

~~Se tutte le entrate e le spese esigibili fossero riscosse e pagate in conformità con la loro scadenza, le previsioni di cassa corrisponderebbero a quelle di competenza. Il principio della competenza rafforzata, previsto dal D.Lgs n. 118/2011, mirando a realizzare questo obiettivo, prevede che le entrate e le spese debbano essere iscritte nel bilancio di previsione in base agli importi ritenuti effettivamente esigibili in ciascuno degli esercizi considerati. Si evita in tal modo la formazione di residui connessi con la gestione di spese pluriennali, restando invece possibile la formazione di residui derivanti da meri slittamenti per cassa delle riscossioni e dei pagamenti.~~

~~Il quadro di attuazione della legge rinforzata nell'ambito delle regole di bilancio degli enti territoriali resta però quanto meno incompleto, indipendentemente dalla questione dell'anno della sua formale entrata in vigore. In particolare, due aspetti appaiono assenti nelle norme contenute nel DDL di stabilità. Non si prevede (diversamente da quanto indicato nella L. 243/2012) l'obbligo di pareggio di entrate e spese correnti e non viene attivato il Fondo per il ciclo economico. Con riferimento al primo aspetto, va considerato comunque che quanto previsto dal DDL di stabilità si configura come un vincolo *ex post* alla gestione di bilancio degli enti (sostitutivo del Patto di stabilità interno) aggiuntivo rispetto a quanto stabilito dalla normativa contabile vigente, nella quale si ha già – ai fini della redazione del bilancio di previsione – l'obbligo di pareggio *ex ante* su un saldo prevalentemente di parte corrente. Sul secondo aspetto, come argomentato nell'audizione su *Le prospettive di riforma degli strumenti e delle procedure di bilancio*⁷⁷, l'obiettivo di concentrare a livello centrale la funzione di stabilizzazione ciclica, cioè di stabilizzazione delle entrate delle autonomie territoriali nelle diverse fasi del ciclo economico, viene già in parte realizzato attraverso i meccanismi ordinari di finanziamento delle autonomie. La valutazione di benefici attesi e delle eventuali controindicazioni di questi due aspetti potrebbe pertanto essere sviluppata nelle more dell'entrata in vigore del quadro connesso con la legge rinforzata.~~

pubblicato su:

3.3.2 La sanità

A seguito della manovra di bilancio nel 2016 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) viene posto a 111 miliardi, livello appena superiore a quello del 2015, contro i 113,097 che residuavano dopo aver sottratto all'ammontare indicato dalla legge di stabilità 2015 (coerente con il Patto per la salute 2014-16) la correzione richiesta alle Regioni da un altro comma della stessa legge, nella misura applicata alla spesa sanitaria⁷⁸. Tuttavia, come sopra accennato, l'impatto sull'indebitamento netto è limitato a 1,783 miliardi, perché viene sterilizzato l'effetto sulle RSS. L'ulteriore apporto richiesto alle Regioni per gli anni successivi al 2016 dovrà essere allocato tra gli ambiti di spesa e ripartito tra le Regioni attraverso un accordo da recepire in Conferenza Stato-

⁷⁷ Cfr. l'Audizione del Presidente dell'UPB, Giuseppe Pisauro, presso le Commissioni riunite bilancio della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica nell'ambito dell'*Indagine conoscitiva sulle prospettive di riforma degli strumenti e delle procedure di bilancio*, 14 luglio 2015.

⁷⁸ La parte di tale correzione assegnata alla sanità è stata fissata in 2,352 miliardi con le Intese in Conferenza Stato-Regioni del 26 febbraio e del 2 luglio del 2015 e con la L. 125/2015 (che ha convertito, con modifiche, il DL 78/2015).

Regioni entro il mese di gennaio di ogni anno. Il DDL di stabilità ribadisce che il «rispetto dei livelli essenziali di assistenza» (LEA) non dovrebbe essere messo a repentaglio dai risparmi. In caso di mancata Intesa sarà il Governo, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), a stabilire l'allocazione del taglio tra i settori di spesa regionale (compresa, dichiaratamente, la sanità) e il riparto tra gli enti (da determinare anche sulla base della popolazione e del PIL)⁷⁹. Rimane l'incertezza sulla ripartizione dei precedenti tagli, già stabiliti fino al 2018 (DL 66/2014 e legge di stabilità 2015) e confermati per il 2019 dal DDL di stabilità⁸⁰ infatti, la parte che non è stata ancora attribuita alla sanità con il DL 78/2015 andrà allocata e ripartita per il 2016 mediante Intesa, o comunque tramite DPCM (in coerenza con il DL 66/2014), e per gli anni successivi con le procedure sopra indicate per il nuovo contributo⁸¹ è possibile che la sanità sia fatta oggetto di nuovi tagli, in quanto tali procedure sembrano differenziarsi da quelle applicabili nel primo anno essenzialmente perché viene esplicitata la possibilità di intervenire sul finanziamento al comparto sanitario. Resta problematica la valutazione dell'effettività degli interventi rispetto alle prestazioni rese in un comparto che concorda annualmente la ripartizione di misure di contenimento pluriennali o permanenti. Peraltro, data la composizione dei bilanci delle Regioni, sembra inevitabile che una quota crescente della correzione colpisca il SSN. Considerando le stime sull'evoluzione della spesa sanitaria a legislazione vigente contenute nella NAD⁸² del 2015, che prevedono un calo, in rapporto al PIL, da 6,8 a 6,5 punti percentuali tra il 2015 e il 2019, nel quadro programmatico la riduzione complessiva a fine periodo potrebbe risultare di circa mezzo punto di PIL.

Si osservi inoltre che una quota del finanziamento al SSN, pari a 0,8 miliardi, viene condizionata per il 2016 all'adozione dei nuovi LEA⁸⁰.

Si ricorda che uno schema di DPCM contenente i nuovi LEA⁸¹ era stato fatto circolare nel febbraio scorso, con una stima del costo pari a 414 milioni, tuttavia la Relazione tecnica al DDL di stabilità include nell'operazione relativa ai LEA la revisione dei nomenclatori nazionali delle prestazioni⁸². Viene anche prevista dal DDL l'istituzione di una nuova Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del SSN (nominata e presieduta dal Ministro della salute), che ogni anno presenti una proposta di aggiornamento e che si occupi sistematicamente della valutazione delle prestazioni incluse nei livelli essenziali e della relativa appropriatezza, delle possibili innovazioni da introdurre – servendosi anche delle analisi di *Health Technology Assessment* (HTA), ovvero di valutazione delle tecnologie – e dei relativi costi, delle richieste di autorizzazione a fornire prestazioni innovative da parte di singole strutture del SSN.

⁷⁹ Per le RSS si dovranno raggiungere Intese separate.

⁸⁰ I LEA dovranno essere introdotti con DPCM su proposta del Ministro della Salute, di concerto con quello dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni (non è più previsto il parere delle Commissioni parlamentari competenti) saranno aggiornati con la medesima procedura, a meno che non si tratti solo di modificare l'elenco delle prestazioni erogabili e le misure volte a migliorare l'appropriatezza, senza prevedere maggiori oneri di bilancio, nel qual caso sarà sufficiente un decreto ministeriale, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

⁸¹ I precedenti LEA risalgono al 2001, quando furono introdotti con DPCM del 29 novembre 2001.

⁸² Il DDL di stabilità cancella le priorità indicate dal DL 158/2012 ai fini della revisione dei LEA, ovvero la riformulazione dell'elenco delle malattie croniche e di quelle rare e il trattamento dei problemi legati alla cosiddetta ludopatia.

Nell'ambito della *spending review*, il DDL di stabilità prevede alcuni interventi volti a migliorare la produttività e l'efficienza degli enti del SSN, che non vengono posti in connessione diretta con le riduzioni dei finanziamenti e non producono effetti finanziari misurati dalla Relazione tecnica. Si tratta principalmente 1) dell'introduzione di piani di rientro e di riqualificazione per gli enti del SSN 2) di nuove disposizioni sulla centralizzazione dell'acquisto di beni e servizi, ma anche dell'ITA.

- 1) Per quanto riguarda il primo punto, vanno individuate dalle Regioni⁸³, entro il 30 giugno di ogni anno (il 31 marzo per il 2016), le aziende ospedaliere (AO), anche universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e gli altri enti pubblici che forniscono prestazioni di ricovero e cura – eccettuate le aziende sanitarie locali (ASL) e i relativi presidi a gestione diretta, almeno per il 2016⁸⁴ – che si trovano in una o entrambe le seguenti condizioni, tali da richiedere la definizione di un piano di rientro: la prima è riferita allo squilibrio finanziario e, in particolare, all'eventualità di uno scostamento tra costi – come riportati nel conto economico consuntivo⁸⁵ – e ricavi⁸⁶ superiore al 10 per cento dei ricavi stessi, oppure a 10 milioni in valore assoluto; la seconda riguarda le carenze riscontrabili nell'adeguamento ad alcuni nuovi parametri relativi ai volumi, alla qualità e all'esito delle cure. Gli enti che non rispettano le due condizioni di cui sopra devono presentare alla Regione, entro novanta giorni, un piano di rientro triennale, che contenga misure volte a ripristinare l'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e a migliorare la qualità e l'offerta.

Tale piano viene valutato, anche in relazione alla programmazione regionale (o al piano di rientro regionale) e alle linee guida che saranno indicate, ed eventualmente approvato dalla Giunta regionale o dal Commissario *ad acta* entro trenta giorni. Gli interventi del piano di rientro sono vincolanti per gli enti e possono implicare modifiche di provvedimenti amministrativi in materia di programmazione e pianificazione aziendale. Le Regioni in piano di rientro riportano nel programma operativo volto all'attuazione dello stesso l'indicazione dei piani eventualmente in essere negli enti del proprio Servizio sanitario regionale (SSR) e dei relativi obiettivi.

Sarà un decreto del Ministro della Salute, di concerto con quello dell'Economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, a indicare la metodologia di valutazione dello scostamento ai fini della verifica della prima condizione, a individuare gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento per volumi, qualità ed esiti delle cure in relazione alla seconda condizione, tenendo anche conto del recente decreto ministeriale sugli standard ospedalieri (decreto n. 70 del 2 aprile 2015), e a definire le linee guida per la preparazione dei piani di rientro.

⁸³ Con provvedimento della Giunta regionale o del Commissario *ad acta*.

⁸⁴ Nel 2016 dovranno essere specificati i criteri e le metodologie per identificare le ASL, i relativi presidi a gestione diretta e gli altri enti pubblici, individuati da leggi regionali, che erogano prestazioni di ricovero e cura da sottoporre a un piano di rientro e saranno aggiornati i modelli di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri a gestione diretta per valutarne l'equilibrio di gestione in rapporto alla remunerazione tariffaria e non tariffaria.

⁸⁵ Per il 2016 si fa riferimento a quelli relativi al quarto trimestre del 2015.

⁸⁶ Determinati come remunerazione dell'attività, secondo il DL 502/1992.

Le Regioni con enti inadempienti rispetto alle due condizioni dovranno istituire, se non l'hanno già fatto, la gestione sanitaria accentrata⁸⁷, affinché questa iscriva sul proprio bilancio una quota del FSR pari ai saldi negativi registrati dagli enti in piano di rientro. Questi passaggi verranno controllati ai tavoli tecnici per la verifica degli adempimenti e dell'erogazione dei LRA, ai quali saranno comunicati, entro cinque giorni, l'approvazione dei piani di rientro degli enti del SSR e l'ammontare degli scostamenti.

La Regione (o il Commissario *ad acta*) verifica ogni tre mesi l'attuazione del piano: se il risultato è positivo può erogare come anticipazione una parte delle risorse iscritte sul bilancio, altrimenti deve adottare le misure del piano rimaste inattuato. Alla fine di ogni esercizio vengono pubblicati i risultati economici raggiunti dai singoli enti raffrontati con gli obiettivi. I contratti (anche quelli in essere) dei direttori generali delle aziende e degli IRCCS dovranno prevedere la decadenza automatica degli stessi in caso di non approvazione del piano o di esito negativo della verifica annuale.

Inoltre, tutti gli enti del SSN, oltre a essere sottoposti a obblighi di trasparenza sul bilancio⁸⁸, devono attivare un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della relativa qualità, che si raccordi con quello già previsto per le Regioni dal DL 158/2012 e che, come questo, sia collegato al programma nazionale di valutazione esiti⁸⁹. Eventuali inadempienze implicherebbero un illecito disciplinare e sarebbero causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

Stando ai dati pubblicati da Agenas relativamente ai ricavi netti e ai risultati di gestione delle aziende ospedaliere (e IRCCS) relativi al 2014⁹⁰, non avrebbero rispettato la prima condizione tre su sei enti in Piemonte, due su tre nel Veneto, i due della Liguria, tre su quattro in Toscana, i nove del Lazio, due su cinque in Calabria e i tre della Sardegna. Per lo più, sarebbe il vincolo dei 10 milioni a pesare, ma nel Lazio, in Calabria e in Sardegna agirebbe anche quello del 10 per cento dei ricavi. Si osservi che il disavanzo complessivo nel Lazio superava i 660 milioni. La definizione dei parametri di riferimento per la valutazione di qualità/quantità/esito richiederà grande attenzione, per evitare che gli sforzi di miglioramento, soprattutto in presenza di importanti disavanzi da eliminare, si concentrino sugli aspetti monitorati a discapito di altri.

⁸⁷ La gestione sanitaria accentrata è volta a gestire direttamente presso la Regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario.

⁸⁸ Tutti gli enti devono pubblicare il bilancio sul proprio sito web e, inoltre, è in programma la revisione degli schemi dei bilanci allegati al D.Lgs. 118/2011.

⁸⁹ Tale programma produce misure e indicatori utili come supporto per l'*auditing* clinico e organizzativo, il miglioramento dell'efficacia e dell'equità (si veda, in proposito, il sito dell'Agenas <http://95.110.213.190/PNred14/index.php>).

⁹⁰ Cfr. Agenas (2015), *Dati aziende ospedaliere IRCCS e IRCCS pubblici*, disponibile all'indirizzo <http://www.agenas.it/>.

Il DDL di stabilità dispone anche che, sia per migliorare le sinergie, sia per produrre dei risparmi, nelle Regioni e Province autonome senza piano di rientro che nell'ultimo biennio hanno riorganizzato, o cominciato a riorganizzare, il SSR attraverso accorpamenti di aziende sanitarie, si possano costituire aziende sanitarie uniche che incorporino aziende ospedaliero-universitarie nelle ASL, tramite protocolli di intesa con le Università. Operazioni di unificazione di questo tipo potrebbero non necessariamente rispondere a criteri di efficienza di gestione dei SSR, a causa, tra l'altro, delle dimensioni molto grandi che possono implicare maggiori difficoltà di *governance* delle strutture, e della peculiarità della regolazione e della complessità degli enti universitari.

- 2) L'altro intervento mirato ad aumentare l'efficienza della spesa sanitaria riguarda essenzialmente l'ulteriore centralizzazione delle procedure per l'acquisto di beni e servizi e del sistema di valutazione delle tecnologie.

Per le categorie merceologiche del settore sanitario⁹¹, a prescindere da qualsiasi soglia di importo dei contratti, gli enti del SSN dovranno approvvigionarsi solo attraverso la Consip S.p.A. o le centrali regionali di committenza (e se queste non sono disponibili oppure operative, le centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori, individuate comunque da quelle regionali). I contratti in essere potranno essere prorogati solo fino alla data di attivazione del contratto aggiudicato dalla centrale di committenza (ulteriori proroghe sarebbero nulle), rischiando altrimenti, anche in questo caso, di incorrere in un illecito disciplinare e in una causa di responsabilità per danno erariale.

Quanto all'ETA, si chiede alle Regioni di provvedere affinché non siano create nuove unità organizzative di valutazione delle tecnologie da parte degli enti del SSN e siano soppresse quelle esistenti, per fare quindi riferimento a quelle regionali o nazionali. Alla Cabina di regia già istituita nel marzo scorso in attuazione del Patto per la salute spetteranno compiti di indirizzo, promozione delle attività, coordinamento, validazione delle metodologie, diffusione degli esiti e stimolo all'utilizzo di tali informazioni al fine di formulare le decisioni sulla dotazione di dispositivi.

Il ridimensionamento delle risorse rispetto a quanto concordato con il Patto per la salute 2014-16 potrebbe risultare non coerente con l'impegno di adottare i nuovi LEA e i nuovi nomenclatori, con l'introduzione di importanti e costosi farmaci innovativi⁹², con l'avvio della contrattazione economica per il personale dipendente (e forse quello convenzionato), con l'introduzione di nuovi parametri da rispettare sulla quantità/qualità delle prestazioni, con l'adozione eventuale del nuovo Piano vaccini⁹³.

⁹¹ Si tratta delle categorie individuate con un apposito DM previsto dal D.L. 170/2011 e basato sulle analisi del tavolo dei soggetti aggregatori.

⁹² Per i farmaci innovativi il governo ha stanziato 100 milioni nel 2015, mentre le altre risorse del fondo a destinazione vincolata di 500 milioni per il 2015 e per il 2016 sono state dirottate dal finanziamento degli specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale.

⁹³ La discussione sul Piano vaccini è stata rinviata in Conferenza Stato-Regioni, con la richiesta del Ministero dell'Economia e delle Finanze di approfondire l'analisi del testo, la cui applicazione sembrerebbe costare circa 300 milioni aggiuntivi.

Giocherebbero a favore i risparmi derivanti dalla *spending review* e la possibile definizione di un nuovo meccanismo di *pa-bac*⁹⁴ per la farmaceutica.

3.3.3 *Ministeri*

La manovra sui Ministeri si articola in norme specifiche e altre più generali che coinvolgono anche le amministrazioni dello Stato. Queste ultime, in particolare, consistono essenzialmente in risparmi ottenuti tramite riduzioni dei prezzi attraverso un nuovo rafforzamento dell'acquisizione centralizzata dei beni e servizi della PA. Gli altri interventi si articolano nel taglio sostanzialmente lineare operato sulle spese rimodulabili delle missioni dei ministeri – i cui effetti sono esposti in un elenco allegato al DDL – e in parte attraverso riduzioni di dotazioni finanziarie indirizzate ad altri enti della pubblica amministrazione o con minori risorse fornite all'economia.

Nel complesso i risparmi ammontano a 2,2 miliardi nel 2016, 1,9 nel 2017 e 2,1 nel 2018. Essi si compongono di misure specifiche indicate nel DDL su proposta dei Ministeri e di una serie di tagli lineari individuati tramite una percentuale di riduzione delle dotazioni di cassa e competenza. Il campo di applicazione dei tagli, che in larga misura incide su fondi ancora da ripartire e assegnare, si evince solamente per missioni e programmi dei Ministeri e, per quest'anno, non dovrebbe aver tenuto conto di fattispecie protette da non coinvolgere nell'intervento di riduzione delle risorse. I risparmi più consistenti riguardano il Ministero dell'Istruzione, dell'università e ricerca e quello dell'economia e delle finanze.

Riguardo alle misure specifiche, oltre a risparmi che la Presidenza del Consiglio dei Ministri e gli enti di previdenza individuano in piena autonomia, le riduzioni di stanziamenti definite per i singoli Ministeri riguardano in massima parte istituzioni esterne, quali i Centri di assistenza fiscale, i patronati, i partiti politici, le organizzazioni internazionali, o imprese come quelle operanti nel trasporto marittimo. In alcuni casi, inoltre, anziché di riduzioni di spesa si tratta di vendite del patrimonio immobiliare o di aumento di tariffe. In altre situazioni ancora, i risparmi sono legati a misure di efficientamento, che in un caso si concretizzano nella riduzione di un Fondo istituito un anno prima ai fini del recupero di efficienza.

Un ulteriore rilevante contenimento della spesa discende dal contenuto delle tabelle allegato al DDL e deriverebbe in massima parte da riduzioni o rimodulazioni di spesa in

⁹⁴ Il sistema del *pa-bac* in campo farmaceutico ripiano degli sforamenti del tetto di spesa a carico della filiera del farmaco in fase di ridefinizione ma la soluzione alla complessa questione tarda ad arrivare. Intanto il DDL 2017 ha consentito di accertare e impegnare nel bilancio 2017 delle Regioni la ripiano dei disavanzi del biennio precedente il 20 per cento dei rimborsi già individuati dall'8,127 milioni per gli sforamenti della spesa territoriale e di quella ospedaliera nel 2016 e 270 milioni per quella ospedaliera del 2017 al netto degli importi eventualmente già contabilizzati salvo eventuali successive correzioni in caso di differenza rispetto al risultato finale delle procedure definitive di ripiano attraverso regolazioni contabili.