

costituzionale che il diritto alla salute ha quale bene fondamentale della persona e della collettività. A questo scopo viene istituito, accanto al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dei LEA, un nuovo organismo di monitoraggio, la "Struttura tecnica di monitoraggio paritetica", con funzione di organo di supporto tecnico della Conferenza Stato-Regioni, che affianca le Regioni nel processo di autovalutazione dei servizi prodotti e di monitoraggio dei principali fattori di spesa, quali le reti regionali di assistenza ospedaliera, l'assistenza farmaceutica, la spesa per il personale, i meccanismi di accreditamento delle strutture private operanti per conto del Servizio sanitario nazionale (per le quali si prevede, dal 1 gennaio 2011, la cessazione della validità degli accreditamenti provvisori²¹⁴), l'assistenza territoriale e post acuta. In funzione di tale monitoraggio, il Patto per la Salute individua un insieme di indicatori e grandezze standard, riconducibili a due categorie: indicatori finanziari e di costo (ad esempio, indicatori finanziari di rispetto della programmazione nazionale, quali il finanziamento *pro capite* e la spesa *pro capite* per livello di assistenza, indicatori per la spesa farmaceutica e indicatori di costo pro capite per l'assistenza ospedaliera), e indicatori di appropriatezza e qualità clinica.²¹⁵

Sono previsti indicatori specifici per la rete ospedaliera, che misurano il tasso di ospedalizzazione e il numero dei posti letto, il costo e la numerosità del personale.

Le Regioni, nel promuovere il processo di autovalutazione dei SSR, devono assumere, quale valore obiettivo ottimale di riferimento, i valori medi registrati dai sistemi sanitari regionali in equilibrio economico che erogano i LEA in condizioni di appropriatezza, efficienza ed efficacia. I risultati del monitoraggio sono messi a disposizione della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale.

Riguardo alla spesa farmaceutica, Governo e Regioni concordano sulla necessità di istituire un apposito tavolo tecnico che formuli proposte condivise per il monitoraggio della spesa farmaceutica, con particolare attenzione al consumo di farmaci in ambito ospedaliero.

Infine, le Regioni si impegnano ad inviare al Comitato LEA, entro il 31 dicembre di ogni anno, a partire dall'anno 2009, un provvedimento ricognitivo delle prestazioni aggiuntive erogate dai servizi sanitari regionali, con l'indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del SSN, e corredato da apposita relazione tecnica che certifichi l'adeguatezza della relativa copertura finanziaria.

La recente manovra correttiva delineata dal d.l. 78/10 potenzia le funzioni di controllo e monitoraggio dei fattori di spesa contenute nel nuovo Patto per la Salute: per la spesa farmaceutica

²¹⁴ La norma, inserita nella finanziaria per il 2010, proroga di un anno il termine per l'adozione di provvedimenti diretti a far cessare l'autorizzazione a erogare servizi per conto del SSN in base ad accreditamenti provvisori. Essa costituisce un importante fattore di controllo della spesa riconducibile al settore "market" del Servizio sanitario nazionale, perché stabilisce anche che nessun nuovo accreditamento potrà essere rilasciato se non in base alla preventiva ricognizione e determinazione dell'effettivo fabbisogno di prestazioni sanitarie.

²¹⁵ Costituisce indicatore di qualità clinica, ad esempio, la percentuale di interventi per frattura del femore operati entro due giorni, mentre la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici è indicatore di appropriatezza.

prevede che, sulla base dei flussi informativi resi disponibili dal sistema tessera sanitaria, siano compilate tabelle di comparazione tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole Regioni, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e selezionare le migliori pratiche in termini di contenimento della spesa, mentre per il contenimento della dinamica di crescita della spesa per beni e servizi - voce di costo nel conto economico del SSN più rilevante subito dopo quella per il personale - dispone che gli acquisti effettuati al di fuori delle convenzioni stipulate tra la CONSIP o le centrali regionali di acquisto²¹⁶ e le aziende fornitrici per importi superiori a quelli di riferimento, debbano essere oggetto di specifica e motivata relazione da sottoporre agli organi di controllo e revisione delle aziende sanitarie.

2.5 Adempimenti per la qualità dei dati contabili

L'affidabilità e l'omogeneità dei dati contabili è condizione indispensabile per permettere il confronto sistematico dei risultati ottenuti dai servizi sanitari regionali e determinare valori standard attendibili di costo e fabbisogno. A questo scopo, le Regioni e le Province autonome (entro il 31 ottobre 2010 quelle sottoposte ai Piani di rientro, entro il 30 giugno 2011 tutte le altre) si impegnano a certificare la qualità dei dati contabili delle aziende del SSN e del consolidato regionale relativi all'anno 2008. Le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, inoltre, intensificano, per tutta la durata del piano, le verifiche periodiche sulla qualità delle procedure amministrativo contabili. Tale autocertificazione è da effettuarsi sulla base di un decreto del ministro della salute, che avrebbe dovuto essere emanato entro il 31 marzo 2010.

2.6 Disavanzi sanitari regionali e Piani di rientro

Patto per la Salute e Finanziaria per il 2010 definiscono disavanzo sanitario strutturale un disavanzo di gestione pari o superiore al 5%²¹⁷ del finanziamento ordinario e delle maggiori entrate proprie sanitarie, anche se coperto dalla Regione, oppure inferiore al 5% qualora la Regione non sia in grado di farvi fronte. A tali Regioni si applicano il blocco automatico del *turn-over* del personale e il divieto di effettuare spese non obbligatorie, e sono dichiarati nulli eventuali atti o contratti stipulati in violazione di tale disposizione²¹⁸.

Le Regioni con sistemi sanitari in disavanzo strutturale devono presentare, entro il 10 giugno successivo all'accertamento del *deficit*, un piano di rientro²¹⁹, di durata non superiore al triennio, che, elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS, è valutato dalla struttura tecnica di monitoraggio della Conferenza Stato-Regioni e, successivamente, dal Consiglio dei ministri.

²¹⁶ Le centrali di acquisto possono essere costituite anche unitamente da più Regioni.

²¹⁷ Nel Patto per la Salute 2007/2009 tale percentuale era fissata al 7%.

²¹⁸ La finanziaria per il 2010 stabilisce anche che, in sede di verifica annuale degli adempimenti, "la Regione interessata invii una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli".

²¹⁹ Le Regioni attualmente sottoposte a piani di rientro, sono: Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, di cui solo le ultime tre, al momento della verifica condotta al Tavolo tecnico nel marzo scorso, non commissariate.

In caso di valutazione negativa da parte del Consiglio dei ministri o di mancata presentazione del Piano, è prevista:

- la nomina del presidente della Regione quale commissario *ad acta*;
- l'incremento automatico, oltre il livello massimo²²⁰ previsto dalla legislazione vigente, delle aliquote IRPEF ed IRAP, rispettivamente di 0,30 e 0,15 punti percentuali;
- la sospensione automatica dei trasferimenti erariali non obbligatori;
- la decadenza automatica dei direttori generali (amministrativi e sanitari) delle strutture sanitarie, e dell'assessorato regionale per la sanità;
- il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, accertato in sede di verifica annuale, comporta un ulteriore innalzamento delle aliquote IRAP ed IRPEF, rispettivamente nella misura dello 0,15% e 0,30%.

L'approvazione e attuazione del piano consentono alla Regione di accedere al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza, e degli altri finanziamenti previsti dal piano stesso; l'erogazione avviene per il 40 per cento a seguito della stipula del piano di rientro, e per la quota restante (quota premiale) a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano.

È confermata anche per il 2010 la possibilità, prevista dalla legge 189/08, che il Consiglio dei ministri deliberi l'erogazione della quota premiale anche in mancanza della verifica positiva degli adempimenti, qualora la mancata erogazione della stessa possa compromettere la stabilità e l'ordinato svolgimento del sistema regionale dei pagamenti.

L'efficacia dei piani di rientro a conseguire un riequilibrio dei conti sostenibile sul lungo periodo è affidata, oltretutto a misure finanziarie di contenimento della spesa, soprattutto alle decisioni di riorganizzazione gestionale e riallocazione delle risorse, le sole in grado di far conseguire ai sistemi sanitari regionali recuperi strutturali e durevoli di efficienza e produttività. A tale scopo, si prevede che nelle Regioni interessate dai piani di rientro, il commissario *ad acta* possa essere affiancato da due subcommissari, uno per il raggiungimento degli obiettivi economici, uno per quelli strutturali.²²¹

Anche le norme applicabili alle Regioni sottoposte ai piani di rientro sono state integrate recentemente dalle disposizioni dettate dal d.l. 78/10, secondo il quale le Regioni non commissariate che, pur avendo garantito la copertura dei disavanzi, non abbiano completato il processo di riequilibrio economico e non abbiano conseguito gli obiettivi strutturali di riorganizzazione del servizio sanitario regionale (è il caso della Sicilia e della Sardegna)²²², possono chiedere la prosecuzione dei piani di rientro, per una durata non superiore al triennio.

²²⁰ Misura già prevista dalla finanziaria per il 2007 in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti dai piani di rientro, ma non applicata perché, non essendo quantificato l'incremento oltre il tetto massimo, essa avrebbe dovuto coprire l'intero *extradeficit*.

²²¹ Misura organizzativa applicata attualmente solo in Abruzzo.

²²² Dai risultati accertati in sede di Tavolo tecnico nel marzo 2010, delle otto Regioni con piani di rientro (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna), Sicilia, Liguria, Abruzzo e Sardegna hanno registrato un avanzo finale di gestione con le coperture costituite, per le prime tre, dall'accesso al Fondo transitorio e dalla stima del

Per le Regioni con piani di rientro in cui, alla data di entrata in vigore del decreto legge, operi il commissario *ad acta*, si dispone che lo stesso, nel termine massimo di 15 giorni dall'entrata in vigore del decreto, concluda le procedure per la ricognizione dei debiti sanitari accertati, ed elabori un piano che ne definisca il rimborso secondo tempi e modi prestabiliti.

2.7 Agevolazioni per le Regioni sottoposte a Piani di rientro

Patto e finanziaria 2010 prevedono anche misure, finanziarie e amministrative, di sostegno alle Regioni in disavanzo strutturale, quali la possibilità di ottenere anticipazioni di liquidità, fino a 1 miliardo di euro, a carico del bilancio statale, rimborsabili al massimo in 30 anni, per la copertura dei debiti sanitari contratti fino al 2005²²³, e di utilizzare per le medesime finalità le risorse FAS relative ai programmi di interesse strategico regionale. Quest'ultima disposizione della finanziaria, peraltro, a seguito del mancato conseguimento degli obiettivi intermedi previsti dai rispettivi piani di rientro, sarà disapplicata per le Regioni Lazio, Molise, Campania e Calabria; sarà autorizzata, invece, per la Regione Abruzzo, che ha superato positivamente le recenti verifiche sugli adempimenti. La finanziaria per il 2010, inoltre, disponeva la sospensione, per 12 mesi, delle azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie delle Regioni sottoposte a piani di rientro, termine successivamente limitato a due mesi dalla legge 26 febbraio 2010, n. 25.

Anche quest'ultima disposizione è stata modificata dal d.l. 78/10, che sospende di nuovo, fino alla fine dell'anno in corso, le azioni esecutive²²⁴ nei confronti di aziende sanitarie locali e ospedaliere, mentre non recepisce altre misure previste nel Patto 2010/12 e nella finanziaria per il 2010, quali il pagamento degli interessi sui debiti insoluti esclusivamente nella misura del tasso legale (salvo accordo tra le parti per la corresponsione di interessi inferiori), e la disposizione che eventuali pignoramenti già eseguiti non impedirebbero agli enti debitori e ai tesoriери di poter comunque disporre delle relative somme per finalità legate alle attività istituzionali.

Infine, un'ulteriore misura finanziaria in favore delle Regioni a statuto ordinario e della Regione Siciliana contenuta nel d.l. 78/10, dispone che il recupero delle anticipazioni di tesoreria per il finanziamento della spesa sanitaria non possa essere effettuato sui proventi derivanti dalle manovre eventualmente disposte dalla Regione in materia di IRAP o addizionale regionale IRPEF²²⁵.

gettito derivante dalle maggiorazioni delle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF, anno d'imposta 2010, e, per la sola Sardegna, da risorse proprie.

Gli obiettivi strutturali non raggiunti da Sicilia e Sardegna riguardano: per la prima, il ridimensionamento della rete ospedaliera e dell'assistenza specialistica, il potenziamento dell'assistenza territoriale; per la seconda, la ridefinizione della rete ospedaliera in base alla ripartizione dei posti letto per acuti e post acuzie, la definizione di criteri per l'accreditamento di strutture private operanti per conto del SSN, il potenziamento dell'assistenza territoriale e sociosanitaria. Per una compiuta disamina degli esiti delle verifiche sui Piani di rientro per tutte le Regioni interessate si veda il cap. 4.1.

²²³ La relazione tecnica del Governo allegata alla finanziaria per il 2010, indicava la Calabria come regione immediatamente interessata a questa opportunità.

²²⁴ La relazione illustrativa del governo al disegno di conversione del decreto legge afferma che tale misura è posta a garanzia della corretta esecuzione dei piani di pagamento predisposti dai commissari *ad acta*.

²²⁵ La relazione tecnica del governo allegata al disegno di legge di conversione del DL78/10, afferma che tale misura è dettata dalla necessità di minimizzare il costo del debito, che per le Regioni è maggiore rispetto a quello sostenuto dallo Stato con il ricorso al mercato.

2.8 Il riparto tra le Regioni del finanziamento per il SSN per l'anno 2010

A fronte delle risorse complessivamente determinate nel Patto per la Salute per il finanziamento del SSN cui concorre lo Stato per l'anno 2010, pari 106.164²²⁶ milioni di euro, di cui 104.564²²⁷ milioni in base alla legislazione previgente e 1.600 milioni quale incremento riconosciuto dal Patto siglato il 3 dicembre 2009 (dei quali solo 584, al momento, effettivamente erogati dalla finanziaria per il 2010 mediante stanziamento di Bilancio, 466 milioni di euro costituendo economie sulle spese di personale, mentre alla copertura dell'importo residuo di 550 milioni provvede il d.l. 78/10 in corso di conversione al Senato²²⁸), il 29 aprile 2010 la Conferenza Stato-Regioni ha ripartito²²⁹ le disponibilità finanziarie per l'anno 2010, pari a 105.148 milioni di euro²³⁰, dei quali 102.895,9 per il finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza, 1.689,9 milioni a destinazione vincolata, e 562,5 milioni per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie²³¹; il finanziamento della quota per la medicina penitenziaria (ulteriori 167,8 milioni di euro) sarà ripartito con successivo provvedimento.

Nel finanziamento indistinto sono ricompresi, tra l'altro, i maggiori oneri assistenziali ricadenti sul SSN a seguito della regolarizzazione di lavoratori extracomunitari (200 milioni di euro)²³², i maggiori oneri connessi all'intensificazione degli accertamenti medico legali sui dipendenti pubblici assenti per malattia (20 milioni di euro)²³³, le risorse (per le quote di spesa di competenza dell'anno 2010) che finanziano il pagamento degli oneri contrattuali del personale convenzionato del SSN e l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria²³⁴ (69 milioni di euro), la copertura dell'abolizione del ticket sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (400 milioni di euro).

Tra i progetti finanziati dalla quota vincolata, gran parte delle risorse (1.436 milioni di euro sul totale di 1.689,9 milioni di euro) è destinata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006/08²³⁵, mentre 49 milioni finanziano i programmi per la prevenzione dell'AIDS, 31 milioni l'assistenza a extracomunitari, 50 milioni (quale quota

²²⁶ Importo al netto della quota annuale di 50 milioni di euro per l'Ospedale Bambin Gesù, erogata direttamente dal ministero dell'Economia.

²²⁷ Vedi nota precedente.

²²⁸ La copertura dei 550 milioni disposta dal DL 78/10 è ottenuta, per 250 milioni di euro, con finanziamento aggiuntivo e, per 300 milioni di euro, dalle economie attese dai provvedimenti di razionalizzazione della spesa farmaceutica.

²²⁹ La proposta di riparto oggetto dell'Intesa deve ancora essere deliberata dal CIPE.

²³⁰ Il fabbisogno così definito, in attuazione dell'intesa sul nuovo Patto sulla Salute 2010/12 e dell'art 22, comma 2, della finanziaria per il 2010, comprende anche la riattribuzione al riparto tra le Regioni dell'importo di 800 milioni di euro che la legge 102/09 destinava al finanziamento di un fondo di dotazione (a valere sul Bilancio del ministero dell'economia) per interventi in campo sanitario.

²³¹ Tra le attività non rendicontate vi sono, ad esempio, 231 milioni per il finanziamento degli II.ZZ.SS., 173 milioni quale concorso al finanziamento degli specializzandi e 140 milioni per il finanziamento della Croce Rossa Italiana.

²³² D. L. n. 78/09, art. 1-ter comma 17, convertito con modificazioni in L. n. 102/09.

²³³ D.L.12/08, art.71 comma 5 bis, convertito in L. 133/08.

²³⁴ Legge 24 novembre 2003, n. 326, comma 5- bis art. 50.

²³⁵ Il nuovo Piano sanitario nazionale 2010-2012 è in corso di elaborazione.

residuale di complessivi 70 milioni di euro, di cui 20 milioni già ripartiti nell'ambito della quota indistinta) il potenziamento degli accertamenti medico legali che le aziende sanitarie effettuano sui dipendenti pubblici assenti per malattia.²³⁶

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale passa da 103,9²³⁷ miliardi nel 2009 a 105,3²³⁸ miliardi di euro nel 2010, con un incremento di 1,45 miliardi rispetto all'anno precedente. L'incremento medio annuo nel triennio 2008/2010 è pari al 2,95 per cento, mentre l'incremento 2010 sul 2009 è pari all'1,4%.

Il trend dell'aumento annuale del finanziamento è decrescente: +4,17% nel 2008; +3,27% nel 2009; +1,4% nel 2010.

Tab.2/SA

Riparto disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale*

Anni 2007/2010

Anni								Variazioni percentuali			Incremento medio annuo 2008/10
(Milioni di euro)											
2007	2008	2009	2010	08/07	09/08	10/09					
96.551	100.577	103.863	105.316	4.17	3.27	1.40	2.95				

* Gli importi comprendono il finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza, i fondi a destinazione vincolata e per la medicina penitenziaria, il finanziamento annuale di 50 milioni di euro per l'Ospedale Bambin Gesù, ma solo per il triennio 2007/09, poichè dal 2010 tale quota non è più oggetto di riparto tra le Regioni. Nel caso si aggiungesse tale quota anche al 2010, l'incremento del 2010 sul 2009 salirebbe di 0,5 punti percentuali e l'incremento medio annuo di 0,1 punto percentuale. Sono esclusi gli importi del Fondo triennale transitorio (2007/09), che riguardano esclusivamente le Regioni con Piani di rientro.

Tab.3/SA

Finanziamento pro capite

Anni 2008/2010

Anni				Variazioni percentuali		Incremento medio annuo 2009/10
(Importi in euro)						
2008	2009	2010	Finanziamento pro capite medio 2008/2010	09/08	10/09	
1.701	1.742	1.754	1.732	2,41	0,69	1,55

Base di calcolo per il finanziamento *pro capite*: dati ISTAT (provvisori) su popolazione rilevata al 1/1/2007 (59.131.287), 1/1/ 2008 (59.619.290), 1/1/2009 (60.045.068).

Se l'incremento nominale annuo del FSN 2010 sul 2009 è dell'1,40 per cento, quindi allineato al tasso d'inflazione atteso per il 2010²³⁹, minore è l'incremento in termini di finanziamento pro capite, pari allo 0,69 per cento, a causa dell'aumento di popolazione registratosi nel 2009 rispetto al 2008 (0,71 per cento)²⁴⁰. La spesa pro capite²⁴¹ in termini assoluti è di 1.742 euro per il 2009 e 1.754 euro per il 2010, registrando un lieve aumento in

²³⁶ D.L. 112/08 (art. 71, comma 5 bis), convertito in L. 133/08.

²³⁷ Al lordo della quota per la medicina penitenziaria (162,8 milioni di euro).

²³⁸ Al lordo della quota per la medicina penitenziaria (167,8 milioni di euro).

²³⁹ Secondo la RUEF del maggio scorso, nel 2010 l'inflazione sarà pari all' 1,3 per cento (1,5 per l'indice armonizzato europeo).

²⁴⁰ Popolazione (dati provvisori ISTAT) al 1/1/08: 59.619.290; al 1/1/09: 60.045.068.

²⁴¹ Dato puramente indicativo, poichè la ripartizione del finanziamento tra le Regioni avviene, all'interno delle quote di risorse assegnate a ciascun livello assistenziale (5 per cento per la prevenzione, 51 per cento per il livello distrettuale, 44 per cento per l'assistenza ospedaliera), in parte secondo la quota capitaria secca (quindi proporzionalmente al numero dei residenti sul proprio territorio), in parte secondo la quota capitaria pesata sull'età; ad esempio, nel caso dell'assistenza ospedaliera, le risorse attribuite a questo livello (44 per cento del finanziamento complessivo del SSN) sono distribuite tra le Regioni per il 50 per cento secondo la quota capitaria secca, e per la restante metà in base alla quota capitaria pesata sull'età.

termini nominali²⁴², proporzionalmente inferiore però all'incremento complessivo del fondo sanitario nazionale, poiché circa il 50 per cento di detto incremento è assorbito dall'aumento di popolazione.

TAB 4 / SA

**Riparto disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale
anni 2007/2010**

(importi in euro)

Regioni	Fabbisogno indistinto 2007	Fabbisogno indistinto 2008	Var. perc. 2008 /07	Fabbisogno indistinto 2009	Var. perc. 2009 /08	Fabbisogno indistinto 2010	Var. perc. 2010 /09
Piemonte	7.207.440.470	7.481.291.017	3,80	7.731.056.490	3,34	7.758.852.860	0,36
Valle D'Aosta	202.721.202	211.710.684	4,43	218.251.983	3,09	218.969.045	0,33
Lombardia	15.076.958.019	15.709.875.677	4,20	16.230.233.360	3,31	16.660.491.790	2,65
Bolzano	773.520.100	812.280.269	5,01	839.790.739	3,39	832.165.610	-0,91
Trento	799.352.346	835.243.487	4,49	863.971.197	3,44	883.381.572	2,25
Veneto	7.515.102.712	7.837.862.928	4,29	8.113.875.935	3,52	8.325.695.840	2,61
Friuli	2.020.674.724	2.102.326.907	4,04	2.164.605.793	2,96	2.161.683.197	-0,14
Liguria	2.878.049.570	2.994.954.034	4,06	3.056.612.673	2,06	3.023.297.623	-1,09
Emilia Romagna	6.966.639.466	7.277.779.664	4,47	7.527.478.815	3,43	7.592.928.542	0,87
Toscana	6.056.167.354	6.304.241.652	4,10	6.509.867.363	3,26	6.536.096.972	0,40
Umbria	1.451.844.045	1.511.918.575	4,14	1.565.508.767	3,54	1.572.329.542	0,44
Marche	2.521.623.868	2.624.765.905	4,09	2.711.105.227	3,29	2.741.280.087	1,11
Lazio	8.508.972.406	8.913.399.653	4,75	9.319.479.845	4,56	9.584.918.273	2,85
Abruzzo	2.099.342.359	2.183.675.527	4,02	2.254.319.011	3,24	2.306.482.457	2,31
Molise	524.835.590	544.063.804	3,66	559.742.155	2,88	557.200.888	-0,45
Campania	8.943.520.188	9.284.827.895	3,82	9.499.454.962	2,31	9.579.984.409	0,85
Puglia	6.404.602.886	6.618.840.084	3,35	6.786.980.301	2,54	6.840.657.838	0,79
Basilicata	971.750.187	1.000.985.745	3,01	1.026.711.353	2,57	1.022.091.068	-0,45
Calabria	3.225.426.383	3.327.135.377	3,15	3.419.443.700	2,77	3.403.916.049	-0,45
Sicilia	7.793.607.421	8.093.710.052	3,85	8.272.943.492	2,21	8.455.621.415	2,21
Sardegna	2.638.168.703	2.737.881.065	3,78	2.810.266.841	2,64	2.837.452.823	0,97
Totale	94.580.319.999	98.408.770.000	4,05	101.481.700.000	3,12	102.895.497.900	1,39
	Fondi a destinazione vincolata 2007	Fondi a destinazione vincolata 2008		Fondi a destinazione vincolata 2009		Fondi a destinazione vincolata 2010	
Contratto Per IZS	10.000.000	15.000.000	50,00	13.000.000	-13,33	13.000.000	
Med. Penitenziaria	6.840.000	6.840.000	0,00		0,00		
Izs	205.000.000	221.000.000	7,80	228.500.000	3,39	231.500.000	
Cri	126.500.000	134.000.000	5,93	138.500.000	3,36	140.500.000	
Altre Vincolate	1.622.340.000	1.791.390.000	10,42	1.832.460.000	2,29	1.867.000.000	
Totale Fabbisogno	96.550.999.999	100.577.000.000	4,17	103.701.000.000	3,11	105.148.000.000	
(in % di PIL)**	6,25	6,40		6,82			
ulteriori quote finalizzate*	0	0		162.800.000		167.800.000	

*La proposta al CIPE del Ministero della Salute di riparto del fabbisogno esclude al momento al quota relativa al finanziamento per la medicina penitenziaria

Fonte: Ministero della Salute – Elaborazione: Sezione delle Autonomie della Corte dei conti

****PIL 2007: 1.544.915 (RUEF aprile 2009)**

PIL 2008: 1.572.243 (RUEF aprile 2009)

PIL 2009: 1.520.870 (RUEF maggio 2010)

²⁴² Il tasso d'inflazione atteso per il 2010, secondo la RUEF del maggio scorso, sarà pari all' 1,3 per cento (1,5 per l'indice armonizzato europeo), quindi, al netto del tasso d'inflazione, si avrà un decremento delle risorse pro capite in termini reali.

Con l'approvazione del piano di riparto delle risorse finanziarie per il 2010, il Ministro per la Salute ha comunicato alla Conferenza Stato-Regioni il documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano sanitario nazionale per gli anni 2010-2012. Esso, in sintonia con gli obiettivi indicati nel Patto per la Salute 2010-2012, prevede interventi mirati ad aumentare l'uso efficiente e appropriato delle risorse²⁴³, riorganizzare le reti ospedaliere regionali e riconvertire i piccoli ospedali, rilanciare la prevenzione e il potenziamento dell'assistenza integrata tra territorio e ospedale per pazienti non autosufficienti o affetti da malattie cronico-degenerative, valutare la qualità dell'assistenza e delle cure erogate, includendo tra gli "attori" della valutazione, non solo gli esperti di settore, ma anche le organizzazioni civiche e di volontariato ("*Audit civico*").

²⁴³ Nel caso del consumo di farmaci, ad esempio, il PSN prevede di realizzare programmi per incentivare l'appropriatezza prescrittiva, l'acquisto centralizzato, l'aumento della distribuzione diretta, il corretto uso dell'*off label* e l'introduzione di farmaci innovativi.

3 I risultati delle gestioni sanitarie. Aspetti metodologici

In base a quanto previsto dall'art. 2 del D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e dall'art. 1, commi 164, 173 e 174, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 (finanziaria 2005), la Regione –con riferimento alle aziende sanitarie e ospedaliere e in genere agli enti del servizio sanitario regionale– è identificata come capogruppo cui è attribuita la responsabilità tecnica dell'elaborazione del bilancio consolidato, in virtù del ruolo di indirizzo, coordinamento, finanziamento e controllo sulle proprie aziende ed enti sanitari. Il bilancio consolidato è perciò il bilancio del servizio sanitario regionale, mentre l'area di consolidamento è costituita dalle aziende sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere, dalle aziende ospedaliero-universitarie, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico [IRCCS], dai Policlinici, cui va aggiunta la spesa gestita direttamente dalla Regione. Nella costruzione del consolidato vengono eliminati perciò gli effetti di tutte le transazioni avvenute tra i soggetti inclusi nell'area di consolidamento [“partite infragruppo”], per tener conto e rappresentare solo le operazioni effettuate nei confronti dei terzi esterni all'area.

La ricostruzione dei risultati di esercizio anche per gli anni precedenti il 2009, sui quali si è già riferito nelle precedenti relazioni, è funzionale all'aggiornamento dei dati per tenere conto, oltre che dell'esito delle verifiche effettuate in sede di monitoraggio, anche della definitiva ricostruzione a seguito dell'approvazione dei bilanci di esercizio. Va chiarito che l'ultimo anno in riferimento, il 2009, utilizza i dati del conto economico [CE] del 4° trimestre, destinati a transitare, con correzioni, nel modello CE-5 che sostanzialmente coincide con i dati del bilancio di esercizio, comprensivo dello stato patrimoniale (SP), la cui adozione da parte del direttore generale è fissata in genere al 30 aprile, mentre per l'approvazione o comunque il controllo della Giunta le leggi regionali prevedono termini che vanno dai 30 ai 90 giorni successivi.

Con D.M. 13 novembre 2007 (integrato con le codifiche informatiche con D.M. 31 dicembre 2007), sono stati approvati i nuovi modelli di rilevazione del conto economico (a cadenza trimestrale) e dello stato patrimoniale (da inviarsi come quinta comunicazione al Ministero entro il 30 giugno dell'anno successivo unitamente ai dati di consuntivo di conto economico).

Per la ricostruzione dei risultati di esercizio 2009 nel consolidato di ciascuna Regione, come sopra accennato, si fa riferimento al CE IV trimestre. Si tratta di dati provvisori, tenendo conto che: le predette risultanze potrebbero subire variazioni in sede di approvazione del bilancio d'esercizio, i cui dati devono essere trasmessi con il modello CE a consuntivo; anche dopo l'approvazione da parte del direttore generale, è possibile per le Giunte regionali disporre correzioni a dati di singole aziende; i risultati sono soggetti a

verifiche e correzioni nei confronti sui tavoli tecnici. Il che vale anche per gli anni precedenti, i cui dati sono aggiornati sia con riferimento all'esito del monitoraggio, sia con le risultanze definitive dei bilanci di esercizio approvati.²⁴⁴

Va precisato che la perenne provvisorietà dei dati contabili degli enti del servizio sanitario, ed i diversi metodi di contabilizzazione seguiti dalle varie fonti - come avvertito in premessa - ha comportato che l'analisi che segue si basi, a seconda degli aspetti affrontati, su rilevazioni effettuate in momenti diversi e/o con differenti criteri, anche se ravvicinati, con la conseguenza di talune difformità sui risultati complessivi.

Tra i **profili critici** attinenti alla rilevazione dei dati, alla qualità e comparabilità degli stessi, si osserva che permane il problema della conciliazione dei dati degli enti del Servizio sanitario, che adottano un sistema contabile di tipo economico, con le risultanze dei bilanci delle Regioni, che seguono il criterio finanziario.

La qualità del dato contabile in alcune realtà è seriamente messa in discussione da carenze dei flussi informativi dei dati contabili e di gestione, in assenza di un adeguato sistema di controlli interni, con conseguente scollamento di processo tra dato gestionale e registrazioni contabili. Questa situazione -unitamente ad altri problemi relativi alle disomogenee e/o non corrette modalità di iscrizione di specifiche poste- rilevata sia da alcune Sezioni regionali di controllo della Corte²⁴⁵, sia nei tavoli tecnici per la verifica degli adempimenti relativi ai piani di rientro, dà luogo ad una scarsa attendibilità dei conti, e, quindi, ad un "rischio" di sovrastima dell'effettivo risultato d'esercizio. Tanto che nelle citate verifiche, di cui si dà conto più avanti, detto rischio viene quantificato e portato in rettifica dei risultati. Il problema non è di poco momento, e anche nel Patto per la Salute si prevedono adempimenti per il monitoraggio della qualità dei dati (vd. sopra, par. 2.5).

²⁴⁴ Va altresì chiarito che i dati riferiti nella presente relazione possono divergere da quelli riportati nelle relazioni approvate dalle Sezioni regionali di controllo per la diversità delle fonti e per i tempi diversi di acquisizione.

²⁴⁵ La qualità dei dati contabili esposti nei bilanci degli Enti del SSR è presupposto necessario per ogni analisi comparativa ed è, perciò, oggetto di attenzione da parte delle Sezioni Regionali, le quali, sia in sede di pronunce ex art.1 comma 170 legge 266/2005, sia in sede di referto al Consiglio regionale, hanno evidenziato: *discrasie* (vd.es. Del. Sez. Reg. Contr. Calabria n. 450 e 487/2009 PRSS - Del. Sez. Reg. Contr. Abruzzo 301/2009/SSR - Del. Sez. Reg. Contr. Basilicata 10/2010/PRSS) *nei dati indicati nelle relazioni dei Collegi sindacali*, che hanno reso necessario articolate istruttorie; *disomogeneità in ordine alla classificazione e all'aggregazione di alcune poste di bilancio* (Del. Sez. Reg. Contr. Abruzzo 301/2009/SSR - Del. Sez. Reg. Contr. Puglia n. 62/2009/SSR - Del. Sez. Reg. Contr. Molise 22/2010/PRSS); *non omogenea informatizzazione sul territorio* (Del. Sez. Reg. Contr. Lazio 29/2009/SSR); *problemi di confronto ed omogeneità tra i conti degli enti sanitari e quelli regionali*, anche quando le Aziende hanno utilizzato sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica (Del. Sez. Reg. Contr. Lombardia 435/2009/SSR).

3.1 I disavanzi degli anni 2007-2009

La seguente tabella ricostruisce, per gli anni 2006-2009, i valori relativi a spesa e finanziamento del SSN, con analisi per enti, funzioni di spesa e fonti di finanziamento [TAB 4/SA], dove i dati sono riferiti al comparto regionale nel suo complesso, mentre la successiva [TAB 5/SA] scompone le situazioni di costi, ricavi e risultati di esercizio per ciascuna Regione e con riferimento, oltre che all'ultimo esercizio, 2009, anche ai precedenti esercizi 2007 e 2008.

Prioritariamente, occorre evidenziare che le tab. 4/SA e 5/SA riportano i dati rilevati alla data del 22 marzo 2010 dal Sistema Informativo Sanitario (CE IV trimestre 2009), e non tengono conto delle successive rettifiche in sede di monitoraggio e verifica da parte degli appositi Tavoli tecnici. Inoltre, a partire dall'anno 2008, la rilevazione dei conti del SSN è effettuata attraverso un nuovo modello di CE, più analitico del precedente, volto a consentire un più agevole consolidamento, sia regionale che nazionale, dei conti aziendali. Ciò determina che il confronto con i dati dell'esercizio 2007 non risulta perfettamente allineabile.

TAB 5/SA

SPESA E FINANZIAMENTO DEL SSN
Analisi per enti, funzioni di spesa e fonti di finanziamento
Anni 2006 - 2009
(miliardi di euro)

	2006				2007				2008				2009			
	composizione %	+ / - anno preced. %	procapite euro		composizione %	+ / - anno preced. %	procapite euro		composizione %	+ / - anno preced. %	procapite euro		composizione %	+ / - anno preced. %	procapite euro	
SPESA (1)	99,615	100,0	2,9	1.690	103,805	100,0	4,2	1.748	107,138	100,0	3,2	1.791	109,669	100,0	2,4	1.826
PIL e Spesa SSN / PIL	1.479,981	6,7	3,6	25.109	1.546,177	6,7	4,5	26.041	1.567,851	6,8	1,4	26.204	1.520,870	7,2	-3,0	25.329
- REGIONI e PPAA	99,130	100,0	2,9	1.682	103,288	100,0	4,2	1.740	106,592	100,0	3,2	1.782	109,064	100,0	2,3	1.816
Personale	33,415	33,7	5,2	567	33,829	32,8	1,2	570	35,264	33,1	4,2	589	36,132	33,1	2,5	602
Beni e altri Servizi	26,902	27,1	1,1	456	30,451	29,5	13,2	513	31,363	29,4	3,0	524	32,275	29,6	2,9	538
Medicina Generale convenzionata	5,930	6,0	4,2	101	6,008	5,8	1,3	101	6,068	5,7	1,0	101	6,364	5,8	4,9	106
Farmaceutica convenzionata	12,382	12,5	4,1	210	11,542	11,2	6,8	194	11,226	10,5	-2,7	188	11,005	10,1	-2,0	183
Specialistica convenzionata e accreditata	3,511	3,5	8,7	60	3,728	3,6	6,2	63	3,912	3,7	4,9	65	4,111	3,8	5,1	68
Riabilitativa accreditata	2,284	2,3	3,5	39	2,243	2,2	-1,8	38	1,970	1,8	-12,1	33	1,999	1,8	1,4	33
Integrativa e Protetica convenzionata e accreditata	1,547	1,6	7,5	26	1,666	1,6	7,7	28	1,807	1,7	8,5	30	1,846	1,7	2,1	31
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	4,615	4,7	7,5	78	4,785	4,6	3,7	81	5,651	5,3	18,1	94	6,002	5,5	6,2	100
Ospedali accreditati	8,487	8,6	4,2	144	8,706	8,4	2,6	147	8,877	8,3	2,0	148	8,939	8,2	0,7	149
Saldo gestione straordinaria	0,017				0,338				0,292				0,261			
Saldo intramoenia	-0,170				-0,202				-0,066				-0,066			
Mobilità verso B. Gesù (2)	0,176		5,7		0,160		-8,7		0,163		1,6		0,163		0,0	
Mobilità verso Smom (2)	0,035		0,4		0,034		-3,5		0,033		-0,5		0,033		0,0	
- ALTRI ENTI DEL SSN (3)	0,485		5,5		0,517		6,7		0,546		5,5		0,606		11,0	
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato																
FINANZIAMENTO (4)	95,131	95,5	4,5	1.614	100,095	96,4	5,2	1.686	103,669	96,8	3,6	1.733	106,409	97,0	2,6	1.772
Finanziamento SSN / PIL		6,4				6,5				6,6				7,0		
- REGIONI e PPAA	94,617	100,0	4,5	1.606	99,578	100,0	5,2	1.677	103,122	100,0	3,6	1.724	105,804	100,0	2,6	1.762
Imp. e Addizionale Irpef	37,280	39,4	2,5	632	38,200	38,4	2,5	643	38,888	37,7	1,8	650	39,233	37,1	0,9	653
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	41,932	44,3	7,2	711	44,852	45,0	7,0	755	47,507	46,1	5,9	794	49,206	46,5	3,6	819
Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	7,934	8,4	4,4	135	9,606	9,6	21,1	162	10,070	9,8	4,8	168	10,462	9,9	3,9	174
Ricavi e Entrate Proprie varie	2,741	2,9	3,0	47	3,189	3,2	16,3	54	2,820	2,7	-11,6	47	2,853	2,7	1,2	48
FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,759	5,0	-2,1	81	3,731	3,7	-21,6	63	3,839	3,7	2,9	64	4,049	3,8	5,5	67
- ALTRI ENTI DEL SSN (3)	0,485		5,5		0,517		6,7		0,546		5,5		0,606		11,0	
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato																
DISAVANZO (5)	-4,483	4,5	-21,8	-76	-3,709	3,6	-17,3	-42	-3,469	3,2	-6,5	-58	-3,260	3,0	-6,0	-54
Disavanzo SSN / PIL		0,3				0,2				0,2				0,2		
Disavanzo a carico dello Stato																
Disavanzo a carico dello Stato coperto con Fondi appositi					-1,000 (L. 296/06)				-0,850 (L. 296/06)				-0,700 (L. 296/06)			
					0,090 (L. 296/06)				-0,179 (L. 296/06)				-0,192 (L. 296/06)			
Disavanzo a carico delle Regioni	-4,483				-2,620				-2,440				-2,368			

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE

Dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS): di consuntivo per gli anni 2006, 2007 e 2008; al IV° trimestre per l'anno 2009 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 22 marzo 2010).

I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento e di spesa.

(1) Per Spesa del SSN si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (Ricavi straordinari e Costi straordinari, Costi stimati per accantonamenti e Variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia.

(2) Le spese relative al B. Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta) sono da imputarsi alle funzioni "Specialistica convenzionata e accreditata" e "Ospedali accreditati".

(3) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

(4) Per il finanziamento del SSN si intende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia.

(5) Corrispondente alla somma algebrica degli avanzi e dei disavanzi delle singole Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

TAB. 6/SA

COSTI E RICAVI DEL SSN

Anni 2007 - 2009

(milioni di euro)

	2007						2008						2009					
	COSTI	RICAVI	Saldi Mobilità Sanitaria interregionale	RISULTATO DI ESERCIZIO	procapite euro		COSTI	RICAVI	Saldi Mobilità Sanitaria interregionale	RISULTATO DI ESERCIZIO	procapite euro		COSTI	RICAVI	Saldi Mobilità Sanitaria interregionale	RISULTATO DI ESERCIZIO	procapite euro	
	A	B	C	A + B + C			A	B	C	A + B + C			A	B	C	A + B + C		
PIEMONTE	-7.900,270	7.934,359	-3,399	30,690	7		-8.271,230	8.279,739	-3,056	5,454	1		-8.519,651	8.539,967	-3,056	17,261	4	
V. AOSTA	-251,834	254,694	-16,387	-13,527	-108		-264,566	266,139	-14,296	-12,723	-101		-270,015	267,424	-14,296	-16,887	-133	
LOMBARDIA	-16.430,335	15.999,137	441,008	9,810	1		-16.973,833	16.532,229	445,735	4,131	0		-17.406,092	16.986,027	445,735	25,670	3	
PA BOLZANO	-1.068,885	1.083,699	7,589	22,403	46		-1.116,048	1.125,725	5,616	15,293	31		-1.114,869	1.122,803	5,616	13,550	27	
PA TRENTO	-976,016	984,530	-16,993	-8,478	-17		-1.013,947	1.018,534	-14,824	-10,237	-20		-1.064,368	1.070,568	-14,824	-8,624	-17	
VENETO	-8.446,109	8.421,658	99,867	75,417	16		-8.637,731	8.608,266	97,081	67,616	14		-8.914,682	8.716,175	97,081	-101,425	-21	
FRIULI	-2.194,699	2.218,813	15,361	39,476	32		-2.365,234	2.366,449	20,569	21,784	18		-2.451,950	2.440,678	20,569	9,297	8	
LIGURIA	-3.149,880	3.025,815	-17,745	-141,810	-88		-3.226,427	3.136,446	-20,136	-110,117	-68		-3.309,860	3.230,443	-20,136	-99,553	-62	
E. ROMAGNA	-7.821,722	7.520,181	327,467	25,926	6		-8.153,699	7.842,693	337,507	26,501	6		-8.438,622	8.140,115	337,507	39,000	9	
TOSCANA	-6.641,939	6.577,594	106,589	42,244	12		-6.878,030	6.772,395	102,274	-3,360	-1		-7.040,774	6.952,261	102,274	13,761	4	
UMBRIA	-1.525,698	1.517,256	15,328	6,886	8		-1.584,136	1.577,343	15,316	8,523	10		-1.626,084	1.624,092	15,316	13,325	15	
MARCHE	-2.572,859	2.631,093	-43,212	15,022	10		-2.681,263	2.756,258	-38,189	36,806	24		-2.799,268	2.852,416	-38,189	14,959	10	
LAZIO	-11.173,781	9.494,286	44,548	-1.634,947	-296		-11.261,329	9.551,895	44,919	-1.664,515	-298		-11.280,596	9.863,948	44,919	-1.371,728	-244	
ABRUZZO	-2.385,403	2.237,668	-3,732	-151,467	-115		-2.394,114	2.300,256	-29,640	-123,498	-93		-2.408,173	2.388,905	-29,640	-48,907	-37	
MOLISE	-636,104	547,630	21,845	-66,630	-208		-658,463	559,511	28,514	-70,438	-220		-676,000	575,192	28,514	-72,294	-225	
CAMPANIA	-9.878,302	9.295,080	-280,472	-863,694	-149		-10.230,963	9.705,463	-289,258	-814,758	-140		-10.187,342	9.751,501	-289,258	-725,099	-125	
PUGLIA	-6.869,762	6.731,893	-174,977	-312,846	-77		-7.199,811	7.001,414	-159,771	-358,167	-88		-7.202,327	7.069,743	-159,771	-292,355	-72	
BASILICATA	-988,984	1.010,475	-39,079	-17,588	-30		-1.026,671	1.037,194	-39,673	-29,150	-49		-1.038,571	1.056,427	-39,673	-21,817	-37	
CALABRIA	-3.456,280	3.509,510	-223,069	-169,838	-85		-3.421,684	3.583,969	-227,723	-65,438	-33		-3.501,139	3.506,484	-227,723	-222,378	-111	
SICILIA	-8.472,527	8.097,346	-198,697	-573,879	-114		-8.386,370	8.323,663	-198,884	-261,591	-52		-8.519,672	8.485,875	-198,884	-232,681	-46	
SARDEGNA	-2.734,156	2.773,514	-61,841	-22,483	-14		-2.943,371	2.874,665	-62,082	-130,788	-78		-3.050,405	2.919,408	-62,082	-193,079	-116	
TOTALE	-105.575,545	101.866,232	0,000	-3.709,313	-62		-108.688,919	105.220,246	-0,000	-3.468,674	-58		-110.820,459	107.560,452	-0,000	-3.260,008	-54	
	SOLO PERDITE			-3.977,186			SOLO PERDITE			-3.654,781			SOLO PERDITE			-3.406,829		
	SOLO UTILI			267,874			SOLO UTILI			186,107			SOLO UTILI			146,821		

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE

Dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS): di consuntivo per gli anni 2007 e 2008; al IV° trimestre per l'anno 2009 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 22 marzo 2010).

I valori dei saldi della mobilità interregionale non sono ancora aggiornati in relazione agli esiti degli accordi regionali bilaterali per la composizione delle controversie concernenti i relativi importi di addebito e di accredito.

Il risultato di esercizio può differire da quello risultante dal Tavolo di Verifica degli Adempimenti che opera a decorrere dal 2001 sulla base di una metodologia concordata con le regioni.

La tabella sopra esposta mostra sinotticamente per gli anni 2007, 2008 e 2009 i costi e i ricavi ed i risultati d'esercizio ripartiti per Regione.

Il rapporto tra costo complessivo e PIL si attesta, nel 2009, al 7,2% manifestando un lieve incremento rispetto al risultato degli anni precedenti, ma pur sempre in linea con la media dell'ultimo quadriennio. Rispetto al 2008 il livello di costo, al netto di altri enti finanziati con il FSN, espone un incremento percentuale pari all'1,96 %.

La crescita dei costi dall'anno 2005 (costo totale 98.621 milioni) al 2009 (costo totale 110.820 milioni) ha segnato un incremento complessivo del 12,37%.

Si registra, peraltro, un andamento decrescente degli incrementi annuali: 3,58% nel 2006 sul 2005, 3,35% nel 2007 sul 2006, 2,95% nel 2008 sul 2007, 1,96% nel 2009 sul 2008.

Nel medesimo periodo, la crescita dei ricavi non riesce comunque a coprire i costi, con il perdurante effetto della reiterazione dei disavanzi.

Dal confronto interregionale dei risultati d'esercizio del 2009 rispetto al 2008 e al 2007 emerge una realtà differenziata che vede i disavanzi concentrarsi al Centro-Sud; il che consente di focalizzare fenomeni particolarmente critici, ove le situazioni di squilibrio, oltre che ad inefficienze organizzative e gestionali, si coniugano altresì ad aspetti nevralgici di alcune realtà. Ciò vale specialmente per Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna cui è attribuibile il maggiore contributo alla formazione del disavanzo complessivo anno 2009, di 3.037,3 milioni di euro, delle tredici Regioni che presentano un risultato negativo in base ai dati di CE – IV trimestre, senza tenere conto delle successive rettifiche e coperture di cui si dà conto di seguito nel capitolo successivo.²⁴⁶ Tuttavia, anche per tali Regioni, grazie al deciso sforzo di risanamento posto in essere per l'attuazione dei Piani di rientro, che ha introdotto il sistema di responsabilizzazione delle Regioni anche basato sul sistema sanzionatorio (art. 1, comma 174 della legge 311/2004 per le Regioni che non hanno sottoscritto il piano di rientro e art. 1, comma 796, lett. b) della legge 296/2006 per quelle che lo hanno sottoscritto) è riscontrabile un miglioramento dei risultati di esercizio anche nel 2009 e una progressiva diminuzione dei *deficit* a partire dal 2004.

Restano, infine, le preoccupazioni già manifestate in occasione del precedente referto, circa fenomeni sintomatici dell'effettiva tenuta dei conti della sanità, che non emergono dai conti economici, ma, eventualmente, dalla situazione patrimoniale. Si tratta, in particolare, dei ritardi nei pagamenti ai fornitori, e del ricorso alle anticipazioni di tesoreria, che, di fatto, si rivelano come strumenti anomali di finanziamento, correlati alle difficoltà di cassa degli enti. Si rinvia, in proposito, allo specifico paragrafo sull'indebitamento degli enti del SSN.

²⁴⁶ In esito a dette verifiche, tra le Regioni sottoposte a Piano di rientro, Sicilia, Sardegna, Abruzzo e Liguria hanno riportato risultati positivi.

4 Esiti del Tavolo di monitoraggio

Si deve preliminarmente chiarire che in sede di verifica con il Tavolo tecnico i conti vengono esaminati con metodologie concordate con le Regioni, con la conseguenza che i risultati possono non coincidere con quelli riportati nelle tabelle precedenti, costruite sulla base dei dati di CE acquisiti dal Ministero della Salute con il Sistema Informativo Sanitario.

Si riporta, in proposito, la tavola riepilogativa elaborata in sede di relazione allegata al giudizio di parificazione del bilancio dello Stato (decisione SS.RR. n. 32/2010).

I RISULTATI DEL MONITORAGGIO 2009: UNO SGUARDO COMPLESSIVO

(milioni di euro)

	Risultati di esercizio	Rettifiche concordate con le Regioni in sede di monitoraggio	Risultato di esercizio dopo le rettifiche	Risultati coperti con somme già incluse nel modello CE	Risultato 2009 senza coperture incluse nel CE	Riparto disavanzi 2008	Disavanzo 2009 comprensivo del riparto disavanzo 2008	Coperture fiscali 2008	Altre coperture	Fondo transitorio	Risultato dopo la copertura
	(1)	(2)	(3)=(1)+(2)	(4)	(5)=(3)-(4)	(6)	(7)=(5)+(6)	(8)	(9)	(10)	(7)+(8)+(9)-(10)
PIEMONTE	17,1	0,0	17,1	399,3	-382,2		-382,2	399,3			17,1
V. AOSTA	-16,9	0,0	-16,9		-16,9		-16,9				-16,9
LOMBARDIA	29,6	0,0	29,6		29,6		29,6				29,6
PA BOLZANO	13,5	0,0	13,5		13,5		13,5				13,5
PA TRENTO	-8,7	0,0	-8,7		-8,7		-8,7				-8,7
VENETO	-101,5	0,0	-101,5	91,0	-192,5		-192,5	91,0			-101,5
FRIULI	9,0	0,3	9,2		9,2		9,2				9,2
LIGURIA	-97,7	0,0	-97,7		-97,7		-97,7	108,8		35,3	46,4
E ROMAGNA	40,9	0,0	40,9	155,0	-114,1		-114,1	155,0			40,9
TOSCANA	14,1	0,3	14,3	2,0	12,3		12,3		2,0		14,3
UMBRIA	14,7	-4,4	10,4		10,4		10,4				10,4
MARCHE	15,3	-14,2	1,1		1,1		1,1				1,1
LAZIO	-1.374,5	0,0	-1.374,5		-1.374,5	-186,4	-1.560,8	797,5	125,0	264,3	-374,0
ABRUZZO	-49,0	17,1	-31,9		-31,9	-81,2	-113,1	51,0		73,1	11,0
MOLISE	-81,1	0,0	-81,1		-81,1	-29,7	-110,8	23,9		20,3	-66,5
CAMPANIA	-725,6	0,0	-725,6		-725,6	-223,6	-949,2	253,0		248,5	-447,7
PUGLIA	-282,3	0,0	-282,3	69,5	-351,8		-351,8		212,9		-138,9
BASILICATA	-21,8	0,0	-21,8		-21,8		-21,8		25,7		3,9
CALABRIA	-232,0	0,0	-232,0		-232,0	-893,2	-1.125,2				-1.125,2
SICILIA	-237,3	0,3	-237,1		-237,1		-237,1	193,1		98,5	54,5
SARDEGNA	-225,7	0,0	-225,7		-225,7	-75,7	-301,3		320,0		18,7
TOTALE	-3.299,9	-0,6	-3.300,5	716,8	-4.017,3	-1.489,7	-5.507,1	2.072,6	685,6	740,0	-2.008,9

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute

In sintesi, in occasione della verifica annuale, per le Regioni che non hanno sottoscritto i piani di rientro, dopo le rettifiche e le coperture individuate in tale sede, otto di esse (Piemonte, Lombardia, Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche) hanno chiuso con un risultato in avanzo.

Per quanto riguarda le Regioni sottoposte a verifica degli adempimenti correlati ai Piani di rientro, di cui si tratterà diffusamente nel successivo paragrafo, si precisa che i risultati finali riportati nell'ultima colonna della tabella non tengono conto dei "rischi" stimati con conseguente rettifica del risultato.

4.1 Le misure adottate dalle Regioni interessate dai Piani di rientro

Di seguito si riportano in sintesi gli esiti delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza svoltesi per la verifica delle situazioni delle Regioni (Lazio, Campania, Molise, Abruzzo, Liguria, Regione Siciliana, Sardegna e Calabria) i cui elevati disavanzi hanno comportato l'adozione di accordi con annessi Piani di rientro, ai fini del risanamento finanziario e per la valutazione delle relative manovre. Le riunioni si sono tenute nel mese di marzo²⁴⁷, con successivi incontri nel mese di maggio per le Regioni Lazio, Molise, Campania e Calabria, per gli approfondimenti ritenuti necessari in esito alla prima verifica.²⁴⁸

²⁴⁷ Verbalì inviati dal Ministro dell'Economia e delle Finanze con nota del 5.5.2010.

²⁴⁸ I relativi verbalì sono stati trasmessi dal MEF – IGESPES, con nota in data 8.7.2010, a seguito di richiesta istruttoria.