

LA SANITÀ: DOPO IL RISANAMENTO LE SCELTE

UNO SGUARDO D'ASSIEME

1. La legislatura che si è conclusa ha consentito di ottenere risultati significativi nella gestione del sistema sanitario su diversi fronti; ciò, nonostante gli stretti margini di operatività imposti da un crescente vincolo finanziario. Con il Patto della salute si è definito un percorso comune tra Stato e Regioni, abbandonando la logica dei tagli lineari e assumendo l'impegno comune ad avviare operazioni di efficientamento con l'obiettivo di liberare risorse per il settore; sono stati rivisti i Lea e definito un nuovo nomenclatore; è stato predisposto il programma per le liste d'attesa, il piano nazionale cronicità e quello nazionale per la prevenzione vaccinale; ha preso corpo l'attuazione del d.m. n. 70 del 2015 con il riordino del sistema di assistenza ospedaliera e i Piani di rientro per gli ospedali e aziende sanitarie; sono stati potenziati gli strumenti di gestione del sistema informativo sanitario; è stato approvato il provvedimento in tema di responsabilità professionale e la legge 3/2018 con rilevanti misure in tema di ordini professionali e sicurezza alimentare.

Rimangono aperti diversi fronti: la *governance* farmaceutica, per la quale si tratta di rivedere gli strumenti a disposizione per garantire la sostenibilità della spesa a partire dal *payback* ed agli strumenti di negoziazione del prezzo dei farmaci; le procedure di approvazione dei nuovi farmaci da velocizzare; le compartecipazioni alla spesa, di cui occorre rivedere modalità di funzionamento e ragioni; i rinnovi contrattuali e lo sblocco del turn-over per accompagnare lo svecchiamento delle strutture e l'adeguamento alle nuove esigenze di cura; l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, per poter affrontare al meglio la questione dell'invecchiamento della popolazione e dell'insufficienza dell'assistenza domiciliare; l'attuazione dei piani regionali delle cronicità.

La lunga lista delle cose fatte e da fare ma, soprattutto, la consapevolezza dell'impossibilità di trovare solo all'interno del settore la risposta ad esigenze crescenti fanno guardare alle scelte da assumere nella legislatura in stretto rapporto con le altre aree dell'intervento pubblico.

Gli ultimi dati sulla spesa sanitaria nel 2017 confermano i risultati positivi degli interventi volti a garantire un equilibrio finanziario che, con risorse pressoché stabili, cerca di rispondere ai bisogni crescenti che provengono da cronicità e non autosufficienza.

Tra 2013 e 2017 la spesa SSN è cresciuta in media dello 0,9 per cento ogni anno in termini nominali, tasso inferiore alla crescita del prodotto (1,3 per cento in media nel periodo).

Tutte le regioni si trovano in sostanziale equilibrio finanziario una volta contabilizzate le entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria.

Continua ad essere consistente il contributo della spesa del personale al mantenimento di un profilo di crescita della spesa complessiva molto limitato: in riduzione fino al 2016 (la flessione in termini nominali è 6 punti percentuali tra 2010 e 2016), conosce una solo lieve ripresa nel 2017 in attesa del rinnovo dei contratti.

Positivo l'andamento anche delle altre voci di spesa del SSN. Esse decrescono, come la farmaceutica convenzionata e gli altri servizi sanitari, o sono sostanzialmente

stabili, come nel complesso appaiono le prestazioni rese dai privati accreditati. L'unica voce in significativo aumento è la spesa per beni e servizi, che risente soprattutto della crescita della spesa farmaceutica ospedaliera e di quella per i dispositivi medici.

Si continua, tuttavia, a contrarre la spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici. Anche nel 2017 si registra una flessione di oltre il 5 per cento dei pagamenti: alla riduzione si accompagna la conferma di un tasso medio di obsolescenza delle tecnologie a disposizione nelle strutture pubbliche e accreditate. Come si evince dal recente il Rapporto del Ministero della salute, nonostante il lieve miglioramento rispetto al 2016, circa un terzo delle apparecchiature è operativo da più di 10 anni e la diffusione di queste tecnologie presenta rilevanti differenze tra aree territoriali.

L'offerta di servizi non sta uscendo indenne dalla fase di risanamento reso necessario per riassorbire squilibri strutturali inaccettabili oltre che insostenibili. L'attività del SSN si contrae in tutti gli ambiti assistenziali. Diminuiscono i ricoveri, scesi a 8,7 milioni nel 2016, con una riduzione del 11,7 per cento tra il 2013-2016. I cali interessano soprattutto quelli a bassa complessità. Se ciò ha permesso di migliorare l'appropriatezza, al contempo non sembra accompagnarsi ad una risposta adeguata alla domanda di assistenza territoriale. Mentre la riduzione nell'indicatore di utilizzo dei posti letto segnala, in molti casi, la permanenza di oneri. In numerose aree del paese si assiste ad una mobilità passiva in crescita

Nella specialistica ambulatoriale, stenta a trovare risposta il problema delle liste d'attesa; tariffe e *tickets* disincentivanti portano alla diminuzione dei volumi coperti dal servizio pubblico; emergono crescenti criticità nell'accesso ai servizi di fronte a un quadro epidemiologico in peggioramento per la crescita costante dell'età media degli italiani. Ad oggi, le fonti pubbliche coprono il 95 per cento della spesa ospedaliera, ma solo il 60 per cento della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 46 per cento della riabilitazione ambulatoriale (ISTAT, 2017).

Esaurita la fase più acuta dei piani di rientro (ma non certo quella di un efficace monitoraggio) rimane l'esigenza di affrontare lo sviluppo dei servizi e la convergenza in termini di qualità dell'assistenza tra aree territoriali.

I dati definitivi del monitoraggio 2015 e quelli parziali del 2016 indicano infatti il permanere di differenziali Nord-Sud nella qualità e nella disponibilità dei servizi. Ciò si era messo in rilievo nel Rapporto dello scorso anno, con riferimento sia alla speranza di vita in buona salute (che passa da 59,6 anni al Nord a 56 anni al Sud) sia ai casi di rinuncia alle cure. Cresce l'incidenza relativa della mobilità sanitaria dal Sud al Nord. Lo testimonia il rilievo crescente delle somme corrisposte per la mobilità nel 2017, così come quanto messo in rilievo nei dati SDO del 2016 del Ministero della Salute che rileva ricoveri acuti in regime ordinario erogati in regioni del Nord (pazienti in mobilità verso le regioni del Nord sul totale di ricoveri di pazienti residenti nel Sud) che crescono dal 7,3 nel 2013 al 7,9 per cento nel 2016. Nel caso dei ricoveri per tumore in mobilità passiva passa dal 12,4 nel 2013 al 13,3 per cento nel 2016. I tassi di copertura dei bisogni di LTC, bassi al Nord, si riducono drasticamente nelle regioni centro-meridionali, in genere più povere di posti letto, sia per acuti, sia per riabilitazione, sia per strutture intermedie, sia per strutture protette.

Come si sottolineava anche nel precedente Rapporto, manca una risposta adeguata ad un'area sempre più ampia dell'assistenza quella alle cronicità, alla riabilitazione e alle

cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media. La popolazione con cronicità è pari al 39 per cento del totale, di queste il 20,5 per cento ha più di una patologia. Questi pazienti assorbono gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo sempre più i pazienti occasionali a rivolgersi al circuito a pagamento, senza che vi sia una chiara politica in questa direzione e indirizzi sui profili di iniquità che così si stratificano.

Una particolare attenzione richiede, come si è visto nel capitolo dedicato all'assistenza, il soddisfacimento dei bisogni dei circa 3 milioni di persone non autosufficienti per i quali le strutture esistenti (i 287 mila posti letti ad essi dedicati) e le cure domiciliari oggi attivate non consentono di dare una risposta adeguata. Pur segnando un graduale miglioramento dell'offerta, i dati più recenti testimoniano un accesso al servizio ancora molto limitato. Una quantità in varie aree del paese ben lontana da quanto i servizi sanitari offrono in altre parti dell'UE. Appare quindi condivisibile quanto osservato di recente (Rapporto Cergas 2017) che la salvaguardia assicurata durante la crisi ai redditi da pensione e una ampia disponibilità di personale addetti ai servizi alla persona hanno consentito, fino ad ora, di sopperire in ambito familiare alla necessità di trovare una risposta a tale bisogno. La frammentazione delle risorse e dei soggetti coinvolti (Inps SSN) rende ancora più difficile il quadro, riducendo l'efficacia dell'intervento realizzabile con risorse scarse.

L'attuale situazione risulterà in prospettiva sempre meno sostenibile. Le previsioni demografiche ed economiche, alla base dell'esame delle tendenze del sistema socio sanitario (e pensionistico) elaborato dalla Ragioneria nell'ambito del EPC-WGA, riportano un rapporto tra anziani e popolazione attiva in crescita nei prossimi anni, poco al di sotto di quota 50 già nel 2030, con un peso della popolazione oltre i 65 anni 7 punti più elevata di oggi. Come messo in evidenza nel capitolo dedicato al sistema pensionistico, se l'invecchiamento della popolazione sarà accompagnato da una riduzione dei redditi da pensione, a causa del passaggio completo al sistema contributivo e a una minore continuità dei percorsi lavorativi, la sostenibilità del sistema si farà più difficile.

Nella agenda politica dei prossimi anni si impongono quindi scelte importanti sul fronte dell'adeguamento delle strutture; ciò per rendere compatibili con la stabilità del sistema soluzioni per bisogni destinati a crescere.

Il permanere di vincoli ancora stringenti richiede che nel trattare le criticità del settore si vada oltre i confini della sanità. Occorre ritrovare coerenza tra tutte le parti che compongono l'operatore pubblico, prendere atto delle difficoltà che caratterizzano oggi il sistema redistributivo e di solidarietà, considerare la necessità imprescindibile di favorire la crescita, garantire che le soluzioni assunte in tema di contributo richiesto al finanziamento della sanità trovino coerenze stabili, responsabilità e margini di gestione per i diversi livelli di governo per evitare contraddizioni e trappole della povertà.

IL CONTRIBUTO DEL SETTORE AGLI OBIETTIVI DI FINANZA PUBBLICA

2. Nel consuntivo 2017, la spesa sanitaria raggiunge i 113,6 miliardi. Nei documenti programmatici, la spesa corrente era stimata raggiungere i 114,1 miliardi. Un risultato migliore di quello previsto (nel Def 2017 e sostanzialmente confermato nella Nota di aggiornamento dello scorso settembre) dovuto, in parte, ad acquisti di beni e servizi da operatori market inferiori alle attese (in crescita rispetto al 2016 dello 0,04 per

cento contro lo 0,6 per cento previsto), ma anche a redditi da lavoro rimasti invariati invece di aumentare dell'1,5 per cento come assunto in aprile scorso, soprattutto per il rinvio al 2018 della definizione del nuovo contratto. L'aumento oltre le attese della spesa per consumi intermedi (+4,2 per cento contro il 3 previsto inizialmente) riduce il beneficio sui risultati complessivi. Va inoltre osservato come, nonostante il taglio di risorse apportato negli ultimi esercizi, il contributo del settore agli obiettivi di finanza pubblica rimanga nel 2017 positivo (pur riducendosi rispetto ai valori passati): la differenza tra entrate correnti e uscite correnti presenta un saldo netto di oltre 2,5 miliardi (5,7 nel 2016).

TAVOLA 1

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI DI FINANZA PUBBLICA

(milioni di euro)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Def aprile 2018	109.614	110.961	111.239	112.373	113.599	115.818	116.382	118.572	120.894
	6,83	6,84	6,73	6,69	6,62	6,56	6,39	6,32	6,27
Nota Def sett 2017	109.614	110.942	111.223	112.514	114.138	115.068	116.105	118.570	
	6,83	6,84	6,73	6,70	6,65	6,50	6,34	6,26	
Def aprile 2017	109.614	110.938	111.245	112.542	114.138	115.068	116.105	118.570	
	6,83	6,84	6,76	6,73	6,68	6,54	6,41	6,37	
LB 2017	109.907	111.304	112.408	113.654	115.377	115.823	116.168		
	6,85	6,87	6,84	6,80	6,77	6,60	6,42		
Nota Def sett. 2016	109.907	111.304	112.408	113.654	115.440	116.821	119.156		
	6,85	6,86	6,84	6,80	6,77	6,64	6,56		
Def aprile 2016	109.907	111.304	112.408	113.376	114.789	116.170	118.505		
	6,83	6,89	6,87	6,78	6,69	6,58	6,52		
LS 2016	110.044	111.028	111.289	111.646	112.957	114.632	117.017		
		6,87	6,81	6,65	6,51	6,39	6,33		
Nota Def sett 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094		
	6,84	6,87	6,81	6,74	6,67	6,60	6,55		
Def aprile 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094		
	6,84	6,87	6,79	6,72	6,64	6,58	6,52		
LS 2015	109.254	111.474	111.351	113.797	116.328	118.964			
	7,00	6,85	6,76	6,73	6,68	6,61			
Def aprile 2014	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316			
	7,00	7,02	6,99	6,93	6,86	6,78			
Def aprile 2013	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789				
	7,06	6,96	6,88	6,79	6,71				

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF e ISTAT

I dati del 2017 confermano il buon risultato economico delle misure di controllo della spesa messe in campo in questi anni. Nel Def 2013, ad avvio della legislatura, la spesa sanitaria era prevista in lenta flessione in termini di prodotto per tutto l'arco programmatico: dal 7 per cento del Pil nel 2014 ne era prevista una riduzione al 6,7 nel 2017, ma su livelli assoluti di circa 120 miliardi. Nonostante il più lento aumento del prodotto rispetto alle previsioni ad inizio legislatura, a consuntivo la spesa si è attestata nel 2017 al 6,6 per cento del Pil, ma su un livello assoluto di spesa inferiore di oltre 6 miliardi. Il governo della spesa in campo sanitario si è rivelato più efficace rispetto al complesso della PA: la quota della sanità della spesa corrente primaria si riduce dal 16,6 per cento nel 2013 al 16 per cento nel 2017 (dal 15,7 al 14,8 per cento il peso sulla primaria complessiva).

TAVOLA 2

IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ (2016 – 2017)
(previsioni e consuntivi)

	(milioni di euro)		
	2016	2017*	2017
Beni e servizi prodotti da produttori market	39.544	39.772	39.561
Redditi da lavoro	34.904	35.439	34.917
Consumi intermedi	31.498	32.453	32.823
Altre componenti	6.427	6.473	6.298
Uscite correnti Totali	112.373	114.138	113.599
	Variazioni		
	2016	2017*	2017
Beni e servizi prodotti da produttori market	0,19	0,58	0,04
Redditi da lavoro	-0,51	1,53	0,04
Consumi intermedi	4,18	3,03	4,21
Altre componenti	-0,39	0,72	-2,01
Uscite correnti Totali	1,02	1,57	1,09

(*) dati di previsione

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT Def 2017 e Def 2018

La tavola 3 consente una lettura del contributo offerto dalle diverse prestazioni alla spesa complessiva.

Nel 2017 l'importo relativo alle prestazioni da produttori *non market* (assistenza ospedaliera e altri servizi sanitari offerti direttamente dagli operatori pubblici) presenta una crescita dell'1,9 per cento: sono gli altri servizi sanitari a presentare la variazione più consistente (+2,2 per cento), confermando il *trend* dell'ultimo quadriennio. Un aumento che si concentra nei consumi intermedi (+ 4,2 per cento nell'anno; +3,6 della media del periodo). È tale voce che più sconta i maggiori costi connessi all'immissione sul mercato di farmaci innovativi, erogati in corso di ricovero ospedaliero o in regime di distribuzione diretta (ma al netto degli effetti attesi dalle misure di contenimento della spesa relativi alle procedure di acquisto centralizzate).

Anche nell'ultimo esercizio la spesa dei produttori *market* rimane sostanzialmente immutata; la variazione a partire dal 2013 è stata di poco superiore allo 0,1 per cento. Il forte calo della spesa per farmaci in convenzione, che risente delle misure di contenimento di quella farmaceutica disposte dalla normativa e dell'operare del tetto di spesa di recente modificato, e la sostanziale invarianza della spesa per i medici di medicina generale (in attesa del rinnovo del contratto) compensa l'aumento superiore al 3 per cento dell'assistenza specialistica e le variazioni di circa il 2 per cento dell'ospedaliera e dell'altra assistenza. E' quest'ultima che presenta la dinamica più sostenuta negli anni della legislatura, con una variazione media annuale superiore al 3,5 per cento.

IL CONTO CONSOLIDATO DELLA SANITÀ

(milioni di euro)

	2013	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	media tassi
SANITA'										
Prestazioni sociali in natura	102.616	103.914	104.035	105.150	106.415	1,26	0,12	1,07	1,20	0,91
corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market:	39.337	39.956	39.470	39.544	39.561	1,57	-1,22	0,19	0,04	0,15
- Farmaci	8.616	8.392	8.245	8.100	7.605	-2,60	-1,75	-1,76	-6,11	-3,06
- Assistenza medico-generica	6.666	6.663	6.654	6.688	6.695	-0,05	-0,14	0,51	0,10	0,11
- Assistenza medico-specialistica	4.699	4.744	4.604	4.699	4.844	0,96	-2,95	2,06	3,09	0,79
- Assistenza osped. in case di cura private	9.166	9.610	9.373	9.246	9.421	4,84	-2,47	-1,35	1,89	0,73
- Assistenza riabilitativa, integrativa e protesica	4.045	4.008	3.932	3.903	3.945	-0,91	-1,90	-0,74	1,08	-0,62
- Altra assistenza	6.145	6.539	6.662	6.908	7.051	6,41	1,88	3,69	2,07	3,51
corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market:	63.279	63.958	64.565	65.606	66.854	1,07	0,95	1,61	1,90	1,38
- Assistenza ospedaliera	37.716	36.903	36.926	37.345	37.970	-2,16	0,06	1,13	1,67	0,18
- Altri servizi sanitari	25.563	27.055	27.639	28.261	28.884	5,84	2,16	2,25	2,20	3,11
di cui redditi da lavoro dipendente	32.984	32.783	32.498	32.381	32.425	-0,61	-0,87	-0,36	0,14	-0,43
di cui consumi intermedi	26.463	27.295	28.081	29.291	30.532	3,14	2,88	4,31	4,24	3,64
Contribuzioni diverse	1.428	1.489	1.597	1.679	1.616	4,24	7,31	5,10	-3,74	3,23
Servizi amministrativi	4.725	4.772	4.850	4.836	4.888	0,99	1,63	-0,29	1,08	0,85
di cui redditi da lavoro dipendente	2.686	2.639	2.584	2.523	2.492	-1,75	-2,08	-2,36	-1,23	-1,86
di cui consumi intermedi	1.973	2.036	2.154	2.207	2.291	3,19	5,80	2,46	3,81	3,81
Altre uscite	845	786	757	708	680	-6,98	-3,69	-6,47	-3,95	-5,27
TOTALE	109.614	110.961	111.239	112.373	113.599	1,23	0,25	1,02	1,09	0,90
<i>Spesa pro capite</i>	<i>1836,5</i>	<i>1825,5</i>	<i>1829,7</i>	<i>1852,3</i>	<i>1874,9</i>					

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

Nel confronto internazionale, l'Italia ha fatto registrare tra il 2009 e il 2016 una riduzione, in termini reali, delle risorse destinate alla sanità di 3 decimi di punto l'anno. Una flessione molto più contenuta rispetto ad altri Paesi in difficoltà (Portogallo -1,3; Grecia -5) ma che ci differenzia dall'andamento registrato anche in Spagna e l'Irlanda (rispettivamente +0,3 e +0,1) che hanno vissuto difficoltà finanziarie significative. La spesa è invece cresciuta (sempre in media annua) dello 0,9 per cento in Francia, dell'1 per cento in Olanda, del 1,8 per cento in Germania¹.

Ne derivano divari consistenti in termini di spesa sanitaria pubblica pro capite (espressa in parità del potere d'acquisto)². Secondo le stime dell'Ocse, nel 2016 la spesa pro capite era di 2.298 euro in Italia, quella in Germania era di 4.158 euro e in Francia di 3.276. Spesa che resta tuttavia superiore a quella spagnola (2.072 euro)

Divario che non muta se si osserva il valore complessivo di quella privata: a fronte dei 3.064 euro pro capite in Italia, in Germania l'importo è di poco inferiore ai 5.000 euro e in Francia ai 4.156 euro.

¹ *Health at a glance 2017*, Ocse 2017.

² Gli importi calcolati dall'Ocse sono espressi in dollari in parità del potere d'acquisto. Nel testo si fa riferimento al dato convertito in euro in base al tasso di cambio medio annuo del 2016, calcolato nelle statistiche della Banca d'Italia pari a 1,1069 dollari per 1 euro.

La spesa sanitaria totale rappresenta l'8,9 per cento del Pil italiano nel 2016, simile a quello di Spagna (9 per cento) e significativamente più bassa di quella di Germania (11,3 per cento), Svezia e Francia (11 per cento). Tre quarti della spesa sanitaria in Italia sono finanziati con risorse pubbliche, dato che si situa al di sotto della media UE e delle principali economie (Germania 82,9 per cento, Francia 78,8 per cento) ma che è ancora superiore a quello della Spagna (70,6 per cento).

I RISULTATI DEL SETTORE NEI PRECONSUNTIVI 2017 DELLE AZIENDE SANITARIE

3. I dati trasmessi al NSIS relativi al 4° trimestre 2017³, consentono di meglio qualificare i risultati dell'anno evidenziandone la coerenza con gli obiettivi programmatici del settore. Essi permettono, inoltre, una prima lettura del rilievo di "risposte" diverse a livello territoriale. Rispetto alle precedenti edizioni del Rapporto, tra le regioni in Piano di rientro non è più ricompresa la regione Piemonte che ha concluso il percorso di riassorbimento degli squilibri gestionali.

Nel 2017 i risultati di esercizio (senza considerare i contributi aggiuntivi disposti a livello regionale per la garanzia dei Lea) sembrano presentare un seppur limitato peggioramento: le perdite crescono, passando dagli 804 milioni del 2016 a 951 milioni. A ben vedere, tuttavia, nella lettura del risultato si deve considerare che diversamente da quanto avvenuto nel passato, nell'esercizio appena concluso l'ulteriore contributo regionale della Provincia di Trento è classificato tra quelli a copertura dei Lea, piuttosto che come contributo extra Lea come avvenuto nel 2016: ciò comporta l'esclusione di tale somma da quelle considerate in una prima fase di calcolo del risultato di gestione 2017 volto a valutare l'equilibrio economico nella fornitura dei Lea. Al netto di tale diversa classificazione il risultato nei due esercizi risulta sostanzialmente invariato

I dati complessivi sono il risultato di andamenti diversi tra gruppi di regioni. Quelle in Piano di rientro continuano nel loro percorso di riassorbimento delle perdite: nell'esercizio queste passano dai 260 milioni del 2016 a circa 93 milioni. Al netto del dato trentino (168 milioni), le regioni non in Piano vedono crescere il *deficit* complessivo dai circa 544 milioni dello scorso anno a poco più di 690 milioni. Un aumento (di oltre il 27 per cento) da ascrivere ad una dinamica dei costi in aumento dell'1,8 per cento a fronte di entrate in crescita di solo l'1,4 per cento. Una variazione in parte attenuata da un saldo mobilità, che migliora di un ulteriore 13 per cento superando il miliardo di euro nel 2017. Il peggioramento dei conti è da ricondurre soprattutto alle regioni a statuto speciale del Nord, che vedono crescere di poco meno del 57 per cento le perdite rispetto al 2016, come risultato di una crescita della spesa del 2,5 per cento a fronte di entrate sostanzialmente

³ Si tratta dei risultati al 26 aprile 2018, che recepiscono tutte le modifiche apportate ai CE dalle Regioni fino a questa data. Nella tavola che segue si considerano i risultati di gestione come emergono dai CE prima e dopo gli ulteriori trasferimenti da Province autonome e regioni a statuto speciale e le ulteriori coperture contabilizzate nei CE. Nell'ultima colonna è infine riportato il risultato d'esercizio in esito alle verifiche dei Tavoli tecnici (istituiti ai sensi degli articoli 9 e 12 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005). Va considerato che le correzioni apportate in occasione del monitoraggio possono portare ad un risultato di gestione in alcuni casi diverso da quello evidenziato nel CE. E ciò in relazione, ad esempio, a mancati allineamenti contabili tra contabilità finanziaria ed economico patrimoniale, o ai risultati delle aziende in utile. Si considerano poi le coperture dei disavanzi individuate dalle regioni, ulteriori rispetto a quelle già previste nei CE. Naturalmente i risultati relativi al 2017 dopo il monitoraggio devono considerarsi ancora provvisori in attesa della chiusura dei verbali dei Tavoli. Per rendere più significativo il confronto tra i risultati 2016 e 2017 nell'ultima colonna, in analogia con quanto accaduto nel 2016, le maggiori risorse mobilitate da Lazio e Sicilia per l'operare della leva fiscale sono state considerate solo per gli importi necessari a copertura dei disavanzi.

invariate (considerando il dato trentino). Le regioni a statuto ordinario del Nord, fatta eccezione la Liguria, si confermano in equilibrio.

Considerando i trasferimenti previsti dalle regioni a statuto speciale nonché le coperture contabilizzate nei CE, il risultato muta ancora.

Nelle regioni in Piano l'esito è positivo per poco più di 930 milioni rispetto all'utile di 370 milioni dello scorso anno. Il dato del 2017 è tuttavia influenzato dalla considerazione piena delle contabilizzazioni relative alle coperture previste dalla regione Lazio (784 milioni) a fronte, per il momento, di una perdita accertata di meno di 100 milioni. Anche lo scorso esercizio, delle coperture di 889 milioni contabilizzate nei CE dalla regione Lazio solo 333 milioni sono state utilizzate a copertura: 170 sono state trattenuti come utili nel conto sanitario, mentre la restante quota è stata destinata ad altre finalità⁴.

Il saldo complessivo delle regioni non in Piano è ancora negativo per circa 153 milioni. Un dato che, come si è detto, grazie agli attivi di alcune regioni, non consente di apprezzare la dimensione effettiva dei disavanzi. Al netto delle posizioni in avanzo, le perdite ammontano a 237 milioni (422 milioni nel 2016), come nelle ultime gestioni riconducibili soprattutto a due Regioni che presentano un disavanzo di circa 221 milioni (Liguria e Sardegna).

Nel complesso, le regioni che presentano un disavanzo dopo le coperture previste nei CE sono solo 5: oltre a quelle citate in precedenza, espongono limitati disavanzi anche Valle d'Aosta, Friuli e Abruzzo.

Nell'ultime due colonne della tavola 4 sono infine riportati i risultati delle due gestioni in esito alle verifiche dei tavoli di monitoraggio. Le correzioni apportate dai Tavoli riguardano sia aspetti contabili (possibili disallineamenti tra contabilità finanziaria ed economico patrimoniale), sia dati economici come eventuali rettifiche dei risultati (ad esempio saldi mobilità) e naturalmente i risultati delle aziende in utile. Si considerano poi le coperture dei disavanzi individuate dalle regioni, ulteriori rispetto a quelle già previste nei CE.

Nel complesso, i risultati dei Tavoli confermano nelle tendenze quanto emerso dai conti economici ma con alcune diverse accentuazioni: si amplia il disavanzo delle regioni non in Piano, mentre si riduce l'avanzo complessivo di quelle in Piano di rientro.

Nel confrontare i due esercizi vanno considerati due aspetti: a) nel 2016 per Lazio e Sicilia, delle maggiori risorse previste nei CE si sono considerate quelle necessarie a coprire l'eventuale disavanzo; b) il risultato del 2017 della regione Sardegna è rivisto in peggioramento nell'esame del tavolo di monitoraggio anche a ragione degli importi non coperti della perdita dello scorso esercizio.

Per valutare i risultati nei due anni nell'ultima colonna della tavola si sono assunte per Lazio e Sicilia le stesse ipotesi del 2016 e il risultato della Sardegna è stato nettato dell'importo relativo al 2016 rimasto non coperto.

Con tale avvertenza, il confronto tra i due esercizi evidenzia un netto miglioramento delle gestioni: per il complesso delle regioni i Tavoli evidenziano un risultato positivo per poco più 50 milioni a fronte di un disavanzo nel 2016 per 146 milioni. Le regioni in piano registrano un avanzo di 121 milioni (88 nel 2016) e le altre regioni vedono contrarsi le

⁴ Le somme eccedenti le necessità di copertura possono essere destinate ad altra finalità secondo quanto previsto dal DL n. 120 del 2013. Una possibilità che, come rilevato in passato dalla Corte (Rapporto di coordinamento del 2013), fa perdere in trasparenza al sistema rendendo più opaco il collegamento tra sforzo fiscale aggiuntivo e processo di risanamento. Da questo punto di vista, rappresenta uno sviluppo positivo la recente scelta della regione Lazio di ridurre l'entità dell'addizionale regionale aumentata con l'avvio del Piano a fronte degli squilibri del passato.

perdite a meno di un terzo di quanto registrato nel 2016 (da 234 a poco più di 71 milioni)⁵. Dopo le coperture, sono solo 3 le regioni che presentano ancora perdite non coperte: si tratta del Friuli, dell'Abruzzo e la Sardegna. Fatta eccezione per la Sardegna (che comunque più che dimezza il disavanzo registrato nel 2016) si tratta di importi, tuttavia, molto contenuti.

TAVOLA 4

I RISULTATI DI ESERCIZIO ANNO 2016 E 2017
(per regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni in euro)

REGIONE	TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori transf. delle regioni e province autonome	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMOENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	Ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale	Coperture contabilizzate nel CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO con coperture	Risultati d'esercizio da tavoli	Risultati da tavoli (omogenei)
2017										
Regioni in Piano	45.442	-44.261,0	-1.274,2	0,0	-92,9	0,0	1.023,1	930,2	850,4	121,2
Regioni non in Piano	70.430	-72.303,2	1.028,4	-14,0	-858,0	342,2	361,9	-153,8	-395,1	-71,1
Totale	115.873	-116.564,2	-245,9	-14,0	-950,9	342,2	1.385,0	776,3	455,3	50,1
Rso	98.701	-98.891,7	25,7	0,0	-164,4	0,0	951,3	786,9	803,3	210,5
Rso Nord	49.332	-50.374,0	1.015,9	0,0	-25,6	0,0	0,0	-25,6	49,7	49,7
Rso Centro	23.259	-23.249,1	-150,5	0,0	-140,4	0,0	784,2	643,8	606,7	13,9
Rso Sud	26.109	-25.268,6	-839,7	0,0	1,6	0,0	167,2	168,7	146,9	146,9
Rss	17.171	-17.672,5	-271,5	-14,0	-786,5	342,2	433,7	-10,6	-348,0	-160,4
Rss Nord	4.726	-5.220,9	-0,4	-14,0	-508,7	312,3	186,6	-9,8	-9,8	-9,8
Rss Sud	12.444	-12.451,6	-271,1	0,0	-277,8	29,9	247,1	-0,8	-338,2	-150,6
2016										
Regioni in Piano	44.906	-44.020,0	-1.146,8	0,0	-260,2	0,0	629,8	369,6	87,8	87,8
Regioni non in Piano	69.588	-71.027,5	908,4	-13,3	-543,7	234,5	25,3	-284,0	-234,2	-234,2
Totale	114.495	-115.047,6	-238,4	-13,3	-804,0	234,5	655,1	85,6	-146,4	-146,4
Rso	97.289	-97.547,7	7,2	0,0	-250,8	0,0	563,9	313,2	161,1	161,1
Rso Nord	48.497	-49.376,5	891,0	0,0	12,4	0,0	0,0	12,4	36,0	36,0
Rso Centro	22.956	-23.016,7	-82,1	0,0	-142,8	0,0	387,2	244,4	27,4	27,4
Rso Sud	25.835	-25.154,5	-801,6	0,0	-120,4	0,0	176,7	56,4	97,7	97,7
Rss	17.205	-17.499,8	-245,7	-13,3	-553,2	234,5	91,2	-227,6	-307,5	-307,5
Rss Nord	4.887	-5.093,6	2,0	-13,3	-217,5	234,1	0,0	16,5	16,5	16,5
Rss Sud	12.318	-12.406,2	-247,7	0,0	-335,7	0,4	91,2	-244,1	-324,0	-324,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

⁵ Vedi anche il Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali – esercizio 2016. Sezione delle autonomie. Del. n. 3/SEZAUT/2018/FRG.

I risultati dal lato dei costi

4. I dati relativi ai costi al netto delle voci economiche (ammortamento, rivalutazioni ed attività intramoenia) evidenziano, nel complesso dei conti regionali, una variazione inferiore allo 0,6 per cento nel 2017.

Sostanzialmente invariato il livello della spesa per il personale registrato nel 2017⁶ (delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, delle aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici): poco più di 34,3 miliardi. Dal 2009 tale voce di costo si è ridotta in termini nominali di oltre il 5 per cento (5,2).

TAVOLA 5

I COSTI DELLA SANITÀ - ANNI 2016 E 2017
(per regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni in euro)

	ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GODIMENTO DI BENI DI TERZI
2017												
Regioni in Piano	7.282,1	729,8	2.829,7	3.306,5	2.251,6	1.009,9	925,1	3.930,3	2.221,0	1.231,2	59,6	285,0
Regioni non in Piano	11.460,0	1.444,3	3.819,0	4.298,2	2.460,5	767,0	994,1	4.806,9	5.944,8	2.228,9	136,9	813,8
Totale	18.742,1	2.174,1	6.648,6	7.604,7	4.712,1	1.776,9	1.919,3	8.737,2	8.165,8	3.460,1	196,4	1.098,8
Rso	15.914,1	1.840,1	5.586,0	6.468,1	3.977,1	1.520,2	1.540,8	7.791,9	7.114,4	3.109,6	166,1	948,1
Rso Nord	7.460,4	975,4	2.596,2	2.930,7	1.984,5	481,1	641,5	4.112,4	4.624,2	1.732,4	96,0	534,2
Rso Centro	3.984,8	389,0	1.291,7	1.585,5	717,9	388,6	421,5	1.704,9	1.507,6	791,9	35,6	249,5
Rso Sud	4.468,9	475,7	1.698,0	1.951,9	1.274,7	650,6	477,8	1.974,6	982,6	585,4	34,5	164,4
Rss	2.828,0	334,0	1.062,7	1.136,6	735,0	256,7	378,4	945,3	1.051,5	350,5	30,3	150,7
Rss Nord	848,6	127,2	265,1	286,7	88,4	18,7	98,9	152,3	411,1	115,1	12,9	53,2
Rss Sud	1.979,4	206,8	797,6	849,9	646,6	238,0	279,5	793,0	640,4	235,4	17,5	97,6
2016												
Regioni in Piano	6.961,8	711,6	2.828,3	3.549,8	2.223,6	989,2	921,1	3.913,9	2.158,3	1.219,5	60,0	272,9
Regioni non in Piano	11.018,8	1.409,0	3.803,0	4.550,1	2.398,1	753,7	992,0	4.783,0	5.775,9	2.255,8	136,2	782,8
Totale	17.980,6	2.120,6	6.631,3	8.099,9	4.621,7	1.742,9	1.913,0	8.696,9	7.934,2	3.475,3	196,2	1.055,7
Rso	15.249,5	1.795,3	5.574,8	6.884,1	3.904,3	1.487,6	1.536,1	7.760,6	6.932,1	3.154,0	168,4	913,9
Rso Nord	7.141,1	949,9	2.584,8	3.099,4	1.932,6	477,4	641,8	4.104,4	4.499,8	1.745,0	96,5	516,6
Rso Centro	3.836,2	391,2	1.287,9	1.685,1	705,8	365,3	417,2	1.679,3	1.485,9	798,3	33,2	237,3
Rso Sud	4.272,3	454,2	1.702,1	2.099,5	1.265,8	644,8	477,2	1.976,8	946,4	610,8	38,7	160,0
Rss	2.731,1	325,3	1.056,5	1.215,8	717,4	255,3	376,9	936,4	1.002,1	321,3	27,8	141,8
Rss Nord	797,5	120,3	262,5	289,1	86,8	18,3	96,3	148,9	388,1	116,0	11,3	52,2
Rss Sud	1.933,5	205,0	794,0	926,7	630,7	237,1	280,6	787,4	614,0	205,3	16,6	89,6
variazione												
Regioni in Piano	4,60	2,55	0,05	-6,85	1,26	2,10	0,44	0,42	2,90	0,96	-0,74	4,43
Regioni non in Piano	4,00	2,50	0,42	-5,54	2,60	1,76	0,22	0,50	2,93	-1,19	0,48	3,96
Totale	4,24	2,52	0,26	-6,11	1,96	1,95	0,32	0,46	2,92	-0,44	0,11	4,08
Rso	4,36	2,49	0,20	-6,04	1,86	2,20	0,31	0,40	2,63	-1,41	-1,37	3,74
Rso Nord	4,47	2,68	0,44	-5,44	2,68	0,77	-0,04	0,19	2,77	-0,72	-0,52	3,40
Rso Centro	3,87	-0,56	0,30	-5,92	1,70	6,37	1,05	1,53	1,46	-0,80	7,18	5,15
Rso Sud	4,60	4,73	-0,24	-7,03	0,70	0,89	0,12	-0,11	3,82	-4,15	-10,82	2,73
Rss	3,55	2,67	0,58	-6,51	2,45	0,53	0,40	0,95	4,93	9,08	9,02	6,31
Rss Nord	6,41	5,73	0,98	-0,82	1,93	2,10	2,71	2,23	5,91	-0,78	14,16	1,87
Rss Sud	2,37	0,87	0,45	-8,29	2,53	0,40	-0,39	0,71	4,30	14,65	5,53	8,89

⁶ Un risultato su cui hanno inciso il blocco del *turn-over* nelle regioni in piano di rientro sia a seguito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa sia nell'ambito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174 della legge 311/2004, le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto dalle regioni non in piano, gli automatismi introdotti nella rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale e lo slittamento al 2018 dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Un risultato che è tuttavia l'esito di andamenti differenti guardando ai ruoli e per regione. Sostanzialmente stabile il costo del personale sanitario, la flessione della spesa per il ruolo amministrativo è compensata da una seppur limitata crescita di quello professionale e tecnico (rispettivamente in aumento del 0,9 e dello 0,3 per cento).

Anche in questo caso l'andamento è diverso tra regioni in piano e non. Nelle prime, la conferma del profilo in flessione della spesa complessiva per il personale (in calo ancora dello 0,6 per cento) è frutto dell'ulteriore riduzione del ruolo sanitario solo marginalmente attenuata dalla crescita (nelle regioni maggiori) della spesa per il ruolo professionale. In quelle non in piano, si registra un aumento dello 0,3 per cento sia del ruolo sanitario che di quello tecnico solo in parte compensato dall'ulteriore decremento della spesa per le figure professionali e amministrative. L'aumento della spesa per il personale sanitario e tecnico è tuttavia concentrata pressoché esclusivamente nelle regioni a statuto speciale del Nord (rispettivamente +2,1 e +1,7 per cento). Solo marginali le variazioni nelle regioni a statuto ordinario.

SEGUE TAVOLA 5

	PERSONALE RUOLO SANITARIO 'INDENNITA' IN M.A.D.A.	PERSONALE RUOLO PROFESSION ALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRA TIVO	TOTALE SPESE DI PERSONALE	SPESE AMMINISTRA TIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTATI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI I
2017										
Regioni in Piano	10.099,2	38,3	1.043,3	838,8	12.019,6	746,8	1.965,0	941,3	331,7	42.066,2
Regioni non in Piano	17.806,7	86,4	2.746,6	1.653,4	22.293,1	1.383,9	3.655,2	1.710,3	134,1	68.351,0
Totale	27.905,9	124,7	3.789,9	2.492,2	34.312,7	2.130,7	5.620,3	2.651,6	465,7	110.417,1
Rso	22.988,4	103,9	3.134,4	2.057,8	28.284,3	1.824,6	4.895,6	2.197,1	322,8	93.500,8
Rso Nord	11.490,6	56,7	1.817,0	1.153,8	14.518,1	961,1	2.490,3	1.121,0	47,2	47.306,6
Rso Centro	5.618,9	25,2	674,6	439,2	6.757,9	408,6	1.243,2	522,0	188,3	22.188,4
Rso Sud	5.878,9	22,0	642,7	464,7	7.008,4	455,0	1.162,1	554,1	87,3	24.005,8
Rss	4.917,5	20,8	655,5	434,5	6.028,4	306,1	724,7	454,5	142,9	16.916,3
Rss Nord	1.620,7	7,7	297,9	153,1	2.079,4	92,1	254,1	148,5	0,4	5.052,5
Rss Sud	3.296,8	13,1	357,6	281,4	3.949,0	214,0	470,6	306,1	142,5	11.863,8
2016										
Regioni in Piano	10.154,5	37,1	1.042,5	856,7	12.090,7	753,2	1.959,6	954,7	325,7	41.893,9
Regioni non in Piano	17.747,3	86,4	2.737,2	1.666,7	22.237,6	1.380,0	3.606,6	1.701,2	137,8	67.721,6
Totale	27.901,7	123,5	3.779,7	2.523,4	34.328,3	2.133,2	5.566,2	2.655,9	463,4	109.615,4
Rso	23.015,2	103,6	3.132,3	2.082,4	28.333,5	1.831,7	4.859,0	2.206,5	313,7	92.905,0
Rso Nord	11.473,1	57,9	1.815,8	1.167,9	14.514,7	972,4	2.467,5	1.117,8	58,8	46.920,4
Rso Centro	5.638,9	23,9	674,2	440,3	6.777,3	397,1	1.242,1	525,7	171,0	22.036,0
Rso Sud	5.903,1	21,8	642,3	474,2	7.041,4	462,3	1.149,5	563,0	83,8	23.948,6
Rss	4.886,5	19,9	647,4	440,9	5.994,8	301,5	707,2	449,5	149,8	16.710,4
Rss Nord	1.588,0	7,5	293,0	153,8	2.042,3	88,4	248,4	145,0	1,5	4.913,0
Rss Sud	3.298,5	12,4	354,4	287,1	3.952,4	213,1	458,7	304,5	148,3	11.797,4
variazione										
Regioni in Piano	-0,54	3,29	0,08	-2,08	-0,59	-0,86	0,28	-1,41	1,84	0,41
Regioni non in Piano	0,34	-0,07	0,34	-0,80	0,25	0,29	1,35	0,53	-2,69	0,93
Totale	0,01	0,94	0,27	-1,23	-0,05	-0,12	0,97	-0,16	0,49	0,73
Rso	-0,12	0,23	0,07	-1,18	-0,17	-0,39	0,75	-0,43	2,91	0,64
Rso Nord	0,15	-2,11	0,07	-1,21	0,02	-1,16	0,92	0,29	-19,79	0,82
Rso Centro	-0,36	5,13	0,06	-2,25	-0,29	2,89	0,09	-0,71	10,14	0,69
Rso Sud	-0,41	1,06	0,06	-2,00	-0,47	-1,59	1,10	-1,57	4,07	0,24
Rss	0,63	4,62	1,25	-1,47	0,56	1,52	2,48	1,12	-4,57	1,23
Rss Nord	2,06	2,63	1,66	-0,47	1,81	4,15	2,27	2,38	-72,46	2,84
Rss Sud	-0,05	5,81	0,92	-2,00	-0,09	0,43	2,59	0,52	-3,89	0,56

5. Si confermano in crescita anche nel 2017 gli acquisti di beni e servizi. Si tratta di un insieme composito: gli acquisti di beni, le manutenzioni, gli altri servizi sanitari e non, gli oneri per il godimento di beni di terzi e i servizi appaltati. Nel complesso, essi raggiungono nel 2017 i 31,3 miliardi, con un aumento del 2,9 per cento (l'incremento era stato del 3 per cento nell'esercizio precedente). Dal 2013 l'aumento registrato è stato di poco inferiore al 14 per cento. Un risultato che sembra destinato a mantenere una particolare attenzione sulle misure di contenimento introdotte a partire dal 2011⁷ fino a quelle previste nelle ultime leggi di bilancio.

RIQUADRO 1 - GLI STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLA SPESA E IL RIASSORBIMENTO DEGLI SQUILIBRI NEL SETTORE – LE NOVITÀ

Su più fronti, in particolare, è continuata, anche nel 2017, l'attività volta mettere a disposizione di operatori e istituzioni strumenti per rendere più efficiente ed efficace l'attività svolta.

E' proseguita l'attività svolta dalla Consip per la definizione degli accordi quadro e delle convenzioni per il mercato elettronico e dei bandi per il sistema dinamico; è continuata la definizione da parte dell'Anac dei repertori sui prezzi di riferimento in importanti aree degli acquisti sanitari; progressi ha segnato, non senza difficoltà, la predisposizione dei Piani di rientro per le strutture ospedaliere, rafforzando le possibilità di governo degli squilibri (non solo economici) nelle diverse aree territoriali; sono stati implementati strumenti informativi per dare alle Amministrazioni regionali e aziendali strumenti sempre più ricchi e aggiornati per valutare le scelte gestionali e rendere più mirate le scelte programmatiche; si è arricchito il quadro degli strumenti per intervenire su alcune aree di criticità nella fornitura dei Lea prevedendo di vincolare una quota delle risorse premiali nell'ambito del finanziamento della sanità a programmi specifici sottoposti e approvati dal Comitato Lea..

Le misure di controllo della spesa e per gli acquisti di beni e servizi

Si è intensificato, nell'anno, lo sforzo di mettere a disposizione delle aziende e degli operatori del settore sanitario strumenti volti a ridurre l'incidenza dei costi di beni e servizi, spingere ad un più appropriato utilizzo delle risorse e riassorbire differenze poco giustificabili nei costi di tali forniture.

Continua ad operare il vincolo per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale di ricorrere a Consip S.p.A. o agli altri Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle procedure di fornitura per farmaci, vaccini, medicazioni aghi e siringhe, ausili per incontinenza, servizi integrati per la

⁷ Si tratta di quanto disposto con il decreto-legge n. 98 del 2011 che ha previsto l'istituzione dell'Osservatorio dei contratti che pubblica dal luglio 2012 un elenco di prezzi di riferimento di oltre 300 beni e servizi. Uno strumento operativo per la programmazione e la razionalizzazione della spesa. Successivamente, il decreto-legge n. 95 del 2012 ha disposto la riduzione del 10 per cento dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) a partire dal 2013 e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti, e l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori al 20 per cento rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici. Il DL n. 78 del 2015 ha richiesto agli enti del SSN di proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere che avesse l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, del 5 per cento del valore complessivo. Ha esteso, inoltre, tale misura di risparmio a tutte le tipologie di contratti in essere di beni e servizi, quindi anche alle concessioni di lavori pubblici, alla finanza di progetto, alla locazione finanziaria di opere pubbliche e al contratto di disponibilità. In caso di mancato accordo con i fornitori, gli enti del SSN avevano diritto di recedere dal contratto, in deroga all'articolo 1671 del codice civile, senza alcun onere a loro carico. Al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, gli enti del SSN possono stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre Regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato, mediante gare di appalto o forniture, da aziende sanitarie della stessa o di altre Regioni o da altre stazioni appaltanti regionali per l'acquisto di beni e servizi. Il d.l. n. 78 del 2015 prevedeva poi una procedura di rinegoziazione anche per i contratti per i dispositivi medici, senza tuttavia fissare una misura di riduzione.

gestione delle apparecchiature elettro medicali, servizi di pulizia, ristorazione, lavanderia e smaltimento rifiuti sanitari vigilanza e guardiania per importi superiori a 40.000 euro, nonché per gli acquisti di *stent*, protesi d'anca, defibrillatori, pace maker e servizi di gestione pulizia e manutenzione degli immobili per importi sopra soglia comunitaria,⁸. L'Anac ha provveduto a pubblicare i dati relativi alle procedure di affidamento per stazione appaltante su base quadrimestrale. Nel 2016 le procedure superiori ai 40.000 euro di Aziende sanitarie regionali Asl o AO sono state poco meno di 20.000, per complessivi 8,8 miliardi. Nei primi due quadrimestri del 2017 le procedure registrate sono state oltre 17.000 (12.660 nello stesso periodo del 2016) per circa 7,6 miliardi (6 miliardi nel 2016).

Tale attività si è affiancata a quella prevista con il DL n. 98 del 2011, che ha attribuito all'Osservatorio dei contratti pubblici il compito di pubblicare le elaborazioni dei prezzi di riferimento relativamente a dispositivi medici, farmaci per uso ospedaliero, servizi sanitari e non sanitari, individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva⁹. Una rilevazione che è stata preceduta da una consultazione dei soggetti interessati e degli *stakeholders* del settore. Nel 2017 si è proseguito nell'aggiornamento delle rilevazioni e si sono aggiunti quelli relativi servizio di lavanderia e lavanolo.

Nell'anno sono stati attivati alcuni accordi quadro per la sanità: si tratta di quello per i pacemaker, gli *stent* coronarici e mammografi digitali (da febbraio 2018). E' stata aggiudicata la gara per i defibrillatori impiantabili attivi. Sono stati predisposti i bandi per tomografi a risonanza magnetica, dispositivi impiantabili per resincronizzazione cardiaca, farmaci biologici, suture chirurgiche e tomografi computerizzati mentre è allo studio quello per *stent* vascolari.

Alle convenzioni attive per l'acquisto di aghi siringhe, ecotomografi, tomografi si prevede di aggiungere bandi per angiografi fissi e a noleggio, farmaci antineoplastici tomografi a risonanza magnetica per cui sono stati predisposti i bandi.

Infine, nell'esercizio è stata attivata una ulteriore procedura per il sistema dinamico (per farmaci), che si aggiunge alle 7 già attive dal 2016. Il Sistema Dinamico di Acquisizione della PA (SDAPA) è un processo di acquisizione interamente elettronico. Per tutto il periodo previsto, gli operatori che hanno soddisfatto i criteri di una selezione iniziale sono ammessi a presentare un'offerta per specifici appalti indetti dalle Amministrazioni (per quantitativi, valore e caratteristiche dei beni di volta in volta necessari); appalti che seguono le norme della procedura ristretta. Gli obiettivi principali che ci si propone con tale sistema sono quello di abbattere i tempi di definizione dell'appalto, conservando i benefici di un processo competitivo, e di consentire alle Amministrazioni di soddisfare esigenze specifiche. Esso dovrebbe permettere anche di superare, almeno in parte, i limiti delle procedure centralizzate in relazione a concorrenzialità e parità di trattamento tra aziende di dimensioni diverse. I bandi, la cui validità va dalla metà del 2016 a metà 2019 o a metà 2020, riguardano anche endo-protesi ortopediche, servizi lava-nolo, farmaci, antisettici aghi e siringhe, apparecchiature elettromedicali, ausili tecnici e ossigenoterapia.

Va osservato che non sono state predisposte dall'amministrazioni valutazioni sull'effettivo risparmio conseguito da tali strumenti. Anche nella più recente indagine MEF- ISTAT diffusa a febbraio non si dà conto di categorie specifiche di spesa sanitaria a ragione della forte disomogeneità delle tipologie di beni. Va, inoltre, osservato che i lunghi tempi per pervenire all'operatività di alcune procedure rischiano di incidere sul risultato atteso dalla procedura centralizzata in termini di risparmio, oltre ad incidere in alcuni casi sull'adeguatezza dei beni spesso ad elevato contenuto tecnico e quindi caratterizzati da una rapida obsolescenza.

⁸ L'Autorità Nazionale Anticorruzione non rilascia il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che, in violazione degli adempimenti previsti dal comma 11, non ricorrono a Consip S.p.A. o ad altro soggetto aggregatore.

⁹ Dal luglio 2012, sul sito dell'A.N.A.C., sono state pubblicate le elaborazioni dei prezzi di riferimento relativamente a: principi attivi; dispositivi medici; servizio di ristorazione; servizio di pulizia; servizio di lavanderia/lavanolo; materiali da guardaroba; prodotti di cancelleria. In caso di significative differenze tra il prezzo di acquisto ed i prezzi di riferimento, è prevista la rinegoziazione dei contratti e la facoltà di recesso senza penali. Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha precisato che per "significative differenze" devono intendersi le differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento.

I progressi nell'estensione dei Piani di rientro ad aziende ospedaliere e Asl

La legge di stabilità per il 2016 ha previsto l'estensione della metodica dei Piani di rientro al risanamento e alla riqualificazione di strutture di ricovero che si trovino in squilibrio finanziario (uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o in valore assoluto di almeno 10 milioni di euro) e/o che presentino carenze nella quantità, nella qualità e nell'esito delle cure. Gli enti così individuati devono presentare alla regione, entro novanta giorni, un Piano di rientro, della durata non superiore al triennio, che contenga le misure idonee al superamento dei disallineamenti rilevati con riferimento all'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta.

Il decreto del 21 giugno 2016 ha definito la metodologia per l'individuazione dei costi e dei ricavi delle Aziende ospedaliere (AO), delle Aziende ospedaliere universitarie (AOU), e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS), da utilizzare al fine di determinare lo scostamento, e quella per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure facendo riferimento al Programma Nazionale Esiti (PNE)¹⁰.

R.1.1 I PIANI DI RIENTRO DI AZIENDE OSPEDALIERE E ASL

Regione	Aziende individuate in applicazione del punto A e/o B, comma 524 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208
PIEMONTE (**)	2
FRIULI (**)	1
EMILIA ROMAGNA (*)	1
LAZIO (*)	6
CAMPANIA (**)	10
BASILICATA (*)	1
CALABRIA (**)	4
SICILIA (**)	7
SARDEGNA (*)	1
Totale	33

(*) le regioni che hanno approvato il piano di rientro

(**) le regioni che hanno individuato le aziende ma non hanno ancora approvato i piani

Fonte: Ministero della salute

In tale documento è stata anche esposta la metodologia da utilizzare per l'omogeneizzazione dei sistemi di remunerazione adottati a livello regionale, applicando le tariffe nazionali ex dm 18 ottobre 2012 in luogo di quelle adottate in ambito locale, al fine di sterilizzare le differenze di remunerazione riferibili alle politiche tariffarie regionali. Inoltre vi sono contenute le Linee guida per la predisposizione dei Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge n. 208 del 2015 che identificano le misure, gli interventi e gli strumenti di monitoraggio per la redazione dei programmi operativi.

Nelle linee guida è stato previsto, inoltre, che nel caso in cui il disavanzo gestionale sia superiore al 20 per cento dei ricavi il rientro possa avvenire in un periodo di tempo più lungo rispetto al triennio (tanto maggiore è la soglia del disavanzo tanto minore sarà la percentuale di rientro prevista nel triennio). Mentre la durata triennale del Piano di rientro è confermata senza alcuna deroga per il recupero della qualità nell'erogazione dei LEA.

Nell'anno intercorso, delle 12 regioni che in base alle risultanze economiche e agli esiti clinici hanno aziende che devono essere sottoposte a piani di rientro, solo 4 hanno approvato il piano

¹⁰Per rispondere a tali necessità di valutazione, il Programma Nazionale Esiti è stato integrato rispetto alle precedenti edizioni, estendendo il numero degli indicatori, prevedendo una sezione ("Treemap") che permette una analisi in grado di evidenziare l'aderenza agli standard di qualità delle strutture ospedaliere per specifiche aree cliniche (cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare) e alcuni indicatori per la valutazione delle strutture in ragione dei volumi di casistiche o di specifiche procedure chirurgiche.

(si tratta dell'Emilia, del Lazio, della Basilicata e della Sardegna) per un totale di 8 aziende (di cui 3 per soli squilibri economico finanziari, 3 solo per volumi, qualità e esiti delle cure e due per entrambi i motivi. Altre 5 regioni hanno individuato le aziende, ma devono ancora approvare i piani di rientro. Le restanti 3 (Lombardia Liguria e Puglia) non hanno ancora individuato le aziende.

Sull'operatività delle norme relative ai Piani aziendali ha inciso, oltre che la modifica della soglia dello scostamento assoluto e percentuale che richiede la definizione del Piano, soprattutto l'incertezza conseguente alla sentenza costituzionale del giugno scorso che, in relazione al ricorso avviato dalla regione Veneto, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge in relazione alla mancata previsione dell'intesa in Conferenza Stato regioni e della scelta, invece, prevista già nella legge e non lasciata alla libera determinazione regionale, dell'organo competente in ambito locale all'avvio della procedura. Al momento, il Ministero della salute prevede di sanare il primo aspetto censurato dalla Corte sottoponendo il testo del decreto di attuazione della norma all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

La quota premiale e i programmi di miglioramento e riqualificazione della spesa

Per promuovere e conseguire maggiore efficienza nei servizi sanitari regionali, la legge di bilancio per il 2017 ha previsto la possibilità per le regioni di proporre al Comitato Lea un programma di miglioramento e di riqualificazione di specifiche aree di intervento regionale. Al raggiungimento degli obiettivi concordati è vincolato l'accesso a una quota incrementata della premialità.

La misura è divenuta operativa a metà del 2017 con la approvazione dell'accordo e la definizione dei contenuti che deve avere il programma. Esso deve infatti contenere una analisi delle aree più critiche e di cui si mira a migliorare i servizi, gli interventi previsti (max 2), l'indicazione dei tempi di realizzazione, la quantificazione della situazione inerziale attraverso appositi indicatori e il conseguente risultato atteso. La quota premiale è corrisposta sulla base delle valutazioni del Comitato Lea in due tranches: la prima all'approvazione del programma (30 per cento) e la seconda a completamento dell'intervento. Un risultato non in linea con le attese o la mancata presentazione del programma comporta la rinuncia agli importi attribuiti.

Nella tavola riportata in appendice (A5) sono riassunti i programmi presentati (tratti da un report degli indicatori predisposto dall'amministrazione). Essi considerano tutte le regioni in Piano di rientro e le regioni a statuto ordinario non in piano (16 regioni in tutto).

Si tratta in prevalenza di programmi destinati a migliorare l'assistenza territoriale, gli interventi di emergenza -urgenza e le misure di prevenzione sia vaccinale che volte a rafforzare gli screening. Solo 3 dei 27 programmi riguardano attività volte a promuovere la salute animale e ad eradicare particolari malattie.

Il ricorso in prevalenza ad indicatori di immediata e semplice misurazione, oltre a rendere più facile il raccordo con quanto emerge dalla griglia Lea, dovrebbe consentire una più immediata valutazione dei risultati conseguiti.

I progressi nei sistemi informativi

E' proseguito nel 2017 il potenziamento delle basi informative sanitarie, che rappresentano un elemento fondamentale per il miglioramento del controllo della spesa e della sua qualità e per il potenziamento del servizio reso ai cittadini. Ciò è avvenuto su diversi fronti. E' stato ulteriormente esteso il flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate con il passaggio a regime della rilevazione di ulteriori apparecchiature (con gli angiografi e mammografi sono 9 le tipologie di grandi apparecchiature oggetto dell'inventario). In seguito al decreto ministeriale 262 del 2016 (Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del SSN), sono state individuate le procedure che consentiranno di ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi setting assistenziali. La procedura di interconnessione riguarderà i

sistemi informativi del Ministero della salute previsti nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ai fini del monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza: le schede di dimissione ospedaliera; le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza - Pronto soccorso; i certificati di assistenza al parto; le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza - Sistema 118; l'assistenza domiciliare; le prestazioni residenziali e semiresidenziali; le prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta per conto; l'assistenza erogata presso gli Hospice; la salute mentale e le dipendenze e il sistema informativo tessera sanitaria del Mef per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica convenzionata, oltre ai sistemi informativi sanitari delle regioni e delle province autonome.

E' stato previsto inoltre lo sviluppo di servizi di informazione e orientamento relativi alla rete di offerta materno-infantile e al percorso nascita ed è stato sviluppato un progetto per la realizzazione di un prototipo di applicazione per mobile, con l'obiettivo di rendere fruibili anche per i cittadini, in modo semplice e immediato, informazioni che altrimenti rimarrebbero a disposizione dei soli addetti ai lavori. E' stata inoltre consolidata la struttura già esistente relativa alla "Salute della donna", ai Punti Nascita e alle informazioni sui consultori familiari e alle altre basi informative specifiche.

Al fine di potenziare il monitoraggio delle prestazioni erogate nei diversi setting sia nell'ambito dell'assistenza rivolta alle persone con dipendenze da alcol sia per quelle con dipendenza da gioco d'azzardo, è stata prevista una modifica del sistema informativo nazionale per le dipendenze (SIND) che oggi rileva gli interventi sanitari erogati ai tossicodipendenti. Inoltre, per dare attuazione a quanto previsto dal dPCM LEA del 12 gennaio 2017 è stata decisa con le regioni l'implementazione della rilevazione delle prestazioni di cure palliative curando l'evoluzione dell'attuale sistema limitato al monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD).

In attuazione di quanto previsto dal Patto per la Salute 2014 – 2016 sono state condotte attività propedeutiche (studio di fattibilità e analisi della situazione nelle diverse regioni) alla istituzione dei tre nuovi sistemi informativi: quello per il monitoraggio delle prestazioni delle strutture territoriali della riabilitazione (SIAR) che dovrebbe raccogliere informazioni individuali riguardanti l'assistenza a carattere riabilitativo erogata a fronte di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) a soggetti affetti da disabilità transitoria o permanente; quello per il monitoraggio delle prestazioni nell'ambito delle cure primarie, destinato a verificare almeno in una prima fase lo stato di attuazione della riorganizzazione delle cure primarie, la presenza di sistemi informativi regionali per l'assistenza primaria, i software di scheda sanitaria individuale più utilizzati dai MMG/PLS, il livello di diffusione e di utilizzo della telemedicina. Per poi individuare i contenuti informativi da prevedere nel dataset del sistema informativo per le cure primarie a regime; quello per il monitoraggio delle prestazioni nell'ambito dei presidi residenziali di assistenza primaria/ospedali di comunità che partendo da un quadro piuttosto frammentato ed eterogeneo a livello regionale consenta di poter rilevare informazioni che facciano riferimento a requisiti standard ai quali gli ospedali di comunità devono uniformarsi

Procede ancora con fatica invece il fascicolo sanitario elettronico, nonostante con la legge di bilancio 2017 si sia previsto di utilizzare l'infrastruttura del Sistema Tessera Sanitaria per la sua operatività. L'INI ha il compito di garantire l'interoperabilità dei FSE regionali, di identificare l'assistito attraverso l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA), di verificare il consenso espresso dall'assistito, e, per le regioni che ne fanno richiesta, di rendere disponibili i servizi in sussidiarietà per i FSE regionali. Definite le modalità tecniche della infrastruttura nazionale, sono stati affidati ad un Tavolo Tecnico stato regioni i compiti di monitoraggio dello stato di attuazione e dell'utilizzo del FSE presso le regioni, la definizione degli obiettivi annuali di avanzamento e dei contenuti, formati e standard degli ulteriori documenti sanitari e socio-sanitari del nucleo minimo nonché dei dati e documenti integrativi e la proposta di variazioni agli standard e ai servizi. Ad oggi, lo stato di implementazione del FSE è ancora eterogeneo tra le diverse regioni.

Infine in materia di dispositivi medici con l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (MDR 745/2017 e MDR 746/2017) si prevede la messa a disposizione, da parte della Commissione Europea, di una banca dati MDR Eudamed. L'obiettivo è limitare gli oneri a carico degli

operatori economici uniformando la registrazione dei dispositivi medici, prevedendo un conferimento centralizzato dei dati nella banca dati europea, rendendo fruibili i dati al pubblico e prevedendo la possibilità per le autorità competenti di scaricare i dati di interesse per inserirli nei sistemi nazionali. Ciò richiederà una modifica rilevante dei sistemi nazionali.

Anche nel 2017 la spesa per acquisti di beni rappresenta la voce più dinamica dell'aggregato di spesa, con una variazione superiore al 4 per cento. Le due componenti più rilevanti sono i prodotti farmaceutici e i dispositivi medici. Essi presentano variazioni, rispettivamente, del 4,4 e del 2,3 per cento. Se nell'ultimo quinquennio la spesa per farmaci ha presentato un seppur lento processo di riduzione del tasso di crescita, per i dispositivi si conferma invece una tendenza all'aumento.

TAVOLA 5.1

I COSTI DELLA SANITÀ – ANNI 2016 E 2017
(per regioni in Piano e non – per aree territoriali – valori assoluti in milioni di euro)

	AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI E SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTICIPAZI ONE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	
2017							
Regioni in Piano	657,7	65,1	-1.508,2	224,0	187,8	36,2	44.261,0
Regioni non in Piano	1.678,2	33,1	-2.431,3	779,1	588,8	190,3	72.303,2
Totale	2.335,9	98,3	-3.939,5	1.003,1	776,6	226,5	116.564,2
Rso	1.969,5	90,2	-3.541,3	915,5	705,4	210,1	98.891,7
Rso Nord	1.110,8	18,7	-2.071,3	564,3	431,0	133,4	50.374,0
Rso Centro	514,0	22,1	-581,6	238,9	181,9	57,0	23.249,1
Rso Sud	344,7	49,4	-888,3	112,3	92,6	19,7	25.268,6
Rss	366,3	8,1	-398,2	87,6	71,2	16,4	17.672,5
Rss Nord	148,1	0,8	-29,2	41,0	31,2	9,8	5.220,9
Rss Sud	218,2	7,3	-369,0	46,7	40,0	6,7	12.451,6
2016							
Regioni in Piano	677,9	67,7	-1.418,2	235,5	197,8	37,7	44.020,0
Regioni non in Piano	1.711,9	64,8	-1.717,8	789,2	600,6	188,6	71.027,5
Totale	2.389,8	132,6	-3.136,0	1.024,7	798,4	226,3	115.047,6
Rso	2.022,9	117,5	-2.711,4	936,7	727,6	209,1	97.547,7
Rso Nord	1.154,4	32,6	-1.402,7	572,5	438,7	133,7	49.376,5
Rso Centro	512,8	60,0	-464,4	248,2	191,7	56,5	23.016,7
Rso Sud	355,6	24,8	-844,3	116,0	97,1	18,9	25.154,5
Rss	366,9	15,1	-424,6	88,0	70,8	17,1	17.499,8
Rss Nord	144,2	3,1	-43,1	41,6	31,9	9,7	5.093,6
Rss Sud	222,7	12,0	-381,5	46,4	39,0	7,4	12.406,2
variazione							
Regioni in Piano	-2,98	-3,90	6,35	-4,86	-5,03	-3,96	0,55
Regioni non in Piano	-1,97	-48,86	41,53	-1,28	-1,97	0,92	1,80
Totale	-2,26	-25,89	25,62	-2,10	-2,73	0,11	1,32
Rso	-2,64	-23,26	30,60	-2,27	-3,05	0,45	1,38
Rso Nord	-3,78	-42,77	47,66	-1,42	-1,77	-0,27	2,02
Rso Centro	0,23	-63,24	25,25	-3,76	-5,12	0,84	1,01
Rso Sud	-3,07	99,09	5,21	-3,23	-4,71	4,38	0,45
Rss	-0,16	-46,33	-6,21	-0,39	0,50	-4,07	0,99
Rss Nord	2,72	-73,21	-32,17	-1,56	-2,20	0,55	2,50
Rss Sud	-2,03	-39,37	-3,27	0,66	2,71	-10,10	0,37

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Tra le voci minori, di un certo rilievo nell'anno la dinamica della spesa per vaccini che registra un aumento superiore al 34 per cento. Significative anche le variazioni della spesa per sangue e emocomponenti (+15,8 per cento) e per gli altri prodotti sanitari (+7,8 per cento).

L'aumento rilevato a livello complessivo interessa pressoché tutte le aree e le tipologie di enti, anche se con intensità diverse.

Le regioni in Piano sono quelle che hanno registrato le variazioni più significative nell'ultimo quadriennio, con una media annua del 7 per cento contro il 5 delle altre regioni. Un risultato su cui ha pesato soprattutto l'acquisto diretto dei farmaci, cresciuto nel quadriennio di oltre il 42 per cento (33 per cento nelle altre regioni). Nel 2017 i risultati tra regioni in Piano e non sono simili. Le regioni non in Piano confermano livelli di spesa pro capite di oltre l'11 per cento inferiori; la differenza con le regioni a statuto ordinario del Nord è ancora maggiore (poco meno del 20 per cento).

6. Particolare attenzione meritano i dispositivi medici. Come rilevato nel paragrafo precedente, nel 2017 la spesa per dispositivi medici è aumentata del 2,3 per cento. Diversi gli andamenti per i principali aggregati: la spesa per dispositivi diagnostici in vitro e per quelli impiantabili attivi indicano una crescita molto contenuta, rispettivamente, dello 0,5 e dello 0,7 per cento, mentre aumentano del 3,1 per cento gli esborsi per gli altri dispositivi.

TAVOLA 6

LA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI NEL 2017

(migliaia di euro)

REGIONE	2017				2016				var 2017/2016			
	B.1.A.3) Dispositivi vi medici	B.1.A.3.1) Dispositivi vi medici	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	B.1.A.3.3) Dispositivi vi medico diagnostici in vitro (IVD)	B.1.A.3) Dispositivi vi medici	B.1.A.3.1) Dispositivi vi medici	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	B.1.A.3.3) Dispositivi vi medico diagnostici in vitro (IVD)	B.1.A.3) Dispositivi vi medici	B.1.A.3.1) Dispositivi vi medici	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	B.1.A.3.3) Dispositivi vi medico diagnostici in vitro (IVD)
PIEMONTE	469.025	320.972	33.479	114.574	461.117	312.324	34.758	114.035	1,7	2,8	-3,7	0,5
VALLE D'AOSTA	12.563	8.072	695	3.796	12.041	7.369	813	3.859	4,3	9,5	-14,5	-1,6
LOMBARDIA	799.626	560.992	68.663	169.971	789.211	552.754	68.402	168.055	1,3	1,5	0,4	1,1
P.A. BOLZANO	65.591	47.857	2.581	15.153	63.974	45.831	2.561	15.582	2,5	4,4	0,8	-2,8
P.A. TRENTO	69.300	54.000	2.800	12.500	67.537	52.917	2.543	12.077	2,6	2,0		
VENETO	528.687	382.425	41.441	104.821	518.133	372.646	40.511	104.976	2,0	2,6	2,3	-0,1
F.V. GIULIA	172.333	119.680	10.320	42.333	162.075	112.206	10.290	39.579	6,3	6,7	0,3	7,0
LIGURIA	161.971	104.596	5.084	52.291	162.498	105.884	4.382	52.232	-0,3	-1,2	16,0	0,1
EMILIA ROMAGNA	443.265	351.254	27.568	64.443	437.005	340.701	27.620	68.684	1,4	3,1	-0,2	-6,2
TOSCANA	516.548	361.291	45.349	109.908	506.611	351.265	47.443	107.903	2,0	2,9	-4,4	1,9
UMBRIA	123.557	85.839	7.164	30.554	121.429	84.766	6.736	29.927	1,8	1,3	6,4	2,1
MARCHE	206.006	148.247	11.078	46.681	191.180	134.970	11.212	44.998	7,8	9,8	-1,2	3,7
LAZIO	465.464	324.564	27.241	113.659	455.661	318.904	25.184	111.573	2,2	1,8	8,2	1,9
ABRUZZO	182.226	123.492	8.732	50.002	184.500	124.991	8.659	50.850	-1,2	-1,2	0,8	-1,7
MOLISE	35.345	21.161	2.573	11.611	36.062	21.968	2.526	11.568	-2,0	-3,7	1,9	0,4
CAMPANIA	438.351	275.217	67.810	95.324	424.759	261.472	66.722	96.565	3,2	5,3	1,6	-1,3
PUGLIA	463.241	263.193	69.190	130.858	448.206	254.263	66.067	127.876	3,4	3,5	4,7	2,3
BASILICATA	52.351	25.674	15.874	10.803	46.338	22.022	13.625	10.691	13,0	16,6	16,5	1,0
CALABRIA	145.727	92.628	25.088	28.011	137.877	82.860	29.071	25.946	5,7	11,8	-13,7	8,0
SICILIA	421.554	298.691	35.820	87.043	406.771	281.837	36.963	87.971	3,6	6,0	-3,1	-1,1
SARDEGNA	200.238	142.151	15.138	42.949	202.915	144.567	14.844	43.504	-1,3	-1,7	2,0	-1,3
Totale	5.972.969	4.111.996	523.688	1.337.285	5.835.900	3.986.517	520.932	1.328.451	2,3	3,1	0,5	0,7
Regioni in PDR	2.151.908	1.398.946	236.454	516.508	2.093.836	1.346.295	235.192	512.349	2,8	3,9	0,5	0,8
altre Regioni	3.821.061	2.713.050	287.234	820.777	3.742.064	2.640.222	285.740	816.102	2,1	2,8	0,5	0,6
Rso	5.031.390	3.441.545	456.334	1.133.511	4.920.587	3.341.790	452.918	1.125.879	2,3	3,0	0,8	0,7
Rso Nord	2.402.574	1.720.239	176.235	506.100	2.367.964	1.684.309	175.673	507.982	1,5	2,1	0,3	-0,4
Rso Centro	1.311.575	919.941	90.832	300.802	1.274.881	889.905	90.575	294.401	2,9	3,4	0,3	2,2
Rso Sud	1.317.241	801.365	189.267	326.609	1.277.742	767.576	186.670	323.496	3,1	4,4	1,4	1,0
Rss	941.579	670.451	67.354	203.774	915.313	644.727	68.014	202.572	2,9	4,0	-1,0	0,6
Rss Nord	319.787	229.609	16.396	73.782	305.627	218.323	16.207	71.097	4,6	5,2	1,2	3,8
Rss Sud	621.792	440.842	50.958	129.992	609.686	426.404	51.807	131.475	2,0	3,4	-1,6	-1,1

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Anche in questo caso, diversi sono gli andamenti per area territoriale: nelle regioni in Piano la crescita è del 2,8 per cento ed è da ricondurre al forte incremento registrato nei dispositivi medici (+3,9 per cento), cui si accompagna una crescita sopra media per quelli impiantabili; una variazione che nelle regioni in Pdr del mezzogiorno raggiunge il 4,4 per cento. Un andamento simile a quello delle regioni a statuto speciale del Nord, che in queste è trainato dai dispositivi medici in aumento di oltre il 5,2 per cento.

Si accentuano in tal modo le differenze dei valori pro capite delle RSS del Nord. La spesa in queste regioni è superiore di circa il 32 per cento rispetto alla media e del 40 per cento rispetto alle regioni in Piano.

SEGUE TAVOLA 6

REGIONE	procapite 2017				procapite 2016			
	B.1.A.3)	B.1.A.3.1)	B.1.A.3.2)	B.1.A.3.3)	B.1.A.3)	B.1.A.3.1)	B.1.A.3.2)	B.1.A.3.3)
PIEMONTE	106,8	73,1	7,6	26,1	104,7	70,9	7,9	25,9
VALLE D'AOSTA	99,0	63,6	5,5	29,9	94,6	57,9	6,4	30,3
LOMBARDIA	79,8	56,0	6,9	17,0	78,9	55,2	6,8	16,8
P.A. BOLZANO	125,1	91,3	4,9	28,9	122,8	88,0	4,9	29,9
P.A. TRENTO	128,7	100,3	5,2	23,2	125,5	98,3	4,7	22,4
VENETO	107,7	77,9	8,4	21,4	105,4	75,8	8,2	21,4
F.V. GIULIA	141,5	98,3	8,5	34,8	132,7	91,9	8,4	32,4
LIGURIA	103,5	66,8	3,2	33,4	103,4	67,4	2,8	33,2
EMILIA ROMAGNA	99,6	79,0	6,2	14,5	98,2	76,6	6,2	15,4
TOSCANA	138,0	96,5	12,1	29,4	135,3	93,8	12,7	28,8
UMBRIA	139,0	96,6	8,1	34,4	136,3	95,1	7,6	33,6
MARCHE	133,9	96,4	7,2	30,4	123,8	87,4	7,3	29,1
LAZIO	78,9	55,0	4,6	19,3	77,4	54,2	4,3	18,9
ABRUZZO	137,8	93,4	6,6	37,8	139,1	94,2	6,5	38,3
MOLISE	113,9	68,2	8,3	37,4	115,6	70,4	8,1	37,1
CAMPANIA	75,1	47,1	11,6	16,3	72,6	44,7	11,4	16,5
PUGLIA	114,0	64,8	17,0	32,2	109,9	62,4	16,2	31,4
BASILICATA	91,8	45,0	27,8	18,9	80,8	38,4	23,7	18,6
CALABRIA	74,2	47,1	12,8	14,3	70,0	42,0	14,8	13,2
SICILIA	83,4	59,1	7,1	17,2	80,2	55,5	7,3	17,3
SARDEGNA	121,1	86,0	9,2	26,0	122,4	87,2	9,0	26,2
Totale	98,6	67,9	8,6	22,1	96,2	65,7	8,6	21,9
Regioni in PDR	88,0	57,2	9,7	21,1	85,5	55,0	9,6	20,9
altre Regioni	105,7	75,1	7,9	22,7	103,5	73,0	7,9	22,6
Rso	97,7	66,9	8,9	22,0	95,5	64,9	8,8	21,9
Rso Nord	94,8	67,9	7,0	20,0	93,4	66,5	6,9	20,0
Rso Centro	108,7	76,2	7,5	24,9	105,6	73,7	7,5	24,4
Rso Sud	93,6	57,0	13,5	23,2	90,6	54,4	13,2	22,9
Rss	103,3	73,5	7,4	22,4	100,1	70,5	7,4	22,2
Rss Nord	132,8	95,4	6,8	30,6	126,9	90,7	6,7	29,5
Rss Sud	92,7	65,7	7,6	19,4	90,6	63,3	7,7	19,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

7. I servizi sanitari e non sanitari (trasporti sanitari, consulenze, formazione, etc.) presentano andamenti diversi. I primi si riducono dello 0,4 per cento, per effetto di una flessione dei contributi sanitari, delle consulenze e dei servizi sanitari da privato, solo in parte compensati dalla crescita delle spese per lavoro interinale dell'area sanitaria (+11,7 per cento, l'aumento è del 96 per cento dal 2013) e per formazione (+5,5 per cento).

Diverso il risultato tra Regioni in Piano e non: nelle prime, la variazione complessiva è positiva (+1 per cento). Un andamento da ricondurre alla crescita di tutte le principali voci di spesa: +1,7 per cento i rimborsi, in aumento le consulenze da privato e il lavoro interinale +16 per cento (più che raddoppiato dal 2013). Tali andamenti sono solo in parte compensati dal calo degli altri servizi da privato e dalla formazione.

Nelle altre regioni, la seppur contenuta riduzione è da ricondurre soprattutto alla flessione dei rimborsi e delle consulenze e collaborazioni da privato che più che compensano gli aumenti del lavoro interinale (+9,2 per cento) e degli altri servizi.

Sostanzialmente invariati i servizi non sanitari (+0,1 per cento), ma con andamenti differenti tra regioni in Piano e non e soprattutto tra regioni a statuto ordinario e speciale: queste ultime segnano una crescita nell'anno del 9 per cento (+14,2 per cento nelle RSS del Nord), soprattutto per l'aumento delle consulenze, collaborazioni e lavoro interinale non sanitario.

I costi per il godimento di beni di terzi registrano una crescita del 4,1 per cento. Un risultato da attribuire, anche in questo esercizio, alla significativa crescita dei canoni di noleggio (+ 8 per cento nel 2017, +3 per cento nel 2016), superiore alla media nelle regioni in Piano che, nei noleggi di area sanitaria, registrano +9 per cento in parte compensata dalla flessione dei canoni di *leasing*.

I servizi appaltati presentano, come nel 2016, variazioni limitate (+1 per cento). Il dato complessivo è frutto di andamenti diversi nelle sue principali componenti: l'aumento della spesa per servizi di riscaldamento, per la mensa, l'assistenza informatica e lo smaltimento rifiuti solo in parte compensato dalla flessione nei servizi di pulizia lavanderia e altri servizi. La flessione registrata in tali aree di spesa segnala tuttavia l'impegno assunto da parte delle regioni di monitorare tali settori, avendo riguardo ai vincoli previsti dalla normativa e al crescente ricorso a centrali uniche di acquisto. Va segnalato infine l'incremento più consistente registrato nelle regioni a statuto speciale (+ 2,5 per cento). La crescita di tutte le principali voci non è compensata dalla lieve flessione della sola spesa per pulizie.

8. Le prestazioni riconducibili a soggetti *market* (assistenza sanitaria di base, farmaceutica, specialistica, riabilitativa, integrativa protesica ospedaliera e altre prestazioni) assorbono nel 2017 costi per 39,6 miliardi, in sia pur lieve flessione rispetto al 2016 (-0,2 per cento). Nel complesso, questa voce di spesa ha registrato dal 2013 un incremento molto contenuto (+0,8 per cento).

Tra le prestazioni riconducibili a soggetti *market*, l'assistenza di base presenta un costo complessivo pari a 6,6 miliardi, sostanzialmente stabile rispetto allo scorso esercizio. Tale andamento sconta il blocco dei rinnovi delle convenzioni con i medici di base, in analogia a quanto previsto dalla normativa vigente per il personale dipendente. Anche nel 2017 di limitato impatto assoluto la crescita, dell'1,2 per cento, dei costi per la continuità assistenziale.

In flessione anche nel 2017 la farmaceutica convenzionata. Nell'esercizio, la spesa si ferma a 7,6 miliardi (8,1 miliardi nel 2016), con una diminuzione del 6,1 per cento (dal 2013 la flessione è stata di poco meno del 12 per cento). Un calo da ricondurre all'effetto combinato di diversi fattori (farmaci generici¹¹, sconti a carico di grossisti e farmacisti, compartecipazione alla spesa dei cittadini). Ad essi si aggiunge, come si diceva, il potenziamento della distribuzione diretta - soprattutto nelle regioni soggette a Piano di rientro - che ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale, con il conseguente risparmio dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva. I risultati sono simili tra regioni: la riduzione della spesa è di poco inferiore al 7 per cento nelle regioni in Piano di rientro. Un risultato ancora di maggior rilievo perché ottenuto nonostante una sostanziale sospensione dei rientri da *pay back*.

¹¹ Va tuttavia ricordato che almeno guardando agli ultimi dati diffusi dall'Ocse, l'Italia è uno dei Paesi europei con una quota più bassa di prodotti generici sul totale a carico dello Stato: poco più del 18 per cento contro valori superiori al 90 per cento della Germania.

Per la specialistica convenzionata¹², i costi subiscono un aumento del 2 per cento. La maggiore crescita registrata nelle regioni non in Piano non annulla le differenze nella spesa pro capite (superiori al 45 per cento) tra i due raggruppamenti. Doppio è il livello degli acquisti da medici Sumai, mentre di poco meno del 54 per cento è superiore quella da strutture private. Nonostante il rallentamento registrato negli ultimi anni (dal 2013 la variazione complessiva è stata inferiore all'1 per cento), da riferirsi essenzialmente all'effetto positivo derivante dall'adozione degli strumenti di governo della spesa da parte delle regioni, il permanere di prestazioni ritenute inappropriate continua a porre tale voce tra quelle sotto osservazione.

Nel 2017 l'assistenza ospedaliera, aggregato che comprende le spese per l'assistenza da Ospedali convenzionati, classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditate, non registra variazioni significative (+0,5 per cento). Tra il 2013 e il 2017 tale voce di spesa ha subito una variazione molto contenuta (2,3 per cento). Ciò sembra testimoniare l'efficacia delle misure assunte a partire dal 2012 (DL n. 95 del 2012 e DL n. 78 del 2015), che prevedevano una riduzione complessiva degli acquisti da erogatori privati (volumi e corrispettivo).

Si conferma, anche se su livelli più contenuti del 2016, la maggiore crescita nelle regioni a ordinamento speciale del Nord (in media +2,2 per cento contro 8,2 per cento dello scorso esercizio). La crescita, che riguarda, prevalentemente, i corrispettivi per assistenza ospedaliera da IRCCS e Policlinici privati, non muta il limitato rilievo che tale assistenza ha in queste regioni rispetto al dato medio complessivo. Nelle regioni a statuto speciale il peso sul totale dei costi è di circa il 3 per cento contro l'8 per cento medio nazionale.

Anche nel 2017 gli acquisti di prestazioni di assistenza riabilitativa convenzionata da strutture private accreditate crescono del 2 per cento. Non si registrano differenze significative tra regioni in Piano e non. Va sottolineato piuttosto la crescita che caratterizza quasi tutte le regioni centrali. Fatta eccezione per la Toscana, nell'anno Marche, Umbria (con variazioni superiori al 12 per cento) e Lazio (con il 6,6 per cento) segnano una variazione di rilievo dell'assistenza da privato a fronte di variazioni medie inferiori all'unità nelle altre aree.

La spesa per l'integrativa e protesica ricomprende le prestazioni che comportano l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare per le persone affette da determinate malattie e dei prodotti destinati alle persone con patologia diabetica. Contiene, altresì, le prestazioni che comportano l'erogazione di protesi ed ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi. I relativi costi ammontano, complessivamente, a circa 1,9 miliardi, invariata rispetto al 2016. Il risultato dell'anno è frutto di un aumento di 2,9 per cento di quella integrativa da privato, pressoché compensato da una flessione di quella protesica. Un andamento da ricondurre alle regioni non in piano del Nord.

L'aggregato "Altre prestazioni" ricomprende quelle relative alle cure termali, alla medicina dei servizi, all'assistenza psichiatrica, all'assistenza agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, alle comunità terapeutiche. Si tratta nel complesso di 8,2 miliardi, in crescita del 2,9 per cento (+3,2 per cento nel 2016), variazione che cresce al 3,8 per cento nelle regioni del Mezzogiorno. Va considerato che tale voce di spesa è cresciuta del 32 per cento dal 2013. Sono quattro le principali voci di spesa ricomprese nell'aggregato. Si tratta, innanzitutto, degli acquisti di prestazioni socio sanitarie in crescita nel 2017 del 2,9 per cento (del 3 e del 2,8 per cento rispettivamente

¹² La specialistica convenzionata comprende gli acquisti di prestazioni da convenzionati SUMAI, da Ospedali classificati, IRCCS privati, Policlinici privati e da altri operatori privati accreditati.

nelle regioni in Piano e non). Tali acquisti pesano per oltre il 62 per cento sull'aggregato (il 45 per cento nelle regioni in Piano di rientro) e presentano una crescita molto sostenuta nell'ultimo quadriennio, +13,4 per cento nel complesso delle regioni, il 22,6 per cento nelle regioni in Piano.

Agli acquisti per prestazioni di trasporto sanitario è riconducibile il 12,4 per cento della spesa (sia nelle Pdr che non), con una variazione media del 2,6 per cento (3,2 nelle Pdr).

Simile il rilievo in termini di risorse assorbite dell'acquisto di prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale (quota che cresce al 18 per cento nelle Pdr). Le regioni in Piano presentano una crescita pressoché doppia delle altre (+4 per cento).

La quarta voce per rilievo è costituita dalle prestazioni per la distribuzione dei farmaci File F. Si tratta di circa il 10 per cento dell'aggregato, che cresce al 16 nelle Pdr. Tale tipologia di spesa continua ad aumentare a ritmi sostenuti: si consideri che dal 2013 la somma destinata è aumentata del 52 per cento e del 63 per cento nelle Pdr.

RIQUADRO 2 - I TETTI ALLA SPESA FARMACEUTICA E AI DISPOSITIVI MEDICI NEL 2017

La verifica del rispetto dei tetti per la spesa farmaceutica tiene conto delle modifiche introdotte con la legge di bilancio per il 2017, che dispone una revisione dei meccanismi che regolano il sistema. Le modifiche introdotte mirano a consentire una maggiore tracciabilità dei dati, utile anche al fine di ridurre i contenziosi con le aziende farmaceutiche che nell'ultimo periodo hanno registrato un notevole aumento.

La legge di bilancio ha previsto che dal 2017 la spesa per farmaci di classe A in distribuzione diretta e per conto sia ricompresa tra quella ospedaliera e non più tra quella territoriale; di conseguenza sono mutate le quote previste per i tetti di spesa (da 11,35 a 7,96 per cento per la territoriale e da 3,5 a 6,89 per cento per l'ospedaliera); lo stesso provvedimento ha disposto l'istituzione di due fondi, ciascuno con una dotazione di 500 milioni, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi (non oncologici) e oncologici.

I risultati del monitoraggio della spesa farmaceutica relativi ai primi undici mesi dell'anno (l'anticipazione dei tempi di definizione del Rapporto non consente di dar conto dei risultati del monitoraggio annuale), consentono una prima valutazione dell'operare del nuovo sistema. Per la farmaceutica convenzionata il tetto di spesa pari a 8,1 miliardi è stato nel complesso rispettato: la spesa si è mantenuta al di sotto del limite per oltre 396 milioni. Solo 7 regioni hanno eccessi di spesa superando il limite per circa 170 milioni. Abruzzo e Puglia presentano la deviazione maggiore raggiungendo una incidenza, rispettivamente, di 9,1 e 8,8 contro un obiettivo del 7,96 per cento. Va segnalato per converso che ben due regioni presentano una spesa convenzionata inferiore di oltre 2 punti rispetto al tetto previsto: si tratta dell'Emilia Romagna e della provincia di Bolzano che al momento registrano una incidenza del 5,9 e del 5,5 per cento del Fondo sanitario.

La spesa per acquisti diretti invece eccede il limite previsto di oltre 1.547 milioni. Tale importo risulta come differenza tra la spesa tra il dato di tracciabilità trasmesso dalle aziende (10,3 miliardi) al netto dei *payback* e della spesa che è coperta con il fondo farmaci innovativi ed oncologici e il tetto previsto (7,1 miliardi). I *payback* considerati sono quelli relativi alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento, quelli per il ripiano di sfondamenti ed eccedenze degli accordi negoziali, quelli versati dalle aziende in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata per un totale di circa 1,1 miliardi. Lo scostamento rispetto all'obiettivo riguarda pressoché tutte le regioni (solo la Valle d'Aosta rispetta il limite previsto) per importi molto differenziati. Sono 10 le regioni che segnano scostamenti di oltre 2 punti rispetto al limite: tre di esse (Friuli, Puglia e Sardegna) superano i 3 punti. Si tratta, naturalmente, di dati ancora provvisori sia perché non di consuntivo, sia perché basati, specie per quanto riguarda i farmaci innovativi e oncologici, su stime per la distribuzione del fondo per il

2017 (non ancora disponibile la ripartizione definitiva, l'Aifa in sede di monitoraggio ha assunto la distribuzione del 2016 per consentire una prima valutazione).

La valutazione della rispondenza ai tetti previsti è al momento quindi solo indicativa.

Da questi primi dati emergono, tuttavia, alcuni elementi di un certo rilievo:

- non sembra finora che il nuovo sistema abbia spinto ad una maggiore aderenza della spesa ai fabbisogni soggetti a tetto;
- la gestione della spesa per farmaci innovativi (non oncologici) e di quelli oncologici presenta una dinamica ancora da approfondire. Dal monitoraggio per quelli non oncologici si registra una spesa per circa 1 miliardo. La spesa al netto del *payback* è di 194,3 milioni. Cioè molto inferiore alla dimensione del fondo;
- per quelli oncologici, invece, la spesa al netto del *payback* è di 372,6 milioni, ancora eccedente il fondo prodotti innovativi oncologici per 86 milioni.

TAVOLA R2.1

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE NEL 2017

REGIONE	FSN Gen-Nov 2017 O	Tetto 7,96% A	Convenzionata G=B+D+E-F	Scostamento assoluto H=G-B	Incidenza su FSR I=G/O*100
milioni di euro					
PIEMONTE	7.621,4	606,7	524,8	81,9	6,89
V. AOSTA	211,7	16,8	13,8	3,1	6,50
LOMBARDIA	16.848,1	1.341,1	1.343,0	-1,9	7,97
BOLZANO	837,8	66,7	45,9	20,8	5,48
TRENTO	880,0	70,0	58,5	11,5	6,65
VENETO	8.303,4	660,9	534,9	126,1	6,44
FRIULI	2.065,0	164,4	155,0	9,4	7,50
LIGURIA	2.862,3	227,8	199,5	28,4	6,97
E. ROMAGNA	7.606,3	605,5	448,4	157,1	5,89
TOSCANA	6.446,2	513,1	429,6	83,5	6,66
UMBRIA	1.546,4	123,1	116,2	6,9	7,52
MARCHE	2.652,0	211,1	214,2	-3,1	8,08
LAZIO	9.894,0	787,6	811,7	-24,1	8,20
ABRUZZO	2.254,0	179,4	205,6	-26,2	9,12
MOLISE	558,6	44,5	40,0	4,4	7,17
CAMPANIA	9.738,3	775,2	805,4	-30,2	8,27
PUGLIA	6.791,9	540,6	596,8	-56,2	8,79
BASILICATA	988,0	78,6	76,4	2,2	7,74
CALABRIA	3.295,1	262,3	282,2	-19,9	8,56
SICILIA	8.386,9	667,6	634,8	32,8	7,57
SARDEGNA	2.747,7	218,7	228,5	-9,8	8,32
Totale	102.535,0	8.161,8	7.765,2	396,6	7,57
Regioni PdR	48.540,2	3.863,8	3.901,3	-37,5	8,04
Regioni non PdR	53.994,8	4.298,0	3.863,9	434,1	7,16
Rso	87.406,0	6.957,5	6.628,7	328,8	7,58
Rso Nord	43.241,5	3.442,0	3.050,5	391,5	7,05
Rso Centro	20.538,6	1.634,9	1.571,8	63,1	7,65
Rso Sud	23.625,8	1.880,6	2.006,4	-125,8	8,49
Rss	15.129,0	1.204,3	1.136,5	67,8	7,51
Rss Nord	3.994,4	318,0	273,2	44,8	6,84
Rss Sud	11.134,6	886,3	863,3	23,0	7,75

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati AIFA

TAVOLA R2.2

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA NEL 2017

(in milioni)

REGIONE	FSN Gen-Nov 2017	Tetto 6,89%	Spesa Diretta	Scostamento assoluto	% sul FSN
PIEMONTE	7.621,4	525,1	588,0	88,0	7,71
V. AOSTA	211,7	14,6	14,0	1,9	6,62
LOMBARDIA	16.848,1	1.160,8	1.186,6	203,6	7,04
BOLZANO	837,8	57,7	70,1	-2,3	8,36
TRENTO	880,0	60,6	60,7	8,8	6,90
VENETO	8.303,4	572,1	632,2	90,1	7,61
FRIULI	2.065,0	142,3	205,9	21,9	9,97
LIGURIA	2.862,3	197,2	246,8	50,4	8,62
E. ROMAGNA	7.606,3	524,1	684,4	128,4	9,00
TOSCANA	6.446,2	444,1	636,9	212,2	9,88
MARCHE	1.546,4	106,5	147,4	50,6	9,53
UMBRIA	2.652,0	182,7	254,2	35,1	9,59
LAZIO	9.894,0	681,7	827,8	108,2	8,37
ABRUZZO	2.254,0	155,3	197,6	40,5	8,77
MOLISE	558,6	38,5	46,2	5,2	8,27
CAMPANIA	9.738,3	671,0	852,7	189,8	8,76
PUGLIA	6.791,9	468,0	672,4	101,4	9,90
BASILICATA	988,0	68,1	92,4	17,1	9,36
CALABRIA	3.295,1	227,0	303,2	69,8	9,20
SICILIA	8.386,9	577,9	654,8	86,9	7,81
SARDEGNA	2.747,7	189,3	287,3	46,9	10,46
Totale	102.535,0	7.064,7	8.661,7	1.554,4	8,45
Regioni PdR	48.540,2	3.344,4	4.142,6	689,7	8,5
Regioni non PdR	53.994,8	3.720,2	4.519,1	864,6	8,4
Rso	87.406,0	6.022,3	7.368,9	1.390,3	8,4
Rso Nord	43.241,5	2.979,3	3.338,0	560,5	7,7
Rso Centro	20.538,6	1.415,1	1.866,4	406,1	9,1
Rso Sud	23.625,8	1.627,8	2.164,5	423,7	9,2
Rss	15.129,0	1.042,4	1.292,8	164,1	8,5
Rss Nord	3.994,4	275,2	350,7	30,3	8,8
Rss Sud	11.134,6	767,2	942,1	133,8	8,5

I confronti con il 2015 sono basati sempre sui primi 10 mesi dello scorso esercizio

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati AIFA

TAVOLA R2.3

IL TETTO ALLA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI NEL 2017¹³

(in migliaia)

regioni	FSN Gen-Dic 2017	Dispositivi medici (**)	Tetto (4,4%)	scostamento	
	A	B	C=A*4,4%	D=B-C	% del tetto
Piemonte	8.314.288	469.025	365.829	103.196	28,2
Valle d'Aosta	230.906	12.563	10.160	2.403	23,7
Lombardia	18.379.753	799.626	808.709	-9.083	-1,1
P.A. di Bolzano	913.910	65.591	40.212	25.379	63,1
P.A. di Trento	960.026	69.300	42.241	27.059	64,1
Veneto	9.058.214	528.687	398.561	130.126	32,6
Friuli V.G.	2.252.684	172.333	99.118	73.215	73,9
Liguria	3.122.545	161.971	137.392	24.579	17,9
Emilia Romagna	8.297.795	443.265	365.103	78.162	21,4
Toscana	7.032.229	516.548	309.418	207.130	66,9
Umbria	1.686.989	123.557	74.228	49.329	66,5
Marche	2.893.075	206.006	127.295	78.711	61,8
Lazio	10.793.463	465.464	474.912	-9.448	-2,0
Abruzzo	2.458.891	182.226	108.191	74.035	68,4
Molise	609.393	35.345	26.813	8.532	31,8
Campania	10.623.627	438.351	467.440	-29.089	-6,2
Puglia	7.409.356	463.241	326.012	137.229	42,1
Basilicata	1.077.765	52.351	47.422	4.929	10,4
Calabria	3.594.606	145.727	158.163	-12.436	-7,9
Sicilia	9.149.349	421.554	402.571	18.983	4,7
Sardegna	2.997.512	200.238	131.891	68.347	51,8
Italia	111.856.377	5.972.969	4.921.681	1.051.288	21,4

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

¹³ Gli interventi normativi in materia di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria, hanno interessato anche i dispositivi medici. L'articolo 17 del DL n. 98 del 2011 ha previsto per i dispositivi medici un tetto di spesa, fissandolo inizialmente al 5,2 per cento del livello del finanziamento a carico dello Stato. Il DL n. 95 del 2012 e la legge di stabilità per il 2013 hanno poi ridefinito ulteriormente il predetto tetto, fissandolo al 4,8 per cento per il 2013 e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,4 per cento. Nel 2015 e nel 2016 l'indicazione del tetto ha significato solo a livello nazionale.

Anche nel 2017 la spesa è stata superiore di oltre il 21 per cento rispetto all'obiettivo. Sono 4 le Regioni che presentano una spesa coerente con il tetto previsto (Lombardia, Lazio, Campania e Calabria). Si accentuano gli scostamenti particolarmente marcati (tra il 62 e il 74 per cento rispetto al tetto) che caratterizzavano nel Nord le regioni a Statuto speciale (tranne la Valle d'Aosta) e tutte le regioni centrali (tranne il Lazio). Nel Mezzogiorno, superiori al 50 per cento del limite previsto l'Abruzzo e la Sardegna.

Il permanere di andamenti della spesa superiori ai tetti concordati e soprattutto le forti differenze tra enti regionali richiedono una attenta valutazione e rendono sempre meno comprensibile che, a quasi due anni dall'approvazione del DL n. 78/2015 non risulti ancora attuato quanto disposto con l'articolo 9-ter c.1 lettera a) riguardo alla definizione dei tetti di spesa a livello regionale e alle modalità per il ripiano.

I risultati dal lato delle entrate

9. Le entrate (al netto delle coperture e ulteriori trasferimenti per assicurare la copertura dei LEA da Province e Regioni a statuto speciale) crescono nel 2017 dell'1,2 per cento.

Sul risultato incide la riclassificazione, di cui si è già detto, di gran parte delle maggiori somme destinate al sistema sanitario dalla Provincia di Trento, da importi destinati a funzioni extra LEA a LEA e quindi da considerare a copertura di eventuali disavanzi. È questa riclassificazione che spiega la riduzione di oltre il 74 per cento dei contributi extra fondo.

Gli importi dei fondi sanitari indistinto e vincolato crescono nel complesso dell'1,6 per cento. La variazione è di poco meno dell'1,7 per cento a favore delle regioni non in piano (ed in particolare delle regioni a statuto ordinario del Nord, + 1,95 per cento), mentre quelle delle regioni a statuto speciale (sempre del Nord) presentano la variazione più contenuta (+0,7 per cento).

Una crescita che consente di riassorbire le variazioni in riduzione di tutte le altre voci di entrata. Tra quelle di maggior importo, si riducono dello 0,9 per cento i proventi da compartecipazione, del 4,7 per cento i ricavi per prestazioni sanitarie e del 2,9 per cento quelli per contributi in c/esercizio da enti pubblici. In flessione anche i costi capitalizzati (-2,7 per cento) e la voce residuale entrate varie (-7,9 per cento).

Diverse le intensità delle variazioni ove si guardi alle regioni in Piano e non e alle diverse circoscrizioni territoriali.

Nelle regioni in Piano sono molto più nette le flessioni sia dei contributi in c/esercizio da enti pubblici (-20,4 per cento), che dei costi capitalizzati (- 4,1 per cento). In entrambi i casi ciò è da ricondurre soprattutto alle regioni a statuto ordinario del Mezzogiorno in flessione di poco meno del 30 per cento nel primo caso e del 5,9 per cento nel secondo. Nelle regioni del Sud a flettere (-10 per cento) sono soprattutto le quote imputate all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da regione, che rappresentano la quota prevalente dei costi capitalizzati. Dal 2013 al 2017 tale voce si è ridotta di poco meno del 14 per cento. Nelle regioni non in Piano si è mantenuta in crescita dal 2013 al 2017 a tassi medi annui del 3,1 per cento.

I RICAVI DELLA SANITÀ ANNI 2016-2017
(per Regioni in piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni di euro)

	CONTRIBUTI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUTI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUTI IN ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUTI IN ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATE	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERIE RIMBORSI PER ATTIVITÀ TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS
2017													
Regioni in Piano	43.906,4	0,0	266,4	8,4	24,7	179,0	16,7	144,9	312,1	46,9	2,9	533,9	45.442,3
Regioni non in Piano	65.955,0	63,0	810,4	81,1	106,9	429,7	81,3	435,4	1.024,5	163,1	1,0	1.279,4	70.430,9
Totale	109.861,4	63,0	1.076,8	89,5	131,7	608,7	98,0	580,3	1.336,6	210,0	3,9	1.813,3	115.873,1
Rso	93.569,4	6,1	948,7	84,9	118,2	525,7	90,1	498,5	1.178,8	186,1	2,6	1.492,7	98.701,6
Rso Nord	46.290,8	0,3	547,2	74,7	77,6	309,5	72,8	310,9	699,3	114,7	0,8	833,8	49.332,5
Rso Centro	21.977,7	2,3	240,6	7,1	26,5	133,0	10,5	125,9	303,2	38,7	0,5	393,4	23.259,2
Rso Sud	25.300,9	3,5	160,9	3,1	14,1	83,2	6,8	61,7	176,2	32,6	1,4	265,5	26.109,9
Rss	16.292,0	56,9	128,1	4,6	13,5	83,1	7,9	81,8	157,8	23,9	1,3	320,6	17.171,5
Rss Nord	4.282,3	42,7	64,6	3,8	6,0	42,9	1,3	32,1	92,0	13,8	0,1	145,2	4.726,6
Rss Sud	12.009,7	14,2	63,5	0,8	7,5	40,2	6,6	49,7	65,8	10,1	1,3	175,5	12.444,9
2016													
Regioni in Piano	43.253,2	0,0	332,7	10,0	23,5	183,1	19,1	158,3	317,6	48,5	4,0	556,5	44.906,6
Regioni non in Piano	64.859,7	244,2	775,8	96,1	101,5	455,8	79,0	455,2	1.030,9	179,5	4,5	1.306,4	69.588,7
Totale	108.112,9	244,2	1.108,5	106,1	125,0	638,9	98,2	613,5	1.348,5	228,0	8,5	1.863,0	114.495,3
Rso	92.023,9	8,8	945,3	99,9	114,6	552,4	90,3	521,1	1.187,0	198,6	5,7	1.542,1	97.289,7
Rso Nord	45.405,9	0,3	547,7	84,7	77,5	329,0	71,3	313,1	699,1	112,2	2,0	855,1	48.497,9
Rso Centro	21.669,1	2,9	171,6	11,9	28,4	139,1	10,6	150,1	315,8	50,3	1,1	405,1	22.956,0
Rso Sud	24.948,9	5,6	226,0	3,4	8,7	84,3	8,4	57,9	172,0	36,1	2,5	282,0	25.835,8
Rss	16.089,0	235,4	163,2	6,1	10,4	86,5	7,9	92,4	161,6	29,4	2,8	320,8	17.205,6
Rss Nord	4.253,7	216,3	71,0	5,1	3,9	43,5	1,0	37,0	91,9	16,7	2,4	144,8	4.887,4
Rss Sud	11.835,3	19,0	92,2	1,1	6,5	43,1	6,9	55,4	69,6	12,6	0,5	176,0	12.318,2
variazione													
Regioni in Piano	1,51	!	-19,94	-16,00	5,23	-2,26	-12,77	-8,47	-1,75	-3,23	-27,94	-4,06	1,19
Regioni non in Piano	1,69	-74,20	4,46	-15,54	5,38	-5,72	2,84	-4,36	-0,62	-9,17	-77,00	-2,07	1,21
Totale	1,62	-74,20	-2,86	-15,58	5,35	-4,73	-0,21	-5,42	-0,89	-7,90	-54,15	-2,67	1,20
Rso	1,68	-31,18	0,36	-15,01	3,12	-4,84	-0,23	-4,33	-0,69	-6,32	-54,76	-3,21	1,45
Rso Nord	1,95	0,62	-0,09	-11,75	0,19	-5,92	2,02	-0,71	0,04	2,28	-62,95	-2,48	1,72
Rso Centro	1,42	-22,60	40,22	-40,10	-6,84	-4,42	-0,86	-16,14	-3,99	-23,11	-58,28	-2,90	1,32
Rso Sud	1,41	-37,50	-28,80	-8,86	61,70	-1,29	-18,58	6,67	2,42	-9,64	-46,72	-5,85	1,06
Rss	1,26	-75,82	-21,54	-24,87	29,88	-4,04	0,01	-11,53	-2,34	-18,61	-52,93	-0,06	-0,20
Rss Nord	0,67	-80,27	-9,07	-24,52	53,45	-1,38	26,72	-13,30	0,06	-17,57	-97,41	0,25	-3,29
Rss Sud	1,47	-25,19	-31,14	-26,51	15,53	-6,73	-3,99	-10,34	-5,50	-19,99	171,67	-0,31	1,03

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Nelle regioni non in Piano, il calo più netto dei ricavi per prestazioni sanitarie da privati (-5,7 per cento) è in parte compensato da una crescita (+4,5 per cento) dei contributi da enti pubblici.

10. Le partecipazioni alla spesa contabilizzate nei CE riguardano quelle relative alla specialistica ambulatoriale, per il pronto soccorso e per altre prestazioni. Si tratta nel complesso di oltre 1,3 miliardi, 22 euro pro capite in media nazionale.

Anche nel 2017 le partecipazioni sulle prestazioni sanitarie hanno registrato una flessione (-0,9 per cento), anche se più contenuta di quella del 2016 (-4,1 per cento).

Essa continua ad essere riconducibile alla specialistica ambulatoriale, quella che presentavano le maggiori criticità e per la quale, secondo quanto previsto nel Patto, il nuovo sistema doveva muovere tenendo conto della condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza e, al contempo, assicurare l'invarianza del gettito derivante dalla partecipazione alla spesa a livello nazionale. Come è noto, la revisione del sistema doveva prendere in considerazione diversi aspetti: promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e, quindi, favorirne una richiesta più appropriata; garantire un

gettito finanziario adeguato per le regioni, evitando al contempo che livelli di compartecipazione troppo elevati (specie nella specialistica) favorissero lo spostamento dal Servizio Sanitario Nazionale verso strutture private, minando la stessa possibilità di garantire livelli di assistenza adeguati.

TAVOLA 8

I PROVENTI PER LE COMPARTICIPAZIONI ALLA SPESA

REGIONE	2017 - (in milioni di euro)						2016 - (in milioni di euro)					
	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni
	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)
PIEMONTE	180,3	68,7	111,6	110,9	0,5	0,2	187,7	74,3	113,4	112,0	0,9	0,5
VALLE D' AOSTA	12,2	3,8	8,4	5,9	0,3	2,2	12,1	3,9	8,2	5,8	0,1	2,3
LOMBARDIA	482,4	269,4	213,1	207,7	5,3	0,0	481,5	265,8	215,7	209,7	6,0	0,0
P.A. BOLZANO	29,7	9,9	19,7	17,6	1,8	0,3	28,9	9,8	19,1	16,9	1,9	0,3
P. A. TRENTO	30,4	9,4	21,0	17,5	1,4	2,1	30,2	9,1	21,1	17,6	1,4	2,1
VENETO	301,9	127,7	174,2	156,6	13,3	4,3	298,5	127,9	170,6	156,9	11,9	1,8
FRIULI V.G.	61,7	18,8	42,9	37,8	0,4	4,7	61,9	18,4	43,5	38,4	0,4	4,7
LIGURIA	86,9	44,1	42,8	42,3	0,5	0,0	85,7	43,5	42,2	41,6	0,6	0,0
EMILIA ROMAGNA	235,1	77,5	157,6	150,1	7,5	0,0	234,0	76,9	157,2	148,4	8,8	0,0
TOSCANA	208,0	73,7	134,2	130,4	3,1	0,7	207,4	72,9	134,5	130,7	3,1	0,7
UMBRIA	47,1	19,6	27,6	27,2	0,4	0,0	46,2	19,0	27,3	26,8	0,5	0,0
MARCHE	66,4	28,1	38,4	38,1	0,2	0,0	70,1	28,9	41,1	40,9	0,2	0,0
LAZIO	267,6	164,5	103,1	102,9	0,2	0,0	275,2	162,2	113,0	112,7	0,2	0,0
ABRUZZO	67,6	34,1	33,5	32,8	0,7	0,0	67,5	34,0	33,5	32,3	1,1	0,1
MOLISE	13,7	9,1	4,5	4,5	0,0	0,0	13,4	8,9	4,5	4,5	0,0	0,0
CAMPANIA	257,3	201,3	56,0	55,6	0,3	0,0	250,3	197,8	52,5	52,1	0,4	0,0
PUGLIA	179,0	133,5	45,5	42,0	3,5	0,0	179,8	132,7	47,1	43,4	3,7	0,0
BASILICATA	28,6	17,8	10,9	10,8	0,0	0,0	27,6	17,1	10,4	10,4	0,0	0,0
CALABRIA	79,3	53,5	25,8	23,8	2,0	0,0	76,1	52,1	23,9	23,5	0,5	0,0
SICILIA	203,9	160,2	43,6	43,4	0,3	0,0	199,7	156,7	43,1	42,8	0,3	0,0
SARDEGNA	50,3	28,1	22,2	21,2	1,0	0,0	54,4	27,8	26,5	25,5	0,9	0,1
Totale	2.889,4	1.552,8	1.336,6	1.279,3	42,8	14,5	2.888,1	1.539,6	1.348,5	1.293,1	42,9	12,6
Regioni piano rientro	1.068,4	756,4	312,1	305,0	7,0	0,0	1.062,0	744,4	317,6	311,3	6,2	0,2
Altre regioni	1.820,9	796,5	1.024,5	974,3	35,8	14,5	1.826,1	795,2	1.030,9	981,8	36,7	12,4
Regioni Nord	1.420,5	629,2	791,3	746,5	31,1	13,7	1.420,5	629,5	791,0	747,3	32,1	11,6
RSO	1.286,6	587,3	699,3	667,6	27,2	4,5	1.287,4	588,3	699,1	668,6	28,3	2,3
RSS	133,9	41,9	92,0	78,9	3,9	9,2	133,1	41,1	91,9	78,8	3,9	9,3
Regioni Centro	589,2	285,9	303,2	298,6	3,8	0,8	598,8	283,0	315,8	311,2	3,9	0,7
Regioni Sud	879,7	637,7	242,0	234,2	7,8	0,0	868,8	627,2	241,7	234,6	6,8	0,3
RSO	625,6	449,4	176,2	169,6	6,6	0,0	614,7	442,7	172,0	166,2	5,7	0,1
RSS	254,1	188,3	65,8	64,5	1,3	0,0	254,1	184,5	69,6	68,3	1,1	0,2

REGIONE	variazione %			pro capite 2017 (in euro)			Totale compartecipazioni (2015) pro capite
	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	
PIEMONTE	-3,9	-7,6	-1,5	41,0	15,6	25,4	42,6
VALLE D' AOSTA	0,5	-1,7	1,6	95,9	30,0	65,9	95,1
LOMBARDIA	0,2	1,3	-1,2	48,2	26,9	21,3	48,1
P. A. BOLZANO	2,7	1,3	3,5	56,6	19,0	37,6	55,5
P. A. TRENTO	0,7	3,9	-0,7	56,5	17,5	39,0	56,1
VENETO	1,1	-0,2	2,1	61,5	26,0	35,5	60,7
FRIULI V.G.	-0,3	2,2	-1,4	50,6	15,4	35,2	50,7
LIGURIA	1,5	1,4	1,5	55,5	28,2	27,4	54,5
EMILIA ROMAGNA	0,4	0,8	0,3	52,8	17,4	35,4	52,6
TOSCANA	0,3	1,2	-0,2	55,6	19,7	35,9	55,4
UMBRIA	2,0	3,2	1,1	53,0	22,0	31,0	51,9
MARCHE	-5,2	-2,9	-6,8	43,2	18,3	24,9	45,4
LAZIO	-2,7	1,4	-8,7	45,4	27,9	17,5	46,7
ABRUZZO	0,2	0,3	0,0	51,1	25,8	25,4	50,9
MOLISE	1,8	2,6	0,2	44,0	29,5	14,5	43,0
CAMPANIA	2,8	1,8	6,6	44,1	34,5	9,6	42,8
PUGLIA	-0,4	0,6	-3,4	44,1	32,9	11,2	44,1
BASILICATA	3,8	3,7	4,0	50,2	31,2	19,1	48,1
CALABRIA	4,3	2,7	7,7	40,4	27,2	13,1	38,6
SICILIA	2,1	2,3	1,3	40,3	31,7	8,6	39,4
SARDEGNA	-7,6	1,0	-16,6	30,4	17,0	13,4	32,8
Totale	0,0	0,9	-0,9	47,7	25,6	22,1	47,6
Regioni piano rientro	0,6	1,6	-1,8	43,7	30,9	12,8	43,3
Altre regioni	-0,3	0,2	-0,6	50,4	22,0	28,4	50,5
Regioni Nord	0,0	0,0	0,0	51,2	22,7	28,5	51,2
RSO	-0,1	-0,2	0,0	50,8	23,2	27,6	50,8
RSS	0,7	2,0	0,1	55,6	17,4	38,2	55,3
Regioni Centro	-1,6	1,0	-4,0	48,8	23,7	25,1	49,6
Regioni Sud	1,3	1,7	0,1	42,3	30,7	11,6	41,7
RSO	1,8	1,5	2,4	44,5	31,9	12,5	43,6
RSS	0,0	2,1	-5,5	37,9	28,1	9,8	37,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute e AIFA

Sulla definizione di un nuovo assetto ha inciso anche il complesso lavoro di ridefinizione e di aggiornamento delle tariffe per le prestazioni specialistiche disposto con l'approvazione dei nuovi LEA. Un lavoro che non è ancora concluso.

Solo limitati i progressi su questo fronte registrati nell'anno soprattutto per la difficoltà di individuare coperture adeguate ad un orientamento volto a proporre una abolizione (piuttosto che un ridisegno). Le risorse stanziare per tale obiettivo con la legge di bilancio sono inferiori al 5 per cento del totale incassato a livello regionale (si veda il riquadro che segue).

Sono molto forti le differenze tra regioni e aree territoriali: le regioni in piano presentano importi in media inferiori alla metà delle altre regioni (circa 13 euro pro capite contro i 28,4 delle altre regioni); le regioni a statuto speciale del Nord incassano in media 38,2 euro pro capite ben superiori alla media nazionale, mentre quelle insulari registrano

importi inferiori ai 10 euro; molto limitato il contributo offerto dai ticket sul pronto soccorso: dei 43 milioni incassati, oltre il 60 per cento è riconducibile a tre regioni (Veneto, Lombardia e Emilia) che contano per il 32 per cento della popolazione.

RIQUADRO 3 - VERSO LA REVISIONE DEL SISTEMA DI PARTECIPAZIONE

La legge di bilancio per il 2018 ha previsto lo stanziamento di 60 milioni per avviare una seppur parziale riduzione dei ticket previsti per la specialistica ambulatoriale (il fondo è stato istituito dall'art.1, comma 804 e 805, della legge 205/2017). L'obiettivo è conseguire una maggiore equità e agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di specifiche categorie di soggetti vulnerabili i quali, allo stato attuale, potrebbero rientrare tra coloro che non sono esenti e pagano la quota fissa

Lo schema di decreto per il riparto dei 60 mln di euro deve ancora acquisire l'intesa della Conferenza Stato-Regioni. Esso prevede la ripartizione dell' 80 per cento delle risorse, in proporzione al numero delle ricette non esenti rilevate dal flusso TS anno 2016; il 20 per cento va ripartito quale correttivo (comma 805) e volto a privilegiare le regioni che hanno adottato iniziative finalizzate ad ampliare il numero dei soggetti esentati dal pagamento della quota fissa sulla ricetta di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, ovvero delle misure di cui alla lettera p-bis) del medesimo comma. In questo caso, il 20 per cento verrebbe assegnato solo alle regioni che hanno attivato il comma 796 p-bis, nel presupposto che a suo tempo avevano già previsto una diversa modulazione della quota fissa per la specialistica ambulatoriale, introducendo misure equivalenti in altri ambiti.

Sono state escluse dall'accesso al fondo (per l'intera quota) le RSS (fatta eccezione per la Sicilia, sulla base della quota di compartecipazione alla spesa prevista dalla norma) e le PPAA di Trento e Bolzano. Ciò in quanto in base alla normativa vigente questi enti si autofinanziano in toto per la spesa sanitaria e all'epoca dell'introduzione del super-ticket le RSS non avrebbero subito una penalizzazione, mentre alle regioni a statuto ordinario è stato ridotto il fondo sanitario. Inoltre le RSS non hanno partecipato alla manovra sanitaria prevista dall'articolo 1, comma 680 della legge 208/2015 e dall'articolo 1, comma 394 della legge 232/2016. Tale mancato contributo ha comportato un ulteriore onere a carico delle RSO.

Come è noto il DL 98/2011 ha previsto l'applicazione del pagamento di una quota fissa per ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Il provvedimento che aveva reintrodotta le disposizioni previste già dalla legge 296/2006 e poi abolite con il DL 23/2007 per gli anni dal 2007 al 2011, ha anche confermato la possibilità per le regioni di ricorrere a misure alternative con effetto finanziario equivalente, anche definendo misure di compartecipazione al costo delle prestazioni. Si sono avvalse di tale possibilità 7 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia, Toscana, Umbria e Basilicata). Il "super ticket" era previsto determinare maggiori entrate per 828 milioni. In base ai dati rilevati con la Tessera sanitaria nel 2016 la quota fissa riscossa era di poco inferiore alla metà (413,7 milioni). Della differenza, circa 247 milioni erano riconducibili alle regioni che hanno previsto almeno in parte misure equivalenti.

Nel 2016 il numero delle ricette di non esenti è stata pari a 53,5 milioni. Anche ove il ticket fosse stato applicato in modo uniforme il gettito effettivo sarebbe risultato inferiore alle attese (535 milioni contro gli 828 previsti inizialmente).

I 60 milioni stanziati dovrebbero consentire una riduzione media del 14,5 per cento delle quote riscosse. Diversa è l'incidenza tra regioni in seguito alla metodologia di riparto adottata: nelle regioni che hanno ridotto la misura od ampliato gli esenti, la misura raggiunge quote più elevate: in Emilia rappresenta il 47 per cento delle quote incassate, il 16,4 in Veneto e il 17 in Toscana.

LA PROPOSTA DI RIPARTO DEL FONDO PER LA RIDUZIONE DEI *TICKET* SULLA SPECIALISTICA

Regioni	Effetto manovra su base annua a decorrere dal 2012 (stima)	Quota fissa per ricetta senza misure regionali (gettito effettivo) dati TS anno 2016	N° ricette non esenti (TS anno 2016) tutte le regioni	80% delle risorse ripartite in proporzione al n° ricette non esenti	20% delle risorse ripartite in % scostamento tra stima e gettito effettivo	Totale ripartito	Ripartizione %	Ripartito / Gettito effettivo	Ripartito/ Gettito stimato
Piemonte	87,2	41,9	5.293.174	5,2	2,2	7,4	12,4	17,7	8,5
Val d'Aosta	2,7	1,0	161.831	-	-	-	0,0	-	-
Lombardia	148,6	116,3	11.783.838	11,6	1,6	13,2	22,0	11,3	8,9
Bolzano - P. A.	10,6	-	654.687	-	-	-	0,0	-	-
Trento - P.A.	10,6	-	737.279	-	-	-	0,0	-	-
Veneto	100,8	49,0	5.580.449	5,5	2,5	8,0	13,4	16,4	8,0
Friuli V.G.	24,7	12,6	1.288.390	-	-	-	0,0	-	-
Liguria	25,2	15,9	1.586.316	1,6	-	1,6	2,6	9,9	6,2
Emilia Romagna	91,8	20,7	6.353.995	6,3	3,5	9,7	16,2	46,9	10,6
Toscana	62,7	31,6	3.939.543	3,9	1,5	5,4	9,0	17,1	8,6
Umbria	10,9	2,7	1.139.773	1,1	0,4	1,5	2,5	55,4	14,0
Marche	20,2	11,8	1.186.090	1,2	-	1,2	2,0	9,9	5,8
Lazio	95,2	39,4	4.371.832	4,3	-	4,3	7,2	11,0	4,5
Abruzzo	13,1	10,5	1.052.896	1,0	-	1,0	1,7	9,9	8,0
Molise	3,5	1,7	166.541	0,2	-	0,2	0,3	9,9	4,7
Campania	22,8	22,2	2.290.313	2,3	-	2,3	3,8	10,2	9,9
Puglia	33,8	16,1	1.706.349	1,7	-	1,7	2,8	10,4	5,0
Basilicata	7,3	-	614.624	0,6	0,4	1,0	1,6	-	13,2
Calabria	10,7	6,2	803.731	0,8	-	0,8	1,3	12,7	7,4
Sicilia	29,6	14,2	1.529.581	0,8	-	0,8	1,3	5,4	2,6
Sardegna	16,1	-	1.228.227	-	-	-	0,0	-	-
TOTALE	827,8	413,7	53.469.459	48,0	12,0	60,0	100,0	14,5	7,2

(*) si tratta della stima degli effetti su base annua dell'applicazione dell'articolo 17, c.6 del DL 98/2011
Fonte elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Per avere un quadro completo del contributo richiesto al cittadino vanno considerati anche i *ticket* sui farmaci che, incassati al momento della fornitura della prestazione, vanno a riduzione di quanto dovuto dalla regione per la farmaceutica convenzionata.

La crescita dei *ticket* sui farmaci (+1 per cento) compensa la riduzione sulle prestazioni sanitarie¹⁴.

Anche in questo caso sono diversi i risultati tra regioni e aree. Sono le regioni in piano a presentare gli importi maggiori in termini pro capite: poco meno di 31 euro contro i 22 delle altre regioni. Le regioni a statuto speciale del Nord registrano in questo caso gli importi pro capite più bassi (in media 17,4 euro), anche se sono quelle che registrano nell'esercizio in media gli incrementi maggiori (+2 per cento).

Il combinato disposto di tali andamenti fa sì che il contributo richiesto ai cittadini rimanga nel 2017 sostanzialmente immutato sui livelli dell'esercizio precedente. Il seppur limitato calo delle compartecipazioni delle regioni a statuto ordinario del Centro e del Nord trova compensazione nell'aumento sia delle regioni del Sud che di quelle a statuto speciale del Nord.

¹⁴ In questo caso, i dati relativi ai primi 11 mesi del 2017 di fonte AIFA sono stati "portati" ad anno sulla base dell'ipotesi di invarianza dei comportamenti di consumi del 2016 per il mese mancante.

11. Si conferma nullo anche nel 2017 il contributo alle entrate regionali del *payback* per il superamento del tetto della farmaceutica ospedaliera (ora acquisti diretti). E' solo tale voce che rientra tra le entrate mentre, nella rappresentazione dei conti regionali, quelli relativi alla farmaceutica territoriale e gli ulteriori *payback* sono computati a riduzione della spesa per farmaci.

I *payback* per il superamento dei tetti negli acquisti diretti e in convenzione sono ancora soggetti al contenzioso con le aziende farmaceutiche. Anche per il 2017 oltre che nel 2016, non è stato possibile prevedere una imputazione ancorché provvisoria come avvenuto nel 2015.

I rinvii della decisione e i ricorsi presentati da numerose aziende in riferimento alla determinazione dei *budget* 2016 hanno reso impossibile prevedere una disposizione normativa diretta a consentire alle regioni l'iscrizione nei bilanci delle somme del *payback*.¹⁵

La legge di bilancio per il 2018 è intervenuta nuovamente sulle modalità di funzionamento dei meccanismi per il ripiano dell'eventuale superamento del tetto della spesa farmaceutica. Si è disposto che l'AIFA adotti, entro 30 giorni dall'approvazione della legge di bilancio, le determinazioni relative al superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera per l'anno 2016, consentendo il versamento delle somme spettanti alle regioni per il *payback*; inoltre essa deve concludere (entro centoventi giorni sempre dall'approvazione) le transazioni avviate con le aziende farmaceutiche relative ai contenziosi insorti per il ripiano relativo agli anni 2013, 2014 e 2015, ancora pendenti a fine 2017. La definizione del meccanismo del *payback* per il 2016 consentirebbe alle Regioni di ottenere il ripiano delle somme eccedenti il tetto per il 2016, non scontate né nei bilanci dell'anno (validati dai tavoli di monitoraggio lo scorso aprile), né nei dati di contabilità nazionale; dall'altro, la conclusione degli accordi transattivi relativi ai contenziosi che riguardano gli esercizi 2013-2015 permetterebbe di evitare un eventuale risultato sfavorevole dei procedimenti in corso, paventato dall'Avvocatura Generale dello Stato, e la conseguente restituzione di somme già versate all'erario. Un esito avverso inciderebbe sui risultati del 2015, anno in cui è stato consentito alle Regioni di scontare una quota rilevante di tali ammontari. La relazione tecnica indicava, poi, che la conciliazione avrebbe consentito di ottenere 930 milioni contro gli 880 già versati.

Con la determinazione 177 del 31 gennaio scorso, L'AIFA ha provveduto ad individuare il *payback* per la spesa farmaceutica ospedaliera del 2016. Continua a ripetersi, tuttavia, il fenomeno dei ricorsi da parte delle aziende farmaceutiche, in alcuni casi, a riattivare anche quelli sul 2013-2015 precedentemente sospesi in attesa di un provvedimento di legge. Ci sono aziende che hanno pagato il *payback* 2016 e al contempo riavviato il contenzioso. In tali condizioni non si può escludere che sentenze non favorevoli sulla questione potrebbero comportare per le regioni il rischio di perdere, non solo quello del 2016 (807 milioni secondo la det. 177/2018), ma anche i *payback* già iscritti in bilancio per circa 670 milioni di euro.

In forte crescita sono invece le somme relative agli "altri *payback*". Si tratta di quelli relativi alla assistenza non convenzionata corrisposti alle Regioni dalle case farmaceutiche in relazione alla sospensione delle riduzioni di prezzo del 5 per cento dei medicinali di fascia A e H; di quella prevista a ripiano degli sfondamenti dei tetti definiti con delibera CIPE 3/2001; di quelli versati dalle aziende in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata ex articolo 48 c.33 del DL 269/2003; di quelli a riduzione di spesa del SSN ai sensi dell'articolo 48 del DL 269/03 e del monitoraggio di cui al DL 113/16. Nel monitoraggio sulla spesa farmaceutica dell'AIFA sui primi 11 mesi dell'anno a tali istituti è attribuito un valore superiore a quello che risulta nei CE. Le differenze

¹⁵ Grazie a quanto disposto dalla legge n. 208 del 2015 (articolo 1, commi 702 e 703), le regioni hanno iscritto nei propri bilanci 2015 quota parte dell'importo complessivo previsto. Si tratta di circa 665 milioni (il 90 per cento delle somme versate relative agli anni 2013-2014). Ma in attesa della definizione del contenzioso, il MEF non ha versato alle regioni le somme loro spettanti.

dovrebbero derivare dai criteri di contabilizzazione: gli importi da iscrivere nel conto economico debbono essere accertati ed incassati entro il 31 dicembre.

TAVOLA 9

LE ENTRATE DA PAYBACK

	Rimborsi da aziende farmaceutiche per il <i>payback</i>			Payback territoriale			Payback ospedaliero			Ulteriore payback		
	15	16	17	15	16	17	15	16	17	15	16	17
PIEMONTE	106.902	22.641	54.562	1.339	0	0	67.659	0	0	37.904	22.641	54.562
VALLE D'AOSTA	1.036	875	868	0	0	0	0	0	0	1.036	875	868
LOMBARDI A	125.169	48.590	116.623	0	0	0	58.286	0	0	66.883	48.590	116.623
P.A. BOLZANO	2.543	2.400	4.483	0	0	0	0	0	0	2.543	2.400	4.483
P. A. TRENTO	3.788	2.943		2.436	1.55	9	1.095	169		257	1.215	
VENETO	68.726	36.335	47.617	1.494	0	0	36.747	0	0	30.485	36.335	47.617
FRIULI V.G.		12.545	12.363							12.545	12.363	
LIGURIA	33.973	19.845	30.594				21.889			12.084	19.845	30.594
EMILIA ROMAGNA	100.891	19.808	46.014				71.947			28.944	19.808	46.014
TOSCANA	119.864	14.559	42.794				89.128			30.736	14.559	42.794
UMBRIA	23.048	6.245	11.315	0	0	0	16.188	0	0	6.860	6.245	11.315
MARCHE	30.105		17.635				17.161			12.944		17.635
LAZIO	97.606	43.653	79.444	0	0	0	53.717	0	0	43.889	43.653	79.444
ABRUZZO	27.361	5.625	13.717	1.171			26.190				5.625	13.717
MOLISE	3.680	1.125	3.675	28			2.226			1.426	1.125	3.675
CAMPANIA	58.241	33.400	59.224	0	0	0	36.528	0	0	21.713	33.400	59.224
PUGLIA	154.379	31.658	57.051	4.207	0	0	109.097	0	0	41.075	31.658	57.051
BASILICATA	7.152	2.300	4.000	129			6.585			438	2.300	4.000
CALABRIA	29.813	15.466	26.336	1.632			11.369			16.812	15.466	26.336
SICILIA	66.644	33.585	55.023				17.833			48.811	33.585	55.023
SARDEGNA	49.116	11.989	24.654	2.045			31.134			15.937	11.989	24.654
Totale	1.110.037	365.587	707.992	14.481	1.55	9	674.779	169	0	420.777	363.859	707.992
Regioni in PDR	437.724	164.512	294.470	7.038	-	-	256.960	-	-	173.726	164.512	294.470
altre Regioni	672.313	201.075	413.522	7.443	1.55	9	417.819	169	-	247.051	199.347	413.522
Rso	986.910	301.250	610.601	10.000	-	-	624.717	-	-	352.193	301.250	610.601
Rso Nord	435.661	147.219	295.410	2.833	-	-	256.528	-	-	176.300	147.219	295.410
Rso Centro	270.623	64.457	151.188	-	-	-	176.194	-	-	94.429	64.457	151.188
Rso Sud	280.626	89.574	164.003	7.167	-	-	191.995	-	-	81.464	89.574	164.003
Rss	123.127	64.337	97.391	4.481	1.55	9	50.062	169	-	68.584	62.609	97.391
Rss Nord	7.367	18.763	17.714	2.436	1.55	9	1.095	169	-	3.836	17.035	17.714
Rss Sud	115.760	45.574	79.677	2.045	-	-	48.967	-	-	64.748	45.574	79.677

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

I RISULTATI DEL MONITORAGGIO

Le criticità evidenziate nelle regioni in Piano di rientro

12. I risultati definitivi relativi al 2015 consentono di evidenziare, accanto alle tendenze in miglioramento in numerosi settori, criticità e limiti che, sulla base di quanto risulta dagli esiti delle verifiche infra annuali condotte dai Tavoli di monitoraggio, si confermano in molti casi nel 2016.

Per quanto riguarda le regioni in Piano, sugli esiti della gestione dei servizi sanitari incide il mancato completamento delle procedure di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni per il servizio sanitario, così come i ritardi nella definizione dei

budget ed il perfezionamento del processo di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati. Difficoltà connesse, in alcuni casi (in particolare in Molise, Campania, Calabria e Lazio), a criticità riconducibili alla gestione del contenzioso insorto con i soggetti fornitori di beni e servizi.

Pur riducendosi l'ampiezza del ritardo in termini di giorni, persistono, inoltre, forti ritardi nei tempi dei pagamenti ai fornitori rispetto ai termini previsti dal dPCM del 22 settembre 2014. Nel 2017, i tempi minimi e massimi di pagamento sono risultati nel Lazio pari, rispettivamente, a 131 e 162 giorni (rispetto ai 155 e 176 dell'esercizio precedente). Nettamente superiori, ma comunque in riduzione, la Sicilia con 163 e 208 giorni (rispetto ai 195 e 217 giorni del 2016) e la Campania (200 e 234 giorni rispetto a 230 e 276 del 2016). Il Molise (con 227 e 511 giorni rispetto ai 526 e 706 del 2016) e la Calabria (358 e 390 rispetto ai 369 e 532 giorni nel 2016), pur in miglioramento, continuano a segnare ritardi particolarmente elevati. I valori più contenuti si riscontrano invece in Abruzzo (107 e 124 giorni nel 2017 rispetto ai 123 e 136 del 2016) e in Puglia (119 e 141 giorni rispetto ai 138 e 163 giorni del 2016), che si pongono dunque al di sotto della media nazionale (121 e 145 giorni nel 2017 rispetto a 141 e 161 nel 2016).

Migliora inoltre l'utilizzo della Piattaforma di Certificazione dei Crediti, che evidenzia un aumento nella movimentazione delle fatture: da un valore medio a livello nazionale di circa l'80 per cento nel 2015 si arriva al 92 per cento in Puglia e al 96 per cento di Campania e Sicilia, per raggiungere il 100 per cento in Abruzzo e Molise. Ancora contenuti, anche se in miglioramento, i valori registrati in Calabria (67 per cento rispetto al 58 per cento dell'esercizio precedente) sostanzialmente riconducibili alla limitata alimentazione della Piattaforma da parte di due importanti Aziende sanitarie provinciali. In riduzione dall'87 all'84 per cento la movimentazione delle fatture nel Lazio, anche in questo caso da ricondurre ad una ridotta alimentazione della piattaforma da parte di alcune Aziende a fronte di percentuali in miglioramento per la maggior parte delle altre.

Per quanto riguarda infine la qualità delle prestazioni fornite dai SSR ed in particolare di quelle rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)¹⁶, si rilevano in numerose regioni in Piano elementi di criticità legati all'insufficienza della rete di assistenza domiciliare o di strutture specifiche rivolte ad anziani e disabili, all'eccessivo numero di parti cesarei primari accompagnato da una percentuale ancora elevata di quelli che avvengono in strutture che non garantiscono un'adeguata sicurezza delle pazienti e a livelli di prevenzione, quali misurati dalla popolazione sottoposta a screening oncologici, al di sotto della soglia critica.

A tali carenze si accompagna, come è noto, il drastico calo nella copertura delle vaccinazioni, raccomandate e obbligatorie, fenomeno peraltro diffuso anche nelle regioni non in Piano ed in recupero (per quanto riguarda quelle in età pediatrica) nel 2017 e nei primi mesi dell'esercizio in corso a seguito dell'emanazione del DL 70/2017 che ha subordinato l'accesso a scuola alla presentazione della relativa certificazione.

¹⁶ L'erogazione dei LEA è monitorata, dall'apposito Comitato, attraverso una "Griglia" di indicatori (riguardanti l'assistenza ospedaliera, l'emergenza urgenza, l'assistenza territoriale, la prevenzione, l'appropriatezza nonché la qualità e sicurezza dell'assistenza) aggiornato annualmente al fine di consentirne l'adattamento ai nuovi indirizzi politici-programmatori e di cogliere gli aspetti ritenuti più rilevanti. La metodologia prevede di assegnare ad ogni indicatore un peso di riferimento e di calcolare un punteggio rispetto al valore raggiunto dalla regione nei confronti dello standard nazionale. Secondo i nuovi criteri in vigore dal 2015, una regione è considerata adempiente se presenta un punteggio ≥ 160 o compreso tra 140 e 160 senza alcun indicatore al di sotto della soglia definita critica; mentre è inadempiente se il punteggio complessivo è < 140 o compreso tra 140 e 160 ma con almeno un indicatore critico. Tale valutazione complessiva è al momento disponibile per tutte le regioni relativamente all'esercizio 2015, mentre per il 2016 i dati del monitoraggio sono ancora provvisori.

Nonostante tali carenze, migliorano in questo gruppo di regioni le prestazioni offerte dal Servizio sanitario: secondo i dati (ancora provvisori) del monitoraggio, il punteggio complessivo della “Griglia LEA” continua ad aumentare tra il 2015 e il 2016 in Lazio e Abruzzo, nonché in Molise, Puglia e Sicilia che risultano oltre la soglia prevista per essere “adempienti”. Nonostante il miglioramento, la Campania resta al di sotto di tale soglia richiesta, mentre peggiora il dato relativo alla Calabria.

La qualità dell’assistenza

13. Guardando ai singoli indicatori, per quanto riguarda l’assistenza ospedaliera, nel 2015 tutte le Regioni in Piano hanno rispettato il parametro di riferimento (un tasso totale standardizzato di dimissione inferiore o uguale a 160 per 1000 residenti), con l’eccezione del Molise e della Campania che tuttavia nel 2016 sono rientrate al di sotto della soglia richiesta o comunque hanno ridotto lo scostamento (rispettivamente 149,2 e 164,7). Va segnalata in positivo la Sicilia dove, dopo una riduzione di 26 punti tra il 2013 e il 2015 (da 148,2 a 122,6), l’indicatore ha segnato un’ulteriore contrazione nel 2016 (118,1), raggiungendo quindi il valore più contenuto a livello nazionale. Tra le altre regioni, i valori più bassi sono quelli della Lombardia (127,06 nel 2015 e 124,86 e nel 2016), Piemonte (128 e 125,6), Veneto (122,4 e 121,6) e Toscana (124,88 e 121,7).

TAVOLA 10.1

ALCUNI INDICATORI SU STRUTTURA, PREVENZIONE, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL’ASSISTENZA
(Regioni in Piano di rientro)

	Lazio 2016	Abruzzo 2016	Molise 2016	Campania 2016	Puglia 2016	Calabria 2016	Sicilia 2016
Adempiente: punteggio adempimento LEA \geq 160 o compreso tra 160 e 140 e nessun indicatore critico (&)	179	189	164	124	169	144	163
Assistenza ospedaliera							
Dimissioni tasso standardizzato x 1000 residenti \leq 160	138,5	143,29	149,19	164,68	130,5	127,1	118,07
% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (acuti in DO) $<$ 8,2% VN	9,3	16	26,6	8,9	8,7	21,3	7,1
peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acuti in DO) $>$ 1,40 VN	1,39	1,36	1,36	1,49	1,45	1,4	1,45
Posti letto tasso x 1000 residenti	3,57	3,28	3,88	3,1	3,09	2,83	3,16
PL acuti tasso x 1000 residenti	2,92	2,74	3,27	2,75	2,75	2,33	2,77
PL post acuzie tasso x 1000 residenti	0,65	0,53	0,61	0,35	0,34	0,5	0,4
Tasso occupazione RO \geq 90	74,9	76,5	76,8	70,3	76,5	66	70,5
intervallo chiamata-arrivo mezzi soccorso \leq 18 minuti	16	21	21	19	20	21	17
Prevenzione							
Screening oncologici: Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati \geq 7	7	9	7	3	2	2	3
Vaccinazioni							
Copertura vaccinazioni base a 24 mesi \geq 95% (VN 93,3%) *	96,7	97,1	97,3	92,7	93,3	95,8	91,63
MRP \geq 95% (VN 87,2%)	87,9	87,5	73,5	83,8	85,88	86,49	81,11
antinfluenzale $>$ 65 anni \geq 75% (VN 52%)	51,5	48,6	52,37	56,72	57,35	57,85	52,93

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Per quanto riguarda l’offerta di posti letto, tra le regioni in PdR nel 2015 solo il Molise presentava una dotazione totale superiore alla soglia di riferimento corretta per la mobilità come richiesto dal d.m. 70/2015 (4,53 rispetto al 3,79 per mille residenti, di cui 3,62 per acuzie e 0,91 per post acuzie), un eccesso di posti letto che si riduce nel 2016 (3,88) pur rimanendo sopra soglia. Inferiori al valore di riferimento risultano, invece, le restanti regioni in Piano. Troppo contenuta, tuttavia, l’offerta per riabilitazione la

lungodegenza post-acuzie in Puglia, che nel 2016 si pone al di sotto del valore minimo di 0,35 stabilita dal Comitato LEA: sul punto i Tavoli hanno richiesto un chiarimento.

Nonostante la significativa riduzione dei posti letto avvenuta in questi ultimi anni, il tasso di occupazione risulta in tali regioni significativamente inferiore allo standard di riferimento fissato dal d.m. 70/2015: nel 2016 si registrano infatti valori compresi tra il minimo 66 per cento in Calabria e il 76,8 in Molise e 76,5 in Puglia a fronte di una soglia del 90 per cento.

Aumenta inoltre la mobilità passiva extra-regionale (misurata dall'incidenza dei ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario), raggiungendo in media l'8 per cento nel 2015 e l'8,2 nel 2016.

SEGUE TAVOLA 10.1

	Lazio 2016	Abruzzo 2016	Molise 2016	Campania 2016	Puglia 2016	Calabria 2016	Sicilia 2016
Appropriatezza							
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario $\leq 0,21$ VN	0,17	0,14	0,2	0,26	0,2	0,14	0,12
% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico su tot dimissioni $\leq 28,59$ VN	29,55	28,52	34,22	33,29	34,56	36,7	31,25
% ricoveri diurni di tipo diagnostico su totale ricoveri $\leq 38,57$ VN	48,43	28,41	67,85	52,12	63,99	43,36	41,04
Tasso ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti ≤ 7	9,79	4,66	11,96	13,4	6,42	7,44	3,4
Tasso di accesso di tipo medico (stand. per età) per 1000 residenti ≤ 90	77,5	61,96	79,2	119,77	28,6	69,33	35,55
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani $\leq 265,3$ VN	253,21	274,6	260,45	269,7	283,25	224,91	234,8
Degenza media pre-operatoria (gg) $\leq 1,70$ VN	1,99	1,72	2,37	2,21	1,99	1,99	1,99
Qualità e sicurezza assistenza							
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite ≤ 141	176,25	119,64	228,49	181,75	219,75	112,9	177,47
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤ 409	328,59	396,71	283,79	429,76	362,49	299,48	323,85
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno $\leq 15\%$	28,8	25,1	32,7	46,2	33,6	30,5	29,1
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti/anno $\leq 25\%$	27,4	25	nd	44,2	31	26,6	28,7
Percentuale di parti cesarei primari $\leq 20\%$	27,7	25	32,7	45	32,1	28	28,9
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario $\geq 60\%$	59,81	42,19	35,19	25,03	52,5	29,26	68,96

Fonte: Ministero della salute - Dati 2015 - 2016

Dove indicato (VN) il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2016.

* Nella tavola si indica il valore medio della copertura delle sei vaccinazioni base a 24 mesi, specificando se viene superato il valore limite del 92 per cento in una o più vaccinazioni.

& dati provvisori

Come si è detto nel Rapporto dello scorso anno, tale fenomeno potrebbe trovare una spiegazione nello stesso processo di riordino delle strutture ospedaliere con una accentuazione delle differenze tra territori nella distribuzione delle competenze clinico-specialistiche¹⁷. Tuttavia, mentre nelle regioni non in Piano essa è generalmente accompagnata da un'elevata mobilità attiva, in quelle in Piano il saldo resta negativo. Con valori particolarmente elevati in Calabria, che evidenzia una mobilità passiva del 21,3 nel 2016, in presenza di una complessità media della casistica dei casi trattati fuori regione in linea con la media nazionale, a fronte di una mobilità attiva del 2,5 per cento; in Campania, a un valore della mobilità passiva poco superiore alla soglia (8,9 per cento), fanno riscontro ricoveri da fuori regione per il 2,8 per cento. La Sicilia, con una mobilità

¹⁷ Un recente studio (Cergas 2016) mette in evidenza l'ubicazione dei grandi Hub ospedalieri: 21 su 38 sono al Nord (55 per cento delle strutture contro il 45 per cento della popolazione), 8 nelle aree metropolitane di Roma e Milano (21 per cento delle strutture contro il 12 per cento della popolazione). Specialmente al Centro-Sud, solo una quota minoritaria dell'alta specialità è erogata dai grandi ospedali. Questo squilibrio nella distribuzione del *know-how* medico-clinico ha senz'altro un ruolo nell'alimentare la mobilità ospedaliera.

passiva al di sotto del parametro di riferimento (7,1 per cento), evidenzia un saldo negativo data una mobilità attiva estremamente contenuta (1,8 per cento); anche nel Lazio il flusso in entrata (8 per cento) non riesce a compensare quello in uscita (9,3 per cento). Particolare è il caso del Molise che, a fronte di una mobilità passiva pari al 26,6 per cento, presenta una mobilità attiva del 27,8 per cento, soprattutto grazie alla presenza nel territorio di una sede di una delle strutture ospedaliere di maggior prestigio.

Tra le regioni non in Piano, spiccano quali poli di attrazione la Lombardia e il Veneto nel Nord Italia e Emilia Romagna, Toscana e Umbria al Centro. Evidenziano invece una mobilità passiva elevata ed un saldo negativo, oltre alla Sardegna, anche la VdA, la PA di Trento, la Liguria e le Marche e la Basilicata che pure attraggono un flusso significativo da fuori regione.

Carenze diffuse si registrano nell'indicatore che misura l'efficacia della rete dell'emergenza territoriale, riferito all'intervallo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso: rispetto ad un tempo massimo che deve essere inferiore o pari a 18 minuti, nel 2015 si raggiungevano 21 minuti in Abruzzo e 22 minuti in Molise e Calabria; in lieve peggioramento Campania e Puglia con 19 minuti; mentre di sotto della soglia si situavano Lazio e Sicilia, con tempi di intervento pari a 16 minuti. La situazione si conferma nel 2016 con un lieve miglioramento (1 minuto in meno) in Molise e Calabria, e in peggioramento (sempre di 1 minuto) in Puglia.

Nelle regioni non in Piano, al di sopra della soglia nel 2016 la Valle d'Aosta (24 minuti), l'Umbria (21 minuti), le Province di Trento e Bolzano e il Veneto (19 minuti), mentre la Basilicata pur rimanendo al sopra del valore previsto riesce a ridurre i tempi di intervento dai 27 minuti del 2015, che evidenziavano uno scostamento "non accettabile" ai sensi della griglia LEA, a 24.

Al di sopra del valore medio nazionale, pari a 1,70 giorni, risulta nelle regioni in Piano la durata della degenza media pre-operatoria, che costituisce un indicatore di appropriatezza dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica: sostanzialmente stabile in Sicilia, con una durata pari a 1,99 giorni sia nel 2015 che nel 2016, sono risultati in miglioramento l'Abruzzo (da 1,82 a 1,72), il Lazio (da 2,09 a 1,99), la Puglia (da 2,02 a 1,99); di nuovo in peggioramento nel 2016 il Molise (con 2,37), la Campania (2,21) e la Calabria (con 1,99). Tutte le regioni non in Piano si situavano sia nel 2015 che nel 2016 al di sotto della media, tranne la Liguria (rispettivamente 2,29 e 2,36 giorni), la Basilicata (2,09 e 2,04) e la Sardegna (1,89 e 1,94).

Miglioramenti significativi sono rilevati dall'indicatore costituito dal rapporto tra le dimissioni attribuite a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e i ricoveri attribuiti a DRG che non presentano tale rischio. Tutte le regioni in Piano nel 2016 hanno rispettato la soglia dello 0,21, ad eccezione della Campania (0,26), valore tuttavia in riduzione rispetto all'esercizio precedente.

Un utilizzo improprio dei reparti chirurgici nel biennio 2015-2016 è tuttavia segnalato in tutte le regioni in Piano, con l'eccezione dell'Abruzzo, dall'elevata percentuale sul totale dei dimessi da reparti chirurgici di quelli con DRG medico, così come eccessiva è la percentuale di ricoveri di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni. Nelle restanti regioni, valori elevati per il tasso di accesso di tipo medico si riscontrano, ma in miglioramento nei due anni, in Valle d'Aosta, nelle P.A. di Bolzano e Trento e in Liguria, nonché in Basilicata e Sardegna. Al di sopra della media i ricoveri di tipo diagnostico in Liguria e in Veneto.

ALCUNI INDICATORI SU STRUTTURA, PREVENZIONE, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA
(altre Regioni) – anno 2016

	Valle D'Aosta	Piemonte	Lombardia	Liguria	Prov Trento	Prov Bolz	Veneto	Friuli	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Basilicata	Sardegna
	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016
Adempiente: punteggio adempimento LEA ≥ 160 o compreso tra 160 e 140 e nessun indicatore critico &		207	198	196			209		205	208	192	199	173	
Assistenza ospedaliera														
Dimissioni tasso standardizzato x 1000 residenti ≤160	158,7	125,57	124,86	145,86	145,05	150,46	121,59	124,67	137,76	121,7	132,88	134,71	132,01	147,94
% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (acuti in DO) <8,2% VN	14,8	7,1	4	15,3	15	4,6	6,1	6,5	6	6,1	13,4	11,6	23,6	5,5
peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acuti in DO) >1,40 VN	1,23	1,22	1,19	1,27	1,19	1,1	1,21	1,2	1,18	1,3	1,21	1,2	1,21	1,12
Posti letto tasso x 1000 residenti	3,81	3,93	3,84	3,66	3,82	4	3,59	3,85	4,01	3,26	3,6	3,54	3,39	3,52
PI acuti tasso x 1000 residenti	3,09	2,92	3,1	3,05	2,79	3,25	3,04	3,53	3,24	2,96	2,98	3,1	2,81	3,29
PI post acuzie tasso x 1000 residenti intervallo chiamata-arrivo mezzi soccorso ≤18 minuti	0,71	1,01	0,74	0,6	1,03	0,75	0,55	0,33	0,78	0,31	0,62	0,44	0,58	0,22
24	17	14	14	14	19	19	19	17	15	15	18	21	25	ND
Prevenzione														
Screening oncologici Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati ≥7	15	11	9	9	13	9	15	15	15	13	9	13	9	5
Vaccinazioni														
Copertura vaccinazioni base a 24 mesi ≥95% (VN 93)*	90,87 (più di una <92%)	94,98 (tutte >=92%)	93,40 (una < 92%)	94,19 (tutte >=92%)	92,82 (una < 92%)	85,1 (più di una <92%)	91,85 (più di una <92%)	89,20 (più di una <92%)	92,98 (tutte ≥ 92%)	94,31 (tutte ≥92%)	92,21 (1 solo vaccin < 92%)	94,38 (tutte ≥ 92%)	97,35 (tutte ≥92%)	95,63 (tutte ≥92%)
MRP ≥95% (VN 87,2%)	83,13	91,07	93,34	82,11	87,33	67,47	89,13	83,19	87,35	89,34	83,02	89,37	90,56	90,28
antinfluenzale >65 anni ≥75% (VN 52%)	44,41	48,23	47,52	47,3	53,22	37,34	55,8	54,09	52,73	54,77	51,04	63,09	49,78	41,64
Appropriatezza														
% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico su tot dimissioni ≤28,59 VN	32,1	23,1	27,5	30,4	36,0	37,6	27,5	25,8	23,0	22,6	23,4	28,6	33,9	36,1
% ricoveri diurni di tipo diagnostico su totale ricoveri ≤38,57 VN	15,6	12,6	24,2	40,6	21,7	37,7	16,2	35,8	26,2	25,5	39,4	4,0	20,4	27,6
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani ≤265,3 VN	316,64	228,65	266,67	252,89	297,64	369,52	280,89	298,80	288,60	272,98	256,07	288,63	260,68	288,32
Degenza media pre-operatoria (gg) ≤1,70VN	1,53	1,26	1,54	2,36	1,45	1,39	1,58	1,50	1,29	1,36	1,42	1,69	2,04	1,94

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

	Valle D'Aosta	Piemonte	Lombardia	Liguria	Prov Trento	Prov Bolz	Veneto	Friuli	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Basilicata	Sardegna
	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016
Qualità e sicurezza assistenza														
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite ≤141	57,82	58,61	309,29	113,73	84,66	77,05	75,20	93,21	125,41	39,19	98,35	77,80	84,99	108,79
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤409	363,58	233,63	388,21	262,81	306,68	418,49	365,46	342,55	372,72	230,22	280,17	347,83	294,01	296,46
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno ≤15% (*)	21,2	19,5	20,5	20,0	14,9	19,5	18,6	15,5	16,8	17,2	24,8	20,1	28,4	30,2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti/anno ≤25% (*)	ND	21,5	20,3	31,2	13,7	17,6	18,7	22,0	20,1	22,2	27,0	21,4	26,4	29,8
Percentuale di parti cesarei primari ≤20%	21,2	20,8	20,3	24,4	13,9	18,4	18,6	17,9	19,4	21,1	25,5	20,9	27,6	30,0
Percentuale di parti fortemente pre-terme in punti nascita senza UTIN ≤18%	100,0	20,5	22,6	20,4	4,7	11,9	8,9	ND	8,9	12,0	36,0	17,2	11,5	51,6
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario ≥60%	86,76	65,32	64,75	57,19	75,73	77,76	69,07	73,83	73,91	76,09	58,22	52,92	51,24	51,12

Fonte: Ministero della salute - Dati 2015 - 2016

(VN): il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2016

* Nella tavola si indica il valore medio della copertura delle sei vaccinazioni base a 24 mesi, specificando se viene superato il valore limite del 92% in una o più vaccinazioni & dati provvisori

Criticità in termini di appropriatezza clinico-organizzativa e di qualità dell'assistenza sono evidenziate anche dall'indicatore, seppure in miglioramento, che indica la frequenza di utilizzo del ricovero ordinario di pazienti per specifiche patologie trattabili, invece, a livello territoriale. Nel caso di pazienti in età pediatrica, solo una delle regioni in Piano (Abruzzo) rientra all'interno del limite di riferimento (141), con un picco in Molise nel 2016 (228,49) che si pone al di sopra dello scostamento ritenuto accettabile, nonché della Sicilia nel 2015 con un valore pari a 276,8 che si riduce tuttavia drasticamente l'anno successivo (177,47)

Tale limite è invece generalmente rispettato tra le regioni non in Piano, con l'eccezione della PA di Bolzano (243,9) ed Emilia Romagna (177,5) nel 2015 e in Lombardia in entrambi gli esercizi (283,3 e 309,3).

Positivo invece il riscontro nel caso di malattie croniche riguardanti pazienti adulti: oltre alla PA di Bolzano, solo la Campania nonostante i miglioramenti significativi registrati negli ultimi anni ha continuato a situarsi al di sopra del valore limite.

Continua infine a ridursi in tutte le regioni il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne, passando da un valore nazionale di riferimento di 346 su 1000 abitanti anziani nel 2015 a 265 nel 2016. L'indicatore resta tuttavia al di sopra della soglia in Campania, Abruzzo e Puglia, così come nelle regioni non in Piano, con punte elevate in VdA e nella PA di Bolzano (rispettivamente, 316,6 e 369,5), mentre Piemonte, Liguria, Marche e Basilicata si situano al di sotto della media.

E' da osservare, tuttavia, che il miglioramento osservato negli standard ospedalieri, legato alla riorganizzazione della rete di assistenza e all'uso più appropriato delle strutture, non si accompagna sempre ad una adeguata offerta dell'assistenza territoriale rivolta alla parte "più debole" della popolazione, cioè anziani e disabili: offerta che, pur evidenziando un trend in crescita, nel 2015 (esercizio per cui si dispongono dati relativamente a tutte le regioni) risultava comunque più limitata rispetto ai valori raggiunti nel periodo pre-crisi (2009).

L'indicatore che misura la percentuale della popolazione ultra sessantacinquenne residente presa in carico da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL e che tiene conto delle diverse modalità organizzative delle regioni, nel 2015 risultava infatti insufficiente in Campania (1,35 rispetto al valore soglia di 1,88 per mille abitanti), nel Lazio (1,57) e in Calabria (1,58), mentre, con l'eccezione della VdA, il parametro era rispettato nelle regioni non in Piano. Nel 2016, delle regioni in PdR Lazio e Campania hanno evidenziato un miglioramento situandosi poco al di sotto del valore richiesto, mentre è risultato in ulteriore contrazione il dato relativo alla Calabria (1,34).

Insufficiente nelle regioni in Piano risulta nel 2015 anche l'offerta di posti equivalenti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti (espressione delle giornate di assistenza effettivamente erogate), con punte minime dello 0,71 in Molise e 0,62 in Campania rispetto ad un valore soglia del 9,8 per mille (valori saliti rispettivamente a 0,79 e 0,85 nel 2016). Superiori alla media, invece, i valori riscontrati in Calabria (11,3 e 11,8 nei due anni). Delle restanti regioni, nel 2015 si ponevano sotto la soglia VdA (1,65) e Basilicata (2,99).

ALCUNI INDICATORI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AD ANZIANI E DISABILI
(REGIONI IN PIANO DI RIENTRO)

Asistenza territoriale	anziani assistiti in ADI (%) ≥ 1,88		posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso per 1000 anziani residenti) ≥ 9,80		posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,50		posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,22		posti letto in Hospice rapporto su 100 deceduti per tumore ≥ 1		numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (tasso per 1.000 residenti) ≥ 10,82	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
soglia scostamenti non accettabili (Griglia LEA 2015-2016)												
	<1,56 e non in aumento		<4,81 e non in aumento		<0,41 e non in aumento		<0,16 e non in aumento		<0,5		<8,47 e non in aumento	
Italia	2,48		15,01		0,53		0,33		1,66		15,45	
Lazio	1,57	1,84	5,93	5,87	0,34	0,41	0,21	0,21	1,99	1,8	13,86	13,99
Abruzzo	3,71	3,55	6,85	7,25	0,55	0,55	0,27	0,26	1,69	1,69	14,25	14,26
Molise	4,37	5,4	0,71	0,79	0,79	0,92	0,05	0,05	1,91	1,91	16,51	17,76
Campania	1,35	1,87	0,63	0,85	0,21	0,24	0,29	0,29	0,71	0,65	13,94	14,04
Puglia	2,2	2,96	4,82	5,21	0,59	0,58	0,27	0,32	1,65	1,61	16,76	17,21
Calabria	1,58	1,34	11,27	11,8	0,52	0,48	0,08	0,08	0,45	0,45	16,13	12,02
Sicilia	3,51	3,46	2,82	3,87	0,28	0,25	0,22	0,23	0,95	0,94	18,63	18,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute – dati provvisori

Sempre nell'ambito dell'assistenza territoriale, il monitoraggio evidenzia una carenza generalizzata nelle regioni in Piano e non, di dotazione di posti equivalenti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili. La dotazione di posti letto in strutture hospice è risultata insufficiente in Calabria (0,45) e Campania (0,7) in entrambi gli anni e in Piemonte, P.A. Bolzano e Umbria nel 2015 (con valori intorno allo 0,9). I relativi parametri sono invece al di sopra della soglia (≥1 su 100) nelle altre regioni. Risultano adeguati, infine, in tutte le regioni, il numero di assistiti presso il Dipartimento di salute mentale.

ALCUNI INDICATORI DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AD ANZIANI E DISABILI
(ALTRE REGIONI)

Asistenza territoriale	anziani assistiti in ADI (%) ≥ 1,88		posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso per 1000 anziani residenti) ≥ 9,80		posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,50		posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1000 residenti) ≥ 0,22		posti letto in Hospice rapporto su 100 deceduti per tumore ≥ 1		numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (tasso per 1.000 residenti) ≥ 10,82	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
soglia scostamenti non accettabili (Griglia Lea 2015-2016)												
	<1,56 e non in aumento		<4,81 e non in aumento		<0,41 e non in aumento		<0,16 e non in aumento		<0,5		<8,47 e non in aumento	
Italia	2,48		15,01		0,53		0,33		1,66		15,45	
Valle D'Aosta	0,35		1,65		0,34		0		1,82		nd	
Piemonte	3,14		22,71		0,55		0,24		0,87		16,38	
Lombardia	2,56	2,95	27,48	26,6	0,81	0,82	0,41	0,42	2,53	2,56	17,66	17,17
Liguria	3,5		13,6		1,11		0,46		1,22		17,54	
Prov Trento	3,79		74,83		0,43		0		1,09		16,6	
Prov Bolz	nd		nd		0,27		0,02		0,89		nd	
Veneto	2,34	5,07	31,07	21,72	0,67	0,68	0,72	0,73	1,32	1,32	14,34	17,75
Friuli V.G.	2,68		21,46		0,66		0,15		1,8		11,65	
Emilia Romagna	4,12		15,28		0,51		0,52		1,99		20,58	
Toscana	3	3,55	12,06	9,21	0,43	0,45	0,31	0,3	1,05	1,04	13,06	13,4
Marche	1,86	2,08	13,57	12,76	0,57	0,57	0,18	0,23	1,35	1,37	15,89	16,04
Umbria	2,05	2,22	20,31	20,39	0,43	0,4	0,52	0,51	0,92	1,06	16,49	16,67
Basilicata	2,2		2,99		0,77		0,19		2,32		10,77	
Sardegna	nd		nd		0,43		0,25		5,42		nd	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Si segnala, poi, il persistere di gravi deficit gli indicatori ricadenti nell'ambito della qualità e sicurezza assistenziale.

Nonostante i significativi miglioramenti registrati negli ultimi anni, con riferimento alle operazioni dei pazienti con rottura del collo del femore, delle regioni in Piano solo due (Sicilia e Lazio) superano nel 2016 la soglia del 60 per cento dei casi di intervento entro il secondo giorno del ricovero, mentre nelle restanti tale percentuale scende significativamente, ponendosi al 25 per cento della Campania e al 29,3 della Calabria. Nelle altre aree del Paese si evidenziano valori compresi tra il 70 e l'80 per cento, con l'eccezione della Lombardia, Liguria e Marche che si situano vicino al 60 per cento, l'Umbria al 53 per cento, mentre la Basilicata e la Sardegna si fermano al 46,7.

Persiste, inoltre, un ricorso eccessivo al taglio cesareo nei parti primari. Nel 2016 la soglia di riferimento (20 per cento sul totale delle dimissioni per parto) è stata largamente superata in tutte le regioni in Piano, mentre nelle altre aree del Paese i valori più elevati si riscontrano in Liguria, Marche e Basilicata e in Sardegna (30 per cento), regione quest'ultima dove, sempre in tale esercizio, si registra una percentuale di parti fortemente pre-termine in punti nascita non attrezzati per la terapia neonatale pari al (51,6 per cento rispetto ad un limite del 18 per cento sul totale di tale tipologia di parti).

Inoltre, guardando alle regioni in Piano, nelle strutture che eseguono un numero di parti inferiore a 1.000 unità nell'anno, nel 2016 si registrano punte superiori al 46 per cento in Campania e intorno al 33 per cento in Puglia e in Molise; le restanti regioni (con valori compresi tra il 25 e il 30 per cento) si collocano comunque ben al di sopra della soglia di riferimento (15 per cento). Non ancora risolta, infine, in alcune regioni (Campania, Puglia, Molise e Calabria) la questione dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno che, oltre a comportare costi più elevati, non garantiscono adeguati standard di sicurezza; in ritardo anche l'organizzazione della rete neonatologica.

Infine, in tutte le regioni in Piano (escluse, Lazio e Molise che si attestano comunque sulla soglia minima, mentre l'Abruzzo in costante miglioramento ha raggiunto il parametro richiesto) significative criticità emergono nell'erogazione di servizi afferenti l'area della prevenzione, con particolare riferimento all'area degli screening oncologici, come si evince dall'ultimo aggiornamento dell'indicatore relativo alla quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati; criticità che dipendono sia da una percentuale di estensione alla partecipazione (numero di inviti rispetto alla popolazione *target*) ancora molto inferiore all'obiettivo del 100 per cento, sia da un'adesione (numero di soggetti sottoposti a *screening* rispetto al numero dei soggetti invitati) spesso estremamente contenuta. Pari o al di sopra la soglia richiesta si pongono le restanti regioni, fatta eccezione la Sardegna che presenta ancora uno scostamento rilevante.

Criticità si rilevano anche per quanto riguarda le vaccinazioni, per le quali si è evidenziata, sia nelle regioni in Piano che nelle altre, una tendenza a ridurre la copertura, anche a causa di un calo della domanda riconducibile ad una perdita di fiducia nei confronti dei benefici delle vaccinazioni da parte di una quota della popolazione.

Come evidenziato dal Piano Nazionale di Prevenzione vaccinale 2017-2019, inevitabilmente la riduzione delle coperture comporterà un accumulo di suscettibili che, per malattie ancora endemiche (come morbillo, rosolia e pertosse), rappresenta il rischio di estesi focolai epidemici, come dimostrano le epidemie di morbillo avvenute in questi ultimi anni; mentre per malattie non presenti in Italia, ma potenzialmente introducibili, come la polio e la difterite, l'accumulo di suscettibili aumenta il rischio di casi sporadici sul nostro territorio, in presenza di importazioni di malati o portatori. E' da notare infine che rilevanti sono i costi della non vaccinazione, non soltanto in termini di sofferenza e,

a volte disabilità o mortalità, dei soggetti che si ammalano, ma anche di maggiori spese che si riverberano, da un lato, sul sistema sanitario e, dall'altro, su famiglie e mondo produttivo.

Per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi, rispetto al *target* del 95 per cento raccomandato dal Ministero della salute e dall'OMS, la copertura è passata dal 95,7 per cento del 2013 in media nazionale al 93,4 del 2015 e 2016. In diverse regioni, inoltre, la percentuale è scesa al di sotto della soglia ritenuta accettabile in base alla Griglia LEA (copertura inferiore al 92 per cento per più di una vaccinazione). Il ritardo è in genere recuperato a 36 mesi (in concomitanza con l'inizio dell'età pre-scolare), ma ciò non evita l'esposizione al rischio dei bambini non vaccinati.

Particolarmente critica la copertura a 24 mesi per morbillo, parotite e rosolia (MRP) pari, in media, all'87,2 per cento nel 2016 rispetto al 95 per cento raccomandato. La Lombardia con il 93,3 per cento si pone in testa alla classifica nazionale, seguita da Toscana e Umbria con valori superiori l'89 per cento, Emilia Romagna con l'87, a fronte dell'83 per cento delle Marche; nelle regioni in Piano, Lazio e Abruzzo presentano una copertura (87,9 e 87,5 per cento) poco al di sopra della media nazionale, che scende al 73,5 per cento in Molise. In miglioramento la Calabria, che nel biennio passa dall'84,2 all'86,5 per cento.

Come si è detto, la copertura è migliorata nel corso del 2017 e nei primi mesi dell'esercizio in corso a seguito dell'emanazione del Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73 che, sulla base del Nuovo PNPV 2017-2019¹⁸, ha esteso da quattro a dieci le vaccinazioni obbligatorie, subordinando l'accesso a scuola alla certificazione delle stesse e destinando un fondo ad hoc per l'implementazione dell'Anagrafe vaccinale, strumento fondamentale per il monitoraggio puntuale dei dati di copertura e la valutazione dei programmi ed interventi.

Anche la copertura per vaccinazione antinfluenzale negli anziani presenta valori non adeguati rispetto alla soglia del 75 per cento consigliata e al 66 per cento raggiunto nel 2008-2009: negli anni successivi tale percentuale si riduce in quasi tutte le regioni, indicando nel 2016 una copertura della popolazione interessata pari in media al 52 per cento. Migliori, ma comunque inadeguati, i risultati dell'Umbria (63,1 per cento), nonché del Veneto (55,8), Campania (56,7) e Calabria (57,8). Tale insufficiente copertura è posta in relazione alla più elevata morbilità rilevata in questi ultimi anni, con conseguenze particolarmente gravi per gli anziani e le persone affetti da patologie croniche preesistenti.

RIQUADRO 4 - "I PROGRESSI VERSO IL NUOVO SISTEMA DI MONITORAGGIO DEI LEA"

Nell'anno 2017 lo schema di decreto interministeriale, volto ad aggiornare il Sistema di Garanzia di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, è stato sottoposto alle valutazioni del Comitato LEA. Lo schema di decreto è stato infine approvato dal Comitato il 15 dicembre 2017. Per essere adottato il Decreto deve essere condiviso dal MEF e deve essere acquisita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni.

Con l'approvazione da parte del Comitato LEA è stata riavviata la sperimentazione degli indicatori prevedendo per ciascuno di essi la ricostruzione della serie temporale 2013-2016, l'identificazione della soglia di garanzia minima e definizione del peso, l'individuazione della funzione di

¹⁸Il 19 gennaio 2017 è stato approvato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni il PNPV 2017-2019, il cui calendario vaccinale è stato inserito nel dPCM 12 gennaio 2017. La Legge di Bilancio 2017-2019 ha individuato i fondi per il parziale rimborso alle regioni della spesa sostenuta per l'acquisto dei vaccini previsti dal nuovo calendario, la cui ripartizione è stata approvata dalla Conferenza.

valorizzazione degli indicatori e il calcolo dei punteggi (da 0 a 100) al 2016, l'analisi del trend e il calcolo di una penalizzazione/premialità, e della variabilità intra-regionale.

Il Nuovo Sistema di Garanzia che include il sistema di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza in tutte le regioni, si configura come un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni. Esso è strutturato attraverso un sistema di 88 indicatori (si veda la tavola A8 in appendice relativi ai LEA dei tre macro-livelli di assistenza: i) prevenzione collettiva e sanità pubblica; ii) assistenza distrettuale; iii) assistenza ospedaliera. L'obiettivo è quello di cogliere elementi utili a testare l'efficienza e l'appropriatezza organizzativa, l'efficacia e appropriatezza clinica, e la sicurezza delle cure nei diversi sistemi regionali. L'analisi è estesa anche alla valutazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) trasversali rispetto ai tre macro-livelli di assistenza, e una specifica attenzione all'omogeneità interna alle regioni nonché all'equità sociale, alla qualità percepita e all'umanizzazione delle cure.

Nell'anno 2017 un gruppo di lavoro specifico, multidisciplinare, per la definizione della metodologia per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) ha proseguito la sua attività, avviata già dal 2015, presentando e condividendo con il Comitato LEA la metodologia e il Manuale operativo prodotto per 6 PDTA (scompenso cardiaco, broncopneumopatie cronico-ostruttive - BPCO, diabete, tumore della mammella nella donna, tumori del colon e del retto). Il Manuale è stato successivamente inviato a tutte le 21 regioni e P.A. e illustrato in un incontro di confronto e discussione con le Regioni stesse tenutosi nel mese di novembre 2017. Il Manuale consente l'applicazione della metodologia in maniera uniforme in tutte le regioni al fine di elaborare indicatori confrontabili. L'elaborazione di questi indicatori sui PDTA può essere effettuata, al momento, solo a livello regionale, per le note limitazioni dovute alle disposizioni sulla privacy riguardanti il trattamento di informazioni sensibili.

L'applicazione della metodologia di monitoraggio dei PDTA per diabete, scompenso cardiaco e BPCO è stata sperimentata in 4 regioni, quantificando il bisogno di salute in termini di prevalenza delle patologie considerate e validando gli indicatori di processo, definiti come aderenza alle raccomandazioni di cura previste dalle linee-guida (esami strumentali, visite di controllo, trattamento farmacologico). La sperimentazione ha evidenziato come:

- i) la scarsa aderenza alle raccomandazioni sia associata ad un aumentato rischio di ospedalizzazione per complicanze del diabete,
- ii) all'aumentare dell'aderenza alle raccomandazioni, diminuisca il costo pro-capite per ricoveri per complicanze del diabete,
- iii) l'aderenza al trattamento con broncodilatatori a lunga durata d'azione costituisca un fattore estremamente protettivo nei confronti della mortalità dei pazienti affetti da BPCO,
- iv) una buona aderenza alle raccomandazioni riduca il rischio di morte a 5 anni dal primo ricovero per scompenso cardiaco.

Sulla base dei risultati di questa prima sperimentazione sono stati individuati 10 indicatori per i 6 PDTA sopra citati, da includere nell'allegato 1 dello schema di Decreto per l'aggiornamento del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza - Nuovo Sistema di Garanzia.

RIQUADRO 5 - L'AZIONE DI RIDUZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DELLE LISTE D'ATTESA E GLI ULTIMI DATI DISPONIBILI SUL FENOMENO

Per la predisposizione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, PNGLA 2018-2020, è stata prevista la costituzione di un nuovo Gruppo di lavoro formato da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e Province autonome, AGENAS, ISS e integrato nel 2018 da Cittadinanza attiva, con l'obiettivo di condividere interventi uniformi su tutto il territorio nazionale. Il gruppo deve elaborare il nuovo Piano e definire le modalità attuative dei principi in esso contenuti con riferimento a: i) pieno funzionamento dei flussi informativi individuati per la esaustiva raccolta dei dati e la valutazione dell'impatto derivante dai sistemi di monitoraggio definiti; ii) modalità di comunicazione e trasparenza all'utenza sui tempi di attesa, da pubblicizzare sul sito web delle aziende sanitarie; iii) compiti, impegno e responsabilità delle direzioni aziendali; iv) gestione dei rapporti tra l'attività istituzionale e l'attività libero professionale ai fini

dell'abbattimento dei tempi di attesa; v) costituzione dell'Osservatorio di monitoraggio sui tempi e liste di attesa. I lavori sono ancora in fase di avvio e ne è stata stimata una durata di ventiquattro mesi. La revisione avviata prevede l'ampliamento delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio; l'estensione dei monitoraggi a tutte e 21 le Regioni e Province autonome; la revisione delle linee guida di Monitoraggio dei Percorsi diagnostico terapeutici in ambito cardiovascolare e oncologico; una proposta di eventuale riduzione o sospensione delle attività in Libera professione intramuraria, nei casi in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino, in modo sistematico e rilevanti, quelli massimi indicati dalla programmazione regionale, in riferimento alle classi di priorità sancite dal Piano nazionale. La riduzione e/o sospensione cesserà dal momento in cui saranno ripristinati i tempi di attesa per l'attività istituzionale inferiori ai valori massimi previsti; la definizione chiara e netta dei canali per le diverse tipologie di accesso garantendo sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il primo accesso, mentre, nel caso di prestazioni di controllo/*follow up*, la presa in carico del paziente dovrà avvenire con la prenotazione da parte del medico specialista e /o della struttura; l'uso obbligatorio delle classi di priorità previste dal Piano nazionale e definite in Conferenza Stato Regioni dell'11 luglio 2002. Le classi di priorità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale finora previste dal Piano nazionale sono: Classe "U" (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; Classe "B" (Breve), da eseguire entro 10 giorni; Classe "D" (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; Classe "P" (Programmata) entro 180 giorni.

Proprio per definire meglio il tempo di attesa in giorni afferente alla classe di priorità P è stata effettuata una indagine rilevando vari comportamenti prescrittivi e di utilizzo da regione a regione. Pertanto, sarà condivisa una tempistica uguale per tutte le Regioni e Province autonome e verrà richiamata l'attenzione al modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenea" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, che prevedono il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori e soggetti erogatori, tramite criteri clinici espliciti per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni.

Nel Piano viene ribadito l'impegno dei Direttori generali, che provvederanno all'aggiornamento dei Programmi attuativi aziendali, in relazione ai Piani regionali, andando a definire gli ambiti territoriali di garanzia e il fabbisogno per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Inoltre, l'abbattimento dei tempi di attesa dovrà configurarsi come uno dei fattori prioritari nella valutazione del Direttori.

Tra i vari monitoraggi individuati nel Piano nazionale quello delle prestazioni ambulatoriali ex post che ha come obiettivo di poter valutare il tempo intercorso tra la data di effettiva erogazione della prestazione e quella di prenotazione e quindi di saggiare l'impegno nel garantire l'erogazione di prestazioni entro i tempi appropriati alle condizioni cliniche dei pazienti.

Tale monitoraggio è espletato sulla base dei flussi informativi previsti dall'articolo 50 della legge 326/2003. In particolare, dal luglio 2015, il Ministero della salute ha reso disponibile un cruscotto informativo NSIS di dettaglio su 8 prestazioni: visita ortopedica; visita oculistica; visita cardiologica; mammografia; ecografia ostetrica-ginecologica; eco-colordoppler dei tronchi sovraortici; RMN della colonna vertebrale; TAC Torace senza e con contrasto.

Nella tavola di seguito sono riportate le percentuali di garanzia del rispetto dei tempi rilevate a livello nazionale per le 8 prestazioni considerate *traccianti* (anno 2017 aggiornamento al 23 agosto 2017).

PRESTAZIONE SANITARIA	Classe di priorità prestazione B (breve: entro 10 gg) Rapporto % tra prestazioni garantite e il totale delle prestazioni	Classe di priorità prestazione D (differibile: entro 30 gg visite; entro 60 gg accertamenti diagnostici) Rapporto % tra prestazioni garantite e il totale delle prestazioni
Visita ortopedica	82,18%	88,77%
Visita oculistica	90,12%	67,56%
Visita cardiologica	81,20%	85,54%
TAC Torace senza e con contrasto	84,28%	89,27%
Mammografia	90,68%	80,84%
RMN Colonna vertebrale	86,20%	98,42%
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	82,59%	93,59%
Eco-colordoppler dei tronchi sovrartici	87,43%	87,51%

Monitoraggio delle sospensioni. Tutte le Regioni hanno dato indicazioni riguardo agli interventi messi in atto per sopperire ai disagi causati dalla sospensione delle erogazioni delle prestazioni. Non risulta, tuttavia, un controllo costante da parte delle Regioni delle sospensioni delle attività di prenotazione (le così dette agende chiuse). Nel nuovo PNGLA saranno prese in considerazione, a garanzia del diritto alla salute di tutti i cittadini, come prevede l'articolo 32 della Costituzione, anche le modalità alternative di erogazione di quelle prestazioni che superano i tempi stabili nei Programmi attuativi aziendali sulle liste di attesa.

LA RICOMPOSIZIONE E LE PROSPETTIVE DELLA SPESA SANITARIA

16. La prolungata attenzione sul fronte della spesa, i processi di riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e le difficoltà di adeguare l'offerta pubblica al mutare delle caratteristiche della domanda di assistenza si sono riflessi in una modifica del regime di finanziamento della spesa sanitaria oltre che in preoccupanti fenomeni di rinuncia alle cure¹⁹. È al complesso di tali modifiche e al loro intrecciarsi con le caratteristiche del sistema fiscale che è necessario guardare per intervenire su tali profili di criticità. Uno sguardo che non può prescindere dal considerare le tendenze della spesa del comparto anche alla luce delle previsioni di medio lungo periodo legate all'invecchiamento della popolazione.

16.1 Tra il 2012 e il 2016 la spesa sanitaria diretta delle famiglie è cresciuta dell'8,3 per cento contro il 2 per cento di quella delle amministrazioni pubbliche. Di rilievo la crescita anche di quella coperta da regimi di finanziamento volontari (+7,2 per cento).

La quota di spesa a carico delle famiglie ha raggiunto il 22,7 per cento (il 2,1 per cento del prodotto). Un peso superiore a quello della Germania (1,8 per cento), in linea con l'incidenza rilevata in Francia, ma inferiore al livello raggiunto in Spagna e Portogallo dove si pone tra il 2,6 e il 3 per cento del prodotto. Rimane, invece, inferiore (anche se in crescita) il ruolo delle forme assicurative.

La pubblica amministrazione continua ad essere il principale finanziatore della spesa per tutte le funzioni.

¹⁹ La crisi economica, oltre che lo sforzo di contenimento della spesa, si sono riflessi nella crescita del rilievo dei casi di rinuncia alle cure. Ciò sia in relazione ad esami medici, sia alle cure dentali. Nonostante la maggior parte della popolazione riporti esigenze sanitarie soddisfatte, la proporzione di persone che riportano esigenze insoddisfatte per esami medici per colpa di costi eccessivi, distanza geografica o tempi d'attesa era cresciuta dal 5 per cento nel 2009 al 7,2 per cento nel 2015. Questa proporzione era doppia per persone nel gruppo di reddito più basso (14 per cento). La proporzione di persone che riporta esigenze non soddisfatte nell'assistenza dentale per gli stessi tre motivi era cresciuta dal 7 per cento nel 2009 al 10 per cento nel 2014, ed è anch'essa doppia per i più poveri (20 per cento). Nell'ultimo anno disponibile (il 2016) tali valori si presentano in flessione al 5,5 per cento. Si riduce la quota di persone che hanno indicato un problema di costo (dal 6,5 al 4,9 per cento) anche se il dato italiano rimane doppio rispetto alla media euro e ben superiore ai paesi a noi più vicini (Francia 1 per cento Germania e Spagna 0,2 per cento). In flessione anche il dato delle rinunce per le liste d'attesa, che si dimezza (0,5 per cento) rispetto al livello del 2013 (pur rimanendo ben al di sopra della media euro).

LA SPESA SANITARIA PRIVATA (COMPOSIZIONE E VALORI PRO CAPITE)

Funzione di assistenza	2016				variazione 2012/2016				composizione 2016			
	PA e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta delle famiglie	Totale	PA e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta delle famiglie	Totale	PA e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta delle famiglie	Totale
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	66.491	1.138	14.403	82.032	-1,4	2,7	15,6	1,3	81,1	1,4	17,6	100,0
<i>ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione</i>	<i>40.230</i>	<i>187</i>	<i>1.403</i>	<i>41.820</i>	<i>-4,0</i>	<i>14,7</i>	<i>0,1</i>	<i>-3,8</i>	<i>96,2</i>	<i>0,4</i>	<i>3,4</i>	<i>100,0</i>
<i>ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione</i>	<i>5.771</i>	<i>30</i>	<i>462</i>	<i>6.263</i>	<i>-5,0</i>	<i>-23,1</i>	<i>-9,4</i>	<i>-5,4</i>	<i>92,1</i>	<i>0,5</i>	<i>7,4</i>	<i>100,0</i>
<i>ambulatoriale per cura e riabilitazione</i>	<i>20.209</i>	<i>859</i>	<i>12.420</i>	<i>33.488</i>	<i>5,5</i>	<i>0,5</i>	<i>18,8</i>	<i>9,9</i>	<i>60,3</i>	<i>2,6</i>	<i>37,1</i>	<i>100,0</i>
<i>domiciliare per cura e riabilitazione</i>	<i>281</i>	<i>62</i>	<i>118</i>	<i>461</i>	<i>-4,7</i>	<i>21,6</i>	<i>19,2</i>	<i>3,6</i>	<i>61,0</i>	<i>13,4</i>	<i>25,6</i>	<i>100,0</i>
Assistenza (sanitaria) a lungo termine (LTC)	11.489	134	3.444	15.067	2,1	67,5	8,5	3,9	76,3	0,9	22,9	100,0
<i>ospedaliera a lungo termine</i>	<i>5.866</i>	<i>72</i>	<i>3.050</i>	<i>8.988</i>	<i>2,4</i>	<i>148,3</i>	<i>7,3</i>	<i>4,5</i>	<i>65,3</i>	<i>0,8</i>	<i>33,9</i>	<i>100,0</i>
<i>ospedaliera diurna a lungo termine</i>	<i>930</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>930</i>	<i>-5,1</i>			<i>-5,1</i>	<i>100,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>100,0</i>
<i>ambulatoriale a lungo termine</i>	<i>2.595</i>	<i>0</i>	<i>310</i>	<i>2.905</i>	<i>2,2</i>		<i>19,2</i>	<i>3,8</i>	<i>89,3</i>	<i>0,0</i>	<i>10,7</i>	<i>100,0</i>
<i>domiciliare a lungo termine</i>	<i>2.098</i>	<i>62</i>	<i>84</i>	<i>2.244</i>	<i>4,7</i>	<i>21,6</i>	<i>20,0</i>	<i>5,6</i>	<i>93,5</i>	<i>2,8</i>	<i>3,7</i>	<i>100,0</i>
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	9.188	329	2.825	12.342	2,2	-8,9	-8,7	-0,8	74,4	2,7	22,9	100,0
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	17.697	214	13.195	31.106	16,4	-6,6	5,3	11,2	56,9	0,7	42,4	100,0
<i>non durevoli</i>	<i>16.790</i>	<i>0</i>	<i>9.867</i>	<i>26.657</i>	<i>16,8</i>		<i>3,1</i>	<i>11,3</i>	<i>63,0</i>	<i>0,0</i>	<i>37,0</i>	<i>100,0</i>
<i>durevoli</i>	<i>907</i>	<i>214</i>	<i>3.328</i>	<i>4.449</i>	<i>8,1</i>	<i>-6,6</i>	<i>12,5</i>	<i>10,5</i>	<i>20,4</i>	<i>4,8</i>	<i>74,8</i>	<i>100,0</i>
Servizi per la prevenzione delle malattie	5.358	636	63	6.057	2,8	26,9	1,6	4,9	88,5	10,5	1,0	100,0
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.959	937	0	2.896	2,3	6,4		3,6	67,6	32,4	0,0	100,0
Tutte le Funzioni	112.182	3.388	33.930	149.500	2,0	7,2	8,3	3,5	75,0	2,3	22,7	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat

La spesa per assistenza per cura e riabilitazione è per oltre l'81 per cento assicurata dalla PA. Tuttavia nello stesso periodo, a fronte di una flessione dell'1,4 per cento di quella pubblica (per il calo della componente per la funzione di assistenza ospedaliera in regime ordinario spiegata da una progressiva diminuzione dei ricoveri), quella diretta delle famiglie è cresciuta del 15,4 per cento. Al suo interno, sono quella ambulatoriale +18,8 per cento e quella domiciliare +19,2 che presentano le variazioni più forti, anche per l'ampliarsi delle liste d'attesa e per l'aumento delle partecipazioni e la conseguente riduzione del differenziale tra tariffe pagate nel pubblico a quelle del settore privato.

Anche la spesa per assistenza a lungo termine è per oltre il 76 per cento finanziata dall'operatore pubblico, ma nei quattro anni osservati a fronte di un aumento del 2,1 per cento di quella coperta dal pubblico, quella a carico delle famiglie è aumentata dell'8,5 per cento, influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza ospedaliera (+7,3 per cento) e, soprattutto di quella ambulatoriale e domiciliare (rispettivamente +19,2 e +20 per cento).

TAVOLA 11.1

LA SPESA SANITARIA PRIVATA RIVERSATA AL PUBBLICO

REGIONE	Totale Compart. e intra moenia	valori pro capite	compartecipazioni	intra moenia	di cui ospedaliera	di cui specialistica
PIEMONTE	288,8	65,7	180,3	108,5	25,3	62,8
VALLE D'AOSTA	15,0	118,3	12,2	2,8	0,3	1,9
LOMBARDIA	710,4	70,9	482,4	227,9	70,1	129,6
P.A. BOLZANO	32,5	61,9	29,7	2,8	0,0	2,4
P. A. TRENTO	41,4	76,9	30,4	11,0	0,2	10,3
VENETO	415,5	84,7	301,9	113,6	16,1	93,4
FRIULI V.G.	87,7	72,0	61,7	26,0	2,0	22,8
LIGURIA	123,4	78,8	86,9	36,5	6,5	24,3
EMILIA ROMAGNA	364,3	81,9	235,1	129,2	23,0	99,3
TOSCANA	316,2	84,5	208,0	108,2	14,2	91,0
UMBRIA	61,8	69,5	47,1	14,7	0,6	13,6
MARCHE	102,2	66,5	66,4	35,8	1,4	33,6
LAZIO	366,3	62,1	267,6	98,7	11,6	65,8
ABRUZZO	83,9	63,4	67,6	16,2	3,1	12,0
MOLISE	17,3	55,7	13,7	3,6	2,4	0,2
CAMPANIA	303,2	51,9	257,3	45,9	10,1	30,1
PUGLIA	217,1	53,4	179,0	38,1	14,4	21,6
BASILICATA	33,6	58,9	28,6	5,0	0,0	4,8
CALABRIA	89,9	45,8	79,3	10,6	0,0	10,0
SICILIA	240,6	47,6	203,9	36,8	3,9	28,7
SARDEGNA	62,9	38,0	50,3	12,6	0,3	9,9
Totale	3.973,9	65,6	2.889,4	1.084,6	205,5	768,0
Regioni piano rientro	1.318,4	53,9	1.068,4	250,0	45,4	168,3
Altre regioni	2.655,5	73,5	1.820,9	834,6	160,1	599,7
Regioni Nord	2.078,9	74,9	1.420,5	658,3	143,6	446,7
RSO	1.902,3	75,1	1.286,6	615,7	141,1	409,3
RSS	176,6	73,3	133,9	42,6	2,5	37,4
Regioni Centro	846,6	70,2	589,2	257,4	27,8	204,1
Regioni Sud	1.048,5	50,5	879,7	168,8	34,2	117,3
RSO	745,0	52,9	625,6	119,4	30,0	78,6
RSS	303,5	45,2	254,1	49,4	4,2	38,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

La spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici è sostenuta per il 56,9 per cento dalla pubblica amministrazione e per il 42,4 per cento dalle famiglie.

La forte crescita dei prodotti farmaceutici finanziata dal pubblico è in diretto rapporto con l'aumento registrato sia negli acquisti di farmaci innovativi sia dalla dinamica crescente dei dispositivi medici. Una voce, quest'ultima, che ha inciso anche sulla spesa delle famiglie, in aumento nel periodo di oltre il 12 per cento. Tale spesa rappresenta poco meno del 75 per cento della spesa complessiva ed è destinata ad apparecchi e altri presidi medici (lenti correttive, lenti a contatto, apparecchi ortodontici e altro).

Va infine considerato, a parziale correzione di quanto osservato in precedenza, che una quota non trascurabile della spesa delle famiglie "ritorna" al pubblico quale entrata, essendo corrisposta o come compartecipazione alla spesa o come corrispettivo per prestazioni intramoenia. Si tratta di poco meno di 4 miliardi. Oltre ai 2,9 miliardi per compartecipazioni vanno considerati gli 1,1 miliardi per l'intramoenia: sono in prevalenza prestazioni specialistiche (per 768 milioni nel 2017) e ospedaliere per 205 milioni. Il rilievo di tale attività, al netto dei costi corrisposti al personale per le prestazioni rese, quale entrata per il settore pubblico è comunque limitato.

A livello regionale la spesa sanitaria a carico delle famiglie presenta differenze di notevole rilievo. Se in media è di circa 114 euro mensili, essa varia tra i 198 della Valle d'Aosta e i 64 della Campania. Dati che sembrano confermare come non vi sia riscontro che tale evoluzione sia legata ai differenziali nel funzionamento del sistema pubblico.

TAVOLA 11.2

LA SPESA SANITARIA PRIVATA PER FAMIGLIA				
	spesa sanitaria media per famiglia	spesa media complessiva per famiglia	spesa sanitaria / spesa complessiva	spesa sanitaria / Pil
Piemonte	122,5	2.607,6	4,7	2,2
Valle d'Aosta	198,2	2.862,4	6,9	3,3
Lombardia	159,1	3.040,4	5,2	2,2
Bolzano	198,0	3.551,1	5,6	2,3
Trento	88,3	2.629,7	3,4	1,3
Veneto	127,6	2.673,2	4,8	1,9
Friuli-Venezia Giulia	114,6	2.479,0	4,6	2,0
Liguria	104,4	2.289,5	4,6	2,0
Emilia-Romagna	118,2	2.975,5	4,0	1,8
Toscana	111,4	2.821,4	3,9	1,9
Umbria	128,0	2.250,1	5,7	2,7
Marche	82,8	2.263,6	3,7	1,6
Lazio	107,8	2.620,0	4,1	1,8
Abruzzo	94,5	2.159,0	4,4	2,0
Molise	94,5	2.175,7	4,3	2,4
Campania	64,4	2.065,2	3,1	1,6
Puglia	113,4	2.171,2	5,2	3,0
Basilicata	103,4	1.981,2	5,2	2,6
Calabria	74,2	1.701,0	4,4	2,2
Sicilia	86,2	1.876,2	4,6	2,4
Sardegna	80,2	2.128,7	3,8	2,0
Italia	113,7	2.524,4	4,5	2,1

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat

Una differenza che si legge anche nel peso che tale voce ha sulla spesa complessiva per consumi delle famiglie: a fronte di una incidenza media del 4,5 per cento, essa supera il 5 per cento non solo in Valle d'Aosta, ma anche in Lombardia, nella Provincia di Bolzano e in Umbria, Puglia e Basilicata.

Il minor livello della spesa non ne riduce il rilievo in termini di prodotto: a fronte del 2,1 per cento medio, raggiunge il 3 per cento in Puglia, il 2,6 in Basilicata e il 2,4 sia nel Molise che in Sicilia.

16.2 Nel valutare l'evoluzione della spesa sanitaria privata non si può prescindere da considerare il ruolo della "spesa fiscale" riconducibile al trattamento riservato in sede di valutazione del reddito delle persone fisiche in termini di deduzioni e detrazioni di imposta ad alcune specifiche categorie di tali spese. La disponibilità dell'elaborazione dei risultati delle dichiarazioni dei redditi presentate nel 2017 e relative al 2016 consente di ripetere l'analisi effettuata lo scorso anno, arricchendo il quadro di ulteriori elementi informativi.

Sono essenzialmente tre le voci di maggior interesse che si possono trarre dalla lettura dei dati fiscali.

Come è noto, il testo unico sui redditi delle persone fisiche prevede una detrazione del 19 per cento per le spese sanitarie relative alle spese mediche e di assistenza specifica, a quelle chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Nel 2016 gli oneri, detraibili al 19 per cento, sono stati di poco inferiori ai 17,7 miliardi, evidenziando una crescita significativa (+5,9 per cento rispetto al 2015).

Di rilievo sono poi le deduzioni previste per spese mediche per portatori di handicap: si tratta nel complesso di oltre 1 miliardo, in crescita dell'11 per cento rispetto al 2015.

Di minor ammontare assoluto sono infine le spese sostenute per l'assistenza personale in favore di determinati soggetti, nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana. Una spesa "a confine" tra sanità e assistenza. Dal 2016 è prevista una detrazione del 19 per cento su un importo massimo di 2.100 euro, se il reddito complessivo non supera 40.000 euro (compreso il reddito da cedolare secca). La detrazione spetta al soggetto che ha sostenuto la spesa anche se non è titolare del contratto di lavoro del personale addetto all'assistenza. La detrazione riguarda le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale propria o di uno o più familiari anche se non fiscalmente a carico del contribuente.

Le spese sanitarie a cui corrisponde una detrazione di imposta del 19 per cento sono cresciute da 16,7 miliardi nel 2015 a 17,7 miliardi nel 2016: 1 miliardo in più dello scorso anno. In crescita anche la quota di contribuenti che presentano spese sanitarie: sono il 48,6 per cento nel Nord (erano il 47,1 per cento nel 2015), il 45,3 per cento nel Centro (43,9 nel 2015) e 36,3 nel Sud (34,8 per cento lo scorso anno).

La spesa è in media di 1.050 euro pro capite al Nord, 1.015 euro al Centro e 787 euro al Sud.

A fronte di una crescita in media del 2,1 per cento, sono le regioni del Mezzogiorno che segnano gli incrementi più significativi. In aumento del 3 per cento l'importo medio in tale area con punte superiori al 5,2 in Molise, 3,4 e 3,6 per cento rispettivamente in Sardegna e Basilicata. Nell'area centro settentrionale le variazioni si mantengono tra il 2,6 del Veneto e l'1,4 della Lombardia.

TAVOLA 12.1

LA SPESA SANITARIA IN IRPEF

Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida

Regione	Tutti i contribuenti		Spesa sanitaria	Reddito complessivo	Reddito compl. medio	Importi medi spesa sanitaria (per soggetti che presentano la spesa)		Sanità/ reddito		Beneficio fiscale			
	Numero contribuenti	Numero contribuenti con spese sanitarie				2016	var 16/15	2016	var 16/15	2016	var 16/15	2016	var 16/15
	2016	2016				2016	2016	2016	var 16/15	2016	var 16/15	2016	var 16/15
Piemonte	3.165.945	1.460.673	1.478.570	70.187.705	22.170	0,8	1.012,3	1,6	2,1	4,6	280,93	5,4	
Valle d'Aosta	96.833	47.361	45.217	2.128.278	21.979	0,7	954,7	0,0	2,1	6,1	8,59	6,3	
Lombardia	7.124.965	3.475.741	4.004.160	173.813.444	24.395	0,7	1.152,0	1,4	2,3	3,9	760,79	5,1	
Liguria	1.174.394	556.553	583.718	25.800.399	21.969	0,5	1.048,8	1,7	2,3	3,8	110,91	4,3	
Trentino Alto Adige (PA Trento)	416.042	202.936	190.615	8.794.840	21.139	1,4	939,3	2,1	2,2	5,0	36,22	6,9	
Trentino Alto Adige (PA Bolzano)	423.743	178.876	187.556	9.800.696	23.129	2,4	1.048,5	2,2	1,9	3,4	35,64	6,6	
Veneto	3.548.363	1.784.367	1.737.226	77.165.060	21.747	1,5	973,6	2,6	2,3	4,1	330,07	6,2	
Friuli Venezia Giulia	920.062	453.151	432.740	19.921.616	21.652	1,2	955,0	2,3	2,2	4,6	82,22	5,9	
Emilia Romagna	3.335.313	1.658.500	1.683.196	75.846.674	22.740	1,2	1.014,9	2,2	2,2	3,4	319,81	5,1	
Nord	20.205.660	9.818.158	10.342.998	463.458.712	22.937	1,0	1.053,5	1,8	2,2	4,0	1.965,17	5,4	
Toscana	2.707.816	1.226.169	1.172.507	57.445.923	21.215	1,1	956,2	2,6	2,0	4,9	222,78	6,2	
Umbria	623.721	275.482	240.103	12.140.923	19.465	1,1	871,6	3,1	2,0	6,2	45,62	7,1	
Marche	1.109.632	531.481	453.528	21.469.075	19.348	1,4	853,3	2,8	2,1	4,2	86,17	5,3	
Lazio	3.876.756	1.737.534	1.960.979	87.169.622	22.485	0,7	1.128,6	1,8	2,2	4,3	372,59	5,6	
Centro	8.317.925	3.770.666	3.827.117	178.225.543	21.427	0,9	1.015,0	2,3	2,1	4,6	727,15	5,8	
Abruzzo	903.543	364.958	296.473	15.859.291	17.552	1,0	812,3	3,0	1,9	6,3	56,33	7,2	
Molise	211.343	76.802	56.882	3.339.467	15.801	1,0	740,6	5,2	1,7	9,1	10,81	9,8	
Campania	3.172.403	1.058.286	873.015	53.257.284	16.788	0,6	824,9	3,0	1,6	7,1	165,87	8,4	
Puglia	2.555.140	1.032.671	782.874	40.808.943	15.971	1,0	758,1	2,4	1,9	5,7	148,75	6,9	
Basilicata	378.431	133.837	95.415	6.001.177	15.858	0,8	712,9	3,6	1,6	9,4	18,13	9,5	
Calabria	1.185.835	386.389	294.941	17.428.648	14.697	0,9	763,3	2,9	1,7	6,9	56,04	8,0	
Sicilia	2.885.379	1.056.398	813.060	46.170.766	16.002	0,9	769,7	3,1	1,8	6,0	154,48	6,9	
Sardegna	1.051.100	371.939	312.287	18.394.904	17.501	0,8	839,6	3,4	1,7	8,3	59,33	9,2	
Sud	12.343.174	4.481.280	3.524.947	201.260.480	16.305	0,8	786,6	3,0	1,8	6,6	669,74	7,7	
TOTALE	40.872.080	18.070.198	17.695.164	842.977.946	20.625	0,9	979,2	2,1	2,1	4,7	3.362,08	5,9	

Ove si guardi ai soli dati dei pensionati, l'aumento degli importi medi è ancora più pronunciato, così come la quota dei contribuenti che indicano spese su cui calcolare la detrazione. Si conferma, anche in questo caso, una dinamica maggiore nelle aree meridionali, anche se gli importi pro capite rimangono inferiori di oltre un quarto alla media nazionale.

I pensionati												
Regione	Numero contribuenti	Numero contribuenti con spese sanitarie	Spesa sanitaria	Reddito complessivo	Reddito compl medio		Importi medi spesa sanitaria (per soggetti che presentano la spesa)		Sanità/reddito		Beneficio fiscale	
					2016	var 16/15	2016	var 16/15	2016	var 16/15	2016	var 16/15
Piemonte	1.238.710	619.299	704.660	26.740.488	21.587	1,8	1.138	2,0	2,6	5,4	133,9	5,9
Valle d'Aosta	34.685	18.300	18.946	761.598	21.958	1,8	1.035	0,7	2,5	9,6	3,6	10,4
Lombardia	2.498.885	1.328.229	1.873.603	56.800.384	22.730	1,7	1.411	1,3	3,3	4,0	356,0	4,8
Liguria	468.391	251.722	300.019	10.580.044	22.588	1,5	1.192	2,6	2,8	4,9	57,0	4,6
Trentino Alto Adige (PA Trento)	136.358	69.267	73.448	2.853.863	20.929	2,4	1.060	2,4	2,6	6,4	14,0	9,3
Trentino Alto Adige (PA Bolzano)	124.188	53.524	66.041	2.742.834	22.086	2,5	1.234	2,1	2,4	4,1	12,5	6,3
Veneto	1.225.403	652.715	707.101	25.386.222	20.717	2,2	1.083	2,8	2,8	4,7	134,3	6,3
Friuli Venezia Giulia	359.509	179.313	192.116	7.436.214	20.684	2,2	1.071	2,8	2,6	5,7	36,5	6,7
Emilia Romagna	1.218.044	648.897	747.992	27.025.502	22.188	2,1	1.153	2,6	2,8	4,1	142,1	5,1
Nord	7.304.173	3.821.266	4.683.926	160.327.149	21.950	1,9	1.226	2,0	2,9	4,5	889,9	5,4
Toscana	1.003.925	486.060	520.423	21.525.808	21.442	2,0	1.071	2,8	2,4	5,7	98,9	6,4
Umbria	246.078	111.830	111.310	4.841.174	19.673	1,9	995	3,4	2,3	7,0	21,1	7,6
Marche	423.989	207.954	190.377	8.027.477	18.933	2,1	915	3,4	2,4	5,3	36,2	6,1
Lazio	1.285.903	647.496	850.536	30.505.409	23.723	1,8	1.314	2,5	2,8	4,8	161,6	5,7
Centro	2.959.895	1.453.340	1.672.646	64.899.868	21.926	1,9	1.151	2,8	2,6	5,3	317,8	6,1
Abruzzo	336.988	138.903	117.806	5.816.200	17.259	2,1	848	3,3	2,0	7,3	22,4	8,1
Molise	87.561	30.753	22.477	1.334.488	15.241	2,1	731	4,8	1,7	11,1	4,3	11,7
Campania	1.050.778	411.256	357.985	18.709.652	17.806	1,5	870	3,1	1,9	6,8	68,0	7,4
Puglia	891.641	434.634	340.518	15.520.802	17.407	1,4	783	3,1	2,2	6,2	64,7	6,9
Basilicata	140.436	51.932	37.272	2.195.155	15.631	2,1	718	5,2	1,7	11,5	7,1	12,4
Calabria	445.248	158.260	122.726	6.943.364	15.594	1,7	775	3,4	1,8	7,8	23,3	8,4
Sicilia	1.018.656	432.519	349.006	17.359.581	17.042	1,6	807	4,0	2,0	6,5	66,3	7,0
Sardegna	386.740	142.753	130.151	7.041.367	18.207	1,4	912	3,5	1,8	9,0	24,7	9,8
Sud	4.358.048	1.801.010	1.477.941	74.920.609	17.191	1,6	821	3,5	2,0	7,1	280,8	7,7
TOTALE	14.622.169	7.075.630	7.834.529	300.148.669	20.527,0	1,8	1.107	2,4	2,6	5,2	1488,6	6,0

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati MEF

La crescita della spesa segna anche l'aumento nel rilievo della spesa fiscale che cresce a circa 3,4 miliardi, di cui 1,5 miliardi riferito a percettori di pensione. Tale importo è pari a circa il 3 per cento della spesa complessiva dell'anno. La spesa va a beneficio per circa il 59 per cento dei residenti delle regioni del Nord, a cui è riconducibile il 55 per cento del reddito complessivo.

Guardando alla spesa per classi di reddito, due le notazioni principali. Sono i contribuenti tra i 15.000 e i 40.000 euro che hanno presentato dal 2009 i tassi di crescita della spesa più marcati. A questi stessi, nel complesso, è riferibile oltre il 62 per cento della spesa a fronte di una quota di reddito di poco superiore al 47 per cento. I contribuenti

con più di 50.000 euro di reddito denunciano spese per il 9 per cento del totale e redditi per il 14,2 per cento.

TAVOLA 12.2

LA SPESA SANITARIA IN IRPEF

Tutti i contribuenti

Regione	Numero contribuenti	Spese mediche per portatori handicap					Spese per addetti assistenza personale		
		Numero percettori	Deduzione	Comp%	aliq	beneficio	Numero percettori	Importo	beneficio
Piemonte	3.165.945	20.839	104.456	10,2	27,15	28.364	11.963	22.655	4.304
Valle d'Aosta	96.833	486	2.287	0,2	26,84	614	704	1.351	257
Lombardia	7.124.965	70.831	439.158	43,1	28,12	123.480	20.280	38.115	7.242
Liguria	1.174.394	8.942	22.716	2,2	27,25	6.190	4.460	8.656	1.645
PA Trento	416.042	2.252	4.721	0,5	26,83	1.267	2.880	4.980	946
PA Bolzano	423.743	***	***		27,88		1.213	2.173	413
Veneto	3.548.363	37.654	91.434	9,0	27,07	24.752	15.643	28.962	5.503
Friuli Venezia Giulia	920.062	9.163	36.228	3,6	26,86	9.730	5.176	9.931	1.887
Emilia Romagna	3.335.313	49.348	199.328	19,5	27,31	54.427	21.254	40.952	7.781
Nord	20.205.660	199.515	900.328	88,3	27,53	247.843	83.573	157.775	29.977
Toscana	2.707.816	10.060	29.726	2,9	26,99	8.023	13.934	26.759	5.084
Umbria	623.721	2.223	3.671	0,4	26,37	968	3.694	7.059	1.341
Marche	1.109.632	6.765	14.453	1,4	26,33	3.806	5.040	9.564	1.817
Lazio	3.876.756	18.622	29.042	2,8	28,12	8.168	6.193	11.871	2.255
Centro	8.317.925	37.670	76.892	7,5	27,42	21.087	28.861	55.253	10.498
Abruzzo	903.543	1.647	2.804	0,3	26,04	730	1.937	3.555	675
Molise	211.343	311	606	0,1	25,54	155	59.659	114.061	21.672
Campania	3.172.403	4.371	6.705	0,7	26,23	1.759	2.342	4.160	790
Puglia	2.555.140	5.697	11.014	1,1	25,80	2.842	2.786	4.930	937
Basilicata	378.431	344	682	0,1	25,52	174	534	942	179
Calabria	1.185.835	975	1.599	0,2	25,49	408	574	1.030	196
Sicilia	2.885.379	4.296	6.456	0,6	26,00	1.679	1.972	3.603	685
Sardegna	1.051.100	4.167	12.127	1,2	26,07	3.162	2.357	4.272	812
Sud	12.343.174	21.808	41.993	4,1	25,97	10.904	10.565	18.937	3.598
TOTALE	40.872.080	259.303	1.019.855	100,0	27,13	276.666	125.217	236.015	44.843

I pensionati

Regione	Numero contribuenti	Spese mediche per portatori handicap					Spese per addetti assistenza personale		
		Numero percettori	Deduzione	Comp%	aliq	beneficio	Numero percettori	Importo	beneficio
Piemonte	1.238.710	17.685	95.499		26,29	25.105	10.549	20.180	3.834
Valle d'Aosta	34.685	410	2.097		26,29	551	645	1.241	236
Lombardia	2.498.885	57.554	386.063		26,97	104.121	17.750	33.750	6.413
Liguria	468.391	7.319	19.559		26,59	5.201	3.902	7.616	1.447
Trentino Alto Adige (PA Trento)	136.358	1.800	4.261		26,34	1.122	2.599	4.498	855
Trentino Alto Adige (PA Bolzano)	124.188	***	***		27,12		1.075	1.930	367
Veneto	1.225.403	30.901	79.828		26,32	21.011	13.164	24.670	4.687
Friuli Venezia Giulia	359.509	7.923	32.795		26,28	8.617	4.432	8.536	1.622
Emilia Romagna	1.218.044	41.768	173.462		26,54	46.040	18.255	35.474	6.740
Nord	7.304.173	165.360	793.564		26,61	211.189			0
Toscana	1.003.925	7.809	24.644		26,41	6.508	11.854	22.993	4.369
Umbria	246.078	1.709	2.953		25,94	766	3.119	6.060	1.151
Marche	423.989	5.612	12.690		25,60	3.248	4.343	8.345	1.586
Lazio	1.285.903	12.626	20.922		27,73	5.802	5.398	10.619	2.018
Centro	2.959.895	27.756	61.209		26,89	16.462			0
Abruzzo	336.988	1.220	2.087		25,24	527	1.620	3.047	579
Molise	87.561	224	501		24,63	123	***	***	#VALORE!
Campania	1.050.778	2.923	4.796		25,64	1.230	1.807	3.329	633
Puglia	891.641	4.136	8.477		25,12	2.129	2.432	4.418	839
Basilicata	140.436	239	527		24,57	129	455	834	158
Calabria	445.248	633	1.066		24,81	264	447	832	158
Sicilia	1.018.656	2.889	4.469		25,47	1.138	1.686	3.170	602
Sardegna	386.740	3.375	10.618		25,60	2.718	2.077	3.806	723
Sud	4.358.048	15.639	32.541		25,33	8.243			0
TOTALE	14.622.169	208.924	887.736		26,35	233.898	107.843	205.775	39.097

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati MEF

Le spese mediche per portatori di handicap presentano una distribuzione territorialmente molto concentrata. Circa 834 milioni (l'81,8 per cento del totale è riferibile a residenti del Piemonte, della Lombardia del Veneto e dell'Emilia). Inferiore è il peso dei contribuenti di queste regioni sul totale di quelli che hanno richiesto la deduzione (69 per cento). Ne derivano importi medi nelle regioni del Nord molto superiori alla media: si va dai 6.200 euro della Lombardia ai 5.000 del Piemonte e 4.000 dell'Emilia e 2.400 del Veneto. L'83 per cento delle somme sono riferite a classi di reddito complessivo comprese tra i 10 e i 40 mila euro.

LA SPESA SANITARIA IN IRPEF

Tutte le tipologie di contribuenti

Classi di reddito complessivo in euro	Numero contribuenti	Reddito complessivo		Spese mediche per portatori handicap		Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida		Spese per addetti assistenza personale		Beneficio fiscale totale
		numero	importo	numero	importo	numero	importo	numero	importo	
fino a 7500	9.890.215	9.280.367	30.750.747	7.865	19.194	885.292	540.574	4.353	7.354	104.530
da 7500 a 10.000	2.777.683	2.777.683	24.324.272	12.044	41.345	740.034	490.855	5.681	10.256	96.549
da 10.000 a 15.000	5.689.967	5.689.967	70.848.254	49.604	194.215	2.310.298	1.779.427	26.103	49.247	362.504
da 15.000 a 20.000	5.895.435	5.895.435	103.656.965	62.418	266.525	2.988.763	2.579.891	31.711	60.338	535.233
da 20.000 a 29.000	8.634.713	8.634.713	207.297.616	69.082	267.989	5.336.477	5.074.264	36.990	70.152	1.020.981
da 29.000 a 40.000	4.443.314	4.443.314	148.670.900	33.910	121.269	3.155.003	3.403.064	20.379	38.669	679.475
da 40.000 a 50.000	1.385.316	1.385.316	61.316.986	10.793	42.380	1.035.997	1.269.738	0	0	252.005
da 50.000 a 70.000	1.077.909	1.077.909	63.025.264	7.540	33.577	812.363	1.138.508	0	0	226.009
da 70.000 a 100.000	626.253	626.253	51.426.496	3.774	17.815	468.714	738.776	0	0	146.100
oltre 100.000	451.275	451.275	81.660.445	2.244	15.472	337.257	680.066	0	0	135.032
Totale	40.872.080	40.262.232	842.977.945	259.274	1.019.781	18.070.198	17.695.163	125.217	236.016	3.606.464

Pensionati

Classi di reddito complessivo in euro	Numero contribuenti	Reddito complessivo		Spese mediche per portatori handicap		Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida		Spese per addetti assistenza personale		Beneficio fiscale totale
		numero	importo	numero	importo	numero	importo	numero	importo	
fino a 7500	2.790.916	2.790.901	14.194.632	6.564	16.279	158.075	99.501	3.674	6.271	18.941
da 7500 a 10.000	1.126.232	1.126.232	9.818.890	11.225	39.844	302.806	220.728	5.282	9.616	42.153
da 10.000 a 15.000	2.579.319	2.579.319	32.169.765	46.454	188.179	1.122.546	946.989	24.859	47.192	184.331
da 15.000 a 20.000	2.614.246	2.614.246	45.890.649	56.843	255.829	1.435.946	1.368.319	29.625	56.842	269.127
da 20.000 a 29.000	2.853.719	2.853.719	68.331.516	51.882	230.523	1.939.732	2.071.391	29.736	57.407	405.407
da 29.000 a 40.000	1.516.206	1.516.206	50.903.248	22.048	89.433	1.172.245	1.436.711	14.658	28.429	280.585
da 40.000 a 50.000	473.310	473.310	20.922.281	6.660	28.799	388.670	565.383	0	0	107.423
da 50.000 a 70.000	345.011	345.011	20.167.169	4.408	21.649	287.196	515.153	0	0	97.879
da 70.000 a 100.000	196.080	196.080	16.086.542	1.928	9.904	162.713	338.147	0	0	64.248
oltre 100.000	127.130	127.130	21.663.979	912	7.296	105.701	272.208	0	0	51.720
Totale	14.622.169	14.622.154	300.148.671	208.924	887.735	7.075.630	7.834.530	107.834	205.757	1.534.813

Fonte elaborazione Corte dei conti su dati MEF

L'esame delle dichiarazioni Irpef oltre a permettere di correggere il rilievo effettivo della spesa *out of pocket* e, per altro verso, integrare la valutazione delle risorse destinate nel bilancio pubblico alla sanità, consente di porre l'accento sulle implicazioni del crescente ruolo delle spese a carico delle famiglie. Come si è visto anche considerando, oltre alle spese in detrazione, gli altri due regimi che riguardano handicap e non autosufficienza, la somma che se ne trae è di molto inferiore a quella stimata in contabilità nazionale. Gli importi indicati nel 2016 risultano solo di poco superiori al 50 per cento di quanto emerge da tale stima. Una differenza che è da ricondurre ad una serie di elementi tutti di rilievo per valutare la distribuzione e le caratteristiche con cui opera oggi il beneficio fiscale a favore di queste spese.

Va innanzitutto, considerato che gli importi sono al netto della franchigia prevista per questo tipo di onere (129 euro per contribuente). Nel caso dei contribuenti che comunque hanno indicato un importo su cui calcolare la detrazione, nel complesso si tratta di 2,3 miliardi di spesa su cui non è possibile godere del beneficio fiscale.

Più complessa è la quantificazione della spesa "persa" in ragione della franchigia nel caso degli oltre 22,8 milioni di contribuenti che non espongono tale tipo di onere. Nell'ipotesi che la franchigia abbia inciso su una spesa media di 100 euro pro capite, annullandone quindi l'importo su cui calcolare la detrazione, sarebbe stata sacrificata una ulteriore quota della spesa stimabile in 2,2 miliardi.

Vi sono poi ulteriori e rilevanti fattori. Innanzitutto, i più severi criteri di premialità che, nel caso del fisco, certamente portano ad escludere alcune prestazioni para sanitarie. Si tratta, ad esempio, del complesso insieme delle attività legate a cure preventive o riabilitative non riconducibili entro prescrizione medica.

Oltre a quelle spese in cui l'incentivo del beneficio fiscale non è stato in grado di contrastare l'interesse delle parti ad occultare al fisco i corrispettivi dei servizi resi, la parte più di rilievo è poi la spesa riferibile a soggetti "incapienti". Una spesa che non può beneficiare di una riduzione fiscale proprio per la mancanza di un onere di imposta. I contribuenti con redditi complessivi fino a 7.500 euro sono circa 9 milioni: di questi, 3,8 sono i percettori di redditi da lavoro dipendente e 2,8 milioni da pensione. Una spesa a carico di questi contribuenti non è suscettibile di godere del contributo attraverso le detrazioni. Una difficoltà che rende la necessità di ricorrere al finanziamento delle famiglie ancora più gravoso quando il sistema non è in grado di intervenire a sostegno dei bisogni di salute delle fasce più deboli.

D'altro verso, non si può dimenticare che i dati delle dichiarazioni ci restituiscono l'immagine di un paese in cui l'onere fiscale grava su una platea molto (troppo) ristretta. Di qui lo sconcerto di coloro che pur a fronte di un rilevante onere fiscale si trovano a dover pagare i servizi. Questioni che riportano alla sostenibilità del sistema e devono spingere a guardare alle soluzioni da dare ai diversi temi aperti (compartecipazioni, finanziamento del sistema, meccanismi di ripartizione e di calcolo dei fabbisogni, semplificazione del sistema di tassazione) in modo organico, considerando anche le dinamiche di spesa e fabbisogni in relazione alle prospettive demografiche di medio periodo.

17. La necessità di valutare le soluzioni da assumere in campo sanitario in una prospettiva più ampia emerge, infatti, con chiarezza dalle previsioni più recenti sulla dinamica della spesa in un orizzonte di medio periodo predisposte dalla Ragioneria generale dello Stato. Le ipotesi demografiche e macroeconomiche dello scenario nazionale base utilizzato ai fini della previsione della spesa sanitaria sono le stesse impiegate nell'ambito delle previsioni della spesa pensionistica e a cui si faceva riferimento nel capitolo del rapporto dedicato alla previdenza.

Sono le previsioni demografiche che incidono in misura particolare sulle tendenze del sistema nello scenario elaborato dalla Ragioneria nell'ambito del EPC-WGA. Esse prefigurano un rapporto tra anziani e popolazione attiva in crescita nei prossimi anni, già poco al di sotto di quota 50 nel 2030 con un peso della popolazione oltre i 65 anni 7 punti più elevata di oggi. Ciò è destinato ad estendere la domanda di assistenza soprattutto alle cronicità e alla non autosufficienza²⁰.

Per gli aspetti socio-sanitari l'esercizio di base condotto dalla Ragioneria adotta come ipotesi l'invarianza del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione e aggancia la dinamica del costo unitario delle prestazioni sanitarie al Pil pro capite. Ciò significa ipotizzare che il consumo pro capite standardizzato (CPS) (il consumo sanitario pro capite nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso della popolazione) evolva in linea con il Pil pro capite. Tale approccio metodologico (definito *pure ageing scenario*) coglie gli effetti sul rapporto spesa/Pil derivanti esclusivamente

²⁰ Una crescita della popolazione anziana che si innesta su un'area dell'assistenza quella alle cronicità, alla riabilitazione e alle cure intermedie che in molte aree del paese manca di una risposta adeguata. Già oggi la popolazione con cronicità è pari al 39 per cento del totale di cui il 20,5 per cento ha più di una patologia. Come osservato di recente dal Rapporto del Cergas "questi pazienti assorbono gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo sempre più i pazienti occasionali a rivolgersi al circuito a pagamento...". Una particolare attenzione richiede poi, come si è visto nel capitolo dedicato all'assistenza, il soddisfacimento dei bisogni dei circa 3 milioni di persone non autosufficienti per i quali le strutture esistenti (i 287.000 posti letti ad essi dedicati) e le cure domiciliari oggi attivate non consentono di dare una risposta adeguata.

dalla modificazione della struttura demografica. Nello scenario nazionale base, tale metodologia si applica a partire dall'anno successivo al periodo previsionale coperto dai documenti di finanza pubblica. Nel breve periodo, invece, il modello recepisce integralmente le previsioni di spesa inglobate nel quadro di finanza pubblica del Def 2017.

Assumendo che il rapporto fra CPS e Pil pro capite resti costante rispetto al livello raggiunto nel 2020, la previsione del rapporto spesa sanitaria/Pil passa dal 6,7 per cento del 2016 al 7,8 per cento del 2070 con un aumento di 1,1 punti percentuali. A partire dal 2021, la curva presenta un andamento crescente: già nel 2030 la spesa sarebbe prossima al 7 per cento. Solo a partire dal 2050 la progressione presenta un rallentamento nel ritmo di crescita che tende ad annullarsi alla fine del periodo di previsione. La dinamica del rapporto si spiega essenzialmente con il progressivo aumento della popolazione anziana, in termini assoluti e relativi, che caratterizza l'intero periodo di previsione.

Anche agganciando l'evoluzione del CPS alla dinamica della produttività, piuttosto che al Pil pro capite (nell'ipotesi che la dinamica della spesa sanitaria sia trainata prevalentemente dalle condizioni dell'offerta e, quindi, in ultima analisi, dalla dinamica dei salari del settore sanitario), ipotizzando un differenziale sistematico fra inflazione sanitaria e tasso di variazione del livello generale dei prezzi (in ragione dei costi connessi con il progresso tecnologico e la rapida obsolescenza delle apparecchiature sanitarie) e assumendo che la spesa sanitaria complessiva possa crescere significativamente meno di quanto emerge dall'ipotesi di invarianza della struttura per età dei consumi sanitari, i risultati delle simulazioni producono solo modeste differenze. Fra gli esiti ottenuti con il *pure ageing* e il *reference scenario* (così è definito l'esercizio)²¹ lo scostamento è inferiore a 0,1 punti percentuali, alla fine del periodo di previsione. La compensazione fra la maggiore crescita del consumo sanitario medio indotto dalle ipotesi alternative sul CPS e la minore crescita conseguente alla dinamicità dei profili di spesa è sostanziale; inoltre si equivalgono dal punto di vista degli effetti finanziari sulla spesa ospedaliera, la metodologia del *death-related costs* e quella del *dynamic equilibrium*.²²

Se invece si perseguisse una politica economica finalizzata alla stabilizzazione del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e Pil, l'effetto dell'invecchiamento demografico sull'evoluzione del CPS, espresso in termini di Pil pro capite (che si traduce in un'analogia

²¹ L'ipotesi del *pure ageing scenario* implica assumere che gli anni di vita guadagnati siano tutti anni vissuti in cattiva salute (*expansion of morbidity*). Nella simulazione alternativa (*reference scenario*) è stata assunta una combinazione di due diverse impostazioni: il *dynamic equilibrium* che ipotizza che gli anni di vita guadagnati siano anni vissuti in buona salute e la "*death-related costs*" che considerando che una percentuale molto elevata del costo totale dei consumi sanitari conteggiati nell'arco della vita di un soggetto si concentra nell'anno antecedente la morte. Ciò porta a ritenere che l'aumento degli anni di vita guadagnati non incida significativamente sulla spesa sanitaria.

Nell'esercizio in particolare si applica la metodologia del *death-related costs* alla componente ospedaliera e del *dynamic equilibrium* in forma parziale alle altre prestazioni. In particolare, con l'applicazione parziale del *dynamic equilibrium* si assume che gli incrementi di speranza di vita si traducano in anni vissuti in buona salute in misura pari al 50 per cento anziché al 100 per cento come nel caso dell'applicazione "integrale". Si assume inoltre la dinamica del CPS agganciata al Pil pro capite e l'elasticità del CPS rispetto al Pil pro capite superiore all'unità; per la componente LTC della spesa sanitaria.

²²Il confronto tra la previsione effettuata sulla base dello scenario EPC-WGA baseline relativo al nuovo quadro di ipotesi e quello utilizzato ai fini della predisposizione del Documento di Aggiornamento del Programma di stabilità 2017 indica che l'aggiornamento delle ipotesi di scenario determinano un significativo peggioramento del rapporto fra spesa sanitaria e PIL che raggiunge circa 0,2 punti percentuali alla fine del periodo di previsione, dopo aver raggiunto un massimo di circa 0,3 punti percentuali fra il 2050 ed il 2055. L'effetto differenziale è dovuto essenzialmente alla modifica del quadro demografico che si traduce in una forte contrazione della popolazione complessiva con un incremento del costo unitario, correlato al Pil pro capite rispetto al PIL.

Le previsioni elaborate con le ipotesi sottostanti allo scenario EPC-WGA del 2018, con quelle elaborate in ambito nazionale con popolazione Istat con base 2016 mostrano andamenti praticamente sovrapponibili nell'intero arco previsionale.

riduzione del livello di benessere sanitario nell'ipotesi in cui il grado di efficienza ed efficacia del sistema resti invariato) sarebbe particolarmente severo: la quota del CPS, misurata in termini di PIL pro capite, a cui i cittadini dovrebbero rinunciare per consentire il conseguimento dell'obiettivo di politica economica, si attesterebbe al 17% alla fine del periodo di previsione.

Come osservato di recente nel rapporto del Cergas, la salvaguardia assicurata durante la crisi ai redditi da pensione e una ampia disponibilità di personale addetti ai servizi alla persona, hanno consentito, fino ad ora, di sopperire in ambito familiare alla necessità di trovare una risposta a tale bisogno. Come messo in evidenza nel capitolo dedicato al sistema pensionistico, se l'invecchiamento della popolazione sarà accompagnato da una riduzione dei redditi da pensione, a causa del passaggio completo al sistema contributivo e a una minore continuità dei percorsi lavorativi, la sostenibilità del sistema si farà più difficile.

GLI INVESTIMENTI IN SANITÀ

19. La crisi ha portato ad un forte ridimensionamento degli investimenti in capitale fisso nel settore. Lo dimostrano i dati di pagamenti, ma anche le difficoltà di portare a termine programmi di intervento previsti da specifiche leggi che procedono con molta lentezza.

Nel 2017 decelera, ma non si arresta, la flessione dei pagamenti per investimenti in conto capitale: questi hanno segnato una ulteriore riduzione del 5,2 per cento, portando il calo rispetto al livello registrato nel 2013 ad oltre il 42 per cento. Tra il 2013 e il 2017 il volume delle somme pagate si è ridotto drasticamente, da poco più di 2,4 a circa 1,4 miliardi. Si tratta di un risultato che assume caratteri e intensità diverse per tipologia di bene e per area territoriali.

A livello nazionale, la riduzione interessa tutte le voci esclusi gli automezzi e i mobili e arredi, che presentano una crescita rispettivamente del 6,6 e del 15,4 per cento. Si riduce a solo l'1,5 per cento il calo degli acquisti di attrezzature sanitarie e scientifiche (era stato del 19,4 per cento del 2016). Si accentua invece la riduzione di quelli in impianti e macchinari (-27,1 per cento), portando al 47 per cento la variazione negativa rispetto al 2013.

Molto diversi i risultati a livello territoriale. In aumento rispetto al 2016 i pagamenti complessivi solo nelle regioni del centro e delle isole. In entrambe le aree la crescita è trainata dagli interventi in terreni e fabbricati a cui si aggiungono nel Centro una forte ripresa (+17,4 per cento) degli acquisti di attrezzature sanitarie e scientifiche e nelle Isole di impianti e macchinari e mobilio e arredi.

Intorno al 10 per cento la flessione registrata nelle altre aree. Nel Nord ovest e nel Mezzogiorno la ripresa dei pagamenti per attrezzature sanitarie (e nel Nord ovest anche per automezzi e altri beni materiali) non inverte il calo complessivo che nella circoscrizione settentrionale presenta un particolare rilievo: dal 2013 i pagamenti si sono ridotti di poco meno del 54 per cento. Nelle regioni del Nord est in recupero solo la spesa per arredi e automezzi. Nonostante il ridimensionamento della spesa di questi anni i pagamenti pro capite per spesa di investimento in quest'area rimangono comunque superiori di oltre il 50 per cento alla media nazionale.

I PAGAMENTI PER INVESTIMENTI NELLE AZIENDE SANITARIE, NELLE AZIENDE OSPEDALIERE E NEGLI IRCSS

milioni di euro	Nord - ovest						Nord-Est						Centro						Mezzogiorno						Isole						Totale		
	2015		2016		2017		2015		2016		2017		2015		2016		2017		2015		2016		2017		2015		2016		2017				
	16/15	17/16	16/15	17/16	17/13	17/13	16/15	17/16	17/13	17/13	16/15	17/16	17/13	16/15	17/16	17/13	16/15	17/16	17/13	16/15	17/16	17/13	16/15	17/16	17/13	16/15	17/16	17/13	16/15	17/16	17/13		
Terroni Fabbricati	169,7	142,1	126,7	183,5	176,0	159,9	120,7	106,6	125,6	154,9	130,6	105,0	87,5	48,9	57,6	716,3	604,2	574,7															
Impianti e macchinari	40,9	39,9	22,2	20,9	20,5	18,8	30,5	26,4	18,8	16,5	7,8	5,9	21,4	10,4	11,0	130,2	105,0	76,6															
Attrezzature sanitarie e scienti fiche	131,2	82,8	85,7	111,9	142,0	130,6	71,9	58,0	68,0	160,5	93,2	98,4	77,9	70,2	56,8	553,4	446,1	439,5															
Mobili e arredi	14,9	11,1	10,6	16,5	14,5	16,0	13,3	9,6	9,3	18,4	10,5	10,1	7,4	5,7	8,7	70,6	51,4	54,7															
Automezzi	3,9	1,8	2,0	5,3	4,1	6,9	3,1	4,2	7,3	4,6	4,2	2,2	2,1	2,5	1,0	19,0	16,8	19,4															
Altri beni materiali	32,0	25,9	30,5	99,8	72,6	53,1	41,0	41,9	41,6	18,0	11,3	10,1	22,8	23,7	30,7	213,6	175,4	166,1															
Immobilizzazioni immateriali	20,8	15,6	11,5	33,6	31,6	26,7	12,8	13,0	15,7	10,8	14,1	10,7	16,5	6,9	7,2	94,5	81,1	71,8															
Totale	413,5	319,2	289,2	471,4	461,2	412,0	293,3	259,6	286,4	383,7	271,7	242,4	235,6	168,3	172,9	1.797,6	1.480,1	1.402,8															
variazioni																																	
Terroni Fabbricati	-16,2	-10,9	-62,3	-4,1	-9,2	-55,2	-11,7	17,9	-29,9	-15,6	-19,7	-44,2	-44,2	17,8	-48,0	-15,6	-4,9	-50,9															
Impianti e macchinari	-2,5	-44,5	-52,2	-2,1	-8,0	-12,6	-13,4	-29,0	-46,6	-52,7	-24,6	-66,2	-51,3	5,1	-53,2	-19,4	-27,1	-46,8															
Attrezzature sanitarie e scienti fiche	-36,9	3,4	-36,7	26,9	-8,0	-27,5	-19,4	17,4	-12,6	-41,9	5,6	-19,2	-9,9	-19,1	-36,8	-19,4	-1,5	-27,4															
Mobili e arredi	-25,8	-4,3	-51,3	-12,1	10,4	-40,7	-27,9	-2,7	-42,5	-43,0	-3,6	-17,0	-23,5	52,2	30,0	-27,2	6,6	-34,8															
Automezzi	-53,1	10,0	-14,9	-24,0	70,0	38,4	34,9	76,2	170,1	-8,5	-48,5	-14,4	20,4	-61,4	-58,0	-11,7	15,4	29,9															
Altri beni materiali	-19,1	18,0	-44,0	-27,2	-26,9	-41,3	2,1	-0,6	-50,1	-37,1	-10,7	-48,9	4,2	29,6	228,1	-17,9	-5,3	-35,5															
Immobilizzazioni immateriali	-25,3	-26,0	-62,3	-5,7	-15,7	-42,6	1,5	20,5	-34,2	30,0	-23,7	-49,0	-58,3	5,3	-69,0	-14,1	-11,5	-50,5															
Totale	-22,8	-9,4	-53,8	-2,2	-10,7	-43,4	-11,5	10,3	-31,6	-29,2	-10,8	-36,7	-28,6	2,7	-34,9	-17,7	-5,2	-42,1															
procapite																																	
Terroni Fabbricati	21,2	8,8	7,9	31,0	15,1	13,7	15,3	8,8	10,4	13,5	9,3	7,5	16,7	7,3	8,6	19,6	10,0	9,5															
Impianti e macchinari	2,9	2,5	1,4	1,9	1,8	1,6	3,0	2,2	1,6	1,2	0,6	0,4	3,5	1,5	1,6	2,4	1,7	1,3															
Attrezzature sanitarie e scienti fiche	8,5	5,1	5,3	15,6	12,2	11,2	6,7	4,8	5,6	8,7	6,6	7,0	13,5	10,4	8,5	10,1	7,4	7,3															
Mobili e arredi	1,4	0,7	0,7	2,3	1,2	1,4	1,4	0,8	0,8	0,9	0,7	0,7	1,0	0,8	1,3	1,4	0,8	0,9															
Automezzi	0,1	0,1	0,1	0,4	0,3	0,6	0,2	0,3	0,6	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,1	0,2	0,3	0,3															
Altri beni materiali	3,4	1,6	1,9	7,9	6,2	4,6	7,1	3,5	3,4	1,4	0,8	0,7	1,4	3,5	4,6	4,3	2,9	2,7															
Immobilizzazioni immateriali	1,9	1,0	0,7	4,0	2,7	2,3	2,0	1,1	1,3	1,5	1,0	0,8	3,5	1,0	1,1	2,4	1,3	1,2															
Totale	39,5	19,8	18,0	63,2	39,6	35,4	35,8	21,5	23,7	27,4	19,3	17,2	40,0	25,0	25,8	40,6	24,4	23,2															
Terroni Fabbricati	335,7	142,1	126,7	356,8	176,0	159,9	179,3	106,6	125,6	188,2	130,6	105,0	110,6	48,9	57,6	1.170,6	604,2	574,7															
Impianti e macchinari	46,3	39,9	22,2	21,5	20,5	18,8	35,2	26,4	18,8	17,4	7,8	5,9	23,4	10,4	11,0	143,8	105,0	76,6															
Attrezzature sanitarie e scienti fiche	135,3	82,8	85,7	180,2	142,0	130,6	77,9	58,0	68,0	121,8	93,2	98,4	89,9	70,2	56,8	605,1	446,1	439,5															
Mobili e arredi	21,8	11,1	10,6	27,0	14,5	16,0	16,2	9,6	9,3	12,2	10,5	10,1	6,7	5,7	8,7	83,9	51,4	54,7															
Automezzi	2,3	1,8	2,0	5,0	4,1	6,9	2,7	4,2	7,3	2,6	4,2	2,2	2,3	2,5	1,0	14,9	16,8	19,4															
Altri beni materiali	54,6	25,9	30,5	90,5	72,6	53,1	83,4	41,9	41,6	19,8	11,3	10,1	9,4	23,7	30,7	257,6	175,4	166,1															
Immobilizzazioni immateriali	30,5	15,6	11,5	46,4	31,6	26,7	23,8	13,0	15,7	21,1	14,1	10,7	23,3	6,9	7,2	145,2	81,1	71,8															
Totale	626,5	319,2	289,2	727,6	461,2	412,0	418,4	259,6	286,4	383,0	271,7	242,4	265,5	168,3	172,9	2.421,0	1.480,1	1.402,8															

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati SIOPE

20. Si conferma quindi anche per il 2017 il profilo discendente dei pagamenti per investimenti nelle aziende sanitarie riscontrato a partire dagli anni della crisi. Un livello di accumulazione discendente e più ridotto che negli altri paesi anche ove si guardi al settore nel suo insieme.

Con riferimento al 2015 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati per un confronto internazionale), si evidenzia come in Italia solo lo 0,36 per cento del prodotto sia destinato ad accumulazione nel settore, contro importi pressoché doppi nelle principali economie europee (lo 0,75 della Germania, lo 0,65 della Francia). Superiori anche Spagna e Portogallo con rispettivamente lo 0,45 e lo 0,47 per cento del prodotto.

Una tendenza negativa che se non sembra essersi riflessa nelle dotazioni di attrezzature sanitarie, che continuano a presentare livelli particolarmente elevati²³, ma che è senza dubbio alla base dell'invecchiamento delle apparecchiature in esercizio.

TAVOLA 14

LE GRANDI ATTREZZATURE SANITARIE

Classe d'età		5 anni < età <=			totale
		età <= 5 anni	10 anni	età > 10 anni	
Angiografi	2016	nd	nd	nd	100
	2017	29,6	39,6	30,7	
Mammografi	2016	nd	nd	nd	100
	2017	37,3	33,4	29,3	
Acceleratori lineari	2016	25,8	35,2	39,0	100
	2017	26,5	35,2	38,3	
Gamma Camere Computer	2016	13,2	26,8	60,0	100
	2017	13,9	26,0	60,1	
Sistemi Tac/Gamma Camera	2016	41,8	39,2	19,0	100
	2017	43,9	36,6	19,5	
Sistemi Tac/Pet	2016	34,3	44,3	21,4	100
	2017	35,6	43,2	21,2	
Tomografi a risonanza magnetica	2016	32,6	38,7	28,1	100
	2017	34,1	38,7	27,2	
Sistemi Robotizzati per chir endoscopica	2016	64,3	31,4	4,3	100
	2017	64,5	31,6	3,9	
Tomografi assiali computeriz.	2016	30,3	45,1	24,6	100
	2017	32,3	44,0	23,8	

Fonte: Ministero della salute

Come mette in evidenza la recente analisi sulla diffusione e sulle caratteristiche delle apparecchiature sanitarie utilizzate dalle strutture di assistenza pubbliche e private condotta utilizzando la banca dati predisposta presso il NSIS²⁴, delle 5.940 apparecchiature, di cui 3.479 appartenenti a strutture pubbliche e le restanti a strutture private accreditate, guardando ad Angiografi, mammografi, Acceleratori lineari Camere Computer Gamma, Tomografi a risonanza magnetica, sono circa il 30 per cento le apparecchiature ancora in esercizio aventi un'età superiore ai 10 anni e per le quali, guardando ai tempi medi di obsolescenza, vi sarebbe necessità di sostituzione. Solo nel caso dei Sistemi Robotizzati per chirurgia endoscopica e i Sistemi Tac la maggioranza delle attrezzature ha meno di 5 anni. Sebbene si registri rispetto ai dati del 2016 un lieve miglioramento, non va trascurato che l'invecchiamento oltre il limite previsto per

²³ Le dotazioni tecnologiche, in termini di apparecchiature per risonanze e Tac, sono pari o superiori alle principali economie europee: rispettivamente 35,1 e 25,2 apparecchiature per milione di abitanti contro 21,4 e 15,4 della media europea. Elevata è inoltre la disponibilità di tecnologie per radioterapia, circa 7 per milione di abitanti contro le 5 di Germania e Spagna. Solo la Francia presenta valori superiori (10 per milione di abitante)

²⁴ Il conferimento di queste informazioni è ricompreso tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo. La banca dati fornisce un quadro approfondito delle apparecchiature attive a fine 2017: si tratta dei dati relativi agli acceleratori lineari, alle camere computerizzate, ai sistemi Tac/Gamma Camera e Tac/Pet, alle risonanze magnetiche, ai sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica e ai Tomografi assiali computerizzati. Nell'aggiornamento disponibile a fine 2017 sono stati diffusi i dati anche di mammografi e angiografi.

l'adeguatezza tecnologica delle strutture incide, inevitabilmente, sui tempi di indisponibilità delle apparecchiature per l'aumento dell'incidenza dei guasti, nonché i conseguenti incrementi dei costi di esercizio per manutenzione, energia, ecc.

TAVOLA 14.1

LE GRANDI ATTREZZATURE SANITARIE - STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

Area	Acceleratori lineari	Gamma Camere Computer	Sistemi Tac/Gamma Camera	Sistemi Tac/Pet	Tomografi a risonanza magnetica	Sistemi Robotizzati per chir endoscopica	Tomografi assiali computeriz	Angiografi	Mammografi	Totale
Strutture pubbliche e private										
Totale	373	339	82	149	1421	77	1626	584	1289	5940
Regioni piano rientro	133	164	20	55	514	21	705	180	447	2239
Altre regioni	240	175	62	94	907	56	921	404	842	3701
Regioni Nord	180	117	48	69	681	34	653	325	622	2729
RSO	164	110	45	66	624	33	601	309	596	2548
RSS	16	7	3	3	57	1	52	16	26	181
Regioni Centro	97	91	12	31	340	25	390	121	337	1444
Regioni Sud	96	131	22	49	400	18	583	138	330	1767
RSO	63	83	14	33	247	14	365	105	232	1156
RSS	33	48	8	16	153	4	218	33	98	611
Strutture pubbliche										
Totale	271	243	73	100	562	56	978	436	760	3479
Regioni piano rientro	83	89	16	32	180	13	381	119	245	1158
Altre regioni	188	154	57	68	382	43	597	317	515	2321
Regioni Nord	134	99	43	46	263	22	399	239	356	1601
RSO	121	92	40	43	240	21	366	223	336	1482
RSS	13	7	3	3	23	1	33	16	20	119
Regioni Centro	71	61	10	22	138	21	235	96	206	860
Regioni Sud	66	83	20	32	161	13	344	101	198	1018
RSO	40	48	12	21	92	10	213	72	141	649
RSS	26	35	8	11	69	3	131	29	57	369
Strutture pubbliche e private (apparecchiature per milione di abitanti)										
Totale	6,16	5,60	1,35	2,46	23,45	1,27	26,84	9,64	21,27	98,04
Regioni piano rientro	5,44	6,71	0,82	2,25	21,02	0,86	28,83	7,36	18,28	91,55
Altre regioni	6,64	4,84	1,72	2,60	25,10	1,55	25,49	11,18	23,30	102,42
Regioni Nord	6,49	4,22	1,73	2,49	24,55	1,23	23,54	11,72	22,42	98,37
RSO	6,47	4,34	1,78	2,61	24,63	1,30	23,72	12,20	23,53	100,58
RSS	6,65	2,91	1,25	1,25	23,67	0,42	21,60	6,65	10,80	75,18
Regioni Centro	8,04	7,54	0,99	2,57	28,17	2,07	32,32	10,03	27,93	119,66
Regioni Sud	4,62	6,30	1,06	2,36	19,25	0,87	28,05	6,64	15,88	85,03
RSO	4,48	5,90	0,99	2,35	17,55	0,99	25,94	7,46	16,49	82,15
RSS	4,92	7,15	1,19	2,38	22,80	0,60	32,49	4,92	14,61	91,06
Strutture pubbliche										
Totale	4,47	4,01	1,20	1,65	9,28	0,92	16,14	7,20	12,54	57,42
Regioni piano rientro	3,39	3,64	0,65	1,31	7,36	0,53	15,58	4,87	10,02	47,35
Altre regioni	5,20	4,26	1,58	1,88	10,57	1,19	16,52	8,77	14,25	64,23
Regioni Nord	4,83	3,57	1,55	1,66	9,48	0,79	14,38	8,62	12,83	57,71
RSO	4,78	3,63	1,58	1,70	9,47	0,83	14,45	8,80	13,26	58,50
RSS	5,40	2,91	1,25	1,25	9,55	0,42	13,71	6,65	8,31	49,43
Regioni Centro	5,88	5,05	0,83	1,82	11,44	1,74	19,47	7,96	17,07	71,27
Regioni Sud	3,18	3,99	0,96	1,54	7,75	0,63	16,55	4,86	9,53	48,99
RSO	2,84	3,41	0,85	1,49	6,54	0,71	15,14	5,12	10,02	46,12
RSS	3,87	5,22	1,19	1,64	10,28	0,45	19,52	4,32	8,50	54,99
Strutture pubbliche e private (indici Italia=100)										
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Regioni piano rientro	88,34	119,86	60,43	91,45	89,62	67,57	107,42	76,36	85,92	93,39
Altre regioni	107,89	86,56	126,78	105,78	107,03	121,95	94,98	116,00	109,53	104,48
Regioni Nord	105,40	75,38	127,85	101,14	104,67	96,44	87,71	121,55	105,39	100,34
RSO	105,16	77,61	131,25	105,94	105,03	102,50	88,40	126,55	110,59	102,59
RSS	107,95	51,96	92,07	50,67	100,95	32,68	80,48	68,95	50,76	76,68
Regioni Centro	130,57	134,78	73,48	104,46	120,13	163,02	120,43	104,03	131,27	122,06
Regioni Sud	75,04	112,67	78,22	95,88	82,07	68,16	104,54	68,90	74,64	86,73
RSO	72,73	105,43	73,52	95,37	74,85	78,29	96,66	77,42	77,50	83,80
RSS	79,89	127,86	88,10	96,97	97,23	46,91	121,07	51,03	68,65	92,88
Strutture pubbliche (indici Italia= 100)										
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Regioni piano rientro	75,88	90,74	54,30	79,28	79,35	57,51	96,52	67,62	79,87	82,47
Altre regioni	116,32	106,27	130,93	114,02	113,97	128,75	102,36	121,91	113,63	111,87
Regioni Nord	108,00	88,98	128,65	100,47	102,21	85,80	89,11	119,73	102,31	100,51
RSO	106,79	90,55	131,05	102,84	102,14	89,69	89,50	122,33	105,74	101,88
RSS	120,72	72,49	103,42	75,50	102,99	44,94	84,92	92,35	66,23	86,08
Regioni Centro	131,54	126,04	68,78	110,46	123,29	188,28	120,64	110,55	136,09	124,11
Regioni Sud	71,01	99,59	79,88	93,30	83,53	67,68	102,55	67,54	75,96	85,31
RSO	63,56	85,06	70,78	90,42	70,49	76,89	93,78	71,11	79,89	80,33
RSS	86,63	130,06	98,96	99,33	110,87	48,38	120,95	60,06	67,73	95,78

Fonte: Ministero della salute

L'esame delle dotazioni per aree territoriali rileva squilibri significativi, anche se minori delle attese. Nelle regioni in Piano di rientro le strutture (misurate in termini di milione di abitanti) sono inferiori alla media nazionale in pressoché tutte le tipologie fatta eccezione nelle Camere Gamma, quelle che a livello nazionale presentano, tuttavia, il maggior numero di impianti con più di 10 anni di esercizio. Molto ampio il divario tra regioni nei sistemi Tac, in quelli Tac/Pet, nelle Risonanze magnetiche e nei sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica, con le regioni a statuto ordinario del Nord e del Centro con dotazioni superiori alla media, in alcuni casi in misura rilevante. Tali squilibri permangono (e in alcuni casi aumentano) anche quando ci si sofferma sulle sole strutture pubbliche, indicando come tale sotto dotazione rappresenta un problema garantire un adeguato accesso al servizio.

22. Solo marginali le modifiche intervenute nella gestione degli Accordi di programma ex art. 20 della legge 67/1988. A fronte della disponibilità di 15,3 miliardi, al 31 dicembre 2017 risultavano sottoscritti 81 Accordi (2 in più di quelli del 2016) per un importo pari a 11,2 miliardi (circa 300 milioni in più rispetto alla situazione a fine 2016), per 10,3 miliardi ammessi a finanziamento. Le risorse ancora da utilizzare per la sottoscrizione di nuovi Accordi si riducono da 5,1 a 4,1 miliardi.

Riguardo agli importi riservati agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, agli Istituti zooprofilattici sperimentali, ai Policlinici universitari a gestione diretta, ferme le risorse destinate e il valore degli accordi sottoscritti, aumenta di 1 milione l'ammontare ammesso a finanziamento. Restano da ripartire e assegnare 24 milioni, quali risorse residue derivanti dalla riserva accantonata dalla delibera CIPE n. 97 del 2008.

TAVOLA 15

IL PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI IN SANITÀ -ART. 20 DELLA LEGGE N. 67 DEL 1988 -
MONITORAGGIO ACCORDI DI PROGRAMMA

(in milioni)

REGIONI	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31 dicembre 2017	% risorse sottoscritte su risorse destinate	Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti	Numero interventi ammessi a finanziamento	% risorse ammesse a finanziamento a valere su accordi sottoscritti	Risorse residue per Accordi di programma da sottoscrivere
	a	b	c=b/a	d	e	f=d/b	g
Piemonte	1.049,1	671,4	64,0	670,0	151,0	99,8	377,6
Valle D'Aosta	43,8	43,8	100,0	43,8	8,0	100,0	0,0
Lombardia	2.072,7	2.072,7	100,0	1.895,8	207,0	91,5	0,0
P.A. Bolzano	115,1	115,1	100,0	67,7	7,0	58,8	0,0
P.A. Trento	120,7	93,5	77,5	93,5	11,0	100,0	27,2
Veneto	1.036,3	1.036,3	100,0	970,2	236,0	93,6	0,0
Friuli V. G.	291,3	291,3	100,0	240,1	7,0	82,4	0,0
Liguria	493,6	493,6	100,0	424,5	225,0	86,0	0,0
E. Romagna	947,1	947,1	100,0	890,2	254,0	94,0	0,0
Toscana	877,5	877,5	100,0	811,2	135,0	92,4	0,0
Umbria	138,2	138,2	100,0	107,7	36,0	77,9	0,0
Marche	325,5	325,2	99,9	325,2	119,0	100,0	0,3
Lazio	1.227,2	915,1	74,6	663,9	196,0	72,5	312,1
Abruzzo	359,6	131,1	36,5	130,6	54,0	99,7	228,5
Molise	127,7	27,4	21,5	27,4	10,0	100,0	100,3
Campania	1.721,8	535,5	31,1	535,5	45,0	100,0	1.186,3
Puglia	1.204,5	640,2	53,2	640,2	126,0	100,0	564,2
Basilicata	203,7	203,7	100,0	174,0	71,0	85,4	0,0
Calabria	608,6	350,1	57,5	339,6	26,0	97,0	258,5
Sicilia	1.774,4	971,3	54,7	971,3	215,0	100,0	803,1
Sardegna	547,7	303,8	55,5	303,7	199,0	100,0	243,9
Totale	15.286,0	11.183,9	73,2	10.326,0	2.338,0	92,3	4.102,0
Riserva Enti (I.R.C.C.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - I.Z.S. - I.S.S.)	886,4	862,4		765,4		88,7	24,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Nella tavola 15, le somme destinate a tali finalità sono distinte per regione. In crescita il valore degli accordi in sole due regioni: la Liguria e il Lazio. In tali regioni, gli accordi sottoscritti crescono rispettivamente di 69,1 e 251,2 milioni. Nel caso della Liguria sono così state impegnate tutte le risorse destinate.

Quelle richieste e ammesse a finanziamento hanno superato i 10.326 milioni. Si tratta del 92,3 per cento dei valori sottoscritti e riguarda 2.338 interventi (25 più del 2016). L'incremento dell'anno (76,7 milioni) riguarda solo sei regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Basilicata. Le risorse ancora disponibili per la sottoscrizione di Accordi sono pari a 4,1 miliardi, di cui 377,6 milioni destinati al Piemonte, 243 alla Sardegna e la restante quota alle regioni in Piano di rientro.

23. Limitati i progressi negli altri programmi. Non registrano variazioni quelli di potenziamento delle strutture di radioterapia *ex lege* n. 448 del 1999 e per la libera professione intramuraria *ex lege* n. 88 del 2000 (826,1 milioni, a fronte dei quali sono stati ammessi a finanziamento 439 interventi, per un importo a carico dello Stato di 769,4 milioni)²⁵.

Per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari l'iniziale finanziamento, rideterminato in 173,8 milioni, è stato ripartito in base alla popolazione residente al 1° gennaio 2011 (50 per cento delle risorse) e al numero dei soggetti internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) (50 per cento delle risorse). Nel corso del 2017 sono stati sottoscritti i decreti di tutte le regioni. Le somme assegnate crescono meno di un milione. Aumenta il numero degli interventi approvati in Campania, Calabria e Sicilia.

TAVOLA 16

PROGRAMMA PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

<i>(in migliaia)</i>				
Regioni	Superamento ex OPG DM 28/12/2012 Legge n. 191/2009	DM di assegnazione per singola Regione	Importo assegnato con DM	N. interventi contenuti nel DM
Piemonte	11.952,6	D.M. 19/12/2013	11.950,6	2
Valle D'Aosta	359,5	D.M. 19/01/2014	32.319,8	2
Lombardia	31.960,3		0,0	
*P.A. Bolzano	2.423,6		0,0	
*P.A. Trento	0,0		0,0	
Veneto	11.587,3	D.M. 05/02/2015	11.007,7	1
F. Venezia Giulia	2.532,7	D.M. 28/01/2015	2.532,7	3
Liguria	5.655,5	D.M.09/10/2013 D.M. 21/01/2015	5.655,5	4
E. Romagna	9.984,3	D.M.28/07/2015 D.M. 16/09/2014	9.984,3	9
Toscana	9.005,9	D.M. 19/12/2013	11.008,0	5
Umbria	2.002,1	D.M. 14/07/2015	0,0	
Marche	3.239,3	D.M.09/10/2013	3.239,3	1
Lazio	16.820,1	D.M. 31/03/2015	16.820,1	6
Abruzzo	3.681,0	D.M. 17/12/2013	4.549,3	1
Molise	868,3		0,0	
Campania	18.376,6	D.M.09/10/2013 D.M. 14/11/2017	18.376,6	18
Puglia	11.310,7	D.M. 04/03/201 D.M. 30/04/2015	3.835,9	2
Basilicata	1.252,1	D.M. 23/03/2015	1.252,0	2
Calabria	6.572,5	D.M.09/10/2013	6.572,5	2
Sicilia	18.776,8	D.M.07/12/2016	18.776,8	5
Sardegna	5.446,7	D.M.09/10/2013	5.446,7	1
Totale	173.808,0		163.328,0	64

*Le risorse non vengono assegnate in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero salute

²⁵ Per una ripartizione per regione dei finanziamenti autorizzati a valere su entrambi i programmi si rinvia al Rapporto di coordinamento 2016.

Nel caso del programma “*Adeguamento normativa antincendio*”, (legge n. 189 del 2012), dei 90 milioni previsti e ripartiti tra le Regioni con deliberazione CIPE n. 16 dell’8 marzo 2013, a fine 2017 ne sono stati ammessi a finanziamento solo 16,5 milioni. Si tratta di 16 interventi tutti localizzati in Valle d’Aosta, Lombardia, Veneto ed Emilia.

Il Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dei grandi centri urbani (legge n. 448 del 1998), per il quale è previsto un finanziamento di 1,2 miliardi, continua a registrare forti ritardi nella fase di realizzo: a quasi 20 anni dall’avvio, la percentuale di fondi ad oggi utilizzati dalle regioni è del 72,7 per cento (sono stati erogati 855 milioni di cui 39,2 milioni nel 2017). Forti ritardi sono stati accumulati nella fase di attuazione, in particolare nelle città di Cagliari e Torino. Tra gli interventi di grande rilievo a livello regionale programmati (ma non ancora avviati o solo parzialmente completati), il rifacimento del Policlinico Umberto I a Roma, il nuovo ospedale Galliera a Genova e il Nuovo Ospedale pediatrico Salesi nelle Marche. La consistenza dei residui passivi perenti in conto capitale al 31 dicembre 2017 è pari a 321 milioni.

TAVOLA 17

GLI INTERVENTI PER LA RIORGANIZZAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DELL’ASSISTENZA SANITARIA
NEI GRANDI CENTRI URBANI

(in milioni)

REGIONI	<i>Finanziamenti D.M. 5.4.2001</i>	Impegni totali iscritti in bilancio	Importo erogato al 31 dicembre 2017	% importo erogato
PIEMONTE Torino	101,0	90,5	34,0	37,6
LOMBARDIA Milano	112,2	100,5	73,3	73,0
VENETO Venezia	27,0	27,1	27,1	100,0
LIGURIA Genova	86,0	86,2	45,2	52,4
E. ROMAGNA Bologna	98,5	98,6	98,6	100,0
TOSCANA Firenze	83,4	83,5	70,6	84,6
MARCHE Ancona	39,2	39,3	28,3	72,0
UMBRIA Perugia	31,0	31,1	31,1	100,0
ABRUZZO L’Aquila	17,0	15,2	15,2	100,0
LAZIO Roma	208,3	208,5	105,7	50,7
CAMPANIA Napoli	58,9	59,0	58,9	99,8
MOLISE Campobasso	22,5	22,5	22,5	100,0
BASILICATA Potenza	27,5	24,6	24,6	100,0
PUGLIA Taranto	21,7	17,1	16,0	93,7
PUGLIA Bari	44,3	27,8	17,5	62,9
CALABRIA R. Calabria	25,8	17,6	17,6	100,0
CALABRIA Catanzaro	25,8	17,6	17,6	100,0
SICILIA Palermo	96,0	96,2	54,6	56,8
SICILIA Catania	89,6	89,7	79,1	88,2
SARDEGNA Cagliari	23,7	23,8	17,4	73,1
Totale	1.239,5	1.176,4	855,0	72,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero salute

Non omogeneo a livello territoriale l’utilizzo dei finanziamenti anche nel caso dell’attuazione della legge n. 39 del 1999, che ha sancito il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative. Il provvedimento aveva previsto un programma nazionale per la

creazione di strutture residenziali di cure palliative (*hospice*) in tutte le regioni italiane. Al 31 dicembre 2017, a fronte di impegni totali per 206,6 milioni a favore delle regioni, risultano erogati finanziamenti per 187,8 milioni (il 90,89 per cento) con una consistenza di residui passivi perenti pari a 18,8 milioni. Inferiori al 7 per cento le erogazioni nella provincia di Trento, in Friuli, in Calabria e in Sardegna. Nel 2017 hanno richiesto la reiscrizione delle somme perenti la P. A. Trento per 0,6 milioni, il Friuli V. G. per 1,9 milioni, la Puglia per 1 milione e la Sardegna 4,1 milioni.

TAVOLA 18

PROGRAMMA NAZIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE PER CURE PALLIATIVE

(in migliaia)

REGIONI	Finanziamento	importo erogato	residuo al 31/12/2016	% realizzazione
Piemonte	18.464,8	17.020,5	1.444,4	92,2
Valle d'Aosta	902,1	902,1	0,0	100,0
Lombardia	34.244,9	34.244,9	0,0	100,0
P.A. Bolzano	1.403,2	1.403,2	0,0	100,0
P.A. Trento	1.755,5	1.157,1	598,4	65,9
Friuli V. G.	5.698,3	3.756,0	1.942,3	65,9
Veneto	16.422,0	16.422,0	0,0	100,0
Liguria	8.332,0	8.331,9	0,1	100,0
E. Romagna	17.191,4	17.191,4	0,0	100,0
Toscana	15.504,9	14.630,9	874,1	94,4
Marche	5.505,8	5.505,8	0,0	100,0
Umbria	3.364,7	3.364,7	0,0	100,0
Abruzzo	4.355,9	3.211,8	1.144,1	73,7
Lazio	17.465,8	15.869,4	1.596,4	90,9
Campania	15.947,8	12.776,8	3.171,0	80,1
Molise	1.134,6	1.134,6	0,0	100,0
Basilicata	1.795,2	1.795,2	0,0	100,0
Puglia	11.069,2	10.102,8	966,4	91,3
Calabria	5.711,7	3.789,0	1.922,7	66,3
Sicilia	15.298,2	14.370,1	928,1	93,9
Sardegna	4.998,0	771,9	4.226,2	15,4
TOTALE	206.566,3	187.752,2	18.814,1	90,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero salute

Appendice

A1

	ACQUISTI DI BENI	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	PERSONALE RUOLO SANITARIO + IDENTITÀ DE MARIA	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE DI PERSONALE	SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI
2017																						
010 PIEMONTE	1.421,3	193,0	482,2	538,9	244,4	181,7	139,2	479,5	612,8	212,6	18,6	118,8	2.177,8	10,1	332,1	248,3	2.768,3	192,9	358,1	219,1	13,3	8.194,7
020 VALLE D'AOSTA	36,9	6,2	15,6	14,7	1,3	4,1	3,2	7,1	5,5	11,1	5,3	6,2	84,7	0,4	15,1	12,2	112,3	8,5	7,9	9,1	0,0	255,0
030 LOMBARDIA	2.563,5	310,7	872,3	1.266,6	1.077,2	173,1	264,0	2.282,2	2.099,2	665,5	41,0	171,5	3.863,0	21,0	653,6	424,3	4.961,9	429,3	867,2	378,6	4,5	18.428,5
041 PROV. AUTON. BOLZANO	177,7	26,9	61,6	43,1	8,4	0,1	33,5	26,6	89,0	28,1	0,6	10,0	465,3	2,5	82,4	49,5	599,7	21,0	41,0	37,6	0,1	1.204,9
042 PROV. AUTON. TRENTO	163,3	17,1	59,4	64,3	28,1	0,4	20,1	57,3	177,3	18,8	0,2	17,6	342,9	1,2	62,6	34,7	441,3	24,8	74,3	32,2	0,0	1.196,4
050 VENETO	1.478,7	201,1	557,3	498,5	340,6	29,3	104,8	535,2	859,0	420,9	18,3	141,8	2.161,6	8,5	353,3	203,4	2.726,8	130,2	560,8	211,9	14,6	8.829,9
060 FRIULI VENEZIA GIULIA	470,8	77,0	128,5	164,6	50,6	14,1	42,1	61,3	139,3	57,1	6,8	19,4	727,9	3,6	137,9	56,7	926,1	37,8	130,9	69,7	0,4	2.396,3
070 LIGURIA	534,8	62,0	157,5	177,8	114,7	95,4	45,0	204,9	189,6	72,4	7,5	32,2	873,9	2,8	124,1	77,7	1.078,6	57,3	216,8	83,8	1,5	3.131,8
080 EMILIA ROMAGNA	1.462,0	208,6	526,8	448,9	207,7	1,5	88,5	610,6	863,5	360,9	10,6	69,9	2.414,3	14,2	353,9	200,2	2.982,6	151,4	487,4	227,6	13,3	8.721,8
090 TOSCANA	1.436,4	155,0	417,4	425,5	154,3	85,9	84,0	287,2	447,7	207,2	13,0	145,9	2.063,1	11,7	286,5	159,3	2.517,5	138,7	452,3	195,9	80,9	7.244,8
100 UMBRIA	344,8	39,7	96,3	121,0	21,6	10,6	38,4	45,2	99,4	38,0	2,6	12,3	519,9	2,0	61,6	30,4	613,9	39,1	119,4	48,4	0,9	1.691,8
110 MARCHE	573,4	51,2	170,9	224,2	54,2	77,3	41,2	109,2	179,6	75,0	1,3	25,5	812,9	2,3	125,0	64,9	1.005,1	59,1	108,4	76,1	0,4	2.831,9
120 LAZIO	1.630,1	143,1	607,1	814,7	487,7	214,9	258,1	1.263,4	780,8	471,7	18,7	65,8	2.223,0	9,2	201,6	187,6	2.621,3	171,6	563,0	201,7	106,2	10.419,9
130 ABRUZZO	457,0	67,5	155,7	214,2	46,9	67,3	32,3	132,2	109,0	64,1	7,4	23,1	630,0	1,7	77,6	44,5	753,7	52,8	118,4	60,2	6,3	2.368,3
140 MOLISE	97,5	10,6	47,2	40,1	38,6	15,8	9,0	71,8	29,7	13,5	1,3	2,2	150,1	0,1	16,3	8,7	175,3	13,6	28,0	13,2	13,3	620,9
150 CAMPANIA	1.712,2	196,4	648,7	773,4	754,3	299,9	190,4	822,4	270,7	288,3	18,6	63,0	2.200,7	8,7	203,5	170,7	2.583,6	167,2	452,8	214,5	15,8	9.472,1
160 PUGLIA	1.416,9	129,2	521,2	564,9	292,7	157,4	119,5	735,0	388,2	127,5	3,5	38,1	1.673,8	5,6	189,9	130,8	2.000,1	113,9	364,3	154,6	5,2	7.132,2
170 BASILICATA	196,3	25,1	76,4	76,4	34,5	42,0	27,7	17,1	34,4	22,0	0,7	5,1	300,0	1,7	45,5	22,1	369,2	19,3	54,0	29,7	0,1	1.029,8
180 CALABRIA	589,0	46,8	248,8	282,9	107,7	68,1	98,9	196,1	150,6	70,0	3,1	32,9	924,3	4,3	110,0	87,9	1.126,5	88,3	144,7	81,9	46,5	3.382,6
190 SICILIA	1.379,3	136,1	600,9	616,3	523,7	186,5	171,0	709,4	492,0	396,0	7,0	59,9	2.297,2	8,8	244,5	208,6	2.759,0	139,6	293,8	215,2	138,3	8.670,2
200 SARDEGNA	600,1	70,6	196,7	233,6	122,9	51,5	62,5	83,6	148,4	39,3	10,4	37,7	999,6	4,4	113,1	72,8	1.189,9	74,4	176,8	90,9	4,2	3.193,6
ITALIA	18.742,1	2.174,1	6.648,6	7.604,7	4.712,1	1.776,9	1.919,3	8.737,2	8.165,8	3.460,1	196,4	1.098,8	27.905,9	124,7	3.789,9	2.492,2	34.312,7	2.130,7	5.620,3	2.651,6	465,7	110.417,1

	ACQUISTI DI BENI	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	FARMACEUTICA	SPECIALISTICA	RIABILITATIVA	INTEGRATIVA	OSPEDALIERA	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRI SERVIZI SANITARI	ALTRI SERVIZI NON SANITARI	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	PERSONALE RUOLO SANITARIO + INDENNITÀ DE MARIA	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE	PERSONALE RUOLO TECNICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE SPESE DI PERSONALE	SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI	SERVIZI APPALTI	IMPOSTE E TASSE	ONERI FINANZIARI	TOTALE COSTI 1	
010 PIEMONTE	1.375,8	480,4	579,7	234,2	175,8	138,1	477,6	594,7	203,1	18,0	113,2	2.178,2	10,5	334,0	253,9	2.776,5	184,5	354,8	219,2	18,6	8.127,6	
020 VALLE D'AOSTA	36,5	5,7	15,5	1,2	4,3	3,1	7,1	6,3	10,2	4,4	6,5	86,2	0,4	15,4	12,2	114,1	8,4	8,0	8,7	0,0	255,5	
030 LOMBARDIA	2.459,7	303,1	872,7	1.316,5	1.057,2	1.733,3	2.260,8	2.031,1	688,9	40,7	164,2	3.868,3	20,4	650,7	425,6	4.964,9	445,2	865,6	3.799,4	4,6	18.285,8	
041 PROV. AUTON. BOLZANO	171,0	25,0	55,2	46,1	8,5	0,2	32,6	27,0	81,7	27,8	0,6	9,5	449,0	2,5	579,4	20,3	38,1	36,3	1,1	1.160,5		
042 PROV. AUTON. TRENTO	153,8	17,0	59,4	60,6	25,9	0,3	19,8	55,3	170,1	18,0	0,1	325,4	1,1	62,5	34,7	423,8	23,1	72,2	30,9	0,0	1.146,6	
050 VENETO	1.392,1	197,0	553,7	523,7	329,7	30,3	108,0	538,0	424,1	18,3	138,6	2.161,5	9,4	354,6	209,1	2.734,5	141,7	549,5	209,7	17,1	8.751,9	
060 FRULLI VENEZIA GIULIA	436,3	72,8	132,3	166,9	51,2	13,5	40,8	59,6	130,0	60,1	6,2	19,7	727,4	3,5	135,7	38,4	130,2	69,1	0,4	2.350,4		
070 LIGURIA	516,7	60,6	156,6	194,1	114,4	96,7	44,1	208,3	183,4	74,0	6,8	29,9	873,6	2,9	123,8	76,0	1.076,3	50,3	212,5	83,3	1,5	3.109,6
080 EMILIA ROMAGNA	1.396,8	205,7	521,3	485,4	197,1	1,3	94,3	619,7	844,6	354,8	12,7	70,7	2.391,6	14,7	352,8	203,4	2.962,5	150,7	485,0	225,7	17,1	8.645,5
090 TOSCANA	1.403,5	154,5	415,1	454,8	148,2	85,9	84,1	282,1	446,3	227,5	12,9	134,6	2.055,7	11,0	289,6	155,3	2.511,6	133,0	445,3	197,5	70,9	7.207,4
100 UMBRIA	334,7	39,6	95,1	126,7	20,6	9,4	37,6	41,6	93,5	35,7	2,8	12,2	519,6	2,0	61,0	30,5	613,1	38,4	114,2	47,0	1,0	1.663,3
110 MARCHE	546,5	52,2	170,6	243,6	52,4	68,5	40,0	106,1	168,0	72,4	1,2	26,0	806,0	2,2	119,1	62,9	990,2	55,5	106,9	74,3	1,1	2.775,5
120 LAZIO	1.551,5	145,0	607,1	860,1	484,6	201,5	255,6	1.249,5	778,1	462,7	16,4	64,5	2.257,6	8,8	204,4	191,7	2.662,4	170,2	575,7	206,8	98,0	10.389,8
130 ABRUZZO	444,7	66,5	155,4	224,4	46,2	68,9	32,8	130,6	103,5	60,3	10,0	25,5	636,3	1,7	77,6	45,3	760,9	55,3	113,5	60,4	6,7	2.366,0
140 MOLISE	96,2	10,0	46,6	43,0	37,9	17,1	8,7	67,3	27,0	14,7	0,6	2,3	155,2	0,2	16,8	9,3	181,4	16,1	26,6	14,8	13,3	623,5
150 CAMPANIA	1.655,3	184,5	647,5	829,0	748,8	292,9	185,5	817,6	259,8	20,3	53,8	2.219,0	8,4	206,0	174,9	2.608,3	163,6	463,3	222,4	19,1	9.469,2	
160 PUGLIA	1.327,9	123,9	521,3	624,3	280,6	155,5	125,0	750,4	380,2	146,5	3,8	39,9	1.661,5	5,5	190,7	131,3	1.988,9	121,2	350,0	152,1	6,1	7.097,5
170 BASILICATA	183,9	24,2	79,2	78,3	32,6	41,6	27,0	16,5	33,3	21,4	1,0	5,5	306,0	1,6	45,2	22,6	375,4	15,3	46,4	29,5	0,3	1.011,6
180 CALABRIA	564,3	45,1	252,1	300,5	119,6	68,8	98,2	194,5	142,5	70,2	3,0	33,1	925,1	4,4	106,1	90,9	1.126,5	90,7	149,7	83,8	38,4	3.380,9
190 SICILIA	1.321,9	136,7	598,3	668,4	505,8	184,4	215,4	704,1	467,1	167,5	5,9	53,8	2.299,8	8,1	241,0	213,4	2.762,2	136,0	280,9	214,4	144,2	8.567,0
200 SARDEGNA	611,6	68,3	195,7	258,3	124,8	52,7	65,2	83,4	146,9	37,8	10,7	35,8	998,8	4,3	113,4	73,8	1.190,2	77,0	177,8	90,0	4,1	3.250,4
ITALIA	17.980,6	2.120,6	6.631,3	8.099,9	4.621,7	1.742,9	1.913,0	8.696,9	7.934,2	3.475,3	1.962,1	1.055,7	123,5	3.779,7	2.523,4	34.328,3	2.133,2	5.566,2	2.655,9	463,4	109.615,4	

2017	CONTRIBUITI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUITI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUITI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUITI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICI DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERIE RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	COMPARTICIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Utenori trasferimenti da Province autonome e RSS	
010	PIEMONTE	8.088,2	0,0	91,9	6,9	13,2	26,7	28,0	42,7	111,6	12,6	0,0	122,7	8.544,4
020	VALLE D'AOSTA	226,6	1,0	0,3	0,0	0,1	2,2	0,6	1,4	8,4	0,3	0,0	11,2	252,3
030	LOMBARDIA	18.169,5	0,0	122,2	54,4	38,1	131,6	41,9	97,5	213,1	25,5	0,2	328,1	19.222,1
041	PROV. AUTON. BOLZANO	897,0	22,9	0,4	0,0	0,7	15,0	0,3	14,0	19,7	4,0	0,0	21,5	995,5
042	PROV. AUTON. TRENTO	942,9	18,8	1,0	0,0	4,3	7,7	0,2	3,2	21,0	3,8	0,0	38,8	1.041,6
050	VENETO	8.824,1	0,0	91,6	5,5	10,4	57,2	1,6	49,3	174,2	37,5	0,2	169,8	9.421,3
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	2.215,8	0,0	62,8	3,8	0,9	18,0	0,1	13,5	42,9	5,7	0,0	73,6	2.437,2
070	LIGURIA	3.068,3	0,3	18,1	6,2	4,7	14,0	0,6	21,6	42,8	14,9	0,0	54,9	3.246,4
080	EMILIA ROMAGNA	8.140,7	0,0	223,6	1,8	11,2	80,0	0,7	99,9	157,6	24,1	0,4	158,3	8.898,3
090	TOSCANA	6.924,4	0,0	98,4	1,6	15,1	43,4	5,7	50,4	134,2	19,4	0,1	154,5	7.447,5
100	UMBRIA	1.648,4	1,2	6,0	0,1	2,3	10,8	0,0	14,2	27,6	3,2	0,0	29,5	1.743,4
110	MARCHE	2.796,5	1,1	39,0	0,3	3,8	11,8	0,3	13,6	38,4	7,2	0,0	50,2	2.962,0
120	LAZIO	10.608,4	0,0	97,2	5,1	5,2	67,0	4,5	47,7	103,1	8,9	0,3	159,1	11.106,4
130	ABRUZZO	2.426,3	0,0	2,6	0,0	0,8	14,5	0,4	6,9	33,5	5,5	0,0	36,5	2.527,0
140	MOLISE	602,6	0,0	2,2	0,0	0,1	2,8	0,1	1,1	4,5	0,5	0,0	1,6	615,5
150	CAMPANIA	10.344,2	0,0	29,0	0,8	6,6	35,5	3,1	28,2	56,0	13,3	1,0	87,1	10.604,8
160	PUGLIA	7.334,0	0,0	64,0	1,4	4,2	19,3	2,9	13,1	45,5	9,6	0,4	92,0	7.586,4
170	BASILICATA	1.059,2	3,5	4,9	0,3	1,2	3,7	0,1	1,6	10,9	1,7	0,0	20,4	1.107,5
180	CALABRIA	3.534,7	0,0	58,1	0,6	1,2	7,5	0,2	10,8	25,8	2,0	0,0	27,9	3.668,8
190	SICILIA	9.056,3	0,0	13,2	0,5	6,6	32,5	5,5	37,1	43,6	7,1	1,2	129,8	9.333,4
200	SARDEGNA	2.953,5	14,2	50,3	0,3	0,8	7,7	1,1	12,6	22,2	3,1	0,0	45,7	3.111,5
	ITALIA	109.861,4	63,0	1.076,8	89,5	131,7	608,7	98,0	580,3	1.336,6	210,0	3,9	1.813,3	115.873,1

	CONTRIBUITI DA REGIONE (quota FS indistinto e quota FS vincolata)	CONTRIBUITI DA REGIONE (extra fondo)	CONTRIBUITI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PUBBLICI	CONTRIBUITI IN C/ESERCIZIO DA ENTI PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PUBBLICI DELLA REGIONE E PRESTAZIONI NON SOGGETTE A COMPENSAZIONE	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE PRIVATI	RICAVI PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	CONCORSI RECUPERIE RIMBORSI PER ATTIVITÀ TIPICHE	COMPARTECIPAZIONI	ENTRATE VARIE	INTERESSI ATTIVI	COSTI CAPITALIZZATI	TOTALE netto coperture e Ulteriori trasferimenti da Province autonome e RSS
010 PIEMONTE	7.996,6	0,0	117,9	8,8	8,1	27,9	28,9	47,6	113,4	111,1	0,6	122,3	8.483,3
020 VALLE D'AOSTA	226,1	1,0	0,5	0,1	0,2	2,4	0,3	1,5	8,2	0,6	0,0	10,6	251,4
030 LOMBARDIA	17.809,6	0,0	92,0	56,2	39,9	150,1	39,4	93,2	215,7	25,2	0,8	344,7	18.867,0
041 PROV. AUTON. BOLZANO	888,5	21,4	0,0	0,0	1,0	14,7	0,4	15,4	19,1	4,8	0,0	21,5	986,6
042 PROV. AUTON. TRENTO	931,6	193,9	3,8	0,0	1,7	9,3	0,3	3,9	21,1	7,1	0,0	38,8	1.211,6
050 VENETO	8.579,5	0,0	66,4	7,8	13,4	61,1	1,6	46,3	170,6	40,1	0,1	168,5	9.155,4
060 FRIULI VENEZIA GIULIA	2.207,6	0,0	66,8	4,9	1,0	17,1	0,1	16,2	43,5	4,3	2,3	73,9	2.437,7
070 LIGURIA	3.020,0	0,3	37,0	8,5	4,2	13,5	0,7	22,5	42,2	14,9	0,1	58,9	3.222,7
080 EMILIA ROMAGNA	8.000,2	0,0	234,5	3,3	11,8	76,3	0,7	103,6	157,2	20,9	0,4	160,7	8.769,6
090 TOSCANA	6.839,8	0,0	62,3	3,8	12,9	45,4	5,2	60,5	134,5	32,6	0,1	158,3	7.355,4
100 UMBRIA	1.610,8	1,1	3,8	1,5	2,2	11,2	0,0	14,8	27,3	2,7	0,0	30,6	1.705,8
110 MARCHE	2.772,6	1,9	10,2	0,6	2,9	11,8	0,2	14,2	41,1	5,9	0,0	52,5	2.914,0
120 LAZIO	10.445,9	0,0	95,3	6,1	10,4	70,7	5,1	60,6	113,0	9,1	1,0	163,6	10.980,8
130 ABRUZZO	2.385,2	0,0	3,0	0,1	0,9	14,5	0,6	7,7	33,5	5,5	0,0	51,4	2.502,4
140 MOLISE	603,7	0,0	8,3	0,0	0,1	2,1	0,1	1,1	4,5	0,5	0,0	1,6	622,1
150 CAMPANIA	10.222,9	0,0	32,9	1,2	2,5	34,2	3,5	26,6	52,5	14,2	0,3	92,1	10.482,8
160 PUGLIA	7.195,5	0,0	114,0	1,6	3,0	21,0	3,8	12,0	47,1	10,0	2,2	85,9	7.496,1
170 BASILICATA	1.045,2	5,6	6,6	0,3	1,7	3,8	0,1	2,5	10,4	4,0	0,0	19,7	1.099,9
180 CALABRIA	3.496,4	0,0	61,2	0,2	0,5	8,8	0,2	8,0	23,9	1,8	0,0	31,4	3.632,5
190 SICILIA	8.903,6	0,0	18,1	0,9	6,1	31,9	5,8	42,3	43,1	7,2	0,4	130,6	9.189,9
200 SARDEGNA	2.931,7	19,0	74,2	0,2	0,4	11,2	1,1	13,2	26,5	5,5	0,0	45,4	3.128,3
ITALIA	108.112,9	244,2	1.108,5	106,1	125,0	638,9	98,2	613,5	1.348,5	228,0	8,5	1.863,0	114.495,3

2016

2017		AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTICIPAZI ONE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
010	PIEMONTE	151,9	4,5	-126,1	92,9	82,9	10,1	8.467,0
020	VALLE D'AOSTA	11,2	0,2	-1,1	2,5	2,1	0,4	267,1
030	LOMBARDIA	420,9	0,5	-1.047,6	202,2	147,5	54,7	19.842,7
041	PROV. AUTON. BOLZANO	22,2	0,9	-16,0	2,5	1,7	0,9	1.243,1
042	PROV. AUTON. TRENTO	38,6	-0,2	3,3	10,6	8,1	2,5	1.229,0
050	VENETO	227,6	10,8	-495,1	110,6	83,0	27,6	9.535,9
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	76,1	0,0	-15,4	25,4	19,3	6,0	2.481,7
070	LIGURIA	63,8	0,2	-86,6	35,4	28,3	7,0	3.275,3
080	EMILIA ROMAGNA	246,7	2,8	-315,9	123,2	89,3	33,9	9.253,2
090	TOSCANA	240,1	10,8	-193,6	107,1	72,4	34,6	7.654,6
100	UMBRIA	33,3	0,6	-44,6	14,4	10,9	3,4	1.766,8
110	MARCHE	58,6	2,3	-3,2	35,2	29,2	6,0	2.890,1
120	LAZIO	181,9	8,5	-340,2	82,2	69,3	12,9	10.937,6
130	ABRUZZO	40,8	0,1	-55,9	15,6	12,8	2,8	2.462,3
140	MOLISE	6,0	0,0	-27,2	2,5	2,0	0,5	653,5
150	CAMPANIA	128,5	34,5	-604,4	42,6	39,0	3,6	10.235,7
160	PUGLIA	114,0	2,2	-157,5	36,3	27,1	9,2	7.396,6
170	BASILICATA	22,3	0,0	-13,1	4,9	4,1	0,8	1.064,4
180	CALABRIA	33,2	12,6	-30,2	10,3	7,6	2,7	3.456,0
190	SICILIA	153,3	7,3	-292,8	34,4	30,1	4,4	9.119,2
200	SARDEGNA	64,9	0,0	-76,2	12,2	10,0	2,3	3.332,4
ITALIA		2.335,9	98,3	-3.939,5	1.003,1	776,6	226,5	116.564,2
2016		AMMORTAMENTI	RIVALUTAZIONI SVALUTAZIONI	SALDO VOCI ECONOMICHE	RICAVI INTRAMOENIA	COMPARTICIPAZI ONE PERSONALE INTRAMOENIA	SALDO INTRAMOENIA	Totale costi con voci economiche e saldo intramoenia
010	PIEMONTE	155,3	5,3	-126,5	94,9	82,5	12,3	8.402,3
020	VALLE D'AOSTA	10,6	0,2	-1,3	2,5	2,2	0,3	267,3
030	LOMBARDIA	454,4	8,4	-705,5	204,9	149,9	54,9	19.399,3
041	PROV. AUTON. BOLZANO	22,2	0,9	-13,9	2,4	1,5	0,9	1.196,5
042	PROV. AUTON. TRENTO	35,7	0,5	-4,1	10,7	8,4	2,3	1.184,6
050	VENETO	232,3	10,9	-252,6	109,1	84,6	24,5	9.223,3
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	75,7	1,5	-23,8	26,0	19,8	6,2	2.445,2
070	LIGURIA	62,6	0,0	-82,3	36,8	29,6	7,2	3.247,2
080	EMILIA ROMAGNA	249,9	8,0	-235,8	126,9	92,1	34,8	9.104,4
090	TOSCANA	231,3	20,4	-101,5	106,9	75,8	31,1	7.529,5
100	UMBRIA	34,5	1,1	-13,8	15,3	10,8	4,5	1.708,2
110	MARCHE	62,9	4,3	-22,8	35,9	29,6	6,4	2.859,1
120	LAZIO	184,1	34,2	-326,3	90,0	75,5	14,5	10.919,9
130	ABRUZZO	51,7	5,7	-45,0	16,1	13,6	2,5	2.465,9
140	MOLISE	6,0	0,0	-38,3	3,1	2,1	1,1	666,7
150	CAMPANIA	126,9	12,5	-545,9	46,2	42,3	3,9	10.150,6
160	PUGLIA	112,8	4,9	-142,5	36,0	27,0	8,9	7.348,8
170	BASILICATA	21,2	1,6	-24,5	4,5	3,9	0,6	1.058,2
180	CALABRIA	37,1	0,0	-48,1	10,0	8,2	1,8	3.464,3
190	SICILIA	159,4	10,3	-272,0	34,0	29,1	4,9	9.003,8
200	SARDEGNA	63,3	1,7	-109,5	12,4	9,9	2,5	3.402,4
ITALIA		2.389,8	132,6	-3.136,0	1.024,7	798,4	226,3	115.047,6

2017		TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasf. delle regioni e prov. autonome	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMOENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE da CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	Ulteriori trasferimenti da Prov. Autonome e Reg. a Statuto Speciale	Coperture contabilizzate nel CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO con coperture contabilizzate nel CE	Risultati d'esercizio da tavoli	Risultati da tavoli (omogenei)
010	PIEMONTE	8.544,4	-8.467,0	-64,0	0,0	13,5	0,0	0,0	13,5	27,6	27,6
020	VALLE D' AOSTA	252,3	-267,1	-8,4	0,0	-23,2	4,4	18,6	-0,3	-0,3	-0,3
030	LOMBARDIA	19.222,1	-19.842,7	626,6	0,0	6,0	0,0	0,0	6,0	6,0	6,0
041	PROV. AUTON. BOLZANO	995,5	-1.243,1	2,0	-14,0	-259,5	265,6	0,0	6,1	6,1	6,1
042	PROV. AUTON. TRENTO	1.041,6	-1.229,0	-9,1	0,0	-196,4	28,4	168,0	0,0	0,0	0,0
050	VENETO	9.421,3	-9.535,9	132,7	0,0	18,1	0,0	0,0	18,1	14,5	14,5
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	2.437,2	-2.481,7	15,0	0,0	-29,5	13,9	0,0	-15,6	-15,6	-15,6
070	LIGURIA	3.246,4	-3.275,3	-34,7	0,0	-63,7	0,0	0,0	-63,7	1,3	1,3
080	EMILIA ROMAGNA	8.898,3	-9.253,2	355,3	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,3	0,3
090	TOSCANA	7.447,5	-7.654,6	154,2	0,0	-52,9	0,0	60,0	7,1	7,1	7,1
100	UMBRIA	1.743,4	-1.766,8	25,7	0,0	2,2	0,0	0,0	2,2	2,2	2,2
110	MARCHE	2.962,0	-2.890,1	-62,3	0,0	9,6	0,0	0,0	9,6	4,6	4,6
120	LAZIO	11.106,4	-10.937,6	-268,1	0,0	-99,3	0,0	724,2	624,9	592,8	0,0
130	ABRUZZO	2.527,0	-2.462,3	-73,9	0,0	-9,2	0,0	0,0	-9,2	0,0	0,0
140	MOLISE	615,5	-653,5	21,0	0,0	-17,0	0,0	17,4	0,3	4,0	4,0
150	CAMPANIA	10.604,8	-10.235,7	-276,9	0,0	92,1	0,0	51,8	143,9	110,2	110,2
160	PUGLIA	7.586,4	-7.396,6	-184,6	0,0	5,2	0,0	0,0	5,2	4,5	4,5
170	BASILICATA	1.107,5	-1.064,4	-31,9	0,0	11,2	0,0	0,0	11,2	25,8	25,8
180	CALABRIA	3.668,8	-3.456,0	-293,5	0,0	-80,7	0,0	98,0	17,3	2,5	2,5
190	SICILIA	9.333,4	-9.119,2	-198,3	0,0	15,9	0,0	131,8	147,7	136,4	0,0
200	SARDEGNA	3.111,5	-3.332,4	-72,8	0,0	-293,7	29,9	115,3	-148,5	-474,6	-150,6
	ITALIA	115.873,1	-116.564,2	-245,9	-14,0	-950,9	342,2	1.385,0	776,3	807,5	50,1

2016		TOTALE RICAVI al netto delle coperture e degli ulteriori trasf. delle regioni e prov. autonome	TOTALE COSTI CON VOCI ECONOMICHE E SALDO INTRAMOENIA	SALDO MOBILITA' EXTRA DA CE	SALDO MOBILITA' INTERNAZIONALE da CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	Ulteriori trasferimenti da Prov. Autonome e Reg. a Statuto Speciale	Coperture contabilizzate nel CE	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO con coperture contabilizzate nel CE	Risultati d'esercizio da tavoli	Risultati da tavoli (omogenei)
010	PIEMONTE	8.483,3	-8.402,3	-30,3	0,0	50,7	0,0	0,0	50,7	8,4	8,4
020	VALLE D' AOSTA	251,4	-267,3	-9,3	0,0	-25,2	25,6	0,0	0,4	0,4	0,4
030	LOMBARDIA	18.867,0	-19.399,3	539,6	0,0	7,4	0,0	0,0	7,4	5,9	5,9
041	PROV. AUTON. BOLZANO	986,6	-1.196,5	5,5	-13,3	-217,7	237,2	0,0	19,5	19,5	19,5
042	PROV. AUTON. TRENTO	1.211,6	-1.184,6	-19,3	0,0	7,7	-7,7	0,0	0,0	0,0	0,0
050	VENETO	9.155,4	-9.223,3	85,3	0,0	17,4	0,0	0,0	17,4	13,7	13,7
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	2.437,7	-2.445,2	25,1	0,0	17,6	-21,0	0,0	-3,3	-3,3	-3,3
070	LIGURIA	3.222,7	-3.247,2	-39,2	0,0	-63,7	0,0	0,0	-63,7	7,8	7,8
080	EMILIA ROMAGNA	8.769,6	-9.104,4	335,4	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6	0,2	0,2
090	TOSCANA	7.355,4	-7.529,5	135,7	0,0	-38,4	0,0	0,0	-38,4	0,0	0,0
100	UMBRIA	1.705,8	-1.708,2	9,6	0,0	7,2	0,0	0,0	7,2	2,9	2,9
110	MARCHE	2.914,0	-2.859,1	-30,0	0,0	24,9	0,0	0,0	24,9	24,6	24,6
120	LAZIO	10.980,8	-10.919,9	-197,4	0,0	-136,5	0,0	387,2	250,7	0,0	0,0
130	ABRUZZO	2.502,4	-2.465,9	-72,3	0,0	-35,8	0,0	0,0	-35,8	0,0	0,0
140	MOLISE	622,1	-666,7	27,5	0,0	-17,1	0,0	17,2	0,1	2,2	2,2
150	CAMPANIA	10.482,8	-10.150,6	-283,2	0,0	49,0	0,0	51,8	100,8	82,5	82,5
160	PUGLIA	7.496,1	-7.348,8	-184,9	0,0	-37,6	0,0	10,0	-27,6	4,8	4,8
170	BASILICATA	1.099,9	-1.058,2	-31,9	0,0	9,8	0,0	0,0	9,8	9,8	9,8
180	CALABRIA	3.632,5	-3.464,3	-256,9	0,0	-88,8	0,0	97,7	9,0	-1,7	-1,7
190	SICILIA	9.189,9	-9.003,8	-179,6	0,0	6,5	0,0	65,9	72,3	0,0	0,0
200	SARDEGNA	3.128,3	-3.402,4	-68,1	0,0	-342,1	0,4	25,3	-316,4	-324,0	-324,0
	ITALIA	114.495,3	-115.047,6	-238,4	-13,3	-804,0	234,5	655,1	85,6	-161,1	-161,1

REGIONE	AREE DI INTERVENTO	DESCRIZIONE	INDICATORI	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DURATA DEL PROGRAMMA
Abruzzo	Area 1. Ospedalicità	Il programma individua due aree di miglioramento, una orientata a diffondere e promuovere un corretto percorso e modo di organizzare gli interventi di fattura di minore, l'altra mirata al superamento delle criticità nella identificazione degli ammalati attraverso la gestione delle anagrafiche mediante sistemi informatizzati.	% pazienti (65+) con diagnosi (fattura del colombo del giorno operativo, 2 giornate in regime ambulatorio (indicatore B) griglia Lea)	32,32%	55%	1/1/2017 - 31/10/2018
	Area 2. Prevenzione - sanità animale	Il programma è coerente con i obiettivi del PO 2016-2020.	% di riduzione delle check list non conformi uscite in BDN, riferite all'anagrafe ovicaprina	ND	50%	
Basilicata	Area 1. Assistenza domiciliare e residenziale	Il programma individua due aree di miglioramento, una orientata a garantire la continuità assistenziale, sostenere la famiglia, permettere il recupero delle capacità residue, migliorare la qualità di vita dell'utente fornendo risposte globali e continue basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, anche nella fase terminale; l'altra mirata al SS tema di emergenza-urgenza con l'obiettivo di ridurre la tempistica degli interventi.	N. totale pazienti in cure domiciliari - dato anno 2016 (di SP 4337-ASM 270) (target atteso) incremento del 15% del totale dei pazienti in cure in anno 2016/2018	2016	Incremento del 15% a 12 mesi 31/12/2018	1/01/2018 - 31/12/2018
	Area 2. Emergenza-urgenza		Miglioramento allarme e target con raggiungimento dei valori previsti dalla normativa attuale in ente vigente	>30 minuti	<21 minuti	
Calabria	Area 1. Emergenza miglioramento dei tempi	Il programma è articolato su due aree di intervento più volte evidenziate dai Tavoli Pdre e dal monitoraggio dei Lea: tempi di soccorso della rete di emergenza-urgenza e completamento e qualificazione del percorso neonatale attraverso anche la copertura su tutto il territorio.	Intervallo allarme e dei mezzi di soccorso (minuti) 1/1/2017 - aree con STEN attivo / N. 3 aree previste	21	19	31/10/2018
	Area 2. Miglioramento del percorso nascita e completamento rete STEN	Il programma propone un'unica area prioritaria ed un obiettivo di migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali per il contatto alla buccella e tubercolosi nelle aziende zootechiche attive verso due interventi: l'adeguamento degli organici veterinari delle Aziende Sanitarie; l'attivazione di percorsi formativi per la standardizzazione delle procedure diagnostiche.	1. Tubercolosi: 0,4% 2. Bucciellosi bovina/buflina: 1,44% 3. Bucciellosi ovicaprina: 0,36%	66%	100%	
Campania	Area 1. P rofilassi delle malattie animali trasmissibili all'uomo (TBC e BRC)		Diminuzione della prevalenza delle Aziende infette		1. Tubercolosi: 0,36% 2. Bucciellosi bovina/buflina: 1,0% 3. Bucciellosi ovicaprina: 0,36%	01/10/2017-30/09/2018
Emilia Romagna	Area 1. DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Le strategie proposte dalla Regione Emilia Romagna in tema di appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero o di ricovero ospedaliero o di ricovero ospedaliero e di ricovero ospedaliero.	% DRG potenzialmente inappropriati (griglia Lea)	0,22	0,21	
	Area 2. Uniformità interna - AS residenziali	La prima area di intervento è orientata a riorganizzare e qualificare la filiera di offerta residenziale delle persone disabili a protezione su tutto il territorio regionale. La seconda area è orientata a mettere a disposizione dei MMG e dei centri per i disturbi di comunicazione per la condivisione del PDTA e dei PIA in modo da aumentare l'adeguatezza del percorso specificamente ottimizzato l'accesso alle prestazioni specialistiche su un canale più orientato ad aumentare l'accesso alle prestazioni specialistiche su un canale attraverso l'utilizzo della telemedicina.	Numero di ASL che applica il sistema regionale di regolazione della filiera dei servizi residenziali	0	4 ASL (80%)	1/10/2017-30/09/2018
Liguria	Area 2. Accessibilità - Revisione del sistema di accesso alle prestazioni sanitarie	Il programma individua due aree di miglioramento: la prima è finalizzata a migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie attraverso l'utilizzo della telemedicina.	Numero di ASL in cui è stato attivato l' nuovo sistema di accesso per la gestione delle patologie croniche	0	5	
Lazio	Area 1. Accessibilità alle cure domiciliari		% di anziani > 65 trattati in ADI	1,57%	≥ 1,88%	1/10/2017-1/10/2018
	Area 2. Qualità delle cure attraverso l'implementazione della telemedicina		% di Aziende Sanitarie IRCCS pubbliche e Policlinici Universitari in cui vengono implementati i servizi di telemedicina	0	≥ 50%	
Lombardia	Area 1. Avvio del nuovo modello di presa in carico dei pazienti in promozione dell'aderenza terapeutica di tipo II riferenti al terzo livello di stratificazione della domanda approvato alla DGR	Il programma prevede l'armonizzazione di almeno 20.000 pazienti con diabete di tipo 2 e la promozione delle prestazioni nei mesi nei tempi indicati nel P.A.I. Si prevede, inoltre, la promozione dell'aderenza terapeutica (superiore al 50% di DDD nel periodo considerato).	Numero di pazienti armonizzati	0	almeno 20.000	1/1/2018-31/12/2018

REGIONE	AREE DI INTERVENTO	DESCRIZIONE	INDICATORI	VALORE INIZIALE	VALORE FINALE	DURATA DEL PROGRAMMA
Mareche	Area 1 Qualificazione dell'assistenza territoriale, assistenza domiciliare residenziale, cure intermedie e supporto della telemedicina	Il progetto è orientato a migliorare e rendere più efficace l'assistenza domiciliare attraverso l'acquisizione di risorse e agguinzamento del personale qualificato e opportunamente formato in stretta collaborazione con i MMG con il supporto di strumenti di telemedicina. L'obiettivo è chiaro, sono state identificate azioni fattibili, gli indicatori appaiono sufficientemente adeguati.		0	100%	12 mesi dalla data di validazione
	Area 1.1 Mantenimento erogazione dei Lea	Con nota sottoscritta dal DG dell'Asa Gallo e dalla Struttura Commissariale, la Regione comunica che intende limitare il proprio programma di miglioramento alla sola area relativa alla prevenzione - profilassi vaccinale antinfluenzale. Il programma prevede l'incremento della copertura vaccinale antinfluenzale negli over 65 attraverso il coinvolgimento dei MMG.	Copertura %	50,97% (pop. target 73,695)	60,0% (al termine della campagna 2017-2018)	12 mesi dalla comunicazione della formale approvazione
Piemonte	Area 1 Programmazione del SSR: rimodulazione dell'offerta, miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza	La prima area di intervento che riguarda il tema della rimodulazione e miglioramento dell'assistenza ospedaliera per acuti e post-acuti con particolare riferimento al percorso del paziente in ospedale per la cura di infarto miocardico acuto ed emorragia.		0	90%	V 10/2017 - 30/9/2018
	Area 2.1 Efficacemente del sistema	Nella seconda area di intervento si intendono con molteplici azioni (centralizzazione delle	Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore del colon-retto (popolazione bersaglio residente 65-75% percentuali della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le misurazioni durante	10	90%	
Puglia	Area 1.1 Popolazione di persone che ha effettuato test di screening oncologico di livello, in programma organizzato, per colore	Il programma riguarda due aree di intervento - la prima dedicata all'incremento dell'adesione agli screening per i tumori del collo uterino e la seconda a migliorare i tempi di accesso del 118. Le azioni sono realistiche e gli indicatori target appaiono specificati adeguati.		0	10%	V 10/2017 - 30/9/2018
	Area 2. Intervalli allarme target dei mezzi di soccorso (minuti)			19 minuti	18 minuti	
Sicilia	Area 1 Prevenzione	Il programma prevede due aree di intervento: la prima è orientata a promuovere campagne di comunicazione per il raggiungimento di adeguate coperture vaccinali e potenziare gli screening oncologici attraverso varie azioni tra cui la sensibilizzazione dei MMG; la seconda verte su interventi finalizzati alla eradicazione della brucellosi bovina, bufalina e ovicaprina. Gli indicatori sono adeguati.		V.L. Int. 1.1 (2,5%) V.L. Int. 1.2 (2,5%)	100%	V 10/2017 - 30/9/2018
	Area 2. Sanità veterinaria e sicurezza alimentare			V.L. Int. 2.1 (-15%)	100%	
Toscana	Area 1 Prevenzione collettiva	Il programma è articolato su due aree: la prima verte sulle attività di promozione della campagna di vaccinazione contro il meningococco C; realizzazione di un sistema informativo regionale unico per le vaccinazioni; lo sviluppo di un sistema integrato regionale di trasporto dei campioni in ambito di sicurezza alimentare e sanità pubblica		125.000	≥140.000	V 10/2017 - 30/9/2018
	Area 2. Territorio	Il programma intende sperimentare un modello che garantisca la continuità H-T, l'integrazione con i MMG e l'ADL grazie all'implementazione di un sistema informatizzato per la raccolta ed elaborazione dei dati. Gli obiettivi sono:		0	20%	
Umbria	Area 1 Cure domiciliari			3,5	4,5	per un anno dalla data di approvazione del programma
	Area 2. Diminuzione prole	Il programma prevede due aree di intervento: una per l'integrazione del percorso assistenziale del paziente fragile dal ricovero ospedaliero, la permanenza in ospedale di comunità e il ritorno al domicilio assistito, con la definizione di procedure e strumenti di collegamento tra gli operatori delle diverse strutture, inoltre prevede la ridefinizione degli strumenti informatizzati della cartella clinica del paziente. Il secondo intervento è finalizzato a definire il miglioramento degli strumenti e del software per la gestione dei processi diagnostici e cure del servizio di continuità assistenziale.		54,18	≥56	
Veneto	Area 1 Sperimentazione di un modello integrato di organizzazione e gestione dell'ospedale, dell'ospedale di comunità, della medicina di gruppo, integrata e del			0	100	V 10/2017 - 30/9/2018
	Area 2. Miglioramento dell'integrazione in base alla cura domiciliare dell'integrazione della continuità			0	100	

	Lazio		Abruzzo		Molise		Campania		Puglia		Calabria		Sicilia	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Adempiente: punteggio adempimento LEA ≥ 160 o compreso tra 160 e 140 e nessun indicatore critico	176	179	182	189	156	164	106	124	155	169	147	144	153	163
Assistenza ospedaliera														
Dimissioni tasso standardizzato x 1000 residenti ≤ 160	143,7	138,5	144,5	143,29	163	149,19	170,56	164,68	140,5	130,5	134,9	127,1	122,6	118,07
% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (acuti in DO) $< 8,2\%$ VN	8,9	9,3	15,9	16	24,1	26,6	8,6	8,9	8,4	8,7	20,6	21,3	6,7	7,1
peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acuti in DO) $> 1,40$ VN	1,35	1,39	1,34	1,36	1,31	1,36	1,46	1,49	1,43	1,45	1,4	1,4	1,43	1,45
Posti letto tasso x 1000 residenti	3,63	3,57	3,31	3,28	4,53	3,88	3,11	3,1	3,17	3,09	2,95	2,83	3,22	3,16
PL acuti tasso x 1000 residenti	2,97	2,92	2,8	2,74	3,62	3,27	2,78	2,75	2,82	2,75	2,43	2,33	2,84	2,77
PL post acuzie tasso x 1000 residenti	0,66	0,65	0,51	0,53	0,91	0,61	0,33	0,35	0,35	0,34	0,52	0,5	0,38	0,4
Tasso occupazione RO ≥ 90	75,5	74,9	81,3	76,5	79,6	76,8	71,7	70,3	77,1	76,5	70,2	66	72	70,5
intervallo chiamata-arrivo mezzi soccorso ≤ 18 minuti	16	16	21	21	22	21	19	19	19	20	22	21	16	17
Prevenzione														
Screening oncologici Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati ≥ 7	5	7	7	9	7	7	3	3	2	2	1	2	3	3
Vaccinazioni														
Copertura vaccinazioni base a 24 mesi $\geq 95\%$ (VN 93,3%) *	95,2	96,7	95,7	97,1	94,3	97,3	91,34	92,7	93,8	93,3	95,3	95,8	91,9	91,63
MRP $\geq 95\%$ (VN 87,2%)	84,5	87,9	84,2	87,5	77,4	73,5	80,8	83,8	84,2	85,88	84,2	86,49	79,2	81,11
antinfluenzale > 65 anni $\geq 75\%$ (VN 52%)	51	51,5	45,7	48,6	43,8	52,37	52,8	56,72	50,8	57,35	51,7	57,85	49,5	52,93
Appropriatezza														
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario $\leq 0,21$ VN	0,17	0,17	0,14	0,14	0,21	0,2	0,27	0,26	0,22	0,2	0,15	0,14	0,12	0,12
% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico su tot dimissioni $\leq 28,59$ VN	30,61	29,55	29,34	28,52	34,21	34,22	33,25	33,29	35,67	34,56	38,38	36,7	32,19	31,25
% ricoveri diurni di tipo diagnostico su totale ricoveri $\leq 38,57$ VN	48,98	48,43	27,22	28,41	66,88	67,85	54,78	52,12	64,42	63,99	42,27	43,36	36,93	41,04
Tasso ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti ≤ 7	11,18	9,79	4,78	4,66	14,41	11,96	14,84	13,4	8,21	6,42	8,18	7,44	3,44	3,4
Tasso di accesso di tipo medico (stand. per età) per 1000 residenti ≤ 90	85,93	77,5	65,95	61,96	89,41	79,2	117,94	119,77	45,45	28,6	86,57	69,33	38,98	35,55
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani $\leq 265,3$ VN	259,6	253,21	280,33	274,6	271,33	260,45	278,4	269,7	297,14	283,25	232,1	224,91	247,9	234,8
Degenza media pre-operatoria (gg) $\leq 1,70$ VN	2,09	1,99	1,82	1,72	2,34	2,37	2,13	2,21	2,02	1,99	1,95	1,99	1,99	1,99
Qualità e sicurezza assistenza														
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite ≤ 141	192,85	176,25	94,4	119,64	171	228,49	217,48	181,75	256,37	219,75	174,64	112,9	276,8	177,47
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤ 409	331,48	328,59	405,6	396,71	374,5	283,79	444,87	429,76	389,52	362,49	319,14	299,48	329,34	323,85
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno $\leq 15\%$	27,8	28,8	28,6	25,1	26,6	32,7	48,5	46,2	33	33,6	26,9	30,5	30,7	29,1
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti/anno $\leq 25\%$	28,4	27,4	25,1	25	36,7	0	47,9	44,2	30,9	31	25,3	26,6	29,7	28,7
Percentuale di parti cesarei primari $\leq 20\%$	28,24	27,7	26,92	25	31,97	32,7	48,19	45	31,72	32,1	25,95	28	30,16	28,9
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario $\geq 60\%$	60,56	59,81	32,32	42,19	23,64	35,19	19,3	25,03	45,8	52,5	26,56	29,26	60,12	68,96

Fonte: Ministero della salute - Dati 2015 - 2016

Dove indicato (VN) il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2016.

* Nella tavola si indica il valore medio della copertura delle sei vaccinazioni base a 24 mesi, specificando se viene superato il valore limite del 92 per cento in una o più vaccinazioni.

	Valle D'Aosta		Piemonte		Lombardia		Liguria		Prov Trento		Prov Bolz		Veneto		Friuli		Emilia Romagna		
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	
Adempiente: punteggio adempimento LEA ≥ 160 o compreso tra 160 e 140 e nessun indicatore critico																			
Assistenza ospedaliera																			
Dimissioni tasso standardizzato x 1000 residenti ≤160	178	158,7	128	125,57	127,06	124,86	148,14	145,86	151,51	145,05	155,64	150,46	122,4	121,59	122,52	124,67	141,42	137,76	
% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (acti in DO) <8,2% VN	16,3	14,8	7	7,1	3,9	4	14,3	15,3	14,2	15	4,2	4,6	6,1	6,1	6,5	6,5	5,9	6	
peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acti in DO) >1,40 VN	1,2	1,23	1,33	1,22	1,18	1,19	1,25	1,27	1,17	1,19	1,07	1,1	1,21	1,21	1,21	1,21	1,17	1,18	
Posti letto tasso x 1000 residenti	4,09	3,81	3,96	3,93	3,86	3,84	3,62	3,66	3,85	3,82	3,96	4	3,62	3,59	3,97	3,85	4,11	4,01	
PL acti tasso x 1000 residenti	3,38	3,09	2,94	2,92	3,11	3,1	3,03	3,05	2,83	2,79	3,28	3,25	3,07	3,04	3,65	3,53	3,33	3,24	
PL post acuzie tasso x 1000 residenti	0,71	0,71	1,02	1,01	0,75	0,74	0,59	0,6	1,02	1,03	0,68	0,75	0,55	0,55	0,33	0,33	0,79	0,78	
intervallo chiamata-arrivo mezzi soccorso ≤18 minuti	22	24	18	17	14	14	13	14	19	19	19	19	20	19	17	17	15	15	
Prevenzione																			
Screening oncologica Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati ≥7	15	15	7	11	11	9	9	9	13	13	9	9	15	15	15	15	15	15	
Vaccinazioni																			
Copertura vaccinazioni base a 24 mesi ≥95% (VN 93)*	92,9	90,87 (più di una <92%)	94,8	94,98 (tutte >92%)	93,3	93,40 (una < 92%)	94,38	94,19 (tutte >92%)	92,5 (1 sola vaccin < 92%)	92,82 (una < 92%)	87,4 (più di una <92%)	85,1 (più di una <92%)	91,1 (più di una <92%)	91,85 (più di una <92%)	90,15 (più di una <92%)	89,20 (più di una <92%)	93,69	92,98 (tutte ≥92%)	
MRP ≥95% (VN 87,2%)	88,1	83,13	88,7	91,07	90,3	93,34	81,4	82,11	84,5	87,33	68,8	67,47	87,1	89,13	81,4	83,19	87,1	87,35	
antinfluenza-65 anni ≥75% (VN 52%)	42,2	44,41	46,9	48,23	47,7	47,52	45,7	47,3	50,2	53,22	37,8	37,34	54	55,8	51,1	54,09	51,9	52,73	
Appropriatezza																			
% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico su tot dimissioni ≤28,59 VN	34,0	32,1	22,8	23,1	27,9	27,5	30,1	30,4	36,4	36,0	40,0	37,6	29,4	27,5	26,0	25,8	22,8	23,0	
% ricoveri diurni di tipo diagnostico su totale ricoveri ≤38,57 VN	17,4	15,6	12,8	12,6	26,2	24,2	41,2	40,6	23,0	21,7	34,0	37,7	20,1	16,2	44,8	35,8	27,4	26,2	
T.O. over 75 anni per 1000 ab. Anziani ≤265,3 VN	335,49	316,64	316,00	228,65	273,44	266,67	260,10	252,89	302,32	297,64	382,82	369,52	282,45	280,89	289,28	298,80	296,74	288,60	
Degenza media pre-operatoria (gg) ≤1,70VN	1,61	1,53	1,29	1,26	1,56	1,54	2,29	2,36	1,46	1,45	1,38	1,39	1,67	1,58	1,57	1,50	1,31	1,29	
Qualità e sicurezza assistenza																			
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite ≤141	61,30	57,82	53,65	58,61	283,35	309,29	96,58	113,73	70,90	84,66	243,89	77,05	86,36	75,20	67,43	93,21	177,51	125,41	
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤409	408,21	363,58	236,59	233,63	393,80	388,21	274,79	262,81	314,30	306,68	453,89	418,49	375,69	365,46	331,62	342,55	399,76	372,72	
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno ≤15% (*)	18,9	21,2	19,3	19,5	20,1	20,5	22,1	20,0	15,1	14,9	18,2	19,5	20,5	18,6	14,6	15,5	17,7	16,8	
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti/anno ≤25% (*)			22,0	21,5	20,5	20,3	32,8	31,2	19,2	13,7	17,8	17,6	17,8	18,7	23,3	22,0	20,3	20,1	
Percentuale di parti cesarei primari <20%	18,9	21,2	21,1	20,8	20,4	20,3	26,3	24,4	17,2	13,9	18,0	18,4	18,9	18,6	17,7	17,9	19,7	19,4	
Percentuale di parti fortemente pre-termini in punti nascita senza UTIN ≤18%	100,0	100,0	16,5	20,5	18,0	22,6	13,6	20,4	8,3	4,7	12,2	11,9	11,0	8,9	100,0	100,0	8,3	8,9	
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario ≥60%	87,62	86,76	63,25	65,32	58,30	64,75	59,77	57,19	75,31	75,73	80,26	77,76	64,29	69,07	73,05	73,83	75,04	73,91	

Fonte: Ministero della salute - Dati 2015 - 2016

(VN): il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2016

* Nella tavola si indica il valore medio della copertura delle sei vaccinazioni base a 24 mesi, specificando se viene superato il valore limite del 92% in una o più vaccinazioni

	Toscana		Marche		Umbria		Basilicata		Sardegna	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Adempiente: punteggio adempimento LEA ≥ 160 o compreso tra 160 e 140 e nessun indicatore critico	212	208	190	192	189	199	170	173		
Assistenza ospedaliera										
Dismissioni tasso standardizzato x 1000 residenti ≤ 160	124,88	121,7	134,11	132,88	138,86	134,71	135,32	132,01	154,75	147,94
% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (acuti in DO) $\leq 8,2\%$ VN	6	6,1	12,9	13,4	10,9	11,6	22,9	23,6	5,4	5,5
peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acuti in DO) $> 1,40$ VN	1,29	1,3	1,19	1,21	1,16	1,2	1,2	1,21	1,1	1,12
Posti letto tasso x 1000 residenti	3,33	3,26	3,69	3,6	3,52	3,54	3,49	3,39	3,55	3,52
PL acuti tasso x 1000 residenti	2,99	2,96	3,06	2,98	3,09	3,1	2,87	2,81	3,32	3,29
PL post acuzie tasso x 1000 residenti	0,34	0,31	0,63	0,62	0,43	0,44	0,62	0,58	0,22	0,22
intervallo chiamata-arrivo mezzi soccorso ≤ 18 minuti	15	15	18	18	20	21	27	25	23	ND
Prevenzione										
Screening oncologici Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati ≥ 7	13	13	9	9	13	13	11	9	5	5
Vaccinazioni										
Copertura vaccinazioni base a 24 mesi $\geq 95\%$ (VN 93)*	94,91	94,31 (tutte $\geq 92\%$)	91,8 (più di una $\leq 92\%$)	92,21 (1 sola vaccin $< 92\%$)	93,63	94,38 (tutte $\geq 92\%$)	97,83	97,35 (tutte $\geq 92\%$)	95,05	95,63 (tutte $\geq 92\%$)
MRP $\geq 95\%$ (VN 87,2%)	88,7	89,34	79,9	83,02	87,5	89,37	90,3	90,56	87,7	90,28
antinfluenzale > 65 anni $\geq 75\%$ (VN 52%)	52,2	54,77	50,1	51,04	62,8	63,09	47,9	49,78	40	41,64
Appropriatezza										
% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico su tot dimissioni $\leq 8,59$ VN	22,9	22,6	23,4	23,4	28,6	28,6	33,3	33,9	36,9	36,1
% ricoveri diurni di tipo diagnostico su totale ricoveri $\leq 8,57$ VN	28,6	25,5	39,0	39,4	8,8	4,0	30,8	20,4	27,8	27,6
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani $\leq 65,3$ VN	280,71	272,98	261,55	256,07	297,56	288,63	262,36	260,68	304,35	288,32
Degenza media pre-operatoria (gg) $\leq 1,70$ VN	1,35	1,36	1,41	1,42	1,58	1,69	2,09	2,04	1,89	1,94
Qualità e sicurezza assistenza										
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per asma e gastroenterite ≤ 141	40,93	39,19	98,59	98,55	137,50	77,80	115,99	84,99	100,85	108,79
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤ 409	215,92	230,22	282,34	280,17	342,39	347,83	300,04	294,01	313,54	296,46
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno $\leq 15\%$ (*)	17,3	17,2	24,8	24,8	21,3	20,1	28,6	28,4	32,2	30,2
Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti/anno $\leq 5\%$ (*)	21,4	22,2	30,8	27,0	21,6	21,4	23,4	26,4	29,8	29,8
Percentuale di parti cesarei primari $\leq 20\%$	20,6	21,1	26,4	25,5	21,5	20,9	26,5	27,6	31,2	30,0
Percentuale di parti fortemente pre-terme in punti nascita senza UTIN $\leq 18\%$	10,4	12,0	18,4	36,0	6,8	17,2	12,0	11,5	46,5	51,6
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario $\geq 60\%$	71,99	76,09	59,84	58,22	53,07	52,92	46,79	51,24	46,72	51,12

Fonte: Ministero della salute - Dati 2015 - 2016

(VN): il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2016

* Nella tavola si indica il valore medio della copertura delle sei vaccinazioni base a 24 mesi, specificando se viene superato il valore limite del 92% in una o più vaccinazioni

Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria**PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA**

- P01C** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- P02C** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- P03C** Copertura vaccinale anti-pneumococcica
- P04C** Copertura vaccinale anti-meningococcica C
- P05C** Copertura vaccinale anti-HPV
- P06C** Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
- P07C** Denunce d'infortunio sul lavoro; Denunce d'infortunio mortale sul lavoro
- P08Z** Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)
- P09Z** Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica
- P10Z** Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
- P11Z** Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti
- P12Z** Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
- P13Z** Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti
- P14C** Indicatore composito sugli stili di vita
- P15C** Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto
- P16C** Proporzioni di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

ASSISTENZA DISTRETTUALE

- D01C** **Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)**
- D02C** Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
- D03C** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
- D04C** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
- D05C** Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
- D06C** Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)

D07C	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti); tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
D08C	Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.
D12C	Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.
D13C	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.
D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici
D15C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antidepressivi
D16C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Inibitori di pompa
D17C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antiipertensivi
D18C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Statine.
D19C	Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza.
D20Z	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente
D21Z	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3, CIA 4).
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3, CIA 4).
D24C	Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG.
D25C	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare.
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne.
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti.
D31Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
D32C	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.
D33Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.
D34Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.
H08Z	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)
H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).
H10Z	Tempi di attesa per trapianto (numero pazienti in lista di attesa per trapianto, tempo medio di attesa di trapianto per organo, numero dei pazienti trapiantati per singolo organo).
H11Z	Donazione di tessuti (numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale).
H12C	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
H14C	Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto vista clinico
H15S	Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche.
H16S	Frequenza di infezioni post-chirurgiche.
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti.
H19S	Percentuale dei neonati pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)
H20S	Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura
H21C	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).
H22C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.
H23C	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata

INDICATORI PDTA

PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)

PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)
PDTA06	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)
PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA010	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)

INDICATORI DI CONTESTO PER LA STIMA DEL BISOGNO SANITARIO

CO01	Buona salute percepita
CO02	Sovrappeso ed obesità nei bambini
CO03	Fragilità nell'anziano (65 anni o più)
CO04	Indice di cronicità

INDICATORI DI EQUITA' SOCIALE

EO01	Rinuncia a prestazioni sanitarie nei gruppi socio economicamente svantaggiati
-------------	---