

## 7.1. - LA SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il livello di finanziamento complessivo, cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'anno 2009 è stato definito in **103,511 miliardi di euro** dalle seguenti disposizioni legislative:

- a. **102,285 miliardi di euro**, così come fissato dal Nuovo Patto per la Salute del 28 settembre 2006 recepito con l'intesa tra lo Stato e le regioni e le province autonome del 5 ottobre 2006 e successivamente aggiornato dall'articolo 1, comma 796 lettera a) della legge finanziaria per il 2007 (legge 27 dicembre 2006, n.296) comprensivo del finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale "Bambino Gesù" pari a 50,00 milioni di euro che, ai sensi di quanto previsto dall'art.22, comma 6, del DL78/2009 convertito nella legge 102/2009, deve essere direttamente erogato all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. A detto importo di 102,285 miliardi di euro si aggiungono le risorse illustrate nei successivi punti;
- b. ulteriori **0,400 miliardi di euro** a parziale copertura delle maggiori esigenze finanziarie derivanti dalla abolizione disposta per il 2008 della quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- c. il decreto-legge 154/2008 che ha integrato i suddetti importi per **0,434 miliardi di euro** a titolo di integrale copertura delle maggiori esigenze finanziarie derivanti dalla predetta abolizione disposta per il 2008 della quota fissa sulla ricetta
- d. **0,398 miliardi di euro**, secondo quanto previsto dal combinato disposto di cui all'articolo 3, commi 131 e 139 della citata legge 244/07, a titolo di concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria a copertura dei maggiori oneri contrattuali per il biennio economico 2006-2007;
- e. **0,184 miliardi di euro** a titolo di concorso per il rinnovo delle convenzioni di cui all'articolo 79, comma 2, del decreto-legge 112/08 convertito con modificazioni nella legge 133/08;
- f. **0,163 miliardi di euro** a titolo di finanziamento per la medicina penitenziaria in attuazione di quanto previsto dall'art.2, comma 283 lettera c) della legge 244/07;
- g. **0,067 miliardi di euro** a titolo di finanziamento per l'assistenza sanitaria in favore degli extracomunitari emersi e regolarizzati ai sensi dell'art. 1-ter del decreto-legge 78/2009 convertito nella legge 102/2009;
- h. **0,700 miliardi di euro**, quale quota annuale a valere su quella stabilita per il triennio 2007-2009 a titolo di Fondo transitorio, istituito dal predetto articolo 1, comma 796 lettera b), della legge 296/06, alla cui ripartizione tra le Regioni interessate da elevati disavanzi si provvede secondo le modalità stabilite dal

decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 23 aprile 2007;

- i. **0,192 miliardi di euro** dei minori gettiti fiscali derivanti dalle norme sul cuneo fiscale in materia di IRAP (legge 296/2006, articolo 1, comma 270)

Di seguito al sisma della regione Abruzzo avvenuto in data 6 aprile 2009 e per effetto delle disposizioni contenute nel decreto-legge 39/2009, il finanziamento di cui al punto a) ha subito un decremento di **0,420 miliardi di euro** per effetto delle economie complessive derivanti dall'attuazione delle disposizioni in materia di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale di cui al comma 1 del citato articolo 13 del decreto-legge 39/2009; contestualmente, a valere sui 0,420 miliardi di euro, sono state accantonati **0,040 miliardi di euro**, a titolo di quota finalizzata in favore dell'Abruzzo al fine di coprirne il fabbisogno aggiuntivo determinato dagli eventi sismici, mediante un corrispondente incremento del fondo transitorio di accompagnamento di cui all'*articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, in funzione delle emergenti difficoltà per il completamento ed il consolidamento del Piano di rientro dai disavanzi sanitari della regione Abruzzo a causa degli eventi sismici.

La spesa complessiva effettiva del SSN sostenuta nel 2009, desunta dai dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del 4° trimestre 2009, alla data del **22 marzo 2010**, viene intesa quale somma dei costi di produzione delle funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria e di quella relativa all'intramoenia ed ammonta a **109,669 miliardi di euro**, di cui **109,064 miliardi di euro** riferiti alle regioni e alle province autonome <sup>1</sup> e **0,606 miliardi di euro** agli altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato <sup>2</sup> (Tabelle SA-1, SA-2).

L'ammontare della spesa delle regioni sottoposte ai piani di rientro anche per l'anno 2009 è stata oggetto di analisi volte ad individuare l'eventuale presenza di rischi di contabilizzazione che saranno oggetto di specifico riscontro in sede di invio del dato di conto consuntivo previsto per il prossimo 30 giugno 2010.

E' necessario ricordare che, a partire dall'anno 2008, la rilevazione dei conti del SSN è effettuata attraverso un nuovo modello CE (conto economico) molto più analitico del precedente e con la possibilità di isolare meglio alcune tipologie di ricavo e di costo oltre che permettere un più agevole consolidamento sia regionale dei conti aziendali che nazionale dei conti regionali.

Il rapporto tra spesa complessiva del SSN e PIL si attesta al **7,2 %**. L'incremento percentuale della spesa complessiva del SSN a livello nazionale rispetto al 2008 è del 2,4 %, mentre quello regionale è pari al 2,3 %, rilevandosi tra gli aumenti, quello più elevato nella P.A. di Trento e la riduzione per la P.A. di Bolzano anche in virtù di riclassificazioni contabili che hanno determinato la fuoriuscita di spesa sociale prima presente in ambito sanitario.

---

<sup>1</sup> Non sono state considerate le voci di costo "Ammortamenti", "Svalutazione crediti", "Svalutazione attività finanziarie" in attesa di specifiche indicazioni sulle modalità di calcolo delle stesse. I dati del SIS possono divergere in parte da quelli forniti dall'ISTAT che sono elaborati secondo la metodologia SEC 95, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento / ricavo e di spesa / costo.

<sup>2</sup> Croce Rossa Italiana, Istituti Zooprofilattici sperimentali, Università (per borse di Studio ai medici specializzandi), Cassa DD.PP. (per rimborso mutui pre-riforma).

La spesa media pro-capite nazionale è di **1.826 euro**, mentre il valore medio riferito alle regioni e alle province autonome è di **1.816 euro**. A livello territoriale <sup>3</sup> (cfr. tabella SA -2) si riscontra un'ampia variabilità, con il valore minimo di 1.671 euro della Sicilia e i valori massimi, notevolmente oltre la media nazionale, di Bolzano, V. Aosta, Trento, Liguria e, nel meridione, Molise.

La rappresentazione dei costi per funzioni di spesa, con riferimento ai costi integrali di produzione del SSN è contenuta nelle Tabelle SA-3, SA-4 e nell'Appendice.

L'analisi che segue viene effettuata, invece, sugli aggregati di spesa della tabella SA-1, anche con riferimento all'andamento della spesa rispetto all'esercizio precedente.

### **Personale**

In tale voce è ricompreso il costo del personale delle aziende sanitarie, degli IRCCS pubblici e dei Policlinici universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo nonché il costo relativo alla corresponsione dell'indennità per il personale universitario ("indennità De Maria"). La spesa ammonta a **36,132 miliardi di euro**, con un incremento del 2,5 % rispetto al 2008. Tale valore sconta il rinnovo contrattuale relativo al biennio 2008-2009, per l'anno 2009, per il personale del comparto del SSN nonché la corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale al personale dirigente ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa<sup>4</sup>. Sconta inoltre gli interventi di contenimento sul costo del personale ai fini del rispetto della normativa vigente nonché gli ulteriori interventi previsti negli specifici provvedimenti attuativi dei piani di rientro.

La spesa del ruolo sanitario assorbe circa l'80 % della spesa complessiva per il personale.

### **Beni e altri Servizi**

Ammontano a **32,275 miliardi di euro**, con un incremento del 2,9 %. L'analisi delle voci che compongono questo aggregato di spesa rileva in particolare:

- Beni: incrementano del 6,5 %. Una parte di questo incremento è legato al fenomeno della distribuzione diretta dei farmaci, incentivata su tutto il territorio nazionale per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, i cui importi vengono iscritti contabilmente in questo aggregato, mentre una certa incidenza sull'incremento deriva dall'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità.
- Servizi sanitari e non sanitari (Trasporti sanitari, consulenze, Formazione, etc.): incrementano del 3,5 %.
- Servizi non sanitari appaltati (Lavanderia, Pulizia, Mensa, Riscaldamento, etc.): si rileva un importo maggiore del 5,2 %.

---

<sup>3</sup> I dati delle singole regioni si riferiscono alla spesa sostenuta sul proprio territorio regionale, corretta con la mobilità per il Bambino Gesù e lo SMOM e non tengono conto della mobilità sanitaria interregionale passiva, inglobano la mobilità sanitaria interregionale attiva e non tengono conto delle correzioni relative ai saldi della mobilità internazionale.

<sup>4</sup> Articolo 2, comma 35, della legge finanziaria per l'anno 2009.

- Manutenzioni e Riparazioni: incrementano del 6,2 %.
- Godimento beni di terzi: aumentano del 7,9 %, a causa, principalmente, del maggior impiego delle forme di leasing e di “service” che continuano a diffondersi nelle aziende sanitarie.
- Oneri diversi di gestione (Spese amministrative e generali, per Organi delle aziende sanitarie, Assicurazioni, Spese legali, Utenze telefoniche, altre utenze, etc.): aumentano del 2,3 %.
- Accantonamenti tipici: sono rappresentati da accantonamenti per TFR, per premio di operosità per il personale SUMAI, per rischi e, soprattutto, a seguito dell’entrata in vigore del D.L. n. 203/2005, da accantonamenti per i rinnovi contrattuali delle dirigenze del SSN relativi al biennio economico 2008-2009 per l’anno 2009 al netto della corresponsione della vacanza contrattuale. Sono inoltre riportati gli accantonamenti per il rinnovo della convenzione con i Medici di Medicina Generale ed altri convenzionati per l’anno 2009 con riferimento al biennio economico 2008-2009. La voce registra un decremento del 20,4 % .
- Interessi passivi e Oneri finanziari: si riducono del 27,2 % anche in relazione al manifestarsi dell’effetto positivo derivante dalla diminuzione dei tempi medi di pagamento nelle regioni sottoposte ai piani di rientro.
- Imposte e Tasse (tra cui l’IRAP): aumentano del 2,4 % che per la parte rappresentata dall’IRAP riflette l’effetto dell’avvenuto rinnovo del contratto del personale non dirigente del biennio 2008-2009 nel 2009.

### **Medicina generale convenzionata**

Il costo complessivo, che ammonta a **6,364 miliardi di euro**, è incrementato del 4,9 %. Tale importo è direttamente legato al rinnovo della convenzione per il biennio 2006-2007 che si è perfezionato nel luglio 2009.

### **Farmaceutica convenzionata**

Pari a **11,005 miliardi di euro**, è diminuita del 2,0 % rispetto al 2008.

Si ricorda che la legislazione vigente prevede a partire dall’anno 2009, che l’onere a carico del SSN per l’assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta di medicinali collocati in classe “A” ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non possa superare a livello nazionale ed in ogni singola regione il tetto del 13,6 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende.

Il contenimento di tale voce di spesa deriva dalla manovra introdotta dal decreto-legge 39/2009, concernente la riduzione dei prezzi dei farmaci generici, nonché dal consolidamento dei seguenti interventi già predisposti negli anni precedenti:

- ordinaria attività dell’AIFA in materia di determinazione dei prezzi dei farmaci;
- introduzione e rafforzamento di forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte delle regioni Calabria, Lazio e Abruzzo;

- implementazione della distribuzione diretta e per conto nelle varie regioni, comprese quelle sottoposte ai piani di rientro.

### **Specialistica convenzionata e accreditata**

Comprende gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da convenzionati SUMAI, da Ospedali classificati, IRCCS privati, Policlinici privati e da altri operatori privati accreditati.

I relativi costi ammontano a **4,111 miliardi di euro**, evidenziando un incremento del 5,1 %, a dimostrazione di una maggiore fruizione in ambito ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero.

### **Riabilitativa accreditata**

Ammonta a **1,999 miliardi di euro**, con un incremento pari all'1,4 % anche in relazione alle riclassificazioni contabili operate nel 2008 da talune regioni tra cui quelle sottoposte ai piani di rientro a seguito di verifiche sui criteri di contabilizzazione storicamente seguiti.

### **Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata**

Ammonta a **1,846 miliardi di euro**, con un incremento pari al 2,1 %.

### **Altra assistenza convenzionata e accreditata**

Comprende: cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche.

I relativi costi ammontano a **6,002 miliardi di euro**, con un incremento del 6,2 % dovuto al consolidarsi delle già citate riclassificazioni contabili operate da talune regioni nel corso del 2008 e alla progressiva esclusione dai conti sanitari dei costi delle prestazioni legate alla non autosufficienza per i quali sono stati costituiti appositi stanziamenti a valere sul fondo per la non autosufficienza.

### **Ospedaliera accreditata**

Comprende gli acquisti di assistenza ospedaliera da Ospedali classificati, IRCCS privati, Policlinici universitari privati e Case di cura private accreditati.

I relativi costi ammontano a **8,939 miliardi di euro**, con un incremento pari allo 0,7 % in rallentamento rispetto alla dinamica registrata negli anni precedenti.

### **Saldo Gestione straordinaria**

La gestione straordinaria, introdotta dalla contabilità economico patrimoniale, è rappresentata dal saldo di componenti / rettifiche di ricavo e costo legate ad esercizi precedenti ed è pari a **0,261 miliardi di euro**.

Le componenti di ricavo ricomprendono: plusvalenze, sopravvenienze attive, insussistenze attive e ammontano a 0,626 miliardi di euro.

Le componenti di costo ricomprendono: minusvalenze, sopravvenienze passive (in cui vengono contabilizzati anche oneri per arretrati dei contratti e delle convenzioni in caso di insufficienti accantonamenti e/o partite debitorie riferite agli anni precedenti), insussistenze passive, variazioni delle rimanenze finali e ammontano a 0,887 miliardi di euro.

### **Saldo intramoenia**

Tale saldo rappresenta la differenza tra i ricavi relativi alla gestione dell'intramoenia e i costi per la compartecipazione al personale, che svolge attività libero professionale ed è pari a **0,066 miliardi di euro**.

I ricavi derivano dalla quota di compartecipazione all'attività intramoenia pagata dai cittadini alle aziende sanitarie e ammontano ad 1,131 miliardi di euro.

I costi sono costituiti dalla compartecipazione al personale del ruolo sanitario che svolge attività libero professionale all'interno delle aziende sanitarie in relazione alla quota parte delle somme versate dai cittadini alle aziende sanitarie per l'attività citata, che devono essere corrisposte al personale che ha eseguito tali prestazioni e ammontano ad 1,065 miliardi di euro.

## **7.2. - IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Le risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2009, non considerando i ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia, che sono stati considerati come saldo nel livello di spesa (Tabella SA-1), ammontano complessivamente a **106,409 miliardi di euro**<sup>5</sup>, di cui **105,804**

---

<sup>5</sup> Rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di legge finanziaria, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti dovute a:

- ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle regioni e delle province autonome, stanziate a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ulteriori trasferimenti di altri enti pubblici e privati;
- maggiori ricavi e entrate proprie.

Non sono stati utilizzati, peraltro, tutti i dati di ricavo così come risultanti dai modelli di conto economico CE presenti nel SIS: in particolare, in luogo dei contributi in conto esercizio, rappresentati dalla quota del Fondo sanitario regionale che ciascuna regione e provincia autonoma attribuisce alle proprie aziende sanitarie, si è ritenuto opportuno considerare le quote di finanziamento assegnate a ciascuna regione e provincia autonoma per l'anno di competenza con delibera CIPE.

Tali correzioni si sono rese necessarie anche a fronte dei diversi sistemi e metodiche di contabilizzazione delle suddette voci di bilancio adottati da ciascuna regione e provincia autonoma, mentre i criteri utilizzati nella presente rela-

**miliardi di euro** riferiti alle regioni e alle province autonome e **0,606 miliardi di euro** riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato. Tali valori scontano le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da parte delle regioni, del settore pubblico allargato e dei privati.

Il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al **7,0 %**, valore superiore rispetto alla media degli anni precedenti.

L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale e regionale rispetto al 2008, è del 2,6 %, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di **1.772 euro**, di cui **1.762 euro** riferiti alle regioni e alle province autonome.

A livello territoriale, con riferimento ai ricavi integrali del SSN, si assiste ad una ampia differenziazione dei valori pro-capite, passando da un minimo di 1.684 euro in Sicilia ad un massimo di 2.251 euro nella P.A. di Bolzano.

La rappresentazione dei ricavi integrali del SSN è contenuta nelle tabelle SA-3 e in quelle dalla SA-5 alla SA-13

Di seguito si riporta l'analisi sugli aggregati di finanziamento della tabella SA-1, anche con riferimento all'andamento dei finanziamenti rispetto all'esercizio precedente.

### **IRAP e Addizionale regionale IRPEF**

Sono state stimate dal competente Ministero dell'economia e delle finanze in **39,235 miliardi di euro**, con un incremento dello 0,9 %.

### **Fondo per fabbisogno sanitario ex decreto legislativo 56/2000 (Federalismo fiscale: Iva e Accise)**

Ammonta a **49,206 miliardi di euro**, con un incremento pari al 3,6 %.

A norma del decreto legislativo suddetto deve essere assegnato alle sole regioni a statuto ordinario. Si segnala che l'applicazione dell'art. 7 dello stesso decreto legislativo ha determinato problematiche equitative nella distribuzione tra le regioni; successivamente con il decreto legge 311/2004 e successive modificazioni e integrazioni, se ne è sospesa l'applicazione fino al 30 settembre 2005, mentre con l'articolo 1, commi da 319 a 324, della legge 266/2005 sono state adottate norme per superare dette problematiche. L'importo qui indicato si riferisce alla valorizzazione degli importi indicati in via provvisoria a copertura integrale del fabbisogno. Per la regione Lazio, in particolare, l'importo non comprende la quota del concorso da parte dello Stato per il finanziamento delle prestazioni dell'Ospedale Bambino Gesù, in considerazione di quanto previsto dall'articolo 22, comma 6, del DL78/2009 convertito nella legge 102/2009, deve essere direttamente erogato all'Ospedale Pedia-

---

zione per il calcolo del risultato di esercizio consentono di annullare tali disomogeneità e di uniformare le situazioni economiche territoriali, rendendole confrontabili anche nel tempo.

Si fa in ogni caso presente che nel livello di finanziamento non sono state considerate le voci di ricavo "Costi capitalizzati" e "Rivalutazioni finanziarie" in attesa di specifiche indicazioni sulle modalità di calcolo delle stesse.

trico Bambino Gesù. Gli importi definitivi spettanti alle regioni in applicazione della norma sul federalismo fiscale sono quelli indicati nell'emanando DPCM di individuazione delle compartecipazioni regionali all'imposta sul valore aggiunto e all'accisa sulle benzine e delle aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF, per l'anno 2009, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del predetto decreto legislativo.

### **Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato**

In tale aggregato sono contabilizzate le quote di partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome - ripartite dal CIPE secondo quanto previsto dalla vigente normativa.- che, per le regioni Val D'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Sardegna (quest'ultima dal 2007 non riceve più trasferimenti a carico del Bilancio dello Stato) e per le province autonome di Trento e Bolzano, devono intendersi a copertura integrale del loro fabbisogno mentre per la regione Sicilia, la cui quota di partecipazione è fissata, per l'anno 2009, nella misura del 49,11 %, è a parziale copertura del fabbisogno medesimo.

Vengono ricompresi, inoltre, gli ulteriori trasferimenti da parte della regione o della provincia autonoma a carico dei rispettivi bilanci, comprese le risorse aggiuntive al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario, nonché quelli da parte del settore pubblico allargato (altre amministrazioni statali, province, comuni) e di quello privato.

Alla data del **22 marzo 2010**, dati SIS relativi al 4° trimestre 2009, gli ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato desunti dai dati SIS, comprensivi delle quote a carico delle regioni a statuto speciale per l'integrale copertura del loro fabbisogno sanitario, pari a 0,572 miliardi di euro, risultano pari a **10,462 miliardi di euro**, con un incremento del 3,9 %.

### **Ricavi e entrate proprie varie**

Sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della regione e al di fuori della regione di appartenenza e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. Sono ricompresi in tale voce i ticket introitati dalle aziende sanitarie.

Alla data del **22 marzo 2010**, dati SIS relativi al 4° trimestre 2009, risultano pari a **2,853 miliardi di euro**, con un incremento dell'1,2 %

### **Fondo sanitario nazionale e quote vincolate a carico dello Stato per le regioni e le province autonome**

A norma dell'articolo 13 del decreto legislativo 56/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sono stati soppressi i trasferimenti a carico del Bilancio dello Stato, a titolo di FSN di parte corrente in favore delle regioni a statuto ordinario. Pertanto, sulla base della normativa vigente in materia di partecipazione delle regioni a statuto speciale, dal 2007 i trasferimenti a tale titolo restano in essere solo per la regione Sicilia.

Sono fatti salvi i trasferimenti relativi ai fondi vincolati da norme speciali per il finanziamento di spese sanitarie inerenti l'esecuzione di particolari attività ed il raggiungimento di specifici obiettivi (tra cui, principalmente: assistenza e formazione per l'aids, borse di studio ai medici di medicina generale, assistenza agli extracomunitari, interventi nel settore dell'assistenza veterinaria, assistenza a-

gli Hanseniani, assistenza e ricerca per la fibrosi cistica, fondo di esclusività per la dirigenza medica, obiettivi prioritari del PSN, medicina penitenziaria).

Tali trasferimenti ammontano a complessivi **4,049 miliardi di euro**, con un incremento del 5,5 %.

### **Ulteriori quote vincolate a carico dello Stato per gli altri enti sanitari pubblici**

A norma del decreto legislativo suddetto deve essere assegnato, come quota parte a carico dello Stato, ad alcuni enti del SSN (Croce Rossa Italiana e Istituti Zooprofilattici Sperimentali per le rispettive esigenze di funzionamento, Cassa DD.PP. per il rimborso delle rate dei mutui pre-riforma, Università per l'erogazione delle borse di studio ai medici specializzandi).

Ammontano a **0,606 miliardi di euro**, con un incremento dell'11,00 %.

## **7.3. - IL RISULTATO DI ESERCIZIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

A partire dal 2001 in applicazione di quanto previsto nell'Accordo Stato – Regioni dell'8 agosto 2001, le regioni sono tenute al rispetto di una serie di adempimenti ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato tra i quali è ricompreso il rispetto dell'equilibrio di bilancio. Per gli anni presi in considerazione dalla presente serie storica i relativi riferimenti normativi sono contenuti nell'articolo 1, comma 173, della legge 311/2004, in applicazione del quale è stata raggiunta l'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005, nell'articolo 1, comma 275, della legge 266/2005 e nell'articolo 1, comma 796, della legge 296/2006 e nell'articolo 2, comma 353 della legge 244/2007.

In applicazione di quanto previsto al punto 1.2 del Patto sulla salute del 28 settembre 2006, anche per il 2009, la quota indistinta del fabbisogno riservato ai LEA è stata ripartita tra le regioni e le province autonome, secondo una quota di accesso al fabbisogno corrispondente a quella del 2007 corretta per effetto dell'avvenuta modificazione della distribuzione della popolazione sul territorio nazionale e rideterminata in considerazione di alcuni meccanismi di riequilibrio concordati tra le regioni.

I valori finali sono stati quindi corretti per tenere conto della mobilità sanitaria interregionale.

A norma della vigente legislazione le regioni V. Aosta, Friuli V.G. e Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono alla copertura delle proprie perdite registrate nella gestione della pubblica sanità con quote interamente a carico dei loro bilanci regionali e provinciali.

Si ricorda inoltre il divieto per le regioni e le province autonome, introdotto dall'articolo 5 della legge costituzionale 3/2001, a decorrere dall'esercizio 2001, di attivare mutui per la copertura delle suddette perdite; strumenti di intervento sono rappresentati invece dall'aumento di imposte locali e dal reintegro e dalla rimodulazione della compartecipazione al costo dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

La vigente legislazione in tema di ripiano delle perdite del SSN, inserita nel più ampio contesto normativo sul federalismo fiscale, prevede che a ciascun livello istituzionale venga attribuita la responsabilità di spesa derivante dalle rispettive potestà decisionali.

Ciò ha comportato un maggior controllo sia quantitativo che qualitativo della spesa da parte delle regioni che ha portato ad un rallentamento della crescita del disavanzo sanitario passando da una media del 5% rispetto al finanziamento disponibile nel periodo 2001-2005 ad un 3% nel 2009.

Per quanto riguarda i provvedimenti normativi di ripiano dei disavanzi intervenuti nel corso degli ultimi anni (con riferimento alle leggi di ripiano per gli anni 2001-2005) si è progressivamente passati da una confermata tendenza a “spalmare” tra tutte le Regioni le risorse destinate al ripiano di disavanzi fino alla odierna impostazione, soprattutto a seguito del Patto per la Salute 2006, che prevede di non riconoscere aprioristicamente risorse a piè di lista in favore di tutte le regioni, ma di attribuire le stesse in funzione del concorso da parte delle regioni nella formazione dei disavanzi, condizionando l’accesso ai finanziamenti aggiuntivi alla sottoscrizione di specifici Accordi volti al conseguimento di obiettivi di contenimento della dinamica dei costi.

Con riferimento ai ripiani dei disavanzi pregressi, le principali norme sono state:

- 1) la legge 311/2004 ha stanziato 2 miliardi per il parziale ripiano delle perdite del SSN registrate nel triennio 2001-2003, di cui **1,450 miliardi di euro** alle regioni e **0,550 miliardi di euro** agli IRCCS pubblici e ai Policlinici Universitari pubblici;
- 2) la legge 266/2005 (finanziaria per il 2006) ha integrato le disponibilità 2006 con complessivi **2,000 miliardi di euro** a titolo di concorso dello Stato per il ripiano dei disavanzi del SSN del triennio 2002-2004.

Successivamente, dinanzi alla consapevolezza che al disavanzo complessivo nazionale contribuiscono in maniera determinante solo alcune Regioni (soprattutto Lazio, Campania e Sicilia) si è ritenuto di operare una specifica finalizzazione nell’attribuzione delle risorse aggiuntive:

- 3) la legge 266/2005 (finanziaria per il 2006) ha integrato il finanziamento di **1,000 miliardo di euro** da ripartire tra le regioni che stipulino specifici accordi diretti all’individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo;
- 4) la legge 296/2006, articolo 1, comma 797, che ha recepito quanto previsto dal Patto per la Salute del 28 settembre 2006, alla lettera b), ha previsto un Fondo transitorio di **1,000 miliardo di euro** per il 2007, **0,850 miliardi di euro** per il 2008 e **0,700 miliardi di euro** per il 2009 (integrati successivamente di 0,040 miliardi di euro per le esigenze manifestatisi a seguito degli eventi sismici del 6 aprile 2009 nella regione Abruzzo), da ripartirsi tra le regioni interessate da elevati disavanzi (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna) subordinandone l’accesso alla sottoscrizione di apposito accordo comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi che deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure necessarie all’azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall’articolo 8 dell’intesa 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in materia di conseguimento dell’equilibrio economico-finanziario. L’accesso al fondo transitorio presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l’innalzamento ai livelli massimi dell’addizionale IRPEF e dell’aliquota IRAP;

- 5) la legge 296/2006, articolo 1, comma 270, ha previsto, inoltre, **0,090 miliardi di euro** per il 2007, **0,179 miliardi di euro** per il 2008 e **0,192 miliardi di euro** per il 2009, da attribuire alle regioni che sottoscrivono gli accordi di cui sopra (tranne Liguria e Sardegna) a titolo di compensazione delle risorse che deriverebbero dall'incremento automatico dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, applicata alla base imponibile che si sarebbe determinata in assenza delle disposizioni introdotte dai commi da 266 a 269 della citata legge 296/2006;
- 6) la legge 64/2007, infine, ha stanziato a titolo di "ripieno selettivo" dei disavanzi **3,000 miliardi di euro** per il periodo 2001-2005 a favore di quelle regioni che:
- sottoscrivono l'accordo per i Piani di rientro ai fini della riduzione strutturale del disavanzo e accedono al Fondo transitorio di cui sopra;
  - destinano al settore sanitario, in modo specifico, ai fini della copertura dei disavanzi cumulativamente registrati e certificati fino all'anno 2005, quote di manovre fiscali già adottate o quote di tributi erariali attribuiti alle regioni stesse o misure fiscali da attivarsi sul proprio territorio.

Le risorse di cui al punto 6) sono finalizzate all'abbattimento del debito al 31 dicembre 2005 per le singole regioni sottoposte ai piani di rientro congiuntamente alle misure di copertura pluriennale disposte dalle singole regioni e derivanti da specifiche entrate certe e vincolate sui rispettivi bilanci.

Nella tabella SA-14 vengono riportate le regioni assegnatarie degli importi di cui alle suddette leggi.

Per quanto riguarda l'esigenza di "prevenire" il formarsi di nuovi disavanzi, a partire dal 2005 sono stati introdotti meccanismi di deterrenza volti, in caso di disavanzo non coperto dalla regione e previa diffida, ad incrementare automaticamente nella regione interessata, sia l'addizionale regionale all'IRPEF, sia l'IRAP, fino al livello massimo previsto dalla legislazione vigente (articolo 1, comma 174 della legge 311/2004 e s.m.i.).

Relativamente, poi, alle regioni con i Piani di rientro la normativa si è così evoluta nel corso di questi ultimi anni:

- l'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 296/2006 ha previsto l'aumento delle aliquote oltre il livello massimo fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi del piano di rientro;
- l'articolo 4 della legge 222/2007, ha previsto che, fermo restando l'innalzamento da parte delle regioni interessate delle aliquote fiscali oltre la misura massima, per assicurare l'equilibrio economico-finanziario, nel caso si prefigurino il mancato rispetto da parte della Regione degli adempimenti previsti dai medesimi piani, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano. Ove la regione non adempia alla citata diffida, ovvero gli atti e le azioni posti in essere, valutati congiuntamente dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, risultino inadeguati o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministero dell'economia, di concerto con il Ministro

della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un Commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro, con la facoltà, fra le altre, di proporre alla regione la sostituzione dei direttori generali delle aziende sanitarie locali;

- l'articolo 2, comma 46, della legge 244/2007 ha previsto l'attribuzione alle regioni che hanno sottoscritto i Piani di rientro di una anticipazione di liquidità straordinaria da parte dello Stato, pari a 9,1 miliardi. Gli importi devono essere restituiti, da parte delle regioni allo Stato, in un periodo di trenta anni e comprensivi degli oneri derivanti dall'applicazione del tasso di interesse vigente alla data di sottoscrizione del contratto per operazioni di finanziamento di analogo periodo temporale. Le regioni provvedono alla restituzione con misure di copertura pluriennale e derivanti da specifiche entrate certe e vincolate sui rispettivi bilanci;
- l'articolo 1 della legge 189/2008 ha apportato modifiche al predetto articolo 4, comma 2, che ha previsto che al fine di assicurare la puntuale attuazione del piano di rientro, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, può nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più subcommissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale. Il commissario può avvalersi dei subcommissari anche quali soggetti attuatori e può motivatamente disporre, nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e delle aziende ospedaliere universitarie, fermo restando il trattamento economico in godimento, la sospensione dalle funzioni in atto, che possono essere affidate a un soggetto attuatore, e l'assegnazione ad altro incarico fino alla durata massima del commissariamento ovvero alla naturale scadenza del rapporto con l'ente del servizio sanitario. Il predetto articolo 1 ha previsto, altresì che, in favore delle regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro ed è stato nominato il commissario ad acta per l'attuazione dello stesso, può essere autorizzata, con deliberazione del Consiglio dei Ministri, l'erogazione, in tutto o in parte, del maggior finanziamento condizionato alla verifica positiva degli adempimenti, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 8 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005 e dallo specifico accordo sottoscritto fra lo Stato e la singola regione. L'autorizzazione può essere deliberata qualora si siano verificate solo le condizioni di cui alle lettere a) e b) dell'articolo 1, comma 2 e sono comunque erogate a titolo di anticipazione e formano oggetto di recupero qualora la regione non attui il piano di rientro nella dimensione finanziaria stabilita nello stesso;
- l'articolo 22, comma 4, del decreto legge 1 luglio 2009, n.78, convertito, con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n.102, che introduce disposizioni in materia sanitaria concernenti le modalità e le procedure per assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nonché il risanamento economico-finanziario nella Regione Calabria;
- l'articolo 2, comma 91, della legge 191/2009 ha previsto che, limitatamente ai risultati d'esercizio dell'anno 2009, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico finanziario contenuti nei relativi piani di rientro si applica l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti oltre al blocco del turn-

over del personale sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

L'importo della perdita complessiva netta del SSN per l'anno 2009 (Tabelle SA-1 e SA-3), corrispondente alla somma algebrica degli utili e delle perdite delle singole regioni e province autonome, costruito matematicamente a partire dai dati SIS relativi al 4° trimestre 2008 alla data del **22 marzo 2010**, dalle risorse costituenti il finanziamento da delibera CIPE e dalle risorse delle regioni a statuto speciale ammonta a **3,260 miliardi di euro**, di cui **0,147 miliardi di euro** di utili (registrati da Piemonte, Lombardia, Bolzano, Friuli, E. Romagna, Toscana, Umbria e Marche) e **3,407 miliardi di euro** di perdite (contabilizzate dalle rimanenti regioni e province autonome).

Si fa presente in ogni caso che i risultati esposti contengono nel risultato di gestione per le regioni Piemonte, Emilia Romagna e Veneto, interventi di copertura a carico dei rispettivi bilanci regionali, anche con risorse rivenienti dalle entrate fiscali.

I risultati di gestione delle regioni vengono sottoposti annualmente alla verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005. Pertanto i risultati esposti, contenuti nella tabella SA-3 sono alla base delle valutazioni di detto Tavolo, che rielabora tali dati secondo una metodologia concordata con le Regioni. In particolare:

- viene verificata la completezza del dato trasmesso ed eventualmente richieste rettifiche;
- viene valutata la presenza di rischi sulle contabilizzazioni con eventuali rettifiche extracontabili che devono essere successivamente verificate in sede di elaborazione del dato di consuntivo;
- vengono valutate le entrate onnicomprensive per il finanziamento regionale del SSN corrette per i saldi di mobilità concordati;
- viene richiesto il dettaglio dei contributi a carico del bilancio regionale sia di natura vincolata che non, iscritti nei dati SIS;
- vengono individuati e verificati gli interventi di copertura già inglobati nei dati SIS;
- vengono valutate le partite straordinarie e il relativo anno di origine e tali partite vengono depurate delle iscrizioni contabili relative alla mobilità interregionale attiva e passiva;
- vengono valutate, su presentazione regionale, le ulteriori coperture che non sono nei dati SIS.

Sulla base della legislazione vigente le procedure di verifica dei risultati di gestione annuali e l'eventuale disavanzo sono diverse:

- o per le regioni senza piano di rientro, qualora una regione non abbia assicurato l'equilibrio di bilancio, viene attivata la procedura di diffida ad adempiere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 e successive modifiche. Tale procedura prevede da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri l'invio di una diffida ad adempiere entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento del disavanzo. Qualora la regione non adempia, entro i successivi 30 giorni il presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio Sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione ed adotta i neces-

sari provvedimenti per il suo ripiano, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale regionale IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP. Qualora i provvedimenti necessari per il ripiano del disavanzo di gestione non vengano adottati dal Commissario ad acta nella regione interessata si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP;

- per le regioni sottoposte ai piani di rientro, qualora la regione non abbia assicurato l'equilibrio, a partire dall'esercizio 2007, si applica invece quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 296/2006, che dispone che, con riferimento all'anno di imposta dell'esercizio successivo a quello di riferimento, l'addizionale all'IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi del piano di rientro. Limitatamente ai risultati d'esercizio 2009 l'articolo 2, comma 91, della legge 191/2009 ha previsto che, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico finanziario contenuti nei relativi piani di rientro si applica l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti oltre al blocco del turn-over del personale sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo;

Tale sistema sanzionatorio differenziato ha l'obiettivo di garantire l'effettivo ripiano dei disavanzi del SSN, ed ha contribuito in maniera determinante al raffreddamento della dinamica della spesa sanitaria e alla diminuzione della formazione dei disavanzi stessi.

## **7.4. - RICERCA E SPERIMENTAZIONE**

A decorrere dal 1993, ai sensi dell'art. 12 del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, una quota del FSN viene destinata al finanziamento della ricerca e delle sperimentazioni in campo sanitario e posta su appositi capitoli di bilancio dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute. Tali fondi, determinati annualmente dalla legge finanziaria, vengono destinati al finanziamento della ricerca corrente e finalizzata degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (quelli privati beneficiano del finanziamento pubblico solo relativamente a progetti finalizzati), degli Istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dell'Istituto superiore di sanità; inoltre, una quota viene destinata al finanziamento di progetti di ricerca e sperimentazione presentati e gestiti dalle regioni. Ai fini della programmazione, del monitoraggio e della valutazione del complesso dei programmi di ricerca in tal modo finanziati dal Ministero della sanità, questo si avvale della Commissione nazionale della ricerca sanitaria, istituita nel 1997. Ulteriori quote dei fondi in questione vengono anche destinate, rispettivamente, a rimborsare le aziende sanitarie, tramite le regioni, delle spese sostenute per le prestazioni erogate a cittadini stranieri esplicitamente autorizzati e a finanziare l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (tabella SA-15).