

2.2 Il finanziamento del fabbisogno 2008

Il finanziamento del fabbisogno sanitario 2008, fissato con la finanziaria 2007 a 99.082 milioni, è stato integrato per 834 milioni [99.916 mln] a seguito dell'abolizione del ticket sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, cui vanno poi aggiunti 661 milioni quale concorso dello Stato a copertura dei maggiori oneri contrattuali del biennio 2006-2007 per un totale, riferito all'anno 2008, di 100.577 milioni.

A fronte dei 99.916 milioni di euro, 9.480 milioni derivano da entrate regionali. I restanti 90.435,91 milioni di euro sono da ripartire per cassa fra le Regioni per un totale di 88.139,54 milioni. Ad essi vanno aggiunti 178,97 milioni al "Bambino Gesù" e 21 milioni all'Associazione Cavalieri dell'Ordine di Malta. Restano 1.741,39 milioni, ripartiti fra gli Istituti Zooprofilattici sperimentali [221 milioni nelle 10 Regioni dove hanno sede], la Croce rossa [134 mln] e altre destinazioni vincolate per 1.741,39 milioni [medici specializzandi, hanseniani, fibrosi cistica, lotta all'Aids etc.]. La ripartizione delle indicate risorse è nella seguente tabella.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB 2/SA

Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per il 2008

(importi in euro)

Regioni	TOTALE FABBISOGNO 2008	%	Integrazione a norma dell'art.3, comma 139, della legge 244/07	Integrazione per IZS a valere sulle somme di cui all'art.3, comma 139, della legge 244/07	Integrazione Totale a norma dell'art.3, comma 139, della legge 244/07
	(a)		(b)	(c)	(d)= (b) + (c)
	100%				
PIEMONTE	7.428.313.238	7,60	52.977.779	536.612	53.514.391
VALLE D'AOSTA	209.802.974	0,21	1.907.710	-	1.907.710
LOMBARDIA	15.613.281.208	15,97	96.594.469	1.177.315	97.771.784
BOLZANO	804.184.516	0,82	8.095.753	-	8.095.753
TRENTO	828.484.240	0,85	6.759.247	-	6.759.247
VENETO	7.783.120.702	7,96	54.742.226	613.783	55.356.010
FRIULI	2.084.724.028	2,13	17.602.879	-	17.602.879
LIGURIA	2.969.892.230	3,04	25.061.804	-	25.061.804
EMILIA ROMAGNA	7.222.899.720	7,39	54.879.944	-	54.879.944
TOSCANA	6.257.390.913	6,40	46.850.739	-	46.850.739
UMBRIA	1.501.273.663	1,54	10.644.912	342.785	10.987.698
MARCHE	2.605.634.270	2,67	19.131.635	-	19.131.635
LAZIO	8.861.800.897	9,07	51.598.756	576.095	52.174.851
ABRUZZO	2.168.359.313	2,22	15.316.214	391.242	15.707.456
MOLISE	540.173.517	0,55	3.890.287	-	3.890.287
CAMPANIA	9.230.437.819	9,44	54.390.076	184.853	54.574.929
PUGLIA	6.581.380.936	6,73	37.459.148	262.024	37.721.172
BASILICATA	994.355.897	1,02	6.629.848	-	6.629.848
CALABRIA	3.305.270.651	3,38	21.864.726	-	21.864.726
SICILIA	8.043.735.252	8,23	49.974.799	454.056	50.428.855
SARDEGNA	2.718.254.016	2,78	19.627.048	461.235	20.088.283
TOTALE	97.752.770.000	100	656.000.000	5.000.000	661.000.000
CONTRATTO per IZS (ex art.3, co. 52 l. 350/03 e art. 1 co. 182 l. 266/05 e art. 3, co. 139 l. 244/07)	10.000.000			5.000.000	
CONTRATTO per IZS (ex art. 3, co. 139,l. 244/07)					
MED. PENITENZ.	6.840.000				
IZS	221.000.000				
CRI	134.000.000				
Altre Vincolate	1.791.390.000				
TOT FABBISOGNO	99.916.000.000			661.000.000	

Segue TAB 2/SA

(importi in euro)

		Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle regioni a statuto speciale	IRAP stima 2008	Addizionale IRPEF stima 2008	Integrazione a norma del d.l.gs 56/2000 (**)	Fondo sanitario nazionale	Disponibilità di cassa (senza mobilità)	Disponibilità di cassa per contributo statale contratto personale IZS	Disponibilità di cassa totale	Disponibilità di cassa (senza mobilità) già assegnata con riparto FSN 2008	somma residua da assegnare
		(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)=(4)+(5)+(6)+(7)	(9)=(c)	(10) = (8) + (9)	(11)	(12)=(10)-(11)
PIEMONTE	7.481.291.017	167.095.971		2.756.036.678	507.844.185	4.050.314.183		7.314.195.046	536.612	7.314.731.658	7.261.217.267	53.514.391
VALLE D'AOSTA	211.710.684	4.341.336	107.929.426	84.196.583	15.243.339			99.439.922		99.439.922	99.439.922	-
LOMBARDIA	15.709.875.677	344.688.926		8.460.646.153	1.226.057.597	5.678.483.001		15.365.186.751	1.177.315	15.366.364.066	15.268.592.282	97.771.784
BOLZANO	812.280.269	17.089.038	367.619.933	368.126.076	59.445.222			427.571.298		427.571.298	427.571.298	-
TRENTO	835.243.487	17.328.157	433.914.752	325.490.055	58.510.523			384.000.578		384.000.578	384.000.578	-
VENETO	7.837.862.928	187.978.900		3.341.289.941	489.327.582	3.819.266.505		7.649.884.028	613.783	7.650.497.811	7.595.141.802	55.356.010
FRIULI	2.102.326.907	47.484.584	1.153.202.831	759.967.598	141.671.894			901.639.492		901.639.492	901.639.492	-
LIGURIA	2.994.954.034	62.729.872		808.183.571	187.211.376	1.936.829.216		2.932.224.162		2.932.224.162	2.907.162.358	25.061.804
EROMAGNA	7.277.779.664	171.955.829		3.079.240.179	515.511.738	3.511.071.918		7.105.823.835		7.105.823.835	7.050.943.891	54.879.944
TOSCANA	6.304.241.652	138.369.096		2.162.747.894	385.573.734	3.617.550.928		6.165.872.556		6.165.872.556	6.119.021.817	46.850.739
UMBRIA	1.511.918.575	34.031.402		373.242.152	80.784.204	1.023.860.817		1.477.887.173	342.785	1.478.229.958	1.467.242.261	10.987.698
MARCHE	2.624.765.905	57.467.177		799.857.863	148.654.084	1.618.786.781		2.567.298.728		2.567.298.728	2.548.167.093	19.131.635
LAZIO	8.913.399.653	162.193.247		4.183.104.945	655.945.206	3.962.156.255		8.801.206.406	576.095	8.801.782.500	8.749.607.650	52.174.851
ABRUZZO	2.183.675.527	41.537.068		488.332.311	111.568.221	1.542.237.928		2.142.138.459	391.242	2.142.529.701	2.126.822.245	15.707.456
MOLISE	544.063.804	12.952.736		43.150.605	25.985.724	461.974.738		531.111.068		531.111.068	527.220.781	3.890.287
CAMPANIA	9.284.827.895	163.215.831		1.517.151.393	346.454.082	7.258.006.589		9.121.612.064	184.853	9.121.796.917	9.067.221.988	54.574.929
PUGLIA	6.618.840.084	113.350.898		1.082.813.982	207.990.913	5.214.694.291		6.505.489.186	262.024	6.505.751.211	6.468.030.038	37.721.172
BASILICATA	1.000.985.745	16.926.354		71.718.655	38.652.385	873.688.351		984.059.391		984.059.391	977.429.543	6.629.848
CALABRIA	3.327.135.377	47.418.994		183.740.000	157.964.838	2.938.011.546		3.279.716.383		3.279.716.383	3.257.851.657	21.864.726
SICILIA	8.093.710.052	128.084.893	3.808.090.579	1.582.896.690	305.994.881		2.268.643.008	4.157.534.579	454.056	4.157.988.635	4.369.167.487	-211.178.851
SARDEGNA	2.737.881.065	45.917.138	1.942.776.079	626.044.621	123.143.227			749.187.848	461.235	749.649.083	749.187.848	461.234
TOTALE	98.408.770.000	1.982.157.447	7.813.533.601	33.097.977.944	5.789.534.954	47.506.923.046	2.268.643.008	88.663.078.953	5.000.000	88.668.078.953	88.322.679.296	345.399.656
ENTRATE REGIONALI (*)							contributo regionale	9.795.691.048			9.480.090.704	
CONTRATTO per IZS (ex art.3, co. 52 l. 350/03 e art. 1 co.182 l. 266/05)	10.000.000						10.000.000	10.000.000			10.000.000	
CONTRATTO per IZS (ex art. 3, co.139, l. 244/07)	5.000.000						5.000.000	5.000.000				
MED. PENITENZ.	6.840.000						6.840.000	6.840.000			6.840.000	
IZS	221.000.000						221.000.000	221.000.000			221.000.000	
CRl	134.000.000						134.000.000	134.000.000			134.000.000	
Altre Vincolate	1.791.390.000						1.741.390.000	1.741.390.000			1.741.390.000	
TOT FABBISOGNO	100.577.000.000						4.386.873.008	100.577.000.000			99.916.000.000	661.000.000

Fonte: Ministero della Salute (*) Somma colonne (2) e (3) (**) Importi indicati in via provvisoria a copertura integrale. Compresi 50 mln al Lazio per il Bambino Gesù

Il Fondo sanitario nazionale, destinato a finanziare i livelli essenziali di assistenza, passa dai 96,5 miliardi del 2007 ai 100,6 miliardi del 2008 con una crescita pari a circa 4 miliardi di euro. Fra le misure comprese nel finanziamento, il potenziamento del fondo per non autosufficienza con ulteriori 200 milioni. Si registra altresì l'obiettivo di rilancio degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria con lo stanziamento di 3 miliardi in più per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, la costruzione di nuovi ospedali, il rinnovo delle tecnologie mediche la realizzazione di residenze sanitarie per anziani. Sale così a 23 miliardi di euro il totale delle risorse messe a disposizione delle Regioni per il rinnovamento della rete dei servizi sanitari in Italia.

Nel quadro del finanziamento assicurato, la tenuta del fabbisogno era anche affidata alla "Nuova definizione dei Livelli essenziali di assistenza" (LEA) di cui al DPCM 23 aprile 2008, adottato su conforme deliberazione del Consiglio dei Ministri a seguito di intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 20 marzo 2008.¹³⁰ Strategia portante del provvedimento era quella di ottenere maggior livello di appropriatezza nelle prestazioni sanitarie, specie quelle ospedaliere. Come più volte riferito da questa Corte, dei tre livelli di assistenza, quello ospedaliero, assorbe le maggiori risorse e rende altresì possibili margini di risparmio con sollievo per la spesa sanitaria.

L'attuale governo ha annullato il citato DPCM 23 aprile 2008 (nuovi LEA), per "mancata copertura finanziaria". La ridefinizione dei LEA e la conseguente razionalizzazione della spesa sanitaria sono attese dal Nuovo patto per la Salute per il triennio 2010/2012, che è attualmente in corso di elaborazione negli incontri Governo-Regioni. Il nuovo patto per la Salute si pone, tra l'altro, l'obiettivo di realizzare consistenti risparmi e miglioramenti di efficienza attraverso sia il ridimensionamento del numero di posti letto offerti dalle strutture ospedaliere, sia ridistribuendo l'offerta di servizi sanitari, oggi prevalentemente centrata sul livello ospedaliero, a favore del livello territoriale.¹³¹

Condizione ulteriore, cui resta legata la tenuta dei conti della sanità, è rappresentata dalla puntuale realizzazione dei Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni in disavanzo strutturale, a favore delle quali la finanziaria 2008 ha disposto una anticipazione entro il limite di 9.100 milioni da restituire in trent'anni, sul presupposto di copertura integrale dei *deficit*

¹³⁰ I livelli essenziali di assistenza hanno trovato sin qui definizione nel DPCM 29 novembre 2001 e successive modificazioni. L'art. 1, comma 292, lett. a) della legge 23 dicembre 2006 n. 296 poi modificato dall'art. 1, co. 796, lett. q), legge 27 dicembre 2006 n. 296 ha previsto che alla modifica dei LEA si provvedesse entro il mese di febbraio 2008.

¹³¹ In particolare, sono definiti inappropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi che possono essere eseguiti in *day hospital* o in *day surgery* con identico beneficio per il paziente e minore impiego di risorse (art.38). Ugualmente inappropriati sono i ricoveri in *day surgery* allorché gli interventi possano essere eseguiti in regime ambulatoriale con pari beneficio e minore spesa (art. 40). Quanto ai ricoveri in *day hospital*, sono considerate appropriate prestazioni non eseguibili in ambulatorio, quali esami strumentali che richiedono un'osservazione per oltre un'ora, esami con somministrazioni di farmaci (esclusi i mezzi di contrasto), somministrazioni di chemioterapia e altre specialmente indicate (art 42). Le Regioni devono adottare misure per disincentivare l'esecuzione in ricovero ordinario dei DRG elencati in allegato al DPCM 23.4.2008 in numero superiore ad un valore percentuale/soglia di ammissibilità da fissare con riferimento al totale dei ricoveri eseguiti in regime ordinario per ciascun DRG.

entro il 2010 [V. a riguardo, *infra*] e finalizzata alla ristrutturazione delle operazioni di cartolarizzazione contratte per la copertura dei *deficit*.

Come evidenziato dalla relazione tecnica al d.d.l. finanziaria 2008, la prevista anticipazione ha comportato una incidenza per 9.100 milioni sul saldo netto da finanziare, mentre in termini di indebitamento netto l'impatto è nullo avendo per oggetto operazioni di competenza dell'anno 2005. Delicata è poi la questione dell'impatto su debito e fabbisogno, che implica la distinzione fra i debiti verso fornitori cartolarizzati e poi ristrutturati con l'anticipazione dello Stato e le restanti partite ancora insolute verso i fornitori; queste ultime sono infatti considerate debito incidente sul fabbisogno [circa 3.150 mln] mentre per la parte delle obbligazioni ristrutturate e coperte dall'anticipazione scatta l'effetto di consolidamento e sostitutivo tra debito regionale e statale.¹³²

2.3 Il finanziamento del fabbisogno 2009

Il finanziamento del fabbisogno 2009, previsto dalla LF 2007 in 102.285 mln, è stato integrato per 834 mln a copertura dell'abolizione del ticket sulle prestazioni ambulatoriali, 398 mln per i maggiori oneri contrattuali relativi al biennio 2006/07 del comparto sanità, 184 mln quale concorso dello Stato al rinnovo delle convenzioni per la medicina di base, e 162 mln per il trasferimento al SSN della medicina penitenziaria. Il finanziamento complessivo del SSN per il 2009, cui concorre ordinariamente lo Stato, ammonta così a 103.863 mln. A tale importo si aggiungono 700 mln quale quota annuale, per il 2009, da ripartire tra le regioni interessate da forti disavanzi (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia) così come previsto dal fondo transitorio istituito dalla LF 2007 per il triennio 2007/2009.

La conferenza Stato-Regioni, che ha sancito l'intesa sul riparto del fabbisogno 2009, ha destinato 101.482 mln al finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza, e 1.663 mln per fondi a destinazione vincolata, nei quali sono ricomprese, tra le altre, le quote da destinare alle Regioni per la realizzazione di progetti prioritari del Piano sanitario nazionale 2009 (1.410 mln¹³³), il finanziamento all'ospedale "Bambino Gesù" (50 mln), la prevenzione all'AIDS (49 mln), l'assistenza a extracomunitari (31 mln), e 605,5 mln per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie. La quota per il trasferimento al SSN della medicina

¹³² Come rilevato dalla nota di lettura del Servizio Bilancio Stato –Camera dei deputati, 12 novembre 2007– sulla base dei Piani di rientro, l'impegno dello Stato per l'estinzione anticipato del debito regionale risulta pari a 9.327 milioni mentre l'importo dell'anticipazioni è pari a 9.100 milioni.

¹³³ Il 25 marzo 2009 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'accordo per la realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale per il 2009. Tali obiettivi, non essendo ancora stato approvato il Piano sanitario nazionale 2009-2011, fanno riferimento al Piano sanitario nazionale 2006-2008, e prevedono: interventi nel campo delle cure primarie per la riduzione degli accessi impropri alle strutture di Pronto soccorso, da realizzare attivando ambulatori per la gestione dei casi di minore gravità (codici bianchi) presso i presidi ospedalieri oppure attivando Presidi ambulatoriali distrettuali gestiti da medici di Continuità assistenziale, il potenziamento dell'assistenza domiciliare ai pazienti in stato vegetativo, interventi per le cure palliative e la terapia del dolore, interventi per il potenziamento delle biobanche di sangue cordonale e tessuto muscolo-scheletrico, interventi a tutela della maternità e per favorire il parto naturale, interventi nel campo della sanità penitenziaria le cui funzioni, precedentemente gestite dal Ministero della giustizia, sono ora trasferite al Servizio sanitario nazionale.

penitenziaria (162 mln), invece, verrà assegnata con successivo specifico riparto. La legge 133/08 ha introdotto un diverso procedimento di assegnazione dei fondi a destinazione vincolata poiché, per accelerare l'attuazione dei progetti relativi al Piano sanitario 2009, ha previsto che finanziamento indistinto dei LEA e quote a destinazione vincolata siano deliberati contestualmente dal CIPE, e che il Ministero dell'economia eroghi alle Regioni un acconto pari al 70% della quota spettante, e il restante 30% a progetto approvato dalla Conferenza Stato-Regioni.

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale passa dai 100,6 miliardi del 2008 ai 103,9 miliardi del 2009, con un incremento pari a circa 3 miliardi di euro. Tuttavia, occorre precisare che tale livello di finanziamento subirà una diminuzione pari a 380 milioni di euro, mediante provvedimento del ministro della salute che rimodula le rispettive quote già ripartite in sede di Conferenza Stato-Regioni e di prossima trasmissione al CIPE per l'adozione della relativa delibera di riparto, a causa delle novità introdotte con il D.L. 28 aprile 2009, n. 39, convertito, con modificazioni, nella legge 24 giugno 2009, n. 77, che, per fronteggiare l'emergenza causata dal recente terremoto in Abruzzo, ha disposto una riduzione del 12% del prezzo di vendita al pubblico dei farmaci generici. I risparmi attesi da tale misura finanziano, per 380 milioni, gli interventi urgenti di ricostruzione delle aree colpite dal sisma e, fino ad un importo massimo di 40 milioni, l'incremento del fondo transitorio in favore della regione Abruzzo. La riduzione del 12% del prezzo di vendita dei medicinali generici si traduce in una riduzione della soglia massima percentuale di spesa farmaceutica rispetto al livello complessivo di fabbisogno al cui finanziamento concorre lo Stato, che scende dal 14 al 13,6%.¹³⁴ Peraltro, a partire dal 2010 il D.L. n. 78/09, conv. in L. 102/09, ridetermina il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale al 13,3% del finanziamento al SSN, destinando le attese economie di spesa, quantificate in 800 mln di euro, al finanziamento di un fondo di dotazione per interventi nel settore sanitario, da istituirsi con specifico decreto dei Ministri della salute e dell'economia.

La manovra del governo che definisce le risorse per il SSN per il triennio 2009-2011, presentata in anticipo rispetto al disegno di legge finanziaria per il 2009, è contenuta nel D.L. 112/08, convertito in legge 133/08, e nel D.L. 154/08, convertito in legge 189/08. Tale manovra garantisce le risorse finanziarie per il 2009 in coerenza a quanto sancito, per tale anno, dal Patto per la Salute 2007-2009 e dalle successive integrazioni, ma prevede, per il biennio 2010-2011, rispetto a una previsione di incremento tendenziale del finanziamento complessivo di norma pari alla crescita del PIL nominale, riduzioni di finanziamento,

¹³⁴ L'Agenzia italiana del Farmaco, al fine di rendere immediatamente applicabili le disposizioni contenute nel DL 39 del 28 aprile 2009, in corso di conversione in legge, ha reso disponibile sul proprio sito, in data 28 maggio, l'elenco dei prodotti medicinali equivalenti che, sulla base dell'art. 13, comma 1, lettera a, devono ridurre il prezzo al pubblico del 12%. Inoltre, nello stesso comunicato, L'AIFA invita le aziende farmaceutiche a ridefinire il proprio budget in base al minor finanziamento del SSN, pari a 380 milioni di euro.

rispettivamente, per 2.000 e 3.000 mln di euro.¹³⁵ Per tale biennio, inoltre, l'accesso alle risorse integrative, rispetto a quelle complessivamente determinate per il 2009, ammontanti a 1.269 mln per il 2010 e 3.582 per il 2011, è condizionato alla sottoscrizione di un accordo Stato-Regioni¹³⁶ che preveda, nell'ambito di un nuovo Patto per la Salute per il triennio 2010-2012, una nuova definizione dei LEA da erogare uniformemente sul territorio nazionale, il ridimensionamento dell'assistenza offerta a livello ospedaliero e l'ampliamento dei servizi offerti dall'assistenza territoriale (ricoveri in *day hospital* e assistenza in regime ambulatoriale), risparmi sui fondi per la contrattazione integrativa da conseguire anche attraverso riduzioni di personale a carico delle strutture sanitarie pubbliche e, per le regioni che presentino disavanzi di bilancio nel settore sanitario o comunque superamento dei tetti di spesa programmati, l'attivazione anche automatica di compartecipazione al costo dei servizi, anche da parte dei cittadini che, secondo la vigente normativa, ne sono esenti.

La precedente manovra per il contenimento della spesa sanitaria, relativa al triennio 2007/09, è stata concertata in sede di Conferenza Stato-Regioni e formalizzata nel Patto per la Salute 2007/09, i cui contenuti sono stati poi recepiti nella Legge finanziaria per il 2007. Tale manovra ha portato il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dal 6,85% del 2006 al 6,66% del 2007, assestandosi al 6,86% per il 2008, anno che sconta l'effetto dei rinnovi contrattuali per il biennio 2006/07. La manovra finanziaria per il 2009/11, opera riduzioni al finanziamento del fabbisogno 2010/11, (originariamente la manovra, poi ritirata, prevedeva tagli anche per il 2009), cercando successivamente l'accordo con le Regioni nell'ambito del Nuovo Patto per la Salute 2010/2012, cui è affidato l'obiettivo di concordare i concreti tagli di spesa, da attuare sia privilegiando l'assistenza territoriale rispetto a quella ospedaliera (livello di assistenza, quest'ultimo, relativamente più costoso), sia attraverso la ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza e perseguendo con più rigore il criterio di appropriatezza nell'erogazione delle cure.¹³⁷

A garanzia del contenimento del fabbisogno entro i livelli determinati dalla manovra finanziaria, nonché per monitorare l'uso efficiente delle risorse umane e strumentali e

¹³⁵ Nella Relazione tecnica allegata dal governo al d.l. 112/08, l'incremento tendenziale del finanziamento cui concorre lo Stato per il SSN (Il Patto per la salute 2007/09 prevedeva che l'incremento annuale del finanziamento al SSN fosse allineato all'evoluzione del PIL nominale), è definito dalle seguenti cifre: 102.683 mln per il 2009 e, per il biennio 2010/11, rispettivamente 105.945 e 109.265 mln. L'obiettivo programmatico, invece, prevede una riduzione di 2.000 mln nel 2010 e 3.000 nel 2011, rideterminando, così, il finanziamento al SSN relativo a tale biennio, rispettivamente, in 103.945 e 106.265 mln. Pertanto, la spesa per il SSN, definita nel quadro tendenziale della PA in 116.007 mln per il 2010 e 120.636 per il 2011, nel conto programmatico è rideterminata, rispettivamente, in 114.007 mln e 117.656 mln. A proposito delle previsioni di spesa tendenziali, la relazione tecnica del governo precisa che la spesa sanitaria (ivi indicata) "sconta la piena realizzazione delle manovre di contenimento della spesa da parte delle regioni sottoposte ai piani di rientro, nonché la piena efficacia delle misure di contenimento previste dalla finanziaria 2007 per la spesa farmaceutica". Non sono, invece, inclusi gli oneri contrattuali da lavoro dipendente, ma la sola vacanza contrattuale, in accordo con le regole di contabilità previste dal SEC '95. Fonte: RT governo e dossier Camera dei deputati).

¹³⁶ Il recente DL 78/09 differisce il termine entro cui sottoscrivere tale accordo al 15 settembre del corrente anno, modificando così la scadenza, originariamente prevista dalla legge 6 agosto 2008, del 31 ottobre 2008.

¹³⁷ Il rapporto tra spesa del SSN e PIL è stato rideterminato in crescita dal DPEF per gli anni 2010 - 2013, che scontando il mutato quadro macroeconomico dovuto alla diminuzione stimata del PIL, prevede un livello di spesa sanitaria per il 2009 pari al 7,43%, e per gli anni 2010 e 2011 pari rispettivamente al 7,40% e 7,37% del PIL.

l'appropriatezza delle terapie erogate dal SSN, obiettivi, tra l'altro, riaffermati anche nella legge delega 42/2009 sul federalismo fiscale, recentemente approvata, che fa espresso riferimento al costo *standard* delle prestazioni quale metodo cardine per la valutazione dell'uso efficiente delle risorse, la legge 133/2008 dispone, a partire dal 2009, il potenziamento dei procedimenti di verifica delle esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, il controllo, rispettivamente, di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione emesse dai centri erogatori del SSN, e della totalità della documentazione clinica delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately,¹³⁸ l'introduzione, mediante specifico decreto, di tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, calcolate in base ai costi *standard* di produzione e di quote *standard* di costi generali, rilevati attraverso un campione di aziende sanitarie che si siano distinte per efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza offerta,¹³⁹ e, a partire dal 2010, l'introduzione della prescrizione telematica per cure specialistiche e medicinali, con la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico del cittadino.¹⁴⁰

Altro punto fondamentale per il rispetto dei livelli di fabbisogno programmati, è il monitoraggio della spesa sanitaria per le regioni sottoposte ai piani di rientro, il cui processo di risanamento è oggetto di verifica al Tavolo tecnico. In proposito, il D.L. 154/08, convertito in L. 189/08, prevede, per le regioni che abbiano in corso piani di rientro e per le quali sia stato nominato il commissario ad acta, che l'erogazione del maggior finanziamento condizionato alla verifica degli adempimenti, in attesa dei risultati del monitoraggio al Tavolo tecnico, possa essere comunque autorizzato dal Consiglio dei ministri, se siano stati adottati dal commissario ad acta provvedimenti significativi di reale correzione degli andamenti di spesa, e se la mancata erogazione comporti una situazione di emergenza finanziaria e sospensione dei pagamenti. A tal riguardo, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha presentato, il 20 novembre 2008, un documento che, nel sottolineare come la norma sia posta a garanzia dell'ordinato svolgimento del sistema dei pagamenti, esigenza di per sé avvertita e condivisibile da tutto il comparto regionale, chiede l'attivazione di un meccanismo premiale per le regioni virtuose che consista nell'incremento (dal 97% al 100%) dell'erogazione dell'anticipazione sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario per tutte le regioni che abbiano superato gli adempimenti dell'ultima verifica effettuata dal Tavolo tecnico.

¹³⁸ Precedentemente, l'art. 88, c. 2, della legge 388/2000, fissava la soglia minima di tali verifiche al 2% delle cartelle cliniche. La legge 133/08, invece, oltre ad innalzare tale soglia al 10%, dispone anche che siano le Regioni a dover individuare quali sono le prestazioni ad alto rischio di inappropriately che, in quanto tali, sono soggette al controllo del 100% della relativa documentazione.

¹³⁹ Il provvedimento dispone che le regioni possano servirsi di diversi strumenti di programmazione e controllo della spesa sanitaria, tra i quali spiccano, ad esempio, la disposizione che le strutture accreditate erogino i servizi sanitari, remunerati a carico del SSN, esclusivamente nei limiti previsti dagli specifici accordi di accreditamento, l'obbligo, per le medesime strutture, di conseguire il livello minimo di efficienza, la possibilità che le regioni individuino gruppi di prestazioni sanitarie per le quali sia necessaria la preventiva autorizzazione, da parte delle ASL, alla fruizione presso le strutture accreditate, l'inclusione delle aziende ospedaliere universitarie tra i soggetti pubblici con i quali stipulare accordi per l'esercizio di funzioni assistenziali e sanitarie per conto del servizio sanitario nazionale e, infine, la possibilità di stipulare accordi anche con le fondazioni IRCCS e gli IRCCS pubblici, per il finanziamento a prestazione in base a tetti di spesa e volumi di attività predeterminati dalla programmazione regionale, e la sospensione dell'accREDITAMENTO istituzionale in caso di mancata stipula di tali accordi.

¹⁴⁰ Obiettivo contenuto nel DPEF 2009/13.

2.4 Ripiano "selettivo" dei disavanzi progressi nel settore sanitario

Le Regioni che, attualmente, hanno concordato con il Ministero dell'economia Piani di rientro da disavanzi eccessivi, sono La Liguria, l'Abruzzo il Molise il Lazio e la Sicilia, di cui Lazio e Abruzzo con nomina da parte del Governo del commissario *ad acta*, secondo la procedura prevista dall'art. 4 del d.l. 159/2007. I finanziamenti complessivamente messi a disposizione per tali Regioni sono individuati dalla finanziaria 2006, che ha istituito un Fondo transitorio di 1000 milioni destinato alle regioni che nel periodo 2001-2004 avessero fatto registrare un disavanzo medio annuo pari o superiore al 5% del finanziamento spettante (di tale Fondo ha beneficiato, rispetto alle Regioni appena nominate, anche la Sardegna ma non la Liguria), e dalla legge finanziaria per il 2007, che ha istituito un secondo Fondo transitorio per il triennio 2007/2009, finanziandolo, rispettivamente, per 1.000 mln 850 mln e 700 mln, cui si aggiungono 3.000 milioni stanziati dal D.L. n. 23 del 2007, convertito in legge 17 maggio 2007 n. 64, in favore delle Regioni che, oltre ad avere utilizzato nella misura massima la leva fiscale (IRAP e addizionale regionale all'IRPEF), abbiano anche adottato ulteriori misure fiscali. Il prospetto delle risorse complessivamente stanziato è illustrato nella seguente tabella.

(milioni di euro)

Regioni	FINANZIARIA 2006	FINANZIARIA 2007				D.L. 23/2007	TOTALE
		2007	2008	2009	Totale		
Lazio	400,5	378	321	264	963	2.079	3.443
Abruzzo	31,3	47	40	33	120	144	514
Molise	22,3	29	25	20	74	363	459
Campania	383,8	355	302	248	885	202	1.471
Sicilia	153,2	141	120	98	359	212	724
Liguria		50	43	35	128		128
Sardegna	8,8						9
Totale	1.000	1.000	850	700	2.550	3.000	6.550

Per l'accesso alle risorse stanziato dalla finanziaria 2006 è richiesto un accordo recante una valutazione analitica delle cause strutturali dei disavanzi 2001-2004, con adeguate proposte di correzione delle diseconomie strutturali. Severa peraltro è la modalità di erogazione delle risorse: il 30% alla sottoscrizione dell'accordo; un altro 30% alla verifica positiva degli obiettivi intermedi; il saldo solo se risultano raggiunti gli obiettivi finali valutati dal Tavolo di verifica, con totale recupero in caso negativo.

Per il Fondo transitorio istituito dalla legge finanziaria 2007, invece, sono previsti tempi, modalità e condizioni definite per ciascuna Regione in uno specifico accordo da stipulare ai sensi del comma 180 della finanziaria 2005 (comma 796, lett. b, finanziaria 2007). L'accesso all'erogazione dei finanziamenti aggiuntivi a valere sul Fondo transitorio è condizionato

all'adozione di piani di rientro dal deficit che, articolati sul triennio 2007-2009, prevedano sia misure di riequilibrio dei profili erogativi dei livelli essenziali di assistenza, sia misure di riduzione strutturale dei costi attraverso la riorganizzazione aziendale del servizio sanitario e l'uso più efficiente delle risorse tecniche ed umane, in vista dell'obiettivo, indicato dalla legge finanziaria 2007, dell'azzeramento dei disavanzi entro il 2010. Le voci di spesa su cui si concentrano i Piani di rientro e le successive verifiche al Tavolo di monitoraggio, riguardano prevalentemente la spesa per il personale, il superamento dello standard dei posti-letto e del tasso di ospedalizzazione, i consumi farmaceutici, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, la verifica dell'appropriatezza delle terapie prescritte e del rispetto del budget per l'acquisto delle prestazioni dalle strutture sanitarie accreditate e del relativo sistema di remunerazione. A sanzione del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati dai Piani di rientro, la L F 2007 prevede l'innalzamento, anche oltre i livelli massimi, dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF, fino alla completa copertura dei disavanzi di gestione, mentre l'art 4 del D.L. 159/2007, convertito nella legge n. 222/07, istituisce la procedura della diffida ad adempiere a quanto previsto nei Piani di rientro e, in caso contrario, l'esercizio del potere sostitutivo da parte del governo mediante la nomina di un commissario *ad acta*. Analoga logica è ravvisabile nello speciale intervento disposto con il decreto legge n. 23 del 2007, convertito con la legge 17 maggio 2007 n. 64 che, a sostegno di situazioni finanziarie fortemente compromesse, autorizza la spesa di 3.000 milioni a titolo di regolazione debitoria ai fini del ripiano selettivo dei disavanzi in sanità 2001-2005, a favore di cinque Regioni poi individuate, con decreto 4 maggio 2007, dal Ministero dell'Economia di concerto con la Salute [Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Sicilia], sulla base dei seguenti criteri di selezione:

- debiti cumulati fino al 31 dicembre 2005;
- capacità fiscale regionale e partecipazione al finanziamento del fabbisogno sanitario, ove la maggiore agevolazione si riscontra per le Regioni il cui debito al 31 dicembre 2005 risulta ancora non coperto malgrado l'attivazione a livello massimo dell'addizionale regionale Irpef e dell'aliquota Irap. Risorse ulteriori dunque per le cinque Regioni la cui selezione si coniuga, ancora una volta, con uno stretto monitoraggio sull'attuazione dei Piani di rientro e con il previsto affiancamento, al fine della totale estinzione dei debiti cui debbono eventualmente concorrere adeguate misure fiscali. Un alleggerimento alle previste misure di stretta fiscale può riscontrarsi nella disposizione recata alla lettera d) del comma 796 della finanziaria 2007 che ha introdotto criteri di copertura pluriennali, seppure derivanti da specifiche entrate certe e vincolate. Si tratta di una disposizione che introduce nel meccanismo di monitoraggio aspetti di flessibilità, per accompagnare e facilitare una rapida soluzione degli squilibri gestionali delle regioni che hanno maggiore responsabilità nella determinazione dei disavanzi del settore.

L'introduzione di una disciplina normativa più elastica in favore delle Regioni impegnate nell'attuazione delle manovre finanziarie di rientro da deficit eccessivi è proseguita anche nel biennio 2008/2009, perché il d.l. 248/2007, convertito con modificazioni nella legge n. 31/2008 deroga, relativamente all'anno 2007, alla norma introdotta dalla finanziaria per il 2007 che prevede l'applicazione delle addizionali IRAP ed IRPEF oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi indicati nei Piani di rientro, deroga successivamente estesa anche al 2008 dal D.L. 185/2008, convertito, con modificazioni, in legge n. 2 del 28 gennaio 2009, mentre il D.L. 118/2008 elimina l'incompatibilità, originariamente prevista, tra figura del commissario *ad acta* ed incarichi istituzionali nelle Regioni interessate. Tale disposizione è stata successivamente integrata dal D.L. 154/2008, che dispone la nomina, da parte del governo, di uno o più sub-commissari esperti in materia di gestione sanitaria, con il compito di collaborare all'adozione dei necessari provvedimenti di riorganizzazione aziendale. Inoltre, il D.L. 154/2008, convertito nella legge 189/2008, rende più flessibile, per le Regioni interessate ai Piani di rientro, il meccanismo di accesso ai fondi loro spettanti (nell'ambito del finanziamento ordinario del SSN, del fondo transitorio e del concorso statale al ripiano dei disavanzi sanitari), prevedendo comunque l'erogazione di quelle somme il cui stanziamento sia subordinato alla verifica positiva degli adempimenti al Tavolo tecnico, se si verificano situazioni di emergenza finanziaria tali da mettere in pericolo l'ordinato funzionamento del sistema regionale dei pagamenti, fermo restando il principio della restituzione di tali anticipazioni nel caso la Regione non attui la riduzione del disavanzo nella misura concordata. Da segnalare, infine, il D.L. 39/2009 che, per fronteggiare l'emergenza sociale causata dal recente terremoto in Abruzzo, incrementa fino a 40 mln. il fondo transitorio destinato alla Regione. Tale misura, assieme ad altre più direttamente finalizzate alla ricostruzione delle aree urbane danneggiate, è finanziata con la riduzione del 12% del prezzo al pubblico dei farmaci generici.¹⁴¹

Si offre qui di seguito, sulla base dei verbali trasmessi dal Ministro dell'economia alla Corte, una breve sintesi dei risultati della verifica annuale sui Piani di rientro, svolta congiuntamente nello scorso mese di aprile dal Tavolo di monitoraggio e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, rinviando al successivo capitolo un esame più approfondito.

¹⁴¹ La Conferenza delle Regioni delle Province autonome, ha approvato l'11 giugno del corrente anno, il parere sul disegno di legge di conversione del d.l. 39/2009, nel quale segnala, "ferma restando la necessità di far fronte alle esigenze finanziarie conseguenti all'evento sismico, l'uso improprio del FSN per il ripiano disavanzi e la contrarietà alla riduzione del FSN di 380 milioni di euro".

Liguria

Tavolo tecnico e Comitato permanente hanno valutato positivamente sia la conclusione delle verifiche trimestrali e annuali sul raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano di rientro per il 2008, sia la verifica degli adempimenti per l'anno 2007. IL conto economico relativo al IV trimestre 2008 presenta un disavanzo pari a 111 mln, coperto per 42,8 mln dal Fondo transitorio, e per 102,1 mln dal gettito stimato dell'aumento delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF per l'anno d'imposta 2009, determinando, così, un risultato di gestione in attivo per 33,9 milioni. Ciò consentirebbe alla Regione di ridurre, limitatamente al 2009, l'IRAP e l'addizionale IRPEF per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.

Lazio

La Regione, dopo il giudizio di insoddisfacente realizzazione degli obiettivi del Piano di rientro, è stata commissariata nel corso del primo semestre 2008, ciò che ha consentito un graduale recupero dei ritardi accumulati. Il conto economico IV trimestre 2008 presenta un disavanzo di 1.682,2 mln, coperto per 320,9 mln dal Fondo transitorio, 955 mln dal gettito stimato dell'incremento delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF sui massimi livelli, 264 da fondi provenienti dal bilancio regionale e 141,8 da eccedenze di copertura per l'anno 2007, determinando così un lieve avanzo di gestione, pari a 80 mila euro.

La Regione, secondo il Tavolo ed il Comitato, ha diritto alle spettanze residue fino al 2008 incluso, per complessivi 1.690 milioni, mentre non ha diritto a quelle relative al biennio 2006/2007 perché considerata, per tali anni, inadempiente. L'erogazione di tali spettanze, tuttavia, è subordinata alla sospensione, da parte del commissario *ad acta*, della disposizione normativa approvata dal Consiglio regionale che istituisce gli ospedali di montagna, disposizione considerata gravemente in contrasto con la riorganizzazione in corso della rete ospedaliera.

Abruzzo

Il conto economico relativo al IV trimestre 2008 presenta un disavanzo stimato pari a 99 milioni, rideterminato dal Tavolo tecnico in 111,2 a seguito di diversa valutazione di fattori di costo precedentemente sottostimati, e risorse a copertura per complessivi 112,1 milioni, di cui 40,1 mln provenienti dal Fondo transitorio e 71,9 mln derivanti dall'incremento, sui livelli massimi, di IRAP e addizionale IRPEF, con conseguente saldo finale in attivo, al lordo di tali integrazioni, per 0,913 milioni. La Regione non ha ripristinato le somme distratte dal Fondo sanitario per destinarle a spese extrasanitarie e non ha provveduto al recupero crediti verso gli erogatori privati accreditati per complessivi 182,8 milioni, con conseguente mancata copertura del disavanzo dell'anno 2007 e precedenti. Inoltre: la Regione non ha ancora prodotto la documentazione necessaria a garantire il ripiano dei disavanzi 2006 e 2007; non supera le verifiche trimestrali e annuali per il 2008 perché

in grave ritardo nell'attuazione degli obiettivi definiti dal piano di rientro; non assicura l'equilibrio economico dei conti relativi al 2009. Pertanto, Tavolo e Comitato hanno ritenuto che, non sussistendo le condizioni per l'applicazione dell'art. 1, comma 2 del D.L. 154/2008, la Regione non ha diritto all'erogazione del maggior finanziamento disponibile.

Molise

Le verifiche annuali e trimestrali per il 2008 hanno dato esito negativo, non risulta garantita la manovra necessaria per assicurare l'equilibrio 2009, e la Regione risulta inadempiente per gli anni 2006/2007. Il conto economico per l'anno 2008, malgrado le coperture a carico del Fondo transitorio e l'aumento delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF, presenta un disavanzo non coperto pari a 42,4 milioni. Viene così attivata la procedura per l'innalzamento, oltre i massimi livelli, di IRAP e addizionale IRPEF. Tavolo tecnico e Comitato, inoltre, rilevano la generalizzata e grave carenza nel sistema di programmazione e controllo, sia aziendale che regionale, incapace di garantire il governo della spesa sanitaria, e la scarsa qualità delle procedure amministrative e contabili, con conseguente dubbia affidabilità, dei dati di bilancio, per certificare l'effettiva realtà gestionale. Si constata, quindi, l'esistenza delle condizioni per l'attivazione della procedura di commissariamento della Regione.

Campania

Anche per la Campania, come per il Molise, Tavolo tecnico e Comitato per il monitoraggio rilevano una grave carenza nel sistema di programmazione, gestione e controllo, sia aziendale che regionale, e la scarsa affidabilità e qualità dei dati contabili iscritti nei Bilanci di ASL e Regione. La verifica degli adempimenti per gli anni 2006/2007 ha dato esito negativo, e così anche le verifiche trimestrali e annuali circa l'attuazione del piano di rientro per il 2008. Il conto economico (IV trimestre) 2008, al lordo delle risorse a copertura del disavanzo (risorse provenienti dal bilancio regionale e dal Fondo transitorio), secondo la Regione registrerebbe un avanzo di circa 57 milioni di euro, mentre secondo il Tavolo tecnico, vista la "scarsa qualità delle procedure contabili e gestionali", potrebbe determinarsi una perdita, a consuntivo dell'anno 2008, pari a 260,8 milioni. L'equilibrio per il 2009 non risulta garantito, determinando così la necessità, prevista dalla legge finanziaria per il 2007, di incrementare l'IRAP e l'addizionale IRPEF oltre i livelli massimi. Visto il carente livello di attuazione degli obiettivi posti dal Piano di rientro, quindi, secondo i rappresentanti ministeriali degli organi di verifica, esistono i presupposti per l'attivazione della procedura di commissariamento della Regione.

Sicilia

Tavolo e Comitato hanno valutato in equilibrio la gestione della Sanità per il 2008, che presenta un disavanzo complessivo di 498,9 milioni, coperto integralmente dal Fondo transitorio, dal gettito della maggiorazione delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF sui livelli massimi, e da altre risorse trasferite dal bilancio regionale. Ma la verifica del rispetto degli adempimenti per gli anni 2006/2007 ha dato esito negativo, così come hanno avuto esito negativo le verifiche trimestrali e annuali per il 2008. Inoltre, la manovra necessaria per ricondurre in equilibrio il 2009, valutata in 222,8 milioni, non è risultata garantita, confermando così i presupposti per l'attivazione della procedura di commissariamento della Regione. A tal proposito, la Regione Sicilia ha chiesto a Tavolo tecnico e Comitato permanente di riesaminare gli esiti negativi del monitoraggio alla luce della recente approvazione, da parte dell'Assemblea rappresentativa siciliana, della legge regionale di riordino del Servizio sanitario regionale. Tale richiesta, secondo gli organi tecnici, andrebbe rivolta alla competente sede politica. Peraltro, le ulteriori verifiche condotte al Tavolo tecnico il 30 giugno scorso sui numerosi provvedimenti di riorganizzazione sanitaria, di recente approvati dalla Regione siciliana, si sono concluse positivamente, facendo quindi ritenere superata l'ipotesi, delineatasi durante le verifiche tecniche del mese di aprile, di commissariamento della Regione.

3 I risultati delle gestioni sanitarie. Aspetti metodologici

Cons. Alfredo Grasselli

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 [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 2008, 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 2008, 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 in generale 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 V 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 2008 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.¹⁴²

Va precisato che la perenne provvisorietà dei dati contabili degli enti del servizio sanitario - come avvertito in premessa - ha comportato che l'analisi che segue si basi, a seconda degli aspetti affrontati, su rilevazioni effettuate in momenti diversi, anche se ravvicinati, con la conseguenza di talune difformità sui risultati complessivi.

3.1 I disavanzi degli anni 2007-2008

La seguente tabella ricostruisce, per gli anni 2005-2008, i valori relativi a spesa e finanziamento del SSN, con analisi per enti, funzioni di spesa e fonti di finanziamento [TAB 3/SA], dove i dati sono riferiti al comparto regionale nel suo complesso, mentre la successiva [TAB 4/SA] scompone le situazioni di costi, ricavi e risultati di esercizio per ciascuna Regione e con riferimento, oltre che all'ultimo esercizio, 2008, anche al precedente esercizio 2007.

Prioritariamente, occorre evidenziare che, per il 2007 ed il 2008, la tab. 3/SA porta i dati rilevati al 9 marzo 2009, mentre la tab. 4/SA è aggiornata al 27 marzo, ed i risultati, pertanto, mostrano alcune differenze, con un peggioramento dei disavanzi. 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 coincidente.

¹⁴² Va altresì chiarito che i dati riferiti nella presente relazione possono divergere da quelli riportati nelle relazioni annuali approvate dalle Sezioni regionali di controllo per la diversità delle fonti e per i tempi diversi di acquisizione.