

Il Monitoraggio della spesa sanitaria

Federica Di Pilla
Perugia, 13/06/2025

Il sistema di governo del SSN

Quadro normativo di riferimento:

- Art. 32 Cost.  salute diritto fondamentale
- Legge n. 833 del 1978  SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Assegnazione delle risorse secondo un classico sistema di finanza derivata

Decentramento gestione servizio a livello locale

Il sistema di governo del SSN

Con il decreto legislativo 502/1992 e s.m.:

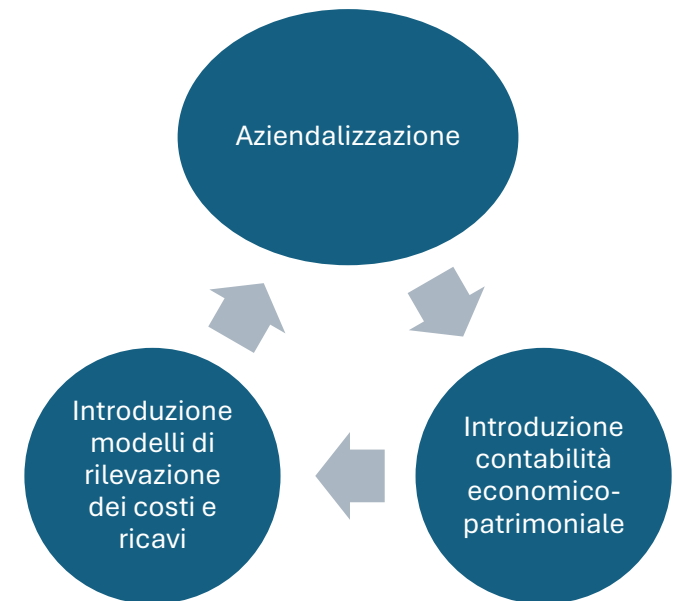
- ❑ Aziendalizzazione del sistema
- ❑ Quasi mercato
- ❑ Regionalizzazione – responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse

interrompere circolo vizioso

- ❑ **formazione di disavanzi**
- ❑ **ricorso a debito**
- ❑ **aspettativa ripiano disavanzi ex post**

Progressivo allontanamento dalla spesa storica

Perseguire efficienza responsabilizzando nella gestione



Il sistema di finanziamento del SSN – d. lgs n. 56/2000

Con decreto 56/2000 - disposizioni in materia di federalismo fiscale

- Fondo Sanitario Nazionale viene sostituito dall'assegnazione diretta alle Regioni del gettito derivante da precise imposte
- Istituzione di una Compartecipazione regionale all'IVA_ funzione perequativa di solidarietà interregionale

Finanziamento del fabbisogno sanitario a partire dall'anno 2001:

- IRAP
- Addizionale regionale all'Irpef
- Accisa sulle benzine
- Compartecipazione all'IVA
- Entrate proprie
- FSN (per le regioni a statuto speciale e altri enti finanziati direttamente dallo Stato)

La vigenza del sistema del decreto legislativo 56/2000 è di fatto prorogata in quanto le disposizioni in materia di finanziamento previste dal decreto legislativo n. 68/2011 *“Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”* sono state via via posticipate negli anni.

Il sistema di finanziamento del SSN – d. lgs n. 56/2000

Nasce il Fondo perequativo nazionale per gli obiettivi di solidarietà interregionale.

E' alimentato da una parte del gettito di compartecipazione all'IVA

- la compartecipazione regionale all'IVA viene determinata annualmente;
- viene attribuita alle regioni in relazione alla media dei consumi finali delle famiglie degli ultimi tre anni;
- viene quantificato il concorso delle regioni alla solidarietà interregionale;
- viene quantificata la quota da assegnare a titolo di fondo perequativo nazionale;
- per differenza viene quantificata la somma da erogare a ciascuna regione. E' comunque garantita la copertura del fabbisogno sanitario di tutte le regioni a statuto ordinario

A partire dall'anno 2013:

- Decreto legislativo n. 68/2011;
 - Procedura di determinazione dei fabbisogni standard regionali;
 - Definito a livello nazionale il fabbisogno sanitario nazionale in coerenza con quadro macroeconomico del Paese
-
- Viene ribadita l'allocazione ottimale delle risorse
 - 5% assistenza collettiva;
 - 51% assistenza territoriale;
 - 44% assistenza ospedaliera

Individuazione delle 5 regioni migliori:

- Riferimento i dati del secondo anno precedente a quello di riferimento;
- Erogazione dei LEA in equilibrio economico e in condizioni di efficienza e appropriatezza;
- Superamento adempimenti previsti come verificato dai Tavoli tecnici;

Se regioni in equilibrio inferiori a 5:

- Si individuano anche le regioni con minor disavanzo;

La Conferenza Stato – Regioni ne sceglie 3 tra le 5 – Regioni benchmark

- Almeno la prima delle 5;
- Garantire rappresentatività geografica, con almeno una regione di piccole dimensioni

Rapporto Stato - Regioni

Il sistema di governo del SSN nasce nel 2001, a seguito della riforma costituzionale di modifica del Titolo V della Costituzione, avvenuta con la legge n. 3/2001

Stato

- ❑ definisce i livelli essenziali di assistenza LEA e ne monitora l'erogazione
- ❑ garantisce le risorse finanziarie necessarie, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, alla erogazione LEA compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica

Regioni

- ❑ organizzano i rispettivi servizi sanitari
- ❑ garantiscono l'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dell'equilibrio economico

Le regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa

Le regioni stabiliscono ed applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario le regioni dispongono anche di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibili al proprio territorio

Possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento

Patti per la salute

Dall'anno 2001, in relazione al nuovo assetto costituzionale che vede due livelli di governo confrontarsi in materia sanitaria (Stato e Regioni), il luogo di sintesi e di incontro viene individuato negli Accordi ed Intese in materia sanitaria, di seguito elencati. Ogni Accordo/Intesa viene recepito legislativamente e diventa cornice normativa del settore sanitario.

Accordo	Periodo di validità
Accordo dell'8 agosto 2001	2002-2004
Intesa del 23 marzo 2005	2005-2007
Patto per la salute 28 settembre 2006	2007-2009
Patto politico per la salute del 23 ottobre 2009	2010-2012
Patto per la salute del 3 dicembre 2009	2010-2012
Patto per la salute del 10 luglio 2014	2014-2016
Patto per la salute del 18 dicembre 2019	2019-2021

L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001



Viene definito come “anno zero” nel rapporto tra Stato e Regioni:



Ripiano dei disavanzi pregressi: anno zero



Indicazione del finanziamento per il triennio

Obbligo di copertura da parte delle Regioni degli eventuali disavanzi (“chi rompe paga”).

Il “chi rompe paga” vale anche per lo Stato: se induce nuova spesa - deve finanziarla. Se induce minore spesa, può tagliare finanziamento



PREMI E SANZIONI



Viene introdotto un sistema «premiale» per le regioni basato sulla verifica di talune condizioni, chiamate adempimenti, che qualora verificate positivamente determinano il diritto all'accesso a una quota di finanziamento ora pari al 3% che diventa 1% per le regioni adempimenti nell'ultimo triennio.



In caso di mancato rispetto degli adempimenti le sanzioni riguardano la perdita del predetto finanziamento e la rideterminazione del risultato di esercizio con le relative conseguenze di legge.

L'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005



Tavolo di verifica degli adempimenti:

- **opera presso il Ministero dell'economia**
- **coordinato da Ragioneria Generale dello Stato**
- ne fanno parte anche:
 - il Ministero della salute,
 - la Segreteria della Conferenza Stato-Regioni
 - il Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri
 - l'Agencia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS)
 - il Coordinamento salute delle Regioni
 - il Coordinamento affari finanziari delle Regioni
 - una ulteriore regione in rappresentanza della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome
 - la Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

Monitoraggio dei conti del SSN

Dal 2001: le rilevazioni sono basate sui modelli **CE, SP, LA, CP**

CE: Conto economico (modello di rilevazione a preventivo, trimestrale e consuntivo)

SP: Stato Patrimoniale (modello di rilevazione a consuntivo)

LA : Costi dei Livelli di assistenza (rilevazione consuntivo)


CP: Costi presidi a gestione diretta (rilevazione a consuntivo)

* dal 2003 sono rilevati attraverso i modelli CE e SP anche gli IRCCS pubblici
** dal 2005 sono rilevati attraverso i modelli CE e SP anche gli ex-policlinici pubblici
*** dal 2004 il modello LA è stato oggetto di modifica
**** dal 2008 i modelli CE e SP sono stati oggetto di modifiche
***** dal 2012 i modelli CE e SP sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del decreto legislativo 118/2011



Completamento transizione verso la **contabilità economico patrimoniale**, iniziato nel 1997 e conclusosi nel 2002.

Sono state introdotte le rilevazioni contabili degli enti del SSN e dei consolidati regionali. Le rilevazioni economico-patrimoniali avvengono tramite modelli ministeriali (ultimo DM 24/05/2019).

Dal 2012 applicazione del decreto legislativo 118/2011 – 
Titolo II

- **perimetrazione** delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR:
- confronto immediato fra entrate e spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del finanziamento sanitario regionale
- accensione di **conti di tesoreria intestati alla sanità**
- garantire **trasparenza dei flussi di cassa relativi al Fondo sanitario regionale e entrate destinate a SSR**

La progressiva diffusione della contabilità economico-patrimoniale

La progressiva diffusione della contabilità economico-patrimoniale

1997



1998



1999



2000



2002



TRANSIZIONE VERSO LA CONTABILITA' ECONOMICO-PATRIMONIALE

- 1997 ----- 4 Regioni
- 1998 ----- 12 Regioni
- 1999 ----- 16 Regioni
- 2000 ----- 19 Regioni
- 2001 ----- 19 Regioni
- 2002 ----- 21 Regioni

D. lgs. n. 118/2011

Titolo II

Le Regioni garantiscono un'esatta **perimetrazione** delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR:

- Confronto immediato fra entrate e spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del finanziamento sanitario regionale
- Accensione di **conti di tesoreria intestati alla sanità**
- Garantire **trasparenza e confrontabilità dei flussi di cassa relativi al SSR**

Destinatari:

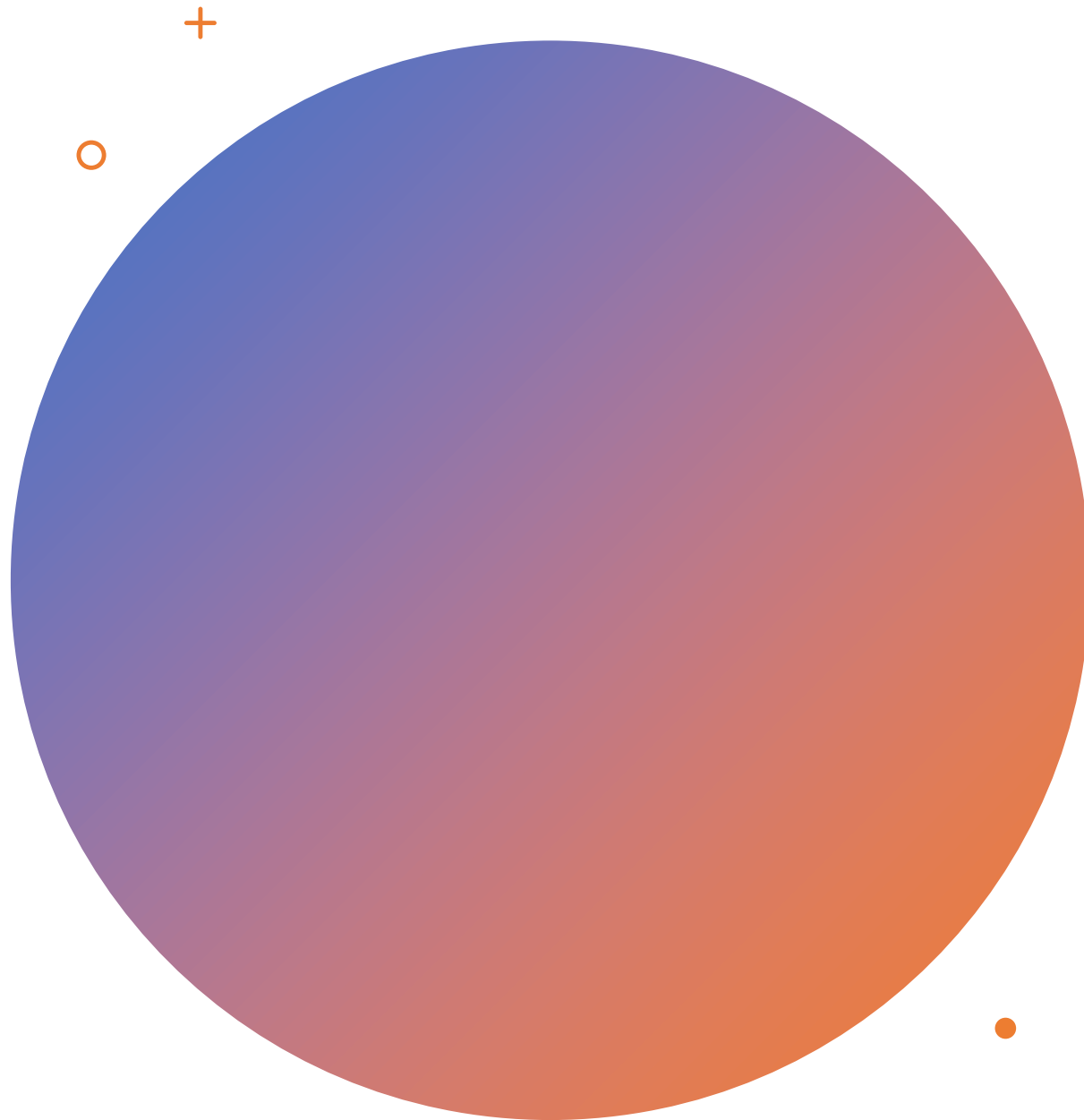
1. Regioni, per la parte del bilancio regionale che riguarda i flussi relativi al servizio sanitario, rilevati *in contabilità finanziaria*
2. Regioni che adottano una gestione diretta accentrata presso la regione con scritture di *contabilità economico – patrimoniale*
3. Regioni per il consolidamento dei conti degli enti sanitari
4. Enti del SSN (ASL; AO; AOU; IRCCS)
5. Istituti zooprofilattici

Entrate:

1. Finanziamento sanitario ordinario corrente
2. Finanziamento sanitario aggiuntivo corrente
3. Finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso
4. Finanziamento per investimenti in ambito sanitario

Spese:

1. Spesa sanitaria corrente
2. Spesa sanitaria aggiuntiva per extra LEA
3. Spesa per investimenti in ambito sanitario



Perimetro sanitario

Nelle entrate sono evidenziati:

- il finanziamento sanitario ordinario corrente, ivi compresa la **mobilità attiva** programmata per l'esercizio;
- il finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, ivi compreso il finanziamento aggiuntivo finalizzato all'erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA (anche **payback**);
- il finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;
- il finanziamento per investimenti in ambito sanitario.

Nelle spese sono evidenziate:

- la spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la **mobilità passiva** programmata per l'esercizio;
- la spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;
- la spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
- la spesa per investimenti in ambito sanitario.
- **Principi contabili specifici per il settore sanitario ai fini della redazione del bilancio d'esercizio (art. 29):**

D.lgs. 118/2011 - Titolo II

Termini di adozione del bilancio d'esercizio:

La GSA - 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento

Enti sanitari locali - 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento

La Giunta regionale approva:

- I bilanci preventivi annuali della GSA e degli enti sanitari locali e del consolidato regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento
- I bilanci d'esercizio della GSA e degli enti sanitari locali entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento
- Il bilancio consolidato regionale entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento

Monitoraggio dei conti del SSN

- Il modello [conto economico CE](#), viene rilevato oltre che a preventivo e consuntivo anche a livello trimestrale. Ciò avviene per ogni azienda sanitaria e per la spesa accentrata regionale. Nei quindici giorni successivi alle scadenze di invio dei dati aziendali ogni regione è tenuta ad inviare al NSIS il conto economico consolidato (sempre a preventivo, primo, secondo, terzo, quarto trimestre e consuntivo)
- Lo [stato patrimoniale SP](#) viene acquisito in sede di consuntivo per le aziende a maggio dell'anno successivo a quello di riferimento e il consolidato nel successivo mese di giugno.
- Viene inoltre previsto l'invio sempre aziendale e consolidato regionale del [modello LA](#) che riporta i costi dei livelli di assistenza ed alcuni allegati concernenti particolari voci dei livelli di assistenza. Tale modello permette di descrivere i costi per natura sostenuti dal SSN declinati per funzioni assistenziali. Il Modello LA viene acquisito a consuntivo.
- Viene inoltre deciso di acquisire, sempre solo a consuntivo, anche il [modello CP](#) relativo ai presidi ospedalieri, oggetto nel 2019 di profonda rivisitazione e oggetto di rilevazione sperimentale.

Un ulteriore strumento che viene adottato dal 2001 al fine di uniformare le rilevazioni contabili e il loro contenuto è corredare ciascuno dei modelli di rilevazione di [linee guida](#) alla compilazione.

Monitoraggio trimestrale

Le verifiche trimestrali sono basate essenzialmente sui dati di conto economico che confrontati anche in serie storica permettono di verificare la completezza dell'informazione e richiedere eventuali approfondimenti.

Le variabili oggetto di monitoraggio sono:

RICAVI

- FSN indistinto
- FSN vincolato
- Ulteriori conferimenti sia indistinti che vincolati a carico del bilancio regionale
- Pay-back farmaceutico e DM
- Entrate da partecipazioni
- Altre entrate del SSR

ACCANTONAMENTI

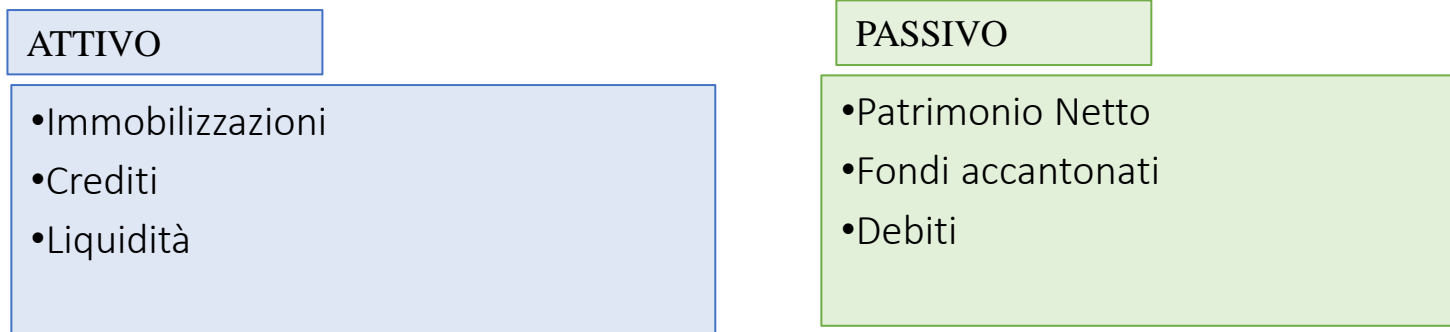
GESTIONE STRAORDINARIA

COSTI

- Personale
- Altre forme di ricorso al fattore lavoro
- Prodotti farmaceutici
- Altri beni e servizi
- Farmaceutica convenzionata
- Medicina di base convenzionata
- Acquisto di prestazioni specialistiche, riabilitative, integrative, ospedaliere, psichiatriche, socio sanitarie a rilevanza sanitaria
- Accantonamenti
- Interessi passivi

GESTIONE FINANZIARIA

A consuntivo le verifiche sono estese anche allo Stato patrimoniale consolidato e, ove necessario, aziendale.



Monitoraggio di sistema che indica lo «**stato di salute**» del Servizio sanitario regionale e il percorso di riequilibrio strutturale previsto dal Piano di rientro, ove presente

Il monitoraggio dei conti



La composizione del finanziamento del SSN nei termini suddetti è evidenziata nei cosiddetti «**Riparti**» (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni) proposti dal Ministero della Salute sui quali si raggiunge un'**intesa** in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.



L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della **mobilità passiva** (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o regioni) e **della mobilità attiva** (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda).

A livello nazionale si fa riferimento alla spesa consolidata regionale contenuta nel modello CE "Riepilogativo regionale" (modello 999).

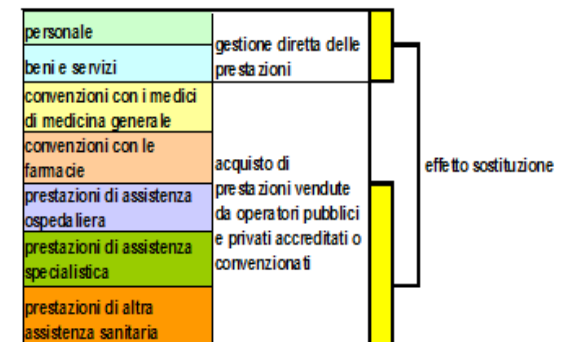
Quando si parla di spesa sanitaria ci si riferisce alle componenti di costo sostenute sia per i fattori produttivi collegati alla produzione diretta di prestazioni sanitarie che per l'acquisto di prestazioni e convenzioni da operatori accreditati e convenzionati con il SSN.

Rilevano, nella composizione della spesa, i modelli organizzativi presenti nelle varie regioni.

La spesa sanitaria consiste nella spesa sostenuta per:

- Personale dipendente
- Acquisto di beni e servizi per l'erogazione delle prestazioni assistenziali
- Convenzioni con i medici di medicina di base
- Convenzioni con le farmacie
- Acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica ed altra assistenza fornita da erogatori pubblici e privati accreditati

determinanti della spesa sanitaria



Spesa per personale dipendente

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	34,2%	34,4%	33,7%	33,3%	33,4%	33,4%	33,1%	32,5%	32,9%	32,1%
Valle d'Aosta	41,5%	43,2%	44,4%	43,8%	44,2%	44,1%	43,3%	41,0%	42,1%	41,0%
Lombardia	26,6%	26,2%	26,1%	25,3%	25,3%	25,6%	25,1%	24,7%	25,0%	25,5%
Provincia autonoma di Bolzano	48,6%	49,6%	48,8%	48,5%	49,2%	49,4%	47,6%	49,3%	48,7%	48,8%
Provincia autonoma di Trento	36,5%	37,1%	36,6%	36,1%	36,3%	36,8%	36,8%	35,7%	36,7%	35,6%
Veneto	31,3%	31,0%	30,4%	29,2%	29,5%	29,8%	28,8%	28,5%	29,0%	28,4%
Friuli Venezia Giulia	39,7%	39,6%	39,1%	38,2%	38,4%	37,9%	37,7%	36,7%	36,8%	36,0%
Liguria	34,5%	34,2%	33,9%	33,8%	33,7%	34,1%	33,0%	32,1%	33,2%	32,8%
Emilia Romagna	34,5%	34,0%	33,4%	33,1%	33,1%	33,9%	32,6%	33,7%	33,7%	33,1%
Toscana	35,6%	35,3%	34,7%	33,9%	34,8%	35,1%	34,3%	34,5%	34,1%	33,9%
Umbria	37,8%	37,2%	36,4%	35,8%	36,1%	37,0%	35,7%	34,2%	34,1%	34,4%
Marche	36,3%	36,2%	35,4%	35,2%	35,7%	35,7%	35,1%	34,0%	34,0%	33,8%
Lazio	25,9%	25,4%	25,1%	24,7%	24,7%	24,9%	24,9%	25,4%	25,7%	26,4%
Abruzzo	32,0%	32,7%	31,7%	30,7%	30,9%	31,0%	30,9%	31,6%	31,3%	31,5%
Molise	30,1%	30,3%	27,8%	27,3%	27,1%	23,3%	24,7%	23,7%	24,0%	24,2%
Campania	28,5%	27,7%	26,5%	26,0%	25,9%	25,9%	25,9%	26,0%	26,9%	26,7%
Puglia	28,5%	28,3%	27,7%	27,7%	27,5%	28,0%	27,9%	28,4%	28,3%	27,8%
Basilicata	37,0%	36,5%	36,3%	35,0%	35,0%	35,2%	34,2%	32,7%	32,5%	32,2%
Calabria	34,5%	33,8%	33,1%	33,0%	32,1%	32,0%	31,0%	31,4%	28,2%	29,9%
Sicilia	32,9%	32,5%	31,4%	30,6%	30,4%	30,9%	30,2%	29,7%	30,5%	30,1%
Sardegna	36,8%	36,5%	36,8%	37,1%	36,9%	36,7%	36,4%	35,3%	33,9%	34,5%
ITALIA	31,5%	31,2%	30,6%	30,0%	30,1%	30,3%	29,8%	29,7%	29,9%	29,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	31,9%	31,6%	31,1%	30,4%	30,6%	31,0%	30,2%	30,0%	30,2%	30,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	29,4%	29,0%	28,2%	27,8%	27,6%	27,8%	27,5%	27,7%	27,9%	28,0%
Autonomie speciali ^(c)	39,4%	39,6%	39,4%	39,2%	39,3%	39,2%	38,8%	38,2%	37,7%	37,5%

La diminuzione nel periodo iniziale è fondamentalmente attribuibile alle politiche di contenimento attuate dalle regioni e alla sospensione dei rinnovi contrattuali intervenuta per il periodo 2010-2015. Dal 2019, anno pre-Covid, al 2022, i dipendenti del SSN a tempo indeterminato sono cresciuti di circa 32.300 unità, di cui 29.750 di personale non dirigente e circa 2.600 unità di personale dirigente. Nel periodo 2019-2022 i dipendenti a tempo determinato sono cresciuti di 17.442 unità, passando da 32.713 a 50.155 unità. Complessivamente, tra il 2019 e il 2022 il numero di unità di personale dipendente, a tempo indeterminato e a tempo determinato, è aumentato di 49.774 unità (+7,3%), passando da 682.236 a 732.010 unità.

Spesa farmaceutica per acquisti diretti

Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	8,2%	8,4%	9,5%	9,7%	9,8%	10,3%	10,3%	9,4%	10,1%	11,4%
Valle d'Aosta	5,6%	7,0%	7,0%	7,1%	7,2%	7,3%	7,1%	6,4%	5,7%	7,5%
Lombardia	6,5%	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	8,1%	8,5%	7,5%	7,7%	8,9%
Provincia autonoma di Bolzano	6,0%	7,0%	7,2%	7,1%	7,3%	7,9%	7,5%	6,4%	6,6%	7,7%
Provincia autonoma di Trento	4,3%	5,1%	5,4%	5,3%	5,7%	7,3%	7,1%	6,7%	6,5%	8,3%
Veneto	7,7%	8,3%	8,7%	8,9%	9,0%	9,5%	9,5%	8,9%	9,1%	9,9%
Friuli Venezia Giulia	8,2%	9,7%	10,3%	10,7%	10,7%	10,6%	9,0%	10,2%	9,4%	11,4%
Liguria	7,8%	9,2%	9,9%	10,2%	10,1%	9,9%	10,2%	9,8%	10,4%	11,8%
Emilia Romagna	7,8%	8,6%	9,5%	9,8%	10,0%	9,6%	8,8%	9,3%	9,8%	10,7%
Toscana	10,0%	10,2%	11,3%	11,0%	10,4%	10,2%	10,4%	8,9%	10,5%	11,2%
Umbria	9,5%	9,7%	11,7%	11,7%	11,8%	11,9%	11,8%	11,5%	11,5%	12,4%
Marche	10,0%	11,1%	11,7%	12,0%	12,0%	11,7%	11,5%	11,1%	12,0%	13,4%
Lazio	8,0%	8,8%	9,5%	9,9%	10,4%	10,1%	9,7%	8,6%	10,3%	11,1%
Abruzzo	8,0%	9,1%	10,0%	10,2%	11,0%	11,1%	11,5%	10,3%	12,4%	13,4%
Molise	6,4%	8,1%	8,0%	8,6%	9,0%	8,8%	9,6%	8,2%	9,7%	10,1%
Campania	8,7%	10,8%	11,7%	11,2%	11,1%	10,5%	11,1%	10,7%	11,3%	13,0%
Puglia	8,8%	10,2%	10,9%	11,7%	12,2%	11,4%	10,9%	10,2%	11,3%	12,0%
Basilicata	8,3%	9,6%	10,5%	10,8%	11,4%	10,2%	11,0%	10,3%	10,7%	12,1%
Calabria	8,8%	10,8%	11,0%	11,4%	11,7%	11,3%	11,2%	10,6%	11,6%	12,9%
Sicilia	7,5%	9,1%	9,4%	9,4%	9,5%	9,0%	9,4%	9,1%	9,0%	10,6%
Sardegna	9,5%	10,4%	11,0%	11,2%	10,7%	9,9%	10,6%	10,1%	10,3%	10,8%
ITALIA	8,0%	9,1%	9,7%	9,8%	9,9%	9,8%	9,8%	9,2%	9,8%	10,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	7,8%	8,7%	9,3%	9,4%	9,4%	9,4%	9,5%	8,8%	9,3%	10,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	8,2%	9,7%	10,3%	10,5%	10,8%	10,3%	10,4%	9,7%	10,7%	11,9%
Autonomie speciali ^(c)	7,8%	8,9%	9,3%	9,5%	9,4%	9,4%	9,0%	9,0%	8,8%	10,0%

Il peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una continua crescita fino al 9,9% del 2018. Nei quattro anni successivi si è sostanzialmente stabilizzato intorno al 9-10% per poi raggiungere la soglia di quasi 11 punti percentuali nel 2023

per le regioni non in piano di rientro e per le autonomie speciali nel decennio in esame l'aumento medio della spesa in prodotti farmaceutici (rispettivamente +5,4%, +5,3%) risulta inferiore alla dinamica positiva registrata dall'intero Paese. Nel medesimo periodo, nelle aree dove operano i piani di rientro, per i prodotti farmaceutici l'incremento medio annuo della spesa supera i 6 punti percentuali

Si rammenta che la dinamica della spesa dei prodotti farmaceutici è altresì regolamentata da politiche di governance che hanno puntato alla razionalizzazione dell'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche. A tal proposito, è previsto un periodico aggiornamento del prontuario terapeutico ospedaliero per favorire l'efficace prescrizione a carico del SSN. In aggiunta si ricorda che nel periodo in esame sono intervenute revisioni in aumento del tetto di spesa dei prodotti farmaceutici e un aumento del Fondo per i farmaci innovativi.

Spesa farmaceutica convenzionata

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%	6,2%	5,6%	5,4%	5,5%	5,2%
Valle d'Aosta	7,0%	6,3%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	4,9%	4,5%	4,6%	4,4%
Lombardia	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%	6,6%	6,7%	6,3%	6,2%	6,4%	6,4%
Provincia autonoma di Bolzano	4,1%	4,0%	3,9%	3,5%	3,2%	3,1%	2,5%	2,6%	2,8%	2,8%
Provincia autonoma di Trento	5,8%	5,5%	5,3%	4,9%	4,8%	4,7%	4,5%	4,6%	4,5%	4,6%
Veneto	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	5,2%	5,1%	4,5%	4,4%	4,4%	4,2%
Friuli Venezia Giulia	7,9%	7,8%	7,1%	6,7%	6,4%	6,1%	5,6%	5,4%	5,2%	5,1%
Liguria	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	4,9%	4,7%
Emilia Romagna	5,9%	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%	4,9%	4,4%	4,6%	4,6%	4,6%
Toscana	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%	5,7%	5,6%	4,9%	5,0%	5,1%	5,0%
Umbria	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%	6,4%	6,2%	5,7%	5,5%
Marche	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%	7,0%	6,0%	6,2%	6,1%	6,2%
Lazio	8,3%	8,3%	8,0%	7,7%	7,6%	7,5%	6,7%	6,6%	6,4%	6,4%
Abruzzo	9,4%	9,8%	9,3%	8,7%	8,2%	7,6%	7,0%	7,0%	6,8%	6,6%
Molise	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%	6,2%	5,4%	5,6%	5,4%	5,4%	5,5%
Campania	8,6%	8,7%	8,3%	7,6%	7,5%	7,3%	6,8%	6,7%	6,6%	6,3%
Puglia	9,5%	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%	7,3%	6,8%	6,5%	6,4%	6,3%
Basilicata	7,7%	7,9%	7,6%	6,8%	7,4%	7,2%	6,8%	7,1%	6,9%	7,1%
Calabria	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%	7,9%	7,9%	7,3%	7,5%	6,6%	7,0%
Sicilia	8,5%	7,8%	7,6%	6,8%	6,4%	6,7%	6,4%	6,1%	6,0%	5,8%
Sardegna	9,1%	8,5%	7,8%	7,3%	7,1%	7,2%	6,7%	6,2%	6,3%	6,1%
ITALIA	7,6%	7,4%	7,2%	6,6%	6,5%	6,5%	5,9%	5,8%	5,8%	5,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	6,7%	6,7%	6,6%	6,1%	6,1%	6,0%	5,4%	5,4%	5,5%	5,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	8,8%	8,5%	8,2%	7,6%	7,3%	7,2%	6,7%	6,5%	6,4%	6,3%
Autonomie speciali ^(c)	7,5%	7,1%	6,6%	6,1%	6,0%	5,8%	5,4%	5,1%	5,1%	5,0%

Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si è ridotto di quasi due punti percentuali tra il 2014 e il 2023 scendendo dal 7,6% al 5,7%.

Prestazioni da privato

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	18,3%	18,5%	18,1%	18,3%	19,1%	19,1%	17,4%	17,8%	17,8%	17,9%
Valle d'Acosta	8,8%	8,3%	8,4%	8,2%	9,0%	8,8%	7,2%	7,4%	7,6%	7,7%
Lombardia	28,5%	28,7%	29,1%	29,1%	28,6%	28,7%	24,5%	26,8%	27,3%	27,2%
Provincia autonoma di Bolzano	11,9%	11,5%	12,4%	13,0%	10,9%	8,9%	9,0%	9,0%	9,4%	9,9%
Provincia autonoma di Trento	13,9%	13,8%	12,7%	13,0%	13,3%	13,6%	12,4%	12,5%	12,5%	12,8%
Veneto	19,5%	19,7%	19,3%	18,9%	18,1%	18,5%	17,0%	17,5%	18,0%	16,7%
Friuli Venezia Giulia	12,5%	10,0%	10,2%	10,1%	10,6%	10,7%	10,3%	10,5%	10,8%	10,8%
Liguria	12,4%	12,4%	12,4%	12,4%	13,1%	13,3%	12,3%	12,2%	11,7%	12,1%
Emilia Romagna	16,0%	16,4%	16,0%	15,7%	16,4%	16,4%	14,7%	15,8%	15,1%	16,2%
Toscana	11,8%	11,4%	11,6%	11,9%	12,5%	12,6%	11,4%	11,3%	11,3%	11,5%
Umbria	11,7%	12,0%	12,0%	12,2%	12,4%	12,8%	12,2%	11,2%	11,1%	11,6%
Marche	13,1%	12,9%	13,3%	13,8%	14,6%	14,9%	14,3%	14,4%	13,9%	13,7%
Lazio	26,8%	27,9%	28,0%	29,1%	28,7%	30,2%	28,9%	30,1%	29,1%	29,3%
Abruzzo	15,7%	16,0%	15,4%	16,9%	16,3%	17,1%	15,0%	15,3%	15,0%	15,3%
Molise	26,4%	26,2%	26,6%	27,3%	27,8%	27,3%	26,2%	28,8%	27,1%	28,7%
Campania	24,2%	23,7%	23,7%	24,5%	25,5%	25,5%	23,4%	23,9%	23,8%	23,3%
Puglia	23,1%	23,7%	23,1%	23,2%	22,9%	23,2%	21,6%	21,3%	21,0%	22,0%
Basilicata	16,4%	16,0%	15,0%	15,0%	15,2%	15,4%	15,7%	15,4%	15,0%	15,5%
Calabria	18,3%	18,2%	18,7%	18,5%	18,6%	18,7%	17,6%	18,1%	19,9%	18,9%
Sicilia	22,2%	22,6%	22,4%	22,7%	23,9%	24,0%	22,5%	23,8%	24,3%	23,9%
Sardegna	14,6%	14,5%	14,3%	14,0%	13,7%	13,7%	12,6%	13,5%	12,7%	13,2%
ITALIA	20,7%	20,8%	20,8%	21,0%	21,1%	21,4%	19,5%	20,3%	20,2%	20,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19,8%	19,9%	19,9%	19,9%	20,0%	20,1%	17,9%	18,8%	18,9%	18,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	23,4%	23,7%	23,6%	24,2%	24,5%	25,0%	23,4%	24,1%	24,0%	23,9%
Autonomie speciali ^(c)	13,3%	12,5%	12,4%	12,4%	12,2%	12,0%	11,1%	11,6%	11,5%	11,7%

Fonte: Conto economico degli enti ospedalieri locali

La dinamica di costante crescita osservata fino al 2019 viene interrotta nel 2020, anno in cui è rilevabile una diminuzione del 4%, legata ai provvedimenti di sospensione delle attività non urgenti durante le diverse ondate pandemiche. Il peso della spesa sanitaria per le altre prestazioni sociali in natura da privato sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una tendenziale crescita non monotona fino al 2019 per poi avere un calo l'anno successivo e superare il 20% nel triennio seguente. Si ricordano ancora una volta i modelli organizzativi regionali dell'assistenza sanitaria che possono ricorrere più o meno al privato accreditato.

Beni e servizi

Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	19,9%	20,1%	19,4%	19,9%	19,3%	20,0%	21,0%	22,5%	22,3%	23,2%
Valle d'Aosta	27,1%	25,1%	23,7%	24,4%	24,8%	25,2%	24,5%	26,7%	24,6%	24,7%
Lombardia	21,4%	19,6%	20,8%	21,1%	21,3%	20,3%	22,3%	22,7%	22,1%	20,5%
Provincia autonoma di Bolzano	18,2%	17,0%	17,8%	17,2%	18,0%	19,1%	19,8%	21,6%	21,6%	20,6%
Provincia autonoma di Trento	20,4%	19,5%	20,3%	19,6%	19,7%	17,7%	18,9%	20,7%	16,8%	22,5%
Veneto	20,9%	21,5%	21,4%	21,4%	20,9%	21,5%	22,4%	24,3%	24,7%	24,7%
Friuli Venezia Giulia	22,7%	22,1%	22,4%	22,7%	23,2%	23,5%	23,9%	24,5%	23,2%	25,9%
Liguria	21,7%	20,7%	20,5%	20,6%	19,7%	19,8%	20,7%	23,1%	21,9%	21,9%
Emilia Romagna	21,2%	21,1%	21,2%	21,7%	21,9%	21,5%	24,8%	21,5%	22,5%	22,2%
Toscana	22,2%	22,3%	21,7%	22,8%	22,6%	23,2%	23,2%	24,7%	24,9%	25,3%
Umbria	22,3%	21,7%	21,1%	21,7%	21,9%	21,2%	21,7%	24,6%	23,2%	24,1%
Marche	20,5%	19,8%	19,6%	20,1%	19,0%	19,5%	20,1%	21,2%	18,9%	22,6%
Lazio	19,5%	18,5%	18,7%	17,6%	17,7%	17,4%	18,1%	18,5%	18,1%	17,7%
Abruzzo	22,2%	20,0%	20,7%	20,8%	21,4%	22,1%	23,1%	23,0%	22,1%	23,2%
Molise	16,7%	14,3%	16,0%	15,6%	15,8%	17,4%	19,3%	20,1%	20,3%	18,8%
Campania	14,8%	15,6%	16,1%	17,9%	16,0%	16,0%	18,0%	18,5%	18,0%	17,7%
Puglia	18,7%	18,0%	18,1%	18,4%	19,0%	19,5%	20,2%	21,2%	21,3%	21,5%
Basilicata	19,0%	18,3%	18,4%	20,1%	17,7%	19,2%	17,6%	19,9%	22,0%	21,1%
Calabria	14,6%	14,3%	14,1%	13,7%	15,7%	16,0%	17,1%	17,2%	17,6%	16,0%
Sicilia	16,0%	15,9%	15,8%	16,5%	16,8%	16,9%	18,7%	19,4%	18,5%	18,8%
Sardegna	20,6%	19,5%	18,7%	18,8%	18,9%	21,0%	19,8%	22,2%	20,7%	23,7%
ITALIA	19,7%	19,1%	19,3%	19,7%	19,6%	19,6%	20,9%	21,5%	21,2%	21,2%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	21,2%	20,6%	20,8%	21,2%	21,0%	20,9%	22,4%	22,9%	22,8%	22,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	17,3%	16,9%	17,1%	17,4%	17,4%	17,5%	18,8%	19,3%	18,9%	18,7%
Autonomie speciali ^(c)	21,1%	20,1%	20,0%	20,0%	20,3%	21,1%	21,0%	22,7%	21,1%	23,7%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali

Il peso percentuale della spesa sanitaria per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva non ha oltrepassato la soglia di 20 punti fino al 2019. Nel quadriennio successivo si è attestata intorno al 21% con un picco nel 2021

Monitoraggio spesa sanitaria

finanziamento indistinto e vincolato vengono confrontate con le informazioni derivanti dai provvedimenti nazionali di riparto

ulteriori risorse conferite dal bilancio regionale a titolo di finanziamento aggiuntivo per l'erogazione dei LEA nonché quelle relative al finanziamento aggiuntivo regionale per l'erogazione di prestazioni extra-LEA

Ulteriori risorse da altri soggetti

le contabilizzazioni relative alla mobilità attiva extraregionale

entrate da pay back farmaceutico

Mobilità sanitaria

Con il termine “mobilità” si intende la possibilità di muoversi da un luogo ad un altro per motivi sanitari
Dal punto di vista economico-finanziario, il saldo di mobilità rappresenta per talune Regioni una voce di credito, mentre per le altre una voce di debito.

Mobilità attiva: flusso di fondi in entrata per la compensazione di prestazioni erogate sul territorio di competenza ad assistiti di altro ente/regione

Mobilità passiva: flusso di fondi in uscita per la compensazione di prestazioni erogate a propri assistiti al di fuori dal territorio di competenza

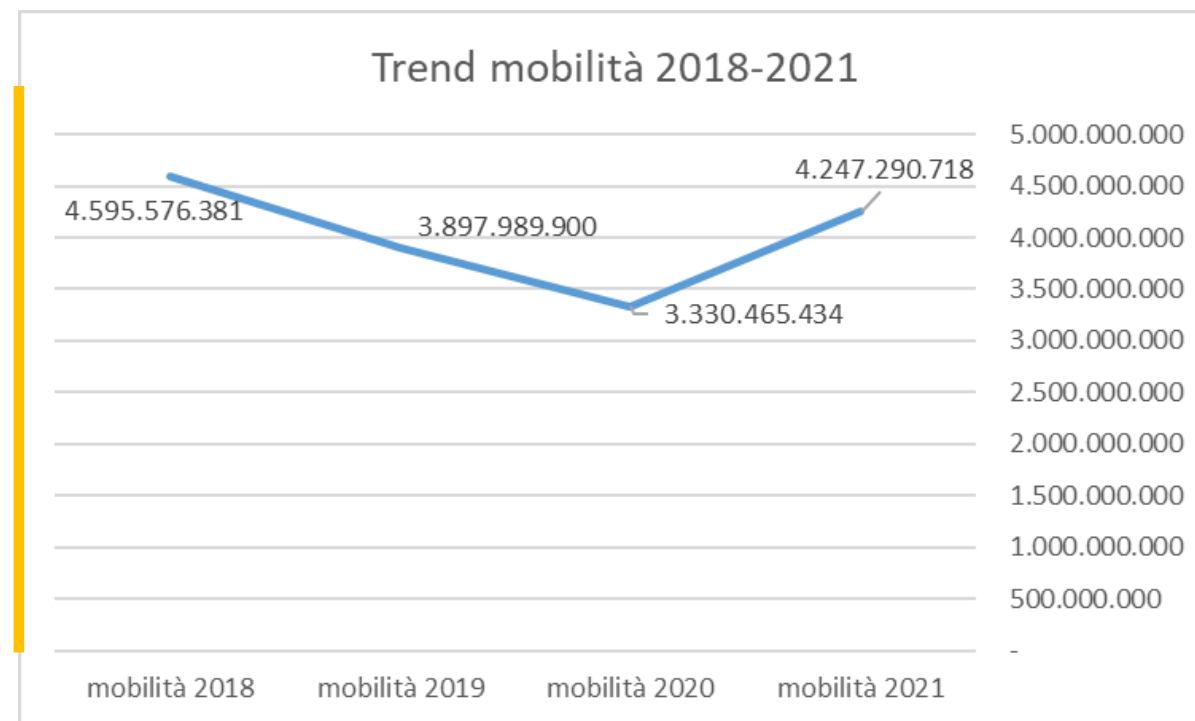
- Mobilità «reale»
- Mobilità di confine
- Mobilità apparente
- Mobilità casuale

annualmente si definisce un “**accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria**” da utilizzare nel riparto dell’anno successivo.

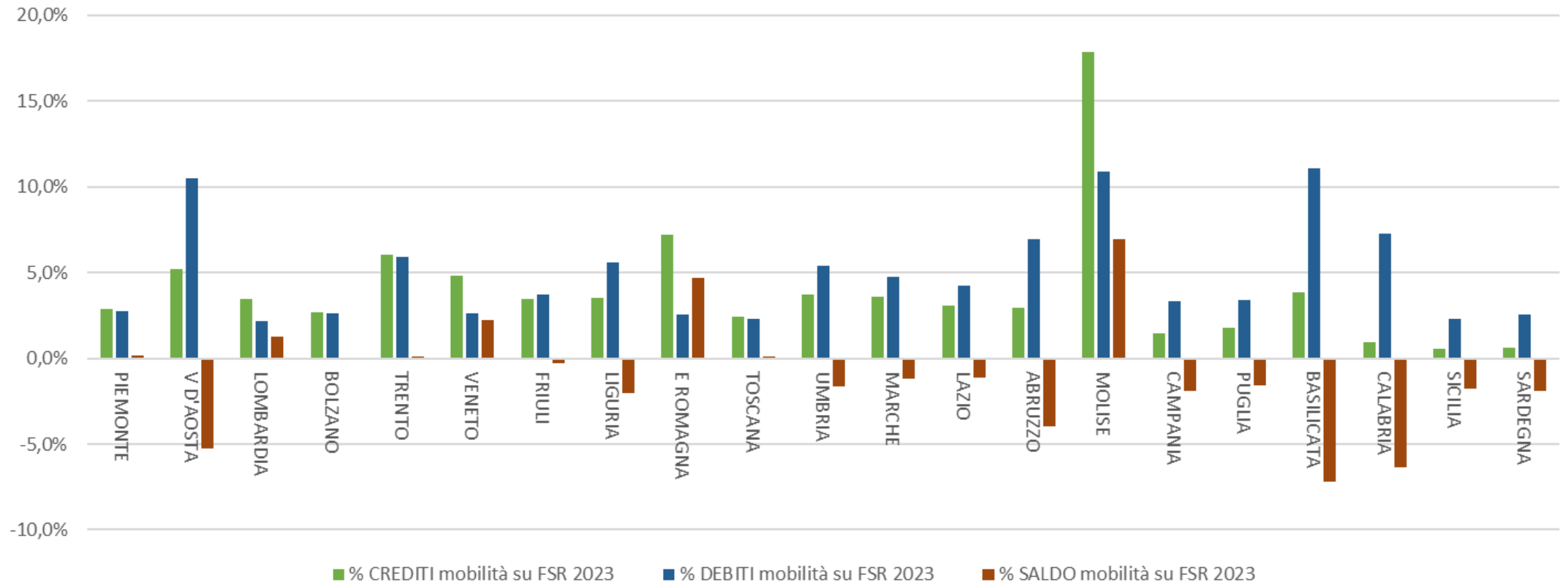
- A. Ricoveri ospedalieri e day hospital, differenziati per pubblico e privato
- B. Medicina generale
- C. Specialistica ambulatoriale, differenziati per pubblico e privato
- D. Farmaceutica
- E. Cure termali
- F. Somministrazione diretta di farmaci
- G. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso


Andamento mobilità pre/post covid

- Deroghe per:
 - DRG alta complessità
 - prestazioni rese da IRCCS
 - recupero liste d'attesa
- DM 70/2015 – definizione standard posti letto corretti per la mobilità



Mobilità interregionale su Riparto FSR 2023



- 
- i dati di mobilità per analizzare le differenze regionali
 - Piani d rientro e possibilità di politiche tariffarie
 - LEA – extra LEA
 - Organizzazione del territorio – sistema di offerta delle prestazioni
 - Verifiche appropriatezza - evitare comportamenti opportunistici
 - Opportunità ma attenzione a iniquità, divari territoriali, costi sociali
 - Percezione dei cittadini sull’offerta regionale
 - Regionalismo competitivo vs collaborativo
 - Regole del sistema valide su tutto il territorio nazionale - controlli e monitoraggi
 - Budget – accordi di confine
 - La mobilità interregionale può avere effetti positivi o negativi e, pertanto, la vera sfida è l’individuazione di strumenti di governo della stessa.

Il monitoraggio dei conti effettuato dal Tavolo tecnico

Le attività di monitoraggio si effettuano trimestralmente e annualmente.

- in sede di **monitoraggio trimestrale** il Tavolo con la regione interessata valuta l'andamento dell'equilibrio per l'anno di verifica e, ove si prospetti uno scostamento, raccomanda la regione a predisporre gli interventi per ricondurre la spesa in equilibrio
- in sede di verifica dei conti di **IV trimestre si effettua la verifica di legge ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004** (descritta nel box)
- in sede di acquisizione dei **conti di consuntivo** si effettua la verifica del Conto economico e dello Stato patrimoniale consuntivi
- viene verificato il puntuale **trasferimento delle risorse preordinate per il servizio sanitario da parte del bilancio regionale alle aziende sanitarie**
- in tutte le riunioni di verifica si esamina la situazione dei **tempi di pagamento**

Rilevano, nella composizione della spesa, i modelli organizzativi regionali

BOX COMMA 174

- **informazioni contabili relative al IV trimestre;**
- in caso di disavanzo sono esaminate **le misure di copertura** predisposte dalla regione;
- in caso le coperture non siano state adottate o siano insufficienti, la **regione viene diffidata** ad adempiere alla copertura entro il 30/04 dell'anno seguente a quello di riferimento del disavanzo;
- qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione, in qualità di **Commissario ad acta**, è chiamato ad adottare le misure di copertura nel successivo mese di maggio;
- qualora anche il Commissario ad acta non adempia oppure le misure adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio, nel territorio della regione **sono innalzate sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente le aliquote fiscali di Irap e Addizionale regionale all'Irpef**. Inoltre nella regione interessata entra in vigore il **divieto di effettuare spese non obbligatorie** fino al 31/12 dell'anno successivo a quello di verifica.

Il Tavolo è quindi chiamato ad esprimersi sulla **percentuale di disavanzo regionale (ove presente)** ai fini dell'obbligatorietà della presentazione di un piano di rientro (art. 2 comma 77, l. 191/2009):

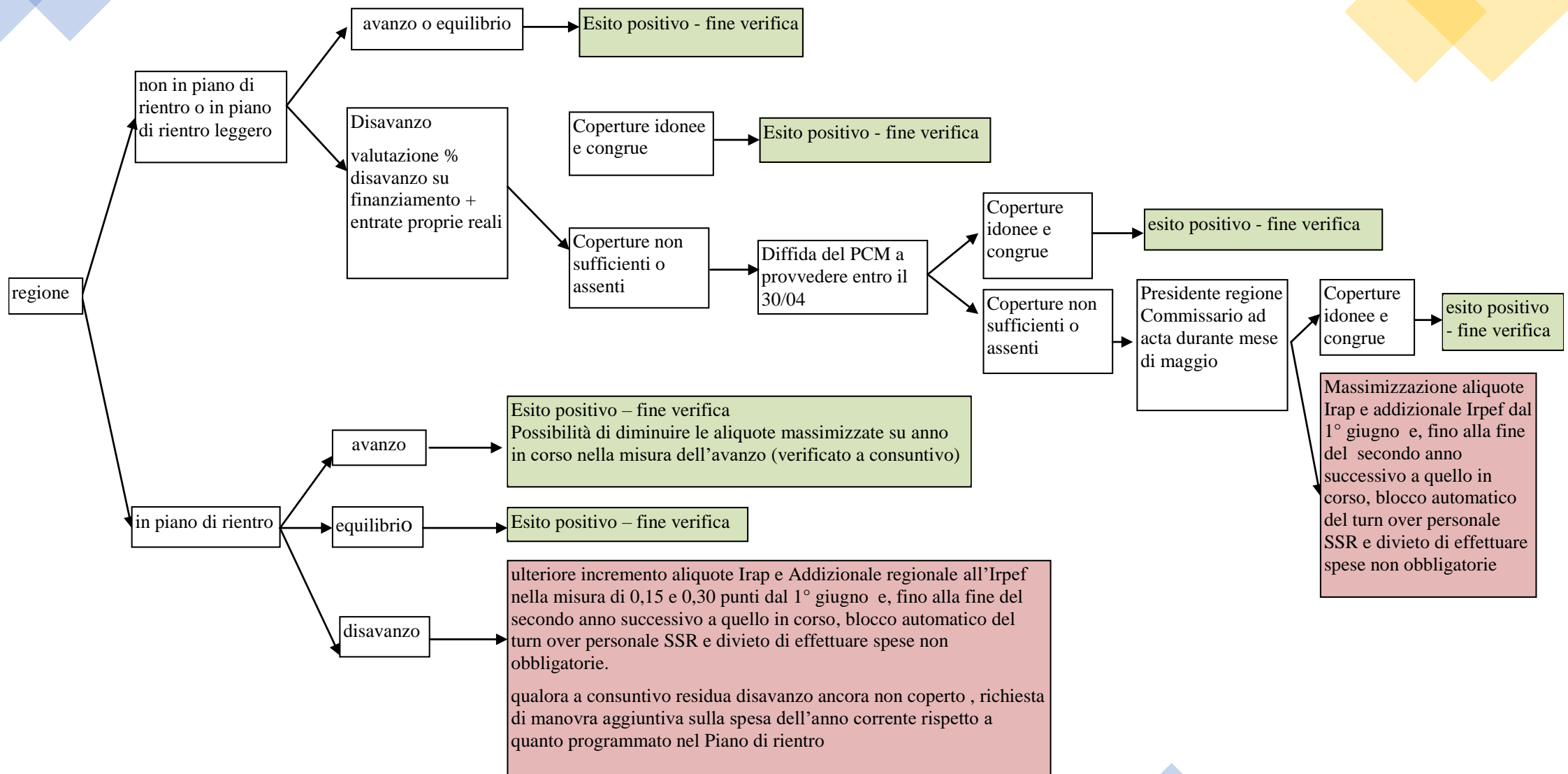
- ❑ **disavanzo pari o superiore al 5%, ancorché coperto, determina l'obbligatorietà nella presentazione di un Piano di rientro**
- ❑ **la presenza di un disavanzo inferiore al 5%, non coperto, determina l'obbligatorietà della presentazione di un Piano di rientro**

L'EQUILIBRIO DI BILANCIO E LA PROCEDURA DEL COMMA 174

A partire dall'anno 2005 in merito all'equilibrio di bilancio opera la procedura definita dall'articolo 1, comma 174, della legge n.311/2004 (finanziaria 2005).

La procedura prevede che il **risultato di gestione** annualmente:

- sia oggetto di esame a partire dalle **informazioni contabili relative al IV trimestre**;
- in caso di disavanzo sono esaminate **le misure di copertura** predisposte dalla regione;
- in caso le coperture non siano state adottate o siano insufficienti, la **regione viene diffidata** ad adempiere alla copertura entro il 30/04 dell'anno seguente a quello di riferimento del disavanzo;
- qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione, in qualità di **Commissario ad acta**, è chiamato ad adottare le misure di copertura nel successivo mese di maggio;
- qualora anche il Commissario ad acta non adempia oppure le misure adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio, nel territorio della regione **sono innalzate sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente le aliquote fiscali di Irap e Addizionale regionale all'Irpef**. Inoltre nella regione interessata entra in vigore il **divieto di effettuare spese non obbligatorie** fino al 31/12 dell'anno successivo a quello di verifica.



ESITO DELLA VERIFICA ADEMPIMENTI DEL SISTEMA PREMIALE NEL PERIODO 2001-2005

Spesa sempre stata sensibilmente maggiore del finanziamento – insostenibilità “a priori”

Diversi livelli di efficienza tra le Regioni
«Gioco delle aspettative»

Nodi centrali

Credibilità e rigidità del vincolo di bilancio tra
Stato e Regioni

Responsabilità nei comportamenti

verifica per anno	hanno superato la verifica	non hanno superato la verifica
2001	Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicilia	Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sardegna
2002	Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna	Abruzzo, Molise
2003	Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna	Abruzzo, Molise, Sicilia
2004	Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna	Piemonte, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia
2005	Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Puglia, Basilicata	Liguria, Abruzzo, Molise, Lazio, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna

	disavanzi risultanti alla chiusura della verifica adempimenti 2004	% <i>disavanzo su finanziamento</i>	disavanzi risultanti alla chiusura della verifica adempimenti 2005	% <i>disavanzo su finanziamento</i>
liguria	318,554	12,6%	253,001	9,5%
lazio	2.047,599	27,4%	1.940,954	24,6%
abruzzo	265,040	14,4%	221,456	11,1%
molise	82,297	17,3%	146,285	29,1%
campania	1.202,562	15,8%	1.786,522	22,7%
sicilia	756,482	11,3%	699,266	9,8%

Lo squilibrio tra entrate e spese è insostenibile

Gli interventi di copertura del disavanzo a carico del bilancio regionale sono insostenibili anche considerando le entrate da aliquote fiscali massimizzate

La dimensione del disavanzo, anche in presenza dell'operatività della sanzione del comma 174 (aumento delle tasse regionali sui livelli massimi) non è in grado di assicurare la copertura dell'alto disavanzo annuale con conseguente creazione di un debito sanitario non coperto e compromissione dei LEA.

In ordine alla struttura dell'offerta e della domanda di servizi sanitari in queste regioni era presente:

- un eccesso di spesa farmaceutica convenzionata
- un eccesso di posti letto ospedalieri, un alto tasso di ospedalizzazione e significativi indicatori di inappropriatazza
- servizi territoriali poco sviluppati o addirittura inesistenti
- mancanza di un sistema di monitoraggio e di controllo aziendale e regionale

La consapevolezza era che il sistema premiale e sanzionatorio previsto per le regioni che gestiscono ordinatamente la sanità non poteva essere in grado di affrontare le gravi problematiche presenti nelle regioni con alti deficit strutturali sulla sanità.

- **Legge finanziaria per l'anno 2005 (art. 1, comma 180):**
- integrale trasferimento dallo Stato alle Regioni del finanziamento previsto è subordinato ad alcuni adempimenti da parte delle Regioni, volti ad assicurare il rispetto degli obiettivi economico-finanziari;
- stipula di una specifica intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sugli strumenti per assicurare il contenimento della spesa e l'adempimento di tutti gli obblighi da essa previsti;
- in caso di mancato rispetto degli equilibri economico-finanziari, l'adozione di ulteriori misure, anche attraverso un apposito Accordo tra ciascuna Regione e i Ministeri della Salute e dell'Economia con il quale sono individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei LEA. Tale Accordo è accompagnato da un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del SSR

Piano di rientro

I Piani di rientro

<i>REGIONE</i>	<i>DATA STIPULA</i>	<i>DELIBERA APPROVAZIONE PIANO</i>
LAZIO	28 FEBBRAIO 2007	DGR n. 149 del 6 marzo 2007
ABRUZZO	6 MARZO 2007	DGR n. 224 del 13 marzo 2007
LIGURIA	6 MARZO 2007	DGR n. 243 del 9 marzo 2007
CAMPANIA	13 MARZO 2007	DGR n. 460 del 20 marzo 2007
MOLISE	27 MARZO 2007	DGR n. 362 del 30 marzo 2007
SICILIA	31 LUGLIO 2007	DGR n. 312 del 1 agosto 2007
SARDEGNA	31 LUGLIO 2007	DGR n.30/33 del 2 agosto 2007

Successivamente si sono aggiunte anche le Regioni **Calabria, Piemonte, Puglia**

<i>REGIONE</i>	<i>DATA STIPULA</i>	<i>DELIBERA APPROVAZIONE PIANO</i>
CALABRIA	17 DICEMBRE 2009	DGR n. 845 del 16/12/09 ad integrazione e modifica della DGR n.585 del 10/09/09 e della DGR n.752 del 18/11/09
PIEMONTE	29 LUGLIO 2010	DGR n. 415 del 02/08/2010
PUGLIA	29 NOVEMBRE 2010	DGR n. 2624 del 30/11/2010

Il Piano di rientro

Piano di ristrutturazione e riequilibrio della gestione del SSR finalizzato a rendere sostenibile il sistema nell'ambito della **cornice finanziaria programmata** e nella **garanzia dell'erogazione dei LEA**.

La **cornice normativa** per i piani di rientro (definita dall'anno 2007) prevede per le regioni interessate :

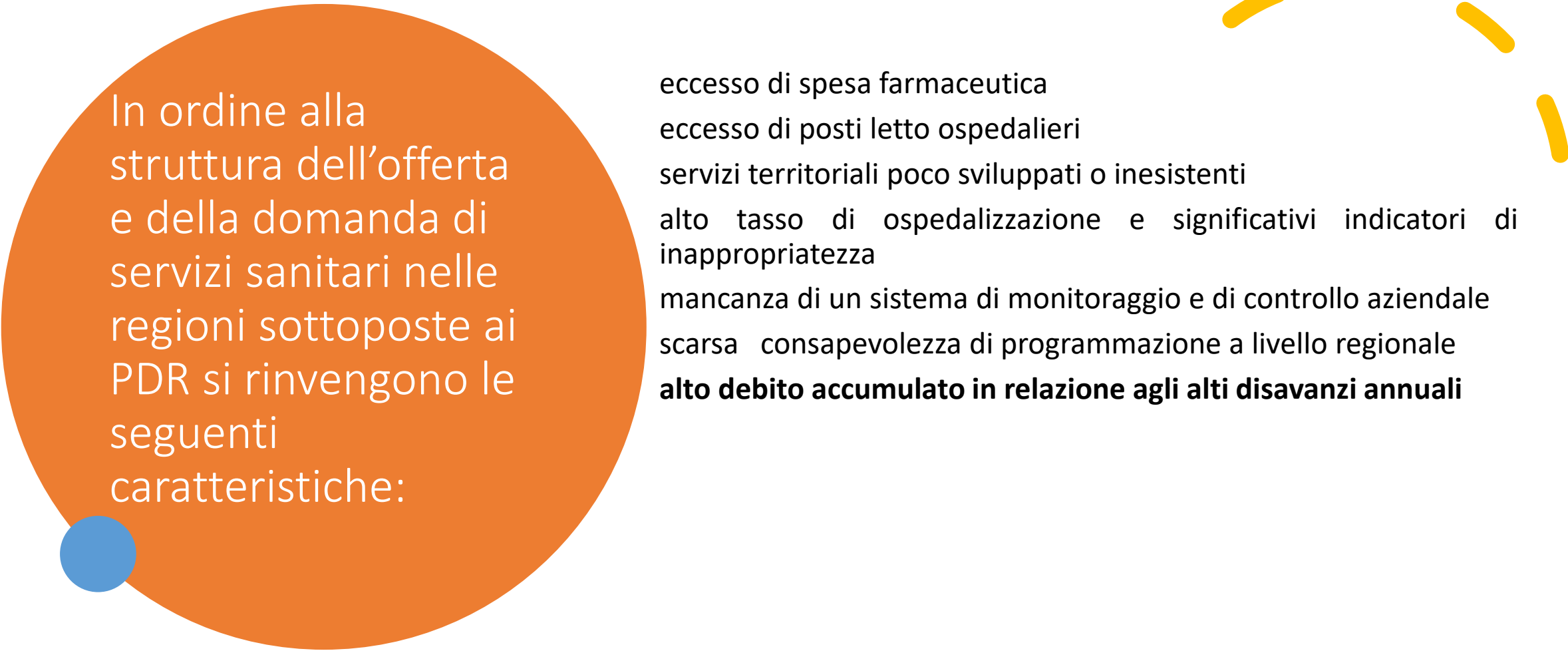
- **Gestione corrente**: aiuti statali e obblighi regionali (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che accompagnano gradualmente lo sforzo regionale di contenimento della dinamica della spesa corrente;
- **Gestione del debito al 31/12/2005**: aiuti statali e conferimenti regionali (ripiano selettivo dei disavanzi, accesso all'anticipazione di liquidità e restituzione su base pluriennale del prestito ricevuto).

I **principali interventi** previsti nei Piani di rientro:

- **Personale**: utilizzo razionale del fattore lavoro; fondi contrattazione integrativa aziendale e fabbisogno di personale;
- **Beni e servizi**: efficientamento nel modello di acquisto;
- **Posti letto**: verifica del rispetto dello standard nazionale;
- **Rapporti con gli erogatori privati**: fissazione dei tetti di spesa e sottoscrizione contratti, gestione dei contenziosi; controlli sull'inappropriatezza
- **Potenziamento dei servizi territoriali**
- **Potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendali e regionali**
- **Potenziamento delle strutture amministrative regionali**

Il **Comitato LEA ed il Tavolo adempimenti verificano congiuntamente l'attuazione del Piano di rientro**.

In caso di **mancata attuazione del piano di rientro** la regione viene **commissariata dal Governo** con una procedura costituzionalmente garantita (art. 120 Costituzione).



In ordine alla
struttura dell'offerta
e della domanda di
servizi sanitari nelle
regioni sottoposte ai
PDR si rinvengono le
seguenti
caratteristiche:

eccesso di spesa farmaceutica

eccesso di posti letto ospedalieri

servizi territoriali poco sviluppati o inesistenti

alto tasso di ospedalizzazione e significativi indicatori di
inappropriatezza

mancanza di un sistema di monitoraggio e di controllo aziendale

scarsa consapevolezza di programmazione a livello regionale

alto debito accumulato in relazione agli alti disavanzi annuali

Il contesto

- Quadro normativo nazionale e regionale
- Caratteristiche demografiche
- Dimensionamento dell'offerta
- Organizzazione dei servizi
- Opportunità di intervento

Gli obiettivi

- Aree di intervento e obiettivi generali
- Obiettivi specifici da perseguire

Gli interventi

- Aree di intervento e obiettivi generali
- Obiettivi specifici da perseguire

Gli effetti attesi

- Impatti di sistema
- Impatti sulla spesa
- Andamento previsionale
- Andamento programmatico
- Fonti e indicatori di verifica

In tutti i piani le regioni in disavanzo stimano l'impatto dei diversi interventi sulla spesa e si impegnano a misurarne nel tempo gli effetti

La definizione degli obiettivi segue un percorso multi-livello che parte dall'individuazione degli ambiti/aree rilevanti (Obiettivi Generali) procedendo con la definizione di Obiettivi Specifici da raggiungere attraverso la realizzazione di una serie di Interventi Operativi.



E' necessaria una metodologia che consenta ai principali attori del sistema (Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Regioni) di verificare gli effetti dei piani di rientro rispetto al duplice obiettivo di:

❑ **raggiungere l'equilibrio economico/finanziario**

❑ **garantire i Livelli Essenziali di Assistenza**

e contemporaneamente



Regioni commissariate

Abruzzo

Calabria

Campania

Lazio

Molise

tab. 1

% disavanzo rispetto al livello di finanziamento integrato delle entrate proprie effettive

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PIEMONTE	10%	5%	5%	2%	5%	5%	5%
LIGURIA	13%	9%	3%	3%	4%	4%	3%
LAZIO	27%	24%	23%	19%	18%	15%	11%
ABRUZZO	6%	11%	7%	7%	5%	2%	0%
MOLISE	9%	29%	13%	12%	14%	13%	11%
CAMPANIA	16%	23%	9%	10%	9%	8%	5%
PUGLIA	0%	5%	3%	4%	3%	5%	5%
CALABRIA	4%	3%	2%	9%	7%	8%	6%
SICILIA	11%	10%	13%	8%	5%	3%	1%
SARDEGNA	11%	13%	5%	4%	7%	10%	9%

prima del piano di rientro

in vigenza di piano di rientro

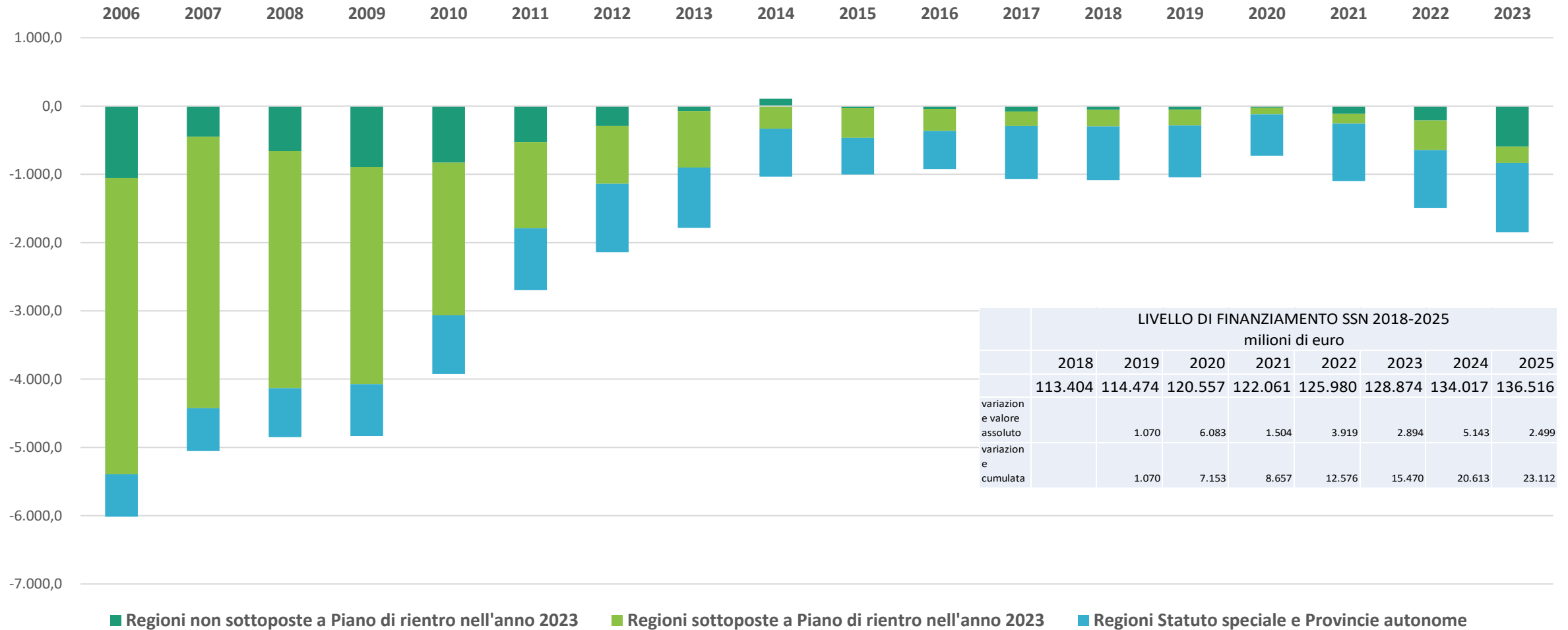
❑ **monitoraggio dell'attuazione dei piani**, che include:

➤ **monitoraggio formale**, ovvero se a fronte degli impegni presi nel piano la Regione abbia o meno deliberato gli atti previsti nei tempi pianificati;

➤ **monitoraggio sostanziale**, ovvero se a fronte degli atti deliberati dalle Regioni siano stati attuati gli interventi previsti nelle modalità e nei tempi pianificati e, attraverso specifici indicatori di carattere quantitativo e/o qualitativo, quali effetti si riscontrano.

➤ **monitoraggio di sistema**, ovvero come il sistema si sta evolvendo, in seguito agli interventi previsti dal Piano di Rientro e a tutti gli altri fattori che ne determinano la dinamica.

I disavanzi regionali



LIVELLO DI FINANZIAMENTO SSN 2018-2025								
milioni di euro								
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980	128.874	134.017	136.516
variazion e valore assoluto		1.070	6.083	1.504	3.919	2.894	5.143	2.499
variazion e cumulata		1.070	7.153	8.657	12.576	15.470	20.613	23.112

Fonte: RGS: «Il monitoraggio della spesa sanitaria-Rapporto n. 11»

Livelli di finanziamento SSN 2018-2025 (mln di euro)

	LIVELLO DI FINANZIAMENTO SSN 2018-2025							
	milioni di euro							
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980	128.874	134.017	136.516
variazion e valore assoluto		1.070	6.083	1.504	3.919	2.894	5.143	2.499
variazion e cumulata		1.070	7.153	8.657	12.576	15.470	20.613	23.112

Ulteriori risorse:

DM 16/07/2021 (+ 1.000 milioni per il 2020)

DL 146/2021 (+1.400 milioni per il 2021)

Flessibilità utilizzo risorse covid

Deroghe iscrizioni payback farmaceutico

Rimborsi ricevuti da commissario straordinario per emergenza covid



CONCLUSIONI



Conclusioni



il sistema premiale e il costante monitoraggio della sanità hanno garantito la tenuta del sistema nel rispetto dei relativi ruoli attraverso regole condivise volte a perseguire l'efficienza e l'appropriatezza – responsabilizzazione degli attori del sistema



il monitoraggio trimestrale consente una adeguata tensione sul livello di efficienza della spesa sanitaria e una costante responsabilizzazione del livello regionale a garantire le coperture di eventuali disavanzi sanitari – premi e sanzioni



sviluppo e miglioramento continuo della contabilità economico-patrimoniale salvaguardando talune eccezioni proprie del SSN;



per le situazioni regionali fortemente squilibrate sul versante finanziario e sul versante dell'erogazione dei LEA, maggiore attenzione alla qualità della spesa i Piani di rientro hanno garantito la riconduzione verso gli equilibri programmati e un miglioramento generalizzato nell'erogazione delle cure, misurate dal Ministero della salute



un sistema di offerta decentrato può offrire maggiore flessibilità nelle soluzioni volte alla ricerca dell'efficiamento tuttavia alcuni problemi richiedono soluzioni nazionali al fine di garantire equità nell'accesso al SSN oltre che il corretto ed efficiente utilizzo delle risorse

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Federica Di Pilla
federica.dipilla@mef.gov.it