono stati valutati positivamente;

- *l'effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti*: alla data del 27 marzo 2008, non era ancora conclusa la procedura di validazione degli interventi previsti dal Piano sociosanitario relativi alle reti di cura e di assistenza, che costituiscono elemento centrale dell'intera manovra di rientro e di riorganizzazione della sanità regionale. Risultavano, inoltre, approvati dalla Regione, ma non ancora approvati dal Tavolo di verifica e dal Comitato, i provvedimenti relativi agli acquisti centralizzati di beni e servizi e al contenimento del costo del personale. In sede di verifica, il Tavolo ed il Comitato hanno osservato come la Regione abbia intrapreso il percorso di definizione degli interventi richiesti, ma che tuttavia il non completamento dell'iter di verifica non consentiva di esprimere una valutazione;

- *l'adeguamento dei flussi informativi*: le informazioni contabili trasmesse dalla regione sono considerate adeguate come contenuto e tempestive. La regione ha inviato al Sistema informativo sanitario i dati comprensivi dei bilanci degli IRCCS di diritto pubblico (Istituto tumori di Genova e Gaslini) comprendendo anche la parte del bilancio relativa alla ricerca, mentre in precedenza erano state inserite solo le partite contabili relative all'assistenza⁴⁰. Tuttavia, mentre è stata data piena attuazione alla normativa riguardante la trasformazione degli ICCRS per quanto concerne l'Istituto tumori di Genova, vi è un ritardo per il Gaslini: sul punto vi è stata una sollecitazione del Tavolo e del Comitato.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, il TAR Liguria ha pronunciato 5 ordinanze, su altrettanti ricorsi proposti da case farmaceutiche, di trasmissione degli atti alla Corte costituzionale, non ritenendo infondata la questione di costituzionalità circa la limitazione del rimborso per alcuni farmaci disposta con legge regionale⁴¹.

³⁹ Si tratta di 46 provvedimenti su 52.

⁴⁰ Ciò al fine di corrispondere alla richiesta dei Ministeri della salute e dell'economia in ordine al rispetto dell'invio dei flussi informativi degli IRCCS. In coerenza con quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del marzo 2005, le regioni si sono infatti impegnate a garantire l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende, compresi gli ICCRS di diritto pubblico e i Policlinici universitari.

⁴¹ Art 6 della legge regionale n. 15/2007, relativamente al rimborso degli inibitori di pompa protonica.

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la regione Lazio

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 1.606,668 milioni di euro, che la Regione ha coperto per 1.481,403 milioni di euro; pertanto resta un disavanzo da coprire di 125,265 milioni di euro.

(milioni di euro)	
Risultato di gestione – IV trim. 2007	- 1.606,668
Coperture	
- Accesso al Fondo transitorio 2007	377,643
- Quota parte gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007	737,000
- Copertura bilancio regionale ¹	310,000
- Maggior gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007 ²	56,760
Totale copertura	1.481,403
Disavanzo ancora da coprire	125,265

¹ La Regione ha stanziato, con la legge regionale n. 26/2007, la somma di 310 milioni per la copertura del mancato raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro per l'anno 2007. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. a) del DL n. 248/2007, convertito in legge n. 31/2008, nei limiti dei predetti 310 milioni non si applicano gli effetti di quanto disposto dall'art. 1, comma 796, lett. b), sesto periodo della legge 296/2006.

² La Regione ha provveduto all'iscrizione in bilancio del maggior gettito per 56,760 milioni.

Successivamente alla chiusura del monitoraggio in base ai dati più recenti dell'Agenzia delle entrate è risultato per il Lazio un maggior gettito fiscale per circa 200 milioni, tale, dunque, da coprire il disavanzo rilevato a marzo.

Secondo le valutazioni del Tavolo e del Comitato, in ogni caso si evidenzia la necessità per l'anno 2008 di un intervento strutturale sui costi che permetta di recuperare gli effetti finanziari correlati al mancato o ritardato raggiungimento di obiettivi 2007, in particolare sulle voci di costo del personale, dei prodotti farmaceutici, di altri beni e servizi e dei tetti di spesa da privato accreditato.

Per quanto riguarda la situazione del debito, la Regione, con il supporto dell'*advisor* contabile, ha effettuato la procedura di certificazione del debito cumulato al 31 dicembre 2005 (debito non transatto) e del debito generato dalla gestione dell'anno 2006; inoltre ha attuato le procedure dirette all'estinzione anticipata al 2008 dei debiti sui mercati finanziari.

Dalla certificazione del debito non transatto emerge la necessità per la regione di accedere integralmente alla quota di anticipazione di liquidità (pari a circa 753 milioni di euro) non destinata all'estinzione anticipata del debito transatto (attualmente stimata in 4.020 milioni di euro) per un valore complessivamente pari a 4.773 milioni di euro, livello di anticipazione a cui la regione ha accesso, sulla base dell'attuale livello dei tassi di interesse e della rata di ammortamento trentennale disposta dalla regione di 310 milioni di euro annui.

Si riepiloga nella seguente tabella il fabbisogno finanziario derivante dai debiti cumulati al 31 dicembre 2005:

<i>(milioni di euro)</i>	
DEBITO TRANSATTO – Rata di ammortamento – scadenza 2006	1.056
DEBITO TRANSATTO – Rata di ammortamento – scadenza 2007	1.432
DEBITO TRANSATTO – importo necessario per l'estinzione anticipata	4.020
DEBITO NON TRANSATTO	3.097
Totale Fabbisogno derivante dal debito cumulato al 31 dicembre 2005	9.605

Gli elementi di criticità sottolineati nella valutazione del Tavolo di verifica e dal Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano (28 febbraio 2007 – 15 gennaio 2008), tengono conto dei seguenti fattori: il contesto normativo e programmatico, la capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano, l'effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti, l'adeguamento dei flussi informativi (modelli CE e LA).

Per quanto riguarda:

- il contesto normativo e programmatico

- provvedimenti regionali emanati in attuazione di quanto previsto dalla legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796. Tutti i provvedimenti sono stati adottati, tuttavia alcuni sono stati adottati con ritardo come la riorganizzazione della rete laboristica e l'approvazione del piano di riorganizzazione delle strutture accreditate che erogano prestazioni di laboratorio nella regione L'impegno della regione ad inquadrare le linee della programmazione sanitaria regionale in un percorso più complessivo nel nuovo Piano sanitario regionale, alla data della verifica annuale risulta disatteso;
- la Regione ha adottato gli atti necessari per l'adeguamento alle disposizioni vigenti per il Piano regionale di interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 (accordi di programma) per due interventi di cui uno è stato validato (completamento del P.O. Faina di Anzio) e uno è in attesa delle modifiche richieste (realizzazione centro di cura a Tuscania per la riabilitazione e ricerca sul morbo di Alzheimer). Altre due proposte di intervento, con fondi esclusivamente a carico della regione non riferibili all'art. 20 della legge 67/1988, non sono state validate dal Tavolo e dal Comitato (realizzazione Nuovo Ospedale dei Castelli di Ariccia e trasferimento presso l'Ospedale S.Camillo delle strutture sanitarie operanti nell'Ospedale Forlanini);
- relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio;

- la capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 70 per cento⁴² dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Tuttavia il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA non ritengono che sia garantito un livello di operatività complessivamente adeguato, escludendo l'esito positivo della prima verifica avente per oggetto i provvedimenti da adottare entro il 30 aprile;

⁴² Si tratta di 74 provvedimenti su 105.

- l'effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti:

- la ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri rappresenta uno degli obiettivi più rilevanti della manovra contenuta nel Piano di rientro, in particolare la criticità maggiore per la regione è costituita da un'eccessiva dotazione di posti letto rispetto allo standard nazionale. Altre criticità sono l'inappropriatezza dei ricoveri, in particolare nel day hospital e ritardo nella diffusione del *day surgery* e un tasso elevato di mobilità passiva. A fronte di un obiettivo per l'anno 2007 di riduzione di n. 1389 posti letto, la Regione rileva il raggiungimento dell'obiettivo, al 30 settembre 2007, per il 70 per cento, vale a dire n. 978 posti letto tagliati e n. 363 posti letto da considerare già disattivati (Deliberazione della Giunta regionale n. 101 del 20 febbraio 2007). Restano da dimettere n. 48 posti letto. Tuttavia il Tavolo e il Comitato concludono per l'impossibilità di valutare come positivamente conseguito tale obiettivo, sia per la carenza di un quadro informativo esaustivo da parte della regione, sia per l'ampio contenzioso in atto contro la delibera citata 101/2007 ed altri provvedimenti regionali adottati in materia di "tetti e tariffe", con impatto negativo sulla concreta attuazione degli adempimenti programmati nel Piano di rientro.

Se si considera il costo sostenuto per "Ospedaliera da privato" nei Conti Economici – IV trimestre 2007, pari a 1.596 milioni di euro rispetto all'obiettivo del Piano di rientro di 1.354 milioni di euro, si evidenzia come sia stato superato il limite non solo rispetto al risultato atteso dal Piano di rientro, ma anche rispetto al valore tendenziale.

Risultano poi altri interventi nell'ambito dell'obiettivo generale di ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri che non hanno ottenuto la validazione del Tavolo e del Comitato (riconversione/chiusura ospedali per acuti e cliniche di piccole dimensioni, riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione, organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato sui centri di riferimento e strutture satellite, Piano di ridefinizione della rete e dell'offerta di servizi ospedalieri, definizione di accordi triennali di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori);

- per quanto riguarda l'assistenza territoriale e lo sviluppo del sistema di cure primarie, il punto qualificante contenuto nella manovra di rientro consiste nella definizione dei budget da attribuire agli erogatori pubblici e privati e nel sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica e assistenza riabilitativa. La regione ha attuato l'obiettivo con l'adozione di due provvedimenti (DGR 436/07 e DGR 437/07) i quali sono attualmente oggetto di contenzioso (n. 44 impugnazioni all'esame del Tar del Lazio) con possibili effetti molto negativi in termini di impatto sulla manovra prevista nel piano di rientro. Il Tavolo e il Comitato registrano, quindi, l'impossibilità di valutare raggiunto l'obiettivo in argomento.

Il Piano di rientro relativamente all'obiettivo 2.2 "Riorganizzazione delle attività territoriali" non prevedeva un impatto sulla spesa, tuttavia se osserviamo i risultati dei costi consuntivi nei CE IV trimestre 2007, le voci "Specialistica da privato" e "Riabilitativa da privato" riportano, sommati, uno scostamento rispetto all'obiettivo del Piano di rientro di 9 milioni circa.

Obiettivo specifico di rilevanza con un impatto positivo sulla spesa a consuntivo, è quello della Politica del farmaco. Il Piano di rientro prevedeva un impatto sulla spesa di 220 milioni attraverso vari interventi. Dai CE IV trimestre 2007 alla voce "Farmaceutica" risulta un miglioramento rispetto all'obiettivo del piano di rientro di 32 milioni circa.

E' opportuno rilevare che, tra le voci di costo che presentano a consuntivo (modelli CE) i più accentuati scostamenti rispetto a quanto previsto dal piano di rientro, gli acquisti per beni e servizi (di esercizio) evidenziano una maggiore spesa di oltre 157 milioni, con un peggioramento anche rispetto al valore tendenziale. La manovra del piano di rientro prevedeva, inoltre, azioni specifiche con un impatto sulla spesa di 7 milioni: rinegoziazione appalti beni e servizi con fornitori (-1,5 milioni impatto sulla spesa) e Gara di appalto in multiservizio tecnologico e fornitura vettori energetici (-5,5 milioni impatto sulla spesa). Il Tavolo e il Comitato evidenziano un grave ritardo nel perseguimento di tali obiettivi che ha determinato maggiori costi di gestione rispetto a quelli programmati e che necessitano di interventi correttivi sull'anno 2008;

l'adeguamento dei flussi informativi: si registrano alcuni miglioramenti che hanno contribuito all'emersione di partite contabili in precedenza non rilevate, quali i costi per la mobilità attiva extraregionale.

Il Tavolo e il Comitato, pur riscontrando miglioramenti nella gestione contabile e nel sistema dei flussi informativi, evidenziano un grave ritardo nel perseguimento di un effettivo rafforzamento della struttura amministrativa e della capacità regionale di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria. In particolare per il progetto "tessera sanitaria", permangono alcune criticità relativamente alla procedura di assegnazione medico-ricettario.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati promossi presso il TAR Lazio 44 ricorsi, riguardanti essenzialmente la fissazione dei tetti di spesa e dei budget relativi a ogni singolo ente erogatore e la fissazione dei tassi di ospedalizzazione con la conseguente riduzione dei posti letto della rete ospedaliera.

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la regione **Abruzzo**

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 130,891 milioni di euro, che la regione ha solo parzialmente coperto (95,24 milioni).

Al disavanzo non coperto 2007 (36,651 milioni) si aggiunge quello relativo alla gestione 2006 (pari a 197,064 milioni), la cui copertura, non più effettuabile a valere su tale esercizio, deve essere riportata al 2007.

Il Tavolo e il Comitato valutano, quindi, che la gestione 2007, incrementata del disavanzo 2006, presenti un importo complessivo privo di copertura pari a 232,715 milioni.

<i>(milioni di euro)</i>	
Risultato di gestione – IV trim. 2007	- 130,891
Coperture	
- Accesso al Fondo transitorio 2007 ¹	47,240
- Quota parte gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007	48,000
Totale copertura	95,240
Disavanzo ancora da coprire 2007	36,651
Disavanzo non coperto 2006²	197,064
Totale disavanzo ancora da coprire	232,715

¹ La Regione ha originariamente destinato a copertura del disavanzo 93 milioni derivanti dall'aumento delle aliquote fiscali. Tale importo comprendeva anche, per 45 milioni, la cifra corrispondente al risparmio derivante dalla ristrutturazione del debito cartolarizzato, che la regione si era impegnata a compiere nel 2007. Poiché tale operazione di ristrutturazione finanziaria non è stata effettuata nel corso del passato esercizio, l'importo del maggior gettito fiscale utilizzabile per la copertura è stato rideterminato in 48 milioni.

² Per quanto concerne il 2006, nel presupposto che 44,936 milioni (relativi al riconoscimento del maggior fabbisogno sanitario per tale anno, e disponibili nel bilancio regionale) restino destinati al SSR, il disavanzo non coperto deriva per 47 milioni dall'improprio utilizzo per il finanziamento della rata cartolarizzazione prevista per il 2006 di finanziamenti di competenza di tale anno e per 150 milioni per una destinazione al finanziamento di funzioni diverse dalla sanità.

Conseguentemente, se tale risultato sarà confermato, l'addizionale IRPEF e la maggiorazione IRAP si applicheranno oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente, fino all'integrale copertura del disavanzo registrato con riferimento all'anno di imposta dell'esercizio 2008 (ciò ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296/2006). Va ricordato che la maggiorazione ha carattere generalizzato e non è suscettibile di differenziazioni per settori di attività e per categorie di soggetti passivi.

Per quanto concerne la situazione del debito, si ricorda che il Piano di rientro ha individuato un livello complessivo pari a 1.760 milioni, di cui 909 milioni oggetto di operazioni sui mercati finanziari. Al riguardo, il Piano ha previsto che la Regione procedesse nel 2007 alla ristrutturazione del debito cartolarizzato allo scopo di allungare il periodo di ammortamento. Tale operazione registra un ritardo, essendo stata avviata solo nel 2008.

Per quanto concerne la quota di debito non cartolarizzato, cumulato al 31 dicembre 2005, nonché il debito generato dalla gestione 2006, il PdR prevede la certificazione definitiva da parte della regione con il supporto dell'*advisor* contabile. La procedura è in fase di completamento.

Gli elementi di criticità sottolineati nella valutazione del Tavolo di verifica e dal Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano (6 marzo 2007 – 15 gennaio 2008), tengono conto dei seguenti fattori:

contesto normativo e programmatico

- provvedimenti regionali emanati in attuazione di quanto previsto dalla legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796. Tutti i provvedimenti sono stati adottati;

- in relazione all'adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, va rilevato che il PSR è stato approvato dal Consiglio regionale con ritardo (10 marzo 2008) ed alla data della verifica (26 marzo) la validazione era ancora in corso. Il PSR propone la realizzazione di obiettivi strategici in linea con il PSN e con gli impegni assunti con la stipula del Piano di rientro. In particolare, esso ridefinisce l'offerta ospedaliera, il potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali e la riorganizzazione dell'assetto distrettuale. E' prevista la riconduzione della riabilitazione intensiva extraospedaliera, attualmente affidata ai privati, all'ambito ospedaliero pubblico. Gli interventi puntano alla continuità assistenziale e alla realizzazione di reti in grado di integrare anche ambiti non sanitari. Il Tavolo segnala, tuttavia, che il PSR contiene una norma, non concordata con i Ministeri della salute e dell'economia, in materia di stabilizzazione del personale precario e a tempo determinato, che presenta profili di criticità.

- la Regione ha adottato gli atti necessari per l'adeguamento alle disposizioni vigenti per il Piano regionale di interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 (accordi di programma). E' in attesa di validazione la DGR n. 959 del 1/10/2007 concernente gli interventi per la realizzazione delle strutture sanitarie necessari a garantire l'attività intra-muraria;

- relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio.

capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 56 per cento⁴³ dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Ciò fa ritenere, secondo il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA, che sia garantito un livello di operatività complessivamente adeguato alle esigenze.

effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti

- il ritardo nell'approvazione del PSR ha influito negativamente sull'effettiva implementazione degli interventi riconducibili all'assetto organizzativo;

- per quanto riguarda, invece, l'assistenza territoriale, la regione ha avviato la maggior parte degli interventi previsti ed in particolare quelli relativi alla riorganizzazione delle cure domiciliari, che risultano in linea con le modalità e tempistiche previste dal PdR, e al riordino del sistema dell'emergenza-urgenza⁴⁴.

- per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, si è registrato un grave ritardo nella definizione delle dotazioni di posti letto ospedalieri a carico del SSR, nella fissazione dei tetti di

⁴³ Si tratta di 74 provvedimenti su 133.

⁴⁴ Il progetto di riordino dell'emergenza-urgenza è compreso nel PSR approvato a marzo 2008. E' stata avviata la sperimentazione di alcuni punti di continuità assistenziale: l'attivazione completa è prevista entro il 2009.

spesa e dei volumi di attività per i privati accreditati e nella indicazione dei criteri per la valutazione dell'appropriatezza riferita a ricoveri DH/DS⁴⁵ e riabilitazione ospedaliera (risultano invece soddisfatti gli adempimenti relativi allo sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario). Ciò nonostante, è stato raggiunto l'obiettivo di contenimento del costo del personale. Al riguardo, il PdR prevedeva di ridurre la spesa per il 2007 al livello raggiunto nel 2004. La Regione ha proceduto, pertanto, al blocco delle assunzioni a tempo indeterminato e ad una costante, progressiva, riduzione della spesa anche per il personale a tempo determinato, attraverso una riorganizzazione dei servizi e del personale intervenendo sugli istituti contrattuali specifici e mantenendo i livelli di assistenza raggiunti⁴⁶. Il Tavolo, tuttavia, segnala che la Regione non ha adottato i provvedimenti per la determinazione delle risorse necessarie per il finanziamento della contrattazione integrativa, in contrasto con quanto previsto dall'art. 1, commi 189, 191 e 194, della legge 266/2005, finalizzate a rendere coerente la consistenza di tali fondi con gli obiettivi di riduzione della spesa del personale e la rideterminazione delle piante organiche.

- per quanto concerne la farmaceutica – per la quale l'Abruzzo registra una spesa inferiore al tetto programmato per la convenzionata (-14,6 milioni al netto del *payback*) con una riduzione del 7,7 per cento rispetto al 2006, mentre per quella non convenzionata si rileva una spesa superiore alla soglia di riferimento⁴⁷ (+41,7 milioni) - il Tavolo e il Comitato evidenziano la carenza dei dati necessari al monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera e alla valutazione dell'impatto delle manovre in questo settore, un ritardo nella definizione delle linee guida per la corretta prescrizione dei principi attivi inseriti nel Prontuario terapeutico ospedaliero⁴⁸, così come nell'implementazione della distribuzione diretta, ed in particolare nel coinvolgimento delle ASL nell'attivazione di gare in forma consortile per l'acquisto di farmaci⁴⁹.

adeguamento dei flussi informativi: viene rilevato il miglioramento della costruzione dei dati che alimentano i modelli CE, mentre per quanto concerne il modello LA, ciò sarà possibile solo in seguito, con la progressiva introduzione della contabilità analitica. Quanto al rafforzamento della struttura amministrativa, nonostante i miglioramenti nella gestione contabile e nel sistema dei flussi informativi, permane un ritardo nella capacità regionale di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati promossi presso il TAR Abruzzo 2 ricorsi, in materia di tariffe.

⁴⁵ Il relativo provvedimento è pervenuto al Tavolo di verifica il 20 marzo 2008.

⁴⁶ Tutte le Aziende sanitarie hanno registrato un contenimento della spesa per il personale, ad eccezione delle USL di Pescara e Chieti che hanno evidenziato un lieve aumento. In ogni caso, il dato complessivo regionale registra per il 2007 un'economia di spesa rispetto a quanto previsto dal PdR.

⁴⁷ 5,1% rispetto al limite del 3% del FSN.

⁴⁸ L'approvazione dovrebbe essere intervenuta nel febbraio 2008.

⁴⁹ Dall'attivazione delle gare in forma consortile era attesa un'economia di spesa pari a 1 milione nel 2007 e a 4 milioni per ciascuno degli anni 2008 e 2009.

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la regione **Molise**

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 61,571 milioni di euro, che la regione ha integralmente coperto.

Secondo le valutazioni del Tavolo e del Comitato, la Regione ha coperto il disavanzo. Tuttavia, sotto il profilo del contenimento dei costi, essa “ha conseguito un risultato parziale e disomogeneo che non appare suffragato da elementi di strutturalità degli interventi di razionalizzazione nella rete di offerta e delle sue modalità di gestione”.

La presenza sul territorio di macrostrutture⁵⁰ non ha finora consentito alla Regione di sciogliere i nodi programmatici relativi all'assetto strutturale dell'offerta in materia di assistenza ospedaliera.

<i>(milioni di euro)</i>	
Risultato di gestione – IV trim. 2007	- 61,571
Coperture	
- Accesso al Fondo transitorio 2007	29,027
- Quota parte gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007	23,04
- Maggiore copertura anno 2006 ¹	2,934
- Copertura rata debito 2007 non effettuata ²	6,127
- Maggior gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007 ³	0,468
Totale copertura	61,580
Avanzo 2007	0,009

¹ La regione ha effettuato una copertura sul disavanzo 2006 in eccedenza per 2,9 milioni, utilizzabili quindi a copertura 2007.

² Trattasi di una rata per ammortamento debito, il cui pagamento era previsto inizialmente nel 2007 e per il quale invece le rate decorrono dal 2008.

³ Con delibera n. 273 del 31/03/08, la regione ha iscritto in bilancio il maggior gettito per 0,468 milioni.

Ciò comporta sia il permanere di un rischio circa la capacità di contenere i costi nel 2008, sia un ulteriore ritardo nel processo di qualificazione della rete assistenziale prevista dal dPCM 29 novembre 2001 che fissa i Livelli essenziali di assistenza.

Per quanto riguarda la situazione del debito, la regione ha estinto il debito (cumulato al 31 dicembre 2005) cartolarizzato, rimborsando 215 milioni, di cui 97 milioni a seguito dell'anticipazione di liquidità da parte dello Stato autorizzata dalla legge finanziaria per il 2008.

Per quanto concerne la quota di debito non cartolarizzato, cumulato al 31 dicembre 2005, nonché il debito generato dalla gestione 2006, il PdR prevede la certificazione definitiva da parte della regione con il supporto dell'advisor contabile. La procedura è in fase di completamento. Al marzo 2008, risultava che il debito al 31/12/2005 era pari (sulla base delle risultanze contabili delle ASL) a 104 milioni, di cui 63 milioni confermati dai fornitori; quanto al debito generato nel 2006, a fronte di 116 milioni risultanti dalle ASL, i fornitori ne hanno confermato, al momento, 76 milioni. La regione ha sollecitato i fornitori che non lo hanno ancora fatto a fornire risposta circa le posizioni creditorie aperte nei confronti del SSR⁵¹.

⁵⁰ Neuromed e Università Cattolica.

⁵¹ Cfr. art 4, co.2-bis, DL 159/2007. La norma prevede che i crediti interessati dalle procedure di accertamento e riconciliazione dei debiti sanitari al 31 dicembre 2005, attivate dalle regioni in base ai rispettivi Piani di rientro, per i quali le regioni abbiano chiesto ai creditori di comunicare le relative informazioni, si prescrivano entro cinque anni

Gli elementi di criticità sottolineati nella valutazione del Tavolo di verifica e del Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano (27 marzo 2007 – 15 gennaio 2008), tengono conto dei seguenti fattori:

contesto normativo e programmatico

- provvedimenti regionali emanati in attuazione di quanto previsto dalla legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dall'art. 1, comma 796. Tutti i provvedimenti sono stati adottati, fatta eccezione per quelli diretti a dare attuazione alla lettera v) del comma 796 relativi alla determinazione dei prezzi base per le aste di acquisto dei dispositivi medici. In relazione all'adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, va rilevato che il PSR è stato adottato con ritardo (ottobre 2007) rispetto alla scadenza prestabilita (30 giugno). Esso, inoltre, non contiene un esplicito coordinamento con le modifiche da apportare all'atto che regola l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM) per la ridefinizione dei distretti e la riconduzione del numero dei posti letto a quanto previsto dal PdR. Tali elementi, insieme alla presenza di un contenzioso con l'IRCCS Istituto Neuromed sul numero effettivo dei posti letto accreditati, determinano, secondo il Tavolo, una situazione di grave incertezza circa la possibilità di conseguire gli obiettivi previsti dal PdR;

- la regione ha adottato gli atti necessari per l'adeguamento alle disposizioni vigenti per il Piano regionale di interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 (accordi di programma);

- relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio.

capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 66 per cento⁵² dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Ciò fa ritenere, secondo il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA, che sia garantito un livello di operatività complessivamente adeguato alle esigenze.

effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti

- la mancata ridefinizione dell'assetto dell'ASREM, cui sono connessi il riordino del SSR e le gestioni liquidatorie, comporta un sostanziale e grave ritardo nell'effettiva implementazione degli interventi riconducibili all'assetto organizzativo; ulteriori ritardi relativi a tale area riguardano l'adozione dei provvedimenti per la riduzione delle spese per il personale e per l'abbattimento delle liste di attesa;

- per quanto riguarda, invece, l'assistenza territoriale, la regione ha avviato la maggior parte degli interventi previsti (riequilibrio territoriale dell'offerta riabilitativa intensiva ed estensiva, riconduzione della spesa per riabilitazione alla media nazionale, adozione del tariffario per l'assistenza specialistica, aumento dell'assistenza domiciliare);

- per l'assistenza ospedaliera, si conferma il grave ritardo nella ridefinizione delle dotazioni di posti letto per strutture pubbliche e private accreditate e nell'istituzione dei posti letto DH e DS, nella ridefinizione del sistema di controllo ispettivo, nella diffusione della tessera sanitaria, nella messa a regime del piano annuale delle prestazioni ospedaliere (i

dalla data di maturazione, qualora la comunicazione richiesta non pervenga nel termine indicato. A decorrere dal termine per la comunicazione, i crediti suddetti non producono interessi.

⁵² Si tratta di 98 provvedimenti su 146.

provvedimenti relativi ai tetti di spesa 2007 e alla fissazione del budget per singolo erogatore adottati dalla regione risultano impugnati dall'IRCCS Neuromed e dal centro di alta specializzazione dell'Università Cattolica). E' stata invece avviata la maggior parte degli interventi relativi sia all'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di ricovero, che alla razionalizzazione dell'uso dei farmaci in ambito ospedaliero e all'ottimizzazione dei processi di acquisto.

adeguamento dei flussi informativi: nonostante i miglioramenti, permangono gravi lacune che evidenziano una sostanziale carenza della regione nel disporre dati e strumenti sufficienti e con adeguata tempestività per rispondere alle esigenze di governo e di monitoraggio richieste dal PdR.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati presentati al TAR Molise 29 ricorsi, riguardanti essenzialmente la fissazione dei tetti di spesa e dei budget relativi a ogni singolo ente erogatore e la fissazione dei tassi di ospedalizzazione con la conseguente riduzione dei posti letto della rete ospedaliera.

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la regione Campania

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 654,103 milioni di euro, che la regione ha integralmente coperto.

<i>(milioni di euro)</i>	
Risultato di gestione – IV trim. 2007	- 654,103
Coperture	
- Accesso al Fondo transitorio 2007	354,997
- Quota parte gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007	218,000
- Eccedenza copertura rata debito 2007	20,267
- Eccedenza copertura disavanzo 2006 ¹	17,254
- Maggior gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007 ²	43,620
Totale copertura	654,138
Avanzo 2007	0,035

¹ La regione ha effettuato una copertura sul disavanzo 2006 in eccedenza per 17,3 milioni, utilizzabili quindi a copertura 2007.

² La regione ha iscritto in bilancio il maggior gettito per 43,620 milioni.

Secondo le valutazioni del Tavolo e del Comitato, la Regione ha coperto il disavanzo.

Tuttavia, sotto il profilo del contenimento dei costi, essa “ha conseguito un risultato parziale e disomogeneo che non appare suffragato da elementi di strutturalità degli interventi di razionalizzazione nella rete di offerta e delle sue modalità di gestione”. Ciò comporta sia il permanere di un rischio circa la capacità di contenere i costi nel 2008, sia un ulteriore ritardo nel processo di qualificazione della rete assistenziale prevista dal dPCM 21 novembre 2001 che fissa i LEA.

Il 2007 si è chiuso con l'impegno della Regione ad assumere i provvedimenti necessari per il riassetto della rete ospedaliera (entro il 31 luglio 2008), la risoluzione delle difficoltà nell'erogazione dei finanziamenti per l'edilizia sanitaria e il contenimento dei costi legati alla gestione del contenzioso.

La valutazione resta pertanto subordinata alla verifica delle prescrizioni con cui sono stati approvati alcuni provvedimenti e all'esame dell'ulteriore documentazione che la Regione si è impegnata ad inviare.

Per quanto riguarda la situazione del debito, sulla base dei documenti redatti con il supporto dell'*advisor*, il debito cumulato al 31 dicembre 2005 è stato rideterminato in 7.020 milioni (rispetto ai 6.914 milioni indicati dal Piano di rientro), di cui 2.216 afferenti all'operazione So.re.SA. e 4.804 milioni residui. Di questi, la regione ha proceduto al pagamento di 4.182 milioni, con un residuo di 622 milioni ancora da transare (tale valore è inferiore di 220 milioni alle richieste dei fornitori).

Per quanto concerne la quota di debito generato dalla gestione 2006, pari a complessivi 2.665 milioni, 1.024 milioni sono stati pagati e per i restanti 1.641 milioni è in corso la procedura di certificazione. Anche in questo caso, l'importo indicato dalla Regione è inferiore (per circa 400 milioni) a quello risultante dalle richieste dei fornitori. Tali scostamenti sarebbero dovuti o a duplicazioni dei dati o a debiti non riconosciuti dalla regione, per i quali il contenzioso è tuttora aperto.

Per il rimborso dei debiti la Regione ha utilizzato, tra l'altro, quota parte (369 milioni) dell'anticipazione di liquidità da parte dello Stato autorizzata dalla legge finanziaria per il 2008 per l'estinzione anticipata dei debiti (630 milioni⁵³).

La valutazione del Tavolo di verifica e del Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano di rientro (13 marzo 2007 – 15 gennaio 2008), tiene conto dei seguenti fattori:

contesto normativo e programmatico

Sono stati adottati tutti i provvedimenti regionali di attuazione della legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796;

- si rileva, invece, un ritardo nell'approvazione del provvedimento di adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;

- si continua a registrare un pesante e generalizzato ritardo nell'utilizzazione delle risorse per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico delle strutture del SSR previsto dall'art. 20 della legge 67/1988, aggravato dall'impossibilità di verificare la congruenza dei singoli interventi rispetto agli obiettivi del PdR;

- relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio.

capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 65 per cento⁵⁴ dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Ciò fa ritenere, secondo il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA, che sia garantito l'avvio della fase di attuazione del PdR.

effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti

La mancata adozione dei provvedimenti per la definizione degli standard dei posti letto ospedalieri accreditati a carico del SSR e del nuovo piano ospedaliero regionale – che costituiscono uno degli aspetti più rilevanti della manovra impostata con il PdR – ha influito sulla dinamica dei costi rilevati nello scorso esercizio, ed in particolare su quelli per il personale⁵⁵, per il quale si prevedeva la proroga del blocco parziale delle assunzioni a tempo indeterminato fino all'adozione del Piano aziendale di riorganizzazione da parte della Giunta regionale. La Regione si è impegnata a completare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera entro il 31 luglio 2008. Sono stati, invece, adottati i provvedimenti di definizione dei tetti di spesa per i privati accreditati;

- per quanto riguarda l'assistenza territoriale, la regione ha avviato la maggior parte degli interventi previsti (razionalizzazione della distribuzione e attività del pronto soccorso, potenziamento dell'assistenza residenziale, semi-residenziale, e domiciliare - salvo verifica

⁵³ A tale importo, come già previsto dal Piano di rientro, si aggiunge un'ulteriore somma (stimabile nell'ordine di 500-600 milioni) in conseguenza del minor livello di risorse raggiunto con l'operazione So.re.SA.

⁵⁴ Si tratta di 53 provvedimenti su 81.

⁵⁵ Secondo quanto risulta dai modelli CE, è stata rilevata una spesa superiore di 143 milioni a quanto previsto nel PdR.

ulteriore per quanto concerne l'assistenza ai malati terminali – costituzione di nuclei di controllo di appropriatezza territoriale);

- per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la mancata adozione del nuovo Piano ospedaliero non ha reso possibile il previsto contenimento dei costi di personale; sostanzialmente inattuate sono anche le misure di centralizzazione e razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi (anche non sanitari), determinando così un minor risparmio (appena 0,380 milioni rispetto ai 124 milioni indicati dal Piano)⁵⁶. Non si è pervenuti, inoltre, alla prevista razionalizzazione dei punti nascita e delle prestazioni DH collegate e alla riconduzione del numero dei parti cesareo alla media nazionale⁵⁷. Limitati risultano la diffusione e l'utilizzo della tessera sanitaria. Sono stati, invece, adottati i provvedimenti diretti a promuovere il DH e potenziare forme alternative al ricovero ospedaliero, e i progetti di recupero dell'appropriatezza e riduzione del tasso di ospedalizzazione;

- per quanto concerne la riduzione della spesa farmaceutica, sono stati adottati i provvedimenti diretti ad intensificare la distribuzione diretta dei farmaci, il ricorso all'uso dei generici, il maggior controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni. Sono stati introdotti i ticket sulla farmaceutica e il prezzo di riferimento per il rimborso di alcuni farmaci.

adeguamento dei flussi informativi

- nonostante i miglioramenti, permangono gravi lacune che evidenziano una carenza della regione nel disporre dati e strumenti sufficienti e con adeguata tempestività per rispondere alle esigenze di governo e di monitoraggio richieste dal PdR.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati promossi presso il TAR Campania 4 ricorsi, riguardanti essenzialmente l'attività di distribuzione diretta dei farmaci e gli sconti sulle tariffe.

In aggiunta a questi, stanno tuttavia emergendo numerosi casi di contenzioso (su cui la Regione si è impegnata a preparare una relazione) riguardanti il recupero coattivo di crediti e ricorsi al TAR promossi da case di cura private contro provvedimenti regionali di fissazione dei tetti di spesa, o da associazioni di categoria avverso provvedimenti in materia di tariffe delle cure riabilitative e delle prestazioni radiologiche.

⁵⁶ Il Tavolo ha chiesto alla Regione quali misure intende mettere in atto al fine di conseguire gli obiettivi di risparmio previsti per il 2008 e recuperare i ritardi nel dare attuazione alle gare previste per il 2007.

⁵⁷ Da questa misura si attendeva un risparmio di 9,7 milioni per il 2007. Il Tavolo ha chiesto alla Regione quali misure ha assunto per recuperare le mancate economie 2007. E' stato richiesto inoltre un controllo del 100% delle cartelle cliniche relative a interventi per parti cesarei.

La verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro: la regione **Sicilia**

Sulla base dei dati relativi al IV trimestre 2007, corretti con i saldi di mobilità, il risultato di gestione è un disavanzo di 612,533 milioni di euro, che la regione ha integralmente coperto.

(milioni di euro)	
Risultato di gestione – IV trim. 2007¹	- 612,533
Coperture	
- Accesso al Fondo transitorio 2007	140,683
- Quota parte gettito aumento aliquota IRPEF e addizionale IRAP livelli massimi – anno 2007	287,000
- Copertura bilancio regionale ²	188,000
Totale copertura	615,683
Avanzo 2007	3,150

¹Il disavanzo in termini matematici risulta essere di 554,594 milioni, tuttavia il Tavolo e il Comitato rilevano l'iscrizione in bilancio di sopravvenienze attive e insussistenze passive relative ad esercizi precedenti, in relazione ai quali non esiste l'equilibrio di bilancio e che quindi non possono generare risorse finanziarie aggiuntive per la copertura degli oneri derivanti dall'anno 2007. Il risultato viene quindi rideterminato, al netto delle poste rettificative ritenute inidonee alla copertura 2007, in 612,533 milioni di euro.

²La regione ha destinato alla copertura un importo massimo di 250 milioni di euro derivanti dalla valorizzazione del patrimonio immobiliare, di cui solo 188 milioni sono nella disponibilità del Servizio sanitario regionale.

Avendo la Regione sottoscritto il Piano di rientro in data 31 luglio 2007, con ritardo rispetto alle altre Regioni, il monitoraggio del Tavolo e del Comitato é stato diretto a verificare gli adempimenti previsti a decorrere dall'ultimo trimestre dello scorso anno. Alla luce dell'esame condotto fino al mese di marzo 2008, il Tavolo e il Comitato rilevano condizioni di inadempienza, ritardi o incongruenze dei contenuti programmatori e gestionali.

Al riguardo viene sottolineato che, poiché gli equilibri di bilancio raggiunti negli esercizi 2006⁵⁸ e 2007 dipendono anche dal concorso dei fondi di accompagnamento previsti dalle leggi finanziarie per tali anni, la cui erogazione è condizionata all'attuazione del Piano di rientro, il permanere di tali gravi ritardi – ove configurasse la volontà della Regione di non rispettare l'Accordo - farebbe venir meno la copertura garantita dal concorso statale; si determinerebbe pertanto una situazione di disavanzo che comporterebbe l'applicazione della procedura di cui all'art. 1, comma 174 della legge 311/2004. Il permanere delle criticità riscontrate nella prima verifica potrebbe portare, poi, all'avvio della procedura di cui all'art. 4 del DL 159/2007.

Per quanto riguarda la situazione del debito cumulato al 31 dicembre 2005, la Regione ha avviato le procedure previste dal Piano di rientro:

- accertamento definitivo e completo della situazione debitoria, con il supporto dell'*advisor* contabile;
- attivazione, con la consulenza di un *advisor* finanziario, delle procedure per l'estinzione anticipata al 2008 del debito sanitario presente sui mercati finanziari, attingendo

⁵⁸ In sede di verifica, è stata accertata l'entità del disavanzo relativo alla gestione 2006, pari a 994 milioni, che la Regione si é impegnata a coprire, anche ricorrendo all'importo di 153 milioni a valere sul Fondo di accompagnamento previsto dalla finanziaria 2006.

all'anticipazione di liquidità statale (2.800 milioni di euro) da rimborsare allo Stato in trent'anni, con una rata annuale di 187 milioni di euro (comprensiva della quota interessi).

Gli elementi di criticità sottolineati nella valutazione del Tavolo di verifica e dal Comitato, espressa in relazione al periodo di effettiva operatività del Piano (31 luglio 2007 – 15 gennaio 2008), tengono conto dei seguenti fattori: il contesto normativo e programmatico, la capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano, l'effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti, l'adeguamento dei flussi informativi (modelli CE e LA).

Per quanto riguarda:

il contesto normativo e programmatico

- provvedimenti regionali emanati in attuazione di quanto previsto dalla legge 296/2006 (finanziaria per il 2007), ed in particolare dell'art. 1, comma 796. Ad esclusione dell'adempimento previsto alla lettera l) "Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera" che è stato adottato seppure con ritardo, gli altri provvedimenti previsti (lettere o, r, s, t, u, z) nonché l'adeguamento alle disposizioni in materia di personale (comma 565) non sono stati assolti;

- adeguamento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Il PSR è stato approvato dalla Regione ma inviato al Tavolo e al Comitato con ritardo rispetto alla scadenza programmata del 31 dicembre 2007 e senza rispettare l'iter previsto per tale procedura; pertanto l'adempimento risulta ancora in fase di valutazione;

- la Regione ha presentato le proposte di intervento per l'adeguamento alle disposizioni vigenti per il Piano regionale di interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 (accordi di programma) che sono stati approvati dal Tavolo e dal Comitato, in alcuni casi con integrazioni;

- relativamente alla gestione 2006, la regione ha rettificato i dati del consuntivo 2006 a marzo 2008, in conseguenza di rettifiche operate sulla maggior parte dei bilanci aziendali a seguito dell'approvazione degli stessi e presenta un miglioramento rispetto a quanto previsto dal Piano di rientro di 89,9 milioni⁵⁹. Tuttavia, relativamente agli adempimenti previsti per il 2006, permangono delle criticità che condizionano l'erogazione della quota del 5% del finanziamento per tale esercizio.

la capacità di garantire una effettiva operatività e messa a regime del Piano: il 38 per cento⁶⁰ dei provvedimenti esaminati sono stati valutati positivamente. Ciò fa ritenere, secondo il Tavolo di verifica e il Comitato per la verifica dei LEA, che allo stato attuale il Piano non può considerarsi operativamente avviato.

l'effettiva implementazione e attuazione degli interventi più rilevanti:

- il contenimento e la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rappresenta uno degli obiettivi rilevanti del Piano di rientro, con un impatto sulla spesa previsto per l'anno 2007 di 123,3 milioni di euro da raggiungere con azioni sul controllo dei consumi e sulla riduzione

⁵⁹ Disavanzo previsto dal Piano: 1.084,137 milioni; disavanzo effettivo: 994,204 milioni.

⁶⁰ Si tratta di 46 provvedimenti su 123.

dei costi. I risultati rilevati dai Conti Economici - IV trimestre 2007 della voce “Farmaceutica” registrano, in effetti, un ulteriore risparmio rispetto a quanto previsto dallo stesso Piano di 85,6 milioni di euro. Questo risultato consente alla Regione di riportare i costi per la farmaceutica convenzionata ad un livello vicino a quello nazionale;

- il contenimento della spesa specialistica convenzionata e il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, riorganizzazione dei servizi destinati all’urgenza e all’emergenza e i rapporti con l’assistenza sanitaria di base. In queste forme di assistenza la criticità è rappresentata da una presenza di strutture pubbliche minoritaria rispetto al privato, da una distribuzione delle stesse fortemente diversificata da provincia a provincia ed, in particolare, da una presenza eccessiva di strutture specialistiche private in confronto alla domanda assistenziale. Il Tavolo e il Comitato rilevano elevate criticità dalla mancata o insufficiente adozione di provvedimenti “cardine” del Piano di rientro come, ad esempio, l’Atto di programmazione regionale sul potenziamento delle strutture territoriali residenziali e semiresidenziali pubbliche (con effetto dal II semestre 2007) e i provvedimenti⁶¹ diretti alla riduzione dei costi per l’assistenza territoriale residenziale e di riabilitazione erogata dai privati, non approvati in attesa dell’adozione dei provvedimenti di fissazione dei tetti di spesa. Il Tavolo e il Comitato non hanno, inoltre, validato i provvedimenti di rideterminazione degli aggregati regionali e provinciali della specialistica convenzionata come anche i provvedimenti di determinazione del fabbisogno dell’attività sanitaria per singola specialità e conseguentemente manca la direttiva di riduzione delle strutture dirigenziali semplici e complesse;

- la riduzione delle risorse destinate all’assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, la riduzione dell’attività ad alto rischio di inappropriata e il minor ricorso alla mobilità interregionale. La rimodulazione della rete ospedaliera regionale si pone come momento fondamentale delle azioni previste dal Piano di rientro ma ancor più della riconfigurazione del SSR, dovendo rispondere ad obiettivi di ottimale allocazione ed utilizzazione delle risorse economiche e di progressiva ed uniforme espansione delle garanzie di tutela della salute dei cittadini attraverso una coerente ed equa risposta ai bisogni di salute della popolazione. L’impatto sulla spesa previsto dal Piano di rientro per l’anno 2007 era di 45,374 milioni di euro. Il Tavolo e il Comitato rilevano la mancanza o insufficienza nell’adozione di alcuni provvedimenti considerati fondamentali per la realizzazione di tale obiettivo, in particolare quelli relativi alla revisione dei Protocolli d’intesa e definizione degli atti aziendali dei Policlinici universitari, la riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei posti letto per acuti, il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, la messa a regime delle Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato. I ritardi nell’adozione della nuova rete ospedaliera regionale sono in parte dovuti alla mancanza di dati precisi da parte delle competenti strutture regionali circa il numero effettivo di posti letto accreditati;

- per quanto riguarda le altre misure di contenimento dei costi (personale e acquisto beni e servizi), la Regione ha adottato la direttiva per la riduzione delle strutture dirigenziali complesse e semplici (nella misura del 5% delle strutture complesse e del 10% di quelle semplici) a seguito della rimodulazione delle piante organiche e dell’assetto ospedaliero. La direttiva, tuttavia, non può essere efficace in carenza della ridefinizione della rete ospedaliera. Altri interventi previsti nell’ambito dei costi del personale non sono stati approvati dal Tavolo e dal Comitato o non sono stati ancora adottati dalla Regione. Delle azioni previste per il

⁶¹ Di cui agli obiettivi “Riduzione del 5% dei costi per l’assistenza territoriale residenziale erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 1° ottobre 2007” e “Riduzione del 5% dei costi per l’assistenza territoriale di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78, erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 1° ottobre 2007”.

contenimento dei costi di acquisto di beni e servizi, alcune si sono tradotte in provvedimenti presentati al Tavolo e al Comitato, mentre altre devono essere ancora attuate.

l'adeguamento dei flussi informativi: Il Tavolo e il Comitato rilevano che la Regione ha intrapreso un percorso volto al miglioramento della costruzione dei dati che alimentano i CE, grazie al quale nel 2007 sono state correttamente riclassificate alcune partite contabili e gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali. Il modello LA, invece, potrà migliorare solo con l'introduzione della contabilità analitica. Si evidenzia, tuttavia, un sostanziale ritardo nel perseguimento di un effettivo rafforzamento della struttura amministrativa e nell'implementazione di procedimenti amministrativi con conseguente indisponibilità di dati e inadeguatezza degli strumenti necessari a rispondere con tempestività alle esigenze di governo e monitoraggio richieste dal Piano di rientro.

Per quanto riguarda il *contenzioso*, nel 2007 sono stati notificati al Ministero della salute complessivamente 36 giudizi pendenti presso il TAR Lazio o il TAR Sicilia, riguardanti essenzialmente la fissazione dei tetti di spesa e tariffe, i budget relativi a ogni singolo ente erogatore, l'applicazione dello sconto prescritto dall'art. 1, comma 796, lett. o) della legge 296/06, sulle prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio erogate da strutture private accreditate e l'approvazione del relativo Piano di rientro.

Appendice 3 - Le aree di attività del Siveas – Un approfondimento

Area delle garanzie

Monitoraggio dei Livelli Essenziali di assistenza

Nell'ambito di tale area, diretta a verificare il raggiungimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, in termini di equità, efficienza, efficacia, appropriatezza, qualità ed economicità, particolare rilievo assume il monitoraggio dei LEA. Operativamente, il perseguimento degli obiettivi del Siveas in tale settore ha riguardato lo sviluppo di strumenti e di metodologie finalizzati a migliorare l'efficacia dello svolgimento dei compiti di garanzia e di verifica affidati al Ministero della salute.

In particolare, sono state avviate le seguenti attività:

- a) Revisione del sistema di indicatori per il monitoraggio del mantenimento dei LEA.

In attuazione del d.m. 12 dicembre 2001, che prevede la raccolta, l'elaborazione e la pubblicazione di un set di indicatori rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni, quale garanzia dei principi ispiratori del SSN, nel 2007 è stata completata l'elaborazione degli indicatori previsti per l'anno 2004, e avviata la raccolta dei dati e l'elaborazione degli indicatori relativi al 2005.

Sempre nel 2007, in seguito alla mancata intesa in Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di revisione del sistema di indicatori presentata nel 2006, è stato istituito un nuovo tavolo tecnico, con l'obiettivo di giungere a una nuova proposta per la creazione di un "sistema di indicatori "tra loro correlati che consenta di descrivere e valutare le attività, le risorse del SSN e la qualità dell'assistenza erogata". E' stato costituito a tale fine, un gruppo di lavoro misto al quale partecipano sia rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e finanze, sia rappresentanti delle Regioni, sia esperti e centri di collaborazione del Siveas.

A questi ultimi, in particolare, è stato richiesto di contribuire con:

- la definizione di un quadro metodologico generale;
- la definizione di un "Cruscotto" di monitoraggio regionale⁶², diretto a rilevare lo stato di salute della popolazione delle regioni, delle province e, ove possibile, delle singole aree territoriali, con lo scopo di individuare e valutare le azioni da intraprendere per il miglioramento delle condizioni di salute;
- lo sviluppo di metodologie statistiche che, attraverso "proiezioni", consentano di superare le difficoltà connesse ai ritardi nella disponibilità di dati completi e consolidati relativi ad aspetti rilevanti del Ssn e migliorino la tempestività delle verifiche e delle valutazioni effettuabili a livello centrale⁶³.

⁶² Il Cruscotto è in fase di elaborazione da parte dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sulla base dell'esperienza maturata nell'ambito della elaborazione del "Rapporto Osservasalute" dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.

⁶³ A tal fine è stata stipulata una convenzione con l'Istat.

b) Sviluppo di un modello di valutazione dei Sistemi sanitari regionali Nell'ambito del gruppo di lavoro misto di cui al punto precedente, un ruolo particolare è stato assegnato all'Assr (Agenzia per i servizi sanitari regionali), chiamata a curare:

- una ricognizione dei sistemi di valutazione dei Sistemi sanitari a livello regionale;
- lo sviluppo di un modello di valutazione dei Sistemi sanitari, condiviso a livello nazionale, che includa tutte le dimensioni rilevanti ai fini della verifica dei LEA, consenta analisi comparative e fornisca informazioni valide per il supporto dei processi decisionali politici e amministrativi.

c) Sviluppo di un sistema per il monitoraggio e l'analisi dei costi del SSN

Tra le priorità rientra lo sviluppo di metodologie e strumenti orientati a contribuire alla valutazione dei costi (e la relativa verifica) dei LEA secondo le linee prestazionali del dPCM del 29 novembre 2001.

A seguito anche di attività seminariali sullo stato dei sistemi informativi esistenti, i loro limiti e criticità e gli orientamenti per un loro superamento sono stati individuati gli assi principali lungo i quali procedere nello sviluppo di tale sistema.

In particolare, gli elementi principali di questo percorso sono stati individuati nei seguenti:

- sviluppo e sperimentazione di un approccio metodologico per il monitoraggio e l'analisi dei costi del SSN, basato sui dati attualmente disponibili a livello nazionale. I primi risultati del lavoro riguardano essenzialmente la predisposizione di una *Base Dati* unificata ed armonizzata di tutti i dati di natura strutturale raccolti dal SSN a livello regionale dal 2001 fino al 2006⁶⁴. Sono stati inoltre raccolti i dati della spesa privata delle famiglie, allo scopo di verificare se esiste un rapporto di complementarità o sostituibilità con la spesa pubblica;

- la definizione di un approccio metodologico e del fabbisogno informativo per un sistema di monitoraggio e analisi dei costi del SSN a livello nazionale. Si tratta di definire l'impianto metodologico di un sistema, da sviluppare nel medio-lungo periodo, anche mediante una parziale revisione dei flussi informativi esistenti, che consenta al livello centrale di assolvere e tempestiva le funzioni di programmazione e controllo. L'obiettivo è quello di garantire al livello centrale di svolgere sistematicamente sia l'analisi finanziaria delle spese del SSN per la verifica delle compatibilità macroeconomiche, sia l'analisi economica dei costi del SSN per la verifica delle dimensioni di efficienza, equità e qualità nell'impiego delle risorse destinate alla garanzia dei LEA e per la determinazione dei fabbisogni finanziari associati alla garanzia.

In tale ambito di attività, è stata prevista la collaborazione ai lavori del Ministero della salute nell'ambito del Tavolo tecnico misto (Ministero della salute; Ragioneria generale dello Stato, Istat, Assr) istituito presso la DG dei Sistemi Informativi del Ministero della salute per la definizione del percorso metodologico finalizzato alla partecipazione dell'Italia alle rilevazioni OCSE-WHO sui costi della sanità (*System of Health Account*);

⁶⁴ Il Data Base raccoglie tutti i dati di costo e di struttura a livello regionale ad oggi prodotti dal Ministero, con una ricostruzione e documentazione delle fonti di provenienza degli stessi oltre che delle metodologie utilizzate nella loro produzione da parte degli uffici.

- la elaborazione di una proposta per la revisione dei flussi informativi sui costi del SSN. Al fine di migliorare la qualità dei dati di costo rilevati a livello centrale si è proceduto, da un lato, ad avviare una collaborazione con l'Istat orientata a definire specifiche correzioni ed integrazioni nelle modalità di gestione dei flussi esistenti. Dall'altro lato, al fine di verificare la fattibilità di un'omogeneizzazione dei principi contabili e delle regole per il consolidamento dei conti sanitari regionali, è stato richiesto un aggiornamento della ricognizione delle realtà regionali già prodotta nell'ambito del Mattone Misura dei Costi del SSN e la definizione di una proposta operativa per il superamento delle variabilità inter ed intraregionali che limitano la portata informativa dei dati di costo attualmente disponibili;

- la elaborazione di modelli previsionali dell'andamento della spesa sanitaria.

d) Aggiornamento del personale del NAS

Nell'ambito delle attività avviate per il miglioramento delle capacità di valutazione e verifica a livello centrale, in attuazione alla convenzione stipulata con i Nuclei Anti Sostituzioni dei Carabinieri (NAS), sono stati organizzati dei corsi di formazione finalizzati ad aggiornare il personale dei NAS relativamente alle caratteristiche strutturali e organizzative del SSN ed alle innovazioni emerse negli ultimi anni in termini di contesto normativo, di approcci metodologici alla verifica e misurazione della qualità dell'assistenza, della sicurezza dei pazienti, etc.

e) Supporto alle attività di verifica per la prevenzione degli infortuni negli ambienti di lavoro

Un ulteriore ambito di attività è stato quello della verifica del raggiungimento, in ciascuna regione, degli obiettivi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro perseguiti dal SSN. A tale fine è stata stipulata una convenzione con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl), nell'ambito della quale l'Istituto si impegna a verificare le prestazioni erogate dai servizi delle Asl in tale ambito, sia in termini quantitativi che qualificativi. In particolare, l'Ispesl si impegna a garantire attività di consulenza sia per il supporto alle attività del Ministero, sia per la proposta di strumenti adeguati e innovativi per una migliore gestione del sistema e delle sue criticità oltre alla eventuale predisposizione di specifiche linee guida, sia per la soluzione di problematiche avanzate dalle regioni con Piani di rientro dal disavanzo, nell'ambito delle attività di affiancamento.

f) Infine, inclusa nelle attività da sviluppare nell'ambito del SiVeAS a cura dell'Assr, è da ricordare tra quelle relative al monitoraggio dei LEA anche la definizione di un approccio metodologico e del connesso fabbisogno informativo per un sistema di monitoraggio e analisi della attuazione del Piano per il contenimento dei tempi di attesa.

Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale

Questa linea di attività si articola nelle tre dimensioni del governo del personale, degli acquisti di beni e servizi e dei controlli interni, che rappresentano aree di valutazione e di intervento rilevanti ai fini del miglioramento dell'efficienza con la quale vengono gestite le aziende del SSN.

Relativamente al governo del personale, sono state avviate le attività finalizzate a:

- migliorare le conoscenze e le capacità di analisi della dimensione, composizione e dinamiche retributive del personale del SSN. In particolare, l'attività di ricerca è stata diretta, per quanto riguarda le politiche e livelli retributivi, alla rilevazione dei livelli di retribuzione lorda effettiva per alcune figure chiave del SSN e dell'incidenza delle diverse voci retributive (soprattutto con riferimento all'utilizzo delle voci di retribuzione variabile); alla relazione tra attività svolte e composizione del personale e alle conseguenze della composizione professionale sulla spesa dei Servizi Sanitari Regionali.

I primi risultati emersi dalle ricerche svolte sono riassunti in una proposta di “Set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei modelli di gestione del personale nei SSR”, che include: il set di indicatori individuati per l'analisi delle criticità rilevanti; i risultati dell'analisi dei sistemi informativi del Ministero per la verifica della disponibilità dei dati; le modalità di elaborazione di tali dati; l'identificazione di fabbisogni informativi non ancora colmati e le proposte sulle modalità di raccolta dei dati.

E' stata altresì avviata la definizione di un percorso per l'integrazione dei flussi esistenti che consenta da un lato di colmare le lacune informative che limitano le possibilità di analisi, di valutazione, di programmazione e di controllo, ai diversi livelli decisionali, e dall'altro di assolvere compiutamente ai debiti informativi internazionali⁶⁵;

- conoscere l'entità e le caratteristiche del fenomeno delle assunzioni a tempo determinato all'interno del SSN, cresciuto nel tempo per far fronte alle esigenze dei servizi ospedalieri e territoriali in presenza delle restrizioni introdotte dalle leggi finanziarie succedutesi negli ultimi anni nella copertura dei posti previsti dalle singole dotazioni organiche, al fine di produrre una riduzione della spesa per oneri del personale⁶⁶.

⁶⁵ Infatti, le esigenze informative consolidate a livello internazionale e utili alla programmazione sanitaria del paese richiedono la disponibilità di dati su tutto il personale operante nel settore sanitario e in particolare sul personale sanitario secondo almeno le seguenti caratteristiche: sesso, età, specializzazione esercitata (per i medici), salario o retribuzione percepita, struttura presso cui è svolta la professione (*providers* pubblici e privati). Queste informazioni dovrebbero essere disponibili almeno secondo la classificazione internazionale delle professioni. Inoltre sarebbe necessario disporre, oltre che del conteggio delle persone (*heads*), anche della numerosità in termini di anni-uomo (*full time equivalent*) e di attività lavorative (*jobs*). Infine, l'informazione dovrebbe essere dettagliata sul territorio.

⁶⁶ Anche in relazione agli impegni assunti dal Governo per la stabilizzazione del personale a tempo determinato, il Ministro della salute ha assunto l'impegno con gli Assessori Regionali di predisporre una rilevazione riguardante il personale assunto dalle Aziende del Ssn con rapporto di lavoro a tempo determinato. Tale rilevazione, che è stata recentemente avviata nell'ambito del SiVeAS, distingue il personale precario per tipologia (area dirigenza medica e veterinaria; area dirigenza SPTA; area Comparto), per motivo dell'assunzione (posto vacante di dotazione organica; sostituzione di personale assente o in aspettativa; esigenze straordinarie di servizio; altre motivazioni) e per durata del contratto di assunzione; è stato inoltre richiesto alle Regioni interessate di rappresentare le iniziative assunte per la stabilizzazione del personale precario (specificando se fanno riferimento a leggi regionali o atti deliberativi o altre iniziative).

Relativamente al governo degli acquisti di beni e servizi, è stata avviata una linea di attività che copre sia l'area delle garanzie sia quella dell'affiancamento, essendo orientata a:

- rilevare le modalità di acquisizione adottabili a livello aziendale e i vantaggi ed i limiti attesi dalle diverse soluzioni. In particolare, le ricerche riguardano, da un lato, gli elementi che caratterizzano le soluzioni organizzative ed istituzionali adottate dalle regioni per la gestione centralizzata dei processi di acquisto (le principali criticità realizzative e i più significativi impatti “attesi” da ciascuna soluzione adottata; eventuali esperienze qualificabili come “*best practice*”) dall'altro lato, si indaga sull'efficacia delle soluzioni “centralizzate” nel produrre un effettivo incremento dell'efficienza del processo di approvvigionamento;

- è stata, inoltre, sviluppata una proposta metodologica per la valutazione delle modalità di acquisto, da valutare anche ai fini della stesura di linee di guida destinate, in particolare, alle regioni con i Piani di rientro.

Riguardo al controllo interno, le attività avviate nell'area delle garanzie attengono a:

- lo sviluppo di un approccio metodologico per l'analisi sistematica delle relazioni dei revisori dei conti che operano nelle aziende del SSN, per la produzione di informazioni utili ai fini di un più completo ed efficace svolgimento delle attività di monitoraggio sui livelli di efficienza e di economicità del SSN;

- la creazione di un'infrastruttura tecnologica di base che permetta l'integrazione dei vari *data base* esistenti presso le strutture sanitarie e consenta una lettura integrata dei dati sui consumi e sulle prescrizioni: a) a livello di medico, per conoscerne i comportamenti prescrittivi e realizzare così progetti di farmacovigilanza attiva, appropriatezza prescrittiva e verifica delle linee guida, nonché per fornire al medico informazioni utili sulle dinamiche prescrittive, orientate alla salute del paziente; b) a livello aziendale, per svolgere confronti fra distretti, gruppi di medici, singoli medici, sulla base di indicatori che permettano la verifica della programmazione sanitaria in termini di costi/efficacia; c) a livello regionale e nazionale, per confronti tra aziende adottando indicatori che aggregino i consumi in maniera coerente con tali fini⁶⁷.

Promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità

Questa linea di attività, riconducibile anch'essa all'area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del SSN, e si articola in due ambiti di valutazione:

a) Valutazione degli esiti, dei trattamenti attraverso convenzioni con istituti ed operatori pubblici per definire e misurare gli esiti di una serie di interventi sanitari, definire e misurare nuovi indicatori di esito, specifici per alcune malattie croniche, misurare la variabilità di esito dei trattamenti sanitari tra strutture, ASL e/o aree territoriali, gruppi di popolazione; individuare aree critiche su cui implementare programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza; monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo; valutare l'efficacia della introduzione di nuove tecnologie; sviluppare proposte metodologiche e strumenti dedicati alla promozione dell'appropriatezza clinica e alla valutazione degli esiti in campo pediatrico.

⁶⁷ Tale attività è svolta nell'ambito della convenzione stipulata con il Consorzio Interuniversitario CINECA.

b) Valutazione della qualità percepita attraverso:

- la definizione di proposte di strumenti conoscitivi che consentano di monitorare, in maniera sistematica e standardizzata aspetti connessi alla qualità dei servizi percepita sia dagli utenti, sia dagli operatori, al fine di supportare la definizione ed adozione di adeguati interventi migliorativi;

- la sperimentazione di strumenti idonei alla valutazione della qualità percepita nelle aree di assistenza ai “pazienti fragili” a partire, quale esperienza pilota, dall’area della Salute mentale, allo scopo di promuovere e rendere possibile la valutazione e il miglioramento interno ed esterno in un’ottica di *benchmarking*.

Promozione e valutazione dell'Appropriatezza

Questa linea di attività riguarda sia l’appropriatezza organizzativa e sia quella clinica.

Relativamente all’appropriatezza organizzativa:

è stata prevista la predisposizione di una metodologia per la lettura integrata e sintetica di indicatori di valutazione dell’appropriatezza del sistema di garanzia dei LEA a livello aziendale, in applicazione di logiche di *clinical governance*⁶⁸;

è stata completata una prima analisi dello stato di attuazione dei Dipartimenti, aggiornato al 2005, ed è prevista la realizzazione di una ulteriore indagine a livello nazionale, volta a fornire una “fotografia” del processo di dipartimentalizzazione in atto nel nostro Paese, dalla quale far emergere le *best practice* nella realizzazione del governo clinico, da valutare per un eventuale inserimento in linee guida dedicate;

è stata realizzata un’indagine sulla sicurezza delle attività trapiantologiche. La rilevazione ha sostanzialmente consentito di confermare l’eccellenza della rete nazionale. Le criticità emerse, essenzialmente correlate ad una carente uniformità di procedure e protocolli in tutti i livelli della rete, richiederanno, a garanzia di una maggiore sicurezza, efficienza ed efficacia del processo di donazione e trapianto, un ulteriore impegno ai fini di una maggiore condivisione ed implementazione di questi strumenti, soprattutto da parte dei Centri interregionali e regionali, pur nel rispetto delle autonomie tecnico/organizzative e gestionali delle strutture.

Relativamente all’appropriatezza clinica, è stato attuato il Sistema nazionale delle Linee guida cliniche ed è stato avviato l’aggiornamento della revisione sulla partecipazione dei cittadini in Sanità.

⁶⁸ In particolare, attraverso apposita convenzione si è prevista la produzione, e successiva sperimentazione, di un cruscotto di informazione/valutazione della *clinical governance*, da rilevare a partire dai correnti flussi informativi afferenti al SIS, che comprenderà le seguenti dimensioni: Contesto (territorio, ambiente, popolazione, condizioni socio-economiche, stili di vita, morbosità, mortalità); Azienda (organizzazione, risorse, sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale, obiettivi e strategie); Performance, a sua volta descritta in relazione a macrolivelli assistenziali (assistenza nei luoghi di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) e a dimensioni legate alla *clinical governance* (accessibilità, adeguatezza, appropriatezza, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, tempestività, volumi, anche in riferimento alla spesa e alla gestione delle risorse umane).

Riconducibile all'area dell'appropriatezza clinica, infine, è anche l'attività che la Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero sta svolgendo, nell'ambito delle attività e con il contributo di risorse SiVeAS, in materia di rischio clinico.

Accreditamento e organizzazione dell'offerta

Questa linea di attività è dedicata prevalentemente ad iniziative afferenti l'area dell'affiancamento delle regioni con i Piani di rientro e per la maggior parte assegnate all'Assr. Una attività propedeutica⁶⁹, finalizzata a disporre di una conoscenza analitica della realtà ospedaliera nelle regioni italiane, anche al fine di conoscere e valutare le scelte regionali e di individuare eventuali *best practice*, è stata diretta a rilevare il grado di concentrazione/dispersione delle specialità nelle reti ospedaliere dei diversi SSR, e il confronto e valutazione di coerenza tra modelli organizzativi.

Inoltre, una ulteriore attività riconducibile a tale ambito ha riguardato la rilevazione completata dalla DG della Programmazione sanitaria relativa alle caratteristiche strutturali e organizzative del Sistema di emergenza sanitaria territoriale con riferimento al 2005.

Accessibilità

Le attività avviate in tale ambito, di particolare rilievo anche alla luce della legge 120/2007 (ma solo parzialmente avviata per ritardi nella definizione e registrazione di alcune convenzioni previste), hanno l'obiettivo di fornire elementi conoscitivi sulle caratteristiche dell'offerta e della domanda di attività assistenziale in regime di libera professione intramoenia, al fine di individuarne le principali criticità e orientare la definizione di interventi correttivi a livello regionale e nazionale

Assistenza socio-sanitaria

L'organizzazione, e il finanziamento, dell'assistenza socio-sanitaria, e quindi l'attuazione operativa della integrazione, rappresenta un tema prioritario nell'agenda della programmazione della sanità in Italia, come in tutte le realtà occidentali caratterizzate dal fenomeno della crescente prevalenza di condizioni di non autosufficienza nella popolazione, per lo più a seguito del progressivo invecchiamento. E' stato quindi costituito un gruppo di lavoro specificamente destinato alla produzione di strumenti conoscitivi ed operativi, con l'incarico di:

- predisporre linee guida per la Valutazione multidimensionale
- definire linee guida per la introduzione di un nomenclatore delle prestazioni (lista cure domiciliari integrate; lista cure integrate terzo livello e palliative; inquadramento normativo ed organizzativo dell'assistenza socio sanitaria);

⁶⁹ Assegnata all'Università Bocconi.

- definire modelli organizzativi e funzionali di erogazione di prestazioni nell'ambito del socio-sanitario. Le prime riflessioni in questa direzione hanno prodotto una bozza di possibile modello di erogazione delle prestazioni (di continuità assistenziale) a livello territoriale ed uno strumento di comparazione dei modelli adottati dalle regioni in termini di continuità assistenziale ospedale-territorio;

- raccogliere informazioni circa i costi dell'attività domiciliare, anche ai fini di una stima dell'impatto della revisione dei LEA in termini di costi di tali cure;

- definire una metodologia per il monitoraggio delle attività attuative nelle regioni che hanno sottoscritto i Piani di rientro.

Confronti internazionali e integrazione delle Basi-Dati

Ai fini della “verifica del raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale”, appare rilevante poter disporre sistematicamente anche di risultati di confronti internazionali significativi.

A tal fine, le attività avviate con il contributo di centri ed esperti SiVeAS in questo ambito riguardano da un lato la validazione a livello internazionale degli indicatori utilizzati per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nel SSN⁷⁰; dall'altro, l'adeguamento al livello/qualità di informazioni richieste dalle organizzazioni internazionali (UE, OCSE, OMS, etc.), per assicurarne la confrontabilità.

In particolare, le attività avviate riguardano:

- l'aggiornamento del sistema di classificazione;
- la definizione di un percorso per produrre i dati sulle spese del sistema sanitario italiano secondo l'impostazione e la classificazione utilizzata dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico per le proprie rilevazioni ed analisi (*System of Health Accounts*);
- la produzione di stime relative all'assistenza sanitaria privata.

⁷⁰ Le attività affidate in convenzione riguardano l'individuazione e la validazione nell'ambito dello *European Observatory on Health Systems and Policies*, di un set di indicatori per la valutazione dei livelli essenziali di assistenza che considerino prestazioni e dimensioni della qualità dell'assistenza il cui monitoraggio è ritenuto di rilevante importanza a livello internazionale; la comparabilità degli indicatori utilizzati per il monitoraggio dell'assistenza erogata nel SSN. In particolare, il contributo dovrà riguardare l'allineamento alle attività del programma pluriennale *ECHIM_European Community Health Indicators and Monitoring*, della Commissione Europea, dedicato alla identificazione, definizione e implementazione dei modelli, dei sistemi e degli indicatori utili al monitoraggio dello stato di salute nella popolazione.

Affiancamento alle regioni con Piano di rientro dal disavanzo

Modalità di affiancamento a livello centrale

Già nella legge finanziaria per il 2005, e quindi nell'Intesa 23 marzo 2005, è stato previsto il ricorso a forme di affiancamento, da parte del Governo centrale, alle regioni che avessero sottoscritto gli Accordi contenenti i PdR. Le modalità dell'affiancamento sono state oggetto di un documento metodologico da parte dei Ministeri della salute e dell'economia e finanze, discusso e condiviso con le Regioni interessate.

Le attività avviate in attuazione di quanto stabilito in tale documento hanno fin qui riguardato prevalentemente il monitoraggio dell'attuazione dei PdR.

In particolare, con la collaborazione di esperti SiVeAS, il Ministero della salute ha provveduto alla predisposizione, discussione ed emanazione di Linee guida organizzative, finalizzate ad orientare le Regioni nella emanazione dei provvedimenti previsti dai PdR⁷¹.

Sono stati, inoltre, previsti dei Nuclei di affiancamento regionale, per svolgere le funzioni indicate dagli Accordi (all'art. 3, commi 1 e 6) e per riferire periodicamente sul raggiungimento degli obiettivi al Ministero della salute, al Ministero dell'economia e delle finanze ed al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

Monitoraggio dell'attuazione dei Piani di rientro

Tale attività - che comporta l'approvazione in via preventiva dei provvedimenti predisposti dalle singole Regioni in attuazione di quanto previsto nei rispettivi Piani - si articola in diverse fasi:

monitoraggio di attuazione dei Piani di Rientro. Allo scopo di poter gestire unitamente alle regioni il notevole flusso documentale di provvedimenti in attuazione dei Piani da approvarsi preventivamente da parte del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, è stato sviluppato e reso operativo un sistema di *work flow* documentale, finalizzato a supportare sia la trasmissione da parte delle regioni, sia l'acquisizione, l'analisi e la trasmissione dei pareri da parte dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, di tutti i provvedimenti regionali, nonché lo scambio dei provvedimenti eventualmente sottoposti a revisione per mancata preventiva approvazione. Il sistema, accessibile via web attraverso un comune collegamento di rete, permette quindi la

⁷¹ Più in particolare, le prime linee guida emanate nell'anno sono:

linee guida sulla Valutazione Multi-Dimensionale dei soggetti non autosufficienti (VMD) nell'ambito della gestione dell'assistenza socio-sanitaria;

linee guida sui contenuti della rete laboristica, ai fini della definizione del Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio (ex art. 1, c. 796, lett. o), l. 296/2006).

Ulteriori linee guida organizzative, da predisporre con il contributo dei centri e degli esperti SiVeAS, sono state previste relativamente ai seguenti argomenti:

modello dipartimentale;

accredito degli erogatori del SSN;

riorganizzazione della Rete ospedaliera;

acquisizioni beni e servizi nel SSR;

modelli di presa in carico residenziale e domiciliare di bambini con malattia inguaribile e cure palliative in età pediatrica.

gestione dell'intero processo a partire dall'invio dei provvedimenti normativi da parte della regione fino all'invio del parere istruttorio da parte dei Ministeri coinvolti, garantendo una gestione controllata e certificata della documentazione in formato elettronico;

verifica del raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati nei PdR, per la successiva erogazione delle risorse ad essi legate. In base a quanto previsto negli Accordi, la verifica avviene di norma con cadenza trimestrale, sulla base della documentazione fornita dalle singole regioni ai Ministeri tramite il sistema suddetto. La verifica è effettuata in riferimento ai singoli obiettivi operativi e agli interventi progettuali contenuti nei Piani, agli indicatori e le relative fonti di verifica, tenuto conto della soglia fissata per ciascuno, in modo da ancorare alla verifica del raggiungimento di tali soglie la certificazione degli stati di avanzamento del Piano ai fini della successiva erogazione delle risorse. Un aspetto della verifica ha riguardato anche la coerenza tra Piani di rientro e interventi relativi al Programma di investimenti in edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988⁷².

Attività a cui si è aggiunta quella relativa al contenzioso che, nelle varie realtà regionali, si è sviluppato nell'attuazione dei provvedimenti previsti dai Piani di rientro.

Monitoraggio dell'impatto dei Piani di Rientro

In parallelo alle attività relative alla valutazione del processo attuativo dei singoli Piani di rientro, al fine di valutare se le manovre in essi contenute stiano producendo effetti sistemici positivi di carattere strutturale nelle regioni coinvolte, si è avviata anche un'attività di monitoraggio dell'impatto strutturale che i Piani, nella loro attuazione, stanno determinando.

Il monitoraggio dei Piani di Rientro deve essere garantito a livello centrale al fine di misurare l'evoluzione dei SSR nelle loro varie componenti al fine di conoscere in tempi rapidi che cosa si sta verificando a livello regionale e poter meglio valutare i provvedimenti adottati. Ma il monitoraggio deve essere garantito anche a livello locale, dove la conoscenza delle modifiche nella strutturazione e nella gestione dell'offerta di assistenza sanitaria e socio-assistenziale è necessario che sia tenuta sotto stretta e tempestiva sorveglianza, da parte dei responsabili delle scelte politico-programmatiche finalizzate al perseguimento degli impegni assunti con la stipula degli Accordi, nonché dei relativi esiti positivi e/o negativi nei confronti dei propri cittadini.

A livello centrale, il Ministero della salute ha istituito un apposito gruppo di lavoro, con il compito di definire uno strumento valutativo organico in modo da avviare il monitoraggio nel corso del secondo anno di attuazione dei Piani. In particolare, la metodologia in via di definizione dovrà garantire: il monitoraggio d'impatto complessivo sul servizio sanitario e sugli aspetti economico-finanziari; il monitoraggio d'impatto degli interventi previsti nell'area del socio-sanitario; il monitoraggio d'impatto degli interventi previsti nelle aree del personale, degli acquisti di beni e servizi, della riorganizzazione della rete ospedaliera; il monitoraggio d'impatto degli interventi previsti nelle aree della farmaceutica, dell'accreditamento, delle cure

⁷² In conseguenza di ciò, tutti gli schemi dei provvedimenti deliberativi di interventi attuativi del programma di investimenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988 e degli accordi di programma già sottoscritti sono trasmessi alla Direzione Generale del Ministero della salute competente, attraverso il sistema di gestione documentale dei Piani di rientro, per la preventiva approvazione. In caso di nuovi accordi di programma, da sottoscrivere successivamente all'adozione dei Piani di rientro, la Regione deve fornire tutti gli elementi necessari alla verifica di coerenza della proposta di accordo di programma con gli obiettivi generali dei singoli Piani sia ai fini del riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia ai fini del riequilibrio finanziario per l'azzeramento del disavanzo.

primarie; l'impostazione del quadro metodologico generale; gli approfondimenti analitici tematici dei dati e delle informazioni disponibili.

Attività di partnership tra regioni

Gli Accordi sui Piani di rientro hanno previsto la possibilità, per le regioni con piano di rientro, di stabilire un rapporto di partenariato con altre regioni al fine di potere acquisire, nello sviluppo di alcuni contenuti del Piano, il *Know-how* di esperienza delle regioni partner. Il Ministero della salute ha affidato all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ai sensi della convenzione stipulata nell'ambito del SiVeAS, il compito di svolgere un ruolo di stimolo e di collaborazione, anche finanziariamente supportata, nei confronti delle regioni coinvolte.